



**ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»**

**ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΝΕΛΛΑ Α.Μ. 7437
ΠΡΑΣΙΝΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ Α.Μ. 7592**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ : ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ MSc
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ**

ΠΑΤΡΑ, 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
1.1 ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	9
1.1.1 ΤΙ ΕΝΝΟΟΥΜΕ ΜΕ ΤΟΝ ΟΡΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΓΛΩΣΣΑ ..	9
1.1.2 ΤΙ ΕΝΝΟΟΥΜΕ ΜΕ ΤΟΝ ΟΡΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ?.....	10
1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	11
1.3.ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	12
1.3.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	13
1.4 ΕΙΔΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	15
1.5 ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	18
1.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ- ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ;	20
1.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	22
1.7.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	23
1.7.2 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	23
1.7.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΤΙΚΑΘΛΙΠΤΙΚΑ.....	25
1.7.4 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	32
1.7.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ.....	33
ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	38
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	38
2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	38
2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	39
2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	39
2.4 ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	40
2.5 ΑΙΤΙΕΣ.....	41
2.6 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	42
2.7 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	43
2.7.1 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	44
2.8 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	45
2.9 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ.....	47

2.9.1 Η ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ	48
2.9.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΜΩΡΟ	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	52
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	52
3.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ	52
3.2 Η ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ	53
3.2.1 ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗ	54
3.3 ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗ.....	54
3.3 ΕΙΔΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	55
3.4 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	58
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ/ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	58
4.1 Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	58
4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	61
4.2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ - Α ΙΣΤΟΡΙΚΟ.....	61
4.2.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ - Β ΙΣΤΟΡΙΚΟ.....	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	68
ΕΛΛΗΝΙΚΗ	68
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ	68
ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ.....	69
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	69
ΟΜΑΔΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	69

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Καταρχήν θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέποντα μας, καθηγήτρια κ. Σαλάτα Αποστολία, η οποία μας παρείχε πολύτιμες συμβουλές και υποδείξεις για την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας. Υπήρξε αδιάκοπο στήριγμα όλο αυτό το χρονικό διάστημα, επιδεικνύοντας αξιομνημόνευτη υπομονή με όλες μας τις απορίες. Καθώς και όλους τους καθηγητές μας που μας στήριξαν στις προσπάθειες που καταβάλαμε για γνώση, κατά την διάρκεια των τεσσάρων ετών της φοίτησης μας στο τμήμα Νοσηλευτικής.

Επιπλέον να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας για την ηθική και για την οικονομική τους αρωγή κατά την διάρκεια των σπουδών μας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατάθλιψη είναι η δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση του ατόμου που συνοψίζεται μια κατάσταση παθολογικής (έντονης και παρατεταμένης) θλίψης και συνοδεύεται από σημαντική μείωση αισθήματος και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχολογικών και οργανικών διαδικασιών.

Οι βιολογικές και ψυχολογικές διαφορές των δύο φύλων γίνονται περισσότερο έκδηλες κατά την εφηβεία και, στη συνέχεια, όταν το άτομο περνά στη φάση της ενηλικίωσης. Στη ζωή μίας γυναίκας παρατηρούνται συχνά αλλαγές στη διάθεσή της όταν διανύει διάφορες περιόδους, όπως είναι η εφηβεία, η εγκυμοσύνη και η κλιμακτήριος, κατά τις οποίες δεν είναι σπάνια η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Παρόλο που κατά την κύηση υπάρχει μία «έκρηξη» έκκρισης ορμονών στο γυναικείο οργανισμό, ωστόσο η πλειοψηφία των ψυχικών προβλημάτων παρουσιάζεται με την παρέλευσή της, κατά τη διάρκεια, δηλαδή, της λοχείας, όταν ο οργανισμός προσπαθεί να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα των ορμονών αυτών.

Ο τοκετός αποτελεί μία φυσιολογική διαδικασία για τον ανθρώπινο οργανισμό, την οποία, όμως, η κάθε γυναίκα βιώνει διαφορετικά. Από πολλές γυναίκες εκλαμβάνεται ως μία από τις καλύτερες στιγμές της ζωής τους και το πρώτο βήμα για την καινούρια ζωή με το παιδί τους, ενώ για άλλες αποτελεί αφετηρία ποικίλων προβλημάτων. Αυτό συμβαίνει, κυρίως, όταν η κύηση, η γέννα και η λοχεία δεν ακολουθούν τη φυσιολογική τους πορεία ή όταν η ίδια η μητέρα δεν τις θεωρήσει φυσιολογικές, λόγω προβλημάτων που πιθανά αντιμετωπίζει σε όλο αυτό το χρονικό διάστημα.

Φαίνεται ότι οι περίοδοι στη ζωή μίας γυναίκας κατά τις οποίες εκκρίνεται προγεστερόνη, όπως είναι η κύηση και ο θηλασμός, δραστηριοποιούν διάφορες μεταβολικές διαδικασίες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να εμφανίζονται διαταραχές στη διάθεσή της μετά τον τοκετό, μία κατάσταση η οποία είναι συνηθισμένη και γενικά θεωρείται φυσιολογική. Τότε είναι δυνατό να παρατηρηθούν αντιδραστικές ψυχικές καταστάσεις, οι οποίες δημιουργούνται για αντιμετώπιση διαφόρων συναισθηματικών εμπειριών. Μία τέτοια αντίδραση προκαλείται τόσο από εξωτερικά ερεθίσματα, όσο και από εσωτερικές διαταραχές/διαμάχες. Η πλειοψηφία των γυναικών αναφέρει ήπια συμπτώματα, όπως κλάμα, αϋπνία, μειωμένη όρεξη και γενικά αλλαγές στη διάθεση λίγες ημέρες μετά τον τοκετό. Οι καταστάσεις αυτές κατηγοριοποιούνται ως εξής: δυσφορία, νευρωτικές εκδηλώσεις και αντιδραστική καταθλιπτική διάθεση, και, συνήθως, αναφέρονται στην ανησυχία της γυναίκας για το μέλλον της ίδιας και της οικογένειάς της, με αποτέλεσμα να αισθάνεται άγχος.

Από την άλλη πάλι, υπάρχουν μερικές μητέρες για τις οποίες ο τοκετός αποτελεί μία

τραυματική εμπειρία. Οι ορμονικές αλλαγές που επιτείνουν τις ωδίνες και την ένταση του τοκετού, προκαλούν κάποιου είδους διατάραξη της πορείας της κύησης μέχρι εκείνη τη στιγμή. Μετά τον τοκετό, όταν το σώμα προετοιμάζεται για το θηλασμό, στις μητέρες, ιδιαίτερα σε όσες αποκτούν το πρώτο τους παιδί, μπορεί να παρατηρηθεί συναισθηματική καθυστέρηση. Σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προετοιμάζονταν να αγαπήσουν το παιδί τους και, όταν αυτό γεννιέται, συχνά εκπλήσσονται από την έλλειψη συναισθήματος που βιώνουν. Το αίσθημα αγάπης για το παιδί είναι ικανό να επιβεβαιώσει τη γυναίκα για τη μητρότητά της και μπορεί να την κάνει να χαλαρώσει και να περιμένει το στάδιο του θηλασμού. Σε αντίθετη περίπτωση, η ίδια αντιμετωπίζει το μωρό σαν αντικείμενο ή σαν να πρόκειται για κάποιον ξένο. Πολλές γυναίκες κλαίνε, όταν βρίσκονται στην κατάσταση αυτή, και φοβούνται ότι δε θα αποκτήσουν ποτέ αισθήματα αγάπης για το παιδί τους. Σε πολλές περιπτώσεις, όμως, λαμβάνοντας στοργικότητα από τους συζύγους και τα υπόλοιπα προσφιλή τους πρόσωπα, παράλληλα με την έναρξη του θηλασμού, αρχίζει να υποχωρεί και η συμπτωματολογία της νόσου.

Με το θηλασμό, ολοκληρώνεται η διαδικασία αυτής της τεκνοποίησης. Ακόμη κι αν το μωρό τρέφεται από το μπουκάλι, εντούτοις, η διαδικασία αυτή βοηθά στη δημιουργία μίας στενής επαφής ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί, γεγονός το οποίο ενισχύει μία αλληλεπίδραση συναισθημάτων μεταξύ των δύο και την κάνει να αισθάνεται ενωμένη με το μωρό της.

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Στην μελέτη αυτή θα γίνει μια προσπάθεια συνοπτικής αλλά έγκυρης ενημέρωσης για μια από τις πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές, την κατάθλιψη. Η κατάθλιψη αν και τόσο συχνή στην ουσία παραμένει άγνωστη στο ευρύ κοινό (και μερικές φορές δυστυχώς όχι μόνο σε αυτό). (Σικελιανού, 2010).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

1.1 ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

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

<<Κανένας άνθρωπος δεν έχει ακριβώς τις ίδιες εμπειρίες με ένα άλλον, γι' αυτό ποτέ δεν βλέπουμε τα πράγματα με τον ίδιο ακριβώς τρόπο.>> (Butler, 2000).

1.1.1 ΤΙ ΕΝΝΟΥΜΕ ΜΕ ΤΟΝ ΟΡΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΓΛΩΣΣΑ

Η λέξη κατάθλιψη έχει πολλές διαφορετικές σημασίες. Άλλα εννοούμε όταν την

χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας γλώσσα και άλλα όταν την χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε ένα κλινικό σύνδρομο που απαιτεί θεραπεία.

Στην καθομιλουμένη όταν λέμε ότι "σήμερα έχω κατάθλιψη", "είμαι στεναχωρημένος", "νιώθω λυπημένος", "δεν έχω κέφι", "αυτός ο άνθρωπος σου φέρνει κατάθλιψη" ή "νιώθω μελαγχολικά", στην ουσία αναφερόμαστε σε μια κατάσταση που έχει να κάνει με την διάθεσή μας. Η διάθεση είναι ένα συναίσθημα και γι'αυτό συνήθως χρησιμοποιούμε τον όρο "νιώθω" για να το περιγράψουμε. Η διάθεσή μας είναι καταθλιπτική ή μελαγχολική όταν είμαστε λυπημένοι για κάτι. Το αντίθετό της είναι η χαρά. Ωστόσο τις περισσότερες φορές δεν νιώθουμε ούτε το ένα ούτε το άλλο, αλλά μάλλον είμαστε σε μια ουδέτερη κατάσταση. Μπορούμε λοιπόν να δούμε ότι υπάρχει μια κλίμακα διαβάθμισης που στο ένα άκρο έχει την χαρά και στο άλλο την λύπη. Όσο πιο κοντά βρισκόμαστε προς την τελευταία τόσο πιο στεναχωρημένοι νιώθουμε, τόσο πιο μελαγχολικά και καταθλιπτικά αισθανόμαστε. Αυτό πάντως που είναι κοινό σε όλες τις περιπτώσεις είναι ότι κατάθλιψη, λύπη, μελαγχολία προκαλείται από ερεθίσματα που γενικά εκλαμβάνονται από τον άνθρωπο ως απώλεια κάποιου σημαντικού πράγματος. Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει ζήσει την συναισθηματική αυτή εμπειρία. Ανεξάρτητα αν κάποιοι άνθρωποι χρησιμοποιούν αυτό τον όρο για να εκφράσουν διαφορετικό βαθμό λύπης, ωστόσο όλοι καταλαβαίνουμε περίπου την σημασία της. Ως τέτοια εμπειρία, η κατάθλιψη συνήθως είναι μικρής διάρκειας και αυτοπεριοριζόμενη. Είμαστε στεναχωρημένοι για μικρό χρονικό διάστημα και πολύ εύκολα, όταν συμβεί κάτι ευχάριστο, η διάθεσή μας επανέρχεται. (<http://psixologoi2.blogspot.gr>)

1.1.2 ΤΙ ΕΝΝΟΟΥΜΕ ΜΕ ΤΟΝ ΟΡΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ?

Ο όρος Κατάθλιψη στην Ψυχιατρική υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή μια διαταραχή, η οποία προκαλεί έναν συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν συναντάται σε άλλη νόσο. Το συναίσθημα στην Κατάθλιψη είναι μόνιμο και έχει μεγάλη ένταση. Το πρωί μπορεί να είναι χειρότερο σε σχέση με το βράδυ ενώ ένας άνθρωπος που απλά είναι στεναχωρημένος έχει καλύτερη διάθεση όταν σηκώνεται το πρωί.

Ένα από τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου της Κατάθλιψης είναι και η άσχημη διάθεση και γι'αυτό το σύνδρομο ονομάστηκε έτσι. Δεν είναι όμως το μοναδικό ενώ μερικές φορές μπορεί και να απουσιάζει. Σαν αρρώστια, η Κατάθλιψη έχει κάποιους προδιαθεσικούς και αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της, μια συγκεκριμένη πορεία,

πρόγνωση και θεραπεία.

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.

Αν πάσχετε από κατάθλιψη, πρέπει να γνωρίζετε ότι δεν είστε μόνοι. Η κατάθλιψη είναι η ψυχική διαταραχή που εμφανίζεται συχνότερα. Ένα στα δέκα άτομα θα νοσήσει από κατάθλιψη κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής του. Από επιδημιολογικές έρευνες υπολογίζεται ότι το 6% περίπου του γενικού πληθυσμού πάσχει από κλινικά διαπιστωμένη κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι σ' όλον τον κόσμο και 550 χιλιάδες στη χώρα μας.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει επεξεργαστεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με την Παγκόσμια Τράπεζα του ΟΗΕ, με βάση το δείκτη βαρύτητας που μετρά τη συνολική επιβάρυνση στην προσωπική επαγγελματική & κοινωνική ζωή, πέντε από τις δέκα αρρώστιες με τον υψηλότερο δείκτη είναι ψυχικές. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, **η κατάθλιψη κατέχει την 4η θέση**, παγκοσμίως από πλευράς απώλειας ζωής, αναπηρίας και κοινωνικής δυσλειτουργίας ενώ προβλέπεται ότι το κατά το έτος 2020, θα καταλάβει την 1η θέση, στις Δυτικές κοινωνίες.

Πολλά ιστορικά πρόσωπα, όπως ο Αβραάμ Λίνκολν, η Βασίλισσα Βικτώρια και ο Ουίνστον Τσόρτσιλ έπασχαν από κατάθλιψη. Ο τελευταίος την αποκαλούσε "το μαύρο σκυλί του". Το ίδιο ισχύει για πολλούς συγγραφείς, όπως ο Έντγκαρ Άλαν Πόε, η Βιρτζίνια Γουλφ, ο Μαρκ Τουέιν, η Σύλβια Πλαθ, ο Έρνεστ Χέμινγουεϊ και ο Φράνσις Σκοτ Φιτζέραλντ, ζωγράφους όπως ο Βίνσεντ βαν Γκογκ και συνθέτες όπως ο Ρόμπερτ Σούμαν, ο Λούντβιχ βαν Μπετόβεν και ο Τσαϊκόφσκι.

Οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη, σ' όλες τις χώρες του κόσμου, δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες. Ο κίνδυνος εμφάνισης καταθλιπτικής διαταραχής σε όλη την διάρκεια ζωής του ατόμου (επιπολασμός ζωής) είναι 10%-20% για τις γυναίκες και 5% - 12% για τους άντρες.

Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία, ωστόσο η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα 25. Ενώ είναι δύο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες απ' ότι σε έφηβους και ενήλικους άντρες, είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια στην προεφηβική ηλικία. Η υψηλότερη συχνότητα και για άντρες και για γυναίκες είναι μεταξύ 25 και 44 ετών, ενώ ελαττώνεται και για τους δύο μετά τα 65.

Η κατάθλιψη ευθύνεται, περισσότερο από κάθε άλλη νόσο για τις απουσίες από το σχολείο και την εργασία στο ηλικιακό φάσμα των 15-45 ετών.

Αυτοί που εμφανίζουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο και δεν υποβάλλονται σε θεραπεία έχουν πιθανότητα 50% να εμφανίσουν και δεύτερο επεισόδιο μέσα σε 5 χρόνια. Μετά από 3 καταθλιπτικά επεισόδια το ποσοστό επανεμφάνισης φθάνει το 90%.

Η κατάθλιψη θεραπεύεται σε ένα ποσοστό 80-90% μετά από κατάλληλη θεραπεία. Δυστυχώς όμως, μόνο το 1/3 των ανθρώπων που υποφέρουν από κατάθλιψη υποβάλλονται σε θεραπεία. Οι άνθρωποι με σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο έχουν υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας έως και 15%. Η κατάθλιψη είναι η νόσος που, συχνότερα από οποιαδήποτε άλλη, μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία. Κάθε 1½ λεπτό της ώρας περίπου ένα άτομο οδηγείται στο θάνατο αυτοκτονώντας, ενώ οι απόπειρες που δεν καταλήγουν στο θάνατο είναι πολλαπλάσιες. (Μενεδιάτου,2012)

1.3.ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη αποτελεί διαταραχή του συναισθήματος με ανησυχητικά αυξανόμενη επίπτωση στο δυτικό κόσμο και μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων, με εκδηλώσεις τόσο από το κεντρικό νευρικό σύστημα όσο και από την περιφέρεια. Παρατηρήσεις από τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών οδήγησαν στην ανάπτυξη της θεωρίας των μονοαμινών ή βιογενών αμινών για την βιολογική ερμηνεία της κατάθλιψης, που καθορίζει ως κύριο αιτιολογικό παράγοντα την ασθενή νευροδιαβίβαση της ντοπαμίνης, της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης. Έτσι, όλες οι επικρατούσες φαρμακευτικές θεραπείες της κατάθλιψης με εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης μονοαμινών, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και αναστολείς μονοαμινοξειδάσης, στοχεύουν στην ενίσχυση της μονοαμινεργικής νευροδιαβίβασης, ενώ εμφανίζουν σημαντικά μειονεκτήματα στη χρήση τους, όπως καθυστέρηση στη βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες και μεγάλα ποσοστά μη αποκρινόμενων ασθενών.

Τα συναισθήματα, όπως συμβαίνει και με την αντίληψη και τη δράση, ελέγχονται από ειδικά νευρωνικά κυκλώματα του εγκεφάλου. Εφόσον αποτελούν συνειδητές εμπειρίες, σίγουρα υπάρχει ένα γνωσιακό στοιχείο που πιθανότατα συνδέεται με το φλοιό των εγκεφαλικών ημισφαιρίων. Έτσι, προετοιμάζουν το σώμα για δράση, ενώ κάνουν γνωστές τις συναισθηματικές μας δραστηριότητες στο περιβάλλον. Τα περιφερικά αυτά στοιχεία της συμπεριφοράς παραπέμπουν στη δραστηριοποίηση υποφλοιικών περιοχών του εγκεφάλου και

είναι πλέον καλά τεκμηριωμένος ο κεντρικός ρόλος της αμυγδαλής, του υποθαλάμου και του εγκεφαλικού στελέχους. Γίνεται έτσι εμφανές ότι η διεκπεραίωση του συναισθήματος είναι απόρροια αλληλεπίδρασης περιφερικών και κεντρικών παραγόντων, που ενορχηστρώνονται από εκτεταμένα δίκτυα εγκεφαλικών κέντρων. (Χατζάκη, 2007)

1.3.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ζούμε σε μια εποχή, όπου κυριαρχούν οι γρήγοροι και έντονοι ρυθμοί ζωής, το ακατάπαυστο κυνήγι των υλικών αγαθών αλλά και οι απότομες αλλαγές. Οι παραδοσιακές αξίες, που αποτελούσαν συνεκτικό δεσμό έχουν αρχίζει να ξεθωιάζουν. Ο άνθρωπος μέσα σε αυτό το χαώδη κόσμο προσπαθεί πέρα από την εξασφάλιση των υλικών αγαθών, να διατηρήσει μια καλή σχέση όχι μόνο με τον ίδιο του τον εαυτό, αλλά και με το περιβάλλον γύρω του. Δεν υπάρχει πλέον χρόνος στο σύγχρονο άτομο για επικοινωνία με τον εαυτό, για επαφή με τις επιθυμίες και τα συναισθήματα του, είτε θετικά, είτε αρνητικά. Άραγε ο άνθρωπος που δε γνωρίζει τον εαυτό του, πώς θα μπορέσει να δημιουργήσει υγιείς και τροφοδοτικές σχέσεις με τους γύρω του; Πώς θα πάρει ικανοποίηση από την επαφή με το περιβάλλον του.

Σαν να μην έφτανε αυτό, η εποχή που διανύουμε και η οικονομική κρίση επιτείνουν τα όποια συναισθήματα άγχους και ανασφάλειας και μας οδηγούν ακόμη πιο κοντά στη μελαγχολία. Η ανάγκη για ανθρώπινη επαφή γίνεται τώρα πιο επιτακτική από ποτέ, όπως επίσης και η ανάγκη να αισθανθούμε ότι η ζωή μας μπαίνει σε μια τάξη και ισορροπία.

Η κατάθλιψη αποτελεί μια όλο και πιο συχνά εμφανιζόμενη διαταραχή, που παρουσιάζει ένα ευρύ φάσμα κλινικών τύπων και κατηγοριών.

Κάποια από τα βασικά συμπτώματα της είναι η απώλεια της ευχαρίστησης και η μείωση του ενδιαφέροντος για δραστηριότητες, το άγχος, οι διαταραχές ύπνου, όρεξης, η κόπωση, η μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, η απαισιοδοξία, η δυσκολία στη συγκέντρωση, τα αισθήματα ενοχής και οι αυτοκτονικές ιδέες. Διαπιστώνονται δυσλειτουργικές σκέψεις και γνωστικά-διεργαστικά λάθη, που συνήθως αφορούν το άτομο, το περιβάλλον του και το μέλλον. (Μηλιόρδου, 2011)

Η Κατάθλιψη...

Είναι μια ψυχική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από έντονο συναίσθημα λύπης, απελπισίας, απαισιοδοξίας, ενοχής και γενική απώλεια ενδιαφέροντος για τη ζωή.

Συχνά το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη ανησυχεί συνεχώς για την υγεία του, ως αποτέλεσμα δυσάρεστων αισθημάτων, που προέρχονται από όλο του το σώμα. Παρατηρούνται

διαταραχές του ύπνου, της όρεξης και της σεξουαλικής επιθυμίας, βραδύτητα της σκέψης και μειωμένη κινητικότητα.

Το άτομο αμφιβάλλει για τις ικανότητες του, με συνέπεια να σταματήσει να ενδιαφέρεται για την κοινωνική του ζωή και να μην μπορεί να αναζητήσει εργασία. Η κατάθλιψη κάνει το άτομο να χάσει την ευχαρίστηση από την καθημερινή του ζωή, με αποτέλεσμα να έχει επιπτώσεις στην υγεία του και μπορεί να είναι τόσο σοβαρή ώστε να οδηγήσει στην αυτοκτονία.

Αποτελεί μια από τις πιο συνηθισμένες ψυχικές ασθένειες της εποχής μας και σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπων στον κόσμο και θεωρείται μια από τις πιο διαδεδομένες νόσους.

Μπορεί να είναι μια παροδική κατάσταση ατομικής αντίδρασης σε θλιβερά γεγονότα, όπως ο θάνατος ενός προσφιούς μας προσώπου ή μιας επαγγελματικής μας αποτυχία. Στον καθένα μπορεί να συμβεί, σε οποιαδήποτε ηλικία, φύλο και σε άτομα οποιασδήποτε κοινωνικοοικονομικής τάξης ή εθνικότητας

Η πορεία της υποτροπιάζουσας μείζονος κατάθλιψης ποικίλλει. Κάποιοι ασθενείς έχουν μεμονωμένα επεισόδια μεταξύ των οποίων μεσολαβούν πολλά χρόνια, άλλοι βιώνουν ομάδες επεισοδίων και άλλοι έχουν ένα προοδευτικά αυξανόμενο αριθμό επεισοδίων, μεγαλώνοντας. Περίπου οι μισοί από τους ασθενείς με ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο έχουν και ένα δεύτερο. Τα άτομα που έχουν δύο επεισόδια έχουν 70% πιθανότητα να έχουν και τρίτο. Επιπλέον, 5% έως 10% των ασθενών με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο στην πορεία εμφανίζουν μανιακό επεισόδιο (π.χ. διπολική ή μανιοκαταθλιπτική διαταραχή). Τα συμπτώματα του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου μπορούν να αναπτυχθούν μέσα σε μέρες η εβδομάδες, ενώ τα πρόδρομα συμπτώματα, όπως το άγχος και τα ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να διαρκέσουν εβδομάδες ή και μήνες. (Kubler-Ross,1991)

Η κατάθλιψη αρχίζει στα 40

Ο κίνδυνος εκδήλωσης μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σε όλη τη διάρκεια ζωής του ατόμου είναι 10%-25% για τις γυναίκες και 5%-12% για τους άντρες, ενώ η μέση ηλικία έναρξης της είναι περίπου τα 40 χρόνια . Αυτά προκύπτουν από στοιχεία ερευνών που παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκεια του 2^{ου} διεθνούς συνεδρίου με θέμα <<Εγκέφαλος και Συμπεριφορά>> που πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη. Η κατάθλιψη είναι δύο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες από ότι σε έφηβους και ενήλικους άντρες, αλλά είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια στην προεφηβική ηλικία. Μπορεί να εμφανιστεί για πρώτη φορά στην παιδική ηλικία ή στο γήρας, αν και αυτό είναι ασύνηθες. Η μανιοκατάθλιψη είναι

λιγότερο συνήθης από ότι η κατάθλιψη (0,5%-1,6%) και η έναρξη της πιο πρόιμη. Όσον αφορά το φύλλο είναι εξίσου συχνή σε άντρες και γυναίκες. Το πρώτο επεισόδιο είναι συνήθως μανιακό στους άντρες και καταθλιπτικό στις γυναίκες. Ενώ τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από μανιοκατάθλιψη παίρνουν θεραπεία, από το σύνολο των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη μόνο το 50% ίσως και λιγότερο, θα πάρει κάποια στιγμή ειδική θεραπεία. Τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα επιτυγχάνονται όταν συνδυάζονται οι βιολογικές με τις ψυχοθεραπευτικές και τις ψυχοκοινωνικές μεθόδους.

Όσον αφορά τη σχιζοφρένεια οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι προσβάλλει το 1% με 1,5% του πληθυσμού. Οι ασθενείς είναι κατά κανόνα νεαρά άτομα, ηλικίας 15-35 ετών. (<http://archivehealth.in.gr/print.asp?lngArticleID=123483>).

1.4 ΕΙΔΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οι τύποι της κατάθλιψης ή αλλιώς τύποι καταθλιπτικών διαταραχών, που είναι έως και σήμερα αναγνωρισμένοι από την επιστημονική κοινότητα είναι οι εξής:

Μείζων κατάθλιψη: Πρόκειται για την κλασική σοβαρή διαταραχή που διαβρώνει σημαντικά τον ψυχισμό και τη λειτουργικότητα του ατόμου και που βασίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια (πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 4 και αναφέρονται συνοπτικά παρακάτω) με **διάρκεια τουλάχιστον 2 εβδομάδες**. Συχνά ονομάζεται και μονοπολική.*

1. *Καταθλιπτική διάθεση*
2. *Απώλεια του ενδιαφέροντος ή μείωση της ευχαρίστησης από δραστηριότητες που τον ευχαριστούσαν στο παρελθόν*
3. *Σημαντική αλλαγή όρεξης ή και βάρους (συνήθως μείωση λιγότερο συχνά αύξηση)*
4. *Αϋπνία ή λιγότερο συχνά υπερυπνία*
5. *Ψυχοκινητική ανησυχία ή ψυχοκινητική επιβράδυνση*
6. *Εύκολη κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας*
7. *Ιδέες αναζιότητας, υπέρμετρης ή απρόσφορης ενοχής*
8. *Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, βραδύτητα στη σκέψη και δυσχέρεια στη λήψη των αποφάσεων*
9. *Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή ιδέες αυτοκαταστροφής*

Κατάταξη Μείζονος Κατάθλιψης ανάλογα με τη χρονική παράμετρο:

§ Μοναδικό επεισόδιο: όταν υπάρχει μόνο ένα μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο στη ζωή του ασθενούς.

§ Υποτροπιάζουσα: δύο ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια στη ζωή του ασθενούς.

§ Χρόνια: η διάρκεια της κατάθλιψης χωρίς να έχει επέλθει ύφεση στα συμπτώματα είναι τουλάχιστον 2 χρόνια ή και περισσότερο.

§ Εποχιακή κατάθλιψη: υποτροπιάζουσα μείζονα κατάθλιψη, με τα επεισόδια να σχετίζονται με τις αλλαγές των εποχών με συχνότερη την εμφάνιση το φθινόπωρο και την αρχή του χειμώνα.

§ Επιλόχεια: κατάθλιψη που επέρχεται μικρό διάστημα μετά τον τοκετό και μπορεί να έχει είτε ήπια είτε σοβαρή εικόνα. Γι' αυτό οποιαδήποτε ένδειξη αλλαγής της συμπεριφοράς της μητέρας στους πρώτους μήνες μετά τον τοκετό χρήζει άμεσης εκτίμησης από ψυχίατρο.

§ Διπλή Κατάθλιψη: Ονομάζεται η κατάθλιψη που εμφανίζεται σε ασθενή που ήδη έπασχε από δυσθυμία, δηλαδή μια μορφή ηπιότερης, αλλά μεγαλύτερης διάρκειας κατάθλιψης.

Κατάταξη ανάλογα με την ένταση και την ποιότητα των συμπτωμάτων:

§ Μελαγχολική Κατάθλιψη: πρόκειται για τη βαρύτερη μορφή κατάθλιψης με έντονα συμπτώματα, τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά.

§ Ψυχωτική Κατάθλιψη: επίσης σοβαρή μορφή στην κλινική εικόνα της οποίας συνυπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα όπως για παράδειγμα ακουστικές ψευδαισθήσεις («φωνές») ή παραλήρημα, δηλαδή ένα σύνολο σκέψεων και πεποιθήσεων που δε συμβαδίζουν με τις επικρατούσες κοινωνικές και πολιτισμικές αντιλήψεις.

§ Άτυπη Κατάθλιψη: άτυπα χαρακτηριστικά θεωρούνται η υπερφαγία, η υπερυπνία, η υπερευαισθησία στην κριτική και η υποχώρηση του καταθλιπτικού συναισθήματος όταν συμβαίνουν ευχάριστα γεγονότα στη ζωή του ασθενούς.

§ Κατατονική κατάθλιψη: επίσης βαριά μορφή, ο ασθενής δεν αντιδρά σε εξωτερικά ερεθίσματα.

Άλλες Καταθλιπτικές Διαταραχές:

1. **Δυσθυμία:** Καταθλιπτικά συμπτώματα μικρής ως μέτριας έντασης αλλά μεγάλης διάρκειας χωρίς ύφεση για τουλάχιστον 2 χρόνια.

2. **Ελάσσων κατάθλιψη:** Καταθλιπτικά συμπτώματα μικρής έντασης και μικρής διάρκειας για τουλάχιστον 2 εβδομάδες.

3. **Βραχεία διαλείπουσα κατάθλιψη:** Καταθλιπτικά συμπτώματα όπως της μείζονος κατάθλιψης αλλά με μικρή διάρκεια 2 εβδομάδων το μέγιστο.

4. **Προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή:** Καταθλιπτικά συμπτώματα μικρής έντασης σε γυναίκες με έναρξη λίγες μέρες πριν την έμμηνο ρύση έως λίγες μέρες μετά.

5. **Διαταραχή Προσαρμογής με κατάθλιψη:** Καταθλιπτικά συμπτώματα ποικίλλης έντασης και διάρκειας όχι πάνω από 2 μήνες που οφείλονται σε εξωγενή ψυχοπιεστικό παράγοντα.

6. **Καταθλιπτική Ψευδοάνοια:** Σύνδρομο με ηλικία εμφάνισης άνω των 50 ετών που μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων υπερτερεί η διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών όπως η μνήμη, η προσοχή, η συγκέντρωση και προσομοιάζει με άνοια.

7. **Αγχώδης κατάθλιψη:** Έντονη η παρουσία του άγχους μεταξύ των συμπτωμάτων της κατάθλιψης.

8. **Δευτεροπαθής ονομάζεται η κατάθλιψη στις εξής περιπτώσεις:**

1. Διάφορες σωματικές νόσοι προκαλούν τις νευροδιαβιβαστικές διαταραχές της κατάθλιψης στον εγκέφαλο π.χ. νεοπλάσματα, σκλήρυνση κατά πλάκας, επιληψία, θυρεοειδοπάθειες, έμφραγμα μυοκαρδίου και πληθώρα άλλων.

2. Η χρήση διάφορων φαρμάκων προκαλεί τις νευροδιαβιβαστικές διαταραχές της κατάθλιψης στον εγκέφαλο π.χ. κορτιζόνη, κάποια καρδιολογικά, νευρολογικά, χημειοθεραπευτικά και πολλά άλλα φάρμακα.

3. Η χρήση αλκοόλ ή απαγορευμένων ψυχοτρόπων ουσιών προκαλεί τις νευροδιαβιβαστικές διαταραχές της κατάθλιψης στον εγκέφαλο.

Τέλος καταθλιπτικά συμπτώματα αποτελούν συχνά μέρος άλλων ψυχιατρικών διαταραχών (αναφέρονται ενδεικτικά οι σπουδαιότερες):

ο **Διπολική Διαταραχή I & II:** Περιλαμβάνει οπωσδήποτε μανιακά ή υπομανιακά επεισόδια και κατά το πλείστον εναλλαγή τους με μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια (διπολική κατάθλιψη). Ο όρος διπολική αναφέρεται στους 2 αντίθετους συναισθηματικούς πόλους ή καταστάσεις που μπορεί να εμφανιστούν στην πορεία της διαταραχής. Η μία είναι η καταθλιπτική φάση, ενώ η άλλη είναι μια κατάσταση παθολογικά ανεβασμένης διάθεσης, ευφορίας. Αναλόγως με το μέγεθος της τελευταίας (καθώς και κάποιων άλλων κριτηρίων) αναφερόμαστε σε μανία/μανιακό επεισόδιο (Διπολική I) ή υπομανία/υπομανιακό επεισόδιο (Διπολική II). Η υπομανία εξ ορισμού είναι μικρότερης έντασης και διάρκειας. *Ο χαρακτηρισμός της Μείζονος Κατάθλιψης ως μονοπολική υποδηλώνει την ύπαρξη μόνο του ενός συναισθηματικού πόλου.

ο **Σχιζοφρένεια:** Καταθλιπτικά συμπτώματα που εμφανίζονται σε περιόδους ύφεσης των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας (μεταψυχωτική κατάθλιψη).

ο **Κυκλοθυμική Διαταραχή:** Καταθλιπτικά συμπτώματα μικρής ως μέτριας έντασης σε εναλλαγή με υπομανιακά επεισόδια για τουλάχιστον 2 χρόνια. (Ευσταθίου, 2011)

1.5 ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Το πρώτο που πρέπει να ξεκαθαρίσουμε είναι ότι δεν υπάρχει ένας και μοναδικός λόγος που να εξηγεί την διαταραχή αυτή (όπως συνήθως συμβαίνει και με πολλές άλλες αρρώστιες γενικότερα). Έρευνες ετών έχουν επισημάνει μερικούς παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό στην νόσηση από κατάθλιψη. Μπορεί κανείς να θεωρήσει την καταθλιπτική διαταραχή ως το τελικό κοινό αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων που δρουν πάνω στην ιδιοσυστασία κάθε ατόμου και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του πλαίσιο. Εάν δούμε την κατάθλιψη μ' αυτόν τον τρόπο τότε οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιολογία της, είτε καθαρά βιολογικές είτε καθαρά ψυχοκοινωνικές, παύουν να φαίνονται ότι αντικρούουν η μία την άλλη αλλά μάλλον ότι αλληλοσυμπληρώνονται. Παρακάτω αναφέρονται μερικοί από τους παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης :

[1] Γενετικοί παράγοντες

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

[2] Βιολογικοί παράγοντες

α) Μερικές μη ψυχιατρικές παθήσεις έχουν βρεθεί ότι μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη δευτερογενώς. Το κοινό τους χαρακτηριστικό είναι ότι δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) και επηρεάζουν την λειτουργία των περιοχών εκείνων του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Οι παθήσεις αυτές περιλαμβάνουν

[1] παθήσεις του Κ.Ν.Σ. όπως η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας, και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

[2] Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός, και η νόσος του Cushing (υπερδραστηριότητα των επινεφριδίων).

[3] Λοιμώξεις που δρουν στο Κ.Ν.Σ. όπως το AIDS και η λοιμώδης μονοπυρήνωση

[4] Συστηματικές διαταραχές όπως η αναιμία και ο μεταστατικός καρκίνος

[5] Διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη, το αντι-υπερτασικό Αλντομέτ (αλφα-μεθυλντόπα) και το αλκοόλ.

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

[3] Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

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

β) Παράγοντες που δρουν αργότερα :

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

[2] Τρόπος σκέψης : Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους προβλήματα φαίνεται να ευνοεί σε μερικές περιπτώσεις την δημιουργία κατάθλιψης. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι μερικοί άνθρωποι ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω τους

βασιζόμενοι σε κάποιες παραδοχές που δεν είναι λειτουργικές και που έχουν σαν αποτέλεσμα να "παραμορφώνουν" τελικά την εικόνα του γύρω κόσμου αντί να την ερμηνεύουν. Βασισμένη σ' αυτή την γενική αρχή έχει αναπτυχθεί μια ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, η οποία προσπαθεί να "διορθώσει" αυτά τα λάθη στο τρόπο σκέψης και να βοηθήσει τον ασθενή να αξιολογήσει πιο αντικειμενικά την πραγματικότητα. (Greenstein, 2007)

1.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ- ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ;

Αν και η κλινική κατάθλιψη εκδηλώνεται συνήθως κατά την τρίτη ή τέταρτη δεκαετία της ζωής, η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε ηλικία, συμπεριλαμβανομένης της πρώτης παιδικής. Η εικόνα ποικίλει από άτομο σε άτομο και αναλόγως της ηλικίας, όμως τα πυρηνικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης υπάρχουν σε κάθε επεισόδιο. Παρακάτω αναφερόμαστε στα κύρια συμπτώματα της κατάθλιψης.

[1] Μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε μέρα. π.χ., μια μητέρα έχασε το ενδιαφέρον της να φροντίσει το μικρό της παιδί, να καθαρίσει το σπίτι της, να βγει έξω να ψωνίσει με μια φίλη της, να ντυθεί όμορφα, πράγματα που πριν την ευχαριστούσαν πολύ. Η αλλαγή αυτή στην συμπεριφορά της είχε γίνει πολύ αντιληπτή από το στενό της περιβάλλον.

[2] Καταθλιπτική Διάθεση, κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε ημέρα όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των άλλων (π.χ., ο ασθενής κλαίει συχνά και φαίνεται πολύ στεναχωρημένος). Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω από αυτό το σύμπτωμα πήρε και την γενικότερη ονομασία της η διαταραχή αυτή.

[3] Δυσκολία στον ύπνο. Η διαταραχή αυτή του ύπνου μπορεί να έχει πολλές μορφές. Π.χ., μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, ξυπνούν δηλαδή πολλές φορές κατά την διάρκεια της νύχτας. Χαρακτηριστικό όμως της κατάθλιψης είναι ότι οι ασθενείς ξυπνούν από πολύ πρωί, π.χ. από τις 4 η ώρα και δεν ξανακοιμούνται. Αυτή η πρόωμη αφύπνιση όπως λέγεται εμφανίζεται πιο συχνά στην κατάθλιψη.

[4] Διαταραχές στην όρεξη για φαγητό. Συνήθως η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια της όρεξης για φαγητό με αποτέλεσμα απώλεια βάρους, π.χ., ένας ασθενής 75 κιλών μπορεί να έχει χάσει σ' ένα μήνα πάνω από 5 κιλά. Σε μια μικρή ομάδα ασθενών προκαλείται το αντίθετο σύμπτωμα, δηλαδή υπερφαγία.

[5] Απώλεια του ενδιαφέροντος για σεξ. Τυπικό σύμπτωμα της κατάθλιψης η απώλεια του ενδιαφέροντος για την ερωτική πράξη. Ας σημειωθεί ότι εδώ αναφερόμαστε στην διάθεση για σεξ και όχι στο αν γίνεται ή όχι η ερωτική πράξη. Π.χ., μια γυναίκα με κατάθλιψη μπορεί να κάνει έρωτα με τον σύζυγό της γιατί εκείνος το θέλει, αλλά η ίδια αν ερωτηθεί θα πει ότι δεν το επιθυμεί καθόλου και δεν της προκαλεί καμιά ευχαρίστηση.

[6] Απώλεια των δυνάμεων και της ενεργητικότητας. Ο ασθενής με κατάθλιψη νιώθει σαν να τον έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις του, αισθάνεται κουρασμένος όλη την ώρα και γι' αυτό πολλές φορές κάθεται στην καρέκλα και δεν κάνει τίποτα. Μερικοί ασθενείς μπορεί από την άλλη να εμφανίζουν έντονη ανησυχία και άγχος, σαν κάτι κακό να πρόκειται να συμβεί.

[7] Αδυναμία συγκέντρωσης, σκέψης, μνήμης ή λήψης αποφάσεων. Ο ασθενής με κατάθλιψη δεν μπορεί να συγκεντρωθεί εύκολα. Το μυαλό του φαίνεται να είναι απασχολημένο με άλλες ιδέες και σκέψεις.

[8] Ιδέες ενοχής, αυτομομφής και αναξιότητας. Ο ασθενής με κατάθλιψη τυπικά πιστεύει ότι ο ίδιος φταίει για την τροπή που έχει πάρει η ζωή του, όλα είναι δικό του λάθος. Νιώθει ότι η κατάσταση που περνάει είναι σαν ένα είδος τιμωρίας για πράγματα που έκανε στο παρελθόν. Μπορεί να νιώθει ότι δεν αξίζει τίποτε σαν άνθρωπος, ότι είναι ένα μηδενικό.

[9] Ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον. Ο ασθενής με κατάθλιψη χρωματίζει το μέλλον του με μαύρα χρώματα. Πιστεύει ότι πολύ δύσκολα θα αλλάξει η κατάσταση της ζωής του.

[10] Ιδέες αυτοκτονίας. Μερικές φορές ο ασθενής νιώθει τόσο απελπισμένος και αβοήθητος που μπαίνουν στο μυαλό του ιδέες αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη.

[11] Γενικά σωματικά συμπτώματα. Πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη αναφέρουν μια ποικιλία από σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, πόνους γενικά στο σώμα τους, προβλήματα από το γαστρεντερικό κ.λ.π. Πολλές φορές τα συμπτώματα αυτά τους οδηγούν σε διάφορους γιατρούς ή στα νοσοκομεία. Χαρακτηριστικό είναι ότι ύστερα από την εξέταση τα συμπτώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν και αποδίδονται από τον γιατρό σε άγχος ή κόπωση. Δεν είναι ανάγκη να έχει κανείς όλα τα συμπτώματα για να θεωρηθεί ότι πάσχει από κατάθλιψη. Οι ειδικοί θεωρούν ότι 5 ή περισσότερα συμπτώματα, εκ των οποίων τουλάχιστον ένα από τα δύο πρώτα, φτάνουν για να μπει η διάγνωση (Marschall, 2009)

1.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

- Οργάνωση ημερίδας με στόχο την ενημέρωση των φορέων και την κατοίκων της κοινότητας για την λειτουργία της δομής
 - Οργάνωση ειδικών σεμιναρίων προσαρμοσμένων στις ανάγκες ενημέρωσης των μαθητών των σχολείων της κοινότητας για την ψυχική υγεία γενικά
 - Οργάνωση ειδικών σεμιναρίων για γονείς και μέλλοντες γονείς με απώτερο σκοπό την δημιουργία σχολής γονέων σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας και τους συναρμόδιους φορείς.
 - Συνεργασία σε οργανωμένη βάση με τους τοπικούς φορείς προκειμένου να συνεχιστεί η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση για τα θέματα της ψυχικής υγείας.
 - Οργάνωση ειδικών σεμιναρίων για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (γενικούς γιατρούς, γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, επαγγελματίες υγείας από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς της κοινότητας κα)
 - Δημιουργία ομάδων εθελοντών για την ενεργοποίηση και την συμμετοχή της κοινότητας σε θέματα αποδοχής και επανένταξης αποασυλοποιημένων ασθενών που διαβιούν στην κοινότητα, καθώς και γενικότερα των ΑΜΕΑ.
 - Οργάνωση εκδηλώσεων πολιτιστικού και κοινωνικού χαρακτήρα με στόχο την κινητοποίηση της κοινότητας σε θέματα πρόληψης στην ψυχική υγεία
 - Λειτουργική διασύνδεση με τα έντυπα που εκδίδονται από τους τοπικούς φορείς της κοινότητας προκειμένου η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση να έχουν περισσότερους τελικούς αποδέκτες.
 - Συμμετοχή της υπηρεσίας στις πάντως είδους εκδηλώσεις και εκφάνσεις της κοινότητας και των τοπικών της φορέων. (Παπαδημητρίου, 1999).
- Πότε υπάρχει ανάγκη νοσηλείας;
- Οι περισσότεροι άνθρωποι με κατάθλιψη θεραπεύονται ως εξωτερικοί ασθενείς. Μερικές όμως φορές μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία. Μερικοί από τους λόγους είναι οι εξής :

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

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

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

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

Συνήθως οι περισσότεροι ασθενείς νοσηλεύονται για λίγες ημέρες ή εβδομάδες. (Παπαδημητρίου, 1999).

1.7.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

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

1.7.2 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

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

σημαντικών προβλημάτων και συγκρούσεων της παιδικής ηλικίας καθώς επανεμφανίζονται στη μεταβιβαστική σχέση θεραπευτή — ασθενή.

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

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

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

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

Η γνωστική θεραπεία είναι βέβαια μια ειδική θεραπευτική τεχνική, που χρησιμοποιείται προοδευτικά και περισσότερο στη θεραπεία της κατάθλιψης. Ήδη, αναφερθήκαμε στο θεωρητικό της υπόβαθρο. Πρόκειται, ουσιαστικά για βραχεία ψυχοθεραπεία, με δομημένες συνεδρίες, που στοχεύει στην αναγνώριση και διόρθωση αρνητικών νοητικών σχημάτων του ασθενή, που σύμφωνα με τη γνωστική θεωρία προκαλούν την κατάθλιψη. (www.diaagnostiki.gr. 2012).

1.7.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

ΕΙΔΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ

Υπάρχουν πολλών ειδών αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Ο μηχανισμός με τον οποίο λειτουργούν διαφέρει από φάρμακο σε φάρμακο, αλλά σε γενικές γραμμές τα φάρμακα αυτά επαναφέρουν την ισορροπία των νευρομεταβιβαστών στον εγκέφαλο, ανεβάζοντας τα επίπεδα της σεροτονίνης, νοραδρεναλίνης και ντοπαμίνης στις εγκεφαλικές νευρικές συνάψεις.

1. ΤΡΙΚΥΚΛΙΚΑ (TriCyclic Antidepressants - TCA) ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

Ονομάζονται τρικυκλικά λόγω της χημικής δομής τους (τρεις δακτύλιοι που ενώνονται μεταξύ τους και μία πλάγια αλυσίδα). Στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά βασίστηκε η ψυχιατρική για την θεραπεία της κατάθλιψης τις προηγούμενες δεκαετίες. Έχουν λιγότερο ευνοϊκό προφίλ παρενεργειών (περισσότερες δηλαδή παρενέργειες) σε σχέση με τα πιο σύγχρονα αντικαταθλιπτικά και γι' αυτό η χρήση τους είναι πλέον περιορισμένη. Πάντως, η σύγχρονη ψυχιατρική εξακολουθεί να τα χρησιμοποιεί καθώς είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη (ειδικά σε νοσοκομειακούς ασθενείς).

Εκτός από την κατάθλιψη, έχουν ενδείξεις και στην διαταραχή πανικού, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και τις φοβίες.

Δρουν ενισχύοντας τη μετάδοση σημάτων στον εγκέφαλο μέσω σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (αυξάνουν την ποσότητα των νευροδιαβιβαστών στην σύναψη, εμποδίζοντας την επαναρρόφηση τους από το κύτταρο που τους ελευθέρωσε).

Η θεραπεία με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά πρέπει να ξεκινάει με χαμηλή δοσολογία και στη συνέχεια με σταδιακή αύξηση της δόσης, σε διαιρεμένες δόσεις ή εφάπαξ το βράδυ.

Μερικά τρικυκλικά έχουν διεγερτική δράση και πρέπει να λαμβάνονται το πρωί, ενώ άλλα έχουν κατασταλτική δράση και γι' αυτό είναι προτιμότερο να λαμβάνονται το βράδυ.

Στην οικογένεια των TCA ανήκουν:

- αμιτριπτυλίνη (amitriptyline)
- χλωριμιπραμίνη (ή κλομιπραμίνη, clomipramine)
- δοσουλεπίνη (dosulepin)
- δοθιεπίνη (dothiepin)
- ιμιπραμίνη (imipramine)

- λοφεπραμίνη (lofepramine)
- νοτριπτυλίνη (nortriptyline)
- τριμιπραμίνη (trimipramine)
- τραζοδόνη (trazodone)
- δοξεπίνη (doxepin).

Πιθανές παρενέργειες: υπνηλία, αύξηση σωματικού βάρους, σκοτοδίνη (ζάλη) κατά την έγερση, θολή όραση (προβλήματα εστίασης της όρασης σε μικρή απόσταση), δυσκοιλιότητα, δυσκολία ούρησης (κυρίως σε ηλικιωμένους άνδρες με διογκωμένο προστάτη αδέν), εφίδρωση, ναυτία και έμετος, διαταραχές σεξουαλικής λειτουργίας, ξηρότητα στόματος.

Θεραπεία με TCA θα πρέπει να αποφεύγουν τα ηλικιωμένα και ευπαθή άτομα καθώς και ασθενείς με ιστορικό καρδιακών προβλημάτων.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ: Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά μπορούν να προκαλέσουν θάνατο από υπερβολική δόση και θα πρέπει να αποφεύγονται σε περιπτώσεις ατόμων με αυτοκτονικό ιδεασμό. (Μηλιόρδου, 2011)

2. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΜΟΝΟΑΜΙΝΙΚΗΣ ΟΞΕΙΔΑΣΗΣ (MonoAmine Oxidase Inhibitors – MAOIs)

Οι αναστολείς μονοαμινικής οξειδάσης αυξάνουν την ποσότητα των νευροδιαβιβαστών στην σύναψη εμποδίζοντας την διάσπαση τους από ένα ένζυμο που ονομάζεται μονοαμινοοξειδάση. Αυτό γίνεται αναστέλλοντας την δράση του ενζύμου. Το ένζυμο αυτό όμως έχει και άλλες σημαντικές λειτουργίες όπως η διάσπαση μιας χημικής ένωσης που ονομάζεται τυραμίνη και περιέχεται σε ένα μεγάλο αριθμό τροφών (τυρί, παστά ψάρια και κρέατα, φασόλια, κόκκινο κρασί, προϊόντα σόγιας, σικώτι, πατέ, γιαούρτι και άλλα). Η μεγάλη ποσότητα τυραμίνης προκαλεί αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η οποία με την σειρά της προκαλεί έντονη, σφύζουσα κεφαλαλγία, ταχυκαρδία και πιθανώς αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Όσοι παίρνουν MAOI πρέπει να ακολουθούν αυστηρή δίαιτα και να προσέχουν πολύ στην χρήση άλλων φαρμάκων.

Για να ανασυνθέσει ο οργανισμός την μονοαμινοοξειδάση, απαιτούνται δύο εβδομάδες. Έτσι, όταν κάποιος διακόπτει το φάρμακο, πρέπει να συνεχίζει την δίαιτα για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Το ίδιο διάστημα "αποχής" χρειάζεται και για προχωρήσει κάποιος στην λήψη άλλου αντικαταθλιπτικού φάρμακου.

Ένας νεότερος τύπος ΜΑΟΙ, που ονομάζεται **RIMA** (αναστρέψιμος αναστολέας της μονοαμινικής οξειδάσης, υπότυπος Α). Υπάρχουν 2 τύποι μονοαμινοοξειδάσης: ο τύπος Α και ο τύπος Β. Τα RIMA αναστέλλουν μόνο τον ένα τύπο και επίσης δεν καταστρέφουν εντελώς το ένζυμο (το αναστέλλουν μόνο). Έτσι, το πρόβλημα με τις τροφές που περιέχουν τυραμίνη είναι μικρότερο και η δίαιτα (παρόλο που είναι και πάλι απαραίτητη) είναι λιγότερο αυστηρή. Η δράση των RIMA παρέρχεται μία ημέρα μετά την διακοπή τους.

Στην οικογένεια των ΜΑΟΙ ανήκουν:

- Φαινελζίνη (phenelzine)
- Τρανυλκυπρομίνη (tranylcypromine)
- Ισοκαρβοξαζίδη (isocarboxazid)

Στην οικογένεια των RIMA ανήκουν:

- Μοκλοβεμίδη

Λόγω των σοβαρών αλληλεπιδράσεων με τροφές και άλλα φάρμακα, τα ΜΑΟΙ χρησιμοποιούνται πλέον σπάνια. Οι γιατροί στρέφονται συνήθως σε αυτά όταν τα υπόλοιπα δεν έχουν αποτέλεσμα.

3. ΕΚΛΕΚΤΙΚΟΙ (ή ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΟΙ) ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors - SSRIs)

Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης είναι η νέα γενιά φαρμάκων στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης (έκαναν την εμφάνιση τους την δεκαετία του 1980). Η αποτελεσματικότητα, η ασφάλεια και η καλή ανοχή τα έχουν καταστήσει φάρμακα πρώτης επιλογής μεταξύ των αντικαταθλιπτικών: λόγω των λιγότερων παρενεργειών, υπάρχουν λιγότερες πιθανότητες οι ασθενείς να διακόψουν πρώιμα την αγωγή.

Η κύρια **ένδειξη** των SSRI είναι η μείζων κατάθλιψη (μονοπολική και διπολική). Χρησιμοποιούνται όμως επίσης με επιτυχία και σε άλλες διαταραχές όπως οι διαταραχές διατροφής, οι αγχώδεις διαταραχές (διαταραχή κρίσεων πανικού, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, διαταραχή μετατραυματικού στρες και κοινωνική φοβία).

Δρουν σταματώντας την επαναπρόσληψη (επαναρρόφηση) του νευροδιαβιβαστή σεροτονίνη από το κύτταρο που την ελευθέρωσε, συνεπώς αυξάνοντας την ποσότητα της ελεύθερης σεροτονίνης στην σύναψη. Ο όρος "εκλεκτικοί" (ή "επιλεκτικοί") αναφέρεται στην

ικανότητα του φαρμάκου να επηρεάζει σχεδόν αποκλειστικά την σεροτονίνη και όχι άλλους νευροδιαβιβαστές.

Στην οικογένεια των SSRI ανήκουν:

- Φλουοξετίνη (fluoxetine)
- Φλουβοξαμίνη (fluvoxamine)
- Παροξετίνη (paroxetine)
- Σετραλίνη (sertraline)
- Σιταλοπράμη (citalopram)

Η φλουοξετίνη είναι η δραστική ουσία του γνωστού σε όλους μας Prozac (στην Ελλάδα κυκλοφορεί με την ονομασία Ladose). Έχει ονομαστεί το "χάπι της ευτυχίας" και έχει συνταγογραφηθεί σε εκατομμύρια ανθρώπους στον κόσμο (ειδικά στην Αμερική) ακόμη και σε άτομα με ήπια κατάθλιψη, τα οποία πιθανότατα θα βελτιώνονταν χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Παραμένει το πιο διαδεδομένο αντικαταθλιπτικό. Πολλοί επιστήμονες σήμερα ανησυχούν για την υπερβολικά συχνή και "εύκολη" συνταγογράφηση του.

Οι **παρενέργειες** των SSRI είναι πιο ήπιες από αυτές των τρικυκλικών. Την πρώτη εβδομάδα αγωγής μπορεί το άτομο να νιώσει ήπιο άγχος, τάση για εμετό και ήπιους πονοκεφάλους, παρενέργειες που υποχωρούν με την συνέχιση της θεραπείας. Άλλες συχνές παρενέργειες είναι: υπνηλία, σεξουαλική δυσλειτουργία (καθυστερημένη εκσπερμάτιση, ανοργασμία, στυτική δυσλειτουργία, μείωση της λίμπιντο: οι παρενέργειες αυτού του είδους συμβαίνουν σε ποσοστό 30% των ασθενών).

Πρέπει να γίνεται προσεκτική εκτίμηση για το ενδεχόμενο κινδύνου απόπειρας αυτοκτονίας, τόσο στην αρχή όσο και στην πορεία της θεραπείας. Σε σπάνιες περιπτώσεις, έχει αναφερθεί ότι ασθενείς μπορούν να εκδηλώσουν αυξημένο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας στη διάρκεια θεραπείας με SSRI. Οι ασθενείς με κίνδυνο αυτοκτονίας δεν θα πρέπει να διατηρούν οι ίδιοι μεγάλη ποσότητα φαρμάκου. Η οικογένεια θα πρέπει να τους επιτηρεί διακριτικά, ιδιαίτερα στην αρχή της θεραπείας.

Αλληλεπιδράσεις: Επί συγχορηγήσεως με MAOI ή με το βότανο St.John's (St. John's wort = βότανο του Αγίου Ιωάννη, παράγεται από το φυτό *Hypericum perforatum* και χρησιμοποιείται εναλλακτικά για την θεραπεία κυρίως ήπιων μορφών κατάθλιψης), είναι δυνατόν η σεροτονίνη να αυξηθεί σε τοξικά επίπεδα και να εμφανιστεί σεροτονινεργικό σύνδρομο (ή σύνδρομο της σεροτονίνης). Είναι μια δυνητικά επικίνδυνη για την ζωή

κατάσταση. Τα συμπτώματα του συνδρόμου είναι: γρήγορη κίνηση των ματιών, αύξηση των τενόντιων αντανεκλαστικών, ακούσιες μυϊκές συσπάσεις, εξωπυραμιδικά συμπτώματα, απώλεια συντονισμού των κινήσεων και αδεξιότητα (γενικά αστάθεια του αυτόνομου κεντρικού συστήματος), ανησυχία και διέγερση, αίσθημα μέθης και ζάλης, συστολή μυών και χαλάρωση στο σαγόι, ιδρώτας, μυϊκές συσπάσεις, δυσκαμψία, υψηλή θερμοκρασία σώματος, διανοητικές αλλαγές (σύγχυση, υπομανία), τρόμος, διάρροια, απώλεια συνείδησης, κόμα και τελικά θάνατος. (Crimp,2002)

4. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ ΚΑΙ ΝΟΡΕΠΙΝΕΦΡΙΝΗΣ (Serotonin – Norepinephrine Reuptake Inhibitors – SNRIs)

Οι αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης είναι μια κατηγορία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της κλινικής κατάθλιψης και άλλες συναισθηματικές διαταραχές.

Χρησιμοποιούνται επίσης για τη θεραπεία των διαταραχών άγχους, την διαταραχή υπερκινητικότητας – διάσπασης προσοχής (ADHD), και το χρόνια νευροπαθή πόνο (ειδικά στους διαβητικούς).

Ενεργούν επάνω σε δύο νευροδιαβιβαστές, τη σεροτονίνη και τη νορεπινεφρίνη, σε αντίθεση με τους εκλεκτικούς αναστολείς της επαναπρόσληψης μόνο της σεροτονίνης (SSRIs), οι οποίοι έχουν επιπτώσεις μόνο στη σεροτονίνη. Οι SNRIs είναι νεότεροι από τους SSRIs και υπάρχει μόνο ένας μικρός αριθμός τους αυτή τη στιγμή. Η αποτελεσματικότητα και η ανοχή τους εμφανίζονται να είναι κάπως καλύτερες από τους SSRIs, πιθανόν λόγω της σύνθετης επίδρασής τους.

Στην οικογένεια των SNRI ανήκουν:

- Βενλαφαξίνη (venlafaxine)
- Ντουλοξετίνη (duloxetine)

Οι παρενέργειες των SNRIs είναι παρόμοιες με εκείνες των SSRIs (ξηρό στόμα, γαστρεντερικές διαταραχές, σεξουαλικές δυσλειτουργίες, υπέρταση, κ.ά.)

5. ΝΟΡΑΔΡΕΝΕΡΓΙΚΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΑ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΕΡΓΙΚΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ (Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant-NaSSA)

NaSSA είναι ένα αρκτικόλεξο για τα νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά. Το μοναδικό μέχρι στιγμής φάρμακο αυτής της κατηγορίας είναι η

μιρταζαπίνη (Mirtazapine): εγκρίθηκε το 1996 για την θεραπεία της ήπιας έως βαριάς κατάθλιψης.

Συνδυάζει αντισταμινική, νοραδρενεργική και σεροτονινεργική δράση. Σε χαμηλή δοσολογία, υπερισχύει η αντισταμινική δράση και προκαλεί καταστολή και αύξηση του σωματικού βάρους. Σε υψηλότερες δόσεις δρα περισσότερο ως νοραδρενεργικό και κινητοποιεί τον ασθενή.

Η μιρταζαπίνη έχει μοναδικό φαρμακολογικό προφίλ (αν και η χημική δομή της είναι τετρακυκλική): εκτός από τη βελτίωση της ψυχοπαθολογίας, δρα και στα βασικά βιολογικά συμπτώματα της κατάθλιψης, δηλαδή αϋπνία, απώλεια όρεξης και βάρους. Η μιρταζαπίνη είναι σχετικά ασφαλής ακόμα και αν ληφθεί σε υπερβολική δόση.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι είναι χρήσιμη και σε ψυχικές νόσους όπου δεν έχει επίσημα πάρει έγκριση: την διαταραχή πανικού, την ψυχαναγκαστική διαταραχή, το άγχος και την μετατραυματική διαταραχή.

Οι συχνότερες παρενέργειες είναι:

1. η αύξηση της όρεξης και του βάρους (1 στα 6 άτομα). Η μιρταζαπίνη μπορεί να αυξήσει και τα επίπεδα χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων στο αίμα. Πρέπει να σημειώσουμε όμως ότι η απώλεια βάρους είναι ένα συχνό σύμπτωμα της κατάθλιψης. Η επιτυχής αντικαταθλιπτική θεραπεία συνοδεύεται συνεπώς από την κανονικοποίηση του βάρους του σώματος. Η επιπλέον επιβάρυνση με κιλά, μπορεί να χρειαστεί κατάλληλη διατροφική αντιμετώπιση.

2. η υπνηλία (υποχωρεί μετά τις πρώτες ημέρες). Περίπου οι μισοί από τους ασθενείς που παίρνουν μιρταζαπίνη αναπτύσσουν την υπνηλία. Για αυτόν τον λόγο, συνιστάται η βραδινή λήψη της, οπότε μπορεί να βοηθήσει και στον ύπνο (η αϋπνία ανήκει στα βασικά βιολογικά συμπτώματα της κατάθλιψης). Η επιτυχής αντικαταθλιπτική θεραπεία συνοδεύεται συνεπώς από την κανονικοποίηση της αϋπνίας), παρόλο που δεν είναι τυπικό υπνωτικό.

3. ξηροστομία (1 στα 4 άτομα).

6. ΑΛΛΑ

ΑΝΑΣΤΟΛΕΑΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΝΟΡΕΠΙΝΕΦΡΙΝΗΣ ΚΑΙ ΝΤΟΠΑΜΙΝΗΣ.

Σε αυτή την κατηγορία ανήκει η βουπροπιόνη και δρα εμποδίζοντας την επαναπρόσληψη της νορεπινεφρίνης και της ντοπαμίνης από το κύτταρο που την απελευθέρωσε.

Τέλος να τονίσουμε πως υπάρχουν σε εξέλιξη αρκετές έρευνες για την δημιουργία νέων φαρμάκων με στόχο την καλύτερη αποτελεσματικότητα και τις λιγότερες παρενέργειες.

ΑΛΛΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΕΝΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΧΟΡΗΓΗΘΟΥΝ

1) ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ:

Αυτά χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις ανθεκτικής κατάθλιψης για την ενίσχυση της δράσης και της αποτελεσματικότητας της αντικαταθλιπτικής αγωγής. Παραδείγματα: λίθιο, θυρεοειδική ορμόνη (θυροξίνη).

2) ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΤΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:

Χρησιμοποιούνται για την σταθεροποίηση της διάθεσης (πρόληψη της υποτροπής μέσω της διατήρησης της διάθεσης σε σταθερά επίπεδα), είτε σε άτομα με διπολική διαταραχή, είτε σε άτομα που πάσχουν από σοβαρή, υποτροπιάζουσα κατάθλιψη. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν: το λίθιο, η καρβαμαζεπίνη, το βαλπροϊκό νάτριο, η λαμοτριγίνη, η γκαμπαπεντίνη (στην πραγματικότητα τα τέσσερα τελευταία ανήκουν στα αντισπασμωδικά – αντιεπιληπτικά φάρμακα και χρησιμοποιούνται για νευρολογικές νόσους όπως η επιληψία. Όμως, έχει αποδειχθεί ότι διαθέτουν και δράση σταθεροποιητή διάθεσης).

3) ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ:

Στις περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης όπου αναπτύσσονται παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις (δηλαδή υπάρχει μειωμένη επαφή με την πραγματικότητα), η αγωγή περιλαμβάνει εκτός από αντικαταθλιπτικά και αντιψυχωσικά φάρμακα. Παραδείγματα αντιψυχωσικών: ρισπεριδόνη, αλοπεριδόλη, ολανζαπίνη, κετιαπίνη κ.ά.

4) ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ - ΒΕΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΕΣ:

Συχνά κατάθλιψη και άγχος συνυπάρχουν. Συνήθως, τα αντικαταθλιπτικά ελέγχουν και τα δύο. Επειδή όμως τα αντικαταθλιπτικά χρειάζονται αρκετό χρόνο για να δράσουν ικανοποιητικά, ο γιατρός μπορεί να χορηγήσει και αγχολυτικό, για το αρχικό διάστημα της θεραπείας. Επίσης, μπορεί να χορηγήσει αγχολυτικό (παράλληλα με τα αντικαταθλιπτικά), στην περίπτωση που το άγχος είναι σοβαρό. Τα αγχολυτικά (ή αλλιώς ελάσσονα ηρεμιστικά) δρουν γρήγορα (συνήθως μέσα σε 30 έως 90 λεπτά) μειώνοντας το άγχος, ωστόσο δεν αποτελούν θεραπεία καθώς αντιμετωπίζουν μόνο πρόσκαιρα το σύμπτωμα. Επιπλέον, η μακρόχρονη χρήση τους (περισσότερο από μερικές εβδομάδες) προκαλεί εθισμό. Παραδείγματα αγχολυτικών: αλπραζολάμη, διαζεπάμη, βρωμαζεπάμη, λοραζεπάμη, πραζεπάμη.

4) ΥΠΝΩΤΙΚΑ:

Σε περιπτώσεις σοβαρών προβλημάτων ύπνου, χορηγούνται κατασταλτικά αντικαταθλιπτικά (προκαλούν υπνηλία, π.χ. τραζοδόνη, δοξεπίνη). Όμως, ορισμένες φορές δεν

είναι δυνατή η συνταγογράφηση ενός κατασταλτικού αντικαταθλιπτικού και τότε ενδέχεται να συνταγογραφηθεί και υπνωτικό χάπι. Τα υπνωτικά θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για μικρό χρονικό διάστημα, το πολύ δύο εβδομάδες και ακόμη κι έτσι είναι καλύτερα να λαμβάνονται διακεκομμένα (όχι καθημερινά), καθώς αναπτύσσουν εθισμό και συμπτώματα στέρησης. Παραδείγματα υπνωτικών: τεμαζεπάμη, φθοριονιτραζεπάμη (ανήκουν στην οικογένεια των βενζοδιαζεπινών, βλ. παραπάνω), ζολπιδέμη, ζοπικλόνη κ.ά.(Greenstein, 2007)

1.7.4 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Στην ανασκόπηση αυτή περιγράφονται οι μη φαρμακευτικές θεραπείες που εφαρμόζονται στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Τονίζονται ιδιαίτερα τα κριτήρια επιλογής της κάθε μεθόδου, όπως:

Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Η ΑΝΟΧΗ

ΟΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

καθώς και η συμμόρφωση των ασθενών, που αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την επιτυχή έκβαση της εφαρμογής. αναφέρονται οι κυριότερες θεωρίες που σχετίζονται με το μηχανισμό δράσης των διαφόρων θεωριών. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία θεωρείται ταχύτερη και αποτελεσματικότερη της φαρμακοθεραπείας στην αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης, ενώ περιορίζει και το χρόνο της νοσηλείας των ασθενών. Η σύγχρονη εφαρμογή της έχει τροποποιήσει ριζικά τους μύθους και τις προκαταλήψεις απέναντι της μειώνοντας το φόβο των ασθενών και αλλάζοντας τη στάση των συγγενών. Η στέρηση ύπνου χωρίς τη χρήση ψυχοφαρμάκων εμφανίζει σημαντική αντικαταθλιπτική αποτελεσματικότητα, κυρίως στην συναισθηματική διαταραχή με ταχεία εναλλαγή επεισοδίων. Η φωτοθεραπεία, εφαρμόζεται κυρίως στην εποχιακή αλλά και στη μη εποχιακή κατάθλιψη. Η ψυχοχειρουργική, με την εφαρμογή συγχρόνων στερεοτακτικών τεχνικών ,χρησιμοποιείται σε καταστάσεις στις οποίες ο ασθενής δεν έχει απαντήσει σε εντατική θεραπεία με όλες τις διαθέσιμες θεραπείες. Οι ατομικές και ομαδικές ψυχοθεραπείες, πέρα από τη μεμονωμένη εφαρμογή τους, συνδυαζόμενες με φαρμακοθεραπεία φαίνεται να ενισχύουν σημαντικά την αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών. Συμπερασματικά οι μη φαρμακευτικές μέθοδοι αποτελούν αξιόπιστες, εναλλακτικές της φαρμακοθεραπείας, θεραπείες στην αντιμετώπιση της

κατάθλιψη κυρίως σε ασθενείς που δεν δέχονται τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων ,που υιοθετούν αρνητική στάση απέναντι τους, μειωμένη συμμόρφωση και έχουν ιστορικό αποπειρών αυτοκαταστροφής με αντικαταθλιπτικά φάρμακα.(Παπαδημητρίου, 1999)

1.7.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

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

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

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

Σωματικές Θεραπείες

Τόσο τα φάρμακα όσο και το ηλεκτροσόκ είναι χρήσιμα και αποτελεσματικά στη θεραπεία των Καταθλιπτικών Διαταραχών - κυρίως της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και ιδιαίτερα

αν υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία και/ή σωματικά (φυτικά) συμπτώματα.

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

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

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

Το ηλεκτροσόκ κυρίως ενδείκνυται στις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη είναι τόσο βαριά ώστε να κινδυνεύει η ζωή του αρρώστου και που η ταχεία βελτίωση είναι αναγκαία (π.χ. πολύ σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας, «κατατονική» κατάθλιψη) ή σε περιπτώσεις που αντενδείκνυται η χορήγηση αντικαταθλιπτικών (καρδιαγγειακή νόσος, εγκυμοσύνη). Αν και

εφαρμόζονται διάφορα σχήματα, συνήθως χορηγούνται 6 ως 10 συνεδρίες με ρυθμό 3 ή 4 συνεδριών την εβδομάδα. Η απάντηση συνήθως είναι ταχεία - μέσα σε μέρες παρά σε εβδομάδες. Μετά τη χορήγηση ηλεκτροσόκ, οι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία συντήρησης με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Σημειώνουμε ότι γενικά αρχίζουμε τη θεραπεία με κάποιο τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό ή κάποιον ΕΑΕΣ και αν δεν υπάρξει απάντηση μέσα σε 6-8 εβδομάδες χρησιμοποιούμε κάποιο άλλο τρικυκλικό ή ΕΑΕΣ (με διαφορετικό χημικό προφίλ όσον αφορά την επίδραση του στη νορεπινεφρίνη, σεροτονίνη αλλά και στην ακετυλχολίνη), έναν αναστολέα της ΜΑΟ, ένα άλλο νεότερο αντικαταθλιπτικό ή ηλεκτροσόκ (ή ενίσχυση με λίθιο της δράσης του τρικυκλικού). Όσον αφορά την επιλογή του κατάλληλου αντικαταθλιπτικού πρώτης γραμμής (ποιου από τα τρικυκλικά ή τους ΕΑΕΣ) παρά τα όσα έχουν προταθεί, η αλήθεια παραμένει ότι ακόμη η επιλογή αυτή παραμένει σε μεγάλο βαθμό εμπειρική. (Crimp, 2002).

Το λίθιο χρησιμοποιείται κυρίως ως αντιμανιακό φάρμακο και για την πρόληψη της υποτροπής τόσο των μανιακών όσο και των καταθλιπτικών επεισοδίων της Διπολικής Διαταραχής. Πρόσφατες μελέτες, όμως, έχουν δείξει ότι το λίθιο είναι χρήσιμο φάρμακο και για την πρόληψη της υποτροπής καταθλιπτικών επεισοδίων σε μονοπολικούς καταθλιπτικούς, οπότε θεραπεία συντήρησης με λίθιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντί θεραπείας συντήρησης με τρικυκλικά ή άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

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

Όσον αφορά τα καταπραϋντικά ή υπνωτικά και τα ελάσσονα ηρεμιστικά (βενζοδιαζεπίνες κτλ.) μπορεί να χρησιμοποιηθούν μερικές φορές για να ανακουφίσουν το άγχος, την ανησυχία, τον εκνευρισμό και την αϋπνία - συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το καταθλιπτικό σύνδρομο. Πρέπει, όμως, να σημειώσουμε ότι αφενός τα φάρμακα αυτά μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη και να επιβαρύνουν έτσι την κλινική εικόνα και αφετέρου τα συμπτώματα στα ποία απευθύνονται και ιδιαίτερα η αϋπνία θεραπεύονται καλύτερα με τα αντικαταθλιπτικά παρά με αυτά τα φάρμακα (γιατί όπως είπαμε αποτελούν συμπτώματα του καταθλιπτικού συνδρόμου και υποχωρούν

όταν υποχωρήσει η κατάθλιψη). Επομένως, αν λάβουμε υπόψη και τον κίνδυνο εθισμού, ίσως είναι καλύτερο να αποφεύγονται, όσο είναι δυνατό, τα υπνωτικά και τα ελάσσονα ηρεμιστικά.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν η φαρμακευτική θεραπεία δεν βοηθά έναν ασθενή να βελτιώσει την κατάστασή του, οι κλινικοί εξετάζουν την πιθανότητα της εφαρμογής της ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ECT), που αποτελεί μία περισσότερο δραστική θεραπεία αλλά και την πιο αμφιλεγόμενη, μετά την ψυχοχειρουργική, θεραπεία για τις ψυχολογικές διαταραχές. Στη θεραπεία αυτή εφαρμόζεται ηλεκτρικό σοκ κατευθείαν στον εγκέφαλο για λιγότερο από ένα δευτερόλεπτο παράγοντας μία κρίση και μία σειρά σύντομων σπασμών που συνήθως διαρκούν λίγα λεπτά. Η θεραπεία αυτή στις μέρες μας αποτελεί μία ασφαλή αποτελεσματική θεραπεία για πολύ σοβαρές περιπτώσεις κατάθλιψης που δεν παρουσίασαν βελτίωση με άλλες θεραπευτικές αγωγές (Klerman, 1988). Πλέον, οι ασθενείς υποβάλλονται σε αναισθησία προκειμένου να μειωθεί η ταλαιπωρία τους, και τους χορηγούνται μυοχαλαρωτικά φάρμακα ώστε να αποφευχθεί η θλάση των οστών από τους σπασμούς κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η οποία εφαρμόζεται μία φορά μέρα παρά μέρα και για 6 έως 10 θεραπείες / ανάλογα με τη βελτίωση του ασθενή.

Όσον αφορά τις παρενέργειες, αυτές είναι λίγες και συμπτωνώνονται στη βραχύχρονη απώλεια μνήμης και στη σύγχυση που εξαφανίζονται μετά από μια με δύο εβδομάδες. Η αμφιλεγόμενη φύση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας μείωσε τη χρήση της κατά τη διάρκεια των δεκαετιών του 1970 και του 1980 και δεν είναι πιθανό να χρησιμοποιηθεί ξανά ευρέως σύντομα. (Αναγνωστόπουλος et al, 2008).

ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

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

ατόμου.

Σήμερα έχουν διαμορφωθεί ενδείξεις για φαρμακοθεραπεία ή ψυχοθεραπεία, όπως και ενδείξεις για τους διάφορους τύπους ψυχοθεραπείας και για τους συνδυασμούς όλων των παραπάνω. Η θεραπεία της κατάθλιψης, όπως και όλων των ψυχικών διαταραχών άλλωστε, είναι συνθετική - επιλεκτική, δηλ. ο θεραπευτής επιλέγει για τον κάθε ασθενή την κατάλληλη σύνθεση φαρμακοθεραπείας, ψυχοθεραπείας ή τύπων ψυχοθεραπείας. (Αναγνωστόπουλος et al, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

Η λοχεία ήταν επίκληση της θεάς Άρτεμης που προστατεύει τις λεχώνες στην Άλο της Φθιώτιδας. Επίσης Η Άρτεμη με την ιδιότητα αυτή λατρευόταν στην Πέργαμο και σε άλλες πόλεις με διάφορες επικλήσεις όπως «Εύλογος» «Ωκυλοχεία». (Αναγνωστόπουλος et al, 2008).

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

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

Επίσης, και στις περιγραφές των νοσοκομείων αναφέρεται, πως στους

προηγούμενους αιώνες οι πτέρυγες για τις λεχώνες είχαν τα παράθυρα φραγμένα με κάγκελα, ως μέτρο προφύλαξης κατά κάποιας, υποτίθεται, 'απονενομένης' ενέργειας από τις νέες μητέρες. Η μελέτη άρχισε με τον Esquirol το 1845, και τον Marce το 1858, και συστηματοποιήθηκε μετά το 1950. (Marschall, 2009).

2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Τι ακριβώς είναι η επιλόχεια κατάθλιψη;

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι η παρουσία ψυχιατρικών συμπτωμάτων τα οποία είναι αρκετά σοβαρά, ώστε να χρήζουν ιατρικής βοήθειας, και τα οποία εμφανίζονται μέσα σε έξι μήνες από τον τοκετό, σε μια γυναίκα που ποτέ πριν δεν είχε κάποια ψυχιατρική ασθένεια. (Ευσταθίου. 2011).

Η επιλόχεια κατάθλιψη δεν είναι μια απλή ιδιοτροπία της νέας μητέρας, αλλά μια ασθένεια. Δηλαδή μια σύνθετη διαταραχή φέρνοντας συχνά τη λεχωίδα και την οικογένεια της μπροστά σε εκπλήξεις. Για την ίασή της χρειάζεται ψυχοθεραπεία, σύστημα υποστήριξης από τον οικογενειακό και κοινωνικό κύκλο της νέας μητέρας, νοσηλευτική φροντίδα ή και φαρμακοθεραπεία με αντικαταθλιπτικά, αφού μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού. (Marschall, 2009).

2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή επιπλοκή της λοχείας, και επισυμβαίνει στο 10-20% (MO=13%) των γυναικών μετά τον τοκετό, ενώ η μελαγχολία της λοχείας (maternity blues) εμφανίζεται στο 50-85% και η ψύχωση στο 0,1-0,2%. (5,6) Επομένως, σε μια χώρα όπως οι ΗΠΑ, όπου διεξάγονται 4.000.000 τοκετοί τον χρόνο, μισό περίπου εκατομμύριο γυναικών (500.000) πάσχουν από κατάθλιψη της λοχείας ετησίως, ενώ, αν μεταφέρουμε τα νούμερα αυτά στην ελληνική πραγματικότητα, θα πρέπει να περιμένουμε ότι περίπου 12.500 Ελληνίδες ετησίως θα εμφανίσουν το πρόβλημα αυτό.

Γυναικεία Κατάθλιψη

Πολλές μανούλες αδυνατούν να απολαύσουν τις πρώτες στιγμές μαζί με το νεογέννητο μωράκι τους καθώς η **επιλόχεια κατάθλιψη** τους «χτυπά» την πόρτα και τους στερεί τα πρώτα

βιώματα της μητρότητας. αναφέρεται στην εμφάνιση κατάθλιψης μετά τη γέννηση ενός παιδιού. Η επιλόχεια κατάθλιψη εκδηλώνεται εντός ενός μηνός από τον τοκετό, αλλά σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστεί μέχρι και **6 μήνες μετά**, ενώ μέχρι στιγμής δεν έχει εξακριβωθεί το ακριβές αίτιο της εμφάνισής της. Το σημαντικό είναι ότι δεν πρόκειται για μία διαταραχή που οφείλεται στο γεγονός ότι η γυναίκα που γέννησε δεν είναι «αρκετά καλή μητέρα» και γενικώς δεν είναι κάτι για το οποίο ευθύνεται η ίδια η μητέρα, αλλά μία ανεπιθύμητη επιπλοκή του τοκετού. Οι μητέρες που υποφέρουν από επιλόχειο κατάθλιψη δεν προξενούν σκόπιμα κακό στα παιδιά τους, παρότι περίπου οι μισές κάνουν τέτοιες σκέψεις και ανησυχούν πολύ για αυτές.



2.4 ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ας δούμε όμως λίγο πιο αναλυτικά ποιοι είναι αυτοί οι τόσο καθοριστικοί παράγοντες στην προδιάθεση καταρχήν και στην εξέλιξη κατά δεύτερον μιας τόσο δυσάρεστης ψυχικής

διαταραχής που έρχεται να πλήξει την μητέρα και την οικογένεια σε μια τόσο ευτυχισμένη στιγμή της ζωής τους – αυτή της γέννησης μιας νέας ανθρώπινης ύπαρξης. Είναι το οξύμωρο αυτό σχήμα που διαγράφεται στην επιλόχεια κατάθλιψη που το καθιστά ακόμη δυσκολότερο να κατανοήσουμε την διαταραχή αλλά και να την διαχειριστούμε. Η προσδοκία των περισσότερων από εμάς είναι πως η μητέρα οφείλει να είναι πανευτυχής για το χαρμόσυνο γεγονός της τεκνοποίησης και πως τίποτα δεν μπορεί να κλονίσει το μητρικό της ένστικτο.

Η αιτιολογία της επιλόχειου κατάθλιψης δεν είναι γνωστή και διερευνάται μια ποικιλία παραγόντων από ορμονικούς μέχρι περιβαλλοντολογικούς. Το σημαντικό είναι ότι πρόκειται για μια διαταραχή που οφείλεται στο γεγονός ότι η γυναίκα που γέννησε δεν είναι "αρκετά καλή μητέρα" και γενικώς δεν είναι κάτι για το οποίο ευθύνεται η ίδια η μητέρα, αλλά μια ανεπιθύμητη επιπλοκή του τοκετού. (Χατζάκη, 2007)

2.5 ΑΙΤΙΕΣ

Αίτια Κατάθλιψης μετά από τον τοκετό.

. Στην εμφάνιση της κατάθλιψης, συντελούν:

- Μετά από την εγκυμοσύνη, οι ορμονικές αλλαγές στο σώμα μιας γυναίκας μπορούν να προκαλέσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνονται πολύ δύο ορμόνες, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Στις πρώτες 24 ώρες μετά από τον τοκετό, το ποσοστό αυτών των ορμονών μειώνεται γρήγορα, στα κανονικά προ εγκυμοσύνης επίπεδά τους. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι αυτή η ταχεία αλλαγή στα επίπεδα των ορμονών, μπορεί να οδηγήσει στην επιλόχεια κατάθλιψη, ακριβώς όπως και οι μικρότερες αλλαγές στις ορμόνες μπορούν να έχουν επιπτώσεις στις διαθέσεις μιας γυναίκας πριν αρχίσει την εμμηνορροϊκή περίοδό της (το γνωστό προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο).

- Περιστασιακά, τα επίπεδα ορμονών του θυροειδή αδένος μπορούν επίσης να μειωθούν μετά από τη γέννα. Ο θυροειδής είναι ένας μικρός αδένος στο λαιμό που βοηθά στη ρύθμιση του μεταβολισμού (τον τρόπο με τον οποίο το σώμα, χρησιμοποιεί και αποθηκεύει την ενέργεια από τα τρόφιμα). Τα χαμηλά επίπεδα ορμονών του θυροειδή, μπορούν να προκαλέσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης συμπεριλαμβανομένης της καταθλιπτικής διάθεσης, του μειωμένου ενδιαφέροντος για τα πράγματα, της οξυθυμίας, της κούρασης, της δυσκολίας συγκέντρωσης, των προβλημάτων του ύπνου, και της αύξησης του βάρους. Μια απλή εξέταση αίματος (T3, T4, TSH), μπορεί να δείξει εάν ο θυροειδής αδένος προκαλεί την "επιλόχεια κατάθλιψη" μιας μητέρας.

- Το συναίσθημα της έντονης κόπωσης μετά από εργώδη φυσιολογικό τοκετό.
- Η κακή αρχιτεκτονική του ύπνου, σύντομος και ρηχός ύπνος, εμποδίζει συχνά μια νέα μητέρα να ανακτήσει τις δυνάμεις της μετά τη γέννα, για εβδομάδες.
- Συναίσθημα συντριβής με το βάρος του νέου, ή επιπλέον μωρού που πρέπει να φροντίζει και αμφιβολία για τη δυνατότητά της να είναι καλή μητέρα.
- Αίσθημα πίεσης από τις αλλαγές στη ρουτίνα της εργασίας και του σπιτιού. Μερικές φορές, οι γυναίκες σκέφτονται ότι πρέπει να είναι "οι τέλειες μαμάδες", το οποίο φυσικά δεν είναι ρεαλιστικό και προσθέτει επιπλέον άγχος, που συμβάλλει στα αίτια κατάθλιψης.
- Φοβικά συναισθήματα απώλειας: φόβος απώλειας της ταυτότητας της νέας μητέρας, ποια είναι τώρα και ποια ήταν πριν το νέο μωρό, φόβος απώλεια ελέγχου του μητρικού ρόλου, φόβος απώλειας της προ-εγκυμοσύνης σιλουέτας, φόβος απώλεια της αίσθησης να είναι ελκυστική.
- Μείωση του ελεύθερου χρόνου και μείωση του ελέγχου στην διάθεση του χρόνου. Η ανάγκη για μεγαλύτερη παραμονή μέσα στο σπίτι που βιώνεται σαν "εγκλωβισμός", για μακρύτερες χρονικές περιόδους και μείωση του διαθέσιμου χρόνου για την εργασία και τη διασκέδαση, συνεισφέρουν στη εμφάνιση της κατάθλιψης, σε ορισμένες γυναίκες.
- Ευαισθησία και πόνος στην περιοχή του περινέου και του κόλπου, μπορεί να δημιουργήσουν πρόβλημα στη σεξουαλική επαφή. Το διάστημα της σωματικής ανάρρωσης μετά από καισαρική τομή μπορεί να είναι μεγαλύτερο από ότι μετά από ένα φυσιολογικό τοκετό, γεγονός που προστίθεται στα αίτια κατάθλιψης.
- Η ηλικία μιας μητέρας και ο αριθμός των παιδιών που είχε δεν φαίνεται να σχετίζονται με την πιθανότητα να αναπτύξει επιλόχεια κατάθλιψη.

2.6 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Πώς παρουσιάζεται η Κατάθλιψη κατά την Εγκυμοσύνη;

Οι γυναίκες βιώνουν κατάθλιψη δύο φορές συχνότερα από ότι οι άνδρες. Η περίοδος ανατροφής του παιδιού είναι περίοδος αυξημένου κινδύνου για έναρξη κατάθλιψης στις γυναίκες. Μέχρι 70% των εγκύων αναπτύσσουν καταθλιπτικά συμπτώματα και 10-16% των γυναικών παρουσιάζουν μείζονα κατάθλιψη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο χειρισμός της κατάθλιψης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι δύσκολος. Ο κλινικός θα πρέπει πάντα να έχει υπόψη την πιθανότητα εγκυμοσύνης και τις επιδράσεις των ψυχοτρόπων φαρμάκων, όταν έχει να κάνει με γυναίκες ασθενείς, δεδομένου ότι οι μισές περίπου εγκυμοσύνες δεν είναι προγραμματισμένες. Παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης

περιλαμβάνουν το ιστορικό του ίδιου ή της οικογένειας για κατάθλιψη, τα προβλήματα γάμου, τα πρόσφατα αντίζοα γεγονότα, ο μεγάλος αριθμός παιδιών, και η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Ο μεγαλύτερος αριθμός καταθλιπτικών επεισοδίων συμβαίνει μεταξύ των εβδομάδων 34 έως 38 της εγκυμοσύνης. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η αλλαγή του όγκου κατανομής και η αύξηση της ηπατικής δραστηριότητας και της νεφρικής κάθαρσης, οδηγεί σε πτώση των επιπέδων φαρμάκου, γεγονός που μπορεί να καταλήξει σε αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

2.7 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΣΥΜΠΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Τα συμπτώματα της νόσου δε διαφέρουν σημαντικά από τα συμπτώματα της απλής κατάθλιψης που μπορεί να παρουσιαστεί ανεξάρτητα από την ύπαρξη κύησης. Συγκεκριμένα, η γυναίκα εμφανίζει αισθήματα απογοήτευσης και επιθετικότητας τόσο προς το σύζυγο ή το παιδί της, όσο και στο περιβάλλον της γενικά. Αναφέρεται ότι η εχθρότητα ενάντια στο παιδί υποδηλώνει εχθρότητα ενάντια στον ίδιο της τον εαυτό, με αποτέλεσμα να τον απορρίπτει. Σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρείται ανορεξία και εμετός, με αποτέλεσμα την πρόκληση μεταβολικών διαταραχών, όπως η εκλαμψία, συμπτώματα τα οποία είναι δηλωτικά αυτοκαταστροφικότητας. Οι εκρήξεις θυμού, οι κραυγές, οι συγχυτικές καταστάσεις, η θόλωση της συνείδησης, η ψυχοκινητική απάθεια, η έλλειψη οποιουδήποτε ενδιαφέροντος, η καταθλιπτική διάθεση και, παράλληλα, η υπερκινητικότητα, οι διαταραχές του ύπνου και οι έντονες ιδέες ενοχών και τύψεων μέχρι το σημείο παραληρήματος ολοκληρώνουν την εκδήλωση της νόσου. Όταν η γυναίκα αντληφθεί τα επιθετικά της συναισθήματα, νιώθει ενοχές, με αποτέλεσμα να βρίσκεται σε μία κατάσταση άγχους και να φροντίζει υπερβολικά το παιδί της («κατ' αντίδραση συμπεριφορά»). Οι ψυχωτικές καταθλίψεις της λοχείας εμπεριέχουν μεγάλο κίνδυνο αυτοκτονίας. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στην ανίχνευση των πρώιμων συμπτωμάτων, προκειμένου να γίνει έγκαιρη διάγνωση της διαταραχής, καθώς ενέχεται μεγάλος κίνδυνος επανεμφάνισής της σε επόμενους τοκετούς. (Μενεδιάτου, 2012)

Πολλές μελέτες έχουν καταδείξει το γεγονός ότι οι γυναίκες που είναι φορτισμένες συναισθηματικά μετά τον τοκετό είναι πολύ πιθανό να είχαν προγενέστερα συναισθηματικά προβλήματα και να ήταν περισσότερο ευάλωτες, με αποτέλεσμα η κατάθλιψη να έχει προκληθεί λόγω άγχους είτε από τη γέννηση του παιδιού είτε από δυσκολίες που μπορεί να υπάρχουν στη συμβίωση με το σύζυγό τους. Επίσης, οι γυναίκες

που παθαίνουν επιλόχεια κατάθλιψη διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν μελλοντικά καταθλιπτικά επεισόδια, όπως φάνηκε και από μία μελέτη των Philipps & O'Hara το 1991. Από διεθνείς έρευνες έχει υπολογιστεί ότι περίπου $1/1000$ γυναίκες εμφανίζει ψυχωτική επιλόχεια κατάθλιψη, ενώ η κακοποίηση, ο αλκοολισμός και οι διατροφικές διαταραχές συχνά αποτελούν συνοδές καταστάσεις για την εκδήλωση της ασθένειας.

2.7.1 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να κρατήσει ως ένα χρόνο. Χαρακτηρίζεται από απουσία χαράς για το μωρό αλλά και γενικότερα, από έντονα συναισθήματα ενοχής και αυτοκατηγορίες, έντονο στρες που σχετίζεται με ένα αίσθημα ανεπάρκειας, συχνά κλάμματα, αποχή από συνήθεις πηγές χαράς και ενδιαφέροντος, συμπεριλαμβανομένου και του σεξ, ψυχική κούραση και επιθυμία παραμονής στο κρεβάτι.

Η εμφάνισή της σχετίζεται με πολλούς παράγοντες.

Υπάρχει ο βιολογικός παράγοντας, που σχετίζεται με τις ορμονικές διαταραχές που υφίσταται ο οργανισμός της γυναίκας με τον τοκετό και ιδιαίτερα με την απότομη μεταβολή των επιπέδων της προγεστερόνης. Βέβαια, αυτό συμβαίνει σε όλες τις γυναίκες, οπότε καλούμαστε να εξετάσουμε και άλλους ψυχολογικούς παράγοντες που έρχονται να συνδυαστούν με τη βιολογική μεταβολή.

Η κάθε αλλαγή στο σώμα φέρει πάντα το άτομο αντιμέτωπο με τη ναρκισσιστική προβληματική και η έκβαση αυτής της συνάντησης εξαρτάται από το πώς είναι δομημένος ο ψυχιζμός και η ιστορία του. Ναρκισσιστικές ελλείψεις ή τραύματα επιβαρύνουν τις συνέπειες κάθε σωματικής μεταβολής, καθώς το σώμα είναι άρρηκτα δεμένο με την έννοια της ταυτότητας και το άτομο αισθάνεται ότι πλήττεται στο σύνολο της ταυτότητάς του.

Ένας άλλος λόγος είναι η μεγάλη αλλαγή που επέρχεται στη ζωή του ανθρώπου με τη γέννηση ενός παιδιού. Αυτή η αλλαγή έγκειται όχι μόνο στο επίπεδο της διαχείρισης της καθημερινότητας αλλά και, πάλι, σε επίπεδο ταυτότητας. Η γυναίκα αποκτά ένα νέο ρόλο, το γονεϊκό, που χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα αυξημένη ευθύνη.

Πολλές είναι οι περιπτώσεις που η γέννηση ενός παιδιού συμπίπτει χρονικά με μία απώλεια. Δυστυχώς σε αυτή την περίπτωση η χαρά της γέννησης του παιδιού δεν μπορεί να μη συνοδεύεται και από το πένθος κάποιου αγαπημένου προσώπου. Αυτός ο συνδυασμός χαρμολύπης επιδρά καθοριστικά στη σχέση που δημιουργείται μεταξύ μητέρας και παιδιού και χαρακτηρίζει τις συναισθηματικές συναλλαγές τους.

Άλλες αιτίες που θα μπορούσαν να συσχετιστούν με την εμφάνιση ψυχικών προβλημάτων στον τοκετό είναι η εμπειρία των σημαντικών σχέσεων με τους οικείους, ιδιαίτερα με τον σύντροφο, αλλά και την εμπειρία που η γυναίκα είχε με τη μητέρα της. Οι πιθανότητες επιλόχειας κατάθλιψης της μητέρας φαίνονται να αυξάνονται δραματικά, αν η ίδια κατά τη γέννησή της είχε μία μητέρα που αντιμετώπιζε το ίδιο πρόβλημα.

Μικρότερη σημασία παίζουν οικονομικές και άλλες δυσκολίες που μπορούν εντούτοις, να συμμετέχουν ενισχύοντας μία ψυχική ευαλωτότητα. Φαίνεται επίσης να είναι περισσότερο ευάλωτες οι γυναίκες που αποκτούν παιδί σε νεαρή ηλικία.

2.8 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Ο Ρόλος του Πατέρα

Παράλληλα, το πώς έχει γαλουχηθεί ο πατέρας και συνεπώς το δικό του ψυχολογικό κληροδότημα παίζουν κυρίαρχο ρόλο στον τρόπο με τον οποίο ο ίδιος σχετίζεται με τη μητέρα. Εάν είναι και εκείνος ανασφαλής και ευάλωτος, δεν αποκλείεται να ανταγωνιστεί το βρέφος για την προσοχή της μητέρας και με αυτό τον τρόπο να αποξενώσει τη σύντροφό του ή να εντείνει προβλήματα που εκείνη αντιμετωπίζει. Αν επίσης δεν έχει συναίσθηση της ψυχολογικής κατάστασης της συντρόφου του, εκείνη είναι πιθανόν να νιώσει ακόμα πιο απομονωμένη και αβοήθητη. Άλλωστε δεν είναι τυχαίο ότι σε οικογένειες με προϋπάρχουσα τάση για βία ή μια λανθάνουσα επιθετικότητα αυτή μπορεί να εκδηλωθεί για πρώτη φορά σε περίοδο λοχείας ή και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η συμβολή του πατέρα είναι και αυτή εξαιρετικά σημαντική με διάφορους τρόπους. Το ψυχολογικό κληροδότημα του πατέρα από τη δική του παιδική ηλικία αλλά και από τις συνθήκες της ζωής του παίζει κυρίαρχο ρόλο στον τρόπο με τον οποίο εκείνος θα στηρίξει ή όχι τη σύντροφό του στην κρίσιμη περίοδο της λοχείας. Εάν, για παράδειγμα, εκείνος είναι ανασφαλής και ευάλωτος και έχει βιώματα αποκλεισμού από την αγάπη της δικής του οικογένειας και άλλων προσφιλών του προσώπων, δεν αποκλείεται να ανταγωνιστεί το βρέφος για την προσοχή της μητέρας και με αυτό τον τρόπο να αποξενώσει τη σύντροφό του ή να εντείνει προβλήματα που εκείνη ήδη αντιμετωπίζει. Αν επίσης δεν έχει συναίσθηση της ψυχολογικής κατάστασης της συντρόφου του, εκείνη είναι πιθανόν να αισθανθεί ακόμα πιο απομονωμένη και αβοήθητη, συναισθήματα που θα συμβάλλουν σε μια αρνητική ψυχολογική κατάσταση.

Συχνά, προϋπάρχονται προβλήματα στο ζευγάρι χειροτερεύουν στη διάρκεια της λοχείας και πρέπει να τονιστεί ότι είναι μύθος πως η γέννηση ενός παιδιού θα εξομαλύνει τις διαταραγμένες σχέσεις ενός ζευγαριού ή θα βοηθήσει όσον αφορά προβλήματα με άλλα παιδιά

μέσα στην οικογένεια. Η τεκνοποίηση δεν πρέπει επομένως να προορίζεται σαν λύση σε οικογενειακά ή προσωπικά προβλήματα των γονιών. (Σολδάτος, 1999)

Κοινωνική υποστήριξη και οικογενειακές σχέσεις.

Είναι αξιοσημείωτο ότι η βιβλιογραφία για τη σχέση της κοινωνικής υποστήριξης με την ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αφορά κυρίως τις γυναίκες και ιδιαίτερα κατά το διάστημα μετά το τοκετό. Έρευνα έδειξε (Brugha και συν., 1989,1995), ότι ελλείψεις στην ποιότητα και ποσότητα των προσωπικών σχέσεων συνδέονται με τις καταθλιπτικές διαταραχές. Ακόμη, το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο τα γεγονότα της ζωής συμβαίνουν, μπορεί από μόνο του να αποτελεί μια εν μέρει πλευρά της κοινωνικής υποστήριξης. Για παράδειγμα, το γεγονός της ζωής ‘μένω έγκυος’ μπορεί να αξιολογηθεί ως ιδιαίτερα απειλητικό, αν η κύηση δεν είναι προγραμματισμένη και δεν υπάρχει σταθερή σχέση με το πατέρα του κυήματος. Το μέγεθος του προβλήματος αυξάνεται, αν δεν υπάρχει καθόλου ο πατέρας του νεογνού στη ζωή της λεχωΐδας και ζει μόνη της. Η σπουδαιότητα της υποστήριξης του συντρόφου κατά τη μεταγεννητική περίοδο είναι εντυπωσιακή και επιβεβαιώνεται από πολλούς ερευνητές.

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

Αποχωρισμοί - Απώλειες

Ακόμα και αν το ζευγάρι χαίρει μιας υγιούς ψυχικά παιδικής ηλικίας και αρκετά καλής συναισθηματικής εξέλιξης μπορεί παρόλα αυτά να προκόψουν επιπλοκές που αφορούν στον απόηχο των τρομερών αλλαγών που έχουν επέλθει αλλά και συνεχίζουν να λαμβάνουν χώρα με τη γέννηση ενός παιδιού. Ο λατινικός όρος της επιλόχειας κατάθλιψης είναι ‘post partum depression’ που σημαίνει η ‘μετά τον αποχωρισμό κατάθλιψη’. Βρίσκω αυτόν τον όρο ιδιαίτερα εύστοχο για την περιγραφή της νόσου, με την έννοια ότι τη γέννηση ενός παιδιού ακολουθεί ένας μεγάλος αριθμός αποχωρισμών. Ο αποχωρισμός από το βρέφος που κυοφορούταν και το οποίο ήταν υπό την προστασία και τον έλεγχο της μητέρας του, ένα βρέφος που η μητέρα αντιλαμβανόταν ως κομμάτι της και το οποίο καλείται να διαφοροποιηθεί από αυτήν με τη γέννησή του. Ο αποχωρισμός από τον σύντροφο ως την πρωταρχική πηγή

ευχαρίστησης και το μοναδικό στόχο εκτόνωσης ενέργειας μέσα στην οικογένεια. Ο αποχωρισμός από μια διαφορετική ζωή η οποία ποτέ πια δεν θα υπάρξει όπως πριν. Ο αποχωρισμός από έναν πιο εγωκεντρικό και ναρκισσιστικό τρόπο ύπαρξης. Ακόμα και η απώλεια μιας βραδιάς καλού ύπνου, όσο πεζή και δευτερεύουσα κι αν ακούγεται, είναι όμως σημαντική και μπορεί ψυχολογικά να διαταράξει τη γυναίκα που αισθάνεται άπνη, κουρασμένη, ανήμπορη. Το σώμα της γυναίκας επίσης συχνά αλλάζει χωρίς ολική επαναφορά και καμιά φορά τα σωματικά τραύματα μιας εγκυμοσύνης μπορεί να ασκήσουν καθοριστικές επιρροές - και πάλι λοιπόν έχουμε αποχωρισμό από μια πρωτύτερη, γνώριμη κατάσταση. . (Μενεδιάτου, 2012)

2.9 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Οι περισσότερες γυναίκες δεν είναι προετοιμασμένες γι' αυτή την έντονη γκάμα συναισθημάτων που πρόκειται να γευτούν με τη μητρότητα. Έχει αποδειχθεί ότι τις πρώτες μέρες μετά τη γέννα το 60-80% των νέων μαμιάδων βιώνουν αρνητικά συναισθήματα που είναι γνωστά ως «επιλόχεια μελαγχολία». Τα συναισθήματα αυτά είναι:

- έντονη εξάντληση
- διαταραχές ύπνου – αϋπνίες ή αντίθετα, έντονη υπνηλία,
- άγχος και ευερεθιστότητα
- ανησυχία και απαισιοδοξία
- αλλαγές στην όρεξη (βουλιμία ή άρνηση φαγητού) και απρόσμενες διακυμάνσεις βάρους
- δυσκολία συγκέντρωσης
- έντονες φοβίες για τη μητρότητα
- απότομες συναισθηματικές μεταπτώσεις
- έντονη θλίψη
- άρνηση ενασχόλησης με το παιδί ή επιθετικότητα προς αυτό
- απώλεια ευχαρίστησης σε πράγματα που πρωτύτερα θα ευχαριστούσαν τη γυναίκα και
- ευσυγκινησία χωρίς προφανείς λόγους

Τα συμπτώματα αυτά είναι συνήθως προσωρινά και μπορούν να αντιμετωπιστούν.

ΜΑ ΓΙΑΤΙ ΝΟΙΩΘΩ ΕΤΣΙ;

...αναρωτιούνται πολλές γυναίκες. Κάποιες από τις απαντήσεις είναι:

I. Μετά τον τοκετό οι γυναίκες βιώνουν δραματικές αλλαγές στα επίπεδα των ορμονών του οργανισμού τους, γεγονός που επιδρά στο συναισθηματικό κόσμο τους. Πιο συγκεκριμένα, τα

επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης πέφτουν (μπορεί έως και 90% τις πρώτες 3 μέρες). Συγχρόνως, αυξάνουν ραγδαία τα επίπεδα της προλακτίνης, που επιτρέπει την παραγωγή του γάλακτος. Μέχρι να ισοροπήσουν τα επίπεδα των συγκεκριμένων ορμονών, οι νέες μητέρες νιώθουν «πεσμένες», αίσθημα που χαρακτηρίζει συχνότερα τις γυναίκες που γίνονται πρώτη φορά μητέρες.

II. Η εξάντληση από τη φροντίδα του μωρού

III. Η πρωτόγνωρη αίσθηση ευθύνης που βιώνει η νέα μητέρα

IV. Συναισθηματική Εξέλιξη, το πώς έχει γαλουχηθεί η μητέρα

V. Το πώς αντιμετωπίζει το πλήθος αλλαγών που συμβαίνουν στην ζωή της όπως:

- Ο αποχωρισμός από το βρέφος που κυοφορούταν και το οποίο ήταν υπό την προστασία και τον έλεγχο της μητέρας του, που αντιλαμβανόταν ως κομμάτι της και το οποίο καλείται να διαφοροποιηθεί από αυτήν με τη γέννησή του.

- Ο αποχωρισμός από τον σύντροφο ως την πρωταρχική πηγή ευχαρίστησης και το μοναδικό στόχο εκτόνωσης ενέργειας μέσα στην οικογένεια

- Ο αποχωρισμός από έναν πιο εγωκεντρικό και ναρκισσιστικό τρόπο ύπαρξης.

- Το σώμα της γυναίκας επίσης συχνά αλλάζει χωρίς ολική επαναφορά και καμιά φορά τα σωματικά τραύματα μιας εγκυμοσύνης μπορεί να ασκήσουν καθοριστικές επιρροές

Όπως στα περισσότερα ζητήματα υγείας, έτσι κι εδώ, η πρόληψη είναι προτιμότερη της θεραπείας και η ενημέρωση αναπόσπαστο μέρος αυτής..

Η νεαρή μητέρα καλείται να μπει σε έναν καινούριο – άγνωστο τρόπο ζωής. Το να είναι προετοιμασμένη ψυχικά για αυτό σαφώς θα διευκολύνει την πορεία της μέσα στην περίοδο της λοχείας. Τα θέματα που μπορεί να καθηλώσουν μια λεχώνα σε ψυχολογικά αδιέξοδα είναι τόσο περίπλοκα και ξεχωριστά από γυναίκα σε γυναίκα που συχνά χρειάζεται η βοήθεια ενός ειδικού για να μπορέσει η νέα μητέρα να εξερευνήσει τις δυσκολίες της και να ανακάμψει από αυτές, γεγονός που θα λειτουργήσει θεραπευτικά τόσο στο νεογέννητο παιδί αλλά και στη οικογένειά.

2.9.1 Η ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ

Η θλίψη μετά τη γέννα και η επιλόχεια κατάθλιψη δεν είναι η ίδια κατάσταση: η πρώτη είναι συνηθισμένη και διαρκεί λίγο, ενώ η δεύτερη καταβάλλει συναισθηματικά τη μητέρα και επιδρά στην ψυχοσύνθεσή της, αλλά και στο παιδί.

Επιλόχεια μελαγχολία

Το 85% των νέων μητέρων υποφέρει από επιλόχεια μελαγχολία και θεωρείται από πολλούς φυσιολογικό. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- μεταπτώσεις στη διάθεση
- ευερεθιστότητα
- ανησυχία
- σύγχυση
- ξεσπάσματα με λυγμούς
- διαταραχές της όρεξης.

Εμφανίζονται μία με δύο ημέρες μετά τη γέννα και διαρκούν 10-14 ημέρες. Ενοχοποιούνται συνήθως η γρήγορη μεταστροφή των ορμονών και ο λιγοςτός ύπνος. Σε ποσοστό 10-20% των τοκετών η απλή θλίψη εξελίσσεται σε κατάθλιψη.

Σε περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις ξεκινά τις πρώτες 6 εβδομάδες και κορυφώνεται τη 10η εβδομάδα μετά τον τοκετό. (Μενεδιάτου, 2012)

2.9.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΜΩΡΟ

Οι συνέπειες της επιλόχειας κατάθλιψης στο παιδί είναι σημαντικές και έχουν μόνιμο χαρακτήρα στον ψυχισμό του.

Η σχέση της μητέρας με το βρέφος στους πρώτους μήνες της ζωής του είναι συμβιωτική. Υπό αυτή την έννοια εννοούμε κυρίως το ότι το μωρό δεν αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως ξεχωριστό άτομο ακόμη. Από την άλλη, η μητέρα (περισσότερο από κάθε άλλον ενήλικα) είναι σε θέση να αντιληφθεί ενστικτωδώς τις ανάγκες του μωρού και τι ζητάει με το κλάμα του. Έτσι, αυτή η συμβίωση βιώνεται εξίσου και από τους δύο (μητέρα-βρέφος) και είναι απαραίτητη προϋπόθεση στους πρώτους μήνες της ζωής. Είναι βασική προϋπόθεση γιατί βοηθά το παιδί να προσαρμοστεί στη νέα συνθήκη ύπαρξης, έξω από τη μήτρα, όπου οι βασικές του ανάγκες δεν καλύπτονται πια αυτόματα και πρέπει να αντιμετωπίσει τη στέρηση που προκαλεί η πείνα, η δίψα κλπ.

Η κατάθλιψη της μητέρας διαταράσσει πολύ αυτή την αντίληψη που έχει η μητέρα για το μωρό της. Δεν μπορεί να το καταλάβει, να συν-αισθανθεί το λόγο που κλαίει και κατά συνέπεια δεν μπορεί να το παρηγορήσει. Αυτό το αίσθημα απαρηγόρητου αλλά και της απόλυτης

αδυναμίας μπορεί να συνοδεύει για πάντα τον αυριανό ενήλικα, χωρίς να αντιλαμβάνεται τις αιτίες.

Η μητέρα με επιλόχεια κατάθλιψη κάνει συνήθως αυτό που πρέπει να κάνει, αλλά όλα γίνονται με ένα μηχανικό τρόπο, χωρίς ψυχική επένδυση.

Έτσι, ταΐζει το παιδί, το φροντίζει, το καθαρίζει. Όμως υπάρχει ένα μεγάλο κενό. Αυτό το καταθλιπτικό κενό μοιάζει με μία μεγάλη μαύρη τρύπα. Το κενό της κατάθλιψης είναι το αποτέλεσμα μιας πραγματικής ή φαντασιακής απώλειας. Στην περίπτωση της φαντασιακής, μπορεί να αναφέρεται στην απώλεια της κοριτσίστικης ταυτότητας, της σεξουαλικής ταυτότητας (η μεταβολή από το αρχέτυπο της Εύας σε αυτό της Παρθένου Μαρίας), της ανεμελιάς, της καριέρας κλπ.

Αυτό το κενό μεταφέρεται στη σχέση της μητέρας με το παιδί και εκδηλώνεται ως μία απουσία που καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την ανάπτυξη του. Όταν το ταΐζει για παράδειγμα, μπορεί να το βάζει στο στήθος (στην καλύτερη περίπτωση) ή όχι, αλλά ο νους της είναι αλλού, ή κενός από αναπαραστάσεις. Έτσι, το γάλα δίνεται χωρίς να συνοδεύεται από την αγάπη που μεταδίδεται από το βλέμμα, το χάδι, την ομιλία ή το τραγούδι.

Σήμερα γνωρίζουμε τη σημασία που έχει το χάδι, η αγκαλιά και οι σωματικές εκδηλώσεις στον ψυχισμό των βρεφών. Η μητέρα που πάσχει από επιλόχεια κατάθλιψη, αναγνωρίζει την πάθησή της. Προσπαθεί να καλύψει το κενό με βεβιασμένες κινήσεις. Παράδειγμα μπορεί να σφίγγει περισσότερο από όσο πρέπει το μωρό της. Όμως το βρέφος είναι σε θέση να αναγνωρίσει αυτό που δεν είναι αρκετά καλό, που είναι λιγότερο ή περισσότερο από αυτό που χρειάζεται, και αντιδρά έντονα, κάτι που επιδεινώνει το συναίσθημα ανεπάρκειας της μητέρας και δημιουργείται φαύλος κύκλος.

Το ίδιο συμβαίνει και με άλλες πρακτικές όπως είναι η αλλαγή της πάνας, το μπάνιο κλπ. Η μητέρα που είναι καταθλιμμένη δεν παίζει με το παιδί. Δεν του μιλάει, δεν του τραγουδά, δεν το νανουρίζει.

Η σημασία του μητρικού βλέμματος είναι καθοριστική. Το μωρό αναζητά το βλέμμα της μητέρας που είναι ο πρώτος καθρέφτης του. Το βλέμμα των καταθλιπτικών είναι κενό. Δεν προσφέρει την πολύτιμη αντανάκλαση που έχει ανάγκη το παιδί. Το αίσθημα δυσφορίας του είναι τεράστιο, καθώς στην πραγματικότητα έρχεται αντιμέτωπο με την ανυπαρξία.

Οι γνωστικές λειτουργίες επίσης δεν βρίσκουν το κατάλληλο έδαφος για να αναπτυχθούν. Το παιχνίδι, πηγή χαράς αλλά και μάθησης απουσιάζει. Ο λόγος που νοηματοδοτεί απουσιάζει επίσης σε μεγάλο βαθμό. Από την άλλη, η εγρήγορση της μητέρας στη νοηματοδότηση της πρώτης λέξης, για παράδειγμα, του μωρού δεν λειτουργεί όπως θα έπρεπε με συνέπεια την καθυστέρηση της ομιλίας. Η ανάπτυξη της συμβολικής σκέψης είναι αποτέλεσμα της

διαπροσωπικής επαφής. Γι αυτό και συμβολική. Ο άλλος (η μητέρα) θα γεμίσει με νόημα μία τυχαία λέξη ή πράξη του βρέφους.

Η επιλόχειος κατάθλιψη όμως, ευτυχώς, δεν διαρκεί για πάντα. Η μητέρα θα «ζωντανέψει» κάποια στιγμή και θα αποκατασταθεί η σχέση με το παιδί αργότερα. Όμως, ένα σημαντικό στάδιο στην ανάπτυξή του σημαδεύεται. Είναι πολύ πιθανό αυτό το μωρό να χαρακτηριστεί αργότερα, ως «δύσκολο» παιδί. Είναι συχνά γκρινιάρικο (Η γκρίνια είναι μία συμπεριφορά που σχετίζεται με μία πρωταρχική ανάγκη που δεν έχει βρει ανταπόκριση). Δεν παρηγορείται εύκολα. Αισθάνεται συχνά αδύναμο. Το σύστημα αναπαραστάσεων του είναι συχνά ελλειπές. Αν είναι κορίτσι, ως γυναίκα έχει πολλές πιθανότητες να επαναλάβει το σχήμα που έχει ζήσει με τη μητέρα της με το δικό της μωρό.

Και βέβαια δεν ευθύνεται το παιδί για την έναρξη της οποιασδήποτε ψυχικής διαταραχής. Η γέννηση του παιδιού είναι μόνο το εκλυτικό γεγονός, η αφορμή. Η αιτία βρίσκεται στην ήδη προϋπάρχουσα ευάλωτη δομή προσωπικότητας της μητέρας και στην ιστορία της.

Φυσικά, όλα μπορούν να αλλάξουν μέσα από τη θεραπεία, όποια ηλικία κι αν έχει ο άνθρωπος και εφόσον το επιθυμεί.

Σίγουρα όμως όλα γίνονται πιο εύκολα για το παιδί, αλλά και για το σύνολο της οικογένειας, όταν υπάρξει η έγκαιρη διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης και αντιμετωπιστεί. Κι εδώ οι σημαντικοί άλλοι (σύντροφος, γονείς, φίλοι) μπορούν να κινητοποιήσουν τη μητέρα να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας. Τα οφέλη μίας τέτοιας παρέμβασης είναι μόνιμα και έχουν ως αποδέκτες όλα τα μέλη της οικογένειας και κυρίως το παιδί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

Η νοσηλεύτρια ίσως μπορεί να βοηθήσει την ασθενή κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου ακούγοντάς τη προσεκτικά, ενθαρρύνοντας την ασθενή να μιλάει για τα προβλήματά της και απαντώντας σε ερωτήσεις σχετικά με την καθημερινή υγιεινή φροντίδα. Η νοσηλεύτρια δε πρέπει να δοκιμάσει να δώσει πληροφορίες ιατρικής φύσης ούτε να προσπαθήσει να συμβουλευσει μια προβληματισμένη ασθενή. Υπάρχει ένας αριθμός ενδείξεων και συμπτωμάτων της κατάθλιψης μετά το τοκετό που τις αναφέραμε στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να αναφέρει αμέσως οποιαδήποτε από αυτά τα συμπτώματα στο γιατρό. Αυτά τα συμπτώματα ίσως είναι ένδειξη μιας πιο σοβαρής μετατοκετικής ψύχωσης και θα χρειαστεί ιδιαίτερη προσοχή. (Αναγνωστόπουλος etal. 2008)

3.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

Παράγοντες επικινδυνότητας θεωρούνται το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό με κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές, κατάχρησης ουσιών ή ψυχωτικών επεισοδίων, ιστορικό προεμμηνορροσιακού συνδρόμου, κατάθλιψη και άγχος, στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, επιλοκές στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού, το να γεννηθεί το μωρό με

προβλήματα υγείας, η έλλειψη υποστήριξης από την οικογένεια και τους φίλους, προβλήματα στη σχέση με τον σύζυγο ή ακόμη και η δυσκολία του στο να προσφέρει βοήθεια γιατί πρέπει να πάει στην εργασία του, προβλήματα με την αποδοχή του μωρού από τα άλλα παιδιά στην οικογένεια, διάφορα οικονομικά προβλήματα, δυσλειτουργία του θυρεοειδή, ενώ εμφανίζεται στο 80% σε γυναίκες με προγενέστερη επιλόχεια κατάθλιψη. Οι έφηβες μητέρες είναι πιο επιρρεπείς στην επιλόχεια κατάθλιψη, όπως και εκείνες που έχουν φτωχό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. (Παπαδημητρίου, 1999)

3.2 Η ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η **ψυχοπροφυλακτική μέθοδος** στην ουσία είναι η ψυχοκινητική προετοιμασία της εγκύου, που σαν σκοπό έχει να την ενημερώσει λεπτομερώς σχετικά με το ότι αφορά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό, και την λοχεία.

Η παρακολούθηση των μαθημάτων αρχίζει συνήθως μεταξύ του έκτου και έβδομου μήνα της εγκυμοσύνης. Τα μαθήματα περιλαμβάνουν θεωρία και πράξη. Σύμφωνα με αυτά η κάθε γυναίκα θα μάθει κάποια βασικά πράγματα για την ανατομία και φυσιολογία του γεννητικού συστήματος, Θα της γίνει μία εξήγηση του γεννητικού κύκλου, της εμμηνορρυσίας και της γονιμοποίησης. Επίσης Θα μάθει τι είναι εγκυμοσύνη, τι ακριβώς συμβαίνει μέσα στο σώμα της από την στιγμή της σύλληψης, ακόμα τις διαδοχικές φάσεις εξέλιξης του εμβρύου κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης έως την ώρα του τοκετού.

Θα μάθει πως εξελίσσονται διαδοχικά τα στάδια του τοκετού, και ποια θα πρέπει να είναι η συμπεριφορά, η στάση και η αντίδραση της σε κάθε στάδιο του τοκετού, έτσι ώστε να αντιμετωπίσει συνειδητά και με απόλυτη αυτοκυριαρχία τις συστολές του τοκετού, με σκοπό να ανακουφίσει τον εαυτό της και ακόμη περισσότερο το μωρό της. Επίσης μέσα στον κύκλο μαθημάτων η έγκυος μαθαίνει πως Θα φροντίσει σωστά τον εαυτό της, το στήθος και το μωρό της στην περίοδο της λοχείας, όπως άλλωστε και μία πλειάδα πραγμάτων που αφορούν γενικότερα την εγκυμοσύνη της από την αρχή μέχρι και την αίσια περάτωση της.

Την Θεωρητική εκπαίδευση συμπληρώνει η πρακτική διδασκαλία κατάλληλων ασκήσεων που βοηθούν και ανακουφίζουν την γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Η ψυχοπροφυλακτική είναι η μέθοδος που λύνει ερωτήματα και απορίες που κάθε γυναίκα εύλογα αντιμετωπίζει κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης της. (Greenstein, 2007).

3.2.1 ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗ

Οι γυναίκες που στο παρελθόν έχουν υποφέρει από επιλόχεια κατάθλιψη, αυτές που έχουν ένα οικογενειακό ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης και όσες σκοπεύουν να προβούν σε στείρωση μετά τον τοκετό θα πρέπει να ενημερωθούν για την προγεστερόνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Θα πρέπει να διακανονιστεί μεταξύ της ασθενούς, του ιατρού και του γυναικολόγου να γίνει η έναρξη της προγεστερόνης με την ολοκλήρωση του τοκετού. Είναι σύνηθες να δίδεται στην ασθενή συνταγή για προγεστερόνη στο τέλος της εγκυμοσύνης, ώστε να μπορεί να πάρει τις αμπούλες μαζί της στο μαιευτήριο προκειμένου να αποφύγει τυχόν προβλήματα με την εύρεση φαρμακείου αν ο τοκετός προκύψει τη νύχτα. (Greenstein, 2007).

3.3 ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗ

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

1. Υψηλές δόσεις θα χρειαστούν προκειμένου να ξεπεραστεί η προστατευτική αντίσταση των υποδοχέων προγεστερόνης που δημιουργήθηκαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

2. Η παρουσία της νοραδρεναλίνης εμποδίζει τη δράση των υποδοχέων προγεστερόνης με το να χρησιμοποιεί την προγεστερόνη, επομένως είναι σημαντικό να αποφεύγονται χαμηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα.

3. Οι υποδοχείς προγεστερόνης δεν χρησιμοποιούν προγεστογόνα ούτε ορμονικά αντισυλληπτικά, επομένως η χρήση αυτών θα πρέπει να αποφεύγεται. Επιπλέον, τα προγεστογόνα ρίχνουν τα επίπεδα προγεστερόνης στο αίμα.

Η εμπειρία της θεραπείας με προγεστερόνη έχει δείξει πως:

1. Η προγεστερόνη χρησιμοποιείται καλύτερα προφυλακτικά πριν από την εμφάνιση των συμπτωμάτων κι έτσι η θεραπεία θα πρέπει να ξεκινά με την ολοκλήρωση του τοκετού προκειμένου να εμποδιστεί η επιλόχεια κατάθλιψη.

2. Η προγεστερόνη ευνοεί το θηλασμό, ο οποίος μπορεί να συνεχίζεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

3. Δεν υπάρχουν αλληλεπιδράσεις με φάρμακα, επομένως η θεραπεία με προγεστερόνη μπορεί να συνδυαστεί με την συνήθη φαρμακευτική αγωγή της ασθενούς, είτε πρόκειται για

αντικαταθλιπτικά, ηρεμιστικά, βήτα αναστολείς, σπασμολυτικά κλπ. Όταν τα συμπτώματα αρχίσουν να υποχωρούν τα άλλα φάρμακα μπορούν σταδιακά να μειωθούν και να σταματήσουν, **πάντα να ελαττώνονται στη φάση αμέσως μετά την εμμηνόρροια** .

4. Δεν υπάρχει απολύτως καμία αντένδειξη. Αν υπάρχει στοματίτιδα, τότε η προγεστερόνη μπορεί να προκαλέσει μια αύξηση των συμπτωμάτων. Σ' αυτήν την περίπτωση η ασθενής και ο σύντροφός της θα πρέπει να λάβουν αντιμυκητοκτόνα αγωγή στο ξεκίνημα της θεραπείας με προγεστερόνη.

5. Είναι αδύνατον να υπάρξει υπερδοσολογία με την προγεστερόνη. Με τις παρούσες μεθόδους μας της χορήγησης προγεστερόνης τα επίπεδα προγεστερόνης στο αίμα σπάνια ξεπερνούν τα επίπεδα προγεστερόνης που φυσιολογικά είναι παρόντα στο τέλος του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης

3.3 ΕΙΔΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης περιλαμβάνει:

A. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Φαρμακευτική θεραπεία:

Ως θεραπεία πρώτης γραμμής για τις γυναίκες που θηλάζουν συνιστώνται οι Εκλεκτικοί Αναστολείς Επανσπρόσληψης Σεροτονίνης (SSRI) και τα Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά λόγω των μειωμένων παρενεργειών τους.

Αντικαταθλιπτική θεραπεία

Η πρόληψη είναι η καταλληλότερη θεραπεία για τις επιλόχειες συναισθηματικές διαταραχές. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι οι πριν από τον τοκετό παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές για τη μείωση του αριθμού των γυναικών που κινδυνεύουν να αναπτύξουν συναισθηματικές διαταραχές.

Συγκεκριμένα μέτρα για την πρόληψη των διαταραχών αυτών είναι:

- Η αναγνώριση των γυναικών με δυνητικό κίνδυνο
- Η εκπαίδευση
- Προ του τοκετού/αμέσως μετά

- Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία
- Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία
- Η φαρμακοθεραπεία

Οι περισσότεροι γιατροί ακολουθούν μια συνδυασμένη θεραπευτική προσέγγιση. Η φαρμακοθεραπεία, αν και ενδείκνυται σε πολλές περιπτώσεις, είναι φορτισμένη με αμφιθυμία από πλευράς των κλινικών αλλά και των ίδιων των γυναικών. Όλα 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 Φαρμάκων. Οι Κελλαρτζής, Διδασκάλου, Μίκος, & Μπόντης (2003), επισημαίνουν ότι όταν κρίνεται απαραίτητη η φαρμακοθεραπεία, τότε καλό είναι:

ο Να επιλέγονται φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται συχνότερα και για τις οποίες έχουμε πληρέστερη ενημέρωση για τη φαρμακοκινητική δράση τους.

ο Να προτιμούνται ουσίες με βραχύτερη ημι-ζωή, ταχύτερη απέκκριση και λιγότερα ανεπιθύμητα συμπτώματα μετά τη διακοπή τους.

ο Να χορηγούνται φάρμακα μόνον όταν υφίσταται κίνδυνος για τη μητέρα, ώστε οι πιθανές συνέπειες για τη μητέρα και το μωρό να είναι μικρότερες από τη μη λήψη αγωγής.

3.4 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

B. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ - ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

1. Συμπεριφορική θεραπεία
2. Γνωστική θεραπεία
3. Διαπροσωπική θεραπεία
4. Θεραπεία ζεύγους

Από τους διάφορους τρόπους ψυχοθεραπείας, οι πιο αποτελεσματικοί φαίνεται πως είναι η διαπροσωπική θεραπεία που εστιάζεται στην ανταλλαγή ρόλων και στην υποστήριξη των σημαντικών διαπροσωπικών σχέσεων, και η ψυχαναλυτική θεραπεία. Η παρέμβαση κατά τη διάρκεια της κύησης, βασισμένη στη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, φαίνεται πως έχει καλά αποτελέσματα στην πρόληψη της κατάθλιψης της λοχείας. Επιπρόσθετα, επειδή η επιλόχεια κατάθλιψη συνδέεται συχνά με διαπροσωπικά προβλήματα, θεωρείται πολύ βοηθητική θεραπεία και έχει στόχο να βελτιωθεί η

επικοινωνία στο ζευγάρι και η ικανοποίηση από το γάμο. (Αναγνωστόπουλος et al, 2008)..

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ/ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

4.1 Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η νοσηλευτική αξιολόγηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. (Ραγιά, 2001)

Ο νοσηλευτής/τρια παίζει βασικό ρόλο στην αναγνώριση και την πρόληψη των επιπλοκών της λοχείας.

Η ταχεία έξοδος από την κλινική προϋποθέτει ότι η γυναίκα έχει διδαχτεί τα σημεία και συμπτώματα της αιμορραγίας, της λοίμωξης, της μαστίτιδας, της θρομβοεμβολής, της αποτυχίας στο "δέσιμο" και της κατάθλιψης.

Επειδή οι επιπλοκές της λοχείας μπορούν να έχουν μία αρνητική επίδραση στη διαδικασία προσκόλλησης μητέρας-βρέφους, ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να είναι σε ιδιαίτερη επαγρύπνηση, ώστε να ευνοήσει το δέσιμο" μεταξύ της λεχωΐδας που έχει επιπλοκές της λοχείας και του βρέφους της.

Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας είναι σημαντικός στην περίπτωση του προγεννητικού θανάτου. Η κατανόηση της θλίψης θα επιτρέψει στο νοσηλευτή/τρια να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας ν' ανταπεξέλθουν στην απώλεια. (Αναγνωστόπουλος, 2008)

Βασική νοσηλευτική φροντίδα.

α) Νοσηλευτική αξιολόγηση.

- (1) Αναγνώρισε ποιες γυναίκες είναι σε κίνδυνο.
- (2) Παρατήρησε για σημεία και συμπτώματα κατάθλιψης κατά την περίοδο μετά τον τοκετό.

β) Νοσηλευτική διάγνωση

- (1) Αναποτελεσματική προσωπική ανταπόκριση που σχετίζεται με την κατάθλιψη μετά τον τοκετό.
- (2) Διαφοροποιημένη γενικότητα σχετιζόμενη με το μειωμένο "δέσιμο."

γ) Νοσηλευτική παρέμβαση.

- (1) Εκπαιδεύουμε την γυναίκα και την οικογένεια σχετικά με την πιθανότητα κατάθλιψης μετά τον τοκετό και καθησυχάζουμε τους συγγενείς για την μικρή διάρκεια της φυσιολογίας της.
- (2) Παρέχουμε υποστήριξη και ενθαρρύνουμε την γυναίκα να εκφράσει τα συναισθήματά της.
- (3) Ενθαρρύνουμε την γυναίκα να επισκεφθεί επαγγελματία ψυχολόγο για να την συμβουλευτεί.
- (4) Βοηθάμε την γυναίκα και την οικογένεια ν' αποκτήσουν οικιακή βοήθεια και φροντίδα για το βρέφος.
- (5) Κανονίζουμε για πιθανές μεταγεννητικές επισκέψεις παρακολούθησης μετά την έξοδο από την κλινική.

δ) Νοσηλευτική εκτίμηση.

- (1) Τα σημεία της κατάθλιψης μετά τον τοκετό έχουν ανιχνευθεί έγκαιρα και η θεραπεία έχει αρχίσει.
- (2) Παρέχεται εναλλακτική φροντίδα μέχρι η γυναίκα να είναι ικανή να φροντίσει το βρέφος της.
Βασική νοσηλευτική φροντίδα.

B. Αποτυχία στο δέσιμο μητέρας νεογνού

α) Νοσηλευτική αξιολόγηση.

- (1) Αναγνώρισε τη γυναίκα σε κίνδυνο κατά την προγεννητική περίοδο.
- (2) Αναγνώρισε έγκαιρα οποιεσδήποτε συμπεριφορές κακής προσαρμογής των γονέων

β) Νοσηλευτική διάγνωση.

- (1) Διαφοροποιημένες διαδικασίες της οικογένειας σχετιζόμενες με την προσθήκη του νέου βρέφους.
- (2) Έλλειψη γνώσεως σχετιζόμενη με τις συναισθηματικές ανάγκες του νεογνού.
- (3) Διαφοροποιημένη γενικότητα σχετιζόμενη με το χωρισμό του νεογνού υψηλού κινδύνου και των γονέων.

γ) *Νοσηλευτική παρέμβαση.*

- (1) Δώσε πληροφορίες σχετικά με τις ανάγκες του νεογνού.
- (2) Ενθάρρυνε τις θετικές συμπεριφορές που θα επιδεικνύουν οι γονείς.
- (3) Εξέτασε τη διαφοροποίηση της νοσοκομειακής ρουτίνας για να επιτραπεί η αυξημένη επαφή με το βρέφος.
- (4) Να παρέχεις υποστήριξη και κατανόηση.
- (5) Κάνε τις κατάλληλες παραπομπές σε κοινωνικούς φορείς και να παρέχεις μεταγεννητικές επισκέψεις παρακολούθησης.

δ) *Νοσηλευτική εκτίμηση.*

- (1) Η γυναίκα επιδεικνύει την κατάλληλη αλληλεπίδραση με το βρέφος.
- (2) Η γυναίκα χρησιμοποιεί τους κοινωνικούς φορείς για συνεχιζόμενη υποστήριξη και παροχή συμβούλευσης.

Γ. Απώλεια του εμβρύου ή του νεογνού και απειλή για απώλεια του βρέφους υψηλού κινδύνου.

1. *Νοσηλευτική αξιολόγηση.*

α) *Νοσηλευτική αξιολόγηση.*

- β) Καθόρισε τη φύση της απώλειας ή της πιθανής απώλειας και την αντίδραση της γυναίκας.
- γ) Ερεύνησε τις ατομικές περιστάσεις της γυναίκας και της οικογένειας.

1. Προηγούμενες εμπειρίες θλίψης.
2. Θρησκευτικές και πολιτισμικές αντιλήψεις.
3. Ηλικία και επίπεδο ωριμότητας των γονέων.
4. Σύστημα υποστήριξης της οικογένειας.
5. Συνηθισμένες μέθοδοι προσαρμογής στην κρίση.

2. *Νοσηλευτική διάγνωση.*

- α) Έλλειψη γνώσεων που σχετίζεται με την περιγεννητική απώλεια.
- β) Έλλειψη γνώσεων που σχετίζεται με τη διαδικασία θλίψης.

γ) Αναποτελεσματική ατομική (ή οικογενειακή) προσαρμογή, σχετιζόμενη με το θάνατο του εμβρύου/νεογνού ή της πελάτου.

δ) Διαφοροποιημένες διαδικασίες/γονικότητα της οικογένειας που σχετίζονται με την απώλεια.

ε) Πνευματική δυσφορία σχετιζόμενη με την απώλεια.

3. Νοσηλευτική παρέμβαση.

α) Δώσε πληροφορίες για τις συνθήκες της απώλειας και προετοίμασε την οικογένεια για το χρόνο με το βρέφος.

β) Ενθάρρυνε την οικογένεια να συζητήσει τα συναισθήματα.

γ) Ενθάρρυνε τους γονείς να επισκέπτονται το βρέφος υψηλού κινδύνου όσο το δυνατό περισσότερο.

δ) Πρόβλεψε και πληροφόρησε σχετικά με τα διαφορετικά στάδια της διαδικασίας θλίψης.

ε) Υποστήριξε και καθησύχασε την γυναίκα και την οικογένεια κατά τη διαδικασία της θλίψης.

στ) Βοήθησε τους γονείς στη λήψη αποφάσεων (να ειδοποιηθεί ο κληρικός, να προετοιμαστεί η κηδεία, να δοθεί όνομα στο βρέφος).

ζ) Παρέπεμψε στις κατάλληλες κοινωνικές ομάδες υποστήριξης.

4. Νοσηλευτική εκτίμηση.

α) Οι γονείς κατανοούν τη διαδικασία της θλίψης και είναι ικανοί να υποστηρίξουν αλλήλους.

β) Οι γονείς είναι ικανοί να εκφράσουν τα συναισθήματά τους.

γ) Οι γονείς κατανοούν την πρόγνωση για βρέφος υψηλού κινδύνου.

δ) Οι γονείς νιώθουν υποστηριγμένοι από το προσωπικό της κλινικής και κάνουν χρήση των κατάλληλων κοινωνικών φορέων.

4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

4.2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ - Ά ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η ασθενής Α.Δ. 42 ετών εισήρθε στο ψυχιατρικό τμήμα του νοσοκομείου Πατρών. Οι γιατροί έλαβαν γνώση του ιστορικού της. Το περιβάλλον της ήταν ιδιαίτερα αγχωτικό λόγω της ηλικίας της και πολύ συχνά της έλεγαν ότι είναι επικίνδυνο για την υγεία της να κυοφορεί. Οι 9

μήνες τη εγκυμοσύνης πέρασαν με την ασθενή να βρίσκεται σε διαρκεί πανικό.

Σύμφωνα με τα λεγόμενα της πίστευε ότι θα χάσει το παιδί και τη ζωή της. Η ασθενής μετά τη γέννηση του 3 εβδομάδων γιου της κλίστηκε στο δωμάτιο της με τεράστιο αίσθημα φόβου χωρίς να θέλει επαφή με κανέναν και χωρίς να έχει διάθεση να φροντίσει το νεογέννητο. Τα περισσότερα βράδια έμενε μόνη της χωρίς να θέλει να δει το σύζυγο και το παιδί της. Ένιωθε απώθηση από όλα ενώ είχε φτάσει σε σημείο να μη φροντίζει τον εαυτό της.

Οι γιατροί έκριναν ότι πάσχει από επιλόχεια κατάθλιψη σε συνδυασμό με βεβαρημένη ψυχολογική κατάσταση και συνέστησαν ηρεμία χορήγηση ελαφρών ηρεμιστικών καθώς και ελαφρών υπνωτικών για να μπορεί η ασθενής και κοιμάται ήρεμη τα βράδια. Αποτέλεσμα αυτών ήταν να ηρεμίσει η ασθενής να περιοριστεί το αίσθημα του φόβου και να θέλει να έρθει σε επαφή με το περιβάλλον της και να φροντίσει το παιδί της.

Ø Αντικαταθλιπτικό: Anafranil C.TAB 25mg

Ø Υπνωτικά: Halcion TAB 0,25mg

<i>1. Ιστορικό ασθενούς - Προβλήματα-ηλεκτρονική νύση</i>	<i>2. Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4. Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5. Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
ημα φόβου	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του φόβου και του άγχους 	<ul style="list-style-type: none"> • Ηθική και ψυχολογική υποστήριξη • Χορήγηση αντικαταθλιπτικών Anafranil 3 δόσεις καθημερινά 	<ul style="list-style-type: none"> • Φροντίζουμε να μιλήσουμε στην ασθενή για την υποδοχή χορήγησης φαρμάκων • Ενισχύουμε την ψυχολογία της ασθενούς • Χορηγήθηκαν μετά από ιατρική συνταγή Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά Anafranil για ένα μήνα 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του φόβου και του άγχους • Αποδοχή του νεογνού και την περιποίηση του

1. Ιστορικό ασθενούς Προβλήματα- νοσηλευτική φροντίδα	2. Αντικειμενικός Σκοπός	3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4. Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5. Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Προβλήματα απόπτωσης των πνευμόνων και άπναια</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Βελτίωση του ύπνου και επαναπροσδιορισμός των σχέσεων με τους οικείους και αποδοχή βρέφους 	<ul style="list-style-type: none"> • Συνεχείς ηθική συμπαράσταση από το νοσηλευτικό προσωπικό και τους δικούς της • Χορήγηση ηρεμιστικών Halcion 1 δόση καθημερινά 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώνουμε την ασθενή για την πορεία της ψυχολογικής της κατάστασης και την ενισχύουμε συνεχώς • Χορηγούμε ηρεμιστικά σύμφωνα με την ιατρική εντολή 	<ul style="list-style-type: none"> • Βελτιώθηκε η ψυχολογία και αντιμετώπιζε ικανοποιητικά την άπναια της

4.2.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ - ΎΒ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η ασθενής Κ.Β. 29 ετών εισήρθε στη μαιευτική κλινική του Αγίου Ανδρέα. Η συγκεκριμένη ασθενής ήταν αλκοολική και ο σύζυγος της επίσης. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προσπαθούσε να αποφύγει το αλκοόλ όχι πάντα με θετικά αποτελέσματα. Ο σύζυγος της, την περίοδο αυτή συνέχιζε το αλκοόλ.

Μετά τη γέννηση της κόρης, η οποία είναι 2 εβδομάδων παρουσίασε συμπτώματα κατάθλιψης. Η ασθενής ήταν συνεχώς αγχωμένη και φοβισμένη, φοβόταν να κοιμηθεί μόνη της και ήταν επιθετική με το νεογνό της. Παρουσίασε συμπτώματα αδυναμίας, έτρεμε και φώναζε να της δώσουν αλκοόλ. Διατελούσε εν πλήρη συγχύσει σε τέτοιο βαθμό που θα μπορούσε να γίνει επικίνδυνη για τον εαυτό της και για το παιδί της.

Οι γιατροί διέγνωσαν ελαφριάς μορφής κατάθλιψη, αγχωτικές τάσεις και κρίσεις πανικού. Αποφάσισαν τη χορήγηση μυοχαλαρωτικών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Ø Μυοχαλαρωτικά: *Intelecta*

Ø Αντικαταθλιπτικά: *Anafranil INJ.SOL 25mg*

1. Ιστορικό ασθενούς Πρόβλημα- ηλεντική νωση	2. Αντικειμενικός Σκοπός	3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4. Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5. Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>ημια φόβου ημια Άγχους</p>	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση του φόβου και του άγχους 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων Anafranil για 20 μέρες μετά από ιατρική εντολή δόσεις 3 φορές την ημέρα Χορήγηση μυοχαλαρωτικών φαρμάκων μετά από ιατρική εξέταση 1 δόση την ημέρα 	<ul style="list-style-type: none"> Ενισχύθηκε η ψυχολογία της ασθενούς Χορήγηση των φαρμάκων Intelecta για μια εβδομάδα για την μυϊκή χαλάρωση της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση του φόβου και του άγχους μετά από συχνή λήψη του φαρμάκου

1.Αξιολόγηση ασθενούς Πρόβλημα- νοσηλευτική φροντίδα	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Ήθληση ετικότητα</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση επιθετικών τάσεων απέναντι στο παιδί 	<ul style="list-style-type: none"> • Ψυχολογική υποστήριξη καθόλη τη διάρκεια της νοσηλείας. • Επαφή της ασθενούς με κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο 	<ul style="list-style-type: none"> • Επικοινωνία με την ασθενή για Ψυχοθεραπευτική παρέμβαση για την αποδοχή του βρέφους • Προγραμματισμός καθημερινής επαφής με τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχολόγο 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής άρχισε να νιώθει καλύτερα με το παιδί της και έχει τη διάθεση να τη φροντίσει

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αναγνωστόπουλος Φ., Καραδήμας Ε. (2008). *«Υγεία και ασθένεια. Ψυχολογικές διεργασίες»*. Αθήνα: Λιβάνη,

Παπαδημητρίου Γ. (1999), *«Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης»* Αθήνα: ΙΑΤΡΙΚΗ

Μηλιόρδου Κ. (2011), *«Η έννοια της κατάθλιψης»*, Αθήνα: Κέντρο Ψυχοθεραπείας παιδών - εφήβων - ενηλίκων

Ραγιά Α. (2001), *«Αρχές και διαστάσεις της σύγχρονης Νοσηλευτικής»*, Αθήνα: Νοσηλευτική

Σικελιανού, Δ. (2010), *«Κλινική ψυχολογία»* Αθήνα: Διόνικος

Σολδάτος Κ.Ρ.(1999) *«Άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με σωματικά νοσήματα στο Άγχος και κατάθλιψη. Εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη γενική ιατρική»*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις

Χατζάκη Α., (2007) *«Σύγχρονη βιολογική θεώρηση της κατάθλιψης»* Αθήνα: Αρχαία Ελληνικής ιατρικής

Greenstein Ben, (2007) *Κλινική Φαρμακολογία για νοσηλευτές*. Αθήνα: Παρσιανού

Marschall R., Greganti Andrew. (2009) *Παθολογία – Βασικές Αρχές*. Αθήνα: Πασχαλίδη

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Butler, J .(2000). *«Antigone's Claim: Kinship Between Life and Death Νέα Υόρκη»* Columbia University Press

Crimp, D. 2002. «Melancholia and Moralism. Essays on AIDS and Queer Politics». Κέμπριτζ, Μασαχουσέτη: MIT

Kubler-Ross E (1991) . *The dying child. In: Papadatou D, Papadatos C (eds) Children and death.* Washington, DC, Hemisphere Publ Co,

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

Ευσταθίου Γ. (2011) «Η κατάθλιψη δεν έχει μόνο μία έννοια» Ιατρικό Βήμα, Τεύχος 130

Ευσταθίου Γ. (2011) «Η κατάθλιψη δεν έχει μόνο μία έννοια» Ιατρικό Βήμα, Τεύχος 118

Μενεδιάτου Α.(2012) «Σχετικά με την κατάθλιψη», κλινική Ψυχολογία Ελληνική εταιρία διαταραχών διάθεσης, Τεύχος 89

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

ΟΜΑΔΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διαθέσιμο στο:

<http://psixologoi2.blogspot.gr>, προσπελάστηκε, 22/8/2013

προσπελάστηκε: 26/8/2013

Σκαπινάκης Π, *Κατάθλιψη, πρώτη ανάρτηση 2007*

Διαθέσιμο στο:

<http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=744>

προσπελάστηκε: 24/8/2013

Θεραπεία Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Διαθέσιμο στο:

http://katsantonisv.weebly.com/thetaepsilon_rho_alpha_epsilon943_alpha_mu_epsilon943_zeta_omega_nuomicron_sigma_fi

kappaalphataualphathetalambdaiotapitaiotakappa942sigmaf-deltaiotaalphataualpharhoalphachi942sigmaf.html

προσπελάστηκε: 25/8/2013

Η κατάθλιψη προτιμά την ηλικία των 40 ετών

Διαθέσιμο στο:

<http://archivehealth.in.gr/print.asp?lngArticleID=123483>,

προσπελάστηκε: 23/8/2013

Καλημέρης, Σ. (2012) «*Απαντήσεις για μια καλύτερη ψυχική υγεία*»

Διαθέσιμο στο:

<http://kalimeristherapist.com/tag/%CE%B5%CF%80%CE%B9%CE%BB%CF%8C%CF%87%CE%B5%CE%B9%CE%B1/>

προσπελάστηκε: 23/8/2013