

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



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:

**ΕΥΦΡΑΙΜΗ ΕΛΕΝΗ
ΔΙΑΜΑΝΤΑΤΟΥ ΡΟΔΑΜΑΝΤΕ**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ :

Δρ. Γ. ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΠΑΤΡΑ, 2005



Θερμές ευχαριστίες στην εισηγήτριά μας
Δρ. Τ. Θεοδωρακοπούλου, για την
υποστήριξη και την καθοδήγησή της.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

“Εμμηνόπαυση και Κατάθλιψη”

Με τον τίτλο αυτό σας καλωσορίζουμε σε ένα καθαρά γυναικείο θέμα. Η εργασία αυτή αφορά τη διερεύνηση και τη σύνδεση δύο μεγάλων ιατρικών καταστάσεων μέσα από το πρίσμα της γυναικείας φύσης.

Όπως προκύπτει από την έρευνα που διεξάγαμε για να συγκεντρωθεί το βιβλιογραφικό υλικό, η σχέση της εμμηνόπαυσης με την κατάθλιψη δεν είναι πλήρως διερευνημένη. Υπάρχουν ακόμα άγνωστες πτυχές και αδιευκρίνιστα σημεία, ιδιαίτερα πάνω στον τρόπο που αυτές οι δύο καταστάσεις τέμνονται και συναντούν η μία την άλλη.

Μέσα από αυτήν την εργασία ελπίζουμε να βοηθήσουμε τον αναγνώστη, όχι μόνο να αντιληφθεί τη φύση των δύο αυτών καταστάσεων ξεχωριστά, αλλά να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο η εμμηνόπαυση συναντά την κατάθλιψη και να ενημερωθεί αρτιότερα για τρόπους αντιμετώπισης και πρόληψης της κατάθλιψης κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης.

***Ευφραΐμη Ελένη
Διαμαντάτου Ροδαμάντε***

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Γενικό Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εμμηνόπαυση

▪ Τι είναι η εμμηνόπαυση	4
▪ Αίτια εμμηνόπαυσης	4
▪ Πρόωρη εμμηνόπαυση	5
▪ Τεχνητή εμμηνόπαυση	6
▪ Διάγνωση	7
▪ Σημεία και συμπτώματα εμμηνόπαυσης	7
▪ Κλινική εικόνα	7
▪ Διαφορική διάγνωση	15
▪ Αντισύλληψη κατά την κλιμακτήριο	15
▪ Θεραπεία	16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Κατάθλιψη

▪ Τι είναι η κατάθλιψη	18
▪ Πόσο συχνή είναι η κατάθλιψη	19
▪ Πώς εξηγείται η διαφορά της συχνότητας της κατάθλιψης στα δύο φύλα	19
▪ Συμπτώματα κατάθλιψης	20
▪ Επιδημιολογία -ομάδες υψηλού κινδύνου- με κατάθλιψη επιτυχημένες γυναίκες	24
▪ Αιτιολογία κατάθλιψης	24
▪ Κλινικές μορφές κατάθλιψης	28
▪ Διαφορική διάγνωση	30
▪ Θεραπεία	31
▪ Πρόγνωση	34
▪ Φάρμακα	31

Ειδικός Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η σχέση της εμμηνόπαυσης με την κατάθλιψη και τις ψυχικές διαταραχές

- Εμμηνόπαυση και ψυχικές διαταραχές 35
- Ψυχολογικοί και ψυχιατρικοί συντελεστές σε γυναικολογικά προβλήματα 37
- Η μετάβαση προς την εμμηνόπαυση και οι ψυχικές διαταραχές 39
- Ήπιες διαταραχές της διάθεσης κατά την εμμηνόπαυση και η αντιμετώπισή τους 41
- Η χρησιμότητα της κλίμακας Blatt-Kupperman στη διάγνωση της κατάθλιψης στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες 42
- Κατάθλιψη και λιποπρωτεϊνικά λιπίδια στις υγιείς μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Αποτελέσματα μετριάσμου στη θεραπεία οιστρογονικής υποκατάστασης (Θ.Ο.Υ.) 44
- Ο ρόλος της εμμηνόπαυσης στην κατάθλιψη και τη θεραπεία της 45
- Διαταραχές πανικού κατά την εμμηνόπαυση 46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Εμμηνόπαυση και σεξουαλική ζωή

- Εμμηνοληξία και σεξ 48
- Εμμηνόπαυση και σεξουαλική ψυχολογία 48
- Προβληματισμοί για τη φύση της αλλαγής της γυναικείας σεξουαλικότητας στη μέση ηλικία 50
- Σεξουαλική δυσλειτουργία στην κατάθλιψη 51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Θεραπεία – Εναλλακτικές μορφές / Ο ρόλος των νοσηλευτών ψυχικής υγείας

- Θεραπεύοντας την εμμηνόπαυση στον 21^ο αιώνα – Πού βαδίζουμε από εδώ και πέρα 53
- Η συχνότητα των εναλλακτικών μορφών θεραπείας για την εμμηνόπαυση 54
- Η χρήση του «black cohosh» για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης 55
- Πώς η γιόγκα, ο διαλογισμός και ένας διαφορετικός τρόπος ζωής μπορούν να βοηθήσουν τις γυναίκες να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της περιεμμηνόπαυσης και της εμμηνόπαυσης 56
- Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας και ο ρόλος του 59
- Συμπέρασμα 63

Γενικό Μέρος



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εμμηνόπαυση

Τι είναι η εμμηνόπαυση

Η περίοδος της ζωής της γυναίκας κατά την οποία εμφανίζεται η τελευταία έμμηνος ρύση, λόγω οριστικής διακοπής της λειτουργίας των ωοθηκών από ωοθηκικά αίτια, ονομάζεται εμμηνόπαυση.

Η μεταβατική περίοδος πριν και μετά τη διακοπή της εμμήνου ρύσεως κατά την οποία παρατηρείται προοδευτική μείωση της λειτουργίας των ωοθηκών ονομάζεται περιεμμηνόπαυση ή κλημακτήρας.

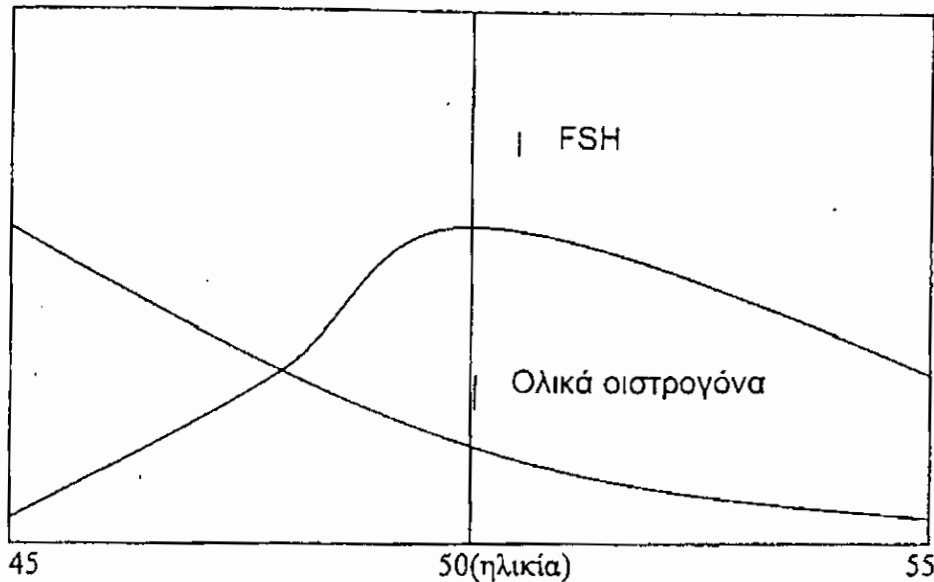
Το φαινόμενο της διακοπής της λειτουργίας των ωοθηκών θα πρέπει να σημειωθεί ότι παρατηρείται μόνο στον άνθρωπο και συγκεκριμένα στη γυναίκα. Αντίθετα, στον άνδρα η λειτουργία των όρχεων διατηρείται μέχρι του θανάτου.

Η μέση ηλικία που εμφανίζεται η εμμηνόπαυση είναι τα 51 χρόνια με σταθερή απόκλιση 4 χρόνια (51 ± 4). Δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία της εμμηναρχής, τον αριθμό των κινήσεων, την ηλικία του τελευταίου τοκετού, τη σωματική κατάσταση, το περιβάλλον και τη μόρφωση από τη μια μεριά και στην ηλικία της γυναίκας που εμφανίζεται η εμμηνόπαυση από την άλλη. Δεδομένου ότι ο μέσος όρος της ζωής της γυναίκας είναι σήμερα 80 περίπου χρόνια, το ένα τρίτο περίπου από τα χρόνια είναι μετεμμηνόπαυσιακά¹.

Αίτια εμμηνόπαυσης

Η παύση της εμμηνορρυσίας οφείλεται στην προοδευτική έκπτωση της ωοθηκικής λειτουργίας. Ο μηχανισμός της εμμηνόπαυσης αρχίζει από τότε που οι γοναδοτρόπες ορμόνες δεν επιδρούν στα ωοθυλάκια και επέρχεται προοδευτική αδυναμία ωρίμανσής τους. Έτσι, ελαττώνονται τα επίπεδα των οιστρογόνων ορμονών. Την ελάττωση αυτή ο υποθάλαμος προσπαθεί να την αντισταθμίσει με την αύξηση της έκκρισης της εκλυτικής ορμόνης GnRH. Η αύξηση της GnRH προκαλεί αύξηση της FSH και LH σε επίπεδα 5-10 φορές ψηλότερα από τα φυσιολογικά. Παρ' όλη την αύξηση των γοναδοτρόπων ορμονών, οι ωοθήκες αδρανούν για λόγους που δε διευκρινίστηκαν ακόμη. Ίσως, γιατί ελαττώνονται οι ορμονικοί υποδοχείς των ωοθηκών και η σύνθεση του D.N.A.

Τα μικρά ποσά οιστρογόνων ορμονών, που βρίσκουμε στην εμμηνόπαυση, προέρχονται από το στρώμα των ωοθηκών και από τα επινεφρίδια. Από το στρώμα παράγεται και τεστοστερόνη από διέγερσή του, ύστερα από επίδραση των γοναδοτρόπων ορμονών².



Πρόωρη εμμηνόπαυση

Η πρόωμη εμμηνόπαυση της περιόδου μπορεί να προκληθεί και από ορισμένες ασθένειες όπως είναι η φυματίωση. Στις περιπτώσεις αυτές, ο οργανισμός εξοικονομεί δυνάμεις με αυτόν τον τρόπο, γιατί η κατάστασή του δεν επιτρέπει σοβαρές απώλειες αίματος, σαν και αυτές που συμβαίνουν με την εμμηνορρυσία. Ψυχικές αναστατώσεις, όπως π.χ. μια πολύ δυνατή λύπη από το θάνατο αγαπημένου προσώπου, μπορούν επίσης να επισπεύσουν την εμμηνοληξία. Το ίδιο γίνεται και με την κακή λειτουργία του θυρεοειδούς, με τις συχνές εγκυμοσύνες ή εκτρώσεις και με τη σκληρή χειρωνακτική εργασία³.

Μία πρόσφατη μελέτη ισχυρίζεται ότι η πρόωρη εμμηνόπαυση είναι κατά 85% κληρονομική. Ως μέσος όρος θεωρείται η ηλικία των πενήντα ένα. Αν, λοιπόν, η μητέρα σας σταμάτησε να έχει περίοδο στα σαράντα της, είναι πιθανό να συμβεί το ίδιο και σε εσάς. "Μάλιστα", όπως είπε ο γυναικολόγος Βασίλης Φιακάς, "στην ιατρική υπάρχει ένας εμπειρικός κανόνας που λέει ότι δέκα χρόνια πριν από την ηλικία της πιθανολογούμενης εμμηνόπαυσης θα έχουμε προβλήματα γονιμότητας".

Αν θέλετε να κάνετε παιδιά, καλό θα είναι να το επιχειρήσετε προτού η γονιμότητά σας αρχίσει να φθίνει. Σύμφωνα με τον κανόνα που προαναφέραμε λοιπόν, θα πρέπει να το δοκιμάσετε τουλάχιστον δέκα χρόνια πριν από την ηλικία της εμμηνόπαυσης της μητέρας σας. Μία λύση για να αντιμετωπίσετε το πρόβλημα θα είναι να καταψύξετε τα ωάρια σας για να τα

γονιμοποιήσετε μελλοντικά. Ωστόσο, θα είστε μάλλον πρωτοπόρος, αφού η μέθοδος αυτή έχει δώσει ζωή μόνο σε οχτώ μωρά παγκοσμίως. Οι ερευνητές, πάντως, ψάχνουν έναν τρόπο για να καθυστερήσουν την ωορρηξία και έτσι να προσπατήσουν το απόθεμα των 40.000 ωαρίων που έχει κάθε γυναίκα στη ζωή της⁴.

Τεχνητή εμμηνόπαυση

Μόνιμη διακοπή της ωοθηκικής λειτουργίας μπορεί να γίνει μετά από χειρουργική εξέταση ή μετά από ακτινοβολησή τους για θεραπευτικούς σκοπούς.

Η τεχνητή εμμηνόπαυση χρησιμοποιείται θεραπευτικά στην ενδομητρίωση και σε περιπτώσεις οιστρογόνο-ευαίσθητων νεοπλασμάτων του μαστού και του ενδομητρίου, γίνεται με τη θεραπευτική χορήγηση προγεστερινοειδών και νταναζόλης⁵.

Διάγνωση

Η διάγνωση της εμμηνόπαυσης είναι κλινική και εργαστηριακή.

Κλινική

Αυτή στηρίζεται στη συμπτωματολογία και στις αλλαγές ορισμένων οργάνων του σώματός της, τόσο της εμφάνισής τους όσο και της λειτουργίας τους.

Εργαστηριακή

Εργαστηριακά, στη διάγνωση της εμμηνόπαυσης θα μας βοηθήσουν τα παρακάτω ευρήματα των εξετάσεων:

Η ελάττωση των οιστρογόνων ορμονών και ιδιαίτερα της οιστραδιόλης.

Η αύξηση του ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης και η μικρότερη αύξηση της ωχρινοτρόπου από έλλειψη της αρνητικής παλίνδρομης αλληλορρύθμισης των στεροειδών ορμονών στον υποθάλαμο.

Η ελάττωση κατά 30-40% της προγεστερόνης.

Η ελάττωση της ανδροστενδιόνης που παράγεται στα ωοθυλάκια που ωριμάζουν.

Η ελάττωση της τεστοστερόνης. Κάποτε αυτή εμφανίζεται αυξημένη, γιατί εξακολουθεί να εκκρίνεται από τα κύτταρα της πύλης των ωοθηκών και από τα ωχρινοποιημένα κύτταρα του στρώματος των ωοθηκών².

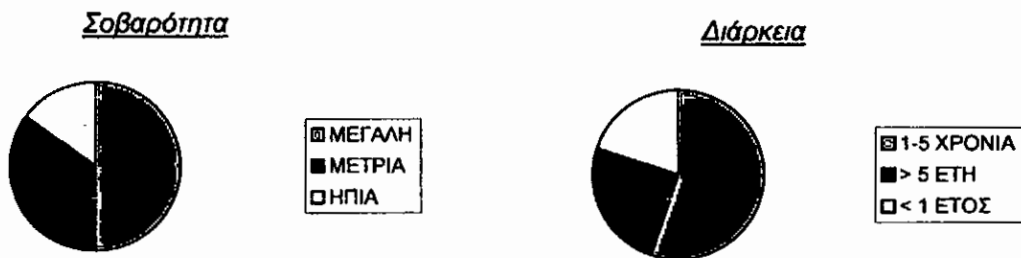
Σημεία και συμπτώματα κλιμακτηρίου

Αυτά σχετίζονται με τις μεταβολές των επιπέδων των κυκλοφορούντων οιστρογόνων. Τα υποκειμενικά συμπτώματα είναι δυνατό να παρατηρηθούν μερικά χρόνια πριν από τη διακοπή της εμμηνου ρύσεως, ενώ οι σωματικές μεταβολές είναι πιο μακροπρόθεσμες⁵.

ΟΞΕΑ
→
 ΧΡΟΝΙΑ
 και/ ή **πρώιμη** έναρξη και/ ή **όψιμη** έναρξη

<i>Αγγειοκινητικά Συμπτώματα</i>	<i>Ψυχολογικά Συμπτώματα</i>	<i>Συμπτώματα από τον Ουρογεννητικό σωλήνα</i>	<i>Παθήσεις Σκελετού</i>	<i>Καρδιαγγειακές Παθήσεις</i>
Εξάψεις, ιδρώτες συχνά συνοδεύονται από: αίσθημα παλμών, πανικό, αϋπνία	Συναισθηματική αστάθεια, άγχος, κακή ψυχική διάθεση, ελαττωμένη μνήμη και συγκέντρωση, ευερεθιστικότητα, μειωμένη libido	Ατροφία μαστών, ατροφία γεννητικού σωλήνα, δυσπαρευνία, ουρηθρικό σύνδρομο, τριγωνίτιδα, επείγουσα ούρηση και συχνουρία	Οστεοπόρωση, συνθλιπτικά κατάγματα σπονδύλου, κατάγματα κεφαλής μηριαίου	Ισχαιμική καρδιακή νόσος, εγκεφαλική αγγειακή πάθηση

Σοβαρότητα και Διάρκεια συμπτωμάτων



Κλινική εικόνα

Ελάττωση των ενδογενών οιστρογόνων.

Η ελάττωση της παραγωγής των οιστρογόνων έχει συνέπειες στα διάφορα όργανα και συστήματα του οργανισμού. Πιο συγκεκριμένα: οι μεταβολές αυτές εκδηλώνονται στο γεννητικό σύστημα, στους μαστούς, στο ουροποιητικό, στο τρίχωμα στο δέρμα, στο καρδιαγγειακό και στα οστά.

Γεννητικό σύστημα.

Η πρώτη κλινική εκδήλωση της ελαττωμένης δράσης των οιστρογόνων είναι οι μεταβολές στον εμμηνορρυσιακό κύκλο. Η εμφάνιση απότομης διακοπής της έμμηνης ρύσης συμβαίνει σπάνια, αφού και η έκπτωση της ωοθηκικής δραστηριότητας γίνεται βαθμιαία. Έτσι, έχουμε σιγά σιγά ελάττωση της ποσότητας του αίματος και της διάρκειας της έμμηνης ρύσης, ενώ σε μερικές γυναίκες η εμμηνορρυσία εμφανίζεται πιο συχνά και με περισσότερη απώλεια αίματος. Η τελευταία αυτή ανωμαλία οφείλεται συνήθως στο γεγονός ότι μπορεί να συνεχίζεται η ωρίμανση των ωοθυλακίων ακανόνιστα. Είναι δυνατόν, όμως, μια τέτοια αιμορραγία να οφείλεται και σε οργανική πάθηση του ενδομητρίου π.χ. σε αδενική υπερπλασία ή σε καρκίνο.

Αμηνόρροια που διαρκεί από 6 μήνες μέχρι 1 έτος μας πληροφορεί για την εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης. Μετά την πάροδο έτους, η αιμορραγία από το ενδομήτριο σπάνια οφείλεται σε ωοθηκική λειτουργία.

Με το σταμάτημα της επίδρασης των οιστρογόνων στο γεννητικό σύστημα έχουμε την εμφάνιση ατροφίας στα διάφορα όργανα.

Το κολπικό επιθήλιο

αποπλατύνεται, λεπταίνει σε πάχος και εμφανίζεται εξέρυθρο. Μικροτραυματισμοί κατά τις κολπικές πλύσεις ή συνουσία προκαλούν αιμορραγία από τον κόλπο, ενώ διάφορα μικρόβια αναπτύσσονται εύκολα και έτσι έχουμε την εμφάνιση κυήσμου και λευκόρροιας.

Ο τράχηλος της μήτρας

επίσης ατροφεί με σύγχρονη ελάττωση της παραγωγής της τραχηλικής βλέννας.

Οι σάλπιγγες και οι ωοθήκες

ατροφούν επίσης, ώστε οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση είναι αδύνατον να ψηλαφισθούν κατά τη γυναικολογική εξέταση. Ψηλαφητές ωοθήκες σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες πρέπει να βάζουν στη σκέψη την ύπαρξη πιθανόν μιας νεοπλασματικής επεξεργασίας. Τέλος, η γενικευμένη ατροφία και χαλάρωση των οργάνων της πυέλου, μπορεί να οδηγήσει σε πρόπτωση των διαφόρων οργάνων και να προκαλέσει διάφορα συμπτώματα.

Ουροποιητικό σύστημα.

Τα οιστρογόνα παίζουν σπουδαίο ρόλο στη διατήρηση του επιθηλίου της ουροδόχου κύστης και της ουρήθρας. Ελάττωση των οιστρογόνων έχει ως αποτέλεσμα την ατροφία των οργάνων αυτών, όπως συμβαίνει και με τα γεννητικά όργανα. Έτσι, είναι δυνατό να έχουμε ατροφική κυστίτιδα με

συχνοουρία και ακράτεια ούρων χωρίς να υπάρχει πυουρία. Καμιά φορά στο λεπτό επιθήλιο της ουρήθρας αναπτύσσεται ένα σαρκώδες μόρφωμα προκαλώντας δυσουρία και σπανιότερα αιματουρία.

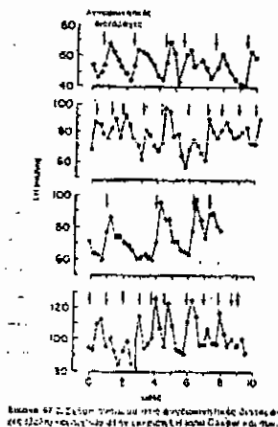
Οι μαστοί

κατά την εμμηνόπαυση και μετέπειτα μικραίνουν σε μέγεθος και συμπτώματα που εμφανίζονται κυκλικά σε γυναίκες με κυστική μαστοπάθεια εξαφανίζονται.

Αγγειοκινητικές διαταραχές.

Στα 3/4 των γυναικών που είναι στο κλιμακτήριο ή έχουν υποστεί ωοθηκεκτομία, εμφανίζονται αγγειοκινητικές διαταραχές με μορφή εξάψεων. Από αυτές που έχουν εξάψεις, 82% υποφέρουν για περισσότερο από ένα έτος και 25-50% για περισσότερο από 5 έτη. Οι πιο πολλές γυναίκες αισθάνονται ένα αίσθημα πίεσης στο κεφάλι, σαν κεφαλόπονο και στη συνέχεια στο πρόσωπο, στο λαιμό και σε άλλα μέρη του σώματος εμφανίζεται ένα αίσθημα θερμότητας που έρχεται κατά κύματα και συνήθως συνοδεύεται από εφίδρωση. Η διάρκεια του επεισοδίου ποικίλλει από λίγο μέχρι 10 min. και η συχνότητα εμφάνισής του από 12 ώρες μέχρι 1-2 βδομάδες. Για την ερμηνεία του φαινομένου έχουν γίνει πρόσφατα μετρήσεις θερμοκρασίας. Βρέθηκε, λοιπόν, ότι η θερμοκρασία του δέρματος αρχίζει να ανεβαίνει και σε 9 λεπτά από την έναρξη του επεισοδίου φτάνει στο μέγιστο σημείο, ενώ σε 40 λεπτά επανέρχεται στα αρχικά επίπεδα. Έτσι, για το δάχτυλο π.χ. έχουμε μια διαφορά θερμοκρασίας περίπου 4°C. Έχουμε, επίσης, μια μεταβολή στο εύρος του σφυγμού κατά 13-20%, ενώ δεν έχουν παρατηρηθεί μεταβολές στον καρδιακό ρυθμό και στην πίεση του αίματος.

Για το φαινόμενο ενοχοποιήθηκαν τα χαμηλά οιστρογόνα, αλλά είναι γνωστό ότι χαμηλά οιστρογόνα έχουν και τα παιδιά πριν από την ήβη και ασθενείς με γοναδική δυσγενεσία, αλλά δεν αισθάνονται εξάψεις. Τον τελευταίο καιρό βρέθηκε στενή συσχέτιση μεταξύ των εξάψεων και της έκκρισης της LH στη διάρκεια της ημέρας. Επειδή εξάψεις παρατηρούνται και σε άτομα με υποφυσεκτομία, έγινε η υπόθεση ότι η εκλυτική ορμόνη για την LH, η GnRH πιθανό να ευθύνεται για τις μεταβολές αυτές στη θερμοκρασία του δέρματος⁶.



Εικόνα 67. Συσχέτιση μεταξύ των αγγειοκινητικών διαταραχών και της έκκρισης της LH στην περίπτωση της υποφυσεκτομίας.

Οστεοπόρωση.

Η εμφάνιση οστεοπόρωσης είναι η πιο σοβαρή διαταραχή της υγείας, που συμβαίνει στην κλιμακτήριο. Έχουμε πτώση της ποσότητας του οστίτη ιστού, χωρίς μεταβολές στη χημική του σύσταση. Με το πέρασμα του χρόνου σε όλα τα άτομα συμβαίνει αποσβέσωση των οστών, που εκδηλώνεται με απώλεια της μάζας τους. Στις γυναίκες μετά τα 30 χρόνια και στους άνδρες μετά τα 45-50. Αλλά στις γυναίκες η ελάττωση της μάζας των οστών γίνεται πιο φανερή μετά την παύση της ωοθηκικής λειτουργίας. Το πρόβλημα παρουσιάζεται μεγαλύτερο σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ωοθηκεκτομία σε νεαρή ηλικία και σε γυναίκες με γοναδική δυσγενεσία. Μετά την εμμηνόπαυση και για τα 3-4 πρώτα χρόνια η απώλεια του οστίτη ιστού γίνεται γρήγορα και υπολογίζεται στο 2,5% ανά έτος. Μετά, η απώλεια γίνεται με ρυθμό 0,75% ανά έτος, μέχρι το θάνατο. Το κάπνισμα πιστεύεται ότι χειροτερεύει την οστεοπόρωση.

Αρχικά δεν υπάρχουν σοβαρά συμπτώματα, αλλά με την εξέλιξη της βλάβης οστεοπορωτικά οστά μπορεί εύκολα να πάθουν αυτόματα κάταγμα. Πιο συχνά συμβαίνουν κατάγματα στο σώμα των σπονδύλων, στο βραχιόνιο, στο μηριαίο, στον πήχη και στις πλευρές.

Η αιτία που προκαλεί την οστεοπόρωση στο κλιμακτήριο δεν έχει επιβεβαιωθεί. Πιστεύεται ότι η ελάττωση των οιστρογόνων της ωοθήκης παίζει πρωταρχικό ρόλο στην εκδήλωση της οστεοπόρωσης. Βρέθηκε, ακόμη, ότι η χορήγηση εξωγενών οιστρογόνων είχε αποτέλεσμα την ελάττωση της απώλειας του οστού. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι όσο πιο υψηλά ήταν το επίπεδο των ενδογενών οιστρογόνων, τόσο η βλάβη στα οστά ήταν περιορισμένη.

Η ορμόνη των παραθυρεοειδών αδένων φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο στη δημιουργία αυτής της κατάστασης. Είναι γνωστό ότι η παραθορμόνη διεγείρει την απορρόφηση του οστού, ενώ όταν απουσιάζει δε γίνεται οστεοπόρωση. Πειράματα σε ζώα έδειξαν ότι τα οιστρογόνα μπορεί να μειώσουν τη δράση της παραθορμόνης στα οστά. Ακόμη, έγινε η σκέψη ότι με την έλλειψη των οιστρογόνων, τα οστά γίνονται πιο ευαίσθητα στην επίδραση αυτής της ορμόνης. Υπήρξε, όμως, αδυναμία των ερευνητών να αποδείξουν την ύπαρξη ειδικών υποδοχέων για τα οιστρογόνα στα οστά.

Αν πράγματι δεν υπάρχουν υποδοχείς για τα οιστρογόνα στα οστά, τότε η δράση των οιστρογόνων πρέπει να γίνεται έμμεσα. Έτσι, υποστηρίζονται δύο θεωρίες που εξηγούν τον πιθανό μηχανισμό δράσης. Η πρώτη θεωρία υποθέτει ότι τα οιστρογόνα δρουν μέσω ενός ενζύμου του νεφρού (της 25 - διυδροξυχοληκαλσιφερόλης- 1 -υδροξυλάσης), ρυθμίζοντας έτσι τη σύνθεση της 1,25 -διυδροξυχοληκαλσιφερόλης- του ενεργού μεταβολιτή της βιταμίνης D. Όμως, η έλλειψη της βιταμίνης D προκαλεί οστεομαλακία και όχι οστεοπόρωση. Η δεύτερη θεωρία υποστηρίζει ότι τα οιστρογόνα προάγουν

την έκκριση της καλσιτονίνης, που είναι ο κύριος παράγοντας για την αναστολή της απορρόφησης του οστού.

Καρδιαγγειακό σύστημα. Αν και οι παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος μπορεί να αυξηθούν με τη διακοπή της ωοθηκικής λειτουργίας, η θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα δε φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο. Σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, που έλαβαν τις συνηθισμένες δόσεις οιστρογόνων για υποκατάσταση, παρατηρήθηκε διπλασιασμός στη συχνότητα της στεφανιαίας νόσου.

Αρκετοί παράγοντες εμπλέκονται στην αύξηση των καρδιακών παθήσεων που σχετίζονται με την εμμηνόπαυση και τη θεραπεία με οιστρογόνα. Είναι γνωστό ότι αύξηση των επιπέδων της χοληστερόλης, συνοδεύεται με αύξηση του κινδύνου για καρδιακή προσβολή. Μια αύξηση κατά 40 mg/ dL αυξάνει τον κίνδυνο κατά 3 έως 5 φορές. Στην εμμηνόπαυση έχουμε μια αύξηση της χοληστερόλης κατά 16 mg/ dL.

Επίσης, τα υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων είναι ένας πιθανός κίνδυνος για καρδιαγγειακό νόσημα. Στην εμμηνόπαυση έχουμε γενικώς αύξηση όλων των λιποπρωτεϊνών.

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένας άλλος παράγοντας κινδύνου για τα καρδιακά νοσήματα, αφού το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι δύο φορές πιο συχνό σε ασθενείς με την πάθηση αυτή. Σήμερα, δεν έχουμε επιβεβαιωμένες πληροφορίες για την επίδραση της εμμηνόπαυσης στο μεταβολισμό των υδατανθράκων.

Η υπέρταση αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιακή νόσο κατά 5 φορές. Αν και η εμμηνόπαυση δε φαίνεται να συνοδεύεται από μεταβολές στη συστολική ή διαστολική πίεση, η θεραπεία με οιστρογόνα αυξάνει ελαφρά και στις δύο πιέσεις. Ο μηχανισμός με τον οποίο γίνεται η αύξηση της πίεσης στη θεραπεία με οιστρογόνα, αφορά το σύστημα ρενίνης – αγγειοτενσίνης - αλδοστερόνης. Τα οιστρογόνα διεγείρουν την ηπατική σύνθεση και έκκριση της ρενίνης, προκαλώντας έτσι αύξηση στην παραγωγή αγγειοτενσίνης I και II και της αλδοστερόνης, παράγοντες που προκαλούν ήπια αύξηση στην πίεση του αίματος.

Τέλος, επικίνδυνοι παράγοντες για καρδιακό νόσημα είναι το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η κληρονομικότητα και η έλλειψη φυσικής άσκησης. Η εμμηνόπαυση και η θεραπεία με οιστρογόνα φαίνεται να επηρεάζουν ελάχιστα αυτούς τους παράγοντες.

Δέρμα και τρίχωμα. Με την πάροδο των ετών και ενώ επέρχεται το γήρας, το δέρμα λεπταίνει, χάνει τη σπαργή του και κάνει ρυτίδες. Πιο συχνά, η εικόνα αυτή του δέρματος εμφανίζεται στο λαιμό, στο πρόσωπο και στα χέρια, ενώ είναι χαρακτηριστικές οι ρυτίδες γύρω από τα μάτια και το στόμα. Ιστολογικά, η επιδερμίδα λεπταίνει και οι βασικές στιβάδες γίνονται αδρανείς

με τα χρόνια. Η αφυδάτωση είναι τυπική και τα αγγεία του δέρματος ελαττώνονται. Είναι γνωστό ότι οι γυναίκες που κάνουν θεραπεία με οιστρογόνα, φαίνονται νεότερες και ότι διάφορα καλλυντικά χρησιμοποιούν οιστρογόνα σε κρέμα για τον ίδιο λόγο.

Η έρευνα για τη δράση των οιστρογόνων στο δέρμα δεν έχει να παρουσιάσει πολλά, βρέθηκε ότι τα οιστρογόνα μεταβάλλουν την αγγείωση του δέρματος. Μερικοί ερευνητές μίλησαν για ατροφία στο δέρμα μετά από παρατεταμένη χρήση οιστρογόνων, ενώ άλλοι παρατήρησαν αντιρρυτιδική δράση με πάχυνση της επιδερμίδας και των κολλαγόνων ινών.

Μετά την εμμηνόπαυση στις περισσότερες γυναίκες παρατηρείται ελάττωση των τριχών του εφηβίου και της μασχάλης, ενώ σε πολλές εμφανίζεται στο άνω χείλος ένα ελαφρύ μουστάκι.

Ψυχολογικές και συγκινησιακές μεταβολές. Πολλές γυναίκες στα 40 τους και 50 τους χρόνια παρουσιάζουν συγκινησιακές μεταβολές. Τα συμπτώματα αυτά ποικίλλουν από ήπια μέχρι εκδηλώσεις ψύχωσης. Ο ρόλος της ωοθηκικής ανεπάρκειας για τις καταστάσεις αυτές δεν έχει διευκρινιστεί. Η θεραπεία με οιστρογόνα βρέθηκε ότι ελαττώνει τον αριθμό και τη βαρύτητα των εξάψεων, των πονοκεφάλων και του άγχους. Θεωρήθηκε, ακόμη, ότι εκτός από την άμεση βελτίωση της ψυχικής κατάστασης της γυναίκας με τον περιορισμό των εξάψεων, τα οιστρογόνα δρουν απ' ευθείας στον εγκέφαλο και επηρεάζουν αρκετές από τις λειτουργίες του.

Αύξηση των ενδογενών οιστρογόνων. Όλες οι γυναίκες που μπαίνουν στο κλιμακτήριο, δεν εμφανίζουν τα συμπτώματα που προαναφέρθηκαν και που οφείλονται χαρακτηριστικά στην έλλειψη οιστρογόνων. Υπάρχουν γυναίκες που δεν έχουν συμπτώματα και άλλες που έχουν, λόγω της αυξημένης επίδρασης των οιστρογόνων. Τέτοια συμπτώματα συνιστούν κυρίως μητρορραγίες, μαστωδυνίες, μεγέθυνση ινομυωμάτων και αναζωπύρωση της ενδομητρίωσης. Το πρόβλημα στις περιπτώσεις αυτές είναι ότι μια τέτοια μητρορραγία μπορεί να έχει σχέση με υπερπλασία του ενδομητρίου ή και με αδενοκαρκίνωμα.

Υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι η συνεχής διέγερση του ενδομητρίου από την επίδραση των οιστρογόνων, χωρίς την κυκλική επίδραση της προγεστερόνης, μπορεί να οδηγήσει σε αλλοιώσεις, από τον καλοήγη πολλαπλασιασμό των αδένων, την αδενοκυστική υπερπλασία, την αδενωματώδη υπερπλασία, μέχρι τους διάφορους βαθμούς δυσπλασίας (συμπεριλαμβανομένου και του διηθητικού αδενοκαρκινώματος του ενδομητρίου). Ασθενείς με αυτές τις παθολογικές καταστάσεις, παρουσιάζουν συνήθως αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων στην κυκλοφορία.

Όπως αναφέρθηκε και στην αρχή του κεφαλαίου, η πηγή παραγωγής των οιστρογόνων στις ηλικιωμένες γυναίκες είναι η αρωματοποίηση, που γίνεται στα ανδρογόνα της κυκλοφορίας. Όγκοι που εκκρίνουν ανδρογόνα, συχνά

είναι υπεύθυνοι για αυτήν την αύξηση των ανδρογόνων και δευτερογενώς των οιστρογόνων. Τέτοιοι όγκοι είναι ο Sertoli-Leydig cell, ο hilar cell, ο lipid cell και τα καλούμενα μη ενδοκρινικά ωθητικά νεοπλάσματα. Οι τελευταίοι αυτοί όγκοι περιλαμβάνουν τους όγκους του Brenner, τα καλοήγη κυστικά τερατώματα, τα κυσταδενώματα, τα δυσγερμινώματα και τους όγκους του Krukenberg. Αυτά τα νεοπλάσματα παρουσιάζουν υπερπλασία του στρώματος της ωθήκης, το οποίο εκκρίνει μεγάλες ποσότητες ανδρογόνων. Τα ανδρογόνα αρωματοποιούνται στην περιφέρεια σε οιστρογόνα. Όσο για την υπερπλασία του στρώματος πιστεύεται ότι ευθύνεται κάποια ουσία με δράση γοναδοτροπίνης ή κάποιος άλλος παράγοντας, που η φύση του ακόμη δε διευκρινίστηκε. Οι παθήσεις του ήπατος, η παχυσαρκία και ο υπερθυρεοειδισμός είναι καταστάσεις που προάγουν την αρωματοποίηση. Οι κοκκιοκυτταρικοί όγκοι της ωθήκης και τα θηλώματα παράγουν απ' ευθείας οιστρογόνα.

Διάφορα άλλα συμπτώματα που αναφέρονται στο κλιμακτήριο.

Περισσότερα από 50 διαφορετικά συμπτώματα αποδίδονται στις ενδοκρινικές διαταραχές της περιόδου αυτής στη ζωή της γυναίκας. Μερικά από αυτά ονομάζονται κλιμακτηριακά συμπτώματα και είναι πάρα πολύ κοινά σε πολλές άλλες παθήσεις. Έτσι, έχουμε την εμφάνιση παραισθησιών, ζαλάδων, εμβολών, λιποθυμιών, σκοτωμάτων, δύσπνοιας και συμπτωμάτων, που έχουν σχέση με το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Άλλα συμπτώματα άσχετα με το ενδοκρινικό σύστημα, όπως αδυναμία, κόπωση, ναυτία, εμετοί, μετεωρισμός, ανορεξία, δυσκοιλιότητα, διάφορες αρθραλγίες και μυαλγίες⁶.

Εκτεταμένη χρήση του αλκοόλ.

Υπολογίζεται ότι ο αλκοολισμός έχει επιπτώσεις στο 10% περίπου των ηλικιωμένων γυναικών και συμβάλλει σημαντικά στη λειτουργική ανικανότητα. Παρ' όλα αυτά, η υπερβολική χρήση οινοπνεύματος από γυναίκες μεγάλης ηλικίας συχνά αγνοείται ή δε διαγιγνώσκεται. Όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού ή έχουν υπάρξει οι ίδιες πότες οινοπνεύματος, τότε διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Οι αλκοολικοί παρουσιάζουν συνήθως καρκίνο στη στοματική κοιλότητα, στο λάρυγγα, στο λαιμό, στον οισοφάγο και στο συκώτι. Οι ερωτήσεις CAGE βοηθούν πάρα πολύ. Δύο θετικές απαντήσεις δείχνουν ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα, ενώ περισσότερες από δύο πιθανή εξάρτηση από το αλκοόλ.

C = Έχετε αισθανθεί ποτέ την ανάγκη να μειώσετε την ποσότητα του αλκοόλ που καταναλώνετε;

A = Έχετε αισθανθεί ποτέ ενοχλημένος από την κριτική των άλλων σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ;

G = Έχετε αισθανθεί ποτέ ενοχές για την κατανάλωση που κάνετε στο αλκοόλ;

E = Είχατε ποτέ χρησιμοποιήσει διαστολέα ματιού⁷;

Διατροφή.

Η προσοχή της καλής διατροφής είναι ένα ουσιαστικό μέρος της υγείας. Τουλάχιστον το 20% των ενηλίκων αμερικανών (20-30% γυναίκες) άνω των τριάντα ετών, έχουν κατά 20% περισσότερο βάρος από ότι πρέπει.

Είναι ευρέως γνωστό ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη τάση στην παχυσαρκία από ότι οι άνδρες. Ένας λόγος πιθανόν να είναι ότι οι γυναίκες έχουν χαμηλότερο μεταβολικό ρυθμό από ότι οι άνδρες, ακόμα και όταν αυτός προσαρμόζεται στις σωματικές διαφορές και στο επίπεδο άσκησης. Ένας επιπλέον λόγος που οι γυναίκες παχύνουν όταν μεγαλώνουν είναι η μετεμμηνοπαυσιακή απώλεια της αύξησης του μεταβολικού ρυθμού, που έχει σχέση με την ωχρή φάση του εμμηνορροϊκού κύκλου. Παρ' όλα αυτά, ο μεγάλος ρόλος της εμμηνόπαυσης στο σωματικό βάρος είναι δύσκολο να τεκμηριωθεί. Η πιο σημαντική επιρροή στο βάρος του σώματος είναι ο τρόπος ζωής του κάθε ατόμου σε σχέση πάντα με τη διατροφή και την άσκηση.

Άνδρες και γυναίκες έχουν ροπή προς την παχυσαρκία, καθώς αυξάνει η ηλικία. Δυστυχώς, με την αύξηση της ηλικίας, ο βασικός μεταβολικός ρυθμός μειώνεται. Μετά την ηλικία των 18 ο μεταβολικός ρυθμός παρεκκλίνει σε ποσοστό 2% ανά δεκαετία. Ένα τριαντάχρονο άτομο θα πάρει αναπόφευκτα βάρος αν δεν υπάρξει καμία αλλαγή στο επίπεδο θερμιδικής εισαγωγής ή άσκησης κατά τη διάρκεια των ετών⁷.

Μεταβολές στη σύνθεση του σώματος και την κατανομή του λίπους.

Οι μεταβολές στη σύνθεση του σώματος στις γυναίκες στην εμμηνόπαυση είναι σαφείς:

1. Οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (παχύσαρκες ή νορμοβαρείς) και οι περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες έχουν μεγαλύτερο ποσοστό λίπους στην κοιλιά και στο πάνω μισό μέρος του σώματος και λιγότερο ποσοστό στους μηρούς και στα πόδια, σε σχέση με τις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Οι διαφορές αυτές φαίνεται να είναι, όχι όμως πάντοτε, ανεξάρτητες από την ηλικία και το ολικό λίπος του σώματος.
2. Οι μετεμμηνοπαυσιακές και περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες έχουν λιγότερο συνολικό άλιπο (μυϊκό) ιστό από ότι οι προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Μάλιστα, οι πρώτες έχουν λιγότερο ποσοστό άλιπου ιστού στα πόδια από ότι οι τελευταίες. Οι διαφορές αυτές είναι πάντοτε ανεξάρτητες από την ηλικία και το σωματικό βάρος.

Οι μηχανισμοί οι οποίοι ευθύνονται για τις μεταβολές στη σύνθεση του σώματος και την κατανομή του λίπους δεν είναι ξεκάθαροι. Ενοχοποιούνται αλλαγές (ποιοτικές και ποσοτικές) στην πρόσληψη τροφής, η ελάττωση της σωματικής δραστηριότητας, καθώς και ορμονικές μεταβολές.

Η μετάβαση των γυναικών από την προεμμηνόπαυση στην εμμηνόπαυση, συνοδεύεται από μείωση των ενεργειακών τους δαπανών κατά 230 kcal/ ημέρα. Αυτή αποδίδεται κυρίως στη μείωση της μυϊκής μάζας και στη μείωση της σωματικής δραστηριότητας.

Φαίνεται, επίσης, ότι η χορήγηση ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης στην εμμηνόπαυση, βελτιώνει ή τουλάχιστον αποτρέπει τις ανεπιθύμητες αυτές μεταβολές στη μυϊκή μάζα και την κατανομή του λίπους. Αυτός είναι ένας από τους λόγους για τους οποίους η ορμονική θεραπεία υποκατάστασεως έχει ευνοϊκή επίδραση στο καρδιαγγειακό σύστημα των γυναικών. Η αποφυγή αύξησης τους κοιλιακού λίπους μειώνει την αντίσταση στην ινσουλίνη και επομένως, την πιθανότητα εμφάνισης αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμιών και σακχαρώδη διαβήτη, δηλαδή των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου⁸.

Διαφορική διάγνωση

Πριν από τις ανοσολογικές δοκιμασίες της εγκυμοσύνης και την αποτελεσματική αντισύλληψη, η εγκυμοσύνη θα μπορούσε εύκολα να περιπλακεί με την εμμηνόπαυση. Σε αυτήν την ομάδα το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών είναι δυνατό να προκαλέσει αμηνόρροια. Το προλακτίνωμα θα πρέπει να υπάρχει στη σκέψη του γιατρού και ιδιαίτερα στις νεότερες γυναίκες.

Η επιβεβαίωση γίνεται με τον προσδιορισμό της LH (δυσανάλογη αύξηση στο σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών της FSH και της οιστραδιόλης, δύο φορές με διαφορά δύο βδομάδων), για την αποφυγή της αιχμής της FSH στο μέσο του κύκλου. Η εξέταση της προλακτίνης και το test – εγκυμοσύνης εκτελούνται αν υπάρχει κλινική ένδειξη⁵.

Βασικές μεταβολές των ορμονικών επιπέδων στον ορό :

	FSH	LH	Οιστραδιόλη
	U/ litre		(pmol/l)
Προεμμηνοπαυσιακά	2-20	5-25	100-60
Μετεμμηνοπαυσιακά	40-70	50-70	60

Αντισύλληψη κατά την κλιμακτήριο

Η ωοθυλακιόρρηξις είναι δυνατό να συμβεί 6 μήνες μετά από την αμηνόρροια. Τα περισσότερα σκευάσματα της ΘΟΥ δεν είναι αντισυλληπτικά.

Η αντισύλληψη συστήνεται για ένα περίπου χρόνο μετά τη διακοπή της έμμηνου ρύσεως, εφ' όσον δεν έχει γίνει στειροποίηση είτε στον άνδρα είτε στη γυναίκα.

Η κυκλική χορήγηση της ΘΟΥ καθιστά δύσκολη την αντισύλληψη σε αυτό το χρόνο και μερικοί γιατροί του οικογενειακού προγραμματισμού προσθέτουν ένα αντισυλληπτικό από το στόμα που περιέχει μόνο προγεστερόνη (σε κυκλικό ρυθμό) κατά τις ημέρες στις οποίες δεν υπάρχουν προγεσταγόνα.

Μετά το 45^ο έτος, πιστεύεται ότι δεν απαιτείται τακτική αντικατάσταση του ενδομητρικού σπειράματος, το οποίο μπορεί να παραμείνει στη θέση του μέχρι να μην υπάρχει κίνδυνος για εγκυμοσύνη.

Η αντισύλληψη με τη μέθοδο του φραγμού έχει χαμηλό κόστος αποτυχίας στις γυναίκες που βρίσκονται στην κλιμακτήριο⁵.

Θεραπεία

Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (ΘΟΥ).

Δεν πρέπει να συγχέεται η ΘΟΥ με τα αντισυλληπτικά δισκία. Μη διαχωρίζετε τις πραγματικές ή φανταστικές παρενέργειες των αντισυλληπτικών δισκίων όταν χορηγείται ΘΟΥ.

Η ΘΟΥ είναι πολύ αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης, καθώς αποδεικνύεται με πολλούς placebo-ελέγχους και με διασταυρούμενες μελέτες για τα αγγειοκινητικά, ψυχολογικά και σεξουαλικά από το 10% των γυναικών λαμβάνουν ΘΟΥ. Ακόμα και μετά από υστερεκτομία και αμφοτερόπλευρο ωοφορεκτομία δε λαμβάνουν οιστρογόνα όλες οι γυναίκες, παρ' ότι η μη χορήγηση θεραπείας σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε μήνυση.

Η ΘΟΥ ελαττώνει τις ενέργειες που προκαλεί στο σκελετό και στο καρδιαγγειακό σύστημα η έκπτωση της ωοθηκικής λειτουργίας⁵.

Ορμόνες και ακοή.

Σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη για να διερευνηθεί πως η θεραπεία με ορμόνες επηρεάζει την ακοή των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών, αποδείχθηκε μετά από έρευνα σε δείγμα 109 υποκειμένων ότι η θεραπεία με οιστρογόνα καθυστερεί την απώλεια ακοής⁹.

Ορμόνες που θωρακίζουν τις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση.

«Ασπίδα προστασίας είναι η χορήγηση ορμονών στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση.

Μελέτες που έγιναν στις ΗΠΑ έδειξαν ότι η μακροχρόνια χορήγηση θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης παρέχει προστασία από την οστεοπόρωση, καθώς μειώνει κατά 34% τον κίνδυνο κατάγματος, ενώ περιορίζει κατά 37% και την πιθανότητα εκδήλωσης καρκίνου του παχέος εντέρου.» Τα παραπάνω

ανακοίνωσε ο καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας κ. Γεώργιος Κρεατσάς, με αφορμή το 5^ο Διεθνές Γυναικολογικό Συνέδριο, το οποίο έγινε στην Αθήνα στις 26 Σεπτεμβρίου 2002.

Αναφερόμενος στους κινδύνους της ορμονικής υποκατάστασης, ο καθηγητής επισήμανε ότι υπάρχει μια γνωστή μικρή αύξηση του κινδύνου καρκίνου του μαστού και φλεβοθρόμβωσης.

Σύμφωνα με τον κ. Κρεατσά, η αύξηση του καρκίνου του μαστού γίνεται κλινικά εμφανής μετά τα 4-5 χρόνια ορμονικής υποκατάστασης, χρονικό διάστημα κατά το οποίο οι περισσότερες γυναίκες έχουν ήδη διακόψει τη θεραπεία¹⁰.

Θεραπεία

Σε 80% των περιπτώσεων, η εμμηνόπαυση δεν απαιτεί ειδική θεραπεία. Όταν αυτή κριθεί απαραίτητη, δυνατό να χορηγήσουμε:

1. Ηρεμιστικά, υπνωτικά, αναλγητικά, ψυχοαναληπτικά φάρμακα, βιταμίνη D και ασβέστιο.
2. Οιστρογόνες ορμόνες με μεγάλη επιφύλαξη και ιδιαίτερα εκεί που κρίνονται απαραίτητες, όπως στις εξάψεις και εφιδρώσεις. Δεν έχει αποδειχτεί πως προλαβαίνουν την οστεοπόρωση. Η δόση τους είναι 1,25 mg την ημέρα για έξι μήνες, ελαττώνοντας αυτήν προοδευτικά. Αν παραστεί ανάγκη συνέχισης της θεραπείας με οιστρογόνες ορμόνες, αυτή δεν πρέπει να περάσει τον ένα χρόνο. Αν τον περάσει, πρέπει να ελέγξουμε το ενδομήτριο με ιστοληψία του. Σε καμιά περίπτωση δε θα τις χορηγήσουμε, αν η γυναίκα πάσχει από ηπατοπάθεια, εγκεφαλοπάθεια, υπέρταση, μαστοπάθεια, καρκίνο του μαστού, διαβήτη, επιληψία, χολολιθίαση, θρομβοεμβολικό επεισόδιο και ινομώματα μήτρας. Οι οιστρογόνες ορμόνες αυξάνουν τη συχνότητα της στεφανιαίας νόσου από αύξηση των τριγλυκεριδίων και την πίεση του αίματος από αύξηση της ρενίνης του συκωτιού.
3. Οιστρογόνες ορμόνες και προγεστερόνη ή μονή προγεστερόνη για 10-14 ημέρες, γιατί η προγεστερόνη περιορίζει τους υποδοχείς της οιστραδιόλης των κυττάρων του ενδομητρίου και εμποδίζεται έτσι η μελλοντική ανάπτυξη καρκίνου του ενδομητρίου.
4. Οιστρογόνες ορμόνες για τοπική χρήση με τη μορφή αλοιφής σε περιπτώσεις ατροφικής αιδοιίτιδας και κολπίτιδας.
5. Θα συμβουλέψουμε την αποφυγή καπνίσματος, γιατί βοηθάει στην εμφάνιση οστεοπόρωσης και αρτηριοσκλήρυνσης.
6. Θα συνεργαστούμε με ψυχίατρο, όπου οι περιστάσεις το απαιτούν².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Κατάθλιψη

Τι είναι η κατάθλιψη

Ο όρος Κατάθλιψη στην Ψυχιατρική υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή μια διαταραχή η οποία προκαλεί έναν συνδυασμό συμπτωμάτων που δε συναντάται σε άλλη νόσο (οι γιατροί συνηθίζουν να ονομάζουν αυτούς τους συνδυασμούς συμπτωμάτων, που εμφανίζονται μαζί πολύ πιο συχνά από ότι θα περίμενε κανείς μόνο από τύχη, ως σύνδρομο). Ένα από τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου της Κατάθλιψης είναι και η άσχημη διάθεση και γι' αυτό το σύνδρομο ονομάστηκε έτσι. Σαν αρρώστια, η Κατάθλιψη έχει κάποιους προδιαθετικούς και αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της, μια συγκεκριμένη πορεία, πρόγνωση και θεραπεία.

Η λέξη κατάθλιψη έχει πολλές διαφορετικές σημασίες. Άλλα εννοούμε όταν τη χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας γλώσσα και άλλα όταν τη χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε ένα κλινικό σύνδρομο που απαιτεί θεραπεία.

Στην καθομιλουμένη, όταν λέμε ότι "σήμερα έχω κατάθλιψη", "είμαι στεναχωρημένος", "νιώθω λυπημένος", "δεν έχω κέφι", "αυτός ο άνθρωπος σου φέρνει κατάθλιψη" ή "νιώθω μελαγχολία", στην ουσία αναφερόμαστε σε μια κατάσταση που έχει να κάνει με τη διάθεσή μας.

Η διάθεση είναι ένα συναίσθημα και γι' αυτό συνήθως χρησιμοποιούμε τον όρο "νιώθω" για να το περιγράψουμε. Η διάθεσή μας είναι καταθλιπτική ή μελαγχολική όταν είμαστε λυπημένοι για κάτι. Το αντίθετό της είναι η χαρά. Ωστόσο τις περισσότερες φορές δε νιώθουμε ούτε το ένα ούτε το άλλο, αλλά μάλλον είμαστε σε μια ουδέτερη κατάσταση. Μπορούμε, λοιπόν, να δούμε ότι υπάρχει μια κλίμακα διαβάθμισης που στο ένα άκρο έχει τη χαρά και στο άλλο τη λύπη. Όσο πιο κοντά βρισκόμαστε προς την τελευταία, τόσο πιο στεναχωρημένοι νιώθουμε, τόσο πιο μελαγχολικά και καταθλιπτικά αισθανόμαστε.

Η κατάθλιψη, λοιπόν, όπως τη χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας γλώσσα, έχει μια ποιοτική συνιστώσα αλλά και μια ποσοτική, η οποία μπορεί να εκτείνεται από το ελαφρύ αίσθημα λύπης έως την απέραντη κατήφεια και δυστυχία.

Η ποσοτική αυτή συνιστώσα εξαρτάται προφανώς από την ένταση του ερεθίσματος που προκάλεσε τη διάθεση αυτή. Π.χ. εάν κάποιος φοιτητής

αποτύχει στις εξετάσεις ενός μαθήματος είναι φανερό ότι θα νιώσει λυπημένος, εάν κάποιος χωρίσει με τη φίλη του ή το φίλο του μάλλον θα νιώσει περισσότερο λυπημένος, ενώ εάν χάσει κάποιο αγαπημένο του οικογενειακό πρόσωπο ίσως στην αρχή νιώσει δυστυχισμένος.

Αυτό, βεβαίως, είναι ένα παράδειγμα, διότι στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν απόλυτα ερεθίσματα αλλά μόνο σχετικά, εξαρτώνται δηλαδή από την ιδιαίτερη σημασία που αποδίδει κανείς στο ερέθισμα. Αυτό, πάντως, που είναι κοινό σε όλες τις περιπτώσεις, είναι ότι κατάθλιψη, λύπη, μελαγχολία, προκαλείται από ερεθίσματα που γενικά εκλαμβάνονται από τον άνθρωπο ως απώλεια κάποιου σημαντικού πράγματος.

Η κατάθλιψη, όπως χρησιμοποιούμε τον όρο καθημερινά, είναι μια πανανθρώπινη εμπειρία. Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει ζήσει τη συναισθηματική αυτή εμπειρία.

Ανεξάρτητα αν κάποιοι άνθρωποι χρησιμοποιούν αυτόν τον όρο για να εκφράσουν διαφορετικό βαθμό λύπης (άλλοι ακόμη και τη μικρού βαθμού λύπη και άλλοι μόνο για πιο έντονες καταστάσεις), ωστόσο όλοι καταλαβαίνουμε περίπου τη σημασία της. Ως τέτοια εμπειρία, η κατάθλιψη συνήθως είναι μικρής διάρκειας και αυτοπεριοριζόμενη. Είμαστε στεναχωρημένοι για μικρό χρονικό διάστημα και πολύ εύκολα, όταν συμβεί κάτι ευχάριστο, η διάθεσή μας επανέρχεται. Οι διακυμάνσεις αυτές της διάθεσης είναι απόλυτα φυσιολογικές και συμβαίνουν πολλές φορές κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Συμπερασματικά, λοιπόν, θα λέγαμε ότι η κατάθλιψη με την κοινή σημασία του όρου, είναι μια άσχημη διάθεση, που είναι φυσιολογική απάντηση σε ένα ερέθισμα που συνήθως έχει να κάνει με μια αίσθηση απώλειας.

Πόσο συχνή είναι η κατάθλιψη

Από έρευνες που έχουν γίνει, υπολογίζεται ότι σε μια δεδομένη χρονική στιγμή 5% του πληθυσμού εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ κατά τη διάρκεια ενός έτους 10% του πληθυσμού θα εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης. Κατά τη διάρκεια της ζωής 20% των γυναικών και 12% των ανδρών εμφανίζουν συμπτώματα συμβατά με κατάθλιψη. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα νούμερα αυτά περιλαμβάνουν όλες τις μορφές κατάθλιψης από τις ελαφριές μέχρι τις σοβαρές, γι' αυτό και είναι λίγο ψηλά.

Πώς εξηγείται η διαφορά της συχνότητας της κατάθλιψης στα δύο φύλα

Οι γυναίκες εμφανίζουν κατάθλιψη δύο φορές σχεδόν πιο συχνά από ότι οι άνδρες. Η διαφορά αυτή δεν έχει πλήρως εξηγηθεί. Κατ' αρχήν ένα μέρος της μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες μπορεί να παραδέχονται

πιο εύκολα από τους άνδρες τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα στις σχετικές εργασίες. Η διαφορά, όμως, είναι αρκετά μεγάλη και έτσι πιστεύεται ότι συνδυασμός βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων συμβάλλει στη μεγαλύτερη συχνότητα¹¹.

Με κατάθλιψη οι επιτυχημένες γυναίκες

Οι νεαρές γυναίκες πάσχουν στη συντριπτική τους πλειοψηφία από ελαφριάς μορφής κατάθλιψη, έδειξε έρευνα του περιοδικού «Κοσμοπόλιταν». Ανατρέποντας την εικόνα της σύγχρονης επιτυχημένης γυναίκας, το 41% των 1.101 γυναικών -ηλικίας 20-35χρόνων- που ερωτήθηκαν, δήλωσαν ότι έχουν περάσει διαστήματα άνω της μίας εβδομάδας που με δυσκολία αποχωρίζονταν το κρεβάτι τους λόγω κατάθλιψης. Ένα 51% δήλωσε ότι πλήττει θανάσιμα ή δεν ελπίζει σε τίποτα καλύτερο αύριο, ενώ ένα 20% αποκάλυψε ότι έχει πάνω από 6 μήνες να νιώσει πραγματική ευτυχία!

Σύμφωνα με την ψυχολόγο Λίντα Παπαδοπούλου, η διάθεση των γυναικών οφείλεται στο φόρτο των ευθυνών και την πεποίθησή τους ότι οφείλουν να αντεπεξέρχονται μόνες τους σε όλες τις δυσκολίες αλλά και στην απουσία ελεύθερου χρόνου. Σύμφωνα με το Κέντρο Οικονομικής και Επαγγελματικής Έρευνας, οι γυναίκες δαπανούν διπλάσια ώρα από το σύντροφό τους για δουλειές του σπιτιού, εξανεμίζοντας τον ελάχιστο χρόνο που τους απομένει μετά τη δουλειά¹⁶.

Συμπτώματα κατάθλιψης

Συναίσθημα

Καταθλιπτική διάθεση. Το άτομο που βρίσκεται σε καταθλιπτική διαταραχή, συνήθως περιγράφει τη διάθεσή του σαν καταθλιπτική, λέγοντας ότι νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία κ.λπ. Η καταθλιπτική αυτή διάθεση χαρακτηριστικά κυριαρχεί στην ζωή του ατόμου. Συχνά είναι, έτσι και τα εύκολα κλάματα. Μπορεί, όμως, το άτομο να περιγράψει τη διάθεσή του και με λόγια όπως «δε με νοιάζει πια» ή μπορεί ακόμη να μας λέει ότι δε νιώθει θλίψη. Το τελευταίο είναι ιδιαίτερο συχνό σε παιδιά, που όμως δείχνουν την κατάθλιψη στο πρόσωπό τους. Όπως ήδη τονίσαμε, ψάχνουμε και για άλλα συμπτώματα πέρα από την καταθλιπτική διάθεση, σε άτομα που δεν την παρουσιάζουν, αλλά πιστεύουμε ότι πάσχουν από κατάθλιψη. Επίσης, όπως στη συνέντευξη με κάποιο σχιζοφρενικό ασθενή που δεν μπορεί να έχει χαρακτηριστικά συμπτώματα, η αίσθηση παράξενου στον κλινικό εξεταστή μπορεί να βοηθήσει, έτσι και στην επικοινωνία με καταθλιπτικό ασθενή, ο εξεταστής μπορεί να νιώσει θλίψη, πολλές φορές αφόρητη, ενώ ο ασθενής δεν αναφέρει θλίψη.

Ανηδονία. Απώλεια της ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που προηγούμενα ήταν ευχάριστες αποτελεί βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης και χρειάζεται

προσοχή, γιατί το άτομο μπορεί να μην το έχει συναισθανθεί και να μην παραπονιέται για αυτό.

Η οικογένειά του, όμως, μπορεί να το έχει προσέξει.

Δραστηριότητες που παύουν να είναι ευχάριστες είναι το φαγητό, το σεξ, τα χόμπι, τα σπορ, κοινωνικές και οικογενειακές εκδηλώσεις. Ανάλογη προς την ανηδονία είναι και η απώλεια ενδιαφέροντος σε διάφορες δραστηριότητες (βλ. παρακάτω στην Κινητοποίηση).

Άγχος. Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν άγχος υπό μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικειμένου κινδύνου, ευερεθιστότητας ή ακόμη και προσβολών πανικού με συνοδά φυτικά συμπτώματα, όπως ιδρώτες, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία κ.λπ. Η συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης μπορεί να κάνει δύσκολη τη διάκριση ποιο από τα δύο αποτελεί τη βασική διαταραχή.

Φυτικό (Αυτόνομο) Νευρικό Σύστημα. Συχνή είναι η παρουσία συμπτωμάτων από το φυτικό νευρικό σύστημα. Η αναγνώρισή τους είναι σημαντική τόσο για τη διάγνωση, όσο και τη θεραπεία της κατάθλιψης.

Διαταραχή του ύπνου. Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν κάποιας μορφής διαταραχή του ύπνου, συνήθως αϋπνία, μερικές φορές και υπερυπνία (ιδιαίτερα παιδιά, νεαρά άτομα και ασθενείς με Διπολική Διαταραχή). Η αϋπνία μπορεί να συνίσταται σε δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί (αρχική αϋπνία), σε αφύπνιση στη διάρκεια της νύχτας και δυσκολία να ξανακοιμηθεί (μέση αϋπνία) και σε αφύπνιση νωρίς το πρωί (τελική αϋπνία), που είναι ιδιαίτερα συχνή και ενοχλητική, καθώς το άτομο ξυπνά στις 5.00 ή 6.00 το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί.

Διαταραχή της όρεξης. Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν ανορεξία που συνοδεύεται ή όχι από απώλεια βάρους. Η απώλεια βάρους μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική για τη ζωή. Λιγότερο συχνή είναι η αύξηση της όρεξης, που μπορεί να οδηγήσει και σε πρόσληψη σημαντικού βάρους -ιδιαίτερα σε νεαρές γυναίκες και σε άτομα με Διπολική Διαταραχή.

Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας). Συχνό παράπονο των καταθλιπτικών ασθενών είναι ένα αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης, σαν όλη η ζωτικότητα ή ενέργεια που έχουν μέσα τους να έχει φύγει. Αυτό το αίσθημα, που πολλές φορές είναι ανυπόφορο, μπορεί να παρακολουθεί τις ημερήσιες διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης, οπότε χαρακτηριστικά μπορεί να έχουμε μεγαλύτερη κατάθλιψη και κόπωση – εξάντληση το πρωί και βελτίωση και των δύο καθώς προχωρά η μέρα.

Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido). Συχνή είναι η ελάττωση της libido, που ιδιαίτερα στους άντρες, καθώς μπορεί να εκφράζεται και με

διαταραχή της στύσης, τραυματίζει ακόμη περισσότερο την αυτοεκτίμησή τους.

Ψυχοκινητική επιβράδυνση. Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου και των κινήσεων. Έτσι, οι απαντήσεις τους είναι φτωχές ή και μονολεκτικές, ο λόγος γίνεται μονότονος και βραδύς, το βλέμμα είναι απλανές, οι κινήσεις του σώματος αργές και η όλη εικόνα μπορεί να φθάσει να μοιάζει με κατατονία.

Ψυχοκινητική διέγερση. Ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς -ιδιαίτερα ηλικιωμένα άτομα- παρουσιάζουν εκνευρισμό, ανησυχία, ένταση ή και διέγερση, αντί για επιβράδυνση. Έτσι, οι ασθενείς αυτοί βηματίζουν πάνω κάτω, στριφογυρνούν τα χέρια τους, τραβούν τα μαλλιά τους, το δέρμα τους, τα ρούχα τους, παραπονιούνται έντονα ή φωνάζουν.

Κινητοποίηση

Απώλεια του ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν όχι μόνο μια απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση, αλλά επίσης και μια ελάττωση της κινητοποίησης σε όλες τις εκφράσεις της ζωής. Εργασία, οικογενειακή ζωή, σπορ κ.λπ. χάνουν το ενδιαφέρον τους και το άτομο νιώθει ότι δεν έχει την ικανότητα – διάθεση να εκτελέσει συνηθισμένες ασχολίες.

Ανημπόρια, έλλειψη ελπίδας. Χαρακτηριστικά, το καταθλιπτικό άτομο νιώθει ανήμπορο να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του, ακόμη και απλά καθήκοντα -μέχρι και το πως να φροντίσει την εμφάνισή του και την υγιεινή του. Επίσης, νιώθει χωρίς ελπίδα για το μέλλον ή για την κατάστασή του.

Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας. Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι οπωσδήποτε η αυτοκτονία. Η συχνότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών είναι μεγάλη. Υπολογίζεται ότι 1% των καταθλιπτικών ασθενών πεθαίνει αυτοκτονώντας μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου. Σε ασθενείς που υποφέρουν από υποτροπιάζουσα επεισόδια κατάθλιψης, το ποσοστό ανεβαίνει στο 15%. Ιδιαίτερα επικίνδυνο είναι το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για αυτοκτονία είναι στην περίοδο των 6 έως 9 μηνών που ακολουθεί τη συμπτωματική βελτίωση των ασθενών. Και αυτό, αν και φαίνεται παράδοξο, οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα στο ότι στην περίοδο αυτή ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα για να ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας, ενώ δεν έχει αλλάξει σημαντικά η θεώρηση της ζωής του, που τη θεωρεί αρκετά αρνητική ώστε να θέλει έντονα να αυτοκτονήσει.

Σκέψη - Αντίληψη

Αισθήματα – σκέψεις ενοχής ή/ και αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά εκφράζουν αισθήματα και

σκέψεις ενοχής για τρέχουσες ή παρελθούσες αποτυχίες ή λάθη. Ο βαθμός αυτοκατηγορίας, όμως, είναι υπερβολικός, που φαίνεται είτε από το ότι τα γεγονότα στα οποία αναφέρεται ο ασθενής είναι μηδαμινά είτε στο ότι ο ασθενής αποδίδει στον εαυτό του περισσότερη ευθύνη από ότι του αναλογεί. Επίσης, το αίσθημα αναξιότητας, το οποίο παρουσιάζουν πολλοί ασθενείς, κυμαίνεται από αισθήματα ανεπάρκειας μέχρι έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής αξίας του ατόμου. Ανάλογα επηρεάζεται και η αυτοεκτίμηση, καθώς οι ασθενείς είναι ανίκανοι να εκτιμήσουν ρεαλιστικά την απόδοσή τους στις καθημερινές υποχρεώσεις (που είναι όμως και μειωμένη), αλλά και σαν συνέπεια των προηγούμενων. Ενοχή, αναξιότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, όταν φθάσουν στο σημείο να είναι σε σταθερή και ακλόνητη διάσταση με την πραγματικότητα, αποτελούν πια παραληρητικές ιδέες.

Δυσκολία στη συγκέντρωση. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς μπορεί να είναι τόσο έντονα ενασχολημένοι με τις καταθλιπτικές τους σκέψεις που δυσκολεύονται να προσέξουν τί γίνεται γύρω τους. Επίσης, παραπονιούνται για «έκπτωση της μνήμης» ή για δυσκολία συγκέντρωσης που φαίνεται στην προσπάθειά τους να διαβάσουν, να δουν τηλεόραση κ.λπ. Επειδή τα ανοϊκά άτομα ουσιαστικά έχουν δυσκολία με τη μνήμη και τη συγκέντρωση, μερικές φορές είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνώσει κανείς την κατάθλιψη από την άνοια στα ηλικιωμένα άτομα.

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν, επίσης, συχνά και επιβράδυνση της σκέψης και αναποφασιστικότητα.

Ψύχωση. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι αρκετά βαριά, ώστε να περιλαμβάνει ψυχωτικά συμπτώματα, κυρίως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Το περιεχόμενο αυτών των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών συνήθως είναι σύντονο με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες *σύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση*). Π.χ. το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν επειδή είναι αμαρτωλό ή ανεπάρκες ή έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις που το κατηγορούν για αμαρτίες ή λάθη του. Μπορεί, επίσης, να εμφανισθούν μηδενιστικές παραληρητικές ιδέες καταστροφής του κόσμου ή του ατόμου, σωματικές παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις καρκίνου ή άλλης σοβαρής ασθένειας, παραληρητικές ιδέες φτώχειας.

Λιγότερο συχνά, το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών δεν έχει σχέση με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες *ασύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση*). Π.χ. το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν χωρίς να μπορεί να εξηγήσει το λόγο κ.λπ.

Σωματικά ενοχλήματα

Εκτός από τα κλασικά συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα που αναφέραμε παραπάνω, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός σωματικών συμπτωμάτων που αποτελούν έκφραση του καταθλιπτικού συνδρόμου. Στην κλινική πράξη, παθολόγοι, γενικοί γιατροί κ.λπ. βομβαρδίζονται με τέτοια

ενοχλήματα, όπως πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, μυϊκοί σπασμοί (κράμπες), ναυτία, έμετος, δυσκοιλιότητα, οπισθοστερνικό κάψιμο, δυσκολία στην αναπνοή, υπέρπνοια, πόνος στο στήθος κ.λπ. Μεγάλος αριθμός εξετάσεων γίνεται χωρίς λόγο και τελικά ο γιατρός καταλήγει ότι όλα αυτά ήταν «ψυχολογικά». Ο όρος «καλυμμένη κατάθλιψη» έχει χρησιμοποιηθεί για τις περιπτώσεις αυτές. Δεν πρόκειται, όμως, για άλλου είδους κατάθλιψη. Απλώς, ο γιατρός πρέπει να σκεφθεί ότι το άτομο με τέτοια συμπτώματα μπορεί να έχει κατάθλιψη, οπότε ρωτώντας για άλλα συμπτώματα κατάθλιψης -εκτός των πόνων κ.λπ.- οδηγείται στη διάγνωση της¹³.

Επιδημιολογία – Ομάδες υψηλού κινδύνου

Ο κίνδυνος εμφάνισης της διαταραχής είναι 10-20% για τις γυναίκες, ενώ για τους άντρες είναι 5-10%. Η μέση ηλικία έναρξης είναι τα 25 χρόνια, αλλά βεβαίως μπορεί να αρχίσει σε οποιαδήποτε ηλικία. Η κατάθλιψη είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια στην προεφηβική ηλικία, αλλά είναι δυο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες από ότι σε εφήβους και ενήλικες άνδρες.

Υπολογίζεται ότι σε 10 με 20% των περιπτώσεων κατάθλιψης, προηγείται δυσθυμική διαταραχή και ότι κάθε χρόνο το 8 με 10% των ατόμων με δυσθυμική διαταραχή αναπτύσσουν το πρώτο τους καταθλιπτικό επεισόδιο.

Εκτός από τη δυσθυμική διαταραχή, η κατάθλιψη έχει συνδεθεί και μπορεί να συνυπάρχει με διαταραχή πανικού, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, ψυχογενή ανορεξία ή βουλιμία, οριακή διαταραχή προσωπικότητας και κατάχρηση ουσιών. Επίσης, η κατάθλιψη συνδέεται με χρόνιες γενικές ιατρικές καταστάσεις ή νόσους και έτσι αναφέρεται ότι το 20 με 30% των ατόμων που μπορεί να έχουν διαβήτη, έμφραγμα μυοκαρδίου, καρκίνο, νευρολογική νόσο (π.χ. κατά πλάκας σκλήρυνση) θα αναπτύξουν κατάθλιψη κατά την πορεία της σωματικής νόσου.

Επιπλοκές

Η βασικότερη επιπλοκή της κατάθλιψης είναι η αυτοκτονία, η οποία είναι περισσότερο πιθανή να εκδηλωθεί σε άτομα που ζουν μόνα τους ή είναι πάνω από 50-55 ετών. Άλλη πιθανή επιπλοκή είναι η κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών, καθώς και τα προβλήματα που μπορεί να φέρει στον ασθενή η κόπωση, η ανηδονία και το καταθλιπτικό συναίσθημα¹⁴.

Αιτιολογία κατάθλιψης

Το πρώτο που πρέπει να ξεκαθαρίσουμε είναι ότι δεν υπάρχει ένας και μοναδικός λόγος που να εξηγεί τη διαταραχή αυτή (όπως συνήθως συμβαίνει και με πολλές άλλες αρρώστιες γενικότερα). Έρευνες ετών έχουν επισημάνει μερικούς παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό στη νόσηση από κατάθλιψη. Μπορεί κανείς να θεωρήσει την

καταθλιπτική διαταραχή ως το τελικό κοινό αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων που δρουν πάνω στην ιδιοσυστασία κάθε ατόμου και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του πλαίσιο. Εάν δούμε την κατάθλιψη με αυτόν τον τρόπο, τότε οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιολογία της, είτε καθαρά βιολογικές είτε καθαρά ψυχοκοινωνικές, παύουν να φαίνονται ότι αντικρούουν η μία την άλλη, αλλά μάλλον ότι συμπληρώνουν η μία την άλλη. Παρακάτω αναφέρονται μερικοί από τους παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης¹¹.

1. Γενετικοί Παράγοντες

Ο ρόλος των γενετικών παραγόντων στην αιτιολογία των συναισθηματικών διαταραχών είναι αναμφισβήτητος, δεν είναι όμως γνωστός ο ακριβής τρόπος μεταβίβασης. Η επικρατούσα αντίληψη, σε εξαπλουστευμένη διατύπωση, είναι ότι αυτό που κληρονομείται είναι η ευεπιφορότητα (ευαισθησία) του ατόμου, που κάτω από την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων, μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση διαταραχής.

2. Νευροχημικοί Παράγοντες – Νευροδιαβιβαστικές ουσίες

Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι τουλάχιστον οι πιο βαριές καταθλίψεις συνοδεύονται από βιοχημικές διαταραχές του εγκεφάλου, δε γνωρίζουμε όμως με βεβαιότητα αν και σε θετική περίπτωση ποιες από τις διαταραχές αυτές σχετίζονται αιτιοπαθογενετικά με την κατάθλιψη.

- Η υπόθεση της μονοαμινεργικής ανεπάρκειας.
- Η υπόθεση των βιολογικών μεταβολών των υποδοχέων.
- Η υπόθεση της αυτορρύθμισης των υποδοχέων.
- Ο ρόλος των νευροδιαβιβαστών.

- α) Κοπεχολαμίνες
- β) Νοραδρεναλίνη
- γ) Σεροτονίνη (5 – υδροξυτρυπταμίνη, 5 – HT)
- δ) Ακετυλοχολίνη

3. Νευροενδοκρινικοί Παράγοντες

Η σχέση ορμονών και κατάθλιψης έχει επισημανθεί εδώ και αρκετά χρόνια. Οι ενδείξεις για συμμετοχή ορμονικών παραγόντων στην παθογένεση της κατάθλιψης προκύπτουν από τα παρακάτω :

- Πολλές ορμονικές διαταραχές συνοδεύονται από κατάθλιψη με συχνότητα μεγαλύτερη από την αναμενόμενη, π.χ. νόσος Addison, νόσος cushing, υποθυρεοειδισμός.
- Οι ενδοκρινικές ανωμαλίες που παρατηρούνται στην κατάθλιψη υποδηλώνουν ότι πιθανώς υπάρχει κάποια διαταραχή των υποθαλαμικών

κέντρων, που μέσω της υπόφυσης ρυθμίζουν τη λειτουργία του ενδοκρινικού συστήματος.

- Οι ορμόνες παίζουν ρυθμιστικό ρόλο στη δραστηριότητα των μονοαμινεργικών νευροδιαβιβαστών και συνεπώς μπορεί να συμμετέχουν στη διαταραχή της νευροδιαβίβασης που παρατηρείται στην κατάθλιψη.
- Συχνά ορμονικές μεταβολές (όπως μείωση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης) που συμβαίνουν προεμμηνορρυσιακώς, κατά την εμμηνόπαυση και κατά τη λοχεία, συνοδεύονται από κατάθλιψη.

4. Προσωπικότητα – Σωματότυπος

Αρκετά συχνά οι άνθρωποι που νοσούν από συναισθηματική διαταραχή είχαν πριν νοσήσουν κυκλοθυμικές τάσεις. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για αυτούς που νοσούν από διπολική συναισθηματική διαταραχή. Με τις συναισθηματικές διαταραχές συνδέονται, επίσης, η καταθλιπτική προσωπικότητα (τάση για θλίψη) και η ιδεοψυχαναγκαστική προσωπικότητα (τελειοθηρία, συνέπεια, τσιγκουνιά, σχολαστικότητα).

Πρέπει να σημειωθεί ότι η προσωπικότητα δεν παίζει καθοριστικό ρόλο. Μπορεί, δηλαδή, να νοσήσει από κατάθλιψη και κάποιος με εντελώς διαφορετική προσωπικότητα από αυτές που αναφέρθηκαν.

Οι συναισθηματικές διαταραχές είχαν συνδεθεί από τη δεκαετία του '30 (Kretshmer) με τον πυκνικό σωματότυπο (κοντά άκρα και μεγάλες σπλαχνικές κοιλότητες). Ωστόσο, όπως ακριβώς συμβαίνει και με την προσωπικότητα, ο σωματότυπος αυτός δεν είναι καθοριστικός.

5. Οικογενειακοί παράγοντες

Η γονεϊκή στέρηση στην πρώτη δεκαετία της ζωής έχει βρεθεί ότι προδιαθέτει σε κατάθλιψη, ιδιαίτερα αν η στέρηση αυτή είναι αποτέλεσμα δυσαρμονίας ή χωρισμού των γονέων.

6. Ψυχοπιεστικά γεγονότα

Έχει επισημανθεί ότι συχνά, λίγο πριν από την εκδήλωση της κατάθλιψης, επισυμβαίνουν ψυχοπιεστικά (στρεσογόνα) γεγονότα.

Υπάρχουν μήπως γεγονότα που συνδέονται με την κατάθλιψη; Η έρευνα έχει επικεντρωθεί στα γεγονότα που :

- Συνιστούν απώλεια (λόγω θανάτου ή χωρισμού).
- Εκφράζουν δυσαρμονία με πρόσωπα κλειδιά στη ζωή του ατόμου.

Η ισχυρότερη συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη και τα στρεσογόνα γεγονότα αφορά αυτά που χαρακτηρίζονται ως απειλητικά ή ανεπιθύμητα.

7. Προδιαθεσικές Καταστάσεις

Ορισμένες ψυχοπαιστικές καταστάσεις προηγούνται κατά πολλά χρόνια της έναρξης μιας καταθλιπτικής διαταραχής. Έχουν μελετηθεί, για παράδειγμα, οι δυσκολίες στο γάμο, στην εργασία ή στο σπίτι, χωρίς όμως να έχει προσδιοριστεί με σαφήνεια ο ρόλος τους.

Από μελέτες που έγιναν σε Πανεπιστήμιο του Λονδίνου, επισημάνθηκαν τέσσερις τέτοιες προδιαθεσικές καταστάσεις, που θεωρήθηκαν ως παράγοντες ευαλωτότητας :

- Η *φροντίδα μικρών παιδιών*.
- Η *έλλειψη απασχόλησης έξω από το σπίτι*.
- Η *έλλειψη ενός προσώπου εμπιστοσύνης* (εξομολογητή, «κολλητού») για διαπροσωπική επικοινωνία.
- Η *αποστέρηση από τη μητέρα* (φυσική ή συναισθηματική, δηλαδή λόγω θανάτου ή χωρισμού) πριν από την ηλικία των 11 ετών.
- Άλλοι παράγοντες που έχουν αξιολογηθεί είναι η *σεξουαλική κακοποίηση* κατά την παιδική ηλικία, *σημαντικές απώλειες* κατά την ώριμη ηλικία, η *έλλειψη υποστηρικτικού κοινωνικού συστήματος*, *ενδοψυχικοί παράγοντες* (όπως π.χ. η μειωμένη αυτοεκτίμηση) κ.λπ.

Σωματικά νοσήματα. Ένα σοβαρό σωματικό νόσημα είναι φυσικό να συμβάλλει στην κατάθλιψη, δρώντας ως μη ειδικός στρεσογόνος παράγοντας. Υπάρχουν, όμως, ορισμένα νοσήματα που σχετίζονται πιο στενά με την κατάθλιψη. Ανάμεσα στα νοσήματα αυτά περιλαμβάνονται :

- Ο καρκίνος της *κεφαλής του παγκρέατος*.
- Ορισμένες *ιογενείς λοιμώξεις*.
- Η νόσος του *Cushing*.
- Η νόσος του *Parkinson*.

8. Ψυχολογικοί Παράγοντες

Οι θεωρίες που συνδέουν αιτιοπαθογενετικά την κατάθλιψη με ψυχολογικές εμπειρίες, παλαιές ή πρόσφατες, είναι κυρίως τρεις :

- 1) Η ψυχαναλυτική θεωρία.
- 2) Η θεωρία της μαθημένης αβοηθητότητας (learned helplessness).
- 3) Οι γνωσιακές θεωρίες.

1) **Ψυχαναλυτική θεωρία.** Ο ιδρυτής της ψυχανάλυσης, ο Sigmund Freud, επισήμανε τα κοινά σημεία ανάμεσα στο πένθος και την κατάθλιψη και υποστήριξε ότι οι δύο αυτές καταστάσεις μπορεί να οφείλονται στα ίδια αίτια.

Κατά τον Freud, η σχέση του πάσχοντος με το «αντικείμενο» αγάπης είναι αμφιθυμική (συνύπαρξη αγάπης και μίσους). Όταν, λοιπόν, το «αντικείμενο» χάνεται, όποια συναισθήματα μίσους έτρεφε ο ασθενής για το «αντικείμενο» εσωτερικεύονται, κατευθύνονται δηλαδή εναντίον του ίδιου του εαυτού του. Έτσι εξηγούνται *οι ιδέες αυτοϋποτίμησης και οι αυτοκαταστροφικές τάσεις που παρατηρούνται στην κατάθλιψη.*

2) **Η θεωρία της μαθημένης αβοηθητότητας (learned helplessness).** Η θεωρία αυτή υποστηρίζει την υπόθεση ότι η κατάθλιψη απορρέει από την πεποίθηση ότι *η απόκτηση επιθυμητών στόχων δεν είναι εφικτή, η πραγματοποίηση ανεπιθύμητων καταστάσεων είναι πιθανή και ότι το άτομο δεν μπορεί να κάνει τίποτα για να αλλάξει τα πράγματα.*

3) **Γνωσιακή θεωρία (cognitive theory).** Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, ο τρόπος σκέψης των ανθρώπων που έχουν μεγάλη πιθανότητα να νοσήσουν από κατάθλιψη, χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω τρία παθολογικά στοιχεία :

- *Εμβόλιμες αρνητικές σκέψεις*
(π.χ. «έχω αποτύχει ως οικογενειάρχης»).
- *Εξωπραγματικές προσδοκίες*
(π.χ. «δεν αισθάνομαι ικανοποιημένος, παρά μόνο αν περάσω όλα τα μαθήματα με άριστα»).
- *Παράλογες σκέψεις*
(π.χ. «απέτυχα στη σχέση μου με τη Δήμητρα. Δε θα μπορέσω να δημιουργήσω σχέση με κανένα κορίτσι»)¹⁵.

Κλινικές μορφές κατάθλιψης

Οι τρεις βασικές μορφές της κατάθλιψης είναι οι παρακάτω :

1. Κατάθλιψη στα πλαίσια μονοπολικής συναισθηματικής διαταραχής (μείζων κατάθλιψη) ή διπολικής συναισθηματικής διαταραχής.
2. Ήπια ή ελάσσων κατάθλιψη.
3. Δυσθυμική διαταραχή.

1. Κατάθλιψη στα πλαίσια μονοπολικής ή διπολικής συναισθηματικής διαταραχής.

Έχει τα κλινικά χαρακτηριστικά που ήδη περιγράψαμε. Η κατάθλιψη που συμβαίνει στα πλαίσια μονοπολικής διαταραχής, διαφέρει από αυτήν που συμβαίνει στα πλαίσια διπολικής διαταραχής ως προς την πορεία στο χρόνο. *Στη μονοπολική κατάθλιψη υπάρχει στερότυπη επανάληψη της καταθλιπτικής φάσης, ενώ στη διπολική διαταραχή υπάρχει εναλλαγή των φάσεων κατάθλιψης με φάσεις μανίας.*

2. Ήπια ή ελάσσων κατάθλιψη.

Τα συμπτώματά της είναι πιο ήπια από αυτά της προηγούμενης. Το καταθλιπτικό συναίσθημα είναι *ευμετάβλητο και επηρεάζεται από τα γεγονότα της ζωής.*

Τα χαρακτηριστικά της ήπιας κατάθλιψης (με την εξαίρεση της χρονιότητας) ταυτίζονται με αυτά της δυσθυμικής διαταραχής και για να αποφύγουμε την επανάληψη δεν τα περιγράφουμε εδώ.

Σε τι διαφέρει η ήπια κατάθλιψη από τη μείζονα κατάθλιψη;

1. Το καταθλιπτικό συναίσθημα είναι πιο *ήπιο*.
2. Συχνά υπάρχουν «*νευρωσικά*» συμπτώματα στη συμπτωματολογία.
3. Ο *κίνδυνος αυτοκαταστροφής* είναι πολύ μικρότερος ή δεν υπάρχει καθόλου.
4. Συνήθως, παράλληλα με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση υπάρχει *ετερομομφή*. Ο ασθενής τα βάζει με τους άλλους για την κατάστασή του.
5. Η *αϋπνία* είναι τύπου επελεύσεως, δηλαδή ο ασθενής δυσκολεύεται να αποκοιμηθεί, σε αντιδιαστολή προς τον καταθλιπτικό με μείζονα κατάθλιψη που έχει αϋπνία «*πρώιμης αφύπνισης*». Μερικοί άρρωστοι, αντιθέτως, μπορεί να έχουν υπερυπνία.
6. Δεν υπάρχει συνήθως απώλεια βάρους.
7. Δεν υπάρχουν συνήθως διαταραχές στη σεξουαλική επιθυμία.
8. Υπάρχει ημερήσια διακύμανση της κατάθλιψης. *Ο ασθενής αισθάνεται χειρότερα κατά τις απογευματινές ώρες, σε αντιδιαστολή προς τον πάσχοντα από μείζονα κατάθλιψη που αισθάνεται χειρότερα το πρωί.*
9. Δεν υπάρχουν ποτέ «*παραγωγικά*» συμπτώματα (δηλαδή ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες).

10. Η εμφάνιση και η συμπεριφορά του ασθενούς συχνά δε θυμίζουν καταθλιπτικό ασθενή, δεν έχει δηλαδή βραδύτητα στις κινήσεις, λυπημένη έκφραση, παραμελημένη εμφάνιση κ.λπ.
11. Το κύριο και πιο αποφασιστικής σημασίας διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο των δύο διαταραχών είναι ότι, *ενώ η ήπια κατάθλιψη έχει συνεχή πορεία στο χρόνο, η μείζων κατάθλιψη έχει φυσική πορεία.*

3. Δυσθυμική διαταραχή

Όταν η ήπια ή ελάσσων κατάθλιψη χρονίσει για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των *δύο ετών*, μεταπίπτει στη δυσθυμική διαταραχή (δυσθυμία).

Η προσωπικότητα των ασθενών που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη είναι συνήθως σταθερή, υγιής, συναισθηματικά λειτουργική. Αντίθετα, η προσωπικότητα αυτών που νοσούν από ήπια κατάθλιψη είναι συνήθως δυσλειτουργική και ανεπαρκής. Σε αυτήν ακριβώς την ανεπαρκή προσωπικότητα επιστρέφει ο ασθενής μετά την αποδρομή της νόσου.

Άλλοι τύποι κατάθλιψης.

- Αγχώδης Κατάθλιψη → ύπαρξη έντονου άγχους.
- Κατάθλιψη με ψυχοκινητική επιβράδυνση → ψυχοκινητική βραδύτητα – εμβροντησία.
- Καταθλιπτική εμβροντησία → Αναστολή ψυχοκινητικής δραστηριότητας + αλαλία.
- Ενδογενής Κατάθλιψη.
- Αντιδραστική Κατάθλιψη.
- Ψυχωσική Κατάθλιψη (Παραληρητική).
- Νευρωσική Κατάθλιψη → σύγχυση, ψευδαισθήσεις, διαταραχές σκέψης.
- Βραχεία διαλείπουσα κατάθλιψη → φάσεις κατάθλιψης βραχείας διάρκειας (2-7 ημερών).
- Άτυπη κατάθλιψη.
- Μελαγχολία.
- Πρωτογενής και δευτερογενής κατάθλιψη.
- Εποχιακή κατάθλιψη.
- Υποστροφική (ενελικτική) κατάθλιψη.
- Γεροντική κατάθλιψη.
- Λανθάνουσα κατάθλιψη.

Διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης

Η διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης πρέπει να γίνει από μια μεγάλη ποικιλία ψυχικών διαταραχών :

- Θλίψη
- Πένθος
- Αγχώδεις διαταραχές

- Σχιζοφρένεια
- Ανοϊκές καταστάσεις
- Κατάθλιψη συναρτημένη με αλκοολισμό
- Διπολική διαταραχή
- Διαταραχές προσωπικότητας
- Ψυχοπαθολογικές καταστάσεις → πανικός, stress, ανορεξία, βουλιμία, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, σωματόμορφες διαταραχές¹⁵.

Θεραπεία

Γιατί πρέπει να θεραπεύεται η κατάθλιψη;

Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι μπορούν να καταφέρουν μόνοι τους να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη από την οποία πάσχουν. Αυτό είναι αλήθεια ότι μπορεί να συμβεί. Διάφορες εργασίες έχουν δείξει ότι ένα επεισόδιο σοβαρής κατάθλιψης μπορεί να περάσει μόνο του μέσα σε 12 μήνες. Ωστόσο, μπορεί κανείς να γνωρίζει τα εξής :

- 1) Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να φέρει σημαντική βελτίωση από τον πρώτο μήνα.
- 2) Η θεραπεία νωρίς μπορεί να προλάβει την κατάθλιψη από το να γίνει σοβαρή ή χρόνια.
- 3) Ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι μεγαλύτερος στους ανθρώπους που δεν παίρνουν θεραπεία. Με τη θεραπεία οι ιδέες αυτοκτονίας εξαφανίζονται γρήγορα.
- 4) Η θεραπεία μπορεί να προλάβει νέα επεισόδια κατάθλιψης. Χωρίς θεραπεία, η πιθανότητα να πάθει κανείς δεύτερο επεισόδιο κατάθλιψης είναι 50% εάν ήδη έχει ένα επεισόδιο στο ιστορικό του. Εάν ήδη έχει πάθει δύο επεισόδια, η πιθανότητα να πάθει και τρίτο είναι ακόμη μεγαλύτερη, ενώ από τα τρία επεισόδια και επάνω η πιθανότητα ξεπερνάει το 90%. Με τη θεραπεία η εικόνα αυτή αλλάζει δραματικά.

Η θεραπεία της κατάθλιψης συνήθως περιλαμβάνει δύο στάδια :

- 1) Θεραπεία του οξέος σταδίου.
- 2) Συντήρηση του αποτελέσματος που επιτεύχθηκε στο στάδιο (1).

Ποια φάρμακα χρησιμοποιούνται στην κατάθλιψη;

Υπάρχουν πολλά είδη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Ο μηχανισμός με τον οποίο λειτουργούν διαφέρει από φάρμακο σε φάρμακο, αλλά σε γενικές γραμμές τα αντικαταθλιπτικά επαναφέρουν την ισορροπία των νευρομεταβιβαστών στον εγκέφαλο. Τα περισσότερα φάρμακα ενεργούν είτε

στη νοραδρεναλίνη, είτε στη σεροτονίνη, είτε και στα δύο αυτά συστήματα νευρομεταβιβαστών.

Είναι δουλειά του γιατρού να επιλέξει το φάρμακο που πιστεύει ότι είναι καλύτερο για κάθε ατομική περίπτωση. Παρ' όλα αυτά, μερικές φορές κάποιο φάρμακο δεν έχει αποτέλεσμα και χρειάζεται να γίνει αλλαγή με κάποιο άλλο. Παρ' ότι η αντικαταθλιπτική θεραπεία είναι εξαιρετικά αποτελεσματική, δεν μπορούμε από πριν να είμαστε σίγουροι ότι ένα φάρμακο θα λειτουργήσει σε ένα συγκεκριμένο ασθενή ή αν θα χρειαστεί και η δοκιμή κάποιου άλλου.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ανάλογα με το χημικό τους τύπο και τον μηχανισμό δόσης τους, χωρίζονται στις εξής κύριες κατηγορίες :

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

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

Πόσο γρήγορα λειτουργούν τα φάρμακα;

Όλα τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρειάζονται περίπου 3-4 εβδομάδες για να λειτουργήσουν. Αυτό σημαίνει ότι για να έχει κανείς αποτέλεσμα πρέπει να τα πάρει τουλάχιστον για ένα μήνα. Τα φάρμακα, λοιπόν, δε συνιστώνται για περιστασιακή χρήση αλλά μόνο στα πλαίσια μιας οργανωμένης θεραπείας¹¹.

Η αποτελεσματικότητα της συνδυασμένης θεραπείας και της φαρμακοθεραπείας για καταθλιπτικούς ασθενείς με ή χωρίς διαταραχές προσωπικότητας.

Γενικά, οι καταθλιπτικοί ασθενείς με παθολογία προσωπικότητας (personality pathology) -διαταραχές του Άξονα II- ανταποκρίνονται λιγότερο καλά ή λιγότερο γρήγορα στα ποικίλα είδη μεμονωμένης θεραπείας που υπάρχουν, τη φαρμακοθεραπεία, την ψυχοθεραπεία ή το συνδυασμό και των δύο. Το άρθρο αυτό παρουσιάζει τα αποτελέσματα μιας εξάμηνης, τυχαιοποιημένης (randomized) κλινικής μελέτης αντικαταθλιπτικών και συνδυασμένης θεραπείας σε περιπατητικούς (ambulatory) ασθενείς με τουλάχιστον 14 στην

αποτελούμενη από 17 λήμματα Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D-17 «Κλίμακα Εκτίμησης Κατάθλιψης Hamilton»). Η παρουσία ή η απουσία παθολογίας του Άξονα ΙΙ διαπιστώθηκε με βάση μια εκδοχή αυτοαναφοράς της International Personality Disorder Examination (Διεθνούς Εξέτασης Διαταραχών Προσωπικότητας). Το πρωτόκολλο αντικαταθλιπτικών της μελέτης προέβλεπε τρία διαδοχικά βήματα σε περίπτωση δυσανεξίας (intolerance) ή αναποτελεσματικότητας : φλουοξετίνη, αμιτριπτυλίνη και μοκλοβεμίδη. Επιπρόσθετα, στη φαρμακοθεραπεία, η αγωγή συνδυασμένης θεραπείας περιλάμβανε 16 συνεδρίες Short Psychodynamic Supportive Psychotherapy (Βραχείας Ψυχοδυναμικής Υποστηρικτικής Ψυχοθεραπείας). Η αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης θεραπείας εκτιμήθηκε με τη χρησιμοποίηση της HAM-D-17 και άλλων εργαλείων επίσης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα σε δευτερεύουσες αναλύσεις, προέκυψε ότι η συνδυασμένη θεραπεία ήταν αποτελεσματικότερη από τη φαρμακοθεραπεία για καταθλιπτικούς ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας. Η συνδυασμένη θεραπεία δεν ήταν αποτελεσματικότερη από τη φαρμακοθεραπεία μεμονωμένα για καταθλιπτικούς ασθενείς χωρίς διαταραχές προσωπικότητας. Συνιστάται οι καταθλιπτικοί ασθενείς με συννοσηρότητα (comorbidity) παθολογίας προσωπικότητας να υποβάλλονται σε συνδυασμένη θεραπεία, με επίκεντρο της ψυχοθεραπείας όχι τα συμπτώματα και τις ενοχλήσεις του ασθενούς αλλά όλες τις πλευρές των πραγματικών σχέσεων του ασθενούς, (HARV REV PSYCHIATRY 2003;11:133-141).

Αντικαταθλιπτικά, συνδυασμένη θεραπεία, συννοσηρότητα, μείζων κατάθλιψη διαταραχές προσωπικότητας, ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία, ψυχοθεραπεία, τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη, υποστηρικτική ψυχοθεραπεία¹⁹.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα επιφέρουν αλλαγές στη διάθεση δύο με τρεις εβδομάδες μετά την έναρξη της λήψης τους, αλλά μέσα σε αυτό το διάστημα επιδρούν σε άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως τα προβλήματα ύπνου. Οι αιτίες αυτής της καθυστερημένης δράσης, έχουν αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένων ερευνών. Δεν ωφελεί να λαμβάνετε τα αντικαταθλιπτικά όπως τα ηρεμιστικά, γιατί απαιτείται να φτάσουν σε κάποιο επίπεδο στο αίμα. Και από τη στιγμή που θα γίνει αυτό, θα πρέπει να λαμβάνονται τακτικά. Είναι, επίσης, σημαντικό, να λαμβάνονται σε συγκεκριμένες θεραπευτικές δόσεις, αφού οι πολύ χαμηλές δόσεις δεν επιφέρουν αποτελέσματα. Οι ψυχίατροι, γενικά, συνιστούν τη συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής για ένα τουλάχιστον εξάμηνο μετά τις πρώτες ενδείξεις βελτίωσης.

Όλα τα αντικαταθλιπτικά έχουν παρενέργειες. Μερικές φορές οι παρενέργειες αυτές φθίνουν μετά τις πρώτες εβδομάδες. Τα τρικυκλικά προκαλούν ξηροστομία και επηρεάζουν τη σεξουαλική λειτουργία και το βάρος. Τα διάφορα αντικαταθλιπτικά έχουν ελαφρώς διαφορετικές παρενέργειες¹⁶.

Ποιες Ψυχοθεραπείες βοηθούν στην Κατάθλιψη;

Κατ' αρχάς, τονίζεται ότι ο όρος ψυχοθεραπεία δεν είναι συνώνυμος με τον όρο ψυχανάλυση, όπως πολύς κόσμος νομίζει. Επίσης, σε αντίθεση με ό,τι πιστεύεται γενικά, η ψυχανάλυση δε θεωρείται αποτελεσματική για τα περισσότερα ψυχιατρικά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης. Πρόκειται για μια εναισθητική θεωρία που θεμελίωσε ο Freud στις αρχές του 20ου αιώνα, η οποία παρουσιάζει ενδιαφέρον φιλοσοφικό και ιστορικό, αλλά η οποία δεν μπόρεσε να έρθει σε συμφωνία με τα αποτελέσματα των επιστημονικών μελετών που πραγματοποιήθηκαν μέσα στον 20ο αιώνα. Για τους λόγους αυτούς, η Ψυχιατρική τείνει να τη χρησιμοποιεί όλο και λιγότερο.

Αντίθετα με την ψυχανάλυση, η Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία είναι μια σχετικά μοντέρνα θεραπεία, πολύ αποδοτική και πολύ αποτελεσματική για προβλήματα άγχους – κατάθλιψης, όπως έχουν δείξει μελέτες στα πιο έγκυρα ιατρικά περιοδικά. Σήμερα, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη ψυχοθεραπεία στον κόσμο¹⁵.

Πρόγνωση

Η πρόγνωση που προσδιορίζεται από γενικούς παράγοντες έχει θετικά και αρνητικά στοιχεία.

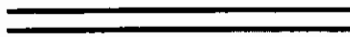
Τα θετικά στοιχεία είναι :

- Η φασικότητα.
- Η μη αποργανωτική πορεία.
- Η ικανοποιητική ανταπόκριση στα θεραπευτικά μέσα.
- Η ικανοποιητική ανταπόκριση στα προφυλακτικά μέσα (π.χ. λίθιο).

Τα αρνητικά στοιχεία είναι :

- Η προοδευτική αύξηση της συχνότητας των φάσεων (αμελητέες περιόδοι νορμοθυμίας).
- Αποργανωτική πορεία.
- Μη επαρκής ανταπόκριση του ασθενή.
- Ο κίνδυνος αυτοκαταστροφής¹⁵.

Ειδικό Μέρος



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η σχέση της εμμηνόπαυσης με την κατάθλιψη και τις ψυχικές διαταραχές

Εμμηνόπαυση και ψυχικές διαταραχές

Το τέλος της δραστηριότητας των σεξουαλικών αδένων, εκτός των ορμονικών, παρουσιάζει και ψυχολογικές αναστατώσεις οι οποίες ενισχύονται από τον ψυχολογικό αντίκτυπο του βιολογικού γεγονότος :

Η γυναίκα αισθάνεται πως θα γίνει λιγότερο γοητευτική, ότι δε θα συμμετέχει ενεργά στη σεξουαλική συνομιλία, ότι θα εγκαταλειφθεί και ότι θα γίνει γριά, άχρηστη κ.ά.

Οπωσδήποτε την εμμηνόπαυση δε θα πρέπει να τη βλέπουμε μόνο σαν σημείο υποστροφής ή γηρασμού των ωοθηκών αλλά και σαν την πιο έντονη και την εναρκτήρια εκδήλωση της υποστροφικής περιόδου και, όπως γράφει ο Bricaire «σαν μια εντόπιση ανάμεσα σε πολλές άλλες των φαινομένων του γηρασμού».

Αυτό σημαίνει πως η παρακμή των ωοθηκών δεν είναι ποτέ μόνη, αλλά είναι αδιάσπαστα συνδεδεμένη με τις άλλες συμπαρομαρτούσες ενδοκρινικές εξελίξεις, καθώς και με τη γενικότερη υποστροφή του οργανισμού επάνω στη βάση, πάντοτε, της συγκεκριμένης ιδιοσυγκρασίας της γυναίκας.

Την εμμηνόπαυση καλό θα είναι να την εννοούμε σε τρία στάδια : στο προ, στο κατά και στο μετά την εμμηνόπαυση. Και τούτο, γιατί κάθε στάδιο παρουσιάζει ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τόσο ενδοκρινικά όσο και σωματο-ψυχολογικά. Κατά την προεμμηνόπαυση λ.χ. διασπάται η ισορροπία μεταξύ φολλικουλίνης και προγεστερόνης, αυξάνεται η φολλικουλίνη, μειώνεται η λουτεΐνη και αυτό εκδηλώνεται κλινικά με τη διαταραχή του καταμηνίου κύκλου : τα έμμηνα έρχονται νωρίτερα ή αργότερα, άλλοτε παρατηρείται αμηνόρροια και άλλοτε αιμορραγία της μήτρας κ.λπ. Ενώ κατά την καθαυτού εμμηνόπαυση η έμμηνος ρύση σταματά τελείως.

Κατά την εμμηνόπαυση, παρατηρούνται συνήθως δύο σειρές νοσηρών φαινομένων, αφ' ενός μεν σωματική και αφ' ετέρου ψυχολογικά.

- 1) **Τα σωματικά** συνίστανται κυρίως σε νευροφυτικά (ταχυκαρδία, παλμοί στο στήθος, κεφαλαλγίες, ναυτία, εμετοί, ρευματοειδείς πόνοι, πάχυνση, αρτηριακή υπέρταση, εξάψεις θερμάνσεως στο πρόσωπο), σε

υπερθυρεοειδισμό, διαταραχές του ύπνου, εύκολη κόπωση, μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας και ανδροποιητικά σημεία: αλλοίωση της φωνής, ανάπτυξη τριχών κ.ά.

- 2) **Ψυχολογικά.** Οι ψυχολογικές διαταραχές δεν ακολουθούν πάντοτε τις αναπόφευκτες βιολογικές μεταβολές, αλλά πάντως παρατηρούνται συχνότατα. Κατά τον Tusques στα 75% των γυναικών, ενώ κατά τη γυναικολόγο Lagroua-Weil-Halle τα ψυχολογικά συμπλέγματα (κατά την εμμηνόπαυση) των Ευρωπαίων γυναικών δεν παρατηρούνται στις μαύρες της Αφρικής και στις Μουσουλμάνες. Αυτό συνηγορεί υπέρ της απόψεως εκείνων που υποστηρίζουν πως οι ψυχολογικές διαταραχές αποτελούν αντιδράσεις στο γεγονός της εμμηνοπαύσεως, αντιδράσεις τις οποίες οι γυναίκες αυτές θεωρούν και αισθάνονται σαν την αρχή του γήρατος.

Μιαν αντίδραση ψυχολογική (αλλά και ηθική και κοινωνική, ίσαμε ένα σημείο) μπορούμε να παρατηρήσουμε και στους άνδρες σε μια λίγο πιο μεγάλη ηλικία, γύρω στα 55-60 έτη, με την προσωινυμία «ανδρόπαυση» ή «κλιμακτήριο περίοδο των ανδρών», με παρόμοιες εκδηλώσεις (μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας, εύκολη κόπωση, υπερτροφία του προστάτη, αρτηριακή υπέρταση), χωρίς όμως τα αντίστοιχα προς τις γυναίκες ψυχολογικά συμπλέγματα.

Οι ψυχικές διαταραχές της εμμηνοπαύσεως, που από παλιά αποτέλεσαν αντικείμενο παρατηρήσεως πολλών συγγραφέων, κλιμακώνονται σε διαφορετικά επίπεδα: α) σε απλές διαταραχές του χαρακτήρος, β) σε νευρωσικές και γ) σε ψυχωσικές εκδηλώσεις.

Διαταραχές του χαρακτήρα. Αυτές συνίστανται σε διαταραχές του χαρακτήρα, της συμπεριφοράς, του θυμικού και της σεξουαλικότητας: ευερεθιστότητα, υπερδραστηριότητα, αυταρχικότητα, επιθετικότητα, επιθυμία σεξουαλικών συναντήσεων με εφήβους, ομοφυλοφιλία, ευσυγκινησία, ελαφρά κατάθλιψη.

Νευρωτικές διαταραχές. Είναι και αυτές πολύ συχνές, πολύμορφες και διαφόρων διαβαθμίσεων. Εκτός από τις αναφερθείσες νεύρο – φυτικές ανωμαλίες, παρατηρούνται νευροπαθητικές κρίσεις διαφόρων διαστάσεων μέχρι δραματικών, αντιδράσεις καταθλίψεως, άγχους, ψυχρότητας (αν και καμιά φορά παρατηρείται και αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας), υστεροειδείς αντιδράσεις, υποχονδριακές ενασχολήσεις, ιδεοληπτικές εκδηλώσεις, παρορμητικές τάσεις, που κατά τον Regis είναι δυνατό να φθάσουν μέχρι την κοπρολαλία, τη διψομανία, την κλοπή, ακόμα και την ανθρωποκτονία.

Εκτός αυτού, είναι δυνατό να παρατηρηθούν ζηλοτυπίες, παρανοειδείς τάσεις κ.ά. και όλα αυτά -το επαναλαμβάνουμε- επάνω στη βάση της συγκεκριμένης, της προδιατεθειμένης προσωπικότητας της γυναίκας.

Ψυχωσικές διαταραχές. Οι ψυχωσικές διαταραχές κατά την εμμηνόπαυση είναι και αυτές πολλών ειδών. Σε ειδικό κεφάλαιο αναπτύξαμε την υποστροφική μελαγχολία -την πιο συχνή ανάμεσα στις υποστροφικές ψυχωσικές διαταραχές. Αναφέρονται, όμως και άλλες παραληρητικές, οξείες και χρόνιες αντιδράσεις της εμμηνόπαυσεως (Ey και συν.), τις οποίες δεν μπορούμε να δεχθούμε χωρίς μεγάλες επιφυλάξεις.

α) Οι οξείες συνίστανται σε κρίσεις μυστικισμού, ερωτικής διεγέρσεως ή ζηλοτυπίας, που γενικά εμφανίζονται και εξελίσσονται κατά παραληρητικές ώσεις, με ένα μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό διανοητικής επισκοπίσεως, με άγχος, με ονειρισμό, με ψευδαισθήσεις, με απότομη έναρξη και ταχεία λήξη προς την ίαση, ιδίως όταν αντιμετωπισθούν με κατάλληλη θεραπευτική αγωγή: ορμόνες και ηρεμιστικά, ίσως και ηλεκτροσόκ.

β) Οι χρόνιες. Οι περιπτώσεις αυτές παρατηρούνται ή σε προδιατεθειμένα άτομα ή σαν πρόσθετα στοιχεία που επιβαρύνουν προϋπάρχουσα νοσηρή κατάσταση. Στις περιπτώσεις αυτές είναι δυνατό να εκδηλωθεί το παραλήρημα συσχετίσεως των ευαίσθητων (Beziehungswahn) του Kretschmer ή υποστροφική παράνοια του Kleist ή «εκτρωτική παράνοια» και άλλα χρόνια παραληρήματα. Η Jolivet υποστηρίζει στη διατριβή της, την ύπαρξη ψευδαισθητικών παραληρημάτων της εμμηνόπαυσεως. «Τα ταξινομούμε επικεφαλής, γράφει, επειδή οι πιο συχνές από τις συστηματοποιημένες παραληρητικές μορφές είναι οι ψευδαισθητικές.»

Αλλά θα πρέπει, όμως, να διευκρινίσουμε ότι οι διάφορες νευρωτικές ή ψυχωτικές αντιδράσεις χαρακτηρίζονται σαν νοσηρές ψυχικές αντιδράσεις της εμμηνόπαυσεως ή της υποστροφής (και γενικότερα της κλιμακτηρίου περιόδου) ανάλογα με το χρόνο εμφανίσεώς τους σε συνάρτηση με την προαναφερθείσα φάση της εμμηνόπαυσεως, εάν δηλαδή εμφανίζονται κατά ή και αμέσως ή σαφώς αργότερα μετά την εμμηνόπαυση, χωρίς καμιά ιδιαίτερη ποιοτική αντίστοιχη διάκριση¹⁷.

Με τα πρώτα συμπτώματα της εμμηνοληξίας, που είναι η κατά διαλείμματα εμφάνιση της εμμηνόροής, οι περισσότερες γυναίκες αρχίζουν να απογοητεύονται, να νομίζουν πως «γέρασαν», ενώ μερικές προχωρούν ακόμα περισσότερο και μπορεί να πέσουν και σε μελαγχολικές καταστάσεις. Επειδή, κατά κανόνα, έχουν χάσει την κομψότητά τους, παύουν να παρακολουθούν τις εκάστοτε μόδες στο ντύσιμο και μερικές φορές αισθάνονται μια κατωτερότητα μπροστά στις νέες. Αυτό συμβαίνει, γιατί δεν κατόρθωσαν να εξοικειωθούν ακόμα με την ηλικία τους, πράγμα που γίνεται συνήθως ύστερα από λίγο καιρό³.

Ψυχολογικοί και ψυχιατρικοί συντελεστές σε γυναικολογικά προβλήματα

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την ενδοκρινική δραστηριότητα των γυναικείων οργάνων. Όμως, υπάρχουν σχετικά λίγα

στοιχεία για τους πιθανούς μηχανισμούς που θα μπορούσαν να εξηγήσουν τη σύζευξη των ψυχοσωματικών ή σωματοψυχικών σχέσεων. Αυτό πηγάζει από το γεγονός ότι κάθε κλινική οντότητα επηρεάζεται συγχρόνως από πολλές παραμέτρους. Είναι αρκετά δύσκολο να συσχετιστούν και να αξιολογηθούν τα ποσοστικά αποτελέσματα από τις ορμονικές δοκιμασίες, τα κλινικά σημεία και συμπτώματα, τα αντικειμενικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά που καταγράφονται στις συνεντεύξεις ή στα δομημένα ερωτηματολόγια, καθώς και οι κοινωνικές παράμετροι όπως οι επικρατούσες αντιλήψεις και τα συστήματα των κοινωνικών και των προσωπικών αξιών¹⁵.

Τα διάφορα στάδια του κύκλου αναπαραγωγής συνοδεύονται από σημαντικές αλλαγές στον οργανισμό της γυναίκας με εμφανείς διαφοροποιήσεις στη βιολογία, τη φυσιολογία και την ψυχολογία της¹⁰.

Οποιαδήποτε αλλαγή μπορεί να προκαλέσει άγχος. Και «η αλλαγή της ζωής» μπορεί να γίνει ένας ουσιαστικός στρεσογόνος παράγοντας για κάποιες γυναίκες. Αρκετές γυναίκες αναφέρουν διακυμάνσεις στη διάθεσή τους κατά την περιεμμηνόπαυση. Φορτωμένη με αρνητικές κοινωνικές προκαταλήψεις, η εμμηνόπαυση θεωρείται από μερικές γυναίκες σαν μια αρνητική αλλαγή που ευθύνεται για την παρακμή της θηλυκής εικόνας τους. Άλλες γυναίκες από την άλλη, θρηνούν την απώλεια των αναπαραγωγικών τους ικανοτήτων. Γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης μπορεί να έγιναν πιο ευάλωτες στις διαθεσικές διακυμάνσεις της περιεμμηνόπαυσης. Κάθε γυναίκα που έχει εμπειρία των εξάψεων, γνωρίζει ότι τα σωματικά συμπτώματα μπορούν από μόνα τους να γίνουν αιτία συναισθηματικού στρες. Η αϋπνία, που οφείλεται σε νυχτερινές εξάψεις (γνωστή σαν νυχτερινός ιδρώτας), μπορεί να προκαλέσει χρόνια κόπωση. Τα καλά νέα είναι ότι οι περισσότερες γυναίκες επισημαίνουν βελτίωση της διάθεσής τους με τη λήξη της εμμηνόπαυσης¹⁸.

Εμμηνοπαυσιακή διαταραχή ή σύνδρομο υποοιστρογονικής έκκρισης

Στο διάστημα της εμμηνόπαυσης μπορεί να πρωτοπαρουσιαστούν ή να αναζωπυρωθούν ψυχικές διαταραχές ή και διαταραχές της συμπεριφοράς που θα αφορούν σε όλο το φάσμα της ψυχιατρικής σημειολογίας.

Επιδημιολογία

Κατά την υποστροφική περίοδο, περιγράφονται συχνά απλές και παροδικές ψυχικές διαταραχές, αλλά σπανιότερα σοβαρές ψυχιατρικές παθήσεις.

Γυναίκες που διακατέχονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, είχαν πενιχρές ικανοποιήσεις από τη ζωή και βίωσαν προηγούμενες ψυχολογικές δυσκολίες, είναι ιδιαίτερα ευάλωτες για την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών αυτήν την περίοδο. Επίσης, οι γυναίκες που επένδυσαν κυρίως στην ανατροφή των παιδιών, μπορεί να είναι επιρρεπείς στην «υποστροφική κατάθλιψη». Παρατηρήθηκε μειωμένη επίπτωση σε άτομα που ανήκουν στα ανώτερα και μεσαία κοινωνικο-οικονομικά στρώματα. Γενικά, όμως, οι ψυχολογικές

αντιδράσεις αυτής της περιόδου προσομοιάζουν με εκείνες που έχει ζήσει η κάθε γυναίκα σε προηγούμενες αναπτυξιακές φάσεις, όπως κατά την εφηβεία και την εγκυμοσύνη.

Η παλαιότερη αντίληψη ότι κατά την εμμηνόπαυση υπάρχει αυξημένη επικινδυνότητα ανάπτυξης μείζονος ψυχικής διαταραχής, αμφισβητείται σήμερα, χωρίς όμως οι μελέτες να είναι καταληκτικές.

Αιτιολογία. Κυρίως τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη αλλά και τα ανδρογόνα και η ωχρινοτρόπος ορμόνη, δεσμεύονται στον εγκεφαλικό ιστό και φαίνεται να έχουν άμεση σχέση με την ψυχική λειτουργία. Τα πιθανά συμπτώματα κατά την εμμηνόπαυση μπορεί να εξαρτώνται: α) από την ταχύτητα υποστροφής των ορμονών, β) από το μέγεθος της ορμονικής απόσυρσης, γ) από την ιδιοσυγκρασιακή ικανότητα της γυναίκας να αντεπεξέλθει στη γενική διαδικασία του αρχόμενου γήρατος, δ) από τον ψυχολογικό – γνωσιακό παράγοντα του τί σημαίνει γήρας για τη συγκεκριμένη γυναίκα και ε) από την υποκείμενη ψυχοπαθολογία.

Κλινική εικόνα. Στα γενικά συμπτώματα περιλαμβάνονται άγχος, ένταση, συναισθηματική αστάθεια, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, ζάλη, αϋπνία, κλάματα και αύξηση ή μείωση της σεξουαλικής διάθεσης. Τα οργανικά σημεία και συμπτώματα είναι οι εξάψεις (hot flashes), οι πονοκέφαλοι, οι μυαλγίες, οι ατροφικές αλλαγές στο δέρμα και στα επιθήλια των γεννητικών οργάνων, μερικές φορές οι επώδυνες σεξουαλικές επαφές και τα συμπτώματα από συχνές ουρολοιμώξεις.

Στις ειδικές εικόνες συνδρόμων, όπως κατάθλιψη, ψύχωση ή άλλες ψυχικές διαταραχές, περιλαμβάνονται και τα ιδιαίτερα στοιχεία της αντίστοιχης ψυχιατρικής πάθησης, όπως αυτά περιγράφονται στα επιμέρους κεφάλαια.

Θεραπεία. Οι απλές ψυχικές διαταραχές μπορούν να αντιμετωπιστούν με ψυχο-κοινωνικές τεχνικές. Η γυναίκα θα πρέπει να ενισχυθεί στην ολοκλήρωση της γνωσιακής επεξεργασίας της νέας φάσης της ζωής της. Η ψυχοθεραπεία αποσκοπεί στην ενδυνάμωση ψυχολογικών μηχανισμών, στην ανάπτυξη νέων δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων, καθώς και στην αξιοποίηση των οικογενειακών δυναμικών. Ειδικές ψυχιατρικές εικόνες αντιμετωπίζονται όπως περιγράφεται στα οικεία κεφάλαια¹⁵.

Η μετάβαση προς την εμμηνόπαυση και οι ψυχικές διαταραχές

Η άποψη ότι η εμμηνόπαυση έχει επιβλαβή επίδραση στη διανοητική υγεία, δεν υποστηρίζεται από την ψυχιατρική βιβλιογραφία ή από έρευνες στον πληθυσμό. Η γενική έννοια μιας συγκεκριμένης ψυχιατρικής διαταραχής (involutional melancholia) έχει εγκαταλειφθεί. Στην πραγματικότητα, η κατάθλιψη είναι λιγότερο κοινή μεταξύ των γυναικών που βρίσκονται στη μέση ηλικία και η εμμηνόπαυση δεν μπορεί να συνδεθεί με τέτοιου είδους ψυχολογική πίεση. Η πολύχρονη μελέτη των προεμμηνόπαυσιακών γυναικών

δείχνει ότι η υστερεκτομή με ή χωρίς ωοθηλακεκτομή δε σχετίζεται με κάποιο αρνητικό ψυχολογικό αντίκτυπο στις γυναίκες της μέσης ηλικίας. Καθετοποιημένα δεδομένα από το «Κέντρο Ερευνών Γυναικείας Υγείας της Μασαχουσέτης» υποστηρίζουν ότι η εμμηνόπαυση δε συνδέεται με αύξηση του κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης. Παρ' όλο που οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να παρουσιάζουν κατάθλιψη από τους άνδρες, αυτή η διαφορά στα δύο φύλα αρχίζει στα πρώτα χρόνια της εφηβείας και όχι στην εμμηνόπαυση.

Το "U.S. National Health Examination" έκανε την ακόλουθη μελέτη, που περιλαμβάνει διαμήκεις και διατομικές αξιολογήσεις ενός εθνικά αντιπροσωπευτικού δείγματος γυναικών. Αυτή η μελέτη δε βρήκε κανένα στοιχείο που να συνδέει είτε τη φυσική είτε τη χειρουργική εμμηνόπαυση με την εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών. Στην πραγματικότητα, η μόνη διαμήκης αλλαγή ήταν μια μικρή διακύμανση στην επικράτηση της κατάθλιψης, καθώς οι γυναίκες μετέβαιναν προς την εμμηνόπαυση. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας ήταν τα ίδια και στις γυναίκες που χρησιμοποιούσαν οιστρογόνα αλλά και στις γυναίκες που δε χρησιμοποιούσαν.

Η αρνητική προδιάθεση για τη διανοητική υγεία κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης δεν είναι δικαιολογημένη. Πολλά από τα προβλήματα που αναφέρονται στην εμμηνόπαυση οφείλονται στις περιβαλλοντολογικές αλλαγές της ζωής. Συνεπώς, υπάρχουν προβλήματα που αντιμετωπίζονται μετεμμηνόπαυσιακά και απαντώνται συχνά, αλλά η αιτιώδης σχέση τους με τα οιστρογόνα δεν έχει αποδειχθεί. Αυτά τα προβλήματα μπορεί να είναι η κούραση, η νευρικότητα, οι πονοκέφαλοι, η αϋπνία, η κατάθλιψη, η οξυθυμία, ο πόνος στις αρθρώσεις και τους μύς, ο ίλιγγος και οι ταχυκαρδίες. Σε αυτό το στάδιο της ζωής τους, άνδρες και γυναίκες εκφράζουν πάρα πολλά παράπονα που όμως δεν υποδεικνύουν φυλετικές διαφορές που θα μπορούσαν να εξηγηθούν από ορμονικά αίτια.

Οι προσπάθειες να μελετηθούν τα αποτελέσματα των οιστρογόνων σε αυτά τα προβλήματα έχουν παρακωλυθεί από την υποκειμενικότητα των μαρτυριών (υψηλή ανταπόκριση σε φάρμακα placebo) και το φαινόμενο του ντόμινο που μειώνει τις εξάψεις και αλλοιώνει τη συχνότητα των συμπτωμάτων. Χρησιμοποιώντας ένα double blind, διασταυρωμένο σύστημα μελέτης, οι Campbell και Whitehead αρκετά χρόνια πριν κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι πολλές από τις βελτιώσεις στα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης που αποδόθηκαν στη θεραπεία με οιστρογόνα, ήταν τελικά αποτέλεσμα της ανακούφισης από τις εξάψεις (hot flashes) -το φαινόμενο του ντόμινο.

Μια μελέτη σε 2001 γυναίκες ηλικίας 45-55 ετών επικεντρώθηκε στην αξιοποίηση του συστήματος υγείας από τις γυναίκες που βρίσκονται στην περιεμμηνόπαυση. Τα άτομα από αυτή τη μελέτη που αξιοποιούν την υγειονομική περίθαλψη ήταν από πριν συχνοί επισκέπτες του συστήματος υγείας, είναι λιγότερο υγιείς και έχουν περισσότερα ψυχοσωματικά συμπτώματα. Αυτές οι γυναίκες είναι πιθανότερο να έχουν μια προηγούμενη και σημαντική, δυσμενή ιστορία με την υγεία τους, όπως και ιστορικό με

προεμμηνορροϊκές ενοχλήσεις. Αυτή η μελέτη υπογραμμίζει ότι οι περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που επιζητούν ιατρική βοήθεια είναι διαφορετικές από εκείνες που τη ζητούν και εναποθέτουν την ελπίδα τους ότι θα λυθούν όλα τους τα προβλήματα στη θεραπεία με ορμόνες. Αυτός ο πληθυσμός επισκέπτεται συχνά τους νοσοκομειακούς ιατρούς και δυστυχώς βοηθάει στην παραγωγή παραπλανητικών απόψεων σχετικά με την εμμηνόπαυση. Βέβαια, πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεχτικοί και να μη χρεώνουμε σε ολόκληρο το γυναικείο πληθυσμό αυτή τη συμπεριφορά που ανήκει σε μια μικρή ομάδα γυναικών. Ακόμα πιο σημαντικό είναι ότι συχνά περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που καταφεύγουν στους γιατρούς, καταλήγουν να κάνουν θεραπεία με οιστρογόνα χωρίς να χρειάζεται. Δεν πρέπει να παραβλέπουμε το γεγονός ότι η ποιότητα ζωής μιας γυναίκας επηρεάζεται αρνητικά από τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και η θεραπεία με οιστρογόνα (Θ.Ο.Υ.) παρέχει εντυπωσιακή βελτίωση.

Η συναισθηματική σταθερότητα κατά τη διάρκεια της περιεμμηνόπαυσης μπορεί να αναστατωθεί από την κακή ποιότητα του ύπνου. Οι εξάψεις έχουν πολύ δυσμενή επίδραση στον ύπνο. Η θεραπεία με οιστρογόνα (Θ.Ο.Υ.) βελτιώνει την ποιότητα του ύπνου, μειώνοντας τον ελαφρύ ύπνο και αυξάνοντας την περίοδο R.E.M. (rapid eye movement). Πιθανόν οι εξάψεις να μην είναι πάντα ικανές να διακόψουν τον ύπνο μιας γυναίκας, αλλά σίγουρα έχουν επιπτώσεις στην ποιότητά του και με αυτόν τον τρόπο περιορίζουν την ικανότητα της γυναίκας να αντεπεξέλθει στα προβλήματα και την πίεση της επόμενης ημέρας.

Συμπερασματικά, λοιπόν, το ζητούμενο της ποιότητας ζωής των γυναικών μπορεί να επιτευχθεί με καλύτερο ύπνο και απαλλαγή από τις εξάψεις. Παρ' όλα αυτά, είναι ακόμα αβέβαιο αν η θεραπεία με οιστρογόνα έχει επιπλέον άμεσο αντικαταθλιπτικό αποτέλεσμα ή αν η αλλαγή διάθεσης είναι έμμεσο όφελος της ανακούφισης από τα φυσικά συμπτώματα και συνεπώς βελτίωσης του ύπνου. Σε μια ενδεχόμενη μελέτη του Rancho Bernardo σε κοινότητα συνταξιούχων, κανένα όφελος δεν ανιχνεύθηκε στα μέτρα κατά της κατάθλιψης σε τρέχοντες χρήστες του μετεμμηνοπαυσιακού οιστρογόνου από ότι σε γυναίκες που δε λαμβάνουν θεραπεία. Πραγματικά, οι γυναίκες που λάμβαναν θεραπεία οιστρογονικής υποκατάστασης είχαν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης, πιθανώς απεικονίζοντας την επιρροή της επιλεγμένης θεραπείας. Οι γυναίκες με έντονα φυσικά συμπτώματα και κατάθλιψη επιζητούν τη θεραπεία με ορμόνες. Έχει καταγραφεί ότι η θεραπεία με ορμόνες έχει πολύ έντονη επίδραση στην καλή κατάσταση της γυναίκας εκτός από την απαλλαγή από τα φυσικά συμπτώματα, όπως π.χ. οι εξάψεις. Σε ηλικιωμένες γυναίκες που πάσχουν από κατάθλιψη, η βελτίωση μετά από χορήγηση fluxotine ήρθε μετά από την προσθήκη θεραπείας με οιστρογόνα⁷.

Ήπιες διαταραχές της διάθεσής κατά την εμμηνόπαυση και η αντιμετώπισή τους

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η ποιότητα και η βαρύτητα των ψυχολογικών διαταραχών, που συνήθως συνοδεύουν την εμμηνόπαυση, καθώς και ο τρόπος αντιμετώπισής τους.

Υλικό και Μέθοδοι

Μελετήθηκαν, αφού συγκατατέθηκαν εγγράφως, 63 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ηλικίας 47-61 ετών, που πληρούσαν τα κριτήρια μικτής διαταραχής της προσαρμογής για άγχος και κατάθλιψη κατά DSM-IV. Οι γυναίκες χωρίστηκαν τυχαιοποιημένα σε τρεις παρόμοιες ηλικιακά και κοινωνικά ομάδες, έλαβαν δε με διπλή – τυφλή μέθοδο αμιτριπτυλίνη (75 mg/ ημ.), τιβολόνη (2,5 mg/ ημ.) και placebo, ενώ παράλληλα όλες υποστηρίζονταν ψυχοθεραπευτικά. Η ψυχιατρική έγινε με τις κλίμακες HAM-A και HAM-D, ενώ από τη μελέτη αποκλείστηκαν γυναίκες με καρδιακή, νεφρική ή ηπατική δυσλειτουργία, όσες είχαν υποστεί οποιαδήποτε γυναικολογική επέμβαση κατά το παρελθόν ή είχαν παθολογικό τραχηλικό επίχρισμα ή κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα που αποτελούσαν αντένδειξη για τη χρήση των συγκεκριμένων φαρμάκων.

Αποτελέσματα

14 γυναίκες δεν ολοκλήρωσαν τη μελέτη (6 της ομάδος αμιτριπτυλίνης, 4 της ομάδος τιβολόνης, 2 της ομάδος placebo, ενώ 2 πληρούσαν κριτήρια μείζονος κατάθλιψης). Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε στατιστικά σημαντική υπεροχή της τιβολόνης έναντι της αμιτριπτυλίνης ($p < 0,05$), καθώς και έναντι του placebo ($p < 0,001$), ενώ δε διαπιστώθηκε διαφορά μεταξύ αμιτριπτυλίνης και placebo.

Συμπεράσματα

Η τιβολόνη ασκεί ευεργετική επίδραση στην ήπια καταθλιπτική συμπτωματολογία της εμμηνόπαυσης, που πιθανόν να οφείλεται στην αύξηση επιπέδου ενδοφρινών που αυτή προκαλεί. Εάν θεωρηθεί σκόπιμη από τον γυναικολόγο η θεραπεία υποκατάστασης με γοναδομοιμητικά, η χορήγηση ψυχοφαρμάκων για τις ήπιες διαταραχές της διάθεσης κατά την εμμηνόπαυση θεωρείται περιττή και δυνητικά, λόγω των παρενεργειών που τη συνοδεύουν, επικίνδυνη¹⁹.

Η χρησιμότητα της κλίμακας των Blatt-Kupperman στη διάγνωση της κατάθλιψης στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες

Οι διαταραχές στη διάθεση είναι δύο φορές πιο υψηλές στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Τα υψηλά αυτά ποσοστά στις γυναίκες μπορεί να σχετίζονται με μια γενετική προδιάθεση, με μια αυξανόμενη ευαισθησία, μια παρατεταμένη έκθεση στα γεγονότα μιας γεμάτης άγχος ζωής, με ένα

κυμαινόμενο γεννητικό ορμονικό επίπεδο ή συνδυασμός των παραπάνω παραγόντων. Οι διαφορές στα δύο φύλα υπάρχουν από την περίοδο της εφηβείας. Η επικράτηση των γυναικών έναντι των ανδρών στις ηλικίες 15-24 έχει εκφραστεί με τα ακόλουθα ποσοστά 20,6% vs 10,5%. Μια παραλλαγή στις νευροενδοκρινικές μεταβολές έχει σχέση με τα παραπάνω ποσοστά. Η προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή, η κατάθλιψη μετά τον τοκετό και οι διαταραχές της διάθεσης που σχετίζονται με την εμμηνόπαυση, μπορούν όλες να συσχετιστούν με την ορμόνη που ρυθμίζει τις αλλαγές στη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών. Υπάρχουν διάφοροι μη-ενδοκρινείς παράγοντες κινδύνου για τα καταθλιπτικά σύνδρομα που περιγράφονται όπως το σύνδρομο της «άδειας οικογενειακής εστίας», το καθημερινό άγχος, τα προβλήματα υγείας ή η απώλεια κάποιου φιλικού προσώπου ή κάποιου μέλους της οικογένειας. Οι παράγοντες κινδύνου εμφανίζονται συχνά κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης. Την περίοδο αυτή τα συμπτώματα που συνδέονται με την εμμηνόπαυση, όπως π.χ. οι εξάψεις, έχουν επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής μιας γυναίκας. Η αξιολόγηση της δριμύτητας των συμπτωμάτων που είναι συνυφασμένα με την εμμηνόπαυση μπορεί να γίνει με την κλίμακα Blatt-Kupperman, που περιλαμβάνει και τα σωματικά και τα φυσιολογικά συμπτώματα.

Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να καθορίσει αν υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ της δριμύτητας των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης που αξιολογούνται από την κλίμακα Blatt-Kupperman και της θέσης της κατάθλιψης στις μεταμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Αποτελέσματα Blatt-Kupperman	Κατάθλιψη σε γυναίκες χωρίς ιστορικό Θ.Ο.Υ.	Κατάθλιψη σε γυναίκες με ιστορικό Θ.Ο.Υ.
0 κανένα σύμπτωμα	0	0
1-14 ελάχιστα συμπτώματα	8,9	9,6
15-20 ήπια συμπτώματα	10,6	10,7
21-25 μέτρια συμπτώματα	46,5	36,3
πάνω από 35 έντονα συμπτώματα	53,5	51,4

675 ασθενείς
34-85 ετών
Μ.Ο. 53,7
Μ.Ο. εμμηνόπαυσης 44 έτη
Χρόνος από την εμμηνόπαυση 9,7

Συμπεράσματα

Διάγνωση κατάθλιψης έγινε σχεδόν στο ένα τέταρτο των εμμηνοπαυσιακών γυναικών, αυτό το ποσοστό είναι διπλάσιο από αυτό που αναφέρθηκε για τις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Η σχέση μεταξύ της εμφάνισης της κατάθλιψης και της δριμύτητας των συμπτωμάτων καταδείχθηκε σαφώς σε αυτήν τη μελέτη. Περισσότερες από τις μισές γυναίκες που βρίσκονται στην

εμμηνόπαυση και έχουν έντονα κλιμακτηριακά συμπτώματα παρουσίασαν κατάθλιψη. Αυτό αποδείχθηκε στατιστικά και ήταν ανεξάρτητο από προηγούμενο ιστορικό ορμονικής θεραπείας. Η κλίμακα Blatt-Kupperman αξιολογεί και τα σωματικά αλλά και τα φυσιολογικά συμπτώματα. Μέσα από αυτήν τη μελέτη προτείνουμε την εφαρμογή ενός διαγνωστικού οργάνου κατάθλιψης σε όλες τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με έντονα κλιμακτηριακά συμπτώματα. Αυτό θα βοηθήσει να εντοπίσουμε αντικειμενικά μια ελλοχεύουσα καταθλιπτική περίπτωση και με αυτόν τον τρόπο να βελτιώσουμε τις θεραπευτικές μεθόδους μας²⁰.

Κατάθλιψη και λιποπρωτεϊνικά λιπίδια στις υγιείς, μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Αποτελέσματα μετριάσμου στη θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (Θ.Ο.Υ.)

Τα χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης που εμφανίζονται αφορούν την αύξηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης στις μελέτες που πραγματοποιούνται κυρίως σε άνδρες. Η κατάθλιψη είναι περισσότερο κοινή μεταξύ των γυναικών και μπορεί να αυξηθεί κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης. Η κατάθλιψη μπορεί να αντιμετωπιστεί με θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (Θ.Ο.Υ.). Σε αυτήν την έρευνα εξετάσαμε την πιθανή αμφίδρομη σχέση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της Θ.Ο.Υ. με τα λιποπρωτεϊνικά λιπίδια μεταξύ των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών.

Μέθοδοι Έρευνας

Εβδομήντα υγιείς μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (ηλικίας 50-70 ετών, το 36% λαμβάνουν Θ.Ο.Υ.) συμμετείχαν στο "center for epidemiological studies Depression scale" και παρέιχαν νήστις, δύο δείγματα αίματος για την αξιολόγηση των λιπιδίων λιποπρωτεϊνών.

Αποτελέσματα Έρευνας

Μετά από στατιστική προσαρμογή για την ηλικία, τη μάζα του σώματος (BMI), την κατάσταση της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης και τα καταθλιπτικά συμπτώματα, η αλληλεπίδραση της κατάθλιψης και η Θ.Ο.Υ. δικαιολόγησε τη διαφορά της τάξης του 16% στα συνολικά επίπεδα χοληστερόλης ($P < 0.01$). Σημαντικότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων συνδέθηκαν με τα χαμηλότερα επίπεδα χοληστερόλης μόνο μεταξύ των γυναικών που δε λάμβαναν Θ.Ο.Υ.

Συμπεράσματα Έρευνας

Τα παραπάνω αποτελέσματα μας επιτρέπουν να συμπεράνουμε ότι η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης μπορεί να μετριάσει τη σχέση μεταξύ των φυσικών χαμηλών επιπέδων χοληστερίνης και των αυξανόμενων συμπτωμάτων στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες²¹.

Ο ρόλος της εμμηνόπαυσης στην κατάθλιψη και τη θεραπεία της

Η διάσταση απόψεων για την ύπαρξη της «ενελικτικής μελαγχολίας» μετράει μερικούς αιώνες. Υπάρχουν στοιχεία που μαρτυρούν αύξηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης στη διάρκεια της περιεμμηνόπαυσης. Περίπου το 30% των γυναικών αυτής της ηλικίας βιώνουν συμπτώματα που συνδέονται με μείζων κατάθλιψη ή πρωτογενείς αγχώδεις διαταραχές. Σε μια άλλη μελέτη ο συσχετισμός ανάμεσα στα σωματικά συμπτώματα και τις διαθεσικές δυσλειτουργίες, έδειξε τη διπλάσια συχνότητα συμπτωμάτων σε γυναίκες με τεχνητή/ χειρουργική εμμηνόπαυση συγκριτικά με τις άλλες εμμηνόπαυσιακές ομάδες.

Το Massachusetts Women' s Health Study αποκάλυψε την αυξημένη πιθανότητα κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της περιεμμηνόπαυσης και το US National Comorbidity Survey την αύξηση στην αναλογία γυναικών ανδρών υπέρ των γυναικών για την ύπαρξη μείζονος κατάθλιψης στις ηλικίες από 45-55.

Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης στην περιεμμηνόπαυση εσωκλείουν : ιστορικό PPD, ιστορικό κατάθλιψης, ιστορικό PMDD, μεγάλη διάρκεια περιεμμηνόπαυσης (>27 μήνες), τεχνητή εμμηνόπαυση και δυσλειτουργία του θυρεοειδούς.

Τα προβλήματα που προκύπτουν στο να αποσαφηνιστεί η σχέση της εμμηνόπαυσης με την κατάθλιψη έχουν τη βάση τους στην απουσία ικανοποιητικών και σταθερών διαγνωστικών οργάνων, τις διακυμάνσεις στην ηλικία των υποκειμένων και στον ορισμό της εμμηνόπαυσης και τέλος, στην υποκειμενικότητα των ψυχοκοινωνικών και βιολογικών παραγόντων ανάμεσα στις γυναίκες. Μια προσεχτική παρατήρηση της συμπτωματολογίας και της ενδοκρινολογικής κατάθεσης μπορεί παρ' όλα τα παραπάνω να βοηθήσει στη διάγνωση και τη θεραπεία. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη αν η εμμηνόπαυση είναι φυσική ή τεχνητή, ο ρόλος της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης (HRT), η φύση και η ένταση των συμπτωμάτων. Είναι, επίσης, ζωτικής σημασίας να καθοριστεί αν ο ασθενής έχει ιστορικό κατάθλιψης και υποτροπιάζει ξανά ή υποφέρει από κατάθλιψη που έχει σχέση με την εμμηνόπαυση.

Η θεραπεία με οιστρογόνα μπορεί να προσφέρει ανακούφιση, μικρή σταδιακή εξέλιξη και κάποια διαθεσικά συμπτώματα. Σε μια έρευνα με χορήγηση placebo RCT σε περιεμμηνόπαυσιακές γυναίκες με μικρή ή μείζων κατάθλιψη, τα διαδερτικά οιστρογόνα ήταν ενδεικτικά πολύ πιο αποτελεσματικά από τα placebo. Παρ' όλα αυτά, αρκετά υποκείμενα είχαν κρίση μανίας παράλληλα με τη θεραπεία οιστρογόνων. Ο συσχετισμός αυτός μπορεί να υποδεικνύει πως τα οιστρογόνα αποσταθεροποιούν τους ευάλωτους ασθενείς. Σε μια προκαταρκτική έρευνα, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, συνδυασμένη με

ακτινοβολία, θεραπείασε αποτελεσματικά την κατάθλιψη που προέρχεται από περιμηνόπαυση.

Οι περισσότερες μελέτες με εμπλουτισμένα οιστρογόνα περιείχαν TCA, παρ' όλο που τρεις μελέτες πειραματίστηκαν σε εμπλουτισμένα οιστρογόνα με fluoxetine ή sertraline, αποκομίζοντας αντικρουόμενα συμπεράσματα. Η θεραπεία για τις γυναίκες που υποφέρουν και επηρεάζονται από τις αλλαγές της εμμηνόπαυσης είναι συγκρίσιμη με αυτή του MDD:SSRI. Μπορεί να βοηθήσει τις γυναίκες στο Θ.Ο.Υ. και κάποιες διαπιστώσεις προτείνουν ότι το TCA είναι πιο ελεγχόμενο και αποτελεσματικό από τη θεραπεία μόνο με SSRJ. Περαιτέρω έρευνα πάνω σε αυτό το αντικείμενο είναι απαραίτητη.

Recommendations for the Treatment of Postmenopausal Depression	
First-line treatments	<ul style="list-style-type: none">• Standard pharmacology of psychological treatments (in the absence of specific trials in this population).
Second-line treatments	<ul style="list-style-type: none">• Estrogen supplementation alone or estrogen augmentation of an antidepressant (Level 2 evidence).

Διαταραχές πανικού κατά την εμμηνόπαυση

Διάφορες έρευνες επισημαίνουν τι σχέση μπορεί να έχει η πορεία μιας διαταραχής πανικού με τα διαφορετικά στάδια του γυναικείου αναπαραγωγικού κύκλου. Εμμηναρχή, εγκυμοσύνη, τοκετός, εμμηνόπαυση. Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να αξιολογηθεί η διαταραχή πανικού στο κλιμακτήριο στάδιο και να επιλεγθούν οι πιθανοί συσχετισμοί μεταξύ των συμπτωμάτων της διαταραχής πανικού και των κλινικών και δημογραφικών μεταβλητών, προκειμένου να προσδιοριστούν οι πιθανοί παράγοντες κινδύνου.

Συμπεράσματα της έρευνας

Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας, η διαταραχή πανικού (PD) εμφανίζεται να επικρατεί στην εμμηνόπαυση ειδικά αν συγκριθεί με την κατάθλιψη, η οποία μέχρι σήμερα έχει λάβει πολύ περισσότερη προσοχή. Η PD εμφανίζεται να προκύπτει και να επιδεινώνεται σε σχέση με την αρχή της εμμηνόπαυσης. Ο κίνδυνος ανάπτυξης PD ή επιδείνωσης στην εμμηνόπαυση φαίνεται να εξαρτάται από παράγοντες όπως το ψυχιατρικό ιστορικό και την παρουσία ψυχολογικών συμπτωμάτων που συμπίπτουν με τις μεγάλες παραλλαγές που παρουσιάζονται στα σεξουαλικά στεροειδή (π.χ. αντισυλληπτικά χάπια, τοκετό κ.τ.λ.), περισσότερο από τα κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα.

Η παρουσία PD στην εμμηνόπαυση, είτε έχοντας προκύψει νωρίτερα είτε εμφανίζεται στην εμμηνόπαυση, σχετίζεται με τα δριμύτερα φυσικά

συμπτώματα όλης της κλιμακτηρίου και των ψυχολογικών εμπειριών. Αυτό το φαινόμενο είναι πιθανόν άμεσα συνδεδεμένο και με τους ψυχολογικούς παράγοντες και με τις ορμονικές διακυμάνσεις. Στην πραγματικότητα τα επίπεδα ALLO (allopregnanolone) στο πλάσμα σε ασθενείς με PD -έχοντας διεξάγει όλους τους απαραίτητους ελέγχους- απαντούν αρνητικά στη δριμύτητα όλων των συμπτωμάτων. Σε αυτήν την κρίσιμη φάση του γυναικείου αναπαραγωγικού κύκλου, ακόμα και αν τα επίπεδα ALLO παραμείνουν σε φυσιολογικά επίπεδα, στη συγκεκριμένη φάση αυτό δεν είναι αρκετό για γυναίκες που έχουν είτε γενετική προδιάθεση είτε προσωπικούς λόγους να αναπτύξουν διαταραχές πανικού. Επιπλέον, στα φυσικά κλιμακτηριακά συμπτώματα και σε αυτά που είναι τυπικά της PD, αντίθετα με τους ελέγχους, οι ασθενείς κατέδειξαν μια σειρά συμπτωμάτων συγκρίσιμων με το PDD (premenstrual dysphoric disorder), που συμφωνεί με την υπόθεση του Arpel, δηλώνοντας την ύπαρξη ενός υποοιστρογονικού συνδρόμου που είναι τυπικό της προεμμηνορροϊκής φάσης, της επιλόχειου και της εμμηνοπαυσιακής, που χαρακτηρίζονται από μία σειρά πολύ συγκεκριμένων συμπτωμάτων. Η σύνδεση ενός τέτοιου συνδρόμου PD στο προεμμηνορροϊκό και μετά τον τοκετό επιλόχειο πλαίσιο έχει καταδειχθεί ευρέως.

Τα δεδομένα μας περισσότερο συμβάλλουν στην απόδειξη ότι μια τέτοια συνέχεια έχει πιθανόν μια συγκεκριμένη κλινική και ίσως βιολογική σύνδεση με PD όσον αφορά και την εμμηνοπαυσιακή φάση. Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, επιβεβαιώνουν την αναγκαιότητα περαιτέρω έρευνας με στόχο τη μελέτη της διαταραχής πανικού στην περίοδο της κλιμακτηρίου, έτσι ώστε να προσδιοριστεί μια συγκεκριμένη και έγκαιρη θεραπεία για τα ψυχικά και σωματικά συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν στην εμμηνοπαυση²².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Εμμηνόπαυση και σεξουαλική ζωή

Εμμηνοληξία και Σεξ

Μερικοί, άνδρες κυρίως, έχουν την εσφαλμένη ιδέα ότι με την εμμηνοληξία τελειώνει ουσιαστικά η σεξουαλική ζωή της γυναίκας, αλλά αυτό δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Κατά κανόνα, βέβαια, μαζί με τα χρόνια, παρατηρείται και μία σχετική ελάττωση της επιθυμίας, αλλά αυτό δε σημαίνει καθόλου ότι παύουν εντελώς οι ορμόνες. Σε μερικές μάλιστα περιπτώσεις οι ερωτικές επιθυμίες της γυναίκας αυξάνουν περισσότερο κατά την περίοδο της εμμηνοληξίας και μπορούν να διατηρηθούν επί πολλά χρόνια ακόμα.

Άλλοτε πάλι, όπως παρατηρεί ο Χάβελock Έλλις, σε πολλές γυναίκες που έκαναν ως τότε μία άμεμπτη ζωή, δημιουργείται ξαφνικά μια έντονη επιθυμία για σεξουαλική δραστηριότητα, που μπορεί να φτάσει ως το ερωτικό παραλήρημα και την ανισορροπία³.

Εμμηνόπαυση και Σεξουαλική ψυχολογία

Η εμμηνόπαυση είναι ένα φαινόμενο που δεν μπορεί να μην έχει άμεση ψυχολογική συνέπεια στην ίδια τη γυναίκα και έμμεση συνέπεια στην οικογενειακή της κατάσταση και στην κοινωνική της ζωή. Δείχνει το τέλος της φάσης της ικανότητάς της για αναπαραγωγή, όπως η αρχή της εφηβείας έδειχνε την αρχή της.

Αν και ορισμένες συγκινησιακές και ψυχικές διαταραχές είναι σχεδόν απαραίτητες σε αυτήν την εποχή της ζωής, πολλές γυναίκες, ακόμα και από εκείνες που έχουνε κάποια τάση για τη νευρική αστάθεια, περνούν αυτήν τη μεταβατική φάση χωρίς σοβαρές διαταραχές μόνο μερικές από αυτές υπόκεινται σε κάποια φυσική ή πνευματική κατάπτωση.

Στον ψυχικό τομέα, είναι αναπόφευκτο το ότι η «αλλαγή ζωής», δηλαδή η συνείδηση του γεγονότος -που η γυναίκα αναμφίβολα προσπάθησε να αποδιώκει μακριά της- πως δεν είναι πια νέα, δεν μπορεί παρά να της προκαλέσει βαθιά εντύπωση. Άλλωστε, το τέλος της αναπαραγωγικής της δραστηριότητας της φαίνεται σαν να αποτελεί το τέλος ολόκληρης της σεξουαλικής της ζωής, αν και στην πραγματικότητα δε διατρέχει κανένα τέτοιο κίνδυνο. Με ρίγος η γυναίκα ανοίγει τα μάτια της στην πιθανότητα πως εκείνο που της φαινότανε να είναι η ουσιώδης περίοδος της ζωής της, γλιστράει

γρήγορα μακριά της. Τότε δημιουργείται μέσα της μια ξαφνική αύξηση σεξουαλικής δραστηριότητας και μια εξαιρετική και ασυνήθιστη τάση να νοιώσει έλξη για έναν άλλον άντρα και να ερωτοτροπήσει μαζί του. Στις άγαμες γυναίκες που ζήσανε αξιοσέβαστη και συμβατική ζωή, αυτές οι τάσεις φανερώνονται και σε αυτές, σε ορισμένες περιπτώσεις και πολύ συχνά συνοδεύονται με ενδείξεις διανοητικής ανισορροπίας. Όλες αυτές οι εκδηλώσεις είναι πολύ γνωστές, αλλά πολλές φορές έχουν υπερβάλλει τη συχνότητά τους.

Οπωσδήποτε πρέπει να αναγνωρίσουμε πως στην περίοδο της εμμηνόπαυσης μπορούν να σημειωθούν διαταραχές της σεξουαλικής ψυχικής ζωής και ιδιαίτερα ένας προσωρινός παροξυσμός της επιθυμίας -τελευταία αναλαμπή της γενεσιουργικής φλόγας- που συνοδεύεται πολλές φορές από διάφορες ιδιοτροπίες, με υποψίες και σε δεδομένη ευκαιρία, με πραγματικές παρεκκλίσεις της σεξουαλικής ορμής. Στις παντρεμένες γυναίκες, τα πράγματα επιδεινώνονται πολλές φορές από το γεγονός πως εκείνη την εποχή ο σύζυγος αρχίζει να χάνει τη σεξουαλική δύναμή του και η αγάπη που έχει για τη γυναίκα του μπαίνει σε μια ειρηνική φάση. Τότε, του είναι δύσκολο να ανταποκριθεί στην ανανεωμένη θέρμη της, που ύστερα τείνει να ακολουθήσει άλλες κατευθύνσεις ή ίσως να πάρει τη μορφή της ζηλοτυπίας. Έτσι, στο ψυχικό επίπεδο, μπορούν να αναπτυχθούν ένα σωρό δυσάρεστα χαρακτηριστικά και στο ψυχικό επίπεδο, μπορούν να αναπτυχθούν οδυνηρές διαταραχές. Όταν, όμως, αυτών των δύο ειδών τα φαινόμενα επιδεινώνονται, δεν οφείλονται άμεσα στην εμμηνόπαυση, αλλά δείχνουν την αποχαλίνωση τάσεων που ως εκείνη τη στιγμή βρίσκονταν σε λανθάνουσα κατάσταση μέσα στον οργανισμό.

Είναι ανάγκη να έχουμε υπόψη μας πως δεν είναι μονάχα αυτά τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν ουσιαστικά την εμμηνόπαυση, αλλά πως αυτή η εποχή της ζωής φέρνει φυσικά μαζί της ως αντιστάθμισμα πολλά πλεονεκτήματα. «Σε πάρα πολλές γυναίκες», παρατηρεί ο W. J. Fielding, «η κρίσιμη ηλικία είναι η αρχή του χρυσού αιώνα της τελειοποίησης. Ούτε υπάρχει αιτία να χάνουν οι ομαλές γυναίκες εκείνη την εποχή τα θέλητρα του φύλου τους. Είναι γεγονός πως πολλές γυναίκες είναι πιο ελκυστικές στα 50 χρόνια τους από ότι ήτανε στα 25 και αν η προσωπικότητά τους αναπτύχθηκε και πλουτίστηκε σε αυτά τα χρόνια, μπορούν να είναι πιο θελκτικές στα εξήντα τους από ότι ήτανε στα 30».

Ο Hofstatter παρατηρεί πως εκείνη τη στιγμή εμφανίζονται όχι μονάχα ορισμένοι αρρενωποί φυσικοί χαρακτήρες, αλλά ακόμα εκείνο που ονομάζουμε «μια εκπληκτική συγγένεια με τις αρρενωπές συνήθειες και νοοτροπίες : σαφήνεια, αντικειμενικότητα, αίσθηση των εννοιών της αφηρημένης δικαιοσύνης, επιείκεια, ικανότητα στις υποθέσεις γενικά, πολιτικές ικανότητες». Αφού αναγνωρίζουμε πως αυτές οι διανοητικές ιδιότητες συνοδεύουν πολλές φορές τη μετεμμηνόρροια εποχή, δε χρειάζεται να τις ονομάσουμε αρρενωπές. Είναι ικανότητες μη σεξουαλικές και που δεν απαντώνται καθόλου τόσο συχνά στους άντρες όσο θα θέλανε ορισμένοι να

το πιστεύουνε. Για πολλά παντρεμένα ζευγάρια μπορούμε, ωστόσο, να πούμε πως μόνο ύστερα από την εμμηνόπαυση ο γάμος τελειώνει πραγματικά, στην ολοκληρωμένη έννοια της λέξης, με τη μορφή μιας ευτυχισμένης και αρμονικής συμβίωσης και όταν ακόμα θυμίζει καμιά φορά τη συντροφικότητα αδελφού και αδελφής. Αναμφισβήτητα, δημιουργείται μια αύξηση της διανοητικής δραστηριότητας στις γυναίκες αυτής της ηλικίας: οι δραστήριες σταδιοδρομίες πολλών διάσημων γυναικών άρχισαν αφού πέρασε η περίοδος της αναπαραγωγής. Πραγματικά, υπάρχουν γυναίκες που σε αυτήν την περίοδο χρησιμοποιούν το απόθεμα της δραστηριότητάς τους στο να προσπαθούνε να επεμβαίνουν στη ζωή των παιδιών τους, που έχουνε πια ενηλικιωθεί και προπαντός στο να επιβάλλονται στα ανύπαντρα κορίτσια τους και στον οικογενειακό τους κύκλο με αυτόν τον τρόπο χάλασαν πολλές ζωές και σε αυτές τις περιπτώσεις επιβάλλεται μια ήρεμη αλλά σταθερή αντίσταση, γιατί αν κάποιος πρέπει απαραίτητα να υποφέρει -αν και δεν έπρεπε να γίνεται αυτό- καλύτερα να υποφέρουν οι ηλικιωμένοι παρά οι νέοι. Μια υγιής και καλλιεργημένη γυναίκα θα αφοσιωθεί τότε περισσότερο στα εγγόνια της ή θα ασκήσει την απελευθερωμένη μητρική της δραστηριότητα στον ευρύ κοινωνικό τομέα, που προσφέρει απεριόριστες δυνατότητες στις μεγάλες δραστηριότητες²³.

Προβληματισμοί για τη φύση της αλλαγής της γυναικείας σεξουαλικότητας στη μέση ηλικία

Αυτή η μελέτη συγκρίνει και αντιπαραβάλλει τη φύση και την επικράτηση των σεξουαλικών ανησυχιών για τις γυναίκες, καθώς οδεύουν προς την εμμηνόπαυση και το ενδιαφέρον που δείχνουν και δοκιμάζουν αυτές οι γυναίκες στη συζήτηση των σεξουαλικών προβληματισμών τους με το γιατρό τους.

Η σεξουαλικότητα είναι ένα σημαντικό μέρος της υγείας των γυναικών, της ποιότητας ζωής τους και της καλής υγείας. Οι σεξουαλικοί προβληματισμοί επικρατούν σε όλες τις γυναίκες που επιδιώκουν μια βασική γυναικολογική προσοχή. Κάποιος θα μπορούσε εύκολα να υποθέσει ότι οι φυσιολογικές αλλαγές της γήρανσης έχουν επιπτώσεις στη σεξουαλικότητα, αλλά η έρευνα σε αυτόν τον τομέα είναι περιορισμένη.

ΠΙΝΑΚΑΣ

Τί βοηθάει και τί εμποδίζει τη συζήτηση για τους σεξουαλικούς προβληματισμούς

• Τί θα έκανε ευκολότερη τη συζήτηση:

- Ο γιατρός αναφέρει το θέμα.
- Ο γιατρός είναι γένους θηλυκού.
- Ο γιατρός είναι γένους αρσενικού.
- Ο γιατρός είναι επαγγελματίας.

- Ο γιατρός νιώθει άνετα με το θέμα.
- Ο γιατρός είναι ευγενικός και με κατανόηση.
- Η γυναίκα των έχει ξαναεπισκεφτεί.
- Ο γιατρός δείχνει να νοιάζεται.
- Η γυναίκα νιώθει ότι ο γιατρός τη γνωρίζει καλά.

▪ **Τι δυσχεραίνει τη συζήτηση:**

- Η γυναίκα ντρέπεται να αναφέρει το θέμα.
- Η γυναίκα θα το συζητούσε εάν έκανε την αρχή ο γιατρός.
- Η γυναίκα προσπάθησε να ρωτήσει, αλλά ο γιατρός δεν την κατανόησε.
- Ο γιατρός δείχνει να βιάζεται.
- Ο γιατρός δείχνει απρόσωπος.
- Ο γιατρός δείχνει να μην ενδιαφέρεται.
- Ο γιατρός δείχνει να ντρέπεται.
- Ο γιατρός έχει μεγάλη ηλικία.
- Ο γιατρός είναι πολύ νέος.
- Η γυναίκα νιώθει πιο άνετα με γυναίκα γιατρό.
- Η γυναίκα νιώθει πιο άνετα με άντρα γιατρό.

Περίληψη – Συμπεράσματα

Οι γυναίκες όλων των ηλικιών επιθυμούν να συζητήσουν τις ανησυχίες τους με τους γιατρούς τους. Είναι χαρακτηριστικό, όμως, ότι δεν είχαν την ευκαιρία να το κάνουν. Οι γιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας πρέπει να γνωρίζουν την υψηλή συχνότητα των σεξουαλικών ανησυχιών μεταξύ των γυναικών και της μεταβαλλόμενης φύσης και έντασης αυτών των προβληματισμών, δεδομένου ότι οι γυναίκες γερνούν και θέλουν να εντάξουν αυτές τις σεξουαλικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης μέσα στο φάσμα της ζωής τους²⁴.

Σεξουαλική δυσλειτουργία στην κατάθλιψη

Η σεξουαλική επιθυμία στις γυναίκες κορυφώνεται στα τριάντα τους χρόνια. Όσο μεγαλώνουν ηλικιακά υπάρχει μια βαθμιαία πτώση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της σεξουαλικής δραστηριότητας, σε συνδυασμό με την πτώση της συχνότητας των επαφών, της ολοκλήρωσης της σεξουαλικής πράξης και της στυτικής λειτουργίας. Καθώς τα χρόνια περνούν, η πρόωρη ολοκλήρωση μειώνεται για να δώσει τη θέση της σε καθυστερημένο ή απών οργασμό. Το σεξ, παρ' όλα αυτά, συνεχίζει να παίζει σημαντικό ρόλο στις ζωές και των ανδρών και των γυναικών, τουλάχιστον μέχρι τα μέσα της εβδομής δεκαετίας της ζωής τους, με μειωμένη βέβαια απόλαυση και ικανοποίηση.

Η κατάθλιψη συνδέεται με τη μειωμένη λίμπιντο, τη μειωμένη δυνατότητα να αρχίσει η σεξουαλική επαφή, τη μειωμένη συχνότητα της επαφής, τη στυτική δυσλειτουργία, τον καθυστερημένο ή απόντα οργασμό, την απώλεια

ευχαρίστησης, την αποστροφή για τη σεξουαλική επαφή και τη μειωμένη ποιότητα των σεξουαλικών σχέσεων στο 75% των ασθενών. Μειωμένη λίμπιντο εμφανίζεται στο 75% των ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη.

Σπάνια, η σεξουαλική επιπολαιότητα μπορεί να είναι η πρώτη εκδήλωση μιας καταθλιπτικής ασθένειας, ειδικά στη μέση ηλικία. Αυτό μπορεί να είναι ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα της καταθλιπτικής λειτουργικής μετατόπισης στην άτυπη κατάθλιψη, μαζί με την αύξηση της όρεξης, την επιδείνωση της αϋπνίας και της διάθεσης κατά τις βραδινές ώρες, η οποία απεικονίζει την αναζήτηση της επιβεβαίωσης και της οικειότητας.

Η υψηλή συχνότητα της κατάθλιψης στις γυναίκες, ο συσχετισμός μεταξύ της κατάθλιψης και των συγκεκριμένων φάσεων του αναπαραγωγικού κύκλου και η υψηλή συχνότητα της σεξουαλικής δυσλειτουργίας στην κατάθλιψη, υποδεικνύουν το ρόλο των φυλετικών ορμονών στην αιτιοπαθολογία της κατάθλιψης²⁵.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Θεραπεία – Εναλλακτικές μορφές Ο ρόλος των νοσηλευτών ψυχικής υγείας

Θεραπεύοντας την εμμηνόπαυση στον 21^ο αιώνα. - Πού βαδίζουμε από εδώ και πέρα;

Η θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα (Θ.Ο.Υ.) έχει αλλάξει εντυπωσιακά κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 40 ετών. Αρχικά, θεωρήθηκε ότι τα οιστρογόνα αντιπροσωπεύουν την πηγή της νεότητας, αλλά τη δεκαετία του εβδομήντα αποδείχθηκε ότι τα περιττά οιστρογόνα μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο του ενδομητρίου. Με τη χρήση των προγεστερόνων, αυτός ο συγκεκριμένος κίνδυνος εξαφανίστηκε. Κατά τη δεκαετία του 1980 και του 1990, οι πολυάριθμες ερευνητικές δοκιμές έδειξαν ότι τα οιστρογόνα θα μπορούσαν να αποτρέψουν χρόνιες παθήσεις, όπως καρδιακές παθήσεις, οστεοπόρωση, καρκίνο του παχέως εντέρου, ακόμα και την άνοια. Παρ' όλα τα παραπάνω, όταν αυτές οι μελέτες πραγματοποιήθηκαν στο τέλος του 1990 και δημοσιεύτηκαν στις αρχές του 21^{ου} αιώνα, το πιθανό αυτό όφελος εξαφανίστηκε. Στην πραγματικότητα, μάθαμε περισσότερα για το ρίσκο που κρύβουν τα οιστρογόνα και για τον καρκίνο του στήθους.

Όταν κάποιος προσδιορίζει το μεγαλύτερο ιατρικό κίνδυνο που διατρέχει μια γυναίκα όταν δε λαμβάνει οιστρογόνα, αυτός είναι η ανάπτυξη οστεοπόρωσης. Αν μια γυναίκα επιθυμεί ή απαιτεί θεραπεία για να εμποδίσει ή να θεραπεύσει την οστεοπόρωση, υπάρχουν και άλλα φάρμακα, όπως οι βισφονάτες ή επιλεκτικοί δείκτες οιστρογόνων (SERMs), οι οποίοι είναι διαθέσιμοι και μπορούν να προσφέρουν μεγαλύτερο όφελος και λιγότερο ρίσκο.

Η θεραπεία συμπτωμάτων όπως η κολπική ατροφία, μπορεί να πραγματοποιηθεί επιτυχώς με τη χρήση κολπικών οιστρογόνων σε ταμπλέτες ή με ένα κολπικό δαχτυλίδι που σχετίζεται με πολύ μικρή απορρόφηση από το σύστημα.

Όσον αφορά τη θεραπεία των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων, όπως οι εξάψεις όταν τα οιστρογόνα απαγορεύονται, μπορούμε να εξετάσουμε τη χρήση επιλεκτικών υποδοχέων σεροτονίνης (SSRIs). Συμπληρωματικά φάρμακα, όπως τα φυτοοιστρογόνα, είχαν απαγορευτικά αποτελέσματα. Παρ' ότι τα οιστρογόνα έχουν λάβει πολλά αρνητικά σχόλια, οι προμηθευτές της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να συνεχίσουν να τα χορηγούν, γιατί προσφέρουν μεγάλο όφελος σε συμπτωματικούς ασθενείς. Με δεδομένο ότι

οι ασθενείς γνωρίζουν καλά το ενδεχόμενο ρίσκο, τότε δικαιολογημένα χορηγούνται στους ασθενείς που τα έχουν ανάγκη²⁶.

Η συχνότητα των εναλλακτικών μορφών θεραπείας για την εμμηνόπαυση

Σκοπός της έρευνας είναι να περιγράψει από πραγματικές μαρτυρίες την εξάπλωση της χρήσης εναλλακτικών μορφών θεραπείας για τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και τα αντικειμενικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη χρήση τους.

Μέθοδος Έρευνας

Τηλεφωνική έρευνα σε 886 γυναίκες, ηλικίας 45-65 (87,2% ποσοστό ανταπόκρισης) πραγματοποιήθηκε στο "Group health cooperative" στην Washington. Οι γυναίκες ρωτήθηκαν για οκτώ περίπου εναλλακτικές θεραπείες και την επίδρασή τους στα εμμηνόπαυσιακά συμπτώματα.

Αποτελέσματα Έρευνας

Το ποσοστό των γυναικών που χρησιμοποίησαν κάποια θεραπεία ήταν 76,1% για οποιαδήποτε θεραπεία, 43,1% για σωστή διαχείριση του stress, 37,0% για εναλλακτικές θεραπείες χωρίς ιατρική συνταγή, 31,6% για χειροπρακτική, 29,5% για θεραπεία με μασάζ, 22,9% για χρήση διαιτητικής σόγιας, 10,4% για βελονισμό, 9,4% για ομοιοπαθητική και 4,6% για χρήση βοτάνων. Το ποσοστό των γυναικών που χρησιμοποίησαν εναλλακτικές θεραπείες για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης ήταν 22,1% για οποιαδήποτε θεραπεία, 9,1% για τη διαχείριση του stress, 13,1% για εναλλακτικές θεραπείες χωρίς ιατρική συνταγή, 0,9% για χειροπρακτική, 2,6% για θεραπεία με μασάζ, 7,4% για διαιτητική σόγια, 0,6% για βελονισμό, 2,0% για ομοιοπαθητική και 1,2% για τη χρήση βοτάνων.

Από τις γυναίκες που χρησιμοποίησαν τις παραπάνω θεραπείες, 89-100% τις βρήκε λίγο ως πολύ ανακουφιστικές. Το ιστορικό του καρκίνου του μαστού συνδέθηκε με τετραπλασιασμό των πιθανοτήτων με τη χρήση διαιτητικής σόγιας για τα εμμηνόπαυσιακά συμπτώματα (αναλογία πιθανοτήτων 6.23, 95% όρια εμπιστοσύνης 2.54, 15.28). Οι μισοί τρέχοντες χρήστες της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης ήταν διατεθειμένοι να δοκιμάσουν εναλλακτικές θεραπείες ή προμηθευτές (αναλογία πιθανοτήτων 0.48, 95% όρια εμπιστοσύνης 0.29, 0.77) σε σχέση με τους μη χρήστες. Οι διαταραχές του ύπνου πιστεύεται ότι τετραπλασιάζονται με σωματική εργασία, τριπλασιάζονται με τη χρήση διαιτητικής σόγιας, όταν γίνεται χρήση των παραπάνω με σκοπό την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης.

Συμπεράσματα της Έρευνας

Η χρήση εναλλακτικών μορφών θεραπείας για τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης είναι ευρέως διαδεδομένη και οι γυναίκες που τις χρησιμοποιούν τις βρίσκουν σε γενικές γραμμές αποτελεσματικές. Οι γιατροί πρέπει καθημερινά να παρακολουθούν τη χρήση των εναλλακτικών μορφών θεραπείας από τις περιεμμηνόπαυσιακές γυναίκες²⁷.

Η χρήση του "black cohosh" για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης

Το "black cohosh" (*Actaea racemosa*, L, *Syn cimifuga racemosa* (L) NUH) ένα γηγενές βότανο από τις Η.Π.Α. και τον Καναδά, χρησιμοποιείται ήδη στην Ευρώπη για περισσότερα από 40 χρόνια. Η ρίζα του "black cohosh" έχει εγκριθεί από τη γερμανική επιτροπή ως μη συνταγογραφημένο φάρμακο για την αντιμετώπιση της προεμμηνόρροϊκής τλαιπωρίας, της δυσμηνόρροιας, των νευροφυτικών εμμηνόπαυσιακών συμπτωμάτων, όπως οι καυτές εκροές (hot flushes), τις ταχυπαλμίες, τη νευρικότητα, την οξυθυμία, το βερτίγκο, τις διαταραχές του ύπνου, τη διαπνοή και την κατάθλιψη. Το βότανο αυτό είναι διαδεδομένο στις Η.Π.Α. σαν διαιτητικό βοήθημα. Τα τελευταία χρόνια γίνεται όλο και πιο δημοφιλές. Το 2000 κατέλαβε τη 14^η θέση σε πωλήσεις ανάμεσα σε όλα τα φυτικά παρασκευάσματα.

Η πιο εμπορική και διαθέσιμη μορφή του black cohosh -και η πιο μελετημένη κλινικά- είναι το Glaxosmithkline's Remifemin. Μια ταμπλέτα περιέχει το απόσταγμα του black cohosh που αντιστοιχεί σε 20 mg του ακατέργαστου φαρμάκου που τυποποιείται σε 27-deoxyacetone 1%.

Πώς δρα το "black cohosh";

Ο μηχανισμός με τον οποίο δρα το black cohosh είναι ακόμα αδιευκρίνιστος. Κάποιες τελευταίες μελέτες έχουν καταλήξει ότι έχει οιστρογονική δραστηριότητα, ενώ άλλες αντικρούουν αυτήν την υπόθεση. Σε μία μελέτη τρία οινοπνευματώδη παραχθέντα μέρη εμποδίζουν την έκκριση της ορμόνης LH αλλά όχι αυτό του θυλακίου υποκίνησης της ορμόνης FSH. Οι συντάκτες αυτής της μελέτης συμπέραναν ότι το black cohosh εξέκρινε μια ουσία παρόμοια με τα οιστρογόνα. Παρ' όλα αυτά, μία αξιόπιστη κλινική μελέτη σε μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες δεν εντόπισε καμία οιστρογονική καταστολή είτε της LH είτε της FSH. Επιπρόσθετα, τα επίπεδα προλακτίνης δεν είχαν επηρεαστεί, ούτε παρατηρήθηκε κάποια αλλαγή στα οιστρογόνα στις κολπικές κυτταρολογικές παραμέτρους. Επίσης, δεν παρατηρήθηκε καμία αύξηση στο ενδομήτριο λίπος, στη σύσταση των κολπικών κυττάρων και στις ορμόνες LH, FSH, στην προλακτίνη και την εστραδιόλη, μετά τη θεραπεία με "black cohosh". Άλλη μια μελέτη βρήκε καταστολή της LH με τη χρήση του "black cohosh", αλλά δεν ανίχνευσε οιστρογόνο στα αποτελέσματα της μήτρας ή αλλαγές στην κολπική κυτταρολογία. Οι συντάκτες, επομένως, κατέληξαν στο

συμπέρασμα ότι σε αυτήν την περίπτωση η καταστολή της LH συνδέθηκε με την παρέμβαση νευροδιαβιβαστών, παρά με την οιστρογονική δραστηριότητα.

Δοσολογία

Η μέση συνιστώμενη δόση του ακατέργαστου φαρμάκου είναι 40-80 mg ανά ημέρα. Η γερμανική επιτροπή συστήνει ότι η λήψη του black cohosh πρέπει να γίνεται για περίοδο 6 μηνών maximum.

Παρενέργειες

Η μόνη γνωστή δυσμενής συνέπεια του "black cohosh" είναι παροδική γαστροεντερική ενόχληση. Βέρτιγγο, πονοκέφαλος, ναυτία, έμετος, εξασθενημένη όραση και πεσμένη πίεση, έχουν αναφερθεί με υπερδοσολογία. Δεν είναι γνωστή καμία αλληλεπίδραση φαρμάκων με το "black cohosh". Μικρές παρενέργειες σημειώθηκαν όταν έγινε λήψη "black cohosh" ταυτόχρονα με θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης²⁸.

Πως η γιόγκα, ο διαλογισμός και ένας διαφορετικός τρόπος ζωής μπορούν να βοηθήσουν τις γυναίκες να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της περιεμμηνόπαυσης και της εμμηνόπαυσης.

Η εμμηνόπαυση αλλάζει το πρόσωπο της Ιατρικής. Κάθε μέρα περίπου 4.000 γυναίκες γίνονται 50 ετών, μεταβαίνοντας στα «χρόνια της σοφίας». Υπήρχαν περισσότερες από 40 εκατομμύρια εμμηνοπαυσιακές γυναίκες το έτος 2001. Για τις γυναίκες που ψάχνουν μία φυσική και υγιή μετάβαση, καθώς επίσης και για τη βαθύτερη έννοια της εμμηνόπαυσης, η γιόγκα έχει πολλά να προσφέρει.

Οι γιατροί και οι δάσκαλοι της γιόγκα συμφωνούν ότι κάθε γυναίκα έχει τη δική της μοναδική εμπειρία της εμμηνόπαυσης. Επηρεασμένες σαφώς από την προηγούμενη και τρέχουσα φυσική τους υγεία και τρόπο ζωής, το ψυχολογικό τους προφίλ, το κοινωνικό σύστημα υποστήριξης και την κληρονομικότητα, οι γυναίκες περνούν την εμμηνόπαυση διαφορετικά. Οι περισσότερες αμερικανίδες γυναίκες δοκιμάζουν μερικά ελοχεύοντα συμπτώματα με διαφορετικούς βαθμούς έντασης. Τα συμπτώματα αυτά των μετατοπιζόμενων επιπέδων ορμονών περιλαμβάνουν τις καυτές εκροές, νυχτερινούς ιδρώτες, ενοχλήσεις κατά τη διάρκεια του ύπνου, ήπια κατάθλιψη, ανησυχία και μια επιθυμία να μπει η ζωή τους σε νέα προοπτική και να βρουν καινούριο σκοπό και νόημα στη ζωή τους. Ακόμα και υγιείς γυναίκες που βρίσκονται σε άριστη φυσική κατάσταση και έχουν ευτυχισμένη ζωή με ποικιλία ερεθισμάτων, αναφέρουν ότι η μετάβαση είναι αρκετά έντονη για να ζητήσουν βοήθεια από την ιατρική αλλά και από εναλλακτικές μορφές θεραπείας. Αν τα συμπτώματα μιας γυναίκας είναι πολύ έντονα και αναστατώνουν τη ζωή της, μπορεί να συμπληρώσει οποιαδήποτε ιατρική υποστήριξη με τη γιόγκα, το διαλογισμό και τη χαλάρωση. Αν τα συμπτώματα μιας γυναίκας είναι ήπια, μπορεί να

επωφεληθεί περισσότερο από αυτές τις τεχνικές, δεδομένου ότι τη βοηθούν να προσαρμοστεί στη νέα χημεία του σώματός της.

Μια γυναίκα πρέπει να κάνει καθημερινή της συνήθεια τη σωστή διατροφή και την άσκηση στην ηλικία των 36 ετών, ανταποκρινόμενη συνειδητά στις εσωτερικές αλλαγές, πριν ακόμα προλάβει να τις αισθανθεί σαν συμπτώματα. Σίγουρα, όταν μια γυναίκα αρχίσει να αισθάνεται τις αλλαγές στον εμμηνορροϊκό της κύκλο ή να έχει νυχτερινούς ιδρώτες και κυκλοθυμική διάθεση, πρέπει να δημιουργήσει ένα καθεστώς φροντίδας του εαυτού της για να υποστηρίξει σωστά τη μετάβαση προς την εμμηνόπαυση. Η μακρά παράδοση της yoga και του διαλογισμού μπορεί να βοηθήσει τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της μετάβασης.

Yoga

Οι ασκήσεις και οι στάσεις της yoga πρέπει να ταιριάζουν με τη φυσική κατάσταση της κάθε γυναίκας. Αρχίζοντας τις ασκήσεις της yoga με ένα χαλαρό τρόπο, μπορούν να δοθούν στη γυναίκα οι βάσεις της φιλοσοφίας της yoga για το σώμα και την κίνηση. Από τη βασική γνώση και εμπειρία, οι γυναίκες μπορούν να διαλέξουν είτε έντονη άσκηση είτε πιο χαλαρή. Ασκήσεις που απελευθερώνουν την ένταση γύρω από τη χαμηλή περιοχή της πλάτης και τις ωσθήκες, έχουν επίδραση στο συκώτι και τους επινεφρίδιους αδένες και με τον ιδρώτα υποκινούν το αδενικό σύστημα και τις βοηθούν να διατηρήσουν μια καλύτερη ορμονική ισορροπία.

Το περπάτημα είναι μια άριστη προσθήκη στις στάσεις και τις ασκήσεις της yoga. Η τεχνική για περπάτημα της yoga προσθέτει την επανάληψη και τεχνικές αναπνοής σε μια θεραπευτική αγωγή με βάση το περπάτημα που αναγάγει αυτήν τη δραστηριότητα σε ένα πνευματικό επίπεδο. Το περπάτημα με μουσική βοηθάει τις γυναίκες να κρατούν σταθερό ρυθμό στην αεροβική άσκηση. Ο φρέσκος αέρας και το περπάτημα θεωρείται πολύ υγιεινό, τόσο για το σώμα όσο και για το πνεύμα. Ο Kundalini Yoga προτείνει μια γυναίκα να περπατάει τρία με πέντε μίλια την ημέρα.

Διαλογισμός

Ο διαλογισμός είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της yoga. Όπως το stretching και η κίνηση βοηθούν το σώμα να ξεκουράζεται και να ανανεώνεται. Ο διαλογισμός είναι θεραπευτικό βάλαμο για τη χημεία του εγκεφάλου και βοηθάει το μυαλό να έρθει σε κατάσταση άγρυπνης ηρεμίας.

Ένας σχετικά καινούριος τομέας μελέτης ονομάζεται νευροθεολογία. Η μελέτη της νευροβιολογίας, της θρησκείας και της πίστης απασχολεί τους βουδιστές, τις καλόγριες του Σαν Φραντζίσκο και βαθιά θρησκευόμενους ανθρώπους όλων των δογμάτων.

Η πρακτική της βαθιάς συγκέντρωσης και αφοσίωσης, μπορεί να δημιουργήσει μια διαφορετική πραγματικότητα, υψηλότερου επιπέδου από την πραγματικότητα της καθημερινής ρουτίνας. Σύμφωνα με τον ψυχολόγο David Wulff του Wheton college στη Μασαχουσέτη, του δρ. Andrew Newberg στο πανεπιστήμιο της Πενσυλβάνια και του συναδέλφου του δρ. Eugene d' Aguilii, που διεξήγαγαν μαζί SPECT ανιχνεύσεις σε άτομα που δοκίμασαν βαθιά στάδια του διαλογισμού, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η βαθιά περισυλλογή μπορεί να δημιουργήσει «μπλόκα» σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου και έτσι, να παραχθούν συναισθήματα απώλειας συνείδησης του χρόνου και του άπειρου.

Πολλές γυναίκες αναφέρουν ότι ο διαλογισμός τις έχει βοηθήσει σε διάφορες πτυχές της ζωής τους. Κατά την εμμηνόπαυση οι γυναίκες έρχονται αντιμέτωπες με νέους ρόλους στη ζωή τους. Ο ρόλος της φροντίδας για τους γηράσκοντες γονείς, ο ρόλος του αποχωρισμού από τα παιδιά τους, αλλά και το άγχος της συνεχούς υποστήριξής τους καθώς εντάσσονται στον τομέα εργασίας και αυξάνονται οι κοινωνικές τους υποχρεώσεις. Συχνά συνειδητοποιούν την ανάγκη οικογενειακών συμβούλων, καθώς στηρίζουν τους γονείς τους και αντιμετωπίζουν την απώλεια φιλικών προσώπων.

Ο διαλογισμός μπορεί να βοηθήσει τις γυναίκες να εκπληρώσουν αυτούς τους ρόλους και να μείνουν σταθερές και υγιείς κατά τη διάρκεια των ψυχικών και διανοητικών προκλήσεων του θανάτου και της απώλειας, καθώς και των φυσικών συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης. Όταν μια γυναίκα εξασκεί το διαλογισμό και τη χαλάρωση, μπορεί να αισθανθεί πιο καθαρά τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και να προσέξει τις φυσικές και πνευματικές αλλαγές. Επιπλέον, μπορεί να συνεργαστεί με το γιατρό της αποτελεσματικότερα και αποδοτικότερα.

Πολλές γυναίκες, επίσης, αναφέρουν ότι έχουν μεγαλύτερη διαύγεια και υπομονή όταν διαλογίζονται και μπορούν πιο εύκολα να πάρουν αποφάσεις. Υπάρχουν πάρα πολλές επιλογές για τις γυναίκες. Όμως, η επιστημονική ιατρική ορολογία και ο μεγάλος αριθμός δυσνόητων μελετών μπορεί να μπερδέψει τις γυναίκες. Η εμπιστοσύνη στους γιατρούς αλλά και στον εαυτό μας, μπορεί να είναι αρκετά δύσκολη σε αυτούς τους καιρούς της υπερπληροφόρησης. Η απλή πρακτική του διαλογισμού μπορεί να βοηθήσει μια γυναίκα να βρει το δρόμο της με περισσότερη υπομονή και λιγότερο φόβο²⁹.

Οι γυναίκες ανακαλύπτουν ότι κάθε ηλικία έχει τις «δικές της» χαρές και μάλιστα ότι έχουν τη δυνατότητα να απολαύσουν ικανοποιήσεις που οι προηγούμενες συνθήκες δεν τους επέτρεπαν να χαρούν ή να αφοσιωθούν απερίσπαστες σε έργα που τους δίνουν μια ψυχική ικανοποίηση : Σε φιλανθρωπικές ασχολίες, στην πολιτική, στην τέχνη κ.λπ.³.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας και ο Ρόλος του

Η αρχή της Βασικής Νοσηλευτικής για ολιστική, εξατομικευμένη και συνεχή παροχή φροντίδας, προσφέρει στο Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας το πλαίσιο για την ανάπτυξή της. Η ανάπτυξη του έργου του ψυχιατρικού νοσηλευτή συντελείται ενδονοσοκομειακά (κλινικός ψυχιατρικός νοσηλευτής) και εξωνοσοκομειακά (κοινωνικός ψυχιατρικός νοσηλευτής) σε όλες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας : 1) ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο, 2) ψυχιατρικό τομέα γενικού νοσοκομείου, 3) κέντρα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής, 4) εξωτερικά ιατρεία, 5) ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, 6) διασυνδετικές υπηρεσίες, 7) μονάδες μερικής νοσηλείας (νοσοκομείο ημέρας ή νύχτας), 8) κινητή μονάδα ψυχικής υγείας, 9) μονάδες στέγασης (ξενώνες βραχείας/ μακράς παραμονής, προστατευμένα διαμερίσματα), 10) μονάδες αποκατάστασης και 11) ανάδοχες οικογένειες.

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας ειδικεύονται μέσω προγραμμάτων μεταπτυχιακών σπουδών, που τους δίνουν τη δυνατότητα να αναπτύσσουν τις δραστηριότητές τους σε ποικίλους τομείς :

1. **Ο θεραπευτικός.** Σημαντική είναι η συμμετοχή του ψυχιατρικού νοσηλευτή στη θεραπεία του ψυχικά αρρώστου. Η παρουσία του έχει χαρακτήρα «θεραπευτικό», με την έννοια ότι μέσω της διαπροσωπικής σχέσης που εγκαθιστά, υποστηρίζει και ενισχύει τον άρρωστο κατά την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής.
2. **Ο οργανωτικός – διοικητικός.** Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, με τρόπο καταλυτικό για τη λειτουργία της μονάδας, οργανώνει το χώρο και συντονίζει το χρόνο, τα μέσα και τις διαδικασίες που άπτονται της αρμοδιότητάς του. Συμμετέχει στην κωδικοποίηση και εφαρμογή των αποφάσεων και των αποτελεσμάτων της ομάδας αλλά και στην αξιολόγηση και επαναξιολόγηση της θεραπευτικής στάσης και της γενικότερης οργάνωσης της μονάδας, τόσο ως αυτόνομου φορέα περίθαλψης, όσο και σε σχέση με άλλους φορείς.
3. **Ο εκπαιδευτικός.** Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας οργανώνει και πραγματοποιεί εκπαιδευτικά προγράμματα που απευθύνονται σε συναδέλφους ή άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σε φοιτητές και σε κοινοτικές δομές (π.χ. σχολείο). Κύριο μέλημα του νοσηλευτή αποτελεί η εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους, ατομικά ή σε ομάδες, σε θέματα υγείας.
4. **Ο συμβουλευτικός.** Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας παρέχει συμβουλευτική σε ασθενείς και στις οικογένειές τους, σε συναδέλφους – συνεργάτες, σε κοινοτικές δομές και οργανισμούς.

5. **Ο ερευνητικός.** Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής σχεδιάζει, οργανώνει, προγραμματίζει και συμμετέχει στη διενέργεια ερευνητικών προγραμμάτων.

Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας του ρόλου του νοσηλευτή ψυχικής υγείας, διαφαίνεται σε όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων του, που περιλαμβάνουν :

α) **Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος.** Το έργο του είναι προσανατολισμένο στην έννοια του θεραπευτικού περιβάλλοντος, με σκοπό την άσκηση θεραπευτικής επίδρασης στον άρρωστο και στην από μέρους του μεγιστοποίηση του δυναμικού της υγείας του. Δημιουργεί και συντηρεί, σε συνεργασία με τον ασθενή και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, «θεραπευτικό περιβάλλον» προσαρμοσμένο στο φυσικό. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον, οι νοσηλευτές :

- Διατηρούν την κατάλληλη ατμόσφαιρα, που διευκολύνει την επικοινωνία και την έκφραση συναισθημάτων από πλευράς ασθενών.
- Μεριμούν ώστε σε όλη τη διάρκεια του θεραπευτικού χρόνου (όλο το 24ωρο) οι ασθενείς να νιώθουν ασφαλείς, να εισπράττουν αποδοχή και σεβασμό και να διασφαλίζεται η αξιοπρέπιά τους.

Επειδή προϋπόθεση για τη δημιουργία του θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι η ειλικρινής διαπροσωπική επικοινωνία, θεωρείται απαραίτητο ο ασθενής να πληροφορείται τα νομικά δικαιώματά του, καθώς και τους λόγους και τους όρους που είναι απαραίτητοι για τη χρήση πιθανών περιοριστικών μέτρων.

β) **Αξιοποίηση πληροφοριών - εκτίμηση - νοσηλευτική διάγνωση.** Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής συμβάλλει στην εκτίμηση του ασθενούς, συγκεντρώνει πληροφορίες για τον ίδιο και το ευρύτερο οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον του, αξιοποιώντας το νοσηλευτικό-θεραπευτικό συνεχές (24ωρη νοσηλευτική βάρδια). Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της παρατήρησης της συμπεριφοράς του ασθενούς και του περιβάλλοντός του, με τη νοσηλευτική συνέντευξη και τη διαπροσωπική επικοινωνία.

Ο νοσηλευτής αποτελεί, με αυτόν τον τρόπο, το συνδετικό κρίκο μεταξύ του ασθενούς και της υπόλοιπης θεραπευτικής ομάδας.

Η εκτίμηση του ασθενούς αφορά πολλές πλευρές, όπως :

- Τη δυνατότητα να προστατεύει, ώστε να μην αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό του και τους άλλους.
- Την αξιολόγηση ουσιαστικών παραπόνων, ενοχλημάτων ή άλλων παρατηρήσεων που επίσημαίνει ο ίδιος.

- Το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενούς, που αφορά τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και τους κοινωνικούς ρόλους, συμπεριλαμβανομένης και της δυνατότητας εργασίας.
- Τη συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες.
- Τις διαπροσωπικές σχέσεις και την ικανότητα επικοινωνίας.
- Την ύπαρξη και την ποιότητα των υποστηρικτικών συστημάτων (οικογενειακό, κοινωνικό, πολιτισμικό, εργασιακό).
- Το επίπεδο υγείας (άλλες σωματικές νόσοι, διατροφή).
- Τα κίνητρα και τις δυνατότητες, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον ασθενή για την προαγωγή της υγείας του.
- Τις πνευματικές ικανότητες και τις ηθικές του αξίες.

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής αξιοποιεί το υλικό εκτίμησης, επισημαίνει τα πραγματικά και προβλέπει τα πιθανά προβλήματα του ασθενούς και προγραμματίζει τις ανάλογες παρεμβάσεις.

γ) **Παρεμβάσεις.** Η μορφή των παρεμβάσεων προσαρμόζεται ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς, τις νοητικές του δυνατότητες, το κοινωνικο-πολιτισμικό επίπεδο, την πολιτισμική ιδιαιτερότητα, την εκπαίδευση, το φύλο, το σεξουαλικό προσανατολισμό.

Στην κλινική πρακτική εφαρμόζεται ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων, που περιλαμβάνει :

- Την προώθηση της αυτοφροντίδας του ασθενούς, την ενίσχυση της προσωπικής υπευθυνότητας για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, τη διατήρηση και προαγωγή της γενικής λειτουργικότητας, με στόχο την ανεξαρτητοποίηση και αποκατάστασή του.
- Τον προγραμματισμό, το συντονισμό και την υλοποίηση διαγνωστικών διαδικασιών, που προτείνονται από άλλες ειδικότητες.
- Την εφαρμογή βιολογικών θεραπειών με ταυτόχρονη ενίσχυση θετικής στάσης έναντι αυτών. Επιδιώκεται η ανακούφιση από τις ανεπιθύμητες ενέργειες και η συνεχής αξιολόγηση της απαντητικότητας στη θεραπεία.
- Την εφαρμογή ψυχολογικών, υποστηρικτικών παρεμβάσεων με στόχους :
 - Την εγκατάσταση σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή.
 - Τη βελτίωση της αυτοεκτίμησής του.

- Την εδραίωση της θεραπευτικής επικοινωνίας.
- Την οργάνωση ενισχυτικών παρεμβάσεων με στόχο τη συνεργασία και τη συμμετοχή του αρρώστου σε δραστηριότητες επανακοινωνικοποίησής του και την αποφυγή του ιδρυματισμού στη μονάδα ή στο σπίτι.
- Την άσκηση συμβουλευτικής στον ασθενή και στην οικογένειά του, με σκοπό την ενίσχυση υγιών συμπεριφορών, την κατανόηση πλευρών της νόσου και την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων για τη διατήρηση της θεραπευτικής συνέχειας.
- Τη διασύνδεση του ασθενούς με άλλους χώρους θεραπευτικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης και με άλλους ιατροκοινωνικούς φορείς.
- Στα πλαίσια της κοινοτικής παρέμβασης, ο ψυχιατρικός νοσηλευτής έχει ως στόχο :
 - Να εκπαιδεύσει, να ευαισθητοποιήσει και να κινητοποιήσει του κατοίκους της κοινότητας πάνω σε θέματα ψυχικής υγιεινής (πρωτοβάθμια πρόληψη).
 - Να προσφέρει ψυχιατρικές υπηρεσίες (τακτική παρακολούθηση, επίσκεψη στο σπίτι, υποστήριξη ατομικά ή σε ομάδες) όχι μόνο στη μονάδα αλλά και στο οικείο περιβάλλον ατόμων που νοσούν ψυχικά (δευτεροβάθμια πρόληψη).
 - Να εξασφαλίσει την παραμονή ψυχιατρικών ασθενών στην κοινότητα με την κοινωνική και εργασιακή αποκατάσταση (τρίτοβάθμια πρόληψη).

Ο προσανατολισμός αυτός του έργου του ψυχιατρικού νοσηλευτή προς την κοινότητα, είναι συμβατός με την προοπτική της σύγχρονης Ψυχιατρικής.

Για την εκπλήρωση των στόχων, την εκτέλεση των επιστημονικών εργασιών του και τη διασφάλιση της ποιότητας στην παρεχόμενη φροντίδα, ο ψυχιατρικός νοσηλευτής είναι απαραίτητο, εκτός από τις επιστημονικές αρχές και γνώσεις, να διαθέτει οργανωτικές και διοικητικές δεξιότητες, δυνατότητα εγκατάστασης θετικών διαπροσωπικών σχέσεων, ευελιξία επικοινωνίας, διαθεσιμότητα, παρατηρητικότητα, συνέπεια, διδακτική ικανότητα και να επιδιώκει συνεχή επιμόρφωση και ενημέρωση για τις νεότερες στάσεις και αντιλήψεις της Ψυχιατρικής¹⁵.

Συμπέρασμα

Η κάθε γυναίκα που διανύει την περίοδο της ωριμότητας, αντιμετωπίζει παράλληλα και μία νέα κατάσταση που μπαίνει στη ζωή της. Την εμμηνόπαυση. Κάθε γυναίκα είναι διαφορετική. Είναι μια ξεχωριστή οντότητα, με ιδιαίτερη προσωπικότητα, διαφορετικό τρόπο ζωής και διαφορετικά ερεθίσματα. Έχει διαφορετική φυσική κατάσταση, κληρονομικότητα και φυσικά, διαφορετικές ψυχικές αντοχές και ισορροπίες από τις υπόλοιπες γυναίκες. Αυτή ακριβώς η μοναδικότητα κάθε γυναίκας ορίζει και τον τρόπο με τον οποίο θα μεταβεί στην εμμηνόπαυση. Η κάθε γυναίκα γεύεται την κατάσταση αυτή με το δικό της τρόπο και της δική της οπτική γωνία.

Το ερώτημα που θέσαμε ήταν κατά πόσον είναι δυνατό η εμμηνόπαυση να επηρεάσει τον ψυχικό κόσμο μιας γυναίκας τόσο, ώστε να εμφανίσει καταθλιπτικά συμπτώματα σε διαφορετικούς βαθμούς έντασης. Μέσα από τα κείμενα που παραθέσαμε, διαπιστώσαμε ότι δεν υπάρχει απόλυτη απάντηση. Οι έρευνες που γίνονται μπορεί να είναι αντιφατικές η μία με την άλλη, αλλά κάθε μία από αυτές φωτίζει καινούριες πλευρές των δύο αυτών καταστάσεων και προχωράει τη γνώση μας ένα βήμα μπροστά.

Η εμμηνόπαυση από μόνη της είναι δύσκολο να δημιουργήσει κατάθλιψη. Ιδιαίτερα σε μία ισορροπημένη και κατασταλαγμένη γυναίκα, με καλή φυσική και ψυχική κατάσταση. Το πρόβλημα αρχίζει όταν υπάρχει ένα βεβαρημένο ψυχικό ιστορικό ή προβληματικά περιβαλλοντολογικά ερεθίσματα. Πολύ σημαντικός παράγοντας είναι η ψυχολογική στήριξη και η κατανόηση που λαμβάνει μια γυναίκα από το ευρύτερο περιβάλλον της και ιδιαίτερα από τους ανθρώπους που αγαπά, δηλαδή την οικογένειά της. Η εμμηνόπαυση αποτελεί γόνιμο έδαφος ανάπτυξης της κατάθλιψης και τα ποσοστά των γυναικών που την εκδηλώνουν είναι αυξημένα. Η δύσκολη φάση της εμμηνόπαυσης και μια υπέρπυουσα καταθλιπτική διάθεση, οδηγούν τη μεσήλικη γυναίκα στην κατάθλιψη. Κάποιες φορές, όταν μια γυναίκα λαμβάνει ορμονική θεραπεία για την εμμηνόπαυση, τα καταθλιπτικά φαινόμενα παρουσιάζουν ύφεση. Αν, όμως, τα καταθλιπτικά φαινόμενα είναι έντονα, τότε είναι απαραίτητη η παρέμβαση ψυχιάτρου και η χορήγηση θεραπευτικής αγωγής.

Ο ρόλος του νοσηλευτή μπορεί να είναι πολύ σημαντικός για την πορεία της εμμηνόπαυσιακής γυναίκας. Ο νοσηλευτής, ειδικά στα κέντρα υγείας, μπορεί να εστιάσει στην πρόληψη αυτής της κατάστασης, βοηθώντας τη γυναίκα, κυρίως συμβουλευτικά. Όταν μια γυναίκα βρίσκεται στην προεμμηνόπαυσιακή περίοδο, ο νοσηλευτής θα πρέπει να τη βοηθήσει να συμφιλιωθεί με την ιδέα της εμμηνόπαυσης και των ευρύτερων αλλαγών στη ζωή της. Η γυναίκα θα πρέπει να βρει νέες ισορροπίες και ο νοσηλευτής μπορεί να την κατευθύνει στο να βρει νέα ενδιαφέροντα και δραστηριότητες που θα τη βοηθήσουν σημαντικά στην εμμηνόπαυσιακή μετάβαση. Η εμπειρία ενός νοσηλευτή μπορεί να τον βοηθήσει να διακρίνει από νωρίς καταθλιπτικά σημάδια σε μια γυναίκα και να τη στείλει έγκαιρα να επισκεφτεί

ειδικούς γιατρούς. Έτσι, το πρόβλημα θα αντιμετωπιστεί νωρίς, πριν γίνει πολυπλοκότερο και δυσεπίλυτο.

Οι γυναίκες με κατάθλιψη, κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης, νιώθουν αδύναμες, απομονωμένες, ανίκανες να προσφέρουν. Η πρόληψη, η σωστή αντιμετώπιση αυτής της νόσηρης κατάστασης και η υποστήριξη από το περιβάλλον, μπορούν να καταστήσουν αυτές τις γυναίκες δυνατούς κρίκους του κοινωνικού μας συνόλου στους ρόλους που ήδη κατέχουν : μητέρα, σύζυγος, εργαζόμενη, φίλη, αδελφή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αριστοφάνης Χρ. Παπαλουκάς – Εγχειρίδιο Γυναικολογίας και Μαιευτικής/ 1985
2. Νίκος Παπανικολάου – Γυναικολογία/ 1994
3. Ερωτική Σεξουαλική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος Β', σελ. 68-74
4. Μαρίλης Ευφραιμίδης – ELLE Μαρτίου 2002
5. Σέργιος Μανταλενάκης – Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Εκδόσεις Παρισιάνος/ Αθήνα, 1985
6. Govan-Hart-Callandar – Γυναικολογία, Εκδόσεις Δημήτρης Γιαννακόπουλος/ 1993
7. Leon Speroff – The perimenopausal transition/ department of Obstetrics and Gynecology, Oregon Health Sciences University Portland, Oregon 97201 USA
8. Γιώργος Πανόπουλος – Ιατρικά Ανάλεκτα/ 2004, www.YGEIA.gr
9. Esra Bulgan Kilicdag, Haluk Yavuz, Tayfun Bagis κ.α. – Effects of estrogen therapy on hearing in postmenopausal women, American Journal of Obstetrics and Gynecology (2004) Vol 190
10. Έθνος/ 20-09-02
11. PhychoMed Net Hellas/ 2004
12. Ελεύθερος Τύπος/ 17-09-02
13. Νίκος Μάνος – Βασικά στοιχεία Ψυχιατρικής/ 1997
14. Medis 2004, info@medis.gr
15. Γ. Ν. Χριστοδούλου και Συνεργάτες – Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών/ 2002
16. Paul Gilbert – Ξεπερνώντας την κατάθλιψη/ 1997
17. Γεώργιος Ν. Παπαδημητρίου – Εμμηνόπαυση και Διαταραχές/ 1974
18. www.wyeth.com, Anatomy of menopause
19. Α. Κουρκούμπας, Γ. Κουρούνης, Γ. Ιατράκης κ.α., 22^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο/ Αθήνα, 1996
20. L. Sordia, O. Pinegro, W. Reymundo κ.α. – Usefulness of Blatt-Kupperman scale in depression diagnosis in postmenopausal women/ International congres series 1271, 411-413/ 2004, www.ics-elsevier.com
21. Raymonde A. Brown, Paul P. Giggey, Karen E. Pennis κ.α./ Depression and lipoprotein lipids in healthy, postmenopausal women. The moderating effects of hormone replacement therapy/ Journal of Phychosomatic Research 56, 171-176/ 2004
22. Pacchierotti Claudia, Castrogiovanni Andrea, Cavicchioli Chiava κ.α. – Panic disorder in menopause: a case control study/ Maturitas 48 (2004) 147-154, www.sciencedirect.com
23. Χάβελοκ Έλλης – Επιτομή Σεξουαλικής Ψυχολογίας/ 1963

24. Margaret R. H. Nusbann, Margaret R. Helton, Neepa Ray – The changing nature of women' s sexual health concerns through the midlife years/ *Maturitas*, June 2004, www.sciencedirect.com -
25. Albert Michael, Veronica O'ceane – Sexual Dysfunction in depression, *Human Psychopharmacology*, Exp. 15, 337-345/ 2000
26. Isaac Schiff – Treating menopause in 21st century, Where do we go from here?/ *International congress series 1266* (2004) 3-9, www.ics-elsevier.com
27. Katherine M. Newton, Diana S. M. Buist, Nova L. Keenan k.a. – Use of Alternative Therapies for Menopause Symptoms, Results of a population – Based survey/ Elsevier Science inc. Vol 100, No 1, July 2002, by the American college of Obstetricians and Gynecologists
28. Sexuality, Reproduction and Menopause, Vol 2, No 1, March 2004
29. Hari Kaur Khalsa, R.Y.T. – How yoga, meditation and a yogic lifestyle can help women meet the challenges of perimenopause and menopause/ *Sexuality, Reproduction and Menopause*, Vol 2, No 1/ March 2004