

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



"ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΨΥΧΩΣΗ"

Πτυχιακή Εργασία

Της σπουδάστριάς: ΜΑΝΙΑΤΗ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑΣ

Υπεύθυνη Καθηγήτρια :

Δίδα ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ 1992

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	831
----------------------	-----

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
Πρόλογος.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
A. Εισαγωγή	1
B. Ψυχική Υγεία	3
Γ. Ψυχική νόσος	5
Δ. Ο ρόλος της οικογένειας στην δόμηση υγιούς προσωπικότητας	8
Ε. Ψυχική Υγεία και Νοσηλευτική	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
A. Μητρότητα : Ένας γυάλινος κόσμος	17
B. Προγεννητική περίοδος (Ανάγκες - Στάσεις - Εμπειρίες).....	19
Γ. Μεταγεννητική περίοδος (Ανάγκες - Στάσεις - Εμπειρίες).....	24
Δ. Και η θέση του άνδρα;	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
A. Επιλόχεια ψύχωση	32
B. Επιδημιολογία	32
Γ. Ταξινόμηση	34
Δ. Αιτιολογία	35
Ε. Κλινική εικόνα.....	39

ΣΤ. Διάγνωση.....	40
Ζ. Θεραπεία.....	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Νοσηλευτική διεργασία στη φροντίδα πάσχουσας από επιλόχεια ψύχωση	43
Επίλογος	57

Βιβλιογραφία

Καλοί μου άνθρωποι
ακούστε με, κακός δεν είμαι,
ελάτε σιγά, να σας τα πω
Μια μοίρα με κατέτρεξε
μη με πετροβολάτε.
Δεν έφταιξα.
Πονώ ...

ΚΩΣΤΗΣ ΠΑΛΑΜΑΣ

"Το τραγούδι του τρελλού"

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μητέρες, μαμάδες, μανούλες, μανάδες... Γυναίκες που φιλοξένησαν στην μήτρα τους για εννέα μήνες μια ζωή. Και έρχεται η στιγμή που αυτή την ζωή, των λίγων εκατοστίων, την κρατούν στα χέρια τους. Η καρδιά σκιρτά. Αγαλλίαση; Όχι απαραίτητα.

Μα πώς; Θα αναρωτηθούν πολλοί. Το θαύμα αυτό της φύσης, το θείο δώρο της μητρότητας να γίνεται επιδιότης;

Μέσα από αυτήν την εργασία, θα γίνει μια απόπειρα προσέγγισης στο θέμα "συναισθηματικές διαταραχές της γυναίκας μετά τον τοκετό". Ειδικά, θα αναφερθούμε στην "Επιλόχεια Ψύχωση" μια ακραία εκδήλωση αυτών των διαταραχών που πολλές φορές συνοδεύουν το πέρασμα της γυναίκας στην μητρότητα. Μια περίοδος ζωγραφισμένη με παστέλ χρώματα από την πλειοψηφία των ανθρώπων αλλά παράλληλα και περίοδος ψυχικής πίεσης και δοκιμασίας για το κορίτσι που πλέον προσφωνείται ...ΜΗΤΕΡΑ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Α. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η περίοδος της εγκυμοσύνης και της λοχείας, παρά τις μεγάλες μεταβολικές και ενδοκρινικές αλλαγές, δεν αυξάνει τον κίνδυνο για ψυχικές παθήσεις, σε σχέση, με τις άλλες γυναίκες. Και τούτο γιατί τα παραπάνω παρ'όλες τις τροποποιήσεις (μεταβολικές και ενδοκρινικές) είναι φυσιολογικά βιολογικά φαινόμενα.

Δεν παύουν όμως να αποτελούν σημαντικές εξελίξεις στη ζωή της γυναίκας και συνεπώς επηρεάζουν όλο τους το νευρικό σύστημα.

Ανέκαθεν, παρατηρούνται και ψυχικές διαταραχές, οι οποίες μάλιστα προσέλκυσαν το ενδιαφέρον των επιστημόνων από την εποχή των αρχαίων κινέζων χρόνων. Ο Ιπποκράτης, ο Κέλσιος και ο Γαληνός αναφέρουν πως οι ειδικές συνθήκες που επικρατούν στην εγκυμοσύνη παίζουν άμεσο ρόλο στο "κατρακύλισμα" προς την εμφάνιση νόσου. Οι παραπάνω παρατήρησαν και κατέγραψαν περιστατικά επιλόχειας ψύχωσης. Και όχι μόνο αυτοί:

Ο ESQUIROL (1819) μας χάρισε την πρώτη ακριβή περιγραφή υπό τον τίτλο "DE L'ALIENATION MENTALE DES NOUVELLES ACCOUCHEES ET DES NOURRICES".

Ο MARCE (1858) στην Γαλλία και ο LOYD (1889) στις Η.Π.Α. ισχυρίζονταν πως η επιλόχεια ψύχωση είναι ένα σύνολο διαφορετικών τύπων ασθένειας.

Οι ψυχικές διαταραχές της λεχωΐδας αποτέλεσαν το αντικείμενο αναρίθμητων μελετών.

Η συχνότητα των παθήσεων αυτών εκτιμάται διαφορετικά από πολλούς συγγραφείς: από 1 στους 80 τοκετούς (BARKER) μέχρι 1 στους 2.000 (RIGDEN).

Η εκατοστιαία αναλογία των εισαγομένων στα Γαλλικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, γυναικών με ψυχώσεις συνδεδεμένες (αμέσως ή πολύ πλησίον) με τον τοκετό, σε σχέση με τον ολικό αριθμό εισαγομένων γυναικών είναι: 3-3,5% κατά τον SIVADON, 6,4% κατά τον GUIRANG, 5,8% κατά τον BOYD, εκ των οποίων 40% συναισθηματικές, 20% σχιζοφρενικές, 28% συμπτωματικές ψυχώσεις και 11% νευρωτικές ή ψυχοπαθητικές αντιδράσεις.

Η αναλογία δεν διαφέρει ανάμεσα στις πρωτότοκες και πολύπλοκες γυναίκες.

Από μια στατιστική μελέτη του Σκανδιναυού JANSSEN (1964) προκύπτει ότι στην αύξηση αυτή περιλαμβάνονται όλοι οι τύποι των νοσημάτων της μητρότητας.

Από την έρευνα των γενομένων τοκετών στο GÖTEBORG, σε διάστημα περισσότερο των 5 ετών, ο JANSSEN βρήκε την αναλογία σε σχετικά νοσήματα, στο επίπεδο των 6,80/οο.

Από αυτές 2,30/οο εισήχθησαν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και 4,5 ο/οο σε ψυχιατρικές κλινικές που αποτελούν τμήματα γενικών νοσοκομείων.

Οι ψυχικές διαταραχές, που συνδέονται με τον τοκετό, έφθασαν στο 2,2%.

Τα προαναφερθέντα στοιχεία δεν αποτελούν παρά ένα μικρό δείγμα των ερευνών που έχουν γίνει σχετικά με το θέμα: Γυναίκα- Τοκετός- ψυχικές διαταραχές.

Η βιβλιογραφία συνέχεια εμπλουτίζεται με καινούργια στατιστικά στοιχεία.

B. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Η ψυχική υγεία είναι φαινόμενο δυναμικό και όχι στατικό. Δεν δωρίζεται, κατακτιέται. Κανείς ορισμός δεν μπορεί να αποδώσει το νόημά της, γιατί κάθε ορισμός αυτόματα την περιορίζει. Οι ορισμοί γίνονται αναγκαίοι μόνο για να διαμορφώσουμε τη νοσηλευτική φιλοσοφία μας και να τοποθετήσουμε τους στόχους - φροντίδες.

Ψυχική υγεία κατά τον ψυχίατρο **SULLIVAN** είναι η επάρκεια και η καταλληλότητα συμπεριφοράς στις διαπροσωπικές σχέσεις ή η ικανότητα διαπροσωπικής προσαρμογής.

Επίσης είναι το "γνώθι σεαυτόν", η πραγματική αυτοκριτική, το συναίσθημα της εσωτερικής ασφάλειας, η δυνατότητα προς συνεχή μάθηση και η ευαισθητοποίηση βάσει των εκάστοτε νέων εμπειριών καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής. Εξ' άλλου η διατήρηση επαρκών διαπροσωπικών σχέσεων τονίζεται ως σημείο ψυχικής υγείας από πολλούς ειδικούς στον κλάδο της Ψυχιατρικής.

Στην γλώσσα της κοινωνιολογίας αναφέρεται ως η ικανότητα του ανθρώπου προς αποτελεσματική εκπλήρωση των αρμοδιοτήτων και των έργων, για τα οποία έχει προετοιμαστεί εντός της ιδιαιτέρας του κοινωνίας. Η αγάπη και η στοργή ως ικανότητα ενδεικτική της ψυχικής υγείας επίσης τονίζεται από πλήθος ψυχολόγων.

Η ψυχική υγεία μελετάται και από την άποψη της ομοιόστασης και προσαρμογής. Περιγράφεται προσαρμογή του ανθρώπου σε μεταβαλλόμενες συνθήκες, κατά τέτοιο τρόπο ώστε

να διατηρεί την βιο-ψυχο-κοινωνική ζωτική του ισορροπία για ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής.

Η παραπάνω θέση, πρέπει να αναφέρουμε, ότι αμφισβητείται από πολλούς γιατί αγνοεί ή αρνείται τη δυνατότητα επιτυχίας ομοίδοτασης με ψυχοπαθολογικούς μηχανισμούς και μέσω παθητικής ή υποχρεωτικής συμμορφώσεως και την άποψη ότι η ανάπτυξη και η συνεχής τελειοποίηση του ανθρώπου επιτυγχάνεται με την διασάλευση της ισορροπίας προκειμένου να ανακτηθεί πάλι σε ανώτερο επίπεδο μετά τη δυναμική κρίση.

Οπότε καταλήγουμε στον ορισμό όπου η ψυχική υγεία πρέπει να προβλέπει ένα χρήσιμο βαθμό σχετικής ανισορροπίας εντός της προσωπικότητας και μεταξύ του προσώπου και της κοινωνίας.

Ο καθηγητής της Παιμαντικής **Κορναράκης** χαρακτηρίζει την ψυχική υγεία ως αρμονία μεταξύ του τρόπου της ζωής μας και της προσωπικής μας συνειδήσεως.

Οι περισσότεροι Έλληνες ψυχολόγοι-ψυχίατροι και γενικοί ιατροί υποστηρίζουν την ολική θεώρηση της ψυχικής υγείας. Οι **Γ. και Β. Βασιλείου** λένουν ότι η ψυχική υγεία είναι :

- Η επιτυχής σταδιακή ανάπτυξη, ανάλογη της ηλικίας του ατόμου.
- Η εκδήλωση των δυνατοτήτων της προσωπικότητας και η πραγματοποίηση των σύνθετων λειτουργιών της.
- Η απόκτηση καλλιεργημένων και κατάλληλων τρόπων στις διαπροσωπικές σχέσεις.
- Η επιτυχής είσοδος του ατόμου στην κοινωνική ζωή με πλήρη συμμετοχή στο στενότερο και ευρύτερο κύκλο αυτού.

Η ψυχική υγεία χαρακτηρίζεται από τον Γερουλιάνο και τον ψυχίατρο Φιλιππόπουλο ως η αρμονική λειτουργία της ψυχοσωματικής ενότητας της ανθρώπινης προσωπικότητας, ενώ ο KARL MENNIGER την ορίζει ως την προσαρμογή των ανθρώπων στον κόσμο και στους συνανθρώπους τους με το μέγιστο της αποτελεσματικότητας και της ευτυχίας.

Η λογοτεχνία είδε την ψυχική υγεία σαν την ελευθερία που πηγάζει από την εσωτερικά αδούλωτη ψυχή.

Στο χώρο της υγείας, ο ευρύτερα διαδεδομένος ορισμός του φαινομένου ψυχικής υγείας είναι εκείνος του Π.Ο.Υ.: " Ψυχική υγεία είναι η ολοκληρωτική και αρμονική λειτουργία της όλης προσωπικότητας" . Το πρόβλημα με αυτόν τον ορισμό είναι ότι μοιάζει ουτοπικός και τελικά δεν είναι λειτουργικός, γιατί οδηγεί στην τοποθέτηση στόχων ιδεαλιστικών που σπάνια προσεγγίζονται.

Η αδυναμία των ορισμών , οφείλεται αποκλειστικά στη φύση της ψυχικής υγείας, που δεν είναι γεγονός, αλλά πραγματικότητα που πρέπει να κατακτιέται καθημερινά, μέσα από διαφορετικές κάθε φορά συνθήκες και νόρμες.

Γ. ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Η ψυχική νόσος είναι σύνθετο φαινόμενο, το οποίο μελετάται σε διάφορα επίπεδα και από διάφορες οπτικές γωνίες: την ιατρική , την προσωπική, την διαπροσωπική, την κοινωνική και την πολιτιστική.

Σύμφωνα με την ιατρική ή παθολογική θεώρηση , η ψυχική ασθένεια συνίσταται σε διαταραχές και συγκρούσεις της αντίληψης - αντιμετώπισης και επίλυσης των προβλημάτων της ζωής μέχρι και του τρόπου εκπληρώσεως των ατομικών αναγκών. Με άλλα λόγια η ψυχική νόσος θεωρείται ενδοψυχική δυσλειτουργία με εξωτερικά συμπτώματα.

Κατά την στατιστική θεώρηση της ψυχικής νόσου, η συμπεριφορά ή τα ψυχολογικά στοιχεία , τα οποία παρεκκλίνουν από του μέσου όρου του φυσιολογικού, θεωρούνται ανωμαλία. Η θεωρία αυτή έχει αξία μόνο όταν, αναγνωσίζονται τα όρια της. Η προσέγγιση μέσα από το παραπάνω πρίσμα φαίνεται λίαν μηχανιστική και υλιστική.

Υπάρχει επίσης και η κοινωνική - πολιτιστική θεώρηση της ψυχικής νόσου.

Σύμφωνα με αυτήν η νόσος θεωρείται ως διαπροσωπική παρέκκλιση από τα κριτήρια της κοινωνικά παραδεκτής συμπεριφοράς ή ως διάσπαση όσον αφορά την εκπλήρωση κοινωνικών ρόλων.

Από αυτή τη θέση προέρχεται η αντίληψη ότι η ψυχική νόσος είναι κοινωνική νόσος.

Οι ψυχικές διαταραχές δεν εκφράζουν μόνο μεταβολές στο βιολογικό υπόστρωμα , αλλά αντινακλούν και την προσωπική ιστορία του ατόμου που και αυτή δεν είναι άσχετη με το κοινωνικοπολιτιστικό περιβάλλον στο οποίο εκτυλίσσεται και διαμορφώνεται η ατομική ζωή.

Κατ'άλλους όμως - και εδώ αξίζει τον κόπο να σταθούμε λίγο- η ψυχική αρρώστεια είναι ένας μύθος (SCASZ).

Ένας μύθος που μεταμφιέζει και κάνει πιά εύκολο

το πικρό χάπι των ηθικών συγκρούσεων που προκύπτουν από τις διαπροσωπικές σχέσεις. Αναφέρουν πως η ψύχωση, είναι η νόμιμη και η μόνη δυνατή άμυνα του ανθρώπου απέναντι σε ένα παράδοξο και άδικο κόσμο, που υπονομεύει την ατομικότητα με τις αντιφατικές του απαιτήσεις (LAING), ενώ σχιζοφρένεια είναι η απόφαση του ατόμου να απαγκιστρωθεί από την επιρροή του άρρωστου περιβάλλοντος και να ανακτήσει τον γνήσιο εαυτό του.

Η ιατρική αντίληψη της ψυχικής διαταραχής και η Ψυχιατρική γενικότερα, λέει ο LIEFER, από τους μαχητικότερους εκπροσώπους της κοινωνικής αντίληψης της ψυχικής διαταραχής, αποτελεί πράξη κοινωνικού ελέγχου για λογαριασμό του κρατούντος συστήματος.

Μια πράξη, μεταμφιεσμένη, σε ιατρική θεραπεία για να διευκολύνει την απόκρυψη των δυσάρεστων, για το σύστημα, γεγονότων και να εμποδίσει την κατανόηση και την αντιμετώπισή τους. Η αντιψυχιατρική κίνηση επικεντρώθηκε σε δύο βασικούς στόχους. Στη νοσολογική αντίληψη της ψυχικής διαταραχής και στην ψυχιατρική διαγνωστική διαδικασία.

Κατ'επέκταση διαμορφώθηκαν οι ακόλουθες δύο καίριες θέσεις:

1. Η ψυχική διαταραχή δεν είναι νόσος αλλά ο ιδιαίτερος τρόπος με τον οποίο το άτομο βιώνει και εκφράζει την κοινωνική του ύπαρξη.

2. Η διαγνωστική διαδικασία αποτελεί απόπειρα περιορισμού και στιγματισμού της ατομικότητας της ανθρώπινης συμπεριφοράς με σκοπό την πειθάρχηση της στις επιταγές του εκάστοτε κατεστημένου.

Πίσω από την διακηρυκτική τους ωραιολογία, οι παραπάνω θέσεις αποκαλύπτουν μια συλλογιστική εξορκισμού της ψυχικής αρρώστειας.

Ανταποκρίνονται περισσότερο στις ανάγκες επικαιρικών ιδεολογημάτων που στηρίζουν την αποδεικτική τους ισχύ περισσότερο στην επικύρωση τους από την μυθολογούμενη "κοινή λογική" και λιγότερο στα εμπειρικά δεδομένα τα κατοχυρωμένα και από την επιστημονική έρευνα.

Αν και καμιά πρακτική ωφέλεια, για τον ψυχικά άρρωστο δεν προέκυψε - κατά τα λεγόμενα της αντίθετης ιδεολογικής πλευράς - από την διάδοση των "αντιστασιακών" αντιλήψεων, εν τούτοις είναι πολλαπλά χρήσιμο να μην αγνοηθούν γιατί, αφ'ενός επισημαίνουν τα κενά και τις αδυναμίες του ιατρικού μοντέλου και ενισχύουν έτσι την ανάγκη για κάλυψη τους, αφ'ετέρου τα ερωτήματα που θέτουν κινητοποιούν την κριτική σκέψη για την αποσαφήνιση της έννοιας της ψυχικής διαταραχής.

Δ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΟΜΗΣΗ ΥΓΙΟΥΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

"Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΚΥΤΤΑΡΟ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ" ΦΡΟΙΝΤ

Η οικογένεια αντιπροσωπεύει μια βιολογική, ψυχολογική, κοινωνική και πολιτισμική ενότητα με προορισμό την διαίω-νιση και προαγωγή του ανθρωπίνου γένους.

Εντός αυτής, ικανοποιούνται πολλαπλές ανάγκες από τις βιολογικές μέχρι την ανάγκη για προσωπική ακεραιότη-

τα και καταξίωση.

Η οικογένεια είναι η πρώτη κοινωνία την οποία γνωρίζει ο άνθρωπος και ενεργεί ως εκπρόσωπος αυτής. Αποτελεί δυναμικό και πολυσύνθετο δίκτυο αλληλεπιδρώντων ενδοψυχικών, διαπροσωπικών, διομαδικών και κοινωνικών μεταβλητών.

Συνεπώς, η οικογένεια εμφανίζεται ως φυσικό πρώτο κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, εντός του οποίου δύναται να επιτευχθούν, η υγιεινολογική διαφώτιση, η πρόληψη της νόσου, η αποκατάσταση, διατήρηση και προαγωγή της υγείας.

Οι θετικές και αρνητικές δυναμότητες επιδράσεως της οικογένειας στην ψυχική υγεία των μελών της, μελετώνται και περιγράφονται από διάφορους κλάδους συμπεριλαμβανομένης και της Νοσηλευτικής.

Ομοφωνία επικρατεί ως προς την αποφασιστική επίδραση των εμπειριών της παιδικής ηλικίας στη θεμελίωση της ψυχικής υγείας ή στην ανάπτυξη ευαισθησίας προς την ψυχική νόσο.

Η υγιής ανάπτυξη του ανθρώπου προϋποθέτει οικογένεια εντός της οποίας τα παιδιά απολαμβάνουν αγάπη, ασφάλεια, αποδοχή και σεβασμό γι' αυτό που είναι και γι' αυτό που μπορούν να γίνουν, έχουν δε ευκαιρίες για ανάπτυξη - ολοκλήρωση - τελειοποίηση. Η οικογένεια αντιπροσωπεύει τον κύριο παράγοντα του περιβάλλοντος στην κοινωνικοποίηση του παιδιού και στην ανάπτυξη και διάπλαση της προσωπικότητάς του.

Κατά την οικογενειακή ζωή διδάσκονται οι διάφορες κοινωνικές σχέσεις, διαμορφώνεται η συμπεριφορά, καλλιερ-

γούνται τα ευγενή συναισθήματα, εμφυτεύεται η πίστη και εμπνέονται τα ιδεώδη και οι ανώτερες αξίες.

Ο ψυχίατρος SULLIVAN περιγράφει πόσο σημαντικά είναι τα πρώτα χρόνια της ζωής στην ανάπτυξη υγιούς προσωπικότητας όσον αφορά τη δημιουργία επαρκών διαπροσωπικών σχέσεων από την γέννηση ως την ενηλικίωση.

Τα πρώτα χρόνια της ζωής παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ψυχική υγεία. Τότε, επιτελείται το 60-70% της μάθησης. Ομαλή ψυχοκοινωνική εξέλιξη αποτελεί εγγύηση ψυχικής υγιούς προσωπικότητας. Το μέλλον του παιδιού καθορίζεται ήδη από την ενδομήτρια περίοδο. Το ποσό της προγεννητικής κινητικότητας είναι ένας δείκτης του βαθμού ωρίμανσης μετά τη γέννηση.

Ο τοκετός για το παιδί μια εμπειρία. Στην εφηβεία παρατηρείται μια αναβίωση των συγκρούσεων των πρώτων παιδικών χρόνων. Αν οι συγκρούσεις αυτές έχουν αντιμετωπισθεί θετικά στις προηγούμενες ηλικίες, το άτομο θα εισέλθει φυσιολογικά στη νέα του ζωή, αν όμως οι συγκρούσεις αυτές δεν έχουν επιλυθεί θετικά, το άτομο στην ενήλικη ζωή θα παλινδρομεί σε μορφές συμπεριφοράς του παιδικού σταδίου, στο οποίο θα έχει καθηλωθεί.

Η σχέση μητέρας-βρέφους είναι η πρώτη διαπροσωπική εμπειρία του παιδιού δια μέσου "συναισθηματικής μεταδόσεως ή κοινωνίας". Εάν η σχέση αυτή προσφέρει διαπροσωπική ασφάλεια και επάλληλες επιδοκιμασίες, το παιδί αναπτύσσει αυτοσεβασμό, αυτοεκτίμηση και παρόμοια θετική στάση απέναντι στους άλλους.

Κατ'αυτόν τον τρόπο τίθενται τα θεμέλια της επιτυχούς

διαπροσωπικής προσαρμογής του ατόμου στη ζωή.

Αντίθετα, εάν η στάση του άμεσου περιβάλλοντος υποβιβάζει και μειώνει, η αναπτυσσόμενη ιδέα του παιδιού για τον εαυτό του είναι μειωτική. Η ανάπτυξη θετικής στάσεως απέναντι στους άλλους παρεμποδίζεται και επομένως μόνο εχθρική και αρνητική στάση διαμορφώνεται προς τους άλλους.

Αποτέλεσμα, η ανεπαρκής και ασταθής αγωγή περιορίζει και υποβαθμίζει την όλη προσωπικότητα, ευνοεί δε την ανάπτυξη ψυχικής νόσου. Ιδιαίτερα τονίζεται η ύψιστη σημασία της σχέσης μεταξύ μητέρας-βρέφους, η σημασία μιάς θερμής και σταθερής σχέσης (στοργή άνευ όρων - αφοσίωση - προστασία - κατανόηση - κ.λ.π.), η οποία αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της όλης διάπλασης της προσωπικότητας. Η μη αναφορά στο πρόσωπο του πατέρα δεν περιέχει κάποια σκοπικότητα.

Η παρουσία και των δύο γονέων κρίνεται αναγκαία και ρόλος του πατέρα είναι υπολογίσιμος αντικαθιστώντας πολλές φορές και την μητέρα. Παρόλες όμως τις κοινωνικοοικονομικές μεταβολές όπου οι γυναίκες ανέλαβαν και το ρόλο του αρσενικού, η αναφορά στο μητρικό φίλτρο και η εξύμνηση αυτού δεν αποτελεί αντικείμενο μεταρρυθμίσεως. Ήταν και είναι μοναδικό - αναντικατάστατο.

Ψυχολογικά προβλήματα της παιδικής ηλικίας ως και η μελλοντική εκδήλωση ψυχικών συνδρόμων αποδίδονται κυρίως σε ανεπαρκείς ή ανώμαλες διαπροσωπικές σχέσεις με τους γονείς.

Οι τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας επιβαρύνονται ως πρόδρομοι ψυχοπαθολογίας. Εμπειρίες, όπως αποχωρισμός, περιφρόνηση ή υπερπροστασία από μέρους της μητέ-

ρας, συγκρούσεις μεταξύ των γονέων κ.λ.π. δύνανται να προκαλέσουν ποικίλα συμπτώματα : οξύ άγχος, αυξημένη ανάγκη για αγάπη, έντονα συναισθήματα εκδικήσεως, διαταραχή της διανοητικής λειτουργίας αλλά και σωματικές επιπτώσεις όπως αναστολή της σωματικής ανάπτυξης, αυξημένη ροπή προς νόσηση και μεγάλη νοσηρότητα.

Η στέρηση του πατέρα π.χ. οδηγεί πολλάκις στην παιδική εγκληματικότητα.

Το οικογενειακό ιστορικό των ψυχικών πασχόντων σχεδόν πάντοτε περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων αιτίων της ψυχοπαθολογίας, δυστυχία ή εγκατάλειψη κατά την παιδική ηλικία, διαταραγμένη ή διαλυμένη οικογένεια και απουσία στοργικής μητρικής φροντίδας.

Επισημαίνουμε, ότι ο θεσμός της οικογένειας διέρχεται σοβαρή κρίση με εθνικές και μη διαστάσεις. Εν τούτοις το παραπάνω δεν αποκλείει την ικανότητα της να αποβεί εργαστήριο διάπλασης υγιούς προσωπικότητας των μελών της. Σημαντική η συμβολή κατάλληλης συμπαράστασης και διαπαιδαγώγησης, ανάλογη των εκάστοτε αναγκών.

Η Νοσηλευτική θεωρεί την πατρότητα και την μητρότητα ως κρίσιμο στάδιο ανάπτυξης, το οποίο είτε επισπεύδει μια ψυχολογική κρίση είτε προσφέρει μια εμπειρία ωρίμανσης.

Η Νοσηλευτική βοηθά στην ανάπτυξη του θετικού δυναμικού της μητρότητας και της πατρότητας, που προωθεί την ψυχολογική ωρίμανση και στην αναστολή των αποδιοργανωτικών επιδράσεων.

Η φροντίδα που παρέχεται συνίσταται στην:

- 1) Ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων απέναντι στην επικείμενη γέννηση.

2) Καλλιέργεια ετοιμότητας για την αποδοχή της αλλαγής ρόλων και τρόπων επικοινωνίας που θα προκύψει από τον ερχομό του παιδιού.

Η κύηση προκαλεί βιολογική και ψυχολογική ένταση, η οποία είναι δυνατόν να επισπεύσει την εμφάνιση ενός προβλήματος ψυχικής υγείας π.χ. μια νεύρωση ή ακόμη και ψύχωση. Η κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα κατά την κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία προστατεύει και προάγει την ψυχική υγεία της γυναίκας.

Επί πλέον, προετοιμάζει ευνοϊκή ατμόσφαιρα για την ανάπτυξη της σχέσης μητέρας-παιδιού η οποία θα συντελέσει στην ψυχολογική ανάπτυξη αυτού.

Η σωματική ή ψυχική νόσος της μητέρας παρεμποδίζει την αφοσίωσή της στην φροντίδα του παιδιού και την εκπλήρωση των αναγκών του. Γίνεται εύκολα κατανοητό πως η Νοσηλεύτρια φροντίζοντας την μητέρα ή άλλα μέλη της οικογένειας, τα οποία θα αποτελέσουν το συναισθηματικό και πολιτιστικό περιβάλλον του παιδιού, στην πραγματικότητα θεμελιώνει την ψυχική υγεία του παιδιού, την ψυχική υγεία των μελών της κοινωνίας.

Ε. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ - ΠΡΟΣΩΝΤΑ

Μια παλαιότερη νοοτροπία ήθελε τη νοσηλευτική προσανατολισμένη στην αντιμετώπιση και τη φροντίδα της ψυχικής ασθένειας.

Η ανατολή του 20ου αιώνα, οι ραγδαίες εξελίξεις στο

χώρο της ψυχιατρικής, η εγκατάλειψη της προκατάληψης και της άγνοιας, η δημιουργία της κοινωνικής ψυχιατρικής και η διαπίστωση πως "κάλλιον προλαμβάνει ή θεραπεύει", κάνουν αναγκαίο τον επαναπροσδιορισμό του ρόλου μας.

Χωρίς να ξεχνούμε πως η ψυχική υγεία είναι φαινόμενο δυναμικό, που επηρεάζεται όμως από την κληρονομικότητα, το φύλλο, την εθνικότητα, την κοινωνική τάξη και την επαγγελματική κατάσταση του ατόμου, παρεμβαίνουμε δυναμικά στην κοινότητα, στο κύτταρο αυτής, την οικογένεια, τα μέλη της χωριστά εντοπίζοντας και ξεριζώνοντας τα "ζιζάνια της ψυχής" σε συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της ψυχιατρικής θεραπευτικής ομάδας.

Οι παρεμβάσεις πρόληψης που μπορούν να γίνουν στα πλαίσια της κοινοτικής ψυχιατρικής, με στόχο τη διατήρηση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού και την έγκαιρη εντόπιση των κρουσμάτων της ψυχικής νόσου είναι:

1. Πρώιμες παρεμβάσεις, πριν από τη σύλληψη κατά τη διάρκεια της εμβρυικής ζωής και κατά την παιδική ηλικία· αυτές συνίστανται σε ψυχιατρική γενετική συμβουλευτική, συμβουλευτική της εγκύου, ιδιαίτερα σε άτομα με κληρονομική προδιάθεση για σχιζοφρένεια· επίσης, παρακολούθηση και βελτίωση της σωματικής υγείας του παιδιού, που έχει μεγάλη σημασία για την ψυχική του υγεία, βελτίωση οικογενειακού περιβάλλοντος και, τέλος, βελτίωση του σχολικού περιβάλλοντος.

2. Ένα δεύτερο είδος παρέμβασης αφορά τη βοήθεια των ατόμων να ξεπεράσουν αγχογόνες καταστάσεις. Οι άνθρωποι πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι αγχώνονται, επειδή αισθάνονται

ανασφάλεια ή είναι καταθλιπτικοί λόγω των προβλημάτων τους.

3. Ιδιαίτερα, η παρέμβαση πρέπει να επεκταθεί στον τομέα της τρίτης ηλικίας όπου οι σωματικές αλλαγές και γενικότερες αλλαγές αξιών κλονίζουν την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων.

4. Η αντιμετώπιση της χρήσης τοξικών ουσιών και αλκοόλ.

Στα παραπάνω ο νοσηλευτής κατέχει πρωταγωνιστικό ρόλο. Η παρουσία του αναγκαία ως μέλους της θεραπευτικής ομάδας.

Απαραίτητη είναι η ύπαρξη ειδικών ανωτέρω και ανωτέτων σχολών για την εξειδίκευση του στην ψυχιατρική περίθαλψη. Σήμερα έχει γίνει πια σαφές ότι η γενική κατάρτιση των επαγγελματιών αυτών δεν αρκεί στο χειρισμό ψυχιατρικών περιστατικών.

Στο πέρας της ειδικής εκπαίδευσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει αποκτήσει δεξιότητες ικανές να τον βοηθήσουν να ανταπεξέλθει των δυσκολιών κάνοντας δημιουργικό το ρόλο του.

Δεξιότητες όπως η ικανότητα να συγκεντρωθεί με συστηματικό και αποτελεσματικό τρόπο πληροφορίες για τον άρρωστο, η ικανότητα να εξετάζει κάθε πλευρά της ψυχικής κατάστασης του αρρώστου και με τη χρήση τυποποιημένων εργαλείων, η εκτίμηση των ευρημάτων που προκύπτουν καθώς και η εφαρμογή της παραπέρα σωματικής, ψυχολογικής ή κοινωνικής διερεύνησης που κρίνεται απαραίτητη.

Η απόκτηση των δεξιοτήτων αυτών απαιτεί ευρεία γνωστική κάλυψη. Την ανάπτυξη τους θα βοηθήσει μια σειρά από

άλλες δεξιότητες. Ανάμεσα σε αυτές περιλαμβάνεται η ικανότητα του νοσηλευτή να κατανοεί τα προβλήματα του αρρώστου και να αναγνωρίζει τους ενδοψυχικούς παράγοντες που σχετίζονται με αυτά, με τη βοήθεια της ελεγχόμενης συναισθηματικής ταύτισης (EMPATHY).

Περιλαμβάνεται επίσης η ικανότητα σωστής διαπροσωπικής σχέσης, όχι μόνο με τον άρρωστο, αλλά και με όσους κριθεί απαραίτητο από το περιβάλλον του αρρώστου, καθώς και δυνατότητα παρέμβασης σε αυτό, με στόχο τη μεταβολή των συνθηκών σε θεραπευτικά ωφέλιμες. Ο νοσηλευτής θα πρέπει ακόμη να αποκτήσει τη δυνατότητα επικοινωνιακής συνεργασίας με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Υπογραμμίζεται τέλος η σημασία απόκτησης διδακτικών ικανοτήτων.

Ο νοσηλευτής διευκολύνει το έργο του εάν τον διακρίνει υπομονή, επιμονή, εγκαρδιότητα, ζεστασιά, άνετη προσωπική σχέση, συναισθηματική σταθερότητα κ.λ.π.

Θα πρέπει να μάθει να συνδυάζει δύο αντίθετους ρόλους: αυτού του αντικειμενικού παρατηρητή - ερευνητή και εκείνου που προσπαθεί να νιώσει τον άρρωστο, χρησιμοποιώντας ευπαθητική προσέγγιση.

Η ικανότητα μιάς επιστημονικά αμερόληπτης και, επομένως, κατ'αρχήν θετικής κριτικής στάσης απέναντι σε καινούργιες ιδέες και θεραπευτικές μεθόδους, επιτρέπει θετικούς βηματισμούς στο κεφάλαιο ψυχιατρική παρέμβαση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Α. ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ : ΕΝΑΣ ΓΥΑΛΙΝΟΣ ΚΟΣΜΟΣ

.... Η μέλλουσα μητέρα δεν είναι μια περιφερόμενη πύελος, αλλά μια γυναίκα με ανθρώπινες ανάγκες * η ψυχή της και το αίμα της αλληλοσυμπληρώνονται. Μέσα στο ζήλο μας... ας μην ξεχνάμε τη μητέρα (OAKLEY, 1982).

Εγκυμοσύνη - μέλλουσα μητέρα, λέξεις που προκαλούν δέος. Το κορίτσι γίνεται γυναίκα, μητέρα . Γαλήνη ή τρόμος; Βλέπουμε τη γυναίκα να αναρωτιέται για το πότε θα πρέπει να νιώσει μητέρα : από τη στιγμή που θα μάθει, πως είναι έγκυος ή από τη στιγμή που θα δει και θα πιάσει αγκαλιά το μωρό της ή μήπως ακόμη αργότερα , όταν θα αρχίσει να μαθαίνει ο ένας τον άλλο; Ίσως κάθε γυναίκα - και αυτό δεν είναι υπερβολή - να απασχολείται ή και να βασανίζεται με αντίστοιχα ερωτήματα. Μήπως το περίφημο "μητρικό φίλτρο" που πιστέψαμε ότι καθορίζει τα αισθήματα κάθε μητέρας χωρίς εξαίρεση δεν υπάρχει στη δική της περίπτωση; Η μητέρα, που υποψιάζεται ότι το "φυσικό μητρικό ένστικτο" δεν λειτουργεί σ'εκείνην, κατακλύζεται από ενοχές. Και όμως έρευνα έχει δείξει, ότι τα αισθήματα μητρότητας δεν είναι δεδομένα για όλες τις γυναίκες αλλά βιώνονται με διαφορετικό τρόπο , έκφραση και ένταση από γυναίκα σε γυναίκα (SCHAFFER , 1983). Μια πολύ ενδιαφέρουσα παρατήρηση κάνει η Μαράτου, (1983) γύρω από την διαφοροποίηση των λέξεων "μητέρα" και "μητρότητα". Ενώ η λέξη "μητέρα" στην ελληνική αλλά και στην αγγλική γλώσσα είναι από τις αρχαιότερες , η λέξη "μητρότητα" εμφανίζεται πολύ αργότε-

ρα και παίρνει την έννοια που της αποδίδουμε σήμερα μόνον κατά τα μέσα του 19ου αιώνα. Οι έννοιες "μητρικό φίλτρο" "μητρική φιλοστοργία" εμφανίζονται την ίδια εποχή. Από εκεί και έπειτα η κάθε κοινωνία και ο κάθε ιστορικός χρόνος επενδύουν τη λέξη με τις δικές τους προδιαγραφές. Ο ρόλος της μητρότητας δεν ακολουθεί τυφλά μια αυτόματη βιολογική λειτουργία όπως συμβαίνει στην περίπτωση των ζώων. Αντίθετα ο μητρικός ρόλος μαθαίνεται μέσα από την ψυχοκοινωνική συναλλαγή και ο ψυχολογικός παράγοντας είναι τόσο ισχυρός ώστε να μπορεί να επηρεάσει καθοριστικά το όποιο βιολογικό υπόβαθρο.

Μεγάλες "φωτιές" άναψαν οι φεμινίστριες στη δεκαετία '60-'70 γύρω από το θέμα της μητρότητας. Αφού τράβηξαν το φωτιστέφανο από τα κεφάλια των μητέρων, έφτασαν να κατηγορούν την αντροκρατική κοινωνία πως με τη μητρότητα βρήκε τον τρόπο να κρατάει τις γυναίκες υποδουλωμένες στο περιθώριο της ζωής.

Η Σούλαμιτ Φάτερσον, ιδρυτικό μέλος της WOMEN'S LIBERATION MOVEMENT, έγραφε για την μητρότητα: "Η φύση των δεσμών των γυναικών με τα παιδιά, δεν είναι άλλη από την καταπίεση που μοιράζονται. Βασική αιτία της υποδούλωσης της γυναίκας είναι το ότι της έταξαν το ρόλο της γέννησης και της ανατροφής των παιδιών :::"

Ενώ η Σιμόν Ντε Μποβοάρ συμπληρώνει: "Για να πείσουν τις γυναίκες να δουλεύουν δωρεάν, είναι δύσκολο να τους εξυμνήσουν την ομορφιά και το μυστικισμό του πλυσίματος των πιάτων ή των ρούχων, π.χ. Έτσι επικαλούνται την ομορφιά της μητρότητας".

Και ο κύκλος του παραλόγου συνεχίζεται ...

Β. ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

(ΑΝΑΓΚΕΣ - ΣΤΑΣΕΙΣ - ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ)

Η εγκυμοσύνη είναι για τη μέλλουσα μητέρα μια μεγάλη στιγμή στη ζωή της, κορυφαίο γεγονός στον κύκλο της ζωής.

Πρόκειται για μια αναπτυξιακή εμπειρία εφάμιλλη, από βιολογική και ψυχολογική άποψη, με την αναπτυξιακή εμπειρία της εφηβείας.

Τότε η εμφάνιση της γενετήσιας λειτουργίας και τώρα η καταξίωση της προκαλούν ποικίλες ανακατατάξεις στο βιολογικό και ψυχοκοινωνικό κόσμο της γυναίκας και απαιτούν νέες αναπτυξιακές προσαρμογές. Η εγκυμοσύνη αποτελεί για τη μέλλουσα μητέρα πηγή για ποικίλα αισθήματα και συναισθήματα που για πρώτη φορά θα βιώσει.

Οι εμπειρίες αυτές προσδίδουν επιπρόσθετη ένταση, μια νέα έμφαση, τόσο στις θετικές πλευρές της ζωής της γυναίκας όσο και στα τυχόν προβλήματα που υπάρχουν. Η εγκυμοσύνη, ανάλογα με τις ειδικές συνθήκες, μπορεί να αποτελέσει για τη μέλλουσα μητέρα αφετηρία για περισσότερη προσωπική, ψυχοκοινωνική και ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη όπως π.χ. ευκαιρία για την ενηλικίωσή της, στα μάτια των γονιών της και την ανεξαρτητοποίηση της, μια απτή απόδειξη για την θηλυκότητα και την παραγωγικότητά της, κ.τ.λ.

Συγχρόνως όμως εμπεριέχει φόβους, αμφιταλλαντεύσεις, αγωνίες, και επιτείνει κάθε πρόβλημα - προσωπικό, κοινωνικό και ψυχολογικό, - που υπάρχει στη μητέρα.

Η μέλλουσα μητέρα διαμορφώνει μια στάση απέναντι στην εγκυμοσύνη.

Συνήθως μια αμφιθυμική στάση όπως προκύπτει από πρόσφατες μελέτες (Δραγώνα, 1987).

Μια αμφιθυμία που δημιουργήθηκε από την ίδια την εξέλιξη της κοινωνικοποίησης της γυναίκας. Οι ερευνητές που ασχολούνται με τη μελέτη της εγκυμοσύνης και της περιγεννητικής φροντίδας, συχνά επισημαίνουν ότι η σημερινή γυναίκα ζει σε έναν αντιφατικό κόσμο, όπου οι υποχρεώσεις συγκρούονται με τα αιτήματα και τις επιθυμίες (GRAHAM και MC KEE, 1979, MACINTYRE 1981 -GARCIA , 1982).

"Οι πιο δύσκολες στιγμές στην εγκυμοσύνη είναι αυτές που αισθάνεσαι στερημένη και δεσμευμένη" λένε οι γυναίκες. Ίσως η μεγαλύτερη αντίφαση, που ζει η γυναίκα, είναι πως υπάρχει ανταγωνιστική σχέση ανάμεσα στο ρόλο της όπως στερεότυπα εκφράζεται μέσα στη σύγχρονη κοινωνία και όπως προσδιορίζεται βιολογικά. Το πρότυπο της γυναίκας ομορφιάς και θηλυκότητας, όπως σήμερα προβάλλεται, δεν έχει τίποτα κοινό με τη γυναικεία εμφάνιση στην εγκυμοσύνη. Η εικόνα της αδύνατης γυναίκας με τα στενά μπλού τζην, τους τονισμένους ώμους, το μικρό ελεύθερο στήθος, έτσι όπως παρουσιάζεται μέσα από τις διαφημίσεις, την τηλεόραση, τον τύπο αντιστρατεύεται την εικόνα του μητρικού συμβόλου, της πληθωρικής γυναίκας με τους φαρδείς γοφούς, με το πλούσιο στήθος και τις τονισμένες θηλές.

Συχνά η έγκυος γυναίκα που δεν έχει τύχει, παρά σπάνια, να παρακολουθήσει άλλη εγκυμοσύνη μέσα στον οικείο χώρο της, τρομάζει με τις αλλαγές που υφίσταται το σώμα της και σκέπτεται ότι πρέπει να οπλιστεί με υπομονή για να ξεπεράσει μια άσχημη, κουραστική και γεμάτη στέρησης

περίοδο της ζωής της. Κουραστική κυρίως, γιατί πρέπει να διαχωρίζει επιμελώς το ρόλο της γυναίκας από το ρόλο της μελλοντικής μητέρας.

Παράλληλα όμως μέσα στη λογική, που μέρος της όλου κουβαλάμε μέσα μας, η γυναίκα δεν γίνεται "ολοκληρωμένη", παρά μόνον όταν γίνει μητέρα.

Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η στάση της μητέρας έναντι της εγκυμοσύνης έχει και βιολογικό υπόστρωμα. Έχει διαπιστωθεί π.χ. ότι η στάση της γυναίκας έναντι της μητρότητας σχετίζεται με τη διάρκεια της εμμηνόρροιας. Βρέθηκε ότι όσο πιο μεγάλη είναι η διάρκεια του εμμηνορροϊκού σταδίου του περιοδικού κύκλου, τόσο πιο θετική είναι η στάση προς τη μητρότητα (δείκτης συνάφειας $R= 0,58$). Γυναίκες με μεγαλύτερης διάρκειας εμμηνόρροια δείχνουν μεγαλύτερη προθυμία να περιποιούνται τα παιδιά να παίζουν με κούκλες, να θέλουν να αποκτήσουν πολλά παιδιά, να χαίρονται την παρουσία τους κ.τ.λ. Πάντως η στάση της μητέρας απέναντι στην κύηση και το κυοφορούμενο, ανεξάρτητα από τους παράγοντες που τη διαμορφώνουν, έχει τεράστια σημασία για την πορεία της εγκυμοσύνης και για την εξέλιξη του παιδιού.

Ψυχοσωματικά συμπτώματα, αυξημένη ναυτία, έμετοι, δυσκολίες στον τοκετό παρατηρούνται και επιδεινώνονται όσο πιο αρνητική είναι η στάση της μέλλουσας μητέρας.

Επίσης όσον αφορά την εξέλιξη του παιδιού εμφανίζονται μητέρες με αρνητική στάση να έχουν βρέφη με πολλούς βρεφικούς κολικούς, υπερβολικό κλάμα κ.λ.π.

Πρέπει να σημειωθεί ότι ο προσανατολισμός και τα συναισθήματα της μέλλουσας μητέρας υφίστανται τρεις διαδο-

χικές διαφοροποιήσεις καθώς προχωρεί η εγκυμοσύνη. Οι τρεις αυτοί μετασχηματισμοί αντιστοιχούν ο καθένας σε ένα από τα τρία τρίμηνα της εγκυμοσύνης.

Στο πρώτο τρίμηνο η εγκυμοσύνη δεν έχει εμφανή ακόμη για τους άλλους εξωτερικά πειστήρια. Στη φάση αυτή η μέλλουσα μητέρα στρέφεται κυρίως προς τον εσωτερικό της εαυτό και στα όσα συμβαίνουν μέσα της. Συχνά και η ίδια αμφιβάλλει για την οντότητα της εγκυμοσύνης της μέχρις ότου το γεγονός σταθεροποιηθεί και επιβεβαιωθεί πλήρως.

Η γυναίκα παρακολουθεί με δέος τις διάφορες αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα της, τις οποίες διαπιστώνει πως δεν μπορεί να ελέγξει. Σε όλη αυτή τη φάση ο προσανατολισμός της έχει ως επίκεντρο τον ΕΑΥΤΟ της.

Στο δεύτερο τρίμηνο η μέλλουσα μητέρα αρχίζει να σκέπτεται λιγότερο τον εαυτό της και περισσότερο το παιδί. Ήδη τα εξωτερικά πειστήρια είναι εμφανή και στους γύρω της. Η ίδια έχει αρχίσει να νιώθει τα σκιρτήματα του παιδιού. Αυτό το είδος της επικοινωνίας συντελεί στην ακόμη πιο στενή συναισθηματική ένωση μητέρας-παιδιού. Στη δεύτερη αυτή φάση ο προσανατολισμός της μέλλουσας μητέρας έχει ως επίκεντρο το ΠΑΙΔΙ.

Στο τελευταίο τρίμηνο η προοπτική αλλάζει πάλι. Αρχίζει η αγωνία και η ανυπομονησία για το τέλος, η αντίστροφη μέτρηση για το σωματικό διαχωρισμό. Στη φάση αυτή το ΕΓΩ ο ΕΑΥΤΟΣ του πρώτου τριμήνου και το ΑΥΤΟ το ΠΑΙΔΙ του δεύτερου τριμήνου γίνονται το ΕΜΕΙΣ στο παρόν και στο μέλλον.

Στους τελευταίους τρεις μήνες πολλές γυναίκες ανακαλύπτουν ότι εισβάλλουν στα όνειρα και τη σκέψη τους φοβίες

οι φαντασιώσεις είναι τόσο κοινά που μπορούν να θεωρηθούν φυσιολογικό φαινόμενο. Πολλές όμως γυναίκες δεν το καταλαβαίνουν και συμπεραίνουν ότι οι ίδιες είναι παράξενες και ότι έχουν τρελαθεί λίγο ή ότι είναι πολύ διεστραμμένες. Τα επίπεδα άγχους τους είναι υψηλά και θα παραμείνουν υψηλά. Στην γέννα θα είναι οι πρώτες υποψήφιες για έναν παρατεταμένο και δύσκολο τοκετό και για κατάθλιψη στην περίοδο της λοχείας.

Τον αυτό κίνδυνο αντιμετωπίζουν και γυναίκες που δεν είχαν καμιά εμπειρία άγχους στην εγκυμοσύνη. Η περίοδος της αναμονής του ερχομού ενός παιδιού είναι περίοδος, όπου οι γυναίκες αισθάνονται ότι τους χρειάζεται αγάπη και συμπαράσταση, η οποία απορρέει από το στενό αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον όπως είναι ο σύζυγός τους, οι γονείς τους, ο γιατρός που τις παρακολουθεί κ.τ.λ.

Το επίπεδο σχέσης της γυναίκας με τους παραπάνω παίζει καθοριστικό ρόλο στη θέση της απέναντι στην κύηση.

Μητέρες που πίστευαν ότι είχαν επαρκή υποστήριξη, έκαναν, στους 12 μήνες, σταθερότερο δεσμό με τα βρέφη τους (CROCKENBERG, 1981) επηρεάστηκε ευνοϊκά η μητρική τους στάση και είχαν καλύτερη συναλλαγή με το βρέφος στην πρώτη βρεφική ηλικία (CRIC και συνερ. 1984).

Επίσης είχαν λιγότερα περιγεννητικά προβλήματα (κερωσμένο ενάμνιο, καισαρικές τομές, χρήση ωξυτοκίνης, εμβρυουλκίες), είχαν πιά σύντομους τοκετούς και ήταν πιά ζωηρές μετά τον τοκετό (SOSA και συνεργ. , 1980).

Οι αλλαγές, που φέρνει η εγκυμοσύνη στη φυναικεία ταυτότητα και τα ερωτήματα που αφορούν στην τόσο ευάλωτη

υπόσταση της γυναίκας, απασχολούν περισσότερο τις πρωτότοκες από ότι τις δευτερότοκες. Παρ'όλο που η μια εγκυμοσύνη δεν μοιάζει ποτέ με την άλλη, η δευτερότοκος μπορεί να αντιλήσει από την εμπειρία του παρελθόντος.

Γ. ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

(ΑΝΑΓΚΕΣ - ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ)

Επικρατούσε το απόλυτο σκοτάδι ... Ο χώρος ολοένα και στένευε καθώς το ίδιο το "ου" μεγάλωνε.... Έπρεπε να βρεθεί ένας τρόπος να ελευθερωθεί. κι αυτός ο ομφάλιος λώρος του δυσκόλευε συνεχώς περισσότερο τις κινήσεις... αποφάσισε ότι ήρθε η ώρα : κατέβηκε λίγο πιά χαμηλά και άρχισε να σπρώχνει... εκεί που ασυνείδητα ήξερε πως υπήρχε η ... Έξοδος .

Οι εμβρυϊκές μεμβράνες δεν μπόρεσαν να σταθούν εμπόδιο στην ατσαλένια του θέληση για Ζωή : Το εκτυφλωτικό φως δεν του άφησε περιθώρια αντίδρασης.

Σπάραξε στο κλάμα.

Από φόβο αλλά και χαρά.

Τα είχε καταφέρει.

Ύστερα από τόσους μήνες τα είχε επιτέλους καταφέρει.

Το έμβρυο έγινε βρέφος

Γ Ε Ν Ν Ε Σ Η :

Το πέρασμα από την ενδομήτριο στην εξωμήτριο ζωή.
Ο τρόπος που εκτυλίσσονται ο τοκετός και οι πρώτες μέρες

μετά, μένουν σίγουρα ανεξίτηλες στη μνήμη κάθε γυναίκας. Η γυναίκα που φθάνει στο μαιευτήριο για να γεννήσει, είναι οπωσδήποτε μοναδική, εφόσον φέρνει μαζί της το δικό της ψυχολογικό δυναμικό, προσδιορισμένο από την προσωπική της οικονομική, κοινωνική και ψυχολογική ιστορία. Ωστόσο, υπάρχουν κοινά, συλλογικά στοιχεία που χαρακτηριστικά τις αντιδράσεις και τη συμπεριφορά των γυναικών. Είναι κοινές οι ανησυχίες, οι φόβοι, οι μύθοι, οι προσδοκίες που περιβάλλουν τις αναπαραστάσεις του τοκετού και της μητρότητας.

Κοινή είναι και η αυξανόμενη ευαισθησία που νιώθουν οι γυναίκες προς το τέλος της εγκυμοσύνης και που διατηρείται και τις πρώτες εβδομάδες μετά τη γέννηση του βρέφους. Κοινές είναι και οι απογοητεύσεις και οι αμφιβολίες που αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της σχέσης μητέρας - βρέφους.

Η μητέρα βεβαρυμένη ήδη από το άγχος και την αγωνία που έζησε κατά τη διάρκεια των τελευταίων μηνών της εγκυμοσύνης και τον τοκετό, έχει λιγότερη αντοχή για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες της πρώτης μεταγεννητικής περιόδου (GOVSUCH και KEY 1974).

Ίσως οι αγωνίες, η ανησυχία, και η απελπισία των γυναικών να μετριάζονταν, αν εκείνες πίστευαν, πως είναι μόνον ο ένας από τους δύο εταίρους στη σχέση βρέφους-μητέρας. Η υποστήριξη που παίρνει η μητέρα από τους δικούς της και από μια ικανοποιητική σχέση με το σύντροφό της -ο σύντροφος δύναται και να απουσιάζει- γενικά από τον φιλικό της κύκλο, την βοηθά σημαντικά να προσαρμοστεί

σταδιακά και να βιώσει τη σχέση της με το βρέφος σαν μια γοητευτική αμπειρία (COCHRAN και BRASSARD, 1974 CRNIC και συνεργ., 1983, SCHERESHEFSKY και IARROW, 1973, WANDERSMAN και συνεργ., 1980). Μια περίοδος όμως δακρύων και λύπης είναι απόλυτα φυσιολογική. Σχεδόν το 80% των γυναικών βιώνουν μια σύντομο περίοδο γεμάτη δάκρυα τις πρώτες μέρες μετά τη γέννα. Μερικές φορές η διάθεση έρχεται σιγά-σιγά, και η μητέρα γλιστρά μαλακά μέσα σε μια διάθεση αμφιβολίας και θλίψης, βγαίνοντας απ'αυτή σιγανά και ανεπαίσθητα ύστερα από λίγες ώρες. Πιθ συχνά όμως η αρχή είναι απότομη. Μια γυναίκα μπορεί να εκπλαγεί βλέποντας τον εαυτό της να ξεσπά σε κλάματα χωρίς φανερή πρόκληση, σε μια στιγμή που έπρεπε να είναι ευτυχισμένη, όπως όταν έρχεται να τη δει ο σύζυγός της. Ύστερα, πολλές φορές σε λιγότερο χρόνο από μια ώρα, η κακή διάθεση εξαφανίζεται και όλα λάμπουν πάλι.

Ένα πολύ μικρότερο ποσοστό γυναικών παρουσιάζουν κατάθλιψη που μπορεί να διαρκέσει λίγες βδομάδες ή λίγους μήνες ή καμιά φορά ένα ή δύο χρόνια. Πολλές απ'αυτές τις γυναίκες δεν καταλαβαίνουν τι τους έχει συμβεί. Αισθάνονται ότι έχουν αλλάξει, αλλά δεν μπορούν να καθορίσουν το πως. Οι φίλοι και ο άνδρας τους μπορεί να προσέξουν μια αλλαγή, αλλά και εκείνοι ίσως να μην ξέρουν πως να την περιγράψουν. Σε μια σοβαρή κατάθλιψη η ολοκληρωτική παράλυση της θέλησης και τα αισθήματα απόγνωσης είναι ολόφανερα. Πολλοί λίγες γυναίκες όμως φτάνουν σ'αυτό το σημείο, το οποίο θα αναπτύξουμε σε επόμενο κεφάλαιο.

Δυσφορία, ευερεθιστικότητα, ανησυχία, συναισθηματική αστάθεια, ευσυγκινησία, κόπωση είναι οι σύνηθεις ενοχλήσεις

τις αμέσως επόμενες μέρες από τον τοκετό. Μπορεί επίσης να υπάρχουν ήπια συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα όπως, διαταραχές ύπνου, αλλαγές στην όρεξη και απώλεια επιθυμίας για κοινωνική επαφή. Τα παραπάνω αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως φυσιολογικές επιλόχειες αντιδράσεις.

Η εξουθένωση μετά τον τοκετό ίσως είναι γεμάτη ανακούφιση, ικανοποίηση, θρίαμβο. Δεν παύει όμως να είναι εξουθένωση. Οι πρώτες ώρες και ημέρες μετά τον τοκετό σηματοδοτούν μια καινούργια αρχή - ξεκινάει μια μακριά συγκλονιστική σχέση. Σηματοδοτούν όμως και ένα τέλος, την ολοκλήρωση της εννιάμηνης εγκυμοσύνης. Το μωρό, που η μητέρα επένδυσε με τη φαντασία της τόσους μήνες, είναι πια πραγματικότητα. Εκείνη θέλει να το αγγίξει, να το νιώσει, να βεβαιωθεί ότι είναι καλά. Μα παράλληλα εκφράζει την ανάγκη τις πρώτες ημέρες να μείνει ορισμένες ώρες χωρίς το μωρό της. (Δραγώνα, 1987). Ίσως αισθάνονται τόσο κουρασμένες, που πιστεύουν, ότι δεν μπορούν να ανταποκριθούν στο συνεχές κάλεσμα του βρέφους. Ίσως χρειάζονται να απομακρυνθούν για λίγο, ώστε να αφομοιώσουν το γεγονός.

Γεγονός είναι ότι η καινούργια μητέρα αισθάνεται πολύ κουρασμένη. Έχει πλέον να αντιμετωπίσει και να μάθει να συντονίζει πολλαπλούς ρόλους: μητέρας και συζύγου, μητέρας και νοικοκυράς, μητέρας και εργαζόμενης, μητέρας ενός νεογέννητου και ίσως μητέρα άλλου ή άλλων μεγαλύτερων παιδιών. Το 38% των γυναικών στη μελέτη των GRAHAM και MCKEE (1974) θυμάται τις πρώτες τέσσερις εβδομάδες σαν την εποχή με μεγαλύτερη ένταση.

Ποιές όμως είναι οι γυναίκες με τους μεγαλύτερους φόβους και το εντονώτερο άγχος;

Ορισμένα - μη ελληνικά - ερευνητικά δεδομένα υπογραμμίζουν πως οι νέες ανύπαντρες μητέρες με περιορισμένη οικονομική επιφάνεια αναφέρουν ότι αισθάνονται μεγαλύτερο στρες. Μολοταύτα η εκπαίδευση της μητέρας, η κατάσταση γέννησης του βρέφους ή ο αριθμός άλλων παιδιών στην οικογένεια δεν φάνηκε να επηρεάζουν το στρες, που οι μητέρες ανέφεραν ότι αισθάνονται (CRNIC και συνεργ., 1984).

Ωστόσο η μελέτη των LUBIN και συνεργ., 1975 επεσήμανε τη σχέση ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης και την αγωνία και το άγχος των γυναικών. Άλλες πάλι μελέτες σημειώνουν, ότι η σειρά κύησης, δεν επηρεάζει την ψυχολογική δυσφορία που οι γυναίκες μπορεί να αισθάνονται (LUBIN και συνεργ., 1975, MURAI και MURAI, 1975, ELLIOTT και συνεργ., 1983). Οι μητέρες με μεγαλύτερη υποστήριξη εκφράζουν λιγότερη αγωνία, όταν έχουν να κάνουν με ένα ευερέθιστο και ανήσυχο μωρό (CROCKENBERG, 1981).

Ελληνικά ερευνητικά δεδομένα σημειώνουν τις διαφορές στο άγχος που παρουσιάζονται ανάμεσα στις επίτοκες που έμεναν πάντα στην Αθήνα και σ' αυτές που ήρθαν πρόσφατα στην Αθήνα (2 τελευταία χρόνια) από την επαρχία.

Οι επίτοκες, που ήρθαν πρόσφατα στην Αθήνα, εκδηλώνουν περισσότερο άγχος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και παράλληλα κρίνουν τη συμπεριφορά των μωρών γενικά ως περισσότερο "προβληματική", απ'ότι οι γυναίκες που γεννήθηκαν και μένουν στην Αθήνα (Μακρή και συνεργ., 1982).

Δεν θα πρέπει επίσης να παραλείψουμε μελέτες που έχουν γίνει σχετικά με την ηλικία και το γονεϊκό ρόλο. Δείχνουν λοιπόν ότι η μεγαλύτερη ηλικία της μητέρας συσχετίζε-

ται με περισσότερη ικανοποίηση από τη μητρότητα, με μεγαλύτερη δέσμευση από πλευράς χρόνου και με θετικότερη συμπεριφορά (RAGOZIN και συνεργ., 1982).

Μια άλλη παράμετρος που βρέθηκε να διαφοροποιεί σε κάποιο βαθμό τις γυναίκες μεταξύ τους, είναι το επίπεδο, κοινωνικοοικονομικό, του συζύγου. Όσες μητέρες έχουν συζύγους με πολύ χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και ανήκουν στα εργατικά στρώματα, εμφανίζονται λιγότερο ευάλωτες. Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και για τις γυναίκες με συζύγους, που έχουν λυκειακή εκπαίδευση και είναι ελεύθεροι επαγγελματίες ή ανώτεροι υπάλληλοι. Αποτελεί συνήθη τακτική να διερευνάται η επιρροή της κοινωνικοοικονομικής τάξης με βάση το επάγγελμα και την εκπαίδευση των συζύγων-στην ευεξία της μητέρας, και στη συναλλαγή με το βρέφος και την υπόλοιπη οικογένεια (CRAHAM και MC KEE, 1974, BROWN και συνεργ., 1975). Όμως το πως και πόσο τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν μια συμπεριφορά, είναι θέμα άρρηκτα συνδεδεμένο με τις κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες της κάθε χώρας και δεν έχει κανένα νόημα να μεταφέρονται τέτοιου τύπου στοιχεία από το ένα πλαίσιο στο άλλο.

Θα μπορούσε να υποθέσει κανείς πως οι γυναίκες από χαμηλή έως πολύ χαμηλή τάξη έχουν λιγότερες απαιτήσεις και πιστεύουν, ότι δεν μπορούν πραγματικά να επηρεάσουν καταστάσεις, με αποτέλεσμα, περιμένοντας λίγα, να αισθάνονται και λιγότερο ευάλωτες. Από την άλλη μεριά, οι γυναίκες ανώτερης τάξης μπορεί μεν να περιμένουν περισσότερα, αλλά έχουν και καλύτερης ποιότητας φροντίδα, πράγμα που

σημαίνει, ότι και αυτές αισθάνονται λιγότερο ευάλωτες.

Τα παραπάνω, αποτελούν υποθέσεις, που απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση. Εξάλλου έχει συχνά διατυπωθεί η γνώμη, πως οι δείκτες, που χρησιμοποιούνται στην ελληνική κοινωνική έρευνα για τον καθορισμό των τάξεων, δεν έχουν δώσει ιδιαίτερα ικανοποιητικά αποτελέσματα (DRAGONAS, 1983 - Τσουκαλάς, 1986).

Πέρα όμως των προαναφερθέντων δεν θα πρέπει να ξεχνούμε πως ο τοκετός δεν είναι ένα ξεκάθαρο και απότομο τέλος της εγκυμοσύνης.

Δεν είναι μία πόρτα που οδηγεί κατευθείαν σ'ένα καινούργιο δωμάτιο. Η ψυχή και το σώμα κλυδωνίζονται. Το πέρασμα στην μητρότητα έχει το τμήμά του.

Δ. ΚΑΙ Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ - ΤΟΥ ΣΥΖΥΓΟΥ - ΤΟΥ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΟΥ ΠΑΤΕΡΑ ;

Η γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης επιζητά στήριγμα από τον άνδρα της. Δεν είναι όμως σίγουρη πως εκείνος μπορεί να ανταποκριθεί. Οι αντιδράσεις του μέλλοντα πατέρα στην εγκυμοσύνη δεν σχετίζονται τόσο πολύ με τις διάφορες φάσεις της κύησης- όπως συμβαίνει στη μέλλουσα μητέρα - αλλά κυρίως με τις επιπτώσεις που βλέπει ο πατέρας ότι έχει η γέννηση του παιδιού στην ταυτότητα του δικού του ΕΓΩ, στο γάμο του, στην επαγγελματική του σταδιοδρομία κ.τ.λ. Η επίδραση του πρώτου παιδιού είναι η σπουδαιότερη. Πολλά ζευγάρια παντρεύονται για αλληλουποστήριξη και οι δραστηριότητές τους και οι συγκινησιακές

υποχρεώσεις ανάμεσα τους αφήνουν λίγα περιθώρια για ένα τρίτο πρόσωπο, ακόμα και αν πρόκειται για το παιδί τους.

Σε μια κοινωνιολογική έρευνα με νεαρούς υποψήφιους πατέρες διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν, σε σχέση με τη στάση τους απέναντι στην εγκυμοσύνη, τρεις διαφορετικοί τύπου συζύγων :

1. Ο ναρκισσιστικός - εγωκεντρικός τύπος.
2. Ο τύπος του φιλόδοξου και προσηλωμένου στην επαγγελματική σταδιοδρομία, και
3. Ο τύπος του οικογενειάρχη.

Αξιοπερίεργο είναι το φαινόμενο της ανδρικής λοχειας, το οποίο τόσο συχνά παρατηρείται σε πρωτόγονες φυλές. Το 20% ως 25% των ανδρών μπορεί να ταυτιστούν τόσο στενά με τη σύζυγο, ώστε, παράλληλα με εκείνη να παρουσιάζουν ψυχοσωματικά συμπτώματα εγκυμοσύνης, καθώς και σημεία σύγχυσης και κατάθλιψης με τη γέννηση του παιδιού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Α. ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΨΥΧΩΣΗ (ΕΙΣΑΓΩΓΗ)

Πρόσφατες μελέτες στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και ειδικά στην Μεγάλη Βρετανία κατέληξαν σε υπεύθυνα πορίσματα γύρω από το ποιές κατηγορίες γυναικών βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν επιλόχειες ψυχιατρικές διαταραχές όπως ψύχωση, μελαγχολία και κατάθλιψη. Το ποσοστό έδειξε πως πάνω από το 50% των γυναικών με προηγούμενο επεισόδιο επιλόχειας ψύχωσης, θα ζήσει και δεύτερο επεισόδιο σε μελλοντικές εγκυμοσύνες.

Επίσης, γυναίκες με ιστορικό τόσο διπολικής μανιακής κατάθλιψης όσο και επιλόχειας-συναισθηματικής αστάθειας βρίσκονται σε πολύ μεγάλο κίνδυνο επανάληψης.

Ύστερα από αυτό, οι μαιευτήρες, οι ψυχίατροι, οι μαίες, οι νοσηλεύτριες και οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι εις θέση να συμβουλεύουν την ασθενή και την οικογένειά της για τον κίνδυνο μελλοντικών ψυχιατρικών νόσων στην περίοδο της λοχείας και να παρέχουν την φροντίδα και την στήριξη που απαιτείται κατά την διάρκεια της περιγεννητικής και μεταγεννητικής περιόδου, εάν η ασθενής αποφασίσει να αποκτήσει και άλλα παιδιά.

Β. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Επιδημιολογικές μελέτες στις Η.Π.Α, και την Μεγάλη Βρετανία, χρησιμοποιώντας το RESEARCH DIAGNOSTIC CRITERIA για ψυχώσεις και κατάθλιψη, κατέληξαν στα ακόλουθα

συμπεράσματα:

1. Επί συνόλου 1.000 γεννήσεων παρατηρούνται 1-2 περιστατικά επιλόχειας ψύχωσης (1-2 ο/οο).

2. Ελαφρές συναισθηματικές διαταραχές παρατηρούνται σε ποσοστό 50%.

3. Σημαντικές συναισθηματικές διαταραχές μετά τον τοκετό παρατηρούνται σε ποσοστό 10% στις γυναίκες.

Στις επιδημιολογικές αυτές μελέτες, η περίοδος μετά τον τοκετό, ορίστηκε από τις δύο εβδομάδες έως και 1 χρόνο μετά την γέννηση του παιδιού.

Οι Βρεταννοί, λαμβάνουν ως περίοδο λοχείας ολόκληρο το πρώτο έτος μετά τον τοκετό. Οι επιδημιολογικές αυτές έρευνες αποκάλυψαν δύο σημαντικά γεγονότα:

1. Κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό, μια γυναίκα διατρέχει τον μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσηλευτεί σε ψυχιατρείο, απ'ότι καθ'όλη την διάρκεια της ζωής της.

Σπανίως, η ψυχιατρική επιστήμη μπορεί να προβλέψει με τόση σιγουριά μια μελλοντικά επικίνδυνη περίοδο. Οι επιδημιολόγοι ανακάλυψαν επίσης πως αρκετές γυναίκες πρόσπεξαν για ψυχιατρική στήριξη κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό - 18 φορές περισσότερο - απ'ότι πρόσπεξαν σε έναν ψυχίατρο στην διάρκεια των 9 μηνών της εγκυμοσύνης. Οι ερευνητές επίσης κατέληξαν στην παρακάτω αναλογία όσον αφορά τον αριθμό των λεχώνιδων που εισάγονται για νοσηλεία, κατά την περίοδο του πρώτου έτους μετά τον τοκετό:

⌘ 50% στην πρώτη εβδομάδα μετά την γέννηση.

⌘ 25% κατά την διάρκεια της 2ης - 4ης εβδομάδος μετά τον τοκετό και

☒ 25% κατά την διάρκεια του υπόλοιπου έτους.

2. Κάτι που αξίζει να σημειωθεί είναι πως το 70% αυτών των γυναικών δεν αναφέρει προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό.

Κατά τον FRANCIS KANE, δεν αναφέρεται να υπάρχει καμία σχέση των επιδόσεων ψυχώσεων με κληρονομικότητα, θρησκεία, ή φύλο του παιδιού που γεννιέται και δεν υπάρχουν αρκετά ή σαφή στοιχεία για να βγούν συμπεράσματα όσον αφορά τη χρησιμοποίηση αναισθησίας στον τοκετό ή την γέννηση νεκρού παιδιού ή παιδιών με γεννητικές ανωμαλίες ή εξώγαμων παιδιών είτε εκτρώσεων.

Γ. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Σύμφωνα με το DSM - III - R οι επιδόσεις ψυχώσεις κατατάσσονται στην κατηγορία :

Ψυχωτική διαταραχή μη προσδιορισμένη αλλιώς
ή Άτυπη ψύχωση.

Οι επιδόσεις διαταραχές κατά τον DAVID INWOOD - αφού εκφράζει την αμφισβήτηση που κατά καιρούς έχει υπάρξει για την ταξινόμηση αυτών διακρίνονται ως εξής:

TABLE 16.3-1

Three-Part Subclassification of Postpartum Psychiatric Disorders:

Type I: Postpartum Psychosis (also known as Puerperal Psychosis or Brief Reactive Psychosis)

Type II: Adjustment Reaction with Depressed Mood (also known as Postpartum, Maternal, or Postnatal Blues)

Type III: Postpartum Major Mood Disorder (also known as Major Depression, Postpartum Neurosis, or Neurotic Reaction)

Characteristic	Type I Postpartum Psychosis	Type II Adjustment Reaction with Depressed Mood	Type III Postpartum Major Mood Disorder
Incidence	0.1%-0.2% (1-2 per 1,000)	Up to 50%	10%
Etiology	Hormonal, genetic	Psychological stress, hormonal variability	Psychological stress, genetic vulnerability
Symptoms	Hallucinations, labile affect, agitation, delirium	Mild irritability, fearfulness, insomnia, labile mood	Sadness, inadequacy, fatigue, guilt, fearfulness
Risk factors	Previous puerperal psychosis, manic-depressive history, prenatal life stressors, obsessive personality, family history of mood disorder	Narcissistic vulnerability, primiparity, premenstrual disorders	Primiparity, prepartum depression, ambivalence about the pregnancy, marital discord, poor relationship with parents
Onset	Day 3 to 1 month	Day 1 to 6 weeks	4 weeks to 1 year
Possibility of suicide or infanticide	Up to 10%	Rare	Less than 5%
Treatment	Hospitalization, antipsychotics, electroconvulsive therapy, social support, psychotherapy, child care assistance	Support from family and physicians	Medication, psychotherapy, social support, possible hospitalization, child care assistance
Prognosis with treatment	Good for first episode, at risk for recurrence (10%-50%)	Excellent	Variable, from good to continuous episodes of affective disorder

Table from Inwood D G: *Recent Advances in Postpartum Psychiatric Disorders*. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1985, with permission.

Δ. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Βιολογικοί παράγοντες που θεωρούνται υπεύθυνοι για την δημιουργία αυτών των διαταραχών από τους περισσότερους ερευνητές, είναι η πιθανή εμπλοκή (αναστολή) της λειτουργίας του θυρεοειδούς αδ. και των επινεφριδίων σε σχέση με τα αυξημένα επίπεδα στο αίμα οιστρογόνων και προγεστερόνης και στην απότομη μείωση τους που συμβαίνει κατά το τέλος της εγκυμοσύνης συγχρόνως με το γεγονός του τοκετού.

Η συγκέντρωση στο αίμα του ιωδίου που είναι συνδεδεμένο με τις πρωτεΐνες (PBI) και των κορτικοστεροειδών είναι υψηλή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και οφείλεται

κατά μεγάλο μέρος στην αυξημένη ύπαρξη και ανάγκη σύνδεσης αυτών με τις πρωτεΐνες του αίματος. Η συγκέντρωση του ιωδίου τους πρώτους μήνες είναι μειωμένη σε σχέση με τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης. Σε αυτή την αλλοίωση της συγκέντρωσης στο αίμα του ιωδίου (PBI) μπορεί να αντιστοιχεί και η διαταραχή στην παραγωγή θυροξίνης. Μια τελευταία πρόοδος στην θεραπεία των υαταθλίψεων που δεν έχουν σχέση με τον τοκετό προβλέπει την χρησιμοποίηση μικρών ποσοτήτων ιοδοθυρονίνης.

Η επιδείνωση της συμπτωματολογίας κατά την έμμηνο ρύση φαίνεται να επιβεβαιώνει τις αλλοιώσεις των σεξουαλικών ορμονών και φαίνεται να είναι υπεύθυνη στην επιδείνωση της παθήσεως. Η θεραπεία με μόνη την προγεστερόνη δεν δείχνει να βελτιώνει την αρχική-διαταραχή (πάθηση) αλλά φαίνεται να ελέγχει τις υποτροπές. Πράγματι κατά τη λοχεία συχνά παρατηρούνται ανωμαλίες της εμμήνου ρύσεως των ασθενών.

Έρευνες που έγιναν από την αρχή της εγκυμοσύνης έως και την περίοδο λοχείας φανερώνουν ότι ο ύπνος είναι σοβαρά διαταραγμένος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και μερικές φορές πολλούς μήνες μετά τον τοκετό. Στο τρίτο τρίμηνο πράγματι παρατηρούνται σοβαρές διαταραχές του ύπνου. Με τον τοκετό αυτές οι διαταραχές επιδεινώνονται και επανέρχεται η τάξη μετά από μερικές εβδομάδες.

Οι ερευνητές έχουν αναρωτηθεί εάν μια σημαντική πτώση του επιπέδου του STADIO 4 του ύπνου στην προχωρημένη εγκυμοσύνη ή μια ανεπάρκεια ή μια καθυστέρηση στην επάνοδο στα φυσιολογικά επίπεδα του STADIO 4 κατά τη λοχεία, βοη-

θά στην αύξηση της προδιάθεσης για συγκινησιακές διαταραχές. Οι έρευνες για τον μεταβολισμό των κατεχολαμινών σε σχέση με την κατάθλιψη και σε σχέση με την θεραπεία ήταν αποδοτικές όσον αφορά την βιολογική υπόθεση της διαταραχής. Είναι γνωστό ότι η προγεστερόνη επηρεάζει τον μεταβολισμό των κατεχολαμινών στα ζώα και έχει κατασταλτικές ιδιότητες στο Κ.Ν.Σ. του ανθρώπου.

Μια μελέτη ανέφερε ανύψωση της συγκέντρωσης ασβεστίου στον ορό (SERUM CALCIUM) μεταξύ γυναικών με επιλόχεια ψύχωση οι οποίες δεν είχαν προηγούμενο ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό με αναφερθείσα ψυχιατρική νόσο.

Αυτές οι ασθενείς ήρθαν σε σύγκριση με άλλες τρεις ομάδες γυναικών: (1) γυναίκες με επιλόχεια ψύχωση με ατομικό και οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής, (2) λεχωΐδες χωρίς ψυχιατρική πάθηση και (3) γυναίκες που νοσούσαν από ψυχιατρική πάθηση, δίχως όμως να βρίσκονται στην περίοδο της λοχείας. Οι παραπάνω τρεις ομάδες γυναικών δεν είχαν αυξημένο επίπεδο ασβεστίου. Στη συνέχεια, 12 με 25 μήνες αργότερα, εκείνες οι γυναίκες που δεν είχαν ιστορικά ψυχιατρικής διαταραχής βρέθηκαν να έχουν πολλή καλύτερη πορεία.

Υπήρξε μια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην πτώση του επιπέδου συγκέντρωσης ασβεστίου και στην πρόοδο της ψυχιατρικής διαταραχής. Εάν αυτή η μελέτη μπορεί να συνδράμει ως σημείο αναφοράς στο ποιές γυναίκες έχουν περισσότερες ή λιγότερες πιθανότητες για βελτίωση και ποιές γυναίκες μπορεί να είναι επιρρεπείς στην επανάληψη επιλόχειας συναισθηματικής διαταραχής.

ψυχοκοινωνικοί παράγοντες : Οι ψυχοδυναμικές έρευνες για τις επιλόχιες ψυχώσεις προσανατολίζονται στην σύγκρουση που πραγματοποιείται στην περίοδο αυτή και έχει σχέση με την εμπειρία της μητρότητας, του νέου παιδιού, του συζύγου και του εαυτού της.

Ο ZILBOORG τις παρουσιάζει σαν αμφιθυμικούς ασθενείς με αίσθημα ευνουχισμού με άλυτο το οιδιπόδειο σύμπλεγμα και κατά συνέπεια καθυστέρηση (ανακοπή) της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης και με σαδιστικές τάσεις προς τον άνδρα.

Παρατήρησε επιπλέον πως πάρα πολλές από τις ασθενείς του είχαν παντρευτεί σε μεγάλη ηλικία μετά από μακροχρόνιο αρραβώνα.

Πιστεύεται ότι οι συγκρούσεις ως προς την ανάληψη του μητρικού ρόλου είναι ικανές να οδηγήσουν αυτές τις γυναίκες στο κομμάτισμα της ταυτότητός τους.

Αν και οι ίδιες έχουν διαπαιδαγωγηθεί στον μητρικό ρόλο, τα παιδικά βιώματα τις κάνουν να αρνούνται να ταυτιστούν με αυτόν και να θέλουν να μοιάσουν στις μητέρες τους. Η αναγνώριση της ταυτότητας και τα ανταγωνιστικά συναισθήματα είναι κομματιαστά, διασπασμένα, έτσι ώστε να είναι μητέρες αλλά να μην ξέρουν να παίξουν αυτό το ρόλο. Όταν το περιβάλλον τους προσφέρει λίγα ενισχυτικά στοιχεία και λίγη υποστήριξη στις μητρικές πρωτοβουλίες και πρακτικές, όπως για παράδειγμα παρατηρείται, όταν υπάρχει έλλειψη περιποιήσεως και αμοιβής από πλευράς συζύγου και αντικρουόμενες συμβουλές από το υπόλοιπο περιβάλλον και όταν υπάρχουν συνεχές στρες, ματαιώσεις και αίσθηση παγιδεύματος, η γυναίκα είναι έτοιμη να ξαναζήσει την βρε-

φική ισορροπία, δηλαδή να παλινδρομήσει.

Με αυτόν τον τρόπο η μητρική συμπεριφορά γίνεται σαν μια συσχέτιση πραγμάτων ή ένα μοντέλο από συμπεριφορές.

Εάν η μητέρα αυτών των γυναικών είχαν αποποιηθεί τον μητρικό ρόλο ή είχαν χαρακτηριστεί ως ανεπαρκείς μητέρες αυτό γεννά συγκρούσεις, γιατί καταλαβαίνουν ότι τις ίδιες τις είχαν απαρνηθεί οι μητέρες τους. Αυτή η αναγνώριση της ταυτότητας φέρνει συχνά τη νέα μητέρα στην κατάσταση να απαρνηθεί η ίδια με την σειρά της το παιδί της.

Ε. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα συμπτώματα σχεδόν ποτέ δεν εμφανίζονται προ της τρίτης ημέρας. Αυτός ο χρόνος χαρακτηρίζεται σαν αναγκαίος για να πραγματοποιηθούν οι αλλαγές, χημικές και ορμονικές σε σχέση με τον τοκετό, με συνέπεια την εμφάνιση της διαταραχής.

Τα πρώιμα συμπτώματα συνίστανται σε ανησυχία, απνία, αίσθημα κόπωσης, κατάθλιψη, ευερεθιστικότητα, πονοκέφαλο και αλλοιώσεις - διαταραχές του θυμικού.

Μερικές έρευνες αναφέρουν ότι η απνία είναι το πιο εξασθενημένο και ασταθές σύμπτωμα.

Τα ακόλουθα συμπτώματα εμπεριέχουν καχυποψία, αίσθημα σύγχυσης, και ασυναρτησίες, δηλώσεις παράλογες, επίμονη προσοχή ή προσήλωση σε πολύ κοινά πράγματα ή σημεία και ανορεξία. Τα κλινικά συμπτώματα είναι συγκεντρωμένα στην σχέση της ασθενούς με το νεογέννητο και στον μητρικό ρό-

λο. Οι καταθλιπτικές ασθεनेίς μπορούν να δείξουν ιδιαίτε-
ρη προσοχή στην υγεία του παιδιού ή ένοχές για το ότι δεν
αισθάνονται αγάπη για το παιδί τους ή την επιθυμία να προ-
σέχουν αυτές το παιδί τους. Όταν εγκαθίσταται η ψύχωση
το σύνολο των ντελίριων μπορεί να συγχωνευθούν στην ιδέα
ότι το παιδί πέθανε ή γεννήθηκε με ανωμαλίες. Μπορεί να
αρνείται επίσης της γέννηση και μπορεί να εκφράζει ιδέες
ότι είναι ανύπαντρη και παρθένα, ιδέες διώξεως, ιδέες ε-
λέγχου και ανώμαλης σεξουαλικότητας. Οι οπτικές ψευδαισθή-
σεις μπορεί να είναι ερωτικού περιεχομένου και οι ακουστι-
κές μπορεί να είναι φωνές που να λένε στην μητέρα να σκο-
τώσει το παιδί.

Η συμπεριφορά σε σχέση με το παιδί μπορεί να είναι
αποφυγή ή αγχώσης φροντίδα . Μπορούν να φτάσουν μέχρι την
βρεφοκτονία ή και την αυτοκτονία.

ΣΤ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Μεγάλο ποσοστό των ασθενών που δεν νοσηλεύονται πα-
ρουσιάζονται με μια πάθηση που κατατάσσεται ως νευρωτική
κατάθλιψη με ή χωρίς άγχος, με τρομακτικές σκέψεις με δια-
ταραχή των γνωστικών λειτουργιών (μνήμη και προσοχή).

Στις νοσηλευόμενες ασθεनेίς συνήθως γίνεται διάγνω-
ση ψυχωτικής κατάθλιψης ή μανιοκατάθλιψης ή SCHIZOPHRENIA.

Έχει παρατηρηθεί ότι γυναίκες που έχουν κάποιο προη-
γούμενο επεισόδιο σχιζοφρένειας ή μανιοκαταθλιπτικής ψύ-
χωσης παρουσιάζουν υποτροπές λόγω του στρες της εγκυμοσύνης.

Πρέπει πάντοτε να υποπτευόμαστε έναν υποθυρεοειδισμό

γιατί μοιάζει κλινικά πολύ με μια επιλόχεια κατάθλιψη.

Το σύνδρομο CUSHING είναι συχνό μετά από εγκυμοσύνη και συχνά συνοδεύεται από κατάθλιψη. Είναι κοινή ακόμα η κατάθλιψη από φάρμακα σε εκείνους που παίρνουν αντιυπερτασικά γιατί επιδρούν κατασταλτικά στο Κ.Ν.Σ. Οι ασθενείς με μεγάλα και επίμονα γεγρονότα Ντελίριου θα έπρεπε να εξετάζονται με προσοχή όσον αφορά περιστατικά λοιμώδους νοσήματος, εγκεφαλοπάθειας, τοξίκωσης και νεοπλασίας.

Ζ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στο παρελθόν γινόταν κατά κύριο λόγο με ηλεκτροσόκ. Με την ανακάλυψη όμως των τρικικλικών αντικαταθλιπτικών που αντιπροσωπεύουν την βασική θεραπεία, εκτός των περιπτώσεων που υπάρχουν αυτοκτονικά στοιχεία, η κεκτροθεραπεία εφαρμόζεται σε αποτυχία των ψυχοφαρμάκων. Για τους ασθενείς με μανιοκαταθλιπτική νόσο η θεραπεία με ανθρακικό λίθιο από μόνο του ή μαζί με φαινοθειαλίνες για τις πρώτες 7 ημέρες αντιπροσωπεύει μια θεραπεία εκλογής. Οι φαινοθειαλίνες σε δοσολογία αντιψυχωτική αντιπροσωπεύουν εναλλακτική θεραπεία. Οι ασθενείς με σχιζοφρενιакές ψυχώσεις βρίσκουν ικανοποιητική θεραπεία με τις φαινοθειαλίνες ή άλλα αντιψυχωτικά. Αντενδείξεις κυρίως η γαλουχία. Γι' αυτές τις ασθενείς η ψυχοθεραπεία ενδείκνυται αμέσως μετά την πάροδο της οξείας φάσης και έγκειται στην αναγνώριση των ενδοσυγκρούσεων και υποστήριξη όσο αφορά τον γυναικείο ρόλο και το ρόλο της μητέρας. Επίσης εφαρμόζεται περιβαλλοντοθεραπεία, υποστήριξη από τον σύζυγο και άλλους

οικείους.

Από την Βρεταννία έρχεται ένα πρωτοποριακό ρεύμα όπου η θεραπεία περιλαμβάνει την από κοινού παραμονή σε ειδικά τμήματα γενικού Νοσοκομείου μητέρας και βρέφους. αν και είχαν υπάρξει περιστατικά όπου η μητέρα τραυμάτισε τον εαυτό της ή το βρέφος της, οι περισσότερες μητέρες κάτω από την προσεκτική καθοδήγηση και επίβλεψη έμπειρου προσωπικού φροντίζουν τα βρέφη τους με ασφάλεια και φεύγουν από την μονάδα όταν έχουν επανέλθει πλήρως. Δυστυχώς στις Η.Π.Α. αν και υπάρχουν αρκετά τμήματα νοσηλείας μητέρας και βρέφους οι θεράποντες δέχονται απίστευτες πιέσεις για γρήγορα αποτελέσματα με συνέπεια πολλές φορές να απαιτείται εισαγωγή εκ νέου.

Πλην της παραμονής στο Νοσοκομείο, της χορήγησης ηρεμιστικών και αντιψυχωτικών φαρμάκων (α' επιλογή: 400 MG χλωροπρομαζίνης ημερησίως) μια σειρά από τρεις συνεδρίες ηλεκτροθεραπείας ή συνδυασμός των παραπάνω αποτελεί την Βρεταννική πρόταση θεραπείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΣΧΟΥΣΑΣ ΑΠΟ ΕΠΙ- ΛΟΧΕΙΑ ΨΥΧΩΣΗ

Ιστορικό ασθενούς : Η κα Α.Χ. 27 ετών, πρωτότοκη μητέρα, λευκή, Χριστιανή Ορθόδοξος στο θρήσκευμα και σύζυγος πρωτόπειρου ιατρού αναφέρει δύο προηγούμενες εκτρώσεις σε ηλικία 16 και 26 ετών, αλλά κανένα αξιοσημείωτο ψυχιατρικό ιστορικό στο παρελθόν. Η μητέρα της δεν είχε ιστορικό επιλόχειας διαταραχής, ο πατέρας της όμως έζησε ένα σύντομο ψυχιατρικό επεισόδιο, πριν από τρία χρόνια. Η ασθενής δέχθηκε πίεση από το σύζυγό της, στο να συλλάβει παιδί.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συχνά ένιωθε δυστυχισμένη, υπέφερε από ανπνία και είχε μεγάλη αύξηση του σωματικού της βάρους. Τρεις μέρες αφότου γέννησε ένα υγιές κορίτσι εμφάνισε ανησυχία, ταραχή, παραλήρημα και έντονη θρησκοληψία. Η ασθενής στη συνέχεια έδειξε επιδείνωση της κακοδιαθεσίας, πέταγμα ιδεών, και συναισθηματική αστάθεια. Εκτεταμένος ιατρικός έλεγχος ο οποίος περιελάμβανε και οσφυνωτιαία παρακέντηση, απέβη αρνητικός.

Η ασθενής νοσηλεύτηκε για 3 εβδομάδες σε πανεπιστημιακή ψυχιατρική κλινική. Το μωρό - την επιμέλεια του οποίου είχε η μητέρα της ασθενούς - την επισκεπτόταν συχνά κάτω από την προσεκτική επίβλεψη του νοσηλευτικού προ-

σωπικού.

Η θεραπεία της ασθενούς στο νοσοκομείο, περιελάμβανε τη χορήγηση χλωροπρομαζίνης (THORAZINE) 400 MG και θειοθιξίνης (NAVANE) 10 MG ημερησίως.

Η φαρμακευτική αγωγή διεκόπη 3 μήνες μετά. Για τον πρώτο μήνα η ασθενής έμεινε στο σπίτι της μητέρας της και αργότερα επέστρεψε στο δικό της όπου συχνά είχε προβλήματα εξαιτίας έμμονων ιδεών στο να αδράξει ένα μαχαίρι και να μαχαιρώσει την κόρη της.

Ο σύζυγός της έδειξε κατανόηση και διάθεση στήριξης στην δοκιμασία της ασθενούς.

Η μητέρα της συνέχισε να βοηθά στη φροντίδα του παιδιού.

Η ασθενής μετά από εμφανή βελτίωση, διέκοψε την ψυχοθεραπεία (διάρκειας 6 μηνών με επισκέψεις, 2 φορές την εβδομάδα) αλλά διατήρησε τακτική τηλεφωνική επικοινωνία με ψυχίατρο για να δέχεται συμβουλές σχετικά με την ανατροφή του παιδιού.

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
<p>1.Επείγον ψυχιατρικό περιστατικό στην Μαιευτική Κλινική (Αδυναμία ελέγχου του εαυτού της).</p>	<p>Διατήρηση σωματικής ακεραιότητας ασθενούς - συνοδών αυτών και του προσωπικού της κλινικής.</p> <p>Καταστολή διεγέρσεως.</p>	<p>Διατήρηση αυτοκυριαρχίας προσωπικού.</p> <p>Ενημέρωση για την αιτία εισαγωγής.</p> <p>Χορήγηση ηρεμιστικών.</p> <p>Εισαγωγή σε μονόκλινο δωμάτιο.</p>	<p>Γνώση της αιτίας εισαγωγής.</p> <p>Χορήγηση ηρεμιστικών.</p> <p>Εισαγωγή σε μονόκλινο δωμάτιο.</p> <p>Επίβλεψη της ασθενούς.</p>	<p>Διαφύλαξη σωματικής ακεραιότητας ασθενούς - συνοδών αυτής και προσωπικού.</p> <p>Ηρέμηση αυτής.</p>

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
		<p>Εάν απαιτείται εφαρμόζονται περιορισμός στην κλίνη του δωματίου.</p>		

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
<p>2. Εισαγωγή στην Ψυχιατρική Κλινική .</p> <p>Πρωτόγνωρη εμπειρία για την ασθενή.</p> <p>Προκατάληψη γύρω από τα ψυχιατρικά ενοχές. Πιθανή επιδείνωση συμπτωματολογίας.</p> <p>Αίσθηση κινδύνου.</p>	<p>Προσαρμογή περιβάλλοντος στις ανάγκες της ασθενούς.</p> <p>Κλίμα ασφάλειας και αποδοχής της ασθενούς και των προβλημάτων της.</p>	<p>Εκδήλωση αποδοχής προς την ασθενή και το πρόβλημά της.</p> <p>Ενθάρρυνση επικοινωνίας και δραστηριότητας.</p> <p>Εάν είναι δυνατόν η ύπαρξη του αυτού προσώ-</p>	<p>Παροχή αγάπης, εκδήλωση σεβασμού και ετοιμότητα για ακρόαση της ασθενούς.</p> <p>Δημιουργία ευκαιριών για λύση των προβλημάτων.</p> <p>Ενίσχυση της επικοινωνίας</p>	<p>Περιορισμός ενδοιασμών από πλευράς της.</p> <p>Ενδείξεις συνεργασίας.</p>

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτι- κής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευ- τικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
		<p>που από το νοσηλευτικό προσωπικό στην εκτέλεση της νοσηλείας της ασθενούς.</p>	<p>με αγαπητά πρόσωπα.</p>	

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
<p>3.Επίπονα συμπτώματα:</p> <p>(-Ταραχή -Παραλήρημα -Ψευδαισθήσεις -Κακοδιαθεσία -Πέταγμα ιδεών -Συναισθηματική αστάθεια).</p>	<p>Περιορισμός ή απαλλαγή από τα συμπτώματα.</p> <p>Πρόληψη αυτοκτονίας.</p> <p>Εξασφάλιση επαρκούς διατροφής.</p> <p>Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου.</p>	<p>Θεραπευτική αγωγή (φαρμακευτική και μη).</p> <p>Τόνωση του αισθήματος της προσωπικής αξίας της.</p> <p>Προσφορά πρακτικής βοήθειας στην αυτοεξυπηρέτηση της.</p>	<p>Ακριβής εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής που έχει οριστεί.</p> <p>Αποδοχή της κακοδιαθεσίας της ασθενούς. Μεταβίβαση γνησίου ενδιαφέροντος και ψυχολογικής ενίσχυσης.</p>	<p>Μείωση της εντάσεως των συμπτωμάτων.</p> <p>Ισχυροποίηση εμπιστοσύνης της ασθενούς προς το προσωπικό.</p> <p>Σωματική και ψυχική τόνωση.</p>

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
		<p>Εάν κριθεί απαραίτητο, εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη αυτοκτονίας.</p> <p>Ενθάρρυνση λήψης τροφής.</p> <p>Διασφάλιση επαρκούς ύπνου.</p>	<p>Συνεχής μα συνάμα διακριτική παρουσία νοσηλευτικού προσωπικού.</p> <p>Άμεση επέμβαση για την παρεμπόδιση αυτής.</p> <p>Σεβασμός των προσωπικών συνηθειών και προτιμήσεων στο φαγητό.</p>	

Υ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτι- κής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευ- τικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
			<p>Ευπρεπής παρου- σίαση αυτού.</p> <p>Δημιουργία συν- θηκών για την αναπαυση της ασθενούς.</p> <p>Χορήγηση φαρμα- κευτικών σκευα- σμάτων, ως τελευ- ταία επιλογή.</p>	

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
<p>4.Πιθανή καχυποψία για την θεραπεία της</p> <p>(Άρνηση στη λήψη φαρμάκων και συμμετοχής στη ψυχοθεραπεία).</p>	<p>Επάλειψη των φόβων.</p> <p>Εκτέλεση της θεραπείας με πειθώ.</p> <p>Ενεργή συμμετοχή της ασθενούς.</p>	<p>Χορήγηση φαρμάκων στην ώρα που έχει οριστεί.</p> <p>Ανίχνευση και καταγραφή τυχόν παρενεργειών.</p> <p>Ενθάρρυνση για συμμετοχή στο</p>	<p>Λήψη φαρμάκων παρουσία μας.</p> <p>Τονισμός θετικών αποτελεσμάτων αυτών.</p> <p>Ενημέρωση του θεράποντα.</p>	<p>Συνεργασία ασθενούς για την θεραπεία της.</p> <p>Εξουδετέρωση πιθανού αγχογόνου παράγοντα.</p>

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
		πρόγραμμα ψυχοθεραπείας.	Διάθεση χρόνου για τη συζήτηση των ανησυχιών της και της συμμετοχής στην ψυχοθεραπεία.	

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
<p>5. Φροντίδα βρέφους Αδυναμία πραγματοποίησης αυτής από την πλευρά της μητέρας.</p>	<p>Αποδοχή βρέφους και μητρικού ρόλου.</p> <p>Ικανότητα φροντίδας και ανατροφής του παιδιού.</p>	<p>Επισκέψεις βρέφους στην μητέρα του.</p> <p>Ολιγόλεπτη παραμονή κατάρχη και αργότερα, ανάλογα με την βελτίωση της μητέρας, αύξηση του χρόνου.</p>	<p>Παραμονή του βρέφους κοντά της, κάτω από την προσεκτική και διακριτική παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού.</p> <p>Διδασκαλία για το πως θα γίνεται η καθη-</p>	<p>Αποτελεσματική και ανώδυνη μετάβαση στην αποδοχή του παιδιού της και του μητρικού της ρόλου.</p>

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών :	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
		<p>Ψυχολογική στήριξη της μητέρας μέσα από το πρόγραμμα ψυχοθεραπείας.</p> <p>Ενίσχυση οικογενειακής επικοινωνίας.</p>	<p>μερινή του φροντίδα.</p> <p>Ιδιαίτερη αναφορά στο ότι η παραμονή της στην κλινική δεν σημαίνει την ύπαρξη αναπηρίας όσον αφορά την προσφορά της ως γυναίκας και</p>	

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αξιολόγηση Αποτελέσματα
			<p>μητέρας.</p> <p>Παρατήρηση αντιδράσεων της μητέρας κατά την επαφή της με αυτά τα άτομα.</p> <p>Καταγραφή των παρατηρήσεων.</p> <p>Συνδρομή Κοινωνικής γηρεσίας εάν χρειαστεί.</p>	

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία το ποσοστό εμφάνισης επιλόχειας ψύχωσης ανέρχεται σε 1-2 ο/οο. Ποσοστό μικρό αλλά σίγουρα όχι ασήμαντο.

Η πείρα που μας έχει χαρίσει η πολύχρονη μελέτη αυτής της νόσου αποτελεί την πυξίδα στην αντιμετώπιση της. Φυσικά πολλά νέα πορίσματα θα δημοσιευτούν.

Όμως, είναι γενικά παραδεκτό πως η θετική στάση της γυναίκας απέναντι στις αλλαγές που πραγματοποιούνται κατά την διάρκεια και μετά από την εγκυμοσύνη, την απαλλάσσει από περαιτέρω προβλήματα. Η συνεισφορά της επιστήμης και των όσων την υπηρετούν είναι η συμβολή στη δημιουργία θετικής ψυχολογίας της γυναίκας επεμβαίνοντας δυναμικά και εξουδετερώνοντας τους παράγοντες κινδύνου πχ. (κακή ποιότητα σχέσεων με τους γονείς, επικρατούσες κοινωνικές συνθήκες, κ.λ.π.) .

Το βάρος πέφτει για μια ακόμη φορά στην πρόληψη, που αποτελεί το πιο σημαντικό - κατά την άποψή μου - μέρος στην αντιμετώπιση του προβλήματος .

Την νύκτα, Δέσποτα Χριστέ μου,
τον νου και την ψυχή μου φύλαττέ μου
σαν γύρω μου αρχινούν και περπατούνε
΄Οντα και Πράγματα που όνομα δεν έχουν
και τ'άσαρκα ποδάρια των στην κάμαρή μου τρέχουν
και κάμνουν στο κρεβάτι μου κύκλο για να με διούνε -
και με κυττάζουν σαν μα με γνωρίζουν
σαν να καγχάζουν άφωνα που τώρα με φοβίζουν.

Το ξέρω , ναι, με καρτερούνε
σαν βδελυρούς καιρούς να μελετούνε
οπδταν ίσως σερνόμουν μαζί των -μες στους σκότος
με τα όντα και τα πράγματα αυτά ανακατευμένος.
Κι αποφρενιάζουν ο καιρός να ξαναρθή ο πρώτος.
Μα δεν να ναρθή πια ποτέ' γιατί είμαι εγώ σωμένος
εις του Χριστού τ'όνομα βαπτισμένος.

Τρέμω σαν αισθανθώ το βράδυ
σαν νοιώσω που μες στο βαθύ σκοτάδι
επάνω μου είναι μάτια καρφωμένα...
Κρύψε με από την όρασι των Δέσποτά μου.

Και σαν μιλούν ή τρίζουμε , μη αφίσεις ως τ'αυτιά μου
κανέν' από τα λόγια των να ναρθή τα αφορεσμένα,
μην τύχη και μες στην ψυχή μου φέρουν
καμμιά φρικώδη ανάμνησι απ'τα κρυφά που ξέρουν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Μ., "Οι δραστηριότητες των νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας", Νοσηλευτική - Τόμος 30 - Τεύχος 4 : 282 - 291, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1991.
- ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Α., " Ψυχική Υγεία και Νοσηλευτική", Νοσηλευτική - Τόμος 30 - Τεύχος 4 : 266 - 271 , Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1991.
- CHRISTOPHER M. -FALKNER F., "Εγκυμοσύνη και Γέννηση - Χαρές και προβλήματα" , Μτφ. Ανδρέου Ιωάν. , Εκδόσεις Ψυχολογίας Αθ. , ΑΘΗΝΑ 1981.
- ΔΡΑΓΩΝΑ ΘΑΛΕΙΑ, "Η γυναίκα μπροστά σε μια καινούργια ζωή", Εκδόσεις Δωδώνη , ΑΘΗΝΑ - ΙΩΑΝΝΙΝΑ 1987.
- DUNCAN· MAC PHAIL, "Family Therapy in the Community", Edited by Heinemann, Professional Publishing, OXFORD 1988.
- HURT LD - RAY G.D , " Postpartum Disorders , Mother - infant, bonding on o psychiatric unit" - Psychosoc - Nurs - Ment - Health Serv 23 (2) : 15 - 20 , Febrouary 1985.
- INGALLS A·JOY - SALERNO M. CONSTANCE," Maternal and Child Health Nursing" , Second Edition, The C. Mosby Company Saint Louis 1971.

INWOOD G. DAVID, "Postpartum Psychotic Disorders", Comprehensive Textbook of Psychiatry / V, Volume ONE, Edition 5th, Edited by : Kaplan I. Harold - Sadock I. Benjamin, Publishing by Williams and Wilkins, Baltimore, Meryland, 1989.

ΚΑΓΚΕΛΑΡΗΣ ΦΩΤΗΣ, "Η διδασκαλία της αποπροσωποποίησης στη σχιζοφρένεια- Το βλέμμα και το είναι στη ψύχωση", Εκδόσεις Καστανιώτη, ΑΘΗΝΑ 1985.

KANE J. FRANSIS J.R. " Postpartum Disorders", Comprehensive Textbook of Psychiatry / III, Volume TWO, Edition 3rd, Edited by : Kaplan I. Harold - Freedman M. Alfred, - Sadock J. Benjamin, Publishing by Williams and Wilkins Baltimore, LONDON 1980.

ΚΑΥΚΑΛΙΔΗΣ ΑΘΑΝ. , "Η δύναμη της μητέρας και η υποκειμενική αλήθεια", Εκδόσεις Ελεύθερος Τύπος, ΑΘΗΝΑ 1987.

ΚΟΥΡΕΤΑ Θ. ΔΗΜ. , " Ψυχανάλυσις - Ψυχιατρική - Νευρολογία", Εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισιάνος, ΑΘΗΝΑ 1975.

ΛΕΙΒΑΔΙΤΗΣ ΜΙΛΤΟΣ - ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, "Κοινωνική Ψυχιατρική : μια εναλλακτική πρόταση", ΚΕΙΜΕΝΑ ΑΠΟ ΔΥΟ ΣΥΜΠΟΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, ΤΗΝ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ, Εκδόσεις Παπαζήση, ΑΘΗΝΑ 1990.

LUBRANO - ΚΩΤΟΥΛΑ CLORINDA , "Η ψυχολογία του τοκετού"; Η
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΗΜΕΡΑ , Τεύχος 8 : 38- 44, Ιανουάριος 1991.

ΛΥΚΟΥΡΑΣ Ε. , "Δεξιότητες και σιότητες στην Ψυχιατρική " ,
ΙΑΤΡΙΚΗ 57(4) : 381- 382, 1990.

ΜΑΔΙΑΝΟΣ ΜΙΧ. Γ. , "Κοινωνία και Ψυχική Υγεία - Εισαγωγή
στην Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχιατρική και
Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή", Τόμος 2 - Τεύχος Α', Εκδό-
σεις Καστανιώτη, ΑΘΗΝΑ 1989.

ΜΑΝΟΣ ΝΙΚ. , "Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής" , Εκδό-
σεις University Studio Press , ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1988.

ΜΑΝΤΩΝΑΚΗΣ Ι., "Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής", Θέματα
Ψυχιατρικής , Εκδόσεις Στεφανής και συνεργάτες αυτού,
ΑΘΗΝΑ 1980.

MEZZICH VON CRANACH, "International Classification in Psy-
chiatry (Unity and Diversity) , Edited by Cambridge
University Press , CAMBRIDGE 1989.

ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Γ.Κ., "Ψυχολογία", Έκδοση 3η, Εκδόσεις Ψυχο-
τεχνική, ΗΡΑΚΛΕΙΟ 1985.

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ν. ΓΕΩΡΓΙΟΣ, "Σύγχρονη Ψυχιατρική", Τόμος 3ος, Εκδόσεις Παρισιάνος, ΑΘΗΝΑ 1974.

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ν. Γ. Dr- ΖΑΧΟΣ Δ.Η., "Ψυχολογία", Έκδοση 2η, Εκδόσεις Κέντρο Ψυχολογικών Μελετών", ΑΘΗΝΑ 1986.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ Ν. ΙΩΑΝ., "Εξελικτική Ψυχολογία - Η ψυχική ζωή από την σύλληψη ως την ενηλικίωση", Τόμος Ι, Εκδόσεις Βιβλ ΓΡΗΓΟΡΗ, ΑΘΗΝΑ 1985.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ Ν.ΙΩΑΝ., "Κλινική Ψυχολογία", Εκδόσεις Βιβλ ΓΡΗΓΟΡΗ, ΑΘΗΝΑ 1988.

PIERRE VELLAY, "Εγκυμοσύνη χωρίς άγχος", Μιφ Πανόπουλος Κ., Εκδόσεις ΚΕΔΡΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1984.

ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ ΔΗΜ., "Οικογένεια, σύμπτωμα και απόρριψη", Κείμενα από δύο συμπόσια για την ψυχιατρική, την επικινδυνότητα και τη δικαιοσύνη, Εκδόσεις Παπαζήση, ΑΘΗΝΑ 1990.

ΠΟΛΥΣΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ, "Το βιβλίο της γυναίκας και του άνδρα", Έκδοση 3η, Εκδόσεις ΑΦΩΝ ΚΥΡΙΑΚΙΔΗ - ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1989.

ΡΑΓΙΑ (Dr) ΑΦΡΟΔΙΤΗ Χρ., "Βασική Νοσηλευτική", Εκδόσεις Αδελφότητας Ευνίκη, ΑΘΗΝΑ 1987.

ΡΑΓΙΑ (Dr) ΑΦΡΟΔΙΤΗ Χρ., "Ψυχιατρική Νοσηλευτική - Θεμελιώδεις Αρχαί". Εκδόσεις Αδελφότητας Ευνίκη, ΑΘΗΝΑ 1978.

ΡΑΓΙΑ (Dr) ΑΦΡΟΔΙΤΗ Χρ., "Η νοσηλευτική διεργασία στη φροντίδα του ψυχικώς πάσχοντος - Νοσηλευτική διάγνωση", Νοσηλευτική Τόμος 31 - Τεύχος 1 : 24 - 30 , Ιανουάριος-Μάρτιος 1992.

REID H. WILLIAM, M.D. M.P.H. , "Basic Intensive Psychotherapy" , Publised by Brunner Mazel INC , NEW YORK 1980.

SCHAENFELD CYBIL , "Η νέα μητέρα και το παιδί" , Μτφ. Αντωνόπουλος Αντ., Εκδ. Παπαδόπουλος Ι.Κ. και Υιός, ΑΘΗΝΑ 1978.

ΣΙΝΑΝΟΓΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ , "Βασικά άγχη που επηρεάζουν το προσωπικό ψυχιατρείου και τη συμπεριφορά του απέναντι στους ψυχασικούς αρρώστους", Ελληνογαλλικό συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Καστανιώτη, ΑΘΗΝΑ 1984.

ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ., "Εισαγωγή στην Ψυχιατρική Νοσολογία-Διαφορικά κριτήρια ψυχικής υγείας και ψυχικής διαταραχής", Εκδόσεις Στεφανής και συνεργάτες αυτού, ΑΘΗΝΑ 1980.

ΤΑΚΑΡΗ ΝΤΙΝΑ , "Η γυναίκα από την αρχαιότητα ως την τεχνολογική επανάσταση", Εκδόσεις Γκολέμα Ελ. , ΑΘΗΝΑ 1984.

ΦΙΛΙΠΠΟΠΟΥΛΟΣ Γ.Σ , "Κλινική Ψυχιατρική", Έκδοση 2η, Ιατρικές Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ, ΑΘΗΝΑ 1980.

ΧΑΡΤΟΚΟΜΛΗΣ ΠΕΤΡΟΣ, "Εισαγωγή στην Ψυχιατρική", Εκδόσεις Θεμέλιο, ΑΘΗΝΑ 1986.

ΧΟΡΝΕΥ ΚΑΡΕΝ, "Η ψυχολογία της γυναίκας", Μτφ. Λώρη Μαρίνα, Εκδόσεις ΓΛΑΡΟΣ , ΑΘΗΝΑ 1978.

ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ.Ν., "Πρόληψη ψυχικών παθήσεων με πρώιμες παρεμβάσεις" , Ιατρική 59 (2) : 183 - 186 , 1991.

WERNER O'TOOLE ANITA, "Psychiatric Nursing" Comprehensive Textbook of Psychiatry / III, Volume THREE, Edition 3rd, Edited by Kaplan I. Harold - Freedman M. Alfred - Sadock J. Benjamin, Publishing by Williams and Wilkins Baltimore - LONDON 1980.