

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (Σ.Ε.Υ.Π.)
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

«ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΔΟΥΖΙΝΑ ΘΕΟΦΑΝΕΙΑ
ΔΟΥΚΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΧΟΥΛΛΗ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
ΠΑΝΤΑΖΑΚΑ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

ΠΑΤΡΑ, 2010

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ – ΣΤΟΧΟΙ	7
ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ	11
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	
2.1.1. Ιστορική αναδρομή – μελέτη σχετικών ερευνών για το θέμα της κατάθλιψης	11
2.1.2. Πρόβλημα – Συχνότητα	13
2.1.3. Εννοιολογικός προσδιορισμός – Ταξινόμηση της κατάθλιψης	15
2.1.4. Θεωρητικές προσεγγίσεις	20
2.1.5. Αιτιολογικοί παράγοντες και συμπτώματα της κατάθλιψης	25
2.1.6. Διάγνωση – Διαφοροδιάγνωση	35
2.1.7. Πρόληψη	40
2.1.8. Θεραπευτική αντιμετώπιση	42
2.1.9. Ιστορική αναδρομή – μελέτη σχετικών ερευνών για το θέμα της επιλόχειας κατάθλιψης	51
2.1.10. Το βίωμα της μητρότητας	52
2.1.11. Επιλόχεια κατάθλιψη – μελαγχολία και ψύχωση	58
2.1.12. Πρόβλημα – Συχνότητα	62
2.1.13. Συμπτώματα και κλινική εικόνα	65
2.1.14. Παράγοντες επιλόχειας κατάθλιψης	68

2.1.15.	Διάγνωση	90
2.1.16.	Θεωρητικές προσεγγίσεις	92
2.1.17.	Ψυχικές διαταραχές στις ψυχώσεις της λοχείας	96
2.1.18.	Επιπτώσεις της κατάθλιψης της λοχείας	102
2.1.19.	Πορεία	107
2.1.20.	Μέτρα πρόληψης.	109
2.1.21.	Ποσοστό επανεμφάνισης	113
2.1.22.	Θεραπευτική αντιμετώπιση	114
2.1.23.	Ρόλοι των επαγγελματιών υγείας	119
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ		123
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ		
3.1.1	Σκοπός της έρευνας	123
3.1.2	Είδος της έρευνας	124
3.1.3	Περιορισμοί της έρευνας	124
3.1.4	Αξιοπιστία – Εγκυρότητα	125
3.1.5	Πληθυσμός	125
3.1.6	Δείγμα	126
3.1.7	Ερευνητικό εργαλείο	126
3.1.8	Ερευνητικά ερωτήματα	127
3.1.9	Διεξαγωγή έρευνας	128
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV		129
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ		
4.1.1	Αποτελέσματα έρευνας	129
4.1.2	Συμπεράσματα έρευνας	133
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		136
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ		140
1.	Συνεντεύξεις	141
2.	Ερωτήσεις γυναικών & απαντήσεις σχετικά με την Επιλόχεια Κατάθλιψη	156

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία αναφέρεται στην κατάθλιψη κατά την διάρκεια της λοχείας. Ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται για να εκφράσει μία κατάσταση η οποία αρχικά μπορεί να εμφανιστεί με τη μορφή μίας απλής θλίψης και να συνεχιστεί με σοβαρότερα συμπτώματα όπως ελάττωση του ενδιαφέροντος για δραστηριότητες της καθημερινότητας, συνεχείς ψυχολογικές μεταπτώσεις κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, δυσκολία στον ύπνο και στο φαγητό, απώλεια των δυνάμεων και της ενεργητικότητας, ιδέες ενοχής και αναξιότητας, απαισιοδοξία για το μέλλον, αυτοκτονικές τάσεις.

Οι παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι οι ορμονικοί παράγοντες, το μαιευτικό ιστορικό, το είδος του τοκετού, αν πρόκειται δηλαδή για κοιλιακό τοκετό ή καισαρική τομή, καθώς και τα χαρακτηριστικά που μπορεί να έχει το νεογνό. Επίσης πολύ σημαντικός παράγοντας στην επιλόχεια κατάθλιψη είναι η σχέση και η στήριξη της λεχιάδας από το κοντινό της περιβάλλον και κυρίως από το σύντροφό της.

Επιπλέον άλλοι παράγοντες που ευθύνονται είναι η κληρονομικότητα που μπορεί να υπάρχει στην οικογένεια, οι δημογραφικοί παράγοντες και οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες. Τέλος, έντονα γεγονότα όπως η απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου ή ο χωρισμός από τον σύντροφο σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Αυτή η άσχημη κατάσταση έχει επιπτώσεις τόσο στην ίδια στην λεχιάδα καθώς είναι αβέβαιη για τις μητρικές της ικανότητες, δεν χαίρεται πλήρως το παιδί της και δείχνει αρνητική συμπεριφορά απέναντί του, όσο και στο ίδιο το νεογνό και το οικογενειακό περιβάλλον (κυρίως το σύντροφο).

Η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της λοχείας μπορεί να αντιμετωπιστεί είτε με αντικαταθλιπτικά φάρμακα και ψυχοθεραπεία σε πολύ σοβαρές καταστάσεις, είτε με εναλλακτικές θεραπείες όταν τα συμπτώματα είναι ήπιας μορφής.

Επιπρόσθετα σημαντικός παράγοντας στην κατάθλιψη αποτελεί η σωστή και έγκαιρη πρόληψη καθώς όπως σε όλες τις νόσους έτσι και στην επιλόχεια κατάθλιψη η πρόληψη είναι πάντοτε προτιμότερη της θεραπείας.

Ωστόσο, οι ρόλοι που έχουν αναλάβει οι επαγγελματίες υγείας είναι καίριας σημασίας διότι είναι αυτοί που μπορούν να προσφέρουν έμπρακτη βοήθεια στην αντιμετώπιση αυτού του είδους κατάθλιψης που προσβάλλει τις γυναίκες σε μία τόσο σημαντικό περίοδο της ζωής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γέννηση σηματοδοτεί το τέλος μίας εποχής και το ξεκίνημα μίας καινούριας, τόσο για το ίδιο το μωρό, όσο και για τους γονείς και ιδιαίτερα την μητέρα. Στην περίοδο μετά τη λοχεία οι γυναίκες βιώνουν συνήθως συναισθήματα χαράς, ικανοποίησης και ψυχικής ανάτασης. Ωστόσο όμως πρόκειται και για μία ριζική μεταβατική κατάσταση που έχει ως αποτέλεσμα ποικίλες σωματικές και ψυχοσυναισθηματικές αλλαγές.

Μεγάλο ποσοστό γυναικών μετά τον τοκετό εμφανίζουν κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης. Μπορεί να αισθάνονται θλιμμένες, να ξεσπούν σε κλάματα, να νιώθουν έντονη απογοήτευση, ευερεθιστότητα, να έχουν αρνητικά συναισθήματα προς το μωρό τους και το σύντροφό τους και να διακατέχονται από υπερβολικό άγχος και ανασφάλεια για την προσαρμογή τους στο μητρικό ρόλο και στις απαιτήσεις που εμπεριέχονται σε αυτόν.

Η *Επιλόχεια Κατάθλιψη* είναι αποτέλεσμα ενός συνδυασμού πολλών παραγόντων. Ωστόσο όμως καίριος παράγοντας για την μετρίαση ή και την αποφυγή αυτής της μορφής κατάθλιψης αποτελεί η στήριξη πρωτίστως από τον σύντροφο της γυναίκας, καθώς αυτός μπορεί να της μεταδώσει θετικά συναισθήματα βοηθώντας την έτσι να επουλώσει τον πόνο που νιώθει καθώς και τον φόβο της.

Η παρούσα εργασία χωρίζεται σε τρία μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά την κατάθλιψη γενικότερα. Παρουσιάζονται ποια είναι τα συμπτώματα, η συχνότητα και οι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση – ανάπτυξη της κατάθλιψης, καθώς επίσης αναφέρεται η διάγνωση, πρόληψη και η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης, η οποία συμπεριλαμβάνει τις διάφορες θεραπείες, τη φαρμακευτική αγωγή και τις παρενέργειες των φαρμάκων.

Το δεύτερο μέρος που αποτελεί το έναυσμα της εργασίας σχετίζεται με το θέμα της επιλόχειας κατάθλιψης, στο οποίο παρατίθενται πάλι η συχνότητα, τα συμπτώματα και οι παράγοντες της μεταγενετικής

όμως κατάθλιψη. Επιπλέον γίνεται ιστορική αναδρομή του θέματος και μία μικρή αναφορά στις θεωρητικές προσεγγίσεις αυτού. Συγκαταλέγονται επίσης οι ψυχικές διαταραχές στις ψυχώσεις της λοχείας, καθώς και οι επιπτώσεις αυτών των διαταραχών στον ψυχισμό όχι μόνο της γυναίκας αλλά και του συντρόφου της και του εμβρύου και κατά πόσο επηρεάζουν το χαρακτήρα του στη μετέπειτα ζωή του. Ακόμα παραθέτουμε την πορεία και το ποσοστό επανεμφάνισης που μπορεί να έχει η επιλόχεια κατάθλιψη. Επίσης αναφέρονται τα μέτρα πρόληψης, τη διάγνωση καθώς και τα μέτρα αντιμετώπισης.

Και τέλος, καταγράφονται οι ρόλοι των επαγγελματιών υγείας στη διαδικασία θεραπευτικής παρέμβασης.

Στο τελευταίο στάδιο της εργασίας βασιζόμενοι στην βιβλιογραφική επισκόπηση διενεργήθηκε έρευνα, ώστε να αποδειχθεί κατά πόσο το θεωρητικό πλαίσιο συμπίπτει με τις γνώσεις και τις εμπειρίες των επαγγελματιών στους αρμόδιους φορείς.

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός Μελέτης

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιαστεί το θέμα με τρόπο σφαιρικό, καλύπτοντας τις βασικότερες συνισταμένες, ώστε να γίνει αντιληπτό πόσο σημαντική είναι η ψυχολογική κατάσταση των γυναικών κατά τη διάρκεια της λοχείας αλλά και πόσο καθοριστική είναι η παρουσία και η συμπαράσταση τόσο του περιβάλλοντος της γυναίκας όσο και των επαγγελματιών υγείας στην σημαντική αυτή στιγμή της ζωής της.

Στόχοι

Βασικοί στόχοι αυτής της εργασίας είναι:

- P** να καταγραφεί και να κατανοηθεί το πρόβλημα της επιλόχειας κατάθλιψης που αντιμετωπίζουν σήμερα οι γυναίκες μετά τον τοκετό
- P** να μελετηθεί κατά πόσο το φαινόμενο της επιλόχειας κατάθλιψης επηρεάζει το ψυχισμό των γυναικών, την προσωπικότητα των παιδιών και το συγγενικό και κοινωνικό περίγυρο
- P** να γίνει εμφανές ποιος είναι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στη διαδικασία θεραπευτικής παρέμβασης
- P** τέλος, να διαπιστωθεί αν το βιβλιογραφικό πλαίσιο ταυτίζεται με την πρακτική διεργασία που πραγματοποιήθηκε στις αρμόδιες κρατικές υπηρεσίες

ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

Αυτοκτονία:

Είναι το να προκαλέσει κανείς συνειδητά τον ίδιο του τον θάνατο, το να δώσει κανείς τέλος στη ζωή. **(Μπαμπινιώτης Γ., 1998)**

Επιλόχειος:

Είναι αυτός που σχετίζεται με τη λοχεία, δηλαδή τον χρόνο μεταξύ του τοκετού και της πρώτης έμμηνης ρήσης. **(Μπαμπινιώτης Γ., 1998)**

Επιλόχεια Κατάθλιψη:

Είναι μία συχνή μορφή ψυχικής διαταραχής που αντιμετωπίζει το 10 – 15% των γυναικών την τρίτη ή τέταρτη ημέρα της λοχείας και που μπορεί να διαρκέσει από δέκα ημέρες μέχρι και έξι μήνες μετά τον τοκετό, ανάλογα πάντα με την προσωπικότητα της μητέρας. Ωστόσο μπορεί να πάρει και τη μορφή της κανονικής κατάθλιψης, συνοδευμένη από ψυχωσική συμπτωματολογία στις σοβαρότερες περιπτώσεις. (<http://health.in.gr>)

Επιλόχεια Μελαγχολία:

Είναι μία μεταβατική συναισθηματική αναστάτωση που εμφανίζεται μέσα στις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό και χαρακτηρίζεται από κλάμα χωρίς να υπάρχει κάποιος προφανής λόγος. Είναι περισσότερο δάκρυα συγκίνησης παρά κατάθλιψη. Είναι κάτι συνηθισμένο που εμφανίζεται περίπου στο 50 με 75% όλων των γυναικών μέσα στις πρώτες δέκα μέρες από τον τοκετό. Δεν χρειάζεται φαρμακευτική παρέμβαση και έτσι δεν περιλαμβάνεται στον ορισμό της επιλόχειας κατάθλιψης. (<http://health.in.gr>)

Επιλόχεια Ψύχωση:

Μπορεί να χαρακτηριστεί από αναστάτωση, σύγχυση, ψευδαισθήσεις, ακουστικές ή οπτικές παραισθήσεις, έλλειψη λογικής ή απόρριψη του μωρού. Μπορεί να εμφανιστεί ξαφνικά ή να προηγηθούν κάποιες μέρες αϋπνίας, αναστάτωσης ή μανιακής συμπεριφοράς. Είναι μία κατάσταση απειλητική για τη ζωή και απαιτείται νοσοκομειακή περίθαλψη για την ασφάλεια της μητέρας ή του μωρού. Ευτυχώς, εμφανίζεται μόνο σε μία στις 200 με 500 νέες μητέρες. (<http://health.in.gr>)

Κατάθλιψη:

Ο όρος κατάθλιψη υποδηλώνει μία παθολογική κατάσταση που εκδηλώνεται με τον συνδυασμό συμπτωμάτων όπως είναι αισθήματα βαθιάς απογοήτευσης και απαισιοδοξίας για τη ζωή, υποτίμηση της προσωπικής αξίας του πάσχοντος και μείωση των δραστηριοτήτων του. (<http://healthin.gr>)

Λεχωίδα:

Είναι η γυναίκα που έχει πρόσφατα γεννήσει και πρέπει να παραμείνει στο κρεβάτι σύμφωνα με λαϊκές αντιλήψεις, κλεισμένο στο σπίτι για σαράντα ημέρες. (**Μπαμπινιώτης Γ., 1998**)

Λοχεία:

Είναι το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ τοκετού και αποκαταστάσεως της μήτρας στη φυσιολογική της κατάσταση και το οποίο διαρκεί από έξι έως οκτώ εβδομάδες. (**Μπαμπινιώτης Γ., 1998**)

Μητρότητα:

Είναι η κατάσταση της γυναίκας που πρόκειται να γίνει μητέρα. Η σχέση μητέρας με τα παιδιά της, η συμπεριφορά της προς αυτά, ο μητρικός ρόλος, αισθήματα, εκδηλώσεις μητρότητας. (**Μπαμπινιώτης Γ., 1998**)

Παιδοκτονία:

Είναι ο φόνος παιδιών από τον γονέα του, η εκ προθέσεως θανάτωση παιδιού από τη μητέρα του κατά τη διάρκεια του τοκετά ή μετά από αυτόν. **(Μπαμπινιώτης Γ., 1998)**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

2.1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ – ΜΕΛΕΤΗ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη είναι μία πάθηση που συνοδεύει τον άνθρωπο από την αρχή της ιστορίας του. Περιγραφές της κατάθλιψης βρέθηκαν σε σουμερικά και αιγυπτιακά κείμενα. Επεισόδια καταθλιπτικά περιγράφονται στην Παλαιά Διαθήκη (η ιστορία του βασιλιά Σαούλ) και στην Ιλιάδα του Ομήρου (αυτοκτονία του Αίαντα). Ο Ιπποκράτης (460-370 π.Χ.) πρώτος χρησιμοποίησε τους όρους μελαγχολία και μανία. Ο Ιπποκράτης υποστήριζε ότι η ότι η μελαγχολία είναι κατά βάση μία νόσος του εγκεφάλου που αφορούσε τη φύση των χυμών του εγκεφάλου, μία συνέπεια της περίσσειας μαύρης χολής. Πίστευε ότι στη μελαγχολία συμπλέκονται εσωτερικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, ότι *«ένας μακροχρόνιος μόχθος της ψυχής μπορεί να προκαλέσει μελαγχολία»* και ξεχώριζε την αρρώστια που εμφανιζόταν μετά από φοβερά γεγονότα από την αρρώστια που δεν είχε προφανή εξωτερικά αίτια. (**Χριστοδούλου Γ., 2001**).

Ο **Χριστοδούλου Γ, 2001** συνεχίζει λέγοντας ότι η Ιπποκρατική ταξινομική αντίληψη για τη μελαγχολία και τη μανία διατηρήθηκε για πάρα πολλά χρόνια και είναι χαρακτηριστικό ότι ο Φίλιππος Πινέλ (1745-1826) χρησιμοποίησε ένα σύστημα ταξινόμησης, που σε γενικές γραμμές αντιστοιχεί στο Ιπποκρατικό σύστημα.

Η άποψη του Αριστοτέλη για την κατάθλιψη, αντίθετα με τον Ιπποκράτη, δεν ήταν τελειώς αρνητική. Επηρεασμένος από την ιδέα της *«Θείας μανίας»* του Πλάτωνα, την συνέδεσε με τη μελαγχολία.

Παρόλο που αναζητούσε τρόπους για να θεραπεύσει την πάθηση, πίστευε επίσης ότι μία ορισμένη ποσότητα μαύρης χολής ήταν απαραίτητη

για τη μεγαλοφυΐα: «όλοι όσοι έχουν διαπρέψει στη φιλοσοφία, στην ποίηση, στην τέχνη και στην πολιτική, ακόμα και ο Σωκράτης και ο Πλάτων, είχαν μία μελαγχολική έξη, μερικοί μάλιστα υπέφεραν από τη νόσο της μελαγχολίας». Αυτή την ιδέα της εμπνευσμένης μελαγχολίας προέβαλε και ο αυτόχειρας Ρωμαίος φιλόσοφος Σενέκας. Την ξανασυναντούμε στην Αναγέννηση, όπου η μελαγχολία εθεωρείτο δρόμος προς την θεία έμπνευση. Η Ιπποκρατική ταξινόμηση διατηρήθηκε μέχρι τον δέκατο έκτο και αρχές του δέκατου έβδομου αιώνα. Το 1686 ο Bonet περιέγραψε μία νόσο που ονόμασε «Maniaco – Melancholicus».

Οι Γάλλοι ψυχίατροι J. Falret και J. Bailarger, στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, περιέγραψαν τη διπολική συναισθηματική νόσο και, λίγο αργότερα, ο Γερμανός ψυχίατρος Kraepelin (1856-1926) περιέγραψε κι αυτός τη διπολική μορφή χρησιμοποιώντας τον όρο «κυκλοθυμία». **(Χριστοδούλου Γ., 2001).**

Αυτός όμως που έπαιξε αποφασιστικό ρόλο στην κατάταξη των καταθλιπτικών συνδρομών ήταν ο πατέρας της Περιγραφικής Ψυχιατρικής Γερμανός ψυχίατρος Emil Kraepelin (1856-1926), που λίγο πριν από την αρχή του 20^{ου} αιώνα καθόρισε τα διαγνωστικά κριτήρια της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης, διαχώρισε την πάθηση αυτή από την πρώιμη άννοια (dementia praecox), που αργότερα ονομάστηκε από τον Bleuler σχιζοφρένεια, και περιέγραψε την υποστροφική ή ευελικτική μορφή μελαγχολίας, μία μορφή της οποίας η αυθύπαρκτη υπόσταση αμφισβητήθηκε από τις σύγχρονες κατατάξεις. **(Τρίκκας Γ., 2001).**

Μεγάλοι καλλιτέχνες, βίωσαν σοβαρά καταθλιπτικά και μανιακά επεισόδια και νοσηλεύτηκαν γι' αυτό. Από τους συγγραφείς ξεχωριστή θέση κατέχουν ο Τζιάκορο Λεοπάρντι, ο Λέο Τολστόι, ο Τσαρλς Μπωντλαίρ, ο Γκουστάβ Φλομπέρ, ο Έρνεστ Χέμινγουεϊ και η Σύλβια Πλαθ.

2.1.2. ΠΡΟΒΛΗΜΑ – ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Πρόβλημα

Σύμφωνα με τον **Κλεφταρά Γ., 1998** το πρόβλημα της κατάθλιψης είναι ότι όταν υποφέρουν από κατάθλιψη αισθάνονται ότι τίποτε δεν μπορεί να τους παρηγορήσει. Ακόμη και όταν γνωρίζουν τι είναι αυτό που θα μπορούσε να ανεβάσει τη διάθεσή τους, δεν μπορούν να το κάνουν. Η γνώση από μόνη της δεν μπορεί να τους ελευθερώσει. Ξέρουν αλλά δεν μπορούν. Οι συμβουλές που τους δίνουν τα αγαπημένα τους άτομα είναι περιττές και μάταιες. Ακόμη και όταν συμφωνούν μαζί τους ότι όλα όσα τους προτείνουν θα μπορούσαν πράγματι να τους φτιάξουν τη διάθεση νιώθουν ότι είναι αδύνατον να κάνουν κάτι που θα μπορούσε να τους βοηθήσει. Αυτό που νιώθουν περισσότερο από οτιδήποτε άλλο είναι η αδυναμία τους να επιθυμήσουν κάτι, να εμπνευσθούν από κάτι, να ενδιαφερθούν για κάτι. Σαν να έχει αρρωστήσει μέσα τους ο ψυχικός μηχανισμός που τους βοηθά να δημιουργούν δεσμούς νοήματος με την πραγματικότητα. Έχει διαταραχθεί η ικανότητά τους να επιθυμούν και να προσπαθούν να ικανοποιήσουν τις επιθυμίες τους. Γνωρίζουν τι είναι αυτό που θα έπρεπε να τους αρέσει αλλά δεν τους αρέσει. Γνωρίζουν τι είναι αυτό που θα έπρεπε να κάνουν αλλά δεν μπορούν να το κάνουν. Γνωρίζουν τι είναι αυτό που οι άλλοι θέλουν από αυτούς αλλά δεν μπορούν να ανταποκριθούν. Και δεν μπορούν ούτε να ελπίσουν ότι σε λίγο καιρό θα νιώθουν καλύτερα. Έχουν χάσει την ελπίδα ή καλύτερα η ελπίδα έπαψε να λειτουργεί μέσα τους. Η κατάθλιψη δεν επιτρέπει στην παρούσα φάση της ζωής τους να ελπίζουν. Δεν υπάρχει μέσα τους η ελπίδα που θα μπορούσε να κινητοποιήσει την θεραπευτική αλλαγή. Ακριβώς επίσης έχει διαταχθεί η ικανότητα τους να επιδιώκουν αυτό που είναι ωφέλιμο για αυτούς και για τους άλλους νιώθουν ενοχές και κατηγορούν τον εαυτό τους για όσα δεν μπορούν να καταφέρουν. Όσο περισσότερο προσπαθούν τόσο περισσότερο αισθάνονται ότι δεν μπορούν να τα καταφέρουν.

Συχνότητα

Σύμφωνα με τον **Στεφανή Κ.**, 2002 η κατάθλιψη αποτελεί σε ένα βαθμό μία οικουμενική διαταραχή. Παρατηρείται σχεδόν παγκόσμια, αλλά με διαφορές ως προς την επικράτηση, τη συχνότητα και κυρίως ως προς το περιεχόμενο και τον τρόπο κλινικής έκφρασης.

Από έρευνες που έχουν γίνει υπολογίζεται ότι σε μία δεδομένη χρονική στιγμή περίπου 5% του πληθυσμού εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ κατά την διάρκεια ενός έτους σχεδόν 10% του πληθυσμού θα εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης. Κατά τη διάρκεια της ζωής 20% των γυναικών και 12% των ανδρών εμφανίζουν κατάθλιψη. Τα νούμερα αυτά περιλαμβάνουν όλες τις μορφές κατάθλιψης από τις ήπιες μέχρι τις σοβαρές.

Η αναλογία των καταθλιπτικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό είναι 2,3% για τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, 1,5% για την ελάσσονα καταθλιπτική διαταραχή και 3,95% για τα υποσυνδρομικά καταθλιπτικά συμπτώματα, που ορίζονται ως δύο ή περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα που δεν υπερβαίνουν το διαγνωστικό ουδό για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, δυσθυμική διαταραχή και ελάσσονα καταθλιπτική διαταραχή. Το 5,9% των ασθενών που προσέρχονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα πάσχουν από κατάθλιψη, ενώ σε νοσηλευόμενους σωματικούς ασθενείς η νόσος συναντάται με συχνότητα 22-33%.

Στην Ελλάδα, επιτόπιες έρευνες σε μεγάλα δείγματα πληθυσμού έδειξαν ότι καταθλιπτικά επεισόδια παρουσίασαν το 3,6% του γενικού πληθυσμού το 1978 και το 5,4% το 1984.

Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες ανέρχονται σε 4,5% και 6,5% στις ίδιες μετρήσεις. (www.auth.gr).

2.1.3. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ – ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Εννοιολογικός προσδιορισμός

Η κατάθλιψη όπως χρησιμοποιούν τον όρο καθημερινά είναι μία πανανθρώπινη εμπειρία. Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει ζήσει τη συναισθηματική αυτή εμπειρία. Ανεξάρτητα αν κάποιοι άνθρωποι χρησιμοποιούν αυτό τον όρο για να εκφράσουν διαφορετικό βαθμό λύπης (άλλοι ακόμη και για την μικρού βαθμού λύπη και άλλοι μόνο για πιο έντονες καταστάσεις) ωστόσο όλοι καταλαβαίνουν περίπου τη σημασία της.

Ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται για να εκφράσει μία κατάσταση παθολογικής θλίψης, που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος της προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. **(Κλεφταράς Γ., 1998).**

Αποτελεί, επίσης, συγκεκριμένη ψυχική ασθένεια, και μάλιστα μία από τις πιο συνηθισμένες. Μία ομάδα ψυχιάτρων, γράφοντας στην *British Medical Journal* το 1992, εισηγήθηκαν μία «κοινά αποδεκτή περιγραφή» για την αναγνώριση της κατάθλιψης. «Ο όρος κατάθλιψη περιγράφει μία συνέχεια φαινομένων που κυμαίνονται από μία φυσιολογική κατάρθεια – που είναι συνηθισμένη και εμφανίζεται, περιστασιακά, σχεδόν, σε όλους – μέχρι μία σοβαρή διαταραχή. Χαρακτηριστικό γνώρισμα όλων των μορφών κατάθλιψης είναι η πτώση της διάθεσης που, σε σοβαρότερες καταστάσεις μπορεί να συνοδεύεται από τάση του ατόμου για κλάμα και έλλειψη ενδιαφέροντος για τις συνηθισμένες δραστηριότητές του, ή αδυναμία άντλησης ικανοποίησης από αυτές». Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις ο τρόπος σκέψης χαρακτηρίζεται από επίμονες, αρνητικές ιδέες, που μπορεί να περιλαμβάνουν σκέψεις για την ανικανότητα και την αναξιοσύνη του ίδιου του ατόμου, ενοχές για παλιές πράξεις και απαισιοδοξία για το μέλλον. Το άτομο αρχίζει να σκέφτεται την αυτοκτονία. Οι διαταραχές του

ύπνου και της διατροφής είναι συνηθισμένες. Άλλα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνουν συχνές διακυμάνσεις της διάθεσης, απώλεια ενέργειας, μείωση της ταχύτητας των κινήσεων και του λόγου. Το άτομο μπορεί να φοβάται ότι θα προσβληθεί από κάποια σωματική ασθένεια ή ακόμα να πιστεύει ότι πάσχει από αυτήν. (Lindsay K., 2002).

Ο **Κλεφταράς Γ.**, 1998, επισημαίνει πως όσοι έχουν κατάθλιψη αισθάνονται παγιδευμένοι σε μία φυλακή. Πολλές φορές θέλουν να λυτρωθούν, αλλά δεν μπορούν να δραπετεύσουν από τις σκέψεις και από τα συναισθήματά τους. Συχνά παύουν να τρώνε λες και προσπαθούν να εξαϋλωθούν. Δεν έχουν ενεργητικότητα και δεν βρίσκουν ευχαρίστηση σε τίποτα.

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μία αύξηση του ενδιαφέροντος για την κατάθλιψη και τις άλλες διαταραχές της διάθεσης. Αυτή η αλλαγή ενδιαφέροντος τόσο των ειδικών και επαγγελματιών υγείας, όσο και του κοινού αντιστακλά ενδεχομένως μία ιστορική τάση, που ο Klerman (1978, 1987) αποκαλεί ανάδυση μίας νέας «εποχής της μελαγχολίας».

Συμπερασματικά αναφέρθηκαν στον όρο κατάθλιψη, ως τέτοια εμπειρία, η κατάθλιψη συνήθως είναι μικρής διάρκειας και αυτοπεριοριζόμενη. Είναι στενοχωρημένοι για μικρό χρονικό διάστημα και πολύ εύκολα, όταν συμβεί κάτι ευχάριστο, η διάθεσή τους επανέρχεται. Θα έλεγαν λοιπόν ότι η κατάθλιψη με την κοινή σημασία του όρου είναι μία άσχημη διάθεση που είναι η φυσιολογική απάντηση σε ένα ερέθισμα που συνήθως έχει να κάνει με μία αίσθηση απώλειας, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ο χωρισμός, η απώλεια της εργασίας, η μη επίτευξη των στόχων μας, καθώς και απρόσμενα γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή μας. Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις δεν διαρκούν πολύ, συνήθως δεν επηρεάζουν την γενική λειτουργικότητα και δραστηριότητα του ατόμου, εύκολα μεταβάλλονται και τροποποιούνται και συνήθως αυτοπεριορίζονται.

Ένα από τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου της κατάθλιψης είναι η άσχημη διάθεση και γι' αυτό το σύνδρομο ονομάστηκε έτσι. Δεν είναι το

μοναδικό ενώ μερικές φορές μπορεί και να απουσιάζει. Σαν αρρώστια, η κατάθλιψη έχει κάποιους προδιαθεσικούς και αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της, μια συγκεκριμένη πορεία, πρόγνωση και θεραπεία. (www.stress.gr).

Ταξινόμηση κατάθλιψης

Σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO 1992), η κατάθλιψη υπάγεται στις διαταραχές της διάθεσης. Οι διαταραχές της διάθεσης κωδικοποιούνται στην κατηγορία F30 – F39, ως ακολούθως (**Χριστοδούλου Γ.**, 2001):

- F30 – Μανιακό Επεισόδιο
- F31 – Διπολική Συναισθηματική Διαταραχή
- F32 – Καταθλιπτικό Επεισόδιο
- F33 – Υποτροπιάζουσα Καταθλιπτική Διαταραχή
- F34 – Επίμονες Διαταραχές της Διάθεσης
- F38 – Άλλες Διαταραχές της Διάθεσης
- F39 – Μη καθορισμένες Διαταραχές της Διάθεσης

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994), οι διαταραχές της διάθεσης ταξινομούνται σύμφωνα με τον **Κλεφταρά Γ.**, 1998 ως εξής:



Καταθλιπτικές διαταραχές

1. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή, όπου υπάρχουν ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια.

2. Δυσθυμική διαταραχή ή δυσθυμία, όπου η καταθλιπτική διάθεση κυριαρχεί τις περισσότερες ώρες της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες για δύο τουλάχιστον χρόνια, συνοδευόμενη και από άλλα συμπτώματα κατάθλιψης, χωρίς μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια.

3. Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, που αναφέρεται σε διαταραχές με καταθλιπτικά χαρακτηριστικά, που δεν ικανοποιούν τα κριτήρια για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, δυσθυμική διαταραχή, διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διαταραχή ή διαταραχή προσαρμογής με μικρή αγχώδη και καταθλιπτική διάθεση.

Διπολικές διαταραχές

1. Διπολική διαταραχή I, όπου υπάρχουν ένα ή περισσότερα μανιακά ή μεικτά επεισόδια, που συνήθως εναλλάσσονται με μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια.

2. Διπολική διαταραχή II, όπου υπάρχουν ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, που συνοδεύονται από ένα τουλάχιστον υπομανιακό επεισόδιο.

3. Κυκλοθυμική διαταραχή, όπου υπάρχουν εναλλακτικά περίοδοι με υπομανιακά ή καταθλιπτικά συμπτώματα, διάρκειας τουλάχιστον 2 ετών, και τα οποία δεν πληρούν τα κριτήρια για μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο.

4. Διπολική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, που αναφέρεται σε διαταραχές με διπολικά χαρακτηριστικά, τα οποία δεν πληρούν τα κριτήρια των διπολικών διαταραχών. **(Κούρος Ι., 2001)**

Άλλες διαταραχές της διάθεσης

1. Διαταραχή της διάθεσης οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από μία προεξάρχουσα και επίμονη διαταραχή της διάθεσης, που αποδίδεται σε οργανική αιτιολογία και αποτελεί άμεση συνέπεια μίας γενικότερης οργανικά παθολογικής κατάστασης.

2. Διαταραχή της διάθεσης οφειλόμενη σε ψυχοδραστικές ουσίες, όπου η προεξάρχουσα και επίμονη διαταραχή της διάθεσης θεωρείται ως η άμεση συνέπεια της κατάχρησης μίας χημικής ουσίας, ενός φαρμάκου, μίας άλλης σωματικής αντιμετώπισης της κατάθλιψης ή μίας τοξίνης.

3. Διαταραχή της διάθεσης μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, η οποία αναφέρεται σε διαταραχές σε συμπτώματα διάθεσης, που όμως δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια για καμία από τις διαταραχές της διάθεσης και όπου είναι δύσκολο να γίνει επιλογή μεταξύ καταθλιπτικής διαταραχής μη προσδιοριζόμενη αλλιώς και διπολικής διαταραχής μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. **(Τρίκκας Γ., 2001).**

Διατυπώνεται ο ισχυρισμός ότι το φάσμα της κατάθλιψης είναι πολύ ευρύτερο από αυτό που παρουσιάζει η διαγνωστική ορολογία. Μεγάλο ποσοστό των ασθενών με κατάθλιψη δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ή για δυσθυμία. Ακόμα, υπάρχει ισχυρή τάση εμφάνισης ποικίλων υποτύπων της κατάθλιψης στο ίδιο άτομο στην πορεία του χρόνου. **(Aghest J. & Merikangas K., 1997).**

2.1.4. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Ψυχοδυναμικές θεωρίες

Σύμφωνα με την κλασσική ψυχανάλυση, η κατάθλιψη γίνεται κατανοητή ως μία αποτυχία της φυσιολογικής διαδικασίας του πένθους και χαρακτηρίζεται από αρνητικές αυτοκριτικές ενοχές, απώλεια της libido και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Οι ψυχοδυναμικοί συγγραφείς δίνουν έμφαση στη σπουδαιότητα της έννοιας της απώλειας κατά την πρώτη παιδική ηλικία, καθώς και στην ποιότητα της σχέσης μητέρας – παιδιού τον πρώτο χρόνο της ζωής, θεωρώντας τις ως προδιαθεσικούς παράγοντες, που καθιστούν τα άτομα ευάλωτα στην κατάθλιψη.

Σήμερα υπάρχουν πολλές ψυχοδυναμικές θεωρίες για την κατάθλιψη και, παρά τις διαφορές τους, εμφανίζουν πολλά κοινά σημεία και μοιράζονται έναν αριθμό κοινών βασικών υποθέσεων.

Όλες οι θεωρίες συμφωνούν ότι η κατάθλιψη έχει τις ρίζες της σε κάποια πολύ πρώιμη απώλεια, που συχνά είναι η απώλεια ή η απειλή απώλειας ενός γονιού. Αυτό το πρωταρχικό τραύμα επανεργοποιείται από κάποιο έντονο πρόσφατο γεγονός, όπως ένα διαζύγιο ή απώλεια εργασίας κ.α. Ανεξάρτητα από το εκλυτικό γεγονός, το οποίο βυθίζεται ξανά στο πρωταρχικό τραύμα που βίωσε ως παιδί. Συνέπεια αυτής της παλινδρόμησης είναι η αίσθηση της έλλειψης κάθε ελπίδας και βοήθειας, την οποία το άτομο είχε βιώσει στα αρχικά στάδια της ζωής του. Αυτή η αίσθηση αδυναμίας ελέγχου του περιβάλλοντος οδηγεί τον καταθλιπτικό στην απόσυρση από τον κοινωνικό περίγυρο. Η αμφιθυμία προς τα εσωτερικευμένα αντικείμενα είναι ουσιαστική για την κατανόηση του συναισθηματικού διλήμματος που βιώνει ο καταθλιπτικός ασθενής. Οι καταθλιπτικοί, προκειμένου να εξισορροπήσουν τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοαντίληψή τους, επιζητούν την κατανόηση και την επιβεβαίωση των άλλων. Έτσι, η κατάθλιψη γίνεται συχνά η αιτία εξάρτησης του ατόμου από τους άλλους.

Ανθρωπιστική προσέγγιση

Η κατάθλιψη είναι μία αναμενόμενη αντίδραση σε μία μη αυθεντική ύπαρξη και έναν ανεδαφικό τρόπο ζωής, όπου κυριαρχεί η αίσθηση ότι κάποιος δεν αξιοποιεί και δεν ζει σύμφωνα με το πραγματικό του δυναμικό. Οι καταθλιπτικοί δεν έχουν απλώς αισθήματα ενοχής, αλλά είναι ένοχοι, γιατί απέτυχαν να κάνουν τις κατάλληλες επιλογές που θα αξιοποιούσαν το δυναμικό τους και θα τους επέτρεπαν να πάρουν τη ζωή τους στα χέρια τους.

Οι καταθλιπτικοί εξαρτώνται συχνά από τους άλλους και η κατάθλιψη πολλές φορές ακολουθεί την απώλεια μίας σωματικής σχέσης. Συνεπώς, η μοναξιά αποτελεί σημαντικό παράγοντα κατάθλιψης. Ωστόσο, η μοναξιά δεν είναι κάτι που θα πρέπει να αποφεύγεται ή να θεραπεύεται, γιατί αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης φύσης και ως τέτοιο θα πρέπει να γίνει αποδεκτή και να αξιοποιηθεί ως μέσο προσωπικής εξέλιξης και ολοκλήρωσης.

Ο καταθλιπτικός θα πρέπει να λειτουργεί με βάση τις δικές του αξίες και πεποιθήσεις. Έτσι, θα μπορεί κάποια στιγμή να έχει την αίσθηση της προσωπικής ολοκλήρωσης και να αντιληφθεί ότι η μοναξιά είναι συνυφασμένη με την ανθρώπινη ύπαρξη, να αναγνωρίσει την αξία της και να τη δεχθεί ως στοιχείο ποιότητας και ως κίνητρα εξέλιξης για την επίτευξη των προσωπικών του στόχων.

Συμπεριφορικές θεωρίες

Σύμφωνα με τους συμπεριφοριστές, η κατάθλιψη οφείλεται στη σταδιακή εξαφάνιση των θετικών ενισχύσεων. Αυτό συχνά παίρνει τη μορφή της γενικής ποιοτικής και ποσοτικής μείωσης τους και αφορά κυρίως την ελάττωση των κοινωνικών ενισχύσεων. Η κατάθλιψη συνδέεται με μία υπεργενικευμένη απάντηση, όπως η απώλεια ενδιαφέροντος για πολλές δραστηριότητες, σε ένα συγκεκριμένο ερέθισμα

όπως η απώλεια εργασίας. Το πρόβλημα της υπεργενίκευσης έχει μελετηθεί, αλλά δεν υπάρχει ομοφωνία στην ερμηνεία του.

Κατά τον Skinner, η κατάθλιψη είναι το αποτέλεσμα μίας διαδικασίας απόσβεσης. Κατά τον Fester, το καταθλιπτικό άτομο βρίσκεται σε μία διαδικασία απόσβεσης, κατά την οποία δέχεται μειωμένο βαθμό ενίσχυσης. Η απώλεια μίας κύριας πηγής ενίσχυσης οδηγεί σε μείωση όλων των συμπεριφορών που συνδέονται ή είναι οργανωμένες γύρω από το χαμένο ενισχυτή. Οι Wolpe & Lazarus επικεντρώνονται στο ρόλο της κλασσικής εξάρτησης του άγχους. Μερικά ερεθίσματα μπορούν να προκαλέσουν εξαρτημένες συγκινησιακές αντιδράσεις και τα άτομα αποφεύγουν να έρχονται σε επαφή με αυτά τα ερεθίσματα. Όταν μάλιστα τα συγκεκριμένα ερεθίσματα είναι συνδεδεμένα και με σημαντικές πηγές ενίσχυσης, το άτομο αποκόπτεται από ουσιαστικές πηγές ικανοποίησης. Κατά τον Costello, η κατάθλιψη οφείλεται στη διάσπαση μίας αλυσίδας συμπεριφορών, που πιθανότατα οφείλεται στην απώλεια ενός από τους ενισχυτές της αλυσίδας. Η γενική απώλεια ενδιαφέροντος του καταθλιπτικού είναι μία εκδήλωση της μείωσης της αποτελεσματικότητας των ενισχυτών.

Κατά τον Lewinsohn, το χαμηλό ποσοστό θετικής ενίσχυσης που ακολουθεί μία συμπεριφορά – αντίδραση του ατόμου σε σημαντικούς τομείς της ζωής του και / ή το υψηλό ποσοστό απωθητικών εμπειριών οδηγεί στη δυσφορία και στη μείωση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, καταλήγοντας στην κατάθλιψη. Κατά τον B. Coyne, οι καταθλιπτικοί δημιουργούν ένα αρνητικό κοινωνικό περιβάλλον, όπου είτε η υποστήριξη των άλλων χάνεται, είτε οι αντιδράσεις τους είναι τόσο υποστηρικτικές όσο και εχθρικές.

Σύμφωνα με το πολυπαραγοντικό μοντέλο κατάθλιψης του Lewinsohn, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως τα σοβαρά αρνητικά γεγονότα ή τα καθημερινά αρνητικά μικρογεγονότα, είναι σημαντικοί, γιατί αποτελούν την αφορμή ή το ερέθισμα για την ενεργοποίηση της διαδικασίας προς την κατάθλιψη. Οι γνωστικοί παράγοντες είναι το φίλτρο, διαμέσου του οποίου το άτομο αξιολογεί αυτό που του συμβαίνει

και καθορίζει την αντίδρασή του. Ακόμη, υπάρχουν ιδιαίτερα προδιαθεσικοί παράγοντες για κάθε άτομο, που ρυθμίζουν τον αντίκτυπο των αρνητικών καταστάσεων, άρα και τον τύπο και τη σοβαρότητα της κατάθλιψης.

Γνωστικές - συμπεριφορικές θεωρίες

Το μοντέλο «αυτοελέγχου» του Rehn δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη διαταραγμένη και προβληματική λειτουργία ορισμένων διαδικασιών, όπως η αυτοκαταγραφή ή αυτοπαρατήρηση, η αυτοεκτίμηση και η αυτοενίσχυση.

Το μοντέλο επίλυσης των διαπροσωπικών ή κοινωνικών προβλημάτων, των D. Zurilla και Goldfried, επικεντρώνεται στα διαπροσωπικά ή κοινωνικά προβλήματα που αφορούν το καθημερινό κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου, η επίλυση των οποίων γίνεται σε πέντε στάδια: (α) αναγνώριση της ύπαρξης προβληματικής κατάστασης, (β) περιγραφή του προβλήματος, (γ) εύρεση εναλλακτικών λύσεων, (δ) επιλογή της καλύτερης και αποτελεσματικότερης λύσης και (ε) εφαρμογή της λύσης στην πραγματική ζωή.

Η θεωρία της «μαθημένης ανικανότητας» του Seligman, υποστηρίζει ότι η παθητικότητα ενός ατόμου και η αίσθηση ότι δεν είναι ικανό να δράσει και να ελέγξει τη ζωή του δημιουργείται μέσα από δυσάρεστες και τραυματικές εμπειρίες, τις οποίες το άτομο προσπαθεί ανεπιτυχώς να ελέγξει. Η παθητικότητα και η αίσθηση αδυναμίας ελέγχου της προσωπικής ζωής θεωρούνται υπεύθυνες και ικανές να οδηγήσουν το άτομο στην κατάθλιψη. Οι Abramson, Seligman & Teasdale τόνισαν πως, όταν το άτομο ανακαλύψει ότι βρίσκεται στην κατάσταση της μαθημένης ανικανότητας, αναρωτιέται γιατί και αναζητεί αιτίες. Μπορεί να πιστεύει ότι τα αίτια είναι εσωτερικά ή εξωτερικά, ότι οφείλονται σε σταθερούς ή ασταθείς παράγοντες ότι είναι σφαιρικά ή συγκεκριμένα. Τα άτομα με προδιάθεση στην κατάθλιψη αποδίδουν τα μη ελεγχόμενα αρνητικά

αποτελέσματα σε εσωτερικούς, σφαιρικούς και σταθερούς παράγοντες και τα θετικά αποτελέσματα σε εξωτερικούς, ασταθείς και συγκεκριμένους παράγοντες. Οι Abramson, Metalsky & Alloy ανέπτυξαν τη θεωρία «της έλλειψης ελπίδας ή απελπισίας» και υποστήριξαν ότι η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα της προσδοκίας, ότι τα θετικά και επιθυμητά γεγονότα δεν θα συμβούν και ότι καμία αντίδραση δεν μπορεί να αλλάξει την κατάσταση.

Ο Rotter, με βάση τη θεωρία του «κέντρου ελέγχου», διακρίνει τα άτομα σε αυτά που πιστεύουν ότι οι ενισχύσεις δεν έχουν σχέση με τους ίδιους, αλλά από άτομα που διαθέτουν εξουσία, από την τύχη, το πεπρωμένο κλπ. Τα άτομα με εσωτερικό έλεγχο ξεπερνούν ευκολότερα τα ψυχολογικά προβλήματα και τις δυσκολίες και προσαρμόζονται γρηγορότερα στο περιβάλλον, σε σύγκριση με τα άτομα με εξωτερικό έλεγχο.

Η θεωρία της κατάθλιψης του Beck είναι η πιο γνωστή από τις γνωστικές θεωρίες για την κατάθλιψη. Σύμφωνα με αυτή, η κατάθλιψη δεν θεωρείται ως διαταραχή της διάθεσης, αλλά μάλλον η συνέπεια των αρνητικών, λανθασμένων και παράλογων ερμηνειών της πραγματικότητας και των αντικειμενικών εμπειριών και γεγονότων. Για τον Beck, τα συναισθήματα είναι στενά συνδεδεμένα με τις σκέψεις και τις ιδέες ενός ατόμου. Η συναισθηματική αντίδραση ενός ατόμου καθορίζεται από τον τρόπο με τον οποίο οργανώνει τις εμπειρίες του. Η διαφορά μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού βρίσκεται στον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η πραγματικότητα: οι καταθλιπτικοί αντιλαμβάνονται τα γεγονότα με τρόπο λανθασμένο και μη ρεαλιστικό. Ο Bloomfield H., 2001, υποστηρίζει πως στους καταθλιπτικούς ασθενείς παρατηρούνται σφάλματα στον τρόπο σκέψης (επιλεκτική αφαίρεση, υπεργενίκευση, διχοτομική σκέψη, υπερβολές κ.α.), καθώς και αρνητισμός, ο οποίος εκφράζεται μέσω της «αρνητική γνωστικής τριάδας»: αρνητική αντίληψη, για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον.

2.1.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Αιτιολογικοί παράγοντες

Σύμφωνα με τον **Χριστοδούλου Γ.**, 2001 το πρώτο που πρέπει να ξεκαθαριστεί είναι ότι δεν υπάρχει ένας και μοναδικός λόγος που να εξηγεί τη διαταραχή αυτή (όπως συνήθως συμβαίνει και με πολλές άλλες αρρώστιες γενικότερα). Έρευνες ετών έχουν επισημάνει μερικούς παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό στη νόσηση από κατάθλιψη. Μπορεί κανείς να θεωρήσει την καταθλιπτική διαταραχή ως το τελικό κοινό αποτέλεσμα μίας ποικιλίας παραγόντων που δρουν πάνω στην ιδιοσυγκρασία κάθε ατόμου και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του πλαίσιο. Εάν δουν την κατάθλιψη με αυτόν τον τρόπο τότε οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιολογία της, είτε καθαρά βιολογικές είτε καθαρά ψυχοκοινωνικές, παύουν να φαίνονται ότι αντικρούουν η μία την άλλη αλλά μάλλον ότι συμπληρώνουν η μία την άλλη.

Παρακάτω αναφέρονται μερικοί από τους παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης:

1. Γενετικοί παράγοντες

Ο κίνδυνος να πάθει κανείς κατάθλιψη όταν έχει στενούς συγγενείς που πάσχουν, ιδιαίτερα από σοβαρές ή χρόνιες μορφές, είναι αυξημένος. Ένα μέρος του αυξημένου αυτού κινδύνου θεωρείται ότι οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που κληρονομούνται. Το πιο παραδεκτό μοντέλο για την γενετική επίδραση στην κατάθλιψη θεωρεί ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μετάβαση χαρακτηριστικών (π.χ. χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, βιολογικών χαρακτηριστικών κ.λ.π.), που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να πάθει κατάθλιψη. Δηλαδή, ένα άτομο που έχει κληρονομήσει αυτά τα χαρακτηριστικά έχει μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα άλλο να πάθει κατάθλιψη όταν δράσουν και

άλλοι παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) του περιβάλλοντος. (Μαδιανός Μ., 2001).

2. Βιολογικοί παράγοντες

A) Μερικές μη ψυχιατρικές αισθήσεις έχουν βρεθεί ότι μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη δευτεροπαθώς. Το κοινό τους χαρακτηριστικό είναι ότι δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) και επηρεάζουν την λειτουργία των περιοχών εκείνων του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Οι παθήσεις αυτές περιλαμβάνουν 1) παθήσεις του Κ.Ν.Σ. όπως η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, 2) ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός και η νόσος του Cushing (υπερδραστηριότητα των επινεφριδίων), 3) λοιμώξεις που δουν στο Κ.Ν.Σ. όπως το AIDS και η λοιμώδης μονοκυρήνωση, 4) συστηματικές διαταραχές όπως η αναιμία και μεταστατικό καρκίνος, 5) διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη, το αντιυπερτασικό Αλντομέτ και το αλκοόλ. (Rattner J., 1970).

B) Η αποκάλυψη μερικών από τους βιολογικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στην δημιουργία της κατάθλιψης αποτέλεσε σίγουρα μία από τις σπουδαιότερες ανακαλύψεις της ψυχιατρικής. Στη δεκαετία του '50 οι επιστήμονες ανακάλυψαν τους νευρομεταβιβαστές, βιοχημικές δηλαδή ουσίες με τις οποίες επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους. Στο ίδιο περίπου διάστημα παρατηρήθηκε ότι ασθενείς που έπαιρναν κάποια φάρμακα για την ρύθμιση της υψηλής αρτηριακής τους πίεσης πάθαιναν σαν παρενέργεια κατάθλιψη. Το κοινό χαρακτηριστικό αυτών των φαρμάκων ήταν ότι δρούσαν στους νευρομεταβιβαστές του εγκεφάλου και με κάποιο τρόπο μείωναν τις συγκεντρώσεις τους στον εγκέφαλο. Το επόμενο βήμα ήταν να παρασκευαστούν φάρμακα που αύξαναν την συγκέντρωση των νευρομεταβιβαστών αυτών στον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα αυτό ήταν ότι τα φάρμακα αυτά ήταν ικανά να θεραπεύσουν ασθενείς με κατάθλιψη. Από τη δεκαετία του '50 μέχρι σήμερα πολλά έχουμε μάθει για τη λειτουργία των νευρομεταβιβαστών και τον ρόλο τους στην κατάθλιψη. Παρότι οι μηχανισμοί αυτοί είναι πολύ περίπλοκοι

και δεν είναι δυνατόν να αναφερθούν εδώ, ωστόσο στις μέρες μας θεωρείται ότι δύο νευρομεταβιβαστές, η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη, εμπλέκονται ιδιαίτερα στην δημιουργία της κατάθλιψης, και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα οποία έχουμε στην διάθεσή μας αποσκοπούν στο να ανεβάσουν τη συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά σε όλες τις μορφές κατάθλιψης, είναι πιθανό ότι όλοι οι αιτιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη δρουν τελικά μέσω αυτού του μηχανισμού. (Grahame-Smith D., 2001).



3. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

A) Παράγοντες που δουν στη ζωή. Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα που σαν παιδιά είχαν ζήσει κάποιο γεγονός σημαντικής απώλειας (π.χ. θάνατος γονιού, χωρισμός γονιού κ.λ.π.), έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη σαν ενήλικοι. B) Παράγοντες που δουν αργότερα: 1) Γεγονότα ζωής: μία σειρά γεγονότων ζωής, είτε ψυχολογικών (π.χ. θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο), είτε κοινωνικών (π.χ. οικονομική ύφεση, συνθήκες διαμονής), είτε ακόμη ψυχοκοινωνικών (π.χ. απώλεια εργασίας, μετανάστευση), φαίνεται να

αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη. 2) Τρόπος σκέψης: ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους προβλήματα φαίνεται να ευνοεί σε μερικές περιπτώσεις την δημιουργία κατάθλιψης. Υπολογίζεται δηλαδή ότι μερικοί άνθρωποι ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω τους βασιζόμενοι σε κάποιες παραδοχές που δεν είναι λειτουργικές και που έχουν σαν αποτέλεσμα να «παραμορφώνουν» τελικά την εικόνα του γύρω κόσμου αντί να την ερμηνεύουν. Βασισμένοι σε αυτή την γενική αρχή έχει αναπτυχθεί μία ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, η οποία προσπαθεί να «διορθώσει» αυτά τα λάθη στον τρόπο σκέψης και να βοηθήσει τον ασθενή να αξιολογήσει πιο αντικειμενικά την πραγματικότητα. (www.stress.gr).

4. Κληρονομικότητα ή Περιβάλλον

Στο παρελθόν υπήρχαν δύο αντίθετες θεωρητικές σχολές, όσον αφορά στα αίτια της κατάθλιψης – η βιολογική και η ψυχολογική. Η αυστηρά βιολογική άποψη υποστήριζε ότι η κατάθλιψη οφείλεται σε μία διαταραχή του νευρικού συστήματος του ασθενή. Πρόκειται για οργανική διαταραχή, και, επομένως μπορεί να αντιμετωπιστεί με σωματικές θεραπείες, όπως φάρμακα ή ηλεκτροσόκ. Στην βιολογική ή οργανική προσέγγιση οι ψυχίατροι δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στη φυσιολογία, τη γενετική και τη βιοχημεία. (**Κουεϊμ Μ.**, 2000)

Η βασική ψυχολογική προσέγγιση, που γεννήθηκε από το έργο του Φρόιντ και του Γιούνγκ είναι αυτή της ψυχανάλυσης και της ψυχοθεραπείας. Αναγνωρίζει τις μόνιμες επιδράσεις των βιωμάτων και των ψυχικών συγκρούσεων της πρώιμης παιδικής ηλικίας, και των δυσκολιών που συναντά το άτομο στα αποφασιστικά στάδια ανάπτυξης. Μέσω της ψυχοθεραπείας, το άτομο αποκτά τη δυνατότητα να τα συνειδητοποιήσει, και να κατανοήσει, ασυνείδητα συναισθήματα και συγκρούσεις, και στην συνέχεια να προχωρήσει στην επίλυσή τους. Οι άλλες δύο ψυχολογικές σχολές είναι εκείνες της θεραπείας της συμπεριφοράς και της γνωσιακής θεραπείας. Και οι δύο βασίζονται στη θεωρία της μάθησης, και στην

άποψη ότι μπορούμε να αποποιηθούμε τις λεγόμενες «κακές» συνήθειες, που προκαλούν συμπτώματα κατάθλιψης ή άγχους. Οι αυστηροί συμπεριφοριστές δεν λαμβάνουν υπόψη τους τις επιδράσεις των ασυνείδητων διαδικασιών ή των γεγονότων του παρελθόντος. Υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη προκαλείται από έλλειψη επιβράβευσης, και ότι παθαίνουμε κατάθλιψη επειδή νιώθουμε ότι δεν έχουμε τον έλεγχο της ζωής μας, νιώθουμε, δηλαδή ότι είμαστε ανίσχυροι.

Ο **Κουεϊμ Μ.**, 2000 αναφέρει επιπλέον ότι η γνωσιακή θεραπεία – πιο πρόσφατο παρακλάδι της θεραπείας της συμπεριφοράς – έχει αποδειχθεί πολύ αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

Υποστηρίζει ότι παθαίνουν κατάθλιψη εξαιτίας του τρόπου που βλέπουν και σκέφτονται τον κόσμο. Όταν έχουν κατάθλιψη, κάνουν αρνητικές σκέψεις και βλέπουν την ζωή με απαισιοδοξία. Οι θεραπευτές της γνωσιακής σχολής επιχειρούν να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη βοηθώντας το άτομο να αλλάξει στάση και τρόπο σκέψης, αντικαθιστώντας τις αρνητικές σκέψεις με θετικές.

Παρόλο που τα φάρμακα (δηλαδή, η βιολογική θεραπευτική προσέγγιση) χρησιμοποιούνται ακόμα ευρέως από τους γιατρούς για την θεραπεία της κατάθλιψης, ο ιατρικός κλάδος αρχίζει να δέχεται, όλο και περισσότερο, ότι επενεργούν και ψυχολογικοί παράγοντες. Η ιατρική αρχίζει σιγά-σιγά να αναγνωρίζει και να παραδέχεται τη σχέση μεταξύ σώματος και νου. Μία κοινή δήλωση της Βασιλικής Σχολής Ψυχιάτρων και της Βασιλικής Σχολής Ιατρών Παθολόγων (στα πλαίσια της εκστρατείας τους για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης) λέει ότι: *«η κατάθλιψη έχει ένα πλήθος αιτιών, όπως σημαντικά αγχωτικά γεγονότα, πένθος, διαζύγιο ή χωρισμός, απώλεια κοινωνικής στήριξης και στενών σχέσεων, σωματική ασθένεια, γενετικοί παράγοντες, βιοχημικές αλλαγές στον εγκέφαλο»*.

Όταν κάποιος παθαίνει κατάθλιψη, σίγουρα συντελείται μία βιοχημική αντίδραση στον εγκέφαλό του, και αυτή η αντίδραση μπορεί με θεραπεία να μεταβληθεί για να αντιμετωπιστεί η κατάθλιψη. (**Κουεϊμ Μ.**, 2000)



5. Ορμόνες

Οι ορμόνες παίζουν σίγουρα το ρόλο τους στο συναισθηματικό δράμα των ανθρώπων, και ιδιαίτερα των γυναικών. Οι γυναίκες βιώνουν περισσότερες ορμονικές μεταβολές στην ζωή τους απ' ότι οι άντρες (εφηβεία, εμμηνορρυσία, εγκυμοσύνη, εμμηνόπαυση). Οι γυναίκες δεν «κυβερνούνται» από τις ορμόνες τους, όπως έχουν υποστηρίξει πολλοί άνδρες, ανάμεσά τους και γιατροί. Για παράδειγμα, αν, και κατά πόσο, μία βρίσκει δύσκολη την εμμηνόπαυσή της, εξαρτάται από παράγοντες όπως η αυτοεκτίμηση, οι σχέσεις και η κατάσταση της σωματικής της υγείας. Τα μεταβαλλόμενα επίπεδα ορμονών, όπως τα οιστρογόνα, φαίνεται πράγματι ότι σχετίζονται με την κατάθλιψη, αλλά υπεισέρχονται, επίσης, και διάφοροι πολύπλοκοι κοινωνικοί παράγοντες. Οι γυναίκες σε αυτό το στάδιο της ζωής τους, μπορεί να νιώθουν λιγότερο γοητευτικές, φοβούνται το γεγονός ότι μεγαλώνουν, μπορεί να έχουν να κάνουν με δύστροπους εφήβους και σωματικά ανήμπορους γονείς. Τις τρομάζει η μοναξιά των γηρατειών. Γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης, είναι πιο πιθανόν να βρουν την εμμηνόπαυση συναισθηματικά δύσκολη εποχή.

Στο συνέδριο του ιδρύματος Turning Point με θέμα «Γυναίκες και Ψυχική Υγεία», τον Ιούνιο του 1993, η Δρ. Fiona Caldicott, ψυχίατρος, παρατήρησε: *«Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που πιστεύεται ότι συμβάλλουν, κατά ένα πολύ μεγάλο ποσοστό, στη δημιουργία ψυχικών ασθενειών στις γυναίκες. Είναι, όμως, δύσκολο να αποδείξουμε ότι*

βιολογικοί και ορμονικοί παράγοντες παίζουν κάποιο ρόλο». Πιστεύει ότι οι κοινωνικοί παράγοντες είναι σημαντικοί, τονίζοντας το γεγονός ότι οι γυναίκες υποφέρουν κυρίως από κατάθλιψη στις ηλικίες μεταξύ είκοσι πέντε και σαράντα πέντε ετών, διάστημα κατά το οποίο οι περισσότερες κάνουν παιδιά. (www.stress.gr).

Παρατηρώντας ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται με διπλάσια συχνότητα στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες, η Βασιλική Σχολή Ψυχιάτρων και η Βασιλική Σχολή Ιατρών Παθολόγων γράφουν: *«Τα αίτια είναι πολυσύνθετα και, πιθανότατα, περιλαμβάνουν και κοινωνικούς παράγοντες δημιουργίας άγχους (ιδιαίτερα, την ευαισθησία των γυναικών που έχουν μικρά παιδιά σε παράγοντες που προκαλούν επιπλέον, άγχος και δυσκολίες), και ορμονικούς παράγοντες».*

Επίσης είναι διαπιστωμένο πως οι γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες, εμφανίζουν κατάθλιψη σε ποσοστό δύο προς ένα. Οι επιστήμονες όπως αναφέρθηκε δεν γνωρίζουν τον λόγο γι' αυτή τη διαφορά. Ψυχολογικοί παράγοντες φαίνεται πως συντείνουν στην ευπάθεια του ατόμου, σε ότι αφορά την κατάθλιψη, έτσι, συνεχής συναισθηματική στέρηση κατά την διάρκεια της νηπιακής ηλικίας, φυσική ή σεξουαλική κακοποίηση, συγκεκριμένα χαρακτηριστικά μοτίβα και ανεπαρκής μηχανισμοί άμυνας, μπορούν να αυξήσουν την συχνότητα και την σοβαρότητα των καταθλιπτικών διαταραχών, με ή χωρίς τη συμβολή της κληρονομικότητας.

Επί του παρόντος η σχέση μεταξύ μητέρας και εμβρύου και η επίδραση της στο τελευταίο, έχει τραβήξει την προσοχή των επιστημόνων. Φαίνεται πως αν η μητέρα βιώνει συνεχή ένταση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης της, τότε είναι πιθανό το παιδί που θα γεννηθεί να έχει προδιάθεση στο να εκδηλώσει κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ζωής του, ακόμα περισσότερο δε, αν έχει και τη γενετική ευαισθησία. Εικάζεται πως σε μία τέτοια περίπτωση οι ορμόνες που απελευθερώνονται στον οργανισμό της μητέρας προκειμένου να ανταπεξέλθει σε καταστάσεις έντασης, επηρεάζουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου του εμβρύου και το καθιστούν, ως ενήλικα, ευάλωτο στην κατάθλιψη. Περαιτέρω έρευνα

κρίνεται απαραίτητη προκειμένου να διαπιστωθεί η εγκυρότητα αυτής της άποψης. Και σε αυτή την περίπτωση όμως, όπου εξετάζεται η επίδραση της μητέρας στο έμβρυο, είναι καταφανής η σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικής προδιάθεσης και περιβαλλοντικών επιδράσεων. (Lindsay K., 2002).

Συμπτώματα Κατάθλιψης

Ποια είναι τα συμπτώματα της κατάθλιψης;

Τα κύρια συμπτώματα που μπορεί να εμφανίζει κάποιος όταν έχει κατάθλιψη περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

1. Μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε μέρα. Π.χ. μία μητέρα έχασε το ενδιαφέρον της να φροντίσει το μικρό της, να καθαρίσει το σπίτι της, να βγει έξω να ψωνίσει με μία φίλη της, να ντυθεί όμορφα, πράγματα που πριν την ευχαριστούσαν πολύ. Η αλλαγή αυτή στην συμπεριφορά της είχε γίνει πολύ αντιληπτή από το στενό της περιβάλλον.

2. Καταθλιπτική διάθεση, κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε ημέρα όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των άλλων (π.χ. ο ασθενής κλαίει συχνά και φαίνεται πολύ στενοχωρημένος). Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω από το σύμπτωμα πήρε και την γενικότερη ονομασία της η διαταραχή αυτή.

3. Δυσκολία στον ύπνο. Η διαταραχή αυτή του ύπνου μπορεί να έχει πολλές μορφές. Π.χ. μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, ξυπνούν δηλαδή πολλές φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας. Χαρακτηριστικό της κατάθλιψης είναι ότι οι ασθενείς ξυπνούν πολύ πρωί, π.χ. από τις 4 η ώρα και δεν ξανακοιμούνται. Αυτή η πρωινή αφύπνιση όπως λέγεται εμφανίζεται πιο συχνά στην κατάθλιψη.

4. Διαταραχές στην όρεξη για φαγητό. Συνήθως η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια της όρεξης για φαγητό με αποτέλεσμα απώλεια βάρους, π.χ. ένας ασθενής 75 κιλών μπορεί να έχει χάσει σε ένα μήνα πάνω από 5 κιλά. Σε μία μικρή ομάδα ασθενών προκαλείται το αντίθετο σύμπτωμα, δηλαδή υπερφαγία.

5. Απώλεια του ενδιαφέροντος για σεξ. Τυπικό σύμπτωμα της κατάθλιψης η απώλεια του ενδιαφέροντος για ερωτική πράξη. Ας σημειωθεί ότι εδώ αναφερόμαστε στη διάθεση για σεξ και όχι στο αν γίνεται ή όχι η ερωτική πράξη. Π.χ. μία γυναίκα με κατάθλιψη μπορεί να κάνει έρωτα με τον σύζυγό της γιατί εκείνος το θέλει, αλλά η ίδια αν ερωτηθεί θα πει ότι δεν το επιθυμεί καθόλου και δεν της προκαλεί καμία ευχαρίστηση.

6. Απώλεια των δυνάμεων και της ενεργητικότητας. Ο ασθενής με κατάθλιψη νιώθει σαν να τον έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις του, αισθάνεται κουρασμένος όλη την ώρα και γι' αυτό πολλές φορές κάθεται στην καρέκλα και δεν κάνει τίποτα. Μερικοί ασθενείς μπορεί από την άλλη να εμφανίζουν έντονη ανησυχία και άγχος, σαν κάτι κακό να πρόκειται να συμβεί.

7. Αδυναμία συγκέντρωσης σκέψης, μνήμης, ή λήψης αποφάσεων. Ο ασθενής με κατάθλιψη δεν μπορεί να συγκεντρωθεί εύκολα. Το μυαλό του φαίνεται να είναι απασχολημένο με άλλες ιδέες και σκέψεις.

8. Ιδέες ενοχής, αυτομορφής και αναξιότητας. Ο ασθενής με κατάθλιψη τυπικά πιστεύει ότι ο ίδιος φταίει για την τροπή που έχει πάρει η ζωή του, όλα είναι δικό του λάθος. Νιώθει ότι η κατάσταση που περνάει είναι σαν ένα είδος τιμωρίας για πράγματα που έκανε στο παρελθόν. Μπορεί να νιώθει ότι δεν αξίζει τίποτα σαν άνθρωπος, ότι είναι ένα μηδενικό.

9. Ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον. Ο ασθενής χρωματίζει το μέλλον του με μαύρα χρώματα. Πιστεύει ότι πολύ δύσκολα θα αλλάξει η κατάσταση της ζωής του.

10. Ιδέες αυτοκτονίας. Μερικές φορές ο ασθενής νιώθει τόσο απελπισμένος και αβοήθητος που μπαίνουν στο μυαλό του ιδέες αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος σε ασθενής με σοβαρή κατάθλιψη.

Γενικά σωματικά συμπτώματα. Πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη αναφέρουν μία ποικιλία από σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, πόνους γενικά στο σώμα τους. Πολλές φορές τα συμπτώματα αυτά τους οδηγούν σε διάφορους γιατρούς ή στα νοσοκομεία. Χαρακτηριστικό είναι ότι ύστερα από την εξέταση τα συμπτώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν και αποδίδονται από τον γιατρό σε άγχος ή κόπωση. Δεν είναι ανάγκη να έχει κανείς όλα τα συμπτώματα για να θεωρηθεί ότι πάσχει από κατάθλιψη. Οι ειδικοί θεωρούν ότι 5 ή περισσότερα συμπτώματα, εκ των οποίων τουλάχιστον ένα από τα δύο πρώτα, φτάνουν για να βγει η διάγνωση. (www.stress.gr).

2.1.6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

Διάγνωση

Μπροστά σε αυτή την περίπλοκη παράθεση συμπτωμάτων, πως μπορεί ένας γιατρός να αποφασίσει ότι ο ασθενής του είναι σίγουρα καταθλιπτικός και δεν περνά απλώς μία δύσκολη περίοδο της ζωής του, η οποία επηρεάζει, ας πούμε, τον ύπνο του; Είναι εύκολο ένας γιατρός που πιέζεται από έλλειψη χρόνου να προσπαθήσει να αντιμετωπίσει μεμονωμένα συμπτώματα αντί να εντοπίσει το ευρύτερο πρόβλημα. Για παράδειγμα, μπορεί να παρουσιαστεί ένας ασθενής με προβλήματα ύπνου και να του δώσει υπνωτικά χάπια, τα οποία δεν θα κάνουν τίποτα για να ανακουφίσουν την κατάθλιψη.

Ο Bebbington P. R., 1998, επισημαίνει πως υπάρχουν διάφορες σωματικές αλλαγές στην όψη ενός ατόμου, οι οποίες μπορούν να κατευθύνουν προς την κατάθλιψη και τις οποίες πρέπει να φροντίσει ο γιατρός να διαπιστώσει κατά την πρώτη εξέταση.

Αυτές περιλαμβάνουν:

P Αλλαγές στο πρόσωπο, όπως μάτια στραμμένα προς τα κάτω, <<κρέμασμα>> στις άκρες του στόματος και ένα αυλάκι ανάμεσα στα φρύδια.

P Ο ασθενής μπορεί να αποφεύγει να κοιτάξει το γιατρό στα μάτια.

P Αλλαγές στο σύνολο της εμφάνισης, όπως για παράδειγμα απώλεια βάρους, έλλειψη περιποίησης και γενική παραμέληση, όπως λερωμένα ρούχα και κακή προσωπική υγιεινή.

P Αλλαγή στον τρόπο ομιλίας. Η ομιλία είναι χαρακτηριστικά αργή, με μεγάλες καθυστερήσεις πριν δοθούν απαντήσεις στις ερωτήσεις και δυσκολία στη συγκέντρωση για οποιαδήποτε εργασία.

Διαγνωστική Κατάταξη

Εκτός από το να ακούσει ο γιατρός τα συμπτώματα που του περιγράφει ο ασθενής και να τον παρατηρήσει, έχουν δημιουργηθεί από τους ειδικούς συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια που βοηθούν τους γιατρούς να αναγνωρίσουν την κατάθλιψη. Τα δυο σημαντικότερα είναι αυτά που έδωσε η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία και η Παγκόσμια Οργάνωση υγείας (Π.Ο.Υ.). **(Τρίκκας Γ., 2001)**.

Η κατάταξη της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας είναι γνωστή ως Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM]), που εκδίδεται σήμερα ως DSM-IV-TR. Αναφέρει ότι ένα άτομο που έχει υποστεί ένα σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο θα παρουσιάσει τουλάχιστον πέντε συμπτώματα. Ένα τουλάχιστον από τα συμπτώματα πρέπει να είναι η συνεχής μελαγχολική διάθεση ή η απώλεια της ευχαρίστησης της ζωής. Ο πάσχων θα παρουσιάζει ανικανότητα να λειτουργήσει κανονικά στο κοινωνικό ή εργασιακό περιβάλλον και στις σχέσεις του και η διάθεσή του δεν θα είναι αποτέλεσμα ανάρμοστης χρήσης ουσιών, οίονοπνευματωδών ή φαρμάκων ή ενός ιατρικού προβλήματος. **(Τσόχας Κ., 1996)**

Η κατάταξη της Π.Ο.Υ. είναι γνωστή ως Διεθνής Κατάταξη Ασθενειών και Σχετικών Προβλημάτων Υγείας (International Classification of Diseases and Related Health Problems), σε συντόμευση ICD, και με την τελευταία έκδοση γνωστή ως ICD-10. Αυτή την κατάταξη χρησιμοποιούν πολλά νοσοκομεία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο. Είναι πιο περίπλοκη από το σύστημα της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας, αλλά σε γενικές γραμμές διαιρεί την κατάθλιψη σε τρεις κατηγορίες – ήπια, μέτρια και σοβαρή και μετά διαιρεί περαιτέρω τα συμπτώματα σε έναν Κατάλογο Α και ένα Κατάλογο Β. Ο Κατάλογος Α περιλαμβάνει: συνεχιζόμενη μελαγχολική διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος και χαράς της ζωής, κόπωση και λήθαργο. Ο Κατάλογος Β περιλαμβάνει: όλα τα άλλα συμπτώματα κατάθλιψης. Υπάρχει επίσης και ένας Κατάλογος

Γ, ο οποίος διερευνά αν τα γενικά συμπτώματα κατάθλιψης συνοδεύονται από ψυχωτικά συμπτώματα όπως παραισθήσεις και αυταπάτες.

Διάγνωση ήπιας κατάθλιψης

Ένα άτομο με ήπια κατάθλιψη έχει δύο τουλάχιστον συμπτώματα από τον Κατάλογο Α και δύο από τον Κατάλογο Β. Κανένα από τον Κατάλογο Β δεν πρέπει να είναι πάρα πολύ σοβαρό και τα συμπτώματα πρέπει να συνεχίζονται επί δύο τουλάχιστον εβδομάδες. Το προσβεβλημένο άτομο εξακολουθεί να εργάζεται και να λειτουργεί στο σπίτι, αλλά με περιορισμένη αποδοτικότητα και χωρίς να απολαμβάνει ευχαρίστηση από τις καθημερινές του δραστηριότητες. **(Τσόχας Κ., 1996)**

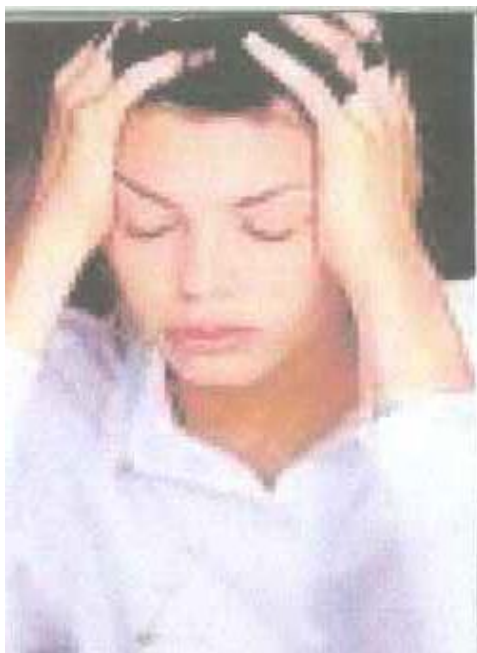
Διάγνωση μέτριας κατάθλιψης

Ένα άτομο με μέτρια κατάθλιψη έχει δύο τουλάχιστον συμπτώματα από τον Κατάλογο Α και τουλάχιστον τρία, κατά προτίμηση τέσσερα, από τον Κατάλογο Β, ενώ αρκετά από τα συμπτώματα παρουσιάζονται σε αξιοσημείωτο βαθμό ή υπάρχει μεγάλος αριθμός συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα πρέπει να συνεχίζονται επί δύο τουλάχιστον εβδομάδες. Το προσβεβλημένο άτομο αντιμετωπίζει τρομερές δυσκολίες στη δουλειά του ή ενδέχεται ακόμα και να την έχει σταματήσει, και έχει απομονωθεί από την οικογένειά του και τον φυσιολογικό κοινωνικό περίγυρό του. **(Τσόχας Κ., 1996)**

Διάγνωση σοβαρής κατάθλιψης

Ένα άτομο με σοβαρή κατάθλιψη έχει όλα τα συμπτώματα από τον Κατάλογο Α και τουλάχιστον τέσσερα από τον Κατάλογο Β, τα οποία θα είναι σοβαρά ως προς την ένταση και θα συνεχίζονται επί δύο τουλάχιστον εβδομάδες. Το προσβεβλημένο άτομο θα πάσχει από σημαντικά χαμηλή αυτοεκτίμηση και αίσθημα απελπισίας και ενοχής. Μπορεί να παρουσιάζει ψυχωτικά συμπτώματα όπως παραισθήσεις και

αυταπάτες και να διατρέχει σοβαρό κίνδυνο αυτοκτονίας. (Τσόχας Κ., 1996)



Διαφοροδιάγνωση

Ο **Κλεφταράς Γ.**, 1998 τονίζει πως όλοι οι άνθρωποι από καιρό σε καιρό αισθανόμαστε λυπημένοι. Μερικές φορές, μάλιστα, αυτή η λύπη επιμένει τόσο και παίρνει διαστάσεις τέτοιες που παύει να είναι μία απλή «συναισθηματική πτώση» ή μία κακή διάθεση. Το άτομο δε λειτουργεί καθόλου στο συναισθηματικό του περιβάλλον ή λειτουργεί με πολύ μεγάλη δυσκολία και έντονο «εσωτερικό πόνο». Σε αυτό το στάδιο θα μπορούσε κανείς να μιλήσει για κλινική κατάθλιψη, εάν και εφόσον πληρούνται ορισμένα συγκεκριμένα κριτήρια.

Οι περισσότεροι άνθρωποι βρίσκουν γενικά ότι οι περίοδοι κατά τις οποίες αισθάνονται κατάθλιψη περνούν σχετικά γρήγορα και περιμένουν από τους εαυτούς τους αλλά και από τους άλλους να τις καταπολεμήσουν και να μην επιτρέψουν στις δύσκολες εμπειρίες που βιώνουν να τους πάρουν «από κάτω». Στο δικό μας πολιτιστικό πλαίσιο, μάλιστα, αναμένεται ότι οι άνθρωποι θα πρέπει να ελέγχουν αρκετά καλά

τις διαθέσεις και τα συναισθήματά τους. Γι' αυτό και συνήθως αντιμετωπίζεται με ερωτηματικά το γεγονός ότι κάποιοι «βρίσκονται σε κατάθλιψη» ή ότι είναι «δυσλειτουργικοί» για σχετικά μεγάλο χρονικό διάστημα. Αναμένεται λοιπόν ότι οι δύσκολες αυτές περιόδους και εμπειρίες θα πρέπει να ξεπεραστούν σχετικά γρήγορα μέσα από τη δραστηριότητα, την προσπάθεια και τη θέληση. (Κλεφταράς Γ., 1998)

Η καταθλιπτική διάθεση δεν αποτελεί αποκλειστικό χαρακτηριστικό του ανθρώπου. Ανάλογες αντιδράσεις παρατηρούνται και στα ζώα. Το γεγονός ότι η κατάθλιψη μπορεί να είναι μία φυσιολογική διάθεση δημιουργεί προβλήματα τόσο σε κλινικό όσο και σε θεωρητικό επίπεδο, με την έννοια ότι θα πρέπει να καθοριστούν τα όρια μεταξύ της φυσιολογικής καταθλιπτικής διάθεσης και των ψυχολογικών καταστάσεων της διάθεσης στις οποίες απαιτείται κλινική παρέμβαση. Είναι σημαντικό να κατανοηθεί η φύση της κατάθλιψης ως φυσιολογικού συναισθήματος και να διευκρινιστούν οι πλευρές της καταθλιπτικής διάθεσης που είναι κοινές αλλά και ιδιαίτερες των ψυχοπαθολογικών καταστάσεων που σχετίζονται με την κατάθλιψη. (Lindsay K., 2002)

Σύμφωνα με τον Χριστοδούλου Γ., 2001, θλίψη είναι ένα φυσιολογικό και αναμενόμενο συναίσθημα, που εκλύεται κάτω από ορισμένες ψυχοτραυματικές συνθήκες. Ένα ισχυρό ψυχοτραυματικό γεγονός, όπως είναι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, η διάψευση μίας σημαντικής προσδοκίας, η κοινωνική ή επαγγελματική υποβάθμιση ή ακόμα και η απώλεια υλικών αγαθών, είναι φυσικό να προκαλεί θλίψη. Παθολογικό θα ήταν αν κάτι τέτοιο δεν συνέβαινε. Και πραγματικά, η απουσία συναισθηματικής ανταπόκρισης (απάθεια, συναισθηματική ρηχότητα) συμβάλλει σε ψυχοπαθολογικές καταστάσεις.

Σε αντίθεση με τη θλίψη, η κατάθλιψη είναι ένα παθολογικό συναίσθημα, δηλαδή είτε μη αναμενόμενο είτε υπερβολικό σε ένταση ή σε διάρκεια. Αποτελεί το βασικό σύμπτωμα της ομώνυμης νόσου ή «διαταραχής». Ατυχώς, τόσο για το σύμπτωμα όσο και για την νόσο χρησιμοποιείται ο όρος (κατάθλιψη), πράγμα που οδηγεί αρκετά συχνά σε σύγχυση.

2.1.7. ΠΡΟΛΗΨΗ

Η σημασία της πρόληψης των καταθλιπτικών καταστάσεων είναι αυτονόητη, αφού – πέραν των επιπτώσεων στην υγεία του ατόμου που υποφέρει από κατάθλιψη – οι καταστάσεις αυτές συνδέονται με απόπειρες αυτοκαταστροφής ή και με την ίδια την αυτοκτονία. (**Μουρέας Β., 2001**)

Η πρόληψη της κατάθλιψης μπορεί να γίνει στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με γενετική συμβουλευτική, με συμβουλευτική στο σχολείο και στην οικογένεια και με τη φροντίδα της μητρότητας. (**Χριστοδούλου Γ., 2001**)

Σύμφωνα με τον **Μουρέα Β., 2001**, ομάδες ιδιαίτερα ευπαθής στην κατάθλιψη, στις οποίες είναι δυνατή η προληπτική παρέμβαση, αποτελούν οι γυναίκες της εργατικής τάξης, με προβλήματα συναισθηματικής επαφής με το σύντροφό τους, με περισσότερα από 3 παιδιά, χωρίς εργασία και με πρώιμη αποστέρηση της μητέρας τους, οι οποίες αντιμετωπίζουν αρνητικά γεγονότα ζωής ή χρόνιες δυσκολίες, και, ακόμα, οι γυναίκες μετά την κύηση, τα άτομα μετά το πένθος, τα άτομα εθνικών ή πολιτισμικών μειονοτήτων κ.α.

Πρόσφατες μελέτες συνδέουν την αυτοκτονικότητα με χαμηλά επίπεδα HPL – χοληστερόλης στο αίμα. Η επιβεβαίωση του ανωτέρω ευρήματος θα μπορούσε να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της αυτοκτονικής και επιθετικής συμπεριφοράς.

Η κατάθλιψη στις γυναίκες, σε σχέση με τους άντρες, εμφανίζει πρωιμότερη έναρξη, υψηλότερη συχνότητα υποτροπών, μακρότερη πορεία και μικρότερη συχνότητα αυτόματης ύφεσης. Τα παραπάνω είναι δυνατό να οφείλονται σε συνδυασμό των ειδικών παραγόντων ψυχικής καταπόνησης των γυναικών και στο γεγονός ότι, μετά την εμφάνιση του πρώτου επεισοδίου κατάθλιψης, «η αρρώστια φέρνει αρρώστια». Η πορεία της κατάθλιψης επιπλέκεται περαιτέρω από το ότι οι γυναίκες με κατάθλιψη παρουσιάζουν συχνά συννοσηρότητα με άλλες σωματικές και ψυχικές διαταραχές, γεγονός που σχετίζεται με μειωμένη συχνότητα

έγκαιρης διάγνωσης της καταθλιπτικής διαταραχής και δυσμενέστερη πρόγνωση. Η πιθανότητα αυτοκαταστροφής είναι μικρότερη στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες, ενώ είναι 6 φορές μικρότερη κατά το πρώτο έτος μετά τον τοκετό συγκριτικά με οποιοδήποτε άλλο έτος, παρά τη μεγάλη νοσηρότητα από ψυχικές παθήσεις κατά το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. (Meagher & Murrain, 1997)

2.1.8. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Θεραπεία της Κατάθλιψης

Όπως υποστηρίζει ο **Παπαγεωργίου Ε.**, 2001, η κατάθλιψη μπορεί να θεραπευθεί με επιτυχία. Παρόλα αυτά οι άνθρωποι συνήθως αντιδρούν διαφορετικά στις διαθέσιμες θεραπείες. Για παράδειγμα ένα φάρμακο μπορεί να είναι αποτελεσματικό και καλά ανεκτό σε ένα άτομο, ενώ ένα άλλο όχι. Παράλληλα με τα φάρμακα οι ομάδες υποστήριξης μπορεί να βοηθήσουν ορισμένα άτομα να αντιμετωπίσουν μείζονες αλλαγές ζωής που απαιτούν νέες δεξιότητες αντιμετώπισης ή κοινωνική στήριξη και οι ψυχοθεραπείες είναι εξίσου χρήσιμες σαν θεραπεία της κατάθλιψης.

Η επιλογή της σωστής θεραπείας είναι μία εξατομικευμένη διεργασία που θα εξαρτηθεί όχι μόνο από τη σοβαρότητα και τον τύπο της κατάθλιψης, αλλά και από τις περιστάσεις της ζωής του ασθενούς, τις προτιμήσεις του και τις ιατρικές συστάσεις.



Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει ορισμένα άτομα με κατάθλιψη. Η θεραπεία αυτή βοηθά τα άτομα να ταυτοποιήσουν τους παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψή τους. Η ψυχοθεραπεία παρέχει επίσης υποστήριξη και βοηθά τα άτομα να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις ψυχολογικές, συμπεριφορικές, διαπροσωπικές και περιβαλλοντικές αιτίες της κατάθλιψής τους. Συγκεκριμένοι τύποι ψυχοθεραπείας όπως η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και η διαπροσωπική θεραπεία φαίνεται ότι είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι. (Rattner J., 1970)

Οι εξειδικευμένοι θεραπευτές μπορούν να βοηθήσουν τα καταθλιπτικά άτομα να αναγνωρίσουν τα προβλήματα που συμβάλλουν στην κατάθλιψη τους και να καταλάβουν ποια από αυτά τα προβλήματα είναι σε θέση να επιλύσουν ή να βελτιώσουν.

Μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς στην ανεύρεση ενός αριθμού εναλλακτικών επιλογών για το μέλλον και να θέσουν ρεαλιστικούς στόχους, προκειμένου να βελτιώσουν την συναισθηματική και ψυχική ευεξία. Οι θεραπευτές επίσης βοηθούν τους ασθενείς να διαπιστώσουν πως μπορεί να είχαν αντιμετωπίσει με επιτυχία παρόμοια συναισθήματα στο παρελθόν. (Sanders D., 1989)

Ο Sanders D., 1989, υποστηρίζει ότι η ψυχοθεραπεία στοχεύει επίσης στο να βοηθήσει τα άτομα να αναγνωρίσουν αρνητικούς ή διαστρεβλωμένους τρόπους σκέψης που συμβάλλουν στα συναισθήματα απελπισίας και αβοήθητου. Για παράδειγμα, τα καταθλιπτικά άτομα μπορεί να έχουν την τάση να υπεργενικεύουν και να σκέπτονται με την αρχή όλου ή ουδενός. Επίσης μπορεί να έχουν την τάση να παίρνουν τα θέματα προσωπικά. Ο θεραπευτής μπορεί να καθοδηγήσει το άτομο ώστε να αναπτύξει μία θετικότερη άποψη για τη ζωή και να βελτιώσει τις αλληλεπιδράσεις του με άλλα άτομα.

Οι θεραπευτές επίσης καθοδηγούν τα άτομα στο να αποκτήσουν μία αίσθηση ελέγχου και ευχαρίστησης από τη ζωή. Η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να εκτιμήσουν τις επιλογές τους και να ενσωματώσουν διασκεδαστικές και ευχάριστες δραστηριότητες στην ζωή τους.

Σύμφωνα με αποδεικτικά στοιχεία η ψυχοθεραπεία μπορεί να μειώσει την πιθανότητα μελλοντικών επεισοδίων κατάθλιψης ή να μειώσει τη σοβαρότητά τους. Τα καταθλιπτικά άτομα μπορεί επίσης να μάθουν δεξιότητες που θα τα ενισχύσουν καλύτερα ενάντια σε μελλοντικά επεισόδια κατάθλιψης. (Judd M., 1977)

Η κατάθλιψη είναι ένα νόσημα που μπορεί να πάρει πολλές μορφές και η συχνότητά της αναμένεται να αυξηθεί αρκετά μέσα στα επόμενα χρόνια. Αν και η πιο διαδεδομένη πρακτική είναι η αντιμετώπισή της με φαρμακευτικά σκευάσματα, εν τούτοις υπάρχει και η ψυχολογική θεραπεία.

Υπάρχουν πολλά διαφορετικά είδη ψυχολογικής θεραπείας, τα οποία βασίζονται σε διαφορετικές θεωρίες. Διακρίνονται σε *βραχείες θεραπείες*, που διαρκούν έξι μήνες το περισσότερο, *μακροχρόνια θεραπεία*, που διαρκεί περισσότερο και *συμβουλευτική*.

A) Βραχείες θεραπείες

Οι βραχείες θεραπείες περιλαμβάνουν τη γνωσιακή θεραπεία, τη θεραπεία συμπεριφοράς, τη γνωσιακή – συμπεριφορολογική θεραπεία και τη γνωσιακή αναλυτική θεραπεία – όλες αυτές οι μορφές θεραπείας έχουν χρησιμοποιηθεί στην κατάθλιψη.

Ένα καλός θεραπευτής είναι πιθανότητα εξίσου σημαντικός με την ίδια τη θεραπεία. Το ρόλο του θεραπευτή σας μπορεί να αναλάβει ένας ιατρός, μία νοσοκόμα, ένας ψυχολόγος, ένας εργοθεραπευτής ή ένας κοινωνικός λειτουργός.

Γνωσιακή θεραπεία: Η θεραπεία αυτή αποδίδει, ειδικά στα πρότυπα μελαγχολικής σκέψης. Θα σας ζητηθεί να καταγράψετε τις αρνητικές σας σκέψεις και να μελετήσετε τον τρόπο που σκέφτεστε. Στη

συνέχεια, θα σας βοηθήσουν να καταπολεμήσετε τις παράλογα αρνητικές σκέψεις.

Θεραπεία συμπεριφοράς: Η θεραπεία αυτή διαφέρει από τη γνωστική θεραπεία ως προς το ότι εστιάζεται στο τι κάνουμε και όχι στο τι σκεπτόμαστε. Αντί να προσπαθεί να κάνει τον ασθενή να σκέπτεται πιο θετικά, προσπαθεί να τον κάνει να δρα πιο θετικά. Ένα πρόγραμμα τροποποίησης της συμπεριφοράς μπορεί να στοχεύει στο να σας κάνει να κοιμάστε καλά, να φροντίζετε καλύτερα τον εαυτό σας και να τρώτε πιο σωστά.

Γνωσιακή – συμπεριφοριολογική θεραπεία: Η θεραπεία αυτή χρησιμοποιεί στοιχεία τόσο από τη γνωστική όσο και από τη συμπεριφοριολογική θεραπεία. Πρόκειται για μία νεότερη μορφή θεραπείας, που χρησιμοποιείται, όμως, ολοένα και περισσότερο.

Γνωσιακή – αναλυτική θεραπεία: Πρόκειται για ακόμα μία νέα μορφή θεραπείας. Χρησιμοποιεί γνωστικές και συμπεριφοριολογικές τεχνικές, αλλά ψάχνει και στο παρελθόν, για να σας δώσει μία ιδέα για την προέλευση των τρόπων σκέψης σας. Είναι μία από τις λίγες βραχείες θεραπείες που βρίσκει αιτίες για τα προβλήματά σας. (<http://health.in.gr>)

B) Μακροχρόνια θεραπεία

Όπως υποστηρίζει ο **Χριστοδούλου Γ.**, 2001, υπάρχουν πολλά διαφορετικά είδη μακροχρόνιας θεραπείας και όλα βασίζονται σε διαφορετικές θεωρίες. Προσπαθεί να καταπολεμήσει τα βαθιά ριζωμένα αίτια της κατάθλιψης. Σκοπός της είναι να επιλύσει προβλήματα που υπάρχουν καιρό και, βραχυπρόθεσμα, πιθανόν να μην επηρεάσει καθόλου τη ψυχική διάθεση του ασθενούς.

Ψυχανάλυση: Οι ψυχαναλυτές πιστεύουν ότι οι δυσκολίες μας οφείλονται σε προβλήματα από το παρελθόν που δεν έχουμε επιλύσει. Παραμένουν εκεί και «κρυφοκαίνε», για να επανέρχονται δριμύτερα όταν βρεθούμε υπό την επήρεια του στρες ή αποδυναμωθούμε κατά κάποιον τρόπο. Ένα τέτοιο πρόβλημα θα μπορούσε να είναι η απώλεια ενός γονέα

σε μικρή ηλικία, οπότε και δεν υπήρξε η αρμόζουσα διαδικασία του πένθους και τα αισθήματα απλώς καλύφθηκαν.

Η μακροχρόνια ψυχοθεραπεία λέγεται ότι δρα βοηθώντας αυτά τα άσχημα συναισθήματα να αναδυθεί στην επιφάνεια και στο συνειδητό. Σκοπός της είναι να αφοπλίσει τα αισθήματα αυτά και να τα εμποδίσει να προκαλέσουν περαιτέρω προβλήματα.

Γ) Συμβουλευτική

Οι σύμβουλοι προσπαθούν να σας βοηθήσουν να επιλύσετε τα προβλήματά σας. Δεν θα σας δώσουν συμβουλές, αλλά θα σας βοηθήσουν να πάρετε αποφάσεις. (www.e-psycology.gr)

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Αντικαταθλιπτικά φάρμακα

Όπως αναφέρει ο Sanders ορισμένα άτομα με κατάθλιψη χρειάζονται θεραπεία με χορήγηση φαρμάκων και στις περιπτώσεις αυτές ο ιατρός χορηγεί αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Κατά τη χορήγηση ενός τέτοιου φαρμάκου ο ιατρός θα πρέπει να εξηγήσει σαφώς τη δοσολογία που πρέπει να πάρει ο ασθενής και να συζητήσει μαζί του τις πιθανές παρενέργειες και τις πιθανές αλληλεπιδράσεις του αντικαταθλιπτικού με άλλα φάρμακα.

Τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να βελτιώσουν τη διάθεση, τον ύπνο, την όρεξη και τη συγκέντρωση. Παρόλα αυτά μπορεί να χρειαστούν ακόμα και 6 έως 12 εβδομάδες πριν να εμφανιστούν πραγματικά σημεία βελτίωσης με ορισμένα φάρμακα. Αυτό μπορεί να αποθαρρύνει τους ασθενείς καθώς δεν βλέπουν τη βελτίωση που τους έχουν υποσχεθεί άμεσα. Είναι σημαντικό να συνεχίσετε να παίρνετε τα φάρμακά σας ή να συζητήσετε το θέμα αυτό με τον ιατρό σας.

Ακόμα και όταν τα συμπτώματα αρχίσουν να βελτιώνονται ή εξαφανιστούν ολοκληρωτικά, συχνά τα άτομα θα πρέπει να συνεχίσουν να

παίρνουν τα φάρμακα για έξι μήνες ή και περισσότερο. Με αυτή την τεχνική θα προληφθούν οι υποτροπές και θα περιοριστούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Ως εκ τούτου τα αντικαταθλιπτικά τυπικά χορηγούνται για αρκετούς μήνες. Παρόλα αυτά σε ορισμένες περιπτώσεις οι ασθενείς και οι ιατροί τους μπορεί να αποφασίσουν ότι χρειάζεται μία μεγαλύτερης διάρκειας θεραπεία και αυτό συνήθως συμβαίνει όταν τα άτομα υποφέρουν από σοβαρά επεισόδια κατάθλιψης. Ορισμένα άτομα μπορεί να χρειαστεί να παίρνουν φάρμακα σε όλη τους τη ζωή προκειμένου να αποφύγουν τις υποτροπές.

Ποια φάρμακα χρησιμοποιούνται στην κατάθλιψη;

Σύμφωνα με τον **Τσόχα Κ., 1996**, υπάρχουν πολλά είδη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Ο μηχανισμός με τον οποίο λειτουργούν διαφέρει από φάρμακο σε φάρμακο, αλλά σε γενικές γραμμές τα αντικαταθλιπτικά επαναφέρουν την ισορροπία των νευρομεταβιβαστών στον εγκέφαλο. Τα περισσότερα φάρμακα ενεργούν είτε στην νοραδρεναλίνη, είτε στην σεροτονίνη, είτε και στα δύο αυτά συστήματα νευρομεταβιβαστών. Είναι δουλειά του γιατρού να επιλέξει το φάρμακο που πιστεύει ότι είναι καλύτερο για κάθε ατομική περίπτωση. Παρόλα αυτά, μερικές φορές κάποιο φάρμακο δεν έχει αποτέλεσμα και χρειάζεται να γίνει αλλαγή με κάποιο άλλο. Παρότι η αντικαταθλιπτική θεραπεία είναι εξαιρετικά αποτελεσματική, δεν μπορούμε από πριν να είμαστε σίγουροι ότι ένα φάρμακο θα λειτουργήσει σε ένα συγκεκριμένο ασθενή ή αν θα χρειαστεί και η δοκιμή κάποιου άλλου.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ανάλογα με τον χημικό τους τύπο και τον μηχανισμό δράσης τους χωρίζονται στις εξής κύριες κατηγορίες.

- (1) Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (π.χ. Anafranil) και τα παρόμοια ετεροκυκλικά (π.χ. Ludiomil)
- (2) Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (π.χ. Aurorix)
- (3) Εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (π.χ. Ladose, Seropram, Serotax, Zolof, Dumyrox κ.λ.π.)

- (4) Αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (Efexor, Efexor XR)

Υπάρχουν και άλλα φάρμακα που δεν ανήκουν σε κάποια από αυτές τις κατηγορίες. Σήμερα κυκλοφορεί ένας μεγάλος αριθμός αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με παρόμοια αποτελεσματικότητα αλλά διαφορετικό προφίλ ανεπιθύμητων παρενεργειών. Έτσι ο γιατρός μπορεί να βρει εκείνο το φάρμακο που μπορεί να ταιριάζει περισσότερο στον κάθε ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη του τον τύπο της κατάθλιψης, την ηλικία του ασθενή, την συνύπαρξη άλλων νοσημάτων, πιθανές προηγηθείσες θεραπείες κ.λ.π. (Heffner E., 1982)

Πώς δρουν τα αντικαταθλιπτικά;

Στην κατάθλιψη παρατηρούνται σωματικές αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο το σώμα εργάζεται. Τα αντικαταθλιπτικά επαναφέρουν την κατάσταση στο φυσιολογικό. Τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου χωρίζονται από ένα μικρό διάστημα – τη σύναψη. Προκειμένου να περάσουν μηνύματα το ένα στο άλλο, τα νευρικά κύτταρα απελευθερώνουν χημικές ουσίες (νευροδιαβιβαστές) που αφήνουν το ένα νευρικό κύτταρο και διασχίζουν το διάστημα που μεσολαβεί το επόμενο κύτταρο. Το μήνυμα διαβιβάζεται μόνο εάν υπάρχουν μερικοί νευροδιαβιβαστές στη σύναψη. Μετά την απελευθέρωσή τους, οι νευροδιαβιβαστές διασπώνται ή επαναπορροφώνται από το κύτταρο του εγκεφάλου που τους απελευθέρωσε. Στην κατάθλιψη τα επίπεδα αυτών των νευροδιαβιβαστών είναι χαμηλά. Τα αντικαταθλιπτικά δρουν αυξάνοντας την ποσότητα των νευροδιαβιβαστών στο διάστημα μεταξύ των κυττάρων.

Η ποσότητα των νευροδιαβιβαστών στη σύναψη μπορεί να αυξηθεί με διάφορα φάρμακα, τα οποία δρουν με ποικίλους τρόπους:

P Αυξάνοντας την ποσότητα του νευροδιαβιβαστή που παράγεται (τρυπτοφάνη)

P Αποτρέποντας τη διάσπαση των νευροδιαβιβαστών (αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης ή MAOIs)

P Εμποδίζοντας την επαναπρόσληψη των νευροδιαβιβαστών που βρίσκονται στη σύναψη από τα νευρικά κύτταρα (τρικυκλικά σκευάσματα ομοιάζονται με τρικυκλικά, εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης – SSRI). Με τον καιρό το σώμα αυτοθεραπεύεται, η ποσότητα των νευροδιαβιβαστών που παράγεται φυσιολογικά αυξάνεται και τα αντικαταθλιπτικά δεν είναι πια απαραίτητα. (Rattner J., 1970)

Ποιος χρειάζεται αντικαταθλιπτικά;

Άτομα που πάσχουν από ήπιας μορφής κατάθλιψη, το πιθανότερο είναι ότι χρειάζονται αυτό το είδος θεραπείας, αν πάσχουν από μέτρια κατάθλιψη, μάλλον τα χρειάζονται και εάν πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη τα χρειάζονται οπωσδήποτε. Όλα τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται κατόπιν γνωμάτευσης του γενικού γιατρού ή του ψυχιάτρου και ως μέρος ενός προσυμφωνημένου σχεδίου, που ενδέχεται να περιλαμβάνει επίσης τεχνικές αυτοβοήθειας και ψυχοθεραπείας. (www.stress.gr)



Σταθεροποιητές Ψυχικές Διάθεσης (Λίθιο)

Ο **Κουεϊμ Μακ Κένζι**, 2000, υποστηρίζει πως τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται σπάνια για τη θεραπεία της κατάθλιψης, συνήθως χρησιμοποιούνται για την πρόληψη υποτροπών, διατηρώντας σταθερή την ψυχική διάθεση του ατόμου που έχει τάση προς κατάθλιψη.

Το λίθιο κάνει πιο σταθερά τα κύτταρα και την ψυχική διάθεση. Τα άτομα που πάσχουν από μανιοκατάθλιψη και παίρνουν λίθιο, γίνονται επιρρεπή στους κλονισμούς. Το λίθιο προλαμβάνει επίσης την κατάθλιψη στα άτομα που πάσχουν από σοβαρή υποτροπιάζουσα κατάθλιψη. Μπορεί είτε να σταματήσει εντελώς τις υποτροπές, είτε να τις κάνει πιο σύντομες και λιγότερο σοβαρές με μεγαλύτερα μεσοδιαστήματα. Το λίθιο πρέπει να λαμβάνεται τακτικά και να βρίσκεται στα σωστά επίπεδα στο αίμα. Υπερβολικά πού δεν φέρνει αποτελέσματα και υπερβολικά λίγο προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες ενώ ίσως βάζει σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς. Η ποσότητα του λιθίου που πρέπει να πάρει ένας ασθενής, μπορεί να υπολογιστεί μόνο κατόπιν αιματολογικών εξετάσεων. Πριν τη χορήγηση λιθίου απαιτείται γυναικολογικός έλεγχος ώστε να αποκλειστεί πιθανότητα εγκυμοσύνης. Η εγκυμοσύνη αποτελεί αντένδειξη γιατί το λίθιο ενδέχεται να έχει τερατογόνο δράση.

2.1.9. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ – ΜΕΛΕΤΗ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ποσοστό 40-60% των λεχωίδων αναφέρουν ότι νιώθουν κατάθλιψη. Με το φαινόμενο αυτό ασχολήθηκαν πριν από εκατοντάδες χρόνια ο πατέρας της Ιατρικής, ο Ιπποκράτης, ο οποίος περιέγραψε την περίπτωση μίας γυναίκας που μετά την γέννηση των διδύμων της έγινε ανήσυχη και ανέπτυξε παραλήρημα. Γι' αυτή την μορφή της κατάθλιψης ο Ιπποκράτης έδινε μία κάπως ασαφή βιολογική ερμηνεία. Ισχυριζόταν πως επρόκειτο για περιπτώσεις από τα λόχεια, που δεν αποβλήθηκαν από τον οργανισμό, καθώς και από τη διοχέτευση γάλακτος προς τον εγκέφαλο, που συνοδευόταν με ξαφνική εισροή αίματος στο στήθος. Επίσης στις περιγραφές των νοσοκομείων, τους προηγούμενους αιώνες αναφέρεται ότι στις πτέρυγες για τις λεχωίδες, τα παράθυρα ήταν καλυμμένα με κάγκελα ως μέτρο προφύλαξης, από κάποια υποτίθεται «απονενοημένη» ενέργεια των νέων μητέρων. Η μελέτη της επιλόχειας κατάθλιψης άρχισε με τον Esquirol το 1845 και τον Marce το 1858 και συστηματοποιήθηκε μετά το 1950, κυρίως από τους Hamilton το 1962 και τον Protheore το 1969, οι οποίοι περιέγραψαν τα κύρια χαρακτηριστικά της νόσου. ((**Περιστέρης Α. & Μαρίνας Β., 1990**)

Όπως αναφέρει η **Μωραΐτου Μ., 2004**, η επιλόχεια κατάθλιψη αναγνωρίστηκε οριστικά με την κλασική μελέτη του Pitt το 1968 σε νοσοκομείο του Λονδίνου. Ο Pitt διαπίστωσε ότι το 10% των μητέρων που είχαν γεννήσει στην μαιευτική κλινική εμφάνιζαν κατάθλιψη τις πρώτες έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό χωρίς να είχαν προηγούμενη ανάλογη συμπτωματολογία κατά την παρακολούθησή τους στη διάρκεια της κύησης. Μετά την μελέτη του Pitt η Dalton το 1971 ασχολήθηκε με την επιλόχεια κατάθλιψη και ανέφερε συχνότητα 34% ήπιας ή προσωρινής κατάθλιψης.

2.1.10. ΤΟ ΒΙΩΜΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

Στην περίοδο αμέσως μετά τον τοκετό οι γυναίκες βιώνουν συνήθως συναισθήματα χαράς, ικανοποίησης και ψυχικής ανάτασης. Μερικές φορές, ωστόσο, βυθίζονται περιστασιακά σε καταστάσεις αμφιβολίας και κακής διάθεσης, που όμως σύντομα υποχωρούν χωρίς να αφήσουν κατάλοιπα. Το να αισθάνονται οι νεαρές μητέρες θλιμμένες και αβοήθητες, λίγο μετά τη γέννηση ενός υγιούς και όμορφου παιδιού, εκλαμβάνεται συχνά από το περιβάλλον της ως περίεργη αντίδραση, την οποία ούτε οι ίδιες μπορούν να εξηγήσουν. Ιδιαίτερα στις γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή, ο χειρουργικός τοκετός έχει συσχετιστεί με αρνητικά ψυχολογικά επακόλουθα για τις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένης και της κατάθλιψης, της απώλειας της αυτοεκτίμησης, της άρνησης, της ενοχής και συναισθημάτων βιαιότητας. **(Ρήγα Α.Β., 1991)**

Η απόκτηση ενός νέου μέλους στην οικογένεια έχει προγραμματιστεί και είναι επιθυμητή, η αρχική πραγματικότητα των επίμονων απαιτήσεων που ασκούνται από το νεογνό, τόσο σε ενέργεια όσο και σε χρόνο και συναισθήματα, μπορεί να είναι μία συγκλονιστική κατάσταση. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις που βιώνονται μπορεί να κυμαίνονται από αγάπη και υπέρμετρη χαρά μέχρι πανικό, ενοχή και φόβο. Η προετοιμασία για τους μελλοντικούς γονείς ποικίλλει, αλλά αν προσδώσει κανείς σε αυτό τον νέο ρόλο, η πραγματικότητα μπορεί να είναι διαφορετική από την ενδεχομένως ιδανική προσδοκία του ζευγαριού. Η προσαρμογή στις απαιτήσεις της γονεϊκότητας θα εξαρτηθεί επίσης από την ποιότητα στήριξης που λαμβάνει από το σύντροφό της, την οικογένεια και τους φίλους της, από την ομάδα του τομέα της υγείας και τη μαία της, αλλά και από τους πολιτιστικούς παράγοντες της κοινωνίας στην οποία ζει. **(Αμπατζόγλου Γ., 1998)**

Η πρωτότοκος λεχώιδα, κατά την παραμονή της στο μαιευτήριο, ανησυχεί για το αν θα είναι ικανοί, η ίδια και ο σύντροφός της, να ελέγχουν το παιδί τους και να του παρέχουν αρκετή φροντίδα και επιχειρεί

να «οικοδομήσει» τον εαυτό της ως «αληθινή μητέρα», αναπτύσσοντας τη σχέση με το νεογνό και την εξοικείωση μαζί του.

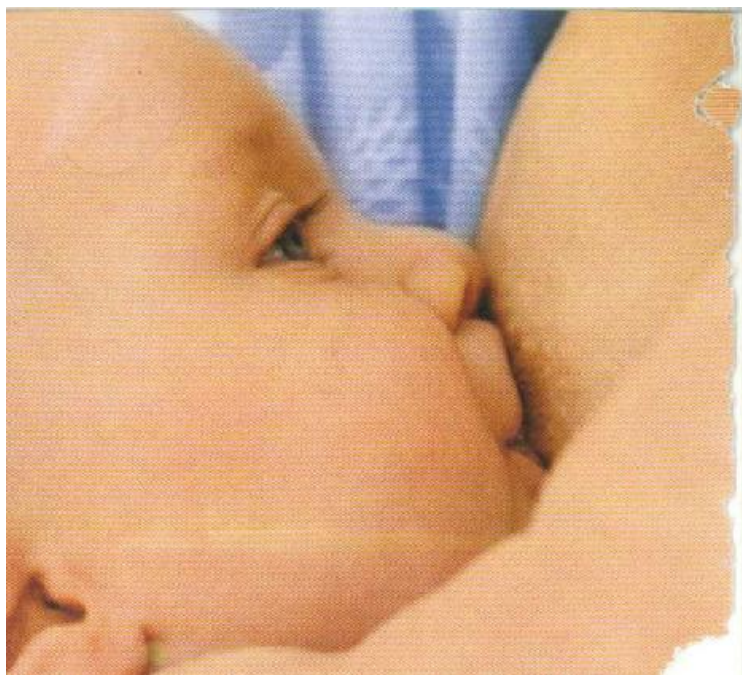
Οι πραγματικές αλλαγές όμως λαμβάνονται χώρα στις εβδομάδες μετά τον τοκετό. Τότε, ο νέος εαυτός και ρόλος της μητέρας καθιερώνονται και ο παλιός εαυτός αναδιοργανώνεται. Αυτός είναι και ο λόγος που η χρονική περίοδος μετά τον τοκετό απαιτεί τόσο υπερβολικά δύσκολη ψυχολογική εργασία. (**Ρήγα Α.Β., 1991**)

Η μητέρα επιστρέφοντας από το μαιευτήριο, μένει τις περισσότερες ώρες στο σπίτι μόνη με το νεογνό. Ο τοκετός και οι απαιτήσεις του νεογνού δεν αφήνουν πολλά χρονικά περιθώρια στη νέα μητέρα να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση. Επιπλέον, η κόπωση, η έλλειψη ύπνου, οι ορμονικές αλλαγές με τις συναισθηματικές μεταπτώσεις που συνεπάγονται, τυχόν προβλήματα θηλασμού που προσκαλούν πόνο στο στήθος, καθώς και άλλες σωματικές ενοχλήσεις από την καισαρική τομή ή την περινεοτομή, δεν επιτρέπουν στην λεχιά να χαλαρώσει.

Το άγχος έχει αρνητικές επιπτώσεις και τις μητέρες και στα νεογνά. (**Μελίσα – Χαλκιοπούλου Χ., 1996**)

Ο θηλασμός είναι συνυφασμένος με την γυναικεία ψυχολογική κατάσταση και η απόφαση της νέας μητέρας να θηλάσει ή όχι το νεογνό της σχετίζεται με πολλούς ψυχολογικούς παράγοντες. Άλλες έχουν θετικά συναισθήματα απέναντι στο θηλασμό, όπως ικανοποίηση από το γεγονός ότι «συνεχίζουν να τρέφουν το παιδί τους από το σώμα τους» ενώ άλλες αρνητικά, όπως φόβο ότι θα πονέσουν, ντροπή από τη δημόσια έκθεση του στήθους τους κ.α. όπως επισημαίνει η **Μελίσα – Χαλκιοπούλου Χ., 1996**. Οι δυσκολίες της πρώτης περιόδου κατά το θηλασμό μπορούν εύκολα να υπερνικηθούν, όταν η γυναίκα έχει καλλιεργήσει κατά την κύηση τη συμβιωτική σχέση με το έμβρυό της. Οι έγκυες που δοκιμάστηκαν με διαταραχές στη σχέση συμβίωσης με το έμβρυο αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα προβλήματα απογοήτευσης. Όλες οι έγκυες νιώθουν αρνητικά συναισθήματα κατά την διάρκεια της κύησης, ιδιαίτερα οι πρωτότοκες, τα οποία εμφανίζουν ευρεία διακύμανση. Σε ακραίες περιπτώσεις, τα βιολογικά προβλήματα της κύησης και του θηλασμού

δημιουργούν μία αγωνιώδη κατάσταση. Το νεογνό θεωρείται από τη μητέρα ξένο, δυσάρεστο και κατά την διάρκεια του θηλασμού, κουραστικό ή αηδιαστικό. Αυτές οι εμπειρίες ενισχύουν τα συναισθήματα ενοχής και απογοήτευσης και, όχι ιδιαίτερα σπάνια, και επιθετικότητας απέναντι στο νεογνό ή σε άλλα άτομα του άμεσου περιβάλλοντος. (Ρήγα Α.Β., 1991)



Μετά τον τοκετό θα συνεχιστεί ο όλος ο προβληματισμός με τις διαψευσμένες ελπίδες και την τελική ωρίμανση και παραδοχή της νέας κατάσταση. Η αγωνία και η ένταση καθορισμού των ελευθεριών και των δικαιωμάτων του παιδιού και της μητέρας καταδυναστεύει την σκέψη της και την αναγκάζει να συνειδητοποιήσει τη δύσκολη θέση της. Η αδυναμία επικοινωνίας με το νεογέννητο, που εκφράζει τις ανάγκες του μόνο με κλάμα, στερεί τη νέα μητέρα από κάθε ενίσχυση και επιβράβευση των προσπαθειών της. Η προοπτική εγκατάλειψης από τα παιδιά της που μεγαλώνει με κόπους και προσωπικές θυσίες, προϋποθέτει ένα τεράστιο απόθεμα ψυχικού κουράγιου με την αντιμετώπιση της στέρησης της ελευθερίας της, που σε αρκετές περιπτώσεις εκδηλώνεται με μνησικακία

και οργή απέναντι στο παιδί ή και στο σύζυγο. Τελικά, η ύπαρξη του παιδιού μπορεί να αναπληρώσει τη χαμένη ζωή και τον περιορισμό των ονείρων. **(Νιτσόπουλος Μ., 1987)**

Η νεαρή μητέρα, όπως και κάθε άλλη ανθρώπινη ύπαρξη, έχει ανάγκη από έκφραση, ερεθίσματα, συναισθηματική ενίσχυση και συναναστροφή με ανθρώπους της ηλικίας της. Η μητρότητα δεν μπορεί να αποτελέσει τη μοναδική πηγή προσωπικής ικανοποίησης. Οι νεαρές μητέρες σήμερα, μορφωμένες και γεμάτες αυτοπεποίθηση, θέλουν να ανταποκριθούν στο μητρικό τους ρόλο τόσο απόλυτα, όσο και στο νοικοκυριό και στο επάγγελμά τους. **(Heffner E., 1982)**

Η κάθε νέα μητέρα έρχεται σε επαφή με πρωτόγνωρα κομμάτια του εαυτού της, που μοιάζουν με αυτά της δικής της μητέρας, με χαρακτηριστικά που επαναλαμβάνονται. Γι' αυτόν το λόγο, νιώθουν πιο κοντά τη μητέρα τους. Οι νέες μητέρες πρέπει να αντιμετωπίσουν την ιδανική εικόνα της μητέρας που φέρουν μέσα τους και να την προσαρμόσουν στην πραγματικότητα μαζί με τα συναισθήματα και την ευθύνη στο παιδί τους. Από την άλλη, η παραμονή στο σπίτι και η αποχή από την εργασία για την ανατροφή του παιδιού κάνει τις γυναίκες να νιώθουν ότι χάνουν την προσωπικότητά τους.

Η Swigart J. 1992, στο βιβλίο της «*Ο μύθος της κακής μητέρας*», εξηγεί πως όσο το παιδί μεγαλώνει, η μητέρα αντιλαμβάνεται ότι οι συμπεριφορές, οι αξίες και οι δραστηριότητες της της θυμίζουν τη δικής της μητέρα. Είναι προφανές ότι τα συναισθήματα που δημιουργούνται έχουν τις ρίζες τους στην οικογένεια και πιθανότατα είναι ένα κράμα συναισθημάτων αξιών που κληροδοτήθηκαν από τους προγόνους μας.

Η πίεση που ασκείται στη νέα μητέρα από το κοινωνικό περιβάλλον (γονείς, πεθερικά, συγγενείς και φίλους), για να επικεντρώσει τις προσπάθειές της στην ανατροφή του παιδιού και στη συντήρηση του σπιτιού, χρησιμοποιεί τη μητρότητα ως πρόφαση για την ένταξη της γυναίκας στον παραδοσιακό ρόλο της νοικοκυράς.

Η κοινωνική στήριξη παίζει σημαντικό ρόλο στη μετάβαση στη μητρότητα. Οι γυναίκες κατ' εξακολούθηση αναφέρουν είτε τη μητέρα τους είτε το σύζυγό τους ως τις κύριες πηγές στήριξης. Η στήριξη από το σύζυγο φαίνεται να έχει μεγαλύτερη επίδραση σε παράγοντες όπως η υγεία της μητέρας και η προσαρμογή της στη μητρότητα. Η στήριξη από το σύζυγο κατά την κύηση συνδέεται θετικά με την καλή διάθεση της λεχώιδας, καθώς και με μητρική συμπεριφορά ευαισθησίας και εκφραστικότητας στα νεογνά τους.

Αν και η στήριξη από το σύντροφο είναι ζωτικής σημασίας, υπάρχουν ενδείξεις μίας γενικής υποχώρησης της συζυγικής ικανοποίησης κατά τη μετάβαση στη μητρότητα. Η στήριξη από τη μητέρα παίζει επίσης σημαντικό ρόλο. Οι κόρες με παιδιά είναι πιο συνδεδεμένες με τις μητέρες τους, απ' ό,τι οι κόρες χωρίς παιδιά. **(Δραγώνα Θ., 1999)**

Η **Δραγώνα Θ., 1999** όπως προαναφέρθηκε συνεχίζει λέγοντας ότι η μετάβαση στη γονεϊκή ιδιότητα φέρνει γυναίκες και άνδρες μπροστά σε διλήμματα ως προς την ταυτότητα, τους ρόλους και την επικοινωνία. Έχει σημασία ο τρόπος με τον οποίο οι νέοι γονείς θα διαχειριστούν τις δυσκολίες και τις προκλήσεις που εμπεριέχονται σε αυτή την περίοδο της ζωής τους, που είναι καθοριστική τόσο για την υιοθέτηση ενός ικανοποιητικού γονεϊκού ρόλου, όσο και για την μελλοντική εξέλιξη του παιδιού τους. Το νέο μέλος της οικογένειας χρειάζεται ένα καλά οριοθετημένο δικό του χώρο. Η σχέση του με τους γονείς του και η μεταξύ των γονέων σχέση, όπως και των άλλων παιδιών, αν υπάρχουν, συντελούνται μέσα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό – πολιτισμικό πλαίσιο, που είναι καθοριστικό για τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται η εμπειρία της μετάβασης στη μητρότητα και πατρότητα.

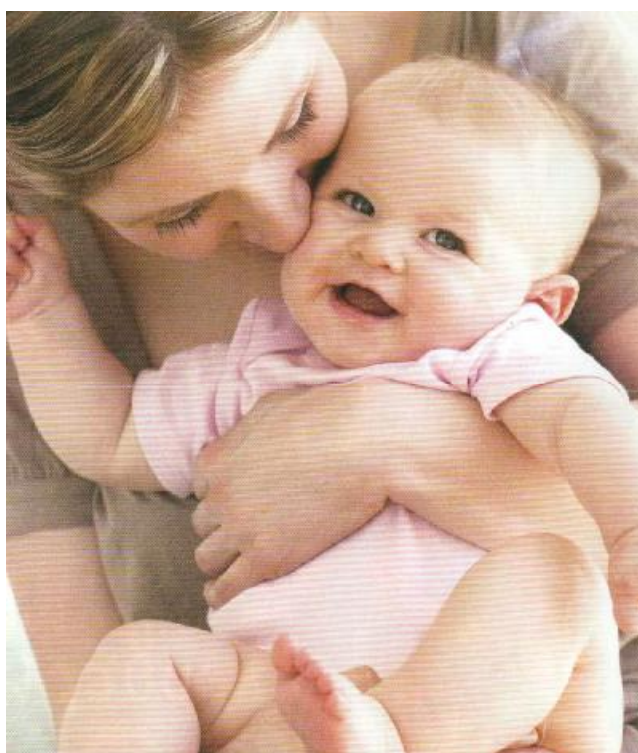
Τόσο ο τοκετός και οι πρώτοι δύσκολοι μήνες στη ζωή του νεογέννητου γίνονται αντικείμενο θεώρησης μόνο από την πλευρά της φυσιολογίας και σπάνια από τη σημαντική ψυχολογική πλευρά, με αποτέλεσμα τα μεγάλα κενά και η έλλειψη γνώσεων, οδηγούν μοιραία σε ανασφάλεια, αβεβαιότητα και ψυχική διαταραχή. Η ευρέως διαδεδομένη άποψη ότι το «μητρικό ένστικτο» οδηγεί τη μητέρα στη σωστή

συμπεριφορά κρίνεται ως μύθος. Μόνο η σωστή γνώση και η πείρα αποτελούν τις βασικές προϋποθέσεις για την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού και την ψυχοσωματική ισορροπία της μητέρας. **(Νιτσόπουλος, 1987)**

Το μητρικό ένστικτο

Σύμφωνα με τον **Αμπατζόγλου Γ., 1998**, το μητρικό ένστικτο ορίζεται ως η έμφυτη βιολογική ορμή κάθε γυναίκας να αποκτήσει παιδιά, να τα αγαπά και να γνωρίζει πώς να τα φροντίζει. Το δέσιμο μητέρας – παιδιού, που ονομάζουμε «μητρικό ένστικτο», αποτελεί μία «σταθερά» αναλλοίωτη μέσα στο χρόνο. Όσο κι αν ο όρος ακούγεται ξεπερασμένος, η πίστη σε αυτόν συνεχίζεται ακλόνητη ως τις μέρες μας.

Η μητρότητα είναι κάτι που μαθαίνεται. Η έμφυτη ικανότητα που διαθέτουν οι περισσότερες γυναίκες να γεννούν παιδιά, δεν συνεπάγεται καμία εγγενή γνώση για το πώς να τα φροντίζουν ούτε και εγγυάται αυτόματη αγάπη και ολοκλήρωση στη μητρότητα. Το επωνομαζόμενο «μητρικό ένστικτο» είναι στην ουσία ένας πολιτιστικός καταναγκασμός και όχι βιολογική ορμή. Παρόλα αυτά, οι γυναίκες νιώθουν να καταδιώκονται από το ιδανικό του μητρικού ενστίκτου. **(Αμπατζόγλου Γ., 1998)**



2.1.11. ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΩΣΗ

Επιλόχεια Κατάθλιψη

Μεγάλο ποσοστό γυναικών μετά τον τοκετό εμφανίζουν κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης. Η λοχεία είναι μία περίοδος όπου η γυναίκα μπορεί να παρουσιάσει ψυχικές διαταραχές, ιδιαίτερα αν δεν είναι έτοιμη «να αποδεχθεί το μωρό της» και το θεωρήσει ως απειλητική παρουσία. (Μπαλλής Θ.Ι., 2004). Η κατάθλιψη μετά τον τοκετό δημιουργεί σοβαρά προβλήματα, εξαιτίας του κοινωνικού ρόλου που απαιτείται από τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της λοχείας. Έτσι π.χ. οι γυναίκες πρέπει να προσφέρουν άμεση και σημαντική φροντίδα στα βρέφη τους. Ακόμα οι γυναίκες αντιμετωπίζουν προκλήσεις στη σχέση τους με το σύζυγο ή το σύντροφό τους και συχνά πιστεύουν ότι πρέπει να επανεξετάσουν τις σχέσεις τους με τα μέλη της οικογένειάς τους και τους φίλους. Επιπλέον, συχνά απαιτούνται ρυθμίσεις στους εργασιακούς τους ρόλους, για να προσαρμόσουν την φροντίδα που απαιτείται για τα βρέφη τους. (Sanders D., 1989).

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μία ετερογενή ομάδα καταθλιπτικών διαταραχών στη περίοδο της λοχείας.

Αποτελεί ξεχωριστή κλινική οντότητα ή αν είναι απλώς ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης, που λαμβάνει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της από τις ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν την επιλόχεια περίοδο. (Προκοπάκης Ε.Σ., 1994).

Η Μωραΐτου Μ., 2004, εξετάζει την επιλόχεια κατάθλιψη λέγοντας ότι είναι μία σύνθετη και ενδιαφέρουσα διαταραχή που συχνά φέρνει την γυναίκα και την οικογένειά της μπροστά σε εκπλήξεις. Σε μία στιγμή που χαρακτηρίζεται από ευχαρίστηση και χαρά η «επίθεση» της κατάθλιψης μπορεί να προκαλέσει «καταστροφή» και διαφωνία στη ζωή της γυναίκας. Η επιλόχεια κατάθλιψη, ακόμα αποτελεί συχνή και σοβαρή νόσο, που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή τόσο της μητέρας όσο και

του παιδιού. Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί το γεγονός ότι η νόσος υποδιαγιγνώσκεται, αφού η ασθενής συχνά δεν αναζητά ψυχιατρική βοήθεια. Γι' αυτό, είναι εξαιρετικής προληπτικής σημασίας η αναγνώριση της επιλόχειας κατάθλιψης από επαγγελματίες υγείας, που έρχονται σε επαφή με την γυναίκα την περίοδο αυτή (όπως οι μαιές, οι γυναικολόγοι, οι παιδίατροι κ.α.) καθώς και η έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπεία της.

Επιλόχεια Μελαγχολία και Ψύχωση

Οι άλλες ψυχικές διαταραχές που απαντώνται στη λοχεία είναι η επιλόχεια μελαγχολία ή αθυμία και η επιλόχεια ψύχωση της λοχείας.

Σύμφωνα με τον **Προκοπάκη Ε.Σ., 1994**, η επιλόχεια αθυμία ή μελαγχολία της λοχείας παρατηρείται στο 40 – 85 % των λεχωίδων. Πρόκειται για μία παροδική μεταβολή της διάθεσης που αρχίζει την 3^η – 4^η ημέρα μετά τον τοκετό και διαρκεί 2 – 4 ημέρες. Τις περισσότερες φορές είναι περιορισμένης έντασης, μπορεί όμως να πάρει και μεγαλύτερες διαστάσεις με διαταραχές του ύπνου και δυσθυμία και να μοιάζει με την πρόδρομη φάση της επιλόχειας ψύχωσης. (Dragonas T., Christodoulou GN., 1998).

Τα μόνα κοινά συμπτώματα ανάμεσα στην επιλόχεια κατάθλιψη και τη μελαγχολία της λοχείας είναι οι διαταραχές του ύπνου και η δυσκολία στη μνήμη. Η διαφορική διάγνωση της μελαγχολίας της λοχείας από την επιλόχεια κατάθλιψη είναι εύκολη, καθώς χαρακτηρίζεται όπως ήδη αναφέρθηκε από κακή διάθεση, επιθετικότητα και παροδικότητα. Ωστόσο απαιτείται προσεκτική διαφορική διάγνωση από την επιλόχεια ψύχωση με την συνδρομή ειδικού καθώς η δυσθυμία και η διαταραχή του ύπνου μπορεί να εκληφθούν ως συμπτώματα επιλόχειας ψύχωσης. (**Μωραϊτού Μ., 2004**)

Η επιλόχεια ψύχωση τώρα σύμφωνα με τον **Μπαλλή Θ.Ι., 2004**, αποτελεί την πιο δραματική συναισθηματική απάντηση και η συχνότητα της ανέρχεται σε 0,8 – 2,5 περιπτώσεις ανά 1000 τοκετούς. Εκδηλώνεται

πολύ νωρίς ακόμα και μέσα στην μαιευτική κλινική αλλά μπορεί να εμφανιστεί και καθ' όλη τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά τον τοκετό. Η πλειοψηφία των ψυχωσικών επεισοδίων συμβαίνουν κατά τον πρώτο μήνα της λοχείας.

Ο **Μπαλλής Θ.Ι.**, 2004, συνεχίζει λέγοντας ότι στην αρχική κλινική εικόνα προέχουν η εύκολη κόπωση, η έντονη αϋπνία, η ψυχοκινητική ανησυχία, το άγχος, η ευερεθιστότητα, η κατάθλιψη και τα ξεσπάσματα σε κλάματα. Αργότερα μπορεί να εμφανιστούν καχυποψία, ασυναρτησία, επιθετικότητα και ιδεοληπτικός ιδεασμός που αγορά στην υγεία και στο ευ ζην του παιδιού.

Τα συμπτώματα της επιλόχειας ψύχωσης που τη διαφοροποιούν από την επιλόχεια κατάθλιψη είναι η σύγχυση, η αμηχανία, η απώλεια προσανατολισμού, το ονειρικό συναίσθημα και η συναισθηματική αστάθεια. Επίσης περιγράφονται πολύ συχνά οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις και έντονες παραληρητικές καταστάσεις με προεξάρχον το ιδιωτικό παραλήρημα. (Μωραΐτου Μ., 2004)

Μερικές ασθενείς εμφανίζονται έκδηλα καταθλιπτικές και ανεσταλμένες, μεταπίπτονται βαθμιαία σε «stupor», ενώ άλλες εκδηλώνουν ευφορία με τα συνήθη χαρακτηριστικά των μανιοκαταθλιπτικών διαταραχών. Ορισμένες φορές το συναίσθημα εναλλάσσεται γρήγορα μεταξύ κατάθλιψης και μανίας, ακόμα και μέσα στην ίδια ημέρα, ενώ τα παραληρητικά στοιχεία περιστρέφονται γύρω από την ασθενή, το παιδί και τον πατέρα. Επίσης η ασθενής συχνά πιστεύει ότι έχει μολυνθεί από αφροδισιακό νόσημα, που το μετέδωσε το βρέφος. Ακόμα μπορεί να έχει την εντύπωση ότι δεν είναι πιστή στο σύζυγό της και ότι δεν τρέφει αγάπη ούτε γι' αυτόν ούτε για το παιδί. Άλλοτε πιστεύει ότι το παιδί παρουσιάζει διαμαρτίες της διάπλασης ή ότι είναι νεκρό. Τέλος, μπορεί να πιστεύει ότι είναι ανίκανη να το φροντίσει, το κοιτάζει ως ξένο ή τερατώδες αντικείμενο. (**Παπαγεωργίου Ε.**, 2004)

Ο **Παπαγεωργίου Ε.**, 2004, που αναφέρθηκε αμέσως παραπάνω επισημαίνει επίσης ότι σε περίπτωση σχιζοφρένειας, ο κίνδυνος βρεφοκτονίας χωρίς να είναι ιδιαίτερα μεγάλος, πρέπει να λαμβάνεται

σοβαρά υπόψη. Η προσεκτική παρατήρηση της λεχωίδας με ψύχωση της λοχείας και ιδιαίτερα των όσων λέει και πράττει για το νεογνό μπορεί να καθοδηγήσει στην εντόπιση των επικίνδυνων μητέρων. Πάντως δεν θα πρέπει να λησμονείται ότι 27% περίπου των βρεφοκτόνων λεχωίδων δεν είχαν εκφράσει προηγουμένως καμία παθολογική ιδέα για το παιδί. Μητέρες με ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς προς τα παιδιά τους ή προς τα παιδιά τρίτων είναι περισσότερο επικίνδυνες και έχουν ανάγκη στενότερης επίβλεψης.

Η **Μωραΐτου Μ.**, 2004, μας λέει πως αξίζει να σημειωθεί ότι η σύγχυση, που είναι το συχνότερο αλλά και συνήθως ένα από τα πρώτα συμπτώματα, επιβάλλει τη διαφορική διάγνωση της αρχικής φάσης της επιλόχειας ψύχωσης από εγκεφαλίτιδα, αυτοάνοσες παθήσεις, ενδοκρινολογικές και ηλεκτρολυτικές διαταραχές (ιδιαίτερα υπερασβεστιαμία) και σήψη.

2.1.12. ΠΡΟΒΛΗΜΑ - ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Ο κίνδυνος ανάπτυξης επιλόχειας κατάθλιψης είναι αρκετά υψηλός. Έχει βρεθεί ότι μία στις 10 λεχώιδες χωρίς προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό παρουσιάζει επιλόχεια κατάθλιψη. Αν υπάρχει ατομικό ιστορικό μείζονος κατάθλιψης, τότε μία στις τέσσερις λεχώιδες θα παρουσιάσει επεισόδια κατάθλιψης κατά τη λοχεία. Σε περίπτωση που έχει προηγηθεί επιλόχεια κατάθλιψη, τότε μία στις δύο λεχώιδες θα επανεμφανίσει ανάλογο επεισόδιο κατάθλιψης σε επόμενη επιλόχεια περίοδο.

Η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται σε ένα σημαντικό ποσοστό που κυμαίνεται από 10 – 20 % των λεχωίδων. Κάποιοι συγγραφείς αναφέρουν ανησυχητικά υψηλά ποσοστά που φθάνουν μέχρι και 40%. Για τις ενήλικες μητέρες το ανώτερο ποσοστό ανέρχεται σε 26%. Για το 60% των γυναικών αυτών, το καταθλιπτικό επεισόδιο είναι το πρώτο τους. Ο κίνδυνος είναι σχεδόν διπλάσιος στις πρωτότοκες. **(Ρήγα, Α.Β., 1991)**

Παρακάτω η **Μωραΐτου Μ.**, 2004, αναφέρει με χρονολογική σειρά τις σημαντικότερες έρευνες και τα αποτελέσματά τους σε σχέση με την συχνότητα εκδήλωσης της επιλόχειας κατάθλιψης:

√ Στην έρευνα των Kumar και Robson το 1984, από τις 19 περιπτώσεις επιλόχειας νευρωτικής διαταραχής, 3 μήνες μετά τον τοκετό, οι 15 αφορούσαν σε νέες περιπτώσεις κατάθλιψης.

√ Στην έρευνα των Watson, Elliot Rugg και Brough το 1984, αναφέρεται ποσοστό επιλόχειας κατάθλιψης 27%, ενώ η Cutrona το 1984 αναφέρει συχνότητα σοβαρής κατάθλιψης 4,7%, τη 2^η και 3,5% την 4^η εβδομάδα της λοχείας.

√ Στην έρευνα των Terry, Mayocchi και Hynes το 1996, σε πρωτότοκες βρέθηκαν ποσοστά κατάθλιψης 16% στις 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό και 17% στους 5 μήνες μετά τον τοκετό.

√ Στην έρευνα των Green και Kafetsios το 1997, για την θετική εμπειρία της μητρότητας, η συχνότητα της επιλόχειας κατάθλιψης ήταν 13% κατά την 6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό.

√ Στην έρευνα της Fowles το 1998 σε πρωτότοκες λεχвіδες κατάθλιψη παρουσίασε το 10% των γυναικών 9 – 14 εβδομάδες μετά τον τοκετό.

√ Στην έρευνα των Leather και Kelly το 2000 σε πρωτότοκες γυναίκες, η διαπιστωθείσα συχνότητα κατάθλιψης ανήλθε σε 11,3% στους 3 – 4,5 μήνες μετά τον τοκετό.

√ Στη μελέτη των Evans, Herou και Francomb το 2001 αναφέρεται συχνότητα επιλόχειας κατάθλιψης 9,1% κατά την 8^η εβδομάδα και 8,1% κατά τον 8^ο μήνα της λοχείας.

√ Στην έρευνα των Matthey, Barnett και Howie το 2002 στις πρωτότοκες διαπιστώθηκε συχνότητα επιλόχειας κατάθλιψης 9,5% κατά την 6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό.

Με την επιλόχεια κατάθλιψη στην Ελλάδα ασχολήθηκε εντατικά η Δραγώνα (1989, 1992). Στην πρώτη μελέτη της το 1989 πήραν μέρος 200 λεχвіδες από την περιοχή των Αθηνών. Επιλόχεια κατάθλιψη εμφάνισε το 13% κατά την 4^η εβδομάδα της λοχείας. Σε επόμενη μελέτη της το 1992 σε 2831 λεχвіδες αναφέρεται ποσοστό κατάθλιψης 25,3% κατά την 3^η με 5^η ημέρες μετά τον τοκετό. (**Δραγώνα Θ., 1999**)

Στην μελέτη των Μωραϊτου και Σταλικά το 2003 όπως μας πληροφορεί η **Μωραϊτου Μ., 2004**, πήραν μέρος 249 λεχвіδες κατά την πρώτη εβδομάδα της λοχείας τους, που γέννησαν στις μαιευτικές κλινικές των κρατικών νοσοκομείων 10 διαφορετικών νομών. Η έρευνα έδειξε το 38,69% των λεχвіδων παρουσίασε κάποιας μορφής κατάθλιψη (24,10% ήπια, 9,24% μέτρια και 5,52% σοβαρή). Οι πρωτότοκες αποτελούσαν το 47,42% των λεχвіδων που παρουσίασαν κάποιας μορφής κατάθλιψη και το 50% αυτών που εμφάνισαν σοβαρή κατάθλιψη.

Σύμφωνα με την μελέτη των ίδιων το 2003 σε 97 πρωτότοκες λεχвіδες, οι γυναίκες εμφάνισαν κατάθλιψη: (α) κατά την εβδομάδα μετά τον τοκετό σε ποσοστό 44% (μέση τιμή 12,31), (β) στους 2 μήνες μετά

τον τοκετό σε ποσοστό 36% (μέση τιμή 9,53) και (γ) στους 6 μήνες μετά τον τοκετό σε ποσοστό 29,90% (μέση τιμή 10,00).

Από τη δεκαετία του 1980 οι ερευνητές άρχισαν να χρησιμοποιούν περισσότερο σταθερά κλινικά πρότυπα για πιο ακριβή εκτίμηση της κατάθλιψης. Η πρακτική αυτή έχει αυξήσει τη δυνατότητα σύγκρισης των πληροφοριών των ερευνών και έχει βελτιώσει τα ερευνητικά δεδομένα που βασίζονται σε λιγότερο εμφανή κλινικά φαινόμενα της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης εφαρμόζοντας πιο έγκυρες και σταθερές μετρήσεις. **(Μωραΐτου Μ., 2004)**



2.1.13. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η έναρξη των συμπτωμάτων εγκαθίσταται 2 – 3 εβδομάδες έως μερικούς μήνες μετά τον τοκετό και, αν η κατάσταση δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα, μπορεί να διαρκέσει μέχρι και δύο χρόνια. (www.newspathfinder.gr)

Πολλές γυναίκες που ταλαιπωρούνται από επιλόχεια κατάθλιψη δεν αναγνωρίζουν ότι πάσχουν από τη διαταραχή. Ένα σημαντικό εμπόδιο στη διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι η δυσκολία των γυναικών να αξιολογήσουν τον εαυτό τους, ενώ συχνά δεν αναφέρουν τα συμπτώματα αν δεν ερωτηθούν. Η μελέτη των Wittoy et al το 1996 έδειξε ότι πάνω από το 90% των λεχιδών αντιλαμβάνονταν ότι κάτι δεν πήγαινε καλά, αλλά μόνο το 20% ανέφερε τα συμπτώματα σε κάποιον ειδικό και μόνο το 1/3 πίστευε ότι είχε επιλόχεια κατάθλιψη. **(Μωραΐτου Μ., 2004)**

Η έναρξη της νόσου μπορεί να γίνει με την εμφάνιση στη μητέρα ενός αισθήματος ότι δεν την αγαπούν και ότι δεν είναι ικανή μητέρα να φροντίσει το μωρό της. Η λεχίδα νιώθει κουρασμένη, εκνευρίζεται εύκολα και δεν καταλαβαίνει τις αντιδράσεις του νεογνού. Ξεσπά εύκολα σε κλάματα, επειδή αισθάνεται ότι απασχολείται με το μωρό της χωρίς ευχαρίστηση και δεν το περιποιείται όσο πρέπει. Παρουσιάζει διαταραχές της συγκέντρωσης και αδιαφορεί για τον εαυτό της και τον σύντροφό της. Μερικές φορές προστίθενται φοβίες για παρορμητικές πράξεις, που τη βασανίζουν επειδή φοβάται ότι όταν είναι μόνη μπορεί να κάνει κακό στο παιδί της. Στην περίπτωση αυτή για να μειώσει το άγχος της αποφεύγει να έχει επαφές με το παιδί της και παραμένει σε απόσταση, ζητώντας από τα άτομα του περιβάλλοντός της να ασχοληθούν με αυτό, για να τα κατηγορήσει στη συνέχεια ότι δεν κάνουν τίποτε σωστά. Η καταθλιπτική μητέρα δεν παίζει με το μωρό της, δεν απαντά στις ανάγκες του, παραμένει αδιάφορες γι' αυτό και ορισμένες φορές είναι δυνατό να εκνευριστεί μαζί του και να το κακοποιήσει. **(Μπαλλής Θ.Ι., 2000)**

Ειδικότερα, μπορεί να δεχθεί ότι η συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης προσομοιάζει με αυτή ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Αν και τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια με επιλόχεια έναρξη δεν διαφέρουν στη συμπτωματολογία από τα αντίστοιχα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης χωρίς επιλόχεια έναρξη, μπορεί να χαρακτηρίζονται πιο συχνά από ευμετάβλητη διάθεση και κυμαινόμενη κλινική πορεία.

Η συμπτωματολογία του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου με καταθλιπτική διάθεση περιλαμβάνει απώλεια της ευχαρίστησης, διαταραχές της όρεξης και του ύπνου, ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση, αίσθημα κόπωσης και απώλεια της ενεργητικότητας, αϋπνία, δυσκολία στη προσοχή, τη συγκέντρωση και τη μνήμη, αισθήματα αναξιότητας, ανεπάρκειας και ενοχή και αυτοκτονικό ιδεασμό. Μπορεί ακόμη να εμφανίσει προβλήματα βάρους και διαταραχή στις διατροφικές της συνήθειες, υπνηλία, ευερεθιστότητα και εριστική διάθεση, άγχος και κρίσεις πανικού (με σωματικά συμπτώματα όπως ταχυκαρδίες, επεισόδια άπνοιας, πόνους στο στήθος ή το στομάχι, ιλίγγους κ.α.). Σε ακραίες περιπτώσεις η γυναίκα παρουσιάζει διανοητική σύγχυση, οπότε χάνει την αίσθηση του προσανατολισμού στο χώρο και στο χρόνο. **(Μελισσά – Χαλκιοπούλου Χ., 1996)**

Συχνά παρατηρείται διέγερση και ευφορικό συναίσθημα ή εναλλαγές ευφορικής και καταθλιπτικής διάθεσης. Το ευφορικό συναίσθημα παρατηρείται κυρίως το πρώτο 24ωρο μετά τον τοκετό και μειώνεται σε μεγάλο βαθμό μετά την τέταρτη ημέρα. Θεωρείται ψυχογενούς αιτιολογίας και αποδίδεται στην ανακούφιση της λεχιάδας από την ομαλή έκβαση του τοκετού. Σε μερικές γυναίκες το ευφορικό συναίσθημα παραμένει και κυριαρχεί στην κλινική εικόνα, χωρίς όμως να φθάνει στα επίπεδα υπομανίας.

Στο 30% περίπου των λεχιάδων εμφανίζεται κεφαλαλγία, ιδιαίτερα σε αυτές με ιστορικό ημικρανίας. Διαρκεί όλη την ημέρα, είναι αμφοτερόπλευρη και μερικές φορές συνοδεύεται από φωτοευαισθησία, ναυτία, και έμετο. Ο κίνδυνος αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς ή

βρεφοκτονίας είναι μικρότερος σε σύγκριση με την ψύχωση της λοχείας και δεν ξεπερνά το 5%. **(Δραγώνα Θ., 1989)**

Η **Δραγώνα Θ., 1989**, μας πληροφορεί επιπλέον ότι αν και οι σκέψεις αυτοκτονίας είναι συχνές, εντούτοις οι λεχωίδες σπάνια πραγματοποιούν απόπειρα αυτοκτονίας. Όταν αυτές οι γυναίκες αυτοκτονούν, τείνουν να χρησιμοποιούν βίαια μέσα.

Σε έρευνα διαλογής (screening) σε λεχωίδες κατά την 6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό, κατέγραψαν ποσοστό 5,3% γυναικών με αυτοκτονικό ιδεασμό 3,9% με σκέψεις να βλάψουν τον εαυτό τους. **(www.newspathfinder.gr)**

Πολλές φορές τα συμπτώματα μίας κατάθλιψης μπορούν να εμφανιστούν πριν από τον τοκετό. Το γεγονός αυτό δεν είναι παράδοξο, αν ληφθούν υπόψη οι αντικειμενικές σωματικές δυσκολίες, όπως π.χ. στον ύπνο και την κινητικότητα, που υφίστανται περί το τέλος της εγκυμοσύνης, και οι ανησυχίες της εγκύου για τον επικείμενο τοκετό. Ωστόσο τα – συνηθισμένα σε αυτή την φάση – προαναφερθέντα συμπτώματα, τα οποία είναι συμβατά με ήπια κατάθλιψη, αντιμετωπίζονται τόσο από τις ίδιες τις έγκυες όσο και από τους συγγενείς και τους ιατρούς ως φυσιολογικές αντιδράσεις της συγκεκριμένης περιόδου της εγκυμοσύνης. Πολλά επεισόδια επιλόχειας κατάθλιψης προαναγγέλλονται από μία ασυνήθιστα βαριά λοχιακή αθυμία. Άλλοτε, τα προειδοποιητικά σημεία περιλαμβάνουν πρώιμα συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής, όπως ιδεοληπτικό τρόπο σκέψης, αίσθημα απελπισίας, ημερήσια διακύμανση της διάθεσης και κακό ύπνο. (Μωραϊτίου Μ., 2004)

Είναι αξιοσημείωτο ότι συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης παρουσιάζονται όχι μόνο σε βιολογικές μητέρες αλλά και σε αυτές που υιοθετούν ένα παιδί, όπως και στους άνδρες μετά τη γέννηση του παιδιού τους. **(Μελισσά – Χαλκιοπούλου Χ., 1996)**

2.1.14. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΙΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Το μοντέλο του «σεισμού» των Sichel και Driscoll (1999), εξηγεί γιατί το μοναδικό μυαλό της γυναίκας και η ορμονική χημεία της την καθιστούν ευάλωτη σε ψυχικές διαταραχές σε κρίσιμες στιγμές της ζωής της, όπως μετά τη γέννηση ενός παιδιού. Η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να προκύψει μετά από μία μακρά διαδικασία βιοχημικών συσσωρεύσεων, καθώς το μυαλό της γυναίκας επανειλημμένα αντιμετωπίζει το stress στη ζωή της. Ο «σεισμός» επισυμβαίνει όταν οι εσωτερικές πιέσεις γίνονται συντριπτικές και απελευθερώνουν την εσωτερική πίεση. Στρεσογόνα συμβάντα της ζωής ή/και ορμονικές μεταβολές μπορούν να ανατρέψουν τη λεπτή ισορροπία της εγκεφαλικής βιοχημείας, με αποτέλεσμα σαν εμφάνιση ενός συναισθήματος «σεισμού», όπως η επιλόχεια κατάθλιψη. Το μοντέλο των Sichel και Driscoll περιλαμβάνοντας ένα ευρύ φάσμα παραγόντων κινδύνου, όπως προηγούμενα επεισόδια κατάθλιψης, ιστορικό αρνητικών γεγονότων της ζωής, οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικών διαταραχών, stress για την απόκτηση παιδιού, μαζικές ορμονικές μεταβολές και μελαγχολία της λοχείας. (Μωραϊτού Μ., 2004)

Οι προδιαθεσικοί και οι αιτιολογικοί παράγοντες της επιλόχειας κατάθλιψης είναι ποικίλοι. Ενοχοποιούνται βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες (Μπαλλής Θ.Ι., 2000), οι οποίοι αναλύονται στη συνέχεια.

Παράγοντες κινδύνου και αιτιολογικοί παράγοντες

Ο καλύτερος προγνωστικός δείκτης για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης είναι η διάθεση της μητέρας τις τρεις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό. Οι αιτιολογικοί παράγοντες που ενδεχομένως συμμετέχουν στην παθογένεια της επιλόχειας κατάθλιψης φαίνεται πως είναι πολλοί, τα συμπεράσματα όμως της έρευνας δεν συμφωνούν πάντοτε, γιατί – σε

αντίθεση με τους παράγοντες κινδύνου – η αιτιολογία της κατάθλιψης μετά τον τοκετό παραμένει αινιγματική. **(Νιτσόπουλος, 1987)**

Δύο μελέτες, η μία του **Watson** και η άλλη του **Inwood**, συνοπτικά περιγράφουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Ειδικότερα, η κακή συζυγική σχέση, ο νευρωτισμός ως στοιχείο της προσωπικότητας και το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό αποτελούσαν τις παραμέτρους εκείνες που συνδέονταν περισσότερο με την επιλόχεια κατάθλιψη. Η κοινωνική τάξη, η οικογενειακή κατάσταση, το πρωτότοκο ή όχι και ίσως η ηλικία ήταν παράγοντες άσχετοι με την ανάπτυξη της διαταραχής. **(Δραγώνα Θ., 1989)**

Κατά τον **Inwood**, οι κυριότεροι παράγοντες που φαίνεται να παίζουν ρόλο στην εμφάνιση της νόσου είναι:

1. Το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό και, ιδιαίτερα, τα προηγούμενα επεισόδια επιλόχειας κατάθλιψης ή διπολικής διαταραχής.

2. Η εγκυμοσύνη και ειδικά αν πρόκειται για την πρώτη εγκυμοσύνη, καθώς και η ύπαρξη αμφιθυμίας από πλευράς της εγκύου για τη διατήρησή της, όπως π.χ. σε περιπτώσεις εξώγαμης κύησης.

3. Η απουσία κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος και η έντονη εξάρτηση της λεχιάδας από το σύζυγο ή τους γονείς της και η απογοήτευση από τον εαυτό της.

4. Η έλλειψη θερμών σχέσεων με τους γονείς και ιδιαίτερα με τον πατέρα.

Στη συνέχεια, αναλύονται οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης.

ΙΑΤΡΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η σύνδεση της επιλόχειας κατάθλιψης με γυναικολογικές και μαιευτικές μεταβλητές δεν φαίνεται να επαληθεύεται. Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις τόσο υπέρ όσο και κατά της πιθανής αιτιολογικής συσχέτισης επιλόχειας κατάθλιψης και παραμέτρων που σχετίζονται με την αναπαραγωγή, όπως για παράδειγμα του τόκου, του προηγούμενου

ιστορικού αποβολής ή των ταυτόχρονων μαιευτικών επιπλοκών. Οι O' Hara (1984) υποστηρίζουν ότι οι επιπλοκές κατά τον τοκετό σχετίζονται με την επιλόχεια κατάθλιψη, ενώ την αντίθετη άποψη εξέφρασαν οι Paykel (1980). Οι γυναίκες ενδέχεται να ερμηνεύσουν την εμπειρία τους τυχόν επιπλοκές κατά τον τοκετό ως αποτέλεσμα της αδυναμίας τους να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες της μητρότητας. (Λώλης Δ., 1998)



Το είδος τοκετού

Ο τοκετός αποτελεί μοναδική δυναμική διαδικασία, που μπορεί να επιταχύνει την εκδήλωση μίας ψυχικής διαταραχής. Θεωρείται εύλογο ότι σε γυναίκες με ήπια γενετική ή ιδιοσυγκρασιακή προδιάθεση μπορεί από μόνος του να πυροδοτεί επεισόδια ψυχικής νόσου. (Λώλης Δ., 1998) Ωστόσο, στη μελέτη των **Μωραΐτου** και **Στάλικας** (2003) το είδος του τοκετού δεν συνδέθηκε με την εκδήλωση της επιλόχειας κατάθλιψης.

Ο Pitt (1968) σημείωσε ότι ο «παρατεινόμενος τοκετός» είναι συχνότερο εύρημα σε γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη. Κατά του Kuman και Robson (1984), η μόνη μαιευτική μεταβλητή που σχετίζεται σημαντικά με μεταγεννητικά ψυχιατρικά προβλήματα είναι ο τοκετός ενός πρόωρου παιδιού και με την άποψη αυτή συμφωνεί και το Fisher (1997).

Αντίθετα, οι απόψεις των ερευνητών για την σύνδεση μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης και καισαρικής τομής διαφέρουν. Κατά τους Cox et al (1982), οι γυναίκες που αποκτούν το πρώτο τους παιδί ή εκείνες που γεννούν με καισαρική τομή ή εμβρυουλκία δεν έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης. Οι Nielsen (2000) αναφέρουν ότι ούτε οι προηγηθείσες ούτε οι επείγουσες καισαρικές τομές συσχετίστηκαν με την επιλόχεια κατάθλιψη.

Αντίθετα ο Fisher (1997) συμπέρανε ότι μία χειρουργική επέμβαση στον πρώτο τοκετό καθιστά την λεχώρα ευαίσθητη στη θλίψη, στο μετατραυματικό άγχος και στην εμφάνιση κατάθλιψης. Οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό κολπικό τοκετό ήταν περισσότερο πιθανό να βιώσουν μία αξιοσημείωτη βελτίωση στη διάθεση και μία μεγαλύτερου βαθμού αυτοεκτίμηση. Αντίθετα οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή ήταν πιο πιθανό να βιώσουν μία πτώση της διάθεσης και της αυτοεκτίμησης. Αν και οι μητέρες που γέννησαν με καισαρική τομή δεν είχαν περισσότερο άγχος από τις μητέρες που γέννησαν φυσιολογικά, εντούτοις εμφάνιζαν μεγαλύτερα κατάθλιψη κατά τους πρώτους δύο μήνες μετά τη γέννηση του παιδιού τους. Επιπλέον, οι μητέρες αυτές ανέφεραν περισσότερες αμφιβολίες και είχαν λιγότερη εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να φροντίσουν το βρέφος. (Μελισσά – Χαλκιοπούλου Χ., 1996)

Χαρακτηριστικά του νεογνού

Οι Cambell έχουν υπογραμμίσει το ενδεχόμενο τα χαρακτηριστικά του βρέφους να αποτελούν παράγοντα κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης.

Τα νεογνά διαφέρουν ως προς τον τρόπο προσαρμογής τους. Η εμπειρία που αποκομίζει μία λεχώδα από τη φροντίδα ενός δύσκολου νεογνού ενδεχομένως αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης, γιατί οι λεχώδες που φροντίζουν δύσκολα νεογνά μπορεί να βιώσουν συναισθήματα ανεπάρκειας ως μητέρες. (Ρήγα Α.Β., 1991)

Οι Hopkins (1987) υποστηρίζουν ότι η διάκριση των καταθλιπτικών από τις μη καταθλιπτικές μητέρες μπορεί να σχετίζεται και με το βαθμό δυσκολίας του χαρακτήρα του νεογνού τους. Τέτοια συμπεράσματα όμως θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή και η έρευνα που συνδέει το ταμπεραμέντο των νεογνών με την επιλόχεια κατάθλιψη θα πρέπει να χρησιμοποιεί μετρήσεις έξω από το βαθμό δυσκολίας του χαρακτήρα του νεογνού. (Dragonas T. - Christodoulou G.N., 1998)

Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο

Οι ευρείες διακυμάνσεις των επιπέδων των καταμηνίων ορμονών στη διάρκεια του μηνιαίου κύκλου προκαλούν διακυμάνσεις και στη διάθεση της γυναίκας. Οι μακροχρόνιες επιδράσεις αυτών των ορμονικών αλλαγών γίνονται αισθητές από την ένταση που υπάρχει πριν από την έμμηνο ρύση, την αύξηση της προδιάθεσης για ατυχήματα, τη μείωση της πνευματικής διαύγειας και ικανότητας και την προσωρινή αλλαγή της συμπεριφοράς στη διάρκεια της έμμηνου ρύσης. Ωστόσο, οι ορμονικές διακυμάνσεις στον καταμήνιο κύκλο είναι ασήμαντες σε σύγκριση με την τεράστια αύξηση των στεροειδών του πλακούντα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την απότομη μείωση των επιπέδων τους μετά τον τοκετό. Οι σημαντικές διαφοροποιήσεις στα επίπεδα των ορμονών στο τέλος της κύησης και στην αρχή της λοχείας απαιτούν αξιοσημείωτες ικανότητες προσαρμογής από μέρους της γυναίκας. (Μελίσσα – Χαλκιοπούλου Χ., 1996)

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι αναγνωρίσιμος «κίνδυνος» για τις γυναίκες με προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο και ο Hegarty (1955) σημείωσε την υψηλή συχνότητα προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου στις γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι οι γυναίκες που εμφανίζουν δυσκολίες προσαρμογής στις προεμμηνορρυσιακές ορμονικές μεταβολές έχουν την τάση για ακόμη μεγαλύτερη δυσκολία προσαρμογής στις ορμονικές αλλαγές της περιόδου της λοχείας. (Λώλης Δ., 1998)

Ορμονικοί παράγοντες

Από όλες τις ψυχοσωματικές καταστάσεις, κατά τις οποίες διαπιστώνεται συσχέτιση ενδοκρινικών μεταβολών με συναισθηματικές αντιδράσεις, η πλέον παραδεκτή είναι αυτή της λοχείας. Θεωρείται πιθανό οι ορμονικές μεταβολές μετά τον τοκετό να ευαισθητοποιούν τους υποδοχείς ντοπαμίνης σε γυναίκες με ειδική προδιάθεση (**Λώλης Δ., 1998**). Η μαζική ελάττωση των υψηλών επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης στο αίμα στα βασικά επίπεδα εντός 2 – 5 ημερών μετά τον τοκετό έχει οδηγήσει στη διατύπωση της υπόθεσης ότι οι μεταγεννητικές αλλαγές της διάθεσης προκαλούνται από την υποχώρηση των επιπέδων, των συγκεκριμένων ορμονών. Ωστόσο, σύμφωνα με μία άλλη άποψη, παρά το γεγονός ότι οι ορμονικές αυτές αλλαγές διακυμαίνονται εντός φυσιολογικών ορίων, εντούτοις πυροδοτούν παθολογικούς μηχανισμούς στα επίπεδα νευροδιαβιβαστών ή αποδοχέων, με αποτέλεσμα τις διαταραχές της διάθεσης.

Στη μελέτη της **Dalton (1971)** επαναλαμβάνεται αναφέροντας ότι τα ευρήματα των αξιολογημένων μητρικών χαρακτηριστικών και των ευμετάβλητων συναισθημάτων θα μπορούσαν να εξηγηθούν και ορμονικά. Έτσι, στη διάρκεια της κύησης παρατηρήθηκε ένα υψηλό επίπεδο υπερθυμίας όταν τα επίπεδα των στεροειδών του πλακούντα είχαν φθάσει στο ανώτατο σημείο, ενώ η επακολουθούσα επιλόχεια κατάθλιψη ελάμβανε χώρα μετά την απότομη ελάττωση του επιπέδου των πλακουντιακών στεροειδών μετά την έξοδο του πλακούντα.

Παρόλο που δεν ερεύνησαν άμεσα την πιθανή συμβολή των ορμονικών μεταβολών στις διαταραχές της διάθεσης κατά την περίοδο της λοχείας, σημειώνουν ότι τα ψυχιατρικά συμπτώματα βρίσκονται στην ακμή τους τις δέκα πρώτες μέρες μετά τον τοκετό, όταν δηλαδή η πτώση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης είναι μέγιστη. Το εύρημα αυτό, σε συνδυασμό την αποτυχία των ερευνητών να ανιχνεύσουν συσχετισμούς των ψυχιατρικών διαταραχών με κοινωνικούς παράγοντες, την οικογενειακή κατάσταση ή μαιευτικές επιπλοκές παρείχε έμμεση

υποστήριξη στη διατυπωθείσα ενδοκρινολογική υπόθεση. (**Μελίσα – Χαλκιοπούλου Χ., 1996**)

Ο τοκετός, το πολύ σημαντικό αυτό από ψυχολογική άποψη γεγονός, συνδυάζεται με σημαντικές ορμονικές μεταβολές. Ωστόσο, στις λεχωίδες με ή χωρίς κατάθλιψη δεν έχουν βρεθεί ορμονικές διαφορές, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι λεχωίδες που εκδηλώνουν επιλόχεια κατάθλιψη έχουν φυσιολογική ενδοκρινική λειτουργία. Συνεπώς, μπορεί να υποθέτει ότι ενδεχομένως υπάρχουν κάποιες γυναίκες με διαφορετική ευαισθησία στις αναπαραγωγικές ορμόνες, στις οποίες τα φυσιολογικά ενδοκρινικά γεγονότα που σχετίζονται με τον τοκετό μπορούν να ενεργοποιήσουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. (**Νιτσόπουλος Μ., 1987**)

Παρακάτω αναφέρονται οι μεταβολές των ορμονών κατά την περίοδο της λοχείας, που ενδεχομένως σχετίζονται με την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης.

- Οιστρογόνα και προγεστερόνη
- Κορτιζόλη
- Προλακτίνη
- Τρυπτοφάνη
- Θυρεοειδικές ορμόνες
- Συσχέτιση ορμονών και επιλόχειας κατάθλιψης

Δημογραφικοί παράγοντες

Οι Gotlib (1989) απέτυχαν να αναδείξουν κάποια σχέση μεταξύ δημογραφικών παραγόντων και επιλόχειας κατάθλιψης. Οι **Μωραΐτου** και **Στάλικας** (2003) αναφέρουν ότι δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των επαναληπτικών μετρήσεων της κατάθλιψης και της ηλικίας των λεχωίδων. Οι O' Hara και Kzekoski (1988) συμπέραναν από τη βιβλιογραφία ότι πολύ λίγοι δημογραφικοί παράγοντες έχει βρεθεί να συνδέονται με την επιλόχεια κατάθλιψη. (**Δραγώνα Θ., 1999**)

Σε έρευνα των Habfoll (1995) που προαναφέραμε, σε φτωχές έγκυες – λεχωίδες, η οποία συμπεριλάμβανε δημογραφικά χαρακτηριστικά,

όπως ηλικία, εθνικότητα, εργασία, βρέθηκε ότι κανείς από αυτούς τους δημογραφικούς παράγοντες δεν συνδεόταν με την επιλόχεια κατάθλιψη.

Αντίθετα, άλλες έρευνες έχουν διαπιστώσει την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στην επιλόχεια κατάθλιψη και την ηλικία και τη μόρφωση.

Όταν η ηλικία της γυναίκας είναι <18 ετών και η εκπαίδευσή της διακοπεί κατά τα χρόνια του γυμνασίου, η προδιάθεση εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης είναι μεγαλύτερη. (Heffner E., 1982)

Η κατάθλιψη είναι πιο συχνή στις έφηβες, συγκριτικά με τις ενήλικες μητέρες. Η κυοφορία κατά την εφηβεία γίνεται συχνά αιτία διακοπής της παρακολούθησης του σχολείου και πολλές φορές συνοδεύεται από χαμηλή κοινωνικό – οικονομική κατάσταση και ανεπαρκή κοινωνική στήριξη, ενώ, ακόμα, συχνά αφορά άγαμες μητέρες. Η διακοπή της εκπαίδευσης και ο περιορισμός της δυνατότητας επαγγελματικής καριέρας, σε συνάρτηση με την κύηση στην εφηβεία, μπορεί επίσης να οδηγήσει σε μακροχρόνια οικονομική αστάθεια.

Σε έρευνα διαλογής (screening) σε λεχωίδες κατά την 6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό, οι **Γεωργοπούλου (1999)** βρήκαν ότι οι γυναίκες κάτω των 19 ετών είχαν σχεδόν διπλάσια συχνότητα υψηλής βαθμολογίας κατά τη χρήση αυτοκριτικής κλίμακας αξιολόγησης (ποσοστό 23,5% σημείωσαν βαθμολογία 12 και άνω στην κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης του Εδιμβούργου).

Κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα

Οι κοινωνικές αλλαγές μεγάλης κλίμακας, όπως οι πόλεμοι και οι οικονομικές καταστροφές, είχαν συνδεθεί με την επιλόχεια κατάθλιψη από την εποχή του Esquirol (1824), ο οποίος επισήμανε μία αύξηση στη συχνότητα της επιλόχειας κατάθλιψης με την εισβολή της Γαλλίας και την πτώση του Ναπολέοντα. Παρόμοιες παρατηρήσεις έγιναν κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης του 1930 – 1935 στις ΗΠΑ και κατά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο.

Η οικονομική ανασφάλεια, η έλλειψη επαγγελματικής σταθερότητας και η αλλαγή τόπου κατοικίας συνδέθηκαν με την επιλόχεια κατάθλιψη από διάφορους ερευνητές τη δεκαετία του 1970. (**Μωραΐτου Μ., 2004**)

Η προσοδοφόρα και ενδιαφέρουσα επαγγελματική δραστηριότητα, οι μακροχρόνιες συνήθειες, ακόμη και οι απαραίτητες κοινωνικές επαφές, θα εγκαταλειφθούν ή θα πρέπει να προσαρμοστούν στο ωράριο που καθορίζεται από την παρουσία του νέου μέλους της οικογένειας. Τα πρόσθετα έξοδα που επιβαρύνουν τον οικογενειακό προϋπολογισμό αποτελούν σοβαρό παράγοντα άγχους και ανησυχίας. Ακόμη και για μία γυναίκα που έχει σκεφθεί όλα τα παραπάνω και έχει προετοιμαστεί ανάλογα, η αντιμετώπιση της πραγματικότητας είναι διαφορετική καθώς συχνά αυτή είναι απρόβλεπτη αφού εξαρτάται και από την ιδιοσυγκρασία του παιδιού.

Οι άνεργες γυναίκες, όταν μάλιστα από τη ζωή τους απουσιάζει και ο πατέρας του βρέφους, αντιμετωπίζουν τεράστια οικονομικά προβλήματα και αποτελούν ομάδα ιδιαίτερα αυξημένου κινδύνου για επιλόχεια κατάθλιψη. (**Δραγώνα Θ., 1998**)

Στην έρευνα των **Hobfoll (1995)**, οι χαμηλότερου εισοδήματος λεχωίδες που ζούσαν στις πόλεις παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης όσο και κατά τη λοχεία (23,4%).

Ωστόσο, στην έρευνα των **Μωραΐτου** και **Στάλικας (2003)** δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των επαναληπτικών μετρήσεων της κατάθλιψης και του οικονομικού επιπέδου των οικογενειών των λεχωίδων. (**Μωραΐτου Μ., 2004**)



Ενημέρωση – Πληροφόρηση

Η πλημμελής ενημέρωση και πληροφόρηση της λεχιάδας για τα νέα της καθήκοντα (διατροφή, θηλασμός, περιποίηση του νεογνού κ.α.) βρίσκει την πρωτότοκο λεχιάδα εντελώς απροετοίμαστη και ευάλωτη στην υπερένταση, την αυτό-υποτίμηση και την ανικανότητα. Τόσο ο τοκετός όσο και οι πρώτοι δύσκολοι μήνες της ζωής του νεογέννητου γίνονται αντικείμενο θεώρησης μόνο από τη φυσιολογική τους πλευρά και σπάνια από τη σημαντική ψυχολογική, με αποτέλεσμα τα μεγάλα κενά και την έλλειψη γνώσεων, που οδηγούν μοιραία τη λεχιάδα σε ανασφάλεια, αβεβαιότητα και ψυχική διαταραχή. Η ευρέως διαδεδομένη άποψη ότι το «μητρικό ένστικτο» οδηγεί τη νέα μητέρα στη σωστή συμπεριφορά κρίνεται ως μύθος. Η σωστή ενημέρωση και η εμπειρία είναι οι βασικές προϋποθέσεις για την ομαλή ανάπτυξη του νεογνού και την ψυχοσωματική ισορροπία της μητέρας. **(Νιτσόπουλος, 1987)**

Σε έρευνα που έγινε στη Δανία με τη συμμετοχή 5091 εγκύων – λεχιάδων, βρέθηκε ότι οι έγκυες που δεν παρακολούθησαν τα μαθήματα προετοιμασίας (parenting classes) εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης σε σχέση με αυτές που τα παρακολούθησαν. Ανάλογα ήταν και τα ευρήματα προγενέστερης μελέτης.

Κληρονομικοί παράγοντες και ιστορικό κατάθλιψης

Ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης είναι η προηγούμενη εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Σύμφωνα με τον Ο' Hara (1986), μέχρι 30% των γυναικών που αναφέρουν ιστορικό κατάθλιψης πριν από τη σύλληψη θα αναπτύξουν κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Στη μελέτη των Marks et al, ποσοστό 51% των γυναικών με προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό παρουσίασαν υποτροπή ψυχωσικής ή καταθλιπτικής διαταραχής κατά τους πρώτους 6 μεταλοχειακούς μήνες.

Οι Ο' Hara, καθώς και οι Cambell, έχουν επίσης αναφερθεί σε προγενέστερα προσωπικά ή οικογενειακά καταθλιπτικά επεισόδια, τα οποία θεωρούν ως καθοριστικούς παράγοντες κινδύνου. Ακόμη, έχει

παρατηρηθεί ότι στο συγγενικό περιβάλλον των ασθενών που εκδηλώνουν επιλόχεια κατάθλιψη συχνά υπάρχουν άτομα με διπολική διαταραχή. (Dragonas T. - Christodoulou G.N., 1998)

Οι Serrant και Parquet εκτιμούν ότι οι πρόωρες απώλειες, όπως οι αποχωρισμοί ή οι θάνατοι πριν από την ηλικία των 15 ετών, αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για δευτερογενή κατάθλιψη. Σε έρευνα της Lagercranz (1974), που αφορούσε τις σχέσεις 201 γυναικών με το παιδί τους κατά το πρώτο έτος της ζωής του, πως οι πρωτότοκες μητέρες που κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας βίωσαν ασταθείς και ελλιπείς σχέσεις με την ίδια τους τη μητέρα και είχαν ζήσει αποχωρισμούς μακράς διάρκειας από τη μητέρα πριν από την ηλικία των 11 ετών, εμφάνιζαν σημαντικά υψηλότερη συχνότητα ψυχικών διαταραχών (κατάθλιψη, ανησυχία, έλλειψη αυτοπεποίθησης κ.α.). Ακόμα, διαπιστώθηκε ότι αυτές οι γυναίκες είχαν μικρότερης διάρκειας περίοδο θηλασμού. (Ρήγα, 1991)

Αρνητικά γεγονότα της ζωής

Τα αρνητικά και στρεσογόνα γεγονότα της ζωής έχουν συνδεθεί με την επιλόχεια κατάθλιψη από πολλούς ερευνητές, ιδιαίτερα μετά τους 3 πρώτους μεταγεννητικούς μήνες. (Ζερβής, 2001)

Αξιοσημείωτη είναι η εθνική μελέτη των Hansen, Lou και Olsen (2000), στη Δανία, η οποία έδειξε ότι σε έγκυες που αντιμετώπισαν θάνατο ή πρώτη εισαγωγή για καρκίνο ή οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου σε γονείς ή σε παιδιά, ιδίως κατά τη διάρκεια του 1^{ου} τριμήνου, παρατηρήθηκε αυξημένη επίπτωση νεογνικών δυσμορφιών και ιδιαίτερα του κρανιακού νευρικού λόγου (cranial neural crest). Η μελέτη αυτή δείχνει πόσο ευάλωτες είναι οι έγκυες και πόσο αρνητικά αποτελέσματα μπορεί να έχουν στο έμβρυο οι έντονες ψυχικές μεταβολές της εγκύου.

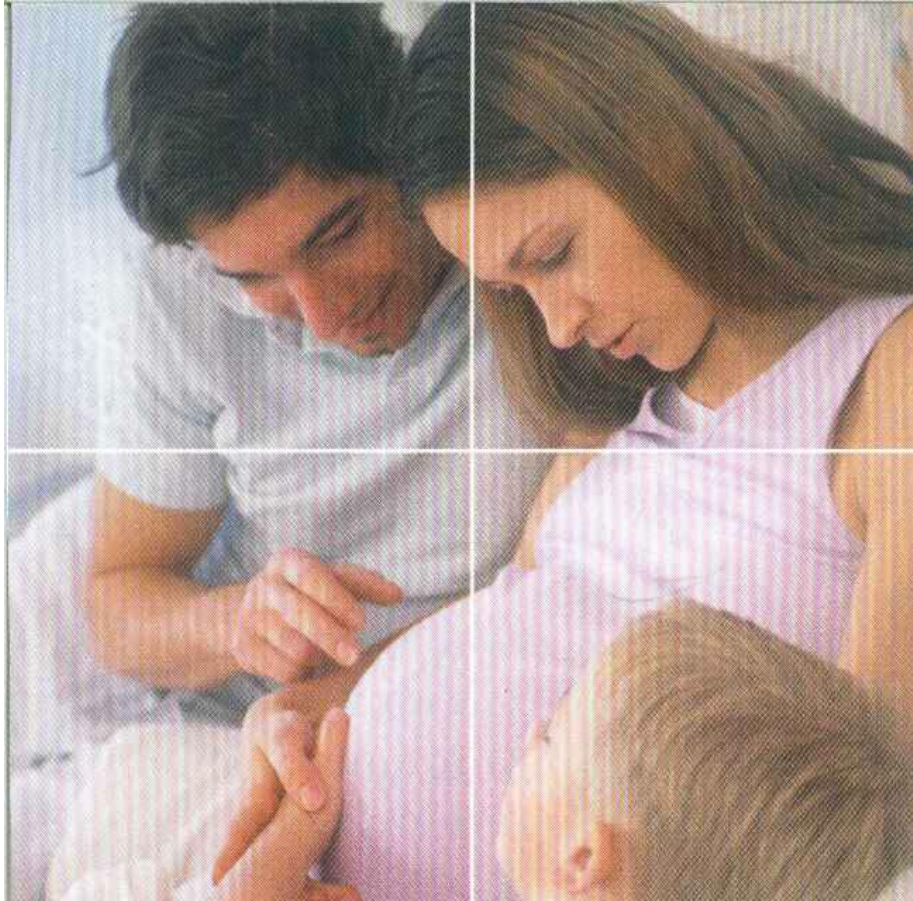
Ψυχικές διαταραχές κατά την κύηση

Η σχέση μεταξύ προγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης έχει αναφερθεί. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι 30% των εγκύων που

παρουσιάζουν κατάθλιψη εκδηλώνουν και επιλόχεια κατάθλιψη (**Ρήγα Α.Β., 1991**). Ο **Gotlib**, επίσης, συσχετίζει την επιλόχεια κατάθλιψη με καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ακόμη, κατά τους **Marks, Watson, Kumar** και **Robsoy** οι ψυχικές διαταραχές – ισοδύναμα του νευρωτισμού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελούν προγνωστικό παράγοντα για την εκδήλωση της επιλόχειας κατάθλιψης, την οποία συσχετίζουν με μία κατάθλιψη της εγκυμοσύνης. Παράγοντες όπως μία προηγούμενη κατάθλιψη, ή η αλληλεπίδραση ανάμεσα στην ευαλωτότητα και στους παράγοντες του άγχους (life stress), μπορεί να είναι προάγγελος μίας επιλόχειας μείζονος κατάθλιψης ή μίας πιο ήπιας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (οι μεταβλητές της ευαισθητότητας σχετίζονται με προγενέστερα προσωπικά και/ή οικογενειακά συμβάντα ζωής). Οι μεταβλητές του άγχους ή των συμβάντων της ζωής αφορούν τα διάφορα επερχόμενα κατά τη διάρκεια του τοκετού και κατά τη διάρκεια των φροντίδων του νεογέννητου. (**Περιστέρης Α., Μαρίνος Β., 1990**)

Κοινωνική στήριξη και οικογενειακές σχέσεις

Είναι αξιοσημείωτο ότι η βιβλιογραφία που αναφέρεται στη σχέση της κοινωνικής στήριξης με την ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων αφορά κυρίως τις γυναίκες και ιδιαίτερα κατά το διάστημα μετά τον τοκετό. Αρνητική συσχέτιση με την επιλόχεια κατάθλιψη παρατηρείται όταν η γυναίκα ζει με το σύντροφό της και νιώθει ικανοποιημένη από τη θετική στήριξη του στενού περιβάλλοντός της στο γεγονός της εγκυμοσύνης της. Οι λεχвіδες που δεν είχαν αρκετή στήριξη κατά τη διάρκεια της κύησης και δεν ήταν ικανοποιημένες από τη στήριξη που δέχθηκαν, εμφάνισαν συχνότερα επιλόχεια κατάθλιψη από τις λεχвіδες που δέχθηκαν μεγάλη στήριξη που και ήταν ευχαριστημένες από αυτήν. (**Αμπατζόγλου Γ., 1998**)



Η σχέση και η υποστήριξη από το σύντροφο

Ο σύντροφος μίας γυναίκας μπορεί να παράσχει με πολλούς τρόπους στήριξη στους οποίους συμπεριλαμβάνονται η υποστήριξη πριν τον τοκετό και η ψυχολογική στήριξη σε στιγμές άγχους. Ωστόσο, κάποιοι σύντροφοι αποφεύγουν οποιαδήποτε ενεργό εμπλοκή με το γεγονός του τοκετού, ενώ άλλοι παραμένουν περισσότερο παθητικοί, χωρίς να προσφέρουν ούτε πρακτική ούτε συναισθηματική στήριξη. Στήριξη μπορεί να προκύψει και από άλλες πηγές, όμως η στήριξη του συντρόφου είναι ιδιαίτερα κρίσιμη, τόσο κατά την κύηση όσο και κατά τη λοχεία.

Οι ανύπαντρες γυναίκες που δεν έχουν την συμπαράσταση του πατέρα του παιδιού τους κατά την διάρκεια της κύησης και του τοκετού, αλλά ούτε και της πατρικής τους οικογένειας λόγω μη αποδοχής της εγκυμοσύνης τους, είναι πολύ πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη. Αν τελικά η οικογένεια αποδεχθεί την ανύπαντρη μητέρα, τότε η κατάθλιψη μπορεί να

υποχωρήσει. Στα χαμηλότερα κοινωνικό – οικονομικά στρώματα όμως η στήριξη από την πατρική οικογένεια μπορεί να μην είναι αρκετή για να εξαλείψει τα συμπτώματα κατάθλιψης των νεαρών μητέρων, οι οποίες βασανίζονται από το συναισθηματικό κόστος της εξάρτησής τους από αυτή. **(Μελίσσα – Χαλκιοπούλου Χ., 1996)**

Μετά τον τοκετό, ο σύζυγος ή ο σύντροφος επίσης διέρχεται μία περίοδο προσαρμογής. Σε κάποια ζευγάρια, ένα μωρό δυναμώνει τη σχέση τους και οδηγεί στη δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος για την ανάπτυξη του νεογέννητου. Ο ρόλος γίνεται ακόμα πιο κρίσιμος, αν η μητέρα εμφανίσει σοβαρή διαταραχή της διάθεσης. Μία σταθερή συζυγική σχέση βοηθά τους νέους γονείς να αποδεχθούν τις υψηλές απαιτήσεις του γάμου, του παιδιού και της οικογένειας. Αντίθετα, μία φτωχή συζυγική σχέση μπορεί να προδικάσει την ανάπτυξη επιλόχειας κατάθλιψης. Πολλές γυναίκες βιώνουν έντονο άγχος στην προσπάθειά τους να χειριστούν τους μητρικούς και συζυγικούς ρόλους. Πολύ σοβαρά ψυχοκοινωνικά άγχη παρατηρούνται στη συζυγική προσαρμογή μετά τον τοκετό, όταν οι σύντροφοι δεν είναι υποστηρικτικοί και δεν συμμετέχουν στην ανατροφή των παιδιών. **(Δραγώνα Θ., 1999)**

Οι γυναίκες με χαμηλό εισόδημα, οι οποίες ήταν ικανοποιημένες από την κοινωνική στήριξη που δέχονταν κατά την διάρκεια της κύησης, είχαν μικρότερες πιθανότητες να βιώσουν καταθλιπτική διάθεση κατά τη λοχεία. Ακόμη, άσχετα από το αν οι γυναίκες ήταν χαμηλής ή υψηλής κοινωνικό – οικονομικής κατάστασης, οι συχνές προστριβές με τα μέλη του δικτύου στήριξης αποτελούσαν παράγοντες κινδύνου για επιλόχεια κατάθλιψη. **(Δραγώνα Θ., 1999)**



Σχέση με την οικογένεια και οικογενειακή στήριξη

Η διαθεσιμότητα της οικογενειακής στήριξης, αλλά και η αποδοχή της μπορεί να επηρεάσει την πιθανότητα εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης στις νέες μητέρες, αν και όλες οι νέες μητέρες δεν καλοδέχονται την ανάπτυξη επαφής με τα μέλη της οικογένειας μετά τη γέννηση του παιδιού. Οι O' Hara (1983) βρήκαν ότι οι λεχρίδες που χαρακτηρίστηκαν ως καταθλιπτικές μετά τον τοκετό, ανέφεραν μικρότερη στήριξη από τις μητέρες τους – σε αξιολόγηση πριν από τον τοκετό – συγκριτικά με αυτές που δεν κατατάχθηκαν στις πάσχουσες από επιλόχεια κατάθλιψη. (Νιτσόπουλος Μ., 1987)

Η σχέση μητέρας – κόρης

Η σχέση μητέρας – κόρης είναι μία σημαντική μεταβλητή. Ο Uddengerg (1976) διαπίστωσε συσχέτιση μεταξύ της «απόρριψης της μητέρας» (rejection of mother) και της κατάθλιψης.

Ένα συνηθισμένο πρόβλημα ανάμεσα στις γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη είναι ο τρόπος που ανατράφηκαν από τις δικές τους μητέρες. Τόσο ο Megles όσο και η Dana Breen αναφέρουν αν μία μητέρα έχει

τάση να ελέγχει πολύ την κόρη της, τότε η δεύτερη έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσει δυσκολίες προσαρμογής και να εμφανίσει επιλόχεια κατάθλιψη. Αν η μητέρα ήταν απορριπτική προς την κόρη της, τότε ο κίνδυνος αυτός είναι ακόμα μεγαλύτερος. Και οι δύο αυτές εμπειρίες του παρελθόντος εμπεριέχουν απώλεια ελέγχου, είτε πάνω στη σχέση μητέρας – κόρης είτε πάνω στην ίδια τους τη ζωή. Αν μία γυναίκα έχασε τη μητέρα της στην παιδική ηλικία, επίσης διατρέχει κίνδυνο. Η θετική ταύτιση με τη μητέρα ως στοργικό πρότυπο συναρτάται με μία ώριμη στάση, ενώ, αντίθετα όταν η ταύτιση με την εικόνα της καλής μητέρας δεν είναι δυνατή, είναι πιθανό να εμφανιστούν συμπτώματα κατάθλιψης. **(Δραγώνα Θ., 1999)**

Οι **Roykel (1980)** δεν κατόρθωσαν να βρουν κάποια συσχέτιση μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης και ιστορικού εγκατάλειψης της γυναίκας από τη μητέρα στην παιδική ηλικία. Αν η σχέση με την μητέρα δεν ευνοεί την ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων στο παιδί, όπως ότι είναι καλό, αγαπητό και ασφαλές, το παιδί δεν θα μπορέσει να ξεπεράσει την αμφιθυμία που νιώθει σε σχέση με τα αντικείμενα αγάπης και θα είναι πάντοτε επιρρεπές σε καταθλιπτικά επεισόδια. Εκτός από την αποτυχία του παιδιού να ξεπεράσει τα καταθλιπτικά άγχη και τους φόβους του και να αναπτύξει αυτοεκτίμηση, η αμφιθυμία σύμφωνα με την **Klein**, παίζει έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην κατάθλιψη. **(Κλεφταράς, 1998)**

Η στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον

Αν και η στήριξη των μη συγγενών δεν είναι τόσο σημαντική όσο αυτή του συντρόφου και της οικογένειας, οι νέες μητέρες αξιολογούν στη στήριξη των φίλων και των συναδέλφων, που ίσως τους προσφέρουν πρακτική, ενημερωτική και ιδεολογική στήριξη για τον τρόπο ζωής και την απόδοση των ρόλων.

Η κατανόηση του γεγονότος ότι η κοινωνική στήριξη δρα προστατευτικά ενάντια στην ενάντια στην προγεννητική και επιλόχεια κατάθλιψη οδηγεί στη διερεύνηση και η αξιολόγηση ενός ευρύτερου κύκλου παραγόντων. Οι παράγοντες που ενισχύουν την κοινωνική στήριξη

με στόχο την πρόληψη της κατάθλιψης περιλαμβάνουν συναισθήματα αυτοεπιβεβαίωσης, μορφές επιβράβευσης και συζυγική ποιότητα. Η κοινωνική στήριξη μπορεί να μειώσει το βαθμό που οι διάφορες περιστάσεις εκλαμβάνονται ως στρεσογόνες ή να προάγει το θετικό αποτέλεσμα ενισχύοντας την αυτοεκτίμηση ή τα συναισθήματα αυτοεπιβίωσης. Αυτά, με τη σειρά τους, μπορεί να περιορίσουν την ευπάθεια σε μία νόσο μέσω επιδράσεων στη λειτουργία του νευροενδοκρινικού ή ανοσοποιητικού συστήματος ή μέσω αλλαγών στη συμπεριφορά φροντίδας της υγείας, όπως η μείωση ή αποφυγή της χρήσης τοξικών ουσιών, η υγιεινή διατροφή και η σωματική άσκηση. **(Μωραΐτου Μ., 2004)**

Στάση προς την παρούσα κύηση

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ τυχαίας κύησης και επιλόχειας κατάθλιψης, οι Warner (1996) βρήκαν ότι η τυχαία κύηση περιλαμβανόταν στους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για μεταγεννητική ψυχιατρική νοσηρότητα. Το γεγονός της τυχαίας κύησης, ειδικά όταν συνδέεται και με αρνητική αντίδραση του συντρόφου στην ανακοίνωση της εγκυμοσύνης, αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα εμφάνισης κατάθλιψης στις έγκυες γυναίκες. **(Νιτσόπουλος Μ., 1987)**

Οι γυναίκες που βίωσαν μία εγκυμοσύνη που δεν χαρακτηριζόταν ως επιθυμητή ή επιδιωκόμενη (14% του συνόλου των ανεπιθύμητων κυήσεων), αλλά μάλλον ως ανεπίκαιρη, φάνηκαν να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο στενοχώριας. Οι γυναίκες που διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα είναι αυτές που θεωρούν την εγκυμοσύνη τους επιθυμητή, όταν οι σύντροφοί τους την χαρακτηρίζουν ως ανεπιθύμητη. **(Δραγώνα Θ., 1999)**

Η ψυχική κατάσταση του συντρόφου

Η συναισθηματική κατάσταση του νεογνού, η παρουσία κατάθλιψης σε αυτόν, το υπερβολικά εκφραζόμενο συναίσθημα και πολλοί

άλλοι παράγοντες μπορεί να συντελέσουν στην εμφάνιση κατάθλιψης στη γυναίκα και μετά τους έξι μήνες μέχρι 12 μήνες) από τον τοκετό. **(Ζερβης Χ., 2001)**.

Οι λίγες μελέτες που ασχολούνται με τη νοσηρότητα του ζευγαριού έχουν δείξει μία τάση για υψηλότερες αναλογίες συννοσηρότητας στα ζευγάρια όταν οι πατέρες έχουν κατάθλιψη, παρά όταν οι μητέρες είναι καταθλιπτικές. Στην έρευνα του **Matthey (2000)** διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ προγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης στους πατέρες, όταν χρησιμοποιήθηκε το πιο ευαίσθητο μέσο μέτρησης της συγγενικής θλίψης (βαθμολογία υψηλότερη από την 15^η θέση της κλίμακας του Beck). Οι άνδρες που δεν ήταν θλιμμένοι προγεννητικά είχαν πιθανότητα 25% να σημειώσουν υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα Beck στον πρώτο χρόνο της λοχείας, ενώ γι' αυτούς με κατάθλιψη προγεννητικά η αντίστοιχη πιθανότητα ήταν 65%. **(Μελίσα – Χαλκιοπούλου Χ., 1996)**

Παράγοντες της προσωπικότητας και του τρόπου ζωής

Έχουν διερευνηθεί διάφοροι παράγοντες της προσωπικότητας που φαίνεται ότι σχετίζονται με την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Η αισιοδοξία, ως γενικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας της γυναίκας, είναι συνδεδεμένη με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης κατά τις δύο πρώτες εβδομάδες, ενώ η αυτοπεποίθηση με μικρότερη πιθανότητα εκδήλωσης κατάθλιψης μέχρι και την έκτη εβδομάδα. Η ενημέρωση από τη μαία και το μαιευτήρα για την πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων έχει ως αποτέλεσμα μικρότερης διάρκειας και έντασης συμπτωματολογία. **(Μωραϊτού Μ., 2004)**

Η σχέση μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης και αυτοεκτίμησης φαίνεται να είναι ισχυρή. Η έρευνα έδειξε ότι τα συμπτώματα είναι 39 φορές πιθανότερο να εμφανιστούν σε λεχρίδες με χαμηλή αυτοεκτίμηση, απ' ό,τι σε αυτές με υψηλή αυτοεκτίμηση. Η «σεξουαλική ταυτότητα» έχει επίσης συνδεθεί με την ανάπτυξη των ψυχολογικών διαταραχών που

ακολουθούν τον τοκετό. Οι Nilssen και Tiggemann, Alugren (1970) βρήκαν ότι οι γυναίκες που θεωρούσαν τον εαυτό τους πιο «αρρενωπό» από άλλες ανέφεραν λιγότερα ψυχιατρικά συμπτώματα κατά την κύηση, αλλά περισσότερα κατά τη λοχεία.

Ο Tetlow σημείωσε ότι οι παράγοντες προσωπικότητας που απαιτήθηκαν στην παιδική ηλικία ενοχοποιούνται για την επιρρέπεια μερικών γυναικών στην κατάθλιψη. Σύμφωνα με τη θεωρία της «Αχιλλείου Πτέρνας» (Achilles heel), ο Tetlow που επαναλαμβάνεται υποστηρίζει ότι μερικές γυναίκες έχουν ειδικά προβλήματα με τη σεξουαλικότητα τους ή με τη μητρότητα. Επομένως, οι γυναίκες είναι προδιατεθειμένες στην ψυχιατρική διαταραχή που σχετίζεται με τον τοκετό. (Pήγα A.B., 1991)

Άλλες μελέτες έχουν διερευνήσει τη σχέση μεταξύ βάρους που παίρνουν οι γυναίκες κατά την κύηση, ικανοποίησης για το βάρος τους, αυτοεκτίμησης και κατάθλιψης. Οι Jeukin και Tiggemann (1997) βρήκαν ότι η καλή ψυχολογική κατάσταση μίας λεχωίδας συσχετιζόταν με το βάρος της μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες που τις απασχολούσε ιδιαίτερα η εικόνα του σώματός τους και εξέφραζαν την ανάγκη ελέγχου του σωματικού τους βάρους, είχαν τις λιγότερες πιθανότητες να θηλάσουν τα μωρά τους. Η καταθλιπτική διάθεση είναι αποτέλεσμα της μειωμένης αυτοεκτίμησης της μητέρας ή της αρνητικής συμπεριφοράς της προς το περιβάλλον. (Νιτσόπουλος Μ., 1987)

Ανησυχία και άγχος

Η Dalton (1971) ανέφερε για πρώτη φορά ότι το άγχος κατά τη διάρκεια της κύησης συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη. Αργότερα, οι Hayworth (1980), οι Playfair και Gavers (1981) και οι Watson (1984) επιβεβαίωσαν ότι οι γυναίκες με υψηλότερα επίπεδα άγχους κατά τη διάρκεια της κύησης παρουσίασαν συχνότερα κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες που αισθάνονται είτε πολύ υψηλά είτε πολύ χαμηλά επίπεδα άγχους κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη απ' ό,τι οι γυναίκες με μέτριο άγχος προγεννητικά. Γυναίκες που αντιδρούν στην εγκυμοσύνη με πολύ υψηλά επίπεδα άγχους

βρίσκονται ήδη υπό πίεση από μία αίσθηση απώλειας ελέγχου, ενώ εκείνες που αισθάνονται πολύ λιγότερο άγχος αρνούνται την πραγματικότητα της κατάστασής τους. Η πραγματικότητα του τοκετού και του μωρού αποτελεί ένα σοβαρό σοκ, μία απότομη αλλαγή από τις προηγούμενες προσδοκίες, γεγονός που επίσης μπορεί να θεωρηθεί απώλεια ελέγχου. **(Νιτσόπουλος Μ., 1987)**

Επιβαρυντικοί παράγοντες

Οι επιβαρυντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογία της λοχείας είναι οι εξής:

1. Μικρή ηλικία
2. Ανύπαντρη μητέρα
3. Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη
4. Το χαμηλό κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο
5. Η διαταραγμένη σχέση με το σύζυγο
6. Η διαταραγμένη σχέση με τους γονείς
7. Η ιδιαίτερη σχέση με τη μητέρα της
8. Η προβληματική σωματική ή διανοητική κατάσταση
9. Η προηγούμενη κακή εμπειρία τοκετού
10. Η σχέση της εγκύου με την εγκυμοσύνη της
11. Η ύπαρξη ιστορικού με περιστατικό ψύχωσης στο παρελθόν
12. Επιπλοκές του τοκετού και νεογνικές ανωμαλίες
13. Χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων

Οι παράγοντες αυτοί σε καμία περίπτωση δεν θεωρούνται αιτιολογικοί. Απλά εμφανίζονται συχνότερα σε περιπτώσεις ψυχώσεων της λοχείας, γι' αυτό που μπορούν να θεωρηθούν σαν «εκλυτικές αφορμές». **(Παπαγεωργίου Ε., 2004)**

Συμπεράσματα για τους αιτιολογικούς παράγοντες κινδύνου

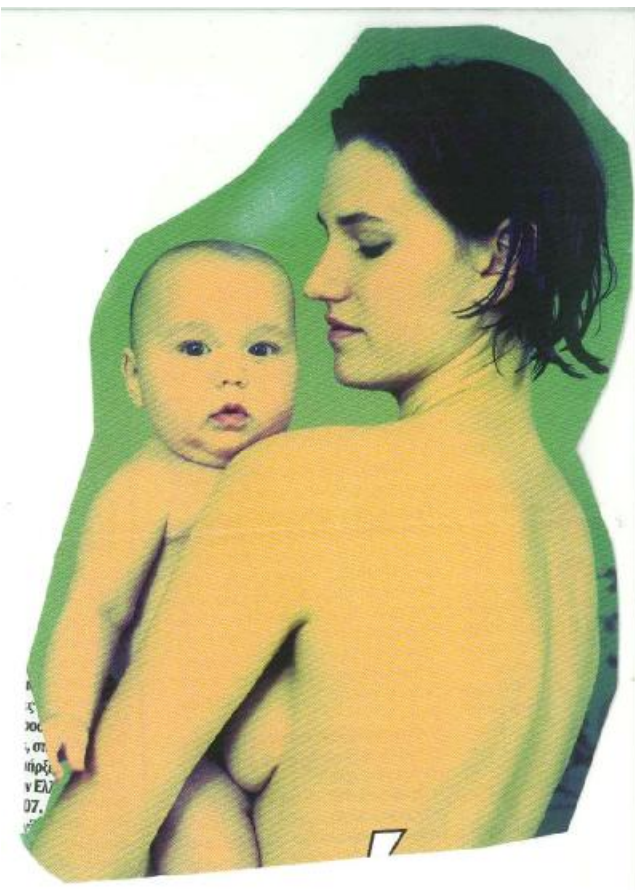
Αν προσπαθήσει κανείς να ομαδοποιήσει τα αποτελέσματα των διαφόρων ερευνητών για τους αιτιολογικούς παράγοντες κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης θα αναγνώριζε ορισμένους παράγοντες για τους οποίους υπάρχει γενικότερη συμφωνία. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν:

α) Το υποστηρικτικό πλαίσιο, όπως η κοινή συζυγική σχέση (με το σύζυγο να εμφανίζεται με λιγότερο συναισθηματική και πρακτική συμμετοχή, υπερελεγκτική συμπεριφορά ή προηγούμενα ψυχικά προβλήματα), η κακή σχέση με τη μητέρα, η απουσία της μητέρας λόγω θανάτου, το δυσλειτουργικό γονεϊκό πλαίσιο και οι κοινωνικές δυσκολίες.

β) Έντονες καταστάσεις stress ή γεγονότα όπως προωρότητα του νεογνού, νεογνικές επιπλοκές και ιδιοσυγκρασία του παιδιού.

γ) Στοιχεία της προσωπικότητας της μητέρας, όπως υψηλός δείκτης νευρωτισμού, διαπροσωπική ευαισθησία, συναισθηματική αστάθεια και άγχος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

δ) Προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, ιδιαίτερα συναισθηματικής διαταραχής. Επίσης, η κληρονομικότητα και εξωγενείς ψυχοπιεστικοί παράγοντες φαίνεται ότι παίζουν βασικό ρόλο στην εκδήλωση της νόσου.



ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Προγεννητική είναι η κατάθλιψη που εμφανίζεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μπορεί να αποτελεί επιδείνωση προϋπάρχουσων ψυχολογικών διαταραχών ή να εμφανίζεται για πρώτη φορά με την ευκαιρία της κύησης σε μία προσωπικότητα με ενδεχόμενη σχετική προδιάθεση. (**Μπαλλής, 2000**)

Σύμφωνα με την **Δραγώνα Θ., 1989**, η εγκυμοσύνη και ο θεωρούνται συχνά αγχογόνες καταστάσεις, που μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Το προβάδισμα έχει η προγεννητική κατάθλιψη σε σχέση με τις άλλες ψυχικές διαταραχές κατά την διάρκεια της κύησης όπως το άγχος και η ανησυχία. Οι προγεννητικές διαταραχές έχουν συνδεθεί με σοβαρές επιπλοκές κατά την κύηση και τον τοκετό, καθώς και με επιλόχειες διαταραχές. Η εμφάνιση της προγεννητικής κατάθλιψης θεωρείται προδιαθεσικός αλλά και προγνωστικός παράγοντας εκδήλωσης της επιλόχειας κατάθλιψης.

Σύμφωνα με τον **Kitamura et al (1996)**, σε αντίθεση με σημαντική έρευνα που έχει γίνει για την επιλόχεια κατάθλιψη, πολύ λιγότερη προσοχή έχει δοθεί στην κατάθλιψη που εμφανίζεται πριν από τον τοκετό. Σε πρόσφατες ερευνητικές μελέτες αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά προγεννητικής κατάθλιψης συγκριτικά με την επιλόχεια κατάθλιψη. Ενδεικτικά αναφέρεται η έρευνα των **Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer και Cameron (1995)**, όπου διαπιστώθηκε συχνότητα προγεννητικής κατάθλιψης 27,6% στο 2^ο και 24,5% στο 3^ο τρίμηνο της κύησης και συχνότητα επιλόχειας κατάθλιψης 23,4%. (**Περιστέρης Α., Μαρίνος Β., 1990**)

2.1.15. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ένα σημαντικό στοιχείο της πλειονότητας των μελετών είναι η τάση των ερευνητών να επιχειρούν εκτιμήσεις με δύο ευρέως χρησιμοποιούμενες κλίμακες για την κατάθλιψη: την κλίμακα του Εδιμβούργου για την επιλόχεια κατάθλιψη (EPDS) και την κλίμακα του Beck για την κατάθλιψη.

Η κλίμακα του Εδιμβούργου για την μέτρηση της επιλόχειας κατάθλιψης (EPDS) αναπτύχθηκε και εγκρίθηκε μέσα από διάφορες μελέτες σε λεχώιδες της Μεγάλης Βρετανίας και έχει γίνει το δημοφιλέστερο εργαλείο για την διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης στην πλειοψηφία των μελετών. Η δέκα θεμάτων έκδοσης της κλίμακας αποτελείται από δηλώσεις που περιγράφουν καταθλιπτικά συμπτώματα σχετιζόμενα με την επιλόχεια κατάθλιψη και έχουν τέσσερις πιθανές απαντήσεις, κάθε μία βαθμολογούμενη σύμφωνα με την σοβαρότητα ή τη διάρκεια του ενοχλήματος. **(Δραγώνα Θ., 1989)**

Η κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI), παρότι αρχικά αναπτύχθηκε ως ένα γενικό εργαλείο για τη μέτρηση της έντασης και των συμπεριφορικών εκδηλώσεων της κλινικής κατάθλιψης, σήμερα χρησιμοποιείται ευρέως στην έρευνα για την συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης. Ωστόσο, η χρήση της για την μέτρηση της συμπτωματολογίας της επιλόχειας κατάθλιψης απαιτεί προσεκτική ερμηνεία. Η διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης θα πρέπει να λάβει υπόψη την αλληλεπικάλυψη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με φυσιολογικές αντιδράσεις στη νέα κατάσταση. Αλλαγές στον ύπνο, την όρεξη, τη σεξουαλική διάθεση και το αίσθημα κόπωσης είναι κοινά χαρακτηριστικά τόσο της κατάθλιψης όσο και της περιόδου της λοχείας.

Πέρα όμως από τις προφυλάξεις, η BDI είναι εξαιρετικά χρήσιμη σε μελέτες που περιλαμβάνουν προγεννητικά δείγματα, μακροχρόνιους σχεδιασμούς και τη μέτρηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Η BDI αποτελείται από 21 κατηγορίες συμπτωμάτων και συμπεριφορών. Κάθε

κατηγορία περιγράφει μία συγκεκριμένη συμπεριφορική εκδήλωση της κατάθλιψης και αποτελείται από 4 – 5 δηλώσεις αυτοαξιολόγησης διαβαθμισμένες κατ' αλληλουχία. Οι δηλώσεις αυτές είναι ταξινομημένες έτσι, ώστε να αντανakλούν την διακύμανση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων από μηδενικής μέχρι μέγιστης σπουδαιότητας. Για κάθε δήλωση έχουν οριστεί αριθμητικές τιμές από 0 – 3, για το καθορισμό του βαθμού σπουδαιότητας. **(Μωραΐτου Μ., 2004)**

2.1.16. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Οι θεωρητικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν δύο τομείς την ψυχαναλυτική προσέγγιση και την επιλόχεια κατάθλιψη ως συνέπεια του δυτικού τρόπου ζωής.

Ψυχαναλυτική προσέγγιση

Η συναισθηματική ανάγκη πολλών γυναικών μετά τον τοκετό εντοπίζεται στην αναδημιουργία της συμβίωσης με το παιδί τους και στην ανακούφιση από το «συναισθηματικό κενό» που αισθάνονται μετά τον τοκετό. Εάν αυτή η ανάγκη δεν ικανοποιηθεί, μπορεί να παρουσιαστούν αντιδράσεις, όπως κατάθλιψη, ανησυχία, αποξένωση από το νεογνό, ανασφάλεια για το μητρικό ρόλο και έλλειψη αυτοπεποίθησης. Η ψυχολογική συμβίωση εγκύου – εμβρύου διαταράσσεται με τον τοκετό και το χωρισμό των πρώτων ωρών μετά τον τοκετό. Οι μητέρες που τους δίνεται η δυνατότητα να έχουν άμεση βλεμματική και σωματική επαφή με το νεογνό τους αμέσως μετά τον τοκετό, αναπτύσσουν ευκολότερα αμοιβαία και αποδοτική σχέση. Ιδιαίτερα η Ελληνίδα μητέρα έχει την ανάγκη επαφής με το νεογνό της με τα μάτια και με το χαμόγελο. **(Αμπατζόγλου Γ., 1998)**

Η μητέρα έχει να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα και να αναδομήσει το νοητικό της κόσμο σύμφωνα με το παιδί. Η αναδόμηση του νοητικού κόσμου της μητέρας περνά μέσα από τη νέα σχέση και σύνδεση με το νεογέννητο. Κάποια δυσκολία στη φάση αυτή μπορεί να επηρεάσει την μητέρα και να της δημιουργήσει ψυχολογικά προβλήματα. Ενίοτε η μητέρα μπορεί να παρουσιάσει κατάθλιψη ή επιλόχεια ψύχωση. Πρώιμα σημάδια κατάθλιψης της μητέρας και τυχόν δυσχέρεια στη δημιουργία σχέσης με το νεογνό πρέπει έγκαιρα να ανιχνεύονται από τις μαίες ή το ιατρικό προσωπικό, ώστε με την κατάλληλη φροντίδα τα προβλήματα να εξομαλύνονται. **(Συνοδινού, 2000)**

Σε επίπεδο φανταστικό ή πραγματικό, υπάρχει σχεδόν πάντα μία συναισθηματική προσέγγιση της εγκύου προς την μητέρα της. Εάν, στη διάρκεια της ζωής της γυναίκας, έχει υπάρξει διαφοροποίηση και ανεξαρτητοποίηση από την προσωπικότητα της μητέρας της, τότε το παιδί που θα γεννήσει θα την ταυτοποιήσει ως μητέρα. Διαφορετικά, η σύγχυση των ρόλων θα οδηγήσει σε νευρωσική ή ψυχωσική συμπεριφορά. Ακόμα, σε νοητικό επίπεδο, η εγκυμοσύνη μπορεί να αποτελεί, μέσα από μηχανισμούς άμυνας του Εγώ, ένα είδος «θεραπείας» απραγματοποίητων και ανεκπλήρωτων προσδοκιών. Επειδή όμως ο ερχομός του παιδιού δεν «θεραπεύει» τίποτα, το συναισθηματικό κενό επανέρχεται και το γεγονός αυτό μπορεί να εξηγήσει εν μέρει την κατάθλιψη κατά την περίοδο της λοχείας ή και αργότερα. (Μωραΐτου Μ., 2004)

Η επιλόχεια κατάθλιψη ως συνέπεια του δυτικού τρόπου ζωής

Υπάρχουν ερευνητές που υποστηρίζουν ότι η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μία διαταραχή που περιορίζεται στη σύγχρονη δυτική κοινωνία. Η απουσία μίας σειράς συμπεριφορών και τελετουργικών 40 ημέρες μετά τον τοκετό και η αλλαγή της περιρρέουσας ατμόσφαιρας, που επέτρεπαν στη μητέρα αφενός να απολαμβάνει το κύρος της μητρότητας και να δέχεται έντονη συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη από τους οικείους της και από όλη την κοινότητα και αφετέρου να συνδεθεί με το βρέφος ακολουθώντας τους δικούς της και τους δικούς του ρυθμούς, οδηγούν σε φυσική κόπωση, ανασφάλεια και αυτό-υποτίμηση.

Σε άλλες κουλτούρες, όπως στην Αφρική, συνηθίζεται να προσέχουν ιδιαίτερα και να βοηθούν τη νέα μητέρα. Οι γιαγιάδες, οι αδελφές και οι γειτόνισσες φροντίζουν το σπίτι, η μητέρα δεν ασχολείται παρά μόνο με το μωρό της και οι άλλες γυναίκες περιποιούνται τη μητέρα σαν να ήταν παιδί. (Heffner E., 1982)

Ο Oakley, όταν μελέτησε τους τσιγγάνους, βρήκε ότι η γέννα εθεωρείτο «μιασματική» και, επομένως, η εισαγωγή στο νοσοκομείο ήταν επιθυμητή. Η αντίληψη αυτή επεκτεινόταν και στη λεχιάδα, η οποία δεν

έπρεπε να μαγειρεύει, ενώ επιβαλλόταν η αποδοχή της προσφοράς της βοήθειας, για να προληφθεί η «μόλυνση».

Η Heffner E., 1982 όπως προαναφέραμε διαπίστωσε ότι η επιλόχεια κατάθλιψη ήταν σπάνια μεταξύ των Ibibio της Νιγηρίας. Η νέα μητέρα και το νεογέννητο απολαμβάνουν ιδιαίτερης φροντίδας από την οικογένεια, αλλά και από ολόκληρο το χωριό, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2 – 3 μηνών. Μία μεγαλύτερη γυναίκα, η μητέρα ή η πεθερά της λεχωίδας, αναλαμβάνει τη φροντίδα της μητέρας και του νεογνού. Οι νέες μητέρες ασχολούνται μόνο με το φαγητό, τον ύπνο τους και τη φροντίδα του νεογνού.

Ο Harkness το 1987 επισήμανε ότι, ασυνήθιστη είναι η επιλόχεια κατάθλιψη και μεταξύ των Kipsigis της Κένυα, όπου παρέχεται στη λεχωίδα υποστήριξη και ζεστασιά από το σύντροφο, τους γονείς και τους συγγενείς.

Η Lederman το 1987 ανέφερε ότι στην αγροτική Μαλαισία πιστεύεται ότι το άυλο πνεύμα, το «Hantu», συνδέεται με το αμνιακό υγρό και μπορεί να προκαλέσει επιλόχειες συναισθηματικές διαταραχές. Υπάρχουν, μάλιστα, ιδιαίτερα τελετουργικά για την αποφυγή αυτών των προβλημάτων.

Ο Macintyre το 1992, ενώ βρήκε αναφορές για σοβαρές επιλόχειες διανοητικές διαταραχές στη Νοτιοανατολική Παπούα, δεν διαπίστωσε ενδείξεις επιλόχειας κατάθλιψης.

Ο Tseug το 1994 υποστήριξε ότι οι γυναίκες που εφαρμόζουν τα κινέζικα έθιμα («κάνοντας το μήνα» στο σπίτι τους) εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψης.

Ο Stewart το 1996, ερευνώντας την επιλόχεια κατάθλιψη στον πληθυσμό των μεταναστών των Ηmong στις ΗΠΑ, βρήκαν ότι οι λεχωίδες που είχαν ακολουθήσει έθιμα και τελετουργικά της πατρίδας τους για τη λοχεία εμφάνιζαν λιγότερο συχνά κατάθλιψη.

Οι Stern και Kruckman το 1983, υποστήριξαν ότι τα υψηλότερα επίπεδα αρνητικών επιλόχειων συναισθημάτων στις ΗΠΑ ήταν αποτέλεσμα της σχετικής έλλειψης σε: (α) κοινωνική δομή (structuring) σε επιλόχεια

έθιμα, (β) κοινωνική αναγνώριση της αλλαγής του ρόλου για τη νέα μητέρα, (γ) σημαντική συμπράσταση στη νέα μητέρα, συμπεριλαμβανομένης και της παροχής πληροφοριών που αφορούν τη φροντίδα του εαυτού της και του νεογνού της, ενώ (δ) μερικά πολιτισμικά τελετουργικά (rituals) είναι μοναδικά στον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες εντάσσονται στην κοινωνική δομή.

Η γέννα στο δυτικό κόσμο έχει τα δικά της έθιμα που σχετίζονται με την ιατρικοποίηση του τοκετού, όπως τη μεταφορά της γυναίκας με το τροχήλατο του νοσοκομείου, τον ευπρεπισμό του αιδοίου, τα γαλάζια νυχτικά του νοσοκομείου, τα βραχιολάκια με το όνομα στον καρπό, τις ροζ και γαλάζιες καρτέλες των νεογνών. Αν και είναι γνωστά και αναμενόμενα – και συχνά επιθυμητά από τις γυναίκες – αυτά τα έθιμα αποτυγχάνουν στο να «κάνουν τη δουλειά» τους και να παρέχουν πνευματική και συναισθηματική ευεξία. (Μωραΐτου Μ., 2004)

Η παραπάνω επαναλαμβάνεται θεωρώντας ότι τα έθιμα της λοχείας μπορούν συμβολικά να θέσουν μία «ζεστή, ασφαλή κουβέρτα) συναισθηματικής στήριξης γύρω από τη νέα μητέρα, τονίζοντας της μέσω των εθιμοτυπικών συμπεριφορών, όπως το μασάζ, τα ειδικά γεύματα, τα ποιήματα, τα τραγούδια, τα νανουρίσματα κ.λ.π., ότι τα συναισθήματά της, οι ανησυχίες, οι φόβοι της και οι αισθήσεις της, ακόμη και αν την κάνουν να νιώθει άβολα, είναι φυσιολογικά και θα περάσουν. Εξίσου σημαντικό είναι να δουν οι γύρω της ότι βιώνει τη λοχεία της.

2.1.17. ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

Κατά την περίοδο της λοχείας οι λεχώνες έχουν να αντιμετωπίσουν πολλές ψυχικές διαταραχές, αυτές είναι οι εξής:

1. Αντιδραστικές ψυχικές καταστάσεις

Σαν τέτοιες θεωρούνται ψυχολογικές καταστάσεις για τις οποίες μπορεί να θεωρήσει κανείς ότι δημιουργούνται σαν αντίδραση σε συγκεκριμένες ψυχικές εμπειρίες. Το περιεχόμενο και η μορφή διαταραχής φαίνεται να έχει εμφανή σχέση με κάποια αιτία.

Η διαφορά αυτών των μη φυσιολογικών ψυχολογικών αντιδράσεων από τις φυσιολογικές συνιστάται στην έντασή τους και στην απροσφορότητά τους σε σχέση με κάποια εκλυτική αφορμή που φαινομενικά τις προκαλούν.

Ιδιαίτερα ευαίσθητες, ανασφαλείς προσωπικότητες με έντονες ανάγκες τρυφερότητας και φροντίδας έχουν την τάση να εμφανίζουν τέτοιου είδους αντιδράσεις που δεν έχουν καμία σχέση με ψυχωτικές καταστάσεις.

Μια διαφοροποίηση, πρακτικής αξίας, των αντιδραστικών ψυχικών καταστάσεων είναι σε:

- **Δυσφορία**, σαν αντίδραση στο γεγονός του τοκετού, γι' αυτό και η δυσφορική διάθεση εμφανίζεται σε άμεση χρονική σχέση με αυτόν.

- **Νευρωσικές εκδηλώσεις**, οι οποίες έχουν ρίζες σε απωθημένα τραύματα της παιδικής ηλικίας και ενεργοποιούνται με τις εμπειρίες του τοκετού.

- **Αντιδραστική καταθλιπτική διάθεση**, η οποία έχει σχέση όχι με το γεγονός του τέλους της κύησης και του τοκετού, αλλά με την αβεβαιότητα και ανησυχία για το μέλλον, που λειτουργεί αγχωτικά για τη μητέρα.

Η συμπτωματολογία των αντιδραστικών ψυχικών καταστάσεων συνίσταται με εκρήξεις θυμού, κραυγές, συγχυτικές καταστάσεις, θόλωση της συνείδησης, καταθλιπτική διάθεση, αναπνευστικές τετανικές κρίσεις.

Στη λοχεία πολλές μητέρες εμφανίζουν έντονα συναισθήματα αμφιβολίας και ανασφάλειας, αισθάνονται «εγκλωβισμένες» από τη νέα κατάσταση, λειτουργούν με απάθεια, εμφανίζουν έλλειψη οποιουδήποτε ενδιαφέροντος ή ακόμα το αντίθετο, δηλαδή υπερκινητικότητα και εσωτερική ανησυχία, θυμό, επιθετικότητα και πρώιμη συμπεριφορά ενάντια στα πρόσωπα του περιβάλλοντός τους. (**Περιστέρης Α., Μαρίνος Β., 1990**)

2. Ψυχώσεις οργανικής αιτιολογίας

Η κύηση και ο τοκετός είναι καταστάσεις που προκαλούν σωματικές μεταβολές εξαιρετικού βαθμού. Στις μεταβολές αυτές συμμετέχουν φυσικά και ενδοκρινείς αδένες. Θα έλεγε κανείς ότι κάθε στοιχείο του σώματος δοκιμάζεται.

Στις ψυχώσεις που εμφανίζονται λόγω της δοκιμασίας αυτής θεωρείται ότι θα έπρεπε να υπάρχει κάποια προδιάθεση, αφού οι περισσότερες γυναίκες, παρ' όλες τις ανωμαλίες ή και τις επιπλοκές που αντιμετωπίζουν, δεν εμφανίζουν ψυχωτική συμπτωματολογία.

Το σπουδαιότερο, στις καταστάσεις αυτές, είναι να παρατηρηθεί έγκαιρα η αρχή της συμπτωματολογίας.

Διαφορική διάγνωση

Θα γίνει από την ιδιαίτερη παρατήρηση και αξιολόγηση της συμπτωματολογίας. Η σχέση με τη σωματο-ψυχική κατάσταση της μητέρας λόγω του τοκετού είναι πιο εμφανής στις ψυχώσεις οργανικής αιτιολογίας, απ' ότι στις άλλες, όπου η παρούσα κατάσταση φαίνεται να βρίσκεται στο περιθώριο της συμπτωματολογίας. (**Παπαγεωργίου Ε., 2004**)

3. Ψυχώσεις της λοχείας

Σαν ψυχώσεις της λοχείας με τη στενή έννοια του όρου θεωρούνται οι ψυχωτικές καταστάσεις οι οποίες εγκαθίστανται ξαφνικά τις πρώτες ημέρες της λοχείας.

Οι «ασθενείς» αρχίζουν ξαφνικά να μιλάνε ακατανόητα, «παραληρούν», είναι ιδιαίτερα ευερέθιστες και επιθετικές, φωνάζουν, χτυπιούνται, κλαίει κ.λ.π.

Ιδιαίτερο κριτήριο της εξωγενούς προέλευσης της ψυχωτικής διαταραχής είναι η διαταραχή του προσανατολισμού στον τόπο, χρόνο και τον εαυτό τους. Επικρατεί αγνωσία της παρούσας κατάστασης. Η ταξινόμηση των προσώπων δεν γίνεται με την αρχή της πραγματικότητας και η σκέψη είναι συγχυτική.

Σε αυτή την κατάσταση οι «λεχώνες» είναι ένας πραγματικός κίνδυνος για τον εαυτό τους και το νεογέννητο.

Συνήθως, σχεδόν πάντα, όταν περάσει μετά από μερικές μέρες αυτή η κατάσταση, δεν θυμούνται τίποτα. Οι περισσότερες δεν είχαν εμφανίσει ποτέ κάποια ψυχική διαταραχή στο παρελθόν και ακόμα δεν υπάρχει κάποιο επιβαρυντικό στοιχείο στο κληρονομικό τους. (Κοτρώτσιου Ε., 2001)



4. Δραστηριοποίηση οργανικών ψυχώσεων

Η πλειοψηφία των ψυχιάτρων έχει τη γνώμη ότι οι ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται άσχετα με σωματικές ή εξωτερικές επιρροές, από μόνες τους, «ενδογενώς». Η αιτία των ενδογενών αυτών ψυχικών διαταραχών δεν είναι γνωστή και υπάρχουν μόνο διάφορες υποθετικές ερμηνείες, οι οποίες μάλιστα αντιμάχονται μεταξύ τους.

Η κλασική ψυχιατρική διαχωρίζει τρεις μορφές ενδογενών ψυχώσεων: **(Παπαγεωργίου Ε., 2004)**

- **α. τις σχιζοφρενικές ψυχώσεις**
- **β. την ενδογενή μελαγχολία και μανία, και**
- **γ. τις άτυπες ψυχώσεις**

Αυτές οι τρεις μορφές ανευρίσκονται και στις ενδογενείς ψυχώσεις της λοχείας.

α. Ψυχώσεις σχιζοφρενικής μορφής

Δεν είναι φυσικά δυνατό να υπολογίσει κανείς την ιδιαίτερη σημασία της κατάστασης της λοχείας για την εκδήλωση της σχιζοφρενικής ψύχωσης. Ίσως παίζει το ρόλο της «εκλυτικής αφορμής» αφού γενικά επικρατεί η άποψη ότι η σχιζοφρενική ψύχωση θα εκδηλωνόταν, σε κάθε περίπτωση, κάποια άλλη χρονική στιγμή. Αποφασιστικής σημασίας θεωρείται η ψυχωτική προδιάθεση της γυναίκας. Δεν είναι απαραίτητο να συνδέεται η εμφάνιση της ψυχικής διαταραχής με ιδιαίτερα προβλήματα κατά την διάρκεια της κύησης και του τοκετού. Τα συμπτώματα εμφανίζονται συνήθως αμέσως μετά τον τοκετό, μερικές μέρες αλλά, καμιά φορά, τέσσερις με έξι εβδομάδες αργότερα.

Συμπτωματολογία

Οι ασθενείς εμφανίζουν μία ανησυχία, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, αίσθημα επηρεασμού από διάφορες εξωγενείς δυνάμεις έτσι ώστε το περιβάλλον να αποκτά μία απειλητική σημασία. Τα όρια του ΕΓΩ διαλύονται «κατέχομαι διαρκώς από τους συγγενείς μου, γι' αυτό αλλάζει συνέχεια η φωνή μου».

Διαφορική διάγνωση

Είναι χαρακτηριστική η απουσία συμμετοχής της παρούσας κατάστασης (της λοχείας) στη δυναμική της ψύχωσης. Το παιδί αγνοείται τελείως, δεν μιλάνε σχεδόν ποτέ γι' αυτό. Κάτι που είναι ακριβώς αντίθετο στην ψύχωση της λοχείας με τη στενή έννοια του όρου

β. Ενδογενής μελαγχολία και μανία

Η γνωστή κατάθλιψη της λοχείας που εμφανίζουν πολλές γυναίκες διακρίνεται: **(Περιστέρης Α., Μαρίνος Β., 1990)**

α. στη μη ψυχωτική καταθλιπτική διάθεση αμέσως μετά τον τοκετό, και

β. στη καταθλιπτική νευρωσική αντίδραση με το συναίσθημα αδυναμίας, υπερκόπωσης, άγχους και αβεβαιότητας για το μέλλον.

Είναι όμως δυνατό να έχουμε και την εμφάνιση ενδογενούς καταθλιπτικής ή μανιακής συμπτωματολογίας ψυχωτικής μορφής.

1. Καταθλιπτική συμπτωματολογία: Συνίσταται συνήθως σε βαρύ μελαγχολικό συναίσθημα, διαταραχές του ύπνου, ψυχοκινητική απάθεια, έντονες ιδέες ενοχών και τύψεως μέχρι παραληρήματος αυτομορφής.

2. Μανιακή συμπτωματολογία, η οποία χαρακτηρίζεται από έντονες παραληρητικές ιδέες και οι οποίες συνήθως απευθύνονται στον γιατρό, το σύζυγο ή το νοσηλευτικό προσωπικό.

Οι ψυχωτικές καταθλίψεις της λοχείας εμπεριέχουν μεγάλο κίνδυνο αυτοκτονίας, η οποία είναι δυνατό να περιλαμβάνει και το νεογέννητο.

Η αιτία δεν είναι γνωστή. Ενοχοποιείται η σχέση κάποιας προδιάθεσης σε συνδυασμό με τις εξαιρετικές ορμονικές αλλαγές που συμβαίνουν την περίοδο αυτή. Υπάρχει αυξημένη πιθανότητα επανεμφάνισης της διαταραχής σε κατόπιν τοκετούς. (Παπαγεωργίου Ε., 2004)

Η «ΗΜΕΡΑ ΤΟΥ ΚΛΑΜΑΤΟΣ»

Εμφανίζεται σχεδόν στο 50% των νέων μητέρων συνήθως την τρίτη ημέρα μετά τον τοκετό. Η διάρκεια ποικίλλει από μερικές ώρες μέχρι και ημέρες.

Συμπτωματολογία: Απώλεια ενεργητικότητας, αδυναμία συγκέντρωσης, υπερευαισθησία και μία γενική καταθλιπτική διάθεση, που συνοδεύεται συχνά από κλάμα.

Πρόκειται για ένα ορμονικό «στερητικό» σύνδρομο όπως συμβαίνει, και στις προεμμηνορροϊκές ημέρες, στη κλιμακτήριο ή την αφαίρεση των ωοθηκών. **(Μωραΐτου Μ., 2004)**

Θεραπεία

Στοιχεία της προσωπικότητας καθώς και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες παίζουν ιδιαίτερο ρόλο στην εμφάνιση αντιδραστικών ψυχολογικών καταστάσεων. Καλυμμένα προβλήματα και αμφιθυμία δεν γίνονται πάντα συνειδητά. Συχνά αρκεί η ένδειξη κατανόησης για την κατάσταση κρίσης της μητέρας όπως και η υπομονετική φροντίδα των προβλημάτων της, για να πετύχει κανείς μία σημαντική ψυχολογική ανακούφιση.

Η αντιμετώπιση των ψυχωτικών καταστάσεων δεν διαφέρει σε τίποτα από τις βασικές αρχές που καθορίζουν τη γενικότερη αντιμετώπιση των ψυχώσεων. **(Μωραΐτου Μ., 2004)**

2.1.18. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Οι συνέπειες της κατάθλιψης κατά την περίοδο της λοχείας είναι πολύ πιο δυσμενείς απ' ό,τι σε κάποια άλλη χρονική φάση στη ζωή της γυναίκας, καθώς η λεχλώδα την επιπρόσθετη ευθύνη της φροντίδας του νεογνού της. Οι καταθλιπτικές γυναίκες είναι αβέβαιες για τις μητρικές τους ικανότητες, δεν χαίρονται πλήρως τα παιδιά τους και δείχνουν αρνητική συμπεριφορά απέναντί τους. Οι συνέπειες της κατάθλιψης της μητέρας ποικίλλουν ευρέως, ανάλογα με την ποιότητα, τη διάρκεια και την ένταση των συμπτωμάτων, την προσωπικότητα του νεογνού – βρέφους και την ποιότητα των προϋπαρχόντων δεσμών. **(Λαζαράτου Ε., 1998)**

Η επιλόχεια κατάθλιψη και η ανησυχία, κατά την μετάβαση στη μητρότητα οδηγούν σε σχέσεις μητέρας – νεογνού που χαρακτηρίζονται από λιγότερη στοργή, ευαισθησία και αμοιβαιότητας. Οι συνέπειες της επιλόχειας κατάθλιψης στο παιδί, την μητέρα και την οικογένεια συμπεριλαμβάνουν την παραμέληση του παιδιού, τη διάλυση της οικογένειας, τον αυτοτραυματισμό και την αυτοκτονία. Εντούτοις, οι πιο κοινές συνέπειες είναι τα συναισθηματικά προβλήματα, τα προβλήματα συμπεριφοράς και η γνωστική καθυστέρηση των παιδιών των καταθλιπτικών μητέρων. **(Μωραϊτου Μ., 2004)**

Επιπτώσεις στο νεογνό, το βρέφος και το παιδί

Η επιλόχεια κατάθλιψη φαίνεται ότι μπορεί να επηρεάσει το νεογνό από τις πρώτες μέρες της ζωής του. Τα νεογνά δείχνουν κάποια απορρύθμιση στη συμπεριφορά και τη φυσιολογία τους, που πιθανότητα απορρέει από τις ενδοκρινικές αλλαγές της μητέρας. Αυτή η απορρύθμιση επηρεάζει με τη σειρά της την ψυχο-συναλλαγή μητέρας και νεογνού και, καθώς οι καταθλιπτικές μητέρες χρησιμοποιούν δύο κυρίως τρόπους ψυχο-συναλλαγής, την απόσυρση ή την παρεμβατικότητα, η διαταραχή αυτής της ψυχο-συναλλαγής έχει αρνητικές επιπτώσεις στα νεογνά. Η επιβαρυσμένη συναισθηματική διάθεση της μητέρας έχει άμεσες αλλά και μακροπρόθεσμες αρνητικές επιπτώσεις στο βρέφος. Άμεσα παρατηρείται

απάθεια, απόσυρση ή εκσεσημασμένο κλάμα του νεογνού. Τα βρέφη των καταθλιπτικών μητέρων εκδηλώνουν μειωμένη εγρήγορση, μεγαλύτερη υπνηλία, έντονο μυϊκό τόνο, λιγότερες εκφράσεις ικανοποίησης και μεγαλύτερη ευερεθιστότητα. Οι επιδράσεις της μητρικής κατάθλιψης παρατηρούνται με διαταραχές ύπνου, μηρυκασμό, ανορεξία. **(Λαζαράτου Ε., 1998^α)**. Στο νεογνό – βρέφος ο ψυχικός μηχανισμός δεν είναι ακόμη δομημένος και οι αντίστοιχες άμυνες οργανώνονται μέσα από τις μητρικές φροντίδες. **(Λαζαράτου Ε., 1998^β)**

Η επιλόχεια κατάθλιψη συνδέεται με δυσμενή αποτελέσματα στην πρώιμη παιδική ανάπτυξη, κυρίως ανάμεσα στα κοινωνικώς μειονεκτούντα παιδιά. Οι σοβαρές συνέπειες της για το παιδί περιλαμβάνουν αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων, σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου και μεγαλύτερη συχνότητα εισαγωγής σε νοσοκομεία. Μακροπρόθεσμα, έχουν αναφερθεί επιβράδυνση της ψυχοκινητικής και γνωστικής ανάπτυξης του παιδιού, καθώς και προβλήματα στη δυνατότητα δημιουργίας σταθερών και ικανοποιητικών δεσμών στην ενήλικη ζωή του. **(Σιναδίνου Κλ., 2000)**. Ακόμα, οι εργασίες του έδειξαν ότι τα αγόρια εμφανίζουν διαταραχές περισσότερο στις κοινωνικές και γνωστικές τους επιδόσεις.

Στη μετα-ανάλυση της Beck το 1991, η οποία αφορούσε σε 9 έρευνες που είχαν διεξαχθεί στη Σουηδία, τις ΗΠΑ και τη Μεγάλη Βρετανία, αναφέρεται ότι η επιλόχεια κατάθλιψη έχει ένα μικρό αλλά σημαντικό δυσμενές αποτέλεσμα στη γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Τα παιδιά μητέρων με επιλόχεια κατάθλιψη κατά το παρελθόν παρουσίαζαν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς και χαμηλότερη γνωστική λειτουργία, συγκρινόμενα με παιδιά υγιών μητέρων.

Τα παιδιά που προέρχονται από μητέρες που είχαν παρουσιάσει κατάθλιψη, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν και αυτά κατάθλιψη, συγκριτικά με παιδιά μητέρων χωρίς ιστορικό κατάθλιψης. Η μητρική κατάθλιψη, κατά τον Field, μπορεί να μεταδοθεί στο βρέφος κατά τη διάρκεια των αλληλεπιδράσεων. Επίσης ο Ferrari θεωρεί τη μητρική κατάθλιψη ως παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση πρώιμης παιδικής ψύχωσης. **(Λαζαράτου Ε., 1998)**

Σύμφωνα με την **Σινοδινού Κλ.**, 2000, βρεφική κατάθλιψη εκδηλώνεται με:

1. Συναισθηματική ατονία. Το βρέφος δεν εξασκεί τις αισθητηριακές του ικανότητες, δεν έχει διάθεση να κοιτάει, να ακούει, να μυρίζει, να κινείται, να λειτουργεί, να προοδεύει.

2. Μειωμένες κινητικές πρωτοβουλίες, φτωχή μιμική, μονοτονία, τάση για επανάληψη, δραστηριότητες επαναλαμβανόμενες χωρίς φαντασία.

3. Φτωχή αλληλεπιδραστική σχέση με τη μητέρα, μείωση των πρωτοβουλιών αλλά και των απαντήσεων στις προτροπές, αποτυχία της επικοινωνίας.

4. Ψυχοσωματική ευθραυστότητα. Η κατάθλιψη θεωρείται παράγοντας ψυχοσωματικής αποδιοργάνωσης. Αναφέρεται ως «κρύα» κατάθλιψη, που εκφράζει την αρνητική εικόνα, την έλλειψη, τη συναισθηματική ένδεια. Η ψυχοσωματική παθολογία είναι ακριβώς η φυγή μπροστά στην ψυχική ένταση και την οδύνη. Η φόρτιση που επιτελείται μέσα από τη σωματική συμπτωματολογία παρακάμπτει τη διεργασία για την επίλυση της σύγκρουσης.



Επιπτώσεις στη σχέση μητέρας – παιδιού

Οι ασθενείς μητέρες παρουσιάζουν δυσκολία εγκατάστασης ικανοποιητικού δεσμού με το βρέφος του (**Σινοδινού ΚΛ, 2000**).

Οι καταθλιπτικές μητέρες εμφανίζουν ως επί το πλείστον καταθλιπτικές ή αγχώδεις μιμητικές εκφράσεις με μικρότερη δραστηριότητα, με αποτέλεσμα λιγότερες συμπεριφορές μιμήσεων του βρέφους, λιγότερες απαντήσεις στο βρέφος και μικρότερη συμμετοχή στα παιχνίδια. Η επικοινωνία τους δεν είναι πάντα ελαττωμένη ποσοτικά, αλλά κυρίως είναι χωρίς συναίσθημα και χωρίς ζωή. Η επαφή είναι σχεδόν μηχανική, το ενδιαφέρον της μητέρας είναι μειωμένο, γιατί είναι απασχολημένη με κάτι άλλο. Σε πολλές περιπτώσεις είναι μία μητέρα που εξασφαλίζει και εγγυάται στο παιδί τη φυσική της παρουσία, αλλά όχι και την συναισθηματική και τη συγκινησιακή.

Ο καταθλιπτικός γονέας παρεμποδίζεται στο σχεδιασμό και την εφαρμογή μίας αγωγής, η οποία θα εκθέσει το παιδί στο κατάλληλο επίπεδο άγχους που θα του επιτρέψει να αναπτύξει υγιώς την αυτοπεποίθησή του. Σύμφωνα με τα ευρήματα των σχετικών μελετών, η επιλόχεια κατάθλιψη έχει μακροπρόθεσμη αρνητική επίδραση στην οικογένεια. (**Δραγώνα Θ., 1989**)

Επιπτώσεις στην οικογένεια

Η λεχιάδα με κατάθλιψη αισθάνεται αβοήθητη και συχνά νιώθει ντροπή για τη συμπεριφορά της. Ο σύντροφος δεν κατανοεί τη γυναίκα του, αισθάνεται ότι τον έχει απορρίψει και αναπτύσσει ανταγωνιστική σχέση με το νεογνό. (**Περιστέρης Α., Μαρίνος Β., 1990**) Η συζυγική σύγκρουση είναι συχνή τόσο στις έγκυες όσο και στις λεχιάδες με καταθλιπτική συμπτωματολογία και μπορεί να διαρκέσει για χρόνια μετά την υποχώρηση της κατάθλιψης.

Η επιλόχεια κατάθλιψη έχει αντίκτυπο στην απασχόληση, την εκπαίδευση, την αυτοεκτίμηση και επηρεάζει τη ζωή των γυναικών ακόμη και μετά την αποδρομή των συμπτωμάτων.

Μικρή επιδείνωση διαπιστώθηκε τις πρώτες μέρες της λοχείας και αποδόθηκε στην κόπωση από τον τοκετό. Η επιλόχεια κατάθλιψη δεν συνδέθηκε με την εξασθένηση της μνήμης και τα κενά στη συγκέντρωση. Τα συμπτώματα αυτά αποδόθηκαν στην κούραση, στην έλλειψη ύπνου κ.α.

Παρά τις σοβαρές επιπτώσεις της, η επιλόχεια κατάθλιψη συχνά δεν ανιχνεύεται. Η συστηματική χρήση μίας αυτοκριτικής κλίμακας αξιολόγησης στις πρώτες 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό και κατά την πρώτη μετά τον τοκετό μαιευτική εξέταση, μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματική και οικονομική μέθοδος αναγνώρισης γυναικών με συμπτώματα κατάθλιψης και, ενδεχομένως, θα μπορούσε να λειτουργήσει ως μέτρο πρόληψης της επιλόχειας κατάθλιψης. **(Μωραϊττου Μ., 2004)**

2.1.19. ΠΟΡΕΙΑ

Σχεδόν τα δύο τρίτα των ασθενών με επιλόχεια κατάθλιψη αναρρώνουν μέσα σε 12 μήνες. Σε μερικές γυναίκες μπορεί να παραμείνουν για μακρά χρονικά διάστημα ήπια υπολειμματικά συμπτώματα όπως ευερεθιστότητα, εξάντληση, θλίψη ή αδιαφορία για δραστηριότητες.

Αρκετές όμως γυναίκες εμφανίζουν συχνές υποτροπές, γεγονός που επηρεάζει την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού.

Τέλος, υπάρχουν και περιπτώσεις που ακολουθούν χρόνια πορεία. **(Δραγώνα Θ., 1989)**

Οι **Περιστέρης Α., Μαρίνος Β., 1990**, σε μετρήσεις τους στο ίδιο δείγμα γυναικών αναφέρουν ποσοστά κατάθλιψης 31,5% κατά τον 3^ο και 53,7% κατά τον 12^ο μήνα μετά τον τοκετό.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης στις επόμενες εγκυμοσύνες τους ανεξάρτητα από την πορεία της διαταραχής στην παρούσα λοχεία. **(Δραγώνα Θ., 1989)**

Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί επίσης ότι η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να τελειώσει με την επανεμφάνιση της περιόδου ή μπορεί να συνεχιστεί για χρόνια. Από το 1855 ο Marce, ένας Γάλλος γιατρός, είχε παρατηρήσει στους ασθενείς του ότι καθώς η επιλόχεια κατάθλιψη βελτιωνόταν, η βελτίωση εμφανίζονταν μετά την περίοδο, αλλά έτεινε να επιδεινώνεται πριν από την επόμενη περίοδο. Αυτό είναι γνωστό ως η δεύτερη φάση της επιλόχειας κατάθλιψης. **(<http://www.obrela.gr/index.htm>)**

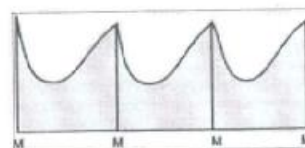
Φάσεις κατά τις οποίες η κατάθλιψη αλλάζει
σε προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο

Σοβαρός
βαθμός κατάθλιψης
Ήπιος



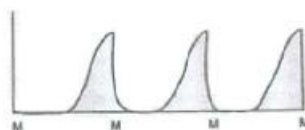
Φάση 1 Επιλόχεια κατάθλιψη

Σοβαρός
βαθμός κατάθλιψης
Ήπιος



Φάση 2 Επιλόχεια κατάθλιψη που αυξάνεται
πριν και καταπραΰνεται μετά την περίοδο

Σοβαρός
βαθμός κατάθλιψης
Ήπιος



Φάση 3 Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο
χωρίς κατάθλιψη μετά την περίοδο

www.iatrikaxronika.gr

Αργότερα καθώς συνεχίζεται η βελτίωση, τα συμπτώματα μπορεί σταδιακά να απαλείφονται και να εξαφανίζονται μετά από κάθε περίοδο, μόνο για να επανεμφανιστούν μετά την περίοδο. Έτσι, σταδιακά η επιλόχεια κατάθλιψη περνάει σε προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο. Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο είναι επανεμφάνιση των συμπτωμάτων πριν από την περίοδο με πλήρη απουσία αυτών μετά την περίοδο. Περίπου το 85% των γυναικών που έχουν υποφέρει από επιλόχεια κατάθλιψη καταλήγουν να έχουν προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο, που μπορεί να συνεχιστεί για χρόνια, ακόμα και μέχρι την εμμηνόπαυση. (<http://www.obrela.gr/index.htm>)

2.1.20. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Σύμφωνα με την **Μωραΐτου Μ., 2004**, σημαντική θεωρείται η έγκαιρη ανίχνευση και κατάλληλη αντιμετώπιση των γυναικών εκείνων που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο.

Οι κοινωνικό – πολιτισμικές πεποιθήσεις που σχετίζονται με τη μητρότητα καθιστούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης δύσκολα αναγνωρίσιμα για τη νέα μητέρα, η οποία έχει την τάση να ελαχιστοποιεί και να ερμηνεύει την ψυχολογική της κατάσταση μέσα σε ένα ηθικό πλαίσιο. Η έγκαιρη ανίχνευση των γυναικών αυτών θα επέτρεπε την εφαρμογή αποτρεπτικών μέτρων και την έγκαιρη έναρξη θεραπείας κατά τρόπο οικονομικά αποτελεσματικό, γεγονός που θα απάλλασσε από πολλά προβλήματα τόσο τη μητέρα όσο και το παιδί.

Κοινωνική στήριξη

Η κατάθλιψη, ίσως λίγο περισσότερο απ' ότι οι άλλες διαταραχές, μπορεί να αποτραπούν ή να μειωθούν οι αντιδράσεις της με τη στήριξη που προσφέρουν τα μέλη του κοινωνικού πλαισίου. Οι σχέσεις στήριξης μπορούν να ενισχύσουν τα συναισθήματα της καλής συναισθηματικής κατάστασης και αυτοελέγχου, να επηρεάσουν θετικά, αλλά και να βοηθήσουν τις γυναίκες ώστε να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη με το λιγότερο δυνατό άγχος. (**Μωραΐτου Μ., 2004**)

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Στόχος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της πρόληψης είναι ο εντοπισμός των γυναικών υψηλού κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης, ο οποίος πρέπει να γίνεται κατά τη διάρκεια της κύησης, ή τουλάχιστον, κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο.

Οι γυναίκες με θετικό ατομικό ιστορικό για διαταραχή της διάθεσης ή προηγούμενο επεισόδιο επιλόχειας κατάθλιψης, ανεξάρτητης

βαρύτητας, πρέπει να έχουν τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση καθόλη τη διάρκεια της κύησης.

Σημαντική, επίσης, είναι η ευαισθητοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος της γυναίκας υψηλού κινδύνου επιλόχειας κατάθλιψης. Η προληπτική αξία και η αναγκαιότητα της στήριξης της μητέρας από το οικογενειακό της περιβάλλον είναι πολύ μεγάλη. **(Κοτρωτσιού Ε., 2001)**

Όπως επαναλαμβάνεται ο **Κοτρωτσιού Ε., 2001**, ένας άλλος πολύ σημαντικός παράγοντας πρόληψης είναι η ενημέρωση των λειτουργών υγείας, με τους οποίους έρχεται σε επαφή η έγκυος και η λεχωίδα, όπως οι γυναικολόγοι, οι παιδίατροι, οι μαίες, αλλά και το λοιπό νοσηλευτικό προσωπικό.

Παρακολούθηση γυναικών με ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης

Οι γυναίκες με ατομικό αναμνηστικό επιλόχειας κατάθλιψης πρέπει προληπτικά να τίθενται σε ψυχιατρική παρακολούθηση σε επόμενη κύηση και για μερικούς μήνες μετά τον τοκετό. Αν το προηγούμενο καταθλιπτικό επεισόδιο ήταν σοβαρό, απαιτείται η χορήγηση προληπτικής αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής αμέσως μετά τον τοκετό. Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να δοθεί στη φροντίδα του νεογνού – βρέφους για όσο διάστημα η μητέρα αδυνατεί να το φροντίσει. Με την προοδευτική βελτίωση της κατάστασης της μητέρας θα πρέπει να γίνεται σταδιακή επανένταξη της στο μητρικό ρόλο. **(Δραγώνα Θ., 1989)**

Αποφυγή εγκυμοσύνης – Διακοπή εγκυμοσύνης

Η κατάθλιψη της λεχωίδας μητέρας αποτελεί σοβαρό παράγοντα κινδύνου για την ψυχική υγεία του παιδιού επειδή σε αυτό το στάδιο το παιδί εξαρτάται απολύτως από τη μητέρα του και δέχεται την απαθή ή απορριπτική στάση και φροντίδα της, που συνήθως συνοδεύει την επιλόχεια κατάθλιψη.

Έχει ιδιαίτερη σημασία στις μανιοκαταθλιπτικές γυναίκες, που παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα επιλόχειας κατάθλιψης. Επειδή όμως οι

περισσότερες περιπτώσεις έχουν καλή πορεία, δεν μπορεί να υποστηριχθεί ο κίνδυνος επιλόχειας υποτροπής αποτελεί σοβαρή ένδειξη άμβλωσης. Παράλληλα, η επιστήμη σήμερα διαθέτει σημαντικά θεραπευτικά μέσα. Θα πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη ότι η άμβλωση, από μόνη της, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές ψυχικές επιπλοκές απ' ό,τι η τεκνοποίηση. Συνεπώς δεν νομιμοποιείται εύκολα η σύσταση διακοπής της κύησης. Αν όμως οι προηγούμενες επιλόχειες καταθλίψεις χαρακτηρίζονταν από βαριά συμπτωματολογία ή από σοβαρές τάσεις αυτοκτονίας είναι σχεδόν βέβαιο ότι η ίδια συμπτωματολογία θα επαναληφθεί και στις επόμενες προσβολές. Σε τέτοιες περιπτώσεις η άμβλωση μπορεί να ενδείκνυται, ιδιαίτερα αν δεν είναι επαρκής η επιτήρηση της ασθενής πριν και μετά τον τοκετό. Επομένως μετά από επανειλημμένες και βαριές επιλόχειες καταθλίψεις είναι λογικό να συσταθεί η αποφυγή νέας εγκυμοσύνης. (Μωραϊτού Μ., 2004)

Πρόγραμμα στήριξη λεχωίδων

Ο Richard και η Katherine Gordon μελέτησαν τρόπους πρόληψης της επιλόχειας κατάθλιψης. Βρήκαν ότι ένας αριθμός σχετικών ομαδοποιημένων παραγόντων συνιστούν κύριους παράγοντες σύγκρουσης με το ρόλο της μητρότητας και της προσωπικής ανασφάλειας. Καθιέρωσαν έτσι, ένα πρόγραμμα, στο οποίο οι μέλλουσες μητέρες λαμβάνουν οδηγίες και συμβουλές για τα παρακάτω σημεία:

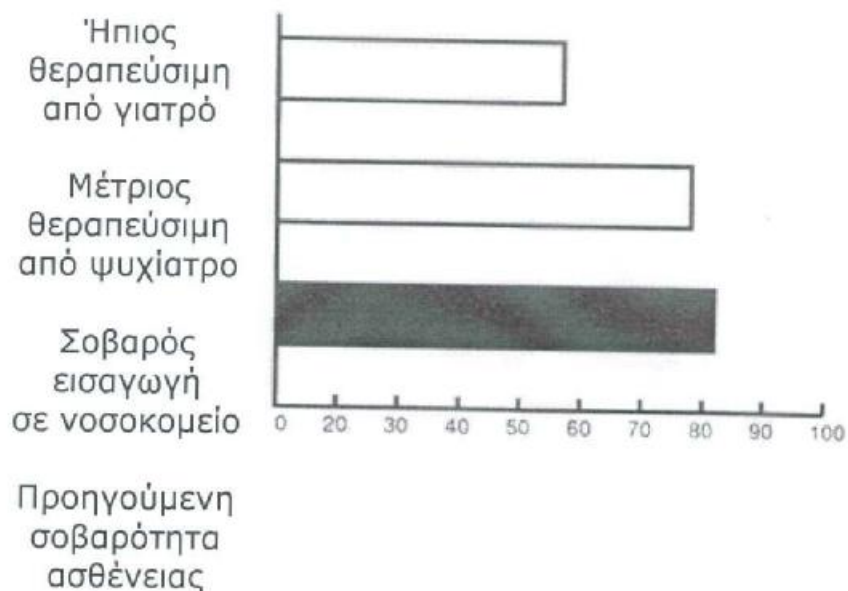
- Οι ευθύνες της μητρότητας μαθαίνονται, οπότε ενημερώσου
- Ζήτηση και πάρε βοήθεια από το σύζυγο, αξιόπιστους φίλους και συγγενείς
- Κάνε φίλους άλλα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν την ανατροφή παιδιών
- Μην υπερφορτώνεις τον εαυτό σου με ασήμαντες δυσκολίες
- Μην μετακινείσαι αμέσως μετά τον ερχομό του μωρού
- Μην ασχολείσαι υπερβολικά με το να κρατάς τα προσχήματα
- Να ξεκουράζεσαι και να κοιμάσαι πολύ
- Μη γίνεσαι νοσοκόμα για συγγενείς και άλλους αυτή την περίοδο

- Να συζητάς και να συμβουλεύεσαι το σύζυγο, την οικογένεια και έμπειρους φίλους, να συζητάς τα σχέδια και τις ανησυχίες σου
 - Μην αφήνεις εξωτερικά ενδιαφέροντα, αλλά μείωσε τις ευθύνες σου και αναδιοργάνωσε το πρόγραμμά σου
 - Φρόντισε εγκαίρως για τη φύλαξη του βρέφους
 - Βρες έναν οικογενειακό γιατρό ή επισκέψου αυτόν που ήδη έχεις
- Ενδιαφέρον είναι ότι οι οδηγίες φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικές όταν δίνονται από το γιατρό ή τη μαία, παρά από ψυχολόγο. (www.newspathfinder.gr)

2.1.21. ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΣΗΣ

Το ποσοστό επανεμφάνισης διαφέρει ανάλογα με τον ορισμό που χρησιμοποιείται και από τον εάν η έρευνα περιορίζεται στις γυναίκες που έχουν προηγουμένως εισαχθεί σε κλινική, έχουν λάβει ψυχιατρική συμβουλευτική ή αν έχει συμπεριλάβει τις γυναίκες που παρακολουθούνταν από το γιατρό τους. Σε μία έρευνα με 221 γυναίκες που υπέφεραν από επιλόχεια κατάθλιψη και οι οποίες παρακολουθούνταν μέχρι τον επόμενο τοκετό τους, το συνολικό ποσοστό επανεμφάνισης ήταν το 68%. Το ποσοστό επανεμφάνισης ήταν χαμηλότερο (58%) ανάμεσα στις γυναίκες οι οποίες έλαβαν θεραπεία μόνο από το γιατρό τους και ήταν υψηλότερο (84%) ανάμεσα σε αυτές που είχαν χρειαστεί παλαιότερα νοσοκομειακή περίθαλψη. (Κοτρώτσιου Ε., 2001)

Κίνδυνος επανεμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης σε επόμενη εγκυμοσύνη



2.1.22. **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης είναι ίδια με αυτή την άλλων καταθλίψεων, δηλαδή αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία, νοσοκομειακή νοσηλεία, αν αυτή κριθεί απαραίτητη και υποστήριξη στις καθημερινές δραστηριότητες, ιδιαίτερα αυτές που αναφέρονται στην περιποίηση και φροντίδα του νεογνού.

Η επιλόχεια κατάθλιψη κατά κανόνα χρειάζεται ψυχιατρική θεραπευτική αντιμετώπιση εξαιτίας του άμεσα και μακροπρόθεσμα επώδυνου αποχωρισμού της μητέρας από το παιδί, υπάρχει η τάση της ταυτόχρονης νοσηλείας μητέρας και βρεφών σε ειδικές ψυχιατρικές κλινικές. Η σχετική εμπειρία στη Βρετανία κρίνεται θετική, παρά το μικρό ποσοστό δυσάρεστων συμβάντων ακόμη και σε μονάδες εντατικής επίβλεψης.

Η προφυλακτική αντικαταθλιπτική αγωγή αμέσως μετά τον τοκετό, σε λεχώιδες υψηλού κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης μειώνει σημαντικά τα ποσοστά νόησης. Σε γυναίκες με προδιαθεσικούς παράγοντες με επιλόχεια κατάθλιψη συστήνεται η εκπαίδευση και η ενεργητική υποστήριξη πριν από τον τοκετό.

Είναι σημαντικό να γίνει σεβαστή η επιθυμία της γυναίκας να θηλάσει ή όχι το παιδί της. Κοινωνικές πιέσεις και αίσθημα ενοχής για τη διακοπή της γαλουχίας μπορεί να έχουν αρνητική επίδραση στη διάθεση της λεχώιδας.

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ (ΕΚΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ)

Ένας αριθμός θεραπειών είναι χρήσιμος για την αντιμετώπιση των λιγότερο σημαντικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης όπως είναι η αϋπνία και γενικότερα το άγχος. Οι ασθενείς πρέπει να έχουν πάντα το δικαίωμα να έχουν πρόσβαση σε εναλλακτικές θεραπευτικές αγωγές. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει πάντα να γνωρίζουν τι δυνατότητες έχει η

κάθε θεραπεία, έτσι ώστε να προτείνουν την καταλληλότερη σε κάθε περίπτωση.

Η μαία μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στην σπουδαιότητα της ψυχοπροφύλαξης. Για να επιτευχθεί αυτό η μαία θα πρέπει να εφαρμόσει τη *συμβουλευτική μέθοδο*.

Έτσι λοιπόν η μαία ως σύμβουλος θα πρέπει να είναι έμπειρη και να έχει τις απαιτούμενες γνώσεις για να τηρούνται κάποιες αρχές. Είναι μία μέθοδος που μπορεί να καθοδηγήσει τη γυναίκα για να προσδιορίσει το πρόβλημα και τα αίτιά του, να θέσει και να επιλέξει στόχους και να δραστηριοποιηθεί για να τους πετύχει. Η μαία είναι υποχρεωμένη να της προτείνει στόχους ικανούς να πραγματοποιηθούν αλλά και να τη βοηθήσει ώστε να αποκτήσει σταδιακά τη σιγουριά και την αυτοπεποίθηση που χρειάζεται. Η βασική αρχή της συμβουλευτικής είναι ότι η μαία πρέπει να ακούει, να παρακολουθεί και να αξιολογεί όσα η γυναίκα λέει, όχι μόνο με λέξεις αλλά και με άλλα εκφραστικά μέσα.

Μερικές από τις θεραπείες είναι:

è **Βοτανοθεραπεία**

Όσοι ασχολούνται με τα βότανα θεραπεύουν κάθε κατάσταση αφού αξιολογήσουν την παρούσα κατάσταση αλλά και την ακριβή αιτία που παρουσιάζει αυτή η ασθένεια. Ένα πρόβλημα είναι ότι δεν υπάρχει ακριβής θεραπεία για κάθε είδους κατάθλιψης και επίσης το αποτέλεσμα της θεραπείας δεν ήταν ξεκάθαρο και ίσως μη κατάλληλο για σοβαρές μορφές κατάθλιψης (Hahn, 1992)

Ένα από τα βότανα που χρησιμοποιούνται είναι το *Vitex agnus – castus*, που επιδρά στην πρόσθια υπόφυση, βοηθάει στη δημιουργία του ωχρού σωματίου, βοηθάει στο να μειωθεί η προγεστερόνη, κάνει πιο «φυσιολογικό» τον κύκλο, βοηθάει στην ωοθηλακιορρηξία και στο να ηρεμεί και να καταπραΰνει (Mills, 1993). Ένα άλλο βότανο είναι το *German chamomile*, το οποίο δρα σαν καταπραΰντικό.

è **Αρωματοθεραπεία**

Τα έλαια που χρησιμοποιούνται εξαρτώνται από τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Χρησιμοποιούνται περγαμόντο, Ylang-Ylang,

τριαντάφυλλο, χαμομήλι, λεβάντα. Βέβαια μερικοί έχουν αμφιβολίες για την αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου. Υπάρχουν βέβαια έρευνες που αποδεικνύουν τα θεραπευτικά αποτελέσματα διάφορων ελαίων όσον αφορά τη χαλάρωση των μυών και την ψυχολογική χαλάρωση (Buchbauer et al, 1993, Lis Balchin et al, 1998)

è **Μασάζ**

Είναι μία ιδιαίτερη θεραπευτική μέθοδος που προκαλεί χαλάρωση και μειώνει το άγχος. Δεν χρειάζεται να διαρκεί πολύ ώρα, έστω και 10 λεπτά την ημέρα είναι αρκετά όπως επίσης δεν χρειάζεται και ιδιαίτερη τεχνική (Mackereth and Gale, 1994). Μερικές φορές απλά χαϊδεύοντας κάποιον μπορεί να νιώθει ηρεμία και χαλάρωση. (Tiran, 2000)

è **Ύπνωση**

Προσφέρει ανακούφιση σε όσες γυναίκες πάσχουν από κατάθλιψη με συμπτώματα άγχους, έλλειψη πίστης στον εαυτό τους ή προβλήματα ύπνου. Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Alladin & Hear το 1993, βρέθηκε ότι μπορεί να δίνεται μεγάλη προσοχή σε όσους έχουν σοβαρή κατάθλιψη καθώς μπορεί να προκαλέσει ψυχωσικά συμπτώματα που συμπεριλαμβάνουν οπτικές και ακουστικές παραισθήσεις.

Η ύπνωση όμως χρησιμοποιείται πολύ στο άγχος και την ανησυχία (Mantle, 1999). Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί και για την αϋπνία. Βοηθάει την ικανότητα να απομακρυνθεί ως αντίδραση ένα συγκεκριμένο ερέθισμα και σε μία συγκεκριμένη ώρα. (Mantle, 2000)

è **Ομοιοπαθητική θεραπεία**

Η χρήση φαρμάκων κατά τη διάρκεια της λοχείας γίνεται πάντοτε με τη μεγαλύτερη δυνατή προσοχή, διότι αναπόφευκτα μικρή ποσότητα από αυτά περνά στο έμβρυο κατά το θηλασμό. Σε χώρες όμως η Βρετανία και οι ΗΠΑ, οι μαιευτήρες συχνά καταφεύγουν στην Ομοιοπαθητική για να αμβλύνουν ορισμένα συμπτώματα της εγκυμοσύνης και μετά από αυτήν για να υποβοηθήσουν την ομαλή εξέλιξη της γαλουχίας. (www.diagnostiki.gr)

Τα ομοιοπαθητικά σκευάσματα γενικά θεωρούνται ασφαλή, επειδή περιέχουν απειροελάχιστες ποσότητες δραστικών ουσιών. Η χορήγηση

των ομοιοπαθητικών σκευασμάτων συνήθως γίνεται για να τονώσουν την μήτρα και να επιταχύνουν την ανάρρωσή της μετά τον τοκετό. Η χορήγηση κάποιας ομοιοπαθητικής θεραπείας μπορεί επίσης να γίνει για να αντιμετωπιστεί η τυχόν έξαρση κάποιας χρόνιας νόσου από την οποία πάσχει η μητέρα ή να καταπραϊνθούν κάποια νέα συμπτώματα. Ειδικά σε τέτοιες περιπτώσεις, η ομοιοπαθητική μπορεί να επιλεγεί αντί για τη χορήγηση φαρμάκων, τα οποία ενδέχεται να δημιουργήσουν προβλήματα στην μητέρα και το έμβρυο. Πολλοί ομοιοπαθητικοί γιατροί, πάντως, πιστεύουν ότι καλύτερα είναι να χρησιμοποιούνται τα ομοιοπαθητικά σκευάσματα πριν από τη σύλληψη, για να βοηθήσουν το σώμα να δεχτεί το έμβρυο. (Hills, 1993)

Όταν γεννηθεί το μωρό, προκύπτουν νέα προβλήματα, στα οποία μπορεί να βοηθήσει η ομοιοπαθητική. Οι γυναίκες που θέλουν να θηλάσουν το μωρό τους ανησυχούν αν θα έχουν επαρκείς ποσότητες γάλακτος. Η ομοιοπαθητική μπορεί να παράσχει μία καλή ροή γάλακτος και να προστατεύσει τις θηλές των μαστών από τις πληγές και τον πόνο. Μπορεί επίσης να χορηγηθεί για την αντιμετώπιση της μαστίτιδας και άλλων προβλημάτων στους μαστούς που σχετίζονται με τον τοκετό. Ομοιοπαθητικά σκευάσματα μπορεί να χορηγηθούν και για την βελτίωση της ψυχικής διάθεσης της μητέρας, η οποία μπορεί να υπομονευθεί από πολλούς παράγοντες. Τέτοιοι παράγοντες είναι μεταξύ άλλων οι ραγδαίες ορμονικές αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα της, το αίσθημα απώλειας που προκαλεί η διακοπή της επαφής που είχε επί εννέα μήνες με το έμβρυο, αλλά και η ύπαρξη ενός ιδιαίτερα απαιτητικού βρέφους.

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι μία αρκετά συχνή διαταραχή, η οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί με ομοιοπαθητικά σκευάσματα που αποκαθιστούν γρήγορα την ορμονική ισορροπία του οργανισμού. Τα σκευάσματα αυτά μπορούν να βοηθήσουν και τις γυναίκες που υποφέρουν. (www.diagnostiki.gr)



***Κοίταξε προσεκτικά το μωρό σου στα μάτια.
Εκεί θα λάβεις τη δύναμη να προχωρήσεις!***

2.1.23. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Σε ένα τόσο πολύπλοκο, πολυδιάστατο και πολυσήμαντο φαινόμενο της ζωής, όπως είναι η κύηση και ο τοκετός, χρειάζεται η συμμετοχή και η στενή συνεργασία όλων των επαγγελματιών που έχουν άμεση σχέση με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, όπως γυναικολόγων, παιδίατρων, μαιών, ψυχίατροι, ψυχολόγοι, παιδοψυχολόγοι, γενετιστές, ενδοκρινολόγοι κ.α.

Σύμφωνα με τον Clazer, 1980 οι λειτουργοί υγείας υποχρεούνται να ενημερώνουν και να στηρίζουν την έγκυο, έτσι ώστε να μπορέσει να νιώσει ελεύθερη για να συζητήσει τις ανησυχίες της. Η έγκυος σε αυτή την ευαίσθητη περίοδο που διανύει, πρέπει να υποστηρίζεται κατάλληλα από τους λειτουργούν υγείας και το συγγενικό προσωπικό της και να έχει το δικό της λόγο και τη δυνατότητα ελεύθερης έκφρασης.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΖΥΓΟΥ

Η συμβολή του πατέρα είναι σημαντική με διάφορους τρόπους. Το ψυχολογικό κληροδότημα του πατέρα από τη δική του παιδική ηλικία αλλά και από τις συνθήκες της ζωής του παίζει κυρίαρχο ρόλο στον τρόπο με τον οποίο εκείνος θα στηρίξει ή όχι τη σύντροφό του σε αυτή τη κρίσιμη περίοδο της λοχείας. Ο άντρας κατά τη διάρκεια της επιλόχειας κατάθλιψης φροντίζει να παρέχει στη λεχώιδα ψυχολογική υποστήριξη σε συνεργασία με το υπόλοιπο οικογενειακό περιβάλλον. Φροντίζει τη γυναίκα του και σε περιπτώσεις που αυτή νιώθει ανήμπορη να παρέχει οποιαδήποτε βοήθεια. Επίσης σε περιπτώσεις που η γυναίκα βρίσκεται σε κρίση φροντίζει να κατευνάζει την ένταση για να μην επέλθει μία σοβαρότερη κατάσταση. Στις διάφορες προσωπικές σεξουαλικές επαφές ο ίδιος θα πρέπει να έχει το ρόλο του εμπυχωτή καθώς να κάνει παραχωρήσεις σε περιπτώσεις που η σύζυγος δεν μπορεί να συνεχίσει. (www.newspathfinder.gr)

Ωστόσο θα πρέπει συνεχώς να κάνει αισθητή την παρουσία του για να μην νιώσει παραμέληση χρησιμοποιώντας σχόλια και διάφορες φιλοφρονήσεις (www.newspathfinder.gr). Εάν εκείνος είναι ανασφαλής και έχει βιώματα αποκλεισμού από την αγάπη της δικής του οικογένειας δεν αποκλείεται να ανταγωνιστεί το βρέφος για την προσοχή της μητέρας και να εντείνει προβλήματα που εκείνη ήδη αντιμετωπίζει. Συχνά, προϋπάρχοντα προβλήματα στο ζευγάρι χειροτερεύουν στη διάρκεια της λοχείας. (<http://www.obrela.gr/index.htm>)

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ

Ο ρόλος του ψυχιάτρου στην αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης επεκτείνεται πέρα από τον κλασικό ιατρικό ρόλο και αποτελεί ένα πιο σύνθετο ρόλο. Ο ρόλος του είναι να κάνει διάγνωση να δίνει θεραπεία επιλέγοντας το κατάλληλο φάρμακο, να παρακολουθεί τον ασθενή και να βοηθάει την πρόληψη της διαταραχής της επιλόχειας κατάθλιψης και την διατήρηση της ψυχικής υγείας μέσα από την έγκαιρη διάγνωση, την κατάλληλη φαρμακευτική θεραπεία και την σωστή έρευνα.

Απαραίτητη θεωρείται η δημιουργία μίας καλής σχέσης ανάμεσα στον ψυχίατρο και την ασθενή. Ο ρόλος του επίσης είναι ότι οφείλει να ενημερώσει την οικογένεια της ασθενούς για το πώς αισθάνεται ο άνθρωπος τους, ότι δηλαδή δεν υποφέρει γιατί το θέλει αλλά γιατί δεν μπορεί να μην υποφέρει. (www.healthynews.gr)

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι να προσεγγίσει το πρόβλημα της λεχώνας, να επισημάνει την ήδη υπάρχουσα κατάσταση, να βρει τους παράγοντες που τις προκαλούν, να μελετήσει το περιβάλλον τόσο το οικογενειακό όσο και το κοινωνικό που τη περιβάλλουν. Μαζί θα πρέπει να βρουν τρόπους που θα τη βοηθήσουν να προχωρήσει ενισχύοντας την προσωπικότητά της αλλά γενικά τον εαυτό της. Ακόμα ο κοινωνικός λειτουργός θα ενημερώσει τα μέλη της οικογένειας και κυρίως θα τα ενεργοποιήσει για την επίλυση των προβλημάτων.

Εν συνεχεία θα πρέπει να βρει τρόπους να παραπέμψει το άτομο σε ψυχολόγο ή ακόμα και σε ψυχίατρο αν χρειαστεί είτε για νοσηλεία είτε για φάρμακα. Σε δύσκολες περιπτώσεις που η ίαση δεν είναι εφικτή θα πρέπει να βρει κάποιο ίδρυμα για να στεγαστεί το παιδί από τη στιγμή που δεν υπάρχει άλλο άτομο που θα θεωρηθεί κατάλληλο να το προσέχει.

Είναι ο ειδικός επαγγελματίας που προσφέρει τις ιατρικές γνώσεις και εμπειρίες του για την αποτελεσματική αντιμετώπιση και θεραπεία σε συνεργασία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες της ομάδας ψυχικής υγείας. (www.healthynews.gr)

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ

Ο ρόλος του ψυχολόγου κατά την αντιμετώπιση περιστατικού με επιλόχεια κατάθλιψη είναι πολυδιάστατος. Αρχικά πρέπει να βοηθήσει το ίδιο το άτομο να καταλάβει τι του συμβαίνει, ότι οτιδήποτε νιώθει είναι φυσιολογικό, να βρουν μαζί την αιτία που προκαλεί αυτό το αίσθημα και να την βοηθήσει να αποενοχοποιηθεί από αυτό. Είναι φυσιολογικό να είναι επιθετική απέναντι στο παιδί και την βοηθάει να καταλάβει ότι δεν ευθύνεται εκείνη γι' αυτό αλλά μία ομάδα πραγμάτων που ενισχύουν αυτό το αρνητικό αίσθημα. Την συμβουλεύει να ενισχύσει την καθημερινότητά της με διάφορες δραστηριότητες και την προτρέπει να ενδιαφέρεται περισσότερο για τον εαυτό της.

Ωστόσο η συμμετοχή του μπορεί να περιλαμβάνει επίσης συμβουλευτική ή θεραπεία οικογένειας και ζεύγους. (www.healthynews.gr)

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΥ

Οι περισσότερες έγκυες δυσκολεύονται να εκφράσουν τις ανησυχίες και τους προβληματισμούς τους στους λειτουργούς υγείας, εξαιτίας της απόμακρης και τυπικής επαγγελματικής σχέσης και του περιορισμένου χρόνου επίσκεψης. Συνειδητά ή ασυνείδητα, η έγκυος και η πρωτότοκος μητέρα αναζητούν επαφή, γνώση και πληροφόρηση από το προσωπικό του νοσοκομείου, τον γυναικολόγο, τη μαία και τη

νοσηλεύτρια. Μία ρεαλιστική εξέταση των φόβων και των ψυχολογικών προβλημάτων κατά τη διάρκεια της κύησης από το προσωπικό της κοινωνικής στήριξης είναι απαραίτητη για την αποτροπή τυχόν επιπλοκών της εγκυμοσύνης. **(Ρήγας Α., 1991)**

Ο Horsley το 1972 υποστήριξε ότι αν η ψυχολογική προετοιμασία δεν αρχίσει από την πρώτη επίσκεψη προγεννητικά, είναι πιθανόν να αποδειχθεί ανεπαρκής.

Ο ρόλος της μαίας είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Η δεικτική της στάση απέναντι στο νεογνό και η έμπρακτη βοήθεια που του προσφέρει είναι δυνατόν να επηρεάσουν την συναισθηματική στάση της αμφιθυμικής μητέρας του, καθόσον θετικές εικόνες μπορούν να εισαγάγουν νέους συνειδητούς τρόπους συμπεριφοράς. **(Μωραΐτου Μ., 2004)**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1.1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση, η καταγραφή και η ανάλυση του φαινομένου στα ποιοτικά χαρακτηριστικά του, για την αποσαφήνιση του προβλήματος της επιλόχειας κατάθλιψης, με όσο το δυνατόν ακριβέστερα και πληρέστερα στοιχεία στο πρόβλημα που έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις στις μέρες μας.

Η ραγδαία εξέλιξη ενός σχετικά νέου φαινομένου για την Ελληνική πραγματικότητα αποδείχτηκε κινητήριο έναυσμα για την περαιτέρω έρευνα στην επιλόχεια κατάθλιψη.

Μέσω αυτής της έρευνας αισιοδοξούμε να δοθούν νέα ερεθίσματα για παραπάνω σκέψη, για ευρύτερη και αναλυτικότερη εμβάθυνση και ενασχόληση με το πρόβλημα της κατάθλιψης της λοχείας.

Επιμέρους στόχοι της έρευνας

- √ Η εξακρίβωση της ύπαρξης του προβλήματος της επιλόχειας κατάθλιψης
- √ Η απόκτηση αντικειμενικής γνώσης για ένα ζήτημα το οποίο παρουσιάζει ποικιλία απόψεων
- √ Η μελέτη του είδους της κατάθλιψης της λοχείας που υφίστανται οι γυναίκες μετά τον τοκετό
- √ Η καταγραφή των παραγόντων και των συμπτωμάτων που φαίνονται να ενοχοποιούνται στην εμφάνιση του φαινομένου
- √ Η καταγραφή των επιπτώσεων της διαταραχής στην ασθενή και το κοινωνικό της περίγυρο
- √ Η διερεύνηση της στάσης των επαγγελματιών που στελεχώνουν τις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας. Δηλαδή ποιες είναι οι

γνώσεις, οι αντιλήψεις, οι εμπειρίες τους και οι προτάσεις τους για το ζήτημα αυτό

3.1.2. ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα που θα διενεργηθεί είναι:

è **ποιοτική**, ως προς τη μορφή των δεδομένων και το είδος της επεξεργασίας καθώς και

è **διερευνητική**, ως προς την πορεία της εργασίας

Σύμφωνα με την **Benoliel, 1984**, η ποιοτική έρευνα έχει χαρακτηριστεί ως συστηματική διερεύνηση που ενδιαφέρεται για την κατανόηση των ανθρωπίνων υπάρξεων και τη φύση των συναλλαγών μεταξύ τους και με το περιβάλλον τους. Η ποιοτική έρευνα στηρίζεται στην υπόθεση ότι η γνώση για τους ανθρώπους είναι αδύνατη χωρίς την περιγραφή εμπειρίας όπως αυτή βιώνεται και όπως περιγράφεται από τους ίδιους τους συντελεστές. (**Κυριαζή Ν., 2001**)

Η διερευνητική έρευνα όπως επισημαίνει η **Κυριαζή Ν., 2001**, έχει την ανίχνευση ενός πεδίου για να προσδιοριστεί επακριβώς το ζητούμενο και τα περαιτέρω. Οι ποιοτικές διερευνήσεις, εξαιτίας της εμφάσεως τους στις πραγματικότητες των υποκειμένων απαιτούν ελάχιστη δόμηση και μέγιστη εμπλοκή του ερευνητή, αφού αυτός προσπαθεί να κατανοήσει τους ανθρώπους των οποίων οι εμπειρίες είναι υπό μελέτη. . (**Κυριαζή Ν., 2001**)

3.1.3. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Όπως αρχικά διευκρινίστηκε πρόκειται για έρευνα ποιοτική – διερευνητική. Αυτό σημαίνει ότι ερωτώμενοι επιλέχθηκαν ως πληροφορητές – κλειδιά, και σε καμία περίπτωση δεν πρόκειται για «δείγμα» που παραπέμπει στην έννοια της αντιπροσωπευτικότητας του

πληθυσμού, οι οποίοι επιλέχθηκαν με πλαίσιο αναφοράς κάποια ποιοτικά κριτήρια ανάλογα με το στόχο, το αντικείμενο και τις υποθέσεις της έρευνας. (www.ekke.gr)

Επιπλέον η έρευνα αυτή περιορίστηκε στην καταγραφή των γνώσεων και στην εμπειρία που διαθέτουν οι επαγγελματίες σχετικά με την επιλόχεια κατάθλιψη.

3.1.4. ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ - ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ

Αξιοπιστία σε μία έρευνα υπάρχει όταν δίνεται με τέτοια σαφήνεια η όλη ερευνητική διαδικασία, ώστε όσες φορές και αν γίνει η έρευνα στον ίδιο πληθυσμό να βγαίνουν τα ίδια αποτελέσματα. Οι πρακτικές – διαδικασίες που ακολουθήθηκαν είναι οι εξής:

√ Οι ερωτήσεις κατασκευάστηκαν παίρνοντας ως βάση τα συγκεκριμένα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης.

√ Επιπλέον οι ερωτήσεις σχεδιάστηκαν λαμβάνοντας υπόψη το υπάρχον θεωρητικό πλαίσιο σχετικά με το φαινόμενο της επιλόχειας κατάθλιψης. (**Νόβα – Καλτσούνη Χ.**)

3.1.5. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Ο πληθυσμός ο οποίος αποτελεί το αντικείμενο της έρευνας είναι εκπρόσωποι συλλογικών φορέων υγείας, οι οποίοι στελεχώνουν τις αρμόδιες υπηρεσίες. Οι συνεντευκτές επιλέχθηκαν με βάση τις γνώσεις και τις εμπειρίες που έχουν σχετικά με το ερευνητικό θέμα.

Ο τόπος διεξαγωγής της έρευνας είναι η Χαλκίδα για την διερεύνηση των περιστατικών της επιλόχειας κατάθλιψης. (**Louis Cohen – Lawrence Manion, 1994**)

3.1.6. ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα της έρευνας το αποτελούν επαγγελματίες οι οποίοι είναι σε θέση να παρέχουν αξιόπιστες πληροφορίες εξαιτίας της θέσης της οποίας κατέχουν σε υπηρεσίες, αρμόδιες για την επιλόχεια κατάθλιψη.

Οι συνεντευξιαζόμενοι που έλαβαν μέρος στην έρευνα μας και ανήκαν στα ακόλουθα επαγγέλματα:

- 2 μαιευτήρες – γυναικολόγοι
- 2 μαίες
- 1 επισκέπτρια υγείας
- 2 κοινωνικοί λειτουργοί
- 4 ψυχολόγοι
- 2 ψυχίατροι
- 1 κοινωνική ανθρωπολόγος

Οι υπηρεσίες που επιλέχθηκαν είναι:

1. Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χαλκίδας
2. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χαλκίδας
3. Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Ευβοίας – Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας

3.1.7. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Για τη συλλογή στοιχείων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των δομημένων συνεντεύξεων μέσης διάρκειας περίπου 30 λεπτών. Το εργαλείο της συνέντευξης επιλέχθηκε διότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως το κύριο μέρος συλλογής πληροφοριών που έχουν άμεση σχέση με τα αντικείμενα της έρευνας. (Louis Cohen – Lawrence Manion, 1994)

Η συνέντευξη αποτελείται από ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, διότι:

- 1) είναι ευέλικτες, επιτρέπουν στον συνεντευκτή να κάνει ερωτήσεις ούτως ώστε να μπορεί να εισχωρήσει σε μεγαλύτερο

βάθος, αν το επιλέξει ή να διευκρινίσει οποιοσδήποτε παρανοήσεις.

2) δίνουν τη δυνατότητα στον συνεντευκτή να ελέγξει τα όρια της γνώσης του ερωτώμενου.

3) ενθαρρύνουν τη συνεργασία και βοηθούν στη δημιουργία επαφής και

4) επιτρέπουν στον συνεντευκτή να κάνει πιο σωστή εκτίμηση αυτού που πράγματι πιστεύει ο ερωτώμενος. Οι ανοιχτές ερωτήσεις μπορεί επίσης να έχουν ως αποτέλεσμα μη αναμενόμενες ή απρόβλεπτες απαντήσεις, οι οποίες μπορεί να υποδείξουν σχέσεις ή υποθέσεις που δεν έχουν εξεταστεί έως τώρα. (Louis Cohen, Lawrence Manion, **Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας**)

Οι ερωτήσεις κατασκευάστηκαν παίρνοντας ως βάση τα συγκεκριμένα ερωτήματα της μελέτης. Επιπλέον οι ερωτήσεις σχεδιάστηκαν λαμβάνοντας υπόψη το υπάρχον θεωρητικό πλαίσιο σχετικά με το φαινόμενο της παράνομης διακίνησης ανθρώπων.

3.1.8. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

1. Πόσα περιστατικά επιλόχειας κατάθλιψης έχετε αντιμετωπίσει και πώς τα περιστατικά αυτά έρχονται σε εσάς;
2. Ποιες είναι οι συνηθέστερες μορφές συμπτωμάτων που γνωρίζεται και έχετε συναντήσει μέσα από την υπηρεσία όπου εργάζεστε;
3. Κατά τις γνώσεις και τις εμπειρίες σας ποιοι είναι οι συνήθεις παράγοντες που προκαλούν επιλόχεια κατάθλιψη;
4. Θεωρείται ότι οι επιπτώσεις της διαταραχής αυτής επηρεάζουν εκτός από την ασθενή και το κοινωνικό της περίγυρο;
5. Ποια μέτρα λαμβάνει η υπηρεσία σχετικά με τα περιστατικά της επιλόχειας κατάθλιψης και ποιες είναι οι δικές σας προτάσεις για την θεραπευτική αντιμετώπιση;

3.1.9. ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η συλλογή του υλικού υπήρξε μία διαδικασία δύσκολη και χρονοβόρα. Η μέθοδος της έρευνας περιελάμβανε δύο φάσεις αλληλοεξαρτώμενες και αλληλοσυμπληρούμενες. Η πρώτη φάση αφορούσε την βιβλιογραφική διερεύνηση της επιλόχειας κατάθλιψης και η δεύτερη φάση της εμπειρική διερεύνηση του ζητήματος αυτού.

Σε ότι αφορά την ειδική ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία περί επιλόχειας κατάθλιψης η διερεύνηση έδειξε ότι είναι επαρκής. Παρόλα αυτά χρησιμοποιήσαμε και το διαδίκτυο ως πηγή περισσότερων πληροφοριών.

Η επιτόπια έρευνα ξεκίνησε Δευτέρα 22.06.2009 και ολοκληρώθηκε στις 01.07.2009. Ως έρευνα που διεξήχθη σε επιλεγμένο πληθυσμό συλλογικών φορέων επιδίωξε να καταγραφεί κατά το δυνατό, έστω και ενδεικτικά την υπάρχουσα κατάσταση.

Καταρχήν, έπρεπε να καταγραφούν οι φορείς, οι οποίοι θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν στην έρευνα. Έπειτα ήταν αναγκαία η επαφή με τους φορείς, η γνωστοποίηση του στόχου της έρευνας και η συνάντηση με τα αρμόδια πρόσωπα. Χρειάστηκαν μερικές τηλεφωνικές και κατ' ιδίαν επαφές, έως ότου υπήρξαν οι συναντήσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1.1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Με σκοπό τη συλλογή στοιχείων με θέμα την επιλόχεια κατάθλιψη διεξήχθη έρευνα στην περιοχή της Χαλκίδας.

Η εμπειρική διερεύνηση της υπάρχουσας κατάστασης ανέδειξε κάποιες βασικές όψεις του ζητήματος.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 14 επαγγελματίες των υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο τομέα. Αναφέρθηκε πως ήρθαμε σε επαφή με όλους τους ειδικούς της δημόσιας υγείας που έχουν σχέση με το φαινόμενο αυτό.

Το σημαντικότερο είναι ότι η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας έχει πολλές γνώσεις σχετικά με το θέμα.

Παρακάτω γίνεται μία διεξοδική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Σύμφωνα με την ερώτηση 1. η πλειοψηφία των συνεντευξαζόμενων μας αναφέρει ότι έχει δεχτεί και αντιμετωπίσει σχετικά λίγα περιστατικά επιλόχειας κατάθλιψης.

Τώρα όσον αφορά το πώς αυτά τα περιστατικά καταφθάνουν στους διάφορους επαγγελματίες υγείας διαφοροποιείται. Συγκεκριμένα οι μαιές και οι γυναικολόγοι του Νοσοκομείου είναι δυνατόν να τα αντιληφθούν οι ίδιοι κατά τη διάρκεια της επίσκεψής τους ή μαιές μπορούν να ενημερώσουν τους γιατρούς αν τυχόν έχει διαφύγει στους τελευταίους.

Η κοινωνική λειτουργός του Νοσοκομείου αναφέρει πως: *«οι γυναίκες που υφίσταται κατάθλιψη μετά τον τοκετό πηγαίνουν είτε από*

παραπομπή των γιατρών και των μαιών του Νοσοκομείου και άλλων Κέντρων Υγείας του Νομού, είτε αυτοβούλως, είτε ακόμα και με παρέμβαση οικογένειας». Με τον ίδιο τρόπο επίσης καταφθάνουν και στους επαγγελματίες (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί και επισκέπτρια υγείας) του Κ.Ψ.Υ.Χ.

Για τους ειδικούς της υπηρεσίας της κοινωνικής πρόνοιας τα πράγματα διαφοροποιούνται. *«Εκεί οι γυναίκες μπορούν να απευθυνθούν από άγνοια για να ενταχθούν και να κατατοπιστούν για δομές κοινωνικής φροντίδας»,* όπως μας πληροφορεί η ψυχολόγος της υπηρεσίας και έτσι να προκύψει και το ενδεχόμενο μίας επιλόχειας κατάθλιψης. Επίσης η κοινωνική ανθρωπολόγος αναφέρει πως: *«οι γυναίκες φτάνουν εδώ για να μάθουν μήπως δικαιούνται κάποιο επίδομα γι' αυτές ή το παιδί του, είτε ακόμα εάν έχει προκύψει επιλόχεια κατάθλιψη από γνωμάτευση της υγειονομικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου ή τέλος από την επίσκεψη κοινωνικής έρευνας».*

Σχετικά με την ερώτηση 2, οι απαιτήσεις των ερωτώμενων δεν διαφέρουν για το λόγο ότι τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης είναι συγκεκριμένα. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας αναφέρθηκαν στα πιο κύρια και τα οποία είναι: αποστροφή προς το μωρό, εξάντληση, μελαγχολία, κλάμα, αρνητικά συναισθήματα, αδυναμία επικοινωνίας, συναισθηματική ανικανότητα, τάση αυτοκτονίας καθώς και παιδοκτονία.

Όσον αφορά την ερώτηση 3, όλοι οι λειτουργοί υγείας συμφωνούν ότι οι κύριοι παράγοντες που προκαλούν επιλόχεια κατάθλιψη είναι η έλλειψη και η μη υποστήριξη οικογενειακού περιβάλλοντος και κυρίως του συντρόφου, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό καθώς και η κληρονομικότητα. Συγκεκριμένα και οι δύο ψυχίατροι αναφέρουν πως: *«σημαντικός λόγος στην επιλόχεια κατάθλιψη είναι ο παράγοντας της πρώτης ή δεύτερης και επόμενης κύησης».* Ωστόσο η κοινωνική λειτουργία του Νοσοκομείου συμπληρώνει πως: *«η ελλιπή ενημέρωση, η ανωριμότητα του νεαρού της ηλικίας, τα συναισθήματα αναξιοσύνης και η μονογονεϊκότητα, είναι οι*

συνήθης παράγοντες κατά την εμπειρία μου που προκαλούν επιλόχεια κατάθλιψη».

Η κοινωνική ανθρωπολόγος προσθέτει πως: «η ενδοοικογενειακή βία καθώς και η συνύπαρξη με άλλα προβλήματα υγείας είναι τα αίτια αυτής της διαταραχής».

Τέλος, η μία από τις μαίες δίνει έμφαση λέγοντας: «η επιλόχεια κατάθλιψη προκύπτει από την εμπειρία μου στους παράγοντες που έχουν σχέση με προβλήματα υγείας στα προηγούμενα παιδιά τους όπως και σε κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας στο νεογνό το οποίο χρειάζεται να διακομισθεί σε ένα εξειδικευμένο νοσοκομείο».

Σύμφωνα με την ερώτηση 4, όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι απάντησαν ότι σαφώς οι επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης έχουν αντίκτυπο στο άμεσα οικογενειακό περιβάλλον, στον σύντροφο και στο παιδί. Συγκεκριμένα η κοινωνικού λειτουργός του Νοσοκομείου υποστηρίζει: «η επιλόχεια κατάθλιψη που υφίσταται μία γυναίκα έχει αντίκτυπο στο μωρό καθώς ένα ποσοστό των ψυχώσεων μπορεί να κληρονομηθεί σε κάποιο από τα παιδιά, είτε να μεταδοθεί η ψυχολογική ανωριμότητα στο παιδί, είτε τέλος να προκληθεί κάποια μορφή κακοποίησης στο παιδί». Επιπλέον ένας από τους ψυχολόγους κάνει θέμα, λέγοντας πως: «η απώλεια σεξουαλικού ενδιαφέροντος έχει ως επίπτωση στη σχέση του ζευγαριού». Τέλος η μαία και η κοινωνική ανθρωπολόγος συμφωνούν αναφέροντας πως: «αν δεν υπάρχει υποστήριξη και ενδιαφέρον από την οικογένεια τότε δεν μπορεί η επιλόχεια κατάθλιψη να μην έχει επίπτωση σε αυτούς».

Τέλος, όσον αφορά την ερώτηση 5, οι δύο ψυχολόγοι, η επισκέπτρια υγείας καθώς και η κοινωνική λειτουργός του Κέντρου Ψυχικής Υγείας, συμφωνούν ότι τα μέτρα που λαμβάνει η υπηρεσία για την επιλόχεια κατάθλιψη είναι: συμβουλευτική ψυχοθεραπεία και φάρμακα ενώ ο άλλος ψυχολόγος προσθέτει επίσης πως: «πρέπει να γίνει παραπομπή σε ψυχίατρο ώστε να αξιολογηθεί η βαρύτητα της κατάθλιψης, για το ενδεχόμενο ιδρυματικής περίθαλψης».

Οι ψυχίατροι του κέντρου αυτού μας ενημερώνουν λέγοντας ότι: *«πρέπει να γίνεται κλινική εκτίμηση της κατάστασης, να δοθεί φαρμακευτική θεραπεία και αν χρειαστεί να παραπέμπονται οι ασθενείς σε ψυχιατρική κλινική για νοσηλεία».*

Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό (γιατροί, μαίες) του νοσοκομείου παραπέμπει τις γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη στον κοινωνικό λειτουργό του ίδιου νοσοκομείου αλλά και στους ψυχολόγους και στους ψυχιάτρους του Κέντρου Ψυχικής Υγείας.

Η κοινωνική λειτουργός του νοσοκομείου επισημαίνει πως: *«η ίδια παραπέμπω τις γυναίκες αυτές αξιολογώντας την βαρύτητα της κατάστασής τους, επισημαίνοντας τους παράγοντες που προκάλεσαν την επιλόχεια κατάθλιψη, στη συνέχεια ενημερώνοντας τους συγγενείς και προσφέροντας συμβουλευτική υποστήριξη. Μπορεί ακόμα να γίνει παραπομπή στο Κ.Ψ.Υ.»*

Στο Κ.Ψ.Υ. παραπέμπονται επίσης και τα περιστατικά της κοινωνικής πρόνοιας όπως μας επισημαίνει η ψυχολόγος και η κοινωνική ανθρωπολόγος της υπηρεσίας αυτής.

Παρακάτω οι μαίες και η κοινωνική λειτουργός του νοσοκομείου δίνουν έμφαση και συμφωνούν ότι: *«για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης θα πρέπει να υπάρχει συμβουλευτική υποστήριξη πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και ψυχολογική υποστήριξη».*

Όσον αφορά τις προτάσεις γυναικολόγων – μαιευτήρων ο ένας από αυτούς υποστηρίζει πως: *«πρέπει να γίνει παραπομπή σε ψυχίατρο»*, ενώ ο άλλος κρίνει ότι *«πρέπει να υπάρχει υποστήριξη από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς επίσης από το κοινωνικό – οικογενειακό περιβάλλον της ασθενούς και ίσως χρειαστεί και κάποια φαρμακευτική θεραπεία».*

Οι προτάσεις των συνεντευξιζόμενων του Κέντρου Ψυχικής Υγείας συμπίπτουν με τις προτάσεις των ανωτέρω ότι δηλαδή πρέπει να γίνεται συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη αλλά προσθέτουν ακόμα ότι πρέπει να γίνεται ψυχοθεραπεία και να δίνονται φάρμακα αν κριθεί απαραίτητο.

Τέλος, η ψυχολόγος της κοινωνικής πρόνοιας ανέφερε πως: *«πρέπει να υπάρχει ψυχολογική στήριξη και θεραπεία»*, ενώ η κοινωνική ανθρωπολόγος κάνει λόγο για την πρόληψη, *«θα πρέπει να δημιουργηθούν προγράμματα ενημέρωσης και προαγωγής υγείας ώστε να αναγνωρισθούν τα συμπτώματα»*.

4.1.2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η κατάθλιψη μπορεί να ξεκινήσει από μία απλή άσχημη διάθεση, μία θλίψη και να προχωρήσει σε μία ψυχοπαθολογική κατάσταση που να χρήζει άμεση αντιμετώπιση.

Η κατάθλιψη είναι μία ψυχική διαταραχή που παρουσιάζει δύο πόλους, τη μανία και την κατάθλιψη (μελαγχολία).

Το πρόβλημα της κατάθλιψης εμφανίζεται πολύ συχνά και έντονα τις μέρες μας. Οι παράγοντες που την προκαλούν ποικίλουν καθώς και τα συμπτώματα που εμφανίζει έχουν καταγραφεί επιτυχώς με το πέρασμα των χρόνων. Η κατάθλιψη αποτελεί μία μορφή νόσου η οποία είναι αντιμετωπίσιμη με θεραπείες όπως είναι η φαρμακευτική αγωγή και η ψυχοθεραπεία, αλλά και με άλλες εναλλακτικές θεραπείες. Τέλος, για την αποφυγή μίας τέτοιας κατάστασης κρίθηκε αναγκαίο να δημιουργηθούν μέτρα πρόληψης όπως είναι η συμβουλευτική στο σχολείο και την οικογένεια.

Μολονότι οι αλλαγές στη διάθεση της λεχωίδας τις περισσότερες φορές είναι κάτι φυσιολογικό, ωστόσο τα έντονα συμπτώματα και για μεγάλο χρονικό διάστημα μας παραπέμπουν σε μία ενδεχόμενη κατάθλιψη.

Πολλές γυναίκες σε ολόκληρο τον κόσμο προσβάλλονται από την ψυχική νόσο της επιλόχειας κατάθλιψης που μπορεί να διαρκέσει από λίγες ημέρες έως κάποιους μήνες.

Αυτό βέβαια εξαρτάται ανάλογα με την προσωπικότητα της κάθε γυναίκας.

Ο ερχομός ενός παιδιού σηματοδοτεί την αλλαγή μίας ζωής στην οποία περιλαμβάνονται αισθήματα χαράς, ικανοποίησης, και ολοκλήρωσης. Παρόλα αυτά, η αλλαγή αυτή μπορεί να επιφέρει ακριβώς αντίθετα συναισθήματα όπως είναι θλίψη, άγχος, απομόνωση, αποστροφή προς το μωρό και το σύντροφο καθώς και σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επιφέρει παιδοκτονία καθώς και αυτοκτονία.

Για την διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης χρησιμοποιείται η κλίμακα του Εδιμβούργου (E.P.D.S.) και για τη διάγνωση της κατάθλιψης χρησιμοποιείται η κλίμακα του Beck.

Σημαντικότερα μέτρα πρόληψης αποτελούν η κοινωνική στήριξη, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όπου μπορεί να γίνει κατά τη διάρκεια της κύησης ή κατά την παραμονή στο μαιευτήριο, την παρακολούθηση γυναικών με ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης και με προγράμματα στήριξη λεχωίδων.

Η θεραπεία της κατάθλιψης της λοχείας είναι ίδια με αυτή των άλλων καταθλίψεων. Συγκεκριμένα αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία, νοσοκομειακή νοσηλεία, καθώς επίσης για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης μπορούν να χρησιμοποιηθούν εναλλακτικές θεραπείες όπως είναι η βοτανοθεραπεία και η ύπνωση.

Θα πρέπει να σημειωθεί πως σε ένα τόσο πολύπλοκο, πολυδιάστατο και πολυσήμαντο φαινόμενο της ζωής, όπως είναι ο τοκετός και η λοχεία χρειάζεται η συμμετοχή και η στενή συνεργασία όλων των επαγγελματιών που έχουν άμεση σχέση με την μεταγενετική κατάθλιψη όπως είναι οι ψυχολόγοι, ψυχίατροι, γυναικολόγοι, μαιές και κοινωνικοί λειτουργοί.

Συμπερασματικά διακρίνουμε πως οι σημαντικότεροι παράγοντες είναι οι ορμονικοί, κοινωνικό – οικονομικοί, κληρονομικοί, αιτιολογικοί και το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό. Πρωταρχική όμως μορφή αποτελεί η στήριξη και οι σχέσεις με το οικογενειακό της περιβάλλον και κυρίως με τον σύντροφό της.

Αυτοί οι παράγοντες που ευθύνονται για την επιλόχεια κατάθλιψη επιβεβαιώνονται και στην έρευνά μας από τους λειτουργούς υγείας.

Οι επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης στη μητέρα, το παιδί και την οικογένεια γενικότερα συμπεριλαμβάνουν την παραμέληση του παιδιού, τη διάλυση της οικογένειας, τον αυτοτραυματισμό και την αυτοκτονία σε ακραίες περιπτώσεις. Εντούτοις οι πιο κοινές επιπτώσεις είναι τα συναισθηματικά προβλήματα, τα προβλήματα συμπεριφοράς και η γνωστική καθυστέρηση των παιδιών των καταθλιπτικών μητέρων. Επιπλέον στην έρευνά μας ένας από τους λειτουργούς υγείας υποστηρίζει πως ένα ποσοστό των ψυχώσεων μπορεί να κληρονομηθεί σε κάποιο από τα παιδιά είτε να μεταδοθεί η ψυχολογική ανωριμότητα στο παιδί, είτε να προκληθεί κάποια μορφή κακοποίησης στο παιδί.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία που εντοπίσαμε, διενεργήθηκε μία ποιοτική έρευνα σε κρατικές υπηρεσίες, με σκοπό την ενημέρωση από τους ίδιους τους λειτουργούς υγείας για το φαινόμενο της επιλόχειας κατάθλιψης. Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την έρευνα συγκεκριμένα με αυτά της σχετικής βιβλιογραφικής επισκόπησης ανέδειξαν σημαντικά αποτελέσματα όπως είναι τα συμπληρωματικά στοιχεία που προήλθαν από τις συνεντεύξεις με τα αρμόδια άτομα, καθώς και τη χρήση των γνώσεων μας σχετιζόμενα με το θέμα της πρακτικής διαδικασίας των συνεντεύξεων. Συμπερασματικά αναφέρουμε πως οι λειτουργοί υγείας των κοινωνικών δομών της περιοχής που ερευνούμε έχουν δεχτεί και αντιμετωπίσει σχετικά λίγα περιστατικά επιλόχειας κατάθλιψης.

Ανακεφαλαιώνοντας, καταλήγουμε ότι τα αποτελέσματα της έρευνας μας έδειξαν πως το πρακτικό μέρος το οποίο πηγάζει από τις απαντήσεις των συνεντευξιζόμενων είναι συμβατό με το θεωρητικό μας πλαίσιο. Ένα άλλο συμπέρασμα που προέκυψε από την έρευνα είναι ότι για να αντιμετωπιστεί η επιλόχεια κατάθλιψη χρειάζεται συμβουλευτική πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης και επιπλέον ψυχολογική υποστήριξη από τους αρμόδιους επαγγελματίες αλλά και από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον της γυναίκας που πάσχει από επιλόχεια κατάθλιψη.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aghest J. – Merikangas K., (1997), *Το καταθλιπτικό φάσμα: διαγνωστική κατάταξη και πορεία*, μετάφραση Η. Ρόκκου, London: Harper and Row Publishers
2. Αλεβίζος Γ., (1998), *Οι ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα, Οδηγίες για τη διάγνωση και αντιμετώπιση*, Αθήνα: Βήτα
3. Αμπατζόγλου Γ., (1998), *«Περί μητρικού ενστίκτου» ή η απουσία του πατέρα*, Θεσσαλονίκη: Προσεγγίσεις της γέννησης
4. Bebbington P.R., (1998), *Η επίδραση της ηλικίας και του φύλου στη συχνότητα των καταθλιπτικών καταστάσεων*, μετάφραση Μ. Δελληγιάννη, Αθήνα: Τυπωθητώ
5. Bloomfield H.H., (2001), *Θεραπεύοντας την κατάθλιψη*, μετάφραση Δ. Βεργίδης, Αθήνα: Θυμάρι
6. Γκίκας Σ., (1992), *Λεξικό ιδεών και ιδεολογιών*, Αθήνα: Επικαιρότητα
7. Drogo C., (1997), *Οι παραστάσεις και οι αντιλήψεις της επιτόκου στον τοκετό – γέννηση*, μετάφραση Β. Γιαλαμάς, Αθήνα: Ελληνική Μαιευτική γυναικολογία
8. Δραγώνα Θ., (1989), *Κατάθλιψη μετά τον τοκετό: οι ψυχολογικές της διαστάσεις*, Αθήνα: Καστανιώτης
9. Judd M., (1997), *Ο ρόλος και η κλινική σημασία των υποσυνδρομικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη μονοπολιτική μείζονα καταθλιπτική διαταραχή*, μετάφραση Π. Κοντομηνάς, Αθήνα: Χρυσή Πέννα
10. Κλεφταράς Γ., (1998), *Η κατάθλιψη σήμερα*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
11. Κοτρωσίου Ε., (2001), *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, Αθήνα: Ελλήν
12. Κούρος Ι., (2001), *Μελαγχολία – αυτοκτονία*, Αθήνα: Καστανιώτης

13. Κυριαζή Ν., (2001), *Η κοινωνιολογική έρευνα*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
14. Λαζαράτου Ε., (1998), *Η επίδραση των ψυχικά ασθενών μητέρων στην ανάπτυξη του βρέφους*, τόμος ΙΒ, Αθήνα: Χρυσή Πέννα
15. Lindsay Κ., (2000), *Είναι καλό να νιώθω άσχημα*, μετάφραση Χ. Ζαχαρόπουλος, Αθήνα: Θυμάρι
16. Luis Cohen, Lawrence Manion, (1994), *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, μετάφραση Β. Γιαλαμάς, Αθήνα: Μεταίχμιο
17. Λώλης Δ., (1998), *Γυναικολογία και Μαιευτική*, Αθήνα: Παρισιάνου
18. Μαδιανός Γ.Μ., (1989), *Κοινωνία και Ψυχική Υγεία – εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική*, τόμος Α', Αθήνα: Καστανιώτης
19. Μάνος Μ., (1997), *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη: UNIVERSITY STUDIO PRESS
20. Meagher D. & Murray D., (1998), *Η κατάθλιψη στη γυναίκα*, μετάφραση Χ. Ζαχαρόπουλος, Αθήνα: Παπαζήση
21. Μελισσά – Χαλκιοπούλου Χ., (1996), *Η εξελικτική και η κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Θεσσαλονίκη: Χρυσή Πέννα
22. Μπαλλής Θ., (2000), *Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press
23. Μπαμπινιώτης Γ., (2002), *Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας*, Β' έκδοση, Αθήνα: κέντρο λεξικολογίας Ε.Π.Ε.
24. Μουρέας Β., (2001), *Η κατάθλιψη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*, Αθήνα: Ιατρικές
25. Μωραΐτου Μ., (2004), *Γένεσις*, Θεσσαλονίκη: Πράσινο Φύλλο
26. Νόβα – Καλτσούνη Χ., (.....), *Μεθοδολογία εμπειρικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες*, Αθήνα: ...
27. Νιτσόπουλος Μ., (1987), *Η ψυχολογία της γυναίκας*, Καβάλα: Πολυτάκη

28. Παρασκευόπουλος Ι.Ν., (1985), *Εξελικτική Ψυχολογία*, τόμος Ι, Αθήνα: Παπαζήση
29. Παπαγεωργίου Ε., (2004), *Ψυχιατρική*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
30. Περιστερής Α., (1990), *Ψυχιατρικές διαταραχές κατά τη λοχεία*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
31. Προκοπάκης Ε., (1994), *Το βιολογικό υπόστρωμα των ψυχικών διαταραχών της λοχείας*, Θεσσαλονίκη: Δίοδος
32. Ρήγας Α., (1991), *Μητρότητα: απόπειρα παρουσίασης της ψυχοκοινωνικής της διάστασης*, Αθήνα: Καστανιώτης
33. Ρούτος Ι., - Ρίζος Ε., Σταθόπουλος Π., (2000), *Κατάθλιψη – αυτοκτονικότητα*, Αθήνα: Τετράδια Ψυχιατρικής
34. Στεφανής Κ., (2000), *Ψυχοπαθολογία και υγεία*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
35. Συνοδινού Κ.Λ., (2001), *Σημειώσεις για μάθημα «Ψυχοπαθολογία ΙΙ» - Πάντειο Πανεπιστήμιο*, Αθήνα
36. Τρίκκας Γ., (2001), *Κλινικές μορφές κατάθλιψης*, δεύτερη έκδοση, Αθήνα: Ιατρικές
37. Τσόχας Κ., (1996), *Επίτομη κλινική φαρμακολογία*, β' έκδοση, Αθήνα: Λυχίος
38. Χριστοδούλου Γ., (2001), *Κατάθλιψη*, Αθήνα: Βήτα
39. Zerlus Χ., (2001), *Ψυχοπαθολογία του ενήλικα*, μετάφραση Χ. Κοσμίδου, Αθήνα: Ηλεκτρονικές Τέχνες

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Dragonas T., (1998), *Prenatal care*, London: Jesiki Kirseik
2. Grahame – Smith D.E., (2001), *Clinical pharmacology – pharmacotherapy*, London: Jesiki Kirseik
3. Κουεϊμ Μ., (2000), *Oppression*, London: Harper and Row publishers
4. Rattner J. (1970), *The psychology of woman*, London: Jesiki Kirseik
5. Sanders D., (1989), *Woman and oppression*, London Jesiki Kirseik

ΔΙΑΔΥΚΤΙΑΚΕΣ ΣΕΛΙΔΕΣ

1. <http://www.auth.gr>
2. <http://www.diagnostiki.gr/enimerosi.html>
3. <http://www.ekke.gr>
4. <http://www.health.in.gr/news/2008>
5. <http://www.healthy.news.gr>
6. <http://www.iatrikaxronika.gr>
7. [http://www.myworld.gr/woman's world/](http://www.myworld.gr/woman's%20world/)η κατάθλιψη απειλή τη γυναίκα
8. <http://www.newspathfinder.gr>
9. <http://www.obrela.gr/index.htm>
10. <http://www.e-psychology.gr.htm>
11. <http://www.stress.gr>
12. <http://www.ygeia.gr>
13. <http://www.vita.gr/5> εναλλακτικές προτάσεις για ευχαριστημένες μέλλουσες μητέρες

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ...

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτήσεις...

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΑΠΟ ΨΥΧΙΑΤΡΟ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΛΚΙΔΑΣ

○ **Πόσα περιστατικά επιλόχειας κατάθλιψης έχετε αντιμετωπίσει και πώς τα περιστατικά αυτά έρχονται σε εσάς;**

• Έχω αντιμετωπίσει 3 περιστατικά, όπου το ένα από αυτά ήταν πολύ δραματικό. Οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη συνήθως φτάνουν σε εμάς μέσω των συγγενών τους

○ **Ποιες είναι οι συνηθέστερες μορφές συμπτωμάτων που γνωρίζετε και έχει συναντήσει μέσα από την υπηρεσία από όπου εργάζεστε;**

• Τα συμπτώματα μπορεί να είναι ιδέες αναξιότητας, να νιώθει η γυναίκα πως δεν μπορεί και δεν είναι ικανή για τη φροντίδα και την ανάθρεψη του μωρού της, έντονη εξάντληση, αϋπνία, ιδέες παρανοϊκές όπως π.χ. το παιδί δεν είναι δικό μου και τάση αυτοκτονίας.

○ **Κατά τις γνώσεις και τις εμπειρίες σας ποιοι είναι οι συνηθείς παράγοντες που προκαλούν επιλόχεια κατάθλιψη;**

• Μπορεί να είναι κοινωνικό – οικονομικοί παράγοντες, προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, ακόμη μπορεί να είναι το υποστηρικτικό ή μη περιβάλλον της και το αν είναι πρώτη κύηση ή όχι.

○ **Θεωρείται ότι οι επιπτώσεις της διαταραχής αυτής επηρεάζουν εκτός από την ασθενή και το οικογενειακό της περίγυρο;**

• Ναι βεβαίως, κυρίως ο σύζυγος και οι άμεσοι συγγενείς. Το μωρό επηρεάζεται σε ακραίες περιπτώσεις όπου τη φροντίδα του πρέπει να την αναλάβει κάποιο άλλο πρόσωπο.

○ **Ποια μέτρα λαμβάνει η υπηρεσία σχετικά με τα περιστατικά της επιλόχειας κατάθλιψης και ποιες είναι οι δικές σας προτάσεις για την θεραπευτική αντιμετώπιση;**

• Τα μέτρα που λαμβάνει η υπηρεσία μου είναι φαρμακευτική θεραπεία υπό παρακολούθηση συγγενών της ασθενούς και παραπομπή για νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική. Οι προτάσεις μου είναι τρεις: Η μία είναι παρακολούθηση από το Κ.Ψ.Υ., η άλλη φαρμακευτική θεραπεία και η τρίτη είναι ευαισθητοποίηση του περιβάλλοντος των ασθενών να τις κατανοήσουν.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΛΚΙΔΑΣ

- **Πόσα περιστατικά επιλόχειας κατάθλιψης έχετε αντιμετωπίσει και πώς τα περιστατικά αυτά έρχονται σε εσάς;**
 - Έχω συναντήσει περιστατικά όχι και πολύ συχνά. Έχω αντιμετωπίσει ελάχιστα. Τα περιστατικά αυτά έρχονται ή μετά από παραπομπή ειδικού του νοσοκομείου ή μετά από παρέμβαση της οικογένειας που έχει αντιμετωπίσει το πρόβλημα ή μόνη αν τα συμπτώματα είναι για πολύ καιρό.
- **Ποιες είναι οι συνηθέστερες μορφές συμπτωμάτων που γνωρίζετε και έχει συναντήσει μέσα από την υπηρεσία από όπου εργάζεστε;**
 - Καταθλιπτική διάθεση, έλλειψη αυτοπεποίθησης, υπερένταση, αϋπνία
- **Κατά τις γνώσεις και τις εμπειρίες σας ποιοι είναι οι συνήθεις παράγοντες που προκαλούν επιλόχεια κατάθλιψη;**
 - Κοινωνική κυρίως, μπορεί να υπάρχει κληρονομική προδιάθεση, οι συνθήκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- **Θεωρείται ότι οι επιπτώσεις της διαταραχής αυτής επηρεάζουν εκτός από την ασθενή και το οικογενειακό της περίγυρο;**
 - Σίγουρα, το ίδιο το μωρό, το περιβάλλον το οποίο θα πρέπει να είναι κοντά της
- **Ποια μέτρα λαμβάνει η υπηρεσία σχετικά με τα περιστατικά της επιλόχειας κατάθλιψης και ποιες είναι οι δικές σας προτάσεις για την θεραπευτική αντιμετώπιση;**
 - Η υπηρεσία μας λαμβάνει παρακολούθηση και θεραπεία, συμβουλευτική στην οικογένεια. Οι προτάσεις μας είναι συμβουλευτική στην οικογένεια και θεραπευτική αγωγή στην πάσχουσα.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΧΑΛΚΙΔΑΣ

○ **Πόσα περιστατικά επιλόχειας κατάθλιψης έχετε αντιμετωπίσει και πώς τα περιστατικά αυτά έρχονται σε εσάς;**

• Έχω αντιμετωπίσει πολλά περιστατικά και έρχονται σε μένα είτε από παραπομπή των γιατρών και των μαιών του Νοσοκομείου μας καθώς και από άλλα Κέντρα Υγείας του Νομού μας, είτε έρχονται εδώ στο γραφείο μου οι ασθενείς μαζί με κάποιο οικογενειακό πρόσωπο.

○ **Ποιες είναι οι συνηθέστερες μορφές συμπτωμάτων που γνωρίζετε και έχει συναντήσει μέσα από την υπηρεσία από όπου εργάζεστε;**

• Τα συμπτώματα είναι τα εξής: έντονο άγχος, κλάμα, άρνηση να μεταφέρει τα συναισθήματά της, δυσκολία έκφρασης, ψυχολογική ανωριμότητα, δυσκολία επικοινωνίας, έντονη εξάντληση, αποστροφή προς το νεογνό.

○ **Κατά τις γνώσεις και τις εμπειρίες σας ποιοι είναι οι συνήθεις παράγοντες που προκαλούν επιλόχεια κατάθλιψη;**

• Οι παράγοντες μπορεί να είναι συναισθήματα αναξιοτήτας, ανωριμότητα του νεαρού της ηλικίας, ελλιπής ενημέρωση, περιβαλλοντικοί παράγοντες, προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης, το μορφωτικό επίπεδο, το αν επαγγέλλονται ή όχι, η μονογονεϊκότητα και η στήριξη ή μη από τους γονείς και το σύντροφό της.

○ **Θεωρείται ότι οι επιπτώσεις της διαταραχής αυτής επηρεάζουν εκτός από την ασθενή και το οικογενειακό της περίγυρο;**

• Βέβαια οι επιπτώσεις της διαταραχής αυτής επηρεάζουν και το κοινωνικό της περίγυρο. Η επιλόχεια κατάθλιψη που υφίσταται μία γυναίκα έχει αντίκτυπο και στο οικογενειακό της περιβάλλον αλλά και στο μωρό καθώς ένα ποσοστό των ψυχώσεων μπορεί να κληρονομηθεί σε

κάποιο από τα παιδιά, είτε να μεταδοθεί ψυχολογική ανωριμότητα στο παιδί, είτε τέλος να προσκληθεί κάποια μορφή κακοποίησης στο παιδί.

○ **Ποια μέτρα λαμβάνει η υπηρεσία σχετικά με τα περιστατικά της επιλόχειας κατάθλιψης και ποιες είναι οι δικές σας προτάσεις για την θεραπευτική αντιμετώπιση τους;**

• Ως Κοινωνική Λειτουργός αξιολογώ την βαρύτητα της κατάστασης της ασθενούς, επισημαίνω τους παράγοντες που προκαλούν την επιλόχεια κατάθλιψη, ενημερώνω τους συγγενείς, προσφέρω συμβουλευτική υποστήριξη. Ακόμα ανάλογα με το περιστατικό κάνω παραπομπή σε ψυχολόγους και ψυχιάτρους του Κ.Ψ.Υ. για περαιτέρω αντιμετώπιση είτε φαρμακευτική είτε ακόμα και για νοσηλεία. Οι προτάσεις μου είναι ότι πρέπει να γίνεται ενημέρωση από ειδικούς προς τους νέους και τα ζευγάρια. Να υπάρχει στήριξη ψυχολογική και συμβουλευτική από τις υπηρεσίες υγείας αλλά και από το περιβάλλον της γυναίκας και τέλος άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση με φαρμακευτική αγωγή αλλά και νοσηλεία αν χρειαστεί.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΑΠΟ ΨΥΧΟΛΟΓΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΧΑΛΚΙΔΑΣ

- **Πόσα περιστατικά επιλόχειας κατάθλιψης έχετε αντιμετωπίσει και πώς τα περιστατικά αυτά έρχονται σε εσάς;**
 - Μου έχει συμβεί μόνο μία φορά στα 2 χρόνια που εργάζομαι εδώ. Οι γυναίκες έρχονται εδώ από άγνοια, για να ενταχθούν και να κατατοπιστούν για δομές κοινωνικής φροντίδας.
- **Ποιες είναι οι συνηθέστερες μορφές συμπτωμάτων που γνωρίζετε και έχει συναντήσει μέσα από την υπηρεσία από όπου εργάζεστε;**
 - Απόσυρση από την κοινωνική ζωή και τις επαγγελματικές υποχρεώσεις, δυσλειτουργικός τρόπος ζωής, αρνητική φροντίδα του παιδιού και παραμέληση αυτού.
- **Κατά τις γνώσεις και τις εμπειρίες σας ποιοι είναι οι συνήθεις παράγοντες που προκαλούν επιλόχεια κατάθλιψη;**
 - Κληρονομικότητα, προβλήματα προσωπικότητας, δυσλειτουργικό περιβάλλον.
- **Θεωρείται ότι οι επιπτώσεις της διαταραχής αυτής επηρεάζουν εκτός από την ασθενή και το οικογενειακό της περίγυρο;**
 - Ναι, ιδιαίτερα τη σχέση με το παιδί, μπορεί να υπάρξει αρνητική ή υπερπροστασία.
- **Ποια μέτρα λαμβάνει η υπηρεσία σχετικά με τα περιστατικά της επιλόχειας κατάθλιψης και ποιες είναι οι δικές σας προτάσεις για την θεραπευτική αντιμετώπιση;**
 - Στην υπηρεσία μας προσφέρουμε συμβουλευτική και κάνουμε παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες. Η πρότασή μου είναι συνδυασμός ψυχολογικής και ψυχιατρικής θεραπείας.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΑΠΟ ΨΥΧΟΛΟΓΟ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΛΚΙΔΑΣ

- **Πόσα περιστατικά επιλόχειας κατάθλιψης έχετε αντιμετωπίσει και πώς τα περιστατικά αυτά έρχονται σε εσάς;**
 - Εγώ δεν έχει τύχει να αντιμετωπίσω κάποιο περιστατικό. Η υπηρεσία μου όμως έχει δεχτεί αρκετά. Τα περιστατικά αυτά φτάνουν στην υπηρεσία μας είτε μέσω του νοσοκομείου, είτε έκτακτα από πρωτοβουλία δική τους, είτε άτομα με παραπομπή από άλλη δομή κοινωνικής υπηρεσίας.
- **Ποιες είναι οι συνηθέστερες μορφές συμπτωμάτων που γνωρίζετε και έχει συναντήσει μέσα από την υπηρεσία από όπου εργάζεστε;**
 - Τα συμπτώματα που γνωρίζω σε αυτές τις περιπτώσεις είναι κλάμα, μελαγχολία, αποστροφή προς το μωρό, εξάντληση, αρνητικά συναισθήματα, αδυναμία επικοινωνίας.
- **Κατά τις γνώσεις και τις εμπειρίες σας ποιοι είναι οι συνηθείς παράγοντες που προκαλούν επιλόχεια κατάθλιψη;**
 - Οι συνηθισμένοι παράγοντες είναι κοινωνικό – οικονομικοί, κληρονομικοί, ορμονικοί, μη υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον αλλά και προφανώς μη υποστήριξη από το σύντροφο.
- **Θεωρείται ότι οι επιπτώσεις της διαταραχής αυτής επηρεάζουν εκτός από την ασθενή και το οικογενειακό της περίγυρο;**
 - Σαφώς.

○ **Ποια μέτρα λαμβάνει η υπηρεσία σχετικά με τα περιστατικά της επιλόχειας κατάθλιψης και ποιες είναι οι δικές σας προτάσεις για την θεραπευτική αντιμετώπιση;**

• Αρχικά γίνεται μία πρώτη συνέντευξη για να αξιολογηθεί το περιστατικό, μετά γίνεται παραπομπή στον ψυχίατρο ή σε άλλη κοινωνική υπηρεσία και στη συνέχεια αξιολογώντας την βαρύτητα, ίσως γίνει παραπομπή για ιδρυματική περίθαλψη. Οι δικές μας προτάσεις έχουν σχέση με την εκτίμηση του περιστατικού, πρέπει να γίνει σωστή αξιολόγηση της βαρύτητας του. Πρέπει ακόμα να προστατευτεί το νεογνό και να γίνει ενημέρωση και να δοθούν οδηγίες στο οικείο περιβάλλον για την ανασφάλεια του νεογνού. Τέλος, να γίνεται συχνή και τακτική παρακολούθηση ώστε η ασθενή να μην εμφανίσει κάτι ψυχωτικό.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΑΠΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΑ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΧΑΛΚΙΔΑΣ

○ **Πόσα περιστατικά επιλόχειας κατάθλιψης έχετε αντιμετωπίσει και πώς τα περιστατικά αυτά έρχονται σε εσάς;**

• Στο μικρό χρονικό διάστημα του ενός έτους έχω αντιμετωπίσει 1 μόνο περιστατικό. Συνήθως γίνεται αντιληπτό τα πρώτα 24ωρα μετά τον τοκετό είτε από τον θεράποντα ιατρό, είτε από το νοσηλευτικό προσωπικό (μαίες) κατά της διάρκειας της επίσκεψης.

○ **Ποιες είναι οι συνηθέστερες μορφές συμπτωμάτων που γνωρίζετε και έχει συναντήσει μέσα από την υπηρεσία από όπου εργάζεστε;**

• Τα συμπτώματα που έχω συναντήσει είναι μελαγχολία, καταβολή, αποστροφή προς το νεογνό και αποστροφή προς τους γιατρούς και προς το νοσηλευτικό προσωπικό.

○ **Κατά τις γνώσεις και τις εμπειρίες σας ποιοι είναι οι συνήθεις παράγοντες που προκαλούν επιλόχεια κατάθλιψη;**

• Κοινωνικοί, οικονομικοί και οικογενειακοί λόγοι

○ **Θεωρείται ότι οι επιπτώσεις της διαταραχής αυτής επηρεάζουν εκτός από την ασθενή και το οικογενειακό της περίγυρο;**

• Ναι, σαφώς και επηρεάζεται το οικογενειακό της περιβάλλον.

ο **Ποια μέτρα λαμβάνει η υπηρεσία σχετικά με τα περιστατικά της επιλόχειας κατάθλιψης και ποιες είναι οι δικές σας προτάσεις για την θεραπευτική αντιμετώπιση;**

• Τα μέτρα που λαμβάνει η υπηρεσία μου είναι ότι πρέπει να ενημερώσουμε το Κέντρο Ψυχικής Υγείας και την Κοινωνική Λειτουργό του νοσοκομείου μας, ακόμα γίνεται συζήτηση ανάμεσα σε ασθενή και ιατρό κατά τη διάρκεια της επίσκεψης. Αυτό που θα μπορούσα να προτείνω εγώ είναι ότι πρέπει να υπάρχει υποστήριξη από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και από το οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο. Τέλος, πρέπει να υπάρχει υποστήριξη από ψυχίατρο για τυχόν φαρμακευτική θεραπεία.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΑΠΟ ΜΑΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΧΑΛΚΙΔΑΣ

○ **Πόσα περιστατικά επιλόχειας κατάθλιψης έχετε αντιμετωπίσει και πώς τα περιστατικά αυτά έρχονται σε εσάς;**

• Ναι, έχω αντιμετωπίσει περιστατικά με γυναίκες που παρουσιάζουν επιλόχεια κατάθλιψη, αλλά όχι πολύ συχνά. Είναι περίπου 7 αν θυμάμαι καλά και μπορούμε να το αντιληφθούμε εμείς οι ίδιες οι μαιές αν συμβαίνει κάτι τέτοιο.

○ **Ποιες είναι οι συνηθέστερες μορφές συμπτωμάτων που γνωρίζετε και έχει συναντήσει μέσα από την υπηρεσία από όπου εργάζεστε;**

• Τα κυριότερα συμπτώματα είναι το κλάμα, άρνηση προς το μωρό και γενικότερα αρνητικά συναισθήματα, ευερεθιστότητα, φόβος, δυσκολία επικοινωνίας με τους γύρω και τέλος επιφύλαξη προς το προσωπικό του νοσοκομείου.

○ **Κατά τις γνώσεις και τις εμπειρίες σας ποιοι είναι οι συνήθεις παράγοντες που προκαλούν επιλόχεια κατάθλιψη;**

• Το χαμηλό κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο, προδιαθεσικοί παράγοντες, κληρονομικοί παράγοντες, η μη στήριξη από το οικείο περιβάλλον, πιθανά προβλήματα υγείας σε προηγούμενα παιδιά που έχουν οι γυναίκες αυτές και νιώθουν ανασφαλείς και τέλος σοβαρά προβλήματα υγείας που έχουν τα νεογνά και χρειάζεται να διακομιστούν στην Αθήνα.

○ **Θεωρείται ότι οι επιπτώσεις της διαταραχής αυτής επηρεάζουν εκτός από την ασθενή και το οικογενειακό της περίγυρο;**

• Βεβαίως και επηρεάζεται.

○ **Ποια μέτρα λαμβάνει η υπηρεσία σχετικά με τα περιστατικά της επιλόχειας κατάθλιψης και ποιες είναι οι δικές σας προτάσεις για την θεραπευτική αντιμετώπιση;**

• Αυτό που κάνει η υπηρεσία μου είναι ότι καλεί αμέσως ψυχολόγους, ψυχιάτρους και κοινωνικούς λειτουργούς. Η δική μου πρόταση είναι να υπάρχει ψυχολογική υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και προτού μείνουν έγκυες.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΛΚΙΔΑΣ

- **Πόσα περιστατικά επιλόχειας κατάθλιψης έχετε αντιμετωπίσει και πώς τα περιστατικά αυτά έρχονται σε εσάς;**
 - Έχω αντιμετωπίσει κάποια το τελευταίο χρόνο, αλλά δεν είναι συχνό το φαινόμενο. Τα περιστατικά αυτά ή παίρνουν τηλέφωνο τα ίδια ή από το νοσοκομείο.
- **Ποιες είναι οι συνηθέστερες μορφές συμπτωμάτων που γνωρίζετε και έχει συναντήσει μέσα από την υπηρεσία από όπου εργάζεστε;**
 - Είναι ίδια με τα συμπτώματα της κατάθλιψης, απώλεια διάθεσης, διαταραχές όρεξης, θεωρεί ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί, βλέπει ότι οι δουλειές που έχει δεν μπορεί να τις κάνει.
- **Κατά τις γνώσεις και τις εμπειρίες σας ποιοι είναι οι συνήθεις παράγοντες που προκαλούν επιλόχεια κατάθλιψη;**
 - Αρχικά βιολογικά, ορμονολογικά κατεβαίνει το επίπεδο και ανεβαίνει η προλακτίνη, οργανικά – κληρονομικότητα, να έχει προηγηθεί επιλόχεια κατάθλιψη.
- **Θεωρείται ότι οι επιπτώσεις της διαταραχής αυτής επηρεάζουν εκτός από την ασθενή και το οικογενειακό της περίγυρο;**
 - Φυσικά επηρεάζονται όλοι όσοι βρίσκονται γύρω της.
- **Ποια μέτρα λαμβάνει η υπηρεσία σχετικά με τα περιστατικά της επιλόχειας κατάθλιψης και ποιες είναι οι δικές σας προτάσεις για την θεραπευτική αντιμετώπιση;**
 - Η υπηρεσία μας λαμβάνει φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία. Προτείνουμε θεραπεία με φάρμακα, υποστήριξη του συστήματος.

**ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΟ ΤΟΥ
ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

- **Πόσα περιστατικά επιλόχειας κατάθλιψης έχετε αντιμετωπίσει και πώς τα περιστατικά αυτά έρχονται σε εσάς;**
 - Μόνο δύο. Εδώ στην υπηρεσία μας φτάνουν όταν προσπαθούν να βρουν εάν δικαιούνται κάποιο επίδομα γι' αυτές ή το παιδί τους, είτε εάν έχουν γνωμάτευση από την υγειονομική υπηρεσία του νοσοκομείου, είτε να έχει προκύψει από την επίσκεψη κοινωνικής έρευνας.

- **Ποιες είναι οι συνηθέστερες μορφές συμπτωμάτων που γνωρίζετε και έχει συναντήσει μέσα από την υπηρεσία από όπου εργάζεστε;**
 - Τα συμπτώματα είναι αποδιοργάνωση, έλλειψη διάθεσης, μελαγχολία, αδυναμία συντονισμού, συνήθως δεν ξέρουν από πού να αρχίσουν και πού να τελειώσουν.

- **Κατά τις γνώσεις και τις εμπειρίες σας ποιοι είναι οι συνήθεις παράγοντες που προκαλούν επιλόχεια κατάθλιψη;**
 - Οι πιο συνηθισμένοι παράγοντες είναι έλλειψη υποστήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον, χαμηλό κοινωνικό, μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο, περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας. Μπορεί επίσης να συνυπάρχει με άλλα προβλήματα υγείας.

- **Θεωρείται ότι οι επιπτώσεις της διαταραχής αυτής επηρεάζουν εκτός από την ασθενή και το οικογενειακό της περίγυρο;**
 - Στις περιπτώσεις που γνωρίζω εγώ δεν επηρεάζεται το κοινωνικό της περιβάλλον, καθώς δεν μπορούν να τις στηρίξουν.

○ **Ποια μέτρα λαμβάνει η υπηρεσία σχετικά με τα περιστατικά της επιλόχειας κατάθλιψης και ποιες είναι οι δικές σας προτάσεις για την θεραπευτική αντιμετώπιση;**

• Όταν προκύψει μία πιθανότητα επιλόχειας κατάθλιψης αυτό που μπορεί να κάνει η υπηρεσία μου είναι παραπομπή στο Κ.Ψ.Υ.Χ. για περαιτέρω παρακολούθηση, αλλά και να αναλάβει τα περιστατικά αυτά η Κοινωνική Λειτουργός της υπηρεσίας μας και ίσως να συνεργαστεί και με τους αρμόδιους του Κ.Ψ.Υ. Οι προτάσεις μου είναι πρώτον να υπάρχει άμεση σύνδεση με τους αρμόδιους φορείς όπως π.χ. το Κ.Ψ.Υ. και δεύτερον να δημιουργήσουν προγράμματα ενημέρωσης και προαγωγής υγείας σε μειονότητες ώστε να αναγνωριστούν τα συμπτώματα και τρίτον να υπάρξει δυνατότητα μίας κινητής μονάδας.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Ποιες γυναίκες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν κατάθλιψη λοχείας;

Όπως υποστηρίζουν διάφοροι ψυχολόγοι η επιλόχεια κατάθλιψη προσβάλλει κυρίως:

- Λεχώνες που δεν είναι ακόμα έτοιμες να αναλάβουν το ρόλο της μητρότητας μεγαλωμένες από υπερπροστατευτικές μαμάδες που δεν τους επέτρεπαν να ανεξαρτητοποιηθούν. Τις περισσότερες φορές βέβαια ο ευαίσθητος ψυχισμός τους αποδίδεται σε ορμονικούς κυρίως παράγοντες.

- Λεχώνες οι οποίες μπορεί να έχουν «μη ρεαλιστικές» προσδοκίες για τον εαυτό τους. Γυναίκες δηλαδή με απεριόριστη αντοχή και υπομονή ίσως να μην είναι σε θέση να δεχθούν ότι μπορεί και στις ίδιες να συμβούν συναισθηματικές επιπτώσεις μετά τον τοκετό. Άλλωστε στη φάση που βρίσκονται τίποτα δεν είναι αρκετό γι' αυτές και τίποτα δεν είναι τέλειο.

- Γυναίκες που γεννούν αγόρια προσβάλλονται περισσότερο από επιλόχεια κατάθλιψη σε αντίθεση με τις γυναίκες οι οποίες γεννούν κορίτσια.

Επίσης η επιλόχεια κατάθλιψη είναι πιο συνηθισμένη αν μία γυναίκα έχει κάποιο από τα παρακάτω:

- Προηγούμενη επιλόχεια κατάθλιψη.
- Κατάθλιψη που δεν συνοδεύεται με την εγκυμοσύνη.
- Δυνατά συμπτώματα του συνδρόμου της προεμμήνου ρύσης.
- Δυσκολίες στο γάμο
- Λίγα άτομα στην οικογένεια ή στον κοινωνικό κύκλο στα οποία και μπορεί να βασιστεί και να μιλήσει.
- Στρεσογόνα γεγονότα κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης ή μετά τον τοκετό.
- Ο σύντροφος δεν την στηρίζει.
- Το μωρό της γεννήθηκε πρόωρα ή είναι άρρωστο.

- Έχασε η ίδια τη μητέρα της όταν ήταν παιδί.
Ωστόσο, μία γυναίκα μπορεί να πάθει επιλόχεια κατάθλιψη.

Γιατί οι γυναίκες παθαίνουν επιλόχεια κατάθλιψη;

Η ακριβής αιτία στο ερώτημα αυτό δεν είναι ακόμα γνωστή. Τα επίπεδα των ορμονών της γυναίκας αλλάζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς επίσης και αμέσως μετά τη γέννηση του παιδιού.

Είναι πολύ πιθανό ότι αυτές οι ορμονικές αλλαγές παράγουν άλλες αλλαγές στη χημεία του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα να συμβάλλουν στη δημιουργία της κατάθλιψης.

Το συναίσθημα της κατάθλιψης δε σημαίνει ότι η γυναίκα αυτή είναι κακός άνθρωπος, ότι έκανε κάτι λάθος ή ότι ήταν αδύναμη και το προκάλεσε η ίδια στον εαυτό της.

Πόσο καιρό διαρκεί η επιλόχειος κατάθλιψη;

Η διάρκειά της είναι δύσκολο να καθοριστεί, διότι εξαρτάται από γυναίκα σε γυναίκα. Πολλές γυναίκες αισθάνονται πολύ καλύτερα μέσα σε λίγες εβδομάδες, ενώ άλλες νιώθουν ότι δεν είναι ο εαυτός τους για πολλούς μήνες.

Οι γυναίκες που έχουν έντονα συμπτώματα κατάθλιψης ή που είχαν προηγούμενα καταθλιπτικά επεισόδια στο παρελθόν συνήθως χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να επανέλθουν.

Με την κατάλληλη βοήθεια όμως, μπορεί να αντιμετωπιστεί με επιτυχία η επιλόχειος κατάθλιψη. Η ψυχοθεραπεία και τα αντικαταθλιπτικά είναι οι ενδεδειγμένοι τρόποι εξειδικευμένης βοήθειας.

Η απόκτηση ενός παιδιού είναι η σημαντικότερη στιγμή στη ζωή μίας γυναίκας. Ωστόσο πολλές φορές το συναίσθημα της χαράς υποσκελίζεται από την έλλειψη διάθεσης, την ευερεθιστότητα και τις αρνητικές σκέψεις. Όλα αυτά ενδεχομένως να είναι συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης, μίας ασθένειας που χρήζει ιατρικής βοήθειας.

Είναι συνηθισμένες οι αλλαγές στη διάθεση και το συναίσθημα μετά τον τοκετό;

Μετά τη γέννηση του παιδιού τους, πολλές γυναίκες αναφέρουν ότι έχουν συναισθηματικές μεταπτώσεις: τη μία στιγμή είναι χαρούμενες και την άλλη στιγμή βάζουν τα κλάματα χωρίς λόγο.

Μπορεί νιώθουν θλίψη, να δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν, να έχουν χάσει την όρεξή τους ή να μην μπορούν να κοιμηθούν καλά ακόμα κι όταν το μωρό τους κοιμάται. Αυτά τα συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται τρεις με τέσσερις μέρες μετά τον τοκετό και μπορεί να συνεχίσουν για πολλές μέρες. Τα συμπτώματα αυτά θεωρούνται φυσιολογικό μέρος της όλης διαδικασίας της μητρότητας και συνήθως εξαφανίζονται από μόνα τους μετά από 10 μέρες.

Δυστυχώς όμως, υπάρχουν κάποιες γυναίκες των οποίων τα συμπτώματα είναι πιο έντονα ή διαρκούν πολλές μέρες και σε αυτή την περίπτωση τα συμπτώματα ονομάζονται «επιλόχειος κατάθλιψη» και χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή.

Τι μπορώ να κάνω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Αν γεννήσατε πρόσφατα και αισθάνεστε άσχημα, στενοχωρημένη, εκνευρισμένη, στρεσαρισμένη, κουρασμένη ή έχετε κάποια από τα συμπτώματα που αναφέρονται πιο πάνω, μην ξεχνάτε ότι πολλές άλλες γυναίκες έχουν παρόμοια εμπειρία.

Δε χάνετε το μυαλό σας, ούτε τρελαίνεστε, ούτε θα πρέπει να αισθάνεστε ότι τιμωρείστε για κάτι και ότι θα πρέπει να υποφέρετε. Αυτό που σας συμβαίνει δεν είναι ευχάριστο, όμως ξεπερνιέται.

Τα παρακάτω παραδείγματα είναι πράγματα που έκαναν άλλες νέες μητέρες για να ξεπεράσουν την επιλόχεια κατάθλιψη:

P Συζητείστε με τα πρόσωπα που αγαπάτε κι εμπιστευτεί και μοιραστείτε τα συναισθήματά σας μαζί τους.

P Αναζητήστε βοήθεια για τις δουλειές του σπιτιού, τη φροντίδα του μωρού σας και τις άλλες δουλειές που πρέπει να γίνουν.

P Αξιοποιείτε τον ελεύθερο χώρο που θα δημιουργήσετε με αυτόν τον τρόπο για να ξεκουραστείτε, να κάνετε πράγματα για τον εαυτό σας και να βρείτε την εσωτερική σας ισορροπία.

P Επενδύστε στον εαυτό σας: δεν είναι εγωιστικό να κάνετε πράγματα που σας ευχαριστούν και σας ξεκουράζουν. Αντίθετα, σας βοηθάνε να «γεμίσετε» τις μπαταρίες σας και να είστε σε καλύτερη θέση να προσφέρετε στο μωρό σας και την οικογένειά σας.

Τι την προκαλεί;

Δεν ξέρουμε αρκετά τους λόγους που προκαλούν την επιλόχεια κατάθλιψη ώστε να είμαστε σίγουροι για το ποια άτομα έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από αυτή. Το πιθανότερο είναι ότι δεν υπάρχει μόνο ένας λόγος, αλλά διάφοροι στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να την προκαλέσουν. Ξέρουμε ότι μία γυναίκα έχει περισσότερες πιθανότητες να υποφέρει από επιλόχεια κατάθλιψη εάν:

- είχε και παλαιότερα κατάθλιψη (κυρίως αν είχε επιλόχεια κατάθλιψη)
- ο σύντροφός της δεν τη στηρίζει
- το μωρό της γεννήθηκε πρόωρα ή είναι άρρωστο
- έχασε η ίδια τη μητέρα της όταν ήταν παιδί
- σε μικρή χρονική περίοδο υπέφερε από πολύ άγχος

Για παράδειγμα λόγω του θανάτου κάποιου κοντινού προσώπου, απώλειας της εργασίας της ή της εργασίας του συντρόφου της, οικονομικών προβλημάτων ή προβλημάτων με το σπίτι.

Ωστόσο, μπορεί κάποιος να πάθε επιλόχεια κατάθλιψη ακόμα κι αν δεν έχει συμβεί τίποτε από τα παραπάνω και δεν υπάρχει προφανής λόγος. Εξάλλου, το να έχει κάποιος αυτά τα προβλήματα δε σημαίνει αναγκαστικά ότι θα πάθει επιλόχεια κατάθλιψη.

Τι συμβαίνει με τις ορμόνες;

Τα επίπεδα των οιστρογόνων, της προγεστερόνης καθώς και άλλων ορμονών που συνδέονται με τη σύλληψη και τη γέννα, πέφτουν ξαφνικά όταν γεννηθεί το μωρό. Το πώς ακριβώς επηρεάζουν τη διάθεση και τα συναισθήματα, δεν είναι ξεκάθαρο. Δεν έχουν βρεθεί σημαντικές διαφορές στην αλλαγή των ορμονών στις γυναίκες που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη με αυτές που δεν πάσχουν και δεν έχουν βρεθεί στοιχεία από έρευνες που να δείχνουν ότι αυτός είναι ένας σημαντικός λόγος που συμβάλλει στην κατάθλιψη. Οι ορμονικές αλλαγές μπορεί να παίζουν πιο σημαντικό ρόλο στην μελαγχολία της λοχείας και στην επιλόχεια ψύχωση.

Οι μητέρες που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη κάνουν κακό στα μωρά τους;

Πολύ σπάνια, αν και συχνά οι μητέρες που πάσχουν από κατάθλιψη ανησυχούν ότι αυτό μπορεί να συμβεί. Μπορεί να βοηθήσει το να συζητήσετε για τα συναισθήματά σας με τον γιατρό σας ή την ιατρική επισκέπτρια.

Μερικές φορές, λόγω της υπερβολικής κούρασης και απελπισίας, μπορεί να νιώσετε ότι θέλετε να χτυπήσετε ή να ταρακουνήσετε το μωρό σας. Πολλές μητέρες (και πατέρες) νιώθουν έτσι μερικές φορές, όχι μόνο όσοι πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη. Ωστόσο, ακόμα κι αν νιώθουν έτσι μερικές φορές, οι περισσότερες μητέρες ποτέ δεν πραγματοποιούν τις σκέψεις αυτές. Το ίδιο ισχύει και όταν η μητέρα πάσχει από επιλόχεια κατάθλιψη.

Υπάρχουν χάπια;

Εάν έχετε κατάθλιψη πιο βαριάς μορφής, ή εάν η κατάθλιψη σας δεν έχει βελτιωθεί λαμβάνοντας υποστήριξη και βοήθεια, ίσως βοηθήσει κάποιο αντικαταθλιπτικό φάρμακο. Τα αντικαταθλιπτικά παίρνουν περίπου δύο εβδομάδες για να αρχίσουν να ενεργούν και θα πρέπει να παίρνονται για έξι μήνες αφού αρχίσετε να νιώθετε καλύτερα.

Ποια είναι η δράση τους;

Η δράση των αντικαταθλιπτικών δεν είναι εξακριβωμένη αλλά επηρεάζουν την δράση δύο χημικών ουσιών στον εγκέφαλο, της σεροτονίνης (γνωστή και ως 5HT) και της νοραδρεναλίνης.

Τα αντικαταθλιπτικά χάπια έχουν ανεπιθύμητες παρενέργειες;

Τα καινούργια αντικαταθλιπτικά είναι σχετικά ασφαλή. Μπορεί να παρουσιάσουν ναυτία ή αύξηση του άγχους, αρχικά, όλες αυτές οι παρενέργειες συνήθως εξασθενούν μετά από λίγο. Μερικά μπορεί να φέρουν υπνηλία ή ξηροστομία. Εάν θηλάζετε, φροντίστε να ενημερώσετε τον ιατρό σας. Για πολλά αντικαταθλιπτικά δεν υπάρχουν στοιχεία ότι προκαλούν προβλήματα στα μωρά που θηλάζουν, οπότε συνήθως μπορείτε να θηλάζετε ενώ τα παίρνετε. Ωστόσο, αυτή είναι δική σας απόφαση, ο ιατρός σας μπορεί να σας βοηθήσει δίνοντάς σας συμβουλές και πληροφορίες.

Ορισμένα άτομα έχουν στερητικά συμπτώματα όταν σταματούν αυτά τα φάρμακα οπότε το καλύτερο είναι να τα ελαττώσετε σταδιακά.

Οι ορμόνες έχουν προταθεί ως θεραπεία για την επιλόχεια κατάθλιψη. Ωστόσο, δεν είναι σίγουρο ότι λειτουργούν κι έχουν κι αυτές κινδύνους, ειδικά αν είχατε θρομβώσεις οποιουδήποτε είδους.

Υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις;

Υπάρχουν κάποια στοιχεία ότι η συστηματική άσκηση μπορεί να τονώσει τη διάθεσή σας και να βοηθήσει, κάνοντάς σας να νιώθετε λιγότερο απομονωμένη. Μπορεί να σας ωφελήσει η γυμναστική μαζί με τους άλλους ανθρώπους.

Τελικά ποια θεραπεία είναι η καλύτερη;

Όλοι μπορούν να δοκιμάσουν τα απλά βήματα που περιγράφει αυτό το φυλλάδιο. Η ψυχοθεραπεία και τα αντικαταθλιπτικά είναι το ίδιο αποτελεσματικά, αλλά είναι πιο πιθανό να σας συστήσουν

αντικαταθλιπτικά εάν η κατάθλιψη σας είναι βαριάς μορφής ή αν την είχατε για πολύ καιρό. Επίσης δρουν λίγο γρηγορότερα από την ψυχοθεραπεία.

Η ψυχοθεραπεία και τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να δοθούν μαζί. Ο ιατρός σας ή η ιατρική επισκέπτρια θα σας συμβουλέψουν πρόθυμα για το τι είναι καλύτερο για εσάς. Κάποιες φορές βοηθάει το να συζητάτε τις επιλογές σας με την οικογένειά σας ή με κάποιο στενό φίλο. Είναι σημαντικό να νιώθετε άνετα με την επιλογή βοήθειας και θεραπείας σας.

Μητέρες με ειδικές ανάγκες

Σιγουρευτείτε ότι γνωρίζετε ακριβώς τι συμβαίνει και ότι ξέρετε πώς να βοηθήσετε, ειδικά εάν είστε ο σύντροφος της μητέρας.

Φροντίστε αν έχετε κι εσείς ο ίδιος υποστήριξη. Αν πρόκειται για το πρώτο σας παιδί, μπορεί να νιώθετε παραμελημένος τόσο λόγω του μωρού, όσο και λόγω των αναγκών της συντρόφου σας. Προσπαθήστε να μη δυσανασχετείτε. Η σύντροφός σας χρειάζεται την υποστήριξη και την ενθάρρυνσή σας. Το να προσφέρετε πρακτική βοήθεια με το μωρό, να ακούτε τη σύντροφό σας με κατανόηση, να κάνετε υπομονή και να της προσφέρετε στοργή και τρυφερότητα, καθώς και το να είστε θετικός, βοηθάει πολύ. Η σύντροφός σας θα το εκτιμήσει, ακόμα κι όταν γίνει καλύτερα.

Κι αν δεν λάβω θεραπεία;

Οι περισσότερες γυναίκες γίνονται καλύτερα μετά από μερικές εβδομάδες, μήνες ή κάποιες φορές περισσότερο. Ωστόσο, αυτό συχνά σημαίνει ότι υποφέρουν πολύ. Η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να καταστρέψει την εμπειρία της μητρότητας και να καταπονήσει τη σχέση σας με το μωρό σας και τον σύντροφό σας. Οπότε όσο λιγότερο διαρκεί, τόσο το καλύτερο. Είναι σημαντικό να λάβετε βοήθεια το συντομότερο δυνατό ώστε να μετριάσει η κατάθλιψη, και να ενισχύσετε τη σχέση που αναπτύσσετε με το μωρό σας. Αυτό θα βοηθήσει την ανάπτυξη του μωρού σας μακροπρόθεσμα.

Μπορείς να θεραπευτείς μιλώντας για το πρόβλημά σου;

Μπορεί να είναι πολύ ανακουφιστικό απλώς να μιλάει κανείς σε έναν ακροατή με κατανόηση, συμπόνια και χωρίς κριτική. Αυτός θα μπορούσε να είναι ένας φίλος, συγγενής, κάποιος εθελοντής, κάποιος ιατρός ή ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Πολλά ιατρικά κέντρα παρέχουν πλέον συμβούλους, καθώς και εκπαιδευμένες ιατρικές επισκέπτριες οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν με την θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης.

Υπάρχουν και πιο εξειδικευμένες ψυχολογικές θεραπείες. Η γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να σας βοηθήσει να καταλάβετε και να βρείτε μία λύση για την κατάθλιψη εξετάζοντας το πώς σκέφτεστε για τον εαυτό σας, τον κόσμο και τους άλλους ανθρώπους.

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να σας βοηθήσει να καταλάβετε γιατί πάθατε κατάθλιψη εξετάζοντας γεγονότα που σας συνέβησαν στο παρελθόν.

Οι θεραπείες αυτές μπορούν να κανονιστούν μέσω είτε του ιατρού σας, κάποιας νοσοκόμας ειδικευμένης σε ψυχιατρικά περιστατικά, κάποιου ψυχολόγου ή ψυχιάτρου.

Υπάρχουν προβλήματα με αυτές τις θεραπείες;

Οι θεραπείες αυτές είναι συνήθως πολύ ασφαλείς, αλλά μπορεί να έχουν και ανεπιθύμητες επιπτώσεις. Το να μιλάει κανείς για αυτά που του συμβαίνουν μπορεί να φέρει στην επιφάνεια δυσάρεστες αναμνήσεις από το παρελθόν και αυτό μπορεί να είναι οδυνηρό. Κάποιοι άνθρωποι βρίσκουν ότι η θεραπεία αυτού του είδους καταπονεί τη σχέση με το σύντροφό τους.

Πατέρες μπορεί να δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στην καινούργια κατάσταση, τόσο λόγω των πρακτικών προβλημάτων της φροντίδας του μωρού, όσο και επειδή η σύντροφός τους δίνει όλης της την προσοχή στο μωρό. Η επιλόχεια κατάθλιψη σε οποιονδήποτε από τους δύο γονείς μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στη σχέση τους.

Πότε παρουσιάζετε η επιλόχεια κατάθλιψη;

Οι περισσότερες περιπτώσεις επιλόχειας κατάθλιψη αρχίζουν μέσα σε ένα μήνα από τη γέννα, αλλά μπορεί να αρχίσει και μέχρι έξι μήνες αργότερα.

Εάν έχετε συμπτώματα κατάθλιψης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ή μετά την γέννηση του μωρού σας, μιλήστε στους αγαπημένους σας και ζητήστε επείγοντως ψυχιατρική βοήθεια. Μην σας τρομάζει ο κοινωνικός αντίκτυπος του ιδιότυπου ελληνικού ρατσισμού για τους ψυχικά ευαίσθητους. Χωρίς θεραπεία η ψυχική ζημιά και ο πόνος, για εσάς και το μωρό θα είναι πολύ μεγάλη στο άμεσο μέλλον.

Όλα τα παιδιά αξίζουν να έχουν μια υγιή μητέρα.

Όλες οι μητέρες αξίζουν να απολαμβάνουν την ύψιστη χαρά της ζωής τους και των παιδιών τους.

Καμία μητέρα δεν πρέπει να υποφέρει άδικα.