

אילו נשים נמצאות בסיכון לדיכאון אחרי לידה

דיכאון אחרי לידה עלול להיגרם עקב רגישות גנטית שמשבשת שני מסלולים מוחיים – הוויסות הרגשי והתגמול וההנאה - כך משערים מחקרים של יחידת המחקר הפסיכיאטרי במרכז הרפואי תל אביב

14.05.2018 10:47 עדכן ב: 10:52

יעל לב וענבר פריד-צאיג

כ-15%-10% מהיולדות סובלות מדיכאון אחרי לידה. כמו בהפרעות פסיכיאטריות רבות, נראה כי השילוב בין גנטיקה לסביבה יוצר את התנאים להיווצרות המחלה. כך למשל, גם אם לאשה סיכון גנטי מוגבר לדיכאון אחרי לידה, ייתכן שלא תלקה בו אם תקבל תמיכה וסיוע ותישן מספיק. לעומת זאת אם תתקשה לטפל בתינוק, תחוש בדידות ולא תקבל תמיכה - קיים סיכוי גבוה יותר שתסבול מדיכאון אחרי לידה; מצב זה עשוי להתבטא בין השאר בירידה חדה במצב הרוח וביכולת ליהנות, בקושי ליצור קשר תקין עם התינוק ובתפקוד האימהי, ברגשות אשם קשים, בלבול, ופחד וחרדה קיצוניים (לרוב כאלו הקשורים לבריאות התינוק).

יחידת המחקר של המערך הפסיכיאטרי במרכז הרפואי תל אביב עורכת זה כעשור מחקרים שנועדו להבין את הגורמים לדיכאון אחרי לידה. לאחרונה הם סוכמו בפרק סקירה בספר " Hormones, Brain and Behavior" (שיצא לאור ב-2017 בעריכת מדען המוח ד"ר דונלד ו. פפאף מאוניברסיטת רוקפלר). פרופ' מיקי בלוך העומד בראש היחידה מסביר כי: "במהלך ההיריון רמת הורמוני המין הנשיים (כגון אסטרוגן ופרוגסטרון) – שהם מעין וסתים במערכות מוחיות הקשורות למצב רוח, ויסות רגשי, תחושת תגמול ועוד - עולה עשרות מונים, ועם הלידה חלה בה צניחה דרמטית. כך, חל שיבוש בתפקוד הוויסות שהם ממלאים במערכות מוחיות מסוימות ולכן מופיעים תסמינים נפשיים כגון תנודתיות במצב הרוח, נטייה לדכדוך ובכי ("בייבי בלוז"). אולם ברוב המקרים מדובר במצב שחולף מהר בשל הפרשה מחודשת ומאוזנת של ההורמונים". עם זאת, לדבריו, "ההנחה הרווחת היא כי יש נשים בעלות מוטציות או וריאנטים גנטיים שפוגעים ביכולת הוויסות של הורמוני המין הללו, באופן שמשבש את התגובות של המערכות המוחיות במצבי קיצון כגון היריון ולידה. כך, מוחן מתקשה לווסת את התנודתיות ההורמונלית והן עלולות לסבול ממצב נפשי קשה".

כיום עדיין לא ברור מהם המוטציות או הווריאנטים שגורמים לדיכאון אחרי לידה ומיהן הנשים שעשויות לשאתם. אך יחידת המחקר משרטטת שני מסלולים מוחיים בולטים שתפקוד הורמוני המין משפיע עליהם: מסלול הוויסות הרגשי ומסלול התגמול וההנאה. מסלולים אלו עשירים בקולטנים להורמוני מין, ולכן תנודות קיצוניות ברמתם של הורמונים אלו עשויות להשפיע משמעותית על פעילותם.

מסלול הוויסות הרגשי מופעל בעיקר על ידי המוליך העצבי סרוטונין – המשפיע בין השאר על עיבוד רגשי, מצב רוח, סיפוק והנאה. מסלול זה כולל בעיקרו את המערכת הלימבית – האחראית הראשית על התפקוד הרגשי של האדם, ואת הקורטקס הפרה-פרונטלי (PFC) - חלק "גבוה" במוח, כלומר מפותח יותר – המידע שמגיע אליו עובר למודעות והוא קשור לקבלת החלטות. מסלול התגמול

וההנאה מופעל בעיקר על ידי המוליך העצבי דופמין, שבין השאר מעלה את תחושת הסיפוק והמוטיבציה. מסלול זה כולל מבנים מוחיים הקשורים להנאה וחיזוק ההתנהגות, כגון הטגמנטום הגחוני (VTA) והסטריאטום הגחוני (VS), וגם את ה-PFC.

ההשערה של יחידת המחקר היא כי הליקוי הראשון שגורם לדיכאון אחרי לידה קשור במסלול הוויסות הרגשי - מבנים במערכת הלימבית מגיבים בעוצמת יתר לגירויים שליליים יומיומיים, כגון בכי של תינוק או חוסר רגישות של בן הזוג, והם מועצמים. במקביל, ה-PFC סובל מתת-פעילות. כך, הנשים מוצפות רגשית, הוויסות העצמי שלהן נפגע באופן שבו הן מתקשות להרגיע את חרדתן, והדיבור הפנימי הופך שלילי ומוקצן. בנוסף, הן חשות שמצב זה יימשך לנצח, וחוסר האונים והדיכאון מתקבעים.

הליקוי השני שגורם לדיכאון אחרי לידה הוא כאמור במסלול התגמול וההנאה. במחקרי הדמיה מוחית ניתן לראות כי אצל הסובלות מדיכאון אחרי לידה חלה ירידה בפעילות ה-VS בתגובה לקבלת תגמול. כך למשל, כשנשים אלו מקבלות חיוך מתינוקן, מוחן אינו מצליח להעריך אותו כתגמול ולכן הן לא מצליחות לחוש הנאה וסיפוק, והמוטיבציה שלהן לפעול נפגעת. לדוגמה, פעילותן מצטמצמת להכרחי בלבד, והתוצאה היא הזנחה נפשית שמחריפה את הדיכאון. בנוסף, חוסר ההנאה מהאינטראקציה עם התינוק וקשיי הטיפול בו נתפסים כחוויה שלילית שמובילה לפירוש שלילי של המציאות. נשים אלו מסיקות למשל שעשו טעות והאימהות לא מתאימה להן, מחשבה שעשויה גם להוביל לרגשות אשם וייאוש.

אם כן, האם ניתן לצפות מראש אילו נשים נמצאות בסיכון לדיכאון אחרי לידה? אנו מעריכות שכן. מבחנים קוגניטיביים (שבוחנים קשב וזיכרון) שערכה יחידת המחקר מצאו כי נשים שהתנדודות ההורמונליות לפני קבלת הווסת גורמות להן לתגובות שליליות מוגברות עשויות להימצא בסיכון לדיכאון אחרי לידה. בימים "הרגשיים" נשים אלו תופסות את המציאות באופן שלילי יותר – למשל, מתמקדות יותר באינפורמציה שלילית מאשר חיובית, מתקשות להתנתק ממנה וזוכרות אותה טוב יותר - באופן שעשוי להצביע על חוסר איזון בשני המסלולים המוחיים שתוארו.

לדברי בלור, "בעתיד הקרוב, עם התקדמות הידע בגנטיקה של התופעה ובהבנת המסלולים המוחיים הפגומים העומדים בבסיסה, יכולת הניבוי שלנו תשתפר, למשל באמצעות בדיקה גנטית או הדמיה מוחית, ותתרום לאיתור מוקדם של נשים בעלות סיכון לדיכאון אחרי לידה". עוד הוא מוסיף כי "כבר כיום, עם לקיחת היסטוריה נפשית מדוקדקת של האשה ההריונית או זו שמתעתדת להיכנס להריון, הכוללת תגובות לאירועים הורמונליים בחייה (כגון וסת ונטילת גלולות), ניתן לאתר לא מעט נשים אשר נמצאות בסיכון מוגבר ללקות בתסמונות נפשיות לאחר הלידה. וכך, במקרים רבים אפשר להקדים תרופה למכה ולתת טיפול מונע".

נשאלת השאלה כיצד תפעל אשה שתגלה שהיא בסיכון. כאמור, גורמים סביבתיים בהחלט עשויים להשפיע על המצב. למשל, הכנה נפשית מוקדמת (כפי שעושות לעתים נשים שחוו דיכאון לאחר הלידה הראשונה ונמצאות לפני לידה שנייה), תמיכה מהקרובים, סיוע בטיפול בתינוק וליווי מקצועי. לכן הידיעה המוקדמת וההכנות בעקבותיה יכולות להפחית את הסיכון.

ובינתיים, הטיפול בדיכאון אחרי לידה יכול להיות פסיכולוגי (למשל דינמי קצר מועד או קוגניטיבי-התנהגותי) או תרופתי (כגון טיפול בנוגדי דיכאון שמעלים את רמת הסרוטונין); מטרתו להפחית את ההשפעה ההורמונלית ולהשיב לאיזון את המסלולים המוחיים. כאשר מדובר בדיכאון קל-בינוני, שהאשה מסוגלת לתפקד במהלכו, ההעדפה תהיה טיפול פסיכולוגי בלבד.

אך יש לציין כי עצם מודעות ורגישות הצוות הרפואי למצבן הנפשי של היולדות, המעקב הצמוד אחריהן והטיפול המותאם עשויים לתמוך בהן, להעניק להן סביבה בטוחה ולהפחית רגשות קשים כגון

עצב, חרדה ובדידות. כך הם עשויים למנוע דיכאון אחרי לידה אצל נשים המועדות לו או להפחית את הסיכון לו.

יעל לב היא פסיכולוגית המטפלת בגישה קוגניטיבית-התנהגותית (CBT); ענבר פריד-צאיג היא פסיכולוגית וחוקרת בכירה ביחידת המחקר של המערך הפסיכיאטרי במרכז הרפואי תל אביב