

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ Ο  
ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:**

**ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

**ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΤΙΓΟΝΗ**

**ΠΑΤΡΑ - 2013**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε ως πτυχιακή εργασία στα πλαίσια των προπτυχιακών σπουδών Νοσηλευτικής, του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πατρών.

Το αντικείμενο της εργασίας αφορά την επιλόχεια κατάθλιψη και τον ρόλο του νοσηλευτή.

Η μετάβαση στη μητρότητα και ιδιαίτερα ο τοκετός είναι μια μοναδική ευκαιρία για τη γυναίκα και για τον σύντροφό της να βιώσουν θετικά συναισθήματα και θετική διάθεση. Τα θετικά συναισθήματα που συνήθως ακολουθούν τη γέννηση είναι η αγάπη, ο θρίαμβος, η ευδαιμονία, το ενδιαφέρον και η χαρά. Ο ρόλος των λειτουργών υγείας είναι να δημιουργήσουν τις κατάλληλες προϋποθέσεις έτσι ώστε οι επίτοκες να βιώσουν τον τοκετό τους ως μια μοναδική θετική εμπειρία. Τα θετικά συναισθήματα που αναπτύσσονται κατά τον τοκετό μπορούν να προσφέρουν συναισθηματικούς πόρους στην νέα μητέρα για να αντιμετωπίσει τις όποιες δυσκολίες, αλλά και τις πιθανές διαταραχές της λοχείας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα της πτυχιακής εργασίας την κ. Αντιγόνη Μιχαλοπούλου καθηγήτρια του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πατρών, χάρη στην καθοδήγηση της οποίας κατέστη δυνατή η ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Επιπλέον αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά την οικογένεια μου για την στήριξη και ενθάρρυνσή τους. Θερμές ευχαριστίες αποδίδονται επίσης στην κ. Μαρία Πατσούρη και τον κ. Δημήτριο Γκοβίλα για τη βοήθεια τους σε τεχνικά ζητήματα της εργασίας. Τέλος, ευχαριστώ βαθύτατα τον κ. Φώτη Κουρέλα γιατί ξέρει να συμμερίζεται στόχους.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η γέννηση ενός παιδιού είναι από τα σημαντικότερα και ομορφότερα γεγονότα στη ζωή ενός ανθρώπου. Η εικόνα που έχουμε γι' αυτό πριν το ζήσουμε είναι ωραιοποιημένη. Η αρχική δυσκολία σε σωματικό αλλά και ψυχικό επίπεδο που συναντά η μητέρα δύσκολα μοιράζεται ή αποσιωπάται και μένει οικογενειακή υπόθεση. Όμως η γέννηση ενός παιδιού συνοδεύεται συχνά από την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στη μητέρα που μπορεί να επιδράσει καθοριστικά στη σχέση που δημιουργείται μεταξύ εκείνης και του παιδιού. Αυτή σφραγίζει τις συναισθηματικές συναλλαγές τους και οι συνέπειες της στον ψυχισμό του παιδιού έχουν μόνιμο χαρακτήρα.

**Σκοπός:** Να τονιστεί η σοβαρότητα της νόσου της επιλόχειας κατάθλιψης έτσι ώστε να αναδειχθεί η σημασία της πρόληψης αλλά και πως μέσα από τις κατάλληλες θεραπείες μπορεί η λεχρίδα να ξεπεράσει αυτή την ασθένεια. Εμείς ως σπουδαστές και αργότερα ως μελλοντικοί επαγγελματίες πρέπει να συμβάλλουμε στην επιστημονική γνώση και να εφαρμόσουμε την ανάλογη κλινική πράξη.

**Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας:** Πραγματοποιήθηκε η ανασκόπηση της τρέχουσας ελληνικής και διαδικτυακής βιβλιογραφίας, σχετικά με το θέμα αυτό.

**Συμπεράσματα:** Μέσα από την ανασκόπηση αυτής της βιβλιογραφίας τονίστηκε η σοβαρότητα της νόσου της επιλόχειας κατάθλιψης και οι τρόποι αντιμετώπισής της. Τέλος αναδείχθηκε η πολυσήμαντη κ πολυδιάστατη συμβολή του νοσηλευτή προς την ασθενή – μητέρα.

## **SYMMARY**

**Introduction:** The birth of a child is one of the most beautiful and important events in a person's life. The picture we have about this before we live it, is sanitized. The initial difficulty in physical and mental level that meets mother hardly shared or silenced and remains a family affair. But the birth of a child is often accompanied by the emergence of psychopathology in the mother that can have a decisive influence on the relationship created between her and the child. This seals the emotional transactions and their impact on the psyche of the child are of a permanent nature.

**Purpose:** To highlight the severity of illness of postpartum depression in order to highlight the importance of prevention and that through appropriate therapies the lechoida can overcome this disease. As students and later as future professionals we need to contribute to scientific knowledge and to apply the appropriate clinical practice.

**Literature Review:** Carried review the current Greek and internet literature on this topic.

**Conclusions:** Through this literature review highlighted the severity of illness of postpartum depression and ways of addressing them. Finally won the k dimensional manifold contribution of nurses to the patient - mother.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....	i
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	ii
SYMMMARY .....	iii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> .....	3
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ – ΜΕΛΕΤΗ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	3
1.1. Ιστορική αναδρομή .....	3
1.2. Ταξινόμηση των διαταραχών διάθεσης και εννοιολογικός προσδιορισμός της κατάθλιψης.....	4
1.3. Πολυεπιστημονική αιτιολογική προσέγγιση της κατάθλιψης .....	5
1.4. Ορισμοί σχετικών εννοιών.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> .....	9
ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> .....	12
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> .....	14
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	14

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°</b> .....	15
<b>ΟΜΑΔΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</b> .....	15
5.1. Ομάδες κινδύνου .....	15
5.2. Επιβαρυντικοί παράγοντες .....	15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°</b> .....	17
<b>ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΦΑΣΜΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ</b> .....	17
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°</b> .....	20
<b>ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ</b> .....	20
7.1 Διάγνωση.....	20
7.2 Διαφοροδιάγνωση .....	21
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8°</b> .....	23
<b>ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ</b> .....	23
8.1. Θεραπεία.....	23
8.2. Αντικαταθλιπτικά φάρμακα.....	25
8.3. Τρόπος δράσης αντικαταθλιπτικών.....	26
8.4. Τι οφείλουμε να προσέξουμε πριν την έναρξη φαρμακευτικής αγωγής.....	27
8.5.Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.....	28
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9°</b> .....	30
<b>ΟΙ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</b> .....	30
9.1. Συνδυασμός θεραπευτικών μεθόδων .....	31

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup></b> .....	<b>32</b>
<b>ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ</b> .....	<b>32</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11<sup>ο</sup></b> .....	<b>33</b>
<b>ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ</b> .....	<b>33</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12</b> .....	<b>35</b>
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b> .....	<b>35</b>
12.1 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας.....	35
12.2. Ο ρόλος του συζύγου .....	35
12.3. Ο ρόλος του ψυχολόγου .....	36
12.4. Ο ρόλος του ψυχιάτρου .....	36
12.5. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού.....	36
12.6. Ο ρόλος της μαίας και του / της γυναικολόγου .....	37
12.7. Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας .....	37
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13<sup>ο</sup></b> .....	<b>38</b>
<b>ΑΣΚΗΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> .....	<b>38</b>
13.1. Ηθικές υποχρεώσεις νοσηλευτών ψυχικής υγείας .....	38
13.2. Γενική νοσηλευτική φροντίδα ψυχικών αρρώστων .....	39
13.3. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με κατάθλιψη .....	39
13.4. Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης .....	40
13.5. Νοσηλευτική παρέμβαση στην κατάθλιψη .....	40

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14<sup>ο</sup></b> .....	<b>43</b>
<b>ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ</b> .....	<b>43</b>
Νοσηλευτική διεργασία στο πρώτο περιστατικό .....	44
Νοσηλευτική διεργασία στο δεύτερο περιστατικό .....	46
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b> .....	<b>47</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	<b>48</b>



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τοκετός αποτελεί για τις περισσότερες γυναίκες ένα σπουδαίο σταθμό στη ζωή τους. Για πολλές είναι η σπουδαιότερη και μεγαλύτερη εμπειρία της ζωής τους. Πολλές γυναίκες όμως δεν είναι αρκετά ώριμες για να αντέξουν τις υποχρεώσεις που καλούνται να εκπληρώσουν στην ολοκλήρωση αυτή της θηλυκότητάς τους. Ιδιαίτερα όταν η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και η λοχεία δεν αποτελούν τη φυσιολογική εξελικτική διαδικασία μιας σχέσης ή δε βιώνουν έτσι, τότε δημιουργούνται οι κατάλληλες προϋποθέσεις για την εμφάνιση σοβαρών ψυχολογικών διαταραχών.

Πολλοί ψυχολόγοι και ιατροί πιστεύουν ότι ακριβώς στην πράξη αυτή, μπορεί να μετρηθεί ο βαθμός της θηλυκής ωριμότητας μιας γυναίκας, αφού ο τοκετός αποτελεί τη σπουδαιότερη στιγμή της ολοκλήρωσης της γυναίκας. Τα δύο τρίτα των γυναικών για ένα χρονικό διάστημα μετά τον τοκετό πάσχουν από διαταραχές διάθεσης, αλλά συνήθως μέσα σε τέσσερις εβδομάδες το ξεπερνούν. Άλλες πάλι υποφέρουν από επιλόχεια κατάθλιψη. Η επιλόχεια κατάθλιψη διαγιγνώσκεται σε 4-12 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Μερικά από τα χαρακτηριστικά της είναι η σύγχυση, το άγχος, οι ενοχές, η συναισθηματική αστάθεια, η αϋπνία, η κόπωση και ο αυτοκτονικός ιδεασμός.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ – ΜΕΛΕΤΗ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

#### *1.1. Ιστορική αναδρομή*

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που φαίνεται να ακολουθεί τον άνθρωπο στην πορεία του. Έχουν βρεθεί διάφορες αναφορές γι αυτήν τόσο σε σουμερικά και αιγυπτιακά κείμενα ακόμη και στην Παλαιά Διαθήκη. Οι διαταραχές της διάθεσης είναι γνωστές από την αρχή της ιστορίας της ιατρικής. Πρωτεργάτης στην εντόπιση της κατάθλιψης ήταν ο Ιπποκράτης ο οποίος έχει περιγράψει τη μανία και την κατάθλιψη τον 4<sup>ο</sup> αιώνα για παράδειγμα και ο Αρεταίος τον 1<sup>ο</sup> αιώνα μ.Χ. παρατήρησε ότι η μανία και η κατάθλιψη παρουσιάζονται πολλές φορές στο ίδιο άτομο και προέρχονται από μία κοινή διαταραχή. Είναι γνωστό ότι διάφορες προσωπικότητες, όπως ο Whinston Churchill, ο Λέο Τολστόι, καθώς και η Σύλβια Πλάθ, έχουν υποφέρει από κατάθλιψη (Χριστοπούλου, 2005).

Η ιπποκρατική ταξινόμηση διατηρήθηκε μέχρι τον 16<sup>ο</sup> και αρχές του 17<sup>ο</sup> αιώνα. Ο Φίλιππος Πινέλ (1745 – 1826) όντας επηρεασμένος από την αντίληψη και τον τρόπο ταξινόμησης της μελαγχολίας από τον Ιπποκράτη ακολούθησε ένα αντίστοιχο ταξινομικό σύστημα (Χριστοδούλου, 2001).

Ο Αριστοτέλης, σαφώς επηρεασμένος από την ιδέα της «θείας μανίας» του Πλάτωνα τη συνδέει με τη μελαγχολία. Πίστευε όμως ότι ήταν απαραίτητο να έχει κάποιος μια μικρή δόση «μαύρης χολής» για να είναι μεγαλοφυής: «όλοι όσοι έχουν διαπρέψει στην φιλοσοφία, στην ποίηση, στην τέχνη και στην πολιτική, ακόμα και ο Σωκράτης και ο Πλάτων, είχαν μια μελαγχολική έξη, μερικοί μάλιστα υπέφεραν από τη νόσο της μελαγχολίας».

Στην περίοδο της Αναγέννησης ο Bonet το 1686 ονόμασε τη νόσο «Maniaco – Melancholicus», ενώ οι Γάλλοι ψυχολόγοι στα μέσα του 19<sup>ο</sup> αιώνα την ονόμασαν διπολική συναισθηματική νόσο και μετέπειτα ο Γερμανός Ψυχίατρος Kahlbaum (1882) την ονόμασε «κυκλοθυμία» (Χριστοδούλου, 2001).

Σύμφωνα με τον Τρίκκα (2001) ο Γερμανός ψυχίατρος Emil Kraepelin (1856 – 1926) ήταν αυτός που συνέβαλε τα μέγιστα στην ταξινόμηση των καταθλιπτικών συνδρομών. Έπειτα ακολούθησε ο Bleuler επηρεασμένος από τον Emil Kraepelin που ονόμασε τη νόσο «σχιζοφρένεια».

## ***1.2. Ταξινόμηση των διαταραχών διάθεσης και εννοιολογικός προσδιορισμός της κατάθλιψης.***

Οι Διαταραχές της Διάθεσης (ή Συναισθηματικές Διαταραχές) είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση (mood) είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό. Κοινά παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η έξαρση, ο θυμός. Διακρίνουμε τη διάθεση (ή συναισθηματική διάθεση) από το συναίσθημα (affect), που αποτελεί την εξωτερική έκφρασή της. Κι καθώς η εξωτερική έκφραση ενός καταθλιπτικού ή μανιακού ασθενή δεν είναι πάντα καταθλιπτική ή ευφορική, πιο σωστά οι Συναισθηματικές Διαταραχές περιγράφονται σαν Διαταραχές της Διάθεσης, όρο που υιοθέτησε το DSM-III-R και το DSM-IV (Μάνος, 1997).

Όλοι μας γνωρίζουμε τι θα πει καταθλιπτική ή ευφορική διάθεση. Όλοι μας έχουμε περάσει από περιόδους απογοήτευσης ή ικανοποίησης που επηρέασαν τη διάθεσή μας προς τη μια ή την άλλη πλευρά (Μάνος, 1997).

Πώς ξεχωρίζει, λοιπόν, κανείς μια «φυσιολογική» διάθεση από μια «παθολογική»; Οπωσδήποτε, δεν είναι τόσο εύκολο, ούτε τόσο απόλυτο. Παρ' όλα αυτά μπορούμε να πούμε ότι όσο πιο έντονη και παρατεταμένη η συναισθηματική διάθεση της κατάθλιψης ή της έξαρσης, όσο πιο πολλά και έντονα τα συμπτώματα –αϋπνία, ανορεξία, απώλεια της ενεργητικότητας, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido), ψυχοκινητική επιβράδυνση κτλ., όσο μεγαλύτερη η έκπτωση της επαγγελματικής ή κοινωνικής λειτουργικότητας ή εφόσον υπάρχουν διαταραχή της πραγματικότητας (με ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες κτλ.) ή αυτοκτονικές ή ανθρωποκτονικές τάσεις, τόσο η κατάσταση που πάμε να διαγνώσουμε τείνει προς την παθολογική πλευρά (Μάνος, 1997).

### ***Επιλόχειες καταθλιπτικές καταστάσεις***

-Είναι δυνατό να πρόκειται για μελαγχολικά επεισόδια που εμφανίζονται κατά τους πρώτους μήνες μετά τον τοκετό. Ο ιδεασμός επικεντρώνεται στο παιδί (απόλυτη πεποίθηση της ασθενούς ότι είναι ανίκανη ή ανάξια μητέρα, πεποίθηση ότι το παιδί θα πεθάνει ή ότι έχει ήδη πεθάνει). Οι καταστάσεις αυτές, τις οποίες αντιμετωπίζουμε με αντικαταθλιπτική θεραπεία, εμπεριέχουν έναν καθόλου αμελητέο κίνδυνο αυτοκτονίας (συλλογική αυτοκτονία) (Lemperiere, T., Feline, A. et al, 1995).

-Πιο συχνά, πρόκειται για νευρωσικές καταθλιπτικές καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από ασθένεια, σωματική αδιαθεσία, αίσθημα ανικανότητας και άγχος. Οι καταστάσεις αυτές, συνήθως δε θεραπεύονται γρήγορα και παρατηρούνται κυρίως σε υστερικές προσωπικότητες (Lempriere, T., Feline, A. et al, 1995).

### ***1.3. Πολυεπιστημονική αιτιολογική προσέγγιση της κατάθλιψης***

Επειδή η κατάθλιψη είναι πολύ πιο συνηθισμένη από τις διπολικές διαταραχές, οι περισσότερες θεωρητικές προσεγγίσεις για τις διαταραχές της διάθεσης επικεντρώνονται σε αυτή. Η κύρια εξαίρεση είναι η βιολογική άποψη.

#### *Η ψυχαναλυτική προσέγγιση*

Στο κλασικό έργο «πένθος και μελαγχολία» του 1917, ο Freud πρότεινε την αρχική ψυχαναλυτική θεωρία ως αιτία της κατάθλιψης. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή η κατάθλιψη είναι αντίδραση σε κάποια απώλεια που μπορεί να είναι πραγματική ή συμβολική.

Η σύγχρονη ψυχαναλυτική θεωρία αναγνωρίζει τη σημαντικότητα του εσωτερικευμένου θυμού, αλλά προτείνει και άλλες θεωρητικές απόψεις σε σχέση με τις αιτίες της κατάθλιψης. Η βάση της κατάθλιψης θεωρείται ότι είναι κάποιο έλλειμμα και κάποια αδυναμία στην προσωπικότητα του ατόμου, τα οποία δημιουργούνται από πρώιμο τραύμα, το οποίο συχνά είναι η απώλεια σημαντικού προσώπου. Στη συνέχεια κάποια σύγχρονη απώλεια, ευαισθητοποιεί πάλι αυτό το πρώιμο ψυχικό τραύμα προκαλώντας την συναισθηματική παλινδρόμηση του ατόμου. Το άτομο αισθάνεται απελπισμένο και ανήμπορο στον κόσμο. Συνήθως, η κατάθλιψη, αποκτά και κάποιο λειτουργικό ρόλο, πολλές φορές, δηλαδή, ο καταθλιπτικός προσπαθεί μέσω της κατάθλιψης να υποχρεώσει τους άλλους να του δείξουν αγάπη και στοργή (Χριστοπούλου, 2005).

#### *Η Ανθρωπιστική – Υπαρξιακή προσέγγιση*

Η υπαρξιακή άποψη θεωρεί την κατάθλιψη ως αντίδραση σε κάτι πολύ αληθινό ως αίσθηση ανυπαρξίας και ανεπάρκειας που απορρέει από την αποτυχία του ανθρώπου να ζήσει μία ολοκληρωμένη και αυθεντική ζωή. Γενικώς, η κατάθλιψη είναι μια κατανοητή αντίδραση σε μία μη αυθεντική, και μη γνήσια ζωή. Κατά την υπαρξιακή άποψη όμως, η μοναξιά είναι φυσιολογικό κομμάτι της ζωής, και πρέπει να γίνεται δεκτό. Αντίθετα, μπορεί και πρέπει να χρησιμοποιείται για την προσωπική εξέλιξη του ατόμου (Χριστοπούλου, 2005).

### *Η Συμπεριφοριστική προσέγγιση*

Η πιο δημοφιλείς είναι οι θεωρίες της απόσβεσης και της μαθημένης αδυναμίας αντίδρασης. Σύμφωνα με τη θεωρία της απόσβεσης η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς θετικής ενίσχυσης.

Σύμφωνα με τη θεωρία της μαθημένης αδυναμίας αντίδρασης η έλλειψη προσδοκίας και ελπίδας είναι βασικά στοιχεία της κατάθλιψης. Το άτομο πιστεύει ότι δε μπορεί να είναι αποτελεσματικό ότι και να κάνει, γίνεται απαθές και αισθάνεται ανήμπορο και απελπισμένο (Χριστοπούλου, 2005).

### *Η Γνωσιακή προσέγγιση*

Η γνωσιακή προσέγγιση θεωρεί ως αιτίες της κατάθλιψης τις ιδέες και τις σκέψεις του ίδιου του ατόμου. Κατά τον Beck (1976), όταν οι σκέψεις και οι αντιλήψεις του ατόμου για τον εαυτό του και το περιβάλλον του τείνουν να είναι αρνητικές, και να στρέφονται γύρω από θέματα όπως η απώλεια, η στέρηση και η αυτοτιμωρία. Το άτομο που έχει προδιάθεση για κατάθλιψη έχει την τάση να βλέπει τον εαυτό του και τον κόσμο με αυτό τον τρόπο, δηλαδή έχει ένα χρόνιο αρνητικό εσωτερικό σχήμα. Αυτό το αρνητικό σχήμα ενεργοποιείται από διάφορα εξωτερικά γεγονότα στην ενήλικη ζωή και οδηγεί στην κατάθλιψη, η οποία με τη σειρά της ενισχύει τις αρνητικές σκέψεις και ερμηνείες των γεγονότων (Χριστοπούλου, 2005).

### *Η Βιολογική προσέγγιση*

Διάφορες έρευνες για το ρόλο της κληρονομικότητας αποδεικνύουν ότι οι συγγενείς πρώτου βαθμού, όπως γονείς, αδέρφια, παιδιά, των ατόμων με διπολική διαταραχή έχουν οι ίδιοι περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν τη διαταραχή από ότι έχει ο γενικός πληθυσμός.

Τα ευρήματα υποδεικνύουν τη σημαντικότητα των βιολογικών παραγόντων, προκαλούν όμως και εύλογους προβληματισμούς. Το βασικό πρόβλημα εντοπίζεται στο νευρικό σύστημα και συγκεκριμένα στον υποθάλαμο. Βιοχημικές έρευνες δείχνουν ότι ορμονικές ανισορροπίες σχετίζονται με διαταραχές της διάθεσης. Οι νευροδιαβιβαστές αποδεικνύεται ότι παίζουν κάποιο ρόλο στις διαταραχές της διάθεσης.

Το γενικό συμπέρασμα είναι ότι η νορεπινεφρίνη, η σεροτονίνη και η δραστηριότητα του θυρεοειδούς εμπλέκονται στις διαταραχές διάθεσης, όπως και οι κληρονομικοί και οι νευρολογικοί παράγοντες (Χριστοπούλου, 2005).

## **1.4. Ορισμοί σχετικών εννοιών**

*Επιλόχειος* είναι αυτός που σχετίζεται με τη λοχεία, δηλαδή το χρόνο μεταξύ του τοκετού και της πρώτης έμμηνης ρήσης (Μπαμπινιώτης, 2002).

*Επιλόχεια ψύχωση* είναι εξαιρετικά σπάνια, η συχνότητά της υπολογίζεται στις μία με δύο γυναίκες ανά χίλιες γεννήσεις, αποτελεί όμως ένα ψυχιατρικά επείγον περιστατικό που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Τα συμπτώματα τυπικά εμφανίζονται μέσα στις πρώτες δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό ([www.depnet.gr](http://www.depnet.gr))

*Επιλόχεια μελαγχολία και δάκρυα*. Περίπου 72 ώρες μετά τον τοκετό η μητέρα βιώνει την επιλόχεια μελαγχολία. Έτσι χαρακτηρίζεται η μεταβατική συναισθηματική αναστάτωση με κύριο χαρακτηριστικό της το κλάμα. Είναι περισσότερο δάκρυα συγκίνησης παρά κατάθλιψης ([www.Liberoclub.gr](http://www.Liberoclub.gr))

*Επιλόχεια κατάθλιψη* χαρακτηρίζεται η συναισθηματική δυσφορία μετά τον τοκετό, μια παροδική φάση με έντονα αρνητικά συναισθήματα που εμφανίζεται λίγο μετά τον τοκετό στις μισές περίπου γυναίκες που έχουν γεννήσει (Frank,2006). Η επιλόχεια κατάθλιψη δεν είναι μια απλή ιδιοτροπία της μητέρας, αλλά μια ασθένεια που για την ίασή της απαιτείται ψυχοθεραπεία και υποστήριξη από τους οικείους της (Βάρβογλη, 2006).

*Κατάθλιψη* είναι μια παθολογική κατάσταση. Πρόκειται για διαταραχή της διάθεσης. Δεν είναι το ίδιο με το μελαγχολικό συναίσθημα που μπορεί κάποιες φορές να το βιώσουν όλοι οι άνθρωποι. Στην κατάθλιψη το συναίσθημα αυτό έχει μεγάλη ένταση, διάρκεια και προκαλεί προβλήματα στη ζωή του ατόμου ([www.latropeia.gr](http://www.latropeia.gr)).

*Λοχεία* είναι το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ τοκετού και αποκατάστασης της μητρας, που διαρκεί από έξι έως οκτώ εβδομάδες (Μπαμπινιώτης, 2002).

*Λεχώιδα* είναι η γυναίκα που έχει γεννήσει πρόσφατα (Μπαμπινιώτης, 2002).

*Παιδοκτονία* είναι ο φόνος παιδιών από το γονέα τους, η εκ προθέσεως θανάτωση παιδιού από τη μητέρα του κατά τη διάρκεια του τοκετού ή μετά από αυτόν (Μπαμπινιώτης, 2002).





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

Η περίοδος της λοχείας θεωρείται περίοδος αυξημένης επικινδυνότητας για διαταραχές της διάθεσης σε γυναίκες. Σε μεγαλύτερο κίνδυνο βρίσκονται οι γυναίκες με ιστορικό διαταραχών της διάθεσης, καθώς και αυτές που ένωσαν κατάθλιψη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι επιλόχειες καταθλιπτικές διαταραχές χωρίζονται στις εξής τρεις κατηγορίες: 1. Την επιλόχειο θλίψη, 2. Τη μη ψυχωτική επιλόχειο κατάθλιψη και 3. Την επιλόχειο ψύχωση. Η επιλόχειος θλίψη είναι πιο συχνή από τις τρεις. Χαρακτηριστικά συμπτώματα περιλαμβάνουν την ευμεταβλητότητα του συναισθήματος, την ευερεθιστότητα, τα κλάματα, το άγχος και τη διαταραχή σε ύπνο και όρεξη. Η επιλόχειος θλίψη είναι καλοήθης. Τα συμπτώματα κορυφώνονται συνήθως την 4<sup>η</sup> – 5<sup>η</sup> ημέρα της λοχείας. Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι επίσης συχνή, με ποσοστό που αγγίζει το 10-15% του γενικού γυναικείου πληθυσμού. Αν και οι περισσότερες γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό, τα συμπτώματα μερικές φορές είναι δυνατό να εμφανιστούν και αμέσως μετά το τέλος της εγκυμοσύνης. Η επιλόχεια ψύχωση είναι σπάνια και συμβαίνει σε συχνότητα 0,1 έως 0.2% μετά την γέννηση. Η πορεία της είναι εντυπωσιακή και μπορεί να αρχίσει είτε νωρίς, τη 2<sup>η</sup> ή 3<sup>η</sup> ημέρα μετά τον τοκετό, είτε συχνότερα μετά τις πρώτες δύο εβδομάδες. Τα πρώιμα συμπτώματα περιλαμβάνουν ανησυχία, ευερεθιστότητα, διαταραχή ύπνου και όρεξης.

Αργότερα αναπτύσσεται καταθλιπτική ή ανεβασμένη διάθεση, ευμεταβλητότητα του συναισθήματος, ψευδαισθήσεις και παραληρήματα (Χριστοπούλου, 2005).

#### *Επιλόχειος θλίψη*

Αυτή θεωρείται η πιο ήπια μορφή των ψυχικών διαταραχών της επιλόχειας και έχει αναφερθεί σε ένα 26 – 85% των περιπτώσεων με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν (Stein, 1982). Τα συμπτώματα αυτού του συνδρόμου ξεκινούν τυπικά μέσα στην πρώτη εβδομάδα μετά την γέννα, κορυφώνονται την πέμπτη ημέρα και σταματούν τη δωδέκατη ημέρα της επιλόχειας (Kendell et al, 1981).

Κάποια από τα συμπτώματα είναι η αίσθηση δυσφορίας, η ψυχική αστάθεια, το κλάμα, άγχος, αϋπνία, η έλλειψη όρεξης και ευθιξία. Η ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζει την επιλόχειο θλίψη θεωρείται παροδική και ανεπαρκής να προκαλέσει σοβαρές βλάβες στη λειτουργία της γυναίκας (O' Hara et al, 1991). Παρ' όλα αυτά, σε μερικές γυναίκες η ενόχληση μπορεί να επιμείνει πέραν της περιόδου της επιλοχίας με αποτέλεσμα η γυναίκα να φθάσει να πάσχει από επιλόχειο κατάθλιψη (Kendell et al, 1981; Cox et al, 1982; Kelly & Deakin, 1992).

### *Επιλόχειος Κατάθλιψη*

Επιδημιολογικές έρευνες σχετικά με τη φύση, την επικράτηση και την πορεία ενός επεισοδίου βαριάς μορφής κατάθλιψης που εμφανίζεται κατά την επιλόχεια έδειξαν ότι μεταξύ 10 – 15% των γυναικών παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης τις πρώτες εβδομάδες μετά την γέννα (Carothers & Murray, 1990), ότι η αύξηση στην εμφάνιση της νόσου παρουσιάζεται στις 30 μέρες της επιλόχειας, αλλά εμμένει μέχρι και για δύο χρόνια καθώς και το ότι η μεγάλη πλειοψηφία των καταθλιπτικών επεισοδίων λήγουν τυχαία μέσα σε 3 με 6 μήνες (Cox et al, 1993; Cooper & Murray, 1995). Παράγοντες κινδύνου περικλείουν ψυχοκοινωνικούς συντελεστές, ανατρεπτικά γεγονότα της ζωής, συζυγικές διαφωνίες, απόκτηση διδύμων καθώς και προηγούμενο προσωπικό και οικογενειακό ιστορικό ψυχικών διαταραχών (O' Hara et al, 1984; Thorpe et al, 1991; Stowe & Nemeroff, 1995). Το προφίλ των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης θυμίζουν αυτά ενός σοβαρού καταθλιπτικού επεισοδίου το οποίο πέρασε μια γυναίκα σε άλλη φάση της ζωής της, αλλά είναι μοναδικό ως προς το συγχρονισμό και στο ότι πάντα περιλαμβάνει τουλάχιστον την δυάδα μητέρας – παιδιού και στις περισσότερες των περιπτώσεων μια ολόκληρη οικογένεια. Γυναίκες με ιστορικό επαναλαμβανόμενων επεισοδίων κατάθλιψης που σταματούν τη θεραπεία συντήρησης μέσω αντικαταθλιπτικών κατά την διάρκεια της λοχείας, βρίσκονται σε ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο να επανεμφανίσουν επιλόχειο κατάθλιψη.

Η εμφάνιση επιλόχειου κατάθλιψης είναι ύπουλη μερικές φορές και συχνά μη αναγνωρίσιμη ειδικά όταν είναι ήπιας έως μέτριας σοβαρότητας καθώς και όταν η γυναίκα αποθαρρύνεται από το να ζητήσει βοήθεια με τη λογική ότι αυτό που έχει δεν είναι κάτι σοβαρό, αλλά περαστικό. Η επιλόχειος κατάθλιψη σε αυτές τις γυναίκες μπορεί να συνεχιστεί χωρίς διαλείμματα και τελικά να καταλήξει να είναι τόσο βαριάς μορφής ώστε το άτομο να χρειάζεται να νοσηλευθεί στο νοσοκομείο.

Επομένως, η έγκαιρη διάγνωση είναι υψίστης σημασίας. Η χρήση διαφόρων διαγνωστικών εργαλείων, ιδιαίτερα της Κλίμακας / Πίνακα του Εδιμβούργου για την επιλόχειο κατάθλιψη (EPDS), μπορεί να βελτιώσει την κατανόηση του προβλήματος από το ιατρικό προσωπικό και να συντελέσει στην πρώιμη διάγνωση της επιλόχειου κατάθλιψης (Cox et al, 1987). Το EPDS έχει πλέον πιστοποιηθεί (Murray & Carothers, 1990; Schaper et al, 1994), έχει πάρει ηλεκτρονική μορφή (Glaze & Cox, 1991), έχει χρησιμοποιηθεί ως τηλεφωνική οθόνη (Zelkowitz & Milet, 1995), έχει χρησιμοποιηθεί σε κλινικές δοκιμές (Appleby & Whitton, 1993) και έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες (Cox & Holden, 1994).

### *Επιλόχειος ψύχωση*

Η ψύχωση με οξείς εκδηλώσεις επιλόχειας κατάθλιψης είναι πολύ πιο σοβαρή απ' ότι η κατάθλιψη ή η μελαγχολία. Εμφανίζεται σε περίπου μία περίπτωση ανά 500 – 1000 γέννες

και με μια γρήγορη επίθεση μέσα στις πρώτες μέρες μέχρι τις 2 ή 3 εβδομάδες της επιλόχειας (Brockington et al, 1982) αλλά ο κίνδυνος παραμένει υψηλός για αρκετούς μήνες. Παράγοντες κινδύνου για την επιλόχειο ψύχωση μεταξύ άλλων συνιστούν το να είναι μια γυναίκα για πρώτη φορά μητέρα, το οικογενειακό ή προσωπικό προηγούμενο ιστορικό ψυχιατρικής ασθένειας και πιστεύεται ότι τις περισσότερες φορές είναι η εκδήλωση ενός επεισοδίου μανιοκαταθλιπτικής ασθένειας (Davidson & Robertson, 1985; Kendell, 1985; Markw et al, 1992).

Στις περισσότερες των περιπτώσεων η επιλόχειος ψύχωση βλάπτει σε μεγάλο βαθμό την ικανότητα μιας γυναίκας να λειτουργήσει και σε εξαιρετικές περιπτώσεις ο κίνδυνος αυτοκτονίας ή παιδοκτονίας είναι υψηλός (Turnbull, 1986; Millis & Kornblith, 1992) με αποτέλεσμα να επείγει η εισαγωγή (μερικές φορές ακούσια) σε ψυχιατρική κλινική (Kendell et al, 1987). Παρ' όλα αυτά, είναι γενικά αποδεκτό ότι αυτές οι ψυχώσεις, όταν λάβουν τη σωστή θεραπεία, έχουν πολύ καλά προγνωστικά (Brockington et al, 1982) και τα καταγεγραμμένα ποσοστά αυτοκτονιών σε αυτή την περίπτωση έχουν επίσης μειωθεί (Appleby, 1991).

#### *Διαφοροδιάγνωση*

Πριν θέσουμε την διάγνωση της επιλόχειας ψύχωσης, πρέπει να βεβαιωθούμε ότι δεν πρόκειται για εγκεφαλική φλεβική θρόμβωση, η οποία προκαλεί επίσης διαταραχές της συνείδησης, αλλά συνοδεύεται από κεφαλαλγίες, επιληπτικές κρίσεις και εστιακά νευρολογικά σημεία (Lempriere, Feline et al, 1995).

#### *Η «Ημέρα του Κλάματος»*

Εμφανίζεται σχεδόν στο 50% των νέων μητέρων συνήθως την τρίτη ημέρα μετά τον τοκετό. Η διάρκεια ποικίλλει από μερικές ώρες μέχρι και ημέρες.

Συμπτωματολογία: Απώλεια ενεργητικότητας, αδυναμία συγκέντρωσης, υπερευαισθησία και μια γενική καταθλιπτική διάθεση, που συνοδεύεται συχνά από κλάμα.

Πρόκειται για ένα ορμονικό «στερητικό» σύνδρομο, όπως συμβαίνει και στις προεμμηνορροϊκές ημέρες, την κλιμακτήριο ή την αφαίρεση των ωοθηκών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η λοχεία και η γέννα έχουν τεράστια ψυχολογική, σωματική και ενδοκρινική επίδραση στο σώμα και το πνεύμα μιας γυναίκας. Από τη στιγμή που οι αλλαγές στη διάθεση συμπίπτουν με αυτές τις βαθιές αλλαγές στις ορμόνες που σχετίζονται με τη λοχεία και την γέννα, έχει θεωρηθεί ότι μπορεί να υπάρχει κάποια σχέση αιτίας – αιτιατού (Rosenblatt, et al, 1988).

Η αποκορύφωση της ψυχικής αστάθειας κατά την διάρκεια της μελαγχολίας περίπου την 5<sup>η</sup> μέρα της επιλόχειας συμπίπτει με τεράστιες ορμονικές διακυμάνσεις που είναι μια φυσική συνέπεια της γέννας. Μόνο ένα μικρό ποσοστό ερευνών προσπάθησαν να μετρήσουν αυτές τις αλλαγές, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τις γοναδικές ορμόνες και την προλακτίνη. Μέχρι σήμερα τα αποτελέσματα δε φαίνεται να συσχετίζονται απόλυτα με τις αλλαγές στην διάθεση και αποδεικνύονται αποθαρρυντικά και αντιφατικά. Για παράδειγμα, μια γρήγορη πτώση στα επίπεδα προγεστερόνης έδειξε μια μικρή αλλά σημαντική σχέση με την εξέλιξη της μελαγχολίας σε μια έρευνα (Harris, et al, 1994), αλλά όχι σε μια άλλη (Heidrich, et al, 1994).

Στη δυσλειτουργία του θυρεοειδή έχουν προσάψει ψυχικές διαταραχές και επίσης έχει υποστηριχθεί ότι η παροδική δυσλειτουργία του θυρεοειδή μετά την γέννα σχετίζεται με την επιλόχειο κατάθλιψη (Pedersen, et al, 1993), Η περίοδος της λοχείας και της επιλόχειας σε μερικές γυναίκες συνδέεται με παθολογικές αλλαγές στη λειτουργία του θυρεοειδή. Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε αυτόν τον τομέα δείχνει ξεκάθαρα ότι μια μικρή ομάδα γυναικών με επιλόχειο κατάθλιψη όφειλαν την καταθλιπτική τους διάθεση σε δυσλειτουργία του θυρεοειδή (Harris, 1993).

Η άμεση / έμμεση επίδραση του ποσοστού της επιλόχειας αποβολής μερικών από τις άλλες σημαντικές ορμόνες και τους νευροτροποποιητές προκαλεί ακόμη ερωτηματικά. Έχει υποστηριχθεί ότι οι γυναίκες που βιώνουν μια πιο γρήγορη επιλόχεια αποβολή β-ενδομορφίνης είναι πιο επιρρεπείς στις αλλαγές της διάθεσής τους (Smith, et al, 1990), ότι μια απότομη πτώση στη συγκέντρωση κυκλοφορικών οιστρογόνων μετά την γέννα συσχετίζεται με οξεία εκδήλωση της επιλόχειας ψύχωσης (Wieck, et al, 1991) και ότι η διανομή του προφυλακτικού οιστρογόνου είναι αποτελεσματική σε επανεμφανιζόμενη μορφή επιλόχειας κατάθλιψης (Sichel, et al, 1995).

Η πρόσφατη βιβλιογραφία που σχετίζεται με την ψυχολογία και την κοινωνιολογία έχει παρουσιάσει διάφορους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν στρες ως πιθανές αιτιολογικές θεωρίες για την πρωταρχική εκδήλωση μη ψυχωτικής επιλόχειας κατάθλιψης. Τέτοια μπορεί να είναι η έλλειψη κοινωνικής στήριξης, αρνητικά γεγονότα ζωής, επαγγελματική αστάθεια, προηγούμενη εμπειρία με παιδιά,

απρογραμμάτιστη εγκυμοσύνη και πεσιμισμός, δυσαρέσκεια με τη συζυγική σχέση (ή το να είναι η γυναίκα άγαμη) καθώς και άσχημη σχέση της ασθενούς με τη μητέρα της.

Συμπερασματικά, φαίνεται πολύ πιο πιθανό μια εγγενής ανώμαλη αντίδραση σε μερικές από τις ορμονικές αλλαγές παρά οι ίδιες οι αλλαγές να είναι υπεύθυνες για την διαταραχή. Εάν μπορούσε να αποδειχθεί ποιοι από τους ψυχοβιολογικούς παράγοντες είναι υπεύθυνοι για συναισθηματικές διαταραχές που σχετίζονται με τη λοχεία ή πώς αυτοί αλληλεπιδρούν για να τις προκαλέσουν, ίσως να μπορούσαμε να αυξήσουμε την κατανόηση της αιτιολογίας, όχι μόνο για την επιλόχειο κατάθλιψη αλλά και για μια μεγαλύτερη γκάμα ψυχιατρικών διαταραχών (Kendell, et al, 1987; Stein, et al, 1989; Murray, et al, 1995).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ο Cox και οι συνεργάτες του βρήκαν ότι το 13% των γυναικών που εξέτασαν 3 –5 μήνες μετά την γέννα είχαν αναπτύξει μια βαριά καταθλιπτική ασθένεια. Το 16% εμφάνισε μια ήπιας μορφής κατάθλιψη η οποία διήρκεσε τουλάχιστον 4 εβδομάδες. Κατά τον ίδιο τρόπο βρήκαν ότι το 14% των γυναικών εμφάνισαν ένα νέο επεισόδιο νευρωτικής ασθένειας μέσα στους 3 μήνες από την γέννα.

Σε όλες τις περιπτώσεις, πλην μιας, η ασθένεια είχε τη μορφή κατάθλιψης, ενώ στην άλλη περίπτωση, τα συμπτώματα άγχους ήταν εμφανή στην αρχή, αλλά μετά ακολουθούσαν από κατάθλιψη. Οι συγγραφείς ανέφεραν ότι η περίοδος επικράτησης της καταθλιπτικής νεύρωσης τον επόμενο χρόνο μετά την γέννα ήταν της τάξης του 24%, και αυτό ήταν σχεδόν ίδιο με την επικράτηση που παρατήρησε ο Watson (1928).

Παρ' όλα τα διαφορετικά δείγματα και τις μεθόδους αξιολόγησης, οι αποδείξεις δείχνουν ότι 10 – 15% των γυναικών εμφανίζουν ένα νέο επεισόδιο διαταραχής της συμπεριφοράς τους μήνες μετά την γέννα. Σε σχεδόν όλες τις περιπτώσεις τα συμπτώματα αναπτύσσονται όταν το μωρό είναι 4 – 6 μηνών και τα συμπτώματα είναι πιθανόν να επιμείνουν για τους επόμενους μήνες εκτός και εάν η θεραπεία συντελεστεί στο νοσοκομείο. Μεγάλες συζυγικές και σεξουαλικές δυσκολίες μπορεί να προκύψουν. Μπορεί, επίσης, να προκύψει κάποιο αρνητικό αποτέλεσμα ως προς την πνευματική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΟΜΑΔΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

#### 5.1. Ομάδες κινδύνου

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι πιο συνηθισμένη αν μια γυναίκα είχε κάτι από τα παρακάτω ([www.health.in.gr](http://www.health.in.gr)):

- ✓ Προηγούμενη επιλόχειο κατάθλιψη
- ✓ Κατάθλιψη που δε συνδέεται με την εγκυμοσύνη
- ✓ Δυνατά συμπτώματα του συνδρόμου της προεμμήνου ρύσης
- ✓ Δυσκολίες στον γάμο
- ✓ Λίγα άτομα στην οικογένεια ή τον κοινωνικό κύκλο στα οποία να μπορεί να βασιστεί και να μιλήσει
- ✓ Στρεσογόνα γεγονότα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ή μετά τον τοκετό

#### 5.2. Επιβαρυντικοί παράγοντες

Μερικές γυναίκες μπορεί να διατρέχουν κίνδυνο λοχειακής κατάθλιψης αν δεν έχουν έναν υποστηρικτικό σύντροφο, ιδιαίτερα κατά τις ωδίνες και τον τοκετό, που μπορεί να τις προσφέρει παρηγοριά, να τις καθησυχάζει και να τις επαινεί.

Άλλες γυναίκες μπορεί να διατρέχουν κίνδυνο λόγω οικογενειακών καταστάσεων και των δυσκολιών που συνεπάγεται ο ερχομός ενός νέου μέλους στην οικογένεια. Για παράδειγμα, η κακοποίηση στο σπίτι (domestic abuse) ή μια πτωχή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση μπορεί να σημαίνει ότι η γυναίκα δεν έχει τα οικονομικά μέσα να ανταποκριθεί επαρκώς στις απαιτήσεις του νέου της ρόλου ως μητέρας (Ogrodniczuk, & Piper, 2003).

Οι σωματικές αλλαγές που εμφανίζονται στην γυναίκα κατά την διάρκεια της κύησης την βάζουν απέναντι στη σεξουαλικότητα και τη μητρότητά της.

Οικογενειακά προβλήματα, ιδιαίτερα ανταγωνιστική διάθεση με το σύζυγο ή τους γονείς, οδηγούν σε αγχωτικές καταστάσεις και ανασφάλεια. Ιδιαίτερη σημασία έχουν επίσης διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως «ανεπιθύμητη κύηση», «προσπάθειες διακοπής», «νόθο» κλπ.

Επίσης στη λοχεία πολλές μητέρες εμφανίζουν έντονα συναισθήματα αμφιβολίας και ανασφάλειας, αισθάνονται «εγκλωβισμένες» από τη νέα κατάσταση, λειτουργούν με απάθεια, εμφανίζουν έλλειψη οποιουδήποτε ενδιαφέροντος, θυμό, επιθετικότητα. Η νέα μητέρα τώρα είναι που αποκτά ένα νέο ρόλο και αισθάνεται υπερφορτωμένη και ανασφαλής μέσα στις νέες της υποχρεώσεις.

Φυσικά, ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας είναι να έχει προηγηθεί ανάλογο περιστατικό επιλόχειας κατάθλιψης σε προηγούμενη κύησή της ή κάποια μορφή συναισθηματικής διαταραχής σε άλλη περίοδο της ζωής της.





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΦΑΣΜΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Υπάρχει διάχυτη η αντίληψη ότι η κατάθλιψη είναι μια κατάσταση που γίνεται αντιληπτή από την πρώτη κιόλας στιγμή. Δυστυχώς τα πράγματα δεν είναι πάντοτε τόσο απλά. Η κατάθλιψη έχει πολλές μορφές, κάθε μορφή ωστόσο, μπορεί να έχει άλλα συμπτώματα αλλά και να εγείρεται από διαφορετικές περιστάσεις ενώ συχνά, διαφοροποιείται τόσο η διάρκεια όσο και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων (Clinic, 2006).

Η επιλόχεια κατάθλιψη φαίνεται να κινείται ανάμεσα στο φυσιολογικό και στο παθολογικό. Την επιλόχεια κατάθλιψη σηματοδοτούν μια σειρά συμπτωμάτων, τα οποία παρουσιάζονται 3-5 ημέρες μετά τη γέννα και διαρκούν περισσότερο από 2 εβδομάδες στην ήπια μορφή, ενώ φτάνουν μέχρι και τους 6 μήνες, στην βαρύτερη μορφή της νόσου (Δασκαλόπουλος, 2007).

Πολλές γυναίκες που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη δεν έχουν επίγνωση της κατάστασής τους. Η έναρξη της νόσου γίνεται αντιληπτή από το περιβάλλον της, όταν η νέα μητέρα αισθάνεται ότι δεν την αγαπούν και ότι δεν είναι σε θέση να φροντίσει το μωρό της, αλλάζοντας έτσι τη συμπεριφορά της. Η λεχώνα αισθάνεται εξαντλημένη, είναι ευέξαπτη και δεν κατανοεί τις ανάγκες του βρέφους. Κλαίει εύκολα και αναίτια, δεν νιώθει ευχαρίστηση κατά την περιποίηση του μωρού της και γενικά το παραμελεί. Παρουσιάζει δυσκολία συγκέντρωσης και αδιαφορεί, τόσο για τον εαυτό της όσο και το σύντροφό της. Ακόμη, ενδέχεται να νιώθει φοβίες ότι θα βλάψει το μωρό της. Εν κατακλείδι, η μητέρα που πάσχει από επιλόχεια κατάθλιψη δεν παίζει με το μωρό της, δεν ικανοποιεί τις ανάγκες του, αδιαφορεί γι'αυτό, και ορισμένες φορές, μπορεί να φτάσει να το βλάψει (Μπαλλής, 2000).

Αξίζει να τονιστεί ότι η συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης ταιριάζει με αυτή ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Αναλυτικότερα, τα συμπτώματα είναι: -Ακεφιά, θλίψη, ιδέες ανικανότητας και αναξιότητας: Σε βαριές περιπτώσεις οι ασθενείς ομολογούν ότι μένουν ώρες ολόκληρες στο κρεβάτι, χωρίς διάθεση να κάνουν και το παραμικρό και βασανίζονται από έντονες ιδέες ανικανότητας και αναξιότητας. Πίσω απ' όλα αυτά συνήθως κρύβονται έντονες τύψεις κι ενοχές. Οι γυναίκες που πάσχουν από επιλόχειο κατάθλιψη δεν μπορούν να νιώσουν χαρά ή ευχαρίστηση, όσο ευχάριστα κι αν είναι αυτά που συμβαίνουν γύρω τους. Μερικές από αυτές, σχετικά πιο ελαφρές μορφές, κλαίνε πολύ και απαρηγόρητα. Σε πιο βαριές καταστάσεις η ασθενής δεν μπορεί συχνά ούτε να κλάψει, παρόλο που το επιθυμεί για να ανακουφιστεί. Οι τύψεις και οι ενοχές που νιώθει μια γυναίκα με επιλόχειο κατάθλιψη, καθώς της περνούν απ' το μυαλό σκέψεις να κάνει κακό στο μωρό της, είναι

καμιά φορά τόσο έντονες και η θλίψη τόσο βαριά, που η ασθενής επιθυμεί να πεθάνει για να ησυχάσει (όπως η ίδια νομίζει) ή σκέφτεται και μπορεί να σχεδιάζει αυτοκτονία για να απαλλαγεί από την αφόρητη γι' αυτήν κατάσταση. Κόπωση, αδυναμία, βραδυκινησία: Συχνά ένα από τα πρωταρχικά συμπτώματα είναι η μυϊκή αδυναμία και το αίσθημα της μεγάλης κόπωσης. Η ασθενής νιώθει κουρασμένη ακόμα και μετά από πολλές ώρες ύπνου. Η ευκινησία μειώνεται και γι' αυτό όλα τα κάνει με βραδύ ρυθμό, σε μια μεγάλη αγγαρεία. Ανησυχία, φοβία, δυσκολία στη συγκέντρωση: Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο ασθενών που παραπονιούνται για ανησυχία, εσωτερική ταραχή, φοβία, δυσκολία να συγκεντρώσουν την προσοχή τους και μείωση της μνήμης τους, ενώ στην πραγματικότητα το κύριο πρόβλημά τους είναι η κατάθλιψη που κρύβεται πίσω από αυτά. Αϋπνία, ανορεξία, απώλεια βάρους, μείωση libido: Η κατάθλιψη κάποιες φορές εκδηλώνεται με συμπτώματα από τον υποθάλαμο. Όπως είναι γνωστό, η όρεξη, ο ύπνος, αλλά και η σεξουαλική λειτουργία καθορίζονται από τον υποθάλαμο, που βρίσκεται στο κάτω μέρος του εγκεφάλου. Στις περιπτώσεις αυτές τα κύρια συμπτώματα είναι η αϋπνία, η ανορεξία και η μείωση της σεξουαλικής ικανότητας με αποτέλεσμα η αϋπνία να κουράζει την ασθενή, η ανορεξία οδηγεί στην απώλεια βάρους ενώ η μείωση της σεξουαλικής επιτυχίας την κάνει να νιώθει άσχημα απέναντι στο σύζυγό της. Σε κάποιες περιπτώσεις, κυρίως στην αρχή είναι δυνατόν να εκδηλώνονται ακριβώς τα αντίθετα συμπτώματα (Μάνος, 1997).

Επιπρόσθετα, παρατηρούνται γρήγορες εναλλαγές των συναισθημάτων μέσα στο πρώτο 24ωρο μετά το τέλος του τοκετού. Οι εναλλαγές αυτές πρέπει να μειωθούν δραστικά μέχρι την 4<sup>η</sup> ημέρα της λοχείας, γιατί μπορεί να οδηγήσουν την λεχώνα σε κατάσταση υπομανίας.

Στο 30% περίπου των λεχώνων προκαλείται κεφαλαλγία, ειδικά σε όσες έχουν σχετικό ιστορικό ημικρανίας. Έχει διάρκεια όλη την ημέρα, είναι αμφοτερόπλευρη και σπάνια δύναται να συνυπάρχουν, φωτοευαισθησία και έμετος. Ο κίνδυνος αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς ή βρεφοκτονίας είναι μικρότερος σε σχέση με την ψύχωση της λοχείας και δεν ξεπερνά το 5% (Δραγώνα, 1989).

Η ασθενής είναι πιθανό να ακούει ήχους (ακουστικές ψευδαισθήσεις) ή να βλέπει πρόσωπα ή πράγματα που δεν υπάρχουν (οπτικές ψευδαισθήσεις). Ενώ μπορεί να κάνει σκέψεις θανάτου τόσο γι' αυτήν όσο και για το μωρό της ( Ζαχαράκης, 2006).

Σπάνια, οι λεχίδες προχωρούν σε απόπειρα αυτοκτονίας, αν και οι σκέψεις θανάτου είναι συχνές. Σε περίπτωση όμως αυτοκτονίας, αυτή γίνεται με ιδιαίτερα βίαιο τρόπο, π.χ. απαγχονισμός. Σε έρευνα διαλογής σε λεχούσες κατά την 6<sup>η</sup> εβδομάδα μετά τον τοκετό, κατέγραψαν ποσοστό 5,3% αυτών με αυτοκτονικό ιδεασμό, ενώ το ποσοστό των λεχώνων που σκέφτονταν να βλάψουν τον εαυτό τους, άγγιξε το 4% (Δραγώνα, 1989).

Η σκέψη της αυτοκτονίας θα πρέπει προληπτικά, να ελέγχεται σε κάθε καταθλιπτική ασθενή, ακόμα και αν δεν υπάρχουν απόπειρες ή δεν έχουν εκφραστεί τέτοιες σκέψεις. Οι ερωτήσεις πρέπει να είναι διακριτικές και να εστιάζουν όλο και περισσότερο στο ζητούμενο. Αν η γενική εκτίμηση δεν αποκαλύπτει αυτοκτονικό ιδεασμό η εξέταση σταματάει εκεί. Αν το άτομο αποκαλύψει ότι σχεδιάζει αυτοκτονία πρέπει να διερευνήσουμε: 1. Πόσο δυνητικά θανατηφόρος είναι η μέθοδος, 2. Πόσο προσιτή είναι η μέθοδος και 3. Ποια η πιθανότητα διάσωσης.

Άμεση άρνηση ύπαρξης τάσεων ή προθέσεων για αυτοκτονία είναι συνήθως αληθινή. Επίσης αξιόπιστες, έστω και προσωρινά, είναι οι διαβεβαιώσεις ασθενών ότι δεν θα αυτοκτονήσουν, αν και το σκέφτονται λόγω συγκεκριμένων παραγόντων (Μάνος, 1997).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

#### 7.1 Διάγνωση

Το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια χωρίς ιστορικό Μανιακού, Μεικτού ή Υπομανιακού επεισοδίου. Αν συμβεί κάποιο Μανιακό, Μεικτό ή Υπομανιακό επεισόδιο η διάγνωση αλλάζει σε Διπολική Διαταραχή εκτός, βέβαια, αν υπεύθυνη για την αλλαγή της διάθεσης είναι κάποια αντικαταθλιπτική αγωγή, κάποια ουσία ή τοξίνη ή κάποια γενική ιατρική κατάσταση, οπότε η διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής παραμένει και μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση της Διαταραχής της Διάθεσης προκαλούμενης από ουσίες, με Μανιακά ή με Μεικτά στοιχεία ή της Διαταραχής της Διάθεσης οφειλόμενης σε γενική ιατρική κατάσταση, με Μανιακά ή Μεικτά στοιχεία ( Μάνος, 1997).

#### *Με επιλόχεια έναρξη*

Αν και βασικά το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο που έχει επιλόχεια έναρξη δεν διαφέρει στη συμπτωματολογία από τα αντίστοιχα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης χωρίς επιλόχεια έναρξη, εντούτοις μπορεί να χαρακτηρίζονται πιο συχνά από ευμετάβλητη διάθεση και από κυμαινόμενη κλινική πορεία. Συχνά μπορεί να υπάρχουν και ψυχωτικά σημεία. Όταν υπάρχουν παραληρητικές ιδέες, συχνά αφορούν το νεογέννητο. Μπορεί να υπάρξει αυτοκτονικός ιδεασμός, ψυχαναγκαστικές σκέψεις για βία προς το παιδί, αδυναμία συγκέντρωσης, ψυχοκινητική διέγερση, έντονο άγχος ή προσβολές πανικού, αυθόρμητο κλάμα το οποίο έχει διάρκεια πέρα από τα φυσιολογικά πλαίσια, έλλειψη ενδιαφέροντος προς το νεογέννητο και αϋπνία, συνήθως αρχική (Μάνος, 1997).

Συχνά σε επιλόχεια ψυχωτικά επεισόδια μπορεί να συμβεί παιδοκτονία με αφορμή ψευδαισθήσεις που δίνουν τέτοια εντολή ή παραληρητικές ιδέες ότι το παιδί είναι δαιμονισμένο. Τα επιλόχεια επεισόδια πρέπει, βέβαια να διαφοροδιαγιγνώσκονται από παραλήρημα, που μπορεί να συμβεί στην περίοδο αυτή και που χαρακτηρίζεται από διαταραχές της συνείδησης και της προσοχής.

Επιλόχεια ψυχωτικά επεισόδια είναι πιο συχνά σε γυναίκες με προηγούμενα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης με επιλόχεια έναρξη, αλλά και σε γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό διαταραχής της διάθεσης (Μάνος, 1997)

Ακρογωνιαίος λίθος για την επιτυχή θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης αποτελεί η σωστή και έγκαιρη διάγνωσή της. Την απαρχή συνιστά μια ολοκληρωμένη εξέταση από έναν οικογενειακό ιατρό, ούτως ώστε να διαπιστωθεί η πραγματική αιτία των συμπτωμάτων. Αυτό είναι αναγκαίο να προηγηθεί γιατί πολλές φορές οργανικά συμπτώματα αλλά και η λήψη φαρμάκων μπορεί να γίνουν αιτία για πολλά από τα συμπτώματα της κατάθλιψης και να δίνουν ψευδώς την εικόνα της. Συνοψίζοντας αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι θα πρέπει να γίνονται και οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις (Δασκαλόπουλος, 2007).

Η διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης μερικές φορές καθίσταται δύσκολη. Βέβαια σύμφωνα με τον Bebbington P.R 1998 υπάρχουν συμπτώματα τα οποία μπορούν να μας βοηθήσουν στη διάγνωσή της. Ενδεικτικά αναφέρουμε: αργός λόγος, χαμηλωμένα μάτια, απώλεια βάρους, παραμέληση του εαυτού της, ευερεθιστότητα, μειωμένη ενεργητικότητα.

Οι γυναίκες οι οποίες εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα πρέπει, να τύχουν ιδιαίτερης προσοχής, να λαμβάνεται λεπτομερές ιστορικό για προηγούμενες ψυχιατρικές διαταραχές της προσωπικότητας καθώς και για την ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού( αλκοολισμός, κατάχρηση ουσιών και φαρμάκων). Επειδή οι διαταραχές του θυρεοειδούς αδένος συχνά προκαλούν παρόμοιες διαταραχές, θα πρέπει να προσδιορίζονται οι τιμές των επιπέδων των ορμονών. Όσες γυναίκες θεωρούνται ότι βρίσκονται σε σοβαρό κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης, πρέπει να επανεξετάζονται σε τακτική βάση, ακόμα συχνότερα και για διάστημα, τουλάχιστον 6-12 εβδομάδων( Κελλαρτζής, Διδασκάλου, Μίκος, Μπόντης, 2003)

## **7.2 Διαφοροδιάγνωση**

Όλοι οι άνθρωποι σε κάποια φάση της ζωής τους παρουσιάζουν συναισθηματική πτώση ή άσχημη διάθεση. Για να χαρακτηριστεί το άτομο ως καταθλιπτικό πρέπει να πληροί συγκεκριμένα κριτήρια.

Τα περισσότερα άτομα όταν βιώνουν τέτοιου είδους συναισθήματα ή τα αντιμετωπίζουν μόνοι τους ή απευθύνονται σε κάποιον ιατρό. Δεν πρέπει να παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα σ' αυτήν την κατάσταση, αντίθετα θα πρέπει να επιδεικνύουν θέληση και δύναμη για να ξεπεράσουν τα προβλήματα( Κλεφταράς, 1998).

Συγκεκριμένα στην εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης η λεχούσα ενδέχεται να υποφέρει από καταθλιπτική διάθεση ύστερα από τις παρακάτω διαταραχές και καταστάσεις:

- ✓ Διαταραχές της διάθεσης οφειλόμενης σε γενική ιατρική κατάσταση.
- ✓ Διαταραχή της διάθεσης προκαλούμενη από ουσίες.
- ✓ Μανιακά επεισόδια με ευερέθιστη διάθεση ή μεικτά επεισόδια.

- ✓ Δυσθυμική διαταραχή.
- ✓ Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.
- ✓ Πένθος.
- ✓ Περίοδοι θλίψης.
- ✓ Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (Μάνος, 1997).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

#### 8.1. Θεραπεία

Οι θεραπείες για ψυχιατρικές διαταραχές που συνδέονται με την γέννα ακολουθούν τις ίδιες κατευθυντήριες γραμμές που ακολουθούνται σε μη επιλόχειες καταστάσεις. Οι περισσότερες κλινικές χρησιμοποιούν μια θεραπεία που συνδυάζει πολλούς κλάδους επιστημών σε πλήρη συσχετισμό με το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο. Ο χειρισμός και η φροντίδα αυτών των γυναικών κατά την επιλόχεια προϋποθέτει τη βοήθεια από άτομα με εμπειρία στην ψυχοθεραπεία σε ατομικό, ομαδικό και οικογενειακό επίπεδο, στη θεραπεία μέσω ψυχοφαρμάκων, την διδασκαλία δεξιοτήτων που χρειάζεται να έχει ένας γονέας και στην διδασκαλία πάνω στην επιλόχεια πνευματική διαταραχή (Guscott, & Steiner, 1991).

Οι ψυχικές διαταραχές της επιλόχειας λαμβάνουν χώρα μέσα σε ένα μοναδικό αναπτυξιακό και κοινωνικό πλαίσιο και παρ' όλο που μπορεί να μην διαφέρουν, φαινομενικά από παρόμοιες καταστάσεις που περνά μια γυναίκα κατά την διάρκεια της ζωής της, η παρέμβαση που συντελείται οφείλει να είναι ανάλογη της συγκεκριμένης κατάστασης. Επομένως, οι ψυχοθεραπείες σε ατομικό, συζυγικό, οικογενειακό και ομαδικό επίπεδο θα επικεντρωθούν κατά κύριο λόγο στη μετάβαση προς τη μητρότητα, στις συζυγικές και οικογενειακές σχέσεις, στις κοινωνικοπολιτιστικές προσδοκίες καθώς και σε δίκτυα κοινωνικής στήριξης. Οι σύζυγοι και όλοι εκείνοι που μπορεί να είναι σημαντικοί για την θεραπεία ενθαρρύνονται να λαμβάνουν μέρος στο σχέδιο θεραπείας, να παίρνουν μέρος στα μαθήματα αξιολόγησης και στις ομάδες ζευγαριών (Gruen, 1993). Η πρόσφατη εισαγωγή διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας φαίνεται ιδιαίτερα κατάλληλη για αυτές τις συνθήκες (Stuart, & O' Hara, 1995<sup>α,β</sup>).

Η θεραπεία μέσω ψυχοφαρμάκων, παρ' όλο που ενδείκνυται σε πολλούς ασθενείς και κατά την διάρκεια της επιλόχειας, είναι γεμάτη με ασάφειες από την πλευρά του γιατρού που δίνει τη συνταγή των φαρμάκων καθώς και από την πλευρά των ίδιων των γυναικών. Όλα τα ψυχοτρόπα φάρμακα μεταφέρονται στο μητρικό γάλα και στο νεογνό, το οποίο το θηλάζει η μητέρα του. Ο κίνδυνος αρνητικών επιπτώσεων στη συμπεριφορά και την ανάπτυξη του παιδιού πρέπει οπωσδήποτε να αντισταθμιστεί στον κίνδυνο μιας αναποτελεσματικής ή λανθασμένης θεραπείας μιας σοβαρής ψυχικής ασθένειας (Elia, et al, 1987; Jermain, 1995). Η κατάσταση περιπλέκεται περισσότερο, είναι αδύνατο ηθικά να διεξάγονται σχεδιασμένες έρευνες πάνω σε φάρμακα που είτε προωθούνται για χάρη της διαφήμισης είτε όχι και αυτές οι έρευνες να αφορούν γυναίκες που θηλάζουν.

Η εισαγωγή βιολογικών θεραπειών μόλις το παιδί έχει γεννηθεί εξαρτάται όχι μόνο από τα συμπτώματα κατά την επιλόχεια, αλλά και από την επιθυμία της ασθενούς να θηλάσει. Τα θετικά του θηλασμού και για τη μητέρα για το παιδί είναι αμέτρητα και γι' αυτό ενθαρρύνεται η πρακτική εφαρμογή του περισσότερο από ποτέ άλλοτε. Στη μετέπειτα απόφαση συνταγογράφησης ψυχοτρόπων φαρμάκων σε μια μητέρα στη φάση της επιλόχειας πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι σχεδόν όλα τα φάρμακα θα περάσουν στο γάλα. Στις περισσότερες των περιπτώσεων, όμως, το ποσοστό του φαρμάκου που θα ληφθεί από το βρέφος μέσω του γάλατος θα είναι πολύ μικρό και ο πιθανός κίνδυνος για το βρέφος θα είναι μηδαμινός (Ito, et al, 1993). Η έκθεση του βρέφους στα φάρμακα μπορεί να μειωθεί με το να παίρνει η μητέρα τα συνταγογραφούμενα φάρμακα μόλις έχει σταματήσει να θηλάζει.

Το ηλεκτροσόκ είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική θεραπεία και για συγκεκριμένες περιπτώσεις επιλόχειας (NIH, 1985), κυρίως σε περιπτώσεις βαριάς κατάθλιψης, ψύχωσης και κατατονίας. Μπορεί επίσης να χορηγηθεί σε έκτακτες περιπτώσεις όπως, οξεία επιλόχεια μανία και σε μητέρες που έχουν έντονη τάση για αυτοκτονία ή βρεφοκτονία. Παράλληλα επιτρέπει τη συνέχιση του θηλασμού με μόνο μικρή διακοπή τα πρωινά των θεραπειών.

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 ή σε περιπτώσεις που αντενδείκνυται η χορήγηση αντικαταθλιπτικών. Εφαρμόζονται διάφορα σχήματα και η απάντηση συνήθως είναι ταχεία μέσα σε μέρες παρά σε εβδομάδες. Μετά τη χορήγηση ηλεκτροσόκ, οι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία συντήρησης με αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

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 θεραπεία συντήρησης με τρικυκλικά ή άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Μάνος, 1997).

Ακόμη το λίθιο χρησιμοποιείται για την πρόληψη υποτροπών, διατηρώντας σταθερή την ψυχική διάθεση του ατόμου που έχει τάση προς κατάθλιψη. Το λίθιο πρέπει να λαμβάνεται τακτικά και να βρίσκεται στα σωστά επίπεδα στο αίμα έτσι ώστε να αποφευχθούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες. Η δόση του λιθίου που πρέπει να λάβει ένας ασθενής, μπορεί να υπολογιστεί μόνο ύστερα από την πραγματοποίηση και τον έλεγχο των αιματολογικών εξετάσεών του. Επίσης πριν τη χορήγηση λιθίου απαιτείται γυναικολογικός έλεγχος ώστε να αποκλειστεί η πιθανότητα εγκυμοσύνης καθώς αυτή αποτελεί αντένδειξη γιατί το λίθιο ενδέχεται να έχει τερατογόνο δράση (Coueim Mackenzie, 2000).



Ο πιθανός κίνδυνος σε ένα νεογνό από την έκθεσή του σε φάρμακα μπορεί και θα πρέπει να είναι μικρός, όμως υπάρχει ένας επιπρόσθετος κίνδυνος για το παιδί, ο οποίος είναι λιγότερο πιθανός γιατί είναι ο συναισθηματικός παράγοντας. Το να μεγαλώνει το παιδί με μια ψυχικά άρρωστη, τις περισσότερες φορές με κατάθλιψη, μητέρα έχει τις συνέπειές του (Cogill, et al, 1986; Murray, 1992) αλλά και ο χωρισμός από τη μητέρα μπορεί επίσης να παρεμποδίσει την ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού. Η αναγνώριση του πιθανού αντίκτυπου στην αρχική φάση δεσίματος της μητέρας και του παιδιού καθώς και στην ανάπτυξη του παιδιού, έχει οδηγήσει τους κλινικούς γιατρούς σε διάφορες χώρες στην εγκαθίδρυση ψυχιατρικών μονάδων για τις μητέρες και τα παιδιά τους (Margison, & Brockington, 1982; Kissane, & Ball, 1988; Sneddon, 1992). Η εισαγωγή της ψυχικά διαταραγμένης μητέρας και του φυσιολογικού βρέφους της δεν είναι πάντα εφικτή (Sichel, & Driscoll, 1992), χρειάζεται την ύπαρξη μιας υψηλά εξειδικευμένης ομάδας προσωπικού που να προέρχεται από διάφορους κλάδους επιστημών και να χρησιμοποιεί μεγάλη γκάμα από νοσηλευτικούς και θεραπευτικούς πόρους (Kumar, et al, 1995). Η πρακτική της παράλληλης πρακτικής μητέρας – νεογνού περιορίζεται στην Αγγλία και παρ' όλο που αυτό φαίνεται να είναι μια ενδιαφέρουσα και ελκυστική προσέγγιση, η απόσβεση του κόστους από αυτές τις υπηρεσίες ακόμα εξετάζεται (Royal College of Psychiatrists, 1992).

Ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με επιλόχεια κατάθλιψη έπασχαν πριν από το σύνδρομο παθολογικής στάσης του/ της ασθενούς με αισθήματα κατά της ζωής (Kelly, & Deakin, 1992). Ο κίνδυνος υποτροπής σε επιλόχειο κατάθλιψη είναι υψηλός για τις γυναίκες εκείνες με προηγούμενα επεισόδια επιλόχειο κατάθλιψης (Cooper, & Murray, 1995), αλλά είναι επίσης υψηλός σε γυναίκες με ιστορικό διπολικής ασθένειας που δε σχετίζεται με τη λοχεία (Kendell, et al, 1987; Dean, et al, 1989; Leinbenluft, 1996). Η πρόληψη διάγνωσης, η πρόληψη και η προφύλαξη είναι επομένως όχι μόνο εξαιρετικά σημαντική αλλά φαίνεται ότι είναι κατορθωτή. Η έμφαση πρέπει να δίνεται στην εκπαίδευση και την πληροφόρηση του κοινού καθώς και των ιατρών που περιθάλπουν τις ασθενείς (Stowe, & Nemeroff, 1995). Κάποια αρχικά μέτρα έχουν προταθεί (Wisner, & Wheeler, 1994) και μια μεγάλη σε έκταση, έρευνα έχει δρομολογηθεί. Μεγάλη προσοχή χρήζει η επίδραση της μητρικής διαταραχής στην οικογένεια ως μέρος της γενικότερης προσπάθειας ένταξης στην κοινότητα, της ασθενούς (Oates, 1988).

## ***8.2. Αντικαταθλιπτικά φάρμακα***

Υπάρχουν πολλά είδη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, ο μηχανισμός με τον οποίο λειτουργούν διαφέρει από φάρμακο σε φάρμακο, αλλά σε γενικές γραμμές τα αντικαταθλιπτικά επαναφέρουν την ισορροπία των νευρομεταβιβαστών στον εγκέφαλο. Το

κατάλληλο φάρμακο επιλέγεται από τον ιατρό. Παρ' όλα αυτά, μερικές φορές κάποιο φάρμακο ενδέχεται να μην έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα και αντικαθιστάται με κάποιο άλλο (Τσόχας, 1996).

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

- ✓ Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά
- ✓ Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης
- ✓ Εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης
- ✓ Αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης

Το κατάλληλο φάρμακο της θεραπείας επιλέγεται λαμβάνοντας υπόψη τον τύπο της κατάθλιψης, την ηλικία του ασθενούς, την συνύπαρξη άλλων νοσημάτων και τέλος πιθανές προηγηθείσες θεραπείες (Τσόχας, 1996).

### **8.3. Τρόπος δράσης αντικαταθλιπτικών**

Στόχος των αντικαταθλιπτικών είναι να επαναφέρουν τον οργανισμό στην φυσιολογική κατάσταση. Τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου χωρίζονται από ένα μικρό διάστημα – τη σύναψη, προκειμένου να περάσουν μηνύματα το ένα στο άλλο, τα νευρικά κύτταρα απελευθερώνουν χημικές ουσίες (νευροδιαβιβαστές) που αφήνουν το ένα νευρικό κύτταρο και διασχίζουν το διάστημα που μεσολαβεί το επόμενο κύτταρο. Έπειτα από την απελευθέρωσή τους, οι νευροδιαβιβαστές είτε διασπώνται είτε επαναπορροφώνται από το κύτταρο του εγκεφάλου που τους απελευθέρωσε. Στην κατάθλιψη τα επίπεδα αυτών των νευροδιαβιβαστών είναι χαμηλά. Έτσι τα αντικαταθλιπτικά δρουν με τέτοιο τρόπο ώστε να αυξήσουν την ποσότητα των νευροδιαβιβαστών στο διάστημα μεταξύ των κυττάρων.

Η ποσότητα των νευροδιαβιβαστών στη σύναψη μπορεί να αυξηθεί με ποικίλα φάρμακα, τα οποία δρουν με διάφορους τρόπους:

- ✓ Αποτρέποντας τη διάσπαση των νευροδιαβιβαστών
- ✓ Αυξάνοντας την ποσότητα του νευροδιαβιβαστή που παράγεται
- ✓ Εμποδίζοντας την επαναπρόσληψη των νευροδιαβιβαστών που βρίσκονται στη σύναψη από τα νευρικά κύτταρα

Με το πέρασμα του χρόνου το σώμα αυτοθεραπεύεται, η ποσότητα των νευροδιαβιβαστών που παράγεται φυσιολογικά αυξάνεται και τα αντικαταθλιπτικά δεν είναι πια απαραίτητα (Rattner, 1970).

## **8.4. Τι οφείλουμε να προσέξουμε πριν την έναρξη φαρμακευτικής αγωγής**

Πριν από την έναρξη της αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής θεραπείας οφείλουμε να απαντήσουμε στα κάτωθι ερωτήματα:

- Ø Μήπως η κατάθλιψη της ασθενούς μας οφείλεται σε κάποιο σωματικό νόσημα; π.χ. υποθυρεοειδισμός
- Ø Μήπως η κατάθλιψη της ασθενούς μας οφείλεται σε φάρμακα που εξακολουθεί να παίρνει ή έπαιρνε στο παρελθόν; Αρκετά είναι τα φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Πολλές φορές αρκεί η διακοπή των φαρμάκων αυτών για να υποχωρήσουν τα καταθλιπτικά σημεία.
- Ø Σε ποια φάρμακα ανταποκρίθηκε με επιτυχία η ασθενής σε παλαιότερο καταθλιπτικό επεισόδιο;
- Ø Σε ποια φάρμακα ανταποκρίθηκαν τυχόν θετικά καταθλιπτικοί συγγενείς της ασθενούς; Αν ο καταθλιπτικός συγγενής της ασθενούς ανταποκρίθηκε θετικά σε ένα αντικαταθλιπτικό φάρμακο, η ασθενής μας έχει μεγάλες πιθανότητες να ανταποκριθεί και αυτή θετικά στο ίδιο φάρμακο.
- Ø Έχει ο ασθενής σοβαρά σωματικά προβλήματα; Για παράδειγμα υπόταση ή καρδιολογικά προβλήματα τα οποία ενδέχεται να επιδεινωθούν με τη χορήγηση, κυρίως τρικυκλικών, αντικαταθλιπτικών.
- Ø Έχει γίνει πρόσφατος εργαστηριακός έλεγχος; Είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί στοιχειώδης εργαστηριακός έλεγχος ο οποίος να περιλαμβάνει τα κάτωθι:
  - ✚ Γενική αίματος
  - ✚ Γενική ούρων
  - ✚ Βασικός βιοχημικός έλεγχος (ουρία, κρεατινίνη, σάκχαρο, ιόντα)
  - ✚ Έλεγχος της θυρεοειδικής λειτουργίας (FT3, FT4, TSH)
- Ø Υπάρχει αυτοκτονικός ιδεασμός; Το ενδεχόμενο αυτοκτονίας και το σχέδιο παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιλογή του θεραπευτικού μέσου. Πολλοί καταθλιπτικοί επιχειρούν να αυτοκτονήσουν με τα ίδια τα φάρμακα που τους έχει δώσει ο γιατρός τους. Παράλληλα με την επιλογή του ασφαλέστερου φαρμάκου θα πρέπει να εξασφαλιστεί η συνεχής και συνεπής επικοινωνία με τον επίδοξο αυτοκαταστροφικό ασθενή. Να θυμόμαστε ότι είναι προτιμότερο να στεναχωρήσουμε λίγο τον άρρωστο

και το περιβάλλον του από το να θέσουμε σε κίνδυνο τη ζωή του (Χριστοδούλου & συνεργάτες, 2004).

### **8.5. Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων**

- Ø Για την αντιμετώπιση της ξηροστομίας χορηγούνται άγλυκες καραμέλες, παγάκια. Επιμένουμε στη αυστηρή στοματική υγιεινή.
- Ø Καθησυχάζουμε την ασθενή, σε περίπτωση που έχει θαμπή όραση ότι πρόκειται για παρενέργεια των φαρμάκων.
- Ø Παροτρύνουμε την ασθενή, να λαμβάνει τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες, όπως φρούτα και λαχανικά, να ασκείται και να πίνει άφθονο νερό και χυμούς.
- Ø Ενημερώνουμε την ασθενή να μην οδηγεί αυτοκίνητο ή να χειρίζεται επικίνδυνα μηχανήματα ή εργαλεία όταν έχει λάβει ηρεμιστική αγωγή.
- Ø Μετράμε τακτικά την αρτηριακή πίεση της ασθενούς σε όρθια και κλινήρη θέση, καθώς και τους σφυγμούς.
- Ø Την παρακολουθούμε για πιθανή εμφάνιση σπασμών (Ραγιά, 2004).

### **8.6. Εναλλακτικές θεραπείες κατάθλιψης**

- Ø Ο ρόλος της υγιεινής διατροφής στην κατάθλιψη. Ο Dr. Young, παρουσιάζει στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η έλλειψη φολικού οξέος ενδέχεται να επιφέρει κατάθλιψη και πως η πρόσληψή του συχνά θεραπεύει την ψυχική αυτή πάθηση. Για την υποχώρηση των συμπτωμάτων ήπιας μορφής κατάθλιψης, συνιστά τη λήψη διακοσίων έως πεντακοσίων milligrams φολικού οξέος ημερησίως, μέσω των συνηθισμένων τροφών. Οι τροφές που είναι πλούσιες σε φολικό οξύ είναι οι εξής:

 Λαχανικά

 Γίγαντες και κυρίως το σπανάκι

Σύμφωνα με την Clinic, 2005, οι ψυχολόγοι Davit Benton & Richard Cook απέδειξαν ότι άτομα που λάμβαναν ελάχιστες ποσότητες σεληνίου εμφάνιζαν ανησυχία, κούραση και μελαγχολία ενώ όταν έλαβαν επαρκή ποσότητα σεληνίου η διάθεση τους βελτιώθηκε σημαντικά (Clinic, 2005).

Τροφές πλούσιες σε σελήνιο είναι οι εξής:

- ✚ Ηλιόσποροι
- ✚ Λευκό ψωμί
- ✚ Βρώμη
- ✚ Θαλασσινά
- ✚ Βραζιλιάνικα καρύδια

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>

### ΟΙ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η ατομική ψυχοθεραπεία που βασίζεται στις ψυχοδυναμικές αρχές-ψυχοδυναμική θεραπεία- 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.

Πολλές φορές, στην κατάθλιψη, βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία μπορεί να αποβεί πολύ αποτελεσματική. 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 (Μάνος, 1997).

Πρόσφατα έχει διαδοθεί σημαντικά η διαπροσωπική θεραπεία, που είναι επίσης ουσιαστικά μια βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία (12-16 συνεδρίες). Η διαπροσωπική θεραπεία περιλαμβάνει συνδυασμό υποστήριξης, 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 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. 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 (Μάνος, 1997).

### **9.1. Συνδυασμός θεραπευτικών μεθόδων**

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/της ασθενή-/ούς, 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. Αντίθετα οι ψυχοθεραπείες στοχεύουν στη βελτίωση της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και τη γενικότερα καλύτερη λειτουργία της προσωπικότητας του ατόμου.

Συμπερασματικά, η θεραπεία της κατάθλιψης, όπως και όλων των ψυχικών διαταραχών, είναι συνθετική- επιλεκτική, δηλαδή ο θεραπευτής επιλέγει για τον κάθε ασθενή την κατάλληλη σύνθεση φαρμακοθεραπείας, ψυχοθεραπείας ή τύπων ψυχοθεραπείας (Μάνος, 1997).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup>

### ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η επιλόχεια κατάθλιψη, όπως και κάθε άλλη νόσος έχει καλή πρόγνωση, αν διαγνωστεί γρήγορα και εφαρμοστεί μια αποτελεσματική θεραπεία. Η λεχούσα ενδέχεται να αντιδράσει στη θεραπεία της από τις πρώτες δύο έως τέσσερις εβδομάδες, αλλά για να αναρρώσει πλήρως απαιτείται σχεδόν ένας χρόνος. Παρ' όλα αυτά είναι απαραίτητη η μακρόχρονη παρακολούθηση και υποστήριξη της καταθλιπτικής γυναίκας κατά την περίοδο της λοχείας.

Οι γυναίκες που παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης λαμβάνουν υποστήριξη και κατά την διάρκεια και μετά από μελλοντικές εγκυμοσύνες (American College of Physicians, 2000).

Τα συμπτώματα ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου αναπτύσσονται συνήθως μέσα σε μία περίοδο ημερών ή εβδομάδων. Μπορεί, όμως, να αναπτυχθούν αρκετά ξαφνικά και απότομα, ιδιαίτερα μετά από ένα σοβαρό στρες της ζωής. Του καταθλιπτικού επεισοδίου μερικές φορές προηγούνται για μήνες ηπιότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος, φοβίες ή προσβολές πανικού (Μάνος, 1997).

Στο ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια υποχωρούν μερικά ή καθόλου. Τα άτομα που έχουν μερική μόνον ύφεση κινδυνεύουν περισσότερο να έχουν και άλλα επεισόδια (Μάνος, 1997).

Έτσι, ο προσδιορισμός της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής με ή χωρίς πλήρη ανάρρωση μεταξύ των επεισοδίων έχει προγνωστική σημασία (Μάνος, 1997).

Συνοψίζοντας σε μετρήσεις στο ίδιο δείγμα γυναικών αναφέρονται ποσοστά κατάθλιψης 31.5% κατά τον τρίτο μήνα και 53,7% κατά τον δωδέκατο μήνα μετά τον τοκετό (Περιστέρης, 1990).



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11<sup>ο</sup>

## ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η λοχειακή κατάθλιψη (postnatal depression) αποτελεί μείζονα πηγή νοσηρότητας μεταξύ των γυναικών που γέννησαν πρόσφατα. Δεδομένου του υψηλού επιπολασμού (prevalence) και των σοβαρών αρνητικών της συνεπειών, η πρόληψή της πρέπει να αποτελεί υψηλή προτεραιότητα.

Η γέννηση ενός μωρού σηματοδοτεί σημαντικές αλλαγές στη ζωή μιας γυναίκας και συχνά συνοδεύεται από ισχυρά συναισθήματα, που κυμαίνονται από την χαρά ως την απόγνωση. Υπάρχει πληθώρα ερευνών που τεκμηριώνουν τις αρνητικές αντιδράσεις των γυναικών στον τοκετό.

Η πρόληψη συνεπάγεται τη δημιουργία διαφόρων τύπων εκπαιδευτικών προγραμμάτων που να ενισχύουν τις ικανότητες για μια πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των εντάσεων της ζωής.

Η πρόληψη διακρίνεται σε τρεις βαθμίδες: πρωτογενή πρόληψη, δευτερογενή πρόληψη και τριτογενή πρόληψη. Αναλυτικά:

Η *Πρωτογενής πρόληψη* (primary prevention) αποσκοπεί να μειώσει τον αριθμό των νέων περιπτώσεων μιας διαταραχής ή ασθένειας. Τα στοιχεία που υπάρχουν στη βιβλιογραφία μέχρι σήμερα δεν αρκούν για να κριθεί «εμπειρικά επικυρωμένη» (“empirically validated”) οποιαδήποτε στρατηγική πρόληψης. Παρ’ όλα αυτά, πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο προφυλακτικής παρέμβασης για έγκυες ή για γυναίκες που μόλις γέννησαν, ιδιαίτερα όσες διατρέχουν υψηλό κίνδυνο. Οι σημαντικές αρνητικές συνέπειες της λοχειακής κατάθλιψης είναι πολύ σημαντικές για να παραβλεφθούν.

Για τις γυναίκες που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο λοχειακής κατάθλιψης, μπορούν να εξετάζονται ως πιθανές λύσεις αρκετές στρατηγικές πρόληψης. Η ανίχνευση κινδύνων που μπορεί να υποδηλώνουν διακυβευμένη ψυχική κατάσταση πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα (Ogrodniczuk, & Piper, 2003).

Η μείωση των νέων περιστατικών μπορεί να επιτευχθεί με δύο τρόπους:

Ø Μελέτη και εξακρίβωση των παραγόντων που προκαλούν stress και των συνθηκών ζωής, που συμβάλλουν στην αύξηση της επικινδυνότητας για την δημιουργία ψυχικής νόσου.

Ø Εφαρμογή μέσων και μέτρων αρωγής των ατόμων, ώστε να γίνουν πιο ανθεκτικά στις ψυχοβλαπτικές επιδράσεις. Η Νοσηλευτική, μεταξύ άλλων, στοχεύει στην προαγωγή της ψυχικής υγείας (Ραγιά, 2004)

Η *δευτερογενής πρόληψη* στοχεύει στην έγκαιρη ανίχνευση περιστατικών με ψυχικά νοσήματα, έτσι ώστε να μειωθεί ο επιπολασμός και η επικράτηση. Με την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής αποσκοπούμε τόσο στη μείωση της έντασης της νόσου όσο και στη μείωση της διάρκειας (Χριστοδούλου, 2004).

Η *τριτογενής πρόληψη* στοχεύει στη μείωση της επικράτησης των φαινομένων έκπτωσης και στην αποφυγή της εγκατάστασης μόνιμης ψυχικής ανικανότητας. Μέρος της αποτελούν τα προγράμματα από-ιδρυματισμού (Χριστοδούλου, 2004).

Να τονίσουμε επίσης, το πόσο σημαντική είναι η ευαισθητοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος της γυναίκας που ήδη νοσεί από επιλόχεια κατάθλιψη ή ενδέχεται να εμφανίσει στο μέλλον. Είναι σημαντικό να την κάνουν να νιώθει πως είναι μοναδική και πολύτιμη για αυτούς (Κοτρωτσίου, 2001).

Το *ποσοστό επανεμφάνισης* της επιλόχειας κατάθλιψης σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 221 γυναικών, που έπασχαν από τη νόσο και παρακολουθούνταν μέχρι τον επόμενο τοκετό τους, ανερχόταν στο 68%. Το ποσοστό επανεμφάνισης ήταν χαμηλότερο (58%) στις γυναίκες οι οποίες έλαβαν θεραπεία μόνο από το γιατρό τους και αισθητά, υψηλότερο (84%) σε αυτές που είχαν χρειαστεί να νοσηλευτούν (Κοτρωτσίου, 2001).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### *12.1 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας*

Σε έναν τόσο πολύπλοκο και πολυδιάστατο φαινόμενο της ζωής, όπως είναι η κύηση και ο τοκετός, χρειάζεται η συμμετοχή και η στενή συνεργασία όλων των επαγγελματιών που έχουν άμεση σχέση με τα παραπάνω, όπως γυναικολόγοι, παιδίατροι, μαιές, ψυχίατροι, ψυχολόγοι, νοσηλευτές.

Σύμφωνα με τον Clazer (1980), οι λειτουργοί υγείας υποχρεούνται να ενημερώνουν και να στηρίζουν την έγκυο, έτσι ώστε να μπορέσει να νιώσει ελεύθερη για να συζητήσει τις ανησυχίες της. Η έγκυος σε αυτή την ευαίσθητη περίοδο που διανύει, πρέπει να υποστηρίζεται κατάλληλα από τους λειτουργούς υγείας και το συγγενικό περιβάλλον της.

#### *12.2. Ο ρόλος του συζύγου*

Η συμβολή του πατέρα είναι σημαντική με διάφορους τρόπους. Η εμπλοκή του ξεκινά από την περίοδο της εγκυμοσύνης και αυτό γιατί ανάλογα με τη στάση του και το βαθμό αφοσίωσής του, δημιουργεί ένα λιγότερο ή περισσότερο ασφαλές περιβάλλον για τη μέλλουσα μητέρα. Μια στάση που δείχνει στη μητέρα πως είναι και θα είναι πρακτικά και συναισθηματικά «παρών», πως είναι έτοιμος να μοιραστεί τις ανησυχίες της και να συνδράμει στις ανάγκες της, πως αυτή παραμένει σεξουαλικά επιθυμητή και πως αντέχει τα συναισθηματικά της σκαμπανεβάσματα. Την κάνει να νιώθει πιο σίγουρη για το μωρό που κυοφορεί και για την οικογένεια που πάει να δημιουργήσει. Αυτό αργότερα μεταφράζεται σε μεγαλύτερη ευαισθησία και πληρέστερη φροντίδα της μητέρας προς το παιδί.

Κατά την περίοδο του τοκετού, είναι σημαντική η συμμετοχή του πατέρα στην όλη διαδικασία, τόσο για τον ίδιο, για να γίνει κοινωνός της μυσταγωγίας της γέννησης, όσο και για τη μητέρα, για να βιώσει τη φροντίδα και το ενδιαφέρον του συντρόφου της σε μία από τις πιο σημαντικές στιγμές της κοινής ζωής τους. Τότε που οι δύο γίνονται τρεις ([www.familylife.gr](http://www.familylife.gr)).

### ***12.3. Ο ρόλος του ψυχολόγου***

Ο ρόλος του ψυχολόγου κατά την αντιμετώπιση περιστατικού με επιλόχεια κατάθλιψη είναι πολυδιάστατος. Ο ψυχολόγος είναι ο συνοδοιπόρος στη διαδρομή της θεραπευομένης προς τη γνώση του εαυτού της. Καλείται να βρίσκεται δίπλα της χωρίς επίκριση, με πλήρη αποδοχή και αυθεντικότητα. Η εχεμύθεια, η υποστήριξη, το κλίμα εμπιστοσύνης είναι απαραίτητα συστατικά της θεραπευτικής διαδικασίας. Αρχικά πρέπει να βοηθήσει τη μητέρα να καταλάβει τι της συμβαίνει, να της εξηγήσει ότι οτιδήποτε νιώθει είναι φυσιολογικό, να βρουν μαζί την αιτία που προκαλεί αυτό το συναίσθημα και να την βοηθήσει να απενοχοποιηθεί από αυτό.

### ***12.4. Ο ρόλος του ψυχίατρου***

Ο ρόλος του ψυχίατρου στην αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης επεκτείνεται πέρα από τον κλασικό ιατρικό ρόλο και αποτελεί ένα πιο σύνθετο ρόλο. Ο ψυχίατρος είναι απολύτως απαραίτητος στη θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης καθώς αποτελεί μια επικίνδυνη και ενίοτε θανατηφόρο νόσο. Ο ψυχίατρος είναι ο μόνος που μπορεί να αναχαιτίσει τις σοβαρές περιπτώσεις, είτε με την αντικαταθλιπτική αγωγή, είτε με τη νοσηλεία ([ygeia.pblogs.gr](http://ygeia.pblogs.gr)).

### ***12.5. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού***

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι να προσεγγίσει το πρόβλημα της λεχιάδας, να επισημάνει την ήδη υπάρχουσα κατάσταση, να βρει τους παράγοντες που το προκαλούν, να μελετήσει το οικογενειακό και το κοινωνικό της περιβάλλον. Ο κοινωνικός λειτουργός ασκεί την κοινωνική εργασία σε υποστηρικτικό – συμβουλευτικό – θεραπευτικό επίπεδο. Ο κοινωνικός λειτουργός μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στην συναισθηματική εκφόρτιση της λεχιάδας και στην κατανόηση και επεξεργασία των συναισθημάτων αυτών.

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα της λεχιάδας σε συνεργασία με το οικογενειακό της περιβάλλον μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές της δυνάμεις και να την βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων της. Αν και τότε δεν υπάρξει λύση την παραπέμπει σε ψυχολόγο ή σε ψυχίατρο ανάλογα με τη βαρύτητα του περιστατικού ([www.bestrong.org.gr](http://www.bestrong.org.gr)).

### ***12.6. Ο ρόλος της μαίας και του / της γυναικολόγου***

Αναμφισβήτητα η μαία και ο γυναικολόγος είναι από τα βασικά στελέχη της ομάδας επαγγελματιών υγείας. Στην εγκυμοσύνη η μαία και ο γυναικολόγος παρακολουθούν, ενημερώνουν και φροντίζουν την έγκυο. Παρέχουν ολοκληρωμένη ψυχοπροφυλακτική προετοιμασία για τον τοκετό στο ζευγάρι και αναλαμβάνουν το έργο να δημιουργήσουν, τις προϋποθέσεις και τις συνθήκες που θέλει η επίτοκος, ώστε να έχει ο τοκετός την καλύτερη δυνατή έκβαση ([www.lovebaby.gr](http://www.lovebaby.gr)) .

### ***12.7. Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας***

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής κατέχει ένα ρόλο εκπαιδευτικό και συμβουλευτικό προς την ασθενή – μητέρα και είναι εξασκημένος στην αντιμετώπιση των ειδικών προβλημάτων της μέσω της νοσηλευτικής διεργασίας (Κούκια & Σταθόπουλος, 2002).

Η ψυχιατρική νοσηλευτική ως εξειδικευμένη «περιοχή» της νοσηλευτικής, ανταποκρίθηκε στην πρόκληση για ανάπτυξη προτύπων και κριτηρίων ανάλογων με τις ανάγκες του ειδικού πληθυσμού που νοσηλεύει.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13<sup>ο</sup>

### ΑΣΚΗΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Τα πρότυπα άσκησης ψυχιατρικής νοσηλευτικής σύμφωνα με τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών (ANA), που στηρίζονται στα έξι στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας, είναι τα παρακάτω:

- ∅ **Πρότυπο 1: Θεωρία.** Ο νοσηλευτής εφαρμόζει την επιστημονικά ορθή και πλέον κατάλληλη θεωρία που λειτουργεί ως βάση για τη λήψη αποφάσεων κατά τη νοσηλευτική άσκηση.
- ∅ **Πρότυπο 2: Συλλογή πληροφοριών.** Ο νοσηλευτής συλλέγει διαρκώς περιεκτικές και συστηματικές πληροφορίες.
- ∅ **Πρότυπο 3: Νοσηλευτική διάγνωση.** Ο νοσηλευτής χρησιμοποιώντας τις νοσηλευτικές διαγνώσεις και τις ταξινομήσεις DSM-IV και ICD-10 των ψυχικών διαταραχών, διαμορφώνει επιστημονικά συμπεράσματα.
- ∅ **Πρότυπο 4: Σχεδιασμός.** Ο νοσηλευτής αναπτύσσει σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας με ειδικούς στόχους και παρεμβάσεις προκειμένου να καλύψει εξατομικευμένα τις ανάγκες της ασθενούς.
- ∅ **Πρότυπο 5: Παρεμβάσεις.** Ο νοσηλευτής αποσκοπώντας πάντα στην εξασφάλιση της σωματικής και ψυχικής υγείας της ασθενούς προχωρά στις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις.
- ∅ **Πρότυπο 6: Αξιολόγηση.** Ο νοσηλευτής αξιολογεί τις ανταποκρίσεις της αρρώστου στις νοσηλευτικές πράξεις και αναθεωρεί όπου κρίνει απαραίτητο, τις νοσηλευτικές διαγνώσεις και το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας (Πριάμη, 1999).

#### ***13.1. Ηθικές υποχρεώσεις νοσηλευτών ψυχικής υγείας***

Οι νοσηλευτικοί σύνδεσμοι διαφόρων χωρών (ΗΠΑ, Αγγλία) έχουν διατυπώσει ειδικούς κώδικες ηθικών καθηκόντων για τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Αναφέρονται ορισμένες από τις βασικές αρχές που περικλείουν αυτοί οι κώδικες.

- ✓ Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας:
- ✓ Σέβεται τους ψυχικά αρρώστους
- ✓ Περιφρουρεί και υπερασπίζεται τα δικαιώματα των ψυχικά αρρώστων

- ✓ Συμβάλλει στην προστασία, διατήρηση και προαγωγή της ψυχικής υγείας του ατόμου, της οικογένειας και του κοινού
- ✓ Τηρεί το νοσηλευτικό απόρρητο, εξαίρεση αποτελούν ο κίνδυνος αυτοκτονίας ή βλάβης των άλλων και η μη συμμόρφωση με τη θεραπευτική του αγωγή.
- ✓ Αυξάνει τις επιστημονικές του γνώσεις και τις δεξιότητές του μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης
- ✓ Συνεργάζεται με την επιστημονική ομάδα υγείας για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος
- ✓ Ακολουθεί πιστά αρχές, κανονισμούς και νόμους που σχετίζονται με την υπεύθυνη και αξιόπιστη άσκηση της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας
- ✓ Τέλος, αποφεύγει κάθε ανάμιξη σε πρακτικές που παραβιάζουν τον κώδικα των ηθικών αρχών (Ραγιά, 2004).

### ***13.2. Γενική νοσηλευτική φροντίδα ψυχικών αρρώστων***

- ✓ Πρέπει να είμαστε ήρεμοι, να διαθέτουμε τον έλεγχο του εαυτού μας και της γενικής κατάστασης για να εμπνέουμε το αίσθημα της εμπιστοσύνης
- ✓ Να διαθέτουμε επαρκή χρόνο για τον άρρωστο και τα προβλήματά του
- ✓ Να καθησυχάσουμε τους φόβους του και να τον ενθαρρύνουμε
- ✓ Να απασχολούμε τον άρρωστο με διάφορες εργασίες, όπως, διάβασμα, ζωγραφική
- ✓ Να ακούμε προσεκτικά τον ασθενή για να μπορούμε να εκτιμήσουμε την κατάστασή του και να βρούμε σημεία επικοινωνίας
- ✓ Να δημιουργούμε κλίμα ηρεμίας που θα ανακουφίζει τον άρρωστο, φροντίζοντας να εγκλιματιστεί ομαλά
- ✓ Αυστηρή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής
- ✓ Συζήτηση με τους συγγενείς του ασθενούς (Τσίκος, 1999)

### ***13.3. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με κατάθλιψη***

Επιμένουμε στην αυτόβουλη εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων και ικανοποίηση των αναγκών της. Η ίδια θα πρέπει να συνεχίσει να φροντίζει όσο το δυνατόν περισσότερο τον εαυτό της. Ως επαγγελματίες υγείας παρατηρούμε και ελέγχουμε τις αντιδράσεις της, τη

διατροφική της συμπεριφορά καθώς και για την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής της. Τέλος, ελέγχουμε με προσοχή οτιδήποτε σχετίζεται με ανάπτυξη αυτοκτονικής συμπεριφοράς εκ μέρους της (ανάπτυξη αυτοκτονικού ιδεασμού). Παράλληλα επιμένουμε σθεναρά στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειάς της για την πρόληψη υποτροπής ή την έγκαιρη αναγνώρισή της (Τσίκος, 1999).

### ***13.4. Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης***

Γενικοί στόχοι:

- ✓ Προσφέρουμε αρωγή στην ασθενή ώστε να αναπτύξει μηχανισμούς άμυνας
- ✓ Προωθούμε και υποστηρίζουμε τη δυνατότητα αναγνώρισης εκ μέρους της καθώς και έκφρασης των συναισθημάτων της
- ✓ Ενισχύουμε την αυτοεκτίμησή της
- ✓ Ανάπτυξη της ικανότητας της ασθενούς να εντοπίζει και να εκφράζει ό,τι την φορτίζει και της προκαλεί ένταση
- ✓ Σε φυσιολογικές αντιδράσεις λύπης, την διαβεβαιώνουμε ότι τα συναισθήματα της είναι φυσιολογικά (Grant κ.α., 2001)
- ✓ Η νοσηλευτική παρέμβαση στοχεύει να καταστήσει ικανή την άρρωστη :
- ✓ Να συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό
- ✓ Να επικοινωνεί με συνασθενείς και το προσωπικό
- ✓ Να συμμετέχει ενεργητικά σε διάφορες δραστηριότητες
- ✓ Να ικανοποιείται όταν επικοινωνεί με άλλους
- ✓ Να αποκτήσει επίγνωση των προβλημάτων που την δυσκολεύουν στην επικοινωνία της με άλλα άτομα (Ραγιά, 2004).

### ***13.5. Νοσηλευτική παρέμβαση στην κατάθλιψη***

- ✓ Στοχεύει στην εφαρμογή των μέτρων πρόληψης της αυτοκτονίας όταν η ασθενής διατρέχει μεγάλο κίνδυνο (Grant κ.α., 2001). Απαιτείται προσεκτική παρατήρηση για τυχόν αυτοκτονικό ιδεασμό και άμεση παράθεση ερώτησης για τυχόν σχέδιο αυτοκτονίας. Οι άνθρωποι συχνά αισθάνονται ανακούφιση και λιγότερη μοναξιά όταν εξωτερικεύουν



τις σκέψεις αυτοκτονίας (Ραγιά, 2004). Σχετική ενημέρωση του ιατρού για οποιαδήποτε αλλαγή στην συμπεριφορά της ασθενούς. Άσκηση συνεχούς ελέγχου και προσπάθεια να πεισθεί η ασθενής ότι δεν επιτρέπεται να βλάψει τον εαυτό της (Grant, et al, 2001).

- ✓ Διάθεση χρόνου και επίδειξη καλής διάθεσης για ενεργητική ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων της ασθενούς (Ραγιά, 2004).
- ✓ Υιοθέτηση θερμής καταδεκτικής προσέγγισης για την καταθλιπτική ασθενή, ακόμα και αν αντιστέκεται στη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης (Grant,et al, 2001).
- ✓ Συχνές και σύντομες συναντήσεις με την άρρωστο για εποικοδομητική επικοινωνία. Οι συχνές και σύντομες επαφές ελαχιστοποιούν το άγχος για την άρρωστη.
- ✓ Προειδοποίηση της άρρωστού πότε και για πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις, ώστε να ελαττωθεί το άγχος της (Ραγιά, 2004).
- ✓ Αποφυγή κάθε προσπάθειας, κάθε μορφή πίεσης από το νοσηλευτή να πείσει την ασθενή να χαρεί ή να γελάσει.
- ✓ Αναγνώριση και αποδοχή των συναισθημάτων της ασθενούς από το νοσηλευτή χωρίς ωστόσο, να ταυτίζεται με αυτά (Grant,et al, 2001).
- ✓ Ο νοσηλευτής επιδεικνύει συνέπεια ώστε να θεμελιώσει την εμπιστοσύνη της ασθενούς, τηρεί αυστηρά το χρόνο της συνάντησης και την καθορισμένη διάρκειά της. Έτσι η άρρωστη αισθάνεται την προσοχή του νοσηλευτή χωρίς να προσπαθεί να την κερδίσει. Όταν ο νοσηλευτής δεν είναι συνεπής στην ώρα του ή δεν παραμένει όση ώρα είχε υποσχεθεί, η καταθλιπτική μητέρα μπορεί να σκεφτεί ότι δεν αξίζει την προσοχή και σημασία του (Ραγιά, 2004).
- ✓ Αρωγή της ασθενούς να αναπτύξει και να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση της, μεταβάλλοντας τις αρνητικές της αντιλήψεις (Grant,et al, 2001).
- ✓ Παραμονή δίπλα στην άρρωστη, με σιωπή για μικρά διαστήματα. Η παρουσία και το ενδιαφέρον του νοσηλευτή την βεβαιώνει ότι είναι σημαντική. Ο νοσηλευτής περιμένει υπομονετικά να είναι έτοιμη για να μιλήσει (Ραγιά, 2004).
- ✓ Προώθηση της επιτυχούς συμπεριφοράς και της θέσπισης συγκεκριμένων στόχων. Προσφορά συγκροτημένων δραστηριοτήτων, με μικρής διάρκειας πράξεις, εύκολης εκτέλεσης (Grant,et al, 2001).
- ✓ Χρήση απλών και συγκεκριμένων λέξεων καθώς η ασθενής ενδέχεται να παρουσιάζει αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής.
- ✓ Διάθεση επαρκούς χρόνου στην άρρωστη για να απαντήσει λόγω πιθανής βραδυκίνητης σκέψης.

- ✓ Αποφυγή εκδήλωσης συναισθημάτων, όπως είναι τα γέλια και τα αστεία. Η εύθυμη στάση του νοσηλευτή δύναται να ενισχύσει τα αισθήματα αποξένωσης της αρρώστου (Ραγιά, 2004).
- ✓ Προσφορά κάθε δυνατής ευκαιρίας στην ασθενή να ασκήσει και να επεκτείνει τις ικανότητές της.
- ✓ Βοήθεια της ασθενούς να επεκτείνει το κοινωνικό της δίκτυο (Grant, et al, 2001).
- ✓ Αποδοχή του θυμού της αρρώστου. Ο νοσηλευτής δεν πρέπει να νιώθει ότι πρόκειται για προσωπική επίθεση εναντίον του. Ενθάρρυνση της αρρώστου να εξωτερικεύει λεκτικά το θυμό της. Η λεκτική αυτή έκφραση ίσως ελαττώσει την ανάγκη εκδήλωσής του με ανεύθυνες και επικίνδυνες πράξεις.
- ✓ Συνεχής εκτίμηση της αυτοκτονικής διάθεσης της αρρώστου.
- ✓ Αποφυγή χρησιμοποίησης εκφράσεων, π.χ. «δείχνετε πιο καλά σήμερα». Το καταθλιπτικό άτομο μπορεί να ερμηνεύσει το παραπάνω σχόλιο ως εξής: « δεν ήμουν καλά χθες» (Ραγιά, 2004).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14<sup>ο</sup>

### ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

#### 1<sup>ο</sup> περιστατικό

Στις 29/12/2012 προσήλθε η D.M. στη Μαιευτική κλινική 409 του Γ.Ν.Π. «Ο Άγιος Ανδρέας». Η D.M. είναι πρωτότοκος, αλλοδαπή και είναι αγρότισσα. Εισήλθε με έντονους πόνους στην κοιλιακή χώρα. Έπειτα από πραγματοποίηση υπερηχογραφικής εξέτασης διεγνώσθη ότι υπήρχε έκλυση αμνιακού υγρού προ 2ημέρου. Πραγματοποιήθηκε καισαρική επέμβαση και το βρέφος εισήχθη στη Μονάδα Νεογνών.

Η D.M. όντας πρωτότοκος δεν είχε γνώσει των πραγμάτων του τοκετού και δεν αντιλήφθηκε έγκαιρα την απώλεια αμνιακού υγρού. Αυτό την οδήγησε στο να νιώθει τύψεις, ενοχές, συναισθήματα ανικανότητας και ανεπάρκειας γιατί έθεσε σε κίνδυνο τη ζωή του μωρού της και δεν κατάφερε να νιώσει τις ανάγκες του.

Επιπλέον παρουσίασε τα εξής συμπτώματα τα οποία μας οδηγούν ότι η D.M. πάσχει από επιλόχεια κατάθλιψη: αϋπνία, έλλειψη όρεξης, άρνηση να δει και να θηλάσει το βρέφος, φόβο για την επιστροφή στο σπίτι, φόβο ανεπάρκειας, καταθλιπτικό συναίσθημα και μελαγχολία.

## *Νοσηλευτική διεργασία στο πρώτο περιστατικό*

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b>  Ανάγκες- Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
Αϋπνία	Να απαλλαγεί από το άσχημο συναίσθημα της αϋπνίας εντός 10 ωρών	Να τοποθετηθεί η ασθενής σε ήσυχο και ασφαλές περιβάλλον	Η ασθενής τοποθετήθηκε στο κατάλληλο περιβάλλον	Η ασθενής κατάφερε να κοιμηθεί χωρίς να εμφανίσει κάποια διαταραχή κατά τη διάρκεια του ύπνου
Ανορεξία	Να αρχίσει να διατρέφεται εντός 5 ωρών	Να της δώσουμε φαγητά που της αρέσουν πολύ	Δόθηκαν τα αγαπημένα της φαγητά	Η ασθενής ξεκίνησε να διατρέφεται

## ***2<sup>ο</sup> περιστατικό επιλόχειας κατάθλιψης***

Στις 15/12/2012 προσήλθε η Μ.Α. στη Μαιευτική κλινική 409 του Γ.Ν.Π. «Ο Άγιος Ανδρέας». Η Μ.Α. είναι δευτερότοκος, διαζευγμένη και άνεργη. Είχε έντονους πόνους οφειλόμενους στη συστολή της μήτρας. Έπειτα από λίγες ώρες γέννησε φυσιολογικά. Τις επόμενες μέρες εμφάνισε συμπτώματα επιλόχειας θλίψη καθώς είχε προηγούμενο ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης.

Τα συμπτώματα τα οποία εμφάνισε και μας οδηγούν στη διάγνωση της νόσου είναι τα κάτωθι: αϋπνία, έλλειψη όρεξης, άγχος και έντονο κλάμα που διαρκούσε πέρα από τα φυσιολογικά πλαίσια.

## Νοσηλευτική διεργασία στο δεύτερο περιστατικό

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ανάγκες- Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	Να απαλλαγεί από το άσχημο συναίσθημα της αϋπνίας εντός 7 ωρών	Να τοποθετηθεί η ασθενής σε ήσυχο και ασφαλές περιβάλλον	Η ασθενής τοποθετήθηκε στο κατάλληλο περιβάλλον	Η ασθενής κατάφερε να κοιμηθεί με μικρές διακοπές κατά την διάρκεια του ύπνου
Άγχος	Να ανακουφιστεί από αυτό το δυσφορικό συναίσθημα εντός 24 ωρών	Να δοθεί ψυχολογική υποστήριξη  Να χορηγηθούν ηρεμιστικά	Η ασθενής έλαβε ψυχολογική υποστήριξη και ηρεμιστική αγωγή	Η ασθενής κατάφερε να αντιμετωπίσει αυτό το ενοχλητικό συναίσθημα

## **ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

Η επιλόχεια κατάθλιψη κινείται κατά μήκος ενός συνεχούς όπου στη μια άκρη του βρίσκεται ο αυτοκτονικός ιδεασμός -με ότι επικίνδυνο αυτό συνεπάγεται-, και στην άλλη άκρη του, βρίσκεται η βαθιά θλίψη και το καταθλιπτικόμορφο συναίσθημα που βιώνει η νέα μητέρα. Ως επαγγελματίες υγείας οφείλουμε να συμβάλλουμε στην ομαλότερη και ασφαλέστερη έκβαση της νόσου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American College of physicians, (2000). *Ιατρική στον 21ο αιώνα*. Αθήνα: Δομική.
- Appleby, L. (1991). Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *British Medical Journal*, 302, 137-140.
- Appleby, L., & Whitton, A. (1993). Recruitment for postnatal depression studies. *British Journal of Psychiatry*, 163, 691.
- Bebbington, P. R. (1998). *Η επίδραση της ηλικίας και του φύλου στη συχνότητα των καταθλιπτικών καταστάσεων*, (Μ. Δεληγιάννη, Μτφρ). Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Brockington, I. F. (1996). *Motherhood and mental illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Brockington, I. F., Winokur, G., & Dean, C. (1982). *Puerperal psychosis*. In I. F. Brockington. & R. Kumar (Eds), *Motherhood and Mental Illness*, 37 – 69. London, UK Academic Press.
- Carothers, A.D. , & Murray, L. (1990). Estimating psychiatric morbidity by logistic regression: Application to postnatal depression in a community sample. *Psychological Medicine*, 20, 695-702.
- Clinic, M. (2005). *Υγιεινή διατροφή αντίδοτο για την κατάθλιψη*. *Check Up*, (23), 10-12.
- Clinic, M. (2006). *Κατάθλιψη*. *Check Up*, (92), 4-5.
- Cooper, P. J., & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166, 191-195.
- Cox, J. L. , Connor, Y. , & Kendell, R. E. (1982). Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 140, 111-117.
- Cox, J. L. & Holden, J. M. (1994). *Translations of the Edinburg Postnatal Depression Scale*. In J. L. Cox. & J. M. Holden (Eds), *Perinatal Psychiatry: Use and Misuse of the Edinburg Postnatal Depression Scale*, 248-270. London, UK: Gaskell.
- Cox, J. L. , Holden, J. M. , & Sagovsky, R. (1987). Detention of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburg Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cox, J. L. , Murray, D. , & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 27-31.



Davidson, J. , & Robertson, E. (1985). A follow-up study of post partum illness, 1946-1978. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 451-457.

Dean, C. , Williams, R. G. , & Brockington, I. F.(1989). Is puerperal psychosis the same as bipolar manic-depressive disorder? A family study. *Psychological Medicine*, 19, 637-647.

Δραγώνα, Θ.(1989). *Κατάθλιψη μετά τον τοκετό: οι ψυχολογικές της διαστάσεις*. Αθήνα: Καστανιώτης.

Elia, J. , Katz, I. R. , & Simpson, G. M. (1987). Teratogenicity of psychotherapeutic medications. *Psychopharmacology Bulletin*, 23, 531-586.

Ζαχαράκης, Κ. (2006). Κατάθλιψη: το κρυφό πάθος μας. *Υγεία*, 18,18-20.

Glaze, R. , & Cox, J. L. (1991). Validation of the computerized version of the 10-item (self-rating) Edinburg Postnatal Depression Scale. *Journal of Affective Disorders*, 22, 73-77.

Grant, C. , Brace, M. , & Sterling, R. (2001). *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, (Μ. Ταλαντοπούλου, Μπφρ). Αθήνα: Έλλην.

Gruen, D. S. (1993). A group psychotherapy approach to postpartum depression. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43, 191-203.

Guscott, R. G. , & Steiner, M. (1991). A multidisciplinary treatment approach to postpartum psychoses. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 551-556.

Harris, B. (1993). A hormonal component to postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 403-405.

Heidrich, A. , Schleyer, M. Springler, H. et al (1994). Postpartum blues: Relationship between not-protein bound steroid hormones in plasma and postpartum mood changes. *Journal of Affective Disorders*, 30, 93-98.

Ito, S. , Blajchman, A. , Stephenson, M. et al (1993). Prospective follow-up of adverse reactions in breastfed infants exposed to maternal medication. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168, 1393-1399.

Jermain, D. M. (1995). Treatment of postpartum depression. *American Pharmacy*, NS 35, 33-45.

Κελλαρτζής, Δ. , Διδασκάλου, Θ. , Μίκος, Θ. & Μπόντης, Ι. (2003). Κατάθλιψη της λοχείας. *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*, 15 (2), 94-100.

Kelly, A. , & Deakin, B. (1992). Postnatal depression and antenatal morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 161, 577-578.

Kendell, R. E. (1985). Invited review-Emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 3-11.

Kendell, R. E. , Chammers, J. C. , & Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 150, 662-673.

Kendell, R. E. , McGuire, R. J. , Connor, Y. , & Cox, J. L. (1981). Mood changes in the first two weeks after childbirth. *Journal of Affective Disorders*, 3, 317-326.

Kissane, D. , & Ball, J. R. (1988). Postnatal depression and psychosis-a mother and a baby unit in a general hospital. *Australian and New Zealand journal of Obstetrics and Gynecology*, 28, 208-212.

Κλεφταράς, Γ. (1998). *Η κατάθλιψη σήμερα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κουκιά, Ε. & Σταθόπουλος, Θ. (2002). Ψυχιατρικοί νοσηλευτές και γνωσιακή ψυχοθεραπεία. *Νοσηλευτική*, 41 (1), 55-58.

Κοτρωσίτου, Ε. , (2001). *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Έλλην.

Kumar, R. , Marks, M. , Platz, C. , & Yoshida, K. (1995). Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: Characteristics of 100 consecutive admissions. *Journal of Affective Disorders*, 33, 11-22.

Leibenluft, E. (1996). Women with bipolar illness: Clinical and research issues. *American Journal of Psychiatry*, 153, 163-173.

Lemperiere, T. , Feline, A. , et al (1995). *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων. Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Εφαρμογές της στην Ελλάδα*. (Επιμ.) Π. Σακελλαρόπουλος. (Τόμος β΄, 29, 615-620). Αθήνα: Παπαζήση.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής* (Αναθεωρημένη έκδοση). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Margison, F. , & Brockington, I. F. (1982). Psychiatric mother and baby units. In I. F. Brockington. & R. Kumar (Eds), *Motherhood and Mental Illness*, 223-238. London, UK: Academic Press.

Marks, M. N. , Wieck, A. , Checkley, S. A. & Kumar, R. (1992). Contribution of psychological and social factors to psychotic and non-psychotic relapse after childbirth in women with previous histories of affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 29, 253-264.

McKenzie, K. (2000). *Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός- Κατάθλιψη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- McKenzie, K. (2000). *Oppression*. London: Harper & Row publishers.
- Millis, J. B. , & Kornblith, P. R. (1992). Fragile beginnings: Identification and treatment of postpartum disorders. *Health and Social Work, 17*, 192-199.
- Μπαλλής, Θ. (2000). *Σύνοψη Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μπαμπινιώτης, Γ.(2002). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*, (β' εκδ.). Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε.
- Murray, L. , & Carothers, A. D. (1990). The validation of the Edinburg Postnatal Depression Scale on a community sample. *British Journal of Psychiatry, 157*, 288-290.
- Murray, L. , Cox, J. L. , Chapman, G. , & Jones, P. (1995). Childbirth: Life event or start of a long-term difficulty? *British Journal of Psychiatry, 166*, 595-600.
- National Institute of Health Consensus Conference: Electroconvulsive therapy (1985). *Journal of American Medical Association, 254*, 2103-2108.
- Oates, M. (1988). The development of an integrated community- orientated service for severe postnatal mental illness. In R. Kumar. & I. F. Brockington (Eds), *Motherhood and Mental Illness, 2*, 133-158. London, UK: Wright Press.
- Ogrodniczuk, S. J. , & Piper, E. W. (2003). Preventing Postnatal Depression: A Review of Research Findings. *Harvard Rev.Psychiatry, vol.11, 6*, 291-307. University of British Columbia, Vancouver, Canada.
- O' Hara, M. W. , Neunaber, D. J. , & Zekoski, E. M. (1984). Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal psychology, 93*, 158-171.
- O' Hara, M. W. , Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Wright, E. J. (1991). Prospective study of postpartum blues – Biologic and psychosocial factors. *Archives of General Psychiatry, 48*, 801-806.
- Pedersen, C. A. , Stern, R. A. , Pate, J. et al (1993). Thyroid and adrenal measures during late pregnancy and the puerperal in women who have been major depressed or who become dysphonic postpartum. *Journal of Affective Disorders, 29*, 201-211.
- Περιστέρης, Α. (1990). *Ψυχιατρικές διαταραχές κατά τη λοχεία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Πριάμη, Μ. (1999). Εκτίμηση ποιότητας Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής φροντίδας, βασισμένη σε ειδικά πρότυπα και κριτήρια. *Νοσηλευτική, 38 (3)*, 216-223.

- Ραγιά, Α. (2004). *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας* (4<sup>η</sup> εκδ.). Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Rattner, J. (1970). *The psychology of woman*. London: Jesiki Kirseik.
- Rosenblatt, J. S. , Mayer, A. D. , & Giordano, A. L. (1988). Hormonal basis during pregnancy for the onset of the maternal behavior in the rat. *Psychoneuroendocrinology*, 13, 29-46.
- Royal College of Psychiatrics (1992). Report of the general psychiatry section working party on postnatal mental illness. *Psychological Bulletin*, 16, 519-522.
- Schaper, A. M. , Rooney, B. L. , Kay, N. R. , & Silva, P. D. (1994). Use of the Edinburg Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting. *Journal of Reproductive Medicine*, 39, 620-624.
- Sischel, D. A. , Cohen, L. S. Robertson, L. M. et al (1995). Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. *Biological Psychiatry*, 38, 814-818.
- Sischel, D. A. , & Driscoll, W. J. (1992). The integrated care of hospitalized women with postpartum psychiatric illness. In J. A. Hamilton. & P. A. Harberger (Eds), *Postpartum Psychiatric Illness- A Picture Puzzle*, 115-125. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Smith, R. , Cubis, J. , Brinsmead, M. et al (1990). Mood changes, obstetric experience and alterations in plasma cortisol, beta- endorphin and corticotrophin releasing hormone during pregnancy and the puerperium. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 53-69.
- Sneddon, J. (1992). The mother and baby unit: An important approach to treatment. In J. A. Hamilton. & P. N. Harberger (Eds), *Postpartum Psychiatric Illness- A Picture Puzzle*, 102-114. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Stein, G. (1982). The maternity blues. In I. F. Brockington and R. Kumar, (Eds). *Motherhood and Mental Illness*, (119-154). London: Academic Press.
- Stein, G. , Cooper, P. J. , Campell, E. A. et al (1989). Social adversity and perinatal complications: Their relation to postnatal depression. *British Medical Journal*, 29, 1073-1074.
- Stowe, Z. N. , & Nemeroff, C. B. (1995). Women at risk for postpartum-onset major depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173, 639-645.
- Stuart, S. , & O'Hara, M. W. (1995a). Treatment of postpartum depression with interpersonal psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 52, 75.

Stuart, S. , & O'Hara, M. W. (1995b). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: A treatment program. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 18-29.

Thornbull, H. R. (1986). Incidence of infanticide in America: Public and professional attitudes. *Issues in Law and Medicine*, 1, 363-389.

Thorpe, K. Golding, J. , MacGillivray, I. , & Greenwood, R. (1991). Comparison of prevalence of depression in mothers of twins and mothers of singletons. *British Medical Journal*, 302, 875-878.

Τρίκκας, Γ. (2001). *Κλινικές μορφές κατάθλιψης* (2<sup>η</sup> εκδ.). Αθήνα: Ιατρικές.

Τσίκος, Ν. (1999). *Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής II* (2<sup>η</sup> εκδ.). Αθήνα: Έλλην.

Τσόχας, Κ. (1996). *Επίτομη Κλινική φαρμακολογία* (2<sup>η</sup> εκδ.). Αθήνα: Λυχνίος.

Watson, J. (1928). *Psychological care of infant and child*. Norton.

Weinberg, M. K. , & Tronic, E. Z. (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *Journal Clinical Psychiatry*, 59, 53-61.

Wieck, A. , Kumar, R. , Hirst, A. D. et al (1991). Increased sensitivity of dopamine receptors and recurrence of affective psychosis after childbirth. *British Medical Journal*, 303, 613-616.

Wisner, K. L., & Wheeler, S. B. (1994). Prevention of recurrent postpartum major depression. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 1191-1196.

Χριστοδούλου, Γ. (2001). *Κατάθλιψη*. Αθήνα: Βήτα.

Χριστοδούλου, Γ. (2004). *Ψυχιατρική* (3<sup>η</sup> εκδ.).(Τόμος β', σελ.706-709, 820-823, 916-919). Αθήνα: Βήτα.

Χριστοδούλου, Ν. & Συνεργάτες. (2004). *Ψυχιατρική* (Τόμος 1, σελ. 314-317, 320,323-324, 336, 344, 346). Αθήνα: Βήτα.

Χριστοπούλου, Α. (2005). *Ψυχοπαθολογία*. Αδημοσίευτες πανεπιστημιακές σημειώσεις για το μάθημα της Ψυχοπαθολογίας, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Φιλοσοφική Σχολή, Τμήμα ΦΠΨ-Πρόγραμμα Ψυχολογίας, Αθήνα.

Zelkowitz, P., & Milet, T. H. (1995). Screening for postpartum depression in a community sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 80-86.

Βαρβογλή, Λ. (2006). *Επιλόχειος Κατάθλιψη: Μελαγχολία μετά τον τοκετό*. Από <http://www.health.in.gr>. Προσπελάστηκε στις 15/10/2012.

Δασκαλόπουλος, Θ. (2007). Κατάθλιψη πριν και μετά τον τοκετό. Από [http://psi.gr.tripod.com/depression\\_epilox\\_treatment.html](http://psi.gr.tripod.com/depression_epilox_treatment.html). Προσπελάστηκε στις 10/10/2012.

Frank, J.(2006).Επιλόχεια Κατάθλιψη. Από <http://www.depnet.gr/newsitem/>

<http://www.familylife.gr> Προσπελάστηκε στις 20/9/2012.

[ygeia.pblogs.gr/tags/katathlipsi-gr.html](http://ygeia.pblogs.gr/tags/katathlipsi-gr.html). Προσπελάστηκε στις 22/10/2012.

<http://www.bestrong.org.gr>. Προσπελάστηκε στις 22/10/2012.

<http://www.lovebaby.gr> Προσπελάστηκε στις 12/11/2012.

<http://www.latropeia.gr/index/section/10> Προσπελάστηκε στις 12/11/2012.

<http://www.liberoclub.gr> Προσπελάστηκε στις 12/11/2012.

[http://www.depnet.gr/universe 1/ depression/ postnatal-depression/](http://www.depnet.gr/universe%201/depression/postnatal-depression/) Προσπελάστηκε στις 12/11/2012.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

# ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

## Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Στο ερωτηματολόγιο υπάρχουν δέκα ερωτήσεις όπου κάθε μία έχει τέσσερις πιθανές επιλογές απαντήσεων. Παρακαλούμε διαβάστε όλες τις ερωτήσεις και τις απαντήσεις προσεκτικά. Έπειτα επιλέξτε την απάντηση που εκφράζει καλύτερα το πώς έχετε αισθανθεί από την περασμένη εβδομάδα ως σήμερα, τσεκάροντας το αντίστοιχο τετραγωνάκι.

Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις αφού έχετε διαβάσει προσεκτικά όλες τις πιθανές απαντήσεις.

1. Έχω καταφέρει να γελάσω και να δω την αστεία πλευρά των πραγμάτων...
  - § Όπως συνήθισα πάντα.
  - § Όχι τόσο πολύ πλέον.
  - § Σαφώς όχι τόσο πολύ πλέον.
  - § Καθόλου.
2. Ανυπομονούσα να διασκεδάσω με τα πράγματα...
  - § Όπως συνήθιζα να κάνω και τον προηγούμενο καιρό.
  - § Μάλλον λιγότερο από ότι πριν.
  - § Σαφώς λιγότερο από ότι πριν.
  - § Σχεδόν καθόλου.
3. Ενοχοποιούσα τον εαυτό μου χωρίς να είναι απαραίτητο όταν τα πράγματα δεν πήγαιναν όπως θα ήθελα...
  - § Ναι, τις περισσότερες φορές.
  - § Ναι, μερικές φορές.
  - § Όχι πολύ συχνά.
  - § Όχι ποτέ.
4. Ένιωθα άγχος και ανησυχία χωρίς λόγο...
  - § Καθόλου.
  - § Σπάνια.
  - § Ναι, μερικές φορές.
  - § Ναι, πολύ συχνά.
5. Ένιωσα φόβο και πανικό για ασήμαντους λόγους...
  - § Ναι, πολύ συχνά.



- § Ναι, καμιά φορά.
  - § Σπάνια.
  - § Καθόλου.
6. Οι καταστάσεις με ξεπερνούσαν...
- § Ναι, πολύ συχνά δεν τα κατάφερα καθόλου.
  - § Ναι, καμιά φορά δεν τα κατάφερα τόσο καλά όσο συνήθως.
  - § Όχι, τις περισσότερες φορές τα κατάφερα αρκετά καλά.
  - § Όχι, τα κατάφερα το ίδιο καλά όπως πάντα.
7. Ένωσα τόσο δυστυχισμένη που δεν μπορούσα να κοιμηθώ...
- § Ναι, τον περισσότερο καιρό.
  - § Ναι, μερικές φορές.
  - § Όχι πολύ συχνά.
  - § Καθόλου.
8. Ένωσα θλιμμένη ή δυστυχισμένη...
- § Ναι, τις περισσότερες φορές.
  - § Ναι, αρκετά συχνά.
  - § Όχι πολύ συχνά.
  - § Ποτέ.
9. Ήμουν τόσο δυστυχισμένη που έκλαιγα...
- § Ναι, τις περισσότερες φορές.
  - § Ναι, αρκετά συχνά.
  - § Μόνο περιστασιακά.
  - § Ποτέ.
10. Μου πέρασε από το μυαλό η σκέψη να βλάψω τον εαυτό μου...
- § Ναι, αρκετά συχνά.
  - § Κάποιες φορές.
  - § Σπάνια.
  - § Ποτέ.

