

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ

ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ MSc

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

ΝΙΚΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2013

"Have patience with all things, but chiefly have patience with yourself.

Do not lose courage in considering your own imperfections but instantly set about remedying them. Every day begin the task anew."

– Saint Francis de Sales

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1.1. Η ιστορία της κατάθλιψης.....	7
1.2. Ορισμός κατάθλιψης	8
1.3. Συμπτώματα κατάθλιψης	10
1.4 Τύποι κατάθλιψης	12
1.5 Αίτια – προδιαθεσικοί παράγοντες κατάθλιψης.....	14
1.6 Επιδημιολογία της κατάθλιψης.....	15
1.7 Κατάθλιψη και πρωτοβάθμια περίθαλψη.....	17
1.8 Αυτοκτονία.....	18
1.9. Αντιμετώπιση της κατάθλιψης.....	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

2.1. Εισαγωγή.....	24
2.2. Ιστορικά Στοιχεία.....	24
2.3. Συναισθηματικές διαταραχές	24
2.4. Ορισμός επιλόχειας κατάθλιψης	25
2.5. Επιδημιολογία επιλόχειας κατάθλιψης	25
2.6. Κλινική εικόνα – συμπτωματολογία	26
2.7. Αιτιολογικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου	30
2.7.1. Ορμονικοί παράγοντες.....	30
2.7.2. Μαιευτικοί παράγοντες	31

2.7.3. Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο	32
2.7.4. Χαρακτηριστικά νεογνού	32
2.7.5. Ατομικό και οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό	33
2.7.6. Αρνητικά γεγονότα ζωής.....	33
2.7.7. Κοινωνική στήριξη και οικογενειακές σχέσεις	34
2.7.8. Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες.....	36
2.8. Επιπτώσεις επιλόχειας κατάθλιψης.....	37
2.9. Επιλόχεια κατάθλιψη: Λόγοι υποδιάγνωσής της	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

3.1. Εισαγωγή.....	40
3.2. Ψυχοπροφυλακτική μέθοδος.....	40
3.3. Πρόληψη (Πρωτοβάθμια – Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια)	41
3.3.1. Πρωτοβάθμια πρόληψη	42
3.3.2. Δευτεροβάθμια πρόληψη.....	42
3.3.3. Τριτοβάθμια πρόληψη	43
3.4. Κοινωνική στήριξη.....	43
3.5. Παρακολούθηση γυναικών με ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης.....	43
3.6. Αποφυγή εγκυμοσύνης – διακοπή εγκυμοσύνης	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

4.1. Εισαγωγή.....	45
4.2. Αντικαταθλιπτικά φάρμακα	45
4.3. Ορμονική θεραπεία με προγεστερόνη.....	46
4.3.1. Αρχές θεραπείας με προγεστερόνη.....	46
4.3.2. Καθεστώς αμύλου ανά τρίωρο	47

4.3.3. Προφυλακτική προγεστερόνη	48
4.3.4. Φαρμακευτικό πρόγραμμα προφύλαξης με προγεστερόνη	48
4.3.5. Συμπτώματα κατά τη διάρκεια της λοχείας.....	48
4.3.6. Αποτελέσματα προφυλακτικής προγεστερόνης	49
4.4. Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση	49
4.5. Αυτοβοήθεια στο σπίτι.....	52
4.6. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)	53
4.7. Φωτοθεραπεία	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

5.1. Γενική νοσηλευτική φροντίδα ψυχικά αρρώστων	56
5.2. Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης.....	56
5.3. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με κατάθλιψη	57
5.4. Νοσηλευτικές ευθύνες στη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων	66
5.5. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη χορήγηση προγεστερόνης	68
5.6. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία	69
5.7. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με τάση αυτοκτονίας	70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

6.1. Κλινική περίπτωση Α.....	76
6.2. Κλινική περίπτωση Β.....	80
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	85
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	86

Η γέννηση ενός παιδιού αποτελεί το πιο κορυφαίο και αξεπέραστο ανθρώπινο βίωμα, που συνοδεύεται για κάθε μητέρα από μια πληθώρα συναισθημάτων, όπως χαρά για αυτή τη συνταρακτική εμπειρία, θλίψη για τους ρόλους που χάνονται σε αυτή τη μετάβαση, φόβο και αγωνία για την αυξημένη ευθύνη, προσμονή για το μέλλον, τρυφερότητα και γλυκύτητα στο παρόν, πληρότητα.

Μολονότι η μητρότητα αποτελεί ένα φυσιολογικό και τις περισσότερες φορές πολυαναμενόμενο κομμάτι στη ζωή πολλών γυναικών και μάλιστα σε πολλές κοινωνίες γίνεται αντικείμενο μεγάλου εορτασμού, δυστυχώς αυτό το ρομαντικό πνεύμα συχνά εξατμίζεται πολύ γρήγορα καθώς η γέννηση ενός παιδιού μπορεί να συνεπάγεται με μια κατάσταση ανισορροπίας.

Πράγματι, η γέννηση ενός παιδιού φέρνει νέες προκλήσεις στη ζωή μιας μητέρας καθώς περιλαμβάνει την ενσωμάτωση της ύπαρξης ενός νέου μέλους της οικογένειας μέσα σε ένα ήδη σχεδιασμένο και οργανωμένο περιβάλλον. Επιπλέον, η γέννηση ενός παιδιού μπορεί να σημαίνει μείζονες αλλαγές σε πολλαπλά επίπεδα, όπως αλλαγές στην εκτίμηση της μητέρας για τον εαυτό της, αλλαγές στην εικόνα του σώματός της, αλλαγές στην επαγγελματική της ταυτότητα και στον κοινωνικό της ρόλο ως μια νέα πλέον μητέρα αλλά και αλλαγές στην ποιότητα της συζυγικής της σχέσης.

Έτσι κάποιες γυναίκες δεν μπορούν να συναισθανθούν τον πλούτο που λέγεται μητρότητα. Εγκλωβίζονται μέσα στην αρρώστια που λέγεται κατάθλιψη και αυτή χρωματίζει με γκρίζα χρώματα αυτή τους την εμπειρία. Σε αυτά τα πλαίσια η μητρική κατάθλιψη στην περίοδο της λοχείας επηρεάζει αρνητικά κάθε σχέση της μητέρας, συμπεριλαμβανόμενης και αυτής με το νεογέννητο παιδί της, με θλιβερές συνέπειες για την ίδια, για το παιδί, αλλά και για ολόκληρο το οικογενειακό περιβάλλον.

Αλλά δεν είναι μόνη της σε αυτό τον αγώνα. Με την βοήθεια ενός ειδικού θα μπορέσει να βρει την δύναμη και τη θέληση να πολεμήσει όλα αυτά που νιώθει ότι την πνίγουν. Θα μπορέσει να σταθεί στα πόδια της σίγουρη για τον εαυτό της έτοιμη να φροντίσει το μωρό της, τον εαυτό της αλλά και ολόκληρη την οικογένειά της.

Το μόνο που χρειάζεται, είναι απλά να το ζητήσει...

Η λοχεία είναι μια φορτισμένη περίοδος με προσδοκίες αναφορικά με το νεογέννητο, ανησυχία, αγωνία και σωματική εξάντληση. Η προσδοκία της αναμενόμενης χαράς με τη γέννηση του παιδιού διαψεύδεται συχνά, καθώς το δέσιμο δεν είναι πάντα τόσο άμεσο.

Ολοκληρωτικά συγκλονισμένη η νέα μητέρα από την ιδιαίτερα απαιτητική επιλόχεια εμπειρία, η οποία συχνά συνεπάγεται δυσκολίες με τον θηλασμό, διαταραχές όρεξης, έντονη κόπωση, στέρηση ύπνου είτε εξαιτίας της συνεχούς προσωπικής της ανησυχίας για το μωρό είτε γιατί το ίδιο το μωρό λόγω του ακανόνιστου ωραρίου ύπνου δεν της επιτρέπει να κοιμηθεί, η μητέρα βιώνει ένα ισχυρό πλήγμα στην αυτοεκτίμησή της καθώς ταλανίζεται από συνεχείς αμφιβολίες για το αν θα καταφέρει να ανταποκριθεί στα καθήκοντα της μητρότητας και στο διττό ρόλο της μητέρας-σύζυγου.

Με στραγγισμένα όλα της τα αποθέματα, νιώθει τόσο κουρασμένη που με δυσκολία σηκώνεται από το κρεβάτι να φροντίσει το νεογέννητο μωρό της ή να φτιάξει μια κούπα καφέ στο σύζυγό της. Κάνει σκέψεις να βλάψει το μωρό της και μετά αισθάνεται σοκ, έκπληξη, βαθιά απογοήτευση, ντροπή, ενοχή, θυμό για αυτές της τις σκέψεις και από την άλλη έντονο άγχος και φόβο μήπως κάποια στιγμή χάσει τον έλεγχο των συναισθημάτων της.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να δράσει σαν οδηγός για νοσηλεύτές και επαγγελματίες υγείας ώστε αρχικά να σχηματίσουν μια γενική εικόνα για το τί ορίζουμε ως κατάθλιψη. Στη συνέχεια θα δούμε πώς η περίοδος της εγκυμοσύνης και της λοχείας επιδρά στον ψυχισμό της γυναίκας και πως μπορεί να εμφανιστεί το φαινόμενο που ονομάζουμε επιλόχεια κατάθλιψη. Και τέλος θα αναλυθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες, τα συμπτώματα και οι διάφοροι τρόποι αντιμετώπισής της.

Όπως αναφέραμε και παραπάνω, η εργασία αυτή προορίζεται κυρίως για τους επαγγελματίες υγείας, αυτό όμως δεν σημαίνει πως δεν μπορεί να λειτουργήσει και σαν ένα βοήθημα για τις γυναίκες που προετοιμάζονται για τη μητρότητα ή για μητέρες που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη. Με τη βοήθεια του νοσηλευτή, μπορεί να προληφθεί η εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης μέσω ενημέρωσης της οικογένειας αλλά και της εγκυμονούσας ενώ σε περίπτωση ύπαρξης επιλόχειας κατάθλιψης, η ψυχολογική στήριξη και η ιατρική καθοδήγηση που μπορεί να προσφέρει, είναι ανεκτίμητη.

1.1. Η ιστορία της κατάθλιψης

Από τα βάθη της αρχαιότητας, η κατάθλιψη ξεχώρισε ως ιδιαίτερη κλινική οντότητα. Σημαντικές προσωπικότητες επιχείρησαν, μέσα από διάφορες θεωρίες, να την περιγράψουν και να προσεγγίσουν τα αίτιά της.

Ο Ιπποκράτης (460-357π.Χ.) για πρώτη φορά, καθιέρωσε τον όρο μελαγχολία (μέλανα χολή), την οποία περιέγραψε ως απέχθεια για το φαγητό, ανικανότητα, αϋπνία, ευερεθιστότητα και ανησυχία. Με αυτόν τον τρόπο, για πρώτη φορά στην αρχαία Ελλάδα κάποια ψυχική πάθηση περιγράφηκε με όρους οργανικότητας. Στην αρχαιότητα, υπήρχε η αντίληψη πως η ασθένεια ξεκινούσε από το υπόστρωμα της μελαγχολικής ψυχοσύνθεσης. Επίσης, ο Ιπποκράτης, αναγνώρισε τη στενή σχέση μεταξύ άγχους και κατάθλιψης. Υποστήριξε ότι τα άτομα που υπόκεινται σε μακροχρόνιες καταστάσεις φόβου, είναι επιρρεπή στη μελαγχολία.

Σε αντίθεση με τους Έλληνες, που χαρακτήρισαν τη μελαγχολία ως μια εσωτερική προδιάθεση του ατόμου, οι Ρωμαίοι στράφηκαν στην επίδραση του περιβάλλοντος στον ψυχισμό του ατόμου. Σημαντικές αιτίες μελαγχολίας για τους Ρωμαίους ήταν η υπερβολική κατανάλωση κρασιού, οι διαταραχές της ψυχής που οφείλονται σε πάθη, καθώς και οι διαταραχές του ύπνου.

Το πρώτο σύγγραμμα στα αγγλικά που αναφερόταν στην κατάθλιψη ήταν το “Anatomy of Melancholy”, το οποίο εκδόθηκε το 1621 και συγγραφέας του ήταν ο Robert Burton. Στα περιεχόμενα του βιβλίου, γινόταν εκτενής αναφορά σε ποικίλες συναισθηματικές διαταραχές, ενώ εντυπωσίαζαν οι περιγραφές των αιτιών της κατάθλιψης.

Στη συνέχεια, ο Jean Philippe Esquirol (1772-1840μ.Χ.) διαχώρισε για πρώτη φορά στη σύγχρονη εποχή την κατάθλιψη από την παραφροσύνη, ως μια πιο ήπια πάθηση. Ο Krapelin (1856-1926μ.Χ) με τη σειρά του, μίλησε για κατάθλιψη και μανία ως εκφάνσεις μιας νοσολογικής οντότητας, της μανιοκατάθλιψης. Στη συνέχεια, στη δεκαετία του '60, κλινικοί σε διαφορετικές χώρες, διαχώρισαν πλέον τη μείζονα κατάθλιψη από τη διπολική διαταραχή.

Γενικά ο περασμένος αιώνας, χαρακτηρίστηκε από την τάση των κλινικών να διαχωρίζουν την κατάθλιψη σε ενδογενή και εξωγενή, όροι οι οποίοι σταδιακά εγκαταλείφθηκαν.

1.2. Ορισμός κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι ψυχική διαταραχή που ανήκει στην ομάδα των διαταραχών της διάθεσης.

Στην καθημερινή ζωή με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε μια κατάσταση θλίψης και μελαγχολίας, το οποίο συνήθως είναι κάτι παροδικό και μάλλον οφείλεται σε κάτι σχετικά ασήμαντο και επουσιώδες. Η κατάθλιψη διαφέρει από την κλινική κατάθλιψη η οποία χαρακτηρίζεται από συμπτώματα που διαρκούν πάνω από δύο εβδομάδες και είναι τόσο σοβαρά ώστε να επεμβαίνουν στην καθημερινότητα ενός ατόμου.

Στην ψυχιατρική ο όρος κατάθλιψη μπορεί επίσης να έχει αυτή τη σημασία αλλά συνήθως αναφέρεται σε μία ψυχική ασθένεια και ειδικά όταν έχει φτάσει σε επίπεδο υψηλής σοβαρότητας ώστε να χορηγηθεί αυτή η διάγνωση. Όταν κάποιος έχει κατάθλιψη συνήθως περιγράφει τον εαυτό του ως λυπημένο, απεγνωσμένο, αποθαρρυσμένο και απογοητευμένο (<http://depressiongr.blogspot.gr/2009/03/blog-post.html>, 2009).

Για καταθλιπτική διάθεση μιλάμε όταν το άτομο κατακλύζεται από συναισθήματα έντονης στεναχώριας ή απελπισίας, τα οποία το εμποδίζουν ακόμη και στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Τομείς όπως η εργασιακή απόδοση η όρεξη για φαγητό ακόμη και ο ύπνος επηρεάζονται από τη διάθεσή. Τα άτομα που εμφανίζουν καταθλιπτική διάθεση συνήθως νιώθουν ανήμπορα και απελπισμένα και συχνά κατηγορούν τον εαυτό τους για τα συναισθήματα αυτά.

Η κατάθλιψη όμως δεν επηρεάζει μόνο τα συναισθήματά, αλλά και τη σκέψη, την ενεργητικότητα, τη συγκέντρωση της προσοχής, ακόμη και την ερωτική διάθεση. Είναι σαν το μυαλό να λέει "ότι κι αν προσπαθήσεις να κάνεις δε θα τα καταφέρεις, οπότε μην το διακινδυνεύεις". Είναι μία συναισθηματική κατάσταση που κάνει το άτομο να σκέπτεται με αρνητικό τρόπο για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον και με αυτόν τον τρόπο επηρεάζει κάθε όψη της λειτουργικότητάς του, δημιουργεί έντονα αρνητικά συναισθήματα, μειώνει το ενδιαφέρον, αλλά και την απόλαυση που αντλούνται από πράγματα που προηγουμένως ήταν ευχάριστα, επηρεάζει τις κοινωνικές σχέσεις κλπ. Ως συναισθηματική κατάσταση δεν έχει μόνιμο χαρακτήρα, αλλά απλώς εκφράζει τον τρόπο που λειτουργεί ένα άτομο ψυχικά μία ορισμένη περίοδο της ζωής του.

Εξαιτίας της κατάθλιψης είναι δυνατόν να εκδηλωθούν σωματικά προβλήματα, προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις, αδυναμία συγκέντρωσης και προσοχής, έντονα συναισθήματα θλίψης και αδιεξόδου κλπ., ενώ η εικόνα του ατόμου για τον εαυτό του είναι πολύ αρνητική.

Πολλές φορές οι άνθρωποι με καταθλιπτική διάθεση αισθάνονται ότι το μυαλό τους, το σώμα τους ή το περιβάλλον τους έχουν αλλάξει ποιοτικά, με αποτέλεσμα να νιώθουν ότι δεν είναι πραγματικά. Τα άτομα αυτά είναι δυνατόν να αισθάνονται ότι το μυαλό τους δε λειτουργεί, ότι η συμπεριφορά τους δεν καθορίζεται απολύτως από τα ίδια, ότι το σώμα τους δείχνει χωρίς ζωή ή ότι το περιβάλλον τους, τα αντικείμενα ή οι άνθρωποι γύρω τους μοιάζουν ψεύτικα. Τα ίδια άτομα πολύ συχνά νιώθουν τις εμπειρίες τους ή τα συναισθήματά τους σαν να μην είναι δικά τους.

Κατά τη διάρκεια ενός τέτοιου επεισοδίου το άτομο που πάσχει έχει την αίσθηση ότι κουράζεται εύκολα, δεν κοιμάται καλά, χάνει το ενδιαφέρον του για πράγματα που προηγουμένως του προκαλούσαν ευχαρίστηση και γενικώς νιώθει απελπισμένος. Η σκέψη του κυριαρχείται από αρνητικές σκέψεις και ερμηνείες. Οι σκέψεις που κάνει για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον επηρεάζονται: ο εαυτός του φαίνεται κατώτερος, κακός ή άχρηστος, το μέλλον σκοτεινό και ο κόσμος μία πηγή απογοητεύσεων και ματαιώσεων.

Η διάθεση επηρεάζεται από τις σκέψεις αυτές. Ένα άτομο δεν μπορεί να είναι απογοητευμένο από τον εαυτό του και παράλληλα να έχει καλή διάθεση και να είναι γεμάτο αισιοδοξία. Οι αρνητικές αυτές σκέψεις λειτουργούν στο περιθώριο της συνείδησής ως μία συνεχής μορφή εσωτερικού διαλόγου. Εάν οι σκέψεις που ευθύνονται για την κακή διάθεση εντοπιστούν και τροποποιηθούν, αρχίζει να αλλάζει και η ψυχολογική κατάσταση που συντηρείται από αυτές (<http://www.mpes.uoa.gr/node/239>, 2010).

Τέλος, χρειάζεται να διευκρινίσουμε ότι η λέξη κατάθλιψη, χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων που μπορεί να είναι είτε φυσιολογικές είτε παθολογικές. Συνεπώς, η λέξη "κατάθλιψη" μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να δηλώσει:

- Μια φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα, όπως για παράδειγμα όταν λαμβάνει χώρα μια σημαντική για το άτομο απώλεια ή θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου (πένθος).
- Το σύμπτωμα της έντονης και παρατεταμένης θλίψης (αλλιώς καταθλιπτικό συναίσθημα) είτε στα πλαίσια μιας καταθλιπτικής ή διπολικής διαταραχής είτε στα πλαίσια άλλης διαταραχής ή κατάστασης που μπορεί να αποτελεί το επίκεντρο της κλινικής προσοχής.
- Την ψυχική διαταραχή (ή σύνδρομο) - όπως ειπώθηκε και παραπάνω (<http://www.mazi.org.gr/%CE%9A%CE%B1%CF%84%CE%AC%CE%B8%CE%B%CE%B9%CF%88%CE%B7/%CE%A4%CE%B9-%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9->

1.3. Συμπτώματα κατάθλιψης

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται κυρίως από καταθλιπτική διάθεση (λύπη, απαισιοδοξία, απελπισία, απόγνωση, αισθήματα αναξιότητας και ενοχής για πραγματικά ή νομιζόμενα λάθη και σφάλματα, χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονο άγχος) και απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε όλες τις δραστηριότητες της ζωής. Άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι:

- Μεγάλη αλλαγή στην όρεξη για φαγητό όπως ανορεξία με σημαντική απώλεια βάρους ή βουλιμία με αύξηση του βάρους του σώματος.
- Δυσκολία στον ύπνο. Η διαταραχή αυτή του ύπνου μπορεί να έχει πολλές μορφές. Π.χ., μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, ξυπνούν δηλαδή πολλές φορές κατά την διάρκεια της νύχτας. Χαρακτηριστικό όμως της κατάθλιψης είναι ότι οι ασθενείς ξυπνούν από πολύ πρωί, π.χ. από τις 4 η ώρα και δεν ξανακοιμούνται. Αυτή η πρόωγη αφύπνιση όπως λέγεται εμφανίζεται πιο συχνά στην κατάθλιψη.
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση.
- Κόπωση και έλλειψη ενεργητικότητας. Ο ασθενής με κατάθλιψη νιώθει σαν να τον έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις του, αισθάνεται κουρασμένος όλη την ώρα και γι' αυτό πολλές φορές κάθεται στην καρέκλα και δεν κάνει τίποτα. Μερικοί ασθενείς μπορεί από την άλλη να εμφανίζουν έντονη ανησυχία και άγχος, σαν κάτι κακό να πρόκειται να συμβεί.
- Ελαττωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, σκέψης, μνήμης ή λήψης αποφάσεων. Ο ασθενής με κατάθλιψη δεν μπορεί να συγκεντρωθεί εύκολα. Το μυαλό του φαίνεται να είναι απασχολημένο με άλλες ιδέες και σκέψεις.
- Υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου ή ιδέες αυτοκτονίας. Μερικές φορές ο ασθενής νιώθει τόσο απελπισμένος και αβοήθητος που μπαίνουν στο μυαλό του ιδέες αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη.
- Γενικά σωματικά συμπτώματα. Πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη αναφέρουν μια ποικιλία από σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, πόνους γενικά στο σώμα τους, προβλήματα από το γαστρεντερικό κλπ. Πολλές φορές τα συμπτώματα αυτά τους οδηγούν σε διάφορους γιατρούς ή στο νοσοκομείο. Χαρακτηριστικό είναι ότι

ύστερα από την εξέταση τα συμπτώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν και αποδίδονται από τον γιατρό σε άγχος ή κόπωση. Δεν είναι ανάγκη να έχει κανείς όλα τα συμπτώματα για να θεωρηθεί ότι πάσχει από κατάθλιψη. Οι ειδικοί θεωρούν ότι 5 ή περισσότερα συμπτώματα, εκ των οποίων τουλάχιστον ένα από τα δύο πρώτα, φτάνουν για να μπει η διάγνωση (Ραγιά, 2009, <http://web4health.info/el/answers/bipolar-symp-depr.htm>, 2011).

Η κατάθλιψη, δεν εμφανίζεται σ' όλους τους ασθενείς με τα ίδια συμπτώματα. Άλλοι είναι θλιμμένοι, απελπισμένοι, απογοητευμένοι και κατακλύζονται από τύψεις και ενοχές, άλλοι μεμψιμοιρούν και γκρινιάζουν διαρκώς ενώ άλλοι παραπονιούνται για πλήθος σωματικών ενοχλημάτων. Μερικές φορές η διαταραχή εισβάλλει με ενοχλήματα από τη σωματική, κυρίως, σφαίρα, παραπλανώντας τους μη ειδικούς ιατρούς. Στη βαριά κατάθλιψη ο ασθενής βαδίζει αργά, σέρνοντας τα βήματά του, με τον κορμό κυρτό και το κεφάλι σκυμμένο. Το πρόσωπό του αυλακώνεται από ρυτίδες. Το βλέμμα του είναι ικετευτικό. Οι λέξεις εκφέρονται με δυσκολία, αργά, ψιθυριστά, άτονα. Οι χειρονομίες και η μιμική του προσώπου είναι περιορισμένες. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς, στους οποίους κυριαρχεί το άγχος, αγωνιούν, είναι ανήσυχοι, βαδίζουν διαρκώς τρίβοντας τις παλάμες τους και κάποιες φορές τραβώντας τα μαλλιά τους.

Ο ασθενής αισθάνεται θλιμμένος, στενοχωρημένος, άκεφος, απογοητευμένος. Ο ψυχικός αυτός πόνος είναι βαρύτερος από οποιονδήποτε άλλο σωματικό. Το άτομο συγκινείται εύκολα, αναλύεται σε λυγμούς με ασήμαντα ερεθίσματα (π.χ. μια εκπομπή στην τηλεόραση). Άλλες φορές, όμως, η λύπη που τον καταπλακώνει δεν μπορεί να εκφραστεί. «Δεν μπορώ ούτε να κλάψω», αναφέρει. Δραστηριότητες, ασχολίες, ενδιαφέροντα με τα οποία χαιρόταν στο παρελθόν και τα απολάμβανε τον αφήνουν αδιάφορο, τον κουράζουν, τα αποφεύγει. Τα ευχάριστα γεγονότα τα παρακάμπτει, ενώ τα δυσάρεστα τα μεγεθύνει, ένα μαύρο πέπλο εξυφαίνεται γύρω από τη σκέψη του. Όλα φαντάζουν μάταια, τίποτα δεν τον προσελκύει. Παντού αναδύονται εμπόδια και δυσκολίες ανυπέρβλητες. Νιώθει κουρασμένος, δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί, να θυμηθεί, να σκεφτεί και ν' αποφασίσει. Διαρκώς αναβάλλει. Η παραμικρή δραστηριότητα τον κουράζει, τη διεκπεραιώνει κοπιάζοντας υπερβολικά. Όλα «φαίνονται βουνό». Παραμελεί την εμφάνισή του, αδιαφορεί για τη δουλειά του, απομακρύνεται από γνωστούς και φίλους και αποσύρεται στο κέλυφός του. Δυσκολεύεται να κοιμηθεί, άλλοτε ο ύπνος είναι διακεκομμένος και ταραάζεται από εφιαλτικά όνειρα ή άλλες φορές ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί, νιώθοντας υπερβολικά κουρασμένος.

Περιγράφει την κατάστασή του λέγοντας «αισθάνομαι σα να έσκαβα όλο το βράδυ». Η όρεξή του έχει μειωθεί, χάνει βάρος. Κάποιες όμως φορές, ιδιαίτερα στις γυναίκες, η όρεξη αυξάνει. Η επιθυμία για σεξουαλική επαφή είναι ανύπαρκτη. Ακαθόριστοι πόνοι κατασκηνώνουν στο σώμα του. Ένα υπερβολικό αίσθημα για επικείμενους κινδύνους δεν τον αφήνει να ησυχάσει. Ταχυκαρδίες, εφιδρώσεις, κεφαλαλγίες και άλλα συμπτώματα συνοδεύουν την αγωνία που τον διαπερνά. Στην σκέψη του λιμνάζουν διαρκώς οι ίδιες μελαγχολικές ιδέες, που τις αναμασά και μονότονα τις εξωτερικεύει.

Ανακαλώντας ασήμαντα γεγονότα και σφάλματα του παρελθόντος νιώθει ενοχές και διακατέχεται από τύψεις, αισθάνεται άχρηστος, ανίκανος, ανάξιος και αποτυχημένος. Υποτιμά τον εαυτό του, τον επικρίνει. Παγιδευμένος και εγκλωβισμένος, αβοήθητος, καταστρώνει σχέδια και απεργάζεται την αυτοκαταστροφή του. Τα 2/3 των ασθενών καταλαμβάνονται από ιδέες αυτοκαταστροφής και το 10-15% προβαίνει σε απόπειρες που τελεσφορούν.

Κάποιες φορές το σύμπτωμα «κατάθλιψη» απουσιάζει από την κλινική εικόνα και η καταθλιπτική διάθεση καλύπτεται πίσω από μια μάσκα ευφορίας. Άλλοτε η καταθλιπτική διάθεση δεν είναι προφανής αλλά αποτυπώνεται στη συμπεριφορά του ατόμου (παρορμητικές ενέργειες, χρήση ουσιών). Η κατάθλιψη δεν εμφανίζεται με τα ίδια συμπτώματα σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Στα νήπια, ιδιαίτερα όταν έχει προηγηθεί αποχωρισμός από την μητέρα, εκδηλώνεται με καθυστέρηση στη σωματική, τη νοητική και τη συναισθηματική ανάπτυξη. Στα μικρά παιδιά, επίσης με διαταραχές του ύπνου, ενούρηση ή εγκόπριση, έντονο κλάμα ή υπερβολική ενασχόληση με τα γεννητικά όργανα. Στα παιδιά σχολικής ηλικίας με ενούρηση, ονυχοφαγία, ανυπακοή και σχολική φοβία. Στους εφήβους εμφανίζεται ευερεθιστότητα, κοινωνική απόσυρση, αντικοινωνική συμπεριφορά και χαμηλή επίδοση στο σχολείο.

Στους ηλικιωμένους δεσπόζουν τα σωματικά ενοχλήματα, όπως αϋπνία, κεφαλαλγία, ζάλη, ανορεξία και εύκολη κόπωση (<http://www.depressionanxiety.gr/4/article/greek/4/72/index.html>, 2010).

1.4. Τύποι κατάθλιψης

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

- Πρωτοπαθής - Δευτεροπαθής. Η κύρια διαφορά είναι ότι στην δευτεροπαθή η κατάθλιψη εμφανίζεται στα πλαίσια ενός άλλου νοσήματος π.χ., όπως αναφέρθηκε

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

- Ανάλογα με την σοβαρότητά της από κλινική άποψη σε ελαφριά - μέτρια - σοβαρή. Η σημασία της ταξινόμησης αυτής έχει να κάνει τόσο με πρακτικά θεραπευτικά θέματα (π.χ. είδος θεραπείας, ανάγκη νοσηλείας κλπ.) όσο και με την πρόγνωση. Στη σοβαρή μορφή ο ασθενής εμφανίζει όλα σχεδόν τα συμπτώματα και η κατάθλιψη έχει επηρεάσει σχεδόν όλες τις καθημερινές του δραστηριότητες έτσι ώστε το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενή είναι σημαντικά μειωμένο. Μερικές φορές η κατάθλιψη αυτή ονομάζεται από τους ψυχιάτρους ως Μείζονα Κατάθλιψη.
- Ανάλογα με την κλινική μορφή. Μερικές φορές όταν στην κλινική εικόνα κυριαρχούν κάποια συγκεκριμένα συμπτώματα η κατάθλιψη προσδιορίζεται με διάφορα ονόματα. Σε γενικές γραμμές αυτές οι ονομασίες απασχολούν περισσότερο τους ειδικούς, είτε κλινικούς ψυχιάτρους είτε ερευνητές, παρά το μη ειδικό κοινό γι' αυτό και αναφέρονται εδώ σε συντομία.

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

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

- Δυσθυμία: είναι μια μορφή χρόνιας κατάθλιψης η οποία είναι μεν μέτρια σε σοβαρότητα αλλά επειδή εκτείνεται στον χρόνο δημιουργεί στο άτομο μια αίσθηση ανεπάρκειας. Ο ασθενής με δυσθυμία παρότι μπορεί και ανταπεξέρχεται στις καθημερινές του δραστηριότητες νιώθει πάντα ότι κάτι τον κρατάει από το να μπορεί να νιώσει καλά. Παλιότερα ο τύπος αυτός δεν θεωρούταν ως κατάθλιψη αλλά μάλλον ως είδος προσωπικότητας που μπορεί να προδιαθέτει σε κατάθλιψη. Το ενδιαφέρον για τη δυσθυμία

μεγάλωσε όταν κάποια αντικαταθλιπτικά φάρμακα φάνηκε ότι έχουν μια πιο ειδική επίδραση σε αυτή την μορφή, και έτσι σήμερα η τάση είναι να θεωρείται περισσότερο ως μια ειδική μορφή παρά ως τύπος προσωπικότητας.

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

- Κατάθλιψη της Λοχείας. Έτσι μερικές φορές ονομάζεται η κατάθλιψη που αναπτύσσεται μετά την γέννηση και κατά την περίοδο της λοχείας. Η περίοδος αυτή θεωρείται υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη κατάθλιψης στην γυναίκα πιθανότατα λόγω των μεγάλων ορμονικών αλλαγών που γίνονται μετά τον τοκετό και κατά την περίοδο της λοχείας (<http://www.katathlipsi.gr/katathlipsi/typoi-katathlipsis>, 2013).

Τι ακριβώς είναι η διπολική ή μανιο-καταθλιπτική διαταραχή;

Μερικές φορές η κατάθλιψη εμφανίζεται στα πλαίσια της λεγόμενης διπολικής διαταραχής. Οι ασθενείς με την διαταραχή αυτή παρουσιάζουν διαστήματα κατάθλιψης (ο ένας πόλος) και διαστήματα της αντίθετης κατάστασης η οποία ονομάζεται μανία, που μπορεί να την φανταστεί κάποιος σαν παθολογική ευφορία (ο άλλος πόλος). Οι δυο αυτοί κύκλοι εναλλάσσονται αλλά μεταξύ τους μεσολαβούν διαστήματα που ο ασθενής είναι απόλυτα φυσιολογικός. Η διπολική διαταραχή είναι διαφορετική από την κατάθλιψη που αναφέραμε μέχρι τώρα (και που μερικές φορές ονομάζεται μονοπολική ακριβώς για να μην συγχέεται με αυτήν) και δεν θα εξεταστεί εδώ (<http://www.katathlipsi.gr/katathlipsi/typoi-katathlipsis>, 2013).

1.5. Αίτια – προδιαθεσικοί παράγοντες κατάθλιψης

Σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της νόσου, παίζουν οι παρακάτω παράγοντες:

- **Κληρονομικότητα**: Πρόσφατα στοιχεία, υποδεικνύουν τη συμβολή της κληρονομικότητας στην υποτροπιάζουσα κατάθλιψη και στην διπολική διαταραχή. Πιθανώς, υπάρχει γενετική ετερογένεια που εμπλέκει γονίδια με κυρίαρχο αλλά και πολύ-παραγοντικό χαρακτήρα (Klerman et al, 1985).
- **Αναπτυξιακή προδιάθεση**: Συνήθως γονείς με συναισθηματικές διαταραχές, προκαλούν αγχογόνες καταστάσεις στην οικογένειά τους. Κατά συνέπεια, το

περιβάλλον στο οποίο γεννήθηκε και ανατράφηκε κάποιος, προδιαθέτει για μελλοντικές συναισθηματικές διαταραχές (Klein et al., 2005). Περιβαλλοντικές εντάσεις, μπορεί να οδηγήσουν και σε πρωϊμότερη εκδήλωση της νόσου.

- Ψυχοσύνθεση: Άτομα επιρρεπή στην ανάπτυξη μανίας ή κατάθλιψης, είναι πιθανό να εμφανίζουν κάποια προδιάθεση πολύ καιρό πριν την εμφάνιση της νόσου. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η δυσθυμία, η οποία μπορεί να υποδεικνύει την πιθανότητα έκφρασης μείζονος κατάθλιψης. Πολλοί μονοζυγωτικοί δίδυμοι, εμφάνισαν συναισθηματική αστάθεια, παρατήρηση που συνηγορεί υπέρ της γενετικά προκαθορισμένης διάθεσης της κατάθλιψης (Kendler et al., 2006).
- Γεγονότα ζωής: Παρά το ότι όλα τα άτομα που έχουν βιώσει δυσάρεστα γεγονότα δεν αναπτύσσουν κατάθλιψη, εν τούτοις άτομα με καταθλιπτική προδιάθεση, μπορεί να είναι πιο επιρρεπή στην εκδήλωση της νόσου (Sloman et al., 2003).
- Βιολογικοί αχχογόνοι παράγοντες: Ασθένειες και φαρμακευτικοί παράγοντες, μπορεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση της κατάθλιψης (Hansen et al., 2001).
- Φύλο: Οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς για την ανάπτυξη κατάθλιψης μέσης βαρύτητας. Φαίνεται επίσης ότι οι γυναίκες έχουν πιο ασταθή λειτουργία του θυρεοειδούς αδένου, εμφανίζουν πιο συχνά προ-εμμηνορρυσιακό σύνδρομο, είναι επιρρεπείς στη δράση των στεροειδών και εμφανίζουν επιλόχεια κατάθλιψη (George et al., 1995).

1.6. Επιδημιολογία της κατάθλιψης

Έρευνες των τελευταίων δεκαετιών, τόσο διεθνώς όσο και στην Ελλάδα, δείχνουν ότι σε μια ορισμένη χρονική στιγμή πάνω από το 20% του πληθυσμού, υποφέρει από κάποια ψυχική διαταραχή (WHO, 2001). Σε κάθε χώρα τα ποσοστά μείζονος κατάθλιψης μεταξύ των γυναικών ήταν υψηλότερα από αυτά των αντρών. Άτομα τα οποία ήταν χωρισμένα ή σε διάσταση, εμφάνιζαν επίσης υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από τους έγγαμους. Τα ποσοστά για όλη τη διάρκεια ζωής κυμαίνονταν από 1.5 περιπτώσεις ανά 100 κατοίκους στην Ταϊβάν, έως 19.0 περιπτώσεις ανά 100 κατοίκους στη Βηρυτό (Weissman et al., 1996).

Θεωρείται ότι το 5,8% των ανδρών και το 9,5% των γυναικών θα παρουσιάσουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο σε διάστημα ενός έτους. Πάνω από το 4% των ανδρών και 8% των γυναικών πάσχουν από κατάθλιψη, ενώ τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πολύ συχνότερα (Lehtinen & Joukama, 1994). Γενικά πάντως, παρατηρείται μεγαλύτερος επιπολασμός καταθλιπτικών διαταραχών στις γυναίκες, από ότι στους άντρες, με συνήθη αναλογία μεταξύ

1,5:1 και 2:1. Τα νούμερα αυτά αφορούν, τόσο τις αναπτυγμένες, όσο και τις αναπτυσσόμενες χώρες (Pearson, 1995, Patel et al., 1999).

Αξιοσημείωτο είναι ότι οι διαφορές στον επιπολασμό αφορούν τους ενήλικες, γιατί δεν υπάρχει η ανάλογη διαπίστωση για τα παιδιά. Έχουν προταθεί πολλοί λόγοι που εξηγούν το μεγαλύτερο επιπολασμό των καταθλιπτικών διαταραχών στις γυναίκες. Κάποιο ρόλο πρέπει να παίζουν βιολογικοί, γενετικοί και ορμονικοί παράγοντες, που συνοδεύουν τον καταμήνιο κύκλο και τον τοκετό. Οι κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι επίσης σημαντικοί, όσον αφορά τις διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών. Φαίνεται μάλιστα, ότι υπάρχουν περισσότερα αγχογόνα γεγονότα στη ζωή των γυναικών. Υπάρχει σημαντική διαφορά για τα δυο φύλα, όσον αφορά την έκθεση στην οικογενειακή και σεξουαλική βία. Σύμφωνα μάλιστα με μια ανασκόπηση, οι γυναίκες υφίστανται βία σε ποσοστό 16-50% σε κάποια στιγμή της ζωής τους (WHO, 2001).

Η κατάθλιψη μπορεί να προσβάλλει οποιαδήποτε ηλικία, συναντάται όμως όλο και συχνότερα στην εφηβεία και στην πρώιμη ενήλικη ζωή (Lewinsohn et al., 1993).

Η κατάθλιψη είναι συνήθως υποτροπιάζουσα. Κάθε υποτροπή διαρκεί από λίγους μήνες, ως μερικά χρόνια με φυσιολογικά μεσοδιαστήματα. Όμως ένα ποσοστό 20% ακολουθεί χρόνια πορεία χωρίς ύφεση, ιδίως όταν δεν αντιμετωπίζεται με θεραπεία. Οι υποτροπές είναι συχνότερες στα άτομα άνω των 45 ετών και υπάρχει αυξημένος επιπολασμός της κατάθλιψης όσο αυξάνει η ηλικία. Σε μία μελέτη για άτομα άνω των 65 ετών το ποσοστό της κατάθλιψης ανερχόταν στο 11,2% του πληθυσμού (Newman et al., 1998).

Έχει διαπιστωθεί ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές δημιουργούν κατακλυσμιαίες αλλαγές σε ανοσοποιητικές και ενδοκρινικές λειτουργίες, με αποτέλεσμα να υπάρχει ευαισθησία σε ένα μεγάλο φάσμα σωματικών νόσων. Είναι γνωστό ότι το άγχος σχετίζεται με το κοινό κρυολόγημα (Cohen et al., 1991) και ότι καθυστερεί την επούλωση των τραυμάτων (Kielcot-Glaser et al., 1999). Σε άλλες περιπτώσεις η κατάθλιψη ακολουθείται συχνά από καρδιακές παθήσεις (Ferketich et al., 2000).

Τραγικότερη συνέπεια της κατάθλιψης είναι η αυτοκτονία, η οποία συμβαίνει σε ποσοστό 15-20% των όσων πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη. (Goodwin & Jamison, 1990) ενώ οι αυτοκτονίες αποτελούν μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου σε δείγμα πληθυσμού από χώρες τις Ευρώπης και της Κίνας για τις ηλικίες 15 έως 34 ετών, σύμφωνα με τα στοιχεία του 1998.

1.7. Κατάθλιψη και πρωτοβάθμια περίθαλψη

Έχει αναφερθεί ότι από τα άτομα που προσέρχονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για εξέταση, ένα ποσοστό περίπου 24% εμφανίζει κάποια ψυχική διαταραχή. Οι συνηθέστερες διαγνώσεις που παρατηρούνται, είναι η κατάθλιψη, η χρήση ουσιών και το άγχος (WHO, 2001).

Παρά το γεγονός της μεγάλης συχνότητας εμφάνισης των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη γενικής ιατρικής, οι ψυχικές διαταραχές εντοπίζονται σχετικά δύσκολα. Η κατάσταση αυτή συμβαίνει, αφενός εξαιτίας της αδυναμίας των γιατρών να αναγνωρίσουν την ψυχική πάθηση και αφετέρου εξαιτίας του δισταγμού των ασθενών να ζητήσουν βοήθεια. Οι ασθενείς από την πλευρά τους μπορεί να διστάζουν, είτε γιατί δεν γνωρίζουν ότι μπορούν να βοηθηθούν, είτε γιατί ντρέπονται για την κατάστασή τους, είτε γιατί θέλουν να αποκρύψουν την πάθησή τους (Rost et al., 1992).

Σύμφωνα με μελέτες το ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, κυμαίνεται μεταξύ 10-15%. Οι πλέον σοβαρές περιπτώσεις εκδηλώνονται με πολλά σωματικά συμπτώματα (Goldman et al., 1999). Σχεδόν οι μισοί από τους καταθλιπτικούς ασθενείς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, αναπτύσσουν αυτοκτονικό ιδεασμό και ένα χρόνο μετά την ημερομηνία προσέλευσής περισσότεροι από το 50% εξακολουθούν να εμφανίζουν τα κριτήρια της μείζονος κατάθλιψης (Rost et al., 1992).

Όπως και με το σύνολο των ψυχικών παθήσεων, έτσι και με την κατάθλιψη, ένα ποσοστό γύρω στο 70% δεν αναγνωρίζεται από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης γενικής ιατρικής (Goldman et al., 1999). Όσον αφορά την κατάθλιψη στη χώρα μας, οι γιατροί που απασχολούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας γενικής ιατρικής δεν μπόρεσαν να αναγνωρίσουν την κατάθλιψη, παρά μόνο σε ένα από τα δέκα άτομα που ασθενούσαν (WHO, 2001).

Σοβαρό εμπόδιο στη σωστή αντιμετώπιση της κατάθλιψης αποτελεί η άγνοια των γιατρών. Οι γιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αγνοούν τα κριτήρια διάγνωσης της κατάθλιψης και των βασικών αρχών της φαρμακευτικής θεραπείας. Σε περιπτώσεις όπου επιχειρήθηκε η ενημέρωση των γιατρών, επήλθαν σημαντικές διαφορές στην ικανότητα των γενικών ιατρών να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν την κατάθλιψη. Η ικανότητα αντιμετώπισης βελτιώθηκε μάλιστα, όταν τα προγράμματα ενημέρωσης περιελάμβαναν πρακτικές οδηγίες για το χειρισμό, τόσο της κατάθλιψης, όσο και της θεραπευτικής αγωγής. Ωστόσο, τα καλύτερα αποτελέσματα επήλθαν, όταν τα προγράμματα ενημέρωσης περιελάμβαναν και τους ασθενείς (Kutcher et al., 2002).

Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι ακόμα και αν αναγνωριστούν οι ασθενείς με κατάθλιψη και αντιμετωπιστούν με φαρμακευτική αγωγή, λιγότεροι από τους μισούς λαμβάνουν επαρκή φαρμακευτική αγωγή ή τη λαμβάνουν για επαρκές χρονικό διάστημα (Simon et al., 1995, Goldman et al., 1999).

1.8. Αυτοκτονία

Η αυτοκτονία συμβαίνει ως δυσπροσαρμοστική αντίδραση σε προβληματικές περιστάσεις της ζωής σε ενδοπροσωπικό και διαπροσωπικό πλαίσιο. Οι περισσότερες αιτιολογικές θεωρίες, ψυχοδυναμικές και ψυχοκοινωνικές υποστηρίζουν ότι η αυτοκτονία είναι αποτέλεσμα μιας διαπροσωπικής ή ενδοπροσωπικής κρίσης με συναισθήματα αμφιθυμίας, θυμού, μοναξιάς και απόγνωσης. Είναι είτε μια αντίδραση προς την απορριπτική συμπεριφορά των άλλων, είτε μια υπαρξιακή εσωτερική σύγκρουση, είτε αποτυχία όλων των προσαρμοστικών μηχανισμών που διαθέτει το άτομο. Οι νοσηλευτές είναι οι πρώτοι στις υπηρεσίες υγείας που μπορούν να βοηθήσουν στη λύση προσωπικών κρίσεων των αρρώστων, ώστε να προληφθεί η αυτοκτονική συμπεριφορά.

Ως μεμονωμένη πράξη, η αυτοκτονία φαίνεται να είναι το τελευταίο και δραματικό μήνυμα ενός ατόμου προς τους άλλους και προς τη ζωή. Από άλλη άποψη, η αυτοκτονία είναι μόνο μια από ένα εύρος συμπεριφορών που άμεσα ή έμμεσα καταλήγουν στον τερματισμό της ζωής. Η τοξικομανία, ο αλκοολισμός, ή ψυχογενής ανορεξία, η μη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή μιας αρρώστιας και άλλες υπερβολικά τολμηρές και επικίνδυνες συμπεριφορές, θεωρούνται ως έμμεσοι τρόποι αυτοκτονίας.

Η αυτοκτονία είναι ένα περίπλοκο φαινόμενο. Δεν μπορεί να εξηγηθεί εύκολα. Υπάρχουν τόσοι λόγοι για τις απόπειρες αυτοκτονίας όσοι είναι αυτοί που τις επιχειρούν. Χρειάζεται ολική θεώρηση του προβλήματος καθώς και μελέτη των βιοψυχοκοινωνικών και πνευματικών παραγόντων που σχετίζονται με την αυτοκτονία και γνωριμία με το συγκεκριμένο πρόσωπο που σκέπτεται ή κινείται προς την αυτοκτονία.

Επιστήμονες που ασχολούνται με την αυτοκτονία συνιστούν σε κάθε περίπτωση να εξετάζονται οι εξής παράγοντες:

1. Το νόημα και τα κίνητρα της αυτοκτονίας.
2. Οι διεργασίες της σκέψης του αυτοκτονικού ατόμου, π.χ. η πεποίθηση ότι υπάρχει μια μόνο επιλογή, δηλαδή μαγική λύση του προβλήματος ή θάνατος.

3. Η αμφιθυμία μεταξύ της επιθυμίας της ζωής και της επιθυμίας του θανάτου και η σχέση της με την πρόληψη της αυτοκτονίας.
4. Η επικοινωνία ή αντίστοιχα η αδυναμία αυτοέκφρασης και η σχέση της με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
5. Οι διαπροσωπικές σχέσεις με σημαντικά πρόσωπα.
6. Το σύστημα αξιών του ατόμου, τι πιστεύει για τη ζωή, την αρρώστια, τον προορισμό του ανθρώπου, τον θάνατο και την αθανασία της ψυχής.

Η αυτοκτονία και ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να είναι στοιχείο οποιασδήποτε περίπτωσης αρρώστου, σε οποιαδήποτε υπηρεσία υγείας ή στην κοινότητα. Αυτοκτονούν άτομα κάθε ηλικίας, παιδιά, έφηβοι, ενήλικοι και ηλικιωμένοι. Επίσης άτομα με σωματικές αρρώστιες όπως καρκίνο, AIDS, αναπηρίες, άτομα που κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Ακόμη, αυτοί που έχασαν αγαπημένα τους πρόσωπα (θάνατος, διαζύγιο), την εργασία, την κοινωνική τους θέση ή έχασαν το νόημα της ζωής. Συνεπώς κάθε νοσηλευτής πρέπει να είναι ικανός να εκτιμά την τάση και απόπειρα αυτοκτονίας ενός αρρώστου, να προγραμματίζει, εφαρμόζει και αξιολογεί αποτελεσματικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Ταυτόχρονα πρέπει να αναγνωρίζει και να χειρίζεται τα προσωπικά του συναισθήματα και τις στάσεις του σε ότι φαίνεται ότι είναι αλόγιστη ή παράλογη συμπεριφορά.

Η αυτοκτονία ως πρόωρη έξοδος από τη ζωή προκαλεί σύγχυση όχι μόνο στην οικογένεια και τους φίλους του ατόμου που την δοκιμάζει, αλλά και σε πολλούς γιατρούς και νοσηλευτές.

Η αυτοκτονία με την απειλή της στο περιβάλλον του νοσοκομείου χαρακτηρίζεται ως η «καρδιακή ανακοπή του ψυχιατρικού τμήματος». Η συχνότητά της έχει υπολογισθεί ότι είναι 30% μεγαλύτερη από εκείνη στο γενικό πληθυσμό.

Είναι μια πρόκληση για την αφοσίωση του προσωπικού στη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας της ζωής. Και παρά το γεγονός ότι τελευταία έγιναν πολλές προσπάθειες κατασκευής ερωτηματολογίων και κλιμάκων για την έγκαιρη εξακρίβωση της αυτοκτονικής διάθεσης, η αυτοκαταστροφή συνεχίζεται.

Όταν επιχειρηθεί ή επίκειται μια απόπειρα αυτοκτονίας, η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι η θεραπεία επιλογής για να προσφέρει ένα ασφαλές περιβάλλον και να ελαχιστοποιήσει τις ευκαιρίες και δυνατότητες της εκτέλεσης μιας αυτοκτονίας.

Οι παράγοντες επικινδυνότητας που σχετίζονται με την αυτοκτονία των ψυχικών ασθενών είναι:

- Ιστορικό προηγούμενης απόπειρας.
- Προηγούμενες εισαγωγές στο ψυχιατρείο.
- Ιστορικό αυτοκτονίας μέλους της ίδιας οικογένειας.
- Έλλειψη υποστηρικτικών προσώπων.
- Διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις.

Σχετικά με την ψυχιατρική διάγνωση συχνότερα αυτοκτονούν οι καταθλιπτικοί άρρωστοι, επειδή όπως λένε δεν μπορούν να υποφέρουν την ψυχική οδύνη του καταθλιπτικού συναισθήματος, απελπίζονται και χάνουν το νόημα της ζωής. Επίσης οι σχιζοφρενικοί αυτοκτονούν συχνά λόγω του στρες της ζωής μέσα στην κοινότητα, των συχνών επανεισαγωγών στο ψυχιατρείο, της αποδιοργανωμένης σκέψης, και της δυσπροσαρμοστικής αντιμετώπισης των προβλημάτων τους. Μια μελέτη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς βρήκε ότι άτομα με διαταραχές της προσωπικότητας πρέπει να θεωρούνται επικίνδυνα να αυτοκτονήσουν.

Αυτοκτονικές ιδέες, απειλές και πράξεις συναντά ο νοσηλευτής καθημερινά στις επικοινωνίες του με αρρώστους των ψυχιατρικών τμημάτων. Δεν υπάρχει ακριβής μέθοδος πρόβλεψης ποιοί άρρωστοι πράγματι θ' αυτοκτονήσουν. Υπάρχουν βέβαια στατιστικά και δημογραφικά δεδομένα που δίνουν ένα πλαίσιο για την αναγνώριση των επιρρεπών ατόμων. Αποτελεσματική όμως πρόληψη και θεραπεία αρχίζει μόνο με την κατανόηση του νοήματος και της αξίας που δίνει ο αυτοκτονικός άρρωστος στη ζωή και τις εμπειρίες του. Και η κατανόηση αυτή επιτυγχάνεται με την προσωπική γνωριμία νοσηλευτή και αρρώστου, με τη μεταβίβαση ενδιαφέροντος και σεβασμού, με την ουσιαστική υποστήριξη του. Συνιστάται μάλιστα, όταν ο αυτοκτονικός άρρωστος ξαναέρχεται στο νοσοκομείο, να τοποθετείται στο ίδιο ψυχιατρικό τμήμα με τον ίδιο υπεύθυνο νοσηλευτή, ώστε να εξασφαλίζεται η συνεχιζόμενη φροντίδα.

Ακριβώς όπως ο άρρωστος της μονάδας εντατικής νοσηλείας χρειάζεται τη μεγαλύτερη δυνατή μόρφωση και δεξιότητες των νοσηλευτών, έτσι και ο αυτοκτονικός άρρωστος έχει ανάγκη από επιστημονική, ψυχολογική, νοσηλευτική φροντίδα άριστης ποιότητας (Cooper & Murray, 1998).

Μύθοι και δεδομένα για την αυτοκτονία

Μύθος. Η απειλή αυτοκτονίας είναι μόνο τρόπος προσέλκυσης προσοχής και δεν πρέπει να λαμβάνεται στα σοβαρά.

Πραγματικότητα. Κάθε αυτοκτονική συμπεριφορά πρέπει να λαμβάνεται στα σοβαρά. Η αίτηση προσοχής μπορεί να είναι κραυγή για βοήθεια.

Μύθος. Βλάπτεται το άτομο όταν μιλά για τις αυτοκτονικές του σκέψεις. Όταν συμβαίνει αυτό, πρέπει να αποσπάται η προσοχή του σε άλλο θέμα.

Πραγματικότητα. Η ακριβής εκτίμηση του αυτοκτονικού ιδεασμού και σχεδιασμού του αρρώστου είναι πρωταρχικής σημασίας για τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής του φροντίδας.

Μύθος. Μόνο τα ψυχωτικά άτομα διαπράττουν αυτοκτονία.

Πραγματικότητα. Η πλειονότητα των αυτοκτονιών γίνονται από μη ψυχωτικά άτομα.

Μύθος. Τα άτομα που λένε ότι θα αυτοκτονήσουν δεν αυτοκτονούν.

Πραγματικότητα. Τα περισσότερα άτομα μιλούν για την αυτοκτονική τους πρόθεση πριν αποπειραθούν.

Μύθος. Ένα ωραίο σπίτι, μια καλή εργασία ή μια ήσυχη οικογένεια προλαμβάνουν την αυτοκτονία.

Πραγματικότητα. Άτομα με κάθε είδους ψυχοκοινωνική και οικονομική υποδομή και συγκρότηση είναι δυνατό να αυτοκτονήσουν.

Μύθος. Μια αποτυχημένη απόπειρα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν χειριστική συμπεριφορά.

Πραγματικότητα. Αποτυχημένες απόπειρες είναι πιθανό να δείχνουν την αμφιθυμία του ατόμου, να το κάνει ή να μη το κάνει.

Μύθος. Τα άτομα που αυτοκτονούν είναι πάντα καταθλιπτικά.

Πραγματικότητα. Όσοι αυτοκτονούν δεν είναι πάντα καταθλιπτικοί. Ωστόσο το 15% των καταθλιπτικών αυτοκτονούν .

Μύθος. Αν κανείς αποπειραθεί μια φορά να αυτοκτονήσει, είναι πάντα αυτοκτονικός.

Πραγματικότητα. Απόπειρα αυτοκτονίας συχνά γίνεται κατά τη διάρκεια μια στρεσογόνας περιόδου της ζωής. Αν το άτομο αυτό αντιμετωπισθεί κατάλληλα, μπορεί να συνεχίσει τη ζωή του χωρίς υποτροπιάζουσες σκέψεις αυτοκτονίας.

Μύθος. Η τάση για διάπραξη αυτοκτονίας είναι μεταδοτική μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Πραγματικότητα. Η αυτοκτονία δεν έχει κληρονομικές ιδιότητες και δεν μεταδίδεται από άτομο σε άτομο μέσα στις οικογένειες. Μπορεί όμως ο ένας να μιμηθεί τη συμπεριφορά του άλλου.

Μύθος. Δεν έχει σχέση η αυτοκτονία με την κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών.

Πραγματικότητα. Ο αλκοολισμός και η αυτοκτονία συνδέονται στενά. Μετά τη χρήση αλκοόλ το άτομο μπορεί να γίνει καταθλιπτικό, παρορμητικό και αυτοκτονικό. Εξάλλου η χρήση ναρκωτικών προκαλεί στο άτομο συναισθηματικές διαταραχές, ελαττώνει τη μνήμη και τη συγκέντρωση προσοχής και αυξάνει την παρορμητική συμπεριφορά. Σ' αυτή την κατάσταση όπως και όταν απότομα διακόψουν τη χρήση, πολλοί αυτοκτονούν.

Μύθος. Οι αυτοκτονικοί σπανίως ζητούν ιατρική βοήθεια.

Πραγματικότητα. Σε αναδρομικές μελέτες αυτοκτονιών, το 50- 60% των ατόμων αυτών είχαν ζητήσει ιατρική βοήθεια μέσα στο προηγούμενο εξάμηνο. (Ραγιά, 2009).

1.9. Αντιμετώπιση της κατάθλιψης

Χωρίς θεραπεία ένα επεισόδιο κατάθλιψης διαρκεί κατά μέσο όρο δέκα μήνες σε νέους ασθενείς (από λίγες μέρες έως πολλά χρόνια) και περίπου 2 χρόνια στους ηλικιωμένους. Η θεραπεία είναι σημαντική όχι μόνο για την υποχώρηση ενός μεμονωμένου επεισοδίου το συντομότερο δυνατό, αλλά και για να προληφθούν μελλοντικά επεισόδια. Πολλοί άνθρωποι που υπέστησαν ένα επεισόδιο κατάθλιψης παρουσιάζουν και άλλα επεισόδια (δηλ. υποτροπές). Ο κίνδυνος υποτροπών αυξάνεται με τον αριθμό και τη σοβαρότητα προηγούμενων επεισοδίων. Όσον αφορά την κατάθλιψη, η έννοια της αντιμετώπισης περιλαμβάνει την πρόληψη αλλά και τη θεραπεία. Η έννοια της πρόληψης απευθύνεται, τόσο στην ενημέρωση του γενικού, όσο και στη λειτουργία ομάδων ενημέρωσης ευπαθών ομάδων (Paykel, 1994). Έχει φανεί ότι παρεμβάσεις ενημέρωσης σε

μητέρες με κατάθλιψη βελτιώνουν την κατάθλιψη και προλαμβάνουν ανεπιθύμητα αποτελέσματα σε παιδιά (Cooper & Murray, 1998).

Οι κύριοι τύποι θεραπείας είναι οι εξής :

- Ψυχοθεραπεία.
- Αντικαταθλιπτική φαρμακευτική θεραπεία.
- Συνδυασμός φαρμακευτικής θεραπείας και ψυχοθεραπείας.
- Άλλες θεραπείες (κυρίως ηλεκτροσπασμοθεραπεία - ECT).

Για τις σοβαρές μορφές κατάθλιψης η φαρμακευτική θεραπεία είναι πολύ αποτελεσματική. Η ψυχοθεραπεία μόνη της δεν έχει δοκιμαστεί σε τέτοιες μορφές (<http://www.katathlipsi.gr/katathlipsi/therapeia>, 2013).

2.1. Εισαγωγή

Η ανακοίνωση μίας εγκυμοσύνης μπορεί να είναι ένα από τα πιο ευτυχισμένα γεγονότα στη ζωή μίας γυναίκας και του συντρόφου της. Ο αρχικός ενθουσιασμός, η ευτυχία και η ικανοποίηση συχνά συνοδεύεται και από πολλά δυσφορικά συναισθήματα όπως άγχος, θλίψη, σύγχυση, εξάντληση. Αυτό γιατί στην περίοδο της κύησης και της λοχείας πραγματοποιούνται πολλές σωματικές, συναισθηματικές και πρακτικές αλλαγές στη ζωή της γυναίκας.

Σωματικά η γυναίκα βλέπει το σώμα της να αλλάζει κατά την κύηση, να αυξάνεται το βάρος της, να νιώθει πόνους, κράμπες συναισθήματα τα οποία επηρεάζουν τη διάθεσή της. Ταυτόχρονα, αυξάνεται ραγδαία η παραγωγή ορμονών η οποία με τη σειρά της αλλάζει τη συναισθηματική της κατάσταση. Παράλληλα, λαμβάνονται αποφάσεις από την επιλογή γιατρού, του χώρου του τοκετού μέχρι και την διαμόρφωση του σπιτιού, το αν θα θηλάσει το μωρό, οργανώνονται μελλοντικά σχέδια, αλλάζουν οι συνθήκες εργασίας. Όλες αυτές οι αλλαγές φέρουν συνήθως την γυναίκα αντιμέτωπη με μία αρκετά έντονη κατάσταση ανησυχίας.

2.2. Ιστορικά Στοιχεία

Ιστορικά η σύνδεση μεταξύ της εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών και του τοκετού αναγνωρίστηκε από την εποχή του Ιπποκράτη, όταν περιέγραψε τον «επιλόχειο πυρετό» θεωρώντας ότι τα λόχεια μεταφέρονταν στον εγκέφαλο, όπου συνέβαλλαν στα συμπτώματα διαταραχών της συμπεριφοράς, παραληρήματος και μανίας.

Αν και συχνότερη διαταραχή τόσο από το διαβήτη της κύησης, την προεκλαμψία και τον πρόωρο τοκετό, η επιλόχεια κατάθλιψη δεν έτυχε της ίδιας προσοχής από τον ιατρικό κόσμο. Συχνά υπό-διαγιγνώσκεται οδηγώντας πολλές φορές σε καταστροφικά αποτελέσματα, τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογέννητό της.

2.3. Συναισθηματικές διαταραχές

Οι συναισθηματικές διαταραχές είναι η κύρια διαταραχή της ψυχικής υγείας της γυναίκας στην περίοδο της λοχείας, και τυπικά εμφανίζονται 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Πολλές γυναίκες βιώνουν ήπια κατάθλιψη ή «μελαγχολία της λοχείας» (γνωστό και ως baby

blues), μετά από τη γέννηση ενός παιδιού. Άλλες γυναίκες παρουσιάζουν σοβαρότερες μορφές κατάθλιψης, σε σημείο που μπορεί τελικά να περιορίζεται η ικανότητά τους να φροντίζουν τον εαυτό τους και το παιδί τους. Οι μαίες εφαρμόζουν στρατηγικές προληπτικής καθοδήγησης, εκτίμησης της ψυχικής υγείας των νέων μητέρων, παρέχουν θεραπευτικές παρεμβάσεις και παραπέμπουν σε άλλες ειδικότητες όταν αυτό είναι απαραίτητο.

Από τις λιγότερο σοβαρές έως τις περισσότερο σοβαρές, οι διαταραχές της λοχείας ταξινομούνται ως «μελαγχολία της λοχείας» (baby blues), κατάθλιψη της λοχείας και κατάθλιψη της λοχείας με ψυχωσικά επεισόδια (ψύχωση της λοχείας) (Lowdermilk et al., 2006).

2.4. Ορισμός επιλόχειας κατάθλιψης

Η επιλόχεια κατάθλιψη αναφέρεται στη διάγνωση μιας μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μέσα σε τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό. Ταυτόχρονα στις περισσότερες κλινικές περιπτώσεις, οποιοδήποτε καταθλιπτικό επεισόδιο αναπτυχθεί μέσα στους πρώτους δώδεκα μήνες μετά τον τοκετό, θεωρείται ότι οφείλεται στην περίοδο της λοχείας. Σύμφωνα επίσης με αυτόν τον ορισμό, η έκταση της επιλόχειας κατάθλιψης αφορά περίπου το 15% των γυναικών μετά τον τοκετό.

Η κατάθλιψη της λοχείας είναι μια σοβαρή διάχυτη λύπη με αστάθεια της συναισθηματικής διάθεσης και είναι πιο σοβαρή και επίμονη από μια απλή μελαγχολία της λοχείας. Τα αισθήματα έντονου φόβου, θυμού, άγχους και αποθάρρυνσης που συνεχίζονται μερικές εβδομάδες μετά τη γέννηση του παιδιού δεν αποτελούν φυσιολογικά στοιχεία της μελαγχολίας της λοχείας. Τα συμπτώματα αυτά που εμφανίζονται στο 10-15% περίπου των νέων μητέρων, σπάνια αποδράμουν χωρίς εξωτερική βοήθεια.

2.5. Επιδημιολογία επιλόχειας κατάθλιψης

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα συχνά αθόρυβο πρόβλημα υγείας της περιγεννητικής περιόδου, το οποίο ωστόσο είναι σημαντικό, λόγω της υψηλής του συχνότητας καθώς και των σημαντικών του επιπτώσεων.

Η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί τη συχνότερη ασθένεια της λοχειακής περιόδου. Στον γενικό πληθυσμό ο επιπολασμός της κατάθλιψης κυμαίνεται από 5% ως 20% στις 8-12 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Επιπλέον, ο παραπάνω επιπολασμός ανεβαίνει στο 40% σε γυναίκες που έχουν ιστορικό λοχειακής κατάθλιψης.

Το ποσοστό της επιλόχειας κατάθλιψης στις έφηβες μητέρες εκτινάσσεται στο 26% και μεταξύ των οικονομικά ασθενέστερων, πρωτότοκων γυναικών μπορεί να φτάσει και το 38%.

2.6. Κλινική εικόνα – συμπτωματολογία

Η κατάθλιψη της λοχείας διαρκεί περισσότερο από μερικές ημέρες ή εβδομάδες, μπορεί να εμφανιστεί οποιαδήποτε στιγμή στη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής του παιδιού, συχνά προκαλεί πιο σοβαρά συμπτώματα και είναι λιγότερο πιθανό να υποχωρήσει με το χρόνο. Σήμερα, οι ερευνητές διαφωνούν εάν η κατάθλιψη της λοχείας μπορεί να εμφανιστεί πολύ καιρό μετά τη γέννηση. Συχνά οι άνθρωποι εκπλήσσονται όταν ανακαλύπτουν ότι δεν είναι μια σπάνια ψυχιατρική διαταραχή. Περίπου μία στις δέκα και μέχρι και το 15% των γυναικών που γεννούν, παρουσιάζουν ήπια έως σοβαρή επιλόχεια κατάθλιψη. Ένας μεγάλος αριθμός επεισοδίων της λοχείας εμφανίζονται τουλάχιστον μερικώς, επειδή πολλές γυναίκες που γεννούν, πάσχουν από αδιάγνωστη ή αθεράπευτη κατάθλιψη ή διπολική διαταραχή. Μία μελέτη, στην οποία χρησιμοποιήθηκαν κλίμακες αυτοβαθμολόγησης σε 3.472 έγκυες γυναίκες, βρήκε ότι το 20% βαθμολογήθηκαν πάνω από το οριακό κλινικό σημείο για την κατάθλιψη.

Αυτό σημαίνει ότι με το συγκεκριμένο εξεταστικό εργαλείο βρέθηκε ότι περίπου 694 γυναίκες δικαιούνταν πλήρη εκτίμηση για κατάθλιψη. Επίσης, μόνο το 14% εκείνων που αναγνωρίστηκαν ότι πιθανόν να έχουν κατάθλιψη, πήρε θεραπεία. Οι συγκεκριμενοποιημένες διαταραχές βάζουν τις μητέρες σε μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης της λοχείας και εμποδίζουν τους ιατρούς να προσφέρουν προληπτική θεραπεία και υποστήριξη.

Είναι σημαντικό για τις οικογένειες να καταλάβουν ότι η κατάθλιψη της λοχείας είναι κάτι παραπάνω από το αίσθημα θλίψης, ανησυχίας ή άγχους. Χωρίς καθοδήγηση και εκπαίδευση, τα μέλη της οικογένειας και οι φίλοι μπορεί να αγνοούν ή ακόμη και να αρνούνται να ακούσουν τις σκέψεις μιας μητέρας, όπως ότι δεν είναι ικανή να φροντίσει το παιδί, να το προσέξει ή να του προσφέρει αγάπη.

Η κοινωνία διδάσκει ότι οι γυναίκες είναι φτιαγμένες βιολογικά και συναισθηματικά για να κάνουν και να φροντίζουν παιδιά. Οι οικογένειες και η κοινωνία δεν γνωρίζουν πώς να αντιδράσουν στην έκφραση αμφιβολίας και φόβου της μητέρας. Συχνά θεωρούν τις ανησυχίες της μητέρας υπερβολικές, δραματικές ή ότι οφείλονται σε κόπωση που θα περάσει γρήγορα. Είναι εξαιρετικά δύσκολο για μία μητέρα, η οποία αναπτύσσει κατάθλιψη της λοχείας να ακουστεί και να αξιολογηθεί από τα υποστηρικτικά της συστήματα. Χωρίς καθοδήγηση, οι οικογένειες είναι αδύνατο να κατανοήσουν πώς μία μητέρα, η οποία πριν από

τον τοκετό, ανυπομονούσε με χαρά να γίνει μητέρα, να είναι τώρα δυστυχισμένη και πλήρως πεπεισμένη ότι δεν μπορεί σήμερα, αύριο και ποτέ να ανταπεξέλθει στις περιστάσεις της ανατροφής, της προστασίας και της φυσικής φροντίδας ενός παιδιού. Ακόμη πιο δυσνόητο για τον κόσμο είναι γιατί η μητέρα δεν παρηγορείται από τη συγκεκριμένη βοήθεια και επιβεβαίωση και γιατί απλώς δεν 'λειτουργεί' ανεξάρτητα από τις προσωπικές πεποιθήσεις και προβλήματα. Είναι εξαιρετικά δύσκολο για τα άτομα που δεν γνωρίζουν να αντιληφθούν ότι η κατάθλιψη απομακρύνει την ικανότητα κάποιου να ανακαλύψει γνωστικά και συναισθηματικά και να αποδεχθεί τις εναλλακτικές λύσεις. Για ένα άτομο που δεν έχει νιώσει ποτέ κατάθλιψη είναι δύσκολο να καταλάβει ότι ο ασθενής δεν απορρίπτει απλώς τις συμβουλές, αλλά ότι δεν μπορεί να αντιληφθεί ότι υπάρχουν ρεαλιστικές λύσεις και ελπίδα.

Επίσης, οι μητέρες και τα μέλη της οικογένειας είναι απρόθυμα να κάνουν μία συζήτηση για την κατάθλιψη με τον οικογενειακό ιατρό τους, πολύ περισσότερο με κάποιον ειδικό της υγείας (O'Hara, 1997).

Ως αποτέλεσμα, οι ειδικοί της υγείας και της ψυχικής υγείας πρέπει να είναι κατηγορηματικοί και ευαισθητοποιημένοι στο γεγονός ότι η αμφιθυμία της μητέρας μπορεί να προέρχεται από:

- Έλλειψη ενημέρωσης και κατανόησης σχετικά με το τί της συμβαίνει.
- Πεποιθήσεις κουλτούρας ή σημαντικά μέλη της οικογένειας και συστήματα της κοινωνίας, που δεν πιστεύουν στα ψυχοτρόπα φάρμακα και ορίζουν την κατάθλιψη ως επιλογή ή ως ελάττωμα του χαρακτήρα.
- Ντροπή, αμηχανία και ενοχή για τον εαυτό.
- Φόβος ότι θα καταγγελλεί στις υπηρεσίες προστασίας παιδιού και ότι το παιδί της θα μπει σε ίδρυμα.
- Πεποίθηση ότι η οικογένεια και οι φίλοι της δεν θα καταλάβουν.
- Έλλειψη ενημέρωσης για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και
- ότι δεν πρέπει κανείς να 'αντιστέκεται' σε αυτήν.
- Απώλεια της ενεργητικότητας και της ικανότητας γνωστικού
- σχεδιασμού για την απαίτηση βοήθειας.

Πιθανόν ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα που παρατηρούνται στην κατάθλιψη της λοχείας είναι οι ψυχαναγκαστικές ιδέες, που εμφανίζονται τυχαία σε όλη τη διάρκεια της ημέρας. Οι σκέψεις συνήθως εστιάζονται σε ένα θέμα, όπως στην έλλειψη ικανότητας να

φροντίζει το παιδί, ότι δεν αξίζει να είναι μητέρα, στην ανικανότητα να προστατέψει το παιδί από τους κινδύνους της ζωής, στον φόβο και την πίστη ότι το παιδί πονάει ή σε σωματικά προβλήματα που προκαλούν κόπωση. Η έρευνα δείχνει ότι η αυτο-κριτική κάνει τη νέα μητέρα πιο ευαίσθητη στην κατάθλιψη της λοχείας.

Εκτός από τις ψυχαναγκαστικές σκέψεις, οποιοδήποτε από τα παρακάτω συμπτώματα που εμφανίζονται, εξαφανίζονται και στη συνέχεια επιστρέφουν ή παρατηρούνται τις περισσότερες ημέρες για μία παρατεταμένη περίοδο, μπορεί να υποδηλώνουν κατάθλιψη της λοχείας.

- Αμφιβολία για την ικανότητα να φροντίζει το παιδί.
- Επαναλαμβανόμενος φόβος ή άγχος ότι πρόκειται να κάνει κακό στο παιδί.
- Ψυχαναγκαστικές αμφιβολίες (οι οποίες μπορεί να εστιάζονται σε θέματα που δεν αφορούν στο παιδί, όπως οικονομικά, νομικά ή τρέχοντα παγκόσμια προβλήματα).
- Ελάχιστο ή κανένα ενδιαφέρον για το παιδί (για παράδειγμα, δεν θέλει να το κρατήσει ή να το θηλάσει).
- Αίσθημα εκνευρισμού, όταν το παιδί δεν ικανοποιείται ή δεν κοιμάται.
- Κλάμα χωρίς εμφανή αιτία, σε τυχαίο χρόνο ή ανικανότητα να κλάψει (μπορεί να δηλώσει ότι αισθάνεται πολύ απαθής για να κλάψει ή ότι δεν μπορεί να καταλάβει γιατί δεν κλαίει).
- Πολύ λίγος ή πάρα πολύς ύπνος (ένα συνηθισμένο μοτίβο είναι να ξυπνά αφού κοιμηθεί και να μην μπορεί να ξανακοιμηθεί).
- Δυσκολία στη λήψη αποφάσεων.
- Αλλαγές των διατροφικών συνηθειών.
- Αυτομομφή.
- Τίποτε δεν φαίνεται αστείο ή ευχάριστο.
- Ευερεθιστότητα ή θυμός πολύ πιο έντονος από το προκλητικό γεγονός ή που εμφανίζεται χωρίς γνωστή αιτία.
- Συνεχής ή επαναλαμβανόμενη ενοχή (μπορεί να αισθάνεται ένοχη που έφερε το παιδί της στον κόσμο).
- Απώλεια ευχαρίστησης για πράγματα που προηγουμένως τα αναζητούσε ή την ικανοποιούσαν.
- Ανικανότητα να χαλαρώσει.
- Αίσθημα κενού.

- Χρόνια σωματικά προβλήματα (π.χ. πόνος, προβλήματα με το έντερο, κεφαλαλγίες).
- Σημαντικά ελαττωμένη λειτουργικότητα σε κοινωνικές καταστάσεις, εργασιακό περιβάλλον ή σχολείο.
- Σκέψεις απελπισίας και απαισιοδοξίας.
- Σκέψεις θανάτου, αυτοκτονίας και ανθρωποκτονίας.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρία (2004), τα παρακάτω συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης, δεν διαφέρουν από εκείνα της κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό:

- Κακή διάθεση, συχνά κλάματα.
- Έλλειψη ικανοποίησης και ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που κάποτε προσέφεραν ευχαρίστηση.
- Προβλήματα στον ύπνο και μείωση ύπνου REM.
- Μείωση βάρους.
- Μείωση ενεργητικότητας (ατονία).
- Ανησυχία ή άγχος.
- Αισθήματα αναξιότητας ή ενοχής.
- Δυσκολία συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων.
- Σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας.
- Μειωμένη σεξουαλική όρεξη.
- Αισθήματα απόρριψης.
- Σωματικά συμπτώματα όπως συχνοί πονοκέφαλοι, πόνοι στο στήθος, ταχυπαλμία, μούδιασμα ή ζάλη.

Η έναρξη της νόσου παρατηρείται συνήθως μέσα στις πρώτες πέντε εβδομάδες μετά τον τοκετό (O'Hara, 1997). Ορισμένα ερευνητικά δεδομένα, αναφέρουν τριπλάσια επεισόδια επιλόχειας κατάθλιψης κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων μηνών μετά τον τοκετό, σε σύγκριση με τα αντίστοιχα στοιχεία 6 μήνες ή 1 χρόνο μετά τη γέννηση του μωρού. Όσον αφορά τη διάρκεια της νόσου, αυτή είναι δύσκολο να καθοριστεί. Σε γενικές γραμμές υποστηρίζεται, ότι τα επεισόδια διαρκούν μερικούς μόνο μήνες (Kumar & Robinson, 1984). Συγκεκριμένα σε μία έρευνα, υποστηρίζεται ότι τα τρία τέταρτα των καταθλιπτικών λεχωίδων βίωναν καταθλιπτικά συμπτώματα για 3 μήνες ή περισσότερο και το ένα τέταρτο για περισσότερο από 6 μήνες (O'Hara, 1997).

Μπορεί να λεχθεί, ότι η συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης προσομοιάζει με εκείνη ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Αν και τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια με επιλόχεια έναρξη, δεν διαφέρουν στην συμπτωματολογία από τα αντίστοιχα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης χωρίς επιλόχεια έναρξη, μπορεί να χαρακτηρίζονται πιο συχνά από ευμετάβλητη διάθεση και κυμαινόμενη κλινική πορεία (Μωραΐτου, 2004).

Ακόμη, στο 30% των λεχωίδων εμφανίζεται κεφαλαλγία, ιδιαίτερα σε αυτές με ιστορικό ημικρανίας. Μερικές φορές συνοδεύεται από φωτοευαισθησία, ναυτία και εμετό. Όσον αφορά τις σκέψεις αυτοκτονίας, οι λεχωίδες σπάνια πραγματοποιούν απόπειρες. Πιο συχνά βέβαια αποπειρώνται οι γυναίκες που γέννησαν νεκρό έμβρυο και οι έφηβες μητέρες (Μωραΐτου, 2004).

2.7. Αιτιολογικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου

Η αιτιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης είναι πολυπαραγοντική. Βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά τη λοχεία (Hanley, 2009).

Πολλοί ερευνητές συμφωνούν, ότι κατά την προγεννητική περίοδο οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως ελλιπής κοινωνική στήριξη, συζυγική διαμάχη, ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης και ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό διαταραχής της διάθεσης, σχετίζονται με την επιλόχεια κατάθλιψη (Webster, 2003).

Μετά τον τοκετό η εικόνα είναι λιγότερο σαφής. Παράγοντες όπως το γρήγορο εξιτήριο από το νοσοκομείο, η επιλόχεια μελαγχολία, η ιδιοσυγκρασία του βρέφους, οι ορμονικές αλλαγές, οι μαιευτικές επιπλοκές και η ικανοποίηση από τον τοκετό, έχουν συσχετισθεί με την κατάθλιψη μετά τον τοκετό (Webster, 2003).

2.7.1. Ορμονικοί παράγοντες

Τα τελευταία 20 χρόνια το ενδιαφέρον έχει στραφεί στην βιολογική βάση της επιλόχειας κατάθλιψης. Η βιολογική αιτιολογία οφείλεται εν μέρει στις δραματικές ορμονικές αλλαγές που λαμβάνουν μέρος τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό. Τα επίπεδα προγεστερόνης, εστραδιόλης και ελεύθερης οιστριόλης πέφτουν δραματικά κατά 90-95%. Αν και αυτές οι αλλαγές διαδραματίζονται κυρίως την περίοδο κατά την οποία η λεχωίδα αναφέρει συμπτώματα επιλόχειας μελαγχολίας, παρά επιλόχειας κατάθλιψης, θεωρείται ότι οι ορμονικές αλλαγές αποτελούν αιτιολογικό παράγοντα της επιλόχειας κατάθλιψης. Για

παράδειγμα, έχει υποτεθεί ότι τα επίπεδα των ορμονών, όπως των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, της προλακτίνης και της κορτιζόλης είναι πολύ υψηλά ή πολύ χαμηλά κατά τη λοχεία ή ότι οι αλλαγές των επιπέδων αυτών των ορμονών συμβαίνουν πολύ γρήγορα ή πολύ αργά. Η υπόθεση αυτή σχετικά με την ορμονική δυσλειτουργία είναι παρόμοια με εκείνη κατά την προεμμηνορρυσιακή περίοδο και κατά την εμμηνόπαυση (O'Hara, 1997).

2.7.2. Μαιευτικοί παράγοντες

Οι μαιευτικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των επιπλοκών κατά την εγκυμοσύνη, όπως η προεκλαμψία, η υπεραιμία, ο πρόωρος τοκετός, η καισαρική τομή και η υπερβολή αιμορραγία έχουν εξεταστεί ως δυνητικοί παράγοντες κινδύνου, για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα 16 ερευνών, όπου εξετάστηκαν 9.500 γυναίκες, έδειξαν μικρή αλλά στατιστικώς σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη της επιλόχειας κατάθλιψης (Robertson et al., 2004).

Το είδος του τοκετού βρέθηκε να είναι καθοριστικός παράγοντας για την εκδήλωση της κατάθλιψης. Τα στοιχεία που υποστηρίζουν την σύνδεση επιλόχειας κατάθλιψης με την καισαρική επέμβαση είναι λίγα, αλλά έχουν αναφερθεί περισσότερες περιπτώσεις επιλόχειας κατάθλιψης, σε γυναίκες που υπεβλήθησαν εκτάκτως σε καισαρική τομή (Robertson et al., 2004). Σύμφωνα με έρευνες, μια χειρουργική επέμβαση στον πρόωρο τοκετό καθιστά τη λεχώρα ευαίσθητη στη θλίψη, στο μετατραυματικό άγχος και στην εμφάνιση κατάθλιψης (Μωραΐτου, 2004).

Ακόμη, οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό κοιλικό τοκετό, είναι πιο πιθανό να βιώσουν βελτίωση στη διάθεση και μια μεγαλύτερου βαθμού ικανοποίηση. Αντίθετα, οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή είναι πιο πιθανό να βιώσουν μια πτώση της διάθεσης και της αυτοεκτίμησης. Παράλληλα, σύμφωνα με μια έρευνα, διαπιστώθηκε ποσοστό 35% επιλόχειας κατάθλιψης σε λεχώιδες που γέννησαν με καισαρική τομή και 16% αντίστοιχα σε λεχώιδες με φυσιολογικό τοκετό (Brockington, 1996).

Όσον αφορά τη συσχέτιση της επιλόχειας κατάθλιψης με προηγούμενο ιστορικό αποβολής, οι απόψεις δίστανται. Η Μωραΐτου (2004) βρήκε ποσοστό 39% επιλόχειας κατάθλιψης σε γυναίκες με ιστορικό αποβολής, ενώ οι Murray και Cooper (1997) δεν βρήκαν κάποια συσχέτιση. Τέλος, ο τοκετός ενός πρόωρου παιδιού μπορεί να αποτελέσει επιβαρυντικό παράγοντα για μεταγεννητικά ψυχιατρικά προβλήματα (Kumar & Robinson, 1984).

2.7.3. Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο

Στα πλαίσια μιας μελέτης, ερευνήθηκαν η σχέση της επιλόχειας κατάθλιψης και του προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου σε 1.329 γυναίκες. Βρέθηκε, ότι η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται 2 φορές πιο συχνά στις γυναίκες με προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο, σε σύγκριση με εκείνες χωρίς το σύνδρομο. Οι διαφορές ήταν αισθητές, τόσο την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό, όσο και 6 μήνες μετά (Sugawara et al., 1997).

Αυτή η συσχέτιση μπορεί να εξηγηθεί από το παρόμοιο φυσιολογικό υπόβαθρο της αρνητικής προεμμηνορρυσιακής διάθεσης, με την καταθλιπτική διάθεση κατά τη λοχεία. Είναι γεγονός, ότι οι ορμονικές αλλαγές κατά την εγκυμοσύνη και τη λοχεία προσομοιάζουν με εκείνες του προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου, όχι όμως, ως προς την ένταση. Οι ορμονικές διακυμάνσεις κατά τη λοχεία, είναι πολύ πιο έντονες και απαιτούν αξιοσημείωτες ικανότητες προσαρμογής από τη γυναίκα. Ακόμη, οι έγκυες με προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο είχαν αυξημένα επίπεδα άγχους και ευερεθιστότητας, γεγονός που τις δημιουργούσε αρνητικές σκέψεις, ως προς τις σωματικές και ψυχολογικές μεταβολές που οφείλονται στην εμμηνόρροια ή την εγκυμοσύνη (Sugawara et al., 1997).

2.7.4. Χαρακτηριστικά νεογνού

Έχει παρατηρηθεί μια σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ της επιλόχειας κατάθλιψης και των χαρακτηριστικών του βρέφους. Συγκεκριμένα, η κατάθλιψη της λεχωίδας τις πρώτες 5 ημέρες μετά τον τοκετό, μπορεί να προκαλέσει στο νεογνό μειωμένη προσοχή και αυξημένο φόβο προς τους ξένους, χαρακτηριστικά που με τη σειρά τους μπορούν να προκαλέσουν επιλόχεια κατάθλιψη, μέχρι και ένα χρόνο μετά τον τοκετό (Sugawara et al., 1999).

Η αυξημένη δυσκολία του μωρού σε θέματα φαγητού, ύπνου και απέκκρισης διαταράσσει τις καθημερινές δραστηριότητες της μητέρα, όπως τον ύπνο κατά τη διάρκεια της νύχτας, το νοικοκυριό, την εργασία της και παράλληλα δεν υπάρχει ελεύθερος χρόνος για την ίδια. Αυτές οι αλλαγές στη ζωή της μητέρας, σε συνδυασμό με την έλλειψη κοινωνικής στήριξης, αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Ακόμη, η εμπειρία που αποκομίζει μια λεχωίδα από τη φροντίδα ενός δύσκολου νεογνού, μπορεί να οδηγήσει σε αισθήματα ανεπάρκειας ως μητέρα (Sugawara et al., 1999).

2.7.5. Ατομικό και οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό

Το ατομικό ιστορικό προηγούμενων ψυχιατρικών διαταραχών, αποτελεί έναν από τους κυριότερους προβλεπτικούς παράγοντες εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης. Μεγάλος αριθμός ερευνών υποστηρίζει, ότι η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στο παρελθόν, όχι μόνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αυξάνει δραματικά τις πιθανότητες επιλόχειας κατάθλιψης (Robertson et al., 2004).

Μια συγκεκριμένη μελέτη, περιλάμβανε 43 γυναίκες με ατομικό ιστορικό διπολικής διαταραχής, σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής ή μείζονος κατάθλιψης, εκ των οποίων οι 22 (51%), αντιμετώπισαν ψυχωσική και μη-ψυχωσική κατάθλιψη ή μανία (και σε μερικές περιπτώσεις αγχώδεις διαταραχές), κατά την περίοδο της λοχείας (O'Hara, 1997).

Πολλές έρευνες υποστηρίζουν τη συσχέτιση της επιλόχειας κατάθλιψης με την επιλόχεια κατάθλιψη σε προηγούμενη εγκυμοσύνη. Συγκεκριμένα, η πιθανότητα να εμφανιστεί καταθλιπτική συμπτωματολογία σε μητέρες με προηγούμενη επιλόχεια κατάθλιψη στο παρελθόν, ανέρχεται στο 75%. Ακόμη, οι λεχωίδες με ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης χωρίς ψυχωτικά στοιχεία, έχουν πιθανότητα να επανεμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη σε ποσοστό 30-50%.

Η ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού στην οικογένεια, παρέχει εξίσου σημαντικό κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε, συγκρίθηκαν λεχωίδες με επιλόχεια κατάθλιψη και χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη, ως προς το ιστορικό κατάθλιψης των μητέρων τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι οι μητέρες με ιστορικό κατάθλιψης ήταν κατά μεγάλο ποσοστό οι μητέρες των λεχωίδων με επιλόχεια κατάθλιψη (O'Hara, 1997).

2.7.6. Αρνητικά γεγονότα ζωής

Είναι γεγονός, ότι η εγκυμοσύνη και ο τοκετός αποτελούν από μόνοι τους παράγοντες που προκαλούν άγχος στη γυναίκα. Πολλοί ερευνητές θέλησαν να μελετήσουν τις επιπτώσεις των πρόσθετων αρνητικών και στρεσογόνων γεγονότων στη ζωή της μητέρας την περίοδο της λοχείας (Robertson et al., 2004).

Έχει φανεί επίσης, ότι εμπειρίες όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η διάλυση μιας σχέσης ή ενός διαζυγίου, η απώλεια μιας θέσης εργασίας ή η μετακόμιση, προκαλούν στρες και σχετίζονται με τα καταθλιπτικά επεισόδια σε μητέρες, ακόμα και αν δεν έχουν προηγούμενο ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής. Ακόμη, τα αρνητικά γεγονότα ζωής αποκτούν μεγαλύτερη βαρύτητα, όταν δημιουργούνται δυσκολίες στην ικανότητα της μητέρας να φροντίσει το μωρό της (O'Hara, 1997).

2.7.7. Κοινωνική στήριξη και οικογενειακές σχέσεις

Η κοινωνική στήριξη σε περιόδους έντονου άγχους, λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Η κοινωνική στήριξη είναι μια πολυπαραγοντική μεταβλητή. Πηγές στήριξης αποτελεί ο σύζυγος-σύντροφος, οι συγγενείς (ιδιαίτερα η μητέρα της γυναίκας), οι φίλοι και οι συνεργάτες. Παράλληλα, υπάρχουν και διαφορετικοί τύποι κοινωνικής στήριξης, όπως η ενημερωτική (όπου δίνεται πρακτική βοήθεια σε διάφορες δραστηριότητες) και η συναισθηματική στήριξη (με τη μορφή φροντίδας και εκτίμησης). Η έλλειψη συναισθηματικής, πρακτικής και ενημερωτικής στήριξης, η οποία ξεκινάει από την περίοδο της εγκυμοσύνης, προμηνύει την επιλόχεια κατάθλιψη (Robertson et al., 2004).

Η σχέση και η υποστήριξη από τον σύντροφο

Ο σύντροφος ή ο σύζυγος μιας γυναίκας, μπορεί να προσφέρει τόσο πρακτική, όσο και συναισθηματική στήριξη. Η στήριξη αυτή είναι εξίσου σημαντική, τόσο κατά την κύηση όσο και κατά τη λοχεία. Πολλές έρευνες έχουν καταλήξει στο γεγονός, ότι η επιλόχεια κατάθλιψη οφείλεται σε μεγάλο ποσοστό στην κακή επικοινωνία και συνύπαρξη με το σύντροφο ή σύζυγο της γυναίκας (O'Hara, 1997).

Η κακή σχέση του ζευγαριού μπορεί να οδηγήσει σε χωρισμό ή διαζύγιο. Η επιρροή της συζυγικής διαμάχης στην επιλόχεια κατάθλιψη, ερευνήθηκε εξετάζοντας 185 γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη και 185 γυναίκες χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη. Βρέθηκε, ότι 23 γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη και 2 χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη ζούσαν χωρίς το σύζυγό τους. Ακόμη, 39 γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη και μόλις μια χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη, ανέφεραν έντονη τριβή με το σύζυγό τους. Σε επόμενη έρευνα στον ίδιο πληθυσμό βρέθηκε, ότι οι καταθλιπτικές μητέρες είχαν φτωχή επικοινωνία με το σύζυγό τους και δέχονταν μικρή βοήθεια από μέρους του. Ταυτόχρονα, μία έρευνα που διεξάχθηκε στην Αυστραλία κατέταξε τα αγχογόνα γεγονότα στη ζωή της γυναίκας και η συζυγική τριβή βρέθηκε τρίτη μετά το θάνατο του παιδιού ή του συζύγου (Brockington, 1996).

Οι ανύπαντρες μητέρες που δεν έχουν τη συμπαράσταση του πατέρα κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, αλλά ούτε και της πατρικής οικογένειας, λόγω μη αποδοχής της εγκυμοσύνης τους, είναι πολύ πιο επιρρεπής στην κατάθλιψη. Αν τελικά η οικογένεια αποδεχτεί την ανύπαντρη μητέρα, τότε η κατάθλιψη μπορεί να υποχωρήσει. Στα χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα όμως, η στήριξη από την πατρική οικογένεια μπορεί να μην είναι αρκετή για να εξαλείψει τα συμπτώματα κατάθλιψης των νεαρών μητέρων, οι οποίες

βασανίζονται από το συναισθηματικό κόστος της εξάρτησής τους από αυτή (Μωραΐτου, 2004).

Η σχέση με την οικογένεια και η οικογενειακή στήριξη

Ο ρόλος της οικογένειας και ειδικά της μητέρας της λεχωίδας, επηρεάζει την πιθανότητα εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης στις νέες μητέρες. Μέσα από μια έρευνα, διαφαίνεται η ανάγκη για συναισθηματική και πρακτική στήριξη της λεχωίδας από τη μητέρα της. Οι περισσότερες λεχωίδες στην έρευνα αυτή, ανέφεραν τη μητέρα τους ως το άτομο από το οποίο έμαθαν να προσεγγίζουν θέματα γύρω από την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη μητρότητα (Darvill et al., 2010).

Η σχέση που έχει αναπτύξει η λεχωίδα με τη μητέρα της και ο τρόπος ανατροφής της, αποτελούν σημαντικές μεταβλητές του τρόπου που θα βιώσει η γυναίκα την μετάβαση στη μητρότητα. Ερευνητικά δεδομένα αποκαλύπτουν, ότι η μειωμένη φροντίδα ή η υπερπροστασία που βίωναν οι νέες μητέρες ως παιδιά από τη μητέρα τους, συνέβαλλαν στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Αντίθετα, οι λεχωίδες χωρίς κατάθλιψη ανέφεραν ικανοποιητική φροντίδα χωρίς δείγματα υπερπροστασίας από τη μητέρα τους, όσο ήταν παιδιά (Boyce et al., 1991).

Ακόμη, η δυσλειτουργική σχέση μητέρας-κόρης, ωθεί τη νέα μητέρα να θεωρήσει τον εαυτό της μη ικανό να ανταπεξέλθει στον ρόλο της μητέρας την περίοδο της λοχείας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι μητέρες αναζητούν την αυξημένη στήριξη από το σύζυγό τους. Ωστόσο, όταν ο σύζυγος δεν ανταποκρίνεται σε αυτή την ανάγκη της μητέρας ή είναι υπερπροστατευτικός, οι πιθανότητες εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης αυξάνονται (Boyce et al., 1991).

Η εχθρική σχέση μεταξύ μητέρας-κόρης ή η απώλεια της μητέρας κατά την παιδική ηλικία της γυναίκας, αποτελούν ακόμη μεγαλύτερους παράγοντες επικινδυνότητας εμφάνισης κατάθλιψης κατά τη λοχεία (Μωραΐτου, 2004).

Ωστόσο, παρατηρείται ένα μικρό ποσοστό λεχωίδων, οι οποίες δεν δέχονται την εμπλοκή, όχι μόνο της μητέρας τους, αλλά κανενός άλλου συγγενή στη σχέση που επιθυμούν να δημιουργήσουν οι ίδιες, μεταξύ αυτών, του συζύγου και του μωρού τους (Darvill et al., 2010).

Η στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον

Η στήριξη της λεχιάδας από άτομα εκτός της οικογένειάς της συμβάλλουν στην προσαρμογή της στο νέο ρόλο της μητέρας. Ένας μη υποστηρικτικός γάμος ή η έλλειψη ενός συντρόφου, καθιστά τη λεχιάδα πιο επιρρεπή στην επιλόχεια κατάθλιψη, γεγονός που την οδηγεί σε αναζήτηση βοήθειας από άλλους. Όταν όμως, η κοινωνική στήριξη από το περιβάλλον δεν είναι η αναμενόμενη, τότε η λεχιάδα αδυνατεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του νέου ρόλου και οι πιθανότητες να έρθει αντιμέτωπη με την επιλόχεια κατάθλιψη, αυξάνονται (Brugha et al., 1998).

2.7.8. Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες

Οι κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες που έχουν μελετηθεί ως προς την επιλόχεια κατάθλιψη είναι το εισόδημα, η εργασία, η μόρφωση και η ηλικία της λεχιάδας. Οι περισσότερες μελέτες υποστηρίζουν, ότι το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο συμβάλλει στην ανάπτυξη της επιλόχειας κατάθλιψης και ότι το υψηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο δρα προστατευτικά. Άλλες έρευνες αναφέρουν μικρή επίδραση του κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου στην ψυχική κατάσταση της λεχιάδας. Επίσης, υποστηρίζεται, ότι μια στις πέντε γυναίκες θα αντιμετωπίσει συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης στη διάρκεια της ζωής της, ιδιαίτερα εκείνες που είναι έφηβες, με ανεπαρκή μόρφωση και χαμηλό εισόδημα (Goyal et al., 2010).

Το χαμηλό εισόδημα και η χαμηλή επαγγελματική καταξίωση, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες επικινδυνότητας εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Η σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μελετήθηκε σε δείγμα 4.332 λεχιάδων 4 μήνες μετά τον τοκετό. Παρατηρήθηκαν συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης στο 12% των γυναικών, οι περισσότερες εκ των οποίων ήταν ανύπαντρες, έφηβες, πολύτοκες, με χαμηλό εισόδημα και ελλιπή εκπαίδευση (Segre et al., 2007).

Έρευνες σε 1.300 πρωτότοκες και πολύτοκες λεχιάδες στην Αμερική, εξέτασαν τα καταθλιπτικά συμπτώματα ανά έξι μήνες για 2 χρόνια μετά τον τοκετό. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι η ηλικία σχετίζεται με την επιλόχεια κατάθλιψη. Νέες μητέρες, ηλικίας 18-24 ετών, είναι περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη, σε σύγκριση με τις μητέρες ηλικίας 25 ετών και άνω. Στην ίδια έρευνα φάνηκε, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό λεχιάδων με επιλόχεια κατάθλιψη αφορούσε εκείνες με το χαμηλότερο εισόδημα (κάτω από 25.000\$ ετησίως). Ακόμη, οι λεχιάδες με το χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης (έως δευτεροβάθμια εκπαίδευση), αντιμετώπιζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία σε ποσοστό 27,5%. Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες οι οποίες εργάζονταν με πλήρες ωράριο,

είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν μέτριας έντασης επιλόχεια κατάθλιψη, σε σχέση με εκείνες που δεν εργάζονταν με πλήρες ωράριο. Τέλος, το ποσοστό επιλόχειας κατάθλιψης των άνεργων λεχωίδων ήταν ιδιαίτερα μεγαλύτερο από εκείνο των εργαζομένων (Mayberry et al., 2007).

2.8. Επιπτώσεις επιλόχειας κατάθλιψης

Οι επιπτώσεις της κατάθλιψης κατά τη λοχεία είναι πολύ πιο δυσμενείς απ' ό τι σε κάποια άλλη χρονική φάση της ζωής της γυναίκας, καθώς η λεχωίδα αντιμετωπίζει την επιπρόσθετη ευθύνη της φροντίδας του νεογνού της. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους μελετητές παρουσιάζουν οι επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης στο νεογνό και στην οικογένεια της (Μωραΐτου, 2004).

Η επιλόχεια κατάθλιψη εμποδίζει τη μητέρα να ανταποκριθεί κατάλληλα στις αυξημένες ανάγκες του νεογνού και αδυνατεί να το φροντίσει. Ακόμη, η σχέση που δημιουργείται μεταξύ μητέρας-παιδιού χαρακτηρίζεται από λιγότερη στοργή, ευαισθησία και αμοιβαιότητα. Αυτή η αρνητική συμπεριφορά της μητέρας, μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στη συναισθηματική, συμπεριφορική και γνωστική ανάπτυξη του παιδιού της. Παράλληλα, η επιλόχεια κατάθλιψη πυροδοτεί προβλήματα στη σχέση της μητέρας με τον σύντροφό της, γεγονός που πολλές φορές οδηγεί στη διάλυση της οικογένειας (Murray, 1989).

Ωστόσο, πρέπει να αναφερθούν οι συνέπειες τις επιλόχειας κατάθλιψης, οι οποίες δεν αφορούν αποκλειστικά τη σχέση της μητέρας με το νεογνό ή την οικογένειά της. Αυτές οι συνέπειες περιλαμβάνουν τον πιθανό αυτοτραυματισμό, την αυτοκτονία, τη μείωση της λειτουργικότητας και την πιθανή εξάρτηση από καπνό, αλκοόλ και ναρκωτικά.

Επιπτώσεις στο νεογνό, το βρέφος και το παιδί

Το δέσιμο είναι ένας βαθύς συναισθηματικός δεσμός που σχηματίζει το μωρό με το άτομο που το φροντίζει και καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος των αναγκών του. Αυτό το άτομο συνήθως είναι η μητέρα. Ένας ασφαλής δεσμός σχηματίζεται, όταν η μητέρα ανταποκρίνεται με συνέπεια, ζεστασιά, συστηματικότητα και ευαισθησία στις ανάγκες του μωρού της. Το κράτημα, το κούνημα, η ομιλία στο μωρό βοηθούν αυτό το δέσιμο. Με αυτόν τον τρόπο, προσφέρεται στο μωρό μια σταθερή βάση προκειμένου να εξερευνήσει τον κόσμο γύρω του. Η αίσθηση της ασφάλειας αποτελεί υποστηρικτικό παράγοντα, ώστε να μάθει αργότερα να εμπιστεύεται τους άλλους ανθρώπους. Μια μητέρα που παρουσιάζει κατάθλιψη, μπορεί να

δυσκολεύεται να ανταποκριθεί στο μωρό της με αγάπη και φροντίδα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός ανασφαλή δεσμού και τη γένεση διαφόρων προβλημάτων κατά την παιδική ηλικία (Hanley, 2009).

2.9. Επιλόχεια κατάθλιψη: Λόγοι υποδιάγνωσής της

Όπως αναφέρθηκε, η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί τη συχνότερη από πλευράς επίπτωσης και επιπολασμού ψυχική νόσο της λοχειακής περιόδου. Ωστόσο, πρόκειται για κατάσταση που συχνά υποεκτιμάται λόγω άρνησης των ασθενών να δεχθούν την ύπαρξη της νόσου, καθώς και λόγω άγνοιας. Τόσο η ασθενής γυναίκα, όσο και το περιβάλλον της, αιφνιδιάζονται από την ύπαρξη της νόσου, ιδίως σε περιπτώσεις ασθενών με ελεύθερο ατομικό ψυχιατρικό ιστορικό. Εξάλλου τόσο η ίδια όσο και το περιβάλλον της, αρνούνται συχνά να δεχθούν πως σε μία περίοδο αντικειμενικά και κοινωνικά ευτυχή, να κυριαρχούν συναισθήματα θλίψης και απώλειας ελπίδων που χαρακτηρίζουν την κατάθλιψη. Επίσης, πολλά από τα συμπτώματα της κατάθλιψης, συγχέονται με τα φυσιολογικά εμφανιζόμενα προβλήματα της λοχειακής περιόδου, όπως αϋπνία ή μειωμένη σεξουαλική επιθυμία.

Έτσι παρά την αυξημένη συχνότητα και σοβαρότητά της, η επιλόχεια κατάθλιψη πολύ συχνά μένει χωρίς διάγνωση και χωρίς θεραπεία. Έχει φανεί ότι μόνο το 1/3 των πασχουσών από επιλόχεια κατάθλιψη αναζητούν τη βοήθεια κάποιου ειδικού ενώ μόνο το 1/2 αναφέρει ότι ζήτησε βοήθεια, έστω και από μη ειδικό, παρά το ότι η πλειονότητα των γυναικών που ρωτούνται, συνιστούν σε άλλες μητέρες που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη, να βρουν κάποιον και να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους.

Οι λόγοι για αυτή την απροθυμία των γυναικών να ζητήσουν βοήθεια για μια ιατρική κατάσταση, που κατ' εξοχήν τις ταλαιπωρεί, μπορούν πιθανά να συνοψιστούν στα παρακάτω:

- Δε συνειδητοποιούν ότι πάσχουν από κάποια ασθένεια.
- Νοιώθουν ντροπή και ότι απέτυχαν σαν μητέρες.
- Φοβούνται ότι θα στιγματιστούν ή ότι θα χωριστούν από το παιδί.
- Οι οικείοι δεν το καταλαβαίνουν, ενώ οι ειδικοί δεν έχουν την εκπαίδευση ή τα μέσα να το αναγνωρίσουν (απόδοση των συμπτωμάτων σε φυσιολογική κόπωση μετά τον τοκετό και τη φροντίδα του νεογνού).

Φαίνεται λοιπόν ότι ο αιφνιδιασμός από τη νόσο, αφορά όχι μόνο στις πάσχουσες, αλλά και στους θεράποντές τους. Πρόσφατα, η διεθνής βιβλιογραφία έχει επιδείξει ολοένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για το πρόβλημα της επιλόχειας κατάθλιψης, αν και η κατάσταση αυτή συχνά αγνοείται στην κλινική πρακτική στην Ελλάδα και αλλού.

Έτσι, η νόσος παραμένει συχνά αδιάγνωστη, παρά το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου (εγκυμοσύνη, λοχεία), η γυναίκα έχει τη στενότερη και συχνότερη επαφή με τις υπηρεσίες υγείας από οποτεδήποτε άλλοτε στη διάρκεια της ζωής της.

3.1. Εισαγωγή

Ο όρος πρόληψη αφορά στην αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου, τωρινών ή παρελθοντικών, που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχικής διαταραχής ή υποτροπής παλαιότερης προϋπάρχουσας διαταραχής σε μελλοντική φάση. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν την κληρονομικότητα, το ψυχιατρικό ιστορικό, πρώιμες εμπειρίες ζωής και τωρινές συνθήκες, καθώς και τη διάθεση και τη λειτουργικότητα του ατόμου.

Παρά το ότι οι ψυχίατροι, οι ψυχολόγοι και άλλοι ειδικοί επιστήμονες έχουν κάνει μεγάλα βήματα στη διερεύνηση της προσωπικής ανάπτυξης, η εγκυμοσύνη και ο ψυχολογικός της μηχανισμός εξακολουθεί να είναι ένα μυστήριο.

Παρ' όλο όμως που η εγκυμοσύνη εξακολουθεί να είναι ένα από τα καινούργια πεδία μελέτης, είναι βέβαιο ότι η έγκυος δεν περνά το διάστημα της εγκυμοσύνης της παθητικά, αλλά πρέπει να κάνει ορισμένες σπουδαίες ψυχολογικές προσαρμογές, ανάμεσα στις οποίες είναι η προσαρμογή στη νέα ζωή που υπάρχει μέσα της, σε κάτι που είναι κομμάτι του εαυτού της και όμως ξεχωριστό από αυτήν και η αλλαγή από την κατάσταση της άτεκνης στην κατάσταση της μητέρας.

Από την άλλη πλευρά, ο ψυχισμός της εγκύου επιβαρύνεται όχι μόνο από την κοινωνική και θρησκευτική αντίληψη για την εγκυμοσύνη, αλλά και από τις τεράστιες αλλαγές στο ίδιο της το σώμα. Έτσι η εγκυμοσύνη για της πιο πολλές γυναίκες είναι μια περίοδος αμφιβολίας, άγχους, μεταβλητών συναισθημάτων και σκληρής ψυχολογικής δουλειάς.

Κι όμως αυτά ακριβώς, ο φόβος και το άγχος, που είναι αναπόφευκτο κομμάτι της εγκυμοσύνης παίζουν και σημαντικό ρόλο προετοιμάζοντας τη γυναίκα τους τελευταίους μήνες για τον τοκετό και τη μητρότητα.

3.2. Ψυχοπροφυλακτική μέθοδος

Η ψυχοπροφυλακτική μέθοδος είναι η ψυχοκινητική προετοιμασία της εγκύου, που έχει σκοπό να την ενημερώσει σχετικά με ότι αφορά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία. Η μέθοδος διδάσκεται από μαίες, οι οποίες παρίστανται στον τοκετό και επισκέπτονται καθημερινά την λεχώνα καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής της στο μαιευτήριο. Η μαία γνωρίζει πολύ καλά τη διαδικασία του τοκετού, αφού είναι η δουλειά της, ενώ συγχρόνως συμμαερίζεται τις φοβίες, τα άγχη και την αγωνία κάθε μέλλουσας μητέρας. Η

έγκυος έχει τη δυνατότητα να λύσει κάθε απορία της σε σχέση με τον τοκετό ενώ συγχρόνως μαθαίνει πως μπορεί να ελέγξει τον εαυτό της και να συμμετέχει ενεργά γεμάτη αυτοπεποίθηση και σιγουριά.

Μαθαίνοντας λοιπόν την τεχνική των αναπνοών, πέρα από το ότι τη βοηθά να εκτονώσει την ένταση της κατά τη διάρκεια των συστολών, προσφέρει οξυγόνο στο μωρό της που το χρειάζεται πολύ τις στιγμές αυτές. Ας μην ξεχνάμε ότι ο πόνος, η αιώνια αιτία του φόβου του τοκετού, είναι αποτέλεσμα της έντασης. Η μέθοδος βασίζεται στην περιγραφή του τοκετού με απλά λόγια στην πραγματική του διάσταση. Θρύλοι και μύθοι γύρω από τον τοκετό που μόνο φόβο μπορούν να γεμίσουν τις ψυχές των εγκύων, δίνουν τη θέση τους στην ασφάλεια και την αυτοπεποίθηση. Η έγκυος πια ξέρει πώς να συντονίζει θετικά την συμπεριφορά της ανάλογα με το στάδιο που βρίσκεται ο τοκετός και έχει τη γνώση για ότι αφορά την περιποίηση του παιδιού της τις πρώτες μέρες της ζωής του. Επίσης κατέχει μικρά μυστικά της μητρικής τέχνης σε ότι αφορά το θηλασμό και τη σίτισή του γενικότερα. Μια ευκολότερη προσαρμογή στο σπίτι μετά το μαιευτήριο επιτυγχάνεται καλύπτοντας από πριν τα περισσότερα πιθανά προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει (Μωραΐτου, 1997).

3.3. Πρόληψη (Πρωτοβάθμια – Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια)

Η πρόληψη της κατάθλιψης, είναι πιο πολύπλοκη από την πρόληψη άλλων ασθενειών. Εκείνο που εννοούμε με την πρόληψη της κατάθλιψης, είναι η αποφυγή της χρόνιας κατάθλιψης και των παγίδων που ο χρόνια καταθλιπτικός μπορεί να στήσει. Σημαίνει να νιώσεις την κατάθλιψη παρά να την αρνείσαι και να την διοχετεύσεις σε σωματικούς, ψυχολογικούς, ή άλλους τομείς συμπεριφοράς. Σημαίνει την εξουδετέρωση μέσα στο άτομο και το περιβάλλον του, των συγκρούσεων που τον κάνουν καταθλιπτικό ενώ δεν πρέπει. Ουσιαστικά, η πρόληψη συνεπάγεται τη δημιουργία διαφόρων τύπων εκπαιδευτικών προγραμμάτων που ενισχύουν τις ικανότητες για μια πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των εντάσεων της ζωής. Αφού λοιπόν η κατάθλιψη θεωρείται πρόβλημα υγείας, η πρόληψή της μπορεί να καταταχθεί σε τρεις βαθμούς: την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια (Flach, 2002).

3.3.1. Πρωτοβάθμια πρόληψη

Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο την παρεμπόδιση της εκδήλωσης ενός ψυχικού νοσήματος με την καταπολέμηση των πρωταρχικών αιτιών (Χριστοδούλου, 2004).

Αν λάβουμε υπ' όψη μερικές από τις βασικές αιτίες της κατάθλιψης όπως ευαισθησία στην απώλεια και στην απόρριψη, έλλειψη αυτοσεβασμού, δυσκολία στην έκφραση συναισθημάτων, συγκρούσεις που σχετίζονται με πολλαπλές εντάσεις και μακροχρόνια παραμονή σε καταθλιπτογενές περιβάλλον, είναι δυνατόν να αρχίσουμε να καθορίζουμε τα είδη προσεγγίσεων που απαιτούνται για την πρωτοβάθμια πρόληψη (Flach, 2002).

Η μείωση, επομένως των νέων περιπτώσεων μπορεί να επιδιωχθεί με δύο τρόπους:

- Μελέτη και εξακρίβωση των στρεσογόνων παραγόντων και συνθηκών ζωής, που συντελούν στην αύξηση της επικινδυνότητας για ψυχική νόσο.
- Εφαρμογή μέσων και μέτρων βοήθειας των ατόμων, ώστε να γίνουν πιο ανθεκτικά στις ψυχοβλαπτικές επιδράσεις.

Νοσηλευτικές αρμοδιότητες με ευρύτατες προοπτικές είναι η αγωγή υγείας σε άτομα όλων των ηλικιών, η πληροφόρηση για τη φύση της κατάθλιψης, τις θεραπείες και τις διαθέσιμες υπηρεσίες (Ραγιά, 2009).

3.3.2. Δευτεροβάθμια πρόληψη

Η δευτεροβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο την πρόωπη επισήμανση και την έγκαιρη αντιμετώπιση ενός ψυχικού νοσήματος, ώστε να μειωθεί η διάρκεια της νοσήσης και αποβλέπει στον περιορισμό της επικράτησης ή του επιπολασμού. Με τις φαρμακευτικές παρεμβάσεις μπορούμε να μειώσουμε τόσο τη διάρκεια καθεμιάς φάσης όσο και τη διάρκεια της νόσου στο σύνολό της (Χριστοδούλου, 2004).

Επίσης, η νοσηλευτική υποστηρίζει ψυχοθεραπευτικά το άτομο και προλαμβάνει τη μεγαλύτερη ψυχική του αποδιοργάνωση (Ραγιά, 2009).

3.3.3. Τριτοβάθμια πρόληψη

Η τριτοβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο, την μείωση της επικράτησης των φαινομένων έκπτωσης και αποργάνωσης, που συνοδεύουν μια ήδη εγκατεστημένη νόσο ή διαταραχή. Επιδιώκεται με τα προγράμματα από-ιδρυματισμού και κοινωνικής επανένταξης (Χριστοδούλου, 2004).

Προλαμβάνονται, λοιπόν, η εγκατάσταση μόνιμης ψυχικής ανικανότητας, η καταστροφική ιδρυματοποίησή τους και η μακροχρόνια αποκοπή τους από την οικογένεια και τους κοινωνικούς δεσμούς (Ραγιά, 2009).

Σύμφωνα με την Μωραΐτου Μ., 2004, σημαντική θεωρείται η έγκαιρη ανίχνευση και κατάλληλη αντιμετώπιση των γυναικών εκείνων που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο.

Οι κοινωνικό – πολιτισμικές πεποιθήσεις που σχετίζονται με τη μητρότητα καθιστούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης δύσκολα αναγνωρίσιμα για τη νέα μητέρα, η οποία έχει την τάση να ελαχιστοποιεί και να ερμηνεύει την ψυχολογική της κατάσταση μέσα σε ένα ηθικό πλαίσιο. Η έγκαιρη ανίχνευση των γυναικών αυτών θα επέτρεπε την εφαρμογή αποτρεπτικών μέτρων και την έγκαιρη έναρξη θεραπείας κατά τρόπο οικονομικά αποτελεσματικό, γεγονός που θα απάλλασσε από πολλά προβλήματα τόσο τη μητέρα όσο και το παιδί.

3.4. Κοινωνική στήριξη

Η κατάθλιψη, ίσως λίγο περισσότερο απ' ό,τι οι άλλες διαταραχές, μπορεί να αποτραπούν ή να μειωθούν οι αντιδράσεις της με τη στήριξη που προσφέρουν τα μέλη του κοινωνικού πλαισίου. Οι σχέσεις στήριξης μπορούν να ενισχύσουν τα συναισθήματα της καλής συναισθηματικής κατάστασης και αυτοελέγχου, να επηρεάσουν θετικά, αλλά και να βοηθήσουν τις γυναίκες ώστε να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη με το λιγότερο δυνατό άγχος (Μωραΐτου, 2004).

3.5. Παρακολούθηση γυναικών με ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης

Οι γυναίκες με ατομικό ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης πρέπει προληπτικά να τίθενται σε ψυχιατρική παρακολούθηση σε επόμενη κύηση και για μερικούς μήνες μετά τον τοκετό. Αν το προηγούμενο καταθλιπτικό επεισόδιο ήταν σοβαρό, απαιτείται η χορήγηση προληπτικής αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής αμέσως μετά τον τοκετό. Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να δοθεί στη φροντίδα του νεογνού – βρέφους για όσο διάστημα η μητέρα

αδυνατεί να το φροντίσει. Με την προοδευτική βελτίωση της κατάστασης της μητέρας, θα πρέπει να γίνεται σταδιακή επανένταξη της στο μητρικό ρόλο (Δραγώνα, 1989).

3.6. Αποφυγή εγκυμοσύνης – διακοπή εγκυμοσύνης

Η κατάθλιψη της λεχωίδας μητέρας αποτελεί σοβαρό παράγοντα κινδύνου για την ψυχική υγεία του παιδιού επειδή σε αυτό το στάδιο το παιδί εξαρτάται απολύτως από τη μητέρα του και δέχεται την απαθή ή απορριπτική στάση και φροντίδα της, που συνήθως συνοδεύει την επιλόχεια κατάθλιψη. Έχει ιδιαίτερη σημασία στις μανιοκαταθλιπτικές γυναίκες, που παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα επιλόχειας κατάθλιψης. Επειδή όμως οι περισσότερες περιπτώσεις έχουν καλοήγη πορεία, δεν μπορεί να υποστηριχθεί ο κίνδυνος επιλόχειας υποτροπής αποτελεί σοβαρή ένδειξη άμβλωσης.

Παράλληλα, η επιστήμη σήμερα διαθέτει σημαντικά θεραπευτικά μέσα. Θα πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη ότι η άμβλωση, από μόνη της, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές ψυχικές επιπλοκές απ' ότι η τεκνοποίηση. Συνεπώς δεν νομιμοποιείται εύκολα η σύσταση διακοπής της κύησης. Αν όμως οι προηγούμενες επιλόχειες καταθλίψεις χαρακτηρίζονταν από βαριά συμπτωματολογία ή από σοβαρές τάσεις αυτοκτονίας είναι σχεδόν βέβαιο ότι η ίδια συμπτωματολογία θα επαναληφθεί και στις επόμενες προσβολές. Σε τέτοιες περιπτώσεις η άμβλωση μπορεί να ενδείκνυται, ιδιαίτερα αν δεν είναι επαρκής η επιτήρηση της ασθενής πριν και μετά τον τοκετό.

Επομένως μετά από επανειλημμένες και βαριές επιλόχειες καταθλίψεις είναι λογικό να συσταθεί η αποφυγή νέας εγκυμοσύνης (Μωραΐτου, 2004).

4.1. Εισαγωγή

Το είδος της θεραπείας που θα εφαρμοσθεί για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης μετά τον τοκετό εξαρτάται από την μορφή και την σοβαρότητα της διαταραχής.

Μπορεί να μην είναι πάντοτε αναγκαία η εφαρμογή κάποιας ειδικής θεραπείας, επειδή η κατάσταση αυτή βελτιώνεται συχνά από μόνη της. Εάν τα συμπτώματα δε μειωθούν μέσα σε 2 εβδομάδες, τότε απαιτείται θεραπεία ανάλογη από τους ειδικούς.

Η σοβαρότητα της ασθένειας είναι που θα κατευθύνει τον ειδικό στην επιλογή της θεραπείας για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Πιο ήπιες μορφές μπορεί να θεραπευτούν με ψυχοθεραπεία. Πιο σοβαρές μορφές μπορεί να απαιτήσουν φαρμακευτική αγωγή ενώ κάποιες φορές ένας συνδυασμός των δυο μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματικός (Μωραΐτου, 2004).

4.2. Αντικαταθλιπτικά φάρμακα

Το σοβαρό δίλημμα που προκύπτει συχνά στην ψυχιατρική θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης αφορά τον θηλασμό. Εάν η μητέρα θηλάζει, το φάρμακο που θα πάρει μπορεί να περάσει μέσω του γάλακτος στο μωρό και παρ' όλο που ορισμένα αντικαταθλιπτικά φάρμακα θεωρούνται ασφαλή για τα νεογνά, είναι προτιμότερο να αποφεύγεται αυτή η πρακτική. Τι γίνεται όμως εάν η μητέρα χρειάζεται φαρμακευτική θεραπεία και θέλει οπωσδήποτε να θηλάσει το παιδί της; Λόγω της έλλειψης κατάλληλων δημοσιευμένων μελετών μέχρι τώρα, ο δείκτης καταλληλότητας αντικαταθλιπτικών για χρήση στο θηλασμό, έχει περιοριστεί στην αξιολόγηση τεσσάρων μόνο φαρμάκων. Κάποια αντικαταθλιπτικά φαίνεται ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια καθώς ο κίνδυνος για το μωρό είναι μικρός έως ελάχιστος. Η σερτραλίνη (sertraline) και η παροξετίνη (paroxetine) είναι τα φάρμακα πρώτης γραμμής στις γυναίκες που πρέπει να αρχίσουν θεραπεία για την κατάθλιψη μετά τον τοκετό και επιθυμούν κατά την ίδια περίοδο να συνεχίσουν τον θηλασμό. Η χρήση της φλουοξετίνης (fluoxetine) και της σιταλοπράμης (citalopram), φαίνεται αντιθέτως να συνδέεται με έναν σχετικά υψηλότερο κίνδυνο δυσμενών γεγονότων χαμηλής βέβαια δριμύτητας.

Στη θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης γενικά και πέρα από το θέμα του θηλασμού, μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα όπως: η μιρταζοπίνη (Remeron), η βενλαφαξίνη (Effexor XR), η ντουλοξετίνη (Xeristar-Cymbalta), η σερτραλίνη (Zoloft), η

παροξετίνη (Seroxat), η σιταλοπράμη (Seroplam) και η φλουοξετίνη (Ladose) (Darvill et al., 2010).

4.3. Ορμονική θεραπεία με προγεστερόνη

Η προγεστερόνη είναι φυσιολογικά απύσχα από το αίμα μετά την περίοδο μέχρι την ωορρηξία. Στην ωορρηξία αυξάνεται και αν υπάρξει σύλληψη ακολουθεί μια ραγδαία αύξηση στις ορμόνες του κύκλου της γυναίκας και ειδικά στην προγεστερόνη, την ορμόνη της εγκυμοσύνης. Η αυξημένη παραγωγή της προγεστερόνης οφείλεται αρχικά στην αυξημένη λειτουργία των ωοθηκών και στη συνέχεια της εγκυμοσύνης, από την ύπαρξη και λειτουργία του πλακούντα που σχηματίζεται. Κατά τη διάρκεια του δεύτερου μισού εγκυμοσύνης, η παραγωγή προγεστερόνης από τον πλακούντα φτάνει περίπου 30-50 φορές το φυσιολογικό επίπεδο προγεστερόνης στο αίμα. Με την έξοδο όμως του μωρού βγαίνει επίσης και ο πλακούντας και δημιουργείται έτσι μια ξαφνική αλλαγή στα επίπεδα όλων των ορμονών. Η νέα μητέρα πρέπει γρήγορα και απότομα να προσαρμοστεί στην πλήρη απουσία της προγεστερόνης μετά από εννέα μήνες διαρκούς και πλήρους παροχής. Μερικές γυναίκες δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν αυτή την αλλαγή του επιπέδου προγεστερόνης και αντιδρούν με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Κατά συνέπεια η προφύλαξη από την επιλόχεια κατάθλιψη με την προγεστερόνη, στοχεύει στην ομαλοποίηση αυτής της ξαφνικής έλλειψης της προγεστερόνης μετά τον τοκετό, επιτρέποντας μιας πιο σταδιακή επιστροφή στο επίπεδο της προγεστερόνης στο αίμα.

4.3.1. Αρχές θεραπείας με προγεστερόνη

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

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

Η εμπειρία της θεραπείας με προγεστερόνη έχει δείξει πως:

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

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

3. Δεν υπάρχουν αλληλεπιδράσεις με φάρμακα, επομένως η θεραπεία με προγεστερόνη μπορεί να συνδυαστεί με την συνήθη φαρμακευτική αγωγή της ασθενούς, είτε πρόκειται για αντικαταθλιπτικά, ηρεμιστικά, βήτα αναστολείς, σπασμολυτικά κλπ. Όταν τα συμπτώματα αρχίσουν να υποχωρούν τα άλλα φάρμακα μπορούν σταδιακά να μειωθούν και να σταματήσουν, πάντα να ελαττώνονται στη φάση αμέσως μετά την εμμηνόρροια .

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

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

4.3.2. Καθεστώς αμύλου ανά τρίωρο

Όλες οι γυναίκες που ακολουθούν αγωγή με προγεστερόνη θα πρέπει επίσης να ακολουθούν αυστηρά μία διατροφή από μικρές ποσότητες αμυλούχων τροφών κάθε τρεις ώρες προκειμένου να εμποδίσουν την απελευθέρωση νοραδρεναλίνης. Τροφές που περιέχουν αλεύρι, πατάτες, ρύζι, βρώμη. Επιτυγχάνεται με το να μειώσουμε στη μέση την ποσότητα αμυλούχων τροφών που φυσιολογικά παίρνουμε στο πρόγευμα για να το φάμε στο δεκατιανό και της ποσότητας που παίρνουμε στο δείπνο για να το φάμε πριν πάμε για ύπνο. Δεν είναι απαραίτητο να πάρουμε βάρος αν ακολουθούμε ένα πρόγραμμα διατροφής ανά τρίωρο. Αν η μητέρα ξυπνάει για να θηλάσει το μωρό το βράδυ, συμβουλεύουμε, να τρώει κάτι π.χ. ένα μπισκότο ή μία φρυγανιά.

4.3.3. Προφυλακτική προγεστερόνη

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

4.3.4. Φαρμακευτικό πρόγραμμα προφύλαξης με προγεστερόνη

Με την ολοκλήρωση του τοκετού η ασθενής θα πρέπει να λάβει 100mg. προγεστερόνης ενδομυϊκά στο γλουτό σε καθημερινή βάση για τις επόμενες επτά μέρες και ακολούθως υπόθετα των 400mg. δυο φορές την ημέρα για τους επόμενους δυο μήνες ή μέχρι την επανεμφάνιση της περιόδου.

Καθώς οι περισσότερες ασθενείς που λαμβάνουν προφυλακτική προγεστερόνη θα έχουν υποφέρει στο παρελθόν από επιλόχεια κατάθλιψη, μπορούν να λάβουν την οδηγία, αν υπάρχουν σημάδια ότι τα συμπτώματα επανεμφανίζονται, να αυξήσουν σταδιακά την ημερήσια δόση υπόθετων, μέχρι 6 των 400mg. ημερησίως, και να ενημερώσουν το γιατρό τους. Αν τα συμπτώματα παραμένουν, μπορεί να χρειαστούν 100mg. ενδομυϊκά ημερησίως για λίγες ημέρες, κι έπειτα σταδιακά να μειώσουν εναλλάσσοντας τις μέρες των υπόθετων με αυτές των ενέσεων.

4.3.5. Συμπτώματα κατά τη διάρκεια της λοχείας

Αν μέσα στις δυο πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό εμφανιστούν οξέα σοβαρά συμπτώματα μπορεί να χρειαστούν άμεσα ενέσεις προγεστερόνης των 100mg. 2 ή 3 φορές ημερησίως και μετά μια καθημερινά. Επίσης πρέπει να τηρηθεί το καθεστώς αμύλου ανά τρίωρο. Αν η ασθενής είναι πολύ διαταραγμένη μπορεί να δοθεί επιπρόσθετα η συνήθης ψυχοτροπική αγωγή. Ίσως ακόμη χρειαστεί και εισαγωγή.

Στις λιγότερο σοβαρές περιπτώσεις, όπου η σοβαρότητα των συμπτωμάτων έχει αυξηθεί σταδιακά με τις εβδομάδες, η θεραπεία μπορεί να ξεκινήσει με υπόθετα των 400mg. 4 φορές ημερησίως και να εισαχθεί και το διαιτητικό πρόγραμμα. Αν μετά από μια εβδομάδα

δεν υπάρξει βελτίωση, τότε προτείνονται καθημερινές ενέσεις προγεστερόνης των 100mg. Αν είναι απαραίτητο, μπορεί να δοθούν επιπρόσθετα ψυχοτροπικά φάρμακα, συνήθως τα πιο αποτελεσματικά είναι οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης.

Καθώς παρουσιάζεται βελτίωση, οι καθημερινές ενέσεις μπορούν σταδιακά να μειωθούν με εναλλαγή ημερών, χρησιμοποιώντας μέχρι 6 υπόθετα των 400 mg. ημερησίως την ημέρα που δεν χορηγείται ένεση, και μετά σταδιακά να χορηγούνται μόνο τα υπόθετα.

4.3.6. Αποτελέσματα προφυλακτικής προγεστερόνης

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

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

Το 1989 μια παγκόσμια έρευνα σε πάνω από 200 γυναίκες, που είχαν ένα ιστορικό προηγούμενης επιλόχειας κατάθλιψης, αναφέρθηκε στο Διεθνές Περιοδικό Προγεννητικών και Περιγεννητικών Ερευνών, όπου υπήρχε ένα ποσοστό επιτυχίας 93% ανάμεσα στις γυναίκες που έλαβαν προγεστερόνη, αλλά μόνο ένα 33% σε αυτές που ενημερώθηκαν για την προφύλαξη της προγεστερόνης, αλλά δεν την έλαβαν.

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

4.4. Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση

Η ψυχοθεραπεία είναι ένας διαρκώς εξελισσόμενος κλάδος της εφαρμοσμένης ψυχολογίας που ασχολείται με τον άνθρωπο και τα ψυχολογικά - συναισθηματικά προβλήματά του. Στηρίζεται στις επιστημονικά τεκμηριωμένες θεωρίες της ανθρώπινης προσωπικότητας και συμπεριφοράς και χρησιμοποιεί επιστημονικές μεθόδους και τεχνικές.

Η ψυχοθεραπεία είναι ένας γενικός όρος που αναφέρεται σε μορφές θεραπείας οι οποίες στοχεύουν στην επίλυση προβλημάτων ψυχολογικής ή ψυχοσωματικής υφής καθώς και την απόκτηση γνώσης των ψυχικών μηχανισμών ενός ατόμου, μέσω της δημιουργίας μιας σχέσης με έναν ειδικό θεραπευτή και με την χρησιμοποίηση ειδικών μεθόδων και τεχνικών οι

οποίες θεμελιώνονται σε συγκεκριμένες επιστημονικές θεωρίες. Οι τεχνικές αυτές είναι καθαρά ψυχολογικές, δηλαδή το μόνο επικοινωνιακό μέσον που χρησιμοποιούν είναι ο λόγος. Σκοπός της ψυχοθεραπείας είναι να επιφέρει δραστικές αλλαγές σε δυσλειτουργικούς τρόπους σκέψης, καθώς και δυσλειτουργικές συναισθηματικές αντιδράσεις και συμπεριφορές. Υπάρχουν πολλά είδη ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων, όπως η ψυχοδυναμική, η γνωσιακή-συμπεριφορική, η διαπροσωπική, η συστημική, η συνθετική, η προσωποκεντρική, η υπαρξιακή κ.ά.

Ο απώτερος στόχος της ψυχοθεραπείας είναι η αναδόμηση του ανθρώπου και η αλλαγή της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς του. Επιμέρους στόχοι περιλαμβάνουν την επίλυση εσωτερικών συγκρούσεων και προβλημάτων, τη θεραπεία ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, τη βελτίωση ψυχολογικών δεξιοτήτων, αλλά και γενικότερα την προσωπική ανάπτυξη του ατόμου (<http://www.katathlipsi.gr/katathlipsi/psychotherapeia>, 2013).

Πιο συγκεκριμένα, η διαδικασία της ψυχοθεραπείας, μπορεί να διαχωριστεί στις εξής κατηγορίες:

- Γνωστική θεραπεία. Είναι μια μορφή βραχείας ψυχοθεραπείας, με ιδιαίτερα καλά αποτελέσματα σε περιπτώσεις κατάθλιψης. Σκοπός της θεραπείας είναι η ελάττωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τη βοήθεια του ασθενή, έτσι ώστε να ανακαλύψει και να αμφισβητήσει τις καταθλιπτικές αρνητικές και υποτιμητικές του σκέψεις και προσδοκίες. Όπως και τις παρερμηνείες των πραγματικών γεγονότων (μεγαλοποίηση των αρνητικών και επιλεκτική παράβλεψη των θετικών τους πλευρών). Έτσι, ο ασθενής είναι σε θέση να τις αντικαταστήσει με κατάλληλες, λογικές, ρεαλιστικές εκτιμήσεις και τρόπους σκέψης για τον εαυτό του, τις ικανότητές του και τα γεγονότα της ζωής του.
- Θεραπεία συμπεριφοράς. Είναι μια προσπάθεια θεραπείας της κατάθλιψης μέσω της προσπάθειας αλλαγής της συμπεριφοράς του αρρώστου. Ασχολείται κυρίως με τα παρόντα και τα συνειδητά προβλήματα του ατόμου και εφαρμόζει συγκεκριμένες τεχνικές και οδηγίες διόρθωσης ή νέας μάθησης.
- Οικογενειακή θεραπεία. Η θεραπευτική αυτή μορφή, μπορεί να αποβεί αποτελεσματική για ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές. Η προσοχή εστιάζεται κυρίως στην οικογένεια, στο ρόλο που παίζει στη διαίωση της κατάθλιψης και πώς επηρεάζεται από την κατάθλιψη ενός μέλους της ως ολότητα. Τα διαζύγια είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο στις οικογένειες των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη.

Έτσι είναι εμφανές ότι δεν επηρεάζουν μόνο οι γενετικοί παράγοντες τις διαταραγμένες σχέσεις των καταθλιπτικών ασθενών, αλλά είναι βλαπτικές και οι επακόλουθες ψυχοκοινωνικές εντάσεις στο περιβάλλον της οικογένειας.

- Ομαδική θεραπεία. Μέσω της ομαδικής θεραπείας, η θεραπευτική ομάδα αντιπροσωπεύει ένα μικρόκοσμο της ευρύτερης κοινωνίας, όπου οι ασθενείς μπορούν να επικοινωνούν και να εξωτερικεύουν τις σκέψεις κατά συναισθήματά τους με ασφάλεια. Όμως, η θεραπευτική αυτή μορφή μπορεί να ωφελήσει έναν ασθενή μόνο αν ο ίδιος μπορέσει να ανεχθεί τη διαπροσωπική αυτή επίδραση της ομάδας (Ραγιά, 2009).

Τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης φαίνονται να μειώνονται με κάποια ψυχοκοινωνική θεραπεία και γενικά οι γυναίκες που επιδιώκουν να ακολουθήσουν κάποια αγωγή το καταφέρνουν καλύτερα από αυτές που προσπαθούν να τα καταφέρουν μόνες χωρίς επιστημονική βοήθεια, σύμφωνα με στοιχεία νέας ανασκόπησης που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο The Cochrane Library.

Πολλές γυναίκες εκδηλώνουν ήπια, μεσοπρόθεσμα καταθλιπτικά συμπτώματα, λίγο μετά τον τοκετό, ενώ άλλες (περίπου το 13%) εκδηλώνουν σοβαρή επιλόχεια κατάθλιψη.

Η Δρ. Σίντι-Λι Ντένις του Πανεπιστημίου του Τορόντο εξηγεί ότι αν και τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να είναι αποτελεσματικά στην θεραπεία της κατάθλιψης, περίπου το 50% των νέων μητέρων θέλουν να αποφύγουν τη λήψη τους. Αποτελεσματική θεραπεία πέραν των φαρμάκων είναι διαθέσιμη και ιδιαίτερος αποτελεσματική ειδικά για τα ήπια και μετριοπαθή συμπτώματα ή για τις μητέρες που θηλάζουν τα παιδιά τους.

Η Δρ. Ντένις επανεξέτασε τα αποτελέσματα εννέα ερευνών, στις οποίες μετείχαν συνολικά 956 γυναίκες, για να καταγράψει την αποτελεσματικότητα διαφόρων τύπων μη φαρμακευτικής θεραπείας της επιλόχειας κατάθλιψης.

Διαπίστωσε ότι οποιαδήποτε ψυχοκοινωνική ή ψυχολογική συμβουλευτική αγωγή για την επιλόχεια κατάθλιψη συγκριτικά με την «συνήθη» επιλόχεια φροντίδα ή την απουσία αγωγής, συσχετίστηκε με μειωμένη πιθανότητα συνεχιζόμενης κατάθλιψης για τον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό.

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι πιθανότερο να εκδηλωθεί εντός των πρώτων 12 εβδομάδων ειδικά σε γυναίκες χωρίς υποστήριξη από τον πατέρα του παιδιού, τον σύντροφο, τα μέλη της οικογένειας ή άλλες μητέρες.

Οι νέες μητέρες που έχουν για περισσότερες από δυο εβδομάδες ανεξέλεγκτη διάθεση ή συναισθήματα, κλαίνε, έχουν άγχος, τροποποιημένη όρεξη ή κοιμούνται ανεξάρτητα από το πρόγραμμα του νεογνού, έχουν μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση από διάφορες δραστηριότητες, απώλεια συγκέντρωσης ή αισθάνονται άχρηστες ή έχουν ενοχές, θα πρέπει οπωσδήποτε να αναζητούν ιατρική βοήθεια.

Όλες οι παρεμβάσεις που έγιναν στις μελέτες, πέραν μιας παρέμβασης που έγινε τηλεφωνικά, έγιναν από επαγγελματίες υγείας. Οι διάφορες παρεμβάσεις περιλάμβαναν πρόσωπο με πρόσωπο συμβουλευτική όπως επίλυση προβλημάτων υπό την καθοδήγηση του θεραπευτή, γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, εξωνοσοκομειακή ψυχική συμβουλευτική και συμπαράσταση από το περιβάλλον της ασθενούς.

Ωστόσο, η ερευνήτρια σπεύδει να τονίσει ότι η ερμηνεία των στοιχείων θα πρέπει να γίνει με προσοχή λόγω του μικρού αριθμού των μελετών που συμπεριλήφθηκαν και της έλλειψης καλοσχεδιασμένων παρεμβάσεων. Επιπλέον, η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αυτών μακροπρόθεσμα παραμένουν άγνωστη.

Τέλος, είναι μάλλον απίθανο ένα μόνο θεραπευτικό σχήμα να είναι εξίσου αποτελεσματικό για όλες τις νέες μητέρες (<http://health.in.gr/woman/news/article/?aid=1231094263>, 2007).

4.5. Αυτοβοήθεια στο σπίτι

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

- Να φροντίζει να έχει δίπλα της μέλη της οικογένειάς της ή φίλους που την υποστηρίζουν και να ζητάει τη βοήθειά τους στην φροντίδα του μωρού.
- Να φροντίζει τον εαυτό της. Να ξεκουράζεται όσο περισσότερο μπορεί και να κοιμάται όταν κοιμάται το μωρό.
- Να προσπαθεί να μην περνά πολύ καιρό μόνη της.
- Να αφιερώνει κάποιο χρόνο με τον σύζυγο ή τον σύντροφό της.
- Να κάνει ένα μπάνιο και να περιποιείται τον εαυτό της καθημερινά
- Να βγαίνει απ' το σπίτι. Ναι πάει μια βόλτα, να βρει ένα φίλο, να κάνει κάτι που την ευχαριστεί.
- Να μην έχει υπερβολικές απαιτήσεις από τον εαυτό της και να μην ανησυχεί τόσο πολύ για τις δουλειές του σπιτιού.

- Να ζητά από τους φίλους ή την οικογένεια να βοηθήσουν σ' αυτές.
- Να μιλάει με άλλες μητέρες. Μπορεί να μάθει η μια από την άλλη και οι εμπειρίες τους μπορεί να λειτουργήσουν καθησυχαστικά (<http://www.kmyrillas.gr/obstetrics/childbirth/psukhologia-epilokheia-katathlipse.html>, 2006).

4.6. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)

Στις μέρες μας είναι μια ασφαλής και χωρίς ιδιαίτερες παρενέργειες θεραπεία. Διενεργείται με τη διοχέτευση ηλεκτρικού ρεύματος στον εγκέφαλο του ασθενούς για μερικά δευτερόλεπτα, κάτω από συνθήκες γενικής αναισθησίας και μυοχάλαση.

Σήμερα, λόγω των προκαταλήψεων, κυρίως, χρησιμοποιείται σπάνια, για τις περιπτώσεις στις οποίες απαιτείται ταχεία έναρξη του θεραπευτικού αποτελέσματος, στις βαριές καταθλίψεις με έντονη ψυχοκινητική επιβράδυνση και άρνηση λήψης τροφής καθώς και σε ειδικές ομάδες ασθενών (π.χ. έγκυες, ηλικιωμένοι), όπου η χορήγηση φαρμάκων δεν είναι ασφαλής ή προκαλεί πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ή αλλιώς ECT (electroconvulsive therapy) είναι μια ιατρική θεραπεία που γίνεται από γιατρούς. Στο άτομο δίνεται ένα γενικό αναισθητικό και ένα φάρμακο για την χαλάρωση των μυών. Όταν τα ανωτέρω επιδράσουν απόλυτα, ο εγκέφαλος του ατόμου τονώνεται με μια σύντομη, ελεγχόμενη σειρά ηλεκτρικών σφύξεων χρησιμοποιώντας ηλεκτρόδιο που τοποθετούνται σε συγκεκριμένα σημεία του κεφαλιού του ατόμου. Η τόνωση αυτή προκαλεί σπασμούς στον εγκέφαλο που διαρκούν μέχρι δύο λεπτά. Λόγω του μυοχαλαρωτικού και αναισθητικού φαρμάκου, το σώμα του ατόμου δεν κλονίζεται και το άτομο δεν νοιώθει πόνο. Το άτομο ξυπνάει μετά από πέντε με δέκα λεπτό, όπως θα ξυπνούσε μετά από μια μικρή εγχείρηση. Η ECT συνήθως συνίσταται από έξι μέχρι 12 θεραπείες που χορηγούνται τρεις φορές την εβδομάδα σε διάστημα ενός μηνός περίπου και ο συνολικός αριθμός θεραπειών που χρειάζονται για να καλυτερέψει ένα άτομο διαφέρει από άτομο σε άτομο.

A. Πότε χρησιμοποιείται η ECT

Η ECT είναι καλή για πολύ σοβαρή μορφή κατάθλιψης, μανίας, ορισμένες μορφές σχιζοφρένειας και ένα μικρό αριθμό άλλων ψυχιατρικών και νευρολογικών παθήσεων. Η θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν τα φάρμακα δεν επιδρούν. Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε άτομα που έχουν σοβαρές φαρμακολογικές παρενέργειες ή η ιατρική

κατάσταση τους σημαίνει ότι δεν μπορούν να παίρνουν φάρμακα με ασφαλή τρόπο. Η ECT χρησιμοποιείται επίσης σε περιπτώσεις που απειλείται η ζωή του ατόμου όταν τα φάρμακα δεν λειτουργούν αρκετά γρήγορα. Είναι ιδιαίτερος ωφέλιμη θεραπεία για όσα άτομα πάσχουν από πολύ σοβαρή κατάθλιψη και όσα άτομα ίσως θέλουν να αυτοκτονήσουν.

Η απόφαση για τη χορήγηση της ECT στηρίζεται σε μια διεξοδική σωματική και ψυχιατρική αξιολόγηση του ατόμου, που λαμβάνει υπόψη το είδος της ασθένειας, το βαθμό ταλαιπωρίας, το αναμενόμενο αποτέλεσμα και τα προγνωστικά του ατόμου αν δεν χορηγηθεί η θεραπεία. Όταν είναι υψηλός ο κίνδυνος αυτοκτονίας ή όταν το σοβαρά άρρωστο άτομο δεν μπορεί να φάει ή να πει, η ECT μπορεί να διασώσει τη ζωή του.

B. Τι συμβαίνει σε περίπτωση εγκυμοσύνης

Η απόφαση για το αν θα γίνει η θεραπεία ή όχι σε έγκυες γυναίκες πρέπει να λαβαίνει υπόψη τους κινδύνους που σχετίζονται με τις εναλλακτικές θεραπείες, τους κινδύνους για τη μητέρα και το έμβρυο αν αποσυρθεί η ECT και οτιδήποτε επιπλοκές στην εγκυμοσύνη που θα μπορούσαν να αυξήσουν τους κινδύνους της ECT ή του αναισθητικού φαρμάκου.

Γ. Ποιοι είναι οι κίνδυνοι και ποια τα οφέλη της ECT

Τα οφέλη διαφέρουν ανάλογα με τον χαρακτήρα και τη σοβαρότητα της ασθένειας σας, αλλά σε γενικές γραμμές βελτιώνει την ικανότητα σκέψης και επαναφέρει σε υγιέστερη κατάσταση τον ψυχικό κόσμο του ατόμου. Όλες οι θεραπείες περιέχουν κινδύνους και παρενέργειες - ακόμη και η έλλειψη θεραπείας περιέχει κινδύνους. Οι κίνδυνοι και οι παρενέργειες της ECT περιλαμβάνουν τα παρακάτω:

- Πονοκέφαλος, ναυτία, έμετος.
- Μυϊκοί πόνοι είτε λόγω των μυοχαλαρωτικών φαρμάκων ή των μυϊκών κινήσεων που προκαλούνται από τους σπασμούς.
- Επίδραση στην ικανότητα της ευθυκρισίας σας κατά τις πρώτες 24 ώρες.
- Προσωρινή απώλεια μνήμης.
- Αμέσως μετά την ECT τα περισσότερα άτομα έχουν μια μικρή περίοδο σύγχυσης και δεν θυμούνται τη θεραπεία αυτή καθ' εαυτή. Επίσης, ορισμένα άτομα παρουσιάζουν μερική απώλεια ανάμνησης γεγονότων που συνέβησαν ημέρες, εβδομάδες και μήνες πριν από τη θεραπεία. Αν και οι περισσότερες από αυτές τις αναμνήσεις συνήθως επιστρέφουν ο' ένα διάστημα ημερών ή μηνών μετά την ECT, ορισμένα άτομα παρουσιάζουν προβλήματα που διαρκούν μεγαλύτερο διάστημα μέχρι να επανέλθουν

αυτές οι αναμνήσεις. Οι αναμνήσεις γεγονότων από το παρελθόν είναι πιθανό να επηρεάζονται πολύ λιγότερο από τη θεραπεία. Μολονότι οι συγκεκριμένες αναμνήσεις κατά το χρονικό διάστημα της ECT μπορεί να μην επανέλθουν, η συνολική μνήμη θα λειτουργεί καλύτερα κατά τις εβδομάδες και τους μήνες μετά τη θεραπεία.

Ορισμένες άλλες παρενέργειες είναι λιγότερο συνήθεις και άλλες είναι πάρα πολύ σπάνιες:

- Ανώμαλες καρδιακές σφύξεις και ο ανώμαλος ρυθμός. Μπορεί να υπάρχει προσωρινή αύξηση στην πίεση αίματος και καρδιακές σφύξεις που συνοδεύεται από μια επιβράδυνση στις καρδιακές σφύξεις.
- Όπως συμβαίνει με οποιοδήποτε γενικό αναισθητικό, υπάρχει ένας πολύ μικρός κίνδυνος θανάτου (2,9 σε 10.000 αρρώστους), αλλά με τη σύγχρονη ECT και το σύντομο αναισθητικό, ο κίνδυνος είναι τώρα πάρα πολύ σπάνιος.
- Η καρδιακή προσβολή, η εγκεφαλική συμφόρηση ή τραύμα που σχετίζεται με τους μυϊκούς σπασμούς είναι επίσης πάρα πολύ σπάνια φαινόμενα. Ο μηχανικός εξοπλισμός ανάνηψης και οι διαδικασίες πρώτων βοηθειών διατίθενται άμεσα, αν κάτι πάει στραβά (Kennedy et al., 2004).

4.7. Φωτοθεραπεία

Μια άλλη θεραπεία που δοκιμάζεται κλινικά είναι και η φωτο-θεραπεία, δηλαδή η έκθεση του αρρώστου, με εποχιακή κυρίως κατάθλιψη, σε άφθονο τεχνητό φως σε ορισμένες ώρες της μέρας. Πιστεύεται ότι το φως είναι το καλύτερο αντίδοτο στην κατάθλιψη, καθώς παίζει σημαντικό ρόλο στην παραγωγή της σεροτονίνης, η οποία επιδρά στον ύπνο και στην ενεργητικότητα. Έτσι, η εφαρμογή άφθονου τεχνητού φωτός στο άμεσο περιβάλλον του αρρώστου μπορεί να θεραπεύει τη διαταραγμένη του διάθεση. Αναμένονται περισσότερες σχετικές κλινικές έρευνες (Kennedy et al., 2004).

5.1. Γενική νοσηλευτική φροντίδα ψυχικά αρρώστων

- Πρέπει να είμαστε ήρεμοι διατηρώντας τον έλεγχο του εαυτού μας και της γενικής κατάστασης για να εμπνέουμε το αίσθημα της εμπιστοσύνης.
- Να διαθέτουμε χρόνο απασχόλησης με τον άρρωστο και τα προβλήματά του.
- Να ακούμε προσεκτικά τον άρρωστο, τις διηγήσεις του και όλα τα προβλήματα που μπορεί να έχει για να εκτιμήσουμε την κατάστασή του και να βρεθούν σημεία επαφής.
- Να καθησυχάσουμε και να ενθαρρύνουμε τον άρρωστο ότι αυτό που του συμβαίνει είναι μια παροδική κατάσταση ιάσιμη.
- Να παραμένει ήρεμος ο άρρωστος δημιουργώντας κλίμα ηρεμίας και περιβάλλον που θα πλησιάζει τον άρρωστο, φροντίζοντας να εγκλιματιστεί μαθαίνοντας του τους χώρους και τους ανθρώπους που θα ζητήσει βοήθεια.
- Απασχολούμε τον άρρωστο με διάφορες εργασίες, όπως πλέξιμο καλαθιών, τακτοποίηση πραγμάτων, διάβασμα, ζωγραφική, γλυπτική, αγγειοπλαστική κτλ.
- Τήρηση φαρμακευτικής αγωγής.
- Συζήτηση με το συγγενικό του περιβάλλον (Τσίκος, 1999).

5.2. Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης

Γενικοί στόχοι είναι:

- Βοήθεια της ασθενούς να αναπτύξει μηχανισμούς άμυνας.
- Σε φυσιολογικές αντιδράσεις λύπης, διαβεβαίωση της ασθενούς ότι τα συναισθήματά της είναι φυσιολογικά και συμβολή του νοσηλευτή ώστε να ολοκληρωθούν όλα τα στάδια της λύπης.
- Προώθηση και υποστήριξη της αναγνώρισης και της έκφρασης των συναισθημάτων της ασθενούς.
- Προώθηση της αυτοεκτίμησης της ασθενούς.
- Προώθηση της έκφρασης και της ικανότητας της ασθενούς να εντοπίζει τους παράγοντες που της προκαλούν ένταση (Grant et al., 1994).

Επιπλέον, σκοπός της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι να φθάσει η άρρωστη στο σημείο να εκδηλώνεται ως εξής:

- Συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό.
- Αρχίζει να επικοινωνεί με συνασθενείς και το προσωπικό.
- Συμμετέχει ενεργητικά σε ομαδικές δραστηριότητες.
- Δείχνει άνεση, ικανοποίηση και ευχαρίστηση όταν επικοινωνεί με άλλους (επαφή με το βλέμμα, βελτιωμένο συναίσθημα, νηφάλιες απαντήσεις).
- Εκδηλώνει συνειδητοποίηση ατομικών προβλημάτων που δυσκολεύουν την επικοινωνία της με άλλους (Ραγιά, 2009).

5.3. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με κατάθλιψη

Οποιοσδήποτε συνδυασμός μεταβλητών - ψυχολογικών, βιολογικών, οικογενειακών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών – προκαλεί την κατάθλιψη, οι κλινικές εκδηλώσεις της είναι παρόμοιες. Γι' αυτό οι καταθλιπτικοί άρρωστοι με οποιαδήποτε μορφή κατάθλιψης αξιολογούνται και αντιμετωπίζονται από τον νοσηλευτή με μια ολική βιοψυχο-κοινωνική προσέγγιση.

Η νοσηλευτική φροντίδα του καταθλιπτικού αρρώστου στο νοσοκομείο εξατομικεύεται με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας και εστιάζεται σε τρεις ομάδες αναγκών, οι οποίες είναι:

- α) Άμεσες ανάγκες σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του αρρώστου, π.χ. πρόληψη αυτοκτονίας
- β) Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν τη νοσηλεία, θεραπεία και προετοιμασία του αρρώστου να βγει από το νοσοκομείο
- γ) Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειας του για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της ώστε να διατηρείται με λίγη ή καθόλου κατάθλιψη για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Η κατάθλιψη έχει χαρακτηριστεί σαν θάνατος εν ζωή, αφού ο άνθρωπος δοκιμάζει πλήρη απώλεια ζωτικότητας, αυθορμητισμού, κινητικότητας και σκοπού, μέχρι του σημείου να επιθυμεί και να σχεδιάζει την αυτοκαταστροφή.

Η νοσηλευτική έχει την αποστολή να βοηθήσει τον καταθλιπτικό άρρωστο στην προσπάθεια να επιτύχει μια ψυχοσωματική και πνευματική ανανέωση. Να ξαναβρεί δηλαδή τη ζωτικότητα του και την αγάπη για τη ζωή, να αισθανθεί ότι έχει προσωπική αξία και ικανότητες και μπορεί να τα βγάλει πέρα στη ζωή.

Νοσηλευτικές διαγνώσεις για τη μείζονα κατάθλιψη (ως μοναδικό επεισόδιο), τη μείζονα κατάθλιψη (ως υποτροπιάζον επεισόδιο).

1. Μεγάλος κίνδυνος για επιθετικότητα εναντίον του εαυτού.
2. Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας.
3. Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση.
4. Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση ατομικών προβλημάτων.
5. Απελπισία.
6. Αίσθημα αδυναμίας.
7. Ανεπαρκής αυτοφροντίδα.

Νοσηλευτική διάγνωση: Μεγάλος κίνδυνος εκδήλωσης επιθετικότητας εναντίον εαυτού.

Συμπεριφορά αρρώστου με αυτοκτονικό ιδεασμό που απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει και αποπειράται να αυτοκτονήσει.

Αιτιολογικοί /σχετιζόμενοι παράγοντες

- Ιστορικό προσπαθειών αυτοκτονίας κατά την περίοδο καταθλιπτικών επεισοδίων.
- Φανερές προσπάθειες αυτοκαταστροφής (αυτο-τραυματισμοί, προσπάθειες απαγχονισμού).
- Εκφράζει προφορικά τον αυτοκτονικό ιδεασμό ή το σχέδιο του: «Δεν θέλω να ζήσω πια. Θα πάρω μεγαλύτερη δόση φαρμάκων για να πεθάνω.»
- Εκδηλώνει λύπη, απόγνωση, απελπισία ή απώλεια ευχαρίστησης ή σκοπού στη ζωή: «Τίποτε δεν μου δίνει καμιά χαρά. Η ζωή δεν αξίζει πλέον να τη ζω. Όλα είναι απελπισία.»
- Άρνηση φαγητού, φαρμάκων και φροντίδας.
- Ξαφνικά μοιράζει τα ατομικά του πράγματα.
- Συχνά κλαίει, είναι κατηφής, διεγείρεται.
- Βαθμιαία απόσυρση από το περιβάλλον.
- Το συναίσθημα δεν ξανοίγει (δεν γίνεται πιο χαρούμενο) καθώς η μέρα προχωρεί.
- Δυνητικά θετικές περιστάσεις, γεγονότα ή επικοινωνίες δεν αλλάζουν τον ιδεασμό του αρρώστου.
- Άρνηση συμφωνίας με τον νοσηλευτή ότι δεν θα αυτοκτονήσει.

- Απώλεια αυτο-εκτίμησης, αισθήματος προσωπικής αξίας (Υποκειμενικά: «Δεν αξίζω τίποτε. Δεν αξίζω να ζω». Αντικειμενικά: ελλειμματική αυτοφροντίδα, π.χ. παραμελημένη υγιεινή και εμφάνιση, απομόνωση και απόσυρση).
- Αμφιταλάντευση, αμφιγνωμία (βιώνει δύο αντίθετα συναισθήματα, σκέψεις ή κίνητρα ή επιθυμίες ταυτόχρονα π.χ. θέλει να ζήσει και δεν θέλει να ζήσει την ίδια ώρα).
- Εκδηλώνει ξαφνική ανύψωση της διάθεσης ή πιο ήρεμο, πιο ειρηνικό τρόπο με περισσότερη ενεργητικότητα (μπορεί να δείχνει ανακούφιση από αμφίγνωμες σκέψεις και συναισθήματα για να σκοτώσει τον εαυτό του, πράγμα που δίνει σήμα στο προσωπικό για πιθανή επικείμενη απόπειρα αυτοκτονίας).

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο ώστε να:

- Εκφράζει επιθυμία να ζήσει, αιτιολογεί και δεν αναφέρει ιδέες ή σχεδιασμό αυτοκτονίας.
- Εκδηλώνει αισιοδοξία και ελπίδα, χαμογελά ή γελά ανάλογα με τη συζήτηση και την περίσταση.
- Κάνει σχέδια για το μέλλον που περιλαμβάνουν δραστηριότητες αλλά και ιατρική παρακολούθηση και συμμόρφωση στη φαρμακο-θεραπεία.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Εκτίμηση του βαθμού επικινδυνότητας - δυνατότητας για αυτοκτονία παρατηρώντας τη συμπεριφορά του αρρώστου, δηλαδή κινήσεις, απειλές, μοίρασμα ατομικών πραγμάτων, παρουσία ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών και ιστορικό προηγούμενης απόπειρας.

Ο βαθμός απελπισίας που εκφράζει ο άρρωστος είναι ενδεικτικός της βαρύτητας της κατάθλιψης και του κινδύνου αυτοκτονίας. Οι 8 στους 10 που λένε ότι θέλουν να αυτοκτονήσουν, το κάνουν. Όποιος σκέφθηκε το σχέδιο είναι πιο πιθανό να το εκτελέσει. Η πιθανότητα αυξάνει αν το άτομο ή κάποιος από την οικογένειά του αποπειράθηκε στο παρελθόν και συνυπάρχει κατάθλιψη. Οι παρορμητικοί ή οι ψυχωτικοί άρρωστοι με ακουστικές ψευδαισθήσεις που τους παρακινούν στην αυτοκαταστροφή, μπορούν να αυτοκτονήσουν χωρίς προειδοποιητικά σημεία.

2. Επανεκτίμηση της δυνατότητας αυτοκτονίας περιοδικά, ιδιαίτερος σε περιπτώσεις αλλαγής της διάθεσης, αύξησης της απόσυρσης, ετοιμασίας εξόδου πριν να προγραμματισθεί.

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερος κατά τον 1ο μήνα της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Οι μισές από τις αυτοκτονίες των νοσηλευόμενων ασθενών συμβαίνουν έξω από το νοσοκομείο, όταν έχουν άδεια (ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι όταν ο άρρωστος έχει ιδέες αυτοκτονίας και επαρκή ενεργητικότητα για να την πραγματοποιήσει, π.χ. στο σημείο που αρχίζει να αισθάνεται καλύτερα). Εξήγηση στον άρρωστο από τον νοσηλευτή ότι ενδιαφέρεται για την ασφάλεια του και θα τον βοηθήσει να διατηρηθεί ασφαλής. Αυτό διαβιβάζει τη νοσηλευτική μέριμνα και παρέχει αίσθημα προστασίας.

Στενή παρακολούθηση (συνεχής ή κάθε 15' σε περίπτωση μεγάλου κινδύνου). Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο, όχι μοναχικό, δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και συνοδεία σ' όλες τις μετακινήσεις του, αν ενδείκνυται. Έτσι μπορεί να προληφθεί ή διακοπεί η βλαπτική συμπεριφορά.

Προσοχή να μη χρησιμοποιούνται επικίνδυνα είδη (μαντήλια λαιμού, ζώνες, ξυράφια, ψαλίδια). Στα πλαίσια ασφάλειας του περιβάλλοντος περιλαμβάνεται και η αφαίρεση αντικειμένων που μπορεί να παρακινήσουν σε σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας.

Έλεγχος όλων των ατομικών ειδών που έφερε ο άρρωστος στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειας να μη του φέρνει επικίνδυνα είδη. Βέβαια αυτό γίνεται με προηγούμενη πληροφόρηση του αρρώστου ότι είναι ρουτίνα του νοσοκομείου και με πολλή ευγένεια και σεβασμό.

Ιδιαίτερη φροντίδα και προσωπική παρατήρηση κατά τη χορήγηση των φαρμάκων, ώστε να τα παίρνει ο άρρωστος και να μη τα κρύβει για απόπειρα αυτοκτονίας ή να τα πετάει στα άχρηστα.

Παρακολούθηση του αρρώστου ακόμη και όταν χρησιμοποιεί τους βοηθητικούς χώρους με προηγούμενη ενημέρωση του. Έχουν συμβεί αυτοκτονίες και σ' αυτούς τους χώρους.

Νοσηλευτικοί γύροι στους θαλάμους σε συχνά αλλά όχι τακτά διαστήματα (ιδιαίτερα τη νύκτα, τα ξημερώματα, στις αλλαγές βάρδιας των νοσηλευτών και σε άλλες ώρες που προβλέπεται ότι το προσωπικό είναι πολύ απασχολημένο). Το σύστημα αυτό παρεμποδίζει την πρόβλεψη πότε θα περάσει ο νοσηλευτής από το δωμάτιο του αρρώστου. Βοηθάει τον νοσηλευτή να γνωρίζει σε κάθε στιγμή πού είναι ο άρρωστος. Ιδιαίτερα σε ώρες που είναι λιγότερο το προσωπικό.

Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία, π.χ. ανοικτές πόρτες και παράθυρα, ανοικτές προσβάσεις προς τη σκάλα ή την ταράτσα ή εκτεθειμένες φιάλες με

απορρυπαντικά. Η ελαχιστοποίηση των ευκαιριών για αυτοκαταστροφή απαιτεί συνεχή προσοχή και πρόβλεψη ασυνήθιστων ενεργειών του αρρώστου.

Διατύπωση ενός συμφωνητικού πρωτοκόλλου με τον άρρωστο που να περιλαμβάνει τι θα κάνει ο άρρωστος και τί ο νοσηλευτής για την ασφάλεια του πρώτου. Ένα αντίγραφο υπογεγραμμένο από τον άρρωστο και τον υπεύθυνο νοσηλευτή επισυνάπτεται στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου και ένα άλλο αντίγραφο δίνεται στον άρρωστο να το κρατά. Αυτό τεκμηριώνει τα μέτρα που θα ληφθούν για την πρόληψη της αυτοκτονίας και την ανταπόκριση του αρρώστου. Ακόμη προωθεί την επικοινωνία και μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να αξιολογήσει τη νοσηλεία του.

3. Ενθάρρυνση του αρρώστου και της οικογένειας του να ρωτήσουν ότι θέλουν και να εκφράσουν τα συναισθήματα τους για τη φαρμακοθεραπεία, την τυχόν ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) αν προγραμματίστηκε και για άλλες θεραπείες.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να διορθώσουν τη διάθεση σε 3 ή περισσότερες εβδομάδες. Εν τω μεταξύ μπορεί να χρειασθούν άλλες μορφές θεραπείας για προστασία του αυτοκτονικού αρρώστου. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία γενικά είναι δεύτερη επιλογή θεραπείας, αν η κατάθλιψη δεν επηρεασθεί από τα φάρμακα και ο άρρωστος συνεχίζει να εκδηλώνει ιδέες αυτοκτονίας, να έχει αϋπνίες, να αρνείται να τρώει και να πίνει υγρά. Ο άρρωστος μπορεί να φοβάται το ηλεκτροσόκ και ο νοσηλευτής χρειάζεται να κατανοήσει τους φόβους αυτούς, να υποστηρίξει όμως το ηλεκτροσόκ, ως θετική εναλλακτική θεραπεία. Διότι αν ο νοσηλευτής έχει αρνητική στάση προς το ηλεκτροσόκ μπορεί να τη μεταδώσει στον άρρωστο και να του δημιουργήσει σύγχυση και άρνηση να τη δεχθεί.

Βοήθεια του αρρώστου να μετακινηθεί από αρνητικό, λανθασμένο και εξωπραγματικό σε ρεαλιστικό θετικό σύστημα θεώρησης του εαυτού του, της ζωής του και του κόσμου. Έτσι θα μειωθούν τα αισθήματα αναξιότητας και αδυναμίας και θα αυξηθούν ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμησή του (γνωστική θεραπεία).

Ενίσχυση του αρρώστου στη διατύπωση κατορθωτών στόχων για τη ζωή του, διότι οι κατορθωτοί στόχοι είναι πιο πιθανό να εκπληρωθούν και να φέρουν ταχύτερες ικανοποιητικές αμοιβές.

Παρότρυνση του αρρώστου να φροντίζει την επαρκή διατροφή, την ατομική υγιεινή και την καλή του εμφάνιση. Με σκοπό τη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη νόσησης, την ανύψωση του αισθήματος της αξιοπρέπειας και αυτοεκτίμησης.

Βεβαίωση του αρρώστου ότι υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει από την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό και ότι οι νοσηλευτές θα τον συντροφεύσουν και θα τον βοηθήσουν στην πορεία αυτή.

Έπαινος του αρρώστου για προσπάθειες θετικής αυτοαξιολόγησης, αυτοελέγχου και διαμόρφωσης ρεαλιστικών σκοπών. Τονώνεται το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και της ελπίδας ότι μπορεί να αλλάξει η δυσάρεστη διάθεση του.

Χορήγηση των παραγγελθέντων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με συνέπεια και υπευθυνότητα, καθώς και με εξασφάλιση της θεληματικής συμμόρφωσης του αρρώστου.

Συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένεια του πριν από την έξοδο του από το νοσοκομείο, με σκοπό να κατανοήσουν τις διαπροσωπικές εντάσεις και πώς να τις αντιμετωπίζουν. Μια νοσηλευτική έρευνα, που μελέτησε την ενσωμάτωση της οικογένειας στον προγραμματισμό της μετανοσοκομειακής φροντίδας καταθλιπτικών αρρώστων, διαπίστωσε ότι είχε τα εξής αποτελέσματα: Αύξηση της ικανοποίησης της οικογένειας από τη συνεργασία του αρρώστου, αύξηση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας από τον άρρωστο όταν χρειαζόταν και μεγαλύτερο βαθμό προσαρμογής του αρρώστου στην καθημερινή ζωή (Ραγιά, 2009).

Νοσηλευτική διάγνωση: Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας

Ανεπαρκής ή υπερβολικά αναποτελεσματική ποιότητα κοινωνικής συναλλαγής.

Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες

- Διαταραχή της αυτο-ιδέας (χαμηλή αυτοεκτίμησή και εικόνα του εαυτού).
- Έλλειψη δεξιοτήτων αντιμετώπισης δυσκολιών.
- Απελπισία, αδυναμία, αίσθημα αναξιοσύνης.
- Αρνητικοί γνωστικοί μηχανισμοί (δυσπιστία, αμφιγνωμία, παραληρητικές ιδέες δίωξης).
- Ανεπαρκής γνώση κοινωνικών τρόπων.
- Ιστορικό ψυχοτραυματικών και μη ικανοποιητικών σχέσεων.
- Ανεπαρκής ενεργητικότητα για δημιουργία κοινωνικών σχέσεων.
- Πραγματικές ή νομιζόμενες απώλειες ή στρεσογόνο καταστάσεις (διακοπή μιας σημαντικής σχέσης, αλλαγή ή απώλεια εργασίας / κοινωνικής θέσης, θάνατος αγαπημένου προσώπου, αλλαγή εικόνας σώματος / σωματικής ακεραιότητας, απώλεια οικονομικών πόρων κ.ά.).

- Πρόσφατο ψυχοτραυματικό γεγονός (ασθένεια απειλητική για τη ζωή).
- Απουσία σημαντικών προσώπων ή συνομηλίκων.
- Δυσαρέσκεια ή αλλαγή στην εκπλήρωση ρόλου σε μια σχέση.
- Κοινωνική απομόνωση.

Αποδεικτικά - χαρακτηριστικά στοιχεία

- Ελαττωμένη ή καθόλου συμμετοχή σε δραστηριότητες.
- Αποτυχία συμμετοχής σε συζήτηση με άλλους αρρώστους ή με το προσωπικό.
- Μη ανταπόκριση στις προσπάθειες των άλλων να αρχίσουν συζήτηση ή να τον συμπεριλάβουν σε δραστηριότητες.
- Παραμονή στο δωμάτιο τις περισσότερες ώρες της ημέρας και το βράδυ.
- Έκφραση δυσφορίας στις κοινωνικές περιστάσεις. «Καλύτερα να παραμείνω στο δωμάτιο μου παρά να πάω στην ομαδική συνάντηση». «Μη με ενοχλείτε, θέλω να μείνω μόνος».
- Παρατηρούμενη δυσφορία σε κοινωνικές περιστάσεις (κυρτωμένη στάση, σκυμμένο κεφάλι, αποφυγή οπτικής επαφής, ανησυχία, νευρικότητα).
- Άρνηση / απώθηση επισκέψεων από σημαντικά πρόσωπα.
- Αποτυχία των άλλων αρρώστων όταν ζητούν τη συντροφιά του.
- Απόρριψη από τους άλλους αρρώστους.
- Λεκτική αναφορά ότι είναι ανάξιος για το χρόνο των άλλων και για συντροφιά.
- Ισχυρισμός ότι οι προσπάθειες του για κοινωνικές επαφές αποτυγχάνουν: «Δεν μ' ευχαρίστησαν καθόλου οι δραστηριότητες...». Η συνάντηση της κοινότητας στο τμήμα ήταν χαμένη ώρα. Εγώ είμαι διαφορετικός».
- Έκφραση ανικανότητας να επιτύχει ένα αμοιβαίο αίσθημα αποδοχής, ενδιαφέροντος ή κατανόησης δια μέσου κοινωνικών επαφών. «Δεν τα πήγα καθόλου καλά... Δεν υπήρχε κατανόηση μεταξύ μας... Η συνομιλία μας ήταν χαμένος χρόνος».
- Άρνηση δημιουργίας μιας θεραπευτικής συμμαχίας με το προσωπικό.
- Εκδήλωση δυσφορίας και αντίστασης όταν επικοινωνεί με το προσωπικό.

Νοσηλευτικοί σκοποί / Κριτήρια αξιολόγησης νοσηλευτικών παρεμβάσεων

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο να εκδηλώνεται ως εξής:

- Συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό.
- Αρχίζει να επικοινωνεί με συνασθενείς και το προσωπικό.

- Συμμετέχει ενεργητικά σε ομαδικές δραστηριότητες.
- Δείχνει άνεση, ικανοποίηση και ευχαρίστηση όταν επικοινωνεί με άλλους (επαφή με το βλέμμα, βελτιωμένο συναίσθημα, νηφάλιες απαντήσεις).
- Εκδηλώνει συνειδητοποίηση ατομικών προβλημάτων που δυσκόλευαν την επικοινωνία του με άλλους.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Συχνές και σύντομες συναντήσεις (5'-10') με τον άρρωστο στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Οι συχνές και σύντομες επαφές ελαχιστοποιούν το άγχος και για τον άρρωστο και για τον νοσηλευτή.
2. Προειδοποίηση του αρρώστου πότε και για πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Οι συγκεκριμένες προσδοκίες ελαττώνουν το άγχος. Το πρόγραμμα παρέχει δομή και σκοπό στα κενά χρονικά διαστήματα.
3. Συνέπεια του νοσηλευτή στην ώρα της συνάντησης και παραμονή κοντά στον άρρωστο όλη την ώρα της υπόσχεσης και όταν ακόμη αυτός δεν μιλά και δεν ανταποκρίνεται στην παρουσία του νοσηλευτή. Η σταθερότητα και η αξιοπιστία θεμελιώνει την εμπιστοσύνη. Ο άρρωστος αισθάνεται τη νοσηλευτική προσοχή χωρίς να προσπαθεί για να την κερδίσει. Όταν ο νοσηλευτής δεν έρχεται στην ώρα του ή δεν παραμένει όση ώρα είχε υποσχεθεί, ο καταθλιπτικός μπορεί να πάρει το ζήτημα προσωπικά και να σκεφθεί ότι δεν είναι άξιος προσοχής.
4. Παραμονή δίπλα στον άρρωστο και όταν δεν μιλά, με σιωπή για μικρά διαστήματα. Η παρουσία και το ενδιαφέρον του νοσηλευτή τον βεβαιώνει ότι τον θεωρεί πρόσωπο με αξία.
5. Όταν ο άρρωστος παρουσιάζει αλαλία (σιωπηλότητα, βωβότητα), ο νοσηλευτής μπορεί να σχολιάσει κάτι που βλέπει, π.χ. τα πολλά καινούργια κάδρα στον τοίχο ή τα καινούργια παπούτσια του αρρώστου. Όταν ο άρρωστος δεν είναι ακόμη έτοιμος για να μιλήσει, οι απευθείας ερωτήσεις ενδέχεται να αυξήσουν το άγχος του ενώ σχόλια για αντικείμενα του περιβάλλοντος τον επαναφέρουν στην πραγματικότητα.
6. Χρήση συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση.
7. Διάθεση αρκετού χρόνου στον άρρωστο για να απαντήσει. Η βραδεία σκέψη χρειάζεται χρόνο να διατυπώσει κάποια απάντηση.

8. Προσεκτική ακρόαση υπονοούμενων μηνυμάτων και απευθείας ερώτηση για τυχόν σχέδιο αυτοκτονίας. Οι άνθρωποι συχνά αισθάνονται ανακούφιση και ελάττωση των αισθημάτων μοναξιάς, όταν εξωτερικεύουν τις σκέψεις αυτοκτονίας.
9. Διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Τα συναισθήματα που συναντούν κατανόηση, μπορούν να βοηθήσουν στην ελάττωση της μοναξιάς και απομόνωσης και διευκολύνουν την παραπέρα εξωτερίκευση πιο οδυνηρών συναισθημάτων, για να συντελεσθεί η θεραπεία.
10. Αποφυγή εκδηλώσεων όπως είναι τα γέλια, τα αστεία και η υπερβολική ευθυμία. Η εύθυμη στάση του νοσηλευτή αυξάνει τα αισθήματα αποξένωσης και απομόνωσης του αρρώστου με τη σύγκριση των αντιθέσεων, πόσο χαρούμενος είναι ο νοσηλευτής και πόσο λυπημένος ο ίδιος.
11. Αποφυγή εκφράσεων όπως: «τα πράγματα θα διορθωθούν.....», «Ο καθένας μας μελαγχολεί κάποτε – κάποτε». Αυτά τείνουν να ελαχιστοποιούν τη σοβαρότητα του καταθλιπτικού συναισθήματος του αρρώστου και μπορεί να αυξήσουν μέσα του την ενοχή και αναξιότητα αφού δεν είναι σε θέση ο ίδιος να βγει από την κατάσταση όπου βρίσκεται.
12. Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση. Ο θυμός του αρρώστου να μη θεωρείται προσωπική επίθεση κατά του νοσηλευτή. Η λογομαχία ή η αυτο-υπεράσπιση συντελούν μόνο στην ελάττωση της αυτοεκτίμησης και του αρρώστου και του νοσηλευτή.
13. Ενθάρρυνση του αρρώστου να εξωτερικεύσει λεκτικά το θυμό του. Η λεκτική έκφραση δύσκολων συναισθημάτων ίσως να ελαττώσει την ανάγκη εκδήλωσης τους με ανεύθυνες πράξεις και ακατάλληλους τρόπους. Αν ο θυμός του αρρώστου είναι δικαιολογημένος, ο νοσηλευτής πρέπει να παραδεχθεί ότι έγινε λάθος. Η στάση αυτή ενθαρρύνει την κατάλληλη εξωτερίκευση του θυμού και αποθαρρύνει την εσωτερίκευση και τη στροφή του προς το ίδιο το εγώ.
14. Αποφυγή χρησιμοποίησης εκφράσεων αξιολογικής κριτικής. Π.χ. «φαίνεσθε πιο καλός σήμερα» ή «μ' αρέσει το σημερινό σας χτένισμα». Διότι το καταθλιπτικό άτομο βλέπει την αρνητική πλευρά κάθε πράγματος. Π.χ. Μπορεί να ερμηνεύσει τα σχόλια ως εξής: «Δεν ήμουν καλός χθες. Αν χτενισθώ αλλιώς μπορεί να μην αρέσει στον νοσηλευτή». Είναι καλύτερο να πει ο νοσηλευτής: «φοράτε ένα καινούργιο πουκάμισο σήμερα» ή «αλλάξατε το χτένισμα σας». Τα ουδέτερα προλαμβάνουν τις αρνητικές ερμηνείες.

15. Βαθμιαία ενσωμάτωση του αρρώστου σε συζητήσεις με άλλους αρρώστους και σε ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο ανοχής του. Ενθάρρυνση τηλεφωνημάτων και επισκέψεων με υποστηρικτικά σημαντικά πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι). Επιδοκιμασία των προσπαθειών του. Όλα αυτά ενεργούν ως θετικοί ενισχυτές του αισθήματος της προσωπικής αξίας του αρρώστου και της ικανοποίησης από τις κοινωνικές επαφές. Μέσα στην ομάδα ο άρρωστος θα δοκιμάσει την υποστήριξη από τους άλλους, θα μάθει κοινωνικούς τρόπους και θα ανακαλύψει ότι τα προβλήματα και οι ανησυχίες του είναι παρόμοια με εκείνα των άλλων.
16. Συνεχής εκτίμηση της αυτοκτονικής διάθεσης του αρρώστου για πρόληψη βλάβης ή και θανάτου.
17. Διδασκαλία του αρρώστου πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του και τις ικανότητές του. Η πιο ρεαλιστική θεώρηση του εαυτού αυξάνει την εμπιστοσύνη και την κλίση του προς κοινωνικές επαφές (Ραγιά, 2009).

5.4. Νοσηλευτικές ευθύνες στη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για τα ανυψώσουν τη διάθεση και να ανακουφίσουν άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης. Δρουν στον εγκέφαλο και προκαλούν αύξηση της συγκέντρωσης νορεπινεφρίνης και σερετονίνης στον οργανισμό. Δεν θεραπεύουν τα υποκείμενα αίτια της κατάθλιψης, αλλά καλύπτουν τα

συμπτώματα και μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής. Χορηγούνται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι καθώς δρουν τα φάρμακα αυτά και αρχίζει να ανυψώνεται βελτιώνεται η διάθεση, το άτομο έχει αυξημένη ενεργητικότητα. Τότε ακριβώς υπάρχει κίνδυνος να πραγματοποιήσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας.

Η πιθανότητα αυτοκτονίας αυξάνει καθώς ελαττώνεται το επίπεδο της κατάθλιψης.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται πιο συχνά για την κατάθλιψη είναι:

- Τρικυκλικά - Amitriptyline (π.χ. clavil), Imipramine (π.χ. tofranil).
- Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης - AMAO - Phenelzine (π.χ. nardil).
- Τετρακυκλικά - Maprotiline (π.χ. ludiomil).
- Άλλα - Tragodone (π.χ. desyrel).

Παρενέργειες των φαρμάκων και νοσηλευτικές ευθύνες

1. Αντιχολινεργικές αντιδράσεις.
2. Ξηροστομία. Αντιμετωπίζεται με άγλυκες καραμέλες, παγάκια, μάσημα τσίχλας, συχνές μικρές λήψεις υγρών και αυστηρή υγιεινή στόματος.
3. Θαμπή όραση. Το άτομο καθησυχάζεται ότι η παρενέργεια αυτή θα υποχωρήσει σε λίγες εβδομάδες.
4. Δυσκοιλιότητα. Λήψη τροφών με άφθονες ίνες. Αύξηση της σωματικής άσκησης και λήψη πολλών υγρών.
5. Κατακράτηση ούρων. Διδασκαλία του αρρώστου να μετρά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του και να τα αναφέρει στον νοσηλευτή.
6. Καταστολή. Ρύθμιση της λήψης των φαρμάκων πριν από την κατάκλιση για ύπνο. Συνεργασία με τον γιατρό για ελάττωση της δοσολογίας ή την αντικατάσταση του φαρμάκου με άλλο ελαφρότερο. Διδασκαλία του αρρώστου να μη οδηγεί αυτοκίνητο και να μη χειρίζεται επικίνδυνα μηχανήματα ή εργαλεία όταν έχει πάρει ηρεμιστικά φάρμακα.
7. Ορθοστατική υπόταση. Ενημέρωση του αρρώστου να σηκώνεται αργά από το κρεβάτι ή την πολυθρόνα. Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε ξαπλωμένη και όρθια στάση για έγκαιρη επισήμανση μεγάλων διαφορών στις τιμές.
8. Αύξηση ευαισθησίας για εμφάνιση επιληπτικών σπασμών. Ιδιαίτερη παρακολούθηση του αρρώστου με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου. Ετοιμότητα για νοσηλευτική παρέμβαση σε περίπτωση σπασμών.
9. Ταχυκαρδία, αρρυθμίες. Συστηματική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και των σφύξεων. Συζήτηση τυχόν σημαντικών αλλαγών με τον γιατρό.
10. Υπερτασική κρίση (παρενέργεια των αναστολέων της MAO). Συμβαίνει αν το άτομο που κάνει θεραπεία με AMAO (πχ. marplan, nardil, parnate) χρησιμοποιεί τροφές που περιέχουν τυραμίνη. Τέτοιες τροφές είναι τα οينوπνευματώδη ποτά, τυρί, γιαούρτι, μπανάνες, σοκολάτες, αβοκάντο, γλυκόριζα, σταφίδες, παστή ρέγγα κ.ά. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν έντονη κεφαλαλγία, ταχυπαλμία, ναυτία εμετούς, αυχενική δυσκαμψία, σημαντική αύξηση της Α.Π., στηθαγχικό πόνο, εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο ή και κώμα. Η θεραπεία της υπερτασικής κρίσης συνίσταται στη διακοπή του φαρμάκου και χορήγηση αντί υπερτασικού φαρμάκου που δρα άμεσα, κατά την ιατρική οδηγία. Διδασκαλία του αρρώστου ποιες τροφές να αποφεύγει κατά το διάστημα θεραπείας με αναστολείς της MAO.

Αντενδείξεις χορήγησης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Υπερευαισθησία, καρδιαγγειακό νόσημα, διαταραχή νεφρικής ή ηπατικής λειτουργίας, ταυτόχρονη λήψη περισσότερων από ένα αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Τονίζεται ότι οι γενικές νοσηλευτικές αρχές και ευθύνες κατά τη χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων, ισχύουν και στην περίπτωση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Ραγιά, 2009).

5.5. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη χορήγηση προγεστερόνης

- **Ενέσεις**

Οι ενέσεις πρέπει να γίνονται στο γλουτό, οπουδήποτε υπάρχει έστω και λίγο ψαχνό, επειδή μεταξύ των μυϊκών ιστών των γλουτιαίων μυών υπάρχουν συλλογές λιποκυττάρων. Η προγεστερόνη, που διαλύεται στο λίπος, απορροφάται από τα λιποκύτταρα και στη συνέχεια περνάει στο αίμα.

Οι ενέσεις δεν πρέπει ποτέ να γίνονται στον μηρό ή στο δελτοειδή, όπου δεν υπάρχουν λιποκύτταρα αναμειγμένα με τους μυϊκούς ιστούς.

Οι ενέσεις δεν πρέπει ποτέ να γίνονται σε περιοχή κόκκινη, ζεστή και σκληρή, σημάδι ότι το λίπος από προηγούμενη ένεση δεν έχει απορροφηθεί πλήρως. Αν και οι δυο γλουτοί πονάνε, μπορεί να πρέπει να χρησιμοποιηθούν υπόθετα για λίγες ημέρες.

- **Υπόθετα**

Τα υπόθετα πρέπει να εισαχθούν από το ορθό ή κολπικά. Αποτελούνται από προγεστερόνη που έχει διαλυθεί σε κερί, το κερί λιώνει σε θερμοκρασία σώματος απελευθερώνοντας την προγεστερόνη που περνά μέσα από μεμβράνη. Το κερί αποβάλλεται στα κόπρανα ή από τον κόλπο.

Αν χρησιμοποιηθούν κολπικά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια σερβιέτα για είκοσι λεπτά κι έτσι ότι κερί απομείνει στο αιδοίο μπορεί να καθαριστεί και να απομακρυνθεί χωρίς άλλο πρόβλημα.

Η χρήση ταμπόν την ώρα της εισαγωγής του υπόθετου θα πρέπει να αποφεύγεται, καθώς το ταμπόν απορροφά και την προγεστερόνη.

Κάθε φορά θα πρέπει να εισάγεται μόνο ένα υπόθετο, γιατί αν εισαχθούν δυο ταυτόχρονα, το πολύ κερί εμποδίζει την πλήρη απορρόφηση της προγεστερόνης. Αν είναι απαραίτητο, μπορεί να εισαχθεί ένα δεύτερο υπόθετο, μετά από ένα διάστημα 2 ωρών, ή να εισαχθούν ταυτόχρονα δυο κολπικά και από το ορθό.

5.6. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Προ της θεραπείας

1. Καταγραφή ζωτικών σημείων.
2. Καθησύχαση της ασθενούς.
3. Κένωση της ουροδόχου κύστης λίγο πριν την θεραπεία.
4. Τοποθέτηση της ασθενούς σε κρεβάτι με ασφάλεια.
5. Αφαίρεση τυχόν κοσμημάτων, φακών επαφής, τεχνητής οδοντοστοιχίας.
6. Λούσιμο τριχωτού κεφαλής, για καλύτερη διόδο ηλεκτρικού ερεθίσματος.
7. Τοποθέτηση ορού για διατήρηση ανοιχτής φλεβικής γραμμής.
8. Τοποθέτηση λάστιχου στα δόντια, για προστασία αυτών.
9. Τοποθέτηση μανόμετρου για λήψη ζωτικών σημείων και αν χρειασθεί, για αποκλεισμό του ενός άνω άκρου.

Κατά την θεραπεία

1. Συνεχής παρατήρηση της συσκευής της ΗΣΘ, για επίτευξη ασφάλειας και αποφυγή τυχόν τραυματισμού.
2. Καταγραφή του χρόνου παρεχόμενου ερεθίσματος.

Μετά την θεραπεία

1. Αφαίρεση μανόμετρου για καλύτερη κυκλοφορία αίματος.
2. Λήψη ζωτικών σημείων ανά 1-2 λεπτά, για τα πέντε πρώτα λεπτά, έως ότου η αρτηριακή πίεση επιστρέψει, στα φυσιολογικά, για τον ασθενή επίπεδα.
3. Απομάκρυνση συσκευών ΗΕΓ-ΗΣΘ και μανόμετρου, προάγοντας τον προσανατολισμό και την άνεση της ασθενούς.
4. Περιορισμός της ανησυχίας της ασθενούς, προσφωνώντας την με το όνομά της και προσανατολίζοντάς την.
5. Περιορισμός ανησυχίας και φόβου ασθενή με καθησυχασμό της όταν παρατηρείται σύγχυση και αποπροσανατολισμός.
6. Συνεχής παροχή φροντίδας στην ασθενή προκειμένου να διαπιστωθεί η παρουσία ή η απουσία ανεπιθύμητων ενεργειών το χρονικό διάστημα προ και μετά της θεραπείας, χρησιμοποιείται ένας πίνακας όπου καταγράφονται οι νοσηλευτικές παρατηρήσεις (Σταθαρού, 2000).

5.7. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με τάση αυτοκτονίας

Μια πολύ σοβαρή επιπλοκή της επιλόχειας κατάθλιψης, είναι η αυτοκτονία. Η ασθενής μπορεί να φτάσει στο σημείο να θελήσει να βλάψει τον εαυτό της ή ακόμα χειρότερα, να θέσει τέλος στη ζωή της.

Για το λόγο αυτό, θεωρούμε πολύ σημαντικό να αναφερθεί και ο ρόλος του νοσηλευτή στην περίπτωση που η ασθενής εμφανίσει αυτοκτονικές τάσεις και ιδέες.

Ο νοσηλευτής κατά την εκτίμηση του αρρώστου εξετάζει τους εξής παράγοντες: την παρουσία σημείων που υποδηλώνουν τάση αυτοκτονίας, τα μέσα με τα οποία το άτομο ζήτησε βοήθεια, το αυτοκτονικό σχέδιο, την ψυχική του κατάσταση, τα υποστηρικτικά του πρόσωπα και τον τρόπο ζωής του. Στον προγραμματισμό της φροντίδας συμμετέχουν ο ίδιος ο άρρωστος, το προσωπικό του ψυχιατρικού τμήματος και τα σημαντικά πρόσωπα που ενδιαφέρονται. Η φροντίδα επικεντρώνεται στην προστασία του αρρώστου, την αύξηση της αυτοεκτίμησης, την ενίσχυση των προσαρμοστικών μηχανισμών, την αναγνώριση του υποκειμένου προβλήματος, την ενεργοποίηση του περιβάλλοντος και την εκπαίδευση του αρρώστου.

Νοσηλευτική εκτίμηση

Χαρακτηριστικά - αποδεικτικά στοιχεία της αυτοκτονικής διάθεσης του αρρώστου

Ο άρρωστος:

- Έχει ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας.
- Μιλά για θάνατο, αυτοκτονία, επιθυμία να είχε πεθάνει και φαίνεται σκυθρωπός και σκεπτικός.
- Κάνει ερωτήσεις που δείχνουν σκέψεις ή σχέδια αυτοκτονίας, π.χ. «Πόσο χρόνο μπορούν να μείνουν οι άρρωστοι μόνοι, χωρίς να κυκλοφορεί ανάμεσα τους το προσωπικό;», «Πόσα χάπια σαν αυτά που παίρνω μπορούν να σκοτώσουν ένα άνθρωπο;», «Αν κάποιος πηδήξει απ' αυτό το παράθυρο θα σκοτωθεί αμέσως;».
- Ανησυχεί ότι δεν μπορεί να κοιμηθεί και φοβάται το σκοτάδι της νύκτας.
- Φαίνεται καταθλιπτικός και κλαίει συχνά.
- Απομονώνεται από τους άλλους ιδιαίτερα σε μοναχικούς χώρους ή πίσω από κλειδωμένες πόρτες.
- Δείχνει ανήσυχος και απελπισμένος.
- Φαντάζεται ότι έχει σοβαρή αρρώστια, όπως καρκίνο ή AIDS και μπορεί να θέλει να τερματίσει την ταλαιπωρία για τον εαυτό του και τους δικούς του.

- Εκφράζει βαθειά ενοχή για πραγματική ή φανταστική του πράξη και αισθάνεται ότι δεν αξίζει να ζει.
- Διαδίδει ότι είναι τιμωρημένος, ότι βασανίζεται ή καταδιώκεται.
- Ακούει φωνές (ίσως να τον προτρέπουν να σκοτώσει τον εαυτό του).
- Ξαφνικά φαίνεται πολύ ευτυχισμένος ή ανακουφισμένος χωρίς φανερή αιτία μετά από μεγάλη περίοδο κατάθλιψης (ίσως να είναι σημείο ότι η αμφιθυμία να αυτοκτονήσει ή όχι, ανακουφίστηκε με την απόφαση να το κάνει).
- Συλλέγει αντικείμενα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης, π.χ. τενεκεδένια κουτιά, σπόγγους, κορδόνια παπουτσιών, ζώνες. Μοιράζει τα ατομικά του είδη.

Νοσηλευτικοί σκοποί, αρχές και παρεμβάσεις

Νοσηλευτικός σκοπός: Πρόληψη αυτοκτονίας

Αρχές και παρεμβάσεις

Ο άρρωστος πρέπει να προστατευθεί για να μη βλάψει τον εαυτό του. Δίδεται προτεραιότητα σε ενέργειες που σώζουν τη ζωή.

Στενή παρακολούθηση, απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων, δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος και εκπλήρωση των βασικών αναγκών του.

Αύξηση της αυτοεκτίμησης τον αρρώστου. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά αντανακλά υποκείμενη κατάθλιψη σχετιζόμενη με χαμηλή αυτοεκτίμηση και θυμό που στρέφεται προς το ίδιο το πρόσωπο.

Χρειάζεται νοσηλευτική εκτίμηση των θετικών χαρακτηριστικών του αρρώστου, παρότρυνση να συμμετέχει σε δραστηριότητες που προτιμά και τις εκπληρώνει πολύ καλά, ενθάρρυνση της ατομικής υγιεινής και αυτο-φροντίδας, προώθηση υγιών διαπροσωπικών σχέσεων.

Ενίσχυση προσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης προβλημάτων. Οι δυσπροσαρμοστικοί μηχανισμοί πρέπει να αντικατασταθούν με θετικούς και αποτελεσματικούς στο χειρισμό του στρες και του άγχους. Ο νοσηλευτής βοηθάει τον άρρωστο να αναγνωρίζει τους νοσηρούς μηχανισμούς και να βρίσκει εναλλακτικούς τρόπους λύσης των προβλημάτων του. Αμείβει με επιδοκιμασία τις θετικές προσπάθειες.

Νοσηλευτικός σκοπός: Αποδοχή βοήθειας από την οικογένεια και κοινωνικά υποστηρικτικά συστήματα

Αρχές και παρεμβάσεις

Κινητοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης. Η κοινωνική απομόνωση οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη που διατηρούν την αυτο-καταστροφική συμπεριφορά. Γι' αυτό παροτρύνονται τα σημαντικά πρόσωπα για τον άρρωστο να επικοινωνούν μαζί του οικοδομητικά. Ενισχύονται οι θερμές και στενές οικογενειακές σχέσεις. Εντοπίζονται σχετικές βοηθητικές κοινωνικές υπηρεσίες και παραπέμπεται σ' αυτές ο άρρωστος.

Ο άρρωστος και τα σημαντικά του πρόσωπα πρέπει να εκπαιδευθούν για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας που διαπιστώθηκαν. Η κατανόηση του προγράμματος φροντίδας υγείας και η συμμετοχή σ' αυτό προάγει τη συμμόρφωση. Ο νοσηλευτής σχεδιάζει τη φροντίδα του αρρώστου με τον ίδιο και τα σημαντικά του πρόσωπα.

Εξηγεί τα φάρμακα που παραγγέλθηκαν και πώς πρέπει να αντιμετωπίζονται οι ανάγκες του που επισημάνθηκαν. Απαντά σε απορίες τους και τροποποιεί το σχέδιο φροντίδας, ανάλογα με τις μεταβολές στην κατάσταση του αρρώστου.

Ειδικές οδηγίες νοσηλευτικής φροντίδας αυτοκτονικού αρρώστου

- Λαμβάνεται κάθε απειλή στα σοβαρά. Αξιολογείτε την απειλή πριν την παραμερίσετε.
- Μιλάτε για την αυτοκτονία ανοικτά και απευθείας ερώτηση γι' αυτή δεν θα βάλει την ιδέα στο μυαλό του αρρώστου.
- Εφαρμόζετε προφυλακτικά μέτρα κατά της αυτοκτονίας του μεταξύ άλλων περιλαμβάνουν έλεγχο του αρρώστου κάθε 15' ή ζήτηση απ' αυτόν να παραμένει σε κοινούς χώρους.
- Αναμένετε ότι θα αισθανθεί ο άρρωστος ντροπή και βοηθείστε τον να αποδεχθεί τον εαυτό του.
- Απομακρύνετε τον άρρωστο από άμεσο κίνδυνο με αφαίρεση φαρμάκων ή άλλων βλαπτικών ειδών από την κατοχή του ή μετακινήστε τον ίδιο σε ασφαλές περιβάλλον.
- Ανακουφίστε την έκδηλη δυσφορία. Μήπως ο άρρωστος χρειάζεται ένα μπάνιο, καθαρά ρούχα, φαγητό, ύπνο;
- Βρείτε ποια είναι η πιο πιεστική ανάγκη του αρρώστου κατά τη γνώμη του. Ίσως είναι να δει κάποιο φιλικό πρόσωπο ή μέλος της οικογένειάς του ή να συνεννοηθεί με κάποιον για να παραλάβει τα παιδιά του απ' το σχολείο.
- Κρατήστε στάση όχι κατάκρισης αλλά ενδιαφέροντος, που δεν προ- καλεί τον άρρωστο να οικτίρει τον εαυτό του. Ρωτήστε γιατί ο άρρωστος διάλεξε να

αυτοκτονήσει την ιδιαίτερη αυτή στιγμή. Η απάντηση θα χύσει φως στη σημασία που έχει η αυτοκτονία για τον άρρωστο και ίσως δώσει πληροφορίες που οδηγούν σε κάποιες βοηθητικές παρεμβάσεις.

- Φροντίζετε την ασφάλεια του αρρώστου με στενή παρατήρηση και προσεκτική παρακολούθηση. Ελέγχετε συχνά την ασφάλεια του περιβάλλοντος. Ερευνάτε το δωμάτιο του αρρώστου, ιδιαίτερα αν ο αυτοκτονικός ιδεασμός ή η απόπειρα εκδηλώθηκαν μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο.
- Έχετε υπόψη ότι σε καμιά περίπτωση δεν απαλλάσσετε από την υποχρέωση να συμπεριφέρεστε με ευγένεια, διάκριση και σεβασμό προς τον άρρωστο ως πρόσωπο και να ζητάτε την άδεια του για έλεγχο των ατομικών του πραγμάτων.
- Αποφασίστε με τους συνεργάτες σας αν θα ζητήσετε από τον άρρωστο να κάνετε συμβόλαιο μη διάπραξης αυτοκτονίας. Τοποθετήστε τον άρρωστο σε δωμάτιο προσιτό για εύκολη παρατήρηση, δηλαδή κοντά στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και μαζί με ένα ακόμη άρρωστο.
- Προσέχετε να μη ενθαρρύνετε συμπεριφορά του προσωπικού που ελαττώνει αστήρικτα την ένταση της προσοχής. Κάποτε το προσωπικό έκρυψε τα παπούτσια του αρρώστου και χαλάρωσε τους ελέγχους ασφαλείας με την υπόθεση ότι χωρίς παπούτσια δεν θα φύγει ο άρρωστος από το τμήμα. Κι όμως έφυγε κι έπαθε μάλιστα εκδορές και τραύματα και στα δύο του πόδια.
- Οργανώστε σχέδιο φροντίδας για τον άρρωστο. Συζητήστε όλα τα σοβαρά προβλήματα. Ιεραρχήστε τα και κάνετε κατάλογο εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης για κάθε πρόβλημα. Γράψτε το σχέδιο σημειώνοντας ποιος είναι υπεύθυνος και για ποιες ενέργειες.
- Μη δίνετε υπερβολικές υποσχέσεις. Π.χ. «Μην ανησυχείτε, δεν θα σας αφήσω να σκοτώσετε τον εαυτό σας». Να είστε ειλικρινής αλλά και να δίνετε ελπίδα. Οι μη ρεαλιστικές υποσχέσεις ελαττώνουν την αξιοπιστία του νοσηλευτή.
- Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να συνεχίζει τις καθημερινές δραστηριότητες και την αυτοφροντίδα όσο πιο πολύ μπορεί. Αναθέτετε σ' αυτόν εργασίες που αποσπούν την προσοχή χωρίς να τον κουράζουν. Αποφασίστε μαζί με τον άρρωστο, με ποια μέλη της οικογένειας και φίλους θα έρχεται σε επαφή.
- Ετοιμασθείτε να αντιμετωπίσετε τα μέλη της οικογένειας που ίσως είναι συγχυτικά, θυμωμένα ή αδιάφορα.

- Προσπαθείτε να κρατάτε ουδετερότητα και μη κάνετε υποθέσεις για τη συμπεριφορά της οικογένειας.
- Αξιολογείτε την ανάγκη του αρρώστου για λήψη φαρμάκων και συνεργάζεσθε γι' αυτό με τον γιατρό.
- Συζητάτε το σχέδιο φροντίδας που καταστρώσατε μαζί με τον άρρωστο και προγραμματίζετε τη συνέχιση της παρακολούθησης. Εξετάζετε τα δικά σας συναισθήματα για τον άρρωστο και πώς επηρεάζουν την κλινική σας εργασία.
- Συνεργάζεσθε με όλα τα μέλη της ομάδας ψυχικής υγείας για την ολόπλευρη εκτίμηση των προβλημάτων. Ο νοσηλευτής δεν γνωρίζει πάντα όλα τα στοιχεία του γρίφου.
- Κάνετε σωματική εξέταση του αρρώστου. Μια άρρωστη είχε τραυματίσει το σώμα της σοβαρά πριν έλθει στο νοσοκομείο, αλλά αυτό δεν ανακαλύφθηκε μέχρι την ημέρα που της έγινε σωματική εξέταση.
- Φανταστείτε ότι οι άνθρωποι μπορούν να αυτοκτονήσουν χρησιμοποιώντας κορδόνια παπουτσιών, ζώνες, επιδέσμους, καλώδια, εργαλεία κ.ά. Γρηγορείτε! Ξυράφια έχουν βρεθεί μέσα σε βιβλία. Τα σπέρτα εύκολα κρύβονται. Τα χάπια κρύβονται με πλαστικό περιτύλιγμα μέσα σ' ένα κομμάτι κέικ. Λάμπες φωτισμού μπορεί να σπασθούν και χρησιμοποιηθούν για αυτοτραυματισμό όπως και το σπирάλ του μπλοκ των σημειώσεων. Οι άρρωστοι ενδέχεται να πνιγούν στη μπανιέρα, να βάλουν φωτιά στον εαυτό τους ή να καταπιούν χλωρίνη βρίσκοντας την στο τροχοφόρο του προσωπικού καθαριότητας.

Στο νοσηλευτικό τμήμα κύριος σκοπός αντιμετώπισης του αυτοκτονικού αρρώστου είναι η διάσωση της ζωής του. Αν και το προσωπικό μπορεί να είναι άριστο στις τεχνικές παρεμβάσεις, είναι δυνατό όμως να αισθανθεί ή και να εκφράσει περιφρόνηση για το άτομο που επανέλαβε την απόπειρα και μάλιστα όχι με σοβαρό τρόπο. Ο άρρωστος χρειάζεται μη τιμωρητική προσέγγιση και ομαλή μεταφορά σε άλλες υπηρεσίες. Το να τον αφήσει κανείς μόνον ή κοντά σε βλαβερά αντικείμενα είναι κίνδυνος που πρέπει να αποφεύγεται, ιδιαίτερα σ' ένα πολυάσχολο τμήμα.

Καλό είναι να υπάρχει σε κάθε ψυχιατρικό τμήμα ένα πρωτόκολλο προφυλακτικών μέτρων για τους αυτοκτονικούς αρρώστους, όπως αυτό που ακολουθεί.

Πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου

1. Παραμονή του αρρώστου στο δωμάτιο με την πόρτα ανοικτή, εκτός αν συνοδεύεται από μέλος του προσωπικού ή της οικογένειας. Ο άρρωστος μπορεί να χρησιμοποιεί την τουαλέτα μόνος του.
2. Έλεγχος των κινήσεων του αρρώστου κάθε 15'. Τσεκάρισμα κάθε ελέγχου ασφάλειας σε ειδικό δελτίο αναρτημένο στην πόρτα του αρρώστου.
3. Προσωπική παρατήρηση του αρρώστου όταν καταπίνει τα φάρμακα του.
4. Έρευνα στα ατομικά του πράγματα για πιθανή ύπαρξη βλαβερών αντικειμένων, επί παρουσία του και με τη βοήθεια του.
5. Έλεγχος των ειδών που φέρνουν οι επισκέπτες.
6. Άδεια να έχει ο άρρωστος κανονικό δίσκο φαγητού, αλλά έλεγχος κατά πόσο τα γυάλινα ή άλλα σκεύη λείπουν όταν επιστρέφεται ο δίσκος.
7. Χορήγηση άδειας να έρχονται επισκέπτες και να γίνονται τηλεφωνήματα, εκτός αν επιθυμεί διαφορετικά ο άρρωστος.
8. Το πρόγραμμα προφύλαξης μπορεί να αρχίσει χωρίς την ιατρική οδηγία αλλά η ζήτηση της συμβουλής του ψυχιάτρου πρέπει να γίνει το συντομότερο.
9. Τήρηση του πρωτοκόλλου μέχρι κατάργησής του από τον ψυχίατρο σε συνεργασία με τον υπεύθυνο νοσηλευτή.
10. Πληροφόρηση του αρρώστου για τους λόγους και τις λεπτομέρειες αυτή πρέπει να δίδεται από τον νοσηλευτή και τον γιατρό καινά τεκμηριώνεται στο ατομικό δελτίο του αρρώστου.

Τελειώνοντας τονίζεται ότι η νοσηλευτική δεν ενδιαφέρεται μόνο για την παρεμπόδιση της πράξης της αυτοκτονίας ώστε να παραταθεί η ζωή της ασθενούς, αλλά αποβλέπει στη διεύρυνση όσο είναι δυνατό του ορίζοντα της ζωής. Επιδιώκει τη βοήθεια του ατόμου να ευρύνει τον τρόπο θεώρησης των προβλημάτων του και να αντιληφθεί ότι υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις. Το ενισχύει ηθικά να ξαναβρεί την ελπίδα, να ανανεώσει τις αξίες και τους σκοπούς της ζωής του, να αναγεννηθεί και να εμπνευσθεί από νέο πνεύμα (Ραγιά, 2009).

6.1. Κλινική περίπτωση Α

Όνομα ασθενούς : Ε.Δ.

Ημερομηνία Γέννησης : 6/7/1980

Ηλικία : 32 ετών

Διάγνωση : Επιλόχεια Κατάθλιψη

Ημερομηνία Εισαγωγής : 15/11/2012

Η Ε. και ο σύζυγός της αποφάσισαν να κάνουν προσπάθειες για να αποκτήσουν παιδί με πολύ χαρά και μεγάλο ενθουσιασμό. Εξαιτίας δυσκολιών που αντιμετώπισε η Ε., πήρε φαρμακευτική αγωγή για υποβοήθηση και αμέσως έμεινε έγκυος. Στην αρχή της κύησης αγχώθηκαν, αλλά μετά ένιωθαν πολύ ευτυχισμένοι. Καταπιάστηκαν με ετοιμασίες για το παιδικό δωμάτιο και για όλο το σπίτι, ώστε να υποδεχτούν το παιδί. Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός εξελίχθηκαν πολύ καλά. Η Ε. είχε μελετήσει αρκετά βιβλία για την εγκυμοσύνη και την ανατροφή του παιδιού και ένιωθε έτοιμη να φροντίσει ένα αβοήθητο πλάσμα που θα έφερνε στη ζωή. Δεν είχε, όμως, καθόλου προετοιμαστεί για συναισθήματα θλίψης και απουσίας ενδιαφέροντος προς το παιδί, ούτε και για τον πανικό που άρχισε να νιώθει. Στο μαιευτήριο είχε κάποια ξεσπάσματα κλάματος που διαρκούσαν ακόμα και μια ολόκληρη ώρα. Δεν είχε όρεξη για να φάει οτιδήποτε και υπέφερε από έντονους και διαρκείς πονοκεφάλους.

Κατά τη διάρκεια της ημέρας η Ε. φρόντιζε το παιδί μηχανικά και όταν το παιδί κοιμόταν προσπαθούσε μάταια να κοιμηθεί και η ίδια. Τη στιγμή που ξάπλωνε της έρχονταν στο μυαλό χιλιάδες πράγματα που είχε να κάνει και την έπιανε πανικός με αποτέλεσμα να μην μπορεί να κοιμηθεί και να νιώθει συνέχεια κουρασμένη και εξαντλημένη. Έκλαιγε ανεξέλεγκτα και ένιωθε ότι έχει αποτύχει πλήρως. Δεν μπορούσε να καταλάβει γιατί ένιωθε τόσο δυστυχισμένη, τη στιγμή που οι μαμάδες υποτίθεται ότι είναι ευτυχισμένες με την έλευση του μωρού τους.

Όλα αυτά τα συμπτώματα διήρκεσαν για έναν περίπου μήνα. Μια μέρα που ο σύζυγος ετοιμαζόταν να φύγει για τη δουλειά του, η Ε. κατέρρευσε και άρχισε να τον παρακαλάει να

μη φύγει, κλαίγοντας. Ένιωθε ότι δεν άντεχε πια. Η απομόνωση, το άγχος και η κατάθλιψη την είχαν φτάσει πλέον σε οριακή κατάσταση. Η ασθενής εισήλθε στο τμήμα ψυχικής υγείας και υποστήριξης της Μαιευτικής / Γυναικολογικής Κλινικής Μητέρα και ξεκίνησε αμέσως φαρμακευτική αγωγή και ψυχολογική υποστήριξη. Η ίδια περιγράφει ότι βοηθήθηκε πολύ από αυτές τις παρεμβάσεις. Νιώθει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και έχει θέσει τα όριά της σε αρκετές καθημερινές καταστάσεις. Μερικές φορές έχει ξεσπάσματα κλάματος, τα οποία, όμως, συνιστούν μια διαδικασία εκτόνωσης της έντασης, και δεν έχουν καμία σχέση με το προηγούμενο καταθλιπτικό συναίσθημα. Τέλος, βελτιώθηκε ο ύπνος της. Η ασθενής πήρε εξιτήριο από την κλινική στις 5/12/12 και αφού τις δόθηκαν οι κατάλληλες οδηγίες για το σπίτι, ορίστηκε επανεξέταση μετά από έξι μήνες.

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

- Αναλγητικά φάρμακα (Pethidine 100mg) 1x2
- Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Αμιτριπτυλίνη - Saroten, Ιμιπραμίνη - Tofranil) 1x1
- Ηρεμιστικά φάρμακα - Βενζοδιαζεπίνες (Διαζεπάμη – Stedon tb. 2,5mg) 1x1

ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Αίσθηση πως είναι απελπισμένη και ανήμπορη στο να ανταπεξέλθει στις ευθύνες του νεογέννητου μωρού της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να αισθανθεί η ασθενής σίγουρη για τον εαυτό της και ικανή να φροντίσει την ίδια αλλά και το μωρό της όσο το δυνατόν συντομότερα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ψυχολογική ενίσχυση της ασθενούς ώστε να ελαττωθεί το άγχος και η ανησυχία της και να αυξηθεί η αυτοπεποίθησή της. • Ενημέρωση των συγγενών σχετικά με τους διάφορους τρόπους με τους οποίους θα βοηθήσουν πρακτικά την ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε η ασθενής για το πώς μπορεί να φροντίζει σωστά το μωρό της. • Ενισχύθηκε ψυχολογικά και τονώθηκε το ηθικό της . 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής ένωσε σίγουρη για την ικανότητά της να φροντίσει σωστά το μωρό της. Ακολούθησε και τήρησε τις οδηγίες που τις δόθηκαν από το προσωπικό της κλινικής, έδειξε κατανόηση και υπομονή και έτσι στήριξε ψυχολογικά τον εαυτό της.
<ul style="list-style-type: none"> • Απώλεια όρεξης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να ξεκινήσει πάλι η ασθενής να τρώει μια ισορροπημένη και σωστή διατροφή και όσο το δυνατόν φαγητό της προτίμησης της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργία ενός ατομικού διατροφικού προγράμματος και παροχή συμβουλών σχετικά με ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής ενημερώθηκε για το ότι πρέπει να έχει μια ισορροπημένη διατροφή ειδικά στην περίοδο της λοχεία όπου και διανύει. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενή κατάλαβε το πόσο σημαντικό είναι να τρέφεται σωστά και εφάρμοσε το πρόγραμμα διατροφής που της δόθηκε.
<ul style="list-style-type: none"> • Δυσκολία στον ύπνο και ανησυχία τις νυχτερινές ώρες. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να υπάρχει ένα ήρεμο και χαλαρό περιβάλλον πριν την κατάκλιση και η ασθενής να νιώσει ήρεμη και ασφαλής χωρίς την παρουσία αρνητικών συναισθημάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση ηρεμιστικών και υπνωτικών φαρμάκων τις ώρες που η ασθενής συνηθίζει να ξεκουράζεται. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμόστηκε ψυχοπροφυλακτική ή μέθοδος με τη βοήθεια ειδικού ψυχοθεραπευτή. • Χορηγήθηκε ηρεμιστική φαρμακευτική αγωγή [Stedon tb. 2.5mg 1x2] κάθε βράδυ όσο χρειαστεί, ώστε να μπορέσει να έχει έναν ήρεμο ύπνο. • Χορηγήθηκε αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή [Ιμιπραμίνη και Αμιτριπτυλίνη] 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής ήταν πλέον σε θέση να μπορεί να κοιμάται ήρεμη και χωρίς διακοπές. • Νιώθει πολύ πιο ξεκούραστη και γεμάτη αντοχές ώστε να διεκπεραιώσει όλες τις υποχρεώσεις της μέσα στην ημέρα

ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Σωματική εξάντληση. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενθάρρυνση της ασθενούς να απασχολείται και με άλλες δραστηριότητες που θα την κάνουν να ξεκουράζεται και να ηρεμεί. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ηθική και ψυχολογική τόνωση. • Βοήθεια στο σπίτι από το οικογενειακό περιβάλλον. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παροτρύνθηκε η ασθενής να απολαμβάνει και άλλα πράγματα που την κάνουν να ξεχνιέται και να ξεκουράζεται από την καθημερινότητά της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ξεπέρασε όλες τις σωματικές διαταραχές που την εμπόδιζαν και άρχισε να απολαμβάνει και άλλες δραστηριότητες που την εκφράζουν.
<ul style="list-style-type: none"> • Έντονοι πονοκέφαλοι. 	<ul style="list-style-type: none"> • Διασφάλιση ήρεμου και ζεστού περιβάλλοντος και προσπάθεια να υπάρχουν κάποιες στιγμές μέσα στην ημέρα όπου η ασθενής θα χαλαρώνει. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής με αναλγητικά φάρμακα. • Εξασφάλιση ηρεμίας στον προσωπικό της χώρο. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε ½ amp Pethidine 100 mg 1x2 ,για τη μείωση του πόνου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Κατάφερε να αντιμετωπίσει και να εξαλείψει τους έντονους πόνους που την ταλαιπωρούσαν με επιτυχία.

6.2. Κλινική περίπτωση Β

Όνομα ασθενούς : Α.Γ.

Ημερομηνία Γέννησης : 20/10/1991

Ηλικία : 21 ετών

Διάγνωση : Επιλόχεια Κατάθλιψη

Ημερομηνία Εισαγωγής : 23/9/2012

Η ασθενής εισήλθε στη μαιευτική κλινική του γενικού νοσοκομείου Αλεξάνδρα στην Αττική. Λίγες ημέρες μετά το τοκετό εμφάνισε σταδιακά συμπτώματα κατάθλιψης. Παλαιότερα το ιστορικό της αναφέρει ελαφρά συμπτώματα μελαγχολίας και ελαφριά κατάχρηση αλκοόλ και καπνού που όμως έχει διακόψει. Παντρεύτηκε σε νεαρή ηλικία πιθανώς εξαιτίας της απρογραμματίστης της εγκυμοσύνης.

Η Α. εξαιτίας της εγκυμοσύνης της αναγκάστηκε να διακόψει προσωρινά της σπουδές της και να αφοσιωθεί στην ανατροφή του παιδιού της. Η κατάσταση αυτή όμως την έκανε να νιώθει πιεσμένη και γεμάτη άγχος και φόβο για το πώς πρέπει να φροντίσει το παιδί της. Αυτά τα συναισθήματα της δημιούργησαν μια επιθετικότητα προς το παιδί και μια άρνηση σχετικά με τον θηλασμό. Ταυτόχρονα, εξαιτίας κάποιον κιλών που είχε πάρει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ένιωθε άβολα με το σώμα της και δεν μπορούσε να αποδεχθεί τη νέα αυτή εικόνα της. Έτσι η διάθεσή της ήταν σε πολύ άσχημη κατάσταση καθώς ήταν μονίμως κακόκεφη. Στη κλινική αφού έγιναν οι ανάλογες εξετάσεις προτάθηκε ως θεραπεία η χορήγηση μυοχαλαρωτικών και αντιψυχωτικών ενώ έγινε και χρήση ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου.

Η ασθενής πήρε εξιτήριο στις 15/10/12 αφού της δόθηκαν οι ανάλογες συμβουλές και ορίστηκε επανεξέταση μετά από ένα μήνα.

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

- Αντικαταθλιπτικά φάρμακα - Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (Φενελζίνη – Nardil tb. 30mg) 1x1
- Ηρεμιστικά φάρμακα - Βενζοδιαζεπίνες (Διαζεπάμη - Stedon tb. 2,5mg) 1x1
- Αγχολυτικά φάρμακα - Βενζοδιαζεπίνες (Λοραζεπάμη – Tavor tb. 1mg) 1x1

ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Φόβος, άγχος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του άγχους και του φόβου που της δημιούργησαν αρνητικά συναισθήματα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ηθική και ψυχολογική τόνωση. • Χορήγηση αγχολητικών φαρμάκων. • Εφαρμογή ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενισχύθηκε ψυχολογικά η ασθενής και έγινε τόνωση του ηθικού της. • Έγινε γνωριμία με το προσωπικό της κλινικής (νοσηλεύτες - ψυχολόγο). • Ενημερώθηκε για την κατάσταση της υγείας της και της δόθηκαν συμβουλές για το πώς θα μπορέσει να βοηθήσει τον εαυτό της. • Ενημερώθηκε το οικογενειακό και φιλικό της περιβάλλον για την φροντίδα της ασθενούς • Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της χορηγήθηκε της χορηγήθηκε αγχολυτική φαρμακευτική αγωγή (Tavor tb. 1mg 1x1). • Εφαρμογή ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής περιόρισε σημαντικά τον φόβο και το άγχος που την διακατείχε και τονώθηκε το ηθικό της. • Ένιωθε πλέον ήρεμη και ψύχραιμη ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει η ίδια τους φόβους και τα άγχη της.

ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Άρνηση να θηλάσει. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση της ασθενούς για το πόσο σημαντικός είναι ο θηλασμός για την υγεία και τη συνολική ευεξία του παιδιού της . • Να μάθει η ασθενής πώς να θηλάζει σωστά το μωρό της ώστε και αυτό να τρέφεται σωστά αλλά και η ίδια να μην πονάει ή να εξαντλείται υπερβολικά. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χρήση ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου. • Βοήθεια στο σπίτι από το οικογενειακό περιβάλλον. • Χορηγήθηκε αντικαταθλιπτική θεραπεία 	<ul style="list-style-type: none"> • Με την ψυχοθεραπεία βελτιώθηκε η στάση της απέναντι στον θηλασμό και της δόθηκαν οι κατάλληλες οδηγίες για το πως θα φροντίσει τον εαυτό της αλλά και το μωρό της. • Χορηγήθηκε αντικαταθλιπτική θεραπεία (Nardil tb. 30mg 1x1) για την τόνωση της ψυχολογίας της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής αποδέχτηκε και κατανόησε τη σημασία του θηλασμού για την υγεία του παιδιού της και ακολούθησε τις οδηγίες και τις συμβουλές που της είχαν δοθεί.
<ul style="list-style-type: none"> • Μη αποδοχή της νέας σωματικής εικόνας της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να καταφέρει η ασθενής να αποδεχθεί το σώμα της και την εικόνα της και να καταλάβει ότι είναι μια αναστρέψιμη κατάσταση. • Να επανέλθει η ασθενής στα φυσιολογικά κιλά για το ύψος της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ψυχολογική στήριξη της ασθενούς ώστε να μειωθεί το άγχος και η ανησυχία της και να κατανοήσει ότι τα επιπλέον κιλά είναι κάτι φυσιολογικό στην εγκυμοσύνη. • Διδασκαλία της μητέρας σχετικά με την υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής με τη βοήθεια ψυχοθεραπείας προσπάθησε να αποδεχτεί το σώμα της και να το αγαπήσει ξανά. • Αφού έλαβε ένα εξειδικευμένο πρόγραμμα διατροφής από το διατροφολόγο της κλινικής, ενημερώθηκε για το πώς θα πρέπει να τηρήσει. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής αποδέχτηκε τη νέα σωματική της εικόνα και άρχισε να αισθάνεται και πάλι καλά για το σώμα και τον εαυτό της. • Ακολούθησε τις διατροφικές οδηγίες που της δόθηκαν με αποτέλεσμα και να τρέφεται σωστά αλλά και να καταφέρει σιγά-σιγά να χάσει κάποιο επιπλέον βάρος.

ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Επιθετικότητα προς το παιδί της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση της επιθετικότητας απέναντι στο μωρό της. • Ενδυνάμωση των ψυχικών δεσμών ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί. 	<ul style="list-style-type: none"> • Νοσοκομειακή νοσηλεία για την ασφάλεια της μητέρας και του νεογνού. • Προσπάθεια ενημέρωσης της μητέρας για το νέο της ρόλο και προσπάθεια να αποδεχτεί το μωρό της σαν ένα δικό της κομμάτι το οποίο πρέπει να φροντίζει, να προστατεύει και πάνω απ' όλα να αγαπά. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε ηρεμιστική φαρμακευτική αγωγή (Stedon tb. 2,5mg) 1x1). • Έγινε απομόνωση της μητέρας από το βρέφος λόγω επιθετικής συμπεριφοράς . • Παρακολούθηση από ψυχοθεραπευτή με σκοπό να αποδεχτεί η ασθενής το παιδί της και να μπορέσει να το φροντίσει σωστά και να εξαλείψει τα στοιχεία επιθετικότητας προς αυτό. • Στενή παρακολούθηση της ασθενούς για πιθανά σημάδια αυτοκτονικού ιδεασμού. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής κατάφερε να περιορίσει σημαντικά την επιθετικότητα και τον αρνητισμό που είχε απέναντι στο παιδί της και ήταν σε θέση να μείνει μόνη μαζί του χωρίς να εκδηλώσει στοιχεία επιθετικότητας. Αντίθετα ήταν πολύ τρυφερή και προστατευτική μαζί του.

Κλείνοντας αυτή την εργασία, μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ότι η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια από τις πιο δύσκολες εμπειρίες που μπορεί να βιώσει μια νέα μητέρα.

Η ίδια αδυνατεί να κατανοήσει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Νιώθει χαμένη και αβοήθητη, ανήμπορη να φροντίσει το μωρό της αλλά και τον ίδιο της τον εαυτό. Χάνεται στις σκέψεις της προσπαθώντας ταυτόχρονα να συνειδητοποιήσει και να κατανοήσει τις αλλαγές που έχουν έρθει στη ζωή της.

Η περίοδος της λοχείας, που θεωρείται μια πολύ σημαντική περίοδος τόσο για την μητέρα όσο και για τη θεμελίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας του βρέφους, είναι από μόνη της μια πολύ δύσκολη και συναισθηματικά φορτισμένη στιγμή. Είναι λοιπόν πολύ εύκολο για μια νέα μητέρα, να χάσει τον δρόμο της και να νιώσει ότι δεν ελέγχει πια την ίδια της τη ζωή.

Με τη βοήθεια όμως ειδικών, η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να γίνει απλά μια πολύ άσχημη ανάμνηση σε ένα χαρούμενο και ισορροπημένο παρόν. Και βλέποντας από τις σκέψεις μιας μητέρα που πέρασε από αυτή την κατάσταση, τίποτα δεν είναι ακατόρθωτο αρκεί κάποιος να έχει υπομονή και επιμονή:

«...Τα περί επιλόχειας κατάθλιψης τα είχα διαβάσει και τα περίμενα. Εκείνο όμως που δεν μπορούσα να φανταστώ ήταν το διαρκές άγχος που σε συνοδεύει από τη στιγμή που γίνεσαι γονιός και το οποίο - θεωρώ ότι - δεν έχει να κάνει με γυναικείες ορμόνες. Τόσο πιο ισχυρό από οποιοδήποτε άλλο αρνητικό συναίσθημα έχεις βιώσει και τόσο ισοπεδωτικό που σε κάνει να ξεχνάς ποιος είσαι. Με τις μέρες συνηθίζεις να το ανέχεσαι. Έρχονται άλλωστε δειλά-δειλά και εκείνες οι χαρούμενες στιγμές που περίμενες. Όχι εκκωφαντικά. Ούτε σαν χείμαρρος. Απλώς σαν το χαμόγελο ενός παιδιού. Του δικού σου παιδιού. Όμως αυτό είναι κάτι παραπάνω από «απλώς». Είναι εκείνο που σου θυμίζει γιατί μπήκες σε όλη αυτή τη διαδικασία. Εκείνο για το οποίο αξίζει να θυσιάσεις την ανεμελιά σου και να πάρεις αγκαλιά μαζί με το παιδί σου και την αγωνία που το συνοδεύει. Λίγους μήνες μετά τη γέννηση της κόρης μου προσπαθώ ακόμα να κατανοήσω όλα αυτά τα συναισθήματα που ένιωθα και νιώθω ακόμα και τώρα καμιά φορά. Έχω ήδη κατανοήσει πολλά. Είμαι σίγουρη. Υποθέτω όμως ότι αυτό θα είναι ένα μακρύ ταξίδι αλλά αξίζει να περιμένω...».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Δραγώνα, Θ. (1989). *Κατάθλιψη Μετά τον Τοκετό: Οι Ψυχολογικές της Διαστάσεις*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Μωραΐτου, Μ. (1997). *Γένεσις*. Θεσσαλονίκη: Πράσινο Φύλλο.
- Μωραΐτου, Μ. (2004). *Το Βίωμα της Μητρότητας*. Αθήνα: Βήτα.
- Ραγιά, Α. (2009). *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ψυχιατρική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Παρισιάνος.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Brockington, I. (1996). *Motherhood and Mental Health*. New York: Oxford University Press.
- Flach, F. (2002). *The Secret Strength of Depression*. Hatherleigh Press
- Grant, C., Brace, M., Sterling, R. (1994). *Psychiatric Nursing*. Delmar Publications
- Hanley, J. (2009). *Perinatal Mental Health*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Kennedy, H.S., Lam, W., Nutt, J., Thase, E. (2004). *Treating Depression Effectively*. Informa Healthcare
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E. (2006). *Maternity Nursing*. Mosby Elsevier
- O'Hara, M.W. (1997). *The Nature of Postpartum Depressive Disorders*. New York: The Gilford Press
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report. Mental Health: New Understanding*, New Hope. Geneva.

Περιοδικά

- Σταθαρού, Α. (2000). *Ηλεκτροσπασμοθεραπεία – Ο Ρόλος του Νοσηλευτή*. Νοσηλευτική, 39(1), 43-50.
- Τσίκος, Ν. (1999). *Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής II*. Εκδόσεις Έλλην, 832-386.
- Χριστοδούλου, Ν. (2004). *Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Βήτα, 754,757, 820-823, 919.
- Boyce, P., Hickie I., Parker G. (1991). *Parents, Partners or Personality? Risk Factors for Post-natal Depression*. Journal of Affective Disorders, 21(4), 245-255.

- Brugha, T.H., Sharp, H.M., Cooper, S.A., Weisender, C., Britto, D., Shinkwin, R., Kirwan, P.H. (1998). *The Leicester 500 Project. Social Support and the Development of Postnatal Depressive Symptoms, a Prospective Cohort Survey*. *Psychological Medicine*, 28(1), 63-79.
- Cohen, S., Tyrell, D.A., Smith, A.P. (1991). *Psychological Stress and Susceptibility to the Common Cold*. *New England Journal of Medicine*, 329(9), 606-612.
- Cooper, P.J., Murray, L. (1998). *Postnatal Depression*. *British Medical Journal*, 316, 1884-1886.
- Darvill, R., Skirton, H., Farrand, P. (2010). *Psychological Factors that Impact on Women's Experiences of First-time Motherhood: A Qualitative Study of the Transition*. *Midwifery*, 26(3), 357-366.
- Ferketich, A.K., Schwartzbaum, J.A., Frid, D.S., Moeschberger, M.L. (2000). *Depression as an Antecedent to Heart Disease Among Women and Men in the NHANESI Study*. *Archives of Internal Medicine*, 160(9), 1261-1268.
- George, M.S., Ketter, T.A., Pareckh, Pl., Horowitz, B., Herskowitz, P., Post, R.M. (1995). *Brain Activity During Transient Sadness and Happiness in Healthy Women*. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 341.
- Goldman, L., Nielsen, N., Champion, H. (1999). *Awareness, Diagnosis and Treatment of Depression*. *Journal of General Internal Medicine*, 14, 569-580.
- Goodwin, F.K., Jamison, K.R. (1990). *Suicide in Manic-depressive Illness*. Oxford University Press, New York, 227-244.
- Goyal, D., Gay, C., Lee, K.A. (2010). *How Much Does Low Socioeconomic Status Increase the Risk of Prenatal and Postpartum Depressive Symptoms in First-time Mothers?* *Women's Health Issues*, 20(2), 96-104.
- Hansen, M.S., Fink, P., Frydenberg M., Oxhoj M., Sondergaard L., Munk-Jorgensen P. (2001). *Mental Disorders Among Internal Medical Inpatients: Prevalence Detection and Treatment Status*. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(4), 199-204.
- Kendler, K.S., Gatz, M., Gardner, C.O., Pedersen, N.L. (2006). *A Swedish National Twin Study of Lifetime Major Depression*. *The American Journal of Psychiatry*, 163(1), 109-114.
- Kielcot-Glasser, J.K., Page, G.G., Maruucha, P.T., MacCallum, R.C., Glaser, R. (1999). *Psychological Influences on Surgical Recovery: Prospective from Psychoneuroimmunology*. *American Psychologist*, 53(11), 1209-1218.

- Kutcher, S., Lauria Horner, B., Mac Laren, C., Bodanovic, M. (2002). *Evaluating the Impact of an Educational Program on Practice Patterns of Canadian Family Physicians Interested in Depression Treatment*. Primary Care Companion. Journal of Clinical Psychiatry, 4, 224-231.
- Klein, D.N., Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R., Olino, T.M. (2005). *Psychopathology in the Adolescent and Young Adult Offspring of a Community Sample of Mothers and Fathers with Major Depression*. Psychological Medicine, 35(5), 353-365.
- Klerman, G.L., Lavori, P.W., Rice, J., Reich, T., Endicott, J., Andersen, N.C., Keller, M.B., Hirschfeld, R.M. (1985). *Birth-Cohort Trends in Rates of Major Depressive Disorder Among Relatives of Patients with Affective Disorder*. Archives of General Psychiatry, 42, 689.
- Kumar, R., Robinson, K.M. (1984). *A Prospective Study of Emotional Disorders in Child Bearing Women*. British Journal of Psychiatry, 144(1), 35-47.
- Lehtinen, V., Joukama, M. (1994). *Epidemiology of Depression: Prevalence Risk Factors and Treatment Situation*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 377, 7-10.
- Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R.E., Seeley, J.R., Andrews, J.A. (1993). *Adolescent Psychopathology: Prevalence and Incidence of Depression and Other DSM-III-R Disorders in High School Students*. Journal of Abnormal Psychology, 517, 133-144.
- Mayberry, L.J., Horowitz, J.A., Declercq, E. (2007). *Depression Symptom Prevalence and Demographic Risk Factors Among U.S. Women During the First 2 year Postpartum*. JOGNN-Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing, 36(6), 546-549.
- Murray, L., Stain, A. (1989). *The Effects of Postnatal Depression on the Infant*. Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynecology, 3(4), 921-933.
- Murray, L., Cooper, P.J. (1997). *Effects of Postnatal Depression on Infant Development*. Archives of Disease on Childhood, 77(2), 99-101.
- Newman, S.C., Bland, R.C., Orn, H.T. (1998). *The Prevalence of Mental Disorders in the Elderly in Edmonton: A Community Survey Using GMS-ACECAT*. Canadian Journal of Psychiatry, 43, 910-914.
- Patel, V., Araya, R., De Lima, M., Ludermir, A., Todd, C. (1999). *Women, Poverty and Common Mental Disorders in Four Restructuring Societies*. Social Science and Medicine, 49, 1461-1471.

- Paykel, E.S. (1994). *Life Events, Social Support Support and Depression*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 377, 50-58.
- Pearson, V. (1995). *Goods on Which one Loses: Women and Mental Health in China*. Social Science and Medicine, 41(8), 1159-1173.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., Stewart, D.E. (2004). *Antenatal Risk Factors for Postpartum Depression: A Synthesis of Recent Literature*. General Hospital Psychiatry, 26(4), 289-295.
- Rost, K., Smith, G.R., Burnam, U.A., Burns, B.J. (1992). *Measuring the Outcomes of Care for Mental Health Problems. The Case of Depressive Disorders*. Medical Care, 30(5), 266-273.
- Segre, L.S., O'Hara, M.W., Arndt, S., Stuart, S. (2007). *The Prevalence of Postpartum Depression: The Relative Significance of Three Social Status Indices*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42(4), 316-321.
- Simon, G., Von Korff, M. (1995). *Recognition, Management and Outcomes of Depression in Primary Care*. Archives of Family Medicine, 4, 99-105.
- Sloman, L., Gilbert, P., Hasey, G. (2003). *Evolved Mechanisms in Depression: The Role and Interaction of Attachment and Social Rank in Depression*. Journal of Affective Disorders, 74(2), 107-121.
- Sugawara, M., Toda, M.A., Shima, S., Mukai, T., Sakakura, K., Kitamura, T. (1997). *Premenstrual Mood Changes and Maternal Mental Health in Pregnancy and the Postpartum Period*. Journal of Clinical Psychology, 53(3), 225-232.
- Sugawara, M., Kitamura, T., Toda, M.A., Shima, S. (1999). *Longitudinal Relationship Between Maternal Depression and Infant Temperament in a Japanese Population*. Journal of Clinical Psychology, 55(7), 869-880.
- Webster, J., Pritchard, M.A., Creedy, D., East, C. (2003). *A Simplified Predictive Index for the Dictation of Women at Risk for Postnatal Depression*. Birth, 30(2), 101-108.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J. (1996). *Cross-national Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder*. TAMA, 276, 293-299.

Πηγές από το Διαδίκτυο

Ιατρικές Συμβουλές σε Θέματα της Υγείας. *Συμπτώματα της κατάθλιψης*. (2011). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://web4health.info/el/answers/bipolar-symp-depr.htm>, την 12.11.2012.

Μαζί – Ελληνική Εταιρία Διαταραχών Διάθεσης. *Τι είναι Κατάθλιψη*. (2012). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.mazi.org.gr/%CE%9A%CE%B1%CF%84%CE%AC%CE%B8%CE%BB%CE%B9%CF%88%CE%B7/%CE%A4%CE%B9-%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9-%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%AC%CE%B8%CE%BB%CE%B9%CF%88%CE%B7>, την 04.12.2012.

Μπες - Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών. *Τι είναι Κατάθλιψη*; (2010). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.mpes.uoa.gr/node/239>, την 15.10.2012.

Κατάθλιψη. *Θεραπεία Κατάθλιψης*. (2013). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.katathlipsi.gr/katathlipsi/therapeia>, την 22.01.2013.

Κατάθλιψη. *Ποια είναι τα συμπτώματα*; (2010). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.depressionanxiety.gr/4/article/greek/4/72/index.htm>, την 06.12.2012.

Κατάθλιψη. *Τύποι Κατάθλιψης*. (2013). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.katathlipsi.gr/katathlipsi/typoi-katathlipsis>, την 27.01.2013.

Κατάθλιψη. *Ψυχοθεραπεία*. (2013). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.katathlipsi.gr/katathlipsi/psychotherapeia>, την 05.02.2013.

Χειρουργική και Γυναικολογία. *Ψυχολογία Μετά τη Γέννα – Επιλόχεια Κατάθλιψη*. (2013). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.kmyrillas.gr/obstetrics/childbirth/psukhologia-epilokheia-katathlipse.html>, την 13.02.2013.

Depression – Μίλησε για την κατάθλιψη. *Ένας ορισμός*. (2009). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://depressiongr.blogspot.gr/2009/03/blog-post.html>, την 13.02.2013.

In.gr. Η ψυχοθεραπεία αποτελεσματική κατά της επιλόχειας κατάθλιψης. (2007). Διαθέσιμο στην <http://health.in.gr/woman/news/article/?aid=1231094263>, την 15.01.13.