

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ:Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Κατάθλιψη-Επιλόχεια Κατάθλιψη: Ο ρόλος του Νοσηλευτή



Σπουδάστρια:

Κουτσούκη Έλλη

Εποπτεύων καθηγητής:

Μιχαλοπούλου Αντιγόνη

Πάτρα 2012

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία δεν θα είχε ολοκληρωθεί χωρίς τη συμβολή και την υποστήριξη της οικογένειας και των φίλων μου.

Οφείλω, επίσης, να ευχαριστήσω την κα Μιχαλοπούλου Αντιγόνη για την καθοδήγηση και την ιδιαίτερος σημαντική συμβολή της στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η γέννηση ενός παιδιού είναι ένα από τα σημαντικότερα και ομορφότερα γεγονότα στη ζωή ενός ανθρώπου. Η εικόνα που έχουμε γι' αυτό το γεγονός, πριν το ζήσουμε είναι ωραιοποιημένη. Όσο χαρμόσυνη κι αν είναι η έλευση ενός παιδιού, δεν παύει να προκαλεί βαθιές και εν δυνάμει επικίνδυνες ανατροπές στη 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 τη λιγότερο διακριτή – ενός οξύμωρου σχήματος, που μας συνοδεύει από την αρχή της ζωής μας.

Το πέραςμα από την εγκυμοσύνη στη μητρότητα συμβαίνει σε μικρό χρονικό διάστημα και οδηγεί τη γυναίκα σε διαδικασία γρήγορης αναδιοργάνωσης και ανασύνθεσης ενός νέου ρόλου, του μητρικού. Η εγκυμοσύνη για τη γυναίκα αποτελεί μία αναπτυξιακή κρίση του εγώ, αφού η γυναίκα καλείται να αναθεωρήσει τις αξίες της ζωής της, τους ρόλους, τις προσδοκίες, που έχει η ίδια για τον εαυτό της, αλλά και οι άλλοι από αυτήν (Μωραΐτου, 2007).

Από εδώ και στο εξής, η γυναίκα καλείται να αντεπεξέλθει σε μία πληθώρα προκλήσεων, που χαρακτηρίζουν τόσο την περίοδο της εγκυμοσύνης, όσο και τη λοχειακή περίοδο. Η έγκυος έχει να μεριμνήσει όχι μόνο για τη φροντίδα και την προστασία του εαυτού της, αλλά και του εμβρύου. Για το λόγο αυτό, η γυναίκα αποσύρεται από τα εργασιακά και κοινωνικά της ενδιαφέροντα και αφιερώνεται στη φροντίδα του εαυτού της, μέσω της οποίας εξασφαλίζεται και η φροντίδα του εμβρύου.

Η γέννηση του παιδιού επιφέρει μία σειρά από «απώλειες» στη λεχωίδα. Εφόσον, το βρέφος δεν αποτελεί πλέον κομμάτι του σώματος της, η λεχωίδα καλείται να αναγνωρίσει την ατομικότητα του. Η εικόνα του σώματός της αλλάζει ξανά ριζικά και πολλές φορές δεν επανέρχεται πλήρως στην κατάσταση που ήταν, πριν από την εγκυμοσύνη. Επιπλέον, η λεχωίδα πρέπει να προσαρμοστεί σε πολλές μη αναστρέψιμες αλλαγές της καθημερινή της ζωής. Πιο συγκεκριμένα, οι πολλαπλοί της ρόλοι την καταβάλλουν σωματικά, ενώ η έλλειψη ελεύθερου χρόνου, την οδηγεί στην απώλεια του αισθήματος του εαυτού και της προσωπικής της ανεξαρτησίας (ΙΑΤΩΡ, 2012).

Όλες οι προκλήσεις και οι αλλαγές, που η λεχωίδα καλείται να διαχειριστεί τόσο κατά την εγκυμοσύνη, όσο και κατά τη λοχεία, επιβαρύνουν τη συναισθηματική της κατάσταση και μπορεί να οδηγήσουν στην εκδήλωση διαφόρων ψυχικών διαταραχών.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ως επιλόχειος κατάθλιψη ορίζεται ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, το οποίο έχει έναρξη εντός των τεσσάρων πρώτων εβδομάδων της λοχείας. Τα συμπτώματα διαρκούν περισσότερο από δύο εβδομάδες στην ήπια μορφή της και μέχρι και έξι μήνες, στην εκτεταμένη μορφή της νόσου (Δασκαλόπουλος, 2007)

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει ήπια έως μέτρια συμπτώματα, που αφορούν σε ακεφιά, ελάττωση ενδιαφέροντος, άγχος, ευερεθιστότητα, σύγχυση, απώλεια ή αύξηση σωματικού βάρους, αϋπνία, κόπωση, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, ελαττωμένη ικανότητα σκέψης και λήψης αποφάσεων, αισθήματα ενοχής, κεφαλαλγίες, ζαλάδες, μειωμένη σεξουαλική διάθεση και επανερχόμενες σκέψεις αυτοκτονίας. Ο επιπολασμός της επιλόχειου κατάθλιψης ανέρχεται στο 10-20%, ενώ αυξάνεται κατά πολύ στις οικονομικά ασθενέστερες γυναίκες, στις έφηβες και στις γυναίκες με ιστορικό καταθλιπτικής διαταραχής. Η αιτιολογία της λοχειακής κατάθλιψης δεν έχει διευκρινισθεί πλήρως, ωστόσο, φαίνεται να εμπλέκονται οι μεταβολές στο ορμονικό περιβάλλον, που προκαλούνται με τον τοκετό, ψυχολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (ΕΠΨΥ, 2012).

Η διάγνωση της κατάθλιψης στη λοχεία μερικές φορές είναι δύσκολη, διότι δεν αναγνωρίζεται αμέσως, ιδιαίτερα όταν είναι μέτριας βαρύτητας ή όταν η διάθεση για βοήθεια αποθαρρύνεται (ioanninamed, 2011).

Η θεραπεία εξαρτάται από τις ιδιαίτερες ανάγκες της λεχωίδας και περιλαμβάνει είτε μόνο ψυχοθεραπεία για τις ήπιες μορφές, είτε συνδυασμό ψυχοθεραπευτικών και φαρμακευτικών μεθόδων για τις πιο σοβαρές μορφές κατάθλιψης, όπως για παράδειγμα η ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Επιπροσθέτως, ο ρόλος που έχει αναλάβει ο επαγγελματίας υγείας στη θεραπεία είναι καίριας σημασίας, διότι είναι αυτός που μπορεί να προσφέρει έμπρακτη βοήθεια στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης της λοχείας.

ABSTRACT

Postpartum depression is defined as a major depressive state beginning within the first four weeks after delivery. Symptoms last from two weeks up to six months, depending on the severity of the case.

Clinical symptoms include: apathy, stress, irritability, confusion, weight changes, insomnia, distress, feelings of guilt, headaches, dizziness, lower libido and suicidal thoughts. The prevalence of postpartum depression is estimated at 10-20% and is dominant in adolescents and women with a prior history of depression. The cause of the disease is not yet fully understood, however influencing factors may be: hormonal imbalances caused by pregnancy and delivery and psychosocial aspects.

Postpartum depression diagnosis may be difficult, since the disease is not easily identified especially, when the patient has negative attitudes towards seeking medical advice.

Treatment, depending on the severity of the case, includes psychotherapy alone for mild cases or medical treatment for serious cases. Furthermore, health professional have the most important role in identifying the symptoms and implementing the treatment.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....2

Περίληψη.....3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Εισαγωγή.....10

1.2 Ορισμοί Εννοιών.....11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

2.1 Ιστορικά στοιχεία..... 13

2.2 Αιτιολογικοί παράγοντες.....13

2.3 Ταξινόμηση των συναισθηματικών διαταραχών κατά DSM-IV14

2.4 Μείζων καταθλιπτική διαταραχή.....15

2.4.1 Συμπτωματολογία μείζονος κατάθλιψης..... 15

2.4.2 Επιδημιολογία μείζονος κατάθλιψης.....16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

3.1. Η ψυχολογία της λοχείας..... 18

3.1.1 Επιλόχειος μελαγχολία19

3.1.2 Επιλόχειος κατάθλιψη20

3.1.3 Επιλόχειος ψύχωση.....21

3.2 Η ψυχολογία του πατέρα.....21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΙΤΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

4.1 Βιολογικοί παράγοντες.....22

4.2 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες..... 23

4.2.1 Προγεννητική κατάθλιψη.....	24
4.2.2 Ιστορικό ψυχικής διαταραχής.....	24
4.2.3 Άγχος.....	24
4.2.4 Η συμβολή του πατέρα.....	25
4.3 Παράγοντες που ευνοούν στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης...26	
4.4 Ομάδες υψηλού κινδύνου.....	27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

5.1 Συμπτωματολογία επιλόχειας κατάθλιψης.....	29
------------------------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

6.1 Συχνότητα εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης.....	31
----------------------------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

7.1 Πρωτοβάθμια πρόληψη.....	32
7.2 Δευτεροβάθμια πρόληψη.....	34
7.3 Τριτοβάθμια πρόληψη.....	34
7.4 Ο ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας στην πρόληψη.....	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

8. Διάγνωση Επιλόχειας Κατάθλιψης.....	37
8.1 Κλίμακα EPDS.....	39
8.2 Διαφοροδιάγνωση.....	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

9.1 Επιπτώσεις επιλόχειας κατάθλιψης στο παιδί.....42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

10.1 Θεραπεία επιλόχειας κατάθλιψης.....44
10.2 Φαρμακευτική θεραπεία.....44
10.3 Ψυχοθεραπεία.....46
10.4 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.....48
10.5 Πορεία της νόσου.....49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

11.1 Ο ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας στην αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης.....50
11.2 Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή στη θεραπεία επιλόχειας κατάθλιψης.....51
11.3 Ο ρόλος του Νοσηλευτή στη χορήγηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.....52
11.4 Υπηρεσίες για μητέρες με ψυχική νόσο.....53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

12.1. Κλινική περίπτωση.....56
12.2. Νοσηλευτική εκτίμηση..... 57
12.3. Ανάγκες-προβλήματα.....58
12.4. Νοσηλευτική διάγνωση.....58
12.5. Αντικειμενικοί σκοποί.....59

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ-ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

12.6.Νοσηλευτική παρέμβαση.....	60
12.7.Αξιολόγηση ασθενούς.....	62
Συμπεράσματα- Προτάσεις.....	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ.....	64

Όλα τα παιδιά αξίζουν να έχουν μια υγιή μητέρα.

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



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μία σημαντική εκλαϊκευμένη έννοια, με την οποία νομιμοποιήθηκε η μητρική κατάθλιψη στο μυαλό του κοινού, με την παροχή μίας έγκυρης εξήγησης για την αποτυχία στο ρόλο της μητέρας. Έτσι, εξαλείφθηκε το στίγμα και επιτράπη στις μητέρες να αποδεχθούν ότι είναι ασθενείς και να αναζητήσουν βοήθεια.

Με βάση τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα, η επιλόχειος κατάθλιψη δε θεωρείται ότι είναι ξεχωριστή οντότητα από την τυπική κατάθλιψη. Εντούτοις, υπάρχουν πολλά συμπτώματα που διαφέρουν ανάμεσα στην επιλόχεια κατάθλιψη και την τυπική κατάθλιψη. Σύμφωνα με τον Pitt(1968), η επιλόχεια κατάθλιψη περιγράφεται ως η κατάσταση που βρίσκεται μεταξύ των άκρων της βαριάς επιλόχειας κατάθλιψης, με κίνδυνο αυτοκτονίας ή παιδοκτονίας, και του τριτοβάθμιου όρου των blues, κάτι που εμφανίζεται συχνά.

Τέλος, είναι εξαιρετικής προληπτικής σημασίας η έγκαιρη αναγνώριση και εκτίμηση της επιλόχειος κατάθλιψης. Ακολούθως, εξίσου σημαντική πρέπει να θεωρηθεί και η αποτελεσματική θεραπεία της, καθώς η επιλόχειος κατάθλιψη αποτελεί μία συχνή και σοβαρή νόσο, που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τόσο τη ζωή της μητέρας, όσο και του παιδιού.

1.2 ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί της έννοιας "κατάθλιψη", μερικοί από τους οποίους επισημαίνονται παρακάτω:

Κατάθλιψη:

- Είναι μία κατάσταση παθολογικής θλίψης, που συνοδεύεται από α) σημαντική μείωση του αισθήματος και της προσωπικής αξίας, β) την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών (Κλεφταράς, 1998).
- Είναι μία κατάσταση, που χαρακτηρίζεται μάλλον από ένα ανώμαλο συναίσθημα (λύπη, φόβο), παρά από μία διαταραχή σκέψης ή συμπεριφοράς (Χαρτοκόλλης, 1991).
- Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται είτε από καταθλιπτική διάθεση (λύπη, απαισιοδοξία, απελπισία, απόγνωση, αίσθημα ενοχής και αναξιοτήτας, χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονο άγχος), είτε από απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε όλες τις δραστηριότητες της ζωής (Ραγιά, 2009).

Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο: Μια διαταραχή της διάθεσης, που χαρακτηρίζεται από μια περίοδο τουλάχιστον 2 εβδομάδων καταθλιπτικής διάθεσης ή απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες.

Επιλόχεια κατάθλιψη: Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία η επιλόχειος κατάθλιψη αποτελεί ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, με έναρξη τις πρώτες 4 εβδομάδες της λοχείας (Mattson, 2011), αλλά η πλήρης εκδήλωσή του επισυμβαίνει κατά τον 4^ο-5^ο μήνα μετά τον τοκετό.

Επιλόχεια μελαγχολία: Η επιλόχειος μελαγχολία είναι μία παροδική αυτοπεριοριζόμενη διαταραχή, η οποία εμφανίζεται μεταξύ της 3^{ης} και 5^{ης} μέρας μετά τον τοκετό και διαρκεί μερικές μέρες.

Επιλόχεια ψύχωση: Είναι η κατάσταση κατά την οποία εμφανίζονται συμπτώματα μανίας, σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής, σχιζοφρένειας, άλλης λειτουργικής ψύχωσης, καθώς και ψυχωσικής κατάθλιψης κατά το διάστημα των 2 πρώτων εβδομάδων μετά την κύηση.

Πρόληψη: Είναι η αποτροπή γεγονότων που προκαλούν αρνητικές συνέπειες. Οι δραστηριότητές της, όσον αφορά την εφαρμογή τους, είναι εμπειρίες, πριν από το συμβάν, που ενισχύουν την ικανότητα των ανθρώπων να διαχειρίζονται με επιτυχία τις εν δυνάμει δύσκολες καταστάσεις της ζωής (ΚΕΘΕΑ Τομέας Πρόληψης).

Λοχεία: Ονομάζεται η χρονική περίοδος που έπεται της γέννησης ενός παιδιού.

Σύμφωνα με τα ψυχιατρικά ταξινομητικά συστήματα λοχειακό για κάποια γυναίκα θεωρείται ένα επεισόδιο οποιασδήποτε ψυχικής διαταραχής, όταν αυτό εκδηλωθεί εντός 4 εβδομάδων(DSM-IV) ή εντός 6 εβδομάδων(ICD-10) μετά τον τοκετό (Gavin et al, 2006).

Περιγεννητική περίοδος: το χρονικό διάστημα από την αρχή της κύησης μέχρι και ένα έτος μετά τον τοκετό (Gavin et al, 2006).

Διαλογή(screening): Ονομάζεται η διαδικασία, σύμφωνα με την οποία εφαρμόζεται συστηματικά ένα τεστ ή μία εξέταση, προκειμένου να εντοπιστούν άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο για μία συγκεκριμένη διαταραχή (Σταμούλη, 2005).

Διαφοροδιάγνωση: Ορίζεται η διαγνωστική διαδικασία μέσω της οποίας αποκλείονται παθήσεις με παρόμοια συμπτώματα, ώστε να επιλεγεί η επικρατέστερη διάγνωση.

Νοσηλευτής ψυχικής υγείας: Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας εκτιμά τις ανάγκες του αρρώστου, προβαίνει σε νοσηλευτικές διαγνώσεις και σε εξειδικευμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Επίσης, αξιολογεί τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων αυτών.

Εμβροντησία: Κατάσταση αλλοιωμένης πνευματικής κατάστασης - ελαττωμένη αντίδραση κάποιου στο περιβάλλον του - στην οποία το άτομο διεγείρεται μόνο με έντονα ή δυσάρεστα ερεθίσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

2.1 Ιστορική στοιχεία

Οι συναισθηματικές διαταραχές με κύριο εκπρόσωπο την κατάθλιψη, ανάγονται στην εποχή της αρχαιότητας, όπου παρουσιάζεται για πρώτη φορά ο όρος «μελαγχολία» από τον Αριστοτέλη και τον Γαληνό (Χαρτοκόλλης, 1991). Ειδικότερα, ο Ιπποκράτης πίστευε ότι την προκαλούσε η επίδραση της μαύρης χολής στο μυαλό και την περιέγραψε ως μία κατάσταση αποστροφής για το φαγητό, απελπισίας, υπνηλίας, ευερεθιστότητας, και ανησυχίας. Επίσης, τοποθέτησε την αιτιολογία των συναισθηματικών διαταραχών στον εγκέφαλο: Ο άνθρωπος πρέπει να γνωρίζει ότι μόνο από τον εγκέφαλο προέρχονται οι ηδονές, οι χαρές, το γέλιο, τα αστεία, καθώς και οι λύπες, οι στεναχώριες, οι βαρυθυμίες και το κλάμα. Γι' αυτό το λόγο, ισχυριζόταν ότι ο εγκέφαλος είναι ο διερμηνέας της συνείδησης. Κατά την σύγχρονη εποχή, ο Robert Burton έγραψε την κλασική μονογραφία «Ανατομία της μελαγχολίας», που δημοσιεύτηκε το 1621. Το πρώτο κείμενο ήταν αφιερωμένο αποκλειστικά στις συναισθηματικές διαταραχές. Με το βιβλίο αυτό συνέβαλε στην κατανόηση της μελαγχολικής κατάστασης ως μίας ασθένειας παλιμπαιδισμού χωρίς πυρετό, που έχει ως συνοδούς το φόβο και την λύπη χωρίς φανερά αίτια (Μαδιανός, 2003).

2.2 Αιτιολογικοί παράγοντες

Οι συναισθηματικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από συναισθήματα που δεν έχουν λόγο να υπάρχουν, που δεν έχουν λογική δικαιολογία. Ακόμη και όταν ακόμα υπάρχει κάτι το συγκεκριμένο που τα προκαλεί, δεν αποτελούν αντιδράσεις, που έρχονται και φεύγουν με το ερέθισμα. Όπως όλες, άλλωστε, οι ψυχιατρικές διαταραχές, πρόκειται για καταστάσεις που διαρκούν ή επαναλαμβάνονται με έναν τρόπο που δεν δικαιολογείται από την λογική των πραγμάτων (Χαρτοκόλλης, 1991).

Σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, από πλευράς παθοφυσιολογίας, η κατάθλιψη θεωρείται μια χημική ανισορροπία στον ανθρώπινο εγκέφαλο. Μερικοί άνθρωποι έχουν είτε πολύ λίγες, είτε πολλές χημικές ουσίες, που παράγονται από τον ίδιο τον εγκέφαλο (και ονομάζονται νευροδιαβιβαστές). Οι αλλαγές στους νευροδιαβιβαστές μπορεί να προκαλέσουν ή να συμβάλουν στην ανάπτυξη της κατάθλιψης (Shaner, 2000 & iatronet, 2005).

Αν και δεν έχει εντοπιστεί μία ειδική αιτιολογία, επικρατεί η άποψη ότι προκαλούνται από συνδυασμό προδιαθεσικών και συντελεστικών βιολογικών γενετικών, βιοχημικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Ιδιαίτερος συντελούν στις διαταραχές αυτές:

- Τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής, π.χ. ψυχοτραυματικός χωρισμός από αγαπημένο πρόσωπο λόγω θανάτου του ή διαζυγίου, απώλεια εργασίας ή κοινωνικής θέσης κ.α.
- Η προνοσηρή προσωπικότητα, που χρησιμοποιεί αμυντικούς μηχανισμούς εσωτερίκευσης μάλλον, παρά εξωτερίκευσης του θυμού, των ψυχικών συγκρούσεων, της ενοχής και τραυματισμών.
- Η γνωστική διαταραχή που αφορά λανθασμένη αρνητική εκτίμηση του εαυτού, του περιβάλλοντος, των εμπειριών της ζωής.
- Η εμπειρία επανειλημμένων αποτυχιών στη ζωή, που δημιουργεί στο άτομο αίσθημα απελπισίας, αδυναμίας και έλλειψης ελέγχου στις περιστάσεις της ζωής (Ραγιά, 2009).

2.3 Ταξινόμηση κατά DSM-IV

Από την αρχαιότητα ακόμα, έχουν γίνει αμέτρητες προσπάθειες για ταξινόμηση των συναισθηματικών διαταραχών, λόγω της ποικιλομορφίας και των διαφορετικών θεωριών της αιτιολογίας τους (ενδογενής έναντι αντιδραστικής κατάθλιψης, ψυχωτικής έναντι νευρωτικής κατάθλιψης), για να καταλήξουμε σήμερα σε δύο κύρια συστήματα ταξινόμησης το DSM-IV και το ICD-10, που βασίζονται κατά κύριο λόγο στα συμπτώματα και την κλινική εικόνα. Το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας(DSM-IV), που δημοσιεύθηκε το 1994, διαχωρίζει τις συναισθηματικές διαταραχές κυρίως στις παρακάτω κατηγορίες:

α) Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

β) Διπολική διαταραχή τύπου I

γ) Δυσθυμική διαταραχή

δ) Κυκλοθυμική διαταραχή

ε) Διπολική διαταραχή τύπου II

στ) Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη διαφορετικά (μεταψυχωσική καταθλιπτική συνδρομή, υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή, ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή, προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή).

Υπάρχουν εμφανείς ομοιότητες ανάμεσα στα δύο βασικά ταξινομικά συστήματα, το ICD-10 και το DSM-IV, όπως, επίσης, υπάρχουν και αρκετές διαφορές (Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 1996).

2.4 Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Η πιο αντιπροσωπευτική των συναισθηματικών διαταραχών είναι η μείζων κατάθλιψη, η οποία στις μέρες μας αποτελεί την πιο συχνή ψυχική νόσο, ενώ ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά ότι σε 10 χρόνια θα αποτελεί την δεύτερη αιτία λειτουργικής ανικανότητας μετά από την καρδιακή νόσο (Iatronet, 2005). Εν ολίγοις, η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται σαν «θάνατος εν ζωή», αφού ο άνθρωπος δοκιμάζει πλήρη απώλεια ζωτικότητας, αυθορμητισμού, κινητικότητας και σκοπού, μέχρι του σημείου να επιθυμεί και να σχεδιάζει την αυτοκαταστροφή (Ραγιά, 2009).

Έχει χαρακτηριστεί ως ο πιο κοινός τύπος συναισθηματικής διαταραχής και προσβάλλει ένα στα 7 άτομα στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ονομάζεται μονοπολική, διότι το άτομο δε βιώνει επεισόδια μανίας, πέρα από τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Vincent, 2001).

Η μείζων κατάθλιψη είναι μία νοσολογική οντότητα, που συνυπάρχει με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, σε ποσοστά που κυμαίνονται από 60-76%. Συνοδεύεται συχνά με αγχώδεις διαταραχές, καθώς επίσης και με σωματόμορφες διαταραχές, διαταραχές πρόσληψης τροφής - κυρίως τη βουλιμία-, αλκοολισμό, κατάχρηση ουσιών και εξάρτηση από αυτές (Γαρύφαλλος, 2008). Πολλοί ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, όπως ο διαβήτης, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, το εγκεφαλικό επεισόδιο και ο καρκίνος, μπορεί να αναπτύξουν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

2.4.1 Συμπτωματολογία μείζονος κατάθλιψης

Ένα άτομο που πάσχει από ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης, σχεδόν πάντα αναφέρει μια έντονη διάχυτη πεσμένη διάθεση, ειδικά σε αγαπημένες δραστηριότητες. Έτσι, μπορεί τα άτομα να συλλογίζονται ή να απασχολούνται με αισθήματα αναξιότητας, έντονων τύψεων ή μετάνοιας, ανημποριάς ή απελπισίας. Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν δυσκολίες στη συγκέντρωση και στη μνήμη, απόσυρση από κοινωνικές καταστάσεις, όπως οικογενειακές

συνεστιάσεις και φιλικές δραστηριότητες, μειωμένη λίμπιντο και σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας. Η αϋπνία είναι κοινό σύμπτωμα, διότι συνήθως ο ασθενής ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί και είναι αδύνατον να ξανακοιμηθεί. Επιπροσθέτως, παρατηρείται σημαντική απώλεια βάρους χωρίς περιορισμό της τροφής, ή αύξηση βάρους (π.χ. μεταβολή του βάρους σώματος πάνω από 5% σε ένα μήνα). Άλλα συμπτώματα είναι η ελάττωση ή η αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε ημέρα (Δασκαλόπουλος, 2007).

2.4.2Επιδημιολογία μείζονος κατάθλιψης

Τα τελευταία χρόνια τα ποσοστά της κατάθλιψης, οι συνέπειες και το κοινωνικό της κόστος αυξάνονται ανησυχητικά. Ειδικότερα, η αύξηση των διαζυγίων, της εγκληματικότητας, οι περισσότερες ώρες εργασίας για ορισμένα άτομα και η ανεργία για άλλα, είναι μερικοί μόνο από τους παράγοντες, οι οποίοι πιθανόν να κάνουν τη ζωή ανυπόφορη για εκείνους που επηρεάζονται από αυτούς. Ο κίνδυνος για εκδήλωση κατάθλιψης επηρεάζεται και από τον τόπο διαμονής. Όπως έδειξε μία έρευνα, τα άτομα που ζουν στις πόλεις έχουν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη, συγκριτικά με εκείνα που ζουν στην επαρχία. Παρόλο που είναι δύσκολο να βρεθεί ο ακριβής λόγος που συμβαίνει αυτό, καθίσταται σαφές ότι το περιβάλλον αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα, που επηρεάζει τον κίνδυνο να αναπτύξει κανείς κατάθλιψη (Μακ Κένζι, 2000).

Οι γυναίκες υποφέρουν από καταθλιπτικά συμπτώματα σε πολύ υψηλότερα ποσοστά από τους άνδρες (Vincent, 2001 & Shaner, 2000 & Clamen, 2004), αλλά θεραπεύονται πολύ πιο γρήγορα από αυτούς. Η διαφορά αυτή μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες παραδέχονται πιο εύκολα από τους άνδρες την καταθλιπτική τους συμπεριφορά. Επίσης, είναι πιθανό να οφείλεται στο ότι οι άνδρες γιατροί θεωρούν τις γυναίκες πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη και κατά συνέπεια κάνουν πιο συχνά τη σχετική διάγνωση.

Μία στις οκτώ γυναίκες θα πάθει κατάθλιψη σε κάποια φάση της ζωής της. Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες ηλικίας 25-44 ετών. Αν και δεν είναι ακόμα ξεκάθαρο το γιατί συμβαίνει αυτό, υπάρχει πιθανότητα να οφείλεται στις ορμονικές αλλαγές που συμβαίνουν στη γυναίκα κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού της κύκλου, της εγκυμοσύνης, της γέννας και της εμμηνόπαυσης. Άλλοι λόγοι μπορεί να περιλαμβάνουν το στρες που βιώνουν οι παντρεμένες γυναίκες εξαιτίας των πολλαπλών καθηκόντων κι ευθυνών που παρουσιάζονται κατά τον έγγαμο βίο, παρόλο που ο δεύτερος θεωρείται να επιφέρει ψυχική ευημερία (Steptoe, 2007 & Shaner, 2000).

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ-ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Μεγάλη συχνότητα εμφάνισης έχει, επίσης, η κατάθλιψη και στην εφηβική ηλικία με τα κορίτσια να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από τα συνομήλικα τους αγόρια (iatronet, 2005). Οι πιθανότητες ένα άτομο να ξαναπαρουσιάσει κατάθλιψη στη διάρκεια της ζωής του είναι 50% (Clamen, 2004).

Η μείζων κατάθλιψη μετριέται εύκολα και με ακρίβεια από τον ψυχίατρο. Καλύτερη και ακριβέστερη κλίμακα είναι η Hamilton HAM-D. Δύο κυρίως εκδόσεις της HAM-D, χρησιμοποιούνται ευρέως: με 17 ή με 21 ερωτήματα (Δασκαλόπουλος, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

3.1 Ψυχολογία της λοχείας

Η λοχεία είναι μια κατεξοχήν φορτισμένη περίοδος με προσδοκίες - αναφορικά με το νεογέννητο - ανησυχία, αγωνία και συχνά σωματική εξάντληση. Προϋπόθεση για την ομαλή περάτωση αυτής της τόσο κρίσιμης περιόδου είναι όχι μόνο το περιβάλλον της μητέρας - πρακτικό και συναισθηματικό - αλλά και η συναισθηματική ετοιμότητά της να φέρει στον κόσμο ένα παιδί (Χατζηδημητρίου, 2012). Η εικόνα που έχουμε πλάσει για σχέση μητέρας-παιδιού 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, πως συχνά 'γονατίζουν' από τη σωματική κούραση και εύχονται κάποιος να τις αποδέσμευε από το ρόλο της μητρότητας, έστω και για κάποιες ώρες (Talkingcure, 2012). Ο όρος «διαταραχές του δεσίματος μητέρας-παιδιού» καλύπτει ένα εύρος κλινικών καταστάσεων, συμπεριλαμβανομένων των κάτωθι:

- ✓ *Έλλειψη συναισθηματικής απόκρισης.* Η μητέρα βιώνει μία απογοητευτική απουσία συναισθημάτων για το μωρό της, που κάποιες φορές συνοδεύεται από ένα συναίσθημα < ξενισμού >, δηλαδή το μωρό δεν της μοιάζει να είναι δικό της.
- ✓ *Απόρριψη του μωρού.* Η μητέρα μετανιώνει την εγκυμοσύνη και εκφράζει επιθετικότητα προς το μωρό. Μπορεί να προσπαθήσει να πείσει τη μητέρα της ή κάποιον άλλο συγγενή να το αναλάβει. Η πιο έντονη εκδήλωση είναι η κρυφή επιθυμία το παιδί να εξαφανιζόταν να το έκλεβαν ή να πέθαινε.
- ✓ *Παθολογική οργή.* Οι απαιτήσεις του μωρού κάνουν τη μητέρα να νιώθει ένταση και θυμό και εγείρουν επιθετικές ενορμήσεις, που μπορεί να οδηγήσουν σε αποφυγή, παραμέληση και επιθέσεις (Gelder et al, 2008).

Οι γυναίκες που μόλις γέννησαν, έχουν να αντιμετωπίσουν και έναν αριθμό δοκιμασιών, όπως η σωματική εξάντληση, ο θηλασμός, η αϋπνία, η απώλεια της libido, η προσπάθεια για επαναφορά του σώματος και της θελκτικότητας, καθώς και η αντιμετώπιση της κοινωνικής απομόνωσης (απώλεια της εργασίας, του εισοδήματος και της άνεσης, γεγονότα που απορρέουν από τον περιορισμό τους μέσα στο σπίτι). Για τις περισσότερες

γυναίκες, τα συμπτώματα αυτά είναι ήπιας μορφής και υποχωρούν από μόνα τους (Gelder et al, 2008).

Με το ιστορικό αυτό της ραγδαίας βιολογικής, κοινωνικής και συναισθηματικής μετάβασης δεν αποτελεί έκπληξη ότι εμφανίζεται μία ποικιλία ψυχικών διαταραχών. Στην Ταξινόμηση ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας η κατάθλιψη της λοχείας ταξινομείται στην κατηγορία ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς, συνδεδεμένες με τη λοχεία. Η επιλόχεια κατάθλιψη αναγνωρίστηκε πρόσφατα από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία ως διαταραχή της διάθεσης, που εμφανίζεται κατά τη λοχεία. Αρκετός λόγος έχει γίνει ώστε να διασαφηνιστεί αν η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί ξεχωριστή οντότητα ή είναι απλώς ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης, που λαμβάνει τα χαρακτηριστικά της από τις ιδιαιτερότητες, που χαρακτηρίζουν την επιλόχεια περίοδο (Κονταξάκης, 2005). Ωστόσο, τα συμπτώματα που παρουσιάζουν οι πάσχουσες γυναίκες από την κατάθλιψη της λοχείας είναι παρόμοια με αυτά των γυναικών που έχουν επεισόδια κατάθλιψης μη σχετιζόμενα με τον τοκετό.

Οι διαταραχές συμπεριφοράς κατά την λοχεία εκδηλώνονται έχοντας ένα αρκετά ευρύ φάσμα συμπτωμάτων, τα οποία μπορεί να κυμαίνονται από τα πιο ήπια “maternity blues” μέχρι την πιο σοβαρή μορφή επιλόχειας κατάθλιψης. Ενώ οι διαταραχές αυτές έχουν περιγραφεί σήμερα ως ξεχωριστές οντότητες, υπάρχουν πολλοί ερευνητές που αμφισβητούν την ατομικότητα της κάθε διαταραχής, διότι εντοπίζουν ένα συνεχές μεταξύ τους, παρόλη τη διαφορά στη βαρύτητα των συμπτωμάτων.

Τα maternity blues επηρεάζουν το 30-75% των νέων μητέρων, η επιλόχεια κατάθλιψη ένα ποσοστό της τάξης του 10-15% και τέλος, η ψύχωση της λοχείας απαντάται, ευτυχώς, στα πολύ μικρά ποσοστά του 0,1-0,2% (Seyfried, 2003).

3.1.1 Επιλόχεια μελαγχολία

Τα blues της μητρότητας είναι τόσο συνήθη, που σχεδόν θεωρούνται φυσιολογικά (Gelder et al ,2008). Ο Victoroff το 1952 περιέγραψε τη μελαγχολία σαν μία παρεμφερή κατάσταση με το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο. Πρόκειται για μία κατάσταση που έχει παρατηρηθεί σε όλο τον κόσμο, και στη χώρα μας έχει μεταφραστεί ο όρος ως «λοχειακή δυσφορία» ή ως «θλίψη της μητρότητας». Πιο συγκεκριμένα, είναι μία ήπια και αυτοπεριοριζόμενη μορφή κατάθλιψης, η οποία δεν προκαλεί σοβαρές λειτουργικές διαταραχές ούτε στη συμπεριφορά ούτε στην καθημερινότητα της νέας μητέρας. Περίπου οι

μισές από τις μητέρες βιώνουν μία βραχεία περίοδο δυσφορίας, που διαρκεί λίγες ώρες και συμβαίνει μεταξύ της τρίτης και πέμπτης μέρας (Gelder et al, 2008). Περιλαμβάνει συμπτώματα, όπως αστάθεια στο συναίσθημα, ευσυγκινησία, ευερεθιστότητα, άγχος, υποχονδρίαση και αϋπνία. Συχνά παρατηρούνται ελαφρά θόλωση της συνείδησης και διαταραχές της μνήμης. Ωστόσο, πρόκειται για λειτουργικές διαταραχές που παρέρχονται σύντομα. Ως κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες αναφέρονται οι γρήγορες ορμονικές αλλαγές, όπως είναι η δραματική πτώση των επιπέδων της κυκλοφορούσης προγεστερόνης, που συμβαίνει μετά την αποκόλληση του πλακούντα (Μωραΐτου, 2007).

Ομολογουμένως, υπάρχει ομοιότητα μεταξύ της συμπτωματολογίας της θλίψης της μητρότητας και της επιδείνωσης της διάθεσης μετά από μία χειρουργική επέμβαση. Ένα ερώτημα που τίθεται είναι κατά πόσο το υπό μελέτη φαινόμενο είναι ειδικό της λοχείας ή μόνο μία μετεγχειρητική αντίδραση. Ένα άλλο ζήτημα που παρουσιάζεται είναι αν το φαινόμενο αυτό δεν υφίσταται στην πραγματικότητα ως ειδικό χαρακτηριστικό της λοχείας, αλλά ανήκει στις φυσιολογικές διακυμάνσεις της διάθεσης της γυναίκας μέσα στο χρόνο.

Αν και δημιουργεί αμηχανία, η επιλόχεια μελαγχολία τείνει να εξαφανιστεί σε δεκαπέντε το πολύ μέρες, χωρίς να χρειάζεται ειδική θεραπεία, εκτός από υπομονή και υποστήριξη από το άμεσο περιβάλλον. Σκοπός της παρέμβασης είναι η βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας της λεχωίδας και της εκπαίδευσης της (Μωραΐτου, 2007). Όπως και να έχει όμως, δε θα πρέπει να θεωρείται ασήμαντη και να λαμβάνεται αφήφιστα, ειδικά, όταν τα συμπτώματα επιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα (Sherwen et al, 1995). Επίσης, ένα μικρό ποσοστό γυναικών παρουσιάζει maternity blues. Αν δε γίνει έγκαιρη διάγνωσή τους, υπάρχει πιθανότητα να εξελιχθούν σε επιλόχεια κατάθλιψη (Henshaw, 2004).

3.1.2 Επιλόχεια κατάθλιψη

Η υποτροπιάζουσα επιλόχεια μελαγχολία ήταν μία από τις πρώτες επιλόχειες ψυχιατρικές διαταραχές που αναγνωρίστηκαν. Αποτελεί ένα συχνά αθόρυβο πρόβλημα υγείας της περιγεννητικής περιόδου, το οποίο ωστόσο είναι σημαντικό, λόγω της υψηλής του συχνότητας, καθώς και των σημαντικών του επιπτώσεων. Είναι μύθος πως η επιλόχεια κατάθλιψη εκδηλώνεται μετά τον τοκετό. Περίπου 50% των περιπτώσεων αρχίζει πριν από αυτόν (Δασκαλόπουλος, 2007).

Το φαινόμενο συναντάται στο 10% των λεχωίδων, με μια αύξηση στο 30%, εάν έχουν παρουσιάσει την ίδια διαταραχή σε προηγούμενη γέννα. Ο σχετικός κίνδυνος αυξάνει

αισθητά, εάν η γυναίκα πάσχει ήδη από κάποια ψυχική διαταραχή. Η διάρκεια της συμπτωματολογίας κυμαίνεται από κάποιες εβδομάδες έως και χρόνο. Η αιτιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης δεν είναι γνωστή και για το λόγο αυτό διερευνάται μία ποικιλία παραγόντων από ορμονικούς μέχρι περιβαλλοντικούς.

3.1.3 Επιλόχεια ψύχωση

Η επιλόχεια ψύχωση ανήκει σε μία ομάδα βιολογικών διπολικών εγκεφαλικών διαταραχών με μεγάλη κληρονομικότητα και μία εγγενή τάση για ανάπτυξη επεισοδίων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής (Gelder et al, 2008). Μπορεί να χαρακτηριστεί από αναστάτωση, σύγχυση, ψευδαισθήσεις, ακουστικές ή οπτικές παραισθήσεις, έλλειψη λογικής ή απόρριψη του μωρού. Μπορεί να εμφανιστεί ξαφνικά ή να προηγηθούν κάποιες μέρες αϋπνίας, αναστάτωσης ή μανιακής συμπεριφοράς. Είναι μια κατάσταση απειλητική για τη ζωή και απαιτείται νοσοκομειακή περίθαλψη για την ασφάλεια της μητέρας ή του μωρού. Ευτυχώς, εμφανίζεται μία μόνο περίπτωση στις 200 με 500 νέες μητέρες (ΕΠΨΥ, 2012). Η συμπτωματολογία των ψυχώσεων της λοχείας παίρνει κυρίως τη μορφή των συναισθηματικών και σπανιότερα των σχιζοφρενικών διαταραχών. Η αιτιολογία των ψυχώσεων της λοχείας είναι πολυπαραγοντική και εμπλέκονται σε αυτήν γενετικοί, βιολογικοί και σε μικρότερο βαθμό ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (Μωραΐτου, 2007).

3.2 Η Ψυχολογία του πατέρα

Από την πλευρά του άνδρα που γίνεται πατέρας, η μετάβαση αυτή δημιουργεί νέα συναισθήματα, φόβους και ανασφάλειες. Η στέρηση απέναντι σε ανάγκες τις οποίες ικανοποιούσε η σύντροφός του το διάστημα πριν από την κύηση, αυξάνει το αίτημα του για μεγαλύτερη υποστήριξη, προσοχή και ενδιαφέρον από τη σύντρόφό του, σε μια περίοδο μάλιστα που ο ίδιος καλείται να την υποστηρίξει πρακτικά και συναισθηματικά. Παράλληλα, οι άνδρες νιώθουν αβέβαιοι για τις καινούριες υποχρεώσεις που προκύπτουν, και έχουν αμφιβολίες για την ικανότητά τους να αντεπεξέλθουν. Μια από τις σημαντικότερες προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν, αφορά την επίδραση που το παιδί θα επιφέρει στη συζυγική ζωή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΙΤΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η παθογένεια των διαταραχών συμπεριφοράς κατά την λοχεία παραμένει αδιευκρίνιστη λόγω της πολυμορφίας και της ετερογένειάς της. Ωστόσο, οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών κατά την λοχεία μπορούν να ομαδοποιηθούν σε ψυχοκοινωνικούς και σε βιολογικούς (νευρολογικούς και γενετικούς). Οι γυναικολόγοι συχνά επικαλούνται ως βιολογικό αίτιο τις ορμονικές διαταραχές που υφίσταται ο οργανισμός της γυναίκας με τον τοκετό. Όμως, εφόσον συμβαίνει σε όλες τις γυναίκες, καλούμαστε να εξετάσουμε και άλλους ψυχολογικούς παράγοντες που έρχονται να συνδυαστούν. Και αυτοί έχουν να κάνουν με το πώς είναι δομημένος ο ψυχισμός και η ιστορία του. Είναι χαρακτηριστικό ότι για τη διαταραχή αυτή έχουν ενοχοποιηθεί περισσότερο από 70 εν μέρει αλληλεπικαλυπτόμενοι παράγοντες κινδύνου.

4.1 Βιολογικοί παράγοντες

Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον των ερευνητών έχει στραφεί στο βιολογικό και πιο συγκεκριμένα, στο νευροβιολογικό υπόστρωμα της επιλόχειου κατάθλιψης. Φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση τόσο των φλεγμονωδών, όσο και των ενδοκρινολογικών παραγόντων με την εμφάνιση επιλόχειων διαταραχών, όπως είναι η απότομη πτώση των επιπέδων των στεροειδών ορμονών του φύλου, κυρίως της οιστραδιόλης και της προγεστερόνης, κατά την περίοδο της λοχείας, σε σχέση με τα επίπεδα προ του τοκετού. Τα επίπεδά τους πέφτουν από τα πολύ υψηλά, στα επίπεδα της παραγωγικής φάσης του καταμήνιου κύκλου, σε διάστημα λιγότερο από 48 ώρες. Η αποβολή του πλακούντα, κύριας πηγής προγεστερόνης κατά την διάρκεια της κύησης τέθηκε ως πιθανός αιτιολογικός παράγοντας της εμφάνισης διαταραχών συμπεριφοράς κατά την λοχεία.

Επίσης, τα επίπεδα των οιστρογόνων πέφτουν κατά 90-95 % τις πρώτες 48 ώρες μετά τον τοκετό. Στην προκειμένη περίπτωση πιθανολογείται κάποια συσχέτιση λόγω της απότομης πτώσης των ορμονικών επιπέδων. Η χρήση οιστρογόνων από κάποιους ερευνητές σαν θεραπεία υποκατάστασης κατά τη λοχεία αποδείχθηκε επιτυχής. Πιθανή είναι η συσχέτιση των επιπέδων της συγκεκριμένης ορμόνης με την εμφάνιση επιλόχειων διαταραχών συμπεριφοράς (Studd, 2007). Επίσης, οι αξιοσημείωτες αλλαγές στα επίπεδα της τεστοστερόνης κατά την εγκυμοσύνη και τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό φάνηκαν να

συσχετίζονται με την εμφάνιση των maternity blues. Εντούτοις, δεν βρέθηκε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης.

Επιπροσθέτως, υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι οι πιο βαριές μορφές επιλόχειας κατάθλιψης συνοδεύονται από βιοχημικές διαταραχές του εγκεφάλου. Οι ερευνητές έχουν επικεντρωθεί σε τρεις νευροδιαβιβαστικές ουσίες (Χριστοδούλου, 2005).

- Σεροτονίνη
- Νοραδρεναλίνη
- Ντοπαμίνη

Σε ό,τι αφορά στη θυρεοειδική λειτουργία μπορεί να αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα για την εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης. Έχει βρεθεί ότι τα παιδιά των οποίων οι μητέρες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν θετικά θυρεοειδικά αντισώματα περοξειδάσης, είχαν περισσότερες αναπτυξιακές διαταραχές σε σχέση με εκείνα των οποίων οι μητέρες είχαν αρνητικά συμπτώματα. Οι ίδιες μητέρες βρέθηκαν σε αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση λοχειακής κατάθλιψης. Άρα, λοιπόν, γυναίκες με θετικά θυρεοειδικά αντισώματα παρουσιάζουν αυξημένη επίπτωση λοχειακής κατάθλιψης.

4.2 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες αφορούν τους παράγοντες εκείνους που σχετίζονται με την ιδιαίτερη προσωπικότητα της κάθε λεχιάδας, με τις εικόνες που έχει πλάσει στο μυαλό της για τον εαυτό της και τον κόσμο γύρω της, με τα διάφορα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής που βιώνει την περίοδο μετά τον τοκετό, με το προηγούμενο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό ψυχικών διαταραχών, καθώς και με το κοινωνικοοικονομικό της υπόβαθρο.

Πολυάριθμες μελέτες βρίσκουν ότι ο ισχυρότερος πρόδρομος για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι η προγεννητική κατάθλιψη. Ακολουθούν το άγχος, η κοινωνική στήριξη, η προγεννητική ανησυχία και η μελαγχολία της λοχείας. Μικρότερο μέγεθος επιρροής έχει το ιστορικό κατάθλιψης και η ιδιοσυγκρασία του νεογνού (Μωραΐτου, 2007).

4.2.1 Προγεννητική κατάθλιψη

Όσον αφορά στην προγεννητική κατάθλιψη, η επίπτωσή της εκτιμάται από 4% έως και 49%, ποσοστά που δεν φαίνεται να διαφέρουν ιδιαίτερα από τα αντίστοιχα της επιλόχειου

κατάθλιψης. Η κατάθλιψη εμφανίζεται συνήθως στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και η σοβαρότητα της μειώνεται στη διάρκεια του 2^{ου} τριμήνου και στην αρχή του 3^{ου}. Μερικές εβδομάδες πριν από τον τοκετό, επανεμφανίζεται, οπότε και συνοδεύεται από έντονες αγχώδεις εκδηλώσεις. Η συνήθης κλινική εικόνα της κατάθλιψης κατά την κύηση περιλαμβάνει άγχος, ευερεθιστότητα, απνία, ανορεξία, καταθλιπτική διάθεση, αδυναμία ανταπόκρισης σε καθήκοντα και υποχρεώσεις, αισθήματα ενοχής και αναξιότητας, καθώς και αυτοκτονικές σκέψεις και συμπεριφορές. Συχνά η επιλόχειος κατάθλιψη αποτελεί συνέχεια της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας που ταλανίζει τη λεχωίδα κατά τη διάρκεια της κύησης, ενώ έχει αποδειχθεί ότι η προγεννητική κατάθλιψη αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την επιλόχειο κατάθλιψη, καθώς το 30 -50% των καταθλιπτικών εγκύων αντιμετωπίζει συμπτώματα κατάθλιψης και κατά την περίοδο της λοχείας (Bloch, 2006). Μακροπρόθεσμα έχει διαπιστωθεί ότι η προγεννητική κατάθλιψη μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη του παιδιού.

4.2.2 Ιστορικό ψυχικής διαταραχής

Ένας ψυχοκοινωνικός παράγοντας είναι το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου και ιδιαίτερα ενός ιστορικού καταθλιπτικής διαταραχής. Πολλές έρευνες υποστηρίζουν ότι οι πιθανότητες εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης αυξάνονται δραματικά με την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο παρελθόν, σε οποιαδήποτε περίοδο της γυναίκας και όχι αναγκαστικά κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Όσον αφορά στο οικογενειακό ιστορικό ψυχικής ασθένειας, έχει διαπιστωθεί ότι οι συγγενείς πρώτου βαθμού ενός ατόμου με κατάθλιψη έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν την ασθένεια, από ό,τι τα άτομα χωρίς οικογενειακό ιστορικό. Η άυξηση του κινδύνου μπορεί να έχει σχέση με την γενετική, το οικογενειακό περιβάλλον ή και τα δύο.

4.2.3 Άγχος

Μεγάλο μέγεθος επιρροής έχουν τα διάφορα αρνητικά γεγονότα στη ζωή ενός ανθρώπου, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η διάλυση μίας σχέσης και γενικότερα κάποιο στρεσογόνο συμβάν, που μπορεί να αποτελέσει το έναυσμα για την εκδήλωση καταθλιπτικών διαταραχών.

Συγκεκριμένα το άγχος, που βιώνουν οι λεχωίδες από τις αλλαγές που συμβαίνουν στη ζωή τους, μπορεί να οφείλεται σε:

- απώλεια της πρότερης σωματικής τους κατάστασης με επιπτώσεις τόσο στην ψυχολογία, όσο και στην σεξουαλικότητα τους.
- απώλεια του κοινωνικού δικτύου, εφόσον είναι πιθανό η λεχωίδα να χάσει φίλους και συνεργάτες, καθώς η μητρότητα πολλές φορές επιβάλλει απομόνωση και πλήρη αφοσίωση στη φροντίδα του παιδιού.
- απώλεια της προσωπικής της ανεξαρτησίας, εφόσον είναι πλέον υπεύθυνη για την ανατροφή και τη φροντίδα του παιδιού της, το οποίο είναι πλήρως εξαρτημένο από εκείνη.
- απώλεια της αυτοεκτίμησης και της προσωπικής της αξίας, καθώς στη δύσκολη αυτή φάση της λοχείας μπορεί να μην είναι ικανή να διευθετήσει όλες τις υποχρεώσεις της.
- απώλεια του ύπνου, γεγονός που εμποδίζει συχνά τη μητέρα να ανακτήσει τις δυνάμεις της.

4.2.4 Η συμβολή του πατέρα

Στους αιτιολογικούς παράγοντες 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, προϋπάρχοντα 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 στα προβλήματα με άλλα παιδιά μέσα στην οικογένεια (Ιάτωρ, 2012).

Συστήνεται, επομένως, από τους ειδικούς οι σύντροφοι να είναι υποστηρικτικοί ως προς τις δυσκολίες που βιώνει η σύντροφός τους, να εκφράζουν έμπρακτα το ενδιαφέρον τους προς εκείνες και τις ανάγκες τους, να τις ακούν με προσοχή και να προσπαθούν να μοιράζονται τα νέα «οικογενειακά βάρη», ώστε όλη η οικογένεια να προσαρμοστεί όσο το δυνατόν ευκολότερα και γρηγορότερα στις νέες απαιτήσεις (Παναγιωτοπούλου, 2010).

Σίγουρα, οι αιτίες για την εμφάνιση λοχειακής νόσου μπορεί να είναι πολλές και η προσπάθεια αναγνώρισης, κατανόησης και πρόληψής τους θα πρέπει να αποτελέσει το επίκεντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος των ειδικών στο εγγύς ή απώτερο μέλλον, αλλά στην παρούσα φάση το ενδιαφέρον μας θα πρέπει να στραφεί στην ενημέρωση κοινού και ειδικών για την ύπαρξη αυτών των προβλημάτων και στην ανάπτυξη μεθόδων για τον έγκαιρο εντοπισμό τους. Δεδομένου ότι η λοχειακή κατάθλιψη είναι μία ιάσιμη νόσος, που, όμως, παραμένει εν πολλοίς αδιάγνωστη με όλες τις συνέπειες, που ήδη αναφέρθηκαν, στόχος των ειδικών διεθνώς αποτελούν ο έγκαιρος εντοπισμός και ακολούθως, η θεραπεία της.

4.3 Παράγοντες που ευνοούν στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης

Στους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης στη λοχεία αναγνωρίζονται:

- Το προηγούμενο ατομικό ιστορικό (κατάθλιψη, επιλόχεια κατάθλιψη) ή οικογενειακό ιστορικό (συγγενείς πρώτου βαθμού με διπολική ή μονοπολική διαταραχή, ή κατάχρηση ουσιών (Simon et al , 2001)).
- Το ανεπαρκές κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο (κακές σχέσεις με τη μητέρα της και κακές συζυγικές σχέσεις)(Pappas, 2006).
- Υπάρχει ένας ελαφρώς υψηλότερος κίνδυνος, όταν έχει προηγηθεί επαπειλούμενη αποβολή ή όταν επρόκειτο για μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη ή εξώγαμη κύηση (Gelder et al, 2008). Αντίστοιχος κίνδυνος υπάρχει και σε περιπτώσεις κακής εξέλιξης των προηγούμενων κυήσεων (εκτρώσεις, άρρωστο παιδί) ή επιπλοκών κατά την κύηση ή τη λοχεία (ioanninamed, 2011).

Άλλοι παράγοντες, όπως η κοινωνική τάξη, δεν φάνηκε να συσχετίζονται με την εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης (Kumar et al, 1984).

Όλα τα παραπάνω έρχεται να επιβεβαιώσει πρόσφατη μετανάλυση 104 ερευνών, με συμμετοχή συνολικά 14000 γυναικών, η οποία ξεχώρισε ως σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης τους παρακάτω: α) κατάθλιψη στην κύηση, β) άγχος στην κύηση, γ) στρεσογόνα γεγονότα κατά τη διάρκεια της κύησης ή στην αρχή της λοχείας, δ) απουσία κοινωνικών στηριγμάτων και ε) ιστορικό προηγηθείσας κατάθλιψης.

4.4 Ομάδες υψηλού κινδύνου

Στις ομάδες υψηλού κινδύνου ανήκουν:

- *Γυναίκες που υποβάλλονται σε καισαρική τομή.* Σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη στην Κίνα, γυναίκες που γέννησαν με καισαρική, αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο επιλόχειας κατάθλιψης. Γυναίκες που δεν έφεραν στο κόσμο το παιδί τους με καισαρική, είχαν 1/3 λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη. Οι ειδικοί εκτιμούν ότι η σύνδεση αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι η ανάρρωση από την διαδικασία της καισαρικής είναι μεγαλύτερη για τη γυναίκα σε σύγκριση με τη διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού. Υποθέτουν, επίσης, ότι μπορεί να έχει συγχρόνως τη ρίζα της στο γεγονός ότι η γυναίκα διακατέχεται από ένα αίσθημα αποτυχίας και απώλειας ελέγχου, όταν αφήνει τη διαδικασία του τοκετού στα χέρια των χειρουργών (Xie et al, 2011).
- *Γυναίκες υπέρβαρες ή παχύσαρκες πριν και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.* Σύμφωνα με αγγλική μελέτη που διεξήχθη σε 1053 γυναίκες το 14,4% των γυναικών που είχαν φυσιολογικό βάρος, παρουσίασε καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ το ποσοστό εμφάνισης καταθλιπτικής συμπεριφοράς σε παχύσαρκες γυναίκες αυξανόταν ανάλογα με το δείκτη μάζας σώματος. Συμπερασματικά, γυναίκες των οποίων ο δείκτης μάζας σώματος είναι υψηλότερος στην προγεννητική περίοδο, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν συμπτώματα αναξιοσύνης, έντονο στρες και μεγάλη ευερεθιστικότητα (La Coursiere et al, 2010).
- *Γυναίκες με επαγγελματική αστάθεια που σπεύδουν να δουλέψουν αμέσως μετά τη γέννα.* Οι γυναίκες που εργάζονται πριν και μετά την εγκυμοσύνη θεωρούν ότι ο συνδυασμός καριέρας και οικογένειας χρήζει μεγάλης σπουδαιότητας. Έρευνες, ωστόσο, δείχνουν ότι το μεγάλο φόρτο εργασίας με απουσία ευέλικτου ωραρίου και υποστηρικτικού δικτύου οδηγεί στην εξουθένωση της μητέρας και σε ένα βρέφος με προβλήματα ύπνου και σίτισης, καθώς η μητέρα δεν προλαβαίνει να το θηλάσει (Dagher et al, 2011).
- *Γυναίκες εξαρτημένες από το αλκοόλ ή το τσιγάρο.* Σύμφωνα με έρευνες έχει αποδειχθεί ότι η συμπεριφορά υγείας κατά την προγεννητική περίοδο σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης σε συνδυασμό με την απουσία πρόσληψης βιταμινών σχετίζεται με την εμφάνιση σοβαρών καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Dagher et al, 2012). Τα καταθλιπτικά αυτά συμπτώματα σε συνδυασμό με ένα ατροφικό παιδί, που αρνείται να φάει, αυξάνει το στρες της μητέρας και αναπτύσσει

αισθήματα αναξιότητας, βάσει των οποίων αισθάνεται ότι δεν μπορεί να αντεπεξέλθει στη δύσκολη αυτή κατάσταση. Επίσης, μεγάλες είναι οι πιθανότητες να εμφανίσουν επιλόχειο κατάθλιψη και οι γυναίκες που πίνουν κατά την προγεννητική περίοδο. Συνήθως η κατάθλιψη και ο αλκοολισμός συμπορεύονται, δηλαδή η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε αλκοολισμό ή και αντίστροφα.

- *Γυναίκες που γέννησαν πρόωρα.* Σύμφωνα με μελέτες, οι μητέρες με πρόωρα νεογνά παρουσίασαν πιο έντονα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης την πρώτη εβδομάδα της λοχείας, συγκριτικά με τις μητέρες που γέννησαν φυσιολογικά. Αυτό μπορεί να οφείλεται στη διαταραγμένη υγεία του βρέφους λόγω του χαμηλού βάρους γέννησής του <2500kg και στο εάν χρειάστηκε να νοσηλευθεί σε μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών.(Sherwen et al, 1995)

Μακροχρόνια προοπτική μελέτη στην Ιαπωνία, η οποία βασίστηκε σε εισαγωγές στο νοσοκομείο, έδειξε σημαντικά χαμηλότερες τιμές επίπτωσης λοχειακής κατάθλιψης συγκριτικά με ανάλογες μελέτες σε δυτικούς πληθυσμούς. Τα μικρά αυτά ποσοστά μπορεί να οφείλονται στην καθυστερημένη αναζήτηση βοήθειας από τις πάσχουσες λόγω του έντονου στιγματισμού της ψυχικής νόσου σε αυτή την κοινωνία με αποτέλεσμα να αποφεύγεται, όσο το δυνατόν περισσότερο, η εισαγωγή στο νοσοκομείο και επομένως, να καταγράφονται λιγότερα περιστατικά εισόδου. Μία άλλη πιθανή εξήγηση μπορεί να αφορά στην πολιτισμική ιδιαιτερότητα της χώρας, όπου τα έθιμα θέλουν τη νέα μητέρα να επιστρέφει τις πρώτες εβδομάδες στο πατρικό της σπίτι, γεγονός που, ίσως, μειώνει το λοχειακό stress και προλαμβάνει ή καθυστερεί την εμφάνιση της λοχειακής νόσου (Okano et al, 1998).

Ενώ δημογραφικά δεδομένα, όπως η ηλικία, ο γάμος, το επίπεδο εκπαίδευσης, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση δε φάνηκε να συσχετίζονται με την εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης (Karlan, 1998), σε πρόσφατες έρευνες έχει αποδειχθεί ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες οι επιλόχειες διαταραχές παρουσιάζουν μεγαλύτερη επίπτωση και ότι οργανικοί παράγοντες παίζουν σπουδαίο ρόλο στη γένεση της ψύχωσης της λοχείας. Αυτό συμβαίνει λόγω του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και της άγνοιας του πληθυσμού για τις επιλόχειες διαταραχές, καθώς, επίσης, λόγω της απουσίας υποστηρικτικού δικτύου τόσο από την οικογένεια, όσο και από την κοινωνία(Villegas et al,2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

5.1 Συμπτωματολογία επιλόχειας κατάθλιψης

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι μία μη ψυχωτική ασθένεια με ήπια ως μέτρια συμπτώματα. Την επιλόχεια κατάθλιψη σηματοδοτούν πολυάριθμα συμπτώματα, τα οποία παρουσιάζονται 3-5 ημέρες μετά την γέννα και διαρκούν περισσότερο από 2 εβδομάδες στην ήπια μορφή της επιλόχειας κατάθλιψης και μέχρι και 6 μήνες στην εκτεταμένη μορφή της νόσου (Δασκαλόπουλος, 2007).

Υπάρχουν, βέβαια, και έρευνες που αναφέρουν συμπτώματα επιλόχειου κατάθλιψης μέχρι και ένα χρόνο μετά τον τοκετό. Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν οι γυναίκες που πάσχουν από κατάθλιψη στη λοχεία, είναι παρόμοια με αυτά των γυναικών που έχουν επεισόδια κατάθλιψης που δεν σχετίζονται με τον τοκετό (Ioanninamed, 2011 & Mattson, 2011).

Κατά το DSM-IV πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 5 από τα παρακάτω συμπτώματα για τουλάχιστον 2 εβδομάδες τις περισσότερες ώρες της μέρας, σχεδόν κάθε μέρα. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα πρέπει να είναι είτε καταθλιπτική διάθεση είτε απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης (ioanninamed 2011, Mattson 2011, Ραγιά 2009). Πιο συνοπτικά:

- Καταθλιπτική διάθεση για το μεγαλύτερο μέρος της μέρας, κάθε μέρα.
- Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες.
- Μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν καθημερινά με αποτέλεσμα αυξομειώσεις στο βάρος, αν και το άτομο δεν βρίσκεται σε δίαιτα. Σε γενικές γραμμές, ενώ στην τυπική κατάθλιψη τα άτομα συνήθως χάνουν κιλά, στην επιλόχειο κατάθλιψη οι λεχρίδες παίρνουν κιλά, αποτελώντας και αυτό έναν ακόμη επιβαρυντικό παράγοντα στην καταθλιπτική τους διάθεση (Nicolson et al, 2001).
- Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν σε καθημερινή βάση. Όσον αφορά στον ύπνο, υπάρχει διαφορά στα πρότυπα ύπνου μεταξύ ατόμων με τυπική και επιλόχεια κατάθλιψη. Για παράδειγμα, για τα άτομα που αντιμετωπίζουν τυπική κατάθλιψη, τα πρωινά είναι η χειρότερη στιγμή της ημέρας. Αντιθέτως, για τις λεχρίδες τα πρωινά είναι συνήθως η πιο όμορφη στιγμή, αλλά κατά τη διάρκεια της ημέρας έρχεται η καταθλιπτική

διάθεση και η ανικανότητα να χειριστούν την καθημερινή ρουτίνα. Αισθάνονται χειρότερα τα απογεύματα και νιώθουν την ανάγκη να αποσυρθούν για ύπνο πολύ νωρίς το βράδυ (Nicolson et al, 2001).

- Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση
- Κόπωση ή απώλεια ενέργειας/ενεργητικότητας
- Αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής/απρόσφορης ενοχής
- Ελαττωμένη ικανότητα του ατόμου να σκεφτεί ή να συγκεντρωθεί
- Επανερχόμενες σκέψεις θανάτου και επανερχόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς κάποιο συγκεκριμένο σχέδιο. Ο ιδεασμός αυτός επικεντρώνεται συνήθως στο νεογνό με τη λεχвіδα να έχει την απόλυτη πεποίθηση ότι είναι ανίκανη ή ανάξια μητέρα ή την πεποίθηση ότι το νεογνό θα πεθάνει ή ότι έχει ήδη πεθάνει (Μωραΐτου, 2007). Οι σκέψεις αυτοκτονίας φτάνουν σε ποσοστό 5,3% εντούτοις οι λεχвіδες σπάνια κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας

Εκτός από τα παραπάνω συμπτώματα, τα επεισόδια επιλόχειου κατάθλιψης χαρακτηρίζονται και από μία σειρά συμπτωμάτων, που το DSM-IV δεν περιλαμβάνει στα διαγνωστικά κριτήρια για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Έτσι, το 30% των λεχвіδων υποφέρει από κεφαλαλγίες και ιδιαίτερα οι γυναίκες με ιστορικό ημικρανίας (Μωραΐτου, 2007). Άλλα σωματικά συμπτώματα, που μπορεί να παρουσιάσουν, είναι πόνοι στην πλάτη και στον αυχένα, μυϊκές κράμπες, ναυτίες, έμετοι, κόμπο στο λαιμό, υπόξινη γεύση στο στόμα, ξηροστομία και πόνοι κατά τη διάρκεια της ούρησης (Κλεφταράς, 1998), καθώς, επίσης, και διαταραχές του εντέρου, όπως δυσκοιλιότητα ή διάρροια (Watson et al, 2006). Επιπλέον, γίνεται γνωστό ότι - ειδικά μετά τον τοκετό - παρουσιάζονται συμπτώματα, όπως μειωμένο ενδιαφέρον για κοινωνικές επαφές, καθώς και μειωμένη σεξουαλική διάθεση.

Τέλος συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης μπορεί να εμφανίσει ακόμα και μία γυναίκα που υιοθετεί ένα παιδί. Σε έρευνα της Payne διαπιστώθηκε ότι το 10% των γυναικών εμφάνισε συμπτώματα επιλόχειου κατάθλιψης μέσα σε ένα χρόνο μετά την υιοθεσία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

6.1 Συχνότητα εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης.

Η έναρξή της συνήθως είναι ύπουλη και επιπλέκει κυρίως εγκυμοσύνες νεαρότερων ηλικιών σε ποσοστά 26-32%. Η πλειοψηφία των ασθενών ταλαιπωρείται από αυτήν την κατάσταση για 6-12 μήνες, αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα.

Έχει βρεθεί ότι 1:10 λεχρίδες χωρίς προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό παρουσιάζει επιλόχεια κατάθλιψη. Επομένως, σε μία χώρα, όπως οι ΗΠΑ, όπου διεξάγονται 4.000.000 τοκετοί τον χρόνο, μισό περίπου εκατομμύριο γυναικών πάσχουν από κατάθλιψη της λοχείας ετησίως. Αντίστοιχα, αν μεταφέρουμε τα νούμερα αυτά στην ελληνική πραγματικότητα, θα πρέπει να περιμένουμε ότι περίπου 12.500 Ελληνίδες ετησίως θα εμφανίσουν το πρόβλημα αυτό (Κελλαρτζής, 2003).

Επίσης, αν υπάρχει ατομικό ιστορικό μείζονος κατάθλιψης, τότε 1:4 λεχρίδες παρουσιάζει επεισόδιο κατάθλιψης κατά τη λοχεία. Σε περίπτωση που έχει προηγηθεί επιλόχεια κατάθλιψη, τότε 1:2 λεχρίδες θα ξαναπαρουσιάσει ανάλογο επεισόδιο κατάθλιψης σε επόμενη λοχειακή περίοδο (Κονταξάκης, 2005). Ακόμα, ο κίνδυνος εμφάνισης επιλόχειου κατάθλιψης διπλασιάζεται στις οικονομικά ασθενέστερες και πρωτότοκες γυναίκες. Επιπλέον, υψηλή συχνότητα καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών της τάξης του 40% αναφέρεται σε μητέρες πρόωρων νεογνών τον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό (Vigod et al, 2010). Συνοπτικά, η συχνότητα της επιλόχειας κατάθλιψης ποικίλλει ανάλογα με τις διαπολιτισμικές διαφορές τόσο στην υποστήριξη της λεχρίδας και τα έθιμα ή τις συνήθειες, που αφορούν στην λοχεία, όσο και στην επιτρεπόμενη ή όχι συναισθηματική έκφραση. Για παράδειγμα, στην Ιαπωνία αναφέρουν μικρότερη συχνότητα συναισθηματικών διαταραχών της λοχείας συγκριτικά με αυτές που πραγματοποιήθηκαν σε γυναίκες Καυκάσιας φυλής στη Βόρειο Αμερική και την Ευρώπη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^Ο

ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη αναφέρεται στο σύνολο της θεωρητικής και πρακτικής γνώσης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων που μειώνουν:

- Την επίπτωση (incidence), δηλαδή τις νέες περιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα (πρωτογενής πρόληψη).
- Τη διάρκεια της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών (δευτερογενής πρόληψη) με την ανίχνευση περιπτώσεων, την έγκαιρη παραπομπή, τη διάγνωση και κατ' επέκταση τη θεραπεία περιπτώσεων.
- Την έκπτωση της λειτουργικότητας που προέρχεται από τη χρονιότητα της νόσου (τριτογενής πρόληψη) (Μαδιανός, 2000).

Ο σκοπός της πρόληψης είναι να εντοπιστούν εγκαίρως οι γυναίκες εκείνες που έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν επιλόχεια κατάθλιψη και να αντιμετωπιστούν κατάλληλα (Κονταξάκης, 2005). Η πρόληψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, ανάλογα με τους απότερους σκοπούς της.

7.1 Πρωτοβάθμια πρόληψη

Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο την παρεμπόδιση της εκδήλωσης του ψυχικού νοσήματος με την καταπολέμηση των πρωταρχικών αιτιών. Αποβλέπει στον περιορισμό της επίπτωσης. Πρέπει να γίνεται από το τρίτο τρίμηνο της κύησης ή τουλάχιστον κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο.

Τα προληπτικά μέτρα στοχεύουν στη βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντος και στη μετάδοση γνώσεων στον πληθυσμό, σχετικά με την απόκτηση υγιεινών συνηθειών ανάπαυσης και ψυχαγωγίας. Η αγωγή υγείας είναι εξέχουσας σημασίας για την πρόληψη των περιγεννητικών διαταραχών, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι ο σύγχρονος τρόπος ζωής έχει απομακρύνει τις λεχωίδες από τις τελετουργίες, σχετικά με την μετάβαση στη μητρότητα και τις έχει επιβαρύνει με άγχος για την έκβαση της απαιτητικής περιόδου της λοχείας (Caplan, 1961).

Επίσης, τα προληπτικά μέτρα αφορούν και σε ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα, που πραγματοποιούνται κατά την προγεννητική περίοδο και στοχεύουν στην ενημέρωση και των

δύο γονέων για τις πιθανές επιλόχειες διαταραχές, που ενδέχεται να βιώσει η έγκυος, και την αναγκαιότητα της έγκαιρης αναζήτησης ιατρικής βοήθειας.

Ενδεικτικές θεματικές ενότητες που περιλαμβάνει ένα πρόγραμμα προετοιμασίας ζευγαριών, το οποίο και εντάσσεται στην πρωτογενή πρόληψη, είναι οι εξής:

Ενημέρωση και βιωματική εκπαίδευση ομάδων (γυναικών και συντρόφων τους) σε θέματα που αφορούν:

- τις ψυχικές και συναισθηματικές αλλαγές εγκύου – συντρόφου, την ανάπτυξη συναισθηματικού δεσμού μητέρας – πατέρα – νεογέννητου.
- τις σωματικές αλλαγές εγκύου, τους τρόπους έναρξης και τα στάδια τοκετού, τις μεθόδους ανακούφισης του πόνου (αναπνοή, στάσεις και θέσεις τοκετού, κίνηση κατά τον τοκετό, επισκληρίδιος αναισθησία), τη φυσιολογία του πόνου του τοκετού.
- την ανάπτυξη του εμβρύου, την ψυχοσωματική προσαρμογή του νεογέννητου στην εξωμήτριο ζωή, το θηλασμό και τα συναισθήματα της μητέρας κατά τη γαλουχία.
- το ρόλο του συντρόφου και της ευρύτερης οικογένειας κατά την υποδοχή και φροντίδα του νεογέννητου και
- τη διατροφή της.

Ακολούθως, ανάλογη βοήθεια είναι δυνατό να παρέχουν ενημερωτικές εκπομπές από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ιστοσελίδες στο διαδίκτυο, ομάδες αυτοβοήθειας, ή δυνατότητα τηλεφωνικής γραμμής άμεσης παρέμβασης.

Τα εξειδικευμένα μέτρα έχουν ως στόχο τις γυναίκες, στις οποίες έχουν αναγνωριστεί παράγοντες κινδύνου. Το θετικό ατομικό ή οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό, η παρουσία αγχώδους ή και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά την εγκυμοσύνη και η συνύπαρξη ψυχοκοινωνικών επιβαρυντικών παραγόντων είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου. Σε γυναίκες με ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης ο κίνδυνος υποτροπής της νόσου στον επόμενο τοκετό είναι μεγάλος. Για αυτό τον λόγο, πρέπει να έχουν τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης (Κονταξιάκης, 2005).

7.2 Δευτεροβάθμια πρόληψη

Η δευτεροβάθμια πρόληψη αναφέρεται στις παρεμβάσεις εκείνες που έχουν ως στόχο να θεραπεύσουν τη διαταραχή κατά το δυνατόν στα πρώιμα στάδια. Αν αυτό δεν είναι εφικτό, γίνεται προσπάθεια περιορισμού της εξέλιξής της και πρόληψης τυχόν επιπτώσεων. Στο σημείο αυτό, ύψιστης σημασίας αποτελεί η έγκαιρη διάγνωση των γυναικών υψηλού κινδύνου, όπως και η ταχεία αποτελεσματική θεραπεία. Πρόκειται για θεραπείες οι οποίες επιτυγχάνονται μέσω των ερευνών διαλογής (screening).

Η κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης του Εδιμβούργου αποτελεί ένα από τα πλέον διακεκριμένα μέσα ανίχνευσης γυναικών υψηλού κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Η κλίμακα αυτή πρέπει να χρησιμοποιείται και σε γυναίκες που βίωσαν επιλόχεια μελαγχολία και τα συμπτώματά τους διήρκησαν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 15 ημερών, διότι το γεγονός αυτό μπορεί να αποτελέσει ενδεικτικό παράγοντα επιλόχειας κατάθλιψης. Ως ελάχιστη προφυλακτική θεραπεία, για γυναίκες που στο παρελθόν έχουν υποφέρει από επιλόχεια κατάθλιψη, για αυτές που έχουν οικογενειακό ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης και για όσες σκοπεύουν να προβούν σε στείρωση μετά τον τοκετό, θα πρέπει να χορηγηθεί προληπτικά προγεστερόνη (Dalton&M.Holton, 2001). Αντίστοιχα, για τις γυναίκες με ιστορικό κάποιας μορφής ψύχωσης, η προληπτική χρήση λιθίου και οιστραδιόλης κατά τη λοχεία χρήζουν περαιτέρω έρευνας για την αποτελεσματικότητά τους (Pfuhlmann et al, 2002).

7.3 Τριτοβάθμια πρόληψη

Η τριτοβάθμια πρόληψη στοχεύει στη μείωση των προσωπικών και κοινωνικών επιπτώσεων, που προκλήθηκαν είτε από την αδυναμία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας πρόληψης είτε από τη μη ολοκληρωμένη θεραπεία της διαταραχής. Στο επίπεδο αυτό, σημαντική για την πρόληψη είναι η ψυχολογική υποστήριξη της λεχιάδας με τη συμμετοχή σε μεταγεννητικές ομάδες στήριξης, που παρέχουν καθοδήγηση και επιτρέπουν την ανάπτυξη φιλικών σχέσεων και αμοιβαίας υποστήριξης μεταξύ των συμμετεχόντων.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) εμπλέκεται και στα τρία επίπεδα πρόληψης της κατάθλιψης, εφόσον είναι το τμήμα εκείνο του συστήματος υγείας, με το οποίο ο άρρωστος ευρίσκεται συνεχώς σε επαφή. Η κατάθλιψη αποτελεί το συχνότερο ψυχιατρικό πρόβλημα των αρρώστων της ΠΦΥ (Χριστοδούλου, 1998).

7.4 Ο ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας στην Πρόληψη

Ύψιστης σημασίας θεωρείται η συμβολή του νοσηλευτή στην ψυχική υγεία κατά τη φροντίδα μητρότητας και παιδιού, επειδή βρίσκεται κοντά στη λεχώρα και το νεογέννητο βρέφος 24 ώρες το 24ώρο.

Η πορεία που ακολουθεί η ασθενής, από την εμφάνιση της διαταραχής μέχρι τη θεραπεία, σηματοδοτείται από μία σειρά πολύπλοκων διεργασιών, που ξεκινούν με τη γνωριμία του νοσηλευτή με τον ασθενή. Αυτή η γνωριμία περιλαμβάνει την ανίχνευση των δυνατοτήτων του -σωματικών, νοητικών και ψυχικών – τη στάση του ασθενούς απέναντι στην ασθένεια του και απέναντι στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, των σχέσεων του με το στενό οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον, το βαθμό της προθυμίας του και της ικανότητας του να συνεργαστεί (Παπαγεωργίου- Βασιλοπούλου, 2005).

Οι προληπτικές νοσηλευτικές δραστηριότητες αφορούν στην:

- ✓ Αναγνώριση των γυναικών που βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν επιλόχεια κατάθλιψη.
- ✓ Αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου με σκοπό τη μείωση και την εξάλειψη των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που παρεμποδίζουν τις προσπάθειες θεραπείας και αποκατάστασης, στους οποίους συμπεριλαμβάνεται και το στίγμα της χρόνιας ψυχικής ασθένειας. Εάν μία γυναίκα παραπονιέται για συμπτώματα, τότε στόχος του νοσηλευτή είναι να περιορίσει τη σοβαρότητα αυτών των συμπτωμάτων και να εμποδίσει τις συνέπειες της ασθένειας, επιφέροντας όσο το δυνατόν πιο έγκαιρα τη θεραπεία. Η πρόληψη της επιλόχειου κατάθλιψης συμπεριλαμβάνει σωστή αξιολόγηση των συμπτωμάτων και των επιπτώσεων στην ποιότητα της ζωής των γυναικών (Watson et al, 2006).
- ✓ Αγωγή ψυχοσωματικής υγείας με οργανωμένες, αλλά και άτυπες διδακτικές τεχνικές, ώστε να μαθαίνει ενεργητικά και όχι παθητικά η μητέρα τις αρχές ψυχικής υγείας.
- ✓ Ενεργοποίηση του περιβάλλοντος για να υποστηρίζει την ψυχική υγεία της μητέρας και του νεογέννητου παιδιού και να εξουδετερώνει τις βλαπτικές συνθήκες που ευαισθητοποιούν την ψυχική υγεία των μελών της οικογένειας (Caplan, 1961).

Η καλύτερη πρόληψη για την αποφυγή των υποτροπών και των εισαγωγών στα νοσοκομεία είναι η συνεχής και σταθερή παρέμβαση στον ασθενή και στο περιβάλλον του. Μία από τις βασικές θεραπευτικές πρακτικές παρέμβασης είναι η επίσκεψη των

επαγγελματιών ψυχικής υγείας στο σπίτι του ασθενούς, στο γνώριμο οικογενειακό του περιβάλλον, το οποίο του παρέχει μεγαλύτερη ασφάλεια και εμπιστοσύνη (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2005).

Πάνω σ' αυτή την θεραπευτική προσέγγιση, διεξήχθη μία έρευνα στη Μεγάλη Βρετανία, στην οποία νοσηλευτές ερωτήθηκαν για το εάν πιστεύουν ότι μπορούν να εντοπίσουν έγκαιρα γυναίκες που βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν επιλόχεια κατάθλιψη και να παρέχουν συμβουλευτική θεραπεία. Η πλειοψηφία απάντησε ότι θα μπορούσε να ανταπεξέλθει και μάλιστα το ½ εξ αυτών δήλωσε ότι έχουν ήδη προβεί σ' αυτή την ενέργεια. Επίσης, αρκετοί από τους συμμετέχοντες νοσηλευτές δήλωσαν θετικοί και πρόθυμοι να συμμετάσχουν μελλοντικά σε εκπαιδευτικά προγράμματα ανίχνευσης και συμβουλευτικής λεχωίδων (Segre et al, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η έγκαιρη διάγνωση και η πρώιμη αντιμετώπιση των διαταραχών της λοχείας συμβάλλουν στην αποφυγή του να καταστεί η διαταραχή αυτή χρόνια, όπως και στο να ελαττωθούν οι αρνητικές συνέπειές της στη μητέρα, το παιδί και όλη την οικογένεια.

Παρόλο που οι ειδικοί ψυχικής υγείας συχνά θεωρούν τα συμπτώματα ψυχικής διαταραχής ως επαρκή και αναγκαία προϋπόθεση για αναζήτηση βοήθειας, πολλές γυναίκες με συμπτώματα δεν θεωρούν ότι έχουν ανάγκη ψυχιατρικής φροντίδας, ούτε ότι έχουν πρόβλημα. Οι παράγοντες που έχουν αναγνωριστεί ότι επηρεάζουν την απόφαση για αναζήτηση βοήθειας, όταν το άτομο εμφανίζει συμπτώματα, περιλαμβάνουν το φύλο, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τη θρησκεία την εθνικότητα το πολιτισμικό και το κοινωνικό υπόβαθρο, την ηλικία, τους παράγοντες προσωπικότητας και το κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο (Ζαρταλούδη & Μαδιανός, 2011).

Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας και την πρώτη επαφή του ατόμου με ΚΚΨΥ ή άλλη ειδικευμένη υπηρεσία, θα βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να προσανατολιστούν σε βελτιωμένες στρατηγικές προσέγγισης στο γενικό πληθυσμό της κοινότητας και παρέμβασης, που θα μειώσουν τις καθυστερήσεις στην αναζήτηση βοήθειας και θα προωθήσουν την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή προκειμένου να σχεδιαστεί και να λειτουργήσει αποτελεσματικά το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Ζαρταλούδη & Μαδιανός, 2010).

Σε αντίθεση με τις άλλες επιλόχειες διαταραχές, η διάγνωση της κατάθλιψης της λοχείας είναι πολλές φορές δυσχερής, καθυστερώντας την άμεση θεραπεία της νόσου και επιτρέποντας την εκδήλωση των αρνητικών συνεπειών της. Η εσφαλμένη ταύτιση επιλόχειου μελαγχολίας και κατάθλιψης, αλλά και η άρνηση της λεχωΐδας να δεχτεί ότι βιώνει κάποια ψυχολογική διαταραχή, είναι κάποιες από τις αιτίες που οδηγούν στην αποτυχία διάγνωσης και θεραπείας της επιλόχειου κατάθλιψης.

Τρία βασικά κριτήρια συντελούν στη διάγνωση:

1. Η παρουσία ψυχιατρικών συμπτωμάτων, τα οποία είναι αρκετά σοβαρά, ώστε να απαιτούν φαρμακευτική υποστήριξη.

2. Η εμφάνιση συμπτωμάτων μέσα στους πρώτους έξι μήνες μετά τον τοκετό. Αυτός ο χρόνος είναι σχετικός, αλλά σημαντικός για την έρευνα. Τα συμπτώματα μπορεί να ξεκινήσουν με τη διακοπή του θηλασμού και την έναρξη της πρώτης περιόδου, αλλά στις γυναίκες με παρατεταμένο θηλασμό τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν αργότερα.
3. Η παρουσία προηγούμενης ψυχιατρικής ασθένειας.

Όπως αναφέρεται στο DSM-IV, ένα επεισόδιο κατάθλιψης θεωρείται ότι έχει έναρξη εντός της λοχείας όταν ξεκινά μέσα στις 4 πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό. Στη βιβλιογραφία το διάστημα αυτό κυμαίνεται από 4 εβδομάδες έως 6 μήνες (ioanninamed, 2011). Αναφέρει, επίσης, ότι ένα άτομο που έχει υποστεί ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο θα πρέπει να παρουσιάσει τουλάχιστον 5 καταθλιπτικά συμπτώματα.

Το ποσοστό των λεχιδών που αναγνωρίζουν την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων και επιθυμούν βοήθεια, σε πρώτη φάση στρέφονται είτε στον παθολόγο ιατρό τους είτε έρχονται σε επαφή με τις υπηρεσίες ΠΦΥ. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί την πύλη εισόδου του αρρώστου στο σύστημα υγείας και είναι το σημείο πρώτης επαφής, μέσω του οποίου άρρωστοι απευθύνονται στο γιατρό για διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι λιγότερο από το 50% των καταθλιπτικών λεχιδών που στρέφονται στο σύστημα ΠΦΥ, αναγνωρίζονται από τους ιατρούς της και παραπέμπονται σε κάποια ψυχιατρική υπηρεσία (Χριστοδούλου, 1998).

Στις γυναίκες στις οποίες διαπιστώνεται η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων, θα πρέπει να λαμβάνεται λεπτομερές ατομικό και οικογενειακό ιστορικό για προηγούμενες ψυχιατρικές διαταραχές, κυρίως της προσωπικότητας, καθώς και για ύπαρξη αλκοολισμού ή κατάχρησης φαρμάκων και ουσιών. Επειδή οι διαταραχές του θυρεοειδούς συχνά προκαλούν παρόμοιες καταστάσεις, θα πρέπει να προσδιορίζονται οι τιμές των επιπέδων των ορμονών, και να διερευνάται κάθε άλλη πιθανή παθολογική αιτία. Όσες γυναίκες θεωρούνται ότι βρίσκονται σε κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης, πρέπει να επανεξετάζονται ανά τρίμηνο ή συχνότερα (εξαρτάται από τη σοβαρότητα της κατάστασης) και για διάστημα 6-12 εβδομάδων (Κελλαρτζής, 2003).

8.1 Κλίμακα EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)

Τα άτομα τα οποία εντοπίζονται ως άτομα υψηλού κινδύνου για τη διαταραχή της επιλόχειου κατάθλιψης, επιδέχονται άμεση προληπτική δράση, καθώς υπόκεινται σε περαιτέρω εξετάσεις, δηλαδή σε συγκεκριμένες ερωτήσεις, που αφορούν το πρόβλημα ή τεστ (screening).

Ένα ερωτηματολόγιο δεν μπορεί να έχει διαγνωστική δυνατότητα, αλλά μπορεί να χρησιμεύσει ως δείκτης πιθανότητας για την ύπαρξη μιας διαγνώσιμης διαταραχής. Ένα τέτοιο εργαλείο διαλογής, που στόχο έχει τον έγκαιρο εντοπισμό και την αντιμετώπιση της λοχειακής κατάθλιψης, αποτελεί η Κλίμακα Λοχειακής Κατάθλιψης του Εδιμβούργου.

Αποτελεί ένα πολύτιμο και αποτελεσματικό εργαλείο αναγνώρισης των ασθενών, οι οποίοι διατρέχουν κίνδυνο επιλόχειας κατάθλιψης. Πρόκειται για ένα απλό, αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο 10 ερωτήσεων, το οποίο αφορά χρονικά στις προηγούμενες 7 ημέρες (Hendrick,2006). Η γυναίκα μπορεί να σκοράρει από 0-3 ανάλογα με τη βαρύτητα του συμπτώματος (το 3 αντιστοιχεί στο πιο σοβαρό). Πέντε από τις ερωτήσεις διερευνούν δυσφορική διάθεση, δύο άγχος, μία διερευνά ιδέες ενοχής, μία ιδέες αυτοκαταστροφής και μία αισθήματα αναξιοτιότητας. Οι συγγραφείς προτείνουν σαν όριο 12/13 (μέγιστο σκορ 30), πάνω από το οποίο η γυναίκα είναι πολύ πιθανό να πάσχει από κατάθλιψη. Πλεονέκτημα αποτελεί και το γεγονός ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιείται σε χρόνο λιγότερο από 5 λεπτά.

Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η παραπάνω μέθοδος διαλογής διαθέτει αξιοπιστία, ευαισθησία και ειδικότητα. Παράλληλα, βρέθηκε να υπερτερεί έναντι της Beck Depression Inventory και να έχει υψηλότερη ευαισθησία στον εντοπισμό λοχειακής κατάθλιψης. Άλλες κλίμακες κατάθλιψης κατά την λοχεία είναι η Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης(PDSS), Κλίμακα Κατάθλιψης του Κέντρου Επιδημιολογικών Μελετών(CED-S) και Κλίμακα Κατάθλιψης του Hamilton (HDRS).

Παρόλα αυτά, η προστασία της υγείας των γυναικών με προγράμματα διαλογής είναι οργανωτικά πολύ δύσκολη, ακόμη και όταν εξασφαλίζονται οι προϋποθέσεις που σχετίζονται με τη φύση της αναζητούμενης διαταραχής και τα χαρακτηριστικά της χρησιμοποιούμενης δοκιμασίας (Τριχόπουλος, 2000).

8.2 Διαφοροδιάγνωση

Υπάρχει μία πληθώρα σωματικών και ψυχικών διαταραχών, που προκαλούν συμπτώματα παρόμοια με αυτά της κατάθλιψης της λοχείας. Προϋπόθεση για σωστή διαφοροδιάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης από τις άλλες διαταραχές της λοχείας είναι και η σωστή αξιολόγηση των συμπτωμάτων. Διαταραχές που διαφορογιγνώσκονται από την επιλόχειο κατάθλιψη αφορούν σε:

- Δυσθυμική κατάσταση (maternity blues). Σε αυτή την κατάσταση, τα συμπτώματα όπως κλάμα, λύπη, ευερεθιστότητα, άγχος και σύγχυση συνυπάρχουν. Παρόλα αυτά, η διαφορική διάγνωση επιλόχειου θλίψης και κατάθλιψης δεν είναι τις πιο πολλές φορές δύσκολη, καθώς η επιλόχεια μελαγχολία χαρακτηρίζεται από κακή διάθεση και παροδικότητα.
- Ψύχωση της λοχείας. Η διαταραχή αυτή διαφέρει από τα άλλα ψυχωτικά επεισόδια, διότι συνήθως συμπεριλαμβάνει ακραία αποδιοργάνωση της σκέψης, περίεργη συμπεριφορά, ασυνήθιστες ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις (Κελλαρτζής, 2003).
- Αγχώδεις διαταραχές, όπως επιλόχειος πανικός ή γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Πρόκειται για μία υπερβολή του άγχους, που πολλές γυναίκες βιώνουν, όταν έρχονται αντιμέτωπες για πρώτη φορά με τα τρομακτικά τους καθήκοντα. Η διαταραχή αυτή δεν περιορίζεται σε εκείνες που γίνονται μητέρες για πρώτη φορά, εφόσον μπορεί να συμβεί και μετά τη δεύτερη εγκυμοσύνη. Στην περίπτωση αυτή, πολλές αγχώδεις διαταραχές αποτελούν συμπτώματα της επιλόχειο κατάθλιψης. Εξαιτίας αυτού, χρήζει περαιτέρω διερεύνησης (Gelder et al, 2008).
- Διαταραχές της λειτουργίας του θυρεοειδούς, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές συμπεριφοράς. Στις γυναίκες με διαταραχές υπέρ- ή υποθυρεοειδισμού απαιτείται η θεραπεία τόσο των διαταραχών του θυρεοειδούς, όσο και της κατάθλιψης (Κελλαρτζής, 2003).
- Σύνδρομο από εξαρτησιογόνες ουσίες (αλκοόλ, αμφεταμίνες, κοκαΐνη). Η διαφοροδιάγνωση στην περίπτωση αυτή στηρίζεται στην παρουσία διαταραχών συνείδησης, στο ιστορικό λήψης ουσιών και στην ανίχνευση αυτών των ουσιών στα υγρά του σώματος.
- Διαταραχές σίτισης και πρόσληψης τροφής (όπως ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία). Οι αλλαγές στο βάρος αποτελούν συμπτώματα κατάθλιψης δυσχεραίνοντας τη διάγνωση.

- Σχιζοφρένεια. Σε περιπτώσεις εμβροντησίας η απόλυτη απόσυρση και αναστολή της ψυχοκινητικότητας μοιάζουν με βαριά κατάθλιψη. Η διαφοροδιάγνωση γίνεται λαμβάνοντας υπόψη ότι στην κατατονική εμβροντησία το πρόσωπο μένει ανέκφραστο, ενώ στην καταθλιπτική εμβροντησία εκφράζει βαθύ πόνο και θλίψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^Ο

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

9.1 Επιπτώσεις επιλόχειας κατάθλιψης στο παιδί

Οι μητέρες με καταθλιπτικά συμπτώματα παρουσιάζουν δυσκολία να εγκαταστήσουν ικανοποιητικό δεσμό με το βρέφος τους. Η επικοινωνία αυτών των μητέρων δεν είναι πάντοτε ελαττωμένη ποσοτικά. Είναι κυρίως χωρίς συναίσθημα και χωρίς ζωή. Η επαφή είναι σχεδόν μηχανική, κρατούν το παιδί τους χωρίς να το κοιτούν στα μάτια (Μωραΐτου, 2007). Η κατάθλιψη της μητέρας διαταράσσει πολύ την αντίληψη της για το μωρό της. Δε μπορεί να το καταλάβει, να συναισθανθεί το λόγο του κλάματός του και κατά συνέπεια, δε μπορεί να το παρηγορήσει. Αυτό το αίσθημα ότι δεν πήρε παρηγοριά, αυτή η απόλυτη αδυναμία, μπορεί να συνοδεύει για πάντα τον αυριανό ενήλικα, χωρίς να αντιλαμβάνεται τις αιτίες.

Οι επιπτώσεις της μητρικής κατάθλιψης στην ψυχική υγεία του παιδιού είναι περισσότερο αρνητικές, όταν λαμβάνουν χώρα την ίδια εποχή που το παιδί ανακαλύπτει την ύπαρξη του τρίτου προσώπου, του πατέρα. Εγκαθίσταται τότε μία πρόωρη και ασταθής τριαδικότητα, με τα τρία πρόσωπα να είναι το παιδί η μητέρα και ο πατέρας. Με άλλα λόγια, λαμβάνει χώρα ένα πρόωρο οιδιπόδειο σύμπλεγμα. Το παιδί αποδίδει την απόσυρση της μητρικής αγάπης στην προσκόλλησή της στον πατέρα ή οδηγείται σε μία πρόωρη και ιδιαίτερα έντονη προσκόλληση στον πατέρα, ο οποίος εκλαμβάνεται ως αυτός που θα επιλύσει τη σύγκρουση μεταξύ μητέρας-παιδιού. Με την εισαγωγή του τρίτου προσώπου το παιδί προσπαθεί μάταια να βγάλει νόημα από την κατάσταση, να ερμηνεύσει τη δυσαναλογία ανάμεσα στο πιθανό δικό του σφάλμα και στην αντίδραση της μητέρας να διοχετεύσει κάπου την καταστροφική του επιθετικότητα (Γαλανάκη, 2003).

Ο Green περιγράφει: Το αγόρι ένιωθε πολλή μοναξιά και κατάθλιψη, καθώς και τρομερό άγχος. Την ίδια στιγμή είχε έναν καταναγκασμό να παίζει. Έπαιζε μόνο του συνεχώς. Ίσως η συμπεριφορά του να οφειλόταν στην ικανότητα και στην ανάγκη του να φαντασιώνεται. Τελικά, όμως, το παιδί με το παιχνίδι αυτό προσπαθούσε να αποσπάσει την προσοχή της μητέρας του, ακόμη και όταν έπαιζε μόνο του. Προσπαθούσε να διασκεδάσει τη μητέρα του, να την βγάλει από την κατάθλιψη και την απομόνωσή της (Γαλανάκη, 2003).

Η καταθλιπτική διάθεση της μητέρας έχει άμεσες επιπτώσεις στο νεογνό, το βρέφος και το παιδί. Στα νεογνά παρατηρείται απάθεια, απόσυρση ή εξεσημασμένο κλάμα, ενώ τα

βρέφη εκδηλώνουν μειωμένη εγρήγορση, μεγαλύτερη υπνηλία, έντονο μυϊκό τόνο, λιγότερες εκφράσεις ικανοποίησης και μεγαλύτερη ευερεθιστότητα (Μωραΐτου, 2007 & Sharino, 2001). Επίσης, σε μελέτες βρέθηκε συσχέτιση λοχειακής κατάθλιψης και κακής εξέλιξης της θρέψης του βρέφους, με βάση την υπόθεση ότι η ασθενής μητέρα θα είναι λιγότερο ικανή να ανταποκριθεί στις διατροφικές ανάγκες του βρέφους (O'Brien, 2004).

Μακροπρόθεσμα τα παιδιά των καταθλιπτικών μητέρων έχουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά όχι μόνο στις διαταραχές διάθεσης, αλλά και στα προβλήματα συμπεριφοράς. Επιπλέον, παρουσιάζουν δυσκολίες στη συναισθηματική ανάπτυξη σε σχέση με τα άλλα παιδιά, καθώς επίσης, και ελλείψεις στη γλώσσα και την ομιλία, που οδηγούν σε εκπαιδευτική ανεπάρκεια (Gelder, 2008). Μια σειρά από μελέτες έχουν βρει ότι τα αγόρια είναι πιο ευάλωτα στις συνέπειες της επιλόχειας κατάθλιψης (Kurstjens et al, 2001). Τα ευρήματα αυτά, ενισχύουν τις απόψεις των ερευνητών που υποστηρίζουν ότι τα αγόρια που μεγαλώνουν με μια καταθλιπτική μητέρα έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν αρνητικές επιπτώσεις στη γνωστική ανάπτυξη. Τα δε κορίτσια εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά επιθετικότητας και υπερκινητικότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^Ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

10.1 Θεραπεία επιλόχειας κατάθλιψης

Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση είναι η καταλληλότερη θεραπεία για τις επιλόχειες συναισθηματικές διαταραχές. Παρόλα αυτά, έρευνες δείχνουν ότι περισσότερο από το ένα τρίτο των γυναικών που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη, παραμένει χωρίς θεραπεία. Αυτό οφείλεται αφενός στη φτωχή ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να αναγνωρίσουν την ψυχολογική αυτή διαταραχή και αφετέρου στις ίδιες τις λεχρίδες, οι οποίες είτε έχουν ελλιπή πληροφόρηση για τις πιθανότητες να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη -οπότε και παρουσιάζουν άγνοια- είτε σκοπίμως δεν ζητούν βοήθεια από τύψεις και ενοχές για τα αισθήματα που διαθέτουν.

Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι απαραίτητο να αποκλειστεί η ύπαρξη υποθυρεοειδισμού, ο οποίος, αν δεν αντιμετωπιστεί σωστά και έγκαιρα, δυσχεραίνει την αντιμετώπιση της κατάθλιψης (Hendrick, 2006). Το είδος της θεραπείας που θα εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης μετά τον τοκετό, εξαρτάται από τη μορφή και τη σοβαρότητα της διαταραχής. Η καλύτερη και πιο σωστή θεραπεία περιλαμβάνει έναν συνδυασμό βραχείας ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής (Δασκαλόπουλος, 2007).

10.2 Φαρμακευτική θεραπεία

Η φαρμακοθεραπεία ενδείκνυται σε πολλές περιπτώσεις. Εντούτοις, τα ψυχοτρόπα φάρμακα διαπερνούν τον πλακούντα και απεκκρίνονται στο μητρικό γάλα. Ο κίνδυνος της δυνητικής τερατογένεσης, της επίδρασης στη συμπεριφορά και στην ανάπτυξη του βρέφους πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, πριν από την τελική απόφαση για τη συνταγογράφηση των φαρμάκων (ioanninamed, 2011).

Πολλά από τα αντικαταθλιπτικά δρουν αυξάνοντας την ποσότητα των αμινών 5-υδροξυτροπαμίνη και νοραδρεναλίνη στον εγκέφαλο, υποστηρίζοντας έτσι την άποψη ότι οι αμίνες παίζουν σημαντικό ρόλο στην αλλαγή της διάθεσης. Αυτά τα φάρμακα προκαλούν αλλαγή της διάθεσης, αυξάνουν την ευδιαθεσία, την ενεργητικότητα στις μισές περίπου ασθενείς με κατάθλιψη.

Ως θεραπεία πρώτης γραμμής για τις γυναίκες που θηλάζουν συνιστώνται οι :

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ-ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης(όπως η φλουοξετίνη ,φλουβοξαμίνη, σιταλοπράμη, παροξετίνη, σετραλίνη)
- Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά(αμιτρυπτιλίνη, χλωριμιπραμίνη, ημιπραμίνη, νορτριπτυλίνη) λόγω των μειωμένων παρενεργειών τους(ιοanninamed, 2011).

Επίσης, στην κατηγορία των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης ανήκουν και:

- οι αναστολείς της μονοαμεινοξειδάσης (τρανυλκυπρομίνη, φαινελζύνη, νιαλαμίδη), καθώς και
- οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (βενλαφαξίνη).

Από τα πιο διαδεδομένα και χρησιμοποιούμενα αντικαταθλιπτικά φάρμακα σε θηλάζουσες γυναίκες έχουν ξεχωρίσει η παροξετίνη, σετραλίνη και η νορτριπτυλίνη και δεν έχουν βρεθεί να έχουν αρνητικές επιδράσεις στα βρέφη. Η φλουοξετίνη, ωστόσο, θα πρέπει να αποφεύγεται σε γυναίκες που θηλάζουν (Gjerdingen, 2003). Η απάντηση στα αντικαταθλιπτικά φτάνει στο 60%, ενώ υπάρχουν και ασθενείς ανθεκτικοί στην αντικαταθλιπτική θεραπεία. Ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία μέχρι την 4^η ή το πολύ την 6^η εβδομάδα, πιθανώς να μην ανταποκριθούν καθόλου στο συγκεκριμένο αντικαταθλιπτικό.

Εκτός από τα αντικαταθλιπτικά, στην επιλόχεια κατάθλιψη που χαρακτηρίζεται από έντονα συμπτώματα άγχους, χρησιμοποιούνται και αγχολυτικά, όπως λοραζεπάμη ,αλπραζολάμη, διαζεπάμη, βρωμαζεπάμη. Προσοχή συνίσταται στη χορήγηση των αγχολυτικών, διότι μπορεί να προκαλέσουν εξάρτηση και να επιδεινώσουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Watson, 2006). Επίσης, σε πολλές μελέτες χρησιμοποιήθηκαν οιστρογόνα ή προγεστερόνη, ως προφυλακτική θεραπεία για την επιλόχεια κατάθλιψη με θετικά αποτελέσματα (Dalton, 2006).

Σε ερευνητικό στάδιο βρίσκονται και οι μελέτες για έμπλαστρα που ελέγχουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με οιστρογόνα στην πρόληψη και αντιμετώπιση της επιλόχειου κατάθλιψης. Μία 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 την παραγωγή γάλακτος στο

θηλασμό και μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο δημιουργίας θρόμβων στο αίμα (Φράγκου, 2007).

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι μια διαταραχή, η οποία μπορεί να αντιμετωπισθεί και με ομοιοπαθητικά σκευάσματα, που αποκαθιστούν γρήγορα την ορμονική ισορροπία του οργανισμού και βελτιώνουν την ψυχική διάθεση της μητέρας (ΜακΚενζι, 2000).

10.3 Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία βοηθάει τα άτομα να αναγνωρίσουν τα προβλήματα που συμβάλλουν στην κατάθλιψή τους και να καταλάβουν ποια από αυτά τα προβλήματα είναι σε θέση να επιλύσουν ή να βελτιώσουν. Είναι ένας από τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους να θεραπευτεί η κατάθλιψη. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι με τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις το άτομο βιώνει ανακούφιση από τα συμπτώματα και στο τέλος της θεραπείας νιώθει πιο δυνατός και εφοδιασμένος, κατέχοντας ένα νέο τρόπο διαχείρισης στο να νιώσει πάλι ενεργητικός και μαχητικός.

Στόχοι ψυχοθεραπείας

- ✓ Αυτογνωσία.
- ✓ Αντιμετώπιση των ενοχλητικών συμπτωμάτων.
- ✓ Εκμάθηση ικανοτήτων επικοινωνίας και τεχνικών επίλυσης προβλημάτων.
- ✓ Αύξηση των επιδόσεων και βελτίωση της ικανότητας για αγάπη ,εργασία, μάθηση και εξωτερίκευση σκέψεων και συναισθημάτων.
- ✓ Βελτίωση προσωπικών και επαγγελματικών σχέσεων.
- ✓ Εναρμόνιση λογικής ,συγκινήσεων και συμπεριφοράς.
- ✓ Βελτίωση της εικόνας του εαυτού και της αυτοεκτίμησης.
- ✓ Συμφιλίωση με την αναπόφευκτη οδύνη.

Ο θεραπευτής μπορεί να καθοδηγήσει το άτομο, ώστε να αναπτύξει μία θετικότερη άποψη για τη ζωή και να βελτιώσει τις αλληλεπιδράσεις του με άλλα άτομα. Καθώς δεν υπάρχει μόνο μία αιτία, έτσι δεν υπάρχει μόνο μία θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των ποικίλων ψυχολογικών και διαπροσωπικών προβλημάτων. Στην πραγματικότητα, υπάρχει μία ποικιλία θεωρητικών προσανατολισμών και ένας μεγάλος αριθμός μεθόδων και θεραπευτικών τακτικών. Οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές των οποίων έχει διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των καταθλιπτικών λεχωίδων είναι:

- **Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία.** Μορφή ψυχοθεραπείας που συσχετίζει διάφορες προσεγγίσεις από τη θεραπεία της συμπεριφοράς και τη γνωσιακή ψυχοθεραπεία. Η θεραπεία συμπεριφοράς είναι προσπάθεια θεραπείας της κατάθλιψης με αλλαγή της συμπεριφοράς του αρρώστου. Βασίζεται στις θεωρίες της μάθησης και επικεντρώνεται στην τροποποίηση της συμπεριφοράς. Σκοπός της γνωστικής ψυχοθεραπείας είναι η ελάττωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τη βοήθεια του αρρώστου να ανακαλύψει και να αμφισβητήσει τις καταθλιπτικές αρνητικές και υποτιμητικές του σκέψεις (Ραγιά, 2009).
- **Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία.** Μορφή ψυχοθεραπείας που έχει στόχο ψυχοεκπαιδευτικό, αποβλέπει δηλαδή στο να δώσει στον ασθενή την απαραίτητη πληροφόρηση για την πάθησή του και να τον βοηθήσει να διαμορφώσει τις στρατηγικές που απαιτούνται, για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες του.
- **Ψυχοδυναμική Θεραπεία.** Στοχεύει στην επεξεργασία και την επίλυση των ενδοψυχικών συγκρούσεων του ατόμου, στη συνειδητοποίηση των επιθυμιών και των αναγκών του και όχι στην προσωρινή ανακούφιση που παρέχεται με την άρση των συμπτωμάτων.
- **Υποστηρικτική συμβουλευτική.** Προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη και αφορά σε οξείες καταστάσεις (κρίσεις πένθους). Είναι μία μέθοδος που βοηθά τους ανθρώπους να συζητήσουν και να σκεφτούν τα προσωπικά τους προβλήματα, προκειμένου να ανακουφιστούν, να αποκτήσουν μεγαλύτερη κατανόηση και να βρουν κάποια διέξοδο από τις δυσκολίες που τους ταλαιπωρούν. Επομένως, η συμβουλευτική δε δημιουργεί εξαρτώμενα άτομα, αλλά τα βοηθάει δείχνοντάς τους πώς να ανεξαρτητοποιηθούν, να αυτονομηθούν, να αποκτήσουν δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και να αναπτύξουν στο μέγιστο βαθμό τις δυνατότητες τους. Είναι μία εμπιστευτική διαδικασία με κύριο χαρακτηριστικό της τη συζήτηση.
- **Ψυχοεκπαίδευση.** Η φιλοσοφία της έγκειται στο δικαίωμα γνώσης και ενημέρωσης του ατόμου με ψυχολογική διαταραχή, αλλά και του περιβάλλοντος για τη φυσιολογία και τη ψυχολογική πλευρά της διαταραχής αυτής.

Η γνωσιακή-συμπεριφορική και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία θεωρούνται οι πλέον κατάλληλες για την επιλογή κατάθλιψη (Κονταξάκης, 2005). Συγκεκριμένα, με αυτές τις δύο θεραπευτικές παρεμβάσεις το άτομο όχι μόνο εκπαιδεύεται σε τεχνικές τροποποίησης των δυσλειτουργικών ή αρνητικών δομών σκέψης και συμπεριφοράς, αλλά επίσης, μαθαίνει

να διαχειρίζεται τις ανεπιθύμητες συνέπειες της διαταραχής σε ποικίλες περιόδους της ζωής του.

Οι θεραπείες αυτές παρέχονται είτε σε ατομικό είτε σε ομαδικό επίπεδο. Συνήθως οι νέες μητέρες αποδέχονται πιο εύκολα τις ατομικές ψυχολογικές παρεμβάσεις από ό,τι τις φαρμακολογικές και ομαδικές θεραπείες, και αυτό διότι, κατά αυτόν τον τρόπο, παρέχεται εξατομικευμένη φροντίδα και ευελιξία προγραμματισμού. Από την άλλη πλευρά, και η ομαδική θεραπεία θα μπορούσε να συμβάλει θετικά, εφόσον είναι μία διαδικασία αλληλεπίδρασης με στόχο την ενίσχυση του κοινωνικού δικτύου υποστήριξης και την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού που πολλές μητέρες βιώνουν μετά τον τοκετό.

Η ψυχοθεραπεία φαίνεται να έχει παρόμοια απάντηση με τα αντικαταθλιπτικά. Η προσθήκη ψυχοθεραπείας στη φαρμακοθεραπεία φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα ύφεσης σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα και ανθεκτική στη θεραπεία κατάθλιψη.

10.4 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Όταν η χορήγηση φαρμάκων δεν είναι ασφαλής ή όταν η ασθενής δεν ανταποκρίνεται στις ψυχοθεραπείες, υπάρχει η δυνατότητα εφαρμογής ενός άλλου είδους θεραπείας της λεγόμενης ηλεκτροσπασμοθεραπείας. Είναι μία ασφαλής και χωρίς ιδιαίτερες παρενέργειες θεραπεία, που, όμως, λόγω προκαταλήψεων χρησιμοποιείται σπάνια (Χαρτοκόλλης, 1991).

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μία διαδικασία, κατά την οποία εφαρμόζεται βραχείας διάρκειας ηλεκτρικό ρεύμα κάτω από συνθήκες γενικής αναισθησίας και μυοχάλασης, με σκοπό την πρόκληση γενικευμένης επιληπτικής κρίσης. Ο ακριβής μηχανισμός είναι άγνωστος, αλλά θεωρείται ότι προκαλεί βιοχημικές αλλαγές στον εγκέφαλο, αύξηση των επιπέδων νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης, παρόμοιες με αυτές που προκαλούν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Ραγιά, 2009). Ιδιαίτερα αποτελεσματική είναι στην περίπτωση της ανθεκτικής κατάθλιψης σε αυτοκτονικούς ασθενείς και σε ασθενείς σε διέγερση ή εμβροντησία.

Όσον αφορά στην αποκατάσταση της επιλόχειας κατάθλιψης, δοκιμάζεται κλινικά και η φωτοθεραπεία, δηλαδή η έκθεση του αρρώστου σε άφθονο τεχνητό φως σε ορισμένες ώρες της ημέρας. Πιστεύεται ότι το φως του φυσικού περιβάλλοντος επιδρά στον ύπνο, στην ενεργητικότητα και στις νευροενδοκρινικές λειτουργίες, με αποτέλεσμα να μπορεί να διορθώνει και να θεραπεύει τη διαταραγμένη του διάθεση (Gjerdingen, 2003).

10.5 Πορεία της νόσου

Η πρόγνωση της νόσου είναι καλή, εφόσον διαγνωσθεί έγκαιρα και εφαρμοστεί μία αποτελεσματική θεραπεία. Σχεδόν τα 2/3 των ασθενών με επιλόχεια κατάθλιψη αναρρώνουν μέσα σε 12 μήνες, ενώ σε περιπτώσεις πιο βαριάς μορφής, η πλήρης ανάρρωση μπορεί να απαιτήσει έως και ένα χρόνο. Σε μερικές γυναίκες μπορεί να παραμείνουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα ήπια υπολειμματικά συμπτώματα, όπως ευερεθιστότητα, θλίψη ή αδιαφορία για δραστηριότητες. Σε άλλες μπορεί να εμφανιστούν συχνές υποτροπές, γεγονός που επηρεάζει την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού.

Εάν η επιλόχεια κατάθλιψη μείνει αθεράπευτη, μπορεί να κάνει πολύ καιρό (περισσότερο από ένα χρόνο) να περάσει, ενώ υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να επανέλθει η κατάθλιψη μετά τον τοκετό, είτε στο κοντινό μέλλον, είτε και μετά από νέα εγκυμοσύνη(Δασκαλόπουλος, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^Ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

11.1 Ο ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας στη θεραπεία της επιλόχειου κατάθλιψης

Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, ως επιστήμη, έχει την αποστολή να βοηθήσει τον καταθλιπτικό ασθενή στην προσπάθεια να επιτύχει μια ψυχοσωματική και πνευματική ανανέωση, να ξαναβρεί τη ζωτικότητα και την αγάπη για τη ζωή, να αισθανθεί ότι έχει προσωπική αξία και ικανότητες. Οι 3 βασικές ομάδες αναγκών στις οποίες εστιάζει η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας αφορά στις (Ραγιά, 2009):

- ✓ Άμεσες ανάγκες, σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια της ασθενούς
- ✓ Βραχυπρόθεσμες ανάγκες, που αφορούν στη νοσηλεία, θεραπεία και την προετοιμασία να βγει η ασθενής από το νοσοκομείο.
- ✓ Μακροπρόθεσμες ανάγκες, που αναφέρονται στην εκπαίδευση της ασθενούς και της οικογένειάς της για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση αυτής.

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι αυτοί που καλούνται να ιεραρχήσουν και να καλύψουν τις παραπάνω ανάγκες, να εκτιμήσουν την κατάσταση του αρρώστου και να αναπτύξουν σχέδιο φροντίδας, έχοντας συναίσθηση της επαγγελματικής ευθύνης και εν γένει των νοσηλευτικών αξιών (Watson, 2006). Πρέπει να διαθέτουν πολλά προσόντα ως θεραπευτές ή ως ενεργά μέλη της θεραπευτικής, όπως γνώσεις, ενδιαφέρον, περιέργεια, πολλή υπομονή, αυτοπεποίθηση, καθώς επίσης, και ικανότητες καλής συνεργασίας τόσο με τους ασθενείς, όσο και με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας.

Η θέση του νοσηλευτή και η φύση της εργασίας του τον καθιστούν το μέλος εκείνο της ομάδας που έχει τη δυνατότητα να παρατηρεί τους ασθενείς σε 24ωρη βάση. Η διαρκής αυτή επαφή παρέχει στο νοσηλευτή τη δυνατότητα συλλογής πολλών στοιχείων σχετικά με τη συμπεριφορά των ασθενών και τις σχέσεις τους με τους ανθρώπους, που έρχονται σε επαφή, είτε αυτοί είναι συνασθενείς τους, συγγενείς τους ή μέλη του προσωπικού. Με αυτόν τον τρόπο, ο νοσηλευτής –περισσότερο από κάθε άλλο μέλος της θεραπευτικής ομάδας- συμβάλλει στην αποσαφήνιση της ψυχοπαθολογίας του αρρώστου και των προβλημάτων που αντιμετωπίζει, καθώς και των δυνατοτήτων του (Παπαγεωργίου- Βασιλοπούλου, 2005).

11.2 Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή στη θεραπεία επιλόχειας κατάθλιψης

Ένας τρόπος με τον οποίο επιτυγχάνονται οι υγειονομικοί και νοσηλευτικοί στόχοι της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας, είναι οι επισκέψεις στο σπίτι. Οι επισκέψεις στο σπίτι αρκετές φορές αποκαλύπτουν την πραγματική εικόνα, που μέσω της έμπειρης ματιάς του επαγγελματία ψυχικής υγείας μπορεί εύκολα να επιβεβαιώσει ή να ανατρέψει την ύπαρξη ή όχι της θετικής ατμόσφαιρας, την οποία προσποιούνται πολλές φορές οι οικείοι του ασθενούς, όταν προσέρχονται στις μονάδες Κοινωνικής Ψυχιατρικής (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2005).

Είναι, ίσως, ο αρχαιότερος τρόπος που χρησιμοποιούνταν για την ανίχνευση της δυστυχίας, των αναγκών και των ποικίλων προβλημάτων που αντιμετώπιζαν άτομα ή οικογένειες (Καλοκαιρινού, 2005). Οι κυριότεροι από τους λόγους που καθιστούν αναγκαία την επίσκεψη του Κοινοτικού Νοσηλευτή στο σπίτι ενός ψυχικά αρρώστου είναι:

- Η αναγνώριση και παραδοχή του προβλήματος, καθώς και η ενημέρωση των λεχωίδων, που δεν έχουν επισκεφθεί τις ψυχιατρικές μονάδες, όσον αφορά τη φύση της ασθένειάς τους. Η επιτόπου εκπαίδευση της οικογένειας για την αντιμετώπιση της ασθένειας, η προετοιμασία της για αναγνώριση της υποτροπής, καθώς και η επισήμανση των ευθυνών τόσο της λεχωίδας, όσο και της οικογένειάς της σε σχέση με την αντιμετώπιση υποτροπής στο σπίτι.
- Η δημιουργία ενός άνετου περιβάλλοντος, όπου η άρρωστη να αισθάνεται ασφαλής να εκφράσει τα συναισθήματα και τις φοβίες της χωρίς να φοβάται μήπως κατακριθεί ή αποδοκιμασθεί από τον κοινωνικό περίγυρο. Η επίσκεψη στο σπίτι ως μέθοδος επικοινωνίας είναι πιο προσωπική και εξατομικευμένη (Καλοκαιρινού, 2005).
- Η εξακρίβωση των συνθηκών διαβίωσης, όσον αφορά στην καθαριότητα και την υγιεινή διατροφή. Για τις μητέρες τους πρώτους μήνες μετά τη γέννα και συγκεκριμένα για τις μητέρες που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη, είναι απαραίτητη για τη σωματική και ψυχική ευεξία τους η πρόσληψη αμύλου κάθε τρεις ώρες. Η διαίτα αμύλου περιλαμβάνει αλεύρι, ρύζι βρώμη, πατάτες, καλαμπόκι και προϊόντα σικάλεως. Επίσης, σημαντικό είναι να συνδυαστεί με μία διαίτα πρωτεϊνών και πλούσιες μερίδες φρούτων και λαχανικών. Ειδικότερα,

οι γυναίκες που θηλάζουν, πρέπει να εξασφαλίσουν στη διατροφή τους άμυλο, βιταμίνες και πρωτεΐνες. Χωρίς, όμως, να παραμεληθεί το ασβέστιο, χρειάζονται μεγάλες ποσότητες τόσο για το παιδί, όσο και για τα υγιή οστά της μητέρας (Dalton et al, 2001).

- Ο έλεγχος για τη σωστή λήψη των ψυχοφαρμάκων και η καταγραφή τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών τους.

11.3 Ο ρόλος του Νοσηλεύτη στην χορήγηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

- Χορήγηση των παραγγελθέντων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με συνέπεια και υπευθυνότητα, καθώς και με εξασφάλιση της θεληματικής συμμόρφωσης της αρρώστου.
- Να επιλέγονται φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται συχνότερα και για τις οποίες υπάρχει πληρέστερη ενημέρωση για τη φαρμακοκινητική δράση τους.
- Να προτιμώνται ουσίες με βραχύτερη ημι-ζωή, ταχύτερη απέκκριση και λιγότερα ανεπιθύμητα συμπτώματα μετά τη διακοπή τους.
- Να χορηγούνται φάρμακα, μόνο όταν υφίσταται κίνδυνος για τη μητέρα, ώστε οι πιθανές συνέπειες για τη μητέρα και το μωρό να είναι μικρότερες από τη μη λήψη αγωγής (ioanninamed, 2011).
- Ρύθμιση λήψης των φαρμάκων, πριν από την κατάκλιση.
- Διδασκαλία της αρρώστου να μην οδηγεί αυτοκίνητο και να μη χειρίζεται επικίνδυνα εργαλεία, όταν έχει πάρει ηρεμιστικά φάρμακα.
- Συστηματική μέτρηση ζωτικών σημείων για την αποφυγή ταχυκαρδίας ή αρρυθμιών. Η άρρωστη μπορεί να παρουσιάσει κρίση υπέρτασης (παρενέργεια αναστολέων μονοαμεινοξειδάσης). Αυτό συμβαίνει, όταν το άτομο λαμβάνει τροφές που περιέχουν τυραμίνη (οινοπνευματώδη ποτά, τυροκομικά, μπανάνες ,αβοκάντο). Η θεραπεία της υπέρτασικής κρίσης συνίσταται στη διακοπή του φαρμάκου και χορήγηση αντιυπερτασικού φαρμάκου, που δρα άμεσα. Διδασκαλία του αρρώστου για την αποφυγή συγκεκριμένων τροφών κατά το διάστημα της θεραπείας (Ραγιά, 2009).
- Υποβολή της γυναίκας σε εργαστηριακές εξετάσεις (γενική εξέταση αίματος, ηπατικές δοκιμασίες, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα).

- Παρότρυνση της ασθενούς για λήψη τροφών με άφθονες ίνες, αύξηση της σωματικής άσκησης και λήψη πολλών υγρών για αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας. Διδασκαλία της αρρώστου να μετρά τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά της.
- Προγραμματισμένη συστηματική παρατήρηση και περιγραφή της συμπεριφοράς της λεχωίδας. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι, καθώς δρουν τα φάρμακα αυτά και αρχίζει να βελτιώνεται η διάθεση, το άτομο έχει αυξημένη ενεργητικότητα. Τότε ακριβώς υπάρχει κίνδυνος να πραγματοποιήσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας. Η πιθανότητα αυτοκτονίας αυξάνει, καθώς ελαττώνεται το επίπεδο της κατάθλιψης (Ραγιά, 2009).

11.4 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΜΗΤΕΡΕΣ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

Η χάραξη των υπηρεσιών που απαιτούνται για την αντιμετώπιση αυτής της ψυχιατρικής νόσου προϋποθέτουν τα κάτωθι:

- Μία πολυδιάστατη ομάδα ειδικών. Η ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας (ΟΕΨΥ) αποτελείται από πολλές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας, όπως είναι οι ψυχίατροι, οι νοσηλεύτες, οι επισκέπτες υγείας, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι, οι εργοθεραπευτές, οι λογοπαιδικοί, οι ειδικοί παιδαγωγοί κ.α.. Η ύπαρξη αυτής της ομάδας συμβάλλει:
 - στην πρόληψη και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.
 - στον εντοπισμό και την καταπολέμηση- με σκοπό τη μείωση και την εξάλειψη-των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που παρεμποδίζουν τις προσπάθειες θεραπείας και αποκατάστασης.
 - στην προαγωγή, ενίσχυση και εμπλοκή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στο σχεδιασμό, την παροχή και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και για τα τρία στάδια πρόληψης.
 - στην εκπαίδευση του προσωπικού να αναπτύξει υπηρεσίες και να διεξαγάγει έρευνες συμπεριλαμβανομένων των θεραπευτικών καινοτομιών (Παπαγεωργίου –Βασιλοπούλου, 2005).
- Μία κοινοτική υπηρεσία. Η κατ' οίκον αξιολόγηση και θεραπεία ενδείκνυται για αυτές τις ασθενείς. Η επίσκεψη στο σπίτι δίνει τη δυνατότητα στο νοσηλεύτη να αντιληφθεί την πραγματική οικογενειακή κατάσταση και να σχηματίσει σαφή εικόνα των σχέσεων, των μελών της, των συνθηκών διαβίωσης, των προβλημάτων, των συνθηκών υγείας και διατροφής. Επιπλέον, τα μέλη της οικογένειας αισθάνονται

μεγαλύτερη άνεση να συζητήσουν θέματα και προβλήματα στο σπίτι τους. (Καλοκαιρινού, 2005)

- Ημερήσια φροντίδα. Ένα νοσοκομείο ημέρας μπορεί να παράσχει μία πλήρη γκάμα παρεμβάσεων, ομάδες θεραπείας παιχνιδιού, τάξεις μητρότητας, διαχείριση άγχους, εργασιακή θεραπεία. Η παρουσία μητέρων με παρόμοιες διαταραχές αποτελεί πλούσια πηγή υποστήριξης. Τα παιδιά τα φροντίζουν παιδιατρικές νοσηλεύτριες σε ένα παιδικό σταθμό.
- Υπηρεσίες εσωτερικών ασθενών. Η συνδυασμένη εισαγωγή της μητέρας μαζί με το μωρό είναι κατά πολύ ανώτερη από την εισαγωγή μόνο της μητέρας. Οι πτέρυγες που αφιερώνονται στη συνδυασμένη εισαγωγή έχουν, επίσης, πλεονεκτήματα έναντι των πτερύγων στα γενικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, αν και είναι δύσκολη η χρηματοδότησή τους.
- Μία υπηρεσία μαιευτικής συμβουλευτικής. Οι μαιές παρέχουν στη λεχιάδα:
 - οδηγίες πάνω στον τομέα της υγιεινής και της διατροφής,
 - συμβουλευτική πάνω σε θέματα που σχετίζονται με την ψυχολογία της εγκύου και του συντρόφου της με στόχο την προσαρμογή τους στο γονικό ρόλο,
 - γραμμή υποστήριξης εξυπηρέτησης σε μητέρες που αδυνατούν να μεταβούν στα κέντρα συμβουλευτικής.
- Σύνδεση με άλλους φορείς που παρέχουν υπηρεσίες για μητέρες. Οι κοινωνικές υπηρεσίες έχουν ένα ρόλο-κλειδί. Έχουν την εμπειρία και τα εφόδια για να αντιμετωπίσουν τις πρακτικές δυσκολίες του να είσαι μητέρα. Για παράδειγμα μπορούν να κανονίσουν κάποια οικιακή βοήθεια ή παιδικό σταθμό. Στις ακραίες περιπτώσεις, μπορούν να ανακουφίσουν τα βάρη της μητέρας και να περιφρουρήσουν το μωρό, παρέχοντας ξενώνα επείγουσας φροντίδας. Επίσης, περιλαμβάνονται μαιευτικές υπηρεσίες, ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας και υπηρεσίες παιδοψυχιατρικής.
- Ένα δίκτυο εθελοντικών οργανισμών. Δεν υπάρχει κανείς πιο κατάλληλος για να στηρίξει μία μητέρα με κατάθλιψη από μία άλλη μητέρα, που έχει υποφέρει από παρόμοιο πρόβλημα και είναι τώρα καλά, εφόσον γνωρίζει τα τεχνάσματα και τα λόγια παρηγοριάς, που βοήθησαν εκείνη, και είναι ένα ζωντανό παράδειγμα της ελπίδας για ανάρρωση.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ-ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Ιατρικοί-νομικοί πραγματογνώμονες .Οι συμβουλές των ειδικών είναι συχνά απαραίτητες στις περιπτώσεις κακοποίησης του παιδιού ή βρεφοκτονίας, καθώς και όταν μία μητέρα με ψυχική νόσο αναζητά την επιμέλεια ή την πρόσβαση στα παιδιά της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

12.1 Κλινική περίπτωση

Η τριαντάχρονη Άννα αρκετά συμπαθητική, αλλά κάπως απεριποίητη και εξαντλημένη, χαμογελούσε αμήχανα και διστακτικά στον ψυχίατρο, χωρίς να γυρνάει το βλέμμα της ούτε δευτερόλεπτο στο ενός μηνός βρέφος, που κρατούσε η αδερφή της. Η Άννα είναι παντρεμένη εδώ και 2 χρόνια με έναν σύζυγο αδιάφορο ως προς την κατάσταση, την οποία αντιμετωπίζει η γυναίκα του. Ξεκίνησε λέγοντας: «Ενώ θα έπρεπε να πετάω απ' τη χαρά μου, δεν μπορώ να απολαύσω στιγμές ευτυχίας με το μωρό μου, καθώς επίσης και κάθε άλλη δραστηριότητα που παλιότερα με ευχαριστούσε. Νοιώθω συνεχώς στενοχωρημένη, αγχωμένη, νευρική, ακόμη και εκνευρισμένη. Μέχρι και τύψεις με βασανίζουν συνεχώς. Σκέψεις ότι δεν είμαι καλή μητέρα, καλή σύζυγος και γενικά ότι δεν αξίζω για τίποτα». Πολύ αργότερα παραπονέθηκε για συμπτώματα, όπως ανορεξία και διαταραχές ύπνου. Επιπλέον, παραδέχτηκε ότι δεν ήταν η πρώτη φορά που αισθανόταν έτσι, αλλά παρόμοιο πρόβλημα είχε παρουσιάσει, πριν από 4 χρόνια.. Η διάγνωση που τέθηκε από τον ψυχίατρο είναι επιλόχειος κατάθλιψη.



12.2 Νοσηλευτική εκτίμηση

Η νοσηλευτική εκτίμηση αφορά στα στοιχεία που συγκεντρώνει ο νοσηλευτής κατά τη συνέντευξη με την ασθενή και με την οικογένειά της μέσω της παρατήρησης του περιβάλλοντος, στο οποίο ζει, με ανασκόπηση του προηγούμενου ιστορικού της ή σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας. Βασίζεται σε:

- ✓ Αντικειμενικά στοιχεία: στοιχεία που γίνονται αντιληπτά με τις αισθήσεις και συγκεντρώνονται από την παρατήρηση της ασθενούς, το ιστορικό της και τις πληροφορίες από άλλους.
- ✓ Υποκειμενικά στοιχεία: οι εκφράσεις που χρησιμοποιεί η ίδια η ασθενής για να περιγράψει το πρόβλημά του.

Η εκτίμηση της ασθενούς συστήνεται να ξεκινά με τη χρήση κάποιου εργαλείου αξιολόγησης της κατάστασης, όπως αποτελούν τα ειδικά ερωτηματολόγια αναγνώρισης των γυναικών που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη. Υπάρχουν 2 απλές ερωτήσεις στις οποίες υποβάλλονται οι γυναίκες από τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Οι ερωτήσεις αυτές αποτελούν πρωταρχικό βήμα στη διαδικασία αναγνώρισης και διαλογής των γυναικών που βρίσκονται σε κίνδυνο: «Είστε λυπημένη ή στενοχωρημένη»; «Έχετε χάσει το ενδιαφέρον σας για δραστηριότητες που στο παρελθόν σας ήταν ευχάριστες»;

Το δεύτερο βήμα του νοσηλευτή είναι να εκτιμήσει αν υπάρχει:

- αυτοκτονικός ιδεασμός, παρατηρώντας τη συμπεριφορά της λεχιάδας, καθώς οι ιδέες αυτοκτονίας σε σοβαρής βαρύτητας επιλόχεια κατάθλιψη δεν είναι ασυνήθιστες.
- επιθετικότητα και πρόθεση να βλάψει το βρέφος.

Ωστόσο, από την συμπτωματολογία δεν προκύπτουν σαφείς ενδείξεις τόσο αυτοκτονικών τάσεων, όσο και κακομεταχείρισης προς το παιδί της.

Στη συνέχεια, γίνεται εκτίμηση τόσο του ατομικού, όσο και του οικογενειακού ιστορικού ψυχικών διαταραχών. Στην περίπτωση μας η ασθενής έχει προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης. Ενδεχομένως, η παρούσα κατάσταση της υγείας της μπορεί να υποδηλώνει υποτροπή της προηγούμενης ψυχικής διαταραχής.

Ακολούθως, γίνεται εκτίμηση για το αν υπάρχει επαρκές κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο (στήριξη και κατανόηση από τον σύζυγο και την οικογένεια). Σε αυτή την περίπτωση, ο

σύζυγος φαίνεται να είναι απαθής ως προς τις δυσκολίες που βιώνει η σύντροφός του, να αδιαφορεί έως και να μην συμμερίζεται καθόλου την ιδιαιτερότητα της ψυχικής της κατάστασης.

Τέλος, γίνεται εκτίμηση του κατά πόσο έχει επηρεαστεί ο τρόπος σκέψης, τα συναισθήματα και η επικοινωνία της ασθενούς. Η έγκαιρη αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας υποδεικνύει ότι η γυναίκα έχει συναίσθηση της κατάστασης της υγείας της και διάθεση για άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος.

Επίσης, κρίνεται απαραίτητο όλες οι γυναίκες με καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τη λοχεία να υποβάλλονται σε μία σειρά από εξετάσεις, όπως αίματος ή ορμονικές για τον αποκλεισμό της ύπαρξης υπέρ-υποθυρεοειδισμού.

12.3 Ανάγκες-προβλήματα

Οι ανάγκες και τα προβλήματα που προκύπτουν από την εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς είναι τα εξής:

- Μείωση της όρεξης.
- Διαταραχές ύπνου.
- Μειωμένη έως και ελάχιστη επαφή (συναισθηματική και σωματική) με το βρέφος.
- Αδιαφορία ως προς την εξωτερική εμφάνιση και την προσωπική της υγιεινή.
- Μειωμένη ενασχόληση με δραστηριότητες.
- Άγχος.
- Αίσθημα αναξιότητας και μειωμένης αυτοεκτίμησης ως προς τις ευθύνες που καλείται να αναλάβει ως μητέρα.
- Ανεπαρκής συζυγική υποστήριξη.

12.4 Νοσηλευτική διάγνωση

Σε αυτό το στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας, η ψυχιατρική νοσηλεύτρια αναλύει τα στοιχεία της εκτίμησης και διαμορφώνει τις νοσηλευτικές διαγνώσεις. Η νοσηλευτική διάγνωση έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- ✓ το παρόν πρόβλημα, το οποίο περιγράφεται με τη νοσηλευτική διάγνωση,
- ✓ την αιτιολογία του προβλήματος, η οποία σχετίζεται άμεσα με τη διάγνωση,
- ✓ τα υποστηρικτικά στοιχεία, τα οποία είναι τα σημεία και τα συμπτώματα στην παρούσα φάση της αρρώστιας της ασθενούς. Η Νοσηλευτική Ψυχιατρική Διάγνωση,

σύμφωνα με την NANDA(North American Nursing Diagnosis Association) περιγράφει τις εμπειρίες που βιώνει η άρρωστη με στόχο τον καθορισμό των παρεμβάσεων.

Νοσηλευτικές διαγνώσεις:

- Άγχος σχετιζόμενο με αναποτελεσματική αντιμετώπιση των καινούριων ευθυνών.
- Κίνδυνος ανεπαρκούς διατροφικής λήψης λόγω απώλειας όρεξης.
- Κίνδυνος διαταραχής οικογενειακών σχέσεων σχετιζόμενος με ελλιπή συμμετοχή του συζύγου στο πρόβλημα.
- Μειωμένη αυτοεκτίμηση και αίσθημα αναξιοσύνης σχετιζόμενα με αναποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάστασης.
- Ανεπαρκής φροντίδα και παραμέληση του εαυτού της.
- Αποτυχία στο δέσιμο μητέρας-βρέφους σχετιζόμενη με ανικανότητα της πρώτης να επικοινωνήσει(σωματικά και συναισθηματικά).
- Διαταραχές ύπνου λόγω άγχους και έντονης συναισθηματικής/σωματικής φόρτισης.
- Έλλειψη ευχαρίστησης για δραστηριότητες που παλαιότερα την ικανοποιούσαν.

12.5 Αντικειμενικοί σκοποί

- Η ασθενής να λαμβάνει επαρκή ποσότητα φαγητού στις κανονικές ώρες και να μην παρουσιάζει συμπτώματα ελλιπούς διατροφής ή αφυδάτωσης.
- Σταδιακή αποκατάσταση της λειτουργίας του ύπνου, να καταφέρει η ασθενής να κοιμάται τουλάχιστον 8 ώρες το 24ώρο.
- Να αναπτύξει η μητέρα επαφή με το βρέφος τόσο συναισθηματική, όσο και σχέση φροντίδας.
- Να αρχίσει να δείχνει ενδιαφέρον για την εμφάνιση, την προσωπική υγιεινή και τον καλλωπισμό της εικόνας της.
- Να αρχίσει να συμμετέχει ενεργά σε αγαπημένες ομαδικές ή ατομικές δραστηριότητες, τις οποίες αισθάνεται ότι έχει παραμελήσει.
- Να καταπολεμήσει το άγχος, εκδηλώνοντας αισιοδοξία και ελπίδα ότι θα καταφέρει να βγει νικήτρια από αυτή τη δοκιμασία.

- Να τονωθεί η αυτοεκτίμηση της ασθενούς με τη συμμετοχή της σε προγράμματα συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας.
- Να αρχίσει ο σύζυγος να συμμερίζεται και να εκδηλώνει έμπρακτα το ενδιαφέρον του, όσον αφορά στην κατάσταση της γυναίκας, αλλά και στη φροντίδα του βρέφους.

12.6 Νοσηλευτική παρέμβαση

Στόχος των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του αρρώστου και να επιτυγχάνουν τα επιθυμητά αποτελέσματα, που έχουν τεθεί στα προηγούμενα στάδια. Κάθε νοσηλευτική παρέμβαση στηρίζεται σε λογικά στοιχεία και υπάρχει ένα συγκεκριμένο σκεπτικό, το οποίο στηρίζεται στην προσπάθεια να εξασφαλιστεί η επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών που έχουν τεθεί εξ αρχής.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις όσον αφορά:

- ✓ **Στην ανορεξία και στην ανεπαρκή πρόσληψη τροφής**
 - Συνεργασία με το διαιτολόγο, ώστε να συμπεριληφθούν στο διαιτολόγιο της ασθενούς τροφές της αρεσκείας της.
 - Ζύγισμα της ασθενούς αμέσως μετά την έγερση. Τήρηση αυστηρού ισοζυγίου υγρών και στερεών.
 - Διδασκαλία για τη χρησιμότητα της πρόσληψης τροφής τόσο για την κάλυψη των δικών της θρεπτικών αναγκών, όσο και του βρέφους (θηλασμός).
 - Εξασφάλιση ευχάριστου περιβάλλοντος και ανάπαυσης της ασθενούς πριν και μετά τα γεύματα.
- ✓ **Στη λειτουργία του ύπνου**
 - Παρότρυνση της ασθενούς να παραμένει εκτός κρεβατιού στη διάρκεια της ημέρας, ώστε να μπορεί να κοιμηθεί με μεγαλύτερη άνεση το βράδυ.
 - Διδασκαλία για τεχνικές χαλάρωσης και τεχνικές μείωσης της έντασης, ώστε να επέλθει πιο εύκολα ο ύπνος.
 - Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος με μείωση των ακουστικών ερεθισμάτων αναθέτοντας για λίγο διάστημα τη φροντίδα του βρέφους σε κάποιο άλλο συγγενικό πρόσωπο (μητέρα, αδερφή, σύζυγος).
 - Οριοθέτηση στη λήψη καφεϊνούχων, αλλά και ουσιών που προκαλούν έντονη διούρηση.
 - Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων, εφόσον δεν αποτελούν κίνδυνο για το βρέφος που θηλάζει.
- ✓ **Στις σχέσεις μητέρας- παιδιού**

- Ενθάρρυνση της λεχωίδας για την εκδήλωση θετικών συμπεριφορών και συναισθημάτων απέναντι στο βρέφος.
 - Ενθάρρυνση της γυναίκας να περνά χρόνο με το βρέφος (να το φροντίζει, να το θηλάζει στην περίπτωση που δεν παίρνει αντικαταθλιπτικά φάρμακα.)
 - Βοήθεια της ασθενούς να αναλάβει τις ευθύνες της ως μητέρα.
 - Συνεχής έπαινος για την ενασχόληση της με το παιδί.
- ✓ **Στην εμφάνιση και προσωπική υγιεινή**
- Προσφορά οδηγιών στην ασθενή βήμα προς βήμα (π.χ. «πρώτα πλένετε τα δόντια σας, μετά το πρόσωπο σας»).
 - Επίδειξη των οδηγιών, όταν η γυναίκα δυσκολεύεται.
 - Εφοδιασμός της ασθενούς με όλα τα απαραίτητα υλικά που θα χρειασθεί (οδοντόβουρτσα, οδοντόκρεμα, χτένα κ.λπ.).
 - Ενθάρρυνση της λεχωίδας να κάνει τακτικά μπάνιο, να ντύνεται προσεγμένα και να περιποιείται την εξωτερική της εικόνα σε καθημερινή βάση.
- ✓ **Στην έλλειψη ευχαρίστησης για δραστηριότητες**
- Προτροπή της λεχωίδας να συμμετάσχει σε ομαδικές δραστηριότητες και σε προγράμματα ψυχαγωγίας, ώστε να ανακαλύψει καινούργια ενδιαφέροντα.
 - Παρότρυνση του οικογενειακού περιβάλλοντος να ωθεί τη μητέρα και, όταν είναι εφικτό, να συμμετέχει στην εκτέλεση ορισμένων δραστηριοτήτων.
- ✓ **Στην καταπολέμηση του άγχους**
- Εξασφάλιση άνετου και ασφαλούς περιβάλλοντος, να αισθάνεται ότι περιβάλλεται από άτομα που την καταλαβαίνουν και συμμερίζονται τις ανησυχίες της.
 - Διδασκαλία διαχείρισης του άγχους με τεχνικές χαλάρωσης (αρωματοθεραπεία, γιόγκα, με αναπνοές) και διαλογισμό
 - Συνεννόηση με τον οικογενειακό περίγυρο της ασθενούς για μερική απαλλαγή των ευθυνών και καθηκόντων, χωρίς όμως να χάνεται ο ρόλος της ως μητέρας
 - Χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων, όταν όλες οι άλλες φυσικές μέθοδοι έχουν αποτύχει
- ✓ **Στην αύξηση της αυτοεκτίμησης της ασθενούς**
- Βοήθεια της ασθενούς να ανακαλύψει τις δυνατότητες της, ως μητέρας και συζύγου.

- Η ασθενής να συνάψει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό, να αρχίσει, δηλαδή, να επικοινωνεί με συνασθενείς και να ανταλλάσσει θετικές σκέψεις και μηνύματα.
 - Αφιέρωση χρόνου στην ασθενή αποκλειστικά για τον εαυτό της.
 - Προσφορά θετικής ανατροφοδότησης για τους στόχους που επιτυγχάνει μόνη της.
 - Εκτίμηση της συχνότητας των αρνητικών σκέψεων, καθώς προχωράει η θεραπεία.
- ✓ **Στον κίνδυνο διαταραχής των συζυγικών σχέσεων**
- Ενθάρρυνση του ζευγαριού να περνάνε χρόνο μαζί, να συζητάνε και να μοιράζονται τις ευθύνες.
 - Προσπάθεια καθυσύχασης του συζύγου, εξηγώντας ότι πρόκειται για μια παροδική και αναστρέψιμη κατάσταση, ότι δεν είναι η ίδια υπεύθυνη για αυτό που της συνέβη και δεν θα έπρεπε να αισθάνεται θυμωμένος μαζί της.
 - Διδασκαλία του συζύγου για το πώς να στηρίζει τη γυναίκα του δείχνοντας κατανόηση, υπομονή και διάθεση να βοηθήσει στη φροντίδα του βρέφους.

12.7 Αξιολόγηση ασθενούς

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων έχει ως σκοπό να καθορίσει, εάν ο στόχος της παρέμβασης επιτεύχθηκε επαρκώς, μερικώς ή καθόλου.

Οι αλλαγές που αναμένονται αφορούν τους εξής τομείς:

- ✓ Γνωσιακό περιβάλλον: αλλαγή δυσλειτουργικών πεποιθήσεων, έλεγχος αρνητικών σκέψεων, υιοθέτηση αποτελεσματικών τεχνικών επίλυσης προβλημάτων.
- ✓ Συναισθηματικό τομέα: μείωση αρνητικών συναισθημάτων, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, η απομόνωση.
- ✓ Συμπεριφορικό τομέα: υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών, βελτίωση κοινωνικών ικανοτήτων, βελτίωση τεχνικών αντιμετώπισης.

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μπορεί να οδηγήσει στην επανεκτίμηση της νοσηλευτικής διεργασίας. Η επαναξιολόγηση του σχεδίου φροντίδας και ο προγραμματισμός καινούργιων στόχων πραγματοποιούνται στο τέλος της νοσηλευτικής διεργασίας, αλλά και σε οποιοδήποτε στάδιο κρίνεται απαραίτητο.

Η ασθενής είναι σε θέση:

- να περιποιείται την εμφάνισή της και να φροντίζει τον εαυτό της.

- να επιδεικνύει την κατάλληλη αλληλεπίδραση με το βρέφος, με την παράλληλη ενίσχυση του μεταξύ τους δεσίματος (περνάει χρόνο μαζί του, το φροντίζει και φαίνεται να θέλει να συμμετέχει σε όλα όσα έχουν να κάνουν με το παιδί)
- να εκφράζει θετικά σχόλια για τον εαυτό της, να νιώθει περήφανη για την πρόοδο που έχει επιτύχει και να κάνει μελλοντικά σχέδια που να αφορούν τη ζωή και την οικογένεια της
- να χρησιμοποιεί επιτυχώς τις μεθόδους χαλάρωσης για το άγχος και τους κοινωνικούς φορείς για συνεχιζόμενη υποστήριξη και παροχή συμβουλευτικής
- να τρώει τις σωστές ποσότητες και τις σωστές ώρες χωρίς υπενθύμιση
- να δείχνει ικανότητες ελέγχου της προσωπικής της ζωής και ιδιαίτερος των συζυγικών σχέσεων
- να χρησιμοποιεί με επιτυχία τις τεχνικές χαλάρωσης για τον ύπνο και να κοιμάται συνεχόμενα 8 ώρες χωρίς φαρμακευτική αγωγή.

Συμπεράσματα - Προτάσεις

Η επιλόχειος κατάθλιψη θεωρείται ως ο εφιάλτης των σύγχρονων μητέρων και πλήττει ανεξάρτητα από το κοινωνικό-οικονομικό, μορφωτικό και βιοτικό επίπεδο. Παρόλο που έχει περιγραφεί ως μία ξεχωριστή νοσολογική οντότητα σε σχέση με τις άλλες επιλόχειες διαταραχές, δεν έχει ξεκαθαριστεί εάν εμφανίζεται ανεξάρτητα από αυτές ή αποτελεί επιβαρυσμένη μορφή της επιλόχειου μελαγχολίας ή ακόμη, εάν μπορεί να εξελιχθεί σε επιλόχειο ψύχωση. Πρόκειται για ένα πολύπλοκο θέμα τόσο στην κατανόηση, όσο και στην αντιμετώπιση και απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση για την αποσαφήνισή του.

Η διασύνδεση και ο συντονισμός των υπηρεσιών, η εκπαίδευση στην αναγνώριση ψυχιατρικής συμπτωματολογίας και η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας διαφόρων ειδικοτήτων σε θέματα ψυχικής υγείας, θα μπορούσαν να βοηθήσουν προς την κατεύθυνση αυτή, ώστε να γίνεται έγκαιρη διάγνωση ότι το άτομο πάσχει από ψυχική νόσο, καθώς και έγκαιρη παραπομπή του στην ειδική υπηρεσία ψυχικής υγείας για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

Ξένη βιβλιογραφία

Bloch, M., Rotenber G, N., Koren, D., Klein, E. (2006) “Risk factors for early postpartum depressive symptoms” *General Hospital Psychiatry* 28(1):3-8

Clamen, T. (2004) *Case Files Psychiatry*. Mc Graw -Hill companies Inc, page 49-51

Coler, M.S., Vincent, K.G. (2001) *Ψυχιατρική Νοσηλευτική Φροντίδα*. Εκδόσεις Έλλην, σελ 105-113

Caplan, G. (1961) *An approach to community mental health*. New York: Grune & Stratton

Dagher, R.K., Shenassa, E.D. (2012) “Prenatal health behaviors and postpartum depression: is there an association?” *Archives of Women's Mental Health* 15(1):31-7.

Dagher, R.K., McGovern, P.M., Dowd, B.E., Lundberg, U. (2011) “Postpartum depressive symptoms and the combined load of paid and unpaid work: a longitudinal analysis” *Int Arch Occup Environ Health* 84:735–743

Dalton, C., Holton, W. (2001) *Depression after childbirth*. New York, Oxford University Press.

Gavin N.I, Gaynes B.N, Lohr K.N, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T (2005) “Perinatal depression:A systematic Review of Prevalence and Incidence” *Obsetrics and Gynecology* 106:5: 1:1071-1083

G.Gelder, M., Lopez, J., Andreasen, N – I.(2008) *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελ 1644-1652.

Gjerdingen,D., (2003) “The Effectiveness of Various Postpartum Depression Treatments and the Impact of Antidepressant Drugs on Nursing Infants” *Journal of the American Board of family Medicine* 16:372– 82.

Hendrick MD, V. (2006) *Psychiatric Disorders in pregnancy and the Postpartum Principles and treatment* .New Jersey, Humana press, page 43

Henshaw, C., Foreman, D., Cox, J. (2004) “Postnatal blues: a risk factor for depression” *J Psychosom Obstet Gynaecol* 25(3-4):267-72

Kurstjens, S., Wolke, D. 2001, Effects of Maternal Depression on Cognitive Development of Children Over the First 7 Years of Life. *J. Child Psychol. Psychiat.* 42:5, pp. 623 - 636.

LaCoursiere, DY., Barrett-Connor, E., O’Hara, MW., Hutton, A., Varner, MW.(2010) ‘The association between pre-pregnancy obesity and screening positive for postpartum depression’ *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 117(8):1011-8.

Mattson, S., Smith, J.(2011)*Core Curriculum for Maternal-Newborn Nursing*.4th ed. Saunders, page 659-661

Nicolson, P., Wiley. (2001) *Postnatal depression*. England

O’Brien, LM., Heycock, EG., Hanna, M., Jones, PW., Cox, JL. (2004) “Postnatal Depression and Faltering Growth: A Community Study” *Journal of Pediatrics* Volume 113(5):242-7

Okano, T., Nomura, J., Kumar, R., Kaneko, E., Tamaki, R., Hanafusa, I., Hayashi, M., Matsuyama, A. (1998) “An epidemiological and clinical investigation of postpartum psychiatric illness in Japanese mothers” *Journal of Affective Disorders* 48:233-240

Payne, J.L., & Fields, E.S., & Meuchel, J.M., & Jaffe, C.J., & Jha, M. (2010) “Post adoption depression” *Arch Womens Ment Health* 13:147–151

Pappas, A., Hollingsworth, A., and Livingston, J.(2006) *Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική*. Αθήνα ,Εκδόσεις Έλλην, σελ.361

Pfuhmann, B., Stoeber, G., Beckmann, H. (2002) “Postpartum psychoses: prognosis, risk factors, and treatment”. *Current Psychiatry Report*. Volume 4, issue 3, pp 185-190

- Pitt, B. (1968) "Atypical depression following childbirth" *Br J Psychiatry* 114:1325-1335
- Segre, L., O'Hara, M.W., Arndt, S., Beck, C.T (2010) "Nursing Care for Postpartum Depression, Part 1: Do Nurses Think they should offer both Screening and Counseling?" *National Institutes of Health (NIH Public Access)*.35(4): 220–225
- Seyfried, L.S, Marcus, S.M. (2003) "Postpartum mood disorders' *International Review of Psychiatry*" 15:3:231-242
- Shaner MD, R. (2000) *Psychiatry*.2nd ed. Williams, L., &Wilkins, page 137
- Shapino, P. (2001) *Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική*. Επιμέλεια Ανδρέας Γεωργόπουλος. Αθήνα, Εκδόσεις Έλλην
- Sherwen, N.L., Scoloveno, M.A., Weingarten, C.T (1995) *Nursing care of the childbearing*.2nd ed.Appleton & Lange
- Simon, Vincent, Gettrust (2001) *Ψυχιατρική Νοσηλευτική Φροντίδα*. Αθήνα, Εκδόσεις Ίων
- Stephoe, A.(2007) *Depression and Physical Illness*. London, Cambridge university press, page 20
- Studd J. (2007) "Why are estrogens rarely used for the treatment of depression in women"? *Gynecol Endocrinol* 23:63-4
- Victorof, V. (1952) *Dynamics and management of parapartum neuropathic reactions*, *Diseases of the Nervous Systems* 13:291-298
- Vigod, S.N., Villegas, L., Dennis, C.L., Ross, L.E. (2010) "Prevalence and risk for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review". *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology (BJOG)* Volume 117, Issue 5, pages 540-550

Villegas, L. , McKay, K., Dennis, C-L., & Ross, L-E. (2011) “Postpartum Depression Among Rural Women From Developed and Developing Countries: A Systematic Review”. The Journal of Rural Health 27(3):278-88.

Watson Driscoll, J., (2006) “Postpartum depression. How Nurses can identify and care for women grappling with this disorder” Nursing for women’s health. 10 (5):400-9

Xie RH. , Lei J., Wang S., Xie H., Walker M., Wen SW. (2011) “Cesarean section and postpartum depression in a cohort of Chinese women with a high cesarean delivery rate” Journal of Women’s Health 20(12): 1881-6.

Ελληνική βιβλιογραφία

Γαλανάκη, Ε. (2003) *Η νεκρή μητέρα αναζητώντας τις αναπτυξιακές ρίζες της ψυχικής διαταραχής*. Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Γαρούφαλλος, Γ. (2007) “Κατάθλιψη και Συννοσηρότητα. Θεραπευτικές Οδηγίες” Hellenic Psychiatry General Hospital, 5(1):2008

Ζαρταλούδη, Α., Μαδιανός, Μ. (2011) “Δημογραφικά χαρακτηριστικά και αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας” Νοσηλευτική. 50(4):375-383

Ζαρταλούδη, Α., Μαδιανός, Μ. (2010) “Αναζητώντας βοήθεια από ένα Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής” Ψυχιατρική.21(2):126-135

Ιατρική εταιρία Αθηνών (1996) 22^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο με θέμα *Κατάθλιψη*. σελ 17-18

Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., Σουρτζή, Π. (2005) *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ ,σελ 65-71

Κλεφταράς, Γ. (1998) *Η κατάθλιψη σήμερα*. Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, σελ 15-18

Κονταξάκης, Β-Π., Χαβάκη-Κονταξάκη, Μ-Ι., Χριστοδούλου, Γ-Ν. (2005) *Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*. Αθήνα, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, σελ 299-304.

Κοτρώτσιου, Ε. (2001) *Ψυχιατρική νοσηλευτική*. εκδόσεις "ΕΛΛΗΝ" ΣΕΛ 183-184

Μαδιανός, Μ. (2003) *Κλινική Ψυχιατρική*. 2^η Έκδοση Συμπληρωμένη. Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη, σελ 242-243.

ΜακΚενζι, Κ., (2000) *Κατάθλιψη*. Βρετανική Ιατρική Εταιρία, Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα

Μαδιανός, Μ. (2000) *Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή*. 6^η Έκδοση Συμπληρωμένη. Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη, σελ 31

Μωραΐτου, Μ. (2007) *Ψυχοσωματική ετοιμασία για την μητρότητα*. Αθήνα, Εκδόσεις Παρισιάνου, σελ 41-46.

Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, Α. (2005) *Κοινωνική- Κοινωνική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, σελ 97,120-123

Ραγιά, Α. (2009) *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. 7^η Έκδοση Βελτιωμένη. Αθήνα, σελ 281,294, 296,304.

Τριχόπουλος, Δ., Τριχοπούλου, Α. (1986) *Προληπτική Ιατρική. Αγωγή υγείας, Κοινωνική Ιατρική, Δημόσια υγιεινή*. Αθήνα, Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισίανος

Φράγκου, Ε. (2007) “Τοπική και διαδερμική χορήγηση φαρμάκου με νέα φαρμακοτεχνικά συστήματα” *Ελληνική Δερματοχειρουργική*. Τόμος 4, (1):41-53

Χαρτοκόλλης, Π. (1991) *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*. 2^η Έκδοση Αναθεωρημένη. Εκδόσεις Θεμέλιο, σελ 208-209.

Χριστοδούλου, Γ.Ν. (1998) *Κατάθλιψη*. 2^η Έκδοση. Αθήνα, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, σελ 131-137.

Διαδίκτυο

Dalton, K., Cosmoanelixis (2006) *Προγεστερόνη και επιλόχεια κατάθλιψη* [online] διαθέσιμο

σε <<http://www.cosmoanelixis.gr/articles/viewArticle.php?viewarticle=219&alang=2>>

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας(ΕΠΨΥ) (2012) *Κατάθλιψη* [online] διαθέσιμο

σε <<http://www.depressionanxiety.gr/27/article/greek/27/92/index.htm> >

Δασκαλόπουλος, Θ., (2007) *Κατάθλιψη μετά τον τοκετό*[online]διαθέσιμο σε<http://psi-gr.tripod.com/depression_epilox_treatment.html>

Διαδικτυακό Ιατρικό Περιοδικό “Ίατωρ” (2012) *Κατάθλιψη μετά τη γέννα: Το οξύμωρο σχήμα* [online]διαθέσιμο σε<<http://www.iator.gr/xatzidimitriou/katathlipsigenahtml/>>

Ιατρικό Λεξικό “Iatronet”. (2012) *Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο*[online]Διαθέσιμο σε<http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/meizon-katathliptiko-epeisodio.html>

Ioanninamed (2011) *Επιλόχεια κατάθλιψη* [online]διαθέσιμο σε <http://www.ioanninamed.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=446%3Apostpartum-depression&catid=96%3Apsychology-advisory&Itemid=14&lang=el>

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ). *Τομέας Πρόληψης*[online]Διαθέσιμο σε<<http://www.prevention.gr/prog-prot-deut-trit.asp>>

Κελλαρτζής, Δ., Διδασκάλου, Θ., Μίκος, Θ., Μπόντης, Ι. *Κατάθλιψη της λοχείας* (2003) *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία* 15(2)[online]διαθέσιμο σε http://www.iatrikionline.gr/EL_M_2-2003/02/02anaskopisi.htm

Χατζηδημητρίου, Σ.,Talkingcure (2012) *Η ψυχολογία της γυναίκας μετά τη γέννα*[online]διαθέσιμο σε <http://www.talkingcure.gr/articles/8/index.html>

Παναγιωτοπούλου, Α., (2010)*Επιλόχειος κατάθλιψη*[online]διαθέσιμο σε<<http://www.dromostherapeia.gr/katathlipsi/epiloheios-katathlipsi.html>>