

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

***«Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ
ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ
ΜΕΤΑ ΤΟ ΤΟΚΕΤΟ»***



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

ΑΝΑΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΑΝΘΙΑ

ΝΙΚΟΛΕΤΟΠΟΥΛΟΥ ΠΟΛΥΞΕΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2008

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στο ξεκίνημα αυτής της εργασίας νιώθουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε τις καθηγήτριες μας Δρ.Παπαδημητρίου Μ., Σαλάτα Α. και Σάνα Σ., που μας στήριξαν στις προσπάθειες που καταβάλαμε για γνώση, κατά τη διάρκεια των τεσσάρων ετών της φοίτησής μας στο τμήμα Νοσηλευτικής.

Μας εμφύσησαν το αίσθημα του σεβασμού προς το συνάνθρωπο και μας εφοδίασαν με πολύτιμες γνώσεις που θα μας φανούν απαραίτητες προκειμένου να ασκήσουμε το επάγγελμα / λειτούργημα της Νοσηλεύτριας.

Τέλος τους γονείς μας τόσο για την ηθική όσο και για την οικονομική τους αρωγή.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το σύνολο της ύλης διακρίνεται σε τέσσερα κύρια μέρη. Στο πρώτο παρουσιάζεται η κατάθλιψη, η επιδημιολογία, η ιστορία της, τα είδη της, τα αίτια που την προκαλούν και οι συνέπειες. Στο δεύτερο περιγράφουμε την επιλόχεια κατάθλιψη, την αιτιολογία εμφάνισής της, τους παράγοντες επικινδυνότητας και τα συμπτώματα αυτής, όπως και τη κλινική εικόνα. Αναλύουμε τη ψυχολογία της γυναίκας μετά το τοκετό, την υποθετική ύπαρξη μελαγχολίας, τις διαταραχές σχέσεων μητέρας – βρέφους. Στο τρίτο μέρος παρατίθενται οι τρόποι πρόληψης και η ψυχοπροφυλακτική κατά τη διάρκεια της κύησης, του τοκετού και της λοχείας. Τέλος, στο τέταρτο μέρος προβάλλουμε τους τρόπους αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης και αναφέρουμε πότε πρέπει να αναζητηθεί ιατρική φροντίδα.

Κατά συνέπεια η ύλη της ανά χειράς εργασίας, καλύπτει ένα μεγάλο και σημαντικό τμήμα του γνωστικού αντικειμένου της “Διασυνδεδετικής – Συμβουλευτικής Ψυχιατρικής” η οποία αποτελεί του κλάδου της Ψυχιατρικής που τη συνδέει με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός δημιουργίας της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που οδηγούν στη Κατάθλιψη μετά το τοκετό.

Η σύνθεση και επιμέλεια της ύλης έγινε από φοιτήτριες που ανήκουν στο τμήμα της Νοσηλευτικής κατόπιν μελέτης παλαιότερων και σύγχρονων βιβλίων και μέσω της εξερεύνησης του παγκόσμιου ιστού. Κατεβλήθη προσπάθεια να καλυφθούν πλήρως τα επιμέρους θέματα και να τεκμηριωθεί το περιεχόμενο των κεφαλαίων με τις κατά των δυνατών πιο αξιόπιστες και πρόσφατες βιβλιογραφικές αναφορές. Στον αναγνώστη εναπόκειται η κρίση για την επιτυχία του επιτεύγματος.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Κατάθλιψη είναι μία συναισθηματικά διαταραχή που τα συμπτώματά της προκαλούν στο άτομο δυσάρεστα συναισθήματα τα οποία το ωθούν, πολλές φορές, ακόμα και στην αυτοκτονία. Η διαταραχή αυτή συναντάτε σε πολύ μεγάλη συχνότητα, ένας στους πέντε ενήλικες θα εμφανίσει κάποια στιγμή της ζωής του μια μορφή κατάθλιψης, ενώ σήμερα, δύο στα εκατό παιδιά και πέντε στους εκατό ενήλικες υποφέρουν από Κατάθλιψη (Kaplan & Sadak, 1991).

Πολλές γυναίκες, που είχαν τη τύχη να ξεπεράσουν όλα τα εμπόδια που η παραδοσιακή στάση και οι νοσοκομειακές διαδικασίες βάζουν στο δρόμο τους (κι αυτές που είναι αρκετά τυχερές να γεννήσουν στο σπίτι τους) περνούν τη περίοδο αμέσως μετά το τοκετό μέσα σε μια ανάταση και έκσταση. Η χαρά και η ικανοποίησή τους είναι ευχάριστη και θαυμαστή γι' αυτούς που τη βλέπουν. Οι περισσότεροι όμως έχουν την εντύπωση ότι η κατάθλιψη, η «μελαγχολία» - επιλόχεια κατάθλιψη – χαρακτηρίζει περισσότερο τη διάθεση των γυναικών μετά τη γέννηση.

Στην παρούσα εργασία θα εξεταστούν οι παράγοντες που οδηγούν στη επιλόχεια Κατάθλιψη. Έπειτα θα αναλυθεί ενδελεχώς η Επιλόχεια Κατάθλιψη και, πιο συγκεκριμένα, θα εξεταστεί η έννοια, η αιτιολογία, η επιδημιολογία και η θεραπεία της, θα εκτεθούν τα συμπεράσματά της ενώ θα μελετηθούν οι θεωρίες και ερμηνείες που έχουν, κατά καιρούς, διατυπωθεί για τη διατάραξη αυτής της διάθεσης.

Στη συνέχεια, θα οριστούν οι έννοιες της Επιλόχειας Κατάθλιψης και θα μελετηθεί η αιτιολογία της συμπεριφοράς αυτής.

Κατόπιν θα μελετηθεί η λειτουργία, η κλινική δράση και οι παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών.

Επιπλέον θα παρουσιαστούν στατιστικά στοιχεία που θα αναλύουν την διερεύνηση των παραγόντων που οδηγούν στην Επιλόχεια κατάθλιψη.

Επιπρόσθετα, θα υπογραμμιστεί η σπουδαιότητα της διαταραχής αυτής προκειμένου να αποφευχθεί η δυσάρεστη αυτή κατάσταση την οποία βιώνει η γυναίκα μετά το τοκετό.

Επίσης θα μελετηθούν οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που εφαρμόζονται για τη θεραπεία της Επιλόχειας Κατάθλιψης που εφαρμόζονται στη περίπτωση αυτή.

Τέλος θα παρατεθούν τα διαγνωστικά κριτήρια της Επιλόχειας Κατάθλιψης, και των παραγόντων που την προκαλούν προκειμένου να κατατοπιστεί ο αναγνώστης καλύτερα με τις επιστημονικά αποδεκτές έννοιες και τα ευρέως αποδεκτά κριτήρια της Επιλόχειας Κατάθλιψης.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο :ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</i>	<i>13</i>
<i>1.1: Η ιστορία της κατάθλιψης</i>	<i>14</i>
<i>1.2:Επιδημιολογία της κατάθλιψης</i>	<i>16</i>
<i>1.3:Ορισμός και βιολογική βάση της κατάθλιψης</i>	<i>23</i>
<i>1.4:Είδη κατάθλιψης</i>	<i>29</i>
<i>1.5:Αίτια-προδιαθεσικοί παράγοντες κατάθλιψης</i>	<i>33</i>
<i>1.6:Κλινική εικόνα- συμπτωματολογία</i>	<i>36</i>

<i>1.7:Θεραπεία κατάθλιψης</i>	42
<i>1.7.1: Θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών</i>	44
<i>1.7.2: Ψυχοθεραπείες</i>	44
<i>1.7.3: Θεραπεία με αντικαταθλιπτικά</i>	46
<i>1.7.4:Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης</i>	49
<i>1.7.5: Θεραπεία επειγουσών καταστάσεων</i>	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο :ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	58
	59
<i>2.1:Ορισμός επιλόχειας κατάθλιψης</i>	
<i>2.2:Επιδημιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης</i>	61
<i>2.3:Αίτια-προδιαθεσικοί παράγοντες</i>	64
<i>2.4:Κλινική εικόνα - συμπτωματολογία</i>	72
<i>2.4.1:Συνέπειες</i>	74
<i>2.5:Η συμβολή της οικογένειας</i>	76

<i>2.6: Η ψυχολογία της γυναίκας</i>	<i>79</i>
<i>2.6.1: Η μελαγχολία</i>	<i>82</i>
<i>2.6.2: Κατάθλιψη και η σχέση με το μωρό</i>	<i>85</i>
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	92
<i>3.1: Παράγοντες επικινδυνότητας</i>	<i>94</i>
<i>3.2: Η ψυχοπροφυλακτική μέθοδος</i>	<i>95</i>
<i>3.2.1: Προφυλακτική προγεστερόνη</i>	<i>98</i>
<i>3.2.2: Αρχές θεραπείας με προγεστερόνη</i>	<i>98</i>
<i>3.3: Είδη θεραπείας</i>	<i>100</i>
<i>3.4: Ψυχοθεραπευτική παρέμβαση</i>	<i>100</i>
<i>3.4.1: Θεραπευτικές επιπλοκές & φαρμακευτική αγωγή</i>	<i>102</i>
<i>3.5: Νοσηλευτική και Ιατρική αντιμετώπιση</i>	<i>104</i>
<i>3.6: Αυτοβοήθεια στο σπίτι</i>	<i>106</i>

<i>4.0: Νοσηλευτική Παρέμβαση</i>	<i>110</i>
<i>4.1: Κλινική Περίπτωση Α</i>	<i>113</i>
<i>4.2: Κλινική Περίπτωση Β</i>	<i>117</i>
<i>Συμπεράσματα</i>	<i>120</i>
<i>Προτάσεις</i>	<i>123</i>
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	<i>124</i>
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	<i>127</i>
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	<i>131</i>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Στη μελέτη αυτή θα γίνει μια προσπάθεια συνοπτικής αλλά έγκυρης ενημέρωσης για μια από τις πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές, την κατάθλιψη. Η κατάθλιψη αν και τόσο συχνή στην ουσία παραμένει άγνωστη στο ευρύ κοινό (και μερικές φορές δυστυχώς όχι μόνο σε αυτό). (Σκοπιανάκης Π. 2006).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη απαντάται ως ένα συχνό φαινόμενο τόσο στο χώρο της ψυχιατρικής όσο και στο χώρο της γενικής ιατρικής. Η διάγνωσή της είναι πάντοτε επιβεβλημένη, αφενός επειδή είναι μια κατάσταση που, αφού διαγνωσθεί τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά και αφετέρου επειδή οι συνέπειες της μπορεί να είναι ιδιαίτερα σοβαρές (δυσλειτουργία και κακή ποιότητα ζωής του αρρώστου, κίνδυνος αυτοκτονίας, παρεμπόδιση της αντιμετώπισης συννοσηρών σωματικών διαταραχών, κατάχρηση ουσιών, κ. λ. π.). Γι' αυτούς τους λόγους όλοι οι γιατροί θα πρέπει να είναι σε θέση να διαγνώσουν την κατάθλιψη, ενώ η μη διάγνωση της (άρα και η μη αντιμετώπισή της) θα μπορούσε να θεωρηθεί ιατρικό σφάλμα. (Σολδάτος Κ. 1999).

1.1 Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ο καθένας που παθαίνει κατάθλιψη έχει τη δική του ατομική ιστορία. Παρόλα αυτά, όλες αυτές οι ιστορίες έχουν μια κοινή πλοκή. Για να κατανοήσουμε την ιστορία της κατάθλιψης, χρειάζεται να καταλάβουμε πως λειτουργούν τα ανθρώπινα πλάσματα σε κάθε στιγμή της ζωής τους.

« Κανένας άνθρωπος δεν έχει ποτέ ακριβώς τις ίδιες εμπειρίες με έναν άλλον , γι' αυτό ποτέ δεν βλέπουμε τα πράγματα με τον ίδιο ακριβώς τρόπο.» (Roe D. 2005).

Τι εννοούμε με τον όρο κατάθλιψη στην καθημερινή γλώσσα

Η λέξη κατάθλιψη έχει πολλές διαφορετικές σημασίες. Άλλα εννοούμε όταν την χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας γλώσσα και άλλα όταν την 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 μελαγχολικά”, 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 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 τη τελευταία τόσο πιο στεναχωρημένοι νιώθουμε, τόσο πιο μελαγχολικά και καταθλιπτικά αισθανόμαστε. Η κατάθλιψη λοιπόν όπως την 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 αν 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, απώλεια κάποιου σημαντικού πράγματος. Η κατάθλιψη όπως χρησιμοποιούμε τον όρο καθημερινά είναι μια πανανθρώπινη εμπειρία. Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει ζήσει την συναισθηματική αυτή εμπειρία. Ανεξάρτητα αν κάποιοι άνθρωποι χρησιμοποιούν αυτό τον όρο για να εκφράσουν διαφορετικό βαθμό λύπης (άλλοι ακόμη και για την μικρού βαθμού λύπη και άλλη 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 την διάρκειά της ημέρας. Συμπερασματικά λοιπόν θα λέγαμε ότι η κατάθλιψη με την κοινή σημασία του όρου είναι μια άσχημη διάθεση που είναι η φυσιολογική απάντηση σε ένα ερέθισμα που συνήθως έχει να κάνει με μια αίσθηση απώλειας, όπως ο θάνατος κάποιου αγαπημένου προσώπου, ο χωρισμός, η απώλεια της εργασίας, η μη επίτευξη των στόχων μας, η απώλεια ενός υλικού αγαθού κ.λ.π. Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις δεν διαρκούν πολύ, συνήθως δεν επηρεάζουν τη γενική λειτουργικότητα και δραστηριότητα του ατόμου, εύκολα μεταβάλλονται και τροποποιούνται και συνήθως αυτοπεριορίζονται.

Τι εννοούμε με τον όρο Κατάθλιψη στην Ψυχιατρική;

Ο όρος Κατάθλιψη στην Ψυχιατρική υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή μια διαταραχή η οποία προκαλεί έναν συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν συναντάται σε άλλη νόσο (οι γιατροί συνηθίζουν να ονομάζουν αυτούς τους συνδυασμούς συμπτωμάτων, που εμφανίζονται μαζί πολύ πιο συχνά απ'ότι θα περίμενε κανείς μόνο από τύχη ,ως σύνδρομα). Ένα από τα χαρακτηριστικά της Κατάθλιψης είναι και η άσχημη διάθεση και γι'αυτό το σύνδρομο ονομάστηκε έτσι. Δεν είναι όμως το μοναδικό ενώ μερικές φορές μπορεί και να απουσιάζει. Σαν αρρώστια, η Κατάθλιψη έχει κάποιους προδιαθεσικούς και αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της, μια συγκεκριμένη πορεία, πρόγνωση και θεραπεία. (Σκοπιανάκης Π. 2006).

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.

Η συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα του φαινομένου της κατάθλιψης οφείλεται στην αύξηση του μέσου όρου ζωής και των χρόνιων διαταραχών που συνοδεύονται δευτερογενώς από κατάθλιψη και στις απότομες ψυχοκοινωνικές και κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που συνδέονται με την έναρξη και τη διατήρηση της κατάθλιψης. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, υπολογίζεται ότι περίπου εκατό εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως ταλανίζονται, ανά πάσα στιγμή, από κλινικά αναγνωρίσιμα επίπεδα κατάθλιψης, γεγονός που καθιστά τη διαταραχή αυτή της διάθεσης ως ένα από τα πιο συχνά και σοβαρά προβλήματα δημοσίας υγείας. Ένα ποσοστό από δέκα έως είκοσι πέντε τοις εκατό του γενικού πληθυσμού (ένας στους πέντε) θα εμφανίσει κάποια στιγμή στη ζωή του καθαρά συμπτώματα κατάθλιψης. Παγκοσμίως , παρατηρείται μια τάση να μειώνεται το όριο ηλικίας στην οποία οι άνθρωποι βιώνουν την πρώτη τους καταθλιπτική εμπειρία .

Επιπρόσθετα, όσον αφορά την επιδημιολογία της κατάθλιψης, σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες που χρησιμοποίησαν συνέντευξη και συστηματικά διαγνωστικά κριτήρια στις ΗΠΑ τα ποσοστά της μείζονος κατάθλιψης κυμαίνονται μεταξύ 2,2% και 3,5% και της δυσθυμίας μμεταξύ 2,1 και 3,8% (Myers, Weissman, Tischler, Holzer, Leaf, Orvaschel, Antony, Boyd, Burke, Kramer and Stoltzman, 1984). Τα ποσοστά για όλη τη ζωή, όπως αυτά εκτιμήθηκαν από ανάλογες αναφορές των υποκειμένων στα καταθλιπτικά συμπτώματα που εκδήλωσαν στο παρελθόν, κυμαίνονται σε ότι αφορά τη μείζονα κατάθλιψη από 4, 0% μμέχρι 8, 4% και σε ότι αφορά τη δυσθυμία από 2, 2% μμέχρι 4, 1%. Όσον αφορά τον ελληνικό πληθυσμό έρευνες (Madianos and Stefanis, 1992· Madianos, Stefanis and Madianou, 1987) κατέληξαν σε ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 3, 6% και 5,4% για την επικράτηση των τωρινών καταθλιπτικών επεισοδίων και 7, 8% για την επικράτηση της νευρωσικής κατάθλιψης και των καταθλιπτικών αντιδράσεων. Επιδημιολογικές μελέτες αποδεικνύουν πως οι γυναίκες πάσχουν από κατάθλιψη σε ποσοστά πολύ υψηλότερα από ότι οι άνδρες. Σύμφωνα με τις έρευνες αυτές οι γυναίκες έχουν διπλάσιες περίπου πιθανότητες να βιώσουν κλινική κατάθλιψη από ότι οι άνδρες. Μάλιστα, σύμφωνα με τους Myers, Weissman, Tischler et al. (1984), τα ποσοστά μείζονος κατάθλιψης και δυσθυμίας κυμαίνονται μεταξύ 2,9% και 5, 4% για τις γυναίκες και μμεταξύ 1, 2% και 2, 6% για τους άνδρες. Οι διαπιστωμένες διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τη συχνότητα της κατάθλιψης είναι πραγματικές, δεν οφείλονται σε μεθοδολογικά λάθη, αλλά σε ψυχολογικές και βιολογικές διαφορές. Ωστόσο, αυτές οι διαφορές δεν είναι σταθερές αλλά μεταβάλλονται ανάλογα με την ηλικία του ατόμου. Έτσι, ενώ στα παιδιά του δημοτικού δεν διαπιστώνονται διαφορές που να σχετίζονται με το φύλο του ατόμου, κατά την εφηβεία σημειώνεται αύξηση της συχνότητας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των διαγνώσεων της κατάθλιψης στα κορίτσια.

Τα στοιχεία σχετικά με τις διαταραχές της διάθεσης υποδεικνύουν ότι υπάρχει μία σημαντική ανισορροπία μεταξύ των δύο φύλων αναφορικά με τα

ποσοστά της κατάθλιψης· σχεδόν το 70% των ατόμων που υποφέρουν από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και δυσθυμία είναι γυναίκες (Bland, 1997. Weissman et. Al., 1991). Υπολογίζεται ότι οι γυναίκες εμφανίζουν κατάθλιψη σε διπλάσιο ποσοστό σε σχέση με τους άντρες (Kaplan & Sadock, 1991). Κατά παράδοξο τρόπο, αυτή η άνιση κατανομή ποσοστών κατάθλιψης μεταξύ των φύλων ισχύει παγκόσμια, αν και τα συνολικά ποσοστά της διαταραχής διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Μία αιτία για το γεγονός αυτό πιθανόν να είναι το ότι οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα σχετικά με την εκδήλωση των συναισθηματικών διαταραχών επηρεάζονται έντονα από την αίσθηση της απώλειας ελέγχου του ατόμου επί των καταστάσεων που λαμβάνουν χώρα στο περιβάλλον του. Η πηγή αυτών των διαφορών στα δύο φύλα είναι πολιτισμική και σχετίζεται με τους ρόλους που η κοινωνία αναθέτει στους άντρες και στις γυναίκες. Έτσι, ενώ οι άνδρες παροτρύνονται από την κοινωνία να είναι ανεξάρτητοι, κυρίαρχοι και σίγουροι για τον εαυτό τους, οι γυναίκες αναμένεται να είναι περισσότερο παθητικές, ευαίσθητες και να βασίζονται στην υποστήριξη των άλλων ανθρώπων γύρω τους περισσότερο από ότι οι άνδρες. Τα στερεότυπα αυτά αλλάζουν αργά αλλά σταθερά και περιγράφουν ακόμα και στην εποχή μας τους ρόλους των φύλων της σύγχρονης κοινωνίας σε μεγάλο βαθμό.



Ωστόσο, η παθητικότητα που επιβάλλει η κοινωνία στις γυναίκες μπορεί να τις καταστήσει περισσότερο ευάλωτες στην εκδήλωση συναισθηματικών διαταραχών αυξάνοντας τα αισθήματα της απώλειας ελέγχου που βιώνουν.

Μάλιστα, όταν οι οικογένειες ενθαρρύνουν την υιοθέτηση αυτών των στερεοτυπικών ρόλων συμβάλλουν στην ανάπτυξη πρώιμης ψυχολογικής ευαλωτότητας στην κατάθλιψη. Γι' αυτό ευθύνεται ο συντηρητικός, υπερπροστατευτικός τρόπος ανατροφής των παιδιών, ο οποίος δεν επιτρέπει στο άτομο που βρίσκεται στην παιδική ηλικία να αναπτύξει πρωτοβουλίες.

Επιπρόσθετα, η αξία που αποδίδουν οι γυναίκες στις προσωπικές σχέσεις τους τις θέτει σε κίνδυνο όσον αφορά την εκδήλωση συναισθηματικών διαταραχών. Έτσι, η διάλυση σημαντικών προσωπικών σχέσεων, μπορεί να είναι πολύ περισσότερο τραυματικές για τις γυναίκες από ό,τι για τους άνδρες. Μια ακόμα σημαντική διαφορά στα δύο φύλα όσον αφορά την κατάθλιψη είναι το γεγονός πως οι γυναίκες τείνουν να σκέπτονται περισσότερο από τους άνδρες την κατάσταση που ζουν και να κατηγορούν τον εαυτό τους για την κατάθλιψη τους (Susan Nolen – Hoeksema, 1987, 1990). Αντίθετα, οι άνδρες προσπαθούν να αγνοούν τα αισθήματα τους, συμμετέχοντας σε διάφορες δραστηριότητες (π.χ. άθληση) που τους αποτρέπουν από το να σκέπτονται. Αυτή η "δραστηριοποίηση" των αντρών μπορεί να δρα θεραπευτικά επειδή η συνεχής απασχόλησή τους με διάφορες ενδιαφέροντες ασχολίες είναι βασικό στοιχείο της επιτυχημένης θεραπείας της κατάθλιψης. Ίσως οι γυναίκες είναι καταδικασμένες λόγω της φύσης τους να βρίσκονται σε μειονεκτικότερη θέση στην κοινωνία μας επειδή βιώνουν πιο έντονα τη διάκριση, τη σεξουαλική παρενόχληση και την κακοποίηση σε σχέση με τους άντρες.

Επιπλέον, όλες οι γυναίκες αναλογικά και, κυρίως, οι ανύπαντρες μμητέρες, δυσκολεύονται προσληφθούν σε μία εργασία. Συνεπώς, αν και οι εργαζόμενες παντρεμένες γυναίκες αναφέρουν ίδια επίπεδα κατάθλιψης με τους εργαζόμενους παντρεμένους άνδρες, οι ανύπαντρες, ή χήρες γυναίκες, βιώνουν αναλογικά περισσότερη κατάθλιψη από ότι οι άνδρες που ανήκουν στις ίδιες κατηγορίες (Weissman & Klerman, 1977). Οποσδήποτε, για τα άτομα και των δύο φύλων, η αίσθηση της υπεροχής και της κοινωνικής εκτίμησης από ρόλους όπως αυτόν του οικογενειάρχη και του γονέα θα πρέπει να σχετίζεται με χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης.

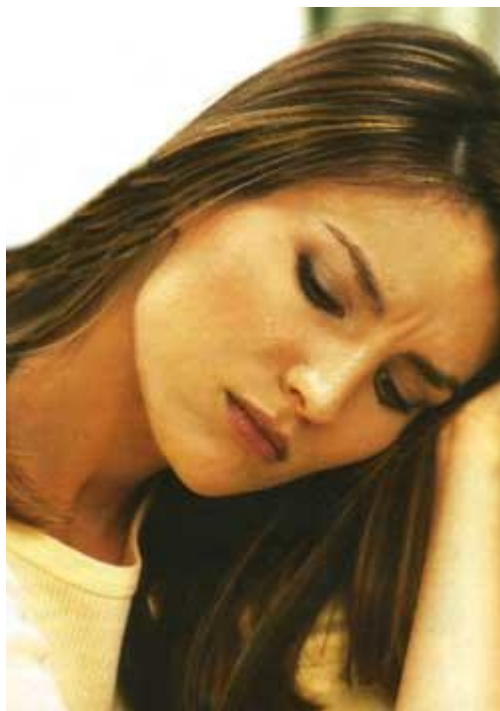
Στατιστικά στοιχεία μας πληροφορούν για τη συχνότητα της κατάθλιψης αναφορικά με τις συζυγικές σχέσεις (έρευνα των Bruce and Kim, 1992). Όσον αφορά τις συζυγικές σχέσεις που οδήγησαν στο διαζύγιο, περίπου το 21% των γυναικών που ανέφεραν τη διάλυση του γάμου τους (κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης έρευνας) βίωσαν σοβαρή μορφή κατάθλιψης, ένα ποσοστό τρεις φορές μεγαλύτερο από το ποσοστό των γυναικών που παρέμειναν παντρεμένες. Όσον αφορά τους άντρες, σχεδόν το 17% που ανέφεραν χώρισαν βίωσαν κατάθλιψη βαριάς μορφής, ένα ποσοστό εννέα φορές μεγαλύτερο από εκείνο των ανδρών που δεν πήραν διαζύγιο. Το 14% των ανδρών που χώρισαν κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου βίωσαν κατάθλιψη σοβαρής μορφής χωρίς να έχουν ιστορικό εκδήλωσης κατάθλιψης, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών ήταν περίπου 5%. Συνεπώς, μόνο οι άνδρες αντιμετώπισαν έναν αυξανόμενο κίνδυνο εκδήλωσης μίας διαταραχής της διάθεσης για πρώτη φορά αμέσως μετά το διαζύγιο. Αυτό μας ωθεί να σκεφτούμε πως οι άντρες είναι περισσότερο επιρρεπείς στην κατάθλιψη μετά από ένα διαζύγιο αναφορικά με τις γυναίκες.

Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί από σχετικές μελέτες (Gotlib & Beach, 1995) πως και η κατάθλιψη, κυρίως όταν είναι μεγάλης διάρκειας, μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση των συζυγικών σχέσεων. Ίσως αυτό να συμβαίνει επειδή η ζωή με έναν καταθλιπτικό, που

συνεπάγεται ένα άτομο συνεχώς κακοδιάθετο, άκεφο, και απαισιόδοξο, καθίσταται κάποια στιγμή κουραστικό και αυτό το αντιλαμβάνεται και το καταθλιπτικό άτομο οπότε τροποποιούνται ανάλογα (αρνητικά) τα συναισθήματά του. Αυτές αλληλεπιδράσεις οδηγούν αναπόδραστα στην εκδήλωση διαφωνιών ή χειρότερα, κάνουν το άλλο άτομο, αυτό που δεν υποφέρει από κατάθλιψη, να επιθυμεί να χωρίσει.

Γενικότερα, τα ποσοστά της κατάθλιψης βρίσκονται σε ανοδική πορεία, ειδικά στον πληθυσμό των νέων, οι οποίοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο σε σχέση με τους ηλικιωμένους. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για το φαινόμενο αυτό είναι πολλοί όπως για παράδειγμα αλλαγές στη σύνθεση της οικογένειας, ανεργία,

μεταβολές στους ρόλους των φύλων, άγχος κ.ά. Το πιθανότερο είναι πως όλοι αυτοί οι παράγοντες αλληλεπιδρούν με γενετικούς παράγοντες προδιάθεσης και καθορίζουν ποια άτομα τελικά θα εκδηλώσουν κατάθλιψη (Klerman and Weissman, 1989).



Οι διαταραχές της διάθεσης είναι παρόμοιες στα παιδιά και τους ενήλικες, κι αυτό αποδεικνύεται και στο DSM- IV όπου υπάρχει κοινή κατηγοριοποίηση της κατάθλιψης σε παιδιά και ενήλικες, σε αντίθεση με τις αγχώδεις διαταραχές. Ωστόσο, οι τρόποι εκδήλωσης της κατάθλιψης ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία του ατόμου. Όσον αφορά τη συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης, αυτή επίσης ποικίλει ανάλογα με την ηλικία του ατόμου. Έτσι, οι καταθλιπτικές διαταραχές εμφανίζονται λιγότερο συχνά στα παιδιά απ' ό,τι στους ενήλικες, αν και τα ποσοστά αυξάνονται δραματικά κατά τη διάρκεια της εφηβείας, όπου και η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα ακόμα και από τους ενήλικες (Peterson, Compos, Brooks- Gunn, Stemmler an Grant, 1993). Οι έφηβοι βιώνουν πιο συχνά μείζονα καταθλιπτική διαταραχή παρά δυσθυμία όπως ακριβώς και οι ενήλικοι.

Επίσης, στους εφήβους, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή συναντάται συχνότερα στις κοπέλες όπως και στους ενήλικες, αλλά αυτό δεν ισχύει στην περίπτωση της πιο ήπιας κατάθλιψης. Μια σημαντική αναπτυξιακή διαφορά

αναφορά ανάμεσα στα παιδιά, τους εφήβους και τους ενήλικες είναι πως τα παιδιά, και κυρίως τα αγόρια, γίνονται περισσότερο επιθετικά και καταστρεπτικά κατά τη διάρκεια των καταθλιπτικών επεισοδίων. Γι αυτό και μερικές φορές η κατάθλιψη στα παιδιά μεταφράζεται ως υπερκινητικότητα ή ως διαταραχή της διαγωγής όπου είναι συνηθισμένη η καταστρεπτικότητα και η καταστροφική συμπεριφορά. Συχνή είναι και η συνοσηρότητα κατάθλιψης με άλλη ψυχική νόσοι για παράδειγμα, ο Biederman και οι συνεργάτες του (1990) βρήκαν πως το 32% των παιδιών με διαταραχή ελαττωματικής

προσοχής πληγούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια της μείζονος κατάθλιψης. Επίσης, οι έφηβοι με διπολική διαταραχή μπορούν να εκδηλώσουν επιθετικές, παρορμητικές ή σεξουαλικά προκλητικές συμπεριφορές και να είναι επιρρεπείς στα ατυχήματα. Υψηλά είναι και τα ποσοστά αποπειρών αυτοκτονίας στους εφήβους που πάσχουν από κατάθλιψη, συνοδευόμενη από σοβαρές μορφές ψυχοπαθολογίας και έντονα διαταραγμένη λειτουργικότητα.

Και στους ηλικιωμένους είναι παρόν το φαινόμενο της κατάθλιψης. Υπολογίζεται πως το 18% με 20% των ηλικιωμένων στα γηροκομεία μπορεί να βιώνουν μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια (Rochwood, Stolee & Beahim, 1991) κυρίως μετά την ηλικία των 60 ετών. Τα βασικά συμπτώματα είναι οι έντονες δυσκολίες στον ύπνο, υποχονδρίαση και διέγερση. Η διάγνωση της διαταραχής στα άτομα αυτά παρουσιάζει δυσκολίες, καθώς τα συμπτώματα της κατάθλιψης περιπλέκονται με τα συμπτώματα κάποιας σωματικής ασθένειας ή της άνοιας. Τα ποσοστά της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι τα ίδια ή και μικρότερα από το συνολικό πληθυσμό ίσως επειδή τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής μειώνονται με την ηλικία.

Ωστόσο, τα συμπτώματα της κατάθλιψης αυξάνονται σημαντικά με την πάροδο του χρόνου. Η αυξητική τάση της κατάθλιψης σχετίζεται με μειωμένη κοινωνική στήριξη. Η σωματική αδυναμία και η μοναξιά αυτών των ανθρώπων αυξάνουν την πιθανότητα να γίνουν πιο αδύναμοι και περισσότερο κοινωνικά απομονωμένοι. Πρόκειται για έναν τραγικό φαύλο κύκλο. (Χατζηδημητρίου Σ. 2006).

1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.

Με το πέρασμα του χρόνου εμφανίστηκε ένας αριθμός σχολών στους τομείς της ψυχολογίας και ψυχιατρικής. Αυτές οι σχολές αρχίζουν από την ορθόδοξη Φροϋδική αντίληψη και φτάνουν μέχρι τις θεωρίες του Harry Stack Sullivan για τις διαπροσωπικές σχέσεις, από τη προσέγγιση gestalt του Frederick Perl μέχρι τη Σκιννερική σχολή των εξαρτημένων αντανακλαστικών και τη χρήση του ηλεκτροσόκ από τους οπαδούς της οργανικής σχολής. Χαρακτηριστικό των περισσότερων σχολών, και πολλών από τους ανθρώπους που τις ακολουθούν, είναι η απόλυτη στάση μια στάση αποκλειστικότητας αναφορικά με τις θεωρητικές αρχές και θεραπευτικές μεθόδους. (Flach Md. Frederic F. 1974).

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Κατάθλιψη είναι η δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση του ατόμου που συνοψίζεται σε μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών (Robert and Lamontagne, 1997).

Η λέξη «κατάθλιψη» χρησιμοποιείται για ένα φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων που μπορεί να είναι είτε φυσιολογικές είτε παθολογικές (Robert and Lamontagne, 1997` Silverman, 1968). Συνεπώς η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί πρώτον, μια φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα, όπως για παράδειγμα όταν λαμβάνει χώρα μια σημαντική για το άτομο απώλεια ή θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, δεύτερον ένα σύμπτωμα, στην περίπτωση όπου η κατάθλιψη είναι μια μορφή αντίδρασης στο στρες ή μια

δευτερογενής αντίδραση σε ασθενείς με οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα και τρίτον, μια ψυχοπαθολογική διαταραχή ή σύνδρομο, όπως για παράδειγμα η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η Δυσθυμική Διαταραχή ή οι Διπολικές Διαταραχές που μεταξύ άλλων κατατάσσονται, τόσο σύμφωνα με το ICD-10 (World Health Organization, 1993) όσο και με το DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), στις Διαταραχές της Διάθεσης. Με τον όρο «Διαταραχές της Διάθεσης» ή, παλαιότερα, «Συναισθηματικές Διαταραχές» αναφερόμαστε σε έναν αριθμό κλινικών καταστάσεων των οποίων το κύριο χαρακτηριστικό είναι η διαταραχή στη διάθεση, που συνοδεύεται από γνωστικές ψυχοκινητικές, ψυχοφυσιολογικές και διαπροσωπικές δυσκολίες.



Η κατάθλιψη θεωρείται ως μια συνήθης ψυχοβιολογική αντίδραση στην ένταση. Κάθε άτομο αντιμετωπίζει υποχρεωτικά μια ποικιλία από εντάσεις κατά τη διάρκεια της ζωής του, διότι ο άνθρωπος είναι μια ψυχοβιολογική μονάδα που κάθε του σκέψη και συναίσθημα προκαλεί ανάλογη αλλαγή στη χημική σύσταση του νευρικού του συστήματος. Έτσι, γεγονότα όπως ιογενείς λοιμώξεις ή συναισθήματα συνοδευόμενα από σωματικά συμπτώματα συχνά αποτελούν απόρροια κατάθλιψης δυσάρεστων- για το άτομο- γεγονότων (θάνατος αγαπημένου προσώπου, χωρισμός κ. α).

Ωστόσο, οφείλουμε να κάνουμε έναν διαχωρισμό ανάμεσα στην θλίψη και την κατάθλιψη. Όλοι κάποιες στιγμές στη καθημερινή μας ζωή βιώνουμε συναισθήματα λύπης η οποία μερικές φορές επιμένει και παίρνει διαστάσεις σε βαθμό που παύει να είναι μια απλή «συναισθηματική πτώση» ή, απλώς, μια κακή διάθεση. Τις στιγμές αυτές το άτομο με κατάθλιψη βιώνει πολύ μεγάλη δυσκολία και έντονο «εσωτερικό πόνο». Σ αυτή την περίπτωση μπορούμε να μιλήσουμε για κλινική κατάθλιψη, τη στιγμή που πληρούνται ταυτόχρονα ορισμένα ακόμη συγκεκριμένα κριτήρια που είναι χαρακτηριστικά της κατάθλιψης. Η πλειοψηφία των ανθρώπων πιστεύουν ότι οι περίοδοι κατά τις οποίες αισθάνονται κατάθλιψη περνούν σχετικά γρήγορα και περιμένουν από τους ίδιους αλλά και από τους άλλους να τις καταπολεμήσουν και να μην επιτρέψουν στις δύσκολες στιγμές που περνούν να τους καταβάλλουν. Ιδιαίτερα στην Ελλάδα, δεν δίνεται η βαρύτητα ή ο χρόνος για συζήτηση του ζητήματος της κατάθλιψης, σε αντίθεση με άλλες καταστάσεις που ίσως να βιώνει το άτομο (π.χ. το άγχος, το οποίο τίθεται σε συζήτηση πιο εύκολα), ίσως επειδή θεωρείται λανθασμένα ότι ο καθένας θα πρέπει να ελέγχει αρκετά καλά τις διαθέσεις και τα συναισθήματα του. Συνεπώς, θεωρείται δεδομένο πως οι δύσκολες στιγμές και εμπειρίες θα πρέπει να ξεπεραστούν σχετικά γρήγορα μέσα από την ενεργή επέμβαση, την προσπάθεια και τη θέληση του ατόμου (Gotlib & Hammen, 1992). Η διαφοροποίηση μεταξύ της φυσιολογικής θλίψης από την κλινική κατάθλιψη είναι, συχνά, δύσκολη. Όταν λοιπόν η καταθλιπτική διάθεση επιμένει και προκαλεί εμπόδια και δυσκολίες στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου, πάντα σε συνδυασμό με άλλα συμπτώματα, τότε μιλάμε για κλινικά διαγνωσκόμενη κατάθλιψη.

Σημαντικό κρίνεται να υπογραμμίσουμε τη διαφορά μεταξύ θλίψης και κατάθλιψης. συναισθηματικές καταστάσεις οι οποίες διαφέρουν τις περισσότερες φορές τουλάχιστον. Πιο συγκεκριμένα, ενώ η θλίψη φαίνεται να χαρακτηρίζεται ουσιαστικά από μια επώδυνη απώλεια που βιώνει ένα άτομο, αντίθετα η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από μια «πεσμένη» διάθεση που έχει περιγράψει και ως «επώδυνη αναισθησία» από τους Wender και Klein (1981). Μάλιστα, σύμφωνα με τους Whybrow, Akiskal και McKinney (1984), η

κατάθλιψη ορίζεται ως μια κατάσταση όπου μεταβάλλεται η ποιότητα και η ένταση της διάθεσης, η οποία επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου και δεν μπορεί να ξεπεραστεί εύκολα, σε τέτοιο βαθμό που το άτομο δεν μπορεί να νιώσει ασφάλεια, να ανακουφιστεί, να νιώσει καλύτερα. Επίσης, Η διάθεση του ατόμου δεν αλλάζει εύκολα, διατηρείται και πηγάζει από το ίδιο το άτομο. Η δυσάρεστη κατάσταση επιμένει όσο κι αν προσπαθεί το άτομο να την διαφοροποιήσει. Μάλιστα, πολλές φορές, δεν υπάρχει κανένα ερέθισμα που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως έναυσμα για αυτή τη διάθεση. (Χατζοπούλου Ε. 2004).

Η κατάθλιψη αρχίζει στα 40

Πιο ευάλωτες οι γυναίκες

Ο κίνδυνος εκδήλωσης μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σ' όλη τη διάρκεια ζωής του ατόμου είναι 10%-25% για τις γυναίκες και 5%-12% για τους άντρες, ενώ η μέση ηλικία έναρξής της είναι περίπου τα 40 χρόνια. Αυτά προκύπτουν από στοιχεία ερευνών που παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκεια του 2ου διεθνούς συνεδρίου με θέμα «Εγκέφαλος και Συμπεριφορά» που πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη. Η κατάθλιψη είναι δύο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες απ' ότι σε εφήβους και ενήλικους άντρες, αλλά είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια στην προεφηβική ηλικία. Μπορεί να εμφανιστεί για πρώτη φορά στην παιδική ηλικία ή στο γήρας, αν και αυτό είναι ασύνηθες. Η μανιοκατάθλιψη είναι λιγότερο συνήθης από ότι η κατάθλιψη (0,5%-1,6%) και η έναρξή της πιο πρόωμη. Όσον αφορά το φύλο, είναι εξίσου συχνή σε άντρες και γυναίκες. Το πρώτο επεισόδιο είναι συνήθως μανιακό στους άντρες και καταθλιπτικό στις γυναίκες. Ενώ τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από μανιοκατάθλιψη παίρνουν θεραπεία, από το σύνολο των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη μόνο το 50% ίσως και λιγότερο, θα πάρει κάποια στιγμή ειδική θεραπεία. Τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα

επιτυγχάνονται όταν συνδυάζονται οι βιολογικές με τις ψυχοθεραπευτικές και τις ψυχοκοινωνικές μεθόδους.

Όσον αφορά τη σχιζοφρένεια οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι προσβάλλει το 1% με 1,5% του πληθυσμού. Οι ασθενείς είναι κατά κανόνα νεαρά άτομα, ηλικίας 15 - 35 ετών. (Χατζοπουλου Ε. 2006).

Ποια είναι η διαφορά μεταξύ του φυσιολογικού καταθλιπτικού συναισθήματος και της κλινικής κατάθλιψης;

Είδαμε πιο πριν ότι ένα από τα συμπτώματα της Κατάθλιψης είναι και το καταθλιπτικό συναίσθημα. Η διαφορά αυτού του συναισθήματος από το φυσιολογικό είναι ότι στην Κατάθλιψη το καταθλιπτικό συναίσθημα έχει μεγάλη ένταση και είναι μόνιμο. Δεν επηρεάζεται από τις καταστάσεις που ζει ο ασθενής, π.χ., ο ασθενής δεν θα γελάσει και δεν θα αισθανθεί παροδικά καλύτερα όταν συμβεί κάτι χαρούμενο. Επίσης, στην κατάθλιψη το συναίσθημα μπορεί να είναι χειρότερο το πρωί σε σχέση με το βράδυ, ενώ στους φυσιολογικούς ανθρώπους, που απλά νιώθουν στεναχωρημένοι, η διάθεση είναι συνήθως καλύτερη όταν σηκώνονται το πρωί. (www.agiafotini-clinic.gr. 2006)

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 την διάρκεια ενός έτους 10% του πληθυσμού θα εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης. Κατά την 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 απ' ότι οι άνδρες. Η διαφορά αυτή δεν έχει πλήρως εξηγηθεί. Κατ' αρχάς 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 στην μεγαλύτερη συχνότητα. (www.agiafotini-clinic.gr, 2006).

1.4 ΕΙΔΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΟΝΟ ΕΝΑ ΕΙΔΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Μια πρώτη και γρήγορη απάντηση σε αυτό το ερώτημα είναι όχι. Υπάρχουν πολλά διαφορετικά είδη. Ένα είδος στο οποίο αναφέρονται συχνά οι ειδικοί ονομάζεται μείζων κατάθλιψη. Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Ψυχιατρικό Σύνδεσμο, ένα άτομο θεωρείται ότι πάσχει από μείζονα κατάθλιψη όταν παρουσιάζει τουλάχιστον πέντε από τα μερικά πιθανά συμπτώματα, για διάστημα τουλάχιστον δύο εβδομάδων

Μια άλλη διάκριση που γίνεται από ορισμένους ειδικούς αφορά την ψυχωσική και τη νευρωσική κατάθλιψη.



Επίσης μια άλλη διάκριση που γίνεται ορισμένες φορές είναι μεταξύ της κατάθλιψης που εμφανίζεται χωρίς κάποιο λόγο και της κατάθλιψης που σχετίζεται με κάποια σημαντικά γεγονότα της ζωής, όπως η απόλυση από την

εργασία, ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ο τερματισμός κάποιας σημαντικής σχέσης. (Gilbert P. 1999).

Ποιοι είναι οι διαφορετικοί τύποι κατάθλιψης όπως εμφανίζονται στην κλινική πράξη;

Οι κύριοι τρόποι με τους οποίους μπορεί να ταξινομηθεί η κατάθλιψη περιλαμβάνουν τους εξής :

[1] Πρωτοπαθής - Δευτεροπαθής. Η κύρια διαφορά είναι ότι στην δευτεροπαθή η κατάθλιψη εμφανίζεται στα πλαίσια ενός άλλου νοσήματος π.χ., όπως αναφέρθηκε πιο πριν στη νόσο του Πάρκινσον. Επίσης η κατάθλιψη μπορεί να αναπτυχθεί και στο έδαφος κάποιου άλλου ψυχιατρικού νοσήματος, π.χ. μιας αγοραφοβικής νεύρωσης. Η πρακτική σημασία της ταξινόμησης αυτής είναι πολλές φορές σημαντική διότι μερικές φορές η κατάθλιψη είναι η πρώτη εκδήλωση ενός άλλου νοσήματος που απαιτεί ειδική θεραπεία. Έτσι η διάγνωση της πρωτοπαθούς κατάθλιψης πρέπει να μπαίνει αφού έχουν αποκλειστεί όλα τα άλλα νοσήματα που μπορεί να εμφανίσουν σαν μια από τις εκδηλώσεις τους κατάθλιψη.

[2] Ανάλογα με την σοβαρότητά της από κλινική άποψη σε σοβαρή - μέτρια - ελαφριά. Η σημασία της ταξινόμησης αυτής έχει να κάνει τόσο με πρακτικά θεραπευτικά θέματα (π.χ. είδος θεραπείας, ανάγκη νοσηλείας κ.λ.π.) όσο και με την πρόγνωση. Στη σοβαρή μορφή ο ασθενής εμφανίζει όλα σχεδόν τα συμπτώματα και η κατάθλιψη έχει επηρεάσει σχεδόν όλες τις καθημερινές του δραστηριότητες έτσι ώστε το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενή είναι σημαντικά μειωμένο . Μερικές φορές η κατάθλιψη αυτή ονομάζεται από τους ψυχιάτρους ως Μείζονα Κατάθλιψη.

[3] Ανάλογα με την κλινική μορφή. Μερικές φορές όταν στην κλινική εικόνα κυριαρχούν κάποια συγκεκριμένα συμπτώματα η κατάθλιψη

προσδιορίζεται με διάφορα ονόματα. Σε γενικές γραμμές αυτές οι ονομασίες απασχολούν περισσότερο τους ειδικούς, είτε κλινικούς ψυχιάτρους είτε ερευνητές, παρά το μη ειδικό κοινό γι' αυτό και αναφέρονται εδώ σε συντομία.

- **Μείζονα Κατάθλιψη** : όπως αναφέρθηκε πιο πριν η μορφή αυτή είναι η συνηθισμένη μορφή σοβαρής κατάθλιψης που αντιμετωπίζουν οι ψυχίατροι.

- Στην ψυχωτική κατάθλιψη εκτός από τα συνηθισμένα συμπτώματα που αναφέρθηκαν εμφανίζονται ψευδαισθήσεις (π.χ. ο ασθενής ακούει φωνές χωρίς όμως να υπάρχουν άνθρωποι στο περιβάλλον) ή/και παραληρηματικές ιδέες (ψευδείς πεποιθήσεις που δεν στηρίζονται σε κανένα πραγματικό γεγονός π.χ. ο ασθενής είναι εντελώς πεπεισμένος ότι είναι ένοχος για πράξεις που έκανε στο παρελθόν και γι' αυτό αξίζει ακόμη και να πεθάνει). Η ψυχωτική κατάθλιψη είναι πάντα σοβαρής μορφής και μπορεί να απαιτεί νοσηλεία.

- Η δυσθυμία είναι μια μορφή χρόνιας κατάθλιψης η οποία είναι μεν μέτρια σε σοβαρότητα αλλά επειδή εκτείνεται στον χρόνο δημιουργεί στο άτομο μια αίσθηση ανεπάρκειας. Ο ασθενής με δυσθυμία παρότι μπορεί και ανταπεξέρχεται στις καθημερινές του δραστηριότητες νιώθει πάντα ότι κάτι τον κρατάει από το να μπορεί να νιώσει καλά. Παλιότερα ο τύπος αυτός δεν θεωρούταν ως κατάθλιψη αλλά μάλλον ως είδος προσωπικότητας που μπορεί να προδιαθέτει σε κατάθλιψη. Το ενδιαφέρον για τη δυσθυμία μεγάλωσε όταν κάποια αντικαταθλιπτικά φάρμακα φάνηκε ότι έχουν μια πιο ειδική επίδραση σ' αυτή την μορφή, και έτσι σήμερα η τάση είναι να θεωρείται περισσότερο ως μια ειδική μορφή παρά ως τύπος προσωπικότητας.

- **Άτυπη κατάθλιψη**. Μερικές φορές οι ψυχίατροι αναφέρουν έτσι μια κατάθλιψη η οποία δεν εμφανίζει τα κλασικά συμπτώματα, π.χ. ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει υπερφαγία και υπερυπνία αντί αϋπνία. Επίσης μερικές φορές λέγεται έτσι η κατάθλιψη που εμφανίζεται με πολλά σωματικά συμπτώματα παρά με ψυχικά.

- **Κατάθλιψη της λοχείας.** Έτσι μερικές φορές ονομάζεται η κατάθλιψη που αναπτύσσεται μετά την γέννηση και κατά την περίοδο της λοχείας. Η περίοδος αυτή θεωρείται υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη κατάθλιψης στην γυναίκα πιθανότατα λόγω των μεγάλων ορμονικών αλλαγών που γίνονται μετά τον τοκετό και κατά την περίοδο της λοχείας.(www.obrela.gr. 2006).

Σύγκριση δυσθυμικής διαταραχής και μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής

Δυσθυμική διαταραχή

Μείζον καταθλιπτική διαταραχή

2 χρόνια

2 εβδομάδες

Καταθλιπτική διάθεση

Καταθλιπτική διάθεση

2 επιπλέον συμπτώματα

4 επιπλέον συμπτώματα

Περισσότερα γνωσιακά
συμπτώματα

Περισσότερα συμπτώματα από τα
από το αυτόνομο

Η ήπια έναρξη μπορεί να
ακολουθείται χρόνια από Μείζον κατάθλιψη

Η έναρξη μπορεί να μετά τα δυο
συνοδεύεται από πιο

σοβαρά συμπτώματα

Τι ακριβώς είναι η διπολική ή μανιο-καταθλιπτική διαταραχή;

Μερικές φορές η κατάθλιψη εμφανίζεται στα πλαίσια της λεγόμενης διπολικής διαταραχής. Οι ασθενείς με την διαταραχή αυτή παρουσιάζουν διαστήματα κατάθλιψης (ο ένας πόλος) και διαστήματα της αντίθετης κατάστασης η οποία ονομάζεται μανία, που μπορεί να την φανταστεί κάποιος σαν παθολογική ευφορία (ο άλλος πόλος). Οι δυο αυτοί κύκλοι εναλλάσσονται αλλά μεταξύ τους μεσολαβούν διαστήματα που ο ασθενής είναι απόλυτα φυσιολογικός. Η διπολική διαταραχή είναι διαφορετική από την κατάθλιψη που αναφέραμε μέχρι τώρα (και που μερικές φορές ονομάζεται μονοπολική ακριβώς για να μην συγχέεται με αυτήν) και δεν θα εξεταστεί εδώ. [.\(www.obrela.gr](http://www.obrela.gr). 2006).

1.5 ΑΙΤΙΑ – ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Δεν υπάρχει μόνο μία αιτία που προκαλεί την κατάθλιψη. Υπάρχει γενετική και βιολογική προδιάθεση σε μετρικούς ασθενείς αλλά χρειάζονται και τα ερεθίσματα από το περιβάλλον τις περισσότερες φορές για να εκφραστούν τέτοιου είδους προδιαθέσεις. Έτσι, μεγάλη σημασία πρέπει να δοθεί σε τέτοιες περιπτώσεις στην πρόληψη ώστε να αποτραπούν καταστάσεις όπου θα λειτουργήσουν ως αφορμές για την εκδήλωση καταθλιπτικών στοιχείων.

Επίσης, ψυχο-κοινωνικοί παράγοντες έχουν μεγάλη επίδραση στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Οποιοδήποτε αγχώδες γεγονός ή ένας δυσλειτουργικός τρόπος ζωής μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση τους. Πιθανές αφορμές για την εμφάνιση της περιλαμβάνουν γεγονότα όπως: η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, η συνεχής μοναξιά, η ανεργία, η χρόνια ασθένεια, συνεχής συγκρούσεις στο σπίτι ή στην εργασία, συζυγικά προβλήματα, η γέννηση παιδιού, μια τραυματική εμπειρία.(Αμπατζογλου Γ. 2006).

Γενετικοί παράγοντες

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

Βιολογικοί παράγοντες

α) Μερικές μη ψυχιατρικές παθήσεις έχουν βρεθεί ότι μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη δευτεροπαθώς. Το κοινό τους χαρακτηριστικό είναι ότι δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) και επηρεάζουν την λειτουργία των περιοχών εκείνων του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Οι παθήσεις αυτές περιλαμβάνουν [1] παθήσεις του Κ.Ν.Σ. όπως η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας, και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. [2] Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός, και η νόσος του Cushing (υπερδραστηριότητα των επινεφριδίων). [3] Λοιμώξεις που δρουν στο Κ.Ν.Σ. όπως το AIDS και η λοιμώδης μονοπυρήνωση. [4] Συστηματικές διαταραχές όπως η αναιμία και ο μεταστατικός καρκίνος. [5] Διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη, το αντι-υπερτασικό Αλντομέτ (αλφα-μεθυλντόπα) και το αλκοόλ.

β) Η αποκάλυψη μερικών από τους βιολογικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στην δημιουργία της κατάθλιψης αποτέλεσε σίγουρα μια από τις σπουδαιότερες ανακαλύψεις της Ψυχιατρικής ειδικότερα και της Ιατρικής γενικότερα σ' αυτόν τον αιώνα. Στη δεκαετία του '50 οι επιστήμονες ανακάλυψαν τους νευρομεταβιβαστές, βιοχημικές δηλαδή ουσίες με τις οποίες επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους. Στο ίδιο περίπου διάστημα παρατηρήθηκε ότι ασθενείς που έπαιρναν κάποια φάρμακα για την ρύθμιση της υψηλής αρτηριακής τους πίεσης πάθαιναν σαν παρενέργεια κατάθλιψη. Το κοινό χαρακτηριστικό αυτών των φαρμάκων ήταν ότι δρούσαν στους νευρομεταβιβαστές του εγκεφάλου και με κάποιο τρόπο μείωναν τις συγκεντρώσεις τους στον εγκέφαλο. Το επόμενο βήμα ήταν να παρασκευαστούν φάρμακα που αύξαναν την συγκέντρωση των νευρομεταβιβαστών αυτών στον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα ήταν ότι τα φάρμακα αυτά ήταν ικανά να θεραπεύσουν ασθενείς με κατάθλιψη. Από τη δεκαετία του '50 μέχρι σήμερα πολλά έχουμε μάθει για την λειτουργία των νευρομεταβιβαστών και τον ρόλο τους στην κατάθλιψη. Παρότι οι μηχανισμοί αυτοί είναι πολύ περίπλοκοι και δεν είναι δυνατό να αναφερθούν εδώ, ωστόσο στις μέρες μας θεωρείται ότι δύο νευρομεταβιβαστές, η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη, εμπλέκονται ιδιαίτερα στην δημιουργία της κατάθλιψης, και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα οποία έχουμε στην διάθεσή μας αποσκοπούν στο να ανεβάσουν την συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά σε όλες τις μορφές κατάθλιψης, είναι πιθανό ότι όλοι οι αιτιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη δρουν τελικά μέσω αυτού του μηχανισμού.

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

α) Παράγοντες που δρουν νωρίς στην ζωή : Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα που σαν παιδιά είχαν ζήσει κάποιο γεγονός σημαντικής απώλειας (π.χ. θάνατος γονιού, χωρισμός γονιών κ.λπ.) έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη σαν ενήλικοι. *β)* Παράγοντες που δρουν αργότερα : [1]

Γεγονότα Ζωής: Μια σειρά γεγονότων ζωής, είτε ψυχολογικών (π.χ. θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο), είτε κοινωνικών (π.χ. οικονομική ύφεση, συνθήκες διαμονής) είτε ακόμη ψυχοκοινωνικών (π.χ. απώλεια εργασίας, μετανάστευση), φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη .

[2] Τρόπος σκέψης : Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους προβλήματα φαίνεται να ευνοεί σε μερικές περιπτώσεις την δημιουργία κατάθλιψης. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι μερικοί άνθρωποι ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω τους βασιζόμενοι σε κάποιες παραδοχές που δεν είναι λειτουργικές και που έχουν σαν αποτέλεσμα να "παραμορφώνουν" τελικά την εικόνα του γύρω κόσμου αντι να την ερμηνεύουν. Βασισμένη σ' αυτή την γενική αρχή έχει αναπτυχθεί μια ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, η οποία προσπαθεί να "διορθώσει" αυτά τα λάθη στο τρόπο σκέψης και να βοηθήσει τον ασθενή να αξιολογήσει πιο αντικειμενικά την πραγματικότητα (βλ. παρακάτω στις θεραπείες).(Πολυζόπουλος Ε. 2006).

1.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι που μας βοηθούν να αναγνωρίσουμε την κατάθλιψη στη συμπεριφορά ενός ατόμου. Η διαταραχή της κατάθλιψης περιλαμβάνει μια ποικιλία βιολογικών, ψυχολογικών και συμπεριφορικών δυσλειτουργιών που ποικίλουν σε σοβαρότητα και διάρκεια. Στην καλύτερη περίπτωση το άτομο βιώνει τη «φυσιολογική» κατάθλιψη , δηλαδή μια μεταβατική περίοδο θλίψης που δεν διαρκεί περισσότερο από μια εβδομάδα και συνιστά αντίδραση σε κάποιο συγκεκριμένο και αναγνωρίσιμο στρεσογόνο γεγονός. Όταν η κατάθλιψη φτάσει σε κλινικά επίπεδα τα συμπτώματα είναι μεγαλύτερης έντασης και διάρκειας, με βασικά χαρακτηριστικά την ψυχοκινητική επιβράδυνση, τα συναισθήματα απελπισίας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, αναξιότητας και ενοχών, το αίσθημα αδυναμίας, την

απώλεια του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης (ανηδονία) από συνήθειες δραστηριότητες. Στην σοβαρότερη μορφή της η κατάθλιψη αγγίζει τα ψυχωσικά όρια και το άτομο παρουσιάζει υπερβολική θλίψη, ενοχές και απελπισία, πλήρη ανηδονία, πολλές φορές απώλεια επαφής με την πραγματικότητα και ανάπτυξη παραισθήσεων, παραληρηματικές ιδέες και σημαντική ψυχοκινητική και ψυχολογική επιβράδυνση.

Ο βασικότερος τρόπος αναγνώρισης της κατάθλιψης είναι η εντόπιση των συμπτωμάτων του ατόμου, τα οποία είναι, τις περισσότερες φορές, εμφανή. Η συντριπτική πλειοψηφία των καταθλιπτικών αναφέρει αίσθημα θλίψης και δυστυχίας. Τα συναισθήματα αυτά κυμαίνονται μεταξύ της ήπιας θλίψης ή της μελαγχολίας και της βαθιάς απελπισίας, και περιγράφεται από το καταθλιπτικό άτομο ως μοναξιά και απογοήτευση. Τα άτομα αυτά θεωρούν την κατάστασή τους μη αναστρέψιμη, κλαίνει συχνά και νιώθουν μια εσωτερική θλίψη.

Ωστόσο, όταν παρουσιαστεί το κατάλληλο ερέθισμα, εκδηλώνουν τη θλίψη και τον ψυχικό τους πόνο κλαίγοντας. Πιο συγκεκριμένα, ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η διαταραχή του ύπνου. Τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη παρατηρούν μια ανωμαλία στην πορεία του ύπνου τους. Κάποια άτομα αργούν να αποκοιμηθούν. Το μεγαλύτερο, όμως, ποσοστό των καταθλιπτικών ατόμων αποκοιμάται φυσιολογικά αλλά ξυπνά νωρίτερα το πρωί από ό,τι συνήθως, κατά το ξημέρωμα, και, όσο και να προσπαθήσει, δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί. Συνεπώς, ο καταθλιπτικός ασθενής ξυπνά λίγες ώρες αφού κοιμηθεί και του είναι αδύνατον να ξαναπέσει για ύπνο.



Τα καταθλιπτικά άτομα, προτού κοιμηθούν και αφού ξυπνήσουν, σκέφτονται ξανά και ξανά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν ίσως αυτός να είναι και ο λόγος που φοβούνται να αντιμετωπίσουν τη μέρα που ξεκινάει το πρωί. Η αϋπνία είναι ένα ιδιαίτερα συνηθισμένο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης. Η αϋπνία μπορεί να είναι αρχική (όπου το άτομο δεν μπορεί να αποκοιμηθεί), μέση (αφύπνιση κατά τη διάρκεια της νύχτας και αδυναμία να ξανακοιμηθεί) και τελική (αφύπνιση νωρίς το πρωί). Η αρχική αϋπνία συνήθως συνδέεται περισσότερο με το άγχος, παρά με την κατάθλιψη. Κάποιες φορές η διαταραχή του ύπνου παίρνει τη μορφή υπερυπνίας όπου το άτομο μπορεί να κοιμάται – πολλές φορές- και παραπάνω από δεκαπέντε ώρες την ημέρα.

Πολλοί καταθλιπτικοί χάνουν την ικανότητα να αντλούν ικανοποίηση από δραστηριότητες που συνήθιζαν να θεωρούν ευχάριστες, όπως οι νυχτερινές διασκεδάσεις, η μουσική, η συνάντηση με τους φίλους κ. ά.. Επίσης, κάποιοι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν μια ολοκληρωτική «παράλυση της βούλησης» που εκδηλώνεται με την αδυναμία να κάνουν και το πιο απλό πράγμα, όπως για παράδειγμα να σηκωθούν από το κρεβάτι.

Τέλος, αδυνατούν να ανταποκριθούν σε πολύ απλές απαιτήσεις της ζωής, θεωρώντας τον εαυτό τους ανίκανο. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο γεγονός πως αισθάνονται πολύ κουρασμένοι. Βασικό χαρακτηριστικό τους είναι η έλλειψη κινήτρων και η συνοδή έλλειψη ενεργητικότητας. Συνεπώς παραπονιούνται συχνά για αδυναμία και σωματικούς πόνους. Συνεπώς, δεν αποτελεί σπάνιο φαινόμενο οι καταθλιπτικοί να παραπονιούνται για πόνους και διάφορα οργανικά προβλήματα. Συνήθως επισκέπτονται αρκετούς γιατρούς για να ανακουφιστούν από τους πόνους τους πριν επισκεφθούν έναν ψυχοθεραπευτή. Τα πιο συχνά συμπτώματα (Klerman, 1988) είναι τα εξής: πονοκέφαλοι, μυϊκές κράμπες, ναυτία, εμετοί, βάρος στο στήθος, ξινή γεύση στο στόμα, ξηροστομία, πόνοι στην πλάτη και το σβέρκο κ.ά.

Επίσης, η απώλεια της όρεξης για φαγητό είναι ένα συχνό σύμπτωμα της κατάθλιψης. Η ανορεξία που εκδηλώνει το άτομο οδηγεί αναπόδραστα σε απώλεια του βάρους του, σε ένα μεγάλο ποσοστό καταθλιπτικών που κυμαίνεται μεταξύ 70 και 80 % η οποία συχνά απειλεί τη ζωή του ατόμου

(Klerman, 1978· Μάνος, 1997), την οποία το άτομο δεν αντιλαμβάνεται αμέσως. Δεν συνειδητοποιεί την αλλαγή του βάρους του παρά μόνο όταν ζυγίζεται ή αντιλαμβάνεται πως τα ρούχα του δεν του κάνουν πια. Εντούτοις, υπάρχει ένα σημαντικά μικρότερο ποσοστό καταθλιπτικών στο οποίο σημειώνεται αύξηση της όρεξης και παίρνει βάρος.

Επιπρόσθετα, οι καταθλιπτικοί μερικές φορές παρουσιάζουν υπερδιέγερση, υπερβολική ανησυχία, ένταση, νευρικότητα. Κινούνται συνέχεια, βηματίζουν πάνω κάτω ή κινούν αδιάκοπα τα χέρια τους, κλπ. Ίσως μια αιτία για τη νευρική αυτή κατάσταση να είναι το έντονο άγχος που βιώνουν αυτά τα άτομα. Πιο συγκεκριμένα, ένα μεγάλο ποσοστό (60%- 70% των καταθλιπτικών, Klerman, 1988) αισθάνεται έντονο άγχος και μερικές φορές υπερβολική ανησυχία. Επίσης, η νοητική δραστηριότητα των καταθλιπτικών ανθρώπων επιβραδύνεται και παρουσιάζουν κάποιες φορές προβλήματα στον τομέα της μνήμης και συγκέντρωσης και είναι αναποφάσιστοι.

Επιπλέον, συχνά τα άτομα με κατάθλιψη βιώνουν συναισθήματα ενοχών, ντροπής και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Θεωρούν τον εαυτό τους κατώτερο αναφορικά με όλες εκείνες τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά που θεωρούν απαραίτητα για τη ζωή, χαρακτηριστικά όπως υψηλή νοημοσύνη, εξωτερική ομορφιά, επαγγελματική επιτυχία κ.ά.

Πολλές φορές αισθάνονται ενοχές και τύψεις για λάθη και αποτυχίες του παρελθόντος, τα οποία μεγαλοποιούν. Μάλιστα, η αίσθηση αυτοπεποίθησης και αυτοσεβασμού των καταθλιπτικών είναι υπεύθυνη για το γεγονός ότι θεωρούν τον εαυτό τους αποτυχημένο και τη ζωή τους απογοητευτική. Οι καταθλιπτικοί άνθρωποι χαρακτηρίζονται από το αίσθημα της ανημπορίας και της αναβλητικότητας και η απελπισία που συνοδεύεται από πίστη πως δεν υπάρχει ελπίδα βελτίωσης. Για εκείνους, ο κόσμος, η ίδια τους η ζωή, είναι πολύ δυσάρεστη και ανυπόφορη, γι αυτό και η αυτοκτονία αποτελεί έναν τρόπο που οι ίδιοι θεωρούν ιδανικό προκειμένου να ξεφύγουν από την επώδυνη πραγματικότητα.

Έτσι, συχνά οι καταθλιπτικοί έχουν επαναλαμβανόμενες ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας. Η αυτοκτονία αποτελεί το πιο σοβαρό και επικίνδυνο σύμπτωμα της διαταραχής αυτής. Όταν ένα άτομο

αναφέρει την αυτοκτονία, ο ψυχολόγος οφείλει να λαμβάνει σοβαρά υπόψιν του τα όσα του εξομολογείται ο ασθενής επειδή πολλά από τα άτομα που επιθυμούν να αυτοκτονήσουν μιλούν για τις προθέσεις τους πριν το κάνουν. Συχνά, οι σκέψεις του ατόμου φαντάζουν παράλογες στα άτομα του κοντινού του περιβάλλοντος, ειδικά όταν το άτομο θεωρείται από εκείνους όμορφο και πετυχημένο στην προσωπική και επαγγελματική του ζωή. Ακόμα και όταν οι άλλοι αντιλαμβάνονται κάποιες αλλαγές στη συμπεριφορά του καταθλιπτικού, δεν φαντάζονται ότι αυτές οι αλλαγές είναι μόνιμες, σκέψη ίσως δικαιολογημένη, αν αναλογιστούμε πως τα άτομα αυτά δεν σκέφτονται με τον ίδιο τρόπο με έναν ψυχολόγο.

Έτσι, από τη στιγμή που τα άτομα δεν λαμβάνουν σοβαρά τα συμπτώματα αυτά, συχνά δημιουργείται ένα άσχημο περιβάλλον για τον καταθλιπτικό ασθενή, όπου έχουν δημιουργηθεί σοβαρές συγκρούσεις, ένταση, παρεξηγήσεις, αυξανόμενες ενοχές και αισθήματα απελπισίας. Ένα ακόμα σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι η μειωμένη σεξουαλική επιθυμία και ικανότητα. Ένα τέτοιο σύμπτωμα μπορεί να δυσχεραίνει τη σχέση του ατόμου με το/ τη σύντροφό του που εκλαμβάνει την άρνηση σεξουαλικής επαφής ως απόρριψη. Αυτή η διάθεση του ατόμου πηγάζει από μια γενικότερη ελάττωση της ενεργητικότητας του ατόμου και μειωμένη διάθεση. Το σύμπτωμα αυτό δημιουργεί κάποιες παρανοήσεις, όπως για παράδειγμα το ότι θεωρεί το καταθλιπτικό άτομο πως είναι σεξουαλικά ανίκανο ή όπως το ότι ο σύντροφος του ατόμου παρεξηγεί τη σεξουαλική του άρνηση εξηγώντας τη ως έλλειψη ερωτικής έλξης κι αγάπης. Οι πραγματικοί λόγοι που το άτομο χάνει το ενδιαφέρον του για σεξουαλική δραστηριότητα είναι άλλοι: αισθήματα ανησυχίας, απογοήτευσης, απαισιοδοξίας αποσπών την προσοχή του καταθλιπτικού ατόμου από τη σεξουαλική επιθυμία.

Επιπρόσθετα, αισθήματα που βιώνει ο ασθενής όπως η υπερευαισθησία του στην απόρριψη, η ενοχή, η δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων οργής συντείνουν στην απομάκρυνσή του από την σεξουαλική δραστηριότητα. Ωστόσο, η απώλεια της σεξουαλικής διάθεσης δεν είναι κοινή σε όλους τους καταθλιπτικούς ανθρώπους. Μάλιστα, σε μερικές περιπτώσεις ατόμων με κατάθλιψη υπάρχει αύξηση της σεξουαλικής ενέργειας, μια κατάσταση γνωστή ως σεξουαλική ανησυχία: εδώ το άτομο χαρακτηρίζεται από αύξηση των σεξουαλικών του ορμών. Η σεξουαλική ανησυχία μπορεί να είναι αποτέλεσμα ορμονικών αλλαγών ή αποτέλεσμα

ταραχής και φόβου που οφείλεται στην κατάθλιψη που εκτονώνεται με αυτόν τον τρόπο.

Τέλος, όταν το άτομο βιώνει κατάθλιψη συνειδητοποιεί και το ίδιο πως η διάθεσή του έχει μεταβληθεί αρνητικά· πλήττει συνεχώς, έχει χάσει τον αυτοσεβασμό του, έχει χάσει το κέφι του, έχει γίνει υπερευαίσθητος και κλαίει συχνότερα, δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, φοβάται την παραμικρή καθημερινή δοκιμασία, έχει χάσει την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθησή του. Επιπρόσθετα, το άτομο παρουσιάζει δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, έντονη αναβλητικότητα, έλλειψη κοινωνικότητας, άγχος, πίεση, απόγνωση. Όλα αυτά τα συμπτώματα, όταν γίνουν αντιληπτά από το άτομο, του προκαλούν έντονη ανησυχία. Συνήθως το άτομο αντιδρά στην καταθλιπτική του διάθεση με αυξημένη ένταση και ανησυχία. Έτσι, ο καταθλιπτικός εκφράζει την ανησυχία του με φόβο, λύπη και νευρικότητα. Η ανησυχία του συνήθως δεν έχει βάσιμη ή συγκεκριμένη αιτία, ωστόσο κάνει έκδηλη την παρουσία της συνήθως στα μικροπροβλήματα που αντιμετωπίζει στην καθημερινότητά του ο κάθε άνθρωπος. Η ανησυχία του ατόμου εκδηλώνεται και με σωματικά συμπτώματα όπως έντονη εφίδρωση, ταχυπαλμία, ζάλη.

Επιπλέον, η ένταση που κυβερνά το άτομο και είναι, πολλές φορές σοβαρή, επικεντρώνεται σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος του ατόμου, προκαλώντας συμπτώματα όπως πόνους στο στήθος, δυσκαμψία του αυχένα, αναπνευστική δυσκολία, πονοκεφάλους, σφίξιμο στους μύες των ποδιών. Οι αγχώδεις καταστάσεις που λαμβάνουν χώρα στη ζωή του ατόμου επιδεινώνουν το πρόβλημα. Ωστόσο, εύλογο είναι το συμπέρασμα πως εκάστοτε άνθρωπος έχει έναν διαφορετικό τρόπο αντιμετώπισης της κατάθλιψης που βιώνει. Βασικό κριτήριο του τρόπου αντίδρασης του κάθε ατόμου είναι η κράση / ιδιοσυγκρασία και η προσωπικότητά του. Έτσι, στο ζήτημα π.χ. της εργασίας, ενώ το ένα καταθλιπτικό άτομο αντιδρά με πλήρη απάθεια, ένα άλλο μπορεί να αντιδράσει με υπερευαίσθησία. (Αμπατζόγλου Γ. 2006).

1.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στο αρχικό στάδιο θα επιδιωχθεί ανάπτυξη σχέσεων με κοινοτικά και κοινωνικά δίκτυα στους χώρους υγείας – πρόνοιας – εκπαίδευσης στα όρια του νομού. Οι παρεμβάσεις αυτές θα γίνονται με τη μορφή προγραμμάτων εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης.

- Οργάνωση ημερίδας με στόχο την ενημέρωση των φορέων και την κατοίκων της κοινότητας για την λειτουργία της δομής
- Οργάνωση ειδικών σεμιναρίων προσαρμοσμένων στις ανάγκες ενημέρωσης των μαθητών των σχολείων της κοινότητας για την ψυχική υγεία γενικά
- Οργάνωση ειδικών σεμιναρίων για γονείς και μέλλοντες γονείς με απώτερο σκοπό την δημιουργία σχολής γονέων σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας και τους συναρμόδιους φορείς.
- Συνεργασία σε οργανωμένη βάση με τους τοπικούς φορείς προκειμένου να συνεχιστεί η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση για τα θέματα της ψυχικής υγείας.
- Οργάνωση ειδικών σεμιναρίων για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (γενικούς γιατρούς, γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, επαγγελματίες υγείας από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς της κοινότητας κα)
- Δημιουργία ομάδων εθελοντών για την ενεργοποίηση και την συμμετοχή της κοινότητας σε θέματα αποδοχής και επανένταξης αποασυλοποιημένων ασθενών που διαβιούν στην κοινότητα, καθώς και γενικότερα των ΑΜΕΑ.
- Οργάνωση εκδηλώσεων πολιτιστικού και κοινωνικού χαρακτήρα με στόχο την κινητοποίηση της κοινότητας σε θέματα πρόληψης στην ψυχική υγεία.

- Λειτουργική διασύνδεση με τα έντυπα που εκδίδονται από τους τοπικούς φορείς της κοινότητας προκειμένου η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση να έχουν περισσότερους τελικούς αποδέκτες.
- Συμμετοχή της υπηρεσίας στις πάντως είδους εκδηλώσεις και εκφάνσεις της κοινότητας και των τοπικών της φορέων. (Χατζηδημητρίου Σ. 2006).

Πότε υπάρχει ανάγκη νοσηλείας;

Οι περισσότεροι άνθρωποι με κατάθλιψη θεραπεύονται ως εξωτερικοί ασθενείς. Μερικές όμως φορές μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία. Μερικοί από τους λόγους είναι οι εξής :

[1] Υπάρχουν έντονες ιδέες αυτοκτονίας και γενικά ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι πολύ αυξημένος (π.χ., ήδη ο ασθενής έχει κάνει μια αποτυχημένη απόπειρα).

[2] Συνυπάρχουν άλλες ιατρικές καταστάσεις που απαιτούν παρακολούθηση σε νοσοκομείο.

[3] Χρειάζεται να γίνει ρύθμιση της αντικαταθλιπτικής θεραπείας (π.χ., ο ασθενής παίρνει θεραπεία αλλά μετά από εύλογο διάστημα δεν έχει αποτέλεσμα).

[4] Χρειάζεται να γίνει θεραπεία που μπορεί να χορηγηθεί μόνο στο νοσοκομείο (π.χ., ηλεκτροσπασμοθεραπεία).

Συνήθως οι περισσότεροι ασθενείς νοσηλεύονται για λίγες ημέρες ή εβδομάδες. (Χατζηδημητρίου Σ. 2006).

1.7.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Κατ' αρχήν, θα πρέπει να πούμε ότι οι εφαρμοζόμενες σήμερα θεραπευτικές τεχνικές στην κατάθλιψη έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές σε ικανοποιητικό βαθμό και γενικά ότι η πρόγνωση της κατάθλιψης είναι καλή. Το φάσμα των θεραπευτικών προσεγγίσεων είναι βέβαια μεγάλο και περιλαμβάνει και σωματικές και ψυχοθεραπευτικές μεθόδους. Αυτό που έχει σημασία είναι και πάλι ότι ο κλινικός θα πρέπει να είναι έτοιμος να χρησιμοποιήσει κατάλληλο συνδυασμό μεθόδων σωματικών και/ή ψυχοθεραπευτικών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Παρακάτω θ' αναφερθούμε στις βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις στην κατάθλιψη.

1.7.2 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Η ατομική ψυχοθεραπεία που βασίζεται στις ψυχοδυναμικές αρχές - ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία - είναι ίσως η πιο διαδεδομένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στην κατάθλιψη. Φυσικά η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία δίνει έμφαση στις προηγούμενες εμπειρίες και βιώματα του ατόμου και στα ασυνείδητα κίνητρα που προσδιορίζουν τη συμπεριφορά του. Η κατάθλιψη, σαν σύνδρομο, βοηθιέται στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία έμμεσα, σαν αποτέλεσμα της βελτίωσης των διαπροσωπικών σχέσεων, της εμπιστοσύνης προς τα άλλα άτομα, των αμυντικών μηχανισμών, της συναισθηματικής ευαισθησίας, της παραγωγικότητας και δημιουργικότητας κτλ. Η βελτίωση αυτή, βέβαια, έρχεται μέσα από την εξέταση, αναβίωση και ερμηνεία σημαντικών προβλημάτων και συγκρούσεων της παιδικής ηλικίας καθώς επανεμφανίζονται στη μεταβιβαστική σχέση θεραπευτή — ασθενή.

Τα παραπάνω, όμως, αφορούν τη μακράς διάρκειας ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, η οποία και ενδείκνυται για τις περιπτώσεις που η ζωή του ατόμου είναι χρόνια διαταραγμένη από τις ασυνείδητες συγκρούσεις του (και εφόσον βέβαια ο ασθενής είναι κινητοποιημένος).

Πολλές φορές, στην κατάθλιψη, βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία (6 ως 20 συνεδρίες) μπορεί να αποβεί πολύ αποτελεσματική (και ν' ακολουθηθεί ή όχι αργότερα από μακράς διάρκειας). Η βραχείας διάρκειας αυτή θεραπεία μπορεί να είναι υποστηρικτική με χαρακτηριστικά επείγουσας παρέμβασης και ανακούφισης συμπτωμάτων ή μπορεί να χρησιμοποιήσει συγκεκριμένες εστιακές τεχνικές να είναι δηλαδή βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία .

Πρόσφατα έχει διαδοθεί σημαντικά η διαπροσωπική θεραπεία, που είναι επίσης ουσιαστικά μια βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία (12-16 συνεδρίες). Η διαπροσωπική θεραπεία περιλαμβάνει συνδυασμό υποστήριξης (ενθάρρυνση, καθοδήγηση στις καθημερινές ανάγκες του ατόμου), φαρμακοθεραπείας, διδασκαλίας της φύσης, των χαρακτηριστικών και της πορείας του συνδρόμου της κατάθλιψης και κυρίως εστιάζεται στην αναγνώριση και βελτίωση του χειρισμού διαπροσωπικών προβλημάτων, όπως πένθος και κάθε μορφής απώλεια, διαπροσωπικές διαμάχες, αλλαγές ρόλου στη ζωή, διαπροσωπικές ανεπάρκειες κτλ. που θεωρούνται ότι σχετίζονται με την κατάθλιψη .

Η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη βελτίωση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης, καθώς παρέχει υποστήριξη, αναγνώριση διαπροσωπικών προβλημάτων και εσφαλμένων παραδοχών και την ευκαιρία για δοκιμή νέων διαπροσωπικών τεχνικών που είναι πιο προσαρμοστικές και ανυψώνουν την αυτοεκτίμηση.

Η γνωστική θεραπεία είναι βέβαια μια ειδική θεραπευτική τεχνική, που χρησιμοποιείται προοδευτικά και περισσότερο στη θεραπεία της κατάθλιψης. Ήδη, αναφερθήκαμε στο θεωρητικό της υπόβαθρο . Πρόκειται, ουσιαστικά για βραχεία ψυχοθεραπεία, με δομημένες συνεδρίες, που στοχεύει στην

αναγνώριση και διόρθωση αρνητικών νοητικών σχημάτων του ασθενή, που σύμφωνα με τη γνωστική θεωρία προκαλούν την κατάθλιψη. (www.diagnostiki.gr. 2006).

1.7.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

Όσον αφορά τη θεραπεία των διαταραχών της διάθεσης, οφείλουμε να επικεντρώσουμε το ενδιαφέρον μας στη νευρολογία των διαταραχών αυτών προκειμένου να μπορέσουμε να τις κατανοήσουμε καλύτερα και, κατά συνέπεια, να τις θεραπεύσουμε. Η επίδραση των φαρμάκων και η μεταβολή των επιπέδων των συγκεκριμένων νευροδιαβιβαστών και των άλλων συγγενών νευροχημικών ουσιών κρίνεται απαραίτητο να εξεταστεί διεξοδικά.

Ειδικότερα, θεραπείες, όπως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία και οι ισχυρές ψυχολογικές θεραπείες επηρεάζουν τη χημεία του εγκεφάλου. Παρακάτω αναλύονται ορισμένες από τις σημαντικότερες θεραπείες των καταθλιπτικών διαταραχών όπως η κατάθλιψη. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών είναι τα ακόλουθα: καταρχάς τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) και οι επιλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης. Αναλυτικότερα, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα φάρμακα στη θεραπεία της κατάθλιψης. Τα συνηθέστερα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι η μιπραμίνη και η σμιτριπυλίνη τα οποία λειτουργούν εμποδίζοντας την επαναπρόσληψη ειδικών νευροδιαβιβαστών, επιτρέποντας τους να παραμείνουν στη σύναψη και, τελικά, να απορυθμίσουν την απελευθέρωση του ειδικού νευροδιαβιβαστή.

Έτσι, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά απορυθμίζουν τη νορεπινεφρίνη, επηρεάζοντας και άλλα συστήματα νευροδιαβιβαστών (π.χ. της σεροτονίνης). Η δράση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών δεν εκφράζονται σύντομα καθώς η διαδικασία της απορύθμισης χρειάζεται περίπου ένα διάστημα μεταξύ δύο

και οκτώ εβδομάδων για να ολοκληρωθεί. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, ένας μεγάλος αριθμός ασθενών χειροτερεύει και παρουσιάζει αρκετές παρενέργειες, όπως υπνηλία, θολή όραση, αύξηση βάρους, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα και συχνά σεξουαλική δυσλειτουργία. Αυτά τα συμπτώματα είναι μία βασική αιτία που γύρω στο 40% των ασθενών διακόπτουν τη λήψη των συγκεκριμένων φαρμάκων. Η προσεκτική ρύθμιση των φαρμακευτικών δόσεων μειώνει τις παρενέργειες. Ωστόσο, τα τρικυκλικά πρέπει να χορηγούνται με μεγάλη προσοχή ιδιαίτερα στα άτομα που έχουν τάσεις αυτοκτονίας επειδή μπορεί να γίνουν επικίνδυνα αν ληφθούν σε υπερβολικές δόσεις.

Όσον αφορά τη θεραπεία με τους αναστολείς της MAO, οι ουσίες αυτές εμποδίζουν το ένζυμο μονοαμινοξειδάση. Οι νευροδιαβιβαστές δεν διασπώνται, γι αυτό και συσσωρεύονται στη σύναψη, γεγονός που οδηγεί τελικά στην απορύθμιση ή την απευαισθητοποίηση. Οι αναστολείς της MAO είναι εξίσου ή ελάχιστα αποτελεσματικοί αναφορικά με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά αλλά έχουν λιγότερες παρενέργειες και είναι πολύ αποτελεσματικά στην περίπτωση της άτυπης καταθλιπτικής διαταραχής (Thase & Kupfer, 1996). Ωστόσο, αν οι αναστολείς της MAO ληφθούν σε συνδυασμό με τροφές ή ποτά που περιέχουν τυραμίνη μπορούν να προκαλέσουν σοβαρά επεισόδια υπέρτασης και ίσως και να οδηγήσουν στον θάνατο. Συνεπώς, τα συγκεκριμένα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται με προσοχή και σε περιπτώσεις που τα τρικυκλικά φάρμακα δεν είναι αποτελεσματικά.

Επιπλέον, μία ακόμα κατηγορία φαρμάκων προτείνεται για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Τα φάρμακα αυτά έχουν μία ειδική δράση στο σεροτονινεργικό σύστημα, και αναστέλλουν εκλεκτικά την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης (SSRIs). Με τον τρόπο αυτόν αυξάνονται προσωρινά τα επίπεδα της σεροτονίνης στη θέση του υποδοχέα. Το γνωστότερο φάρμακο αυτής της ομάδας είναι η φλουοξετίνη (Prozac). Η αποτελεσματικότητά του βρίσκεται περίπου στα ίδια επίπεδα με εκείνη των άλλων αντικαταθλιπτικών (Fava & Rosenbaum, 1991) και ο κίνδυνος της αυτοκτονίας σε άτομα που λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή με Prozac, σε αντίθεση με ό,τι πιστεύονταν στο παρελθόν,

δεν είναι μεγαλύτερος από εκείνον που αντιμετωπίζουν άτομα που λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή με άλλα αντικαταθλιπτικά. Εντούτοις, το Prozac έχει κάποιες παρενέργειες, όπως είναι η σεξουαλική δυσλειτουργία, η αϋπνία, η σωματική διέγερση, η γαστρεντερική ενόχληση. Αυτές οι παρενέργειες, είναι, σε γενικές γραμμές, λιγότερο ενοχλητικές για τους περισσότερους ασθενείς σε σχέση με τις παρενέργειες που εμφανίζονται στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.

Τέλος, ένα ακόμα είδος αντικαταθλιπτικών φαρμάκων συνιστά το λίθιο, το οποίο είναι ένα κοινό άλας που βρίσκεται σε αφθονία στο φυσικό περιβάλλον. Εντούτοις, οι παρενέργειες των θεραπευτικών δόσεων του λιθίου είναι σοβαρότερες από εκείνες των άλλων αντικαταθλιπτικών. Έτσι, η χορήγηση του λιθίου προκαλεί την αύξηση του βάρους

Επίσης, η θεραπευτική δοσολογία του λιθίου είναι απαραίτητο να υπολογίζεται προσεκτικά ώστε να αποφευχθεί η τοξικότητα. Παρόλα αυτά, το λίθιο είναι αποτελεσματικό, εκτός από την κατάθλιψη, και στην παρεμπόδιση και αντιμετώπιση των επεισοδίων μανίας. Επίσης, το λίθιο συνιστά μια καλή επιλογή για θεραπεία λόγω του μειονεκτήματος των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών να προκαλούν κάποιες φορές επεισόδια μανίας, ακόμα και σε άτομα χωρίς προηγούμενη εκδήλωση διπολικής διαταραχής (F. K. Goodwin & Jamison, 1990). Ωστόσο, το λίθιο, αν και είναι αποτελεσματικό, δεν παρέχει σε πολλούς ανθρώπους επαρκή θεραπευτικά οφέλη. Οι ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στο λίθιο μπορούν να χρησιμοποιήσουν άλλα φάρμακα με αντιμανιακές ιδιότητες, όπως είναι τα αντιεπιληπτικά και οι αναστολείς των διόδων του ασβεστίου. (Χατζηδημητρίου Σ. 2006).

1.7.4 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Στην ανασκόπηση αυτή περιγράφονται οι μη φαρμακευτικές θεραπείες που εφαρμόζονται στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Τονίζονται ιδιαίτερα τα κριτήρια επιλογής της κάθε μεθόδου, η αποτελεσματικότητα, η ασφάλεια, η ανοχή, οι ανεπιθύμητες ενέργειες, καθώς και η συμμόρφωση των ασθενών, που αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την επιτυχή έκβαση της εφαρμογής τους. Αναφέρονται οι κυριότερες θεωρίες που σχετίζονται με το μηχανισμό δράσης των διαφορών θεραπειών. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία θεωρείται ταχύτερη και αποτελεσματικότερη της φαρμακοθεραπείας στην αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης, ενώ περιορίζει και το χρόνο νοσηλείας των ασθενών. Η σύγχρονη εφαρμογή της έχει τροποποιήσει ριζικά τους μύθους και τις προκαταλήψεις απέναντι της μειώνοντας το φόβο των ασθενών και αλλάζοντας τη στάση συγγενών και κοινού. Η στέρηση ύπνου μόνο, χωρίς τη χρήση ψυχοφαρμάκων εμφανίζει σημαντική αντικαταθλιπτική αποτελεσματικότητα, κυρίως στην συναισθηματική διαταραχή με ταχεία εναλλαγή επεισοδίων. Η φωτοθεραπεία, εφαρμόζεται κυρίως στην εποχιακή αλλά και στη μη εποχιακή κατάθλιψη. Η ψυχοχειρουργική, με την εφαρμογή συγχρόνων στερεοτακτικών τεχνικών, χρησιμοποιείται σε καταστάσεις στις οποίες ο ασθενής δεν έχει απαντήσει σε εντατική θεραπεία με όλες τις διαθέσιμες θεραπείες. οι ατομικές και ομαδικές ψυχοθεραπείες, πέρα από τη μεμονωμένη εφαρμογή τους, συναζόμενες με φαρμακοθεραπεία φαίνεται να ενισχύουν σημαντικά την αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών.

Συμπερασματικά, οι μη φαρμακευτικές μέθοδοι αποτελούν αξιόπιστες, εναλλακτικές της φαρμακοθεραπείας, θεραπείες στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, κυρίως σε ασθενείς που δεν ανέχονται τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, που υιοθετούν αρνητική στάση απέναντι τους, μειωμένη συμμόρφωση και έχουν ιστορικό αποπειρών αυτοκαταστροφής με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. ([www.iatrotec on line.gr](http://www.iatrotec.online.gr). 2006).

1.7.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Το πρώτο μέλημα του κλινικού είναι οι επείγουσες καταστάσεις. Η αυτοκτονία αποτελεί οπωσδήποτε τον μεγαλύτερο κίνδυνο για τα καταθλιπτικά άτομα και γι' αυτό θα πρέπει να εκτιμάται η πιθανότητα αυτοκτονίας σε κάθε άτομο που παρουσιάζει κατάθλιψη. Άλλωστε, τα άτομα με διαταραχές της διάθεσης αποτελούν την κατ' εξοχήν ομάδα πληθυσμού που αυτοκτονεί. Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας μπορεί να είναι φανερές ή συγκαλυμμένες και έμμεσες π.χ. κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, επικίνδυνο οδήγημα κτλ. Στην κατάθλιψη μπορεί να υπάρξει και κίνδυνος ανθρωποκτονίας που δεν πρέπει να διαφύγει της προσοχής. Ο κίνδυνος αυτός συνδέεται κυρίως με ψυχωτική κατάθλιψη - με παραληρητικές ιδέες όπως π.χ. «τα παιδιά θα είναι καλύτερα αν πεθάνουν».

Οξεία ψυχωτική κατάθλιψη όπως και άρνηση λήψης τροφής ή πλήρης ανορεξία με τη συνεπακόλουθη απίσχναση και εξάντληση επίσης αποτελούν επείγουσες καταστάσεις, που πρέπει να αντιμετωπισθούν με νοσηλεία. Γενικότερα οι ενδείξεις νοσηλείας ενός καταθλιπτικού ασθενή είναι:

- Σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας
- Σοβαρός κίνδυνος ανθρωποκτονίας
- Απώλεια της ικανότητας για φροντίδα του εαυτού είτε λόγω ακινητοποιητικών συμπτωμάτων είτε λόγω ψυχωτικού τρόπου σκέψης
- Οξείες παθολογικές καταστάσεις επικίνδυνες για τη ζωή του ατόμου που προέρχονται από την κατάθλιψη (π.χ. ανορεξία, αφυδάτωση)
- Συνακόλουθες παθολογικές καταστάσεις (π.χ. σοβαρή καρδιακή νόσος) που απαιτούν ειδική διάγνωση και θεραπεία.¹¹

Σωματικές θεραπείες

Τόσο τα φάρμακα όσο και το ηλεκτροσόκ είναι χρήσιμα και αποτελεσματικά στη θεραπεία των Καταθλιπτικών Διαταραχών - κυρίως της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής και ιδιαίτερα αν υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία και/ή σωματικά (φυτικά) συμπτώματα.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των οξέων καταθλιπτικών επεισοδίων, την ανακούφιση των πιο χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπιαζόντων καταθλιπτικών επεισοδίων. Τα παλιότερα και πιο διαδεδομένα είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) και νεότερα αντικαταθλιπτικά όπως π.χ. οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ).

Ο μηχανισμός δράσης των αντικαταθλιπτικών βασίζεται στην ικανότητα τους να ενδυναμώνουν τη δράση της νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Μελέτες με τα τρικυκλικά φάρμακα έχουν δείξει ότι μεταξύ 50% και 85% των ασθενών με μονοπολική κατάθλιψη βελτιώνονται ύστερα από θεραπεία με αυτά. Ορισμένα χαρακτηριστικά θεωρούνται ότι προλέγουν καλή απάντηση στη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά (και ταυτόχρονα αποτελούν και ενδείξεις για τη χορήγηση τους). Τέτοια είναι: η παρουσία φυτικών συμπτωμάτων όπως αϋπνία, απώλεια βάρους, ψυχοκινητική επιβράδυνση, η ύπαρξη μελαγχολικών στοιχείων (προσδιοριστής Με Μελαγχολικά Στοιχεία), ιστορικό προηγούμενων καταθλιπτικών επεισοδίων (ιδιαίτερα αν απάντησαν καλά στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα), σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας από την κατάθλιψη, σχετικά οξεία έναρξη των συμπτωμάτων, οικογενειακό ιστορικό διαταραχής της διάθεσης κ.ά. Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά και ιδιαίτερα οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ) έχουνδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικά, καλώς ανεκτά και ασφαλή σε υπερβολική δόση. Έτσι, μαζί με τα τρικυκλικά και οι ΕΑΕΣ θεωρούνται πια φάρμακα πρώτης γραμμής για την κατάθλιψη.

Όσον αφορά τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ), είναι κατά κάποιον τρόπο η δεύτερη γραμμή επίθεσης στην κατάθλιψη, γιατί είναι λιγότερο αποτελεσματικά φάρμακα και με σοβαρότερες παρενέργειες από τα τρικυκλικά ή τους ΕΑΕΣ (που δεν ισχύει όμως για τους νεότερους αναστρέψιμους αναστολείς της ΜΑΟ). Είναι χρήσιμα φάρμακα, όμως, για τις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη έχει άτυπα συμπτώματα. (Αμπατζόγλου Γ. 2006).

Το ηλεκτροσόκ κυρίως ενδείκνυται στις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη είναι τόσο βαριά ώστε να κινδυνεύει η ζωή του αρρώστου και που η ταχεία βελτίωση είναι αναγκαία (π.χ. πολύ σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας, «κατατονική» κατάθλιψη) ή σε περιπτώσεις που αντενδείκνυται η χορήγηση αντικαταθλιπτικών (καρδιαγγειακή νόσος, εγκυμοσύνη). Αν και εφαρμόζονται διάφορα σχήματα, συνήθως χορηγούνται 6 ως 10 συνεδρίες με ρυθμό 3 ή 4 συνεδριών την εβδομάδα. Η απάντηση συνήθως είναι ταχεία - μέσα σε μέρες παρά σε εβδομάδες. Μετά τη χορήγηση ηλεκτροσόκ, οι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία συντήρησης με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Αν και οι λεπτομέρειες για τη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά ή ηλεκτροσόκ περιλαμβάνονται στο κεφάλαιο 25, σημειώνουμε ότι γενικά αρχίζουμε τη θεραπεία με κάποιο τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό ή κάποιον ΕΑΕΣ και αν δεν υπάρξει απάντηση μέσα σε 6-8 εβδομάδες χρησιμοποιούμε κάποιο άλλο τρικυκλικό ή ΕΑΕΣ (με διαφορετικό χημικό προφίλ όσον αφορά την επίδραση του στη νορεπινεφρίνη, σεροτονίνη αλλά και στην ακετυλχολίνη). έναν αναστολέα της ΜΑΟ, ένα άλλο νεότερο αντικαταθλιπτικό ή ηλεκτροσόκ (ή ενίσχυση με λίθιο της δράσης του τρικυκλικού). Όσον αφορά την επιλογή του κατάλληλου αντικαταθλιπτικού πρώτης γραμμής (ποιου από τα τρικυκλικά ή τους ΕΑΕΣ) παρά τα όσα έχουν προταθεί, η αλήθεια παραμένει ότι ακόμη η επιλογή αυτή παραμένει σε μεγάλο βαθμό εμπειρική. (Αμπατζόγλου Γ. 2006).

Το λίθιο χρησιμοποιείται κυρίως ως αντιμανιακό φάρμακο και για την πρόληψη της υποτροπής τόσο των μανιακών όσο και των καταθλιπτικών επεισοδίων της Διπολικής Διαταραχής. Πρόσφατες μελέτες, όμως, έχουν δείξει ότι το λίθιο είναι χρήσιμο φάρμακο και για την πρόληψη της υποτροπής

καταθλιπτικών επεισοδίων σε μονοπολικούς καταθλιπτικούς, οπότε θεραπεία συντήρησης με λίθιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντί θεραπείας συντήρησης με τρικυκλικά ή άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Μείζονα ηρεμιστικά (αντιψυχωτικά ή νευροληπτικά) θα χρησιμοποιηθούν στην κατάθλιψη όταν υπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, σύγχυση ή υπερβολικό άγχος (ψυχωτική ή διεγερμένη κατάθλιψη) σε συνδυασμό φυσικά με τρικυκλικά ή ηλεκτροσόκ, που φαίνεται μόνα τους συνήθως να μη φθάνουν στις περιπτώσεις αυτές.

Όσον αφορά τα καταπραϋντικά ή υπνωτικά και τα ελάχιστα ηρεμιστικά (βενζοδιαζεπίνες κτλ.) μπορεί να χρησιμοποιηθούν μερικές φορές για ν' ανακουφίσουν το άγχος, την ανησυχία, τον εκνευρισμό και την αϋπνία - συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το καταθλιπτικό σύνδρομο. Πρέπει, όμως, να σημειώσουμε ότι αφενός τα φάρμακα αυτά μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη και να επιβαρύνουν έτσι την κλινική εικόνα και αφετέρου τα συμπτώματα στα οποία απευθύνονται και ιδιαίτερα η αϋπνία θεραπεύονται καλύτερα με τα αντικαταθλιπτικά παρά με αυτά τα φάρμακα (γιατί όπως είπαμε αποτελούν συμπτώματα του καταθλιπτικού συνδρόμου και υποχωρούν όταν υποχωρήσει η κατάθλιψη). Επομένως, αν λάβουμε υπόψη και τον κίνδυνο εθισμού, ίσως είναι καλύτερο να αποφεύγονται, όσο είναι δυνατό, τα υπνωτικά και τα ελάχιστα ηρεμιστικά. (Αμπατζόγλου Γ. 2006).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν η φαρμακευτική θεραπεία δεν βοηθά έναν ασθενή να βελτιώσει την κατάστασή του, οι κλινικοί εξετάζουν την πιθανότητα της εφαρμογής της ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ECT), που αποτελεί μία περισσότερο δραστική θεραπεία αλλά και την πιο αμφιλεγόμενη, μετά την ψυχοχειρουργική, θεραπεία για τις ψυχολογικές διαταραχές. Στη θεραπεία αυτή εφαρμόζεται

ηλεκτρικό σοκ κατευθείαν στον εγκέφαλο για λιγότερο από ένα δευτερόλεπτο, παράγοντας μία κρίση και μία σειρά σύντομων σπασμών που συνήθως διαρκούν λίγα λεπτά. Η θεραπεία αυτή στις μέρες μας αποτελεί μία ασφαλή και αποτελεσματική θεραπεία για πολύ σοβαρές περιπτώσεις κατάθλιψης που δεν παρουσίασαν βελτίωση με άλλες θεραπευτικές αγωγές (Klerman, 1988). Πλέον, οι ασθενείς υποβάλλονται σε αναισθησία προκειμένου να μειωθεί η ταλαιπωρία τους, και τους χορηγούνται μυοχαλαρωτικά φάρμακα ώστε να αποφευχθεί η θλάση των οστών από τους σπασμούς κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η οποία εφαρμόζεται μία φορά μέρα παρά μέρα και για 6 έως 10 θεραπείες / ανάλογα με τη βελτίωση του ασθενή.

Όσον αφορά τις παρενέργειες, αυτές είναι λίγες και συμπυκνώνονται στη βραχύχρονη απώλεια μνήμης και στη σύγχυση που εξαφανίζονται μετά από μία με δύο εβδομάδες. Η αμφιλεγόμενη φύση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας μείωσε τη χρήση της κατά τη διάρκεια των δεκαετιών του 1970 και του 1980 και δεν είναι πιθανό να χρησιμοποιηθεί ξανά ευρέως σύντομα. (Αμπατζόγλου Γ. 2006).

ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

Καμία θεραπεία - σωματική ή ψυχοθεραπεία - δεν μπορεί να διεκδικήσει την αποκλειστικότητα για την κατάθλιψη. Όπως ήδη αναφέρθηκε, αυτό που χρειάζεται είναι συνδυασμός θεραπειών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή, αφού άλλωστε οί εργασίες μας δείχνουν ότι ο συνδυασμός θεραπειών είναι πιο αποτελεσματικός από οποιαδήποτε θεραπεία μόνη. Άλλωστε οί στόχοι των θεραπειών είναι διαφορετικοί. Οί σωματικές θεραπείες στοχεύουν περισσότερο στη βελτίωση των φυσιολογικών λειτουργιών όπως ύπνος, όρεξη, libido κτλ., ενώ οί ψυχοθεραπείες στη βελτίωση της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και τη γενικότερα καλύτερη λειτουργία της προσωπικότητας — ατόμου.

Σήμερα, έχουν διαμορφωθεί ενδείξεις για φαρμακοθεραπεία ή ψυχοθεραπεία, όπως και ενδείξεις για τους διάφορους τύπους ψυχοθεραπείας και για τους συνδυασμούς όλων των παραπάνω. Η θεραπεία της κατάθλιψης, όπως και όλων των ψυχικών διαταραχών άλλωστε, είναι συνθετική - επιλεκτική, δηλ. ο θεραπευτής επιλέγει για τον κάθε ασθενή την κατάλληλη σύνθεση φαρμακοθεραπείας, ψυχοθεραπείας ή τύπων ψυχοθεραπείας . (Αμπατζόγλου Γ. 2006).

Η ΜΟΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΑ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η μουσική μπορεί να ελαττώσει τον χρόνιο πόνο κατά 21% και την κατάθλιψη κατά 25%, σύμφωνα με μία νέα μελέτη που δημοσιεύεται στην «Επιθεώρηση Προηγμένης Νοσηλευτικής». Μπορεί επίσης να βοηθήσει τους ασθενείς να αισθάνονται ότι έχουν καλύτερο έλεγχο του πόνου τους. Η μελέτη διεξήχθη σε 60 εθελοντές, χωρισμένους σε τρεις ομάδες. Στις δύο από αυτές οι 40 εθελοντές που συμμετείχαν άκουγαν μουσική, ενώ στην τρίτη όχι. Η μουσική που άκουγαν (με ακουστικά) οι εθελοντές της πρώτης ομάδας ήταν όποια τους άρεσε - και επέλεξαν από ποπ και ροκ μέχρι μπαλάντες και ήχους της φύσης. Οι εθελοντές της δεύτερης ομάδας άκουγαν μουσική από πέντε χαλαρωτικές κασέτες που είχαν φτιάξει οι ερευνητές. Οι κασέτες περιείχαν κυρίως κλασική μουσική, αλλά και τζαζ και ηλεκτρονική μουσική. Σε σύγκριση με τους εθελοντές που δεν άκουγαν μουσική, όσοι άκουγαν μία ώρα την ημέρα, επί μία εβδομάδα, ανέφεραν βελτίωση των σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων τους. Όλοι οι εθελοντές ταλαιπωρούνταν επί 6,5 χρόνια κατά μέσον όρο, από πλήθος επώδυνων ασθενειών - μεταξύ αυτών οστεοαρθρίτιδα, προβλήματα μεσοσπονδυλίων δίσκων και ρευματοειδής αρθρίτιδα. Το 90% των εθελοντών είπαν ότι ένιωθαν πόνο σε περισσότερα από ένα σημεία του σώματός τους, ενώ το 95% δήλωσαν ότι πονάνε συνεχώς. Πριν αρχίσει το κύριο μέρος της μελέτης, οι εθελοντές βαθμολόγησαν τον πόνο τους

με μία κλίμακα από 0 έως 10 - με την πλειονότητα από αυτούς να βαθμολογούν τον συνήθη πόνο με 5,9 και τον εντονότερο που έχουν αισθανθεί ποτέ εξαιτίας της νόσου τους με 9. Επιπλέον, καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης, όλοι οι εθελοντές κρατούσαν «ημερολόγιο πόνου». Στο τέλος της μελέτης, οι δύο μουσικές ομάδες ανέφεραν μείωση του πόνου τους από 12% έως 21%, ενώ οι εθελοντές δίχως μουσική ανέφεραν αύξηση του πόνου τους κατά 1% έως 2%.

Επιπλέον, οι εθελοντές των μουσικών ομάδων ανέφεραν και ελάττωση της κατάθλιψής τους κατά 19% έως 25%, ενώ είπαν και ότι αισθάνονται ότι έχει βελτιωθεί η κινητικότητά τους κατά 9% έως 18%. Τα ποσοστά αυτά προέκυψαν από την ανάλυση των νέων απαντήσεων που έδωσαν στα αρχικά ερωτηματολόγια αξιολόγησης του πόνου. Οι ερευνητές τονίζουν στο άρθρο τους ότι με τη μελέτη τους αποκαλύπτεται ένα ακόμα πιθανό όφελος της μουσικής στην υγεία, το οποίο υποδηλώνει ότι ίσως τελικά μπορεί να παίζει ρόλο στην φροντίδα των ασθενών. www.usgocities.com. 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όσο χαρμόσυνη κι αν είναι η έλευση ενός παιδιού, δεν παύει να προκαλεί βαθιές (αι εν δυνάμει επικίνδυνες ανατροπές στην ζωή μιας μητέρας. Αυτή η συνύπαρξη αντικρουόμενων συναισθημάτων μπορεί να φαίνεται παράδοξη με την πρώτη ματιά, είναι όμως απόλυτα φυσιολογική και αποτελεί μια ακόμα εκδοχή - ίσως την λιγότερο διακριτή - ενός οξύμωρου σχήματος που μας συνοδεύει από την αρχή της ζωής μας.

Η λοχεία, η περίοδος που διανύει μια γυναίκα αμέσως μετά τη γέννηση του παιδιού της, είναι μια περίοδος φορτισμένη με προσδοκίες, ανησυχίες, αγωνία, αφοσίωση, κούραση και άλλα συναισθήματα που προκαλούν στρες. Παράλληλα, όμως, είναι καλυμμένη μ' ένα πέπλο μυστηρίου και απομονωτισμού, πίσω από το οποίο η ψυχολογική κατάσταση μιας μητέρας συχνά επιδεινώνεται καταλήγοντας στη λεγόμενη επιλόχεια κατάθλιψη.¹⁵

Η λοχεία ήταν επίκληση της θεάς Άρτεμης που προστατεύει τις λεχώνες στην Άλο της Φθιώτιδας.

Επίσης Η Άρτεμη με την ιδιότητα αυτή λατρευόταν στην Πέργαμο και σε άλλες πόλεις με διάφορες επικλήσεις όπως «Εύλογος» «Ωκυλοχεία». (Γραφικές Παραθέσεις 2004).

ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Είναι γεγονός, ότι το 40-60% των λεχωϊδων αναφέρει πως νιώθει κατάθλιψη. Με το φαινόμενο αυτό ασχολήθηκε πριν από εκατοντάδες χρόνια ο πατέρας της Ιατρικής, ο Ιπποκράτης, ο οποίος περιέγραψε μια γυναίκα που μετά τη γέννηση διδύμων έγινε ανήσυχη και ανέπτυξε παραλήρημα. Γι' αυτή τη μορφή της κατάθλιψης ο Ιπποκράτης έδινε μία κάπως μπερδεμένη βιολογική ερμηνεία. Ισχυριζόταν πως επρόκειτο για επιπτώσεις από τα λόχεια, που δεν αποβλήθηκαν από τον οργανισμό, καθώς και από τη διοχέτευση γάλακτος προς τον εγκέφαλο, που συνοδευόταν με ξαφνική εισροή αίματος στους μαστούς.

Επίσης, και στις περιγραφές των νοσοκομείων αναφέρεται, πως στους προηγούμενους αιώνες οι πτέρυγες για τις λεχώνες είχαν τα παράθυρα φραγμένα με κάγκελα, ως μέτρο προφύλαξης κατά κάποιας, υποτίθεται, 'απονενομημένης' ενέργειας από τις νέες μητέρες. Η μελέτη άρχισε με τον Esquirol το 1845, και τον Marce το 1858, και συστηματοποιήθηκε μετά το 1950. (Ελευθώ 2003).

2.1 Ορισμός επιλόχειας κατάθλιψης

Τι ακριβώς είναι η επιλόχειος κατάθλιψη;

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι η παρουσία ψυχιατρικών συμπτωμάτων τα οποία είναι αρκετά σοβαρά, ώστε να χρήζουν ιατρικής βοήθειας, και τα οποία εμφανίζονται μέσα σε έξι μήνες από τον τοκετό, σε μια γυναίκα που ποτέ πριν δεν είχε κάποια ψυχιατρική ασθένεια. (Βάρβογλη Λ. 2006).

Η επιλόχειος κατάθλιψη δεν είναι μια απλή ιδιοτροπία της νέας μητέρας, αλλά μια ασθένεια. Για την ίασή της χρειάζεται ψυχοθεραπεία, σύστημα υποστήριξης από τον οικογενειακό και κοινωνικό κύκλο της νέας μητέρας ή

και φαρμακοθεραπεία με αντικαταθλιπτικά.

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια σύνθετη διαταραχή που εκδηλώνεται σε μια περίοδο που χαρακτηρίζεται από ευχαρίστηση και χαρά, φέρνοντας συχνά τη λεχωίδα και την οικογένειά της μπροστά σε εκπλήξεις. Είναι, επίσης, μια διαταραχή που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού. (Misri, Fox & Kostaras, 2000)

Μπορεί επίσης να ονομαστεί «ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ». Αυτός ο ορισμός αποκλείει αυτές τις γυναίκες που είχαν κάποια προηγούμενη ψυχιατρική ασθένεια και στις οποίες η αιτιολογία μπορεί να είναι διαφορετική. Έτσι, αυτές με ένα προηγούμενο ιστορικό σχιζοφρένειας, μανιακής κατάθλιψης, χρήσης ναρκωτικών ή ψύχωσης δεν είναι σίγουρο ότι θα ωφεληθούν από μια θεραπεία προγεστερόνης, η οποία στοχεύει στη διόρθωση μιας ασθένειας που εμφανίστηκε μετά από έναν τοκετό, όπου συνεβαίνανε μεγάλες ορμονικές αλλαγές.

ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ είναι μια μεταβατική συναισθηματική αναστάτωση που εμφανίζεται μέσα στις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό και χαρακτηρίζεται από κλάμα χωρίς να υπάρχει κάποιος προφανής λόγος. Είναι περισσότερο δάκρυα συγκίνησης παρά κατάθλιψη. Είναι κάτι συνηθισμένο που εμφανίζεται περίπου στο 50 με 75% όλων των γυναικών μέσα στις πρώτες δέκα μέρες μετά τον τοκετό. Δεν χρειάζεται φαρμακευτική παρέμβαση και έτσι δεν περιλαμβάνεται στον ορισμό της επιλόχειας κατάθλιψης. (Τζώτζας Θ. 2006).

Τέλος η επιλόχειος κατάθλιψη δε θα πρέπει να συνδέεται με την μελαγχολία (τάση για κλάμα, άμβλυνση των συναισθημάτων, αβεβαιότητα για τον εαυτό) που εμφανίζεται την Τρίτη ή την τέταρτη μέρα μετά τον τοκετό στις μισές περίπου μητέρες και σύντομα υποχωρεί. Μια άλλη πάθηση με την οποία δε θα πρέπει να συνδέεται η επιλόχειος κατάθλιψη είναι η λοχειακή ψύχωση, η οποία είναι μια πολύ σοβαρή διαταραχή κατά την οποία η μητέρα έχει παραληρητικές ιδέες, π.χ. 'ότι το παιδί της είναι «γέννημα του Σατανά» κ.λ.π. Η λοχειακή ψύχωση είναι σπάνια (1 στις 500 μητέρες) και εμφανίζεται συνήθως μερικές ημέρες μετά τον τοκετό. (Χατζηδημητρίου Σ. 2006).

2.2 Επιδημιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης

Η επιλόχειος κατάθλιψη αναφέρεται στην εμφάνιση κατάθλιψης μετά τη γέννηση ενός παιδιού. Εμφανίζεται σε περίπου μια στις δέκα μητέρες και είναι μια από τις πιο συχνές επιπλοκές ενός τοκετού, αν και επειδή δεν είναι κοινωνικά αποδεκτό μια μητέρα να μην είναι πλημμυρισμένη από ευχάριστα συναισθήματα μετά τη γέννηση του παιδιού, πολλές μητέρες υποφέρουν σιωπηλά. Η επιλόχειος κατάθλιψη συνήθως εκδηλώνεται εντός ενός μηνός από τον τοκετό, αλλά σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστεί μέχρι και 6 μήνες μετά.¹⁵

Ανω του 50% των γυναικών που βρίσκονται στη λοχεία αναφέρουν κάποια γνωσιακού ή συναισθηματικού τύπου διαταραχή, η οποία μπορεί να είναι απλή ή να έχει ήπιο χαρακτήρα. Τα 50-60% των γυναικών, που κατά τη λοχεία παρουσιάζουν ήπιες ψυχικές διαταραχές, γεννούν για πρώτη φορά. Σε ποσοστό 50% η ψυχική διαταραχή συνδέεται με περιπτώσεις στις οποίες υπήρξαν περιγεννητικές επιπλοκές, ενώ σε ένα ποσοστό 50% αναφέρεται η ύπαρξη κάποιας συναισθηματικής διαταραχής στο οικογενειακό ιστορικό. Μόνο σε ποσοστό 0,1-0,2% οι λοχειακές ψυχικές διαταραχές λαμβάνουν το χαρακτήρα και το βάθος της ψυχωσικής διαταραχής. (Χριστοδούλου Γ.Ν. 2004).

Συχνότητα

Ο κίνδυνος να αναπτύξει η μητέρα επιλόχεια κατάθλιψη είναι αρκετά υψηλός. Έχει βρεθεί ότι μια στις δέκα λεχωΐδες, χωρίς προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, παρουσιάζει επιλόχεια κατάθλιψη. Αν υπάρχει ατομικό ιστορικό μείζονος κατάθλιψης, τότε μια στις τέσσερις λεχωΐδες παρουσιάζει επεισόδια κατάθλιψης κατά τη λοχεία. Σε περίπτωση που έχει προηγηθεί επιλόχεια κατάθλιψη, τότε μια στις δυο λεχωΐδες θα ξαναπαρουσιάσει ανάλογο επεισόδιο κατάθλιψης σε επόμενη επιλόχεια περίοδο.

Η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται σε ένα σημαντικό ποσοστό, που κυμαίνεται από το 10 μέχρι το 20% των λεχωΐδων. Κάποιοι συγγραφείς

αναφέρουν ότι το ποσοστό αυξάνει ανησυχητικά και το ανεβάζουν μέχρι το 40%. Το ποσοστό για τις ενήλικες μητέρες φτάνει το 26%. Για το 60% των γυναικών αυτών είναι το πρώτο τους καταθλιπτικό επεισόδιο. Ο κίνδυνος εκδήλωσης είναι περίπου διπλάσιες στις πρωτοτόκες.

Οι άλλες ψυχικές διαταραχές που συναντάμε στη λοχεία, είναι η επιλόχεια ψύχωση και η επιλόχεια αθυμία ή μελαγχολία της λοχείας. (Ο Hara & Zekoski,1988). Η επιλόχεια ψύχωση αφορά το 0,8-2,5 των περιπτώσεων σε 1000 τοκετούς και χαρακτηρίζεται από παραισθήσεις και αυταπάτες. Η πλειοψηφία των ψυχωτικών επεισοδίων συμβαίνουν κατά τον πρώτο μήνα της λοχείας.

Η επιλόχεια αθυμία ή μελαγχολία της λοχείας (postpartum blues)

Παρατηρείται στο 40-85% των λεχωϊδων. Πρόκειται για παροδική μεταβολή της διάθεσης, η οποία χαρακτηρίζεται από κλάμα, αίσθημα δυσφορίας και συναισθηματική διαταραχή. Ξεκινά την 3η – 4η ημέρα μετά το τοκετό και διαρκεί 2 -4 μέρες. (Ελευθώ 2002).

Προσβάλλει το 10% των γυναικών. Αυξημένο κίνδυνο έχουν οι γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης. Μπορεί να χορηγηθεί αντικαταθλιπτική θεραπεία ή και να γίνει ψυχοθεραπεία. Haslett C, Edwin R, Chilvers, Nicholas A Boon),

Γυναίκες και Κατάθλιψη

Κατά τη διάρκεια του 19ου αιώνα, οι νευρολόγοι και οι ψυχίατροι περιέγραψαν και κατηγοριοποίησαν για πρώτη φορά πολλές ψυχικές διαταραχές της διάθεσης προκειμένου να διευκολύνουν τη διάγνωση των ψυχιατρικών παθήσεων. Η βικτωριανή άποψη της γυναικείας φύσης επηρέασε την ψυχιατρική και ιατρική κατηγοριοποίηση. Για παράδειγμα στην Αμερική, ο νευρολόγος George M. Beard (1839-1883), επινόησε τον όρο νευρασθένεια για να περιγράψει μια κατηγορία «νευρικών ασθενών» οι οποίοι συχνά ήταν αδύναμες γυναίκες που υπέφεραν από γενική ατονία, κόπωση και αδυναμία. Οι γυναίκες περιγράφονται επίσης επιρρεπείς στην ψυχωσική «καταθλιψία» ή «υστερική κατατονία». Ο Γερμανός ιατρός Karl Kahlbaum, MD (1828-1899),

πρότεινε τον όρο κατατονία για να περιγράψει την εξέλιξη μιας νόσου στην οποία οι ασθενείς μπορεί να μένουν ακίνητες και να λαμβάνουν ή να «τοποθετούνται» σε ασυνήθιστες στάσεις στις οποίες παραμένουν σαν αγάλματα. Δεν αντιδρούν και δεν έχουν καμία κινητήρια αντίδραση σε μεγάλη ποικιλία ερεθισμάτων.

Οι ασυνήθιστες στάσεις των κατατονικών ασθενών εντυπωσίαζαν τους γιατρούς και τους φωτογράφους ιατρικών θεμάτων. παρότι οι άντρες προσβάλλονταν επίσης από αυτές τις παθήσεις, οι φωτογράφοι της εποχής εστίαζαν το φακό τους στις γυναίκες. Κυκλοφόρησαν πολυάριθμοι άτλαντες και κείμενα με εικόνες κατατονικών ασθενών και σχεδόν όλα τα δημοσιευμένα παραδείγματα ήταν εικόνες κατατονικών γυναικών.

Από τις αρχές της ψυχιατρικής φωτογραφίας, οι φωτογραφίες των ασθενών χρησιμοποιούνταν ως τεκμηρίωση και παρείχαν αξιόπιστες πληροφορίες για την ψυχιατρική διαταραχή του ατόμου.

Εκτός από τον ορισμό της κατατονίας στη μονογραφία του 1874, Die Katatonie, ο Dr. Kahlbaum ήταν επίσης γνωστός για τη διαμόρφωση της ορολογίας για νεοπεριγραφόμενες ψυχιατρικές παθήσεις και για την ανάπτυξη της βάσης για τη σύγχρονη ιδέα των ψυχικών ασθενών που βασίζεται στα μοτίβα συμπτωμάτων και στα σχετιζόμενα χαρακτηριστικά.

Ο Emil Kraepelin, MD (1856-1926), καθηγητής ψυχιατρικής σε διάφορα μεγάλα γερμανικά πανεπιστήμια στην καριέρα του, έκανε το επόμενο σημαντικό βήμα στην καθιέρωση της ψυχιατρικής διάγνωσης. Δημιούργησε διαφορετικές οντότητες και κωδικοποίησε τις κατηγορίες νόσων. Το σύστημα ταξινόμησης του Kraepelin ήταν η βάση για το τρέχον Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Νόσων (DSM) και τη Διεθνή Ταξινόμηση των Νόσων (ICD).

Στα τέλη της δεκαετίας του 1800, ο Kraepelin εισήγαγε και ανέπτυξε την έννοια της πρώιμης άνοιας. Η κατατονία αναγνωρίστηκε ως μια διαταραχή που εμφανίζεται στις πρώτες τρεις δεκαετίες ζωής, ενώ η «συγχετική άνοια με εμβροντησία» ήταν η διάγνωση που συνήθως τίθετο σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με παρόμοια συμπτωματολογία.

Το 1911, ο Payl E. Bleuler, MD (1857-1939) παρουσίασε την ιδέα της σχιζοφρένειας, η οποία αντικατέστησε την πρώιμη άνοια. Τότε, η κατατονία συνδέθηκε με τη σχιζοφρένεια. Σήμερα, η κατατονία ταξινομείται ως κατατονική σχιζοφρένεια. (Woman's Health).

2.3 Αίτια και προδιαθεσικοί παράγοντες.

Ας δούμε όμως λίγο πιο αναλυτικά ποιοι είναι αυτοί οι τόσο καθοριστικοί παράγοντες στην προδιάθεση καταρχήν και στην εξέλιξη κατά δεύτερον μιας τόσο δυσάρεστης ψυχικής διαταραχής που έρχεται να πλήξει τη μητέρα και την οικογένεια σε μια τόσο ευτυχισμένη στιγμή της ζωής τους – αυτή της γέννησης μιας νέας ανθρώπινης ύπαρξης. Είναι το οξύμωρο αυτό σχήμα που διαγράφεται στην επιλόχεια κατάθλιψη που το καθιστά ακόμη δυσκολότερο να κατανοήσουμε τη διαταραχή αλλά και να τη διαχειριστούμε. Η προσδοκία των περισσότερων από εμάς είναι πως η μητέρα οφείλει να είναι πανευτυχής για το χαρμόσυνο γεγονός της τεκνοποίησης και πως τίποτα δεν μπορεί να κλονίσει το μητρικό της ένστικτο.

Η αιτιολογία της επιλόχειου κατάθλιψης δεν είναι γνωστή και διερευνάται μια ποικιλία παραγόντων από ορμονικούς μέχρι περιβαλλοντικούς. Το σημαντικό είναι ότι δεν πρόκειται για μια διαταραχή που οφείλεται στο γεγονός ότι η γυναίκα που γέννησε δεν είναι “αρκετά καλή μητέρα” και γενικώς δεν είναι κάτι για το οποίο ευθύνεται η ίδια η μητέρα, αλλά μια ανεπιθύμητη επιπλοκή του τοκετού. (Χατζηδημητρίου Σ. 2006).

Χρόνος έναρξης.

Μέσα σε λίγες μέρες από το τοκετό. Περίπου οι μισές γυναίκες που παθαίνουν επιλόχεια ψύχωση την εμφανίζουν μέσα στις επόμενες δυο εβδομάδες από τον τοκετό.

1. Με το σταμάτημα του θηλασμού.
2. Με την έναρξη ορμονικής αντισύλληψης.
3. Λίγες μέρες πριν από τη πρώτη περίοδο μετά το τοκετό ή κατά τη διάρκεια της πρώτης περιόδου.
4. Μετά από το τερματισμό μιας εγκυμοσύνης.
5. Με την έναρξη μιας δίαιτας μείωσης βάρους. (Τζώτζας Θ. 2006).

ΑΙΤΙΕΣ

Δεν έχει εντοπιστεί κάποια συγκεκριμένη αιτία που να θεωρείται υπεύθυνη για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης:

- **Ορμονικές διαταραχές πιστεύεται ότι παίζουν κάποιο ρόλο.**

-Τα επίπεδα ορμονών όπως τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη και η κορτιζόνη πέφτουν δραματικά 48 ώρες μετά τη γέννηση.

-Γυναίκες που παρουσιάζουν επανειλημμένα συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης μετά από τοκετούς μπορεί να είναι πιο ευαίσθητες σ' αυτές τις ορμονικές αλλαγές.

- **Άλλοι γνωστοί παράγοντες κινδύνου:**

-Ψυχική ασθένεια πριν την εγκυμοσύνη

-Ψυχική ασθένεια στην οικογένεια, συμπεριλαμβανομένης και της επιλόχειας κατάθλιψης

-Επιλόχεια ψυχική διαταραχή μετά από προηγούμενη εγκυμοσύνη

-Συγκρούσεις στο γάμο, απόλυση από τη δουλειά ή έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης από φίλους και οικογένεια

-Διακοπή της εγκυμοσύνης (π.χ. αποβολή)

- Ο κίνδυνος για μείζονα κατάθλιψη μετά από μια αποβολή είναι υψηλός για γυναίκες που δεν έχουν παιδιά καθώς και για γυναίκες που η εγκυμοσύνη τους ήταν ανεπιθύμητη.
- Ο κίνδυνος για εμφάνιση κατάθλιψης μετά τον τοκετό είναι υψηλότερος μέσα στους πρώτους 6 μήνες μετά από μια αποβολή.

- Η γέννηση παιδιού είναι μια στιγμή μεγάλων αλλαγών για μια γυναίκα. Η ανάγκη προσαρμογής σ' αυτές τις αλλαγές μπορεί να συμβάλει στην εμφάνιση κατάθλιψης.

-Σημαντικές αλλαγές για μια γυναίκα

- Μπορεί να αισθάνεται κουρασμένη μετά από τη γέννηση του μωρού
- Ευαισθησία και πόνος στην περιοχή του περινέου μπορεί να δημιουργήσουν πρόβλημα. Το διάστημα της σωματικής ανάρρωσης μετά από καισαρική τομή μπορεί να είναι μεγαλύτερο απ' ό,τι μετά από φυσιολογικό τοκετό.
- Ορμονικές αλλαγές μπορούν να επηρεάσουν τη διάθεση.

-Συναισθηματικές αλλαγές μετά τον τοκετό.

- Αίσθημα ότι έχασε την παλιά της ταυτότητα και ότι είναι εγκλωβισμένη στο σπίτι
- Αίσθημα ότι είναι καταβεβλημένη από τις ευθύνες του μητρικού ρόλου

- Αίσθημα άγχους από τις αλλαγές στο τρόπο ζωής
- Αίσθημα κούρασης εξαιτίας των συνεχών διακοπών του νυχτερινού ύπνου.
- Αίσθημα ότι είναι λιγότερο ελκυστική σωματικά και σεξουαλικά

-Η ηλικία μιας μητέρας και ο αριθμός των παιδιών που είχε δεν σχετίζονται με την πιθανότητα να αναπτύξει κατάθλιψη. (Frank J. 2006).

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες αλλά και το συναισθηματικό δίκτυο προστασίας που συχνά απλώνει το οικογενειακό περιβάλλον της μητέρας αποτελούν καθοριστικές συντεταγμένες μαζί με τη μητρική συναισθηματική ετοιμότητα στο χάρτη μιας ψυχικά ισορροπημένης περιόδου λοχείας. Ακόμα και αν η μητέρα αισθανθεί σωματικά και ψυχικά εξαντλημένη ή με οποιονδήποτε τρόπο απειλούμενη από τις τεράστιες και μη αναστρέψιμες αλλαγές στη ζωή της μετά την έλευση του μωρού της και βιώσει ως εκ τούτου μια μελαγχολία, αυτή δεν θα μεταλλαχθεί απαραίτητα σε επιλόχεια κατάθλιψη αν η μητέρα αισθάνεται όσο το δυνατόν πιο προετοιμασμένη γι' αυτήν την περίοδο αλλά και επαρκώς υποστηριγμένη από το περιβάλλον της. Οι περισσότεροι από εμάς περιμένουμε τη μητέρα να είναι πανευτυχής για τη γέννηση του παιδιού της και να επιδεικνύει ακλόνητο μητρικό ένστικτο που

αλάνθαστα θα την οδηγεί στις σωστές κινήσεις και αποφάσεις όσον αφορά το νεογέννητο μωρό της. Η εικόνα που έχουμε είναι αρκετά ρομαντική και συχνά απωθούμε υποσυνείδητα οτιδήποτε δεν ταιριάζει σε αυτήν την ιδανική αντίληψη της μητρότητας.

Όμως, οι περισσότερες μητέρες ομολογούν πως το δέσιμο με το παιδί τους δεν είναι τόσο ακαριαίο και άμεσο όσο περιμένουμε και πως συχνά γονατίζουν από τη σωματική κούραση και εύχονται κάποιος να τις αποδέσμευε από το ρόλο της μητρότητας έστω και για κάποιες ώρες. Επίσης συχνά μια μητέρα θα εκνευριστεί από ένα ανήσυχο μωρό, ενδέχεται να έχει και αρνητικές σκέψεις για αυτό, όπως και να είναι γενικότερα ευερέθιστη αυτήν την περίοδο. Σαφώς και οι ορμονολογικές αλλαγές παίζουν σημαντικό ρόλο στη διάθεση, αν και δεν είναι αποκλειστικά υπεύθυνες για μια τόσο σοβαρή διαταραχή όπως η επιλόχεια κατάθλιψη παρά μόνο συνεργούν με άλλους παράγοντες και συνεισφέρουν στην ένταση της νόσου.(Χατζηδημητρίου Σ.).

Κληρονομικοί παράγοντες.

Ποσοστό γυναικών μέχρι 30% που παρουσιάζουν ένα ιστορικό κατάθλιψης πριν από τη σύλληψη, θα αναπτύξουν κατάθλιψη μετά το τοκετό (O Hara M.W., 1986). Ο σημαντικότερος πρότερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης, είναι προηγούμενη εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Οι O Hara και συν. Καθώς και Cambell και συν., έχουν αναφερθεί σε προγενέστερα προσωπικά ή οικογενειακά καταθλιπτικά επεισόδια ως καθοριστικούς παράγοντες κινδύνου. Κατά τους Marks και συν., το51% των γυναικών με προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό παρουσίασε μια ψυχωτική ή καταθλιπτική υποτροπή διάρκειας κατά τους πρώτους έξι μεταλοχειακούς μήνες.

Οι Servant &Parquet εκτιμούν ότι οι πρόωρες απώλειες, όπως οι αποχωρισμοί ή οι θάνατοι πριν την ηλικία των 15 ετών, αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου για μια δευτερεύουσα κατάθλιψη. Στο

συγγενικό περιβάλλον των ασθενών μητέρων, συχνά βρίσκονται άτομα με διπολική διαταραχή. (Χατζηδημητρίου Σ.).

Παράγοντες επικινδυνότητας

Στους επικίνδυνους παράγοντες περιλαμβάνονται το προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης ή κατάχρησης ουσιών, έλλειψη υποστήριξης από την οικογένεια και τους φίλους, προβλήματα με προηγούμενες εγκυμοσύνες ή τοκετούς, κατάθλιψη σε προγενέστερη εγκυμοσύνη, συζυγικά ή οικονομικά προβλήματα, επιπλοκές στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού, σημαντικές αλλαγές στη ζωή την ώρα του τοκετού, το να έχει ένα μωρό με σοβαρά προβλήματα. (Καθημερινή. 2006).

Ποιες γυναίκες παθαίνουν επιλόχειο κατάθλιψη;

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι πιο συνηθισμένη αν μια γυναίκα είχε κάποιο από τα παρακάτω:

Προηγούμενη επιλόχειο κατάθλιψη

Κατάθλιψη που δε συνδέεται με την εγκυμοσύνη

Δυνατά συμπτώματα του συνδρόμου της προεμμηνου ρύσης

Δυσκολίες στο γάμο

Λίγα άτομα στην οικογένεια ή τον κοινωνικό κύκλο στα οποία να μπορεί να βασιστεί και να μιλήσει

Στρεσογόνα γεγονότα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή μετά τον τοκετό ²³

Γιατί οι γυναίκες παθαίνουν επιλόχεια κατάθλιψη;

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

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

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

Πόσο καιρό διαρκεί η επιλόχειος κατάθλιψη;

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

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

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

Ωστόσο, υπάρχουν και άλλα πράγματα που μπορεί να κάνει η γυναίκα και το οικογενειακό και φιλικό της περιβάλλον προκειμένου να τη βοηθήσουν να περάσει το δύσκολο αυτό στάδιο της κατάθλιψης. (Καθημερινή. 2006).

2.4 Κλινική εικόνα – συμπτωματολογία.

Η περίφημη περίοδος θλίψης μετά τον τοκετό, που οι Αμερικανοί αποκαλούν baby blues, είναι πολύ συνηθισμένη κατάσταση. Περίπου το 70% των γυναικών είναι πιθανό να βιώσουν μεταπτώσεις στη διάθεσή τους που συνοδεύονται από δάκρυα και στενοχώρια για οποιοδήποτε ανούσιο γεγονός ή ακόμη και για κάποιο σχόλιο. Αυτά τα συναισθήματα που είναι παρόμοια με τα συμπτώματα που νιώθουν πολλές γυναίκες λίγο πριν την εμμηνορρυσία τους, το πιθανότερο είναι ότι οφείλονται στην απότομη πτώση των ορμονών – οιστρογόνων και προγεστερόνης– που συμβαίνει στον τοκετό. Αυτά τα συμπτώματα συνήθως περνούν από μόνα τους μέσα σε δυο εβδομάδες και δεν χρειάζονται θεραπεία. Αλλά κάθε χρόνο για περίπου 400.000 Αμερικανίδες (ποσοστό που αντιπροσωπεύει το 10% των γεννήσεων), οι μεταπτώσεις στη διάθεση είναι ιδιαίτερα έντονες και καταλήγουν σε διαταραχή. Οι ίδιες οι γυναίκες αισθάνονται λύπη, απελπισία, εκνευρισμό, φοβούνται ότι θα κάνουν κακό στον εαυτό τους, το σύντροφο ή ακόμη και στο παιδί τους. Τα δάκρυα, οι εναλλαγές ανεξέλεγκτων συναισθημάτων, ο φόβος της μοναξιάς, η έλλειψη ενδιαφέροντος για το μωρό, η απώλεια δυναμικότητας και κινήτρων, η απόσυρση ή η απομόνωση από φίλους και οικογένεια και η ανικανότητα να πάρουν αποφάσεις ή να σκεφτούν με σαφήνεια είναι καταστάσεις που συγκαταλέγονται στα συμπτώματα. Επίσης, συχνά συνυπάρχουν σωματικά συμπτώματα όπως υπερβολική κούραση, διαταραχές στον ύπνο, απώλεια όρεξης, πονοκέφαλοι, πόνοι στο στήθος, ταχυπαλμίες και γρήγορη αναπνοή.



Η πιο σοβαρή μορφή της διαταραχής, η επιλόχεια ψύχωση συμβαίνει μία ή δύο φορές σε κάθε χίλιες γεννήσεις μέσα σε έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό. Τα συμπτώματα μπορούν να περιλαμβάνουν πλάνη, παραισθήσεις, διαταραχές ύπνου και έμμονες ιδέες για το παιδί. Αν μείνει χωρίς θεραπεία μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να οδηγήσει σε αυτοκτονία ή ακόμη και δολοφονία του μωρού, του συζύγου ή άλλων παιδιών στην οικογένεια.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- Απώλεια ενδιαφερόντων ή χαράς της ζωής
- Απώλεια όρεξης
- Λιγότερη ενέργεια και διάθεση να κάνει πράγματα
- Δυσκολία να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένη για μεγάλο χρονικό διάστημα
- Περισσότερος ύπνος από το κανονικό
- Αυξημένα επεισόδια κλάματος.
- Συναισθήματα ότι δεν αξίζει η ίδια, δεν υπάρχει ελπίδα, ενοχές
- Ανήσυχη, εκνευρισμένη, με άγχος
- Ανεξήγητη απώλεια ή αύξηση βάρους
- Αίσθηση ότι δεν αξίζει να ζει
- Σκέψεις να κάνει κακό στον εαυτό της
- Σκέψεις να κάνει κακό στο μωρό της

Αν και πολλές γυναίκες παθαίνουν κατάθλιψη μετά τον τοκετό, μερικές δεν αισθάνονται τα συμπτώματα έντονα παρά εβδομάδες ή μήνες αργότερα. Η κατάθλιψη που συμβαίνει ακόμα και έξι μήνες μετά τη γέννηση του παιδιού θεωρείται επιλόχειος κατάθλιψη.²⁵

Το ψυχικό κληροδότημα μιας μητέρας είναι ίσως ο σημαντικότερος και πιο καθοριστικός παράγοντας στην ανάπτυξη ή μη της επιλόχειας κατάθλιψης, τα συμπτώματα της οποίας μπορεί να είναι έντονη θλίψη, άρνηση ενασχόλησης

με το παιδί ή επιθετικότητα προς αυτό, διαταραχές διατροφής και απρόσμενες διακυμάνσεις βάρους, διαταραχές ύπνου, απώλεια ευχαρίστησης σε πράγματα που πρωτίτερα θα ευχαριστούσαν τη γυναίκα, ευσυγκινησία χωρίς προφανείς λόγους, έμμονες και ανεξήγητες ιδεοληψίες που αφορούν στο βρέφος ή σε θέματα που σχετίζονται με αυτό και διαταραχή των διαπροσωπικών σχέσεων της μητέρας. Με την έννοια του ψυχικού κληροδοτήματος αναφέρομαι κυρίως στο συναισθηματικό περιβάλλον της μητέρας κατά την παιδική της ηλικία και τα βιώματά της μέσα στην οικογένεια από την οποία προήλθε. Εάν το περιβάλλον της μητέρας στα παιδικά της χρόνια υπήρξε διαταραγμένο συναισθηματικά και οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας υπήρξαν και αυτές ποτισμένες από βία, ανισόρροπη, εκβιαστική, απόμακρη, αποπλανητική και γενικότερα παθολογική συμπεριφορά, οι πιθανότητες να κληροδοτηθεί αυτή η παθολογία στην επόμενη γενιά είναι σημαντικά αυξημένες. Μια μητέρα που έχει βιώσει την δική της μητέρα ως απόμακρη και τιμωρητική, για παράδειγμα, έχει υποσυνείδητα διαμορφώσει το δικό της τρόπο συσχέτισης με τους γύρω της πάνω σε αυτό το μοντέλο. Όσο και αν προσπαθεί να διαφοροποιηθεί σε σχέση με αυτό που βίωσε η ίδια, είναι πιθανό να τεθούν σε λειτουργία υποσυνείδητοι μηχανισμοί άμυνας, χρωματισμένοι από το απόμακρο και τιμωρητικό βίωμά της σε μια περίοδο τόσο έντονη και ευάλωτη συναισθηματικά, όπως η λοχεία. (Βάρβογλη Λ. 2006).

2.4.1 Συνέπειες

Επικίνδυνες Συνέπειες

Όσο περισσότερες από τις προϋποθέσεις για μια ομαλή περίοδο λοχείας διαταραχθούν, τόσο μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχει η μητέρα να εμφανίσει επιλόχεια κατάθλιψη, μια ψυχική νόσο τόσο σημαντική που δύναται στις χειρότερες περιπτώσεις να οδηγήσει σε ψύχωση, αυτοκτονία ή και παιδοκτονία. Συνεπώς αυτό το θέμα αφορά όχι μόνο τις γυναίκες που ενδιαφέρονται να τεκνοποιήσουν, αλλά και όλους εμάς που τις

συναναστρέφονται και σχετίζονται μαζί τους με τον ένα ή με τον άλλο τρόπο. Η επιλόχεια κατάθλιψη επηρεάζει την ίδια τη γυναίκα που τη βιώνει, το βρέφος της, το οποίο «ρουφάει» τον ψυχισμό και τη διάθεση της μητέρας του σαν σφουγγάρι, το άμεσο οικογενειακό αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον της. Όσον αφορά τώρα στην Υγεία και στις οικονομικές και κοινωνικές προεκτάσεις της, μόνο η πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση μπορούν να διασφαλίσουν ότι η μητέρα δεν θα γίνει χρόνια παθούσα ψυχικών διαταραχών, το παιδί δεν θα επακολουθήσει στα χνάρια της, και η οικογένεια δεν θα καταρρεύσει κάτω από το βάρος μιας ανεξέλεγκτης συναισθηματικής πρόκλησης.¹⁵

Η επιλόχειος κατάθλιψη οδηγεί τα παιδιά σε επιθετική συμπεριφορά



Λονδίνο: Τα παιδιά των γυναικών που προσβάλλονται από επιλόχειο κατάθλιψη έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν επιθετική ή βίαιη συμπεριφορά, σύμφωνα με βρετανική έρευνα, που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο *Developmental Psychology*.

Στο πλαίσιο της μελέτης, ομάδα ερευνητών από το Πανεπιστήμιο του Κάρντιφ έθεσε υπό κλινική παρακολούθηση τα παιδιά 122 οικογενειών από το Λονδίνο, έως την ηλικία των 11 ετών.

Οι ερευνητές πραγματοποίησαν συνεντεύξεις με τις μητέρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τρεις μήνες μετά τον τοκετό καθώς και όταν το παιδί ήταν, αντίστοιχα, σε ηλικία ενός, τεσσάρων και 11 ετών. Αυτό που διαπιστώθηκε ήταν πως παρότι η μεγάλη πλειονότητα των παιδιών είχε επιθετική συμπεριφορά, εκείνα που προέβαιναν ακόμη και σε βίαιες πράξεις ήταν αυτά των οποίων οι μητέρες είχαν προσβληθεί από κατάθλιψη της λοχείας σε χρονικό διάστημα τριών μηνών έως ενός έτους μετά τον τοκετό.

Ωστόσο, τα κορίτσια ήταν λιγότερο ευπαθή στο φαινόμενο. Όπως αναφέρουν οι επιστήμονες, τα βαθύτερα αίτια του φαινομένου δεν έχουν διασαφηνιστεί, αλλά πιθανότατα οφείλονται στις ορμονικές αλλαγές των γυναικών. Μάλιστα, παλαιότερη μελέτη είχε καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες που είχαν μεγαλύτερο άγχος κατά την περίοδο της κύησής τους είχαν περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσουν παιδιά που θα εκδηλώσουν ροπή προς τη βίαιη συμπεριφορά πλησιέστερα στην ηλικία των έξι ετών.

Άλλη πιθανή εξήγηση για τη συμπεριφορά των παιδιών είναι οι κακοί γονικοί χειρισμοί και η αδυναμία άσκησης ελέγχου στις πράξεις τους. Η Χέδερ Γουέλφορντ ειδική στην επιλόχειο κατάθλιψη του βρετανικού National Childbirth Trust επισημαίνει ότι ενδεχομένως η επιλόχειος κατάθλιψη εμπόδισε τις γυναίκες να επικοινωνούν και να επικοινωνήσουν με τα παιδιά τους. (Χατζηδημητρίου Σ.)

2.5 Η συμβολή της οικογένειας

Ο Ρόλος του Πατέρα

Παράλληλα, το πώς έχει γαλουχηθεί ο πατέρας και συνεπώς το δικό του ψυχολογικό κληροδότημα παίζουν κυρίαρχο ρόλο στον τρόπο με τον οποίο ο ίδιος σχετίζεται με τη μητέρα. Εάν είναι και εκείνος ανασφαλής και ευάλωτος, δεν αποκλείεται να ανταγωνιστεί το βρέφος για την προσοχή της μητέρας και με αυτό τον τρόπο να αποξενώσει τη σύντροφό του ή να εντείνει προβλήματα που εκείνη αντιμετωπίζει. Αν επίσης δεν έχει συναίσθηση της ψυχολογικής κατάστασης της συντρόφου του, εκείνη είναι πιθανόν να νιώσει ακόμα πιο απομονωμένη και αβοήθητη. Άλλωστε δεν είναι τυχαίο ότι σε οικογένειες με προϋπάρχουσα τάση για βία ή μια λανθάνουσα επιθετικότητα αυτή μπορεί να εκδηλωθεί για πρώτη φορά σε περίοδο λοχείας ή και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η συμβολή του πατέρα είναι και αυτή εξαιρετικά σημαντική με διάφορους τρόπους. Το ψυχολογικό κληροδότημα του πατέρα από τη δική του

παιδική ηλικία αλλά και από τις συνθήκες της ζωής του παίζει κυρίαρχο ρόλο στον τρόπο με τον οποίο εκείνος θα στηρίξει ή όχι τη σύντροφό του στην κρίσιμη περίοδο της λοχείας. Εάν, για παράδειγμα, εκείνος είναι ανασφαλής και ευάλωτος και έχει βιώματα αποκλεισμού από την αγάπη της δικής του οικογένειας και άλλων προσφιλών του προσώπων, δεν αποκλείεται να ανταγωνιστεί το βρέφος για την προσοχή της μητέρας και με αυτό τον τρόπο να αποξενώσει τη σύντροφό του ή να εντείνει προβλήματα που εκείνη ήδη αντιμετωπίζει. Αν επίσης δεν έχει συναίσθηση της ψυχολογικής κατάστασης της συντρόφου του, εκείνη είναι πιθανόν να αισθανθεί ακόμα πιο απομονωμένη και αβοήθητη, συναισθήματα που θα συμβάλλουν σε μια αρνητική ψυχολογική κατάσταση.

Συχνά, προϋπάρχονται προβλήματα στο ζευγάρι χειροτερεύουν στη διάρκεια της λοχείας και πρέπει να τονιστεί ότι είναι μύθος πως η γέννηση ενός παιδιού θα εξομαλύνει τις διαταραγμένες σχέσεις ενός ζευγαριού ή θα βοηθήσει όσον αφορά προβλήματα με άλλα παιδιά μέσα στην οικογένεια. Η τεκνοποίηση δεν πρέπει επομένως να προορίζεται σαν λύση σε οικογενειακά ή προσωπικά προβλήματα των γονιών. (Χατζηδημητρίου Σ.)

Κοινωνική υποστήριξη και οικογενειακές σχέσεις.

Είναι αξιοσημείωτο ότι η βιβλιογραφία για τη σχέση της κοινωνικής υποστήριξης με την ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αφορά κυρίως τις γυναίκες και ιδιαίτερα κατά το διάστημα μετά το τοκετό. Έρευνα έδειξε (Brugha και συν., 1989,1995), ότι ελλείψεις στην ποιότητα και ποσότητα των προσωπικών σχέσεων συνδέονται με τις καταθλιπτικές διαταραχές. Ακόμη, το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο τα γεγονότα της ζωής συμβαίνουν, μπορεί από μόνο του να αποτελεί μια εν μέρει πλευρά της κοινωνικής υποστήριξης. Για παράδειγμα, το γεγονός της ζωής “μένω έγκυος” μπορεί να αξιολογηθεί ως ιδιαίτερα απειλητικό, αν η κύηση δεν είναι προγραμματισμένη και δεν υπάρχει

σταθερή σχέση με το πατέρα του κνήματος. Το μέγεθος του προβλήματος αυξάνεται, αν δεν υπάρχει καθόλου ο πατέρας του νεογνού στη ζωή της λεχωΐδας και ζει μόνη της. Η σπουδαιότητα της υποστήριξης του συντρόφου κατά τη μεταγεννητική περίοδο είναι εντυπωσιακή και επιβεβαιώνεται από πολλούς ερευνητές (Brown & Harris, 1978, Paykel και συν., 1980, Kumar και συν., 1984).

Κατά τους Agias και συν., η μειωμένη κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη, που εμφανίζεται κατά τους πρώτους τρεις μεταγεννητικούς μήνες, ακόμη και όταν οι γυναίκες ενημερώνονται από σύμβουλο σχετικά με την υποστήριξη (Cutrona, 1989). Το μέγεθος και η έκταση της υποστήριξης από το στενό “πρωταρχικό κοινωνικό κύκλο” της γυναίκας, θα μπορούσε να προβλέψει την κλινική πορεία της κατάθλιψής της. Αρνητική συσχέτιση με την επιλόχεια κατάθλιψη συμβαίνει, όταν η γυναίκα ζει με το σύντροφό της και νιώθει ικανοποιημένη από τη θετική υποστήριξη του στενού περιβάλλοντός της στο γεγονός της εγκυμοσύνης της. Μια αρνητική αντίδραση του συντρόφου στο γεγονός της εγκυμοσύνης, αποτελεί πρόβλεψη της κατάθλιψης στις έγκυες γυναίκες (Kitamura και συν., 1993). (Ελευθώ 2002).

Αποχωρισμοί – Απώλειες

Ακόμα και αν το ζευγάρι χαίρει μιας υγιούς ψυχικά παιδικής ηλικίας και αρκετά καλής συναισθηματικής εξέλιξης μπορεί παρόλα αυτά να προκύψουν επιπλοκές που αφορούν στον απόηχο των τρομερών αλλαγών που έχουν επέλθει αλλά και συνεχίζουν να λαμβάνουν χώρα με τη γέννηση ενός παιδιού. Ο λατινικός όρος της επιλόχειας κατάθλιψης είναι ‘post partum depression’ που σημαίνει η ‘μετά τον αποχωρισμό κατάθλιψη’. Βρίσκω αυτόν τον όρο ιδιαίτερα εύστοχο για την περιγραφή της νόσου, με την έννοια ότι τη γέννηση ενός παιδιού ακολουθεί ένας μεγάλος αριθμός αποχωρισμών. Ο αποχωρισμός

από το βρέφος που κυοφορούταν και το οποίο ήταν υπό την προστασία και τον έλεγχο της μητέρας του, ένα βρέφος που η μητέρα αντιλαμβάνονταν ως κομμάτι της και το οποίο καλείται να διαφοροποιηθεί από αυτήν με τη γέννησή του. Ο αποχωρισμός από τον σύντροφο ως την πρωταρχική πηγή ευχαρίστησης και το μοναδικό στόχο εκτόνωσης ενέργειας μέσα στην οικογένεια. Ο αποχωρισμός από μια διαφορετική ζωή η οποία ποτέ πια δεν θα υπάρξει όπως πριν. Ο αποχωρισμός από έναν πιο εγωκεντρικό και ναρκισσιστικό τρόπο ύπαρξης. Ακόμα και η απώλεια μιας βραδιάς καλού ύπνου, όσο πεζή και δευτερεύουσα κι αν ακούγεται, είναι όμως σημαντική και μπορεί ψυχολογικά να διαταράξει τη γυναίκα που αισθάνεται άπνη, κουρασμένη, ανήμπορη. Το σώμα της γυναίκας επίσης συχνά αλλάζει χωρίς ολική επαναφορά και καμιά φορά τα σωματικά τραύματα μιας εγκυμοσύνης μπορεί να ασκήσουν καθοριστικές επιρροές – και πάλι λοιπόν έχουμε αποχωρισμό από μια πρωτύτερη, γνώριμη κατάσταση. (Χατζηδημητρίου Σ.).

2.6 Η ψυχολογία της γυναίκας μετά το τοκετό



Η περίοδος που διανύει μια γυναίκα μετά τη γέννα – η λοχεία – είναι τόσο σημαντική όσο και κρίσιμη για τη θεμελίωση της σωματικής αλλά και ψυχικής υγείας του βρέφους. Στη λοχεία το βρέφος προστατεύεται από τη μάνα με τρόπους πρακτικούς όπως ο θηλασμός, για παράδειγμα, που δημιουργεί στον νέο οργανισμό αντισώματα και ‘προστάτες’ της υγείας του. Το μωρό κρατιέται στη σωστή θερμοκρασία, φοράει τον κατάλληλο ρουχισμό, καθαρίζεται, και γενικότερα λαμβάνει κυρίως τη φροντίδα της μητέρας με ένα τρόπο αποκλειστικό μιας και το ίδιο είναι απόλυτα εξαρτημένο για την επιβίωσή του. Επίσης, καλώς εχόντων των πραγμάτων, με την ίδια αποκλειστικότητα και αφοσίωση που δέχεται το βρέφος σωματική φροντίδα δέχεται και ψυχική. Χρειάζεται να αισθάνεται επιθυμητό, αγαπητό, το κέντρο του ενδιαφέροντος

της μητέρας του και βέβαια ότι βρίσκεται σε ένα περιβάλλον ασφαλές από όλες τις απόψεις.

Προϋπόθεση για την ομαλή διεξαγωγή αυτής της τόσο κρίσιμης περιόδου είναι όχι μόνο το περιβάλλον, πρακτικό και συναισθηματικό, της μητέρας αλλά και η συναισθηματική ετοιμότητά της να φέρει στον κόσμο ένα παιδί. Η λοχεία είναι μια κατ' εξοχήν φορτισμένη περίοδος με προσδοκίες αναφορικά με το νεογέννητο, ανησυχία, αγωνία και συχνά σωματική εξάντληση. Φαντάζεται λοιπόν κανείς το πόσο απαραίτητη είναι η πρωτότερη ετοιμότητα της γυναίκας να γίνει μητέρα. Στο μεγαλύτερο ποσοστό επιλόχειας κατάθλιψης – μια σοβαρή ψυχική νόσος – η γυναίκα φαίνεται να μην είναι έτοιμη συναισθηματικά και πρακτικά να τεκνοποιήσει. Σε κάποιες περιπτώσεις δε, φαίνεται να έχει προβεί σε μια εγκυμοσύνη για τους λάθος λόγους ή ακόμα και τυχαία.

Αυτό βέβαια δεν σημαίνει πως η κάθε εγκυμοσύνη που προκύπτει απροετοίμαστα θα οδηγήσει σε επιλόχεια κατάθλιψη, αλλά διατρέχει η μητέρα μεγαλύτερο κίνδυνο να αντιδράσει αρνητικά στην κύηση ή και στη γέννηση του παιδιού της κάτω από αντίξοες και απρόσμενες συνθήκες. Η σχέση μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης και αυτοεκτίμησης φαίνεται να είναι ισχυρή. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι 39 φορές πιο πιθανά να εμφανιστούν σε λεχωϊδες με χαμηλή αυτοεκτίμηση από ότι σε αυτές που έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση (Hall, Lindzey, Loehlin, Manosevitz, & Otis Locke, 1997). Στη μελέτη των Fontaine και Jones (1997) η χαμηλή αυτοεκτίμηση συσχετίστηκε θετικά με τη μέτρια κατάθλιψη, κατά τη 2η εβδομάδα μετά τον τοκετό. Ακόμη κατά τη διάρκεια της λοχείας οι πρωτοτόκες με χαμηλή αυτοεκτίμησης παρουσίασαν μέτρια κατάθλιψη σε ποσοστό 38% και σοβαρή κατάθλιψη σε ποσοστό 8% και οι πρωτοτόκες με υψηλή αυτοεκτίμησης παρουσίασαν μέτρια κατάθλιψη 16% και καμία δεν παρουσίασε σοβαρή κατάθλιψη, 6 -8 εβδομάδες μετά τον τοκετό (Dimitrovskiyet al., 1988). Σε ανάλογα συμπεράσματα κατέληξαν οι Affonso και Arizmehdi (1986: Affonso, 2000) και οι Terry et al., (1999) . Η αυτοεκτίμηση παίζει σημαντικό ρόλο στην ενίσχυση του μητρικού

ρόλου και τη γονική επάρκεια. Οι McVeith και Smith (2000), στην έρευνα τους για την αυτοεκτίμηση στις 6 εβδομάδες και 6 μήνες μετά τον τοκετό, βρήκαν ότι η αυτοεκτίμηση επηρεάζεται από τις απαιτήσεις της μητρότητας. Η έρευνα συμπεριλάμβανε ενήλικες και έφηβες γυναίκες και βρέθηκε ότι η αυτοεκτίμηση συσχετίστηκε θετικά με την ηλικία. (Καθημερινή 2006).

Άλλες μελέτες έχουν ερευνήσει τη σχέση μεταξύ του βάρους που παίρνουν οι γυναίκες κατά την κύηση, την ικανοποίηση για το βάρος τους, την αυτοεκτίμηση και την κατάθλιψη. Η αύξηση του σωματικού βάρους κατά την κύηση και μετά τον τοκετό, επιτείνει τη δυσαρέσκεια των γυναικών και συντελεί στην εμφάνιση μειωμένης αυτοεκτίμησης και κατάθλιψης. Η καλή ψυχολογική κατάσταση μιας λεχώϊδας καθοριζόταν από το βάρος της μετά τον τοκετό (Jenkin & Tiggemann, 1997: Gotlib, 1998), οι γυναίκες με περισσότερο βάρος ανέφεραν συμπτώματα κατάθλιψης συχνότερα από αυτές με λιγότερο βάρος (Walker, 1997: Gotlib, 1998). Η αύξηση του βάρους είναι πάνω από 5kg ένα έτος μετά τον τοκετό, αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης έντονων καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επίσης γυναίκες που τις απασχολούσε ιδιαίτερα η εικόνα του σώματός τους και εξέφραζαν την ανάγκη για έλεγχο του σωματικού τους βάρους, είχαν τις λιγότερες πιθανότητες να θηλάσουν τα μωρά τους (Kelly 1991).

Η μετάβαση στη μητρότητα επηρεάζεται σε όλα τα στάδια της, εγκυμοσύνη, τοκετό και λοχεία από την θετική διάθεση και τα θετικά συναισθήματα της γυναίκας. Η επίδραση αυτή αφορά την ψυχική και σωματική της υγεία, την σχέση της με το περιβάλλον, τα προβλήματα που μπορούν να προκύψουν κατά την διάρκεια του τοκετού, την προσαρμογή στη μητρότητα και την σχέση με το νεογνό. Η ανάπτυξη των θετικών συναισθημάτων κατά την εγκυμοσύνη και τη λοχεία θα μπορούσε να βοηθήσει όχι μόνο τη γυναίκα αλλά και το σύντροφο της να έχουν μια ομαλή μετάβαση στη γονεϊκότητα, με θετικές επιπτώσεις σε όλη την οικογένεια. (Χατζηδημητρίου Σ.).

2.6.1 Η μελαγχολία

Η απόκτηση ενός παιδιού είναι η σημαντικότερη στιγμή στη ζωή μιας γυναίκας. Ωστόσο πολλές φορές το συναίσθημα της χαράς υποσκελίζεται από την έλλειψη διάθεσης, την ευερεθιστότητα και τις αρνητικές σκέψεις. Όλα αυτά ενδεχομένως να είναι συμπτώματα της επιλόχειου κατάθλιψης, μιας ασθένειας που χρήζει ιατρικής βοήθειας. Είναι συνηθισμένες οι αλλαγές στη διάθεση και το συναίσθημα μετά τον τοκετό;

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

Μπορεί να νιώθουν θλίψη, να δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν, να έχουν χάσει την όρεξή τους ή να μη μπορούν να κοιμηθούν καλά ακόμα κι όταν το μωρό κοιμάται. Αυτά τα συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται τρεις με τέσσερις μέρες μετά τον τοκετό και μπορεί να συνεχίσουν για πολλές μέρες.¹⁷

Πολλές γυναίκες είναι απροετοίμαστες γι' αυτό. Μια γυναίκα μπορεί να εκπλαγεί βλέποντας τον εαυτό της να ξεσπά σε κλάματα χωρίς φανερή πρόκληση, σε μια στιγμή που «έπρεπε» να' ναι ευτυχισμένη, όπως όταν έρχεται να τη δει ο άντρας της. Ύστερα, πολλές φορές σε λιγότερο χρόνο από μια ώρα, ή κακή διάθεση εξαφανίζεται και όλα λάμπουν πάλι.

Ένα πολύ μικρότερο ποσοστό γυναικών παρουσιάζουν κατάθλιψη που μπορεί να διαρκέσει λίγες εβδομάδες ή λίγους μήνες ή καμιά φορά ένα ή δύο χρόνια. Πολλές από αυτές τις γυναίκες δεν καταλαβαίνουν τι τους έχει συμβεί. Αισθάνονται ότι έχουν αλλάξει, αλλά δεν μπορούν να καθαρίσουν το πώς. Οι φίλοι και ο άντρας τους μπορεί να προσέξουν μια αλλαγή, αλλά κι εκείνοι ίσως να μην ξέρουν πώς να την περιγράψουν. Σε μια σοβαρή κατάθλιψη η ολοκληρωτική παράλυση της θέλησης και τα αισθήματα απόδοσης είναι ολοφάνερα. Πολύ λίγες γυναίκες όμως φτάνουν σε αυτό το σημείο. Στις πιο πολλές περιπτώσεις υπάρχει μια ακαθόριστη μείωση της κινητοποίησης και

του ρυθμού κι ένα αίσθημα ότι είναι αβοήθητες και χωρίς ελπίδα. Η αίσθηση του χιούμορ μπορεί να ελαττωθεί ή να εξαφανιστεί και το ενδιαφέρον και η ευχαρίστηση στο σεξ μπορεί να είναι λίγη ή ανύπαρκτη.

Τις πρώτες μέρες μερικές γυναίκες αισθάνονται σύγχυση και αποπροσανατολισμό, αβεβαιότητα για το ποιες είναι, που βρίσκονται ή πόσο χρονών είναι. Σε λίγες γυναίκες αυτή η σύγχυση είναι τόσο έντονη ώστε φαίνεται σαν διαταραχή της σκέψης και αυταπάτη, που παρατηρούνται σε μερικές μορφές σχιζοφρένειας. Εκτός από ελάχιστες περιπτώσεις, τα αισθήματα αυτά ξεπερνιούνται ύστερα από δυο τρεις εβδομάδες το πολύ, αφήνοντας μόνο την κατάθλιψη.

Είναι λυπηρό το ότι πολλές γυναίκες δεν αναγνωρίζουν την αλλαγή τους όπως πραγματικά είναι, γιατί η επιλόχεια κατάθλιψη ή μεταγεννητικό σύνδρομο αντιμετωπίζεται πολύ εύκολα με ψυχοθεραπεία. Αν αντιμετωπιστεί σωστά δεν κρατά για πολύ και συχνά μπορεί να αποφευχθεί με την κατάλληλη προετοιμασία. (Meisy K. Fokner F. 1981)

ΤΟ ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Κατά διαστήματα υποστηρίχθηκαν πολλές θεωρίες για να εξηγήσουν την επιλόχεια κατάθλιψη με βιολογικούς όρους. Οι αλλαγές στις ορμόνες και στα επίπεδα νερού στο σώμα θεωρήθηκαν συχνά υπεύθυνες και η κατάσταση αντιμετωπίστηκε σαν να 'ταν κάποια ανωμαλία. Μια θεωρία υποστήριξε ότι οι αλλαγές αυτές επηρεάζουν τον εγκέφαλο και προκαλούν παραλήρημα. Πιο πρόσφατα προτάθηκε σαν αιτία η ξαφνική και απότομη πτώση της στάθμης της προγεστερόνης μετά το τοκετό.

Αυτό πιθανόν να συμβάλει στην κατάθλιψη που έρχεται αμέσως μετά τη γέννα και διαρκεί σχετικά λίγο. Η σχέση μεταξύ των δύο δεν έχει αποδειχτεί. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι μια συνηθισμένη αντίδραση σε μια έντονη ψυχολογική εμπειρία. Οι νοητές λειτουργίες όπως η πρόσφατη μνήμη, δεν επηρεάζονται.

Πιθανόν να υπάρχει μια ψυχολογική αντίδραση σε ορμονικές και άλλες βιολογικές αλλαγές. Κάποια σύγχυση μπορεί να προκληθεί ακόμα από τη πολύ απότομη αλλαγή στην ανατομία της καινούριας μητέρας.

Μέσα σε λίγες ώρες εξαφανίζεται το μεγαλύτερο μέρος της διόγκωσης, χάνει αρκετό βάρος και τα εσωτερικά της όργανα επανέρχονται σχεδόν στην αρχική τους θέση. Δεν επιστρέφει όμως απόλυτα στην κατάσταση που βρισκόταν πριν μείνει έγκυος. Η μήτρα και η καρδιά της είναι μεγαλύτερες, ο μυϊκός τόνος μειωμένος και μπορεί να διατηρεί ακόμα αρκετό νερό και λίπος. Όταν αρχίσει η παραγωγή γάλακτος, την Τρίτη μέρα περίπου μετά το τοκετό, αισθάνεται πολύ παράξενο – συμπαγές, σκληρό και καμιά φορά πονάει.

Έτσι ενώ προσαρμόστηκε για εννιά μήνες στο καινούριο της σχήμα, η εικόνα αυτή ξαφνικά εξαφανίζεται, αλλά χωρίς όμως να ξαναγίνει όπως ήταν και πριν. Οι βιολογικές αλλαγές όμως δεν είναι απαραίτητες για την δημιουργία μεταγεννητικού συνδρόμου, που μπορεί να παρουσιαστεί και σε γυναίκες που υιοθέτησαν παιδιά. Οι γυναίκες αυτές παρουσιάζουν ακριβώς την ίδια νοητική σύγχυση, άγχος και κατάθλιψη όπως και οι φυσικές μητέρες. Επιπλέον, όπως έχουμε δει, και μερικοί πατέρες παρουσιάζουν σημεία σύγχυσης και κατάθλιψης με τη γέννηση του πρώτου παιδιού.

Μερικοί ψυχολόγοι, που παρακολούθησαν όλη τη διεργασία της εγκυμοσύνης, της γέννησης και τους πρώτους μήνες που ακολουθούν, τονίζουν το γεγονός ότι η γέννα δεν είναι ένα ξεκάθαρο και απότομο τέλος της εγκυμοσύνης. Δεν είναι δηλαδή μια απλή πόρτα που οδηγεί κατευθείαν σ' ένα καινούργιο δωμάτιο. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γέννας γίνονται σημαντικές ψυχολογικές μεταβολές. Παλιοί τρόποι σκέψης χαλαρώνουν, διαλύονται και απορρίπτονται με τις ισχυρότερες «νοητικές δονήσεις» που ακολουθούν στις πρώτες ώρες μετά το τοκετό.

Παρόλο που η νοητική «πρόβα» στην εγκυμοσύνη είναι ένα μεγάλο ξεκίνημα, η καινούργια ταυτότητα της μητέρας δεν μπορεί να αρχίσει να διαμορφώνεται πραγματικά παρά μόνο όταν γεννηθεί το μωρό της και μπορέσει να δημιουργήσει μαζί του μια σχέση πραγματική και όχι πια φανταστική. Έτσι τις πρώτες μέρες μετά το τοκετό η νέα μητέρα ελέγχει

ελάχιστα τον εαυτό της. Παρόλα αυτά είναι συνήθως πολύ ενεργητική και έτοιμη να φροντίσει το παιδί της αν την αφήσουν. Δυστυχώς μπορεί να υπάρχουν εμπόδια στο δρόμο της, τόσο στο ψυχολογικό της ιστορικό όσο και στο περιβάλλον της. (Meisy K. Fokner F. 1981)



2.6.2 Κατάθλιψη και η σχέση με το μωρό

Ο Μέλτζες μελέτησε ακόμα την έλλειψη επικοινωνίας που μείωνε την εμπειρία των μητέρων από τα παιδιά τους. Αυτό πιθανόν να είναι η ανικανότητα της μητέρας να αναγνωρίζει τις αντιδράσεις του μωρού της προς εκείνη. Τα μωρά ανταποκρίνονται στη μητέρα τους όταν έχουν την ευκαιρία. Οι αντιδράσεις όμως είναι λιγότερο συγκεκριμένες και πιο παροδικές από εκείνες των ενηλίκων. Η μητέρα πρέπει να αντιμετωπίζει το μωρό της τρυφερά για να τις προκαλεί και να είναι αρκετά ευαίσθητη για να τις αναγνωρίσει.

Το σύστημα λειτουργίας των μαιευτήρων, που απομακρύνει το μωρό και επιτρέπει στη μητέρα μια περιορισμένη επαφή μόνο την ώρα που το ταΐζει, της αφαιρεί την ευκαιρία να δημιουργήσει μια σχέση όπου το μωρό θα αντιδράσει με ακρίβεια σε εκείνη και η ίδια θα μπορεί να αναγνωρίσει τις αντιδράσεις του βρέφους. Αν τις έχουν μάθει ότι οι αντιδράσεις αυτές δεν υπάρχουν - όπως γίνεται σε μερικά μέρη - τότε η αποστολή της γίνεται διπλά δύσκολη. Μένει σε μια κατάσταση που το πιο σημαντικό πρόσωπο στη ζωή της, το νεογέννητο παιδί της, είναι απρόσιτο.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες αλληλεπιδρούν. Αν η νέα μητέρα έχει δυσκολίες να αναγνωρίσει τις αντιδράσεις του μωρού της προς αυτή, θα έχει τη τάση να αισθάνεται ανεπαρκής σαν μητέρα. Αν ήδη έχει διδαχτεί αποτελεσματικά ότι

είναι ανεπαρκής σαν γυναίκα και κατ' επέκταση και σαν μητέρα από την ίδια της τη μητέρα, τότε η κατάστασή της το επιβεβαιώνει. Αν ο άντρας της δεν είναι σε θέση να της συμπαρασταθεί και να τη βοηθήσει τότε η ικανότητά της σαν μητέρας αμφισβητείται ακόμα περισσότερο.

Οι γυναίκες που είχαν είτε πολύ είτε ελάχιστο άγχος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη από εκείνες που είχαν μέτριο άγχος. Οι γυναίκες που αντιδρούν στην εγκυμοσύνη με πολύ άγχος βρίσκονται ήδη κάτω από ένταση που οφείλεται στο αίσθημα απώλειας ελέγχου. Αυτές που έχουν ελάχιστο άγχος αρνούνται τη πραγματικότητα της κατάστασής τους. Η πραγματικότητα της γέννησης και του παιδιού είναι ένας σοβαρός κλονισμός, μια απότομη αλλαγή από τις προκαθορισμένες προσδοκίες τους, που είναι το ίδιο όπως και η απώλεια ελέγχου.

Σε μερικές γυναίκες που δεν είναι προετοιμασμένες ή που δεν προετοιμάζονται αρκετά για τη γέννηση, η εμπειρία τους είναι ένας κλονισμός και είμαι πιθανόν να είναι πιο παρατεταμένη και πιο επώδυνη από το συνηθισμένο.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες γίνονται ισχυρότεροι αν το γενικότερο οικογενειακό περιβάλλον και οι βιοτικές συνθήκες μιας γυναίκας δεν είναι και πολύ καλές. (Meisy K. Fokner F. 1981)

Η επίδραση της παιδικής ηλικίας

Ένα συχνό πρόβλημα ανάμεσα στις γυναίκες που παρουσιάζουν κατάθλιψη μετά τη γέννα είναι και ο τρόπος που τις μεγάλωσαν οι δικές τους οι μητέρες. Αν η μητέρα επιβάλλεται πολύ στην κόρη της τότε η κόρη είναι πιο πιθανόν να παρουσιάσει κατάθλιψη μετά τη γέννα. Αν και η μητέρα ήταν και απορριπτική, τότε ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος. Και οι δύο αυτές περασμένες εμπειρίες σημαίνουν απώλεια ελέγχου. Αν η μητέρα αφήνει πολύ λίγη πρωτοβουλία στην κόρη της και ταυτόχρονα είναι συναισθηματικά ψυχρή μαζί της, τότε η κόρη έχει ελάχιστο έλεγχο είτε πάνω στις σχέσεις είτε πάνω στη δική της ζωή. Είναι

ανίκανη να δημιουργήσει την «εναλλακτική απάντηση». Αν μια γυναίκα έχει χάσει τη μητέρα της σε παιδική ηλικία βρίσκεται επίσης σε κίνδυνο. Η έλλειψη υποστήριξης από τον άντρα κάνει επίσης τη γυναίκα ευάλωτη στην κατάθλιψη μετά τη γέννα. Πολλοί παραμένουν πιο παθητικά αδιάφοροι χωρίς να δίνουν ούτε πρακτική ούτε ψυχολογική στήριξη.

Η Ντάνα Μπρήν βρήκε ότι οι γυναίκες που χειρίζονται καλύτερα την εγκυμοσύνη και τη γέννα είναι αυτές που βλέπουν τον εαυτό τους ενεργό και δημιουργικό στην ζωή.

Δυο μελέτες που έγιναν από την Εύα Φρόμμερ και την Τζίλλιαν Ο' Σέη έδωσαν μια πιο περίπλοκη εικόνα. Μια γυναίκα που οι γονείς της χώρισαν πριν από τα έντεκα χρόνια της ή που είχε κακή σχέση με τον πατέρα ή το υποκατάστατό του, με γονείς που συχνά καυγάδιζαν, είχε πιο πολλές πιθανότητες να παρουσιάσει κατάθλιψη στην εγκυμοσύνη και μετά τη γέννα από ότι μια γυναίκα που προερχόταν από μια ευτυχισμένη οικογένεια. Ένα εντυπωσιακό εύρημα ήταν ότι οι γυναίκες που μεγάλωσαν σε κακές οικογενειακές συνθήκες ήταν πιο πιθανόν να είχαν κάνει ιδιαίτερες προσπάθειες να προετοιμαστούν για το μωρό που θα ερχόταν.

Για μερικές μάλιστα, αυτή η προετοιμασία οδήγησε σε μια ευτυχισμένη και επιτυχημένη μητρότητα. Αλλά ανάμεσα στις άλλες, όταν κάτι δεν πήγαινε καλά στο περιβάλλον τους με το μωρό, τότε, σύμφωνα με τα λόγια των Φρόμμερ και Ο' Σέη, «τα πράγματα πήγαιναν όλο και πιο στραβά...Σαν ομάδα η συμπεριφορά έτεινε να πολώνεται σε θετικές και αρνητικές απόψεις». Αυτό είναι κάτι που πρέπει πάντα να έχουν υπόψιν τους ειδικοί και μητέρες στις περιπτώσεις που μια γυναίκα δεν καταφέρνει να ανταποκριθεί στις προσδοκίες που η ίδια είχε από τον εαυτό της πριν τη γέννα. .(Meisy K. Fokner F. 1981)

Διαταραχές σχέσης μητέρας – βρέφους

«Η μητρική αγάπη στη βρεφική και την παιδική ηλικία είναι τόσο σημαντική για τη ψυχική υγεία, όσο οι βιταμίνες και οι πρωτεΐνες για τη σωματική υγεία.»

John Bowlby

«Ποιος αμφιβάλλει ότι όσο περισσότερο και όσο ωραιότερα χαμογελάει το βρέφος, τόσο περισσότερο το αγαπούν και το φροντίζουν. Είναι ευτύχημα για την επιβίωσή τους που η φύση έχει φτιάξει έτσι τα μωρά, ώστε να μαγεύουν και να σκλαβώνουν τις μητέρες τους.»

John Bowlby (1958)

Η φυσιολογική σχέση

- Αναπτύσσεται, δεν είναι δεδομένη.
- Ο χρόνος επαφής σημαντικό στοιχείο τόσο σε έρευνες σε ανθρώπους, όσο και σε θηλαστικά.
- Αμφίπλευρη σχέση, δεν βασίζεται μόνο στην ψυχική υγεία και τις στάσεις της μητέρας.
- Το βρέφος εκκλύει το μητρικό ένστικτο με τις συμπεριφορές του²⁷

Η διαταραγμένη σχέση

- Oppenheim: Misopaedie.

- Luft: 40 περιστατικά πρωτοπαθούς λοχειακής κατάθλιψης. Πιο χαρακτηριστικό σύμπτωμα η εχθρότητα προς το νεογέννητο.
- Coghill: Τυπική φράση: «Δεν αντέχω ούτε να τα' αγγίζω αυτό το μωρό. Έτσι κι αλλιώς, ποτέ μου δεν το ήθελα.»
- Τα πρώτα σημάδια εμφανίζονται τις πρώτες μέρες μετά το τοκετό, συχνά κατά την εγκυμοσύνη ως "προγεννητικό άγχος".
- Συχνά παραγνωρίζονται από γενικούς αλλά και από ειδικούς γιατρούς, ακόμη και από ψυχιάτρους και γυναικολόγους. Συχνή αιτία η ντροπή.
- Ειδικές διαταραχές της περιγεννητικής περιόδου. (Ελευθώ 2004)

Χαρακτηριστικά διαταραχής της σχέσης μητέρας-βρέφους

- Έλλειψη μητρικών αισθημάτων για το βρέφος.
 - Άγχος και έμμονες ιδέες.
 - Ευερεθιστότητα.
 - Εχθρότητα και επιθετικές τάσεις.
 - Παθολογικές ιδέες.
 - Σαφή απόρριψη.
 - Μπορεί να οδηγήσει σε αποφυγή, παραμέληση ή κακοποίηση.
- (Ελευθώ 2004)

Αιτίες

- Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.
- Δυσμορφίες/συγγενείς ανωμαλίες του βρέφους.
- Ψυχιατρική διαταραχή στη μητέρα.
- Προνοσηρή προσωπικότητα.
- Άλλα τυχαία συμβάντα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.



Θεραπεία

- Καθησύχαση – ενημέρωση – υποστήριξη.
- Φαρμακοθεραπεία ή / και ψυχοθεραπεία.
- Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT). (Ελευθώ 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά τη λοχεία δυνατό να εκδηλωθεί κατάθλιψη της λεχωΐδας, που οδηγεί σε σχιζοφρένεια, όταν υπάρχει προδιάθεση, γι' αυτό κάθε έγκυος, που εμφανίζει ψυχικό νόσημα, πρέπει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης να εξετάζεται από το ψυχίατρο.

Σε συχνότητα 10% και γύρω από τη 4η μέρα της λοχείας η λεχωΐδα εμφανίζει μικρό βαθμό κατάθλιψης, όπως και ευερεθιστικότητα, κόπωση και αδυναμία περιποίησης του νεογνού της. Αργότερα, δυνατό να εμφανίσει ελαττωμένη τη σεξουαλική δραστηριότητα.

Για την αντιμετώπιση της πάθησης δεν απαιτείται πάντα η συμβολή ψυχιάτρου. Όταν όμως, ύστερα από τοκετό η λεχωΐδα αλλάξει αισθητά συμπεριφορά της με εκδηλώσεις σύγχυσης, αποπροσανατολισμού χώρου και χρόνου, με παραισθήσεις, με έκδηλη αποστροφή από το νεογνό, με επιθετικότητα στις άλλες λεχωΐδες κ.λ.π., τότε πρέπει να απομονωθεί σε ξεχωριστό δωμάτιο και να παρακολουθείται από ψυχίατρο,. Χορηγούμε σε αυτή κατασταλτικά και ηρεμιστικά φάρμακα και τη παρακολουθούμε, γιατί δυνατό να πάθει κρίση αυτοκτονίας. Επίσης, απομακρύνουμε από αυτή το νεογνό, γιατί δυνατό να της συμβεί κρίση βρεφοκτονίας. Αν η κατάστασή της χειροτερεύει, τη μεταφέρουμε σε ψυχιατρική κλινική.

Η νοσηλεύτρια ίσως μπορεί να βοηθήσει την ασθενή κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου ακούγοντάς τη προσεκτικά, ενθαρρύνοντας την ασθενή να μιλάει για τα προβλήματά της και απαντώντας σε ερωτήσεις σχετικά με την καθημερινή υγιεινή φροντίδα. Η νοσηλεύτρια δε πρέπει να δοκιμάσει να δώσει πληροφορίες ιατρικής φύσης ούτε να προσπαθήσει να συμβουλευσει μια

προβληματισμένη ασθενή. Υπάρχει ένας αριθμός ενδείξεων και συμπτωμάτων της κατάθλιψης μετά το τοκετό που τις αναφέραμε στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να αναφέρει αμέσως οποιαδήποτε από αυτά τα συμπτώματα στο γιατρό. Αυτά τα συμπτώματα ίσως είναι ένδειξη μιας πιο σοβαρής μετατοκετικής ψύχωσης και θα χρειαστεί ιδιαίτερη προσοχή. (Παπανικολάου 1994)

ΓΙΑ ΜΙΑ ΓΕΝΝΑ ΧΩΡΙΣ ΦΟΒΟ!

Μια συνάντηση, μια φιλική κουβέντα μ' έναν ήρεμο συμπαραστάτη σ' όλη τη διάρκεια του τοκετού σας, καθώς και της παραμονής σας στο μαιευτήριο είναι η πρότασή μας. Πιστεύουμε πως αναπτύσσονται μια σχέση εμπιστοσύνης και εκτίμησης μεταξύ μας θα κατανικήσουμε το μεγαλύτερο μέρος της αγωνίας, του άγχους και του φόβου που νιώθει κάθε μέλλουσα μητέρα. Το γεγονός του ότι δεν καταπολεμάτε πλήρως δεν οφείλεται σε αδυναμία δική μας αλλά ούτε και δική σας.

Συμμεριζόμαστε ότι μέχρι να γεννηθεί το γερό και όμορφο μωράκι σας, ταλαιπωρούν το μυαλό σας διάφορες σκέψεις για γεγονότα που τυχόν προκύψουν. Έστω και για όλους να είναι αδικαιολόγητες, για εσάς δεν είναι. Ας τις μοιραστούμε! Διηγήσεις ψεύτικων εμπειριών άλλοτε ιδιαίτερα εύκολων και άλλοτε απίστευτα τραυματικών καθώς και προκαταλήψεις γύρω από τον τοκετό σας γεμίζουν προβληματισμούς και αναπάντητα ερωτήματα. Σας καλούμε να αντικαταστήσουμε όλα αυτά με θετική σκέψη, δύναμη, υπομονή και κουράγιο. Η συνειδητή γνώση συμβάλει αμέριστα στην κατεύθυνση αυτή. Μεταφέροντας με λόγια απλά την εμπειρία μας και περιγράφοντας τον τοκετό "στην πραγματική του διάσταση" προσπαθούμε να εξασφαλίσουμε τη δική σας ενεργή συμμετοχή. Γνωρίζοντας σας τα στάδια που το σώμα σας θα υποστεί και τον τρόπο που θα αντιδράσετε σε καθένα από αυτά θεωρούμε ότι συμβάλλουμε στη μοναδικότητα του γεγονότος. Ας μην ξεχνάμε ότι ο πόνος- η

αιώνια αιτία του φόβου του τοκετού- είναι αποτέλεσμα της έντασης. Η ένταση αποτέλεσμα της άγνοιας για το "τι θα μου συμβεί". Κατά συνέπεια όταν "ξέρω τι θα μου συμβεί" και "πώς να το αντιμετωπίσω έχω απαλλαγή από το φόβο. Η σύγχρονη προσέγγιση του τοκετού δε συμβιβάζεται με φόβο και πανικό. Η στήριξή μας στην περίοδο του θηλασμού πιστεύουμε ότι εξασφαλίζει την επιτυχία του.

Μικρά μυστικά της μητρικής τέχνης θα σας διασφαλίσουν μια εύκολη προσαρμογή της ζωής στο σπίτι μετά το μαιευτήριο. Σίγουρα έχετε ήδη διαβάσει πολλά γύρω από το θέμα αυτό κι έχετε ακούσει άλλα τόσα. Συνήθως τα πρώτα είναι άδρωσ ιδεατά και τα δεύτερα απογοητευτικά. Η αλήθεια είναι κάπου στη μέση!!(Γεωργαντοπούλου Σ-Μπουλτούκα Μ)

3.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

Στους επικίνδυνους παράγοντες περιλαμβάνονται το προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης ή κατάχρησης ουσιών, έλλειψη υποστήριξης από την οικογένεια και τους φίλους, προβλήματα με προηγούμενες εγκυμοσύνες ή τοκετούς, κατάθλιψη σε προγενέστερη εγκυμοσύνη, συζυγικά ή οικονομικά προβλήματα, επιπλοκές στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού, σημαντικές αλλαγές στη ζωή την ώρα του τοκετού, το να έχει ένα μωρό με σοβαρά προβλήματα.(Χριστοδούλου Γ.Ν)

3.2 ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η ψυχοπροφυλακτική μέθοδος είναι η ψυχοκινητική προετοιμασία της εγκύου, που έχει σκοπό να την ενημερώσει σχετικά με ότι αφορά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία. Η μέθοδος διδάσκεται από μαίες, οι οποίες παρίστανται στον τοκετό και επισκέπτονται καθημερινά την λεχώνα καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής της στο μαιευτήριο. Η μαία γνωρίζει πολύ καλά τη διαδικασία του τοκετού, αφού είναι η δουλειά της, ενώ συγχρόνως συμερίζεται τις φοβίες, τα άγχη και την αγωνία κάθε μέλλουσας μητέρας. Η έγκυος έχει τη δυνατότητα να λύσει κάθε απορία της σε σχέση με τον τοκετό ενώ συγχρόνως μαθαίνει πως μπορεί να ελέγξει τον εαυτό της και να συμετέχει ενεργά γεμάτη αυτοπεποίθηση και σιγουριά.

Μαθαίνοντας λοιπόν την τεχνική των αναπνοών, πέρα από το ότι τη βοηθά να εκτονώσει την ένταση της κατά τη διάρκεια των συστολών, προσφέρει οξυγόνο στο μωράκι της που το χρειάζεται πολύ τις στιγμές αυτές. Ας μην ξεχνάμε ότι ο πόνος- η αιώνια αιτία του φόβου του τοκετού- είναι αποτέλεσμα της έντασης. Η μέθοδος βασίζεται στην περιγραφή του τοκετού με απλά λόγια στην πραγματική του διάσταση. Θρύλοι και μύθοι γύρω από τον τοκετό που μόνο φόβο μπορούν να γεμίσουν τις ψυχές των εγκύων, δίνουν τη θέση τους στην ασφάλεια και την αυτοπεποίθηση. Η έγκυος πια ξέρει πώς να συντονίζει θετικά την συμπεριφορά της ανάλογα με το στάδιο που βρίσκεται ο τοκετός και έχει τα γνώση για ότι αφορά την περιποίηση του παιδιού της τις πρώτες μέρες της ζωής του. Επίσης κατέχει μικρά μυστικά της μητρικής τέχνης σ' ότι αφορά το θηλασμό και τη σίτισή του γενικότερα. Μια ευκολότερη προσαρμογή στο σπίτι μετά το μαιευτήριο επιτυγχάνεται καλύπτοντας από πριν τα περισσότερα πιθανά "προβλήματα" που καλείται να αντιμετωπίσει. (www.materuite.gr.2006)

1. Τι είναι η ψυχοπροφυλακτική μέθοδος;

Είναι ένας τρόπος προετοιμασίας των εγκύων, που έχει σκοπό να ενημερώσει κάθε ενδιαφερόμενη υπεύθυνα σχετικά με ότι αφορά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία.

2. Πώς ακριβώς μπορεί να με βοηθήσει;

Βοηθά κάθε έγκυο να μάθει το σώμα της και πως αυτό λειτουργεί στο διάστημα της εγκυμοσύνης και κατά τη διάρκεια του τοκετού. Επίσης ενημερώνει πώς με ειδικές αναπνοές και χαλάρωση θα αντιμετωπίσει με σιγουριά, αυτοκυριαρχία και ενεργητική συμμετοχή, τους πόνους ώστε ο τοκετός να είναι μία μοναδική εμπειρία. Τέλος προετοιμάζει και μαθαίνει την γυναίκα πώς να θηλάζει το παιδί, πώς να φροντίζει το μωρό αλλά και τον εαυτό της.

3. Πως γίνεται η προετοιμασία με την μέθοδο της ψυχοπροφυλακτικής;

Γίνεται με την παρακολούθηση 8 ωριαίων μαθημάτων σε ομάδα από την Μαία του Κέντρου Γυναίκας.

4. Από πιο μήνα της εγκυμοσύνης πρέπει να παρακολουθήσει κάποια έγκυος τα μαθήματα;

Από τον 6ο μήνα της εγκυμοσύνης.

5. Πώς μπορεί να συμμετάσχει κάποια ενδιαφερόμενη;

Μπορεί να επικοινωνήσει τηλεφωνικά με το Κέντρο Φροντίδας Γυναίκας στο 210 6252056.

6. Μπορεί να υπάρξει ατομική ενημέρωση και παροχή συμβουλών;

Ναι, μπορεί η ενδιαφερόμενη να έχει ατομική ενημέρωση ή με τον σύντροφό της. Μπορεί να κλείσει ατομικό ραντεβού πριν ή μετά την παρακολούθηση της σειράς των μαθημάτων.

7. Πόσο κοστίζουν τα μαθήματα Ψυχοπροφυλακτικής ;

Η συμμετοχή στα μαθήματα γίνεται χωρίς καμία επιβάρυνση.

8. Πού και πότε γίνονται τα μαθήματα Ψυχοπροφυλακτικής ;

Γίνονται στο Κέντρο Φροντίδας Γυναίκας σε συνεννόηση με την υπεύθυνη του προγράμματος, κάθε Τετάρτη 6-7- το απόγευμα. (www.materuite.gr.2006)

3.2.1 ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗ

Οι γυναίκες που στο παρελθόν έχουν υποφέρει από επιλόχεια κατάθλιψη, αυτές που έχουν ένα οικογενειακό ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης και όσες σκοπεύουν να προβούν σε στείρωση μετά το τοκετό θα πρέπει να ενημερωθούν για την προγεστερόνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Θα πρέπει να διακανονιστεί μεταξύ της ασθενούς, του ιατρού και του γυναικολόγου να γίνει η έναρξη της προγεστερόνης με την ολοκλήρωση του τοκετού. Είναι σύνηθες να δίνεται στην ασθενή συνταγή για προγεστερόνη στο τέλος της εγκυμοσύνης, ώστε να μπορεί να πάρει τις αμπούλες μαζί της στο μαιευτήριο προκειμένου να αποφύγει τυχόν προβλήματα με την εύρεση φαρμακείου αν ο τοκετός προκύψει τη νύχτα. (www.progenitiki.gr 2006)

3.2.2 ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗ

Αρχές της θεραπείας με προγεστερόνη προϋποθέτουν την κατανόηση των τριών χαρακτηριστικών των υποδοχέων προγεστερόνης:

- Υψηλές δόσεις θα χρειαστούν προκειμένου να ξεπεραστεί η προστατευτική αντίσταση των υποδοχέων προγεστερόνης που δημιουργήθηκαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- Η παρουσία της νοραδρεναλίνης εμποδίζει τη δράση των υποδοχέων προγεστερόνης με το να χρησιμοποιεί την προγεστερόνη, επομένως είναι σημαντικό να αποφεύγονται χαμηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα.
- Οι υποδοχείς προγεστερόνης δεν χρησιμοποιούν προγεστογόνα ούτε ορμονικά αντισυλληπτικά, επομένως η χρήση αυτών θα πρέπει να

αποφεύγεται. Επιπλέον τα προγεστεγόνα ρίχνουν το επίπεδο προγεστερόνης στο αίμα. (www.progenitiki.gr 2006)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Το 1982 στο Συνέδριο Marce στο Λονδίνο δόθηκαν οι πρώτες αναφορές για την προφυλακτική προγεστερόνη σε γυναίκες που είχαν παλαιότερα υποφέρει από επιλόχεια κατάθλιψη με ποσοστό επιτυχίας 91% σε 33 γυναίκες.

Το 1985 αναφέρθηκαν παρόμοια αποτελέσματα. Στις 100 γυναίκες στο περιοδικό «The Practitioner» που είχαν όλες υποφέρει στο παρελθόν από επιλόχεια κατάθλιψη, δείχνοντας ένα ποσοστό επιτυχίας 90%.

Το 1989 μια παγκόσμια έρευνα σε πάνω από 200 γυναίκες, που είχαν ένα ιστορικό προηγούμενης επιλόχειας κατάθλιψης, αναφέρθηκε στο Διεθνές Περιοδικό Προγεννητικών και Περιγεννητικών Ερευνών, όπου υπήρχε ένα ποσοστό επιτυχίας 93% ανάμεσα στις γυναίκες που έλαβαν προγεστερόνη, αλλά μόνο ένα 335 σε αυτές που ενημερώθηκαν για τη προφύλαξη της προγεστερόνης, αλλά δεν την έλαβαν.

Σήμερα υπάρχουν γυναικολογικά κέντρα στην Αγγλία όπου στις κλινικές τους πριν τη γέννα οι γυναίκες εξετάζονται για ένα ιστορικό προηγούμενης επιλόχειας κατάθλιψης και σε όσες το ζητούν προσφέρεται η προφυλακτική προγεστερόνη. (www.progenitiki.gr 2006)

3.3 ΕΙΔΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οι κυριότεροι τύποι θεραπείας είναι οι εξής:

Αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή

Ψυχοθεραπεία

Συνδυασμός φαρμακευτικής θεραπείας και ψυχοθεραπείας

Άλλες θεραπείες (κυρίως ηλεκτροσπασμοθεραπεία).

3.4 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Επιπρόσθετα της φαρμακευτικής αντιμετώπισης, η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στα άτομα με Διπολική Διαταραχή και των οικογενειών τους συμβάλλει σημαντικά στη στήριξη και την εκπαίδευσή τους. Πανεπιστημιακές και κλινικές μελέτες έδειξαν ότι η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση συσχετίζεται σημαντικά και άμεσα με την σταθερότητα της διάθεσης που παρουσιάζει το άτομο, με την αυξημένη λειτουργικότητα του ατόμου σε ποικίλους τομείς όπως επίσης και την μειωμένη ανάγκη για νοσηλεία. Η διάρκεια και η συχνότητα των συναντήσεων αποτελούν παράγοντες των εξατομικευμένων αναγκών του ατόμου. Ειδικότερα, ένα εκλεκτικό μοντέλο φανερώνεται να καλύπτει τις περισσότερες ομάδες αναγκών του ίδιου του ατόμου αλλά και των μελών της οικογένειάς του.

Με την Οικογενειακή Θεραπεία η χρήση συγκεκριμένων στρατηγικών σκοπεύει στη μείωση του άγχους που βιώνει η οικογένεια, το οποίο πιθανόν απορρέει από την ψυχική κατάσταση του ατόμου με διπολική διαταραχή.

Με τη Γνωσιακή -Συμπεριφορική Θεραπευτική παρέμβαση και την Ψυχοθεραπευτική Υποστήριξη το άτομο εκπαιδεύεται σε τεχνικές τροποποίησης των δυσλειτουργικών ή αρνητικών δομών σκέψης και συμπεριφοράς σε σχέση με τη νόσο αλλά επίσης μαθαίνει να διαχειρίζεται τις ανεπιθύμητες συνέπειες της διαταραχής σε ποικίλες περιοχές της ζωής του.

Τα θέματα που μπορεί να καθηλώσουν μια λεχώνα σε ψυχολογικά αδιέξοδα είναι τόσο περίπλοκα και ξεχωριστά από γυναίκα σε γυναίκα που συχνά χρειάζεται η βοήθεια ενός ειδικού για να μπορέσει η νέα μητέρα να εξερευνήσει τις δυσκολίες της και να ανακάμψει από αυτές, γεγονός που θα λειτουργήσει σαν θεραπευτικό ντόμινο στο νεογέννητο παιδί της και στην οικογένειά της. Οι γυναικολόγοι-μαιευτήρες αλλά και όσοι περιβάλλουν τις έγκυες και λεχώνες οφείλουν να είναι ευαισθητοποιημένοι σε αυτά τα ζητήματα και να μπορούν να παραπέμψουν κατάλληλα τη νέα μητέρα σε κάποιον ειδικό όταν υπάρχει υπόνοια επιλόχειας κατάθλιψης.

Τα συμπτώματα αυτής μπορεί να είναι έντονη θλίψη, άρνηση ενασχόλησης με το παιδί ή επιθετικότητα προς αυτό, διαταραχές διατροφής και απρόσμενες διακυμάνσεις βάρους, διαταραχές ύπνου, απώλεια ευχαρίστησης σε πράγματα που πρωτύτερα θα ευχαριστούσαν τη γυναίκα και ευσυγκινησία χωρίς προφανείς λόγους. Οι ορμονολογικές διακυμάνσεις δύναται να εντείνουν αυτά τα συμπτώματα, δεν αποτελούν όμως την αποκλειστική αιτιολογία όπως ενίοτε θεωρείται. Εξού και η ανάγκη για ψυχολογική παρέμβαση. Δεν εκδηλώνουν όλες οι γυναίκες τα ίδια συναισθήματα και μερικές φορές η επιλόχεια κατάθλιψη είναι δύσκολο να εντοπιστεί. Όπως στα περισσότερα ζητήματα υγείας, και εδώ η πρόληψη είναι προτιμότερη της θεραπείας και η ενημέρωση αναπόσπαστο μέρος αυτής. Αν παρόλα αυτά οι καταστάσεις οδηγήσουν στην αναγκαιότητα μιας ψυχοθεραπείας, υποστήριξης ή αγωγής τότε αυτό θα πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη φροντίδα, έχοντας πάντα υπόψιν ότι η παρέμβαση αυτή θα βοηθήσει όλο το σύστημα της οικογένειας, οπότε και θα λειτουργήσει προληπτικά για την ψυχική υγεία του νεογέννητου.(Nino A 2001)

3.4.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Στις δυνατότητες θεραπείας περιλαμβάνεται η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, η φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά, ορμόνες ή και τα δύο και διάφορα άλλα πράγματα που μπορούν οι ίδιες οι γυναίκες να κάνουν για τον εαυτό τους.

Η ψυχοθεραπεία συνήθως είναι βραχεία, 6-12 συνεδρίες, και είναι ιδιαίτερα σημαντική αν τα συμπτώματα είναι σοβαρά, όπως ήταν χαρακτηριστικά για την κ. Σίλντς.

Αρκετές περιπτώσεις επιλόχειας κατάθλιψης αντιμετωπίζονται με τα νέα αντικαταθλιπτικά γνωστά ως S.S.R.I.(selective serotonin reuptake inhibitors). Αν και αυτά τα φάρμακα εκκρίνονται στο μητρικό γάλα, σε γενικές γραμμές θεωρούνται ασφαλή αλλά οι συνέπειές τους δεν έχουν ακόμη μελετηθεί καλά.

Μελέτες που ήδη εξελίσσονται ελέγχουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με οιστρογόνα στην πρόληψη και αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Μια μελέτη έδειξε ότι οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη που χρησιμοποιούσαν έμπλαστρο οιστρογόνων καθημερινά ένιωθαν λιγότερη κατάθλιψη σε σύγκριση με εκείνες που δεν τα χρησιμοποιούσαν. Ωστόσο μπορεί να υπάρχουν παρενέργειες καθώς τα οιστρογόνα μπορούν να μειώσουν τη παραγωγή γάλακτος στο θηλασμό και μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο δημιουργίας θρόμβων στο αίμα.

Οι γυναίκες μπορούν επίσης να βοηθήσουν τον εαυτό τους αν στραφούν στην οικογένεια και τους φίλους, προσφέροντας στον εαυτό τους όση μπορούν περισσότερη ξεκούραση, τρώγοντας πλήρεις τροφές, κάνοντας άσκηση, βρίσκοντας χρόνο για εκείνες, μιλώντας στους άλλους για το πώς αισθάνονται και απορρίπτοντας της έννοιες της τελειότητας.

Οι φίλοι και η οικογένεια μπορούν να ακολουθήσουν την ίδια τακτική προσφέροντας στη νέα μητέρα μια ευκαιρία να βγει έξω από το σπίτι, φροντίζοντας εκείνοι για το μωρό μια νύχτα, ετοιμάζοντας θρεπτικά γεύματα,

πληρώνοντας τους λογαριασμούς, καθαρίζοντας το σπίτι, φροντίζοντας τα μεγαλύτερα παιδιά ακόμη και κλείνοντας ραντεβού με τους γιατρούς ή τους λειτουργούς ψυχικής υγείας. (Καθημερινή 2006)

Φάρμακα

Αντικαταθλιπτικά φάρμακα όπως η φλουοξετίνη (Ladose), η παροξετίνη (Seroxat), η σερτραλίνη (Zoloft), η σιταλοπράμη (Seropram), η S-σιταλοπράμη (Cipralex) και η βενλαφαξίνη (Efexor) μπορεί να δοθούν για διάστημα ενός χρόνου (πιθανώς και για περισσότερο).

Ορμονική Θεραπεία: η λήψη οιστρογόνων μπορεί να βοηθήσει κάποιες φορές σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά, αν και οι μελέτες είναι αμφιλεγόμενες. Εάν θηλάζεις, το φάρμακο που παίρνεις μπορεί να διοχετευτεί (μέσω του γάλακτος) στο μωρό σου. Κάποια αντικαταθλιπτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια καθώς ο κίνδυνος για το μωρό είναι μικρός. (Drago Carabotte D. 1997)

ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Συνήθως, ψυχοθεραπεία και φάρμακα χρησιμοποιούνται μαζί. Η ψυχοθεραπεία μόνη της μπορεί να είναι αποτελεσματική στις ήπιες περιπτώσεις.

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία είναι μια εναλλακτική προς τα φάρμακα θεραπεία, που μπορεί να είναι κατάλληλη για κάποιες γυναίκες. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία βοηθάει στο θέμα της κοινωνικής προσαρμογής. Συνήθως περιλαμβάνει δώδεκα ωριαίες συνεδρίες με ένα θεραπευτή. Ο συγκεκριμένος τύπος ψυχοθεραπείας έχει φανεί ότι είναι αποτελεσματικός

στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης για κάποιες γυναίκες, αλλά είναι διαδεδομένος περισσότερο στην Αμερική.

Άλλη θεραπεία που μπορεί να είναι αποτελεσματική είναι η γνωσιακή – συμπεριφορική ψυχοθεραπεία.

Εάν τα συμπτώματά σου δεν μπορούν να ελεγχθούν με συμβουλευτική ή φαρμακοθεραπεία και περνούν απ' το μυαλό σου σκέψεις ότι θα βλάψεις τον εαυτό σου ή το μωρό σου, ο γιατρός μπορεί να κρίνει απαραίτητο να εισαχθείς σε κάποιο νοσοκομείο.(Frank J 2006)

3.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

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

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

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

νοσηλευτής θα βοηθήσει θετικά στη πορεία της θεραπείας, αν ύστερα από κάθε αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής παρακολουθεί στενά την ασθενή. Κάθε άμβλυση ή επίταση των συμπτωμάτων πρέπει να παρακολουθείται και να αναφέρεται λεπτομερώς στο γιατρό. Η διδασκαλία και η ενθάρρυνση της ασθενούς για τη συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής είναι πάντα καθήκον και ευθύνη του νοσηλευτή.(Παπαδημητρίου Μ. 2001)

ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Τηλεφώνησε στο γιατρό:

Όταν έχεις συναισθηματικές μεταπτώσεις ή αισθάνεσαι κατάθλιψη μετά τη γέννηση του μωρού.

Όταν αισθάνεσαι ότι δεν μπορείς να τα βγάλεις πέρα με τις καθημερινές υποχρεώσεις, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας για το μωρό που μόλις γεννήθηκε ή για τα υπόλοιπα παιδιά.

Όταν έχεις έντονα συναισθήματα κατάθλιψης ή θυμού 1-2 μήνες μετά τη γέννηση του παιδιού.

Τηλεφώνησε αμέσως σε ένα γείτονα, φίλο, ή αγαπημένο πρόσωπο που βρίσκεται κοντά εάν έχεις οποιοδήποτε από τα ακόλουθα:

Αυτοκαταστροφικές σκέψεις

Σκέψεις πρόκλησης βλάβης στο μωρό ή τα άλλα παιδιά σου.

Σκέψεις ότι το μωρό σου είναι αμαρτωλό (κακό).

Ακούς φωνές ή βλέπεις πράγματα που δεν υπάρχουν.(Frank J .2006) .

Ιατρική Θεραπεία

Το είδος της θεραπείας που θα εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης μετά τον τοκετό εξαρτάται από τον μορφή και την σοβαρότητά της

διαταραχής.

Μπορεί να μην είναι πάντοτε αναγκαία η εφαρμογή κάποιας ειδική θεραπείας, επειδή η κατάσταση συχνά βελτιώνεται μόνη της. Εάν τα συμπτώματα δε μειωθούν μέσα σε 2 εβδομάδες, τηλεφώνησε στον γιατρό σου.

Η σοβαρότητα της ασθένειας είναι που θα κατευθύνει τον ειδικό στην επιλογή της θεραπείας για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Πιο ήπιες μορφές μπορεί να θεραπευτούν με ψυχοθεραπεία. Πιο σοβαρές μορφές μπορεί να απαιτήσουν φαρμακευτική αγωγή. Κάποιες φορές ένας συνδυασμός των δύο μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματικός. (Frank J .2006)

3.6 ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Φρόντισε να έχεις δίπλα σου μέλη της οικογένειάς σου ή φίλους που σε υποστηρίζουν και ζήτησε τη βοήθειά τους στην φροντίδα του μωρού.

- Φρόντιζε τον εαυτό σου. Ξεκουράσου όσο περισσότερο μπορείς. Κοιμήσου όταν κοιμάται το μωρό.
- Προσπάθησε να μην περνάς πολύ καιρό μόνη σου.
- Αφιέρωσε κάποιο χρόνο με τον σύζυγο ή τον σύντροφό σου.
- Κάνε ένα μπάνιο και περιποιήσου τον εαυτό σου καθημερινά

- Βγες απ' το σπίτι. Πήγαινε μια βόλτα, βρες ένα φίλο, κάνε κάτι που σε ευχαριστεί. Πάρε κάποιον για να φροντίζεις το μωρό εάν μπορείς. Εάν αυτό δεν είναι εφικτό, πάρε το μωρό μαζί σου.
- Μην έχεις υπερβολικές απαιτήσεις από τον εαυτό σου. Μην ανησυχείς τόσο πολύ για τις δουλειές του σπιτιού.
- Ζήτα από τους φίλους ή την οικογένεια να βοηθήσουν σ' αυτές.

Μίλησε με άλλες μητέρες. Μπορεί να μάθει η μια από την άλλη και οι εμπειρίες τους μπορεί να λειτουργήσουν καθησυχαστικά. .(Frank J .2006)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αν και η αυτοβοήθεια δεν μπορεί να αντικαταστήσει την ιατρική φροντίδα στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, υπάρχουν πράγματα που μπορεί να κάνει μια γυναίκα για να βελτιώσει τη διάθεσή της και την ικανότητα να παραμένει λειτουργική στο σπίτι.

Η κατάθλιψη της λοχείας μπορεί να σχετίζεται με τους κολικούς.

Οι μητέρες που αναπτύσσουν επιλόχειο κατάθλιψη έχουν αυξημένες πιθανότητες να υποφέρει το παιδί τους από κολικούς και να μην μπορούν να

δημιουργήσουν έναν ισχυρό δεσμό μαζί του, σύμφωνα με τα ευρήματα μιας μελέτης που διεξήχθη στην Τουρκία. Οι κολικοί είναι σύνηθες πρόβλημα κατά τους πρώτους μήνες της ζωής, τονίζουν ερευνητές από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Μαρμαρά, στην Κωνσταντινούπολη. Ωστόσο, λίγα στοιχεία υπάρχουν για την πιθανή σχέση τους με την επιλόχειο κατάθλιψη. Για να διερευνήσουν το θέμα, οι ερευνητές αξιολόγησαν 78 μητέρες, οι οποίες συμπλήρωσαν ειδικά ερωτηματολόγια ανίχνευσης της επιλόχειας κατάθλιψη, του άγχους και της διαταραχής του ψυχικού «δεσίματος» της μητέρας με τα μωρά. Οι επιστήμονες αξιολόγησαν επίσης τα μωρά τους, για να διαπιστώσουν εάν έπασχαν από κολικούς. Δεκαεπτά από τα νήπια διαγνώστηκαν με κολικούς, ενώ 10 μητέρες είχαν επιλόχειο κατάθλιψη. Όπως διαπίστωσαν οι ερευνητές οι μητέρες των νηπίων με κολικούς είχαν περισσότερες πιθανότητες να πάσχουν από επιλόχειο κατάθλιψη σε σύγκριση με τις μητέρες των νηπίων δίχως κολικούς. Επιπλέον, 29 μητέρες δεν είχαν καλό «δέσιμο» με το μωρό τους - ένα χαρακτηριστικό που ήταν πολύ πιο συχνό στις γυναίκες των οποίων τα μωρά είχαν κολικούς, σύμφωνα με τη μελέτη που δημοσιεύθηκε στην επιθεώρηση «Αρχαία Ασθενειών στην Παιδική Ηλικία». Οι συγγραφείς της μελέτης τονίζουν στο άρθρο τους ότι η εξέταση, η έγκαιρη διάγνωση και η θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης μπορεί να βελτιώσει την υγεία της μητέρας αλλά και του μωρού - αλλά επισημαίνουν ότι χρειάζονται περαιτέρω μελέτες για να εξακριβωθεί εάν η θεραπεία αυτή μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο εκδηλώσεως κολικών από τα μωρά. (www.usgeocities.gr.2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο



Η Έλη υπέφερε από βαριά κατάθλιψη μετά τον τοκετό.

Ήταν δύσκολο να μας προσδιορίσει πότε άρχισε να νιώθει πραγματική κατάθλιψη. Αισθανόταν συνεχώς κουρασμένη και κάθε μέρα όλο και περισσότερο. Είχε υπνηλία εξαιτίας των ενέσεων που χρειάστηκε να κάνει και της πήραν το βρέφος από κοντά της μόλις γεννήθηκε. Μετά από 1-2 μέρες ήθελε να φύγει από το νοσοκομείο, ήταν κακόκεφη, έκλαιγε με τις δυσκολίες του θηλασμού. Κανείς δεν της είπε ότι θα απαιτούσε τόσο χρόνο και προσπάθεια. Όμως της είπαν ότι η κακοκεφιά θα διαρκούσε λίγες μέρες ακόμα, κι έτσι αυτή δεν ησύχασε αρκετά. Ένιωθε ολοένα και χειρότερα. Είχε αντιληφθεί την αλλαγή της συμπεριφοράς της σε σχέση με το παρελθόν. Της έλεγαν ότι θα ένιωθε καλύτερα σε έξι εβδομάδες αλλά περνούσαν οι εβδομάδες και δεν είχε αλλάξει τίποτα, τότε της εξήγησαν ότι είχε κατάθλιψη. Ένιωθε ολότελα εξαντλημένη. Ένα βράδυ πήρε υπερβολική δόση ηρεμιστικών γιατί ένιωθε εξαντλημένη, θέλοντας να κοιμηθεί καλά. Αντιλήφθηκα γρήγορα το λάθος μου και τηλεφώνησα στην υγειονομική υπηρεσία.



Από τότε όλοι συνειδητοποίησαν τη σοβαρότητα του προβλήματος. Πήγε σε ειδικό και άρχισε τα αντικαταθλιπτικά. Πολλές φορές πήγε να κάνει κακό στον εαυτό της. Ο άντρας της τη συμβούλεψε να κάνει κάτι δημιουργικό, να ζωγραφίσει για παράδειγμα. Τελικά άρχισε να καλλιεργεί τον κήπο. Ο σύζυγος της νόμιζε πως είχε τρελαθεί. Δύο μήνες μετά έγινε δεύτερη απόπειρα αυτοκτονίας με ηρεμιστικά. Ένιωθε ότι ο λόγος της κατάπτωσης της ήταν ο αναγκαστικός θηλασμός. Όμως όλοι έλεγαν ότι έπρεπε να συνεχίσει να θηλάζει το παιδί της. Σιγά σιγά άρχισε να νιώθει λίγο καλύτερα και μείωνε τη δόση των αντικαταθλιπτικών. Όταν συνήλθε απ' την κατάθλιψη είπε «λοιπόν τώρα πρέπει να οργανώσω τη ζωή μου». Άρχισε να κάνει παρέες, να πηγαίνει για καφέ με άλλες μητέρες, να πηγαίνει το παιδί της στο νηπιαγωγείο, έγινε κοινωνική.



Πλέον θεωρεί ότι χρειάζονται περισσότερη ενημέρωση και προετοιμασία οι μέλλουσες μητέρες. Θα έπρεπε σε τόσο βιβλία που είχε διαβάσει για την

εγκυμοσύνη να αναφέρει και για την κατάθλιψη, ίσως έτσι θα μπορούσε να



αντιληφθεί την κατάσταση.

Η μαρτυρία της ηθοποιού Μπρουκ Σίλντς

The New York Times

Η διάσημη ηθοποιός Μπρουκ Σίλντς γράφει σε βιβλίο την εμπειρία της από ένα πρόβλημα υγείας και ιδιαίτερα, για μια συναισθηματική διαταραχή που αναστατώνει αισθήματα αυτοπεποίθησης και ικανότητας και σίγουρα προϋποθέτει αξιοσημείωτη προσοχή. Το νέο βιβλίο της με τίτλο «Down came the rain», περιγράφει τη πρόσφατη μάχη της με μια σοβαρής μορφής επιλόχεια κατάθλιψη, φέρνει εκ νέου στο επίκεντρο αυτό το τόσο σύνηθες, αλλά συχνά χωρίς διάγνωση και σωστή θεραπεία πρόβλημα.

Η κ.Σίλντς άφησε κι αυτή να περάσουν αρκετές εβδομάδες κλεισμένη στο δωμάτιό της ανίκανη να φροντίσει τον εαυτό της και το μωρό που μετά από αρκετά χρόνια κατάφερε να αποκτήσει, μέχρι να ζητήσει τελικώς βοήθεια από τους ειδικούς.

Πέρασε μια πολύ μεγάλη περίοδο θλίψης μετά το τοκετό, που τη συνόδευαν δάκρυα και στεναχώρια, για οποιοδήποτε ανούσιο γεγονός ή ακόμη και για κάποιο σχόλιο. Αισθανόταν θλίψη, απελπισία, εκνευρισμό, φόβο ότι θα κάνει κακό στον εαυτό της, στο σύντροφό της ακόμη και στο παιδί της. Παρουσίαζε απότομες εναλλαγές συναισθημάτων, φόβο της μοναξιάς, έλλειψη ενδιαφέροντος για το μωρό, απώλεια δυναμικότητας και κινήτρων, απόσυρση και απομόνωση από φίλους και οικογένεια, ανικανότητα στο να πάρει αποφάσεις ή να σκεφτεί με σαφήνεια. Συνυπήρχαν και σωματικά συμπτώματα όπως υπερβολική κούραση, διαταραχές στον ύπνο, απώλεια όρεξης και πονοκέφαλο. Σπάνια είχε παρατηρήσει ταχυπαλμία και πόνο στο στήθος.

Όλα αυτά όμως ξεπεράστηκαν! Με τη βοήθεια των ειδικών. Πλέον στέλνει το μήνυμα σε όλες τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα « Μη χάνετε χρόνο! Ζητήστε βοήθεια το συντομότερο δυνατόν. Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι πέρα απ' τον έλεγχό σας. Αυτό δε σημαίνει ότι δεν είστε καλή μητέρα ή ότι είστε παρανοϊκή. Το πιο σημαντικό είναι ότι δεν πρέπει να περιμένετε ότι θα περάσει χωρίς αγωγή».

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α

Όνομα ασθενούς : Χ.Α

Ημερομηνία Γέννησης : 30/10/1970

Ηλικία : 38 ετών

Διάγνωση : Επιλόχεια Κατάθλιψη

Ημερομηνία Εισαγωγής : 10/08/2007

Η ασθενείς εισήλθε στη ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου του Ρίου Πατρών. Η ασθενής μετά το τοκετό, άφησε να περάσουν αρκετές εβδομάδες-κλεισμένη στο δωμάτιό της ανίκανη να φροντίσει τον εαυτό της και το μωρό

που μετά από αρκετά χρόνια κατάφερε να αποκτήσει, μέχρι που ζήτησε τελική βοήθεια από τους ειδικούς, όπου έπασχε από επιλόχεια κατάθλιψη.

Το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς περιγράφει την περίπτωση ως εξής: με σωματικά συμπτώματα, υπερβολική κούραση – διαταραχές στον ύπνο, πονοκέφαλο, πόνο στο στήθος, ταχυπαλμίες, απώλεια όρεξης, με έλλειψη μητρικών συναισθημάτων για το βρέφος, ευερεθιστότητα, εχθρότητα και επιθετικές τάσεις, παθολογικές ιδέες και σαφή απόρριψη.

Η ασθενής αναφέρει ότι δεν κάνει χρήση αλκοόλ ή καπνού, δεν είναι παχύσαρκη και το οικογενειακό της ιστορικό είναι-----Είναι παντρεμένη και είναι το πρώτο της παιδί. Οι συνήθειές τις είναι πολύ σημαντικές διότι η χορήγηση των φαρμάκων που θα ακολουθήσει θα πρέπει να απέχει από τα παραπάνω, για να αποφύγουμε διάφορες επιπλοκές.

Στη κλινική έγιναν οι ανάλογες ενέργειες, ενημερώθηκε το προσωπικό για τη πλήρη εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος, την παραμικρή επικοινωνία με την ασθενή και απάντηση των ερωτήσεων που πιθανόν να ερωτηθούν απ' αυτήν, επίσης την ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος και την απομάκρυνση του βρέφους από το χώρο αυτό. Ως θεραπεία προτάθηκε η χορήγηση ηρεμιστικών-καταθλιπτικών και αναλγητικών φαρμάκων, η ψυχοπροφυλακτική μέθοδος και η ψυχοθεραπευτική υποστήριξη.

Μετά από δυο εβδομάδες θεραπείας στη ψυχιατρική κλινική

Η ασθενής παρουσίασε σημαντική βελτίωση. Περιορίστηκε ο φόβος, η επιθετικότητα προς το παιδί, βοήθησε και στήριξε τον εαυτό της και την σωματική της ευεξία. Πήρε εξιτήριο στις 23/08/07. εκδόθηκαν οδηγίες για το σπίτι και ορίστηκε επανεξέταση μετά από έξι μήνες.

Κατά τη παραμονή της στη κλινική η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή.

- ✓ Pethidine 100mg 1x2 κάθε 8 ώρες
- ✓ Stedon tb 2,5mg 1x1
- ✓ Έμπλαστρο οιστρογόνου 1x2 κάθε 8 ώρες
- ✓ Ιμιπραμίνη 1x1
- ✓ Σμιτριπτυκλίνη 1x1

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Ø Αλλαγή σωματικού ειδώλου. 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Να αποδεχθεί η ασθενής την καινούρια της εικόνα ,στο λιγότερο χρόνο και με το μικρότερο κόστος . 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Ψυχολογική ενίσχυση της ασθενούς ώστε να ελαττωθεί το άγχος και η ανησυχία . Ø Ενημέρωση των συγγενών για αποδοχή της ασθενούς . 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Ενημερώθηκε η ασθενής για τη μεταβολή της σωματικής της εικόνας . Ø Ενισχύθηκε ψυχολογικά και τονώθηκε το ηθικό της . 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Η ασθενής αποδέχθηκε την αλλαγή του σωματικού της ειδώλου . Ακολούθησε και τήρησε τις οδηγίες που τις δόθηκαν ,έδειξε κατανόηση και υπομονή ,και έτσι στήριξε ψυχολογικά τον εαυτό της .

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Ø Υπερβολική κούραση . Ø Διαταραχές ύπνου . Ø Απώλεια όρεξης . Ø Πονοκέφαλος πόνος στο στήθος ταχυπαλμίες . 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Ενθάρρυνση της ασθενούς με σκοπό την ενασχόληση της ,με δημιουργικές ασχολίες ,που την ευχαριστούν Ø Μείωση των διαταραχών κατά τη διάρκεια του ύπνου και την απομάκρυνση των αρνητικών συναισθημάτων που την αναστατώνουν . Ø Εξασφάλιση καλού φαγητού ,της προτίμησης της ,για την αποφυγή ανορεξίας . Ø Διασφάλιση ήρεμου και ζεστού περιβάλλοντος,απομάκρυνση των συγγενών για την αποφυγή ανεπιθύμητων πονοκεφάλων . Ø Αντιμετώπιση του πόνου στο στήθος και της ταχυπαλμίας . 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Ηθική και ψυχολογική τόνωση . Ø Βοήθεια στο σπίτι από το οικογενειακό περιβάλλον . Ø Χορήγηση ηρεμιστικών και υπνωτικών φαρμάκων , κυρίως τις ώρες κοινής ησυχίας και τις νυχτερινές ώρες Ø Φαρμακευτική αγωγή με αναλγητικά και μυοχαλαρωτικά Ø Εξασφάλιση άνεσης . 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Ενισχύθηκε ψυχολογικά η ασθενής . Ø Τονώθηκε το ηθικό της Ø Συνδύαστηκε ψοχοπροφυλακτική μέθοδος με σωματική τόνωση με τη βοήθεια ειδικού ψυχοθεραπευτή . Ø Χορηγήθηκαν αντικαταθλιπτικά [ιμιπραμίνη και σμιτριπυλίνη] Ø Μυοχαλαρωτικά [stodon tb 2.5mg 1x2]κάθε βράδυ όσο χρειαστεί ,για την εξασφάλιση καλού ύπνου Ø Χορηγήθηκε ½ amp Pethidine 100 mg 1x2 ,για τη μείωση του πόνου . 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Ξεπέρασε όλες τις σωματικές διαταραχές που την εμποδίζουν ,με τη βοήθεια ειδικών . Ø Σημαντική βελτίωση του ύπνου με τη χορήγηση μυοχαλαρωτικών . Ø Βελτιώθηκε η ψυχολογία του ηθικού της . Ø Αναπτύχθηκε το ενδιαφέρον της για εργασία . Ø Απαλλάχθηκε από κάθε είδους πόνο, με την βοήθεια των αναλγητικών .

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β

Η ασθενής εισήλθε στη μαιευτική κλινική του νοσοκομείου Αγίου Ανδρέα Πατρών. Μετά το τοκετό εμφάνισε σταδιακά συμπτώματα κατάθλιψης. Αισθανόταν άγχος, φόβο, την έπιαναν τα κλάματα για τις δυσκολίες του θηλασμού, ήταν κακόκεφη, παρουσίαζε τάση φυγής και επιθετικότητα προς το παιδί και της ήταν δύσκολο να αποδεχθεί την καινούργια της εικόνα. Η ασθενής δεν κάνει χρήση αλκοόλ ή καπνού. Παλαιότερα το ιστορικό της αναφέρει ελαφρά συμπτώματα μελαγχολίας. Είναι παντρεμένη έχει ένα κοριτσάκι και τώρα ένα γιο.

Στη κλινική έγιναν οι απαραίτητες ενέργειες για την διεξαγωγή της από την μαιευτική κλινική στην ψυχιατρική κλινική του Ρίου Πατρών. Έγιναν οι ανάλογες εξετάσεις. Ως θεραπεία προτάθηκε η χορήγηση μυοχαλαρωτικών, αντιψυχωτικών και ορμονών. Έγινε χρήση ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου.

Μετά τη θεραπεία η ασθενής μόνο δυο μέρες, αλλά αντιμετωπίστηκε με τον ίδιο τρόπο και πήρε εξιτήριο στις 12/12/07. Δόθηκαν οι ανάλογες συμβουλές και ορίστηκε επανεξέταση μετά από ένα μήνα.

Κατά τη παραμονή της στη κλινική η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή.

- ü Αντικαταθλιπτικά φάρμακα (S.S.R.I.)
- ü Stedon tb 2,5mg 1x1
- ü Κορτιζόνη
- ü Προγεστερόνη
- ü Βενζοδιαζεπίνες
- ü Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO)

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ Σ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Ø Άγχος Ø Φόβος Ø Θλίψη Ø Επιθετικότητα 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Μείωση του άγχους και του φόβου που της δημιούργησαν αρνητικά συναισθήματα . Ø Μείωση της επιθετικότητας απέναντι στο μωρό της Ø Εξασφάλιση της ηρεμίας της . 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Ηθική και ψυχολογική τόνωση . Ø Χορήγηση μυοχαλαρωτικών με εντολή γιατρού , για τη αποφυγή του άγχους . Ø Χορήγηση αντικαταθλιπτικών αντιψυχοτικών και ορμονών . Ø Χρήση ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου . Ø Νοσοκομειακή νοσηλεία για ασφάλεια της μητέρας και του νεογνού . 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Ενισχύθηκε ψυχολογικά η ασθενής και έγινε τόνωση του ηθικού της Ø Έγινε γνωριμία με το προσωπικό της κλινικής [νοσηλευτές – ψυχολόγο] Ø Ενημερώθηκε για την κατάσταση της υγείας της και της δόθηκαν συμβουλές για το πώς θα μπορέσει να βοηθήσει τον εαυτό της . Ø Ενημερώθηκε το οικογενειακό και φιλικό της περιβάλλον για την φροντίδα της ασθενούς . Ø Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της στο νοσοκομείο της χορηγήθηκαν αντικαταθλιπτικά φάρμακα γνωστά ως S.S.R.I[Selective seratinin reuptate inhibitor] . Ø Εφαρμογή ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου . Ø Έγινε απομόνωση της μητέρας από το βρέφος λόγω επιθετικής συμπεριφοράς . Ø Παρακολούθηση από ψυχοθεραπευτή Ø Χορηγήθηκαν κατασταλτικά – ηρεμιστικά φάρμακα . Ø Παρακολούθηση για πιθανή κρίση αυτοκτονίας . 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Περίορισε το άγχος της η ασθενής με τη χορήγηση μυοχαλαρωτικών και τονώθηκε το ηθικό της . Περίορισε το φόβο για το θηλασμό του παιδιού της και την επιθετικότητα απέναντι του. Η γνωριμία της με το προσωπικό της κλινικής την βοήθησε να νικήσει τη θλίψη ,να απαλαχθεί από το φόβο που την κυριεύε ,με αποτέλεσμα να περιορίσει το άγχος της .

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Ø Τάση φυγής Ø Κακόκεφη για τις δυσκολίες του θηλασμού 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Να αντιληφθεί η ασθενής την αλλαγή της συμπεριφοράς της . Ø Ενημέρωση για το λόγο που βρίσκεται ακόμα στο νοσοκομείο Ø Κατάλληλες οδηγίες στο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον για την αναπτέρωση του ηθικού της . Ø Ενίσχυση της διάθεσης της . Ø Ενημέρωση για το πόσο σημαντικός είναι ο θηλασμός για την μελλοντική κατάσταση του παιδιού της . 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Ηθική και ψυχολογική τόνωση από το περιβάλλον της Ø Χορήγηση μυοχαλαρωτικών και υπνωτικών φαρμάκων για την απομάκρυνση από το χώρο του νοσοκομείου . Ø Ενθάρρυνση για το ότι η κακοκεφία θα διαρκέσει λίγες εβδομάδες . Ø Χρήση ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου . 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Ενισχύθηκε η ψυχολογία της ασθενούς με την βοήθεια του ανδρός της . Ø Χορηγήθηκαν μυοχαλαρωτικά και υπνωτικά [βενζοδιαζεπίνες] . Ø Χορηγήθηκαν αντικαταθλιπτικά [ΜΑΟ] για την τόνωση του ηθικού της . Ø Με την ψυχοθεραπεία σταμάτησαν οι δυσκολίες για το θηλασμό και της δόθηκαν οι κατάλληλες οδηγίες ,για το πως θα φροντίσει τον εαυτό της και το μωρό της . 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Η ασθενής σιγά –σιγά άρχισε να καταλαβαίνει πόσο σημαντικό είναι ο θηλασμός του παιδιού της .Άρχισε να νιώθει καλύτερα και μείωσε την δόση των αντικαταθλιπτικών Ακολούθησε όλες τις οδηγίες και συμβουλές . Έδειξε μεγάλη δύναμη ,κατανόηση και υπομονή ,είπε πώς “πρέπει να οργανώσω τη ζωή μου” Άρχισε να κάνει παρέες να πηγαίνει το παιδί της στο νηπιαγωγείο έγινε “κοινωνική”

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα μέχρι τώρα αναφερόμενα στοιχεία επιτρέπουν την εξαγωγή ορισμένων συμπερασμάτων σχετικά με την επιλόχεια κατάθλιψη.

1. Η λοχειακή κατάθλιψη είναι ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο το οποίο συμβαίνει εντός τεσσάρων εβδομάδων από το τοκετό.
2. Προδιαθεσικός παράγοντας της επιλόχειας κατάθλιψης αποτελεί η εμφάνισή της και μετά από προηγούμενο τοκετό (επικινδυνότητα 50% -62%). Η καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά την προηγηθείσα κύηση και το οικογενειακό ή ατομικό ιστορικό επεισοδίων μείζονος κατάθλιψης. Η συζυγική ασυμφωνία, τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής, η αμφιθυμία για την εγκυμοσύνη είναι προδιαθεσικοί παράγοντες όχι μόνο για την επιλόχεια κατάθλιψη αλλά και κατά τη διάρκεια της κύησης.
3. καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα είναι συνηθισμένα εξαιτίας όλων των βιο-ψυχο-κοινωνικών αλλαγών, που συνοδεύουν τη γέννηση του παιδιού.
4. προσοδοφόρα και ενδιαφέρουσα επαγγελματική δραστηριότητα, μακροχρόνιες συνήθειες, απαραίτητες κοινωνικές επαφές, θα εγκαταλειφθούν ή θα προσαρμοστούν σύμφωνα με το νέο μέλος της οικογένειας.
5. Τα πρόσθετα έξοδα που επιβαρύνουν τον οικογενειακό προϋπολογισμό είναι ένας σοβαρός παράγοντας άγχους και ανησυχίας.
6. Η συναισθηματική κατάσταση του πατέρα του παιδιού, η παρουσία κατάθλιψης σε αυτόν μπορεί να συντελέσει στην εμφάνιση κατάθλιψης στη γυναίκα και μετά τους έξι μήνες (μέχρι 12 μήνες) μετά το τοκετό.
7. Γυναίκες που ήταν ευχαριστημένες από τις εμπειρίες της κύησης και του τοκετού τους είχαν τη τάση να είναι λιγότερο καταθλιπτικές κατά τη λοχεία και το μετέπειτα διάστημα.

8. Προγνωστικός δείκτης για την εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης σύμφωνα με κάποιους ερευνητές είναι η διάθεση της μητέρας τις πρώτες τρεις μέρες μετά το τοκετό.
9. Η πολύ σύντομη παραμονή στο μαιευτήριο μπορεί να αυξήσει κατά πολύ την εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης.
10. Η αύξηση του σωματικού βάρους κατά τη κύηση και μετά το τοκετό, επιτείνει τη δυσαρέσκεια των γυναικών και συντελεί στην εμφάνιση μειωμένης αυτοεκτίμησης και κατάθλιψης. Αν η αύξηση του βάρους είναι πάνω από 5kg ανά έτος η πιθανότητα εκδήλωσης έντονων καταθλιπτικών συμπτωμάτων αυξάνεται.
11. Έχουν διερευνηθεί διάφοροι παράγοντες της προσωπικότητας που φαίνεται ότι σχετίζεται με την εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης. Η αισιοδοξία για παράδειγμα είναι συνδεδεμένη με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης για τις δυο πρώτες εβδομάδες μετά το τοκετό, ενώ η αυτοπεποίθηση με τη μικρότερη πιθανότητα εκδήλωσης κατάθλιψης μέχρι και την έκτη εβδομάδα.
12. Οι ενημερωμένες γυναίκες αναφέρουν λιγότερα ενοχλήματα, μπορούν να εξηγήσουν τα συναισθήματά τους και δεν πιστεύουν ότι είναι οι μόνες που υποφέρουν.
13. Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες, όπως χαμηλό εισόδημα , έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης , προβλήματα με το σύντροφο και γεγονότα ζωής, μπορεί να συντελέσουν στη χρονιότητα της κατάθλιψης.
14. Στις Η.Π.Α οι μητέρες με παιδιά κάτω του ενός έτους συνήθως συνεχίζουν να εργάζονται.
15. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η κατάθλιψη και το αίσθημα κόπωσης σχετίζονται με μεγαλύτερο άγχος για την απόδοση τους στην εργασία και με λιγότερη ευχαρίστηση από τη μητρότητα αλλά λίγες γυναίκες εκδηλώνουν κλινική εικόνα κατάθλιψης ή άγχους.
16. Τελευταία έχει παρατηρηθεί και λοχειακή διαταραχή πανικού.

17. Γυναίκες με λοχειακή κατάθλιψη εμφανίζουν ενίοτε παθολογικό φόβο ότι θα πεθάνουν τα νεογνά τους από το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου, ελέγχοντας την αναπνοή των μωρών κατά τη διάρκεια της νύχτας.

18. Αλλαγές στην όρεξη, στον ύπνο, τη σεξουαλική διάθεση και το αίσθημα κόπωσης εμφανίζονται τόσο στην κατάθλιψη όσο και κατά τη διάρκεια της.

Μέσω της μελέτης αυτής καταλάβαμε αναλύσαμε και διερευνήσαμε τους παράγοντες που οδηγούν στην κατάθλιψη μετά το τοκετό.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας πριν και μετά το τοκετό.
2. Καθοριστική θέση της/του νοσηλεύτριας/τη τις τρεις πρώτες μέρες μετά το τοκετό για την μείωση πιθανότητας καταθλιπτικών επεισοδίων.
3. Αποφυγή σύντομης αλλά και μακρόχρονης παραμονής στο μαιευτήριο για την μη εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης.
4. Συγκεκριμένη σωματική άσκηση κατά τη διάρκεια της κύησης και μετά το τοκετό, για την αποφυγή αλλαγής σωματικού ειδώλου.
5. Προφυλακτική αντικαταθλιπτική αγωγή σε λεχωΐδες υψηλού κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης μετά το τοκετό.
6. Εκπαίδευση και ενεργητική κοινωνική υποστήριξη πριν το τοκετό.
7. Να γίνεται σεβαστή η επιθυμία της γυναίκας να θηλάσει ή όχι το παιδί της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια να κατανοηθούν καλύτερα, οι παράγοντες που οδηγούν στην Επιλόχεια Κατάθλιψη. Και δεδομένου της διάστασης που έχει πάρει η διαταραχή αυτής της διάθεσης στη σύγχρονη εποχή, θεωρείται αναγκαία η ενδελεχής μελέτη της προκειμένου να παρεισφρήσουμε στη βαθύτερη ουσία της, να εντοπίσουμε την αιτιολογία της και να την εντοπίσουμε πιο αποτελεσματικά. Γι' αυτό και έλαβε χώρα ενδελεχώς μελέτη όχι μόνο της φυσιολογίας των νευροβιολογικών και των συναισθηματικών παραγόντων που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της κατάστασης της Επιλόχειας Κατάθλιψης, αλλά εξετάστηκαν και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που εμπλέκονται, στο φαινόμενο αυτό.

Πολλές ερμηνίες έχουν διατυπωθεί για τον προσδιορισμό της φύσης της Επιλόχειας Κατάθλιψης. Και άλλες τόσες θεωρίες και αντίστοιχες τεχνικές έχουν προταθεί για τη θεραπεία της. Στη παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια να εκτεθούν οι πιο διαδεδομένες από τις προσεγγίσεις αυτές με τη μεγαλύτερη δυνατή αντικειμενικότητα και ακρίβεια. Η εκλεκτική εφαρμογή μιας καταθλιπτικής λεχωΐδα δεν είναι πάντα αποτελεσματική. Πολλές φορές η σύνθεση δυο ή περισσότερων θεραπευτικών προσεγγίσεων – σε συνάρτηση με με την ιδιαίτερη κρίση, ιδιοσυγκρασία και προσωπικότητα της κάθε καταθλιπτικής λεχωΐδας – συνιστά τη καλύτερη λύση. Εξάλλου, η συνθετική κίνηση συνιστά μία φυσική εξέλιξη της εκλεκτικής προσέγγισης.

Συμπερασματικά, καθίστατε σαφές πως η νοσηρότητα της Επιλόχειας Κατάθλιψης συνιστά ένα πολύπλοκο φαινόμενο την αιτία και τις διαστάσεις του οποίου προσπαθούν να εντοπίσουν οι ποικίλες, ψυχολογικές θεωρίες προκειμένου να το επιλύσουν. Οποσδήποτε, η εκάστοτε θεωρία παρουσιάζει πλεονεκτήματα και μειομεκτήματα, ενώ οι ανάγκες της κάθε καταθλιπτικής λεχωΐδας διαφέρουν. Επίσης ανάλογα με τα βιώματά της, τις ιδιαιτερότητές της, την ιδομορφία του χαρακτήρα της, την προσωπικότητά της και την κρίση – ιδιοσυγκρασία της.

Συνεπώς η καλύτερη επιλογή είναι η εξατομικευμένη θεραπεία, η θεραπεία που προσαρμόζετε ανάλογα με τις ανάγκες της, την προσωπικότητα της, την ιδιομορφία του χαρακτήρα της, τη διαφορετικότητα της ατομικότητάς της.

*..... η ζωή μου καταστρέφεται
και δεν αντέχω να ζω στο
σώμα μου. Αισθάνομαι οργή και
θλίψη, με κατακλύζουν καταστροφικές
ιδέες και μία άγρια ενέργεια που με
οδηγεί σε μία κατάσταση αμόκ. Στον
καθρέπτη αντικρίζω ένα πλάσμα το
οποίο δε γνωρίζω, αλλά πρέπει να
μοιραστώ τη ζωή και τις σκέψεις
μου μαζί του*

*Kay Redfield Jamison
Ένα Ανήσυχο Μυαλό
(An Unquiet Mind)*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



« Ο Κόσμος γέρνει , γκρεμίζεται.
Γιατί έπρεπε να γεννηθώ εγώ για να τον στερεώσω.»

Από τον Άμλετ
Του Shakespeare.

- Η Προσευχή.



Σιγά σιγά θα σας
επισκέπτεται η χάρις. Θα
μπαίνετε μες στη χαρά.
Θ' αρχίσετε να ζείτε στην
ειρήνη, οπότε μετά θα
γίνετε πιο δυνατοί με τη
θεία χάρη. Δεν θα
θυμώνετε, δεν θα
εκνευρίζεσθε, δεν θα
παρεξηγείτε, δεν θα
κατακρίνετε, θα τους
δέχεσθε όλους με αγάπη.

Πορφύριος.

Η προσευχή μπορεί να μας βοηθήσει ακόμη και όταν δεν πιστεύουμε συνειδητά στον Θεό. Όσο πιο απογοητευμένοι είμαστε από τα πράγματα του κόσμου τόσο πιο εύκολα νιώθουμε την ανάγκη να παρακαλέσουμε τη βοήθεια του Θεού. Η κατάθλιψη μας αποδυναμώνει και κατά συνέπεια χάνουμε την μαγκιά μας, την εγωιστική εκείνη αξιοπρέπεια που μας κάνει να θεωρούμε τον εαυτό μας τόσο δυνατό ώστε να μην χρειαζόμαστε την βοήθεια του Θεού αλλά μπορούμε να στηριζόμαστε στις δικές μας δυνάμεις. Η κατάθλιψη μας βοηθά να καταλάβουμε ότι δεν έχουμε δυνάμεις και ότι κατά βάθος είμαστε αδύνατοι και αβοήθητοι. Αυτά τα αισθήματα αδυναμίας, απελπισίας, ανασφάλειας και φόβου καλλιεργούν την ψυχή μας με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι περισσότερο

δεκτική στη βοήθεια του Θεού. Η θλίψη ελκύει τη Χάρη, διότι ο Θεός αγαπά την ταπείνωση και εκφράζει την αγάπη του στους πονεμένους και αδύνατους. Προσευχόμαστε με κάθε τρόπο, όπως μπορούμε και αυτό μας δίνει ένα στήριγμα ένα αποκούμπι που τόσο πολύ το έχουμε ανάγκη. Ακόμη και όταν δεν πιστεύουμε στο Θεό (και είναι φυσικό να μην πιστεύουμε αν δεν τον γνωρίζουμε) επαναλαμβάνουμε νοερά μέσα μας την ευχή του Ιησού το «Κύριε Ιησού Χριστέ Ελεησόν με». Μπορούμε ακόμη να μιλήσουμε ελεύθερα στον Θεό σαν να είναι πατέρας μας ή ένα πολύ αγαπητό πρόσωπο που μπορεί να μας βοηθήσει. «Θεέ μου δεν σε γνωρίζω αλλά σε παρακαλώ να με βοηθήσεις να ξεπεράσω αυτά τα αρνητικά αισθήματα διότι υποφέρω πολύ. Σε παρακαλώ βοήθησέ με». Και πάλι συνεχίζουμε επαναλαμβάνοντας πολλές φορές την ευχή του Ιησού. Δεν πρέπει όμως να περιμένουμε γρήγορα και σημαντικά αποτελέσματα. Λέμε την ευχή και αφήνουμε τον Θεό να λειτουργήσει μέσα μας την βοήθειά του όπως εκείνος γνωρίζει. Προσευχόμαστε χωρίς να εξετάζουμε το αποτέλεσμα, χωρίς να περιμένουμε κάτι. Σιγά-σιγά θα συντελείτε μέσα μας η αλλαγή. Η καλλιέργεια της σχέσης μας με το Θεό είναι θεραπευτική.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Drago Carabotte D. Παναγόπουλος Π. (1997). Ορμόνες που συνδέονται με την εκδήπωση της Επιλόχειας Κατάθλιψης. Αθήνα. σελ.45.

Flach Md. Freseric F. (1974). Κατάθλιψη. Η Μυστική της Δύναμη. σελ. 213-221.

Gilbert P. (1999). Ξεπερνώντας τη Κατάθλιψη. Μετάφραση επιμέλεια Αγγελή Κ. – Ευσταθίου Γ. σελ. 39-51.

Haslett C, Edwin R , Chilvers, Nicholas A.Boon. Παθολογία Davidson's, Γενικές Αρχές και Κλινική Πράξη της Ιατρικής. 19^η Έκδοση. σελ 271.

Meisy C. Fokner F. (1981). Εγκυμοσύνη και Γέννηση. Χαρές και Προβλήματα. Αθήνα: Εκδόσεις Ψυχογιός. σελ 112-119

Παπανικολάου (1994). Μαιευτική. Αθήνα: 3^η Έκδοση Παρισσιανός.

Rowe D. (2005). Κατάθλιψη. Βγείτε από τη Φυλακή. Επιμέλεια Βασιλοπούλου Ρ. σελ 176-179.

Χριστοδούλου Γ. Ν. (2004) Ψυχιατρική. 1^{ος} Τόμος. Αθήνα. σελ 516-519.

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ

Βράχος Φ. Ζαφειρόπουλος Γ. (1992) Υδρία Cambridge. Τόμος 7^{ος}.
Αθήνα: 4^η Έπιλον Έκδοση.

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ

Καθημερινή. (2006). Άρθρο. Αθήνα. σελ 4

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

Γραφικές Παραθέσεις. (2004). Από τη Μετάφραση Νέου Κόσμου των Αγίων Γραφών. σελ 6.

Ελευθώ. (2004). 4^ο Τεύχος, 9^{ος} Τόμος. Αθήνα: Εκδοσεις Μακρή Α΄. σελ 148-150.

Nino A. (2001). Ψυχοπροφυλακτική Εγκύου. Σύγχρονη αντιμετώπιση του τοκετού. 2^η Πανελλαδική Μετεκπαιδευτική Ημερίδα μαιών – μαιευτών. σελ 89-90.

Σολδάτος Κ. (1999). Άγχος και Κατάθλιψη. Εκδηλώσεις και Αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική. Συμπόσια 7. Αθήνα. σελ 65-94, 218-221.

Woman's Health. 27^ο Τεύχος. σελ 44.

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Παπαδημητρίου Μ. (2001). Κατάθλιψη. Επιμέλεια Πάτρα: 49-50,52-53

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

Αμπάτζογλου Γ.	www.childmentathealth.gr	23/11/2006
Βάρβογλη Λ.	www.health.in.gr	23/4/2006
Γεωργαντοπούλου Σ. – Μπουλτούκα Μ.	www.katathlipsi.gr	3/12/2006
Frank J. Μετάφραση Μιχάλης Γ.	www.depnet.gr	1/11/2006
Πολυζόπουλος Ε.	www.inpsy.gr	28/10/2006
Σκοπινάκης Π.	www.stress.gr	2/12/2006
Τζώτζας Θ.	www.e-physician.com	25/10/2006
Χατζηδημητρίου Σ.	www.baby.gr	04/11/2006
Χατζηδημητρίου Σ.	www.iator.gr	25/11/2006
Χατζηδημητρίου Σ.	www.psychologia.gr	15/12/2006
Χατζοπούλου Ε.	www.dlib.lib.uoc.gr	10/12/2006
	www.agiafotini-clinic.gr	20/11/2006

www.diagnostiki.gr	26/11/2006
www.us-geocities.com	12/11/2006
www.iatrotec on line.gr	14/11/2006
www.ipse.gr	09/11/2006
www.materuite.gr	07/12/2006
www.obrela.gr	24/11/2006
www.progenitiki.gr	12/11/2006