

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ  
Σ.Ε.Υ.Π  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Θέμα:**

**"Ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές κατά τη λοχεία  
Νοσηλευτική παρέμβαση"**



**Σπουδάστριες:**

- 1. Ντεντοπούλου Πηνελόπη**
- 2. Παπαβασιλείου Δέσποινα**

**Εισηγήτρια:**

**Θεοδωρακοπούλου Γεωργία**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	4122
----------------------	------

## Περιεχόμενα

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b>	<b>5</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>6</b>
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	<b>7</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>	<b>8</b>
1.1. ΨΥΧΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ	9
1.2. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	16
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>	<b>20</b>
<b>2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</b>	<b>21</b>
<b>ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΕΣ</b>	<b>21</b>
<b>2.1 ΛΟΧΕΙΑΚΗ ΔΥΣΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ</b>	
2.1.1 Επιδημιολογία	21
2.1.2 Αιτιολογία	21
2.1.3 Κλινική Συμπτωματολογία	21
2.1.4 θεραπεία	22
<b>2.2. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ</b>	<b>22</b>
2.2.1 Επιδημιολογία και πορεία της νόσου	22
2.2.2. Αιτιολογία	22
2.2.3. Κλινική Συμπτωματολογία	22
2.2.4 Θεραπεία	23
<b>2.3 ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</b>	<b>24</b>
2.3.1 Επιδημιολογία	24
2.3.2 Επιπτώσεις	24
2.3.3 προδιαθετικοί παράγοντες	25
2.3.4 Αιτιολογία	27
2.3.5 Διάγνωση	28
2.3.6. Κλινική Συμπτωματολογία	28
2.3.7 Πρόληψη και προφύλαξη	29



<b>2.4. ΛΟΧΕΙΑΚΗ ΨΥΧΩΣΗ</b>	<b>32</b>
2.4.1 Επιδημιολογία	33
2.4.2 Αιτιολογία	33
2.4.3 Διάγνωση	35
2.4.4. Κλινική Συμπτωματολογία	35
2.4.5 θεραπεία	36
2.4.6 Πρόγνωση και πορεία	37
2.4.7 Λοχειακή ψύχωση και νομοθεσία	38
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>	<b>39</b>
<b>Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ</b>	<b>40</b>
A. Γενικά	40
B. Κοινά λάθη στο γενικό νοσοκομείο σχετικά με την κατάθλιψη	41
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b>	<b>43</b>
<b>ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ</b>	<b>44</b>
<b>ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ : ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ</b>	<b>45</b>
<b>ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ</b>	<b>46</b>
<b>4.1. ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ</b>	<b>46</b>
4.1.1 Τρικυκλικά - Πολυκυκλικά Αντικαταθλιπτικά	47
4.1.2 Αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης	48
4.1.3 Αναστολείς μονοαμινοξειδάσης	48
4.1.4 Άλατα λιθίου	49
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	<b>51</b>
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</b>	<b>52</b>
<b>4.2. ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</b>	<b>53</b>
4.2.1 Η Νοσηλευτική στη Γενική προετοιμασία για το ECT	54
4.2.2. Ενδείξεις	55
4.2.3 Αντενδείξεις	55

<b>4.3 ΦΩΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</b>	
<b>ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</b>	<b>56</b>
<b>4.4. ΜΕΘΟΔΟΙ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ -ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ</b>	<b>58</b>
<b>4.4.1 Ατομική Ψυχοθεραπεία</b>	<b>58</b>
<b>4.4.2 Ομαδική Ψυχοθεραπεία</b>	<b>60</b>
<b>4.4.3 Θεραπεία της Συμπεριφοράς</b>	<b>61</b>
<b>4.4.4. Περιβάλλον και Ψυχοθεραπεία</b>	<b>62</b>
<b>4.4.5 Αναψυχή - Ψυχόδραμα</b>	<b>64</b>
<b>4.4.6 Φυσική - Άσκηση</b>	<b>65</b>
<b>4.4.7 Εργοθεραπεία ή Απασχολησιοθεραπεία</b>	<b>66</b>
<b>4.4.8 Γνωστική Θεραπεία</b>	<b>69</b>
<b>4.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</b>	<b>70</b>
<b>4.6 ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ</b>	<b>71</b>
<b>4.7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b>	<b>71</b>
<b>4.8 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΣΧΟΥΣΑΣ</b>	<b>72</b>
<b>ΑΠΟ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΨΥΧΩΣΗ</b>	
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>87</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	<b>91</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι γυναίκες βιώνουν συνήθως στην περίοδο αμέσως μετά τον τοκετό συναισθήματα χαράς, ικανοποίησης και ψυχικής ανάτασης. Μερικές φορές όμως ρυθμίζονται περιστασιακά σε καταστάσεις αμφιβολίας και κακής διάθεσης, που όμως σύντομα υποχωρούν χωρίς ίχνη. Τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό, οι περισσότερες γυναίκες (περίπου το 80%) ξεσπούν σε κλάματα χωρίς ιδιαίτερο λόγο ή είναι γενικά ευέξαπτες.<sup>(1)</sup> Για μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών, αυτή η αναστάτωση, γνωστή ως "δάκρυα της λοχείας", αποτελεί ένα παροδικό φαινόμενο που εμφανίζεται τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό.<sup>(2)</sup>

Ένα μικρό ποσοστό γυναικών παρουσιάζουν σοβαρές ψυχικές διαταραχές που μπορεί να διαρκέσουν λίγες εβδομάδες ή λίγους μήνες ή καμιά φορά ένα ή δύο χρόνια. Πολλές απ' αυτές τις γυναίκες δεν καταλαβαίνουν τις τους έχει συμβεί. Αισθάνονται ότι έχουν αλλάξει, αλλά δεν μπορούν να καθορίσουν το πώς. Στις πιο πολλές περιπτώσεις υπάρχει μια ακαθόριστη μείωση της κινητοποίησης και του ρυθμού και ένα αίσθημα ότι είναι αβοήθητες και χωρίς ελπίδα.<sup>(3)</sup>

Το να αισθάνεται η νεαρή μητέρα θλιμμένη και αβοήθητη, λίγο μετά τη γέννηση ενός υγιούς και όμορφου παιδιού, εκλαμβάνεται συχνά από το περιβάλλον της ως περίεργη αντίδραση, την οποία ούτε η ίδια ούτε κι ο άνδρας της μπορεί να εξηγήσει. Γι' αυτό πολλά επεισόδια επιλόχησης κατάθλιψης μένουν αδιάγνωστα και χωρίς ψυχολογική / ψυχιατρική βοήθεια, αφού ακόμα κι ο γυναικολόγος στον οποίο η γυναίκα αναφέρει τα συμπτώματά της, τη διαβεβαιώνει ότι "δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας" και δεν αξιολογεί περαιτέρω την κατάστασή της.

Γι' αυτό το λόγο το νοσηλευτικό προσωπικό, που αποτελεί τη δύναμη της θεραπευτικής ομάδας, θα πρέπει να βρίσκεται σε στενή επαφή με της λεχιάδα και το οικογενειακό περιβάλλον της, έτσι ώστε να αντιληφθεί έγκαιρα οποιοδήποτε ψυχολογικό πρόβλημα τυχόν εμφανιστεί, ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα.<sup>(4)</sup>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της λοχείας έχουν αναγνωριστεί ήδη από την εποχή του Ιπποκράτη, ο οποίος περιέγραψε μια γυναίκα που μετά τη γέννηση διδύμων έγινε ανήσυχη και ανέπτυξε παραλήρημα.<sup>(5)</sup> Οι ψυχικές αυτές διαταραχές εμφανίζονται μερικές μέρες μετά τον τοκετό και οι οποίες μπορεί, αρκετές φορές, να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή τόσο της λεχωίδας, όσο και του νεογνού. Η εγκυμοσύνη, αλλά και η γέννηση ενός παιδιού, παρά το ότι θεωρούνται φυσιολογικά γεγονότα, προκαλούν ωστόσο συχνά ψυχικές διαταραχές της διάθεσης της λεχωίδας, μέχρι και σε σοβαρότερες καταστάσεις, όπως η ψύχωση της λοχείας.<sup>(6)</sup>

Το πρόβλημα της ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών της λοχείας δεν έχει λυθεί ακόμα. Στο ταξινομικό σύστημα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας ICD -10, οι ψυχικές διαταραχές της λοχείας είναι δυνατόν να ταξινομηθούν στις κατηγορίες F30- F39 (συναισθηματικές διαταραχές) ή στην κατηγορία του κωδικού 099.3 (ψυχικές διαταραχές και νόσοι του νευρικού συστήματος οι οποίες επιπλέκουν τη λοχεία). Όσες ψυχικές διαταραχές της λοχείας δεν εμπίπτουν στις παραπάνω κατηγορίες ταξινομούνται στην κατηγορία F53 (ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς συνδεδεμένες με τη λοχεία, οι οποίες δεν ταξινομούνται αλλού). Στο ταξινομικό σύστημα της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας DSM - IV οι ψυχικές διαταραχές της λοχείας μπορούν να καταταγούν στις βραχείες ψυχωτικές διαταραχές που περιλαμβάνονται στον κωδικό 296. Χχ.

Αυτό δείχνει τη σύγχυση που επικρατεί ακόμα γύρω από το θέμα των ψυχικών διαταραχών της λοχείας, και ιδιαίτερα στο αν πρόκειται για οργανική ή λειτουργική διαταραχή. Πάντως, από κλινικής πλευράς σήμερα διακρίνονται τρεις κύριες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών των λεχωίδων : η ψύχωση της λοχείας, η επιλόχεια κατάθλιψη και η καταθλιπτική αντίδραση προσαρμογής.<sup>(7)</sup>

# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

---

### 1.1 ΨΥΧΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

#### 1. Συνείδηση

"Συνείδηση είναι η κατάσταση εκείνη του οργανισμού, που επιτρέπει στο άτομο να αναπτύξει τις λειτουργίες που είναι απαραίτητες ώστε να γνωρίζει το περιβάλλον του κι όσα συμβαίνουν γύρω του και μέσα στον ίδιο τον εαυτό του".

Κατά τον Αυγουστίνο "το άτομο έχει συνείδηση, γιατί γνωρίζει ό,τι γνωρίζει και γιατί γνωρίζει ότι δρα". Από ψυχολογική πλευρά "συνείδηση είναι το σύνολο των ψυχικών εκδηλώσεων του ατόμου σε κάθε στιγμή, μέσα στην αλληλουχία τους". Συνείδηση είναι η αφύπνιση του πνεύματος και η στροφή προς τη μελέτη ή την προσαρμογή κάποιου αντικειμένου. Ό,τι γνωρίζω σε μια στιγμή με σαφήνεια, αυτό αποτελεί τη συνείδηση. Η συνείδηση αποτελεί το απαραίτητο δομικό στοιχείο του ψυχικού οργάνου, στο οποίο ευαισθητοποιούμαστε δηλαδή έχουμε επίγνωση του εαυτού μας. στοιχεία του εαυτού μας - σκέψεις, δεδομένα, αποτιμήσεις - για τα οποία δεν έχουμε επίγνωση, βρίσκονται έξω από το χώρο της συνείδησης, στο ασυνείδητο.

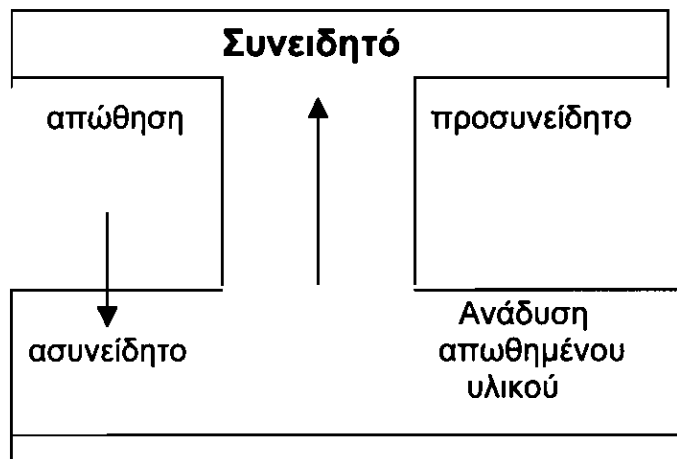
Το ψυχικό όργανο και οι τρεις περιοχές κατά την τοπογραφική και δομική υπόθεση του Freud έχει ως εξής:

#### 1. Τοπογραφική υπόθεση:

- α) Το ασυνείδητο
- β) Το προσυνείδητο
- γ) Το συνειδητό

**α) Το ασυνείδητο** είναι βυθισμένο σε "αδιαπέραστα σκοτάδια" και δε μπορούμε να γνωρίσουμε το περιεχόμενό του, παρά μόνο ατελώς και με ειδικές τεχνικές (π.χ. ψυχανάλυση).

**β) Το προσυνείδητο** είναι το "κατώφλι" της συνειδήσεως και περιλαμβάνει στοιχεία που ανακαλούνται εύκολα στη συνείδηση. Συγχρόνως αποτελεί το "διάδρομο επικοινωνίας" μεταξύ συνειδητού και ασυνειδήτου, είναι το σημείο ασκήσεως ελέγχου (από την ηθική συνείδηση, που στέκεται εκεί σαν φρουρός) των μηχανισμών απωθήσεως κατά των τάσεων αναδύσεως του απωθημένου υλικού από το "σκοτάδι του αμπαριού στο φως της επιφανείας", πχ. μια απαγορευμένη επιθυμία.



**γ) Το συνειδητό** βρίσκεται στην επιφάνεια της συνειδήσεως και περιλαμβάνει όλα όσα πέφτουν στην επίγνωση του ατόμου κάθε στιγμή.

## 2. Δομική υπόθεση:

- α) το προεγώ
- β) το εγώ
- γ) το υπερεγώ

**α) Το προεγώ:** Είναι το έμφυτο μέρος του ψυχισμού μας που περιλαμβάνει τις ορμές, τα ένστικτα και γενικά ότι έχει σχέση με τις βασικές βιολογικές ανάγκες. Δεν αλλάζει με την απόκτηση εμπειριών και δεν διακρίνει μεταξύ ορθού και μη.

**β) Το εγώ:** Είναι το εκτελεστικό και συντονιστικό όργανο της προσωπικότητας. Βρισκόμενο μεταξύ του προεγώ και του υπερεγώ ρυθμίζει και εξισορροπεί τις απαιτήσεις τους. Αναπτύσσεται σταδιακά με την απόκτηση εμπειριών.

**γ) το υπερεγώ:** Κατά τον Φρόιντ διαφοροποιείται από το εγώ λόγω της επίδρασης που ασκεί στο άτομο το μικροκοινωνικό περιβάλλον με τις επιβαλλόμενες φόρμες συμπεριφοράς. "Το δαιμόνιο" του Σωκράτη.

## 2. Προσωπικότητα

Δεν υπάρχει ενιαία άποψη περί του τι είναι προσωπικότητα. Η προσωπικότητα είναι πολυσύνθετο δεδομένο, κάτι το δυναμικό, που διαμόρφωσή του δεν φθάνει ποτέ στο τέρμα. Για να προσδιορίσουμε την προσωπικότητα πρέπει να την δούμε από διάφορες οπτικές γωνίες. Σύμφωνα με την οπτική γωνία που παρουσιάζει η σχολή του Γάλλου ψυχολόγου Roxhédieu η προσωπικότητα περιλαμβάνει στοιχεία που μπορούν να διαιρεθούν σε τέσσερις ομάδες:

**α) Ψυχολογικό - σωματικό εγώ** είναι η ομάδα εκείνη των ψυχικών καταστάσεων που αιτία τους έχουν την εκάστοτε σωματική μας κατάσταση. Ο άνθρωπος είναι ενιαία ψυχοσωματική ολότητα, γι' αυτό υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ ψυχικής και σωματικής καταστάσεως.

**β) Ψυχολογικό - κοινωνικό εγώ** είναι η ομάδα των ψυχικών καταστάσεων που έχουν αιτία τους το γεγονός ότι ο άνθρωπος είναι κοινωνικό ον, ζει εντός κοινωνίας. Υπάρχει στη βιολογία και κοινωνιολογία διχογνωμία αν παίζει ρόλο στη διαμόρφωση του ανθρώπου η κληρονομικότητα, ή αν το περιβάλλον διαμορφώνει τον άνθρωπο. Με την έμφυτη σοφία του ο ελληνικός λαός έλυσε το πρόβλημα, ο άνθρωπος είναι "γέννημα και θρέμμα". Η διάσπαση του κοινωνικού εγώ σε επιμέρους κοινωνικά εγώ, που πολλές φορές το ένα διαφεύδει το άλλο, είναι η αιτία των νευρώσεων. Η ατμόσφαιρα της αγάπης είναι η ιδεώδης ατμόσφαιρα αναπτύξεως του ψυχολογικού - κοινωνικού εγώ.

**γ) Ψυχολογικό - χρονικό εγώ** του παρελθόντος είναι η ομάδα των ψυχικών καταστάσεων που απορρέει από το παρελθόν του ανθρώπου. με τη μνήμη συνειδητοποιούμε ότι έχουμε αναμνήσεις. Επειδή έχουμε ένα κεφάλαιο από το παρελθόν έχουμε πρόοδο. Υπάρχουν οι συνειδητές και οι υποσυνειδητές αναμνήσεις. Με τις πρώτες ασχολείται η κλασική ψυχολογία με τις δεύτερες η ψυχολογία του βάθους. Η ψυχολογία του βάθους βρίσκεται σε εξελισσόμενη κατάσταση. Οι αρχαίοι ήταν οι πρώτοι που δήλωσαν την ύπαρξη ασυνειδήτου ή υποσυνειδήτου. Κυρίως όμως αναπτύχθηκε η άποψη στους νεώτερους χρόνους με:

1. Τον πανσεξουαλισμό του Freud
2. Την ατομική ψυχολογία του Adler
3. Την συμπλεγματική ή αναλυτική ψυχολογία του Jung

**δ) Ψυχολογικό - χρονικό εγώ** του μέλλοντος, η ομάδα των ψυχικών καταστάσεων που δημιουργείται από τη σκέψη του μέλλοντος. Είναι από τα δυναμικότερα στοιχεία της προσωπικότητας, που πολλές φορές ενώνει όλα τα ψυχολογικά εγώ για την πραγματοποίηση των μελλοντικών σχεδίων.

Για να υπάρχει ψυχική υγεία στον άνθρωπο πρέπει τα τέσσερα εγώ να συναναπτύσσονται αρμονικά

### Ωριμος και υγιής - προσωπικότητα

Όπως έχουμε πει, η προσωπικότητα σχηματίζεται από τη συρροή και αλληλεπίδραση δύο κυρίως παραγόντων: α) Κληρονομούμενου βιολογικού υποστρώματος και β) Περιβάλλοντος.

Ο Freud υποστηρίζει ότι ένα άτομο είναι υγιές όταν δεν δεσμεύεται από τα αισθήματά του. Το υγιές άτομο έχει αρκετή ενέργεια για να κάνει παραγωγική εργασία και ακόμη είναι ελεύθερο να εκφράσει τον εαυτό του σε σχέσεις αγάπης με τους άλλους.

Ο Sullivan υποστηρίζει ότι το άτομο με υγιή προσωπικότητα κατανοεί τον εαυτό του, τους άλλους ανθρώπους γύρω του και ξέρει πώς να συνδέεται μαζί τους. Το άτομο έχει μια πραγματική αντίληψη για τους άλλους ανθρώπους. Η ζωή του έχει νόημα, οι σχέσεις του μαζί τους είναι πλούσιες και πλήρεις, γιατί έχει την ικανότητα να τους αγαπά.

Η θεωρία της υγιούς προσωπικότητας κατά τον Maslow περιγράφει το άτομο σαν μια οντότητα που συνεχώς αναζητά, αναπτύσσεται και βρίσκει νέα ερεθίσματα για δημιουργία. Το άτομο με υγιή προσωπικότητα είναι αυθόρμητο και φυσικό καθώς ενεργά ζει τη ζωή και εκφράζει τη μοναδικότητά του.

Συνοψίζοντας το άτομο με υγιή προσωπικότητα:

1. **Έχει θετική και σωστή εικόνα για το σώμα του.** Η εικόνα αυτή είναι το σύνολο των συνειδητών και ασυνειδητών απόψεων που έχει το άτομο για το σώμα του π.χ. μέγεθος, λειτουργίες, εμφάνιση, υγεία, δύναμη.
2. **Έχει μια πραγματική αντίληψη περί του πως πρέπει να συμπεριφέρεται.** Έχει αξιόλογους και πραγματοποιήσιμους σκοπούς για τη ζωή του.
3. **Έχει θετική αντίληψη για τον εαυτό του.** Επιθυμεί να επιτύχει στην ζωή του, δέχεται τις αρνητικές πλευρές του εαυτού του σαν μέρος της προσωπικότητάς του.
4. **Έχει αυτοεκτίμηση.** Βλέπει τον εαυτό του σαν ένα πρόσωπο που αξίζει το σεβασμό.
5. **Έχει αίσθηση της ταυτότητάς του.** Γνωρίζει ποιος είναι και τι μπορεί να γίνει.
6. **Έχει την ικανότητα να συνδέεται με τους άλλους ανθρώπου.** Με την ειλικρινή επικοινωνία του μπορεί να εμπιστευτεί τους άλλους και να δημιουργεί σχέσεις αμοιβαιότητας και αλληλεξάρτησης.

Το άτομο με τις παραπάνω ιδιότητες είναι ικανό να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τους άλλους σωστά. Η ικανότητά του αυτή του δημιουργεί ένα αίσθημα αρμονίας και εσωτερικής ειρήνης.

Η επίτευξη της ωριμότητας εμποδίζεται από αλληπάλληλα ψυχικά τραύματα στην παιδική ηλικία με αποτέλεσμα την εκδήλωση ελαττωματικότητας μέρους ή ολόκληρης της προσωπικότητας.

Γεγονός όμως είναι ότι, όποιος μια φορά αισθανθεί την κλίση προς την ωρίμανση της προσωπικότητας, δεν θα ησυχάσει ποτέ. Ερωτηματικά όπως:

- ποιος είμαι;
- που είμαι;
- με ποιον είμαι; και ακόμα
- γιατί είμαι;
- ποιος ο σκοπός μου;

έρχονται διαρκώς μπροστά του και περιμένουν απάντηση. Η ώριμη προσωπικότητα είναι προϊόν προσωπικού έργου και είναι ταυτόχρονα δώρο της ζωής. Συμβάλλουν γι' αυτήν η χάρη, η κλίση, η ακούραστη προσπάθεια μαζί με την ικανότητά της υπομονής και της επιμονής.

Δεν ξεχνά ο ώριμος άνθρωπος πόσα οφείλει στη γεμάτη αγάπη και θυσία συμπαράσταση των άλλων ανθρώπων και στη συμβολή αυτού που ονομάζουμε ιστορία. Ευγνωμονεί το περιβάλλον και διδάχθηκε να απαντά στη φωνή του κόσμου και στην εσωτερική του φωνή. Είναι αλήθεια ότι δίστασε πολύ πριν κατεβεί στο βάθος του εαυτού του. Παραμένει όμως

χαρακτηριστικό και εξαρτάται από το πόσο ο άνθρωπος προχώρησε στον εσωτερικό του κόσμο ο βαθμός της ωριμότητάς του.

### Κυριότεροι τύποι της προσωπικότητας

<b>Ταξινόμηση</b>	<b>Κλινικά ευρήματα</b>
1. Παρανοειδής	Αμυντικός, υπερευαίσθητος, καχύποπτος, υπερβολικά προσεκτικός.
2. Κυκλοθυμική	Μεγάλες συνεχείς μεταβολές διαθέσεως, διακυμάνσεις μεταξύ αισιόδοξου ενθουσιασμού και απαισιόδοξης αποσύρσεως
3. Σχιζοειδής	Ντροπαλός, εσωστρεφής, απομονωμένος, αποφεύγει στενές σχέσεις.
4. Ιδεοψυχαναγκαστική	Άκαμπτοι τύποι σκέψεως και έμμονη τελετουργική κινητική συμπεριφορά με αδυναμία ανοχής της αβεβαιότητας και της ελλείψεως ελέγχου.
5. Αντικοινωνική	Εγωιστής, σκληρός, αυθόρμητος, μικρή ενοχή της απογοητεύσεως, περιορισμένη αξιοπιστία, ανικανότητα στο να διδάσκεται "εκ πείρας"
6. Παθητική - επιθετική	Πείσμονος, προκλητικός, φίλεργος, μεμφίμοιρος, απελπισμένος, επίμονος και ελεγκτικός.
7. Ανεπαρκής	Αδεξιότητα, κακή απόδοση, κοινωνική ακαταλληλότητα, έλλειψη κρίσης, ανικανότητα προγραμματισμού, οριακή απόδοση στα κάθε είδους καθήκοντα.

### 3. Χαρακτήρας

"Χαρακτήρας είναι το σύνολο των διαθέσεων και των μορφών συμπεριφοράς, με τις οποίες το άτομο εκφράζει τον τρόπο της ύπαρξής του και αντιδρά απέναντι στον εξωτερικό κόσμο και στον εαυτό του".

Δηλαδή λέγοντας χαρακτήρα εννοούμε έναν τρόπο ζωής, ένα ιδιαίτερο τρόπο αντιδράσεως του υποκειμένου προς το περιβάλλον. Χωρίς περιβάλλον δεν εκδηλώνεται ο χαρακτήρας.

Ο τρόπος που ο άνθρωπος αισθάνεται και ενεργεί, παίρνει αποφάσεις, αξιοποιεί και βάζει σκοπούς, κρίνει και παίρνει θέση απέναντι στον έξω κόσμο, ο τρόπος που εκδηλώνεται, μιλάει, βαδίζει, χειρονομεί κλπ. που τον διακρίνει από τους άλλους ανθρώπους, αποτελεί το χαρακτήρα.

Είναι το εκφραστικό όργανο της προσωπικότητας. Οι αντιδράσεις, που αποτελούν το χαρακτήρα, εξαρτώνται από τη βιολογική κατασκευή και γι' αυτό, σε μεγάλο βαθμό, είναι κληρονομικές, όσον αφορά την προέλευση.

Πρώτος ο ψυχίατρος Kretschmer διατύπωσε αυτή την αρχή και καθόρισε γνωστούς δύο γενικότερους ψυχολογικούς τύπους, ανάλογα με τις κρίσεις του ανθρώπου: τον κυκλόθυμο και τον σχιζόθυμο.

Σον κυκλόμυθο ανήκουν απλοί άνθρωποι που κλίνουν από την ευθυμία προς την κατάθλιψη και πάλι προς την ευθυμία κ.ο.κ. κυκλοειδώς, γι' αυτό ονομάζονται κυκλόθυμοι.

Όταν τείνουν προς την ευθυμία, είναι ευκίνητοι, όταν προς την κατάθλιψη, είναι αργοί. Απορροφούνται κυρίως από το περιβάλλον, γι' αυτό και ευχάριστα συναναστρέφονται με άλλους.

Εύθυμοι, καλόκαρδοι, επιδίδονται στις απολαύσεις της ζωής, πολυάσχολοι, δραστήριοι.

Σαν διανοούμενοι, κλίνουν προς τις θετικές επιστήμες, περιγραφικοί συγγραφείς, οργανωτές μεγάλων έργων κλπ. ο Darwin, ο Koch, ο Meyer. Όσοι ανήκουν στο σχιζόθυμο είναι του αντίθετου τύπου. Δεν είναι απλοί, αλλά πολυσύνθετοι. Ζουν μάλλον μόνοι τους, πλουσιότερη εσωτερική ζωή, ασχολούνται περισσότερο με το εγώ τους, που το αντιτάσσουν προς τον εξωτερικό κόσμο. Είναι ευαίσθητοι, αλλά σε άλλα σημεία αναισθητοι. Περιστρέφονται μεταξύ των πόλων, της αναισθησίας και της ευαισθησίας. Είναι ιδεολόγοι. Ασχολούνται με την ψυχολογία του κόσμου. Όταν δεν υπάρχει κάτι ανώτερο μέσα τους είναι ψυχροί εγωιστές. Τέτοιοι ήταν ο Καντ, ο Σπινόζα, οι μεγαλύτεροι μαθηματικοί Κοπέρνικος, Κέπλερ, Νεύτων.

Κατά τον Kretschmer, ο χαρακτήρας διακρίνεται σε:

Υγιή	Ανώμαλο	Ασθενή
Α. Σχιζόθυμος	α. Σχιζοειδής	α. Σχιζοφρενικός
β. Κυκλόθυμος	β. Κυκλοειδής	β. Μανιοκαταθλιπτικός

#### 4. Συμπεριφορά

Οι ενέργειες ενός ατόμου ή μιας ομάδας αποτελούν την συμπεριφορά. Συμπεριφορά είναι η παρατηρούμενη απάντηση στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Η συμπεριφορά είναι το εκτελεστικό όργανο της προσωπικότητας.

Ο ψυχολόγος Spencer, ο οποίος ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την σχέση του ατόμου προς το περιβάλλον του, ορίζει τη ζωή σαν μια συνεχή προσαρμογή των εσωτερικών σχέσεων του ατόμου προς τις εξωτερικές σχέσεις αυτή ακριβώς το να βοηθήσει τον οργανισμό να προσαρμοστεί στις καταστάσεις του περιβάλλοντός του.

Τα αισθήματα ενός ατόμου, οι αισθητικές του λειτουργίες, η δύναμη της σκέψης του, η ικανότητα του να αποκτά νέες συνήθειες και η μνήμη του, θεωρούνται σαν μέσα με τα οποία το άτομο μπορεί να συνδιαλλαγεί και να ανταποκριθεί σωστά στις ανάγκες της ζωής.

#### Αρχές της συμπεριφοράς

1. **Η κάθε συμπεριφορά έχει νόημα - έννοια.** Κάθε ενέργεια έχει σπουδαιότητα: η όραση ή η προφορική λέξη, η έλλειψη απαντήσεως ή η απάντηση με επιχειρήματα.
2. **Η συμπεριφορά εκδηλώνεται σε δύο επίπεδα συγχρόνως.** Είναι αντιληπτή και αισθηματική. Η αντιληπτή συμπεριφορά αναφέρεται στη διανοητική κατανόηση των σκοπών, συζήτηση απόψεων, θεμάτων ή συζήτηση για άλλους ανθρώπους.

Η αισθηματική συμπεριφορά αναφέρεται στα αισθήματα, συμμετοχή σε εκδηλώσεις, στην επίδραση του ενός επί του άλλου, στο βαθμό των αντιθέσεων μεταξύ των ατόμων, στον ανταγωνισμό και στη συνεργασία. Το άτομο π.χ. μπορεί να αντιλαμβάνεται στην καρδιακή κατάστασή του, την δίαιτά του και τις δραστηριότητες που επιτρέπεται να έχει, τέλος τα αισθήματα του φόβου και του συγκεκριμένου κινδύνου για επιδείνωση της καταστάσεώς του που τον εμποδίζουν να ζει φυσιολογικά.

3. Παράγοντες που διαμορφώνουν την συμπεριφορά του είναι:
  - α) Η αρχική, γενετικά καθορισμένη βιολογική δομή του ατόμου.
  - β) Η προσωπικότητά του όπως διαμορφώνεται από κληρονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.
  - γ) Οι εμπειρίες της ζωής και ιδιαίτερα αυτές που άφησαν ανεξίτηλα ψυχοτραυματικά εντυπώματα.
  - δ) Οι μηχανισμοί άμυνας και προσαρμογής που διαμόρφωσαν όλοι οι προηγούμενοι παράγοντες.

### Ανώμαλη συμπεριφορά

Μ' αυτό τον όρο αποδίδουμε τον τύπο εκείνο της συμπεριφοράς του ατόμου που προκαλεί είτε στον ίδιο είτε στους άλλους ενόχληση και δυσφορία. Ακόμη προκαλεί αντίδραση ξενισμού, γιατί βρίσκεται, έξω από το πλαίσιο, τον τύπο της συμπεριφοράς που είναι παραδεκτή για το δεδομένο τόπο και χρόνο.

### Τύποι ανώμαλης συμπεριφοράς

1. Παροδικές αντιδράσεις shock σε κάποιο οξύ περιστατικό όπως η φωτιά, το δυστύχημα, ο πόλεμος. Εδώ τα άτομα μπορεί να εκδηλώσουν πανικό, αποπροσανατολισμό και άλλα συμπτώματα. Αν και τα άτομα αυτά φαίνονται πολύ επηρεασμένα από ένα τέτοιο περιστατικό, στην ουσία είναι σταθερά και συνήθως αναλαμβάνουν πολύ γρήγορα, όταν περάσει το γεγονός που προκάλεσε την αντίδραση αυτή.
2. Ψυχονευρώσεις χαρακτηρίζονται από συμπτώματα όπως το άγχος, η συνεχής αδυναμία και κόπωση, φόβοι χωρίς κάποια αιτία, ερωτηματικά σχετικά με το εάν είναι υγιείς κλπ. Αν και τα νευρωτικά άτομα είναι αγχώδη και δυστυχή, εν τούτοις μπορούν συνήθως να υπερβούν τα προβλήματά τους χωρίς να νοσηλευθούν στο νοσοκομείο. Οι ανωμαλίες αυτές έχουν συνήθως τις ρίζες τους σε εσφαλμένες σχέσεις μεταξύ γονέων και παιδιών και σε εμπειρίες αυτοπεποίθησης και τις διάφορες λανθασμένες αντιλήψεις του ατόμου για τον εαυτό του και τον κόσμο, τα οποία δυσχεραίνουν την προσπάθεια προσαρμογής του ατόμου.
3. Ψυχώσεις χαρακτηρίζονται από παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και άλλες σοβαρές διαταραχές σκέψης, των συναισθημάτων και των ενεργειών του ατόμου. Εδώ ο βαθμός της διαταραχής είναι σοβαρός και ως εκ τούτου ο ασθενής πρέπει να εισαχθεί στο νοσοκομείο για την δική του προστασία, αλλά και για την προστασία της κοινωνίας. Οι ψυχώσεις πιστεύεται ότι οφείλονται στη λανθασμένη ανάπτυξη της προσωπικότητας κατά την παιδική ενώ κάποιο ρόλο παίζουν η κληρονομική προδιάθεση και παθολογικές καταστάσεις του εγκεφάλου.
4. Ανωμαλίες του χαρακτήρα εδώ περιλαμβάνονται οι ανώριμες αντιδράσεις όπως το τραύλισμα και η υπερβολική εξάρτηση από τους άλλους και οι



παθολογικοί τύποι της προσωπικότητας, όπως οι εγκληματίες και τα ακοινωνήτα άτομα.

5. Αλκοολισμός και εθισμός στα ναρκωτικά, η υπερβολική χρήση του αλκοόλ για μεγάλα χρονικά διαστήματα και ο εθισμός στα διάφορα ναρκωτικά έχουν ως αποτέλεσμα το βαθμιαίο εκφυλισμό του αισθήματος της ευθύνης, της κρίσης και των ηθών.
6. Διανοητικές ανωμαλίες, περιλαμβάνουν την πρωτοπαθή διανοητική καθυστέρηση, που το άτομο είναι διανοητικά καθυστερημένο από τη γέννησή του, και την δευτεροπαθή διανοητική καθυστέρηση που προκαλείται από διάφορες βλάβες του εγκεφάλου.<sup>(8)</sup>

## 1.2 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

### Ψυχική Υγεία

Η ψυχική υγεία μπορεί να ορισθεί ως η ανάπτυξη της υγιούς άποψης του ατόμου για τον εαυτό του και το περιβάλλον στο οποίο ζει, έτσι ώστε να μπορεί να επιτύχει το μεγαλύτερο βαθμό της αυτοπλήρωσής του.

Η ψυχική υγεία είναι ένα φαινόμενο δυναμικό και όχι στατικό. Κανένας 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 φροντίδας.

Η λογοτεχνία είδε την ψυχική υγεία σαν την ελευθερία που πηγάζει από την εσωτερικά αδούλωτη ψυχή. Μια ψυχή δουλωμένη στους μεσοαστικούς στόχους του κόσμου και στα προσωπικά της πάθη, δεν μπορεί να είναι υγιής. Ψυχικά υγιής είναι μονάχα ο ήρωας, αυτός που μπορεί να νικά την καθημερινότητα, να τοποθετεί τα ιδανικά πάνω από την ευημερία, να ξαναχτίζει μέσα από ερείπια.

Στο χριστιανισμό η ψυχική υγεία δεν είναι απλά κάποιες ψυχολογικές ισορροπίες, αλλά πληρότητα ζωής, κοινωνία με το Θεό, αγιότητα.

Στο χώρο της υγείας ο ευρύτερος διαδεδομένος ορισμός του φαινομένου ψυχική υγεία είναι εκείνος της Π.Ο.Υ: ψυχική υγεία είναι η ολοκληρωτική και αρμονική λειτουργία της όλης προσωπικότητας.

Η Dr. M. Jahoda υποστηρίζει ότι δεν είναι αρκετό να πούμε ότι ψυχική υγεία είναι η απουσία ψυχικής νόσου. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία από τον ένα πολιτισμό στον άλλο ως προς τα ποια είδη παρεκκλίσεων από τη φυσιολογική συμπεριφορά μπορούν να θεωρηθούν όχι φυσιολογικά. Δεν μας βοηθάει να ισοβαθμίσουμε την ψυχική υγεία με τον όρο "φυσιολογικός" γιατί και ο όρος "φυσιολογικός" είναι το ίδιος απροσδιόριστος. Ούτε πάλι το να πούμε ότι ψυχική υγεία είναι κατάσταση ευεξίας είναι ικανοποιητικό.

Σύμφωνα με την Dr. Jahoda έξι έννοιες είναι στενά συνδεδεμένες με την ψυχική υγεία του ατόμου.

- |    |  |
|----|--|
| 1. | Οι απόψεις του ατόμου απέναντι στον ίδιο τον εαυτό του.              |
| 2. | Ο τρόπος και ο βαθμός της ανάπτυξης του ατόμου.                      |
| 3. | Η προσωπικότητα του ατόμου.  |
| 4. | Ο βαθμός της ανεξαρτητοποίησής του ατόμου από κοινωνικές επιδράσεις. |
| 5. | Η επάρκεια με την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα.  |
| 6. | Η κυριαρχία του ατόμου στο περιβάλλον του.                           |

Χρησιμοποιώντας το πλαίσιο αυτό για τις έννοιες που συνιστούν την ψυχική υγεία, μπορούμε να πούμε ότι το ψυχικά υγιές άτομο έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και μια ρεαλιστική ιδέα για τις ικανότητές του, έχει περάσει τα διάφορα στάδια της ανάπτυξής του αποβάλλοντας τις απόψεις, τους τύπους της συμπεριφοράς του, που του φαίνονται ανάρμοστοι καθώς μεγαλώνει έχει κάποιο σκοπό σταθμίζοντας τις δικές του ανάγκες και σκεπτόμενο τους άλλους. Η προσωπικότητά του είναι ολοκληρωμένη δείχνοντας ότι έχει κατορθώσει μια ικανοποιητική ισορροπία μεταξύ των συνειδητών και ασυνειδητών δυνάμεων που το παρακινούν να κάνει κάτι.

Το ψυχικά υγιές άτομο είναι αυτοκατευθυνόμενο και δεν φέρεται από τις γνώμες των άλλων, ακόμα και αν είναι επιθυμητές. Είναι ικανό να δει τα γεγονότα γύρω του όπως πράγματι είναι και όχι όπως θα τα ήθελε να είναι.

Το άτομο αυτό είναι σε θέση να βάλει τον εαυτό του στη θέση του άλλου και έτσι να γευθεί τι οι άλλοι σκέπτονται και αισθάνονται. Αυτό ονομάζεται συμπάθεια ή κοινωνική ευαισθησία. Τέλος, η επικράτηση στο περιβάλλον σημαίνει ότι το ψυχικά υγιές άτομο έχει την ικανότητα να αγαπάει, είναι επαρκές στις σχέσεις του με τους άλλους - όπως στην εργασία, στο παιχνίδι κ.ά. - είναι σε θέση να εξασφαλίσει τα απαραίτητα για την ζωή του στην κοινότητα, να προσαρμόζεται στις αλλαγές και να αντιμετωπίζει τα προβλήματα της καθημερινής ζωής.

Με πιο απλά λόγια, όσον αφορά την υπεροχή του ατόμου στο περιβάλλον του, το άτομο με ικανοποιητική ψυχική υγεία μπορεί να αντέξει σε ένα βαθμό συγκρούσεως - εσωτερικής και εξωτερικής - και να αποκτήσει δύναμη στην υπερνίκηση των εμποδίων όπως αυτά συμβαίνουν.

### **Σημαντικότερες επιδράσεις για την ψυχική υγεία**

Μια έρευνα που έγινε πρόσφατα έδειξε ότι το φύλλο, η εθνικότητα, η κοινωνική τάξη, η οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση επιδρούν σημαντικά στην ψυχική υγεία.

**Τα πρώτα χρόνια της ζωής:** παίζουν αποφασιστικό ρόλο στην ψυχική υγεία. Τότε επιτελείται το 60-70% της μάθησης. Ομαλή ψυχοκοινωνική εξέλιξη αποτελεί ασφαλή εγγύηση ψυχικά υγιούς προσωπικότητας. Το μέλλον του παιδιού καθορίζεται ήδη από την ενδομήτριο περίοδο. Το ποσό της προγεννητικής κινητικότητας είναι ένας δείκτης του βαθμού ωρίμανσης μετά τη γέννηση. Ο τοκετός είναι για το παιδί μια εμπειρία.

**Στην εφηβεία:** παρατηρείται μια αναβίωση των συγκρούσεων των πρώτων παιδικών χρόνων. Αν οι συγκρούσεις αυτές έχουν αντιμετωπιστεί θετικά στις προηγούμενες ηλικίες, το άτομο θα μπει φυσιολογικά στη νέα του ζωή διαφορετικά, το άτομο στην ενήλικη ζωή θα παλινδρομεί σε μορφές συμπεριφοράς του παιδικού σταδίου, στο οποίο έχει καθηλωθεί.

**Τα γεγονότα της ζωής:** επηρεάζουν την ψυχική κατάσταση του ατόμου με τη σημασία που περικλείουν. Κάθε γεγονός φέρνει μια αλλαγή που γκρεμίζει πολλές φορές την εικόνα μας για τον κόσμο και για τον εαυτό μας και κάθε αλλαγή συνεπάγεται συναισθηματική φόρτιση, stress. Απέναντι σε στρεσογόνες επαναλαμβανόμενες και έντονες διεγέρσεις, οι άμυνες του σώματος μπορεί να γίνουν δυσπροσάρμοστες και η ψυχική υγεία επισφαλής. Οι Holmes & Rahe (1967) κατασκεύασαν μια κλίμακα, γνωστή ως "Κλίμακα Μέτρησης της Κοινωνικής Επαναπροσαρμογής", που αποτελείται από 43

γεγονότα που συμβαίνουν συχνά στη ζωή των ανθρώπων. Ιεραρχημένα και βαθμολογημένα ανάλογα με το βαθμό της στρεσογόνου επίδρασης που βρέθηκε να έχουν. Ως περισσότερο στρεσογόνο γεγονός βρέθηκε να είναι "ο θάνατος συζύγου ( με βαθμολογία 100). Ακολουθεί το "διαζύγιο" (βαθμολογία 73), "ο συζυγικός αποχωρισμός" (βαθμολογία 65), μέχρι το τελευταίο "μικρές παραβάσεις του νόμου" ( βαθμολογία 110).

**Η οικογένεια και ο ρόλος:** π ου διαδραματίζει στην ψυχική υγεία του ατόμου έχουν αποτελέσει αντικείμενο συστηματικής μελέτης. Η φράση που πριν από 2.500 χρόνια ακούστηκε από το στόμα του προφήτη Ιερεμία "οι πατέρες έφαγον τους όμφακας και οι οδόντες των τέκνων ημωδίασαν" ( δηλαδή έφαγαν άγριο σταφύλι οι γονείς και μούδιασαν τα δόντια των παιδιών τους και όχι τα δικά τους) είναι μια πρώτη διαπίστωση που φανερώνει την επίδρασή της οικογένειας στην προσωπικότητα του παιδιού.

Σε έρευνα που δημοσίευσαν οι May & Sprague για το stress στις οικογενειακές σχέσεις ως κατ' εξοχήν στρεσογόνα οικογενειακά περιβάλλοντα αποδείχθηκαν:

- A) Η οικογένεια στην οποία δεν υπάρχουν παιδιά.
- B) Η οικογένεια της οποίας όλα τα μέλη εργάζονται.
- Γ) Η οικογένεια με έναν γονέα.

Η ύπαρξη χρόνιους stress στις οικογένειες αυτές αποτελεί σοβαρό κίνδυνο για την ψυχική υγεία των μελών τους.

Μετά την οικογένεια, το σχολείο συμβάλλει καθοριστικά στη διαμόρφωση της ψυχολογίας του παιδιού. Παιδιά που έχουν κακή σχολική επίδοση, συχνά αναζητούν άλλες κοινωνικά μη αποδεκτές ικανοποιήσεις και υιοθετούν αντικοινωνικές συμπεριφορές, που είναι δυνατόν να συνεχίζονται και στην ώριμη ηλικία.

Ο αλκοολισμός και η χρήση τοξικών ουσιών, αποτελούν στις σύγχρονες κοινωνίες σταθερή απειλή κατά της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί δυστυχώς αυξημένη χρήση οιοπνεύματος και ναρκωτικών, ειδικότερα ηρωίνης.

### **Ψυχική Ασθένεια**

Ψυχική ασθένεια θεωρείται εξ αρχής μια λειτουργική ατέλεια, η οποία αντανακλάται κυρίως στους ψυχικούς μηχανισμούς και αποκλίνει σαφώς από τις απαιτήσεις και αντιλήψεις της ευρύτερης κοινωνικής πολιτιστικής ομάδας. Απλά ψυχική ασθένεια είναι η αποτυχία του ανθρώπου να προσαρμοσθεί *ικανοποιητικά* στις απαιτήσεις της κοινωνίας που ζει. Ως γνωστόν, η κοινωνική προσαρμογή ενός ψυχικά υγιούς ανθρώπου περιλαμβάνει:

- Τη φροντίδα του σώματος του (πλένεται τακτικά, δεν παραμελεί τα μαλλιά του, πλένει τα δόντια του, κόβει τα νύχια του, ντύνεται ευπρεπώς, κ.ο.κ).
- Την προσαρμογή στην εργασία.
- Τη χρησιμοποίηση του ελεύθερου χρόνου.
- Την καλή προσαρμογή στις κοινωνικές επαφές.
- Την προσαρμογή του στο άλλο φύλο.

Το άτομο που δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις αυτές θεωρείται ψυχικά ασθενής και αποτελεί αντικείμενο μελέτης της ψυχιατρικής.

**Παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία ψυχικής ασθένειας**

- Κληρονομικοί
- Οργανικοί (ενδοκρινικοί, μεταβολικοί, βιοχημικοί)
- Ενδοπροσωπικοί
- Διαπροσωπικοί - Οικογενειακοί (ψυχογεννητική άποψη)
- Φθορά της εκτενούς οικογένειας με τους πολυάριθμους συγγενείς και μετατόπιση προς την μάλλον απομονωμένη μονάδα, την "πυρηνική" οικογένεια, που αποτελείται από γονείς και τέκνα, απορφάνισμός κ.ά.
- Κοινωνικοί
- Μεγαλύτερη ποικιλία διαπροσωπικής συμπεριφοράς, τεχνολογία που μεταβάλλεται και αυξημένη μόρφωση και καλλιέργεια ή και το αντίθετο.
- Πολιτιστικοί

Μεταβολές ηθικής, εθίμων, στάσεων στα άτομα που αποκλίνουν από το φυσιολογικό.<sup>(9)</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

---

### ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

#### 2.1 ΛΟΧΕΙΑΚΗ ΔΥΣΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ

Η λοχειακή δυσφορική διάθεση (babys blues) είναι η ηπιότερη αλλά και η συνηθέστερη ψυχοπαθολογική εκδήλωση μετά τον τοκετό. Εμφανίζεται την 1<sup>η</sup> εβδομάδα μετά τον τοκετό με κορύφωση την 5<sup>η</sup> ημέρα και υποχώρηση την 12<sup>η</sup> ημέρα. Παρά τη σαφή κλινική της έκφραση, η λοχειακή δυσφορία κατά κανόνα δεν επιδρά αρνητικά στη λειτουργικότητα της γυναίκας.<sup>(10)</sup> Το διάστημα αυτό η διάθεση της λεχιάδας μεταβάλλεται συνεχώς, ξεσπά σε κλάματα χωρίς να υπάρχει κάποιος προφανής λόγος και είναι ιδιαίτερα ευέξαπτη. Έρευνες έχουν δείξει ότι για την πλειοψηφία των νέων μητέρων, η θετική διάθεση συνυπάρχει με καταθλιπτική διάθεση και αίσθημα κόπωσης, το διάστημα αυτό.<sup>(11)</sup>

##### 2.1.1 Επιδημιολογία

Η επικράτηση της λοχειακής δυσφορικής διάθεσης μεταξύ των λεχιάδων είναι 50-80% , ενώ με αυστηρά διαγνωστικά κριτήρια δεν ξεπερνά το 26%,

##### 2.1.2 Αιτιολογία

Η λοχειακή δυσφορία είναι αρκετά συχνή σε γυναίκες που εμφάνιζαν προεμμηνορρυσιακή συνδρομή ή είχαν κάποια γυναικολογικά προβλήματα στο παρελθόν. Σύμφωνα με τα ευρήματα μιας μελέτης η εμφάνιση λοχειακή δυσφορίας σχετίζεται με ανεπαρκή μητρική φροντίδα κατά την παιδική ηλικία των λεχιάδων και με έλλειψη οικογενειακής υποστήριξης κατά τη διάρκεια της προηγηθείσας κύησης.<sup>(10)</sup> Επίσης πιθανοί λόγοι μπορούν να θεωρηθούν η κόπωση, ο πόνος του περινέου, ο δυσκολίες στο Θηλασμό και η αίσθηση ότι δεν αποτελεί πια το επίκεντρο της προσοχής μετά τον τοκετό.<sup>(12)</sup>

##### 2.1.3 Κλινική Συμπτωματολογία

Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από σωματική εξασθένιση, άγχος και ξεσπάσματα δακρύων. Μια λεχιάδα μπορεί να εκπλαγεί βλέποντας τον εαυτό της να ξεσπά σε κλάματα χωρίς φανερό πρόκληση, σε μια στιγμή που "έπρεπε" να είναι ευτυχισμένη, όπως όταν έρχεται να τη δει ο άντρας της.<sup>(3)</sup> Επίσης νιώθει μπερδεμένη, είναι ιδιαίτερα νευρική και άκεφη και δεν αναγνωρίζει τον εαυτό της.<sup>(14)</sup>

### 2.1.4 Θεραπεία

Δε συνιστάται φαρμακευτική αγωγή σε γυναίκες με λοχειακή δυσφορική διάθεση. Μια καθησυχαστική συζήτηση και ψυχοκοινωνική υποστήριξη είναι αρκετά έτσι ώστε να έχουμε ένα καλύτερο αποτέλεσμα,<sup>(13)</sup> επί διάρκεια των συμπτωμάτων πέραν των 12 ημερών ενέχει τον κίνδυνο εγκατάστασης λοχειακής κατάθλιψης, αν και κάτι τέτοιο είναι σπάνιο.<sup>(10)</sup>

## 2.2 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ

Ένας μεγάλος αριθμός λεχωίδων παρουσιάζουν, κυρίως τη δεύτερη με τρίτη εβδομάδα μετά τον τοκετό, ικανού βαθμού δυσφορία και αποδιοργάνωση των συναισθημάτων τους καθώς και συμπτώματα κατάθλιψης. Η κατάσταση μπορεί να είναι αρκετά σοβαρή σε βαθμό που να διαταράσσει τις σχέσεις της λεχωίδας με το παιδί της και το περιβάλλον και γι' αυτό πρέπει να αντιμετωπισθεί άμεσα.<sup>(15)</sup>

### 2.2.1 Επιδημιολογία και πορεία της νόσου

**Επιδημιολογία:** Η καταθλιπτική αντίδραση προσαρμογής παρατηρείται στις μισές περίπου λεχωίδες, γι' αυτό και από μερικούς θεωρείται ως φυσιολογική αντίδραση, αποτέλεσμα της ταλαιπωρίας του τοκετού. Τα συμπτώματα όμως τις περισσότερες φορές είναι πολύ έντονα ώστε να δικαιολογείται η θεώρηση της διαταραχής ως νοσηρής κατάστασης.

**Πορεία:** Η πορεία της διαταραχής είναι ομαλή. Τα συμπτώματα είναι εντονότερα στις πρωτότοκες. Αν η διαταραχή παρουσιασθεί και σε επόμενους τοκετούς τα συμπτώματα είναι συνήθως ηπιότερα.<sup>(6)</sup>

### 2.2.2 Αιτιολογία

Η αιτιολογία της διαταραχής δεν είναι γνωστή, πιθανώς όμως έχει σχέση με τις ορμονικές μεταβολές που παρατηρούνται μετά τον τοκετό. Ψυχολογικοί επίσης παράγοντες φαίνεται πως παίζουν σοβαρό ρόλο. Η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον μειώνεται γιατί τα στενά συγγενικά πρόσωπα π.χ. μητέρα ή πεθερά, όπως και ο σύζυγος, μετά την πρώτη εβδομάδα συνήθως επιστρέφουν στις δικές τους ασχολίες. Η ίδια η λεχωίδα νιώθει αδύναμη, άσχημη, και χονδρή μια και διαπιστώνει ότι το σώμα της έχει χάσει τις γραμμές του και τα παλιά της ρούχα είναι στενά.

Οι λόγοι αυτοί, σε συνδυασμό με τις ορμονικές μεταβολές, μπορεί να γίνουν η αφορμή για την εκδήλωση της διαταραχής. Συχνά έχουν αναφερθεί στρεσογόνοι παράγοντες όπως συζυγική δυσαρμονία, απώλεια γονέα ή μη καλή γονεϊκή φροντίδα κατά τα πρώτα παιδικά χρόνια της λεχωίδας ή ακόμα και όχι καλές συνθήκες διαμονής.<sup>(15)</sup>

### 2.2.3 Κλινική Συμπτωματολογία.

Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από ήπια κατάθλιψη, άγχος κεφαλαλγία, αίσθημα κόπωσης και ευερεθιστικότητα. Τα συμπτώματα έχουν πολλά κοινά με αυτά που παρατηρούνται αντιδραστικά σε σοβαρά σωματικά νοήματα.<sup>(17)</sup> Η

ασθενής ξεσπά σε κλάματα χωρίς προφανή λόγο, που μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να είναι το μόνο σύμπτωμα και παρατηρείται στο 50% των γυναικών.

Εμφανίζεται τις πρώτες ώρες μετά τον τοκετό και περιγράφεται ως "κλάμα της χαράς". Μια μικρή όμως ομάδα γυναικών, από τις πρώτες ώρες ακόμα, παρουσιάζει κατάθλιψη και συμπτώματα αποπροσωποποίησης, το δε κλάμα τους είναι περισσότερο έντονο, καθώς και η δυσφορία τους. Το κλάμα παρατηρείται συνήθως κατά τις μεσημβρινές ώρες και ξανά αργά το απόγευμα (6-8μ.μ.). Ο περισσότερες γυναίκες δίνουν κάποια *εξήγηση για το κλάμα τους* και το αποδίδουν σε αισθήματα εγκατάλειψης από συγγενικά πρόσωπα (κυρίως το σύζυγο), σε μη καλή φροντίδα από το νοσηλευτικό προσωπικό ή σε προβλήματα, φανταστικά ή υπαρκτά, που παρατηρούνται στο νεογνό (π.χ. ο ελαφρός ίκτερος).

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι ήπια και δεν πληρούν τα κριτήρια της μείζονος κατάθλιψης. Χαρακτηρίζονται κυρίως από ακεφιά, ευερεθιστότητα, μειωμένη αυτοπεποίθηση, τάση για αυτοκριτική, απαισιοδοξία και πολύ σπάνια, αυτοκαταστροφικές σκέψεις.

Συχνά παρατηρούνται ελαφρά θόλωση της συνείδησης και διαταραχές της μνήμης (αμνησία). Πρόκειται για λειτουργικές διαταραχές, που παρέχονται σύντομα. Είναι δυνατόν ακόμα να παρατηρηθούν συμπτώματα αποπροσωποποίησης, που τρομάζουν την ασθενή γιατί νιώθει να χάνει την επαφή με τον εαυτό της και την πραγματικότητα.

Πολλές λεχρίδες, το 40% κατά τους Robson και Kumaz,<sup>(18)</sup> παρουσιάζουν μειωμένο ενδιαφέρον. Οι περισσότερες από τις γυναίκες αυτές είχαν υποστεί αμνιοτομή και ο τοκετός τους ήταν δύσκολος.

Οι διαταραχές του ύπνου είναι επίσης αρκετά συχνές. Παρατηρούνται, υπνηλία, εφιάλτες και ψευδαισθήσεις αμέσως μετά το ξύπνημα. Αϋπνία είναι δυνατόν να παρατηρηθεί, ιδιαίτερα όταν η λεχρίδα έχει περικεικές κακώσεις, λόγω του τοκετού.

Άλλα συμπτώματα που παρατηρούνται κατά την Καταθλιπτική Αντίδραση Προσαρμογής είναι, έντονο αίσθημα καταβολής, ανησυχία, μείωση της φυσιολογικής πολυδιψίας, που παρατηρείται, σε όλες σχεδόν τις γυναίκες μετά τον τοκετό και ανορεξία.

#### 2.2.4 Θεραπεία

Κύριο ρόλο στη Θεραπεία παίζει η κάθε μορφής υποστήριξη της λεχρίδας, ιδιαίτερα όμως η ψυχολογική, τόσο από την οικογένειά της όσο και από το κοινωνικό σύστημα και τις ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες. Σκοπός της παρέμβασης είναι η βελτίωση σωματικής και ψυχικής υγείας της λεχρίδας και η "εκπαίδευση" της, ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει με περισσότερη αισιοδοξία και αποδοτικότητα τα προβλήματα της, που δημιουργούνται με τη γέννηση του παιδιού. Προληπτικά θα πρέπει η λεχρίδα, αλλά και το οικογενειακό της περιβάλλον, να προειδοποιούνται για το ενδεχόμενο εμφάνισης της διαταραχής και φυσικά ο υπεύθυνος γιατρός θα πρέπει να είναι σε επιφυλακή τουλάχιστον τις τρεις μετά τον τοκετό εβδομάδες.<sup>(40)</sup>



## 2.3 ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η εγκυμοσύνη είναι για τη μέλλουσα μητέρα μια μεγάλη στιγμή στη ζωή της, κορυφαίο γεγονός στον κύκλο της ζωής. Πρόκειται για μια αναπτυξιακή εμπειρία της εφηβείας. Τότε η εμφάνιση της γενετήσιας λειτουργίας και τώρα η καταξίωσή της προκαλούν ποικίλες ανακατατάξεις στο βιοσωματικό 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. Η εγκυμοσύνη, και κυρίως η πρώτη, δίνει τη μέλλουσα μητέρα περισσότερο με προηγούμενες αποφάσεις της, όπως π.χ. την επιλογή του συζύγου, την κατανομή της αγάπης της, τα επαγγελματικά της ενδιαφέροντα κ.τ.ό. Συγχρόνως όμως περικλείει φόβους, αμφιταλαντεύσεις, αγωνίες και επιτείνει κάθε πρόβλημα- προσωπικό, κοινωνικό και ψυχολογικό - που υπάρχει στη μητέρα.<sup>(20)</sup>

Ορισμένες γυναίκες μπορεί να παρουσιάσουν κατάθλιψη όταν γεννηθεί το παιδί τους. Οι πρωτότοκες γυναίκες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη. Η επιλόχεια κατάθλιψη έχει την τάση να ξαναπαρουσιάζεται στην ίδια γυναίκα, αν και μπορεί να πρωτοπαρουσιαστεί στο δεύτερο ή ακόμα και στο τρίτο παιδί.<sup>(3)</sup>

Μητέρες που μετά τον τοκετό ανέπτυξαν κατάθλιψη δεν είναι σε θέση να φροντίσουν σωστά τα παιδιά τους με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η ανάπτυξη υγιούς σχέσης και δεσμού μεταξύ τους.

Για τον λόγο αυτό είναι απαραίτητη η στενή παρακολούθηση της λεχιάδας πριν και μετά τον τοκετό από τους επαγγελματίες υγείας (π.χ. μαιές, γυναικολόγοι, νοσηλεύτριες κ.ά.) ώστε αν εμφανισθεί κατάθλιψη αυτή να αντιμετωπιστεί άμεσα.<sup>(7)</sup>

### 2.3.1 Επιδημιολογία

Ο κίνδυνος για επιλόχεια κατάθλιψη σε γυναίκες που θα γεννήσουν για πρώτη φορά είναι 10 με 15%. Ο κίνδυνος για επανεμφάνιση είναι 50% σε γυναίκες χωρίς προηγούμενη ιστορία διαταραχής στη διάθεση και μπορεί να προσεγγίσει το 100% σε αυτές τις γυναίκες με ιστορικό διαταραχής της διάθεσης και με ιστορικό προηγούμενης μεταλοχειακής κατάθλιψης.<sup>(21)</sup>

Η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί οποιαδήποτε στιγμή μετά τη γέννηση του παιδιού, ακόμη και όταν η γυναίκα έχει επιστρέψει στο σπίτι και μπορεί να διαρκέσει από λίγες εβδομάδες μέχρι και δύο χρόνια.<sup>(14)</sup>

Σε έρευνα που έχει γίνει στο Southampton της Αγγλίας στο Royal College of Psychiatry, σε μια ομάδα 200 λεχιάδων (ηλικίας από 16-39 ετών), βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό από αυτές που εμφάνισαν κατάθλιψη νόσησε, μεταξύ των 3<sup>ου</sup> και 9<sup>ου</sup> μήνα μετά τον τοκετό.<sup>(22)</sup>

### 2.3.2 Επιπτώσεις

Οι επιπτώσεις της λοχειακής κατάθλιψης δεν αφορούν μόνο την ίδια την γυναίκα αλλά και το νεογνό της. Η λοχειακή κατάθλιψη έχει σοβαρές επιπτώσεις στη λειτουργικότητα της γυναίκας ως μητέρας, καθώς την εμποδίζει να συνδεθεί συναισθηματικά με το παιδί της. Φαίνεται ότι:α) η

επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει το μωρό από τις πρώτες ημέρες ζωής του, β) τα νεογνά δείχνουν κάποια απορύθμιση στη συμπεριφορά και στη φυσιολογία τους, που πιθανότητα απορρέει από τις ενδοκρινικές αλλαγές της μητέρας, γ) αυτή η απορύθμιση επηρεάζει με τη σειρά της την ψυχοσυναλλαγή μεταξύ της μητέρας και του μωρού της, δ) οι καταθλιπτικές μητέρες χρησιμοποιούν κυρίως δύο τρόπους ψυχοσυναλλαγής, είτε της απόσυρσης είτε της παρεμβατικότητας, με αποτέλεσμα να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στα νεογνά.<sup>(23)</sup> Είναι συνηθισμένη η κακοποίηση αυτών των παιδιών αργότερα, ειδικά αν η μητέρα έχει διαταραγμένη προσωπικότητα ή μειωμένη νοημοσύνη.<sup>(12)</sup>

### 2.3.3 Προδιαθετικοί Παράγοντες

Οι ερευνητές συνδέουν την κατάθλιψη με διάφορους παράγοντες, ο κυριότερος από τους οποίους είναι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της λεχωίδας. Οι ψυχικές διαταραχές είναι γενικά περισσότερο διαδεδομένες στα χαμηλότερα στρώματα λόγω της υψηλότερης συχνότητας χρόνιων στρεσογόνων γεγονότων (όπως ανεργία, και άλυτα νομικά προβλήματα) και λιγότερου ελέγχου σ' αυτά, με συνέπεια τα άτομα να γίνονται πιο ευάλωτα στις αρνητικές συνέπειες του στρες. Στην περίπτωση των νεαρών μητέρων, η φροντίδα του νεογέννητου κουράζει τις ήδη συντετριμμένες γυναίκες από την αντιμετώπιση στρεσογόνων γεγονότων όπως οι δυσμενείς συνθήκες οικογενειακής ζωής, η φτώχεια και η κοινωνική απομόνωση, η περιθωριοποίησή τους, η έλλειψη κοινωνικής πρόνοιας.

Ο δεύτερος κατά σειρά σπουδαιότητας παράγοντας στην εκδήλωση κατάθλιψης είναι η έλλειψη υποστήριξης, ιδιαίτερα από το σύντροφο της εγκύου και τους στενούς συγγενείς της. Διαπιστώνεται μάλιστα ότι έχει σημασία όχι η ποσότητα αλλά η ποιότητα της υποστήριξης. Ανύπαντρες γυναίκες για παράδειγμα, που δεν έχουν τη συμπαράσταση του πατέρα του παιδιού τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετούς, ούτε της πατρικής τους οικογένειας λόγω της μη αποδοχής της εγκυμοσύνης, είναι πολύ πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη από άλλες έγκυες που έχουν κοντά τους ένα σύντροφο.

Στις ανύπαντρες ωστόσο γυναίκες, η κατάθλιψη μπορεί να υποχωρήσει μετά τη γέννηση του παιδιού αν τελικά η οικογένεια τους τις υποδεχτεί και τις υποστηρίξει. Στα χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα όμως η υποστήριξη 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 αυτήν.<sup>(23)</sup>

Επίσης προδιαθετικοί παράγοντες για την λοχειακή κατάθλιψη αποτελούν η εμφάνιση της και μετά προηγούμενο τοκετό (η επικινδυνότητα σ' αυτή την περίπτωση είναι 50%- 52%) , η καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά την προηγούμενη κύηση και το οικογενειακό ή ατομικό ιστορικό επεισοδίων μεϊζονος κατάθλιψης. Η αμφιθυμία για την εγκυμοσύνη είναι προδιαθετικοί παράγοντες όχι μόνο για την κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης, αλλά και για τη λοχειακή κατάθλιψη.

Μετά τον τοκετό και την παραμονή στο μαιευτήριο, η γυναίκα παίρνει μαζί της ένα μωρό που δεν μπορεί να επικοινωνήσει με αυτήν μόνο με κλάματα και η ανάγκη του για φροντίδα είναι συνεχής. Η μητέρα αισθάνεται

υπεύθυνη να προστατεύσει, να αναθρέψει και προπαντός να αγαπήσει το νεογνό που μπαίνει στη ζωή της.

Προσοδοφόρα και ενδιαφέρουσα επαγγελματική δραστηριότητα, μακροχρόνιες συνήθειες, ακόμη και 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 επιβραδύνουν τον οικογενειακό προϋπολογισμό είναι ένας σοβαρός παράγοντας άγχους και ανησυχίας. Ακόμη και όταν έχει προετοιμαστεί ανάλογα, είναι διαφορετικό να τα αντιμετωπίζει στην πραγματικότητα, που ουσιαστικά είναι απρόβλεπτη, αφού εξαρτάται και από την ιδιοσυγκρασία του παιδιού. Η συναισθηματική κατάσταση του πατέρα του παιδιού, η παρουσία κατάθλιψης σε αυτόν, το υπερβολικά εκφραζόμενο συναίσθημα και πολλοί άλλοι παράγοντες μπορεί να συντελέσουν στην εμφάνιση κατάθλιψης στη γυναίκα και μετά τους 6 μήνες (μέχρι και 12 μήνες) μετά τον τοκετό.

Γυναίκες που ήταν ευχαριστημένες από τις εμπειρίες της κύησης και του τοκετού, τους είχαν την τάση να είναι λιγότερο καταθλιπτικές κατά τη λοχεία και το μετέπειτα διάστημα. Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι ο καλύτερος προγνωστικός δείκτης για την εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης είναι η διάθεση της μητέρας τις τρεις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό.

Φαίνεται ότι η πολύ σύντομη παραμονή στο μαιευτήριο μπορεί να αυξήσει κατά πολύ την εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης. Σε μια έρευνα, γυναίκες που είχαν πάρει εξιτήριο μέσα σε 72 ώρες από τον τοκετό είχαν πολύ αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση κατάθλιψης.

Η αύξηση του σωματικού βάρους κατά την κύηση και μετά τον τοκετό, επιτείνει τη δυσαρέσκεια των γυναικών και συντελεί στην εμφάνιση μειωμένης αυτοεκτίμησης και κατάθλιψης.

Άλλοι βρήκαν ότι αν η αύξηση του βάρους είναι πάνω από 5Kg ανά έτος μετά τον τοκετό, τότε η πιθανότητα εκδήλωσης έντονων καταθλιπτικών συμπτωμάτων αυξάνεται. Επίσης, γυναίκες που τις απασχολούσε ιδιαίτερα η εικόνα του σώματος τους και εξέφραζαν την ανάγκη για έλεγχο του σωματικού τους βάρους, είχαν τις λιγότερες πιθανότητες να θηλάσουν τα μωρά τους.

Έχουν διερευνηθεί διάφοροι παράγοντες της προσωπικότητας που φαίνεται ότι σχετίζονται με την εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης. Η αισιοδοξία ως γενικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας της γυναίκας είναι συνδεδεμένη με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης για τις δύο πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό, ενώ η αυτοπεποίθηση με τη μικρότερη πιθανότητα εκδήλωσης κατάθλιψης μέχρι και την έκτη εβδομάδα. Η ενημέρωση από το μαιευτήρα για την πιθανότητα εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων έχει ως αποτέλεσμα συμπτώματα με μικρότερη διάρκεια και ένταση. Ο ενημερωμένες γυναίκες αναφέρουν λιγότερα ενοχλήματα, μπορούν να εξηγήσουν τα συναισθήματα τους και δεν πιστεύουν ότι είναι οι μόνες που υπέφεραν.

Τελευταία έχει παρατηρηθεί και λοχειακή διαταραχή πανικού. Η διαταραχή πανικού (μια ιδιαίτερα αγχώδης διαταραχή) περιπλέκει τη ζωή της μητέρας, καθώς εκτός από τις δυσκολίες που ήδη αντιμετωπίζει πρέπει να "διαχειριστεί" το άγχος της και τις κρίσεις πανικού. Το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου των βρεφών αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες θανάτου κατά το πρώτο έτος της ζωής. Γυναίκες με λοχειακή κατάθλιψη εμφανίζουν ενίοτε παθολογικό φόβο ότι θα πεθάνουν τα νεογνά τους από αυτό το σύνδρομο και

ελέγχουν συνέχεια την αναπνοή των μωρών κατά τη διάρκεια της νύχτας. Η διάγνωση της κατάθλιψης θα πρέπει να λάβει υπόψη την αλληλεπικάλυψη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τις 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.

### 2.3.4 Αιτιολογία

Η αιτιολογία της λοχειακής κατάθλιψης παραμένει άγνωστη. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η ψυχική αυτή αναστάτωση έχει συγκεκριμένη βιολογική εξήγηση: προκαλείται από την απότομη πτώση των επιπέδων των ορμονών στον οργανισμό, η οποία έρχεται μετά την ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης, όπως και από την θυρεοειδή δυσλειτουργία.

Υποστηρίζουν επίσης, ότι η επιλόχεια κατάθλιψη σχετίζεται με τις μεταβολές στα επίπεδα των οιστρογόνων, τις προγεστερόνης (των ορμονών του αναπαραγωγικού κύκλου), της κορτιζόλης και της θυροξίνης. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα επίπεδά τους στον οργανισμό είναι πολύ υψηλά, και ίσως εκεί οφείλεται η γαλήνη που αισθάνονται πολλές γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη τους. Η εξήγηση που έχει δοθεί από διάφορες επιστημονικές έρευνες είναι ότι η προγεστερόνη μπορεί να επηρεάσει τη δράση ορισμένων ουσιών που σχετίζονται με τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τις παρορμήσεις, τις αποφάσεις και την καλή διάθεση. Έτσι, οι χημικές αυτές ουσίες της ευτυχίας κυκλοφορούν περισσότερο στον εγκέφαλο της εγκύου. Μετά τον τοκετό, όμως, τα επίπεδα των ορμονών... Καταποντίζονται, καθώς το σώμα περνά σε μια περίοδο ανάπαυσης: για έξι έως οκτώ εβδομάδες, δεν γίνεται ωορρηξία και η γυναίκα δεν έχει περίοδο. Και ως γνωστόν, αν θηλάζει, το διάστημα αυτό παρατείνεται για όσο διαρκεί ο θηλασμός.

Η άλλη ορμόνη που οι επιστήμονες υποψιάζονται ότι, με την ανεπάρκεια της, μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλόχεια κατάθλιψη είναι η κορτιζόλη, υπεύθυνη (για να ρυθμίζει την πίεση και το σάκχαρο του αίματος, ώστε το σώμα να μπορεί να αντεπεξέλθει σε μια κατάσταση έντασης. Με το σοφό μηχανισμό της φύσης, στους τελευταίους μήνες της κύησης η κορτιζόλη αυξάνεται εν όψει του τοκετού, ενώ μετά από αυτόν πέφτει κατακόρυφα.<sup>(10)</sup>

Ωστόσο, η πλειονότητα των ερευνών που εξετάζουν τη σχέση ανάμεσα σε βιολογικούς παράγοντες και στην επιλόχεια κατάθλιψη δε φαίνεται να καταλήγουν σε διαφωτιστικά συμπεράσματα. Τα αποτελέσματα είναι αντιφατικά και ασαφή, οι αναδυόμενες συναρτήσεις παρακινδυνευμένες και ελλιπώς τεκμηριωμένες, ενώ οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών συχνά είναι πολύ χαμηλές.

Ερευνητικά δεδομένα εισηγούνται ότι η αυξημένη επικράτηση της κατάθλιψης τους πρώτους μήνες μετά τον τοκετό, μπορεί εν μέρει να ερμηνευθεί με βάση ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Για παράδειγμα, παράγοντες που έχουν εντοπιστεί να επηρεάζουν, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, την ψυχολογική κατάσταση μετά τον τοκετό είναι η ισχύς του εγώ της μητέρας, η ποιότητα της συζυγικής σχέσης, το άγχος και ο νευρωτισμός κατά την εγκυμοσύνη, τα πιεστικά για τον ψυχικό γεγονότα κατά την εγκυμοσύνη και τη λοχεία, ο βαθμός της κοινωνικής υποστήριξης, καθώς και χαρακτηριστικά του ίδιου του βρέφους, όπως κακή κινητική λειτουργία και ευερεθιστότητα.

Το επιχείρημα ότι κυρίως ψυχοκοινωνικοί και όχι βιολογικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την επιλόχεια κατάθλιψη ενισχύεται και από το γεγονός ότι όχι μόνο η μητέρα αλλά και ο πατέρας καθώς και οι θετοί γονείς μπορεί να αισθανθούν αντίστοιχα, καταθλιπτικά συμπτώματα.

Ένα ακόμη ισχυρότατο επιχείρημα είναι ότι τα αίτια της επιλόχειας κατάθλιψης είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με το ρόλο των γυναικών και το γενικότερο χαρακτήρα της αναπαραγωγής στη σύγχρονη δυτική κοινωνία. Μελέτες ερευνητικού και κλινικού χαρακτήρα, που έχουν γίνει σε άλλους πολιτισμούς, όπως στην Κίνα, τη Νιγηρία, την Τζαμάικα, αποκαλύπτουν ότι εκεί το φαινόμενο της επιλόχειας κατάθλιψης είναι εξαιρετικά σπάνιο. Προστατευτική παράμετρος στις κοινωνίες αυτές θεωρήθηκε η τελετουργική φροντίδα της μητέρας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό, η προστασία από μια μεγάλη ομάδα άλλων γυναικών, οι ξεκάθαρες οδηγίες. Επιπλέον, και αυτό είναι ίσως το σπουδαιότερο, η γυναίκα μόλις γίνει μητέρα, αποκτά κύρος και η θέση της αλλάζει ριζικά μέσα στην κοινωνική ομάδα.

Αντίθετα, στη σύγχρονη δυτική κοινωνία η γυναίκα έχει ελάχιστο χρόνο στη διάθεσή της για να συνέλθει, δέχεται έναν καταϊγισμό αντικρουόμενων οδηγιών ως προς το τι μπορεί ή δεν μπορεί, πρέπει ή δεν πρέπει να κάνει, οφείλει ή δεν οφείλει να αισθάνεται.<sup>(2)</sup>

Τέλος, η κληρονομικότητα φαίνεται ότι παίζει ρόλο στην εκδήλωση της νόσου. Στο συγγενικό περιβάλλον των ασθενών συχνά βρίσκονται άτομα με διπολική διαταραχή.<sup>(7)</sup>

### 2.3.5 Διάγνωση

Η αναγνώριση γυναικών που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη πρέπει να είναι στις προτεραιότητες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, που ασχολείται με τη νοσηλεία γυναικών που έχουν γεννήσει. Το διαγνωστικό κριτήριο για μια καταθλιπτική διαταραχή, δεν είναι διαφορετική στην περίοδο της λοχείας, με τη διαφορά ότι τα συμπτώματα πρέπει να παραμένουν για περισσότερο από δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό, για να το ξεχωρίσουμε από τα «baby blues».<sup>(24)</sup>

Η ασθενής νιώθει δυσφορία το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα και για τουλάχιστον 2 εβδομάδες. Γενικά, τουλάχιστον τέσσερα από τα επόμενα συμπτώματα πρέπει να παρουσιάζονται για να πούμε ότι πάσχει από επιλόχεια κατάθλιψη: η λεχίδα αντιμετωπίζει δυσκολίες στο να παίρνει αποφάσεις, αλλάζουν οι διατροφικές της συνήθειες ανορεξία, υποφέρει από αϋπνίες, νιώθει ένοχη και ανάξια να μεγαλώσει το παιδί, ανησυχεί συνεχώς για την υγεία του παιδιού, σκέφτεται συνεχώς το θάνατο και έχει αυτοκτονικές τάσεις.<sup>(25)</sup>

### 2.3.6 Κλινική Συμπτωματολογία

Στην ταξινόμηση ICD-10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO, 1992) η κατάθλιψη της λοχείας ταξινομείται στην κατηγορία «ψυχικές διαταραχές της συμπεριφοράς συνδεδεμένες με τη λοχεία, ο οποίες δεν ταξινομούνται αλλού». Η επιλόχεια κατάθλιψη αναγνωρίστηκε πρόσφατα από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία ως διαταραχή της διάθεσης που εμφανίζεται κατά τη λοχεία (DSM- IV, 1994).

Αρκετός λόγος έχει γίνει, ώστε να διασαφηνιστεί αν η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί ξεχωριστά κλινική οντότητα ή είναι απλώς ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης που λαμβάνει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της από τις ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν την επιλόχεια περίοδο.

Η έναρξη των συμπτωμάτων συνήθως εγκαθίσταται μετά από 2-3 εβδομάδες έως μερικούς μήνες από τον τοκετό και, αν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα, διαρκεί συνήθως έως και δύο χρόνια. Αρκετά συχνά έχει προηγηθεί επεισόδιο επιλόχειας ακεφιάς (baby blues). Η συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης προσομοιάζει με αυτή ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Η ασθενής παραπονείται για καταθλιπτική διάθεση, άγχος, έλλειψη ευχαρίστησης, ευσυγκινησία, εύκολη κόπωση, αίσθημα ανεπάρκειας να φροντίσει το βρέφος, δυσκολία στη συγκέντρωση, μειωμένη ή αυξημένη όρεξη, προβλήματα στον ύπνο.

Μπορεί να συνυπάρχουν ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα, όπως ιδεοληψίες να σκοτώσει το βρέφος, ή ψυχωσικά συμπτώματα (παραλήρημα, ψευδαισθήσεις). Άλλοτε συνυπάρχει αυτοκτονικός ιδεασμός ή και απόπειρα αυτοκτονίας. Σπάνια, μπορεί να επιχειρηθεί και ανθρωποκτονία του βρέφους.<sup>(26)</sup>

Γενικά παρατηρείται διέγερση και ευφορικό συναίσθημα ή μεταλλαγές ευφορικής και καταθλιπτικής διάθεσης. Το ευφορικό συναίσθημα παρατηρείται κυρίως την πρώτη μετά τον τοκετό ημέρα και μειώνεται σε μεγάλο βαθμό μετά την τέταρτη. 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 φτάνει στα επίπεδα της υπομανίας.<sup>(27)</sup>

Τέλος, στο 30% περίπου των γυναικών παρατηρείται κεφαλαλγία, ιδιαίτερα σε γυναίκες με ιστορικό ημικρανίας. Διαρκεί όλη τη μέρα, είναι αμφοτερόπλευρη και μερικές φορές συνοδεύεται από φωτοευαισθησία, ναυτία και εμετό.<sup>(7)</sup>

### 2.3.7 Πρόληψη και προφύλαξη

Ο σκοπός της πρόληψης είναι να εντοπιστούν εγκαίρως οι γυναίκες εκείνες που έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν επιλόχεια κατάθλιψη και να αντιμετωπιστούν κατάλληλα.

#### α) πρωτοβάθμια πρόληψη

Η εντόπιση των γυναικών που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη κατά την επιλόχεια περίοδο πρέπει να γίνεται από το τρίτο τρίμηνο της κύησης ή τουλάχιστον κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο.

Το θετικό ατομικό ή οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό, η παρουσία αγχώδους ή και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά την εγκυμοσύνη και η συνύπαρξη ψυχοκοινωνικών επιβαρυντικών παραγόντων είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη επιλόχειας κατάθλιψης.

Οι γυναίκες με θετικό ατομικό ψυχιατρικό ιστορικό για διαταραχή της διάθεσης ή προηγούμενο επεισόδιο επιλόχειας κατάθλιψης, ανεξαρτήτως βαρύτητας, πρέπει να έχουν τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης. Αν έχει διακοπεί η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική

αγωγή κατά την εγκυμοσύνη, πρέπει να επαναχορηγείται αμέσως μετά τον τοκετό. Σε μερικές περιπτώσεις, κρίνεται απαραίτητο να επαναχορηγείται η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή ήδη από το τρίτο τρίμηνο της κύησης. Ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας φαίνεται ότι αποδίδει τα καλύτερα αποτελέσματα.

Στους ψυχοκοινωνικούς επιβαρυντικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος, τα αρνητικά γεγονότα ζωής, η έλλειψη σταθερού επαγγέλματος, η έλλειψη προηγούμενης εμπειρίας με παιδιά, η απρογραμμάτιστη εγκυμοσύνη, η απαισιοδοξία κατά την εγκυμοσύνη, η ανύπαντρη μητέρα, τα σοβαρά προβλήματα στη συζυγική σχέση, οι δυσκολίες στη σχέση της λεχιάδας με τη μητέρα της, η πολύτεκνη μητέρα κ.ά.

Οι γυναίκες αυτές είναι απαραίτητο να ενημερώνονται για τον κίνδυνο που διατρέχουν να παρουσιάσουν κατάθλιψη κατά την περίοδο της λοχείας και για την αναγκαιότητα της έγκαιρης αναζήτησης ιατρικής βοήθειας. Σημαντική, επίσης, είναι η ευαισθητοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος της γυναίκας που έχει αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσει επιλόχεια κατάθλιψη. Πρέπει να επισημανθεί η προληπτική αξία και η αναγκαιότητα της υποστήριξης της μητέρας από το οικογενειακό της περιβάλλον. Αν εντοπιστούν σοβαρά οικογενειακά προβλήματα σε ευεπίφορο άτομο, πρέπει να γίνεται σύσταση οικογενειακής ψυχοθεραπείας.

Ένας άλλος πολύ σημαντικός παράγοντας πρωτογενούς πρόληψης είναι η ενημέρωση των γυναικολόγων, παιδιάτρων, μαιών, αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού, οι οποίοι έρχονται σε επαφή με τα ευεπίφορα άτομα, ώστε να είναι ενημερωμένοι σχετικά με την κλινική αυτή οντότητα. Σε επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης μπορεί να βοηθήσουν οι ενημερωτικές εκπομπές από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, η δημιουργία ιστοσελίδων στο διαδίκτυο, οι ομάδες αυτοβοήθειας, η δυνατότητα τηλεφωνικής γραμμής άμεσης βοήθειας κ.ά.

Ανθρωπολογικές μελέτες επισημαίνουν ότι πολλοί πολιτισμοί παρέχουν ιδιαίτερη φροντίδα στη μητέρα τις πρώτες 40 ημέρες μετά τον τοκετό. Κατά την περίοδο αυτή η μητέρα ξεκουράζεται, δεν δέχεται επισκέψεις, η οικογένεια περιποιείται τη λεχιάδα με κάθε δυνατό τρόπο, της δίνονται οδηγίες για την φροντίδα του μωρού από γυναίκες του συγγενικού της περιβάλλοντος, δεν της αναφέρουν δυσάρεστα νέα, φροντίζουν τα χρώματα στο χώρο να είναι χαρούμενα και, γενικά, φροντίζουν κάθε ανάγκη της ίδιας και του μωρού. Στο σύγχρονο τρόπο ζωής των αστικών κέντρων των δυτικών κοινωνιών, η μητέρα επιστρέφει στο σπίτι από το μαιευτήριο μερικές ημέρες μετά τον τοκετό, συχνά πρέπει να φροντίζει μόνη της το μωρό χωρίς την υποστήριξη συγγενών ή γειτόνων, μη γνωρίζοντας πως πρέπει να αντιμετωπίσει διάφορα προβλήματα που ανακύπτουν, ενώ όχι σπάνια, θα πρέπει και να επιστρέψει στην εργασία της μερικές εβδομάδες αργότερα.

### **β) Δευτεροβάθμια πρόληψη**

Η έγκαιρη εντόπιση των γυναικών που παρουσιάζουν επιλόχεια κατάθλιψη είναι εξαιρετικής προληπτικής σημασίας σε επίπεδο δευτερογενούς πρόληψης.

Η αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και ταυτόχρονη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας (υποστηρικτική, γνωσιακή, διαπροσωπική).

Σε μερικές (όπως επί υπάρξεως ψυχωσικής συμπτωματολογίας αυτοκτονικού ή ανθρωποκτονικού ιδεασμού) ίσως απαιτηθεί νοσηλεία.

Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι απαραίτητο να αποκλειστεί η ύπαρξη κατάθλιψης είναι απαραίτητο να αποκλειστεί η ύπαρξη υποθυρεοειδισμού, ο οποίος αν δεν αντιμετωπιστεί σωστά και έγκαιρα, δυσχεραίνει την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

Η κλινική εμπειρία των τελευταίων ετών έχει καταδείξει την αντικαταθλιπτική αποτελεσματικότητα της ομάδας των αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), ιδίως όταν συνυπάρχουν και ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα (π.χ. φλονοξετίνη, παροξετίνη, σιταλοπράμη, κ.ά).

Για τις ασθενείς όπου συνυπάρχει έντονο άγχος, καταλληλότερα θεωρούνται τα αντικαταθλιπτικά που έχουν κατασταλτικές ιδιότητες όπως η ιμιπραμίνη, η νορτριπυλίνη και η μιρταζαπίνη (εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης σεροτονίνης- νοραδρεναλίνης). Τα αγχολυτικά της ομάδας των βενζοδιαζεπινών καλό είναι να αποφεύγονται, λόγω του κινδύνου ανάπτυξης εξάρτησης, παράδοσης έξαρσης της ψυχοκινητικής ανησυχίας, καθώς και λόγω της απαγόρευσης της χρήσης τους κατά το θηλασμό. Είναι προτιμότερο να συνιστάται η διακοπή του θηλασμού όταν η μητέρα λαμβάνει αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή, παρ' όλο που διάφορες μελέτες αναφέρουν ότι μικρά μόνο ποσά των φαρμάκων αυτών ανευρίσκονται στο μητρικό γάλα. Αν η μητέρα αρνείται να διακόψει το θηλασμό, τότε η χορήγηση νορτριπυλίνης ή δεσιπραμίνης φαίνεται ότι είναι περισσότερο ασφαλής για το παιδί.

Η λεχιάδα που λαμβάνει αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή πρέπει να έχει στενή ψυχιατρική παρακολούθηση και να καταγράφονται οι αλλαγές της διάθεσης με την πάροδο του χρόνου, ώστε να διακόπτεται εγκαίρως το *αντικαταθλιπτικό* μόλις εμφανιστούν ανάλογες ενδείξεις υπερθυμίας.

Όταν η συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης είναι σοβαρή ή συνυπάρχουν ψυχωσικά στοιχεία, συστήνεται νοσηλεία και η θεραπεία εκλογής είναι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT), με θεαματικά αποτελέσματα.

Στα πλαίσια ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης παρέχονται πληροφορίες σχετικά με τη φύση και την πορεία της νόσου, ενεργοποιούνται οι υποστηρικτικές δυνατότητες της οικογένειας προς τη λεχιάδα και γίνεται προσπάθεια εξομάλυνσης των οικογενειακών δυναμικών. Η γνωσιακή – συμπεριφορική και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία θεωρούνται οι πλέον κατάλληλες για την επιλόχεια κατάθλιψη.

Η καθυστέρηση στην έναρξη της θεραπευτικής αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης ενέχει κινδύνους για τη ζωή της μητέρας αλλά και του *παιδιού*. Η καταθλιπτική συμπτωματολογία βαθμιαία επιδεινώνεται και γίνεται συχνά ανθεκτική στη θεραπεία.

Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να δοθεί στη φροντίδα του νεογνού – βρέφους για όσο διάστημα η μητέρα αδυνατεί να το φροντίσει. Όσο η κατάσταση της μητέρας βελτιώνεται, θα πρέπει να γίνεται σταδιακή επανένταξή της στο μητρικό ρόλο. Προληπτικά, γυναίκα με ατομικό ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης πρέπει να έχει ψυχιατρική παρακολούθηση σε επόμενη κύηση και για μερικούς μήνες μετά τον τοκετό. Αν το προηγούμενο καταθλιπτικό επεισόδιο ήταν σοβαρό, θα πρέπει να χορηγηθεί προληπτική αντικαταθλιπτική αγωγή αμέσως μετά τον τοκετό.<sup>(26)</sup>



## 2.4 ΛΟΧΕΙΑΚΗ ΨΥΧΩΣΗ

Η λοχειακή ψύχωση, ένα από τα παραδείγματα των ψυχωτικών διαταραχών μη προσδιοριζόμενων αλλιώς, είναι ένα σύνδρομο που συχνά χαρακτηρίζεται από κατάθλιψη, παραληρήματα και σκέψεις από (πλευράς της μητέρας να βλάψει είτε το παιδί της, είτε τον εαυτό της. Τέτοιες αυτοκτονικές ή εναντίον του παιδιού της σκέψεις θα πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά, αφού μερικές μητέρες ενήργησαν με βάση αυτές. Τα περισσότερα από τα διαθέσιμα δεδομένα δείχνουν στενή σχέση μεταξύ επιλόχειας ψύχωσης και διαταραχών της διάθεσης, ειδικά της διπολικής διαταραχής και της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής.<sup>(28)</sup>

Η συστηματική όμως μελέτη της άρχισε με τον Esquirol διέκρινε τέσσερις τύπους ψύχωσης, την «άνοια», τη «μανία», τη «λυτομανία» (lyromania), που προφανώς αναφέρεται σε γρήγορες μεταπτώσεις της λεχιάδας από κατάθλιψη σε μανία και αντίστροφα, και τη «μονομανία». Η μελέτη του αφορά 92 λεχιάδες, από τις οποίες οι 37 ανέπτυξαν την ψύχωση το πρώτο δεκαπενθήμερο και οι υπόλοιπες 55 μετά. Ο Warie περιέγραψε 46 περιπτώσεις ψυχωτικών λεχιάδων από τις οποίες οι 33 ανέπτυξαν την ψύχωση τις πρώτες 10 μέρες και οι υπόλοιπες μετά, διέκρινε δε 29 περιπτώσεις «μανίας», 10 «μελαγχολίας», 5 «μερικής τρέλας» (partial insanity) και δύο «παροδικής πνευματικής εξασθένησης» (transitory intellectual enfeeblement). Οι έννοιες «μανία», «μελαγχολία» κτλ., που αναφέρονται από τους δύο συγγραφείς αν και δεν είναι ταυτόσημες με τις σημερινές, καλύπτουν σε γενικές γραμμές τις ίδιες νοσολογικές οντότητες.<sup>(7)</sup>

Ακόμα και σήμερα, υπάρχει ασάφεια και σύγχυση εν πολλοίς γύρω από τον όρο «λοχειακές ψυχώσεις». Οι περισσότεροι ερευνητές υποστηρίζουν ότι δεν υφίστανται τέτοιες ξεχωριστές νοσολογικές οντότητες και ότι οι λεγόμενες «λοχειακές ψυχώσεις» είναι απλώς οι κλασικές ενδογενείς ψυχώσεις, που τυχαίνει να εκδηλώνονται γύρω από την εποχή του τοκετού και της λοχείας. Άλλοι αντίθετα, θεωρούν ότι οι «λοχειακές ψυχώσεις» διαφέρουν από τις ενδογενείς, τόσο ως προς την αιτιολογία όσο και ως προς την πρόγνωση. Τέλος, κάποιοι συγγραφείς με βάση ορισμένα άτυπα χαρακτηριστικά, που περιγράφονται συχνότερα στις «λοχειακές ψυχώσεις» διατείνονται ότι ίσως αποτελούν ξεχωριστές υποομάδες των λειτουργικών ψυχώσεων. Η όγδοη αναθεώρηση της διεθνούς ταξινομήσεως των νοσημάτων συνιστούσε να ταξινομούνται οι λοχειακές ψυχωτικές διαταραχές σύμφωνα με τη συμπρωματολογία ως μανιακές, καταθλιπτικές, σχιζοφρενικές κλπ. και μόνον εκείνες που δεν μπορούσαν να ταξινομηθούν μ' αυτό τον τρόπο να παίρνουν την προσωνομία των λοχειακών ψυχώσεων.

Η ένατη αναθεώρηση κατήργησε τον όρο «λοχειακές ψυχώσεις», με το επιχείρημα ότι οι ψυχώσεις που εμφανίζονται μετά τον τοκετό δεν είναι δυνατόν να διακρίνουν κλινικά από εκείνες που συμβαίνουν σε άλλες εποχές.

Ορισμένοι ερευνητές, όμως, έχουν καταδείξει ότι οι μελέτες, στις οποίες βασίστηκε αυτή η απόφαση, έχουν σοβαρές μεθοδολογικές ατέλειες. Παρ' όλα αυτά και σε πείσμα και παλαιότερων προσπαθειών του Hamilton, που τόνιζε τα ξεχωριστά χαρακτηριστικά των «λοχειακών ψυχώσεων», η γνώμη ότι δεν υφίστανται τέτοιες ιδιαίτερες κλινικές οντότητες έγινε ευρέως αποδεκτή.

Τελευταίες, εν τούτοις, επιδημιολογικές έρευνες αναζωογόνησαν το ενδιαφέρον των ερευνητών, όταν αποδείχθηκε η αιτιολογική σχέση μεταξύ τους και εισβολής οξείας ψυχικής νόσου. Εσχάτως, ο όρος «λοχειακές

ψυχώσεις» επανήλθε στο προσκήνιο. Η νέα διαγνωστική κατάταξη των ψυχικών νοσημάτων του DSM- IV επαναφέρει τη διαγνωστική κατηγορία των ψυχώσεων αυτών και τις εντάσσει στις «ψυχωσικές διαταραχές, μη άλλως καθοριζόμενες».<sup>(5)</sup>

#### 2.4.1 Επιδημιολογία

Η συχνότητα της επιλόχειας ψύχωσης ανέρχεται σε περίπου 1 ανά 1.000 γεννήσεις, αν και μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι η συχνότητα μπορεί να φθάσει μέχρι 2 ανά 1.000 γεννήσεις.<sup>(28)</sup>

Ο Raffenbargез κατέδειξε ότι τον πρώτο μήνα της λοχείας δεκαοκτώ φορές περισσότερες γυναίκες εισάγονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία απ' ότι σε κάθε μήνα της εγκυμοσύνης χωριστά, ενώ ο Kendell υπολόγισε ότι οι πρωτότοκες παρουσίασαν 35 φορές υψηλότερο κίνδυνο εισαγωγής σε ψυχιατρική κλινική στον πρώτο μήνα της λοχείας.

Η στενή χρονική συσχέτιση μεταξύ τοκετού και ενάρξεως των συμπτωμάτων επιβεβαιώνεται και από μια άλλη εργασία, σύμφωνα με την οποία μέσα στις δύο πρώτες εβδομάδες εκδηλώνονται τα 72% και μέσο στις τέσσερις πρώτες εβδομάδες τα 83% των περιστατικών ψυχικών νόσων.

Για να χαρακτηριστεί βέβαια μια ψύχωση ως λοχειακή, θα πρέπει να εμφανιστεί τον πρώτο καιρό μετά τον τοκετό. Εδώ, όμως, ως προς τους χρονικούς προσδιορισμούς, υφίσταται μεγάλη διχογνωμία. Άλλοι υποστηρίζουν ότι μια ψυχική διαταραχή είναι λοχειακή, εφόσον εμφανιστεί εντός 2-3 εβδομάδων μετά τον τοκετό.

Άλλοι επεκτείνουν το όριο αυτό στον έναν ή τους δύο μήνες, ενώ πολλοί το παρατείνουν μέχρι τους τρεις μήνες. Τέλος, ορισμένοι, επεκτείνουν το όριο μέχρι τους έξι μήνες.

Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι ορισμένες ψυχώσεις, που εκδηλώνονται περί το τέλος της κυήσεως, μπορούν υπό ορισμένες προϋποθέσεις (εμφάνιση αποκλειστικά περί την εποχή του τοκετού, προ και μετά, ευνοϊκή εξέλιξη, τυπική κλινική εικόνα, απουσία νοσησεων εκτός εγκυμοσύνης) να χαρακτηριστούν ως λοχειακές.<sup>(5)</sup>

Αν και η επιλόχεια ψύχωση είναι ουσιαστικά διαταραχή των γυναικών, σε μερικές σπάνιες περιπτώσεις προσβάλλεται και ο πατέρας. Σε αυτές τις σπάνιες περιπτώσεις ο σύζυγος μπορεί να αισθάνεται εκτοπισμένος από το παιδί και μπορεί να είναι ανταγωνιστικός έναντι της αγάπης και της προσοχής της μητέρας. Όμως, πιθανόν ο πατέρας να έχει μια συνυπάρχουσα μείζονα ψυχιατρική διαταραχή που επιδεινώθηκε με το στρες της πατρότητας.<sup>(2)</sup>

#### 2.4.2 Αιτιολογία

Η αιτιολογία των ψυχώσεων της λοχείας, όπως και όλων των ψυχικών διαταραχών, είναι πολυπαραγοντική και εμπλέκονται σ' αυτήν γενετικοί, βιολογικοί και σε μικρότερο βαθμό ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.

Οι γενετικοί παράγοντες σχετίζονται με την κληρονομική προδιάθεση. Είναι γνωστό ότι συχνά στο στενό συγγενικό περιβάλλον των λεχωίδων, που νοσούν από ψύχωση της λοχείας, ανευρίσκονται σε μεγαλύτερη συχνότητα άτομα που πάσχουν από ψυχικά νοσήματα και ιδιαίτερα από συναισθηματικές διαταραχές και σχιζοφρένεια.

Οι βιολογικοί παράγοντες σχετίζονται ιδιαίτερα με διάφορες ορμονικές μεταβολές που παρατηρούνται αμέσως μετά τον τοκετό και έχουν σχέση κυρίως με τον υποθάλαμο – υποφύσιο – ωθηκικό άξονα. Τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό παρατηρείται μεγάλη η πτώση των επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης και μεγάλη αύξηση των επιπέδων της προλακτίνης.

Τα επίπεδα της προγεστερόνης πέφτουν από 140 σε 2mg/ ml 10 μέρες μετά τον τοκετό και τα επίπεδα των οιστρογόνων μειώνονται από 2100 στα 10mg/ml των έναντι ημέρα μετά τον τοκετό. Τα επίπεδα της προλακτίνης φτάνουν στα υψηλότερα τους επίπεδα την Τρίτη ημέρα μετά τον τοκετό και μετά μειώνονται βαθμιαία.

Αν και πολλές παρατηρήσεις σχετικά με τη σημασία των ορμονών βασίζονται σε ελαφρά περιστατικά οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν στο ότι: 1) Υψηλότερα επίπεδα οιστρογόνων πριν από τον τοκετό σχετίζονται με μεγαλύτερη ευερεθιστότητα των λεχωίδων 2) όσο μεγαλύτερη είναι η πτώση των επιπέδων της προγεστερόνης μετά τον τοκετό τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες, η λεχωίδα να αναπτύξει καταθλιπτική συμπτωματολογία τις επόμενες δέκα μέρες μετά τον τοκετό, και 3) όσο χαμηλότερα τα επίπεδα των οιστρογόνων μετά τον τοκετό τόσο πιο έντονες διαταραχές του ύπνου αναφέρονται.

Έχει βρεθεί ότι σε γυναίκες που ανέπτυξαν ψύχωση μετά τον τοκετό, τα επίπεδα της CAMP ( μονοφωσφορική κυκλική αδενοσίνη) είναι αυξημένα σε υπερβολικό βαθμό πριν από τον τοκετό και μειώνονται μετά από αυτόν. Η μείωση αυτή συνδέεται από ορισμένους ερευνητές με την κατάθλιψη που παρατηρείται στις λεχωίδες, ενώ η αύξησή τους με έξαρση και διέγερση.

Έχει εκφραστεί η άποψη ότι ψύχωση της λοχείας είναι δυνατόν να προκληθεί μετά από χορήγηση βρωμοκρυπτίνης και αλκαλοειδών της ερυσιβώδους ολύρας. Ο παρατηρήσεις όμως αυτές δεν έχουν ακόμα επιβεβαιωθεί από άλλους.

Έχει υποστηριχθεί ακόμα ότι μειωμένα επίπεδα κορτικοστεροειδών ή θυροξίνης παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη καταθλιπτικών διαταραχών στις λεχωίδες. Ρόλο επίσης παίζουν και τα μειωμένα επίπεδα ενδορφινών, που έχουν σχέση με τη δυσφορία, μειωμένη κινητικότητα, λήθαργο και συναισθηματική αστάθεια που παρατηρούνται στις ψυχώσεις της λοχείας.

Η εγκυμοσύνη, και ιδιαίτερα η πρώτη, θεωρείται ως στρεσογόνος παράγοντας, τόσο για την έγκυο όσο και για το στενό της οικογενειακό περιβάλλον. Η μελλοντική μητρότητα θέτει σε δοκιμασία τη θηλυκότητα της γυναίκας και δημιουργεί συχνά έντονη αμφιθυμία για τη διατήρηση της εγκυμοσύνης. Το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα έντονο αν υπάρχει δυσαρμονία στο ζευγάρι και έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, συναισθηματικής και υλικής αλλά και όταν η εγκυμοσύνη δεν είναι νόμιμη. Πιθανοί ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση ψύχωσης της λοχείας είναι επίσης 1) διαταραγμένες σχέσεις με τους γονείς, με τη μορφή της εγκατάλειψης ή της υπερπροστασίας 2) υπερευαισθησία του ατόμου στη συμπεριφορά και τα συναισθήματα των άλλων. Οι παραπάνω στρεσογόνοι παράγοντες θεωρούνται δευτερεύουσας σημασίας για την ανάπτυξη της ψύχωσης της λοχείας, αλλά βασικής σημασίας για την εμφάνιση των άλλων ψυχικών διαταραχών της λεχωίδας.

Λόγοι που έχουν σχέση με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό όπως επιπλοκές κατά την κύηση, προχειρότητα του τοκετού, επιμηκυμένος τοκετός, καισαρική τομή, νεκρό κτλ., δεν φαίνεται να παίζουν ιδιαίτερο ρόλο ως στρεσογόνοι παράγοντες. Επίσης, ούτε το φύλο του παιδιού παίζει ιδιαίτερο ρόλο, αν και υπάρχουν ερευνητές που υποστηρίζουν ότι ο κίνδυνος είναι αυξημένος σε γυναίκες που έχουν γεννήσει κορίτσι.<sup>(7)</sup>

### 2.4.3 Διάγνωση

Στο DSM – IV δεν περιλαμβάνονται ειδικά διαγνωστικά κριτήρια. Η διάγνωση μπορεί να τεθεί όταν η ψύχωση εμφανίζεται σε μικρό χρονικό διάστημα από τον τοκετό, αν και θα πρέπει να συμπεριληφθεί στη διαφορική διάγνωση η διαταραχή διάθεσης. Στα χαρακτηριστικά συμπτώματα περιλαμβάνονται παραληρητικές ιδέες, γνωσιακές ελλείψεις, κινητικές διαταραχές, διαταραχές διάθεσης και περιστασιακά ψευδαισθήσεις. Το περιεχόμενο του ψυχωτικού υλικού περιστρέφεται γύρω από τη μητρότητα και την εγκυμοσύνη.

Το DSM- IN λαμβάνει επίσης υπόψη τη διάγνωση βραχείας αντιδραστικής ψύχωσης με επιλόχεια έναρξη.<sup>(28)</sup>

### 2.4.4 Κλινική Συμπτωματολογία

Η ψύχωση της λοχείας αποτελεί την πιο σοβαρή ψυχική διαταραχή που παρατηρείται στις λεχώιδες. Υπάρχει ανάγκη άμεσης και ορθής διάγνωσης γιατί είναι αρκετό υψηλός ο κίνδυνος της αυτοκτονίας και της βρεφοκτονίας, γι' αυτό είναι απαραίτητη ενδονοσοκομειακή νοσηλεία και στενή ψυχιατρική παρακολούθηση της ασθενούς.<sup>(7)</sup>

Οι περισσότερες πάντως περιπτώσεις λοχειακής ψυχώσεως αρχίζουν στις 2-3 πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό. Από τη στιγμή δε της πλήρους εκδηλώσεως της νόσου, η κλινική εικόνα σε κάθε περίπτωση εξαρτάται από τη μορφή της διαταραχής, αν δηλαδή είναι συναισθηματική – μανιακή ή καταθλιπτική – σχιζοσυναισθηματική, σχιζοφρενή. Εν τούτοις, ορισμένοι συγγραφείς επιμένουν ότι υπάρχουν κάποια ιδιαίτερα κλινικά χαρακτηριστικά, που παρατηρούνται συχνότερα σε λοχειακές παρά σε μη λοχειακές ψυχώσεις και τα οποία αποτελούν την αφετηρία για χωριστές ταξινομήσεις. Τα συμπτώματα αυτά είναι η σύγχυση, η αμηχανία, η απώλεια προσανατολισμού, ο αλυσμός, το ονειρικό συναίσθημα και η συναισθηματική αστάθεια. Επίσης, περιγράφονται πολύ συχνά οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις και έντονες παραληρητικές καταστάσεις, με προεξάρχον το παραλήρημα διώξεως.

Άλλες εργασίες όμως δεν βρίσκουν διαφορετικές συχνότητες μεταξύ λοχειακών και μη λοχειακών ψυχώσεων όσον αφορά στα άτυπα κλινικά χαρακτηριστικά. Οι πρώιμες λοχειακές ψυχώσεις παρουσιάζονται συνηθέστερα με ιδέες εσωτερικού θανάτου, προσωπικής μεταμορφώσεως, μεταβίβασεως σκέψεων ή υπερφυσικών δυνάμεων, ενώ οι όψιμες εκδηλώνονται με ιδέες διώξεως και ιδεοληπτικούς φόβους των ασθενών ότι θα βλάψουν το παιδί.

Μερικές ασθενείς εμφανίζονται έκδηλα καταθλιπτικές και ανασταλμένες, μεταπίπτοντας βαθμιαία σε stupor, ενώ άλλες εκδηλώνουν ευφορία με τα συνήθη χαρακτηριστικά των μανιοκαταθλιπτικών διαταραχών. Ορισμένες

φορές το συναίσθημα εναλλάσσεται ταχέως μεταξύ καταθλίψεως και μανίας, ακόμα και μέσα στην ίδια ημέρα, ενώ τα παραληρητικά στοιχεία περιστρέφονται γύρω από την ίδια την ασθενή, το παιδί και τον πατέρα. Η ασθενής συχνά πιστεύει ότι έχει μολυνθεί από αφροδίσιο νόσημα που το μετέδωσε στο βρέφος. Ακόμα, μπορεί να έχει την εντύπωση ότι είναι άπιστη προς τον σύζυγο και ότι δεν τρέφει αγάπη ούτε γι' αυτόν ούτε για το παιδί. Άλλοτε πάλι πιστεύει ότι το παιδί παρουσιάζει διαμαρτίες περί τη διάπλαση ή ότι είναι νεκρό. Τέλος, μπορεί να πιστεύει ότι είναι ανίκανη να το φροντίζει.

Σε περίπτωση σχιζοφρένειας, το παραλήρημα αναφέρεται στην πεποίθηση της ασθενούς ότι της παίζουν παιχνίδια, ότι της άλλαξαν το παιδί ή ότι το παιδί δεν γεννήθηκε με φυσιολογικές διαδικασίες.

Είναι ουσιώδες να τονισθεί ότι σε περιπτώσεις υποτροπιαζούσης λοχειακής ψυχώσεως η κλινική εικόνα επαναλαμβάνεται, κατά το μάλλον ή ήττον, η ίδια από προσβολή σε προσβολή. Το ίδιο συμβαίνει κι όταν ακόμη μια νέα νόσηση δεν είναι λοχειακή. Αυτοκτονία εκδηλώνεται σε ποσοστό 5% και παιδοκτονία σε 4% των λοχειακών ψυχώσεων. Από άλλους αναφέρονται ανθρωποκτονική συμπεριφορά σε 14% και βιαιοπραγία σε 33% των περιπτώσεων.<sup>(5)</sup>

#### 2.4.5 Θεραπεία

Όπως ειπώθηκε παραπάνω η ψύχωση της λοχείας έχει ανάγκη άμεσης αντιμετώπισης, λόγω του κινδύνου αυτοκτονίας της ασθενούς και του φόβου βρεφοκτονίας. Πριν από τον τοκετό είναι απαραίτητη η λήψη λεπτομερούς ψυχιατρικού ιστορικού, ιδιαίτερα στις πρωτότοκες. Διότι τις περισσότερες φορές οι ασθενείς αποκρύπτουν σχετικές πληροφορίες μια και όπως συνηθίζεται, τις είχαν αποκρύψει και από το σύζυγό τους, λόγω του φόβου ότι ο γάμος θα μπορούσε να διαλυθεί ή και να μη γίνει. Προστατευτικό ρόλο παίζει η από κοινού νοσηλεία της μητέρας και του νεογνού. Αν και ο κίνδυνος βρεφοκτονίας είναι αυξημένος η στενή παρακολούθηση της λεχιάδας τον απομακρύνει, ενώ η παρουσία του νεογνού δίπλα στη μητέρα του κινητοποιεί σε μεγαλύτερο βαθμό το μητρικό της ένστικτο, που λειτουργεί ως κίνητρο για τη βελτίωσή της.

Θεραπευτικά χρησιμοποιούνται τα μείζονα ηρεμιστικά όπως χλωροπρωμαζίνη σε δόσεις 400mg την ημέρα ή αλοπεριδόλη σε δόσεις 20-40mg την ημέρα. Η χρήση της χλωροπρωμαζίνης είναι προτιμότερη όταν υπάρχει έντονη ψυχοκινητική διέγερση ενώ η αλοπεριδόλη είναι προτιμητέα όταν κυριαρχούν ο παραληρητικές ιδέες.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα συνιστώνται, ιδιαίτερα όταν κυριαρχούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Τα συμπτώματα υποχωρούν συνήθως σε τρεις περίπου εβδομάδες, η θεραπεία όμως πρέπει να συνεχισθεί για αρκετές ακόμα εβδομάδες γιατί, παρά την υποχώρηση των οξέων συμπτωμάτων, συχνά παραμένουν οι αυτοκαταστροφικές και ετεροκαταστροφικές σκέψεις, καθώς και σκέψεις αυτομορφής, ντροπή και φόβος. Είναι αυτονόητο ότι κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά και για αρκετό χρόνο μετά, είναι απαραίτητη η στενή παρακολούθηση της λεχιάδας, ώστε να αποφευχθούν καταστροφικά γεγονότα. Σε περιπτώσεις όπου έχει διαγνωσθεί διπολική ή πολύ πιο σπάνια, σχιζοφρενική διαταραχή, η θεραπεία πρέπει να συνεχισθεί για μακρό χρονικό διάστημα.

Η προφυλακτική χρήση των αλάτων λιθίου σε γυναίκες που πάσχουν από διπολική διαταραχή είναι αποτελεσματική, η χρήση τους όμως πρέπει να γίνεται με πολλή προσοχή. Έχει βρεθεί ότι το 10% των νηπίων που είχαν εκτεθεί σε άλατα λιθίου κατά τους πρώτους τρεις μήνες της ενδομήτριας ζωής τους παρουσίασαν συγγενείς διαμαρτυρίες κυρίως της καρδιάς. Επειδή υπολογίζεται ότι το 40% των γυναικών που πάσχουν από διπολική διαταραχή θα παρουσιάσουν, μια ή και περισσότερες φορές, ψύχωση της λοχείας συνίσταται η προληπτική χρήση αλάτων λιθίου κατά το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης ή αμέσως μετά τον τοκετό.

Πάντως, αν η έγκυος λαμβάνει άλατα λιθίου κατά την εγκυμοσύνη συνιστάται η διακοπή τους μια εβδομάδα πριν από τον τοκετό, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος τοξίκωσης τόσο του νεογνού όσο και της μητέρας. Λεχιάδες που παίρνουν θεραπευτικά λίθιο πρέπει να αποφεύγουν το θηλασμό των παιδιών τους.

Με επιτυχία έχει δοκιμασθεί θεραπευτικά και η στέρηση του ύπνου, γεγονός που ενισχύει την άποψη ότι η ψύχωση της λοχείας είναι παραλλαγή των συναισθηματικών ψυχώσεων.

Η ψυχοθεραπεία και ιδιαίτερα συμπεριφορικού τύπου είναι χρήσιμη γιατί βοηθά τη μητέρα να μάθει να ελέγχει τον εαυτό της και την επιθετικότητά της γενικότερα. Βοηθά επίσης τη λεχιάδα να μάθει να περιποιείται το παιδί της, πράγμα που αυξάνει την αυτοπεποίθησή της και μειώνει το άγχος της.

Η ψυχοθεραπεία πρέπει να συνεχισθεί κι στο σπίτι, ώστε τα αποτελέσματα της να δοκιμασθούν και στις συνθήκες που θα ζήσει η λεχιάδα. Τέλος, η κοινωνική υποστήριξη ενώ δεν επηρεάζει την πορεία της νόσου, βελτιώνει την επικοινωνία της μητέρας με το νεογέννητο παιδί της.<sup>(7)</sup>

#### 2.4.6 Πρόγνωση και πορεία.

Η πορεία και η πρόγνωση των λοχειακών ψυχώσεων εξαρτώνται, κατά βάση, από τη φύση της καθ' έकाστου νόσου. Οι καταθλιπτικές και μανιοκαταθλιπτικές συνδρομές έχουν καλή πρόγνωση, ενώ η σχιζοφρένεια έχει την ίδια γενική πτωχή πρόγνωση, όπως ισχύει και για τις μη λοχειακές νοσήσεις.

Ποσοστό 15% των λοχειακών ψυχώσεων γενικά μεταπίπτει σε χρονιότητα. Μακροπρόθεσμα οι γυναίκες που παρουσίασαν άπαξ λοχειακή ψύχωση μπορεί να εμφανίσουν υποτροπή σε νέα εγκυμοσύνη. Υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος υποτροπής ανέρχεται στο 1:3 έως 1:7 των περιπτώσεων, ενώ υπάρχουν και έρευνες που δίνουν ποσοστά υποτροπής μέχρι και 100%. Αναφέρεται ότι οι ίδιες γυναίκες που παρουσίασαν λοχειακή ψύχωση έχουν μεγάλη πιθανότητα να εμφανίσουν μη λοχειακή υποτροπή σε ποσοστά που δεν διαφέρουν απ' αυτά που βρέθηκαν για τις λοχειακές υποτροπές. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι οι σχιζοσυναισθηματικές ψυχώσεις παρουσιάζουν ροπή προς λοχειακή κατάρρευση, ενώ η πορεία της σχιζοφρένειας ελάχιστα επηρεάζεται από τον τοκετό.

Γενικά, πάντως, η πρόγνωση των λοχειακών θεωρείται από πολλούς καλύτερη από τις μη λοχειακές ψυχώσεις.

Η διακοπή της εγκυμοσύνης μπορεί να νομιμοποιηθεί για ιατρικούς λόγους. Η προϋπαρξη λοχειακής διαταραχής ασφαλώς δεν είναι αφ' εαυτής ικανός λόγος για διακοπή της εγκυμοσύνης ή για κατηγορηματική υπόδειξη αποφυγής νέων κυήσεων. Αν, όμως, ο προηγούμενος λοχειακές διαταραχές

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 ασθενούς πριν και μετά τον τοκετό. Επομένως, μετά από επανειλημμένες και βαριές λοχειακές καταθλίψεις, είναι λογικό να συσταθεί η αποφυγή νέας εγκυμοσύνης και σε τέτοιες περιπτώσεις οι ιατρικές και κοινωνικές συνθήκες μπορεί να είναι κατάλληλες, ώστε να υποδειχθεί ως άριστη λύση η στείρωση.

Ως γενικός κανόνας, πάντως, θα μπορούσε να τεθεί η σωστή η ενημέρωση των γυναικών για τους κινδύνους και με ορισμένες, επαρκώς αιτιολογημένες, εξαιρέσεις δεν θα πρέπει να αποθαρρύνονται να κάνουν κι άλλα παιδιά, αν το επιθυμούν πολύ.<sup>(5)</sup>

#### **2.4.7 Λοχειακή ψύχωση και νομοθεσία**

Από τη στιγμή που η ιατρική αναγνώρισε την ύπαρξη διαφόρων μορφών καταθλιπτικής και ψυχωτικής συμπεριφοράς σε πολλές μητέρες μετά τον τοκετό, έγιναν προσπάθειες για τη νομική κατοχύρωση της λοχείας ως κατάστασης προσωρινής παράνοιας.

Έτσι το Άρθρο 303 του ποινικού κώδικα αναφέρει:

Παιδοκτονία: Μητέρα που με πρόθεση σκότωσε το παιδί της κατά τον τοκετό ή μετά τον τοκετό, αλλά ενώ εξακολουθούσε ακόμη η διατάραξη του οργανισμού της από τον τοκετό, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι δέκα ετών.

(Το Άρθρο 303 αποτελεί προνομιούχα μορφή του Άρθρου 299, όπου η ανθρωποκτονία με πρόθεση τιμωρείται με ποινή ισόβιας κάθειρξης).<sup>(27)</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.

#### Α) Γενικά

Ένας αυξανόμενος αριθμός ασθενών με αντικαταθλιπτική συμπτωματολογία αντιμετωπίζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Εν τούτοις, υπάρχουν αρκετά στοιχεία ενδείξεων ότι η πείρα των γενικών ιατρών είναι ανεπαρκής όσον αφορά στο δύσκολο στόχο της αναγνώρισης και θεραπείας των καταθλιπτικών συνδρομών. Η αναλογία των λανθασμένων διαγνώσεων σ' αυτόν τον πληθυσμό των καταθλιπτικών ασθενών είναι περίπου 30-50%. Ακόμη περισσότερο αυτοί οι οποίοι διαγνώσκονται συχνά λαμβάνουν θεραπεία χαρακτηριζόμενη από ανεπαρκείς δόσεις και διάρκεια. Σ' έναν αριθμό μελετών η εκπαίδευση, με εστίαση στην αναγνώριση και θεραπεία των συναισθηματικών διαταραχών, βρέθηκε ότι ήταν αποτελεσματική οδηγώντας σε ένα υψηλότερο ποσοστό διαγνώσεως των αντικαταθλιπτικών, σε μείωση της συνταγογράφησης των καταστατικών και μειζόνων ηρεμιστικών και σε μείωση του αριθμού των αυτοκτονιών και των ημερών αναρρωτικής απουσίας.<sup>(30)</sup>

Με βάση μια μελέτη πληροφοριών για γραφή συνταγών και τη χρήση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στη γενική ιατρική αποδείχθηκε ότι η Δανία, στους περισσότερους από τους μισούς ασθενείς δίδονται αντικαταθλιπτικά για ενδείξεις άλλες, εκτός από την κατάθλιψη. Η 12μηνη διάρκεια της αντικαταθλιπτικής θεραπείας είναι 16%. Συγκρινόμενη με την επικράτηση της κατάθλιψης που υπολογίζεται μεταξύ 2% και 10%, τίθεται η υπόθεση υποθεραπείας κατάθλιψης και πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς δεν διαγνώσκονται στη γενική ιατρική. Σημαντικώς χαμηλότερες δόσεις αντικαταθλιπτικών χρησιμοποιούνται στη γενική ιατρική απ' ότι στους νοσηλευόμενους ασθενείς, των οποίων η θεραπεία προσαρμόζεται με τον έλεγχο των φαρμάκων.

Μερικοί ασθενείς λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή για πολύ βραχεία διαστήματα, ενώ άλλοι λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή χρόνια χωρίς επανεκτίμηση των ενδείξεων. Η χρήση των νέων αντικαταθλιπτικών (SSRI και μοκλοβεμίδης) έχει αυξηθεί σημαντικά, μετά την εισαγωγή τους στα τέλη της δεκαετίας του '80. Οι ενδείξεις για αντικαταθλιπτική θεραπεία μπορεί να έχουν αυξηθεί στη γενική ιατρική, γεγονός που κατέστη φανερό στις ΗΠΑ. Συμπερασματικά, τα αντικαταθλιπτικά είναι τα προχείρως υπερχρησιμοποιούμενα φάρμακα στη γενική ιατρική, καθώς χρησιμοποιούνται για ενδείξεις άλλες από την κατάθλιψη και για μεγάλες χρονικές περιόδους. Από την άλλη πλευρά, υποχρησιμοποιούνται καθώς πολλοί ασθενείς δεν λαμβάνουν καθόλου θεραπευτική αγωγή, άλλοι λαμβάνουν για πολύ λίγο χρονικό διάστημα και χρησιμοποιούνται πολύ χαμηλές δόσεις.<sup>(31)</sup>

Οι περισσότεροι ασθενείς με κατάθλιψη αντιμετωπίζονται σε χώρους πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στη διάγνωση και θεραπεία της νόσου λόγω έλλειψης γνώσεων των ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με την αναγνώριση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, την φαρμακολογική και την ψυχολογική αντιμετώπιση των ατόμων αυτών.

Περίπου ένα ποσοστό 10% του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη ώστε να χρειάζεται βοήθεια από επαγγελματίες της υγείας. Στο σύνολο των ασθενών που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία το 1/5 έως 1/3 των ατόμων πάσχει από κάποιο βαθμό κατάθλιψης. Επομένως, η κατάθλιψη είναι πιο συχνή στο γενικό νοσοκομείο παρά στο γενικό πληθυσμό. Ένας ασθενής που πάσχει από κάποια νόσο (σωματική) και εκδηλώνει και καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να δυσκολέψει τη διάγνωση επειδή ο γιατρός πρέπει να ξεχωρίσει τις σωματικές από τις ψυχικές διαταραχές.

Το πιο σημαντικό στοιχείο στη θεραπεία της κατάθλιψης στο γενικό νοσοκομείο είναι η σωστή εκτίμηση και διάγνωση πριν οποιαδήποτε παρέμβαση. Η νοσηλεύτρια πρέπει να ψάξει πέρα από την εικόνα της κατάθλιψης για να βρει την υποκείμενη σοβαρότητα και αιτία. Μετά πρέπει να διαγνώσει το είδος της κατάθλιψης. Ένας, όντως καταθλιπτικός, ασθενής θα παραπεμφθεί, σύμφωνα με το σύστημα λειτουργίας στις ΗΠΑ, σε ειδικευμένη νοσηλεύτρια ή σε ψυχίατρο.

## **B) Κοινά λάθη στο γενικό νοσοκομείο σχετικά με την κατάθλιψη**

Πολλοί νοσηλευτές πιστεύουν ότι η κατάθλιψη είναι μια φυσιολογική αντίδραση λόγω της εκδήλωσης μιας νόσου. Οι επιστήμονες Derogates και Wise απέδειξαν μέσω της έρευνάς τους ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό πιστεύει πως "ο ασθενής δικαιούται να νιώθει κατάθλιψη" ιδίως όταν πάσχει από χρόνια ή ανίατη νόσο και ότι σε τέτοιες περιπτώσεις αντενδείκνυται η άμεση και ολοκληρωμένη φροντίδα για την θεραπεία της κατάθλιψης. Αυτό όμως που υποφέρει είναι η ηθική κατάσταση του ασθενή για την αποκατάσταση της οποίας απαιτείται συμβουλευτική ψυχοθεραπεία.

Μια άλλη λανθασμένη αντίληψη είναι ότι η κατάθλιψη είναι μια φυσιολογική αντίδραση της λοχείας, αυτή η αντίληψη μπαίνει εμπόδιο στη σωστή θεραπεία και αντιμετώπιση των ηλικιωμένων ασθενών. Η συγκριτική έρευνα των Black, Winokur και Nasrallah (1987) απέδειξε ότι οι ασθενείς που έπασχαν από κάποια σωματική νόσο και κατάθλιψη δεχόντουσαν ανεπαρκή φροντίδα σε σχέση με καταθλιπτικούς ασθενείς οι οποίοι δεν έπασχαν από άλλη νόσο.

Εάν το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται με αυτές τις αντιλήψεις η κατάθλιψη δεν αντιμετωπίζεται και η εξέλιξη μπορεί να είναι μοιραία για τον ασθενή.

Καταθλιπτικά συμπτώματα όπως η απώλεια της όρεξης, διαταραχές και κακή ποιότητα ύπνου, λήθαργος, απώλεια ενδιαφέροντος για άλλες ασχολίες μπορεί να είναι ενδεικτικά άλλης σοβαρής ασθένειας όπως του καρκίνου. Επίσης, πρέπει να γίνεται πλήρης έλεγχος, στη διαγνωστική εκτίμηση και αρκετές εξετάσεις SMA 12, πλήρης αιματολογικός έλεγχος, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, επίπεδα βιταμίνης B<sub>12</sub>, ορμόνες του θυρεοειδούς, VDRL, αξονική τομογραφία εγκεφάλου, Rø θώρακα κλπ.

Σε πολλές περιπτώσεις, ο ασθενής δεν πάσχει από κατάθλιψη αλλά άνοια, παραλήρημα ή άλλο οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο. Στα νέα άτομα η δυσφορική συμπεριφορά και ο εκνευρισμός μπορεί να χαρακτηριστούν ως “προβλήματα συμπεριφοράς” και κακής ανατροφής.

Τα 4 κύρια συμπτώματα που μπορούν να θέσουν τη διάγνωση μεταξύ κατάθλιψης και οργανικών εγκεφαλικών συνδρόμων είναι :

**Προσανατολισμός** : στην κατάθλιψη είναι κατά φύση και προς όλες τις διαστάσεις ενώ στο παραλήρημα και την άνοια μπορεί να παρουσιάζει διαταραχές.

**Επίπεδο συνείδησης** : στην κατάθλιψη και την άνοια είναι κατά φύση και ο ασθενής σε εγρήγορση ενώ στο παραλήρημα ποικίλει.

**HEG** : στην κατάθλιψη είναι φυσιολογικό, στο παραλήρημα παρουσιάζει μείωση της ταχύτητας της εγκεφαλικής λειτουργίας, στην άνοια τα επίπεδα είναι μικρότερα έως φυσιολογικά.

**α) Η σκέψη** : στην κατάθλιψη παρουσιάζεται με λανθασμένες ιδέες και διαταραχή της ροής των σκέψεων, ιδεοφυγή. Στο παραλήρημα παρουσιάζεται ως ονειροπόλος και στην άνοια παρουσιάζεται διαταραγμένη.

**β) Η αντίληψη** : στην κατάθλιψη παρουσιάζεται κατά φύση, στο παραλήρημα ο ασθενής έχει λανθασμένες αντιλήψεις, ενώ απουσιάζουν από την άνοια οι λανθασμένες αντιλήψεις.<sup>(32)</sup>

Είναι σημαντικό να ευαισθητοποιηθεί το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την κατάθλιψη στο γενικό νοσοκομείο και στους χώρους όπου παρέχεται φροντίδα στον άνθρωπο γιατί οι συνάνθρωποί μας που πάσχουν από κατάθλιψη δεν βρίσκονται μόνο στις ψυχιατρικές κλινικές ή τα ανάλογα ιδρύματα αλλά γύρω μας και κουβαλούν πολλά περισσότερα προβλήματα απ’ ότι νομίζουμε.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

## 1) ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η επιλόχεια κατάθλιψη όπως έγινε κατανοητό από όλα τα παραπάνω είναι μια ανωμαλία κατά την οποία η ψυχική κατάσταση και η ζωτικότητα έχουν τεθεί στο επίπεδο της λύπης. Ο καταθλιπτικός ασθενής δοκιμάζει, εκδηλώνει και μεταβιβάζει τον πόνο του, τις ανάγκες του και τα προβλήματά του με μοναδικούς προσωπικούς τρόπους. Έτσι οι Επαγγελματίες Υγείας στα Μαιευτικά και Ψυχιατρικά τμήματα καλούνται να αντιμετωπίσουν θεραπευτικά τον καταθλιπτικό ασθενή.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

---

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ : ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

Η κατάθλιψη κατά κανόνα θεραπεύεται αποτελεσματικά. Είναι δηλαδή μια ιάσιμη πάθηση. Γνωρίζουμε σήμερα πολύ καλά ότι η νόσος κατάθλιψη παρά το ότι εκφράζεται με ψυχολογικά συμπτώματα, κατά βάση είναι μια βιολογική πάθηση, και σαν τέτοια ανταποκρίνεται κυρίως σε βιολογικά μέσα θεραπείας. Κάτω από αυτό το πρίσμα είναι ευεξήγητο για πιο λόγο οι προτροπές προς τον καταθλιπτικό άρρωστο “να το ρίξει έξω” επιδεινώνουν την κατάσταση αντί να την βελτιώνουν. Στον τομέα της θεραπείας της κατάθλιψης έχουν γίνει σημαντικές πρόοδοι τα τελευταία χρόνια με τη χρήση νέων φαρμάκων τα οποία και καλή αποτελεσματικότητα έχουν και στερούνται των παρενεργειών που είχαν τα παλαιότερης γενιάς αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Παράλληλα, ορισμένες μορφές κατάθλιψης ανταποκρίνονται άριστα και σε άλλου τύπου βιολογικές θεραπείες, οι οποίες είναι αποτελεσματικές, αξιόπιστες και ακίνδυνες.

Τις τελευταίες δεκαετίες, εφαρμόζονται και ειδικές ψυχοθεραπευτικές τεχνικές για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, φαίνεται μάλιστα ότι ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας έχει τα καλύτερα αποτελέσματα. Μια από αυτές τις τεχνικές, που ονομάζεται γνωσιακή ψυχοθεραπεία, αποσκοπεί στη “διόρθωση” του αρνητικού τρόπου σκέψης των καταθλιπτικών ασθενών, δηλαδή στην αλλαγή της σκέψης τους ώστε να αρχίσουν να βλέπουν τα πράγματα αισιόδοξα και όχι απαισιόδοξα. Τόσο αυτή, όσο και οι υπόλοιπες ψυχοθεραπείες γίνονται από ειδικούς ψυχοθεραπευτές και εξηγούνται αναλυτικά στη συνέχεια.<sup>(33)</sup>

## ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

### 4.1 ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Τα ψυχοφάρμακα επεκράτησαν στο χώρο της Ψυχιατρικής Θεραπευτικής και διαμορφώθηκαν οι ιδιαίτερες θεραπευτικές ενδείξεις τους ανάλογα με τη σύνθεσή τους, τις κύριες ιδιότητες του καθενός και τα δραστικά συστατικά που περιέχουν. Ήδη χρησιμοποιούνται σε όλη την κλίμακα των ψυχικών παθήσεων, από τις βαρύτερες ψυχώσεις μέχρι και τις πιο ελαφρές νευρώσεις. Όσον αφορά τα αποτελέσματα η ευρεία τους χρήση επί σειρά ετών απέδειξε ότι η θεραπεία έχει στο ενεργητικό της αξιόλογα "θετικά" και "αρνητικά" στοιχεία.<sup>(9)</sup>

Συνοψίζονται δε ως εξής:

#### Θετικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας

Ελάττωση και κάποτε κατάργηση της νοσηρής συμπτωματολογίας:

- ελαττώνονται οι διεγέρσεις
  - τα παραληρήματα ατονούν
  - οι ψευδαισθήσεις μετριάζονται
  - τα κατατονικά φαινόμενα εξουδετερώνονται
  - οι τάσεις αυτοκτονίας και οι παρορμήσεις εξουδετερώνονται
- ✓ Το πλησίασμα του ασθενούς και η από μέρους του αποδοχή της θεραπείας βελτιώνονται σημαντικά.
- ✓ Οι περιορισμοί μειώνονται στο ελάχιστο
- ✓ Μεγάλο ποσοστό ασθενών γίνονται κοινωνικά βιώσιμοι

## Αρνητικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας

- ✓ Πέρα από την άμβλυωση ή κατασίγαση των συμπτωμάτων καμία επίδραση δεν ασκεί στην ίδια την ασθένεια.
- ✓ Αν διακοπεί η θεραπεία η ασθένεια επανέρχεται ανέπαφη ή και προχωρημένη.
- ✓ Βλαπτικές συνέπειες πάνω σε συστήματα και όργανα από τη μακροχρόνια χρήση τους πχ. εξωπυραμιδικό σύνδρομο.
- ✓ Τοξικομανίες που καλλιεργούνται από ορισμένα ηρεμιστικά.

### 4.1.1 Τρικυκλικά / Πολυκυκλικά Αντικαταθλιπτικά

Τα τρικυκλικά και πολυκυκλικά αντικαταθλιπτικά αποκλείουν την πρόσληψη της νορεπινεφρίνης, της ντοπαμίνης και σεροτονίνης στο νευρώνα. Μακροχρόνια θεραπεία πιθανόν να προκαλεί μεταβολές σε ορισμένους υποδοχείς του ΚΝΣ. Τα πιο σημαντικά φάρμακα της κατηγορίας αυτής είναι η ιμιπραμίνη (imipramine), η (πρωτότυπη ουσία), η αμιτριπτυλίνη (amitriptyline), η δισιπραμίνη (desipramine) (ένα απομεθυλιωμένο παράγωγο της ιμιπραμίνης), η νορτιπτυλίνη (nortriptyline), η προτρυπτιλίνη (protriptyline) και η μαπροτιλίνη (maprotiline) χαρακτηρίζονται ως αντικαταθλιπτικά "δεύτερης γενιάς" για να διαχωριστούν από τα παλαιότερα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Τα φάρμακα αυτά της δεύτερης γενιάς έχουν παρόμοιες δράσεις με την ιμιπραμίνη και παρουσιάζουν μικρές διαφορές στη φαρμακοκινητική. Όλα τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (ΤΚΑ) έχουν παρόμοια θεραπευτική αποτελεσματικότητα και η εκλογή του φαρμάκου εξαρτάται από την αντοχή του ασθενούς στις ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη διάρκεια της δράσης. Ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία με ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό, μπορεί να παρουσιάζουν βελτίωση μετά τη χορήγηση ενός άλλου ΤΚΑ της ίδιας ομάδας.



### 4.1.2 Αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης

Αυτή η νέα ομάδα αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με εντελώς διαφορετική χημική δομή αναστέλλει εκλεκτικά την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης. Η ιδιότητα αυτή τα διαφοροποιεί από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά τα οποία αναστέλλουν χωρίς εκλεκτικότητα την επαναπρόσληψη της νορεπινεφρίνης, της σεροτονίνης και την ντοπαμίνης. Συγκρινόμενα με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά τα φάρμακα αυτά μπορεί να έχουν λιγότερες αντιχολινεργικές δράσεις και χαμηλότερη καρδιοτοξικότητα. Παρ' όλα αυτά, μέχρι να αξιολογηθούν μακροχρόνια τα αποτελέσματά τους, οι αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή.

#### Φλουοξετίνη

Η φλουοξετίνη είναι ένα νέο αντικαταθλιπτικό που αναστέλλει εκλεκτικά την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης. Έχει την ίδια αποτελεσματικότητα στη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Το φάρμακο αυτό είναι απαλλαγμένο από τις περισσότερες ανησυχητικές παρενέργειες των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών συμπεριλαμβανομένων των αντιχολινεργικών δράσεων, της ορθοστατικής υπότασης και της αύξησης του σωματικού βάρους. Η φλουοξετίνη έχει μεγάλο χρόνο ημίσειας ζωής 1-3 ημέρες για την αρχική χημική ένωση και 7-15 ημέρες για τον ενεργό μεταβολίτη δεσμεθυλφλουοξετίνη (desmethyfluoxetine). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρούνται συχνότερα είναι ναυτία, νευρική κατάσταση, αϋπνία και κεφαλαλγία.

#### Τραζοδόνη

Η τραζοδόνη όπως και η φλουοξετίνη αναστέλλει την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης ενώ επηρεάζει σε μικρό μόνο βαθμό τα άλλα συστήματα νευροδιαβιβαστών. Η τραζοδόνη έχει αποτελέσματα συγκρίσιμα με εκείνα των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών αλλά υπερέχει όσον αφορά τις ανεπιθύμητες ενέργειες που παρουσιάζει. Με το φάρμακο αυτό έχουν παρατηρηθεί λίγες μόνο αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες καθώς επίσης και ανεπιθύμητες ενέργειες από το καρδιαγγειακό σύστημα. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν υπνηλία, κεφαλαλγία, ναυτία και σπάνια πριαπισμό (παρατεταμένη μη φυσιολογική στύση του πέους). Η τραζοδόνη είναι χρήσιμη στη θεραπεία ασθενών με κατάθλιψη η οποία συνοδεύεται από εμφανή σημεία διέγερσης, άγχους και αϋπνίας καθώς επίσης και ασθενών οι οποίοι δεν μπορούν να ανεχθούν τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιχολινεργικών.

### 4.1.3 Αναστολείς Μονοαμινοξειδάσης

Η μονοαμινοξειδάση (ΜΑΟ) είναι ένα μιτοχονδριακό ένζυμο που βρίσκεται στο νευρικό και σε άλλους ιστούς όπως στο έντερο και στο ήπαρ. Στο νευρικό η ΜΑΟ λειτουργεί σαν μια "βαλβίδα ασφαλείας" που απαμινώνει οξειδωτικά και αδρανοποιεί όσα μόρια νευροδιαβιβαστών (νορεπινεφρίνης, ντοπαμίνης και σεροτονίνης) διαφύγουν από τα συναπτικά κυστίδια όταν ο

νευρώνας βρίσκεται σε κατάσταση ηρεμίας. Οι αναστολείς της MAO μπορούν να αδρανοποιήσουν μόνιμα η παροδικά το ένζυμο οπότε τα μόρια των νευροδιαβιβαστών δεν διασπώνται και κατ' επέκταση συσσωρεύονται μέσα στον προσυναπτικό νευρώνα και διαφεύγουν στο συναπτικό χάσμα. Έτσι προκαλείται διέγερση των υποδοχέων της νοροεπινεφρίνης και της σεροτονίνης γεγονός στο οποίο μπορεί να οφείλεται η αντικαταθλιπτική δράση των φαρμάκων αυτών.

Τρεις αναστολείς της MAO είναι σε χρήση σήμερα : η φαινελζίνη, η ισοκαρβοξαζίδη και η τρανυλκυπρομίνη. Κανένα από τα φάρμακα αυτά δεν μπορεί να θεωρηθεί πρότυπη ουσία για την ομάδα. Σήμερα γίνεται περιορισμένη χρήση των αναστολέων της MAO επειδή τα ΤΚΑ είναι πιο αποτελεσματικά και λιγότερο τοξικά.<sup>(34)</sup>

#### 4.1.4 Άλατα Λιθίου

Τα άλατα λιθίου χρησιμοποιούνται προφυλακτικά στη θεραπεία των μανιοκαταθλιπτικών ασθενών και στη θεραπεία επεισοδίων μανίας. Είναι επίσης αποτελεσματικά στη θεραπεία ενός ποσοστού 60-80% των ασθενών με μανία και λυπομανία. Αν και πολλές κυτταρικές διεργασίες μεταβάλλονται κατά της διάρκειας της θεραπείας με τα άλατα λιθίου ο τρόπος δράσης τους είναι άγνωστος. Το λίθιο χορηγείται από το στόμα. Το ιόν λιθίου απεκκρίνεται από τα νεφρά. Τα άλατα του λιθίου είναι πολύ τοξικά. Ο συντελεστής ασφαλείας και ο θεραπευτικός δείκτης είναι πάρα πολύ χαμηλοί, συγκρίσιμοι με εκείνους της δακτυλίτιδας. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες συμπεριλαμβάνονται αταξία, τρόμος, σύγχυση και σπασμοί. Το λίθιο δεν εμφανίζει κάποια αξιοσημείωτη δράση σε φυσιολογικά άτομα. Δεν έχει κατασταλτική δράση και δεν προκαλεί ευφορία ή κατάθλιψη.<sup>(34)</sup>

Η διάρκεια χορήγησης των φαρμάκων πρέπει να διαρκεί 6 μήνες ή για όσο διήρκεσε το προηγούμενο επεισόδιο αλλά το διάστημα χορήγησης δεν πρέπει να είναι μικρότερο των 6 μηνών. Διάφορες έρευνες έχουν αποδείξει ότι η προφυλακτική θεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση της συχνότητας και σοβαρότητας των επεισοδίων και ότι εάν τα επεισόδια απέχουν λιγότερο από 2 ½ χρόνια μεταξύ τους, η προφυλακτική θεραπεία πρέπει να διαρκεί περίπου 5 χρόνια και όταν γίνεται διακοπή πρέπει να είναι σταδιακή, σε διάστημα μιας ή δύο εβδομάδων.<sup>(21)</sup>

**Ενδεικτικός Πίνακας Αντικαταθλιπτικών Φαρμάκων**

<b>Χημική Ουσία</b>	<b>Κατασκευάσµα</b>	<b>Ηµερήσια Δόση(mg)</b>
<b>Τρικυκλικά</b>		
Αμιτρυπτιλίνη	Elavil, Saroten	150-300
Δοξεπίνη	Adapin, Sinequan	75-300
Ιμιπραμίνη	Tofranil	75-300
Νοτριπτιλίνη	Aventil, Pamelor	50-150
Ντεξιπραμίνη	Norpramin, Pertotrane	150-300
Προτριπυλίνη	Vivactil	15-60
Χρωριμιπραμίνη	Anafranil	75-300
Τριμιπραμίνη	Surmontil	150-300
<b>Τετρακυκλικά</b>		
Αμοξαπίνη	Asendin	150-450
Μαπροτιλίνη	Ludiomil	150-200
Μιανσερίνη	Tolvon	30-120
<b>Μονοκυκλικά</b>		
Βουπρολόνη	Wellbutrin	300-450
<b>Αναστολείς της Μονοαμινοξειδάσης</b>		
Ισοκαρβοξαζίδη	Maplan	10-50
Τρανυλκυπρομίνη	Parnate	20-60
Νιαλαμίδη	Niamid	25-450
Φενελζίνη	Nardil, Norall	15-90
<b>Διεγερτικά</b>		
Δεξτραμφεταμίνη	Dexedrine, Maxiton	15-60
Μεθαμφεταμίνη	Desoxynn, Methedrine	2,3-30
Μεθυλφενιδάτη	Ritalin	10-60
<b>Άλλα διάφορα</b>		
Νομφαινσίνη	Alival, Merital	75-200
Τροζοδόνη	Desyrel, Trittico	75-300
Φλουοξετίνη	Prozac	60-80
Βενλαφαξίνη	Serzone	300-500
Φλουβαξαμίνη	Luvox	50-300

# **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Προκειμένου να χορηγήσει ο νοσηλευτής ψυχοφάρμακα σε ψυχικά ασθενείς πρέπει να έχει υπόψη του :

- ✓ Τις ενέργειες του φαρμάκου
- ✓ Τις παρενέργειες του φαρμάκου
- ✓ Την ακριβή δόση, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
- ✓ Τον τρόπο και το χρόνο χορήγησης

Χορηγούνται μετά το φαγητό, γιατί είναι δυνατά και προκαλούν γαστρεντερικές διαταραχές. Το βράδυ δίνονται αργά για να διαρκέσει η υπνωτική δράση τους όλη τη νύχτα.

Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να καταβάλλεται, ώστε οι ασθενείς να πάρουν τα φάρμακά τους. Πολλοί ασθενείς αποφεύγουν τη λήψη, είτε γιατί συνειδητοποιούν τις παρενέργειες, είτε γιατί επηρεάζονται από διάφορες ψευδαισθήσεις, είτε γιατί έχουν ένα δυσάρεστο αίσθημα μετά τη λήψη. Βρίσκουν δε ποικίλους τρόπους για να ξεγελάσουν το νοσηλευτή. Τα κρύβουν κάτω από την γλώσσα τους, στον ουρανίσκο, μέσα στα δόντια, κάνοντας πως πίνουν νερό τα ρίχνουν στο ποτήρι, τα κρύβουν στα ρούχα τους ή μπορεί να τα πάρουν και κατόπιν να προκαλέσουν εμετό.

Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να δίνει τα φάρμακα ο ίδιος στον ασθενή και να ελέγχει σχολαστικά εάν το πήρε. Κάθε απροσεξία και επιπολαιότητα σε αυτό το θέμα ίσως να έχει δυσάρεστες συνέπειες για την υγεία του ασθενούς γιατί, εφόσον δεν παίρνει τα φάρμακα, δεν έχουμε το αναμενόμενο αποτέλεσμα, αυξάνει ο γιατρός την δόση κλπ. Ακόμα μπορεί οι ασθενείς να συγκεντρώσουν τα φάρμακα και να τα χρησιμοποιήσουν για αυτοκτονία.

Όταν αρνούνται επίμονα να τα πάρουν, χορηγούνται σε ενέσιμη μορφή. Αυτό συμβαίνει σε μανιακούς και μελαγχολικούς. Υπάρχουν φάρμακα που έχουν δυσάρεστη γεύση ή άλλα που προκαλούν δυσπεπτικά ενοχλήματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή δίνοντας μαζί με το φάρμακο λίγο γάλα ή μια πορτοκαλάδα.

Άλλα φάρμακα προκαλούν ξηρότητα στόματος. Απαραίτητη είναι εδώ η επίβλεψη της υγιεινής του στόματος, χορήγηση βιταμινών κυρίως του συμπλέγματος Β για πρόσληψη στοματίτιδας και παράλληλα χορήγηση άφθονών υγρών με μερικές σταγόνες λεμόνι.

Παρενέργειες, όπως η πτώση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ), η ταχυκαρδία, ο τρόμος, η αύπνια, ο ίκτερος, η αναιμία, η δυσκοιλιότητα κλπ. παρακολουθούνται στενά, αναφέρονται στο θεράποντα ιατρό και αντιμετωπίζονται ανάλογα. Από τις σωστές και λεπτομερείς παρατηρήσεις του νοσηλευτή θα εξαρτηθεί η αλλαγή ή μη του φαρμάκου ή της δόσης, πχ. πόσες ώρες κοιμήθηκε, αν κοιμήθηκε αργά, αν σηκώθηκε νωρίς, τι ΑΠ είχε, είχε ευεξία, είχε κατάθλιψη κλπ.

Επειδή οι ασθενείς κάνουν ορθοστατική υπόταση, παίρνει την ΑΠ και σε όρθια θέση. Επίσης προσέχει την κένωση του εντέρου λόγω της δυσκοιλιότητας που προκαλείται. Μερικά φάρμακα προκαλούν ευαισθησία στο ηλιακό φως. Οι ασθενείς που τα παίρνουν δεν πρέπει να εκτίθενται στο ηλιακό φως, γιατί υπάρχει κίνδυνος να πάθουν και εγκαύματα ακόμη. Τέτοια φάρμακα είναι η θοραζίνη.

Μερικά φάρμακα προκαλούν αύξηση του βάρους, γι' αυτό ζυγίζει τους ασθενείς αυτούς και προσέχει το διαιτολόγιό τους. Απαγορεύεται η λήψη οιοπνευματωδών ποτών ταυτόχρονα με τη λήψη φαρμάκων.

Σε περίπτωση λιθίου, επειδή αποβάλλεται από τα νεφρά, επιβάλλεται ο έλεγχος της επάρκειας των νεφρών και ο έλεγχος της ποσότητας του φαρμάκου στο αίμα, γιατί κάθε υπέρβαση της ανεκτής ποσότητας δημιουργεί δηλητηρίαση.

Σε περίπτωση χορήγησης αναστολέων της MAO δεν χορηγούνται τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, γιατί ενισχύουν τη δράση των βιογενών αμινών και κάνουν την υπέρταση.

Υπάρχουν περιπτώσεις που η φαρμακευτική αγωγή επιφέρει μια επιφανειακή καλύτερευση, ενώ στο βάθος ο ασθενής διατηρεί την κατάθλιψη. Καθήκον του νοσηλευτή είναι να παρακολουθεί στενά αυτούς τους ασθενείς γιατί είναι μια περίοδος πολύ επικίνδυνη για αυτοκτονία. Να συζητάει φιλικά μαζί τους και να αξιολογεί τις ενέργειές τους και τις εκδηλώσεις τους, ώστε να μπορεί να κατατοπισθεί για τον τρόπο σκέψης του ασθενούς και για τα αισθήματά του.

Ο νοσηλευτής θα βοηθήσει θετικά στην πορεία της θεραπείας, αν ύστερα από κάθε αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής παρακολουθεί στενά τον ασθενή. Κάθε άμβλυση ή επίταση των συμπτωμάτων πρέπει να παρακολουθείται και να αναφέρεται λεπτομερώς στον γιατρό.<sup>(35)</sup>

Η χορήγηση των ψυχοφαρμάκων ακολουθεί τη γενική νοσηλευτική φροντίδα περί φαρμάκων, με έμφαση στα ιδιαίτερα ειδικά σημεία που αναφέρθηκαν. Η διδασκαλία και η ενθάρρυνση του ασθενούς για την συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής είναι πάντα καθήκον και ευθύνη του νοσηλευτή.

## 4.2 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το ηλεκτροσόκ (ECT) χρησιμοποιήθηκε το 1938 για πρώτη φορά από δύο Ιταλούς τον Ugo Cerletti και Bini. Το χρησιμοποίησαν πρώτα στα ζώα και μετά στους ανθρώπους.<sup>(36)</sup>

Το ECT συνίσταται στη δημιουργία μεγάλου επιληπτικού σπασμού, με την εφαρμογή δύο ηλεκτροδίων στις κροταφικές χώρες του ασθενούς και διέλευση (σε κλειστό κύκλωμα) από τον εγκέφαλο συνεχούς και εναλλασσόμενου ρεύματος.<sup>(37)</sup>

Είναι θεραπεία που χρησιμοποιήθηκε και χρησιμοποιείται ευρέως, γιατί είναι απλή στην τεχνική της, σχετικά ασφαλής, σύντομη, φθηνή και συχνά αποτελεσματική.

Ένα από τα αποτελέσματα της ευρείας χρήσης της ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι και το ότι πολλοί από τους ασθενείς έχουν ήδη ακούσει γι' αυτήν πριν ακόμη μπουν στο νοσοκομείο. Γι' αυτό τα αισθήματά τους χρωματίζονται ανάλογα με ότι έχουν ακούσει από τους άλλους.

### 4.2.1 Η Νοσηλευτική στη Γενική Προετοιμασία για το ECT

Υπογραφή του ασθενούς, αν είναι σε θέση, και των συνοδών είναι απαραίτητη πριν από την έναρξη της θεραπείας. Να εξηγήσει κανείς τη θεραπεία στον ασθενή είναι πολύ δύσκολο, εκτός αν γνωρίζει αρκετά σχετικά με τους φόβους και τις εμπειρίες του ασθενούς.

Σε κάποιον ασθενή ίσως χρειαστεί να τονίσουμε ότι δεν θα αισθανθεί πόνο ή ενόχληση και ότι δεν θα θυμάται τίποτα μετά την λήξη της θεραπείας. Υπάρχουν όμως άλλοι ασθενείς, οι οποίοι φοβούνται αυτό ακριβώς αν έτυχε να ακούσουν για την απώλεια μνήμης μετά το ηλεκτροσόκ. Σε αυτήν την περίπτωση χρειάζεται να διαβεβαιώσουμε τον ασθενή ότι η απώλεια μνήμης είναι παροδική και ότι δεν υπάρχει κίνδυνος να ξεχάσει σπουδαία πράγματα ή περιστατικά της ζωής του. Συνήθως επανέρχεται η μνήμη ανέπαφη μετά τη συμπλήρωση της σειράς των θεραπειών.

Μερικοί ασθενείς φοβούνται τον πόνο ή τον κίνδυνο από τη θεραπεία. Άλλοι επιζητούν τη θεραπεία σαν είδος τιμωρίας εξαιτίας των αισθημάτων ένοχης ή αναξιότητας. Όσο κι αν προετοιμασθεί ο ασθενής, την ημέρα της θεραπείας αισθάνεται μεγάλο φόβο και χρειάζεται συμπαράσταση. Είναι δύσκολο να απασχολήσει κανείς τον ασθενή, ενώ περιμένει για τη θεραπεία. Το καλύτερο είναι να γνωρίζει την ώρα της θεραπείας, παρά να ζει με την αγωνία ποτέ θα γίνει. Κάθε καθυστέρηση από την καθορισμένη ώρα προσθέτει αγωνία.

Πέρα από την ψυχολογική ενίσχυση που χρειάζεται, από οργανικής πλευράς, να έχει γίνει έλεγχος του καρδιαγγειακού συστήματος, του αναπνευστικού, του ουροποιητικού και, αν είναι δυνατόν, της σπονδυλικής στήλης.

Ο ασθενής μένει νηστικός για 12 περίπου ώρες πριν από το ECT. Ο νοσηλευτής ελέγχει τα απαραίτητα για την νοσηλεία:

- ✓ Την συσκευή του ECT και του O<sub>2</sub>
- ✓ Το Set ή το δίσκο, αν περιέχει:
  - τραχειοσωλήνα
  - γάζα για να δαγκώνει ο ασθενής
  - καρδιοτόνωση, βαμβάκι με οινόπνευμα
  - κάψα με αλατόνερο και λίγες γάζες

Πριν από τη νοσηλεία πρέπει να ελευθερωθεί ο ασθενής από στενά ενδύματα, να αφαιρεθούν οι ξένες οδοντοστοιχίες, και τσιμπιδάκια καθώς επίσης να κενωθεί η ουροδόχος κύστη. Πρέπει να έχουμε υπόψη ότι ο ασθενής είναι απόλυτα ξύπνιος (αν δεν πήρε νάρκωση) και δεν πρέπει να γίνεται καμία συζήτηση που να μην απευθύνεται στον ίδιο. Ότι δηλαδή συζητάμε γίνεται αντιληπτό από τον ασθενή χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή ώστε οι ασθενείς που περιμένουν για την θεραπεία να μην βλέπουν τους άλλους ασθενείς κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους. Κατά το χρόνο της παραμονής είναι αναγκαία η παρουσία του νοσηλευτή.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας μια σχετική ακινητοποίηση είναι απαραίτητη. Ένα μικρό μαξιλάρι τοποθετείται συνήθως κάτω από τη μέση του ασθενούς και ασκείται ελαφρά πίεση πάνω στους ώμους και τους γλουτούς για αποφυγή τραυματισμού κατά τη διάρκεια των συσπάσεων, εκτός αν γίνει με νάρκωση.

Μετά τη θεραπεία ο ασθενής συνέρχεται σταδιακά και αργά και χρειάζεται γύρω του γνωστά πρόσωπα. Δεν γνωρίζει που βρίσκεται, πως

έφτασε εκεί και ασφαλώς δεν θυμάται ότι κάνει ECT. Θα χρειαστεί να μιλάμε σιγά, αλλά καθαρά, με σύντομες φράσεις προσπαθώντας να επαναφέρουμε τον ασθενή στο περιβάλλον. Καλό είναι να χρησιμοποιούμε το όνομα του ασθενούς και να του υπενθυμίζουμε το δικό μας, παρά να τον αφήνουμε μόνο του να θυμηθεί.

Μετά την θεραπεία συμπληρώνονται στην κάρτα του ασθενούς όλα τα απαραίτητα στοιχεία, όπως ο αύξοντας αριθμός της θεραπείας, η ένταση του ρεύματος, ο χρόνος χορήγησης του ρεύματος, το είδος της νάρκωσης και το αποτέλεσμα του ECT (επιτυχές, αφαίρεση, κλπ.). Τυχόν αντιδράσεις, όπως άπνοια, κυάνωση κ.ά. πρέπει να αναφέρονται.

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι άμεσο. Συνήθως μετά τις πρώτες 2-3 συνεδρίες γίνονται πιο ξύπνιοι, ενεργητικοί και πιο ικανοί να σκεφθούν και να πραγματοποιήσουν κάτι που θέλουν. Γι' αυτό και κατά την περίοδο αυτή ο ασθενής είναι πιο ικανός να θέσει σε ενέργεια σχέδια αυτοκτονίας, τα οποία έχει κάνει και χρειάζεται στενή παρακολούθηση.

#### **Επιπλοκές της ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι:**

1. Κατάγματα οστών και μάλιστα σπονδυλικής στήλης
2. Παρατεινόμενη άπνοια
3. Διαταραχές του κυκλοφορικού συστήματος
4. Διαταραχές του νευρικού συστήματος
5. Αγγειακού τύπου εγκεφαλικά επεισόδια

#### **4.2.2 Ενδείξεις ECT**

1. **Υποστροφική μελαγχολία:** αποτελεί θεραπεία εκλογής και ποσοστό μεγαλύτερο του 50% έχει ταχεία ανάρρωση.
2. **Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση:**
  - α) Στη φάση της μανίας σε ασθενείς με έντονη ψυχοκινητική δραστηριότητα ή σε περιπτώσεις μανιακής εμβροντησίας (Stupor).
  - β) Στη φάση της μελαγχολίας είναι η πιο αποτελεσματική και γρήγορη μέθοδος.
3. **Σχιζοφρένεια:**
  - α) Στην κατατονική μορφή
  - β) Στα οξέα σχιζοφρενικά επεισόδια
  - γ) Σε διεγερτικές καταστάσεις
  - δ) Σε σχιζοσυναισθηματικές ψυχώσεις

#### **4.2.3 Αντενδείξεις ECT**

1. **Απόλυτες αντενδείξεις αποτελούν:**
  - α) Όγκος εγκεφάλου
  - β) Θρομβοφλεβίτιδα
  - γ) Εξόφθαλμος βρογχοκήλη
  - δ) Οξεία σπειραματονεφρίτιδα



## 2. Σχετικές αντενδείξεις (γιατί με τη νάρκωση μειώνονται οι κίνδυνοι)

- α) Μεγάλη ηλικία
- β) Κύηση
- γ) Πνευμονικές παθήσεις (αποφεύγουμε την αναισθησία με βαρβιτουρικά)
- δ) Σπονδυλαρθροπάθεια
- ε) Πεπτικό έλκος

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) σπανίως χρησιμοποιείται ως προφυλακτική θεραπεία. Γυναίκα, ηλικίας 74 ετών, με ασταθή διπολική συναισθηματική διαταραχή, με το ECT ως θεραπεία συντηρήσεως έδωσε 77 μοναδική ευκαιρία για καταμέτρηση των γνωσιακών αποτελεσμάτων της συνεχιζόμενης ECT. Μια αναφορά ενός μοναδικού περιστατικού με εν σειρά γινόμενες ψυχομετρικές δοκιμασίες κατά τη διάρκεια περισσότερων από 400 ECT ως μοναδικής θεραπείας συντηρήσεως, αναφέρεται στο κείμενο αυτό. Οι εν σειρά δοκιμασίες δεν έδειξαν προοδευτική γνωσιακή έκπτωση, αλλά ήσαν υπαρκτά σταθερά γνωσιακά ελλείμματα, τυπικά της οξείας θεραπείας. Ο βαθμός της γνωσιακής δυσλειτουργίας αυτής μπορεί να σχετίζεται με τη συχνότητα της θεραπείας. Η ECT, ως θεραπεία συντηρήσεως είναι δυνατό να αποτελέσει αποτελεσματική προφυλακτική θεραπεία για επιλεγμένους ασθενείς.<sup>(9)</sup>

### 4.3 ΦΩΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η φωτοθεραπεία χρησιμοποιείται κατά κανόνα στις εποχιακές συναισθηματικές διαταραχές. Υπάρχει ένδειξη ότι είναι χρήσιμη στη θεραπεία της μη εποχιακής κατάθλιψης αλλά σχετικά ελεγμένα συμπεράσματα είναι δύσκολο να ανακύψουν. Σε μια μελέτη όπου εκτέθηκαν τυχαία νοσηλευόμενοι καταθλιπτικοί ασθενείς σε υψηλά και χαμηλά επίπεδα τεχνητού φωτισμού των υψηλών επιπέδων, που υπερέβαιναν αυτά που πιο συχνά χρησιμοποιήθηκαν σε προηγούμενες αναφορές, τόσο οι μονοπολικές όσο και οι διπολικές καταθλίψεις ανταποκρίθηκαν όταν η φωτοθεραπεία χρησιμοποιήθηκε επιπροσθέτως της φαρμακοθεραπείας και η βελτίωση του συναισθήματος ήταν ανάλογη με την ένταση του φωτισμού, δηλαδή σε ασθενείς που θεραπεύονταν με υψηλά επίπεδα φωτισμού το συναίσθημα βελτιώθηκε πολύ περισσότερο απ' αυτούς που εκτέθηκαν σε χαμηλά επίπεδα. Τα ευρήματα της έρευνας (Beuchemin, Hays 1997) θέτουν την υπόθεση ότι η φωτοθεραπεία είναι γενικώς εφαρμόσιμη στα καταθλιπτικά νοσήματα και ότι οι εντάσεις του φωτός που συνήθως χρησιμοποιούνται είναι μικρότερες από τις βέλτιστες.<sup>(38)</sup>

### ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοθεραπεία στοχεύει στην προγραμματισμένη διευθέτηση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων κατά τρόπο που να ασκούν διορθωτική επίδραση την παθολογική συμπεριφορά. Τη διευθέτηση των ερεθισμάτων αναλαμβάνει ένα άτομο, ομάδα ατόμων ή ένα ευρύ κοινωνικό σύνολο. Έτσι

ψυχοθεραπεία ασκεί ο γιατρός, ο νοσηλεύτης, ο εργοθεραπευτής, η ψυχιατρική ομάδα, η οικογένεια αλλά και η κοινωνία όταν παίρνει μέτρα που μεταβάλλουν τις συνθήκες ζωής του ατόμου.<sup>(9)</sup>

Οι Jorgensen et al (1998) έκαναν μια ανασκόπηση των μελετών αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας στην κατάθλιψη και βασισμένοι στη διαθέσιμη βιβλιογραφία, βρήκαν ότι υπάρχει ένδειξη της αποτελεσματικότητας γνωσιακής και διαπροσωπικής θεραπείας, δυο είδη ψυχοθεραπείας που εξηγούνται στη συνέχεια, στη θεραπεία της ήπιας μέχρι μέσης βαρύτητας καταθλίψεως.

Σε ένα μικρό βαθμό, η αποτελεσματικότητα της ψυχαναλυτικής κατευθυνόμενης και της συμπεριφορικής θεραπείας, έχει τεκμηριωθεί. Η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας μεταξύ νοσηλευόμενων και ασθενών με σοβαρή κατάθλιψη δεν έχει τεκμηριωθεί. Καμία μελέτη δεν έχει τεκμηρίωση ένα προστατευτικό αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας σε μελλοντικά υποτροπιάζοντα καταθλιπτικά επεισόδια. Σε υποτροπιάζοντες καταθλιπτικούς ασθενείς, οι οποίοι ανταποκρίνονται σε έναν συνδυασμό ημιπραμίνης και διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας, η θεραπεία συντήρησης με διαπροσωπική θεραπεία μπορεί να παρεμποδίζει νέα επεισόδια, αλλά όχι τόσο αποτελεσματικά όσο η θεραπεία συντήρησης με ημιπραμίνη.

Ένα σημαντικό ερώτημα που τελικά βρήκε την απάντησή του ήταν εάν υπήρχε σχέση μεταξύ της διαφοράς ή ομοιότητας του φύλου μεταξύ του ασθενή και του θεραπευτή και της εξέλιξης της θεραπείας. Η διαθέσιμη βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι υπάρχει διαφορετική ψυχολογική ανάπτυξη μεταξύ των αντρών και των γυναικών (Miller, 1984) διαφορετικός τρόπος επικοινωνίας (Tannen, 1990) και διαφορετικό επίπεδο έκφρασης οικειότητας (Belle, 1982). Συγκεκριμένα, για την ψυχοθεραπεία, τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες προτιμούν έναν θεραπευτή του ίδιου φύλου (Simons & Helms, 1976) ενώ οι άντρες - θεραπευτές βρέθηκαν πιο δυναμικοί και καθοδηγητικοί σε σχέση με τις γυναίκες-θεραπευτές (Nelson & Holloway, 1990, Wogan & Norcross, 1985). Οι γυναίκες-ασθενείς έδειχναν ενδιαφέρον για γυναίκες-θεραπευτές λόγω της πίστης ότι θα λάμβαναν περισσότερη κατανόηση και συμπάθεια.

Η πρόσφατη έρευνα των Zlotnick et al (1998), όμως κατάφερε να γκρεμίζει αυτούς τους μύθους και λάθος αντιλήψεις, απαντώντας ότι το φύλο του θεραπευτή και ασθενή δεν παίζει σημασία και δεν επηρεάζει την πορεία της νόσου και θεραπείας.<sup>(39)</sup>

Αυτό που παίζει ρόλο είναι η εκλογή της κατάλληλης ψυχοθεραπείας η οποία εξαρτάται από:

- Από την ηλικία του ασθενούς.
- Από το διανοητικό επίπεδο του ασθενούς και τη βαρύτητα της ψυχικής διαταραχής.
- Από την επαγγελματική κατάσταση του ψυχοθεραπευτή και την αντίληψη του σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διάφορων μορφών ψυχοθεραπείας.
- Από την "αιτιολογία" της διαταραχής.
- Από τους στόχους στους οποίους σκοπεύει ο ψυχοθεραπευτής, που βέβαια εξαρτώνται από το σύστημα αξιών που έχει υιοθετήσει, σχετικά με τον ιδανικό τύπο ανθρώπινης συμπεριφοράς.
- Από τις ειδικές αντικειμενικές συνθήκες: τόπο, χρόνο, κοινωνικούς παράγοντες, οικονομικούς παράγοντες, κλπ.<sup>(9)</sup>

## 4.4 ΜΕΘΟΔΟΙ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

### 4.4.1 Ατομική Ψυχοθεραπεία

Είναι ένα είδος ανθρώπινης διαπροσωπικής σχέσης και επικοινωνίας που μέσα στα πλαίσια της και το κλίμα της, δημιουργούνται βελτιωμένες εμπειρίες και βιώματα που τροποποιούν ανεπιθύμητες εκδηλώσεις της προσωπικότητας.<sup>(40)</sup>

Η ατομική ψυχοθεραπεία αποτελεί τη βάση κάθε μορφή ψυχοθεραπείας και σε αυτή υποβάλλεται η πλειονότητα των ασθενών. Η ατομική ψυχοθεραπεία ασκείται μεταξύ δύο μόνο ατόμων, του ψυχοθεραπευτή και του ασθενούς. Αποτελεί σχέση εξατομικευμένη. Κανένας άλλος δεν βρίσκεται στις θεραπευτικές συνεδρίες. Η ατομική ψυχοθεραπεία βοηθάει τον ασθενή να λύσει τις προηγούμενες αγνώριστες διαμάχες και να επιτύχει μια καλύτερη προσαρμογή στις εντάσεις της ζωής.

Ο ρόλος του ψυχοθεραπευτή είναι βοηθητικός και σκοπός του είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει τις ψυχολογικές του επιπλοκές. Ο ψυχοθεραπευτής ακούει με ενδιαφέρον και προσοχή, οτιδήποτε λέει ο ασθενής.

Ο λόγος αποτελεί μέσο ψυχοθεραπευτικό, χωρίς να είναι το μόνο. Παράλληλα η σιωπή επιδρά ψυχοθεραπευτικά και αποτελεί μέσο ψυχικής επικοινωνίας. Μια ματιά, ένα χαμόγελο μπορεί να μεταδώσουν πολλά. Αλλά και μια επιδοκιμασία ή αδιάφορη έκφραση, σε κάτι που λέει ο ασθενής, αποτελεί μορφή επικοινωνίας.

Στην επικοινωνία με το λόγο έχει σημασία όχι μόνο το τι λέει ο ψυχοθεραπευτής, αλλά και πως το λέει. Ο τόνος της φωνής του, η φρασεολογία του μπορεί να έχουν σημασία. Επομένως, ο λόγος και γενικά η όλη συμπεριφορά του ψυχοθεραπευτή είναι μέσα κατευθυνόμενα και βασίζονται στη γνώση της ψυχοσύστασης και της δομής της προσωπικότητας του ασθενούς. Η κατευθυνόμενη αυτή συμπεριφορά λαμβάνει υπόψη και τις ατομικές ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενούς.

Η ψυχοθεραπευτική επικοινωνία δεν αποτελεί για τον ασθενή απλώς μέσο εκτόνωσης. Η εκτόνωση ή και η κατανόηση συμβάλλουν στην ψυχοθεραπεία, αλλά δεν θεραπεύουν. Στόχος του ψυχοθεραπευτή είναι να κατορθώσει την πλήρη απελευθέρωση του ατόμου από το ψυχικό του μαρτύριο και την ολοκλήρωση της προσωπικότητας του. Αποβλέπει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων, μέχρι των μετριασμό, μέχρι τη θετική παραγωγή της ψυχικής υγείας, την ωριμότητα της προσωπικότητας.

Η ψυχοθεραπεία δεν προσφέρει μόνο απλή ανακούφιση ή απαλλαγή από τα συμπτώματα, αλλά συμβάλλει στη διόρθωση ή ανασύνταξη των διαταραγμένων προτύπων συμπεριφοράς στις ανθρώπινες σχέσεις. Το κλειδί για την ερμηνεία των ελατηρίων πολλών πράξεών μας ή ορισμένου τύπου συμπεριφοράς είναι η πλήρη κατανόηση του ψυχοδυναμικού τρόπου, πάνω στον οποίο έχει οικοδομηθεί ο χαρακτήρας μας.

Υπάρχουν ορισμένες κακοήθεις ή χρόνιες μορφές ψυχικής ασθένειας που, ανεξάρτητα από τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας ή τη μορφή της, η επιδείνωση είναι αναπόφευκτη, πχ. σχιζοειδείς προσωπικότητες ή σχιζοφρενικές καταστάσεις μπορούν να υποβληθούν σε ψυχοθεραπεία με επιτυχή αποτελέσματα, ενώ ο χρόνιος σχιζοφρενικός ασθενής δύσκολα μπορεί να αλλάξει.

Στην ψυχοθεραπεία η προσωπικότητα του ψυχοθεραπευτή παραμένει η ίδια, ενώ η ψυχοθεραπευτική σχέση διαφοροποιείται ανάλογα με τις περιπτώσεις. Και αυτό γιατί θα τους αυξήσει το αίσθημα εσωτερικής ασφάλειας ή γιατί θα τους τονώσει το αίσθημα της αυτοπεποίθησης. Υπάρχει και η αντίθετη περίπτωση. Άτομα, που είναι τύποι κλειστοί και μονήρεις φοβούνται τα δυνατά προσωπικά συναισθήματα. Στην περίπτωση αυτή μια γρήγορη και προσωπική προσέγγιση μπορεί να συντείνει στο να κλειστούν πιο πολύ στον εαυτό τους. Γενικά η προσωπική προσέγγιση εξαρτάται από το ίδιο το άτομο. Όσο και να το θέλεις να προσεγγίσεις ένα άτομο, πρέπει το ίδιο να το επιτρέπει.

Η ψυχοθεραπεία δεν είναι ένα είδος θεραπείας που ο γιατρός συμβουλεύει ενεργητικά και ο ασθενής υπακούει παθητικά. Σκοπός του ψυχοθεραπευτή είναι να παρακινήσει τον ασθενή του σε ενεργητική συμμετοχή στη συζήτηση, σε αναδιτύπωση των σκέψεων και επανεκτίμηση.

Ο ψυχοθεραπευτής πρέπει να είναι προετοιμασμένος, να προσδιορίσει τους αντικειμενικούς στόχους της θεραπείας, ώστε ο ασθενής να βρει τη δική του λύση και να πάρει ο ίδιος τις αποφάσεις ενώ γίνεται με τη βοήθεια του ψυχοθεραπευτή.

Είναι σπουδαίο να ξέρει κανείς τον τρόπο ζωής που ο ασθενής επιθυμεί για τον εαυτό του, με ποιο είδος προσαρμογής θα ικανοποιείται, τι είδους άνθρωπος θέλει να είναι. Αλλά η ψυχοθεραπευτική σχέση, κατά την εξέλιξη της, διαφέρει ακόμα και στο ίδιο το άτομο, γιατί θα πρέπει αν διαφοροποιείται και να αναπροσαρμόζεται προς τις ψυχικές ανάγκες του ατόμου σε κάθε στιγμή.

Η απόφαση για το είδος, που η ψυχοθεραπεία πρέπει να αναλάβει, εξαρτάται μέχρι ενός ορισμένου σημείου από τις ελπίδες και τους σκοπούς του ασθενούς που δεν παύουν να υπάρχουν. Είναι δυνατόν να θεραπευτεί ένας ασθενής με την ψυχοθεραπεία, μόνο εάν ο ίδιος το αποφασίσει.

Η ατομική ψυχοθεραπεία διεξάγεται σε 2-3 συνεδρίες την εβδομάδα από 30-50 λεπτά κάθε φορά. Η διάρκεια είναι από δύο χρόνια έως 25 χρόνια και μπορεί να προσφερθεί σαν μια σειρά εντατικής ψυχοθεραπείας ή σαν υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.<sup>(9)</sup>

### Εντατική ψυχοθεραπεία

Χρησιμοποιείται κυρίως σε περιόδους κρίσης των ασθενών. Συνίσταται σε πολλές συνεντεύξεις, πιθανόν, τρεις ως τέσσερις φορές την εβδομάδα, για μερικά χρόνια. Ο σκοπός μιας τέτοιας θεραπείας είναι η βασική αναμόρφωση της προσωπικότητας του ασθενούς.

Ο ψυχοθεραπευτής όσο βοηθήσει να μειώνονται οι ποικίλες εκδηλώσεις του ασθενούς, τόσο περισσότερο είναι πιθανόν, το άτομο να αισθανθεί την ανάγκη για βελτίωση της συμπεριφοράς και της όλης ζωής του. Η μέθοδος αυτή απαιτεί υπομονή επειδή τα αποτελέσματα αργούν να φανούν. Και βέβαια θα εξαρτηθούν από την όλη διανοητική κατάσταση και του βαθμού ευφυΐας του ασθενούς.

Απαιτείται οπωσδήποτε πολύς χρόνος και για τον ψυχίατρο και για τον ασθενή, είναι πολύ δαπανηρό είδος θεραπείας. Άσχετα από το αν ο ασθενής ανέχεται το κόστος ο ίδιος, η θεραπεία τελείται κάτω από διάφορα

ασφαλιστικά ταμεία υγείας, η απόφαση να αρχίσει μια διαδικασία με τόσο μακρινό τέρμα πρέπει να παρθεί μεταξύ όλων των συντελεστών με πολύ προσεκτική σκέψη.<sup>(9)</sup>

### Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία

Είναι ένα είδος θεραπείας της οποίας σκοπός είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων και η μείωση του stress. Αποσκοπεί στην τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς με την μεταβολή των συνθηκών του περιβάλλοντος που αιτιολογούν ή ευνοούν την παθολογική συμπεριφορά.

Δεν σκοπεύει να ξεσκεπάσει τις ασυνείδητες αντιφάσεις του ασθενούς. Αντίθετα σκοπεύει στο να επιτύχει καλύτερα αναπτυσσόμενους μηχανισμούς άμυνας και μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση. Στην υποστηρικτική ψυχοθεραπεία γίνεται προσπάθεια να συγκεντρωθούν σε μια εστία τα συμπτώματα για τα οποία παραπονείται ο ασθενής και τα προβλήματα που τον στενοχωρούν.

Κατόπιν αναζητούνται και επισημαίνονται οι συνθήκες εκείνες του περιβάλλοντος που έχουν περισσότερο σχέση με τη γέννηση των συμπτωμάτων. Σε επόμενο βήμα ο ψυχοθεραπευτής προσπαθεί από τη μια πλευρά να εξουδετερώσει ή να μειώσει την ισχύ των αρνητικών επιδράσεων του περιβάλλοντος, πχ. ενθαρρύνει τον ασθενή να αλλάξει εργασία, να διακόψει μια σχέση που του προκαλεί άγχος κλπ. Από την άλλη, προσπαθεί να βάλει στη ζωή του ασθενούς θετικούς παράγοντες που αποτρέπουν την ασθένεια, πχ αν ο ασθενής έχει κάποια κλίση στη ζωγραφική οδηγεί στο να προσαρμόσει το επάγγελμα σε αυτή την κατεύθυνση.

Στην υποστηρικτική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται πάντα το υγιές μέρος της προσωπικότητας, που ενισχύει με κάθε τρόπο. Πολύ βοηθάει τον ασθενή η επίδειξη ενδιαφέροντος για τα προβλήματα του και τις ειδικές συνθήκες του. Η ανθρώπινη συμπάρασταση τον βοηθάει να κατευθύνει την συμπεριφορά του σε υγιέστερους τρόπους ζωής.<sup>(9)</sup>

#### **4.4.2 Ομαδική Ψυχοθεραπεία**

Κατά τον Corsini (1957), ομαδική ψυχοθεραπεία είναι μια διαδικασία, που εφαρμόζεται σε προστατευμένες ομάδες, οργανωμένες σύμφωνα με ορισμένους κανόνες και που έχει προγραμματισθεί έτσι, ώστε επιφέρει σύντομα βελτίωση στην προσωπικότητα και στην συμπεριφορά των ατόμων της ομάδας με αλληλεπιδράσεις που προσδιορίζουν και ελέγχονται από πριν.

Στην ομαδική ψυχοθεραπεία ο ασθενής βλέπει ότι δεν είναι ο μόνος που υποφέρει σε αυτόν τον κόσμο. Δέχεται παραινέσεις από πολλές μεριές, δημιουργεί δεσμούς με τους συνασθενείς – συνομιλητές κλπ. Είναι κατάλληλη για αλκοολικούς, τοξικομανείς, ψυχονευρωτικούς, καταθλιπτικούς και μερικές περιπτώσεις σχιζοφρενών.

Με την ομαδική ψυχοθεραπεία εξοικονομούμε χρόνο, γιατί με τα ίδια μέσα πολλά προβλήματα κοινά σε διάφορους ασθενείς μπορούν να ξεκαθαριστούν ταυτόχρονα. Ο θεραπευτής είναι ικανός να δώσει περισσότερο χρόνο στην ομάδα των ασθενών απ' ό,τι θα μπορούσε ξεχωριστά στο κάθε άτομο. Πολλοί ασθενείς βοηθούνται. Η έλλειψη αυτοπεποίθησης ξεπερνιέται με το να ακούνε άλλους ασθενείς να συζητούν τις δυσκολίες τους και είναι

δυνατόν σιγά – σιγά να κερδίσουν το απαραίτητο θάρρος να μιλήσουν για τα προσωπικά τους προβλήματα.

Οι θεραπευτικές ομάδες (6-8 άτομα) είναι συνήθως «κλειστές». Όλοι οι ασθενείς αρχίζουν και τελειώνουν μαζί τη θεραπεία. Καινούρια μέλη δεν γίνονται δεκτά. Τα θέματα που διαπραγματεύεται η ομάδα σχετίζονται με την ιδιότητα του μέλους της ομάδας, όσο επίσης και με τα ειδικά προβλήματα μεμονωμένων μελών.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί επίσης να ακολουθήσει το υπόδειγμα υποστηρικτικής θεραπείας, όπως συμβαίνει στις ανοικτές ομάδες ασθενών που συναντιούνται απλά να συζητήσουν κάθε στοιχείο καινούργιου ενδιαφέροντος, που παρουσιάζει ένα νέο μέλος της ομάδας. Καινούργιοι ασθενείς μπορούν να προσκληθούν, να συμμετέχουν. Όταν οι ασθενείς αναλάβουν από την ασθένειά τους, φεύγουν από την ομάδα. Στην ομαδική θεραπεία αυτού του είδους, ένα μέλος του προσωπικού παίρνει το ρόλο του προσωπικού, που συγκαλεί την ομάδα.

Μερικοί ασθενείς βρίσκουν πολύ δύσκολο να μιλήσουν και είναι δουλειά των άλλων μελών της ομάδας να ερευνήσουν τους λόγους της δυσκολίας και να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει τη δυσκολία του. Άλλοι ασθενείς μονοπωλούν τη συζήτηση και εδώ πρέπει να βοηθηθούν να καταλάβουν την ανάγκη πως πρέπει κι Άλλοι να λάβουν μέρος στη συζήτηση (και να πραγματοποιηθούν με τη θέση).

Άλλοτε πάλι υπάρχουν μακρινές σιωπές κατά τη διάρκεια συναντήσεων και τότε ο οδηγός περιμένει τις αντιδράσεις για να ανακαλύψει την αιτία της σιωπής. Τη σιωπή δύσκολα την ανέχονται. Κατά την δεύτερη φάση ο ένας μελετάει τις εκφράσεις και τις διαθέσεις του άλλου. Και παρουσιάζονται σημεία ανησυχίας από τον τρόπο που οι άνθρωποι κινούνται διαρκώς ή πετούν τσιγάρα ή κινούν ελαφρά τα πόδια τους ή κρύβουν το πρόσωπο τους. Το να ξέρει κανείς πότε και πως να σπάσει τη σιωπή είναι δύσκολο. Όσο περνά ο χρόνος γίνεται δυσκολότερο. Ο αρχηγός πρέπει να περιμένει.

Σε πολλές ομαδικές συναντήσεις οι ασθενείς εκφράζουν κριτική του προσωπικού του ιδρύματος, που ανήκουν. Αυτό πρέπει να ενθαρρύνεται για πολλούς λόγους. Οι ασθενείς χρειάζονται μια ασφαλή διέξοδο για τα εχθρικά τους αισθήματα. Φυσικά είναι πάντοτε δυνατόν να υπάρχουν καλές δικαιολογίες στα παράπονα των ασθενών για το προσωπικό.

Κατά τη διάρκεια ομαδικών συναντήσεων συμβαίνει να ξεκαθαρίζει ένας αριθμός των προβλημάτων των ασθενών. Ένα από τα πλεονεκτήματα της ομαδικής ψυχοθεραπείας βρίσκεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις θεραπευτικές επιρροές ο ένας στον άλλον.<sup>(41)</sup>

#### 4.4.3 Θεραπεία της Συμπεριφοράς

Η θεραπεία της συμπεριφοράς στηρίζεται στην ψυχολογία της μάθησης. Είναι πιο αποτελεσματική, όταν ο σκοπός της θεραπείας είναι να αλλάξει κάποια μεμονωμένη συνήθεια, όπως η φοβία κλειστών χώρων ή η φοβία να ανέβει κανείς σε αυτοκίνητο, σε ηλεκτρικές σκάλες κλπ. Απευθύνεται δηλαδή στο σύμπτωμα και όχι στην ψυχική διαταραχή.<sup>(42)</sup>

Το πιο σπουδαίο μέσον, που χρησιμοποιείται για την θεραπεία είναι η ενίσχυση και η βράβευση, κατά τον Skinner. Όταν μια κίνηση ή ενέργεια βραβεύεται, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να επαναληφθεί, πχ. το παιδί που κλαίει συγκεντρώνει την αγάπη και την προσοχή της μητέρας του, κι έτσι μαθαίνει να κλαίει για να κερδίζει αυτή την προσοχή και την αγάπη. Αργότερα μεγαλώνοντας, χωρίς να έχει αυτό το σκοπό, δηλαδή να συγκεντρώσει την προσοχή της μητέρας του, κλαίει γιατί το κλάμα είναι κάτι που έχει μάθει και το χρησιμοποιεί. Με τη θεραπεία αυτή γίνεται προσπάθεια να βραβευθεί και ενισχυθεί η σωστή ενέργεια και να αποφευχθεί η παθολογική συμπεριφορά.

Όταν το παιδί απομακρύνεται από τους άλλους και απομονώνεται, δεν είναι θεραπευτικό να το πλησιάσουμε και να του εκδηλώσουμε την αγάπη μας. Γιατί έτσι είναι σαν να το βραβεύουμε γι' αυτήν του τη συμπεριφορά. Με αυτό τον τρόπο το ενισχύουν να απομακρυνθεί περισσότερο για να κερδίσει την αγάπη μας. Αντίθετα πρέπει να δείχνουμε αυτή την αγάπη και την φροντίδα, όταν το παιδί αυτό προσπαθεί να πλησιάσει κάποιο άλλο ή να βγει από το δωμάτιο στο οποίο βρίσκεται περισσότερο.

Πολλοί ασθενείς υποφέρουν από άγχος, που έχει σχέση με συγκεκριμένες συνθήκες και καταστάσεις, πχ. το να ανέβουν σε λεωφορείο τους δημιουργεί άγχος, κάπως λιγότερο να μπουν σε ταξί και ακόμα λιγότερο σε ιδιωτικό αυτοκίνητο.

Σύμφωνα με τη θεραπεία που ακολουθούμε ο ασθενής βοηθείται πρώτα να ηρεμήσει με διάφορα υπνωτικά ή ηρεμιστικά φάρμακα και, ενώ βρίσκεται σε αυτή την κατάσταση του λέμε να φέρει στη σκέψη του την περίπτωση που του δημιουργεί το λιγότερο άγχος, το να μπει δηλαδή σε ιδιωτικό αυτοκίνητο. Το να μπορέσει να θυμηθεί αυτήν την περίπτωση χωρίς άγχους, αφού βρίσκεται σε κατάσταση ηρεμίας τον βοηθάει να αποσυνδέσει το άγχος από την περίπτωση και σιγά – σιγά να μην το αισθάνεται.

Προχωρά σταδιακά στη χρήση αυτών των μέσων χωρίς άγχος και είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει την πραγματική εικόνα. Μια μορφή αυτής της θεραπείας βράβευσης είναι και η αποτοξίνωση του αλκοολικού. Σκοπός της θεραπείας είναι να διακόψει και να καταστρέψει τη σχέση μεταξύ ποτού και ευχαρίστησης. Μαζί με το ποτό δίνεται στον ασθενή ένα φάρμακο εμετικό. Η ναυτία και το άσχημο συναίσθημα, που δημιουργείται από το εμετικό, συνδέεται με το ποτό και η ευχαρίστηση μετατρέπεται σε ένα είδος αηδίας προς αυτό, γιατί, κάθε φορά που πάει να πει, έχει αυτό το άσχημο συναίσθημα.<sup>(43)</sup>

#### 4.4.4 Περιβάλλον και Ψυχοθεραπεία

Στην προσπάθεια να χρησιμοποιηθεί το περιβάλλον έτσι που να επιφέρει αλλαγή στη συμπεριφορά του ασθενούς, προσφέρεται η δυνατότητα να χρησιμοποιηθούν όσο το δυνατόν περισσότερο η θετική στάση του προσωπικού και των ασθενών στο θεραπευτικό σχέδιο.

Σε αυτή την μορφή της θεραπείας γίνεται χρήση του γεγονότος ότι καθένας – προσωπικό και ασθενείς – ενεργεί σαν παρατηρητής και μέτοχος στις διαδικασίες που συμβαίνουν. Όλοι μαζί συχνά μπορούν να καταλάβουν τι σημαίνει επικοινωνία, πχ. ένας ασθενής με εχθρική στάση, προκλητική συμπεριφορά, συχνά παραπονείται ότι οι δικοί του ή το προσωπικό έχουν

επιθετική στάση, δεν καταλαβαίνει όμως ότι ο ίδιος προκαλεί την αντίδραση τους.

Αν όλοι στο τμήμα τον αντιμετωπίσουν σύμφωνα με τη στάση του, αρχίζει να βλέπει ότι ο ίδιος δημιουργεί εχθρότητα με τους άλλους και καταλαβαίνει ότι δεν έφταιγαν οι δικοί του αλλά ο ίδιος.

Το περιβάλλον πρέπει να είναι τέτοιο, ώστε να έχουν οι ασθενείς την ευκαιρία να λύνουν προβλήματα που μοιάζουν με εκείνα της πραγματικής ζωής και που είναι δυνατόν να συναντήσουν μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Σε αυτή τη βάση πρέπει να διαμορφώνονται όλα γύρω τους. Οι ασθενείς μπορούν να μάθουν να συμβάλλουν αποτελεσματικά για μια σωστή διαβίωση, αν το γενικό κλίμα του τμήματος τους επιτρέπει να χρησιμοποιήσουν την πρωτοβουλία και την κρίση τους. Ζητούν ευκαιρία να πάρουν αποφάσεις και να ασχοληθούν με προβλήματα που δημιουργήθηκαν.

Το φυσικό περιβάλλον του ασθενούς πρέπει να είναι κάτω από τον έλεγχό του. Ένα τμήμα που μοιάζει με ξενοδοχείο πολυτελείας ή ένα πολύ γεμάτο τμήμα δεν βοηθούν γι' αυτό το σκοπό.

Οι ασθενείς πρέπει να αισθάνονται ότι το τμήμα είναι «δικό τους». Αυτοί αποφασίζουν για το χαρακτήρα του προσωπικού τους περιβάλλοντος, τακτοποιούν τα ατομικά τους αντικείμενα και παίρνουν υπεύθυνες αποφάσεις για τη συντήρηση και επιδιόρθωση του τμήματος. Οι ασθενείς ξεναγούν τους επισκέπτες στο τμήμα τους, δίνουν εξηγήσεις σε νέους ασθενείς, υπερηφανεύονται ή στενοχωριούνται για την περιποιημένη ή ακατάστατη εμφάνισή τους.

Αν δεν αισθάνονται υπεύθυνοι, θα εξηγούν κάθε μειονέκτημα σαν απόδειξη ανεπαρκούς ενδιαφέροντος για τη διαβίωσή τους, πχ. «Εκείνοι δεν μας έδωσαν τασάκια». Εφόσον «εκείνοι» φταίνε, οι ασθενείς μπορούν να μένουν παθητικοί και να αποφεύγουν να φροντίσουν για τα προβλήματά τους.

Καλό είναι στις συγκεντρώσεις των ασθενών να γίνει κατανομή της εργασίας και να τακτοποιείται κάθε θέμα που θέλει οργάνωση. Εκεί ο νοσηλευτής και οι ασθενείς αποφασίζουν ποιο μέρος της εργασίας θα κάνει ο καθένας. Συμφωνίες για το στρώσιμο των κρεβατιών, το σκούπισμα των θαλάμων, το ξεσκόνισμα, το πλύσιμο, αφήνονται απόλυτα στους ασθενείς των θαλάμων.

Αποφάσεις για την ώρα του ύπνου, του ξυπνήματος, την ώρα που θα χρησιμοποιηθεί το ραδιόφωνο ή η τηλεόραση, για την ψυχαγωγία ή για προσκλήσεις ασθενών άλλων θαλάμων παίρνονται από τους ασθενείς. Μπορούν να ορισθούν χορωδίες ή ψυχαγωγίες και έξοδοι.

Ο σκοπός για τις δραστηριότητες αυτές πρέπει να είναι ξεκαθαρισμένος. Δεν ταιριάζει να γίνεται με σκοπιμότητα για βοήθεια του προσωπικού, είναι ζήτημα «υπευθυνότητας των ασθενών», στην οποία βοηθάει το προσωπικό μόνο όταν το απαιτεί η ασθένειά τους. Η υπευθυνότητα συνοδεύεται συνήθως από δυσκολίες και αποτυχίες και αυτές πρέπει να τις επιφορτίζονται οι ίδιοι οι ασθενείς. Μπορεί αυτές να συζητούνται στη συγκέντρωση του θαλάμου και κάποτε με γενικό τρόπο, πχ. «τι εννοούμε λέγοντας αίσθημα ευθύνης». «πως αυτό αποκτάται».

Ο τρόπος που κάθονται οι ασθενείς στις συγκεντρώσεις, το τι λένε, η έκφραση του προσώπου τους, οι λοξές ματιές στους άλλους, η νευρικότητά τους, το κάπνισμα και η συμπεριφορά τους είναι σημαντικά.



Ωφελούνται με το να βλέπουν την επίδραση που έχει η συμπεριφορά τους στους άλλους και με το να καταλαβαίνουν ότι και οι άλλοι άνθρωποι έχουν τις ίδιες δυσκολίες. Μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τις αξίες, που οι άλλοι υποστηρίζουν.

Οι σχέσεις μεταξύ τους αλλάζουν κατά τέτοιο τρόπο, ώστε οι άνθρωποι να έχουν ολοένα περισσότερη εμπιστοσύνη ο ένας στον άλλον. Γίνεται κάθε προσπάθεια να τονισθεί η διάκριση των ρόλων μεταξύ κατηγοριών ατόμων. Αυτό έχει εξαιρετική αξία για ασθενείς που υποφέρουν από ανωμαλίες της προσωπικότητας. Υποβάλλονται στον έλεγχο άλλων ασθενών και μαθαίνουν να συμμορφώνονται στους κανόνες που τα μέλη της ομάδας τους επιβάλλουν.

Έτσι προετοιμάζεται η επιστροφή και η διαβίωση σε μια ευρύτερη κοινότητα. Η συμβολή του περιβάλλοντος είναι μια μορφή θεραπευτικής αγωγής που φέρνει αποτελέσματα σε ασθενείς που παρουσιάζουν ποικιλία από ανωμαλίες.

Μερικοί ψυχίατροι πιστεύουν ότι αυτή η μέθοδος έχει ιδιαίτερη αξία στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, για να εξουδετερωθεί η τάση των ασθενών να απομονώνονται και να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά η σύγχυση της προσωπικότητας και των ορίων του εγώ.

Η συνεργασία με άλλους, η εξάσκηση εξουσίας και η πρακτική στην ανάληψη ευθυνών, ενθαρρύνει τον αυτοσεβασμό του ασθενούς. Συμμετοχή σε ομαδικές ενέργειες και συζήτηση με ασθενείς και προσωπικό βοηθάει στην ανάπτυξη ενόρασης και στην προώθηση της συναισθηματικής λειτουργίας.<sup>(9)</sup>

#### 4.4.5 Αναψυχή - Ψυχόδραμα

Μπορεί να είναι η αναψυχή μια απλή ποικιλία, αλλά σε πολλές περιπτώσεις έχει θεραπευτική αξία. Έχουμε την οργανωμένη αναψυχή κατά την οποία οι ασθενείς όλοι μαζί ασχολούνται με παιχνίδια, θέατρο, χορούς, χορωδίες, φυσικές ασκήσεις κλπ. Το ψυχόδραμα αναπτύχθηκε από τον Moreno και είναι μια μέθοδος ομαδικής ψυχοθεραπείας στην οποία η δομή της προσωπικότητας, οι διαπροσωπικές σχέσεις, συγκρούσεις και ψυχικά προβλήματα ανιχνεύονται μέσω κάποιων συγκεκριμένων δραματικών ρόλων. Όλα αυτά, όταν γίνονται, όχι μόνο προκαλούν ευχαρίστηση, αναψυχή, αλλά κάνουν τον αντικοινωνικό και απομονωμένο ασθενή να έλθει σε επικοινωνία με τους συντρόφους του και την πραγματικότητα. Για την οργανωμένη αναψυχή παίρνουμε υπόψη τις προτιμήσεις των ασθενών.<sup>(44)</sup>

Η μουσική έχει επίδραση σε πολλούς ασθενείς και μπορεί κάποιιοι που φέρονται εχθρικά να αλλάξουν διάθεση και άλλοι που είναι απομονωμένοι να γίνουν πιο κοινωνικοί. Στους θαλάμους μπορούν να οργανωθούν κοντσέρτα με δίσκους που θα είναι για όλα τα γούστα, με συνοδεία τραγουδιού, πιάνου ή βιολιού ή απαγγελίες των ίδιων των ασθενών.

Όταν μπορούμε να διοργανώσουμε μια θεατρική παράσταση για τους ασθενείς έστω μια φορά το χρόνο, αυτό δίνει μεγάλη ευχαρίστηση, αλλά έχει και θεραπευτική αξία, γιατί περιλαμβάνει πολλά είδη αναψυχής. Στην περίπτωση των χρόνιων ασθενών που έχουν εργασθεί στο τμήμα και ύστερα περνούν στις εργασίες του νοσοκομείου θα μπορούσαμε να διοργανώσουμε εβδομαδιαίες ασκήσεις με τον τύπο αναψυχής.<sup>(45)</sup>

#### 4.4.6 Φυσική Άσκηση

Έχει επισημανθεί ότι οι ασκήσεις συντελούν στην προώθηση της σωματικής και πνευματικής υγείας. Αλλά πολύ λίγη σημασία δόθηκε στην επίδραση που οι ασκήσεις έχουν στους ασθενείς με μακροχρόνια προβλήματα. Σπάνια είναι δυνατόν να πεισθούν άτομα με τέτοια προβλήματα να ζητήσουν βοήθεια υπηρεσιών για ασκήσεις. Εν τούτοις, μια ομάδα Κοινοτικών Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας πέτυχε να πείσει κάποιους ασθενείς να λάβουν μέρος σε ασκήσεις.<sup>(46)</sup>

Παλαιότερες έρευνες είχαν δείξει ότι οι ασκήσεις ωφελούν τους ασθενείς, ιδιαίτερα εκείνους που έχουν άγχος και κατάθλιψη. Μετά από την άσκηση τους στην ομάδα γυμναστικής είναι πιο αισιόδοξοι, λιγότερο μελαγχολική, γενικά αισθάνονται καλύτερα. Το τρέξιμο λέγεται ότι είναι εξίσου αποτελεσματικό όσο η ψυχοθεραπευτική. Και είναι και λιγότερο δαπανηρό, κοστίζει 1/5 των ετήσιων δαπανών για την ψυχοθεραπεία. Επίσης ίσως και να βοηθάει τους ασθενείς να νιώσουν, όταν πετύχουν ένα στόχο, ότι κατόρθωσαν κάτι. Τους δίνει ένα αίσθημα αυτοελέγχου και σίγουρα βελτιώνει την υγεία τους και διασκεδάζει τα ψυχολογικά τους προβλήματα.<sup>(47)</sup>

Ο Chamone παρακολούθησε την πρόοδο 40 ασθενών με παλιά διάγνωση σχιζοφρένειας. Τους τοποθέτησε σε ομάδες απασχόλησης, εργοθεραπείας, κηπουρικής και κολύμβησης. Δύο ώρες μετά τις ασκήσεις αυτές όλοι οι ασθενείς έδειχναν σαφώς λιγότερη ψυχωτική έκφραση, λιγότερο ερεθιστικότητα, λιγότερη ένταση και κατάθλιψη και ήταν πιο κοινωνικοί και αισιόδοξοι. Σε μια άλλη ομάδα ασκήσεων τα 3/4 των ασκούμενων ανέφεραν ότι η άσκηση τους βοήθησε να ξεπεράσουν τις παραισθήσεις τους.<sup>(48)</sup>

Εκ παραδόσεως τα σπορ έπαιζαν και παίζουν μεγάλο ρόλο στα ψυχιατρεία της Αγγλίας από τον 19<sup>ο</sup> αιώνα. Πολλά είχαν αίθουσα γυμναστικής και μεγάλο γήπεδο για ποδόσφαιρο. Αναγνωρίζοντας ότι δεν έχουν τέτοια αθλητική διοργάνωση για τους ασθενείς, οι νοσηλευτές ζητούν για τους ασθενείς τους και τους συγγενείς τους να απαντήσουν, αν θα επιθυμούσαν ένα εβδομαδιαίο αθλητικό απόγευμα στο τοπικό ψυχαγωγικό κέντρο. Ζήτησαν επίσης από τους νοσηλευτές και τις εθελοντικές υπηρεσίες να πουν την γνώμη τους. Όλοι απάντησαν καταφατικά, αλλά ήταν διστακτικοί για τον αριθμό των ασθενών που θα παρακολουθούσαν.

Οι νοσηλευτές ήρθαν σε επικοινωνία με το προσωπικό των τοπικών ψυχαγωγικών κέντρων. Με τη βοήθεια τους και την οργάνωση, η ομάδα ψυχαγωγίας ξεκίνησε το 1989. Στην αρχή είχαν κολύμβηση και μπάλα κάθε δύο εβδομάδες. Ένα σημαντικό μέρος του απογεύματος ήταν αυτό που περνούσαν στο καφενείο ασθενείς και προσωπικό μαζί. Οι τοπικές αρχές της υγείας πλήρωναν τα έξοδα. Μια βοηθητική κοινοτική ομάδα από 5 νοσηλευτές και 3 εργάτες ψυχικής υγείας έπαιζε ομαδικά αθλητικά παιχνίδια με τους ασθενείς. Η ομάδα τόνισε την βελτίωση της κοινωνικότητας και της ικανότητας των ασθενών. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να αντιμετωπίσουν μόνοι τους τα ψυχολογικά τους προβλήματα και να ζουν στην κοινότητα. Το αθλητικό ψυχαγωγικό απόγευμα βοήθησε να πέσει το επαγγελματικό φράγμα και να αναπτυχθεί διεργασία σε ένα χώρο που δεν ήταν ψυχοθεραπευτικός.

Μεταξύ του 1989 και 1993 έλαβαν μέρος 2651 ασθενείς με μέση εβδομαδιαία παρουσία 15 με 20 ασθενών. Οι περισσότεροι ζουν σε κοινοτικά οικήματα αλλά ένας μικρός αριθμός μένει σε μονάδες τοπικού νοσοκομείου.

Οι περισσότεροι των ερωτηθέντων είχαν εβδομαδιαία συμμετοχή επί ένα χρόνο και πλέον και επιθυμούσαν να είναι πιο συχνή η συμμετοχή τους. Ένας μεγάλος αριθμός έπασχαν από σχιζοφρένεια ή μανιακή κατάθλιψη. Όλοι είπαν ότι απολαμβάνουν τις ασκήσεις περισσότερο από το καφενείο, ότι αισθάνονται καλύτερα και σωματικά και ψυχικά και ότι συστήνουν την ομάδα ασκήσεων και σε άλλους, Όλοι οι ασθενείς είπαν ότι οι νοσηλευτές τους συμπεριφέρονται πολύ φιλικά.

Πολλοί είπαν ότι θέλουν οπωσδήποτε να συμμετέχουν ακόμα και αν πρέπει να πληρώσουν δικαίωμα συμμετοχής. Περισσότεροι από τους μισούς είπαν ότι εξακολούθησαν να συμμετέχουν και όταν βρίσκονται στους θαλάμους θεραπείας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένα κράμα ασκήσεων και κοινωνικών συγκεντρώσεων προάγουν τη διάθεση, για κοινωνικές σχέσεις, ανακουφίζει από το άγχος. Φαίνεται ότι τα σπορ είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος να συμμετέχουν οι ψυχασθενείς σε κοινωνικές δραστηριότητες σε ένα χώρο μη στιγματισμένο.

Όταν ένας εργοθεραπευτής αναλαμβάνει την άσκηση των ασθενών πρέπει να γνωρίζει ότι :

Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει ασθενείς με αρκετό βαθμό ψυχικής και φυσικής ικανότητας. Τους μεταχειρίζεται σαν υγιή άτομα. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει ασκήσεις, βόδιμα, παιχνίδια με την ομάδα, σπορ, μουσική, λαϊκούς χορούς.

Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει ασθενείς λιγότερο ευκίνητους, περισσότερο στερεοτυπικούς με λιγότερες ελπίδες καλής επίδοσης. Εδώ χρειάζονται απλές ασκήσεις που δεν απαιτούν πολύ συγκέντρωση από τους ασθενείς.

Η Τρίτη ομάδα περιλαμβάνει τους χρόνιους και τους περισσότερο σοβαρά ασθενείς. Γι' αυτούς οι ρυθμικές ασκήσεις είναι περισσότερο αναγκαίες και ευεργετικές.

Επιτρέπεται το βόδιμα σε απλή η διπλή γραμμή με ένα μικρό εμπόδιο, μπάλα, ποδόσφαιρο, κλπ. Και στις τρεις ομάδες η ανάπαυση στο τέλος της άσκησης έχει πάρα πολύ μεγάλη σημασία.<sup>(9)</sup>

#### 4.4.7 Εργοθεραπεία ή Απασχολησιοθεραπεία

Είναι μετά από ιατρική σύσταση και κάτω από επαγγελματική καθοδήγηση δραστηριότητα, που αποσκοπεί στην προώθηση η επιτάχυνση της ανάρρωσης από ασθένεια ψυχική ή τραυματισμό. Αναγνωρίζεται σαν πολύτιμη βοηθητική θεραπεία της ψυχιατρικής, επειδή προσφέρει στον ασθενή παρακίνηση, ψυχική διέξοδο ή κατάλληλο κοινωνικό περιβάλλον και επειδή με τα επιτεύγματα της δίνει μέσα δημιουργικής ικανοποίησης του ασθενούς.<sup>(9)</sup>

Παρέχει επίσης ένα μέσο απόκτησης ορθών πληροφοριών σχετικά με τις αντιδράσεις, τις ικανότητες, τις επιδεξιότητες, τις δυνατότητες και τα ενδιαφέροντα του ασθενούς.

Η εργοθεραπεία αποβλέπει :

- 1 Στο να βοηθήσει τον ασθενή να προσαρμοσθεί στα συναισθηματικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα.
- 2 Στο να διατηρήσει, ξαναβρεί ή αναπτύξει καλές συνήθειες εργασίας.
- 3 Στο να βοηθήσει στην αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας μετά από σωματικό ατύχημα ή ασθένεια στην περίπτωση των αναπήρων.

- Αντενδείξεις της εργοθεραπείας
- 1 Υπερβολική ψυχοκινητική ενεργητικότητα, που χαρακτηρίζεται από επιθετικότητα.
  - 2 Καταπληξία, λήθαργος
  - 3 Ιδιωτεία
  - 4 Πλήρης άρνηση από τον ασθενή
  - 5 Ισχυρές τάσεις προς αυτοκτονία

### Οργάνωση τμήματος εργοθεραπείας

Η οργάνωση του τμήματος της εργοθεραπείας πρέπει να είναι τέτοια ώστε να μπορεί να περιλαμβάνει ασθενείς καινούργιους, ασθενείς παλιούς και ασθενείς που μένουν στο κρεβάτι. Στόχος για όλες τις περιπτώσεις θα πρέπει να είναι η βελτίωση των ασθενών στον τομέα της εργοθεραπείας με σκοπό να μπορούν να χρησιμοποιηθούν ολοένα και πιο αποδοτικά.

Οι ασθενείς που βρίσκονται στο τμήμα εργοθεραπείας έχουν ο καθένας την κάρτα του, τα συμπτώματα, πιθανούς κινδύνους και τη θεραπεία του, ακόμα και κατά τη διάρκεια της καθημερινής απασχόλησης.

Πηγαίνουν πρώτα σε μικρή ομάδα όπου έχουν άμεση και συνεχή επίβλεψη και κατόπιν πηγαίνουν σε μεγαλύτερα κέντρα εργοθεραπείας, πχ αίθουσα ραψίματος, χειροτεχνίας κλπ., όπου η επίβλεψη θα είναι λιγότερη, αλλά οπωσδήποτε αρκετή για να μπορεί ο εργοθεραπευτής να καταλάβει την ψυχική κατάσταση του ασθενούς και το είδος της εργασίας που του ταιριάζει περισσότερο.

Αν επιβλέπει μόνος ο εργοθεραπευτής θα περιορίσει την εργασία του σε δύο κέντρα, ένα για τις πρόσφατες περιπτώσεις και ένα για τις υπόλοιπες. Αν έχει τη βοήθεια του διευθυντού και των νοσηλευτών θα σχηματίσει ομάδες στα τμήματα και οι ασθενείς θα εργάζονται καθημερινά κάτω από την επίβλεψη του νοσηλευτή.

Ο εργοθεραπευτής θα διδάξει στους νοσηλευτές τις απλές τέχνες, πχ. βελονάκι, καλαθοπλεκτική κλπ. Και θα αποφασίσει από κοινού με τους νοσηλευτές για την απασχόληση του ασθενούς γιατί ξέρουν καλά τους ασθενείς και έχουν περισσότερες πληροφορίες για την κατάσταση τους.<sup>(49)</sup>

Τομείς εργοθεραπείας είναι :

1. Χειρονακτικές τέχνες, όπως κατεργασία ξύλου, μετάλλου, πλαστικών υλών, δέρματος, υφαντική, τέχνη της βελόνας, σχέδιο, κεραμική, ζωγραφική, κηπουρική κλπ.
2. Δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως βοήθεια στο τμήμα, στο μαγειρείο, στο διοικητικό κτίριο του ιδρύματος,
3. Επαγγελματική διερεύνηση, όπως μαθήματα γραφομηχανής, στενογραφίας και άλλων ειδικοτήτων γραφείου.
4. Επαγγελματική προπαρασκευή, όπως τυπογραφία, βιβλιοδετική, ξυλουργική, επιπλοποιία και κατασκευή ειδών ρουχισμού.
5. Ψυχαγωγία και κοινωνικές δραστηριότητες, όπως σωματικές ασκήσεις, μουσική, ομαδική ψυχαγωγία, διασκεδάσεις, αθλοπαιδιές και κοινωνικά γεγονότα.

## Υποπροϊόντα της εργοθεραπείας

Τα έργα των ασθενών είναι υποπροϊόντα της εργοθεραπείας. Σκοπός δεν είναι η παραγωγή, αλλά η ανάπτυξη συναισθήματος ικανοποίησης και υπερηφάνειας για το ωραίο που δημιούργησαν. Τα έργα, εάν θέλει ο ασθενής, μπορεί να τα κρατήσει ή να πωληθούν στο κοινό και τα χρήματα να προστεθούν στο κονδύλιο του τμήματος. Πρέπει ο ασθενής να συνεργάζεται με τον προϊστάμενο, τον εργοθεραπευτή και το γιατρό μια φορά την εβδομάδα και να συζητάει μαζί τους τα θέματά του.

## Πρακτικές συμβουλές

- 1 Κρίνουμε τους ασθενείς από πολλές πλευρές**
  - α) Την ασθένεια που πάσχουν και τα συμπτώματα που απαιτούν θεραπεία.
  - β) Τα εργαλεία που επιτρέπεται να χρησιμοποιήσουν, πχ. οι παρορμητικοί δεν θα επιτραπεί να χρησιμοποιήσουν εργαλεία με τα οποία θα μπορούν να βλάψουν τον εαυτό τους.
  - γ) Τις διανοητικές ικανότητες του ασθενούς την ώρα της εργοθεραπείας, πχ. εάν σε έναν με κατάθλιψη δώσουμε αρκετή εργασία που για την ώρα δεν είναι άξιος να φέρει σε πέρας, θα γίνει πιο θλιμμένος και θα χάσει το ενδιαφέρον του. Πρέπει λοιπόν να δίνουμε στον ασθενή κάτι που να του τραβάει όλη την προσοχή του και ολοένα να κάνουμε πιο εντατικό το είδος της εργασίας, όσο ο ασθενής βελτιώνεται.
- 2 Δίνουμε εργασίες που μπορούν να απασχολήσουν κάθε τύπο ασθενούς**

Τέτοιες είναι εργασίες με βελόνα, καλαθοπλεκτική, χρησιμοποίηση φυσικών ινών, καλαθάκια εργασίας ενός απλού τύπου, βελονάκι με πολύπλοκα σχέδια κλπ.
- 3 Λαμβάνουμε υπόψη μας τη διαρρύθμιση του χώρου μας**

Οι ακοινωνήτοι και απομονωμένοι ασθενείς να κάθονται κοντά σε άλλους που τους συμπεριφέρονται φιλικά, οι υπερδραστήριοι ασθενείς που ανακατεύονται με όλα, να κάθονται σε χωριστά τραπέζια. Μερικοί που έμαθαν μια τέχνη θα βοηθηθούν να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση εάν τους βάλουμε να εκπαιδεύσουν άλλους.
- 4 Μην ικανοποιούμαστε με κακής ποιότητας εργασία**

Είναι πολύ καλύτερο για τους ασθενείς εκείνο που κάνουν να είναι καλά κατασκευασμένο για να χρησιμοποιηθεί κάπου, όταν τελειώσει. Η εργασία που δίνουμε στους ασθενείς να είναι κατάλληλη για τις ικανότητές τους, ώστε το αποτέλεσμα να είναι ικανοποιητικό.
- 5 Μερικές εργασίες είναι καταλληλότερες για άνδρες και άλλες για γυναίκες**

Μερικές εργασίες κατάλληλες για άνδρες είναι γυάλισμα επίπλων, κατασκευή καρεκλών, ξύλινων παιχνιδιών κλπ. Ενώ για γυναίκες είναι η υφαντική και οι εργασίες με βελόνα.

Τέλος τι θα γίνει και πως θα γίνει πρέπει να αναθεωρείται κατά διαστήματα και να συμπληρώνεται από την προσωπική επιτήρηση του θεράποντα ιατρού και με σύσκεψη της θεραπευτικής ομάδας. Σε κάθε

περίπτωση η ικανότητα του ασθενούς και η συναισθηματική κατάσταση θα καθορίσουν τη στάση που θα τηρηθεί και τον τρόπο εφαρμογής της εργοθεραπείας. Κάθε νέο σύμπτωμα που θα παρουσιαστεί κατά την διάρκεια της θεραπείας αξιολογείται και τροποποιεί ανάλογα τη στάση του *εργοθεραπευτή*.<sup>(9)</sup>

#### 4.4.8 Γνωστική Θεραπεία

Η γνωστική θεραπεία είναι βέβαια μια ειδική θεραπευτική τεχνική (ψυχοθεραπεία), που χρησιμοποιείται προοδευτικά και περισσότερο κυρίως στην θεραπεία της κατάθλιψης. Είναι ουσιαστικά μια βραχεία ψυχοθεραπεία με δομημένες συνεδρίες (15), που στοχεύει στην αναγνώριση και διόρθωση αρνητικών νοητικών στοιχείων του ασθενούς, που σύμφωνα με τη γνωστική προκαλούν την κατάθλιψη.

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) των υπολειμματικών συμπτωμάτων, μετά από επιτυχημένη φαρμακοθεραπεία, απέφερε ένα ουσιαστικά μικρότερο ποσοστό υποτροπών απ' ότι οι κλινικοί χειρισμοί σε αρρώστους με πρωτοπαθή μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Ο σκοπός μιας μελέτης των Fava et al (1998) ήταν να δοκιμάσει την αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα κατάθλιψη (3 επεισόδια κατάθλιψης).

40 ασθενείς με υποτροπιάζουσα μείζονα κατάθλιψη που είχαν επιτυχώς θεραπευθεί με αντικαταθλιπτικά φάρμακα, υποβλήθηκαν τυχαία είτε σε CBT των υπολειμματικών συμπτωμάτων (συμπληρωμένα με αλλαγή του τρόπου ζωής και θεραπεία για ευημερία) είτε σε κλινικούς χειρισμούς. Και στις δύο ομάδες, κατά τη διάρκεια του πειραματισμού των 20 εβδομάδων, η χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής ελαττώθηκε σταδιακά και αποσύρθηκε. Τα υπολειμματικά συμπτώματα μετρήθηκαν με μια τροποποιημένη εκδοχή του Paykel Clinical Interview for Depression. Ακολούθησαν δύο χρόνια παρακολούθησης (follow – up), κατά τη διάρκεια των οποίων δεν έγινε χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων εκτός εάν υπήρχε υποτροπή.

Η ομάδα με την CBT είχε σημαντικά μικρότερο ποσοστό υπολειμματικών συμπτωμάτων μετά τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής σε σχέση με την ομάδα που υπέστη κλινικούς χειρισμούς. Στα δύο χρόνια του follow – up, η CBT είχε επίσης ως αποτέλεσμα χαμηλότερο ποσοστό υποτροπών (25%) απ' ότι η άλλη ομάδα (80%). Αυτή η διαφορά επιτυγχάνει στατιστική σημαντικότητα με ανάλυση επιβίωσης.

Αυτά τα αποτελέσματα αντιπαραβάλλονται με την υπόθεση ότι η μακροχρόνια θεραπεία με φάρμακα είναι το μόνο εργαλείο για την πρόληψη των υποτροπών σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα κατάθλιψη. Αν και η φαρμακοθεραπεία συντήρησης φαίνεται να είναι απαραίτητη για κάποιους ασθενείς, η CBT προσφέρει μια βιώσιμη εναλλακτική λύση για κάποιους άλλους. Η βελτίωση των υπολειμματικών συμπτωμάτων μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο υποτροπής στους καταθλιπτικούς ασθενείς επηρεάζοντας την επιδείνωση των υπολειμματικών συμπτωμάτων σε πρόδρομα συμπτώματα υποτροπής.<sup>(44)</sup>

#### 4.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο νοσηλευτής εκτελεί ποικίλες λειτουργίες που εξαρτώνται από την τεχνική και την αντίληψη των εξελισσόμενων βασικών αρχών που χρησιμοποιούνται. Μερικοί ψυχίατροι είναι πιο πρόθυμοι από άλλους στο να χρησιμοποιούν νοσηλευτικό προσωπικό στην ψυχοθεραπεία. Αν ο ασθενής παίρνει υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να κατευθύνει το περιβάλλον με τέτοιο τρόπο, ώστε ο ασθενής να συναντά λιγότερες δυσκολίες απ' ό,τι θα συναντούσε έξω από το νοσοκομείο.

Μπορεί να μειώσει τις ερωτήσεις που του γίνονται και να χρησιμοποιήσει την επιρροή του με τέτοιο τρόπο, ώστε να αποκτά εμπειρία ότι τα πρόσωπα που τον περιβάλλουν είναι φιλικά, δεκτικά και όχι κριτικά. Μερικές φορές, χωρίς να τροποποιεί τη συμπεριφορά του με οποιονδήποτε τρόπο και χωρίς καν μια καθαρή αντίληψη του τι συμβαίνει, ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τον ασθενή να πραγματοποιήσει μερικές από τις ανάγκες του.

Ένας ασθενής που είναι ανασφαλής και εξαρτημένος, μπορεί να ακουμπήσει σε ένα δυνατό νοσηλευτή που προσφέρει υποστήριξη και ασφάλεια. Άλλος ασθενής που χρειάζεται κάποιον να εξαρτάται από αυτόν, μπορεί να ικανοποιήσει την ανάγκη του να είναι προστατευτικός, με το να προσπαθήσει να βοηθήσει έναν καινούργιο ασθενή. Κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας ο νοσηλευτής ενεργεί ως ένα κατάλληλο πρόσωπο πάνω στο οποίο εξασκεί ο ασθενής καινούργιες κοινωνικές επιτηδειότητες. Μπορεί να εξυπηρετήσει ο νοσηλευτής ως στόχος για τα αισθήματα του ασθενούς και, αν μείνει ανεπηρέαστος και αμερόληπτος, μπορεί να τον βοηθήσει να μάθει να ελέγχει την έκφραση των αισθημάτων του με μεγαλύτερη αντίληψη και επιδεξιότητα, μπορεί να εκμεταλλευτεί την ειδική σχέση του με τον ασθενή. Μπορεί να το κάνει, είτε με την προσπάθεια του να μειώσει στο ελάχιστο την ένταση μεταξύ θεραπευτικών περιόδων καθιστώντας έτσι ικανό τον ασθενή να χρησιμοποιεί τις συνεντεύξεις με τον ψυχίατρο με μεγαλύτερη βελτίωση, είτε σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να βοηθήσει την επέκταση των θεραπευτικών περιόδων.

Ο ασθενής μπορεί να συζητά με τον νοσηλευτή, χρησιμοποιώντας τον για να ταξινομήσει μερικές από τις μπερδεμένες σκέψεις, ιδέες και αισθήματα, κάνοντας έτσι ευκολότερο γι' αυτόν να συλλέξει τα πιο σπουδαία γεγονότα για τη θεραπευτική συνέντευξη με το γιατρό.

Σε μερικά είδη ψυχοθεραπείας ο νοσηλευτής παίρνει το ρόλο μιας σπουδαίας φυσιογνωμίας στη ζωή του ασθενούς και τον καθιστά ικανό να ενεργεί έξω από το νοσοκομείο αρχίζοντας τις συναισθηματικές του αντιδράσεις συνήθως άμεσα προκαλούμενες από το περιβάλλον του. Η ψυχοθεραπεία πάντοτε προκαλεί αλλαγές στη στάση του ασθενούς απέναντι στους άλλους ανθρώπους. Οι διαφορετικές αντιδράσεις των ασθενών μεταξύ τους, ο τρόπος με τον οποίο ομάδες σχηματίζονται και διαλύονται, η εμφάνιση φιλίας και η ανάπτυξη αγάπης και μίσους, οι αντιδράσεις μεταξύ ασθενών είναι πάντοτε σημαντικές σαν μια εκδήλωση προόδου και κίνητρο για τη θεραπεία. Ο νοσηλευτής είναι στην καλύτερη θέση να παρατηρήσει τους κηδεμονευόμενους ως μια ολότητα, να εκτιμήσει κάποια επιρροή στο κλίμα του κηδεμονευόμενου, με σκοπό να δημιουργήσει μια θεραπευτική κοινωνία.<sup>(50)</sup>

## 4.6 ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η οικογένεια της ψυχικά αρρώστου είναι βαθιά διαταραγμένη. Συνηθέστερα θα συναντήσουμε την άρρωστη με τη μητέρα της ή τον σύζυγο της. Είναι σημαντικό να επισημάνουμε τις συμπεριφορές υπερπροστασίας από τη μητέρα ή το σύζυγο που ενδυναμώνονται από αντικειμενικές δυσκολίες της πάσχοντος να υπάρξει, να ζήσει να αισθανθεί σαν τους άλλους, να επικοινωνήσει και να ενεργήσει σύμφωνα με κώδικες, που έχει λίγο ή πολύ αποστηθίσει.

Το παραλήρημα είναι έκφραση αυτής της δυσκολίας και η αμυντική του αξία συνιστάται στο ότι προστατεύει από το αφόρητο και διαλυτικό άγχος και επιτρέπει στην πάσχοντα ένα κάποιο "δούνε και λαβείν" με τους άλλους. Οι ψυχικά άρρωστοι είναι γενικά εξαρτημένοι, υλικά και συναισθηματικά. Τα συμπτώματα τους συχνά ενεργοποιούνται όταν η ομοιοστασία αυτού του συστήματος εξάρτησης διαταραχτεί. Κάτι τέτοιο δεν είναι σπάνιο, καθώς η ισορροπία στηρίζεται στο διαρκή μεταβολισμό της αμφιθυμίας, της επιθετικότητας, της κατάθλιψης, των ενοχών και του άγχους. Η ένταση μπορεί να αυξάνεται υπόγεια για καιρό, πριν ξεσπάσει βίαια.

Άλλοτε ένα από τα μέλη της οικογένειας γίνεται απορριπτικό για την άρρωστη ή φεύγει από το σπίτι. Η ίδια η άρρωστη ενδέχεται ξεχνώντας παλαιότερες αποτυχίες, να δοκιμάσει ξανά την τύχη της στην αγορά της εργασίας ή στον έρωτα και να αποτύχει ξανά. Αρκετά συχνά, η οικογένεια την εμποδίζει ενεργητικά να δοκιμάσει τις δυνάμεις της εκεί που απέτυχε. Τέτοιες καταστάσεις δημιουργούν τις προϋποθέσεις για τις ψυχικές διεργασίες που θα καταλήξουν στο παραλήρημα ή τη βίαιη συμπεριφορά. Η βία είναι έκφραση της ουσιαστικής αδυναμίας του πάσχοντος να ξεπεράσει με δικά του μέσα την ισορροπία που αναγκάζετε να δεχτεί.<sup>(51)</sup>

## 4.7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως διαπιστώσαμε η επιλόχεια κατάθλιψη, βασανίζει ένα πάρα πολύ μεγάλο ποσοστό που, δυστυχώς, συνεχώς αυξάνεται. Εμείς, ως νοσηλευτές πρέπει να συμμετάσχουμε πιο ενεργά στην διαφώτιση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας των καταθλιπτικών ασθενών γιατί υπάρχει τρόπος να θεραπευθεί πάσχων. Στην Ελλάδα η Ψυχιατρική Νοσηλευτική δεν είναι ανάλογα αναπτυγμένη για να αντεπεξέλθει σ' αυτό το δύσκολο ρόλο τον οποίο συχνά φορτώνονται οι ιδιώτες ιατροί και οι κοινωνικοί λειτουργοί. Ο ασθενής δεν γίνεται καλά μόνο με τη φαρμακευτική αγωγή. Ο ρόλος του Νοσηλευτή δεν περιορίζεται στα ιδρύματα και τις ψυχιατρικές κλινικές που ακόμα και εκεί λίγοι είναι αυτοί με ειδικότητα στην ψυχιατρική.

Τι πρέπει να γίνει;

Πρώτον, ως επιστήμονες πρέπει να μάθουμε να ανανεώνουμε και να αυξάνουμε τις γενικές γνώσεις μας γιατί η κατάθλιψη συνήθως συνοδεύεται και από οργανικά προβλήματα.

Δεύτερον, η ειδίκευση στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική για όσους εργάζονται σε ανάλογους χώρους πρέπει να είναι απαραίτητη προϋπόθεση για πρόσληψη.



Τρίτον, όλοι όσοι εργάζονται στο χώρο της φροντίδας υγείας πρέπει να παρακολουθούν σεμινάρια και να έχουν τουλάχιστον βασικές γνώσεις περί ψυχιατρικών ασθενειών γιατί, όπως αναφέρεται στην Εργασία το 1/3 έως 1/5 του νοσηλευτικού πληθυσμού σε γενικό νοσοκομείο πάσχει από κατάθλιψη αλλά και επειδή πολλά ψυχιατρικά περιστατικά διαφεύγουν το "μάτι" του γενικού ιατρού και νοσηλεύτη.

Τέταρτον, η κοινοτική νοσηλευτική, ένας άλλος κλάδος επίσης μη-αναπτυγμένος, πρέπει να αναλάβει την εκπαίδευση και παρακολούθηση των ψυχιατρικών ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσηλευτικό ίδρυμα.

Οι Κοινοτικοί Νοσηλευτές αναλαμβάνουν το μεγαλύτερο μερίδιο της φροντίδας γιατί οι ψυχιατρικοί ασθενείς δεν "ιδρυματοποιούνται" στα νοσοκομεία παρά λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα να ξεπεράσουν την οξεία φάση του προβλήματος και μετά επιστρέφουν στο προηγούμενο περιβάλλον τους και εάν δεν είναι το κατάλληλο για τον ασθενή, οι διάφοροι κρατικοί μηχανισμοί εμπλέκονται έτσι ώστε να βρεθεί ένα περιβάλλον. Οι Κοινοτικοί Νοσηλευτές πρέπει να διαθέτουν άριστες γνώσεις ψυχιατρικής για να μπορούν να διαθέτουν άριστες γνώσεις ψυχιατρικής για να μπορούν να συλλάβουν τα λεκτικά και μη-λεκτικά μηνύματα του ασθενή και να έχουν μια αξιόπιστη εικόνα για το εάν ο ασθενής υποτροπιάζει ή βελτιώνεται.

Με άλλα λόγια, οι καταθλιπτικοί ασθενείς και γενικότερα οι ψυχιατρικοί ασθενείς μας χρειάζονται περισσότερο από ότι νομίζουμε και όχι απλά ως "καλοί φίλοι" γεμάτοι κατανόηση, συμπόνια και στοργή αλλά και ως "άριστοι επιστήμονες" με γνώσεις και οργανωμένα σχέδια νοσηλευτικής φροντίδας.

#### **4.8 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΣΧΟΥΣΑΣ ΑΠΟ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΨΥΧΩΣΗ.**

Η κα Δ.Χ. ετών 27 γεννήθηκε και κατοικεί στην Πάτρα. Έγγαμη πρωτότοκη μητέρα, ασχολείται με τα οικιακά. Εισάγεται εκούσια με τον σύζυγο και την μητέρα της στις 17/7/00, στην ψυχιατρική κλινική του περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών.

Τα αίτια εισόδου είναι ψυχοκινητική ανησυχία (κλάμα) καταθλιπτικό συναίσθημα, αυτοκτονικός ιδεασμός, ανορεξία και αϋπνία. Αναφέρει συμπτώματα απελπισίας ιδεών αναξιοσύνης, ματαιότητας (εκφραζόμενες φοβίες), απόσυρση, κλινοφιλία και έκπτωση λειτουργικότητας. Η ίδια περιγράφει τα αισθήματα της ως εξής:

"Είμαι χάλια, δεν πιστεύω ότι θα γίνω καλά. Δεν έχει κανένα νόημα η ζωή μου"

"Ναι έχω σκεφτεί να αυτοκτονήσω"

"Νιώθω ένα τίποτα. Θέλω να κάθομαι στο κρεβάτι όλη μέρα μα το μωρό με ενοχλεί με το κλάμα του. Δεν έχω όρεξη να φάω, να κάνω δουλειές. Δεν κοιμάμαι καλά."

Το ιστορικό της ασθενούς αρχίζει πριν από 9 μήνες όπου έμεινε έγκυος. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, συχνά ένιωθε δυστυχισμένη, υπέφερε από αϋπνίες και είχε μεγάλη αύξηση ότι σωματικού της βάρους. Τρεις μέρες αφότου γέννησε ένα υγιέστατο κορίτσι εμφάνισε ανησυχία, ταραχή, παραλήρημα και έντονη θρησκοληψία. Η ασθενής στη συνέχεια έδειχνε επιδείνωση της κακοδιαθεσίας και συναισθηματική αστάθεια. Στο παρελθόν η ασθενής αναφέρει δύο προηγούμενες εκτρώσεις σε ηλικία 16 και

26 ετών, αλλά κανένα αξιοσημείωτο ψυχιατρικό ιστορικό στο παρελθόν. Η ασθενής δέχθηκε πίεση από το σύζυγό της στο να συλλάβει παιδί.

Η θεραπεία της ασθενούς στο νοσοκομείο, περιλαμβάνει τη χορήγηση Dumyrox 100mg1x1+b και το Xanax 0,5mg ½ -1+b

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:** Αναφέρεται ότι η μητέρα της ασθενούς δεν είχε ιστορικό επιλόχειας διαταραχής ενώ ο πατέρας της πέθανε σε ηλικία 50 ετών. Στα αδέρφια δεν αναφέρεται παθολογικό ή ψυχιατρικό ιστορικό ενώ η οικογενειακή ατμόσφαιρα κατά την παιδική ηλικία ήταν καλή. Η ίδια η ασθενής είναι κύημα επιθυμητής εγκυμοσύνης γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό, χωρίς περιγεννητικά προβλήματα.

**ΣΧΟΛΕΙΟ :** Αναφέρει καλή προσαρμογή στο σχολείο, ήταν μέτρια μαθήτρια και είχε καλές σχέσεις με τους δασκάλους και συμμαθητές. Δεν αναφέρει προβλήματα στην οικογένεια, αυτοχαρακτηρίζεται ως ήσυχο παιδί, αρκετά ευαίσθητο, αντιδρούσε άσχημα στις επιπλήξεις και με άγχος απόδοσης.

**ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ :** Διέκοψε το σχολείο στα 15 εφόσον τελείωσε το γυμνάσιο. Η ίδια αναφέρει ότι δεν ήταν αρκετά καλή μαθήτρια και ότι δεν την ενδιέφεραν οι σπουδές. Με τη διακοπή, ασχολιόταν με οικιακά χωρίς να έχει πολύ μεγάλες παρέες και ζώντας σ' ένα αυστηρό και απομονωμένο κοινωνικό περιβάλλον.

**ΕΝΗΛΙΚΗ :** Παντρεύτηκε μετά από συνοικέσιο στα 24. Αναφέρει ότι με το σύζυγό της δεν είχαν ποτέ πολύ καλές σχέσεις. Δεν αναφέρονται ιδιαίτερα προβλήματα κατά την διάρκεια του έγγαμου βίου. Επισημαίνει ότι αντιδρούσε έντονα σε καταστάσεις stress και απαιτούσε την προσοχή και φροντίδα των άλλων γεγονός που δεν συνέβαινε πάντα και αυτό την έκανε να νιώθει πολύ άσχημα. Δεν αναφέρονται προηγούμενες ψυχοσωματικές παθήσεις. Η ασθενής χρήζει, περιστασιακά, μικρή ποσότητα αλκοόλ και καπνίζει 1 έως 1 ½ πακέτο την ημέρα. Δεν αναφέρει πρόβλημα με την αστυνομία ή χρήση ναρκωτικών ουσιών. Η παρούσα ψυχιατρική κατάσταση κατά την εισαγωγή έχει ως εξής :

**Εμφάνιση :** καθαρή εμφάνιση, ατημέλητο ντύσιμο, φαίνεται μεγαλύτερη απ' ότι είναι.

**Ομιλία :** Συγκρατημένος λόγος, συναισθηματικός με καλή άρθρωση, δεν ελέγχονται οι διαταραχές λόγου.

**ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ** \_\_\_\_\_ :

Καταθλιπτικό.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
1. Άγχος	Ελάττωση του άγχους που νιώθει η ασθενής	Να συζητήσει ο νοσηλεύτης με την ασθενή έτσι ώστε να δοθεί μία ευκαιρία στην ασθενή να εκφράσει τα συναισθηματά της και τους παράγοντες πρόκλησης άγχους όπως τους αντιλαμβάνεται η ίδια.	Λίγο μετά την εισαγωγή και αφού η ασθενής τακτοποιήθηκε στον θάλαμό της και συναντήθηκε στο καθιστικό της κλινικής με τον υπεύθυνο νοσηλεύτη της πρωινής βάρδιας όπου και συζητήσαμε για μια περίπου ώρα. Η ασθενής εξήγησε πως ήθελε τη βοήθεια μας, όπως φαινόταν από την εκούσια εισαγωγή της και την καλή συνεργασία με το προσωπικό ιδίως κατά την λήψη ιστορικού. Ο νοσηλεύτης ανταμειβόμενος ότι η ασθενής ήταν κουρασμένη και είχε λίγη διάθεση να επαναλαμβάνει το ιστορικό της, προτίμησε να της εξηγήσει το πρόγραμμα της κλινικής, έγινε προσανατολισμός της ασθενούς στο περιβάλλον του νοσοκομείου, τον εξοπλισμό και σύστησε την ασθενή στο υπόλοιπο προσωπικό της πρωινής βάρδιας που θα συμμετείχε στη φροντίδα της.	Η ασθενής μάλλον εμφανίζει κάποια ελάττωση του άγχους. Όπως φαίνεται από την προφορική έκφραση και ευχαρίστηση προς το προσωπικό για τη δημιουργία του φιλικού και ανοικτού περιβάλλοντος, τη χαλαρή έκφραση προσώπου και των σωματικών κινήσεων και την καλή ικανότητα επικοινωνίας και αντίληψης με το προσωπικό. Με επιφύλαξη γίνεται η εκτίμηση μείωσης του άγχους και η ασθενής παρακολουθείτε για τυχόν νέα επεισόδια.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
2. Ευερεθιστότητα (Εκδήλωση με κλάμα απομόνωση)	Μείωση ευερεθιστότητας δημιουργία ερεθιστικού περιβάλλοντος.	Να συζητήσει η ασθενής με τον νοσηλευτή (κατά προτίμηση τον ίδιο νοσηλευτή) και εάν επιθυμεί να ασχοληθεί με κάποια εργασία. Να χορηγηθεί αγχολυτικό φάρμακο σύμφωνα με I.E.	Ο ίδιος νοσηλευτής συναντήθηκε με την ασθενή την οποία βρήκε να κλαίει και να μην θέλει να μιλήσει σε άλλο άτομο πέραν από αυτόν. Ζήτησε να επικοινωνήσει με τους συγγενείς της αλλά μετά άλλαξε γνώμη. Ο νοσηλευτής της εξήγησε πως είναι αναμενόμενο να νιώθει έτσι (είναι σε καινούριο περιβάλλον, μέσα σε άγνωστα άτομα) και η ασθενής συμπλήρωσε πως "φοβάμαι μην μου κάνουν τίποτα οι άλλοι (ασθενείς), εσείς θα με φροντίζετε για το πρόβλημα μου ή είμαι απλά άλλη μια περίπτωση; Οι άλλοι (το προσωπικό) τι ξέρουν για εμένα;". Ο νοσηλευτής εξήγησε στην ασθενή πως δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο από τους άλλους νοσηλευόμενους και πως το προσωπικό είναι ενημερωμένο για την κατάσταση της και είναι πρόθυμο, και γνώστες να την βοηθήσουν, πως δεν μετράει μόνο να γίνονται κάποιες πράξεις (πχ. λήψη φαρμάκων) αλλά και να την υποστηρίξει και πως ότι χρειάζεται μπορεί να απευθυνθεί σ' αυτό. Χορηγήθηκε Tavor 1/2tb του 1mg σύμφωνα με I.E.	Μειώθηκε η ευερεθιστότητα της ασθενής, η οποία συνδέεται με το προσαναφερθέν άγχος, όπως βελβαιώνεται από την παύση κλάματος της ασθενής, την ανάπτυξη επικοινωνίας με την συγκατάκοικο ασθενή και την δραστική ικανότητα του φαρμάκου.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
3. Διαταραχή της αντίληψης του εαυτού αισθήματα αναξιοσύνης & ανικανότητας	Βελτίωση της αντίληψης του εαυτού μείωση των αισθημάτων αναξιοσύνης & ανικανότητας.	Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε ομαδικές εργασίες ή ατομική απασχόληση όπως κέντημα, ενθάρρυνση για βοήθεια και συμμετοχή σε δραστηριότητες της κλινικής.	Η ασθενής συμμετείχε σε μια ομαδική συζήτηση που έγινε και με τους υπόλοιπους ασθενείς, παρουσία ενός νοσηλεύτη και ψυχολόγου. Αρνήθηκε να απασχοληθεί με κέντημα ή ανάγνωση δηλώνοντας κουρασμένη. Αργότερα όμως βοήθησε στον καθαρισμό του θαλάμου της.	Η ασθενής δεν εξέφρασε κάποια αλλαγή για τα αρχικά της αισθήματα αλλά συμμετείχε με αρκετό ενθουσιασμό και θέληση στη συζήτηση και την καθαριότητα.
4. Αίσθημα θλίψης	Επιτυχής αντιμετώπιση της θλίψης	Πρόσκληση των συγγενών για το πρώτο επισκεπτήριο μετά την εισαγωγή. Ενθάρρυνση της ασθενούς για συμμετοχή σε ενέργειες καλλωπισμού και αυτοεξυπηρέτησης.	Ο νοσηλεύτης επικοινωνήσει με τους οικείους της ασθενής και κανόνισε να έρθουν μια συγκεκριμένη ώρα το απόγευμα με κάποιο γλυκό ή δωρο, εάν επιθυμούν. Ο νοσηλεύτης ενημέρωσε την ασθενή για το επισκεπτήριο που θα είχε το απόγευμα στις 18:00 και με τη βοήθεια να ντυθεί προετοιμασμένα, διόλεξε μια ασθενή η οποία είναι κομμώτρια να τη χτενίσει. Εξέφρασε την ανησυχία μήπως στεναχωρηθεί περισσότερο όταν λήξει το επισκεπτήριο, αλλά ο νοσηλεύτης την διαβεβαίωσε πως θα μπορεί να τους βλέπει σχεδόν κάθε μέρα και αν θέλει να τους τηλεφωνεί.	Η ασθενής εξέφρασε τον ενθουσιασμό για το επισκεπτήριο εκφράζοντας τόσο πολύ τις είχαν λείπει ο σύζυγος και οι οικείοι της. Συμμετείχε ενεργά και με αρκετά καλή ψυχολογική κατάσταση, τραγουδούσε χαμηλόφωνα. Η ασθενής ανακουφίστηκε από αυτήν την ενμέρωση όπως φαίνεται από την έντονη ανυπομονησία να δει τους οικείους της.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΙΟΛΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
<p>5. Διαταραχή της θρέψης – άρνηση λήψης τροφής (επί 2 ημέρες)</p>	<p>Να κατανοήσει η ασθενής τη σημασία λήψης της τροφής, να σιτίζεται μόνη της.</p>	<p>Να συζητήσει ο νοσηλευτής με την ασθενή, να ακούσει τις απόψεις για την άρνηση λήψης της τροφής και να καταλάβει η ασθενής την σπουδαιότητα εναντίωσης της απορρίψης της τροφής. Να προληφθεί η σημαντική μείωση της εντερικής κινητικότητας, που μπορεί να προκληθεί από διέγερση του συμπαθητικού και προκαλεί πρώιμο αίσθημα κορεσμού, μειώνοντας την πρόσληψη τροφής και επιδεινώνοντας την κατάσταση θρέψης της ασθενής. Να εφαρμοσθούν μέτρα για τη μείωση του άγχους και φόβου της ασθενή, τα οποία διεγείρουν τη δράση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος επηρεάζοντας και την κινητικότητα του εντερικού σωλήνα.</p>	<p>Ο νοσηλευτής συζήτησε με την ασθενή εξηγώντας της πως δεν την κατηγορεί η μαλώνει κανείς για την άρνηση λήψης τροφής επειδή αυτό προκαλείται από την κατάθλιψη και έτσι δεν ευθύνεται η ίδια. Πρέπει όμως να το πολυμήσει αλλιώς θα αρχίσει ένας κύκλος σωματικών διαταραχών (μείωση του σωματικού βάρους κάτω των φυσιολογικών ορίων, μείωση της συνθή μιλικής ισχύς και ανοχή στην κόπωση (ψυχική και σωματική), διαταραχές των βλεννογόνων όπως του στοματικού βλεννογόνου με δημιουργία στοματίτιδης). Επίσης είναι σημαντικό να σιτίζεται και για λόγους γαστροπροστασίας γιατί συνέχισε την φαρμακευτική αγωγή. Έγινε λήψη αίματος για να εξετασθούν τα επίπεδα :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Φυσιολογικής λευκωματίνης ορού</li> <li>- Αιματοκρίτη</li> <li>- Αιμοσφαιρίνης</li> <li>- Τρανσφερίνης</li> <li>- Λεμφοκυττάρων</li> </ul> <p>Η ασθενής ενθαρρύνθηκε να εκφράσει τους λόγους της αλλά δεν εξέφρασε την άποψη της ούτε κατά την αρχή ούτε στο τέλος της συζήτησης. Έγινε έναρξη της εξής φαρμακευτικής αγωγής για την μείωση του φόβου και άγχους και για τη βελτίωση και σταθεροποίηση της ψυχικής κατάστασης.</p> <p>Efexor tb 75mg 1X2 Tavor tb 1mg ½ - ½ -1</p>	<p>Η ασθενής φαίνεται να κατάλαβε όλα της εξήγησε ο νοσηλευτής όπως βεβαιώνεται από τη λήψη ελαφριάς τροφής (κρέμας και σουπας) επί παρουσία του νοσηλευτή, τα αποτελέσματα της αιματολογικής εξέτασης έδειξαν μείωση των τιμών της λευκωματίνης ορού, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνης και τρανσφερίνης και λεμφοκυττάρων. Αυτό βοήθησε στο να συνεισται η ασθενής τόσο για τη λήψη τροφής όσο και τη φαρμακευτική αγωγή.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
6. Αϋπνία	Εξασφάλιση καλού ύπνου	Μείωση θορύβου στο ελάχιστο. Να βοηθήσουμε την ασθενή να απαλλαγεί από τους φόβους της μέσω διαλόγου. Να χορηγηθεί η συνήθης φαρμακευτική αγωγή.	Έγινε προσπάθεια μείωσης των θορύβων της κλινικής και ζητήθηκε από την συγκότοικο της ασθενής να μην κάνει φασαρία τις ώρες που θα κοιμάται η ασθενής. Η νοσηλεύτρια της απογευματινής βάρδιας συζήτησε με την ασθενή σχετικά με τις φοβίες και ανησυχίες που εμφανίζει. ("Φοβάμαι πως τα παιδιά μου θα καταλήξουν όπως εγώ") Χορηγήθηκε η φαρμακευτική αγωγή (σύμφωνα με την κάρτα φαρμάκων) : Tavor 1mg 1tb Efexor 75mg 1tb	Η ασθενής κατόρθωσε να κοιμηθεί όλο το βράδυ (από τις 21:30 έως 07:00). Το πρωί εμφανίστηκε πιο χαλαρή και ήρεμη. Ευχαρίστησε το προσωπικό για τη βοήθεια του γιατί όπως εξέφρασε αργότερα η αϋπνία, η οποία είχε αρχίσει προ 3ημέρου την κούραζε πάρα πολύ ψυχολογικά παρά σωματικά.
7. Ελλειμματική σωματική φροντίδα (άρνηση για λουτρό καθαριότητας).	Να φροντίσει η ασθενής τη σωματική της υγιεινή.	Να συζητήσει ο νοσηλευτής με την ασθενή και εάν κριθεί αναγκαίο να κανονίσει να βοηθήσει μια νοσηλεύτρια στο λουτρό της ασθενή.	Ο νοσηλευτής συζήτησε με την ασθενή εξηγώντας πως η ψυχολογική της κατάσταση δεν επωφελούνταν από την σωματική της αμέλεια γιατί και η ίδια δεν θα ένωθε καλά με τον εαυτό της ξεκινώντας ένα κύκλο αντιδράσεων. Της πρόσφερε βοήθεια από νοσηλεύτρια εάν η ίδια ένιωθε πολύ καταβεβλημένη αλλά η ασθενής αρνήθηκε. Η ίδια μάλιστα είπε πως νιώθει μπερδεμένη. Η άρνηση καθαριότητας ήταν ένας τρόπος να εκύψει την προσοχή των άλλων αλλά δεν θέλει να γίνεται κουραστική.	Η ασθενής μετά από την ήπια κατεύθυνση του προσωπικού, έκανε μπάνιο και ζήτησε συγγνώμη που η συμπεριφορά της έφερε το προσωπικό σε δύσκολη θέση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
8. Απέλτωση	Να μην νιώθει απελτίωση η ασθενής.	<p>Να αξιολογηθεί η ασθενής για την ύπαρξη αυτοκτονικού ιδεασμού.</p> <p>Να παρακολουθείτε η ασθενής και να γίνει σχολαστικός έλεγχος του δωματίου της.</p> <p>Παράκληση για να επικοινωνήσει ο θεράπων ιατρός με την ασθενής.</p> <p>Να συζητήσει η ασθενής με τον ιερέα του ναού του νοσοκομείου.</p>	<p>Η ασθενής ομολόγησε (όπως και κατά την εισαγωγή) ότι είχε σκεφθεί να αυτοκτονήσει αλλά δεν έχει φάσει σε κάποιο συγκεκριμένο τρόπο.</p> <p>Η ασθενής παρακολουθείτε από το προσωπικό και όπως φαίνεται από τις ανηδράσεις της μάλλον δεν έχει αντιληφθεί αυτή την ενέργεια. Ο έλεγχος του δωματίου που έγινε καθώς η ασθενής έβλεπε τηλεόραση σε άλλη αίθουσα δεν αποκάλυψε επικίνδυνα για την ασθενή αντικείμενα.</p> <p>Σε συζητήσεις που γίνονται με το νοσηλευτικό προσωπικό η ασθενής απαντά αμέσως και με εμφανή ειλικρίνεια δείχνοντας πως μάλλον δεν κρύβει κάποιο μυστικό ως προς τις εκδηλώσεις της.</p> <p>Ο θεράπων ιατρός επικοινωνήσει με την ασθενή η οποία τον διαβεβαίωσε πως τα αρχικά της αισθήματα για τα οποία μίλησε στην πρώτη συνέντευξη είχαν παρουσιάσει μεγάλη βελτίωση πράγμα που την ανησυχούσε πως δεν θα γίνει ποτέ καλά. Ο ιατρός της εξήγησε πως είναι κατανοητό και αναμενόμενο να νιώθει έτσι αλλά με επιμονή, υπομονή και πίστη θα κατόρθωναν ένα μεγάλο θετικό βήμα. Ο ιατρός την ενημέρωσε πως η κατάσταση της παρουσιάζει βελτίωση και η ίδια φαίνεται πως θέλει τη βοήθεια μας. Την επιβράβευσε γιατί δέχεται ανελλιπώς την φαρμακευτική της αγωγή και που έχει ενταχθεί αρκετά καλά στο πρόγραμμα της κλινικής ενθαρρύνοντας την να συνεχίσει την προσπάθεια.</p>	<p>Η ασθενής, αν και εξέφρασε με ειλικρίνεια τον αυτοκτονικό ιδεασμό της, παρακολουθείτε από το προσωπικό για τυχών απόπειρα αυτοκτονίας ή επανάληψη άλλων αυτοβλαβών πράξεων όπως άρνηση τροφής. Τα φάρμακα δίνονται παρουσία νοσηλευτού, όπως και από της αρχή της εισαγωγής της στο Π.Π.Γ.Ν.Π. Όλοι όσοι επικοινωνήσαν με την ασθενή (νοσηλεύτης, ιατρός, ιερέας) συμφωνούν πως η κατάσταση είναι σοβαρή αλλά όχι επικίνδυνη.</p>



## 2<sup>η</sup> ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η ασθενής Π.Π. ετών 37, γεννήθηκε στην Αθήνα και είναι κάτοικος Θεσσαλονίκης. Είναι δασκάλα. Έχει δύο παιδιά ένα κορίτσι 3 χρονών και ένα αγόρι 6 μηνών. Εισάγεται, εκούσια, με τον σύζυγό της και την αδελφή της στις 07/07/00, στο ψυχιατρικό Νοσοκομείο Σταυρούπολης, Θεσσαλονίκης.

Τα αίτια εισόδου είναι ψυχοκινητική ανησυχία, καταθλιπτικό συναίσθημα, ιδέες απελπισίας, ματαιότητας, αϋπνίας και ανορεξία. Προ 24hr η ασθενής έκανε απόπειρα αυτοκτονίας με λήψη 13tb Aspirin και 3tb stilnox.

Το ιστορικό της ασθενούς αρχίζει μετά τη γέννηση του δεύτερου παιδιού, με σταδιακή απώλεια ενδιαφέροντος, αϋπνία, ανορεξία, ιδέες απελπισίας, απαισιοδοξία, αναξιότητας και έκπτωση της λειτουργικότητας.

Μια μέρα προ της εισαγωγής στο Π.Π.Γ.Ν.Π., έκανε απόπειρα αυτοκτονίας αλλά την βρήκαν έγκαιρα ο σύζυγός της ο οποίος την μετέφερε στο νοσοκομείο "Ο Άγιος Ανδρέας" όπου και παρέμεινε για 24h.

Προ 11/2 μηνός η ασθενής είχε επισκεφθεί ιδιώτη ψυχίατρο ο οποίος διέγνωσε καταθλιπτική συνδρομή και έδωσε την εξής αγωγή : Sir Dogmatyl 25mg, tb Tavor 1mg, tb Minitran, tb stilnox.

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ :** Η μητέρα της απεβίωσε σε ηλικία 60 ετών χωρίς ψυχιατρικό ιστορικό. Ο πατέρας της απεβίωσε 2 χρόνια μετά το θάνατο της μητέρας της από Ca προστάτη, χωρίς ψυχιατρικό ιστορικό. Για τα αδέρφια της δεν αναφέρονται παθολογικές η ψυχιατρικές νόσοι. Το οικογενειακό περιβάλλον χαρακτηρίζεται καλό και αγαπημένο.

**ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ :** Καλή προσαρμογή στο σχολείο, άριστη μαθήτρια, καλές, τυπικές σχέσεις με τους συμμαθητές και τους δασκάλους. Χαρακτηρίζεται από την ίδια ως ήσυχο, υπάκουο παιδί, καθόλου ζωηρό, με τυπικές σχέσεις με το εξωοικογενειακό περιβάλλον.

**ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ :** Άριστη μαθήτρια, αγχώδης για τις επιδόσεις της.

**ΕΝΗΛΙΚΗ :** Παντρεύτηκε 30 ετών το σύζυγό της με τον οποίο ήταν συμφοιτητές. Δεν αναφέρει τυχών προβλήματα μεταξύ τους, αντιθέτως λέει ότι η σχέση τους πάντα στηριζόταν στην ειλικρίνεια και την ευγένεια. Στο εργασιακό της περιβάλλον έχει άριστες σχέσεις.

Ως προηγούμενες σωματικές παθήσεις αναφέρονται βρογχικό άσθμα το οποίο διεγνώσθη προ 2ετίας και θυρεοειδοπάθεια για την οποία δεν δίνει ακριβείς πληροφορίες. Δεν αναφέρονται προηγούμενες ψυχιατρικές παθήσεις.

Χρήζει περιστασιακά μικρές ποσότητες αλκοόλ, δεν καπνίζει, δεν χρήζει ναρκωτικές ουσίες, δεν αναφέρει προβλήματα με την αστυνομία.

Κατά την εισαγωγή περιγράφεται ως εξής :

Η εμφάνιση της είναι καθαρή, απλή, όχι προσεγμένο ντύσιμο, φαίνεται μεγαλύτερη απ' ότι είναι. Παρουσιάζει αργό βάδισμα και κινήσεις.

**Συνεργασία :** Είναι συνεργάσιμη, φιλική και ειλικρινής.

**Συναίσθημα :** Παρουσιάζει ελεγχόμενη προσφορότητα και το συναίσθημα είναι σύμφωνα με τη διάθεση.

Ομιλία : Είναι ολιγόλογη και συναισθηματικό χρωματισμό.

Δεν ελέγχει τις διαταραχές του λόγου. Παρουσιάζει ασάφεια σκέψεων, ιδεοφυγή, ανακοπές, χάλαση συνειρμών και νεολογισμών ενώ το περιεχόμενο των σκέψεων αφορά αυτοκτονικό ιδεασμό, ιδέες ματαιότητας και απελπισίας. Τα αποθέματα πληροφόρησης και η ευφυΐα είναι σύμφωνα με το εκπαιδευτικό και πνευματικό επίπεδο.

Διάγνωση : Μείζων καταθλιπτική συνδρομή

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΕΜΒΑΣΗΣ
1. Γενικευμένο αίσθημα ανησυχίας και φόβου	Ελάττωση γενικευμένου αισθήματος και φόβου. Προσπάθεια ηρεμίας της ασθενούς	Να παρακολουθείται το επίπεδο του φόβου και ανησυχίας. Κανονίζεται μια αρχική αγχολυτική θεραπεία με Tavor 2.5mg tb ½ x3 Να έρθει ο νοσηλευτής σε επικοινωνία με τον ασθενή.	Παρατηρείται το επίπεδο ανησυχίας και φόβου και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη συγκέντρωση των πληροφοριών από την ίδια την ασθενή η οποία δεν κρύβει τις ανησυχίες της για τα παιδιά της αλλά κυρίως για τον εαυτό της και το φόβο πως δεν θα ξαναγίνει αυτή που ήταν. Χρηγείτε αγχολυτική ουσία (λορεζεπάμη – Tavor) σύμφωνα με Ι.Ε. των 2.5mg ½ x3 για την ελάττωση των συμπτωμάτων στο επίπεδο εκείνο το οποίο επιτρέπει τον περαιτέρω εύκολο χειρισμό της κατάστασης της ασθενούς.	Λόγω της σύντομης περιόδου εφαρμογής της νοσηλευτικής παρέμβασης εκτιμάται με επιφύλαξη η μείωση της ανησυχίας και φόβου της ασθενούς. Συνιστάται η παρακολούθηση της ασθενούς (λόγω της προηγούμενης απόπειρας αυτοκτονίας η συνεχιζόμενη εκτίμηση του επιπέδου ανησυχίας).
			Ο νοσηλευτής συζήτησε με την ασθενή μιλώντας βραδέως, χαμηλοφώνως, χρησιμοποιώντας βραχείες και απλές προτάσεις βοηθώντας έτσι να παρακολουθήσει η ασθενής την συζήτηση. Η χρήση βραχέων προτάσεων και ο ήρεμος χαμηλός τόνος της φωνής, διευκόλυνε τη συνεργασία της ασθενούς.	

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΕΜΒΑΣΗΣ
2. Απόσυρση (επί 2 ημερών)	Να πάψει η ασθενής να απομονώνεται και να μην αποσύρεται από το περιβάλλον	Να έρθει σε επικοινωνία η ψυχολόγος με την ασθενή η οποία αρνείται τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού και συνεχώς αποσύρεται στην ντουλάπα της βγαίνοντας μόνο για να φάει ή να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα. Να ενημερωθεί ο θεράπων ιατρός για νέα διαμόρφωση της φαρμακευτικής αγωγής. Να παρακολουθείται η ασθενής για τυχόν επανάληψη της απόσυρσης.	<p>Η ψυχολόγος επικοινωνήσει με την ασθενή επί 2 ώρες. Αρχικά η ασθενής ήταν κλεισμένη στην ντουλάπα και αρνούμενη να βγει, άκουγε την ψυχολόγο. Κατά την διάρκεια ξέσπασε σε κλάματα και επανέλαβε πως δεν ανήκει στο νοσοκομείο, πως "δεν είμαι τρελή για να είμαι εδώ μέσα".</p> <p>Η ψυχολόγος, αφού την έπεισε να βγει από την ντουλάπα συζήτησε για λίγο μαζί της και της πρότεινε να πάρει την συνιστώσα φαρμακευτική αγωγή (τανορ 2.5mg ½ tb). Η ασθενής δεν έφερε αντίρρηση.</p> <p>Στην κάρτα νοσηλείας προστέθηκε Efferox tb 75mg ½ x2. Ενημερώθηκε η ασθενής η οποία απάντησε "εσείς ξέρετε".</p>	Η ασθενής έδειξε πως πιθανό να κατάλαβε ότι η απόσυρση, η οποία προέρχεται από την νόσο, και δεν ευθύνεται από την ίδια μπορεί να βοηθήσει τον εαυτό της εκφράζοντας τα αισθήματα της στο προσωπικό και λαμβάνοντας τη θεραπεία χωρίς διακοπή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΜΒΑΣΗΣ
3. Διαρροϊκές κενώσεις	Οι κενώσεις να είναι σχηματισμένες, μη διαρροϊκές.	<p>Να εκτιμήσει ο νοσηλευτής και να αναφέρει σημεία και συμπτώματα διάρροιας (πχ. συχνές κενώσεις με μαλακά κόπρανα, έπείξη προς αφόδευση, κολλοειδή κοιλιακά άλγη), εκτίμηση των εντερικών ήχων ανά τακτά διαστήματα και αναφορά επί αύξησης της συχνότητας αυτών.</p> <p>Να περιοριστεί η λήψη τροφών σύμφωνα με Ι.Ε.</p> <p>Τροποποίηση του διαπολογίου.</p>	<p>Ο νοσηλευτής εκτίμησε την κένωση και σύμφωνα με Ι.Ε. εκτίμησε και τους εντερικούς ήχους για τυχών αύξηση. Οι εντερικοί ήχοι παράγονται από τον εντερικό περισταλτισμό αύξηση του οποίου οδηγεί σε ελαττωμένη απορρόφηση νερού από το εντερικό περιεχόμενο με επακόλουθο συχνές, υδαρείς κενώσεις.</p> <p>Περιορίσθηκε η λήψη τροφής σε 2 γεύματα (πρωινό και ένα γεύμα κατά τις 20:00) λόγω του ότι η πρόσληψη διεγείρει το γαστροκολικό και δωδεκαδακτυλοκολικό αντανακλαστικό με αποτέλεσμα αυξημένο εντερικό περισταλτισμό.</p> <p>Έγινε τροποποίηση του διαπολογίου το οποίο δεν περιέχει :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- τροφές που παράγουν αέρια</li> <li>- πικάντικες τροφές</li> <li>- τροφές πλούσιες σε λακτόζη, σορβιτόλη, φρουκτόζη και ίνες.</li> </ul>	<p>Η ασθενής παρουσιάζει σταδιακή βελτίωση των διαρροϊκών κενώσεων.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΕΜΒΑΣΗΣ
4. Θλίψη στενοχώρια	/ Η βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης της ασθενούς.	Να σχοληθεί η ασθενής με εργασία δικού της ενδιαφέροντος και ευχρηστικής. Να έλθει σε επαφή με τους συνασθενείς της. Να κανονιστεί επίσκεψη των οικείων της ατόμων.	Η ασθενής συζήτησε με άλλους συνασθενείς για κοινά θέματα και ανέπτυξε φιλικές σχέσεις με μια συνάδελφο-συνασθενή. Αργότερα, ζήτησε κάποιο βιβλίο που της άρεσε το οποίο όμως δεν υπήρχε στη βιβλιοθήκη της κλινικής. Κανονίστηκε από τον νοσηλευτή να φέρουν το βιβλίο οι συγγενείς της, αργότερα το ίδιο απόγευμα, κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου.	Η ασθενής παρουσιάζει μείωση της θλίψης και φαίνεται να απέκτησε νέο ενδιαφέρον όπως δείχνει η νέα της σχέση. Κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου είπε στα παιδιά της πως "θέλω να γίνω καλά, πιστεύω πως θα γίνω καλά".
5. Περιορισμός του αυτοκτονικού ιδεασμού.	Διατήρηση του περιορισμού αυτοκτονικού ιδεασμού.	Να συνεχιστεί η καλή συνεργασία της ασθενούς με το νοσηλευτικό προσωπικό και ιατρικό προσωπικό – να συνεχιστούν οι συνεδρίες ψυχολογίας. Να τροποποιηθεί η φαρμακευτική αγωγή της ασθενούς. Να κανονισθεί το συχνότερο επισκεπτήριο για την ασθενή από τους οικείους της.	Το νοσηλευτικό προσωπικό συνέχισε την διακριτική παρακολούθηση και όμοια αντιμετώπιση της ασθενούς όπως γίνεται εδώ και ένα μήνα από την ημέρα εισόδου. Ο θεράπων ιατρός τροποποίησε την φαρμακευτική αγωγή ως εξής : Efexor tb 75mg ½ x2 Tavor tb 2,5mg ½ - ½ -1 Οι οικείοι της ασθενούς ενημερώθηκαν πως καλό θα ήταν να την επισκέπτονται συχνότερα αφού η ίδια θα ένωθε την παρουσία τους ως ανταμοιβή και κίνητρο για να συνεχίσει να προσπαθεί.	Η ασθενής διατηρεί τον περιορισμό του αυτοκτονικού ιδεασμού όπως φαίνεται από την ήρεμη συμπεριφορά της. Τις εκφράσεις της όπως "Δε θέλω να πεθάνω. Βοηθήστε με να γίνω καλά". Το υπόλοιπο προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό), είναι σύμφωνο με αυτή την διαπίστωση κρίνεται όμως σκόπιμη η συνεχιζόμενη πορεία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΜΒΑΣΗΣ
6. Καλή της συμμόρφωση ασθενούς στο πρόγραμμα θεραπείας.	Η διατήρηση της συμμόρφωσης ασθενούς στο πρόγραμμα θεραπείας και η σύντομη έξοδος της.	<p>Να εκτιμηθούν οι καθημερινές δραστηριότητες της ασθενούς.</p> <p>Να συζητηθεί ο θεράπων ιατρός με την ασθενή.</p> <p>Να ζητηθεί από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον της ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματά της.</p>	<p>Μετά από παρακολούθηση και παρατήρηση της συμπεριφοράς της ασθενούς στο πρόγραμμα της κλινικής το νοσηλευτικό προσωπικό κρίνει πως η κατάστασή της έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο. Η ασθενής συμμετάσχει πλήρως (καθαρίζει το χώρο της, βοηθά τους συνασθενείς της, λαμβάνει κανονικά τη θεραπεία της, παρακολουθεί τις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες). Η υπεύθυνη νοσηλεύτρια ενημέρωσε τον θεράπων ιατρό ο οποίος συμφώνησε πως η ασθενής θα λάμβανε σύντομα εξιτήριο και θα την παρακολουθούσαν ως εξωτερικό ασθενή.</p> <p>Οι οικείοι της, έπειτα από παράκληση του προσωπικού μεταβίβασαν τα λεγόμενα της ασθενούς στο προσωπικό τα οποία βοήθησαν ως διασταύρωση της αντικειμενικότητας των παρατηρήσεων.</p>	<p>Η ασθενής κρίθηκε, σύμφωνα με την γνώμη του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού έτοιμη για να της δοθεί εξιτήριο.</p> <p>Ο θεράπων ιατρός έδωσε κάποιες οδηγίες και η νοσηλεύτρια εξήγησε αργότερα στην ίδια και τους οικείους της μερικά βασικά στοιχεία όπως: να μην παραλείπει την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, να μην υποβάλλεται υπό την επίτροπή στρεσογόνων παραγόντων, να συνεχίσει τις επισκέψεις στον θεράποντα ιατρό ο οποίος θα την βοηθήσει να αναγνωρίσει έγκαιρα τυχόν υποτροπές.</p>

## Βιβλιογραφία

- 1) Χαλκιοπούλου: Μελίσα Χρυσούλα, "Η εξελικτική και η κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας", Θεσ/κη 1996:183-186.
- 2) Δραγωνά Θ, Τσιάντης Γ. "Μωρία και μητέρες. Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και υγεία στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής" Αθήνα 1999: 159-163.
- 3) Φόκνερ Φ, Μείου Κρίστοφερ "Εγκυμοσύνη και γέννηση, χαρές και προβλήματα" 1995: 113-115.
- 4) Τοκμακίδης Π. "Μαιευτική" Θεσ/κη 2000: 178-181
- 5) Βλάχος Κ.Θ. "Ψυχιατρική" , Τόμος 7, τεύχος 2, Απρίλιος - Ιούνιος 1996: 115- 120.
- 6) Χριστοδουλου Γ., "Ψυχιατρική" πρώτος τόμος, 1998: 516.
- 7) Δημητρίου Χ.Ε., Βλάσσης Γ. Καλογερόπουλος Α, "Ψυχιατρική" τόμος 6, Τεύχος 1, Ιανουάριος - Μάρτιος, 1995: 38-41.
- 8) Γιαννοπούλου Χρ. Αθηνά, "Ψυχιατρική Νοσηλευτική Αθήνα, 1992:16-24.
- 9) Γιαννοπούλου Χρ. Αθηνά, "ΨΥχιατρική Νοσηλευτική" Αθήνα, 1996:28-30, 61-68.
- 10) Σολδάτος κ. "Άγχος και κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη γενική ιατρική" Αθήνα 1999: 218- 221.
- 11) Lee Christina, "Social context, depression and the transition to motherhood" British Jairnal of Health ,Callander" "Μαιευτική Εικονογραφημένη" 1997: 93-108.
- 12) Willer, Callander, "Μαιευτική Εικονογραφημένη" 1991: 488-490.
- 13) Περιστέρης Α, Μαρίνος Β., "Ψυχιατρικές διαταραχές κατά την κύηση και τη λοχεία" Τετράδια ψυχιατρικής, Νοεμ- Δεκεμ 1990: 29-32.
- 14) Kruckman Laurenee "An Introduction to Postpartum illness", 1998: 132-137.
- 15) Ehlert W, Piedmont E, "Postpartum Bleues" 1990: 319-325.
- 16) Inwood D.G. "Postpartum psychotic disorder" 1989: 852-858
- 17) Lanczik M. "Pepressive Disease of Pseudoneura - sthenic Syndrome" 1992:47-52.



- 18) Robson KM, Kumar R, "Delayed Onset of Maternal Affection after childbirth" 1980: 347-353.
- 19) Fleming As, "The effects of a Social Support Group on Depression, Maternal Attitudes and Behaviour in New Mothers", 1992: 685-698.
- 20) Παρασκευόπουλος Ι. "Εξελεκτική ψυχολογία, Ψυχολογική θεώρηση της πορείας της ζωής από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση" Τόμος 1, Αθήνα 1997: 116-118.
- 21) Kaplan Harold ,Benjamin J, "Postpartum Psychiatric Syndromes", 6th ed, 1996 :220-225.
- 22) Nott P.N, "Extent, timing, and persistence of emotional disorders Following childbirth", British - Journal - of - Psychiatry, Vol 151, 1987: 523- 527.
- 23) Spinelli M.G, "Antepartum and Postpartum Depression", Journal of Gender - Specific- Medicine, Vol 1, 1998: 33-36.
- 24) Timothy R.B. Johnson MD, "Womens Primary Health Grand Rounds at the University of Michigan" 1999.
- 25) Stener M., "Postpartum psychiatric disorders"1990: 89-95.
- 26) Χριστοδούλου Γ, Κονταξάκης Μ, "Προληπτική ψυχιατρική", Αθήνα 2000: 145-150.
- 27) Brockington if, "Stress and puerperal psychosis", 1990: 331-334.
- 28) Kaplan and Sadocks, "Ψυχιατρική", τομ. Β, Αθήνα 2000: 724- 725.
- 29) Μαργαρίτης Δ- Παρασκευόπουλος Ν. "Ποινικός Κώδικας και Ειδικοί ποινικοί νόμοι", Θεσ/κη 1997:207
- 30) Gjerries A, "Οι καταθλιπτικές διαταραχές αντιμετωπίζονται κατά τον καλύτερο τρόπο στη Γενική Ιατρική, Αναζητήσεις: Νευρολογία – Ψυχιατρική" Τεύχος 6, Θεσσαλονίκη, 1997: 54 - 55.
- 31) Rosholm J. "Αντικαταθλιπτικά εις τη Γενική Ιατρική πάρα πολλά ή πολύ λίγα. Αναζητήσεις: Νευρολογία – Ψυχιατρική" Τεύχος 6, Θεσσαλονίκη, 1997: 53 - 54.
- 32) Neese Bryant J "Depression in the General Hospital", Nursing clinics of North America, vol: 26, No3 W.B Saunders Company, Philadelphia 1991: 613 – 621.

- 33) Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία. "Η κατάθλιψη – τι πρέπει να γνωρίζετε γι' αυτήν", ενημερωτικό φυλλάδιο, χορηγία της Smith Cline Beecham Pharmaceuticals, Αθήνα 1999: 62 – 67.
- 34) Harvey R.A, champ p.c "Φαρμακολογία", Επιμέλεια μετάφρασης Παπαδόπουλος Γ. Αθήνα 1995: 120 – 126.
- 35) Αθανάτου Ελ. 1992 Κλινική Νοσηλευτική. Βασικές και ειδικές νοσηλείες. Αθήνα.
- 36) Μαλγαρινού Μ. και Κωνσταντινίδου Σ. 1995 Νοσηλευτική τόμος Α «ΤΑΒΙΘΑ» Αθήνα.
- 37) Martin P. 1983 Care of the mentally ill. The Essentials of nursing Macmillan London.
- 38) Beuchemin KM. Hays P. "Αναζητήσεις: Νευρολογία – Ψυχιατρική" Τεύχος 6, Θεσσαλονίκη, 1997: 39.
- 39) Haber J.etal. 1982 Comprehensive psychiatric nursing Mc granhill book, Co. London.
- 40) Altschul A. 1985 psychiatric Nursing Baillere Tindull London.
- 41) Σηγκάλ Τ. 1982. Η τέχνη και επιστήμη της ψυχοθεραπείας. Αστυνομικά Χρονικά, Ιανουάριος – Φεβρουάριος, 6 – 76.
- 42) Wolpe J. 1982. The practice of Behavior Therapy pergamon Press, New York.
- 43) Lazarus A.A 1991. Behavior. Therapy and Beyond Mc Graw Hill, New York.
- 44) Maros N. 1992. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. University studio press. Θεσσαλονίκη.
- 45) Ιεροδιακόνου Χ. και συνεργάτες 1998 Ψυχιατρική, Μαστορίδης, Θεσσαλονίκη.
- 46) Folkins H. 1976. Effects of physical training on mood. Journal of clinical psychology. Vol 32: 2385 – 2388.
- 47) Roth D, Holmes D 1987 Influence of aerobic exercise training and relaxation training on physical and psychological health following stressful, life events Psychosomatic Medicine vol: 355 – 365.
- 48) Chamove A.S 1986 short – term effects of activities on the behavior of chronic schizophrenic patients. British Journal of clinical psychology vol 25:125 – 133.

- 49) Marenness D and Karnosh L.J 1993 Essentials of psychiatric nursing Mosby, Saint Louis.
- 50) Trick K.L.M and obcarskas S. 1995 understanding Mendal Illness and its Nursing ptitman, London.
- 51) Πλουμπίδης – Οικογένεια Συμπτώματα και απόρριψη.

# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

---

### 1) ΕΠΝΙΞΕ ΤΑ ΠΕΝΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΤΗΣ ΛΟΓΩ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Μια γυναίκα στις ΗΠΑ, η Άντρεα Γέιτς, κατηγορείται ότι έπνιξε τα πέντε παιδιά της επειδή έπασχε από επιλόχεια κατάθλιψη και τώρα κινδυνεύει να τιμωρηθεί με θανατική ποινή από την πολιτεία του Τέξας. Η Αμερικανική Εθνική Οργάνωση Γυναικών ( ) κάλεσε τις εισαγγελικές αρχές του Τέξας να μη ζητήσουν την θανατική ποινή της.

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια μορφή κατάθλιψης που παρουσιάζει ένα 10- 20% των νέων μητέρων. Τα συμπτώματα μοιάζουν αρκετά με αυτά της συνήθους κατάθλιψης. Η γυναίκα παρουσιάζει κυκλοθυμική συμπεριφορά με έντονα καταθλιπτικά στοιχεία ενώ χαρακτηριστική είναι η απουσία ενδιαφέροντος για το νεογνό.

Η Πρόεδρος του Παραρτήματος της NOW στο Τέξας, Ντέμπορα Μπελ, είπε ότι η οργάνωση πιστεύει πως η περίπτωση της Γέιτς καταδεικνύει την αναγκαιότητα για περισσότερη ενημέρωση σχετικά με την κατάθλιψη που επηρεάζει πολλές γυναίκες μετά τη γέννα. "Θέλουμε θεραπεία (για τη Γέιτς) και όχι τιμωρία. Είναι σαν να βγήκε από μυθιστόρημα του Στίβεν Κίνγκ, είναι τόσο ανατριχιαστικό αλλά είναι κάτι που δεν θα είχε κάνει ποτέ αν ήταν διανοητικά υγιής" υποστήριξε η Μπελ.

Η 37χρονη Γέιτς, που κρατείται στις φυλακές της κομητείας Χάρις και λαμβάνει φάρμακα για κατάθλιψη, φέρεται ότι σκότωσε τα παιδιά της, ηλικίας από 6 μηνών μέχρι 7 ετών, στην μπανιέρα του σπιτιού της και στη συνέχεια τηλεφώνησε στην αστυνομία για να ομολογήσει.

Η Εισαγγελία έχει ανακοινώσει ότι θα ζητήσει τη θανατική ποινή για την Γέιτς η οποία αρνείται την ενοχή της επικαλούμενη το ακαταλόγιστο. Στις 12 Σεπτεμβρίου το δικαστήριο αναμένεται να αποφασίσει αν είναι σε θέση να δικαστεί.

Δημοσίευση στο Care Magazine σης 30.8.2001.

2) Ο Ρίτσαρντ και η Κάθριν Γκόρντον μελέτησαν διάφορους τρόπους για να αποφευχθεί ή να θεραπευθεί η επιλόχεια κατάθλιψη. Έφτιαξαν ένα πρόγραμμα όπου οι μελλοντικές μητέρες παίρνουν οδηγίες και συμβουλές για τα ακόλουθα σημεία:

Οι ευθύνες της μητρότητας μαθαίνονται:

- Γί' αυτό ενημερώσου
- Ζήτησε βοήθεια από τον άντρα σου και από τους αξιόπιστους φίλους και συγγενείς.
- Δημιούργησε φιλίες με άλλα ζευγάρια που έχουν πείρα στην φροντίδα των παιδιών.
- Μην παραφορτώνεις τον εαυτό σου με ασήμαντες απασχολήσεις.
- Μην μετακομίσεις μόλις γεννηθεί το παιδί.
- Μην πολυασχολείσαι με το να κρατάς τα προσχήματα.
- Να ξεκουράζεσαι με το να κρατάς τα προσχήματα.

- Να ξεκουράζεσαι και να κοιμάσαι.
- Να συζητάς και να συμβουλεύεσαι τον άντρα σου, την οικογένεια και έμπειρους φίλους και να τους λες τα σχέδια και τις ανησυχίες σου.
- Κανόνισε από νωρίς για μπίμπι - σίτερ.
- Βρες έναν οικογενειακό γιατρό ή δεξ αυτόν που είχες πριν.

3) Κατηγορίες λοχειακών ψυχώσεων, όπως ταξινομήθηκαν από διάφορους συγγραφείς.

Συγγραφείς	Αριθμός Ασθενών	Μανιακές	Καταθλιπτικές	Μ/Κ	Σχιζοσυναισθηματικές	Σχιζοφρενικές όμορφες μη ειδικές άτυπες	Οργανικό ψυχοσύνδρομο
Protheroe	134	19	72	-	-	37	6
Mc Neil	24	6	3	-	2	7	6
Dean +kendel	52	9	33	-	4	1	5
Meltzez + Kumaz	85	34	31	-	8	9	3
Rahim +Al- Sabiae	87	18	52	-	7	2	8
Benvenuti	30	1	24	-	2	-	3
Klompenshouwer	199	29	21	-	63	12	74
Kendell	93	22	46	-	8	4	13
Schopf	46	14	21	-	5	6	-
Campbell +Cohn	30	-	30	-	-	-	-
Dean	51	10	32	-	9	-	-
Katona	81	20	56	-	2	3	-
Brockington	56	17	22	-	12	5	-
Wilson	33	2	11	-	-	20	-
Platz +Kendell	91	26	58	-	7	-	-
Jansson	195	2	166	-	-	27	-
Hemphill	116	-	-	92	-	24	-
Davidson +Robertson	74	-	-	60	-	14	-
Bell	31	5	18	1	-	5	2

4) Δόσεις και παρενέργειες αντικαταθλιπτικών που συνήθως χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης.

Ναρκωτικά	Δόση (mg/d)	Ορθοστατικά* Υπόταση	Αρρυθμία	Αύξηση Βάρους (>6kg)
Amitriptyline	75- 300	4+	3+	4+
Desipramine	75-300	2+	2+	1+
Imipramine	75-300	4+	3+	3+
Nartipytyline	40-200	2+	2+	1+
SSRIs				
Fluocetine	10-40	0	0	0
Parocetina	20-50	0	0	0
Sertraline	50-150	0	0	0

\* 0= απών ή σπάνια

4+= σχετικά κοινό.

