

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ:ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ
ΜΕ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

**NURSING INTERVENTIONS IN WOMEN
WITH POSTPARTUM DEPRESSION**

ΒΑΣΣΗ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:ΤΣΙΜΑ ΡΟΔΟΘΕΑ

ΠΑΤΡΑ 2014

Περιεχόμενα

| | |
|---|--|
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ | 4 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 7 |
| SUMMARY..... | Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης. |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 9 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ..... | 11 |
| 1.1 Ορισμοί | 11 |
| 1.2 Ιστορική Αναδρομή | 13 |
| 1.3 Μορφές κατάθλιψης | 14 |
| 1.4 Διάγνωση | 19 |
| 1.4.1 Φυσικές - Εργαστηριακές εξετάσεις..... | 19 |
| 1.4.2 Διάγνωση της κατάθλιψης από ειδικούς ιατρούς | 21 |
| 1.4.3 Διάγνωση της κατάθλιψης μέσω αιματολογικών εξετάσεων | 22 |
| 1.5 Στατιστικά στοιχεία | 23 |
| 1.6 Μελέτες Ερευνών στον διεθνή χώρο | 25 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ..... | 31 |
| 2.1 Ορισμοί | 31 |
| 2.2 Ψυχολογία και εγκυμοσύνη | 33 |
| 2.3 Επιπολασμός Επιλόχειας Κατάθλιψης..... | 43 |
| 2.4 Συμπτωματολογία της νόσου..... | 43 |
| 2.5 Αιτιολογία της νόσου..... | 45 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ..... | 48 |
| 3.1 Διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης και χρόνος έναρξης αυτής | 48 |
| 3.2 Ποιες γυναίκες παθαίνουν επιλόχειο κατάθλιψη..... | 49 |

| | |
|---|----|
| 3.3 Πρόληψη της Επιλόχειας Κατάθλιψης | 51 |
| 3.4 Θεραπεία της Επιλόχειας Κατάθλιψης | 52 |
| 3.5 Η συμβολή της διατροφής στην αντιμετώπιση της νόσου | 54 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ | 56 |
| 4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ | 56 |
| 4.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ..... | 58 |
| 4.3 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ..... | 59 |
| 4.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ | 61 |
| 1 ^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ | 63 |
| 2 ^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ | 68 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 74 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 76 |

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι βιολογικές και ψυχολογικές διαφορές των δύο φύλων γίνονται περισσότερο έκδηλες κατά την εφηβεία και, στη συνέχεια, όταν το άτομο περνά στη φάση της ενηλικίωσης. Στη ζωή μίας γυναίκας παρατηρούνται συχνά αλλαγές στη διάθεσή της όταν διανύει διάφορες περιόδους, όπως είναι η εφηβεία, η εγκυμοσύνη και η κλιμακτήριος, κατά τις οποίες δεν είναι σπάνια η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών.

Παρόλο που κατά την κύηση υπάρχει μία «έκρηξη» έκκρισης ορμονών στο γυναικείο οργανισμό, ωστόσο η πλειοψηφία των ψυχικών προβλημάτων παρουσιάζεται με την παρέλευσή της, κατά τη διάρκεια, δηλαδή, της λοχείας, όταν ο οργανισμός προσπαθεί να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα των ορμονών αυτών.

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

Φαίνεται ότι οι περίοδοι στη ζωή μίας γυναίκας κατά τις οποίες εκκρίνεται προγεστερόνη, όπως είναι η κύηση και ο θηλασμός, δραστηριοποιούν διάφορες μεταβολικές διαδικασίες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να εμφανίζονται διαταραχές στη διάθεσή της μετά τον τοκετό, μία κατάσταση η οποία είναι συνηθισμένη και γενικά θεωρείται φυσιολογική. Τότε είναι δυνατό να παρατηρηθούν αντιδραστικές ψυχικές καταστάσεις, οι οποίες δημιουργούνται για αντιμετώπιση

διαφόρων συναισθηματικών εμπειριών. Μία τέτοια αντίδραση προκαλείται τόσο από εξωτερικά ερεθίσματα, όσο και από εσωτερικές διαταραχές/διαμάχες. Η πλειοψηφία των γυναικών αναφέρει ήπια συμπτώματα, όπως κλάμα, αϋπνία, μειωμένη όρεξη και γενικά αλλαγές στη διάθεση λίγες ημέρες μετά τον τοκετό. Οι καταστάσεις αυτές κατηγοριοποιούνται ως εξής: δυσφορία, νευρωτικές εκδηλώσεις και αντιδραστική καταθλιπτική διάθεση, και συνήθως, αναφέρονται στην ανησυχία της γυναίκας για το μέλλον της ίδιας και της οικογένειάς της, με αποτέλεσμα να αισθάνεται άγχος. (Hammen C., 1997, Anthony E.J. & Benedek T., 1975).

Από την άλλη πάλι, υπάρχουν μερικές μητέρες για τις οποίες ο τοκετός αποτελεί μία τραυματική εμπειρία. Οι ορμονικές αλλαγές που επιτείνουν τις ωδίνες και την ένταση του τοκετού, προκαλούν κάποιου είδους διατάραξη της πορείας της κύησης μέχρι εκείνη τη στιγμή. Μετά τον τοκετό, όταν το σώμα προετοιμάζεται για το θηλασμό, στις μητέρες, ιδιαίτερα σε όσες αποκτούν το πρώτο τους παιδί, μπορεί να παρατηρηθεί συναισθηματική καθυστέρηση. Σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προετοιμάζονταν να αγαπήσουν το παιδί τους και, όταν αυτό γεννιέται, συχνά εκπλήσσονται από την έλλειψη συναισθήματος που βιώνουν. Το αίσθημα αγάπης για το παιδί είναι ικανό να επιβεβαιώσει τη γυναίκα για τη μητρότητά της και μπορεί να την κάνει να χαλαρώσει και να περιμένει το στάδιο του θηλασμού. Σε αντίθετη περίπτωση, η ίδια αντιμετωπίζει το μωρό σαν αντικείμενο ή σαν να πρόκειται για κάποιον ξένο. Πολλές γυναίκες κλαίνε, όταν βρίσκονται στην κατάσταση αυτή, και φοβούνται ότι δε θα αποκτήσουν ποτέ αισθήματα αγάπης για το παιδί τους. Σε πολλές περιπτώσεις, όμως, λαμβάνοντας στοργικότητα από τους συζύγους και τα υπόλοιπα προσφιλή τους πρόσωπα, παράλληλα με την έναρξη του θηλασμού, αρχίζει να υποχωρεί και η συμπτωματολογία της νόσου. (Hammen C., 1997, Anthony E.J. & Benedek T., 1975).

Με το θηλασμό, ολοκληρώνεται η διαδικασία αυτής της τεκνοποίησης. Ακόμη κι αν το μωρό τρέφεται από το μπουκάλι, εντούτοις, η διαδικασία αυτή βοηθά στη δημιουργία μίας στενής επαφής ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί,

γεγονός το οποίο ενισχύει μία αλληλεπίδραση συναισθημάτων μεταξύ των δύο και την κάνει να αισθάνεται ενωμένη με το μωρό της. (Hammen C., 1997, Anthony E.J. & Benedek T., 1975).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας, το οποίο εκδηλώνει μια στις επτά γυναίκες, κατά τους πρώτους μήνες μετά το τοκετό. Ωστόσο, η ακριβής αιτιολογία της παραμένει ακόμα ασαφής. Η επιλόχεια κατάθλιψη σχετίζεται με πολλαπλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικό-οικονομικών, των περιβαλλοντικών, του τρόπου ζωής καθώς και των προβλημάτων υγείας. Στην ελληνική επικράτεια οι μελέτες σχετικά με την επιλόχειο κατάθλιψη είναι περιορισμένες. Πολλές διεθνείς μελέτες αναφέρουν ότι η επιλόχεια κατάθλιψη έχει επιζήμιες συνέπειες για την σωματική, γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Η επιλόχεια κατάθλιψη ταλανίζει τόσο τη μητέρα όσο και το παιδί της. Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί το γεγονός ότι υπο-διαγιγνώσκεται αφού η ασθενής συχνά δεν αναζητά ψυχολογική βοήθεια. Τα στενά συγγενικά πρόσωπα της μητέρας, αλλά και οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να συνδράμουν ώστε να παρέχεται ψυχολογική στήριξη στη μητέρα για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης.

Λέξεις κλειδιά: επιλόχεια κατάθλιψη, λοχεία, μητέρα, παιδί.

SUMMARY

Postnatal depression is a serious health problem that affects one in seven women during the first months after childbirth. Thus the specific causation remains unclear. Postpartum depression was found to be related to multiple factors. Limited studies about postnatal depression have been conducted in Greece. Many studies have reported that postnatal depression has had harmful effects on the physical, cognitive and emotional development of children. Postnatal depression afflicts both mothers as well as their children. A major problem is that diagnosed since the patient often does not seek psychological help. Mothers battling postnatal depression can be helped by the psychological support provided by close family members and healthcare professionals.

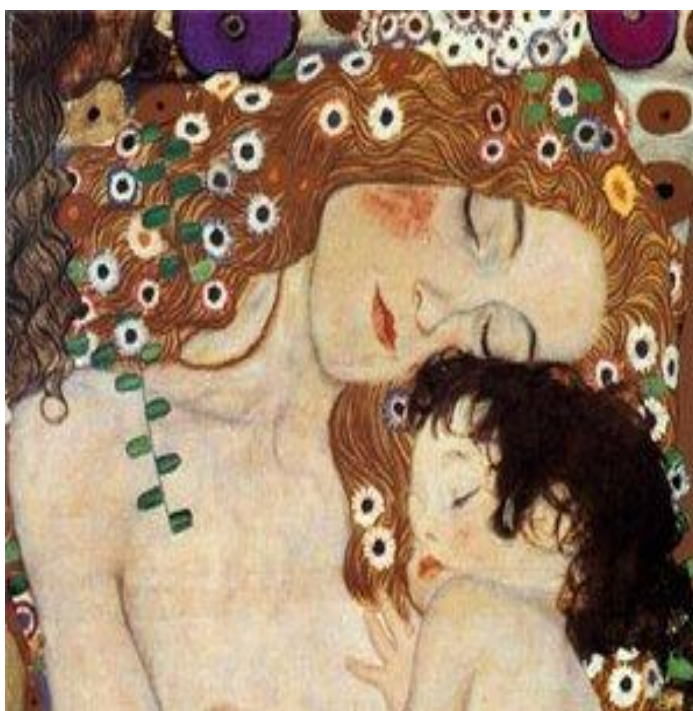
Keywords: *Postpartum depression, childbed, mother, child.*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Όλα τα παιδιά αξίζουν να έχουν μια υγιή μητέρα. Όλες οι μητέρες αξίζουν να απολαμβάνουν τη χαρά της απόκτησης ενός παιδιού. Καμία μητέρα δεν πρέπει να υποφέρει άδικα.»

(Διεπιστημονική Ομάδα του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Καρπενησίου, 2009).

Εικόνα 1.



Η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται περίπου στο 10-15% του γυναικείου πληθυσμού σύμφωνα με διεθνείς μελέτες, ωστόσο η ακριβής αιτιολογία της παραμένει ακόμα ασαφής. Στην ελληνική επικράτεια οι μελέτες για την επιλόχεια κατάθλιψη είναι περιορισμένες (Κλεφταράς Γ., 1998).

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι διεύρυνση του ρόλου του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς και η πλήρης ενημέρωση για την πρόληψη και αντιμετώπιση της νόσου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1.1 Ορισμοί

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, σαν “ψυχική υγεία” θεωρείται η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση στην κοινότητα, καθώς και να ικανοποιείται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά και επιτεύγματά του.

Μπορεί επίσης να ορισθεί ως η ανάπτυξη της υγιούς άποψης του ατόμου για τον εαυτό του και το περιβάλλον στο οποίο ζει, για να μπορεί να πραγματοποιήσει το μέγιστο βαθμό της αυτοπλήρωσής του. Η ψυχική υγεία είναι ένα δυναμικό φαινόμενο και όχι στατικό. Ουσιαστικά, δε μπορεί κανένας ορισμός να αποδώσει το νόημά της, επειδή την ίδια στιγμή κάθε ορισμός την περιορίζει. Η αδυναμία αυτή των ορισμών, οφείλεται στη φύση της ψυχικής υγείας, που δεν είναι ένα γεγονός, αλλά μια πραγματικότητα που πρέπει να κερδίζεται σε καθημερινή βάση, μέσα από διαφορετικές καταστάσεις.

Ο αγώνας για την ψυχική υγεία δε γίνεται αυτόνομα από τον αγώνα της ζωής, για αυτό και οι συνθήκες ζωής του ατόμου, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του και το πολιτισμικό του υπόβαθρο αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την ψυχική υγεία.

Μια ψυχή υποταγμένη στα προσωπικά της πάθη, δε μπορεί ποτέ να είναι υγιής. Ψυχικά υγιής είναι εκείνος που είναι άξιος να νικά την καθημερινότητα, να βρίσκει τη δύναμη να ξαναχτίζει μέσα από τα ερείπια, να τοποθετεί τις αξίες του και τα ιδανικά του πάνω από την καλοπέραση και την ευημερία.

Από την άλλη μεριά στο χριστιανισμό, η ψυχική υγεία δεν είναι απλά και μόνο κάποιες ψυχολογικές ισορροπίες, αλλά πληρότητα ζωής, κοινωνία με το Θεό, αγιότητα δηλαδή η ιδιότητα του Θεού και των Αγίων.

Το γεγονός είναι πως ζωή μας απαρτίζεται από ευτυχία, θλίψη, καλές και άσχημες στιγμές. Όταν οι στιγμές θλίψης υπερτερούν των ευτυχισμένων στιγμών μερικές εβδομάδες της ζωής μας επηρεάζοντας αρνητικά τις συνηθισμένες μας δραστηριότητες, υπάρχει το ενδεχόμενο νόσησης από μία συχνή και σοβαρή ασθένεια – την κατάθλιψη.

Ο όρος κατάθλιψη στην ψυχιατρική υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή μια διαταραχή η οποία προκαλεί έναν συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν συναντάται σε άλλη νόσο. Χαρακτηρίζεται από ένα μείγμα συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών τα οποία διαχωρίζονται αυστηρώς από τα καθημερινά συναισθήματα και λειτουργίες. Η κατάθλιψη είναι πιο έντονη από τη λύπη και πολλές φορές δημιουργεί αισθήματα αναξιοότητας και απάθειας. Έλλειψη ευχαρίστησης από τις καθημερινές δραστηριότητες και οξυθυμία σε υπερβολικό βαθμό. Παράλληλα δυσκολεύει απλές καθημερινές λειτουργίες του ατόμου όπως τον ύπνο, τη διατροφή και την σκέψη. (Keck M., 2010).

Η κατάθλιψη αποτελεί μια ψυχική διαταραχή γνωστή από τους αρχαίους χρόνους είδη ο Ιπποκράτης, τον 4ο αιώνα π. Χ. περιέγραψε με λεπτομέρεια τόσο την κατάθλιψη όσο και την μανία. Η λέξη κατάθλιψη χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών φάσεων που μπορεί να είναι είτε φυσιολογικές είτε παθολογικές. Έτσι λοιπόν η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί α) μια φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα, στην περίπτωση μιας σημαντικής απώλειας ή θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου, β) ένα σύμπτωμα, στην περίπτωση όπου η κατάθλιψη είναι μια μορφή αντίδρασης στο στρες ή μια δευτερογενής αντίδραση σε ασθενείς με οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα και τέλος, γ) μια ψυχοπαθολογική διαταραχή ή σύνδρομο. Παρά το γεγονός ότι η κατάθλιψη είναι σχετικά συχνό φαινόμενο ο ορισμός της δεν είναι εύκολος ακόμη και οι ειδικοί δεν συμφωνούν σχετικά με τη φύση της και δεν έχουν καταλήξει σχετικά με το αν πρόκειται για ένα βιολογικό ή για ένα ψυχολογικό φαινόμενο. Ωστόσο σε ένα

σημείο υπάρχει ομοφωνία: η κατάθλιψη παρουσιάζεται ως ένα παγκόσμιο χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης, από την παροδική θλίψη που μπορεί να συμβεί στον καθένα μέχρι την βαριά κατάθλιψη. Σε γενικές γραμμές η κατάθλιψη θα μπορούσε να οριστεί ως μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από τη μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. (Κλεφτάρας, 1998).

1.2 Ιστορική Αναδρομή

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που συνοδεύει τον άνθρωπο από την αρχή της ιστορίας του. Περιγραφές της κατάθλιψης βρέθηκαν σε σουμερικά και αιγυπτιακά κείμενα. Επεισόδια καταθλιπτικά περιγράφονται στην Παλαιά Διαθήκη (η ιστορία του Βασιλιά Σαούλ) και στην Ιλιάδα του Ομήρου (αυτοκτονία του Αίαντα). Ο Ιπποκράτης (460-370 π.χ.) πρώτος χρησιμοποίησε τους όρους μελαγχολία και μανία.

Ο Ιπποκράτης υποστήριζε ότι η μελαγχολία είναι κατά βάση μια νόσος του εγκεφάλου που αφορούσε τη φύση των χυμών του εγκεφάλου, μια συνέπεια της περίσσειας μαύρης χολής. Πίστευε ότι στη μελαγχολία συμπλέκονται εσωτερικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, ότι «ένας μακροχρόνιος μόχθος της ψυχής μπορεί να προκαλέσει μελαγχολία» και ξεχώριζε την αρρώστια που εμφανιζόταν μετά από φοβερά γεγονότα από την αρρώστια που δεν είχε προφανή εξωτερικά αίτια. Η άποψη του Αριστοτέλη για την κατάθλιψη, αντίθετα με τον Ιπποκράτη, δεν ήταν τελείως αρνητική. Επηρεασμένος από την ιδέα της «θείας μανίας» του Πλάτωνα, την συνέδεσε με τη μελαγχολία. Παρόλο που αναζητούσε τρόπους για να θεραπεύσει την πάθηση, πίστευε επίσης ότι μια ορισμένη ποσότητα μαύρης χολής ήταν απαραίτητη για τη μεγαλοφυΐα: «όλοι όσοι έχουν διαπρέψει στη φιλοσοφία, στην ποίηση, στην τέχνη και στην πολιτική, ακόμα και ο Σωκράτης και ο Πλάτων, είχαν μια μελαγχολική έξη, μερικοί μάλιστα

υπέφεραν από τη νόσο της μελαγχολίας». Αυτή την ιδέα της εμπνευσμένης μελαγχολίας προέβαλε και ο αυτόχειρας Ρωμαίος φιλόσοφος Σενέκας. Την ξανασυναντούμε στην Αναγέννηση, όπου η μελαγχολία εθεωρείτο δρόμος προς την θεία έμπνευση. Η Ιπποκρατική ταξινόμηση διατηρήθηκε μέχρι τον δέκατο έκτο και αρχές του δέκατου έβδομου αιώνα. Το 1686 ο Bonet περιέγραψε μια νόσο που ονόμασε «Maniaco-Melancholicus». Το 1854 ο J.Falret μελέτησε την «folie circulaire», ενώ ο Kahlbaum χρησιμοποίησε τον όρο «κυκλοθυμία». Καθοριστικό ρόλο στην κατάταξη των καταθλιπτικών διαταραχών διαδραμάτισε ο Γερμανός Ψυχίατρος Emil Kraepelin (1856-1926) που περιέγραψε την «Μανιοκαταθλιπτική Ψύχωση» και την διαχώρισε από την πρώιμη άνοια (Dementia praecox), που αργότερα ονομάστηκε από τον Bleuler σχιζοφρένεια. (Κλεφταράς Γ., 1998).

1.3 Μορφές κατάθλιψης

Τρία είναι τα βασικά είδη της κατάθλιψης (Keck M., 2010):

Μείζων καταθλιπτική διαταραχή: Είναι ο πιο συχνός τύπος κατάθλιψης. Το κυριότερο σύμπτωμα που έχουν όλοι όσοι πάσχουν από κατάθλιψη είναι ένα αίσθημα “κενού” ή λύπης που επιμένει για αρκετές εβδομάδες. Άλλα συμπτώματα είναι: έλλειψη ενδιαφέροντος και απόλαυσης για τις συνηθισμένες δραστηριότητες, το άτομο αισθάνεται πως είναι κουρασμένο συνεχώς, προβλήματα στον ύπνο, αλλαγές στη διατροφή, ευερεθιστότητα, σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας, αισθήματα ενοχής, αναξιότητας και απελπισίας και δυσκολία στη μνήμη, τη συγκέντρωση ή στη λήψη αποφάσεων.

Δυσθυμία ή χρόνια κατάθλιψη: Είναι μία λιγότερο σοβαρή, αλλά πιο μακροχρόνια κατάθλιψη, μερικά άτομα πάσχουν από αυτή όλη τους τη ζωή. Η κύρια διαφορά της από τη μείζονα κατάθλιψη έγκειται στον αριθμό και στη διάρκεια των συμπτωμάτων. Για να διαγνωσθεί η δυσθυμία απαιτείται κακή

διάθεση και τρία συμπτώματα (στην μείζονα κατάθλιψη απαιτούνται κακή διάθεση και τέσσερα συμπτώματα). Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι λιγότερο έντονα στην δυσθυμία, μπορεί να μην εμφανίζονται καθημερινά, αλλά υφίστανται τις περισσότερες ημέρες κατά τη διάρκεια τουλάχιστον δύο ετών.

Διπολική διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη: Όσοι πάσχουν από διπολική διαταραχή από τον υπέρμετρο ενθουσιασμό, την ευφορία και την μεγαλομανία περνούν στη θλίψη, την στενοχώρια και την απογοήτευση. Αυτές οι διακυμάνσεις μπορεί να γίνουν μέσα σε λίγες μόνο μέρες ή μπορεί να χρειαστούν εβδομάδες. Μπορεί να υπάρξουν και περίοδοι μεταξύ αυτών των διακυμάνσεων, κατά τις οποίες το άτομο αισθάνεται φυσιολογικά. Με τη διπολική διαταραχή αισθάνεται κανείς σαν να είναι σε μια τεράστια συναισθηματική τραμπάλα. Σαν ένα γιογιό που πηγαίνει από τον ένα συναισθηματικό πόλο (χαμηλά) στον αντίθετο (υψηλά) με απρόβλεπτη συχνότητα. Αν δεν χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπεία εγκαίρως, οι διακυμάνσεις μεταξύ κατάθλιψης και μανίας θα γίνονται μεγαλύτερες και ο χρόνος μεταξύ τους θα γίνει μικρότερος.

Θα ήταν χρήσιμο να αναφερθούν και τα συμπτώματα της μανιακής φάσης. Αυτά είναι: διάθεση που χαρακτηρίζεται από διέγερση και ευφορία, το άτομο είναι γεμάτο ενέργεια (τόσο γεμάτο που δεν μπορεί να περιοριστεί), είναι πολύ ομιλητικό και κινητικό, μπορεί οι σκέψεις του να "τρέχουν" και να αναφέρεται σε ιδέες και θέματα από ποικίλες και διάφορες κατηγορίες ταυτόχρονα. Το άτομο έχει λίγη ανάγκη από ύπνο. Μπορεί να είναι ευερέθιστο, η προσοχή του αποσπάται εύκολα, να είναι μεγαλομανής (να υπερεκτιμά έντονα και εξωπραγματικά τις δυνατότητές του) και τέλος μπορεί να γίνει επιθετικό. Υπάρχει σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας.

Άλλα είδη κατάθλιψης είναι τα εξής (Keck M., 2010):

Εποχιακή καταθλιπτική διαταραχή: Αυτού του είδους η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί οποιαδήποτε εποχή του χρόνου. Ωστόσο, σε μετρικούς ανθρώπους, εμφανίζεται τακτικά το χειμώνα, όταν οι μέρες είναι πιο μικρές και το φως λιγότερο. Όσοι ζούνε σε σημεία της γης όπου οι χειμώνες είναι μεγάλοι και

σκοτεινοί, έχει ανακαλυφθεί πως οι διακοπές σε ηλιόλουστα και ζεστά μέρη μπορούν να βελτιώσουν τη διάθεσή τους. Κάποια άτομα τα βοηθά η φωτοθεραπεία, ενώ σε άλλες περιπτώσεις απαιτείται θεραπεία με αντικαταθλιπτικά για να ξεπεράσει κάποιος το χειμώνα και να φθάσει ως την άνοιξη χωρίς να υποφέρει υπερβολικά.

Επιλόχειος κατάθλιψη: Εμφανίζεται μετά τη γέννα καθώς η εγκυμοσύνη και η γέννα είναι γεγονότα τα οποία εξασθενούν τη μητέρα σωματικά και συναισθηματικά. Επιπλέον, παρατηρούνται πολύ μεγάλες ορμονικές αλλαγές στο σώμα της μητέρας, και γνωρίζουμε ότι οι ορμόνες μπορούν να επηρεάσουν τη διάθεση. Ακόμη εμφανίζεται συναίσθημα συντριβής από το βάρος του νέου, ή του επιπλέον μωρού που πρέπει να φροντίζει και αμφιβολία για τη δυνατότητά της να είναι καλή μητέρα. Αίσθημα πίεσης από τις αλλαγές της ρουτίνας στην εργασία και το σπίτι. Μερικές φορές οι γυναίκες σκέφτονται ότι πρέπει να είναι "οι τέλειες μητέρες", γεγονός που δεν είναι ρεαλιστικό και προσθέτει επιπλέον άγχος, το οποίο συμβάλλει στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Παρατηρούνται επίσης φοβικά συναισθήματα απώλειας, της ταυτότητας της νέας μητέρας, ποια είναι τώρα και ποια ήταν πριν το νέο μωρό. Επίσης φόβοι απώλειας ελέγχου του μητρικού ρόλου, της προ – εγκυμοσύνης σιλουέτας και φόβος απώλειας της αίσθησης να είναι ελκυστική. Μείωση του ελεύθερου χρόνου και μείωση του ελέγχου της διάθεσης αυτού του χρόνου. Η ανάγκη για μεγαλύτερη παραμονή στο σπίτι βιώνεται από την μητέρα σαν "εγκλωβισμός" και μείωση του διαθέσιμου χρόνου για εργασία και διασκέδαση. Έχει διαπιστωθεί πως το 50 - 75% των γυναικών βιώνει μελαγχολία μετά τη γέννα. Οι περισσότερες γυναίκες το ξεπερνούν αλλά περίπου το 5 - 7,5% από αυτές θα χρειαστεί θεραπεία για επιλόχειο κατάθλιψη.

Εικόνα 2.



Η επιλόχειος κατάθλιψη δεν είναι μια ασήμαντη νόσος. Μπορεί να καταστρέψει ένα γεγονός που θα έπρεπε να συνοδεύεται μόνο από χαρά και ευτυχία. Μπορεί να ζημιώσει μόνιμα τη σχέση της μητέρας και του παιδιού, αλλά και τις άλλες οικογενειακές σχέσεις. Στη χειρότερη περίπτωση, η μητέρα μπορεί να εγκαταλείψει, να τραυματίσει ή ακόμα και να σκοτώσει το παιδί της. (Κλεφταράς Γ., 1998).

Διπλή κατάθλιψη (δυσθυμία και μείζων κατάθλιψη ταυτοχρόνως): Στην περίπτωση αυτή κάποιος που ήταν ήδη αρκετά μελαγχολικός γίνεται πιο μελαγχολικός. Στην ιατρική ορολογία, η διπλή κατάθλιψη επέρχεται όταν ένα άτομο, το οποίο έχει ήδη δυσθυμία, υποφέρει από ένα επεισόδιο μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής.

Άτυπη κατάθλιψη (χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα συμπτώματα): Η άτυπη κατάθλιψη είναι μια κατάθλιψη που έχει εκδηλώσεις και συμπτώματα διαφορετικά από αυτά που είναι τα συνηθισμένα χαρακτηριστικά της καταθλιπτικής διαταραχής. Άτομα με άτυπη κατάθλιψη κοιμούνται περισσότερο, κερδίζουν βάρος αντί να χάνουν και τείνουν να είναι ιδιαίτερος ευαίσθητα στην κριτική και στην απόρριψη.

Παραληρητική κατάθλιψη (βαρύτερη μορφή που μπορεί να απαιτήσει νοσηλεία): Σε αυτή τη μορφή κατάθλιψης ο ασθενής εισέρχεται για τα καλά στο χώρο της ψύχωσης (ψυχωσική κατάθλιψη). Εκτός από τα συνηθισμένα συμπτώματα που προκαλεί η μείζων κατάθλιψη, εμφανίζονται επιπλέον ψευδαισθήσεις: α) ο ασθενής πιθανά να "ακούει" πένθιμες φωνές, κλάματα, βογγητά κ.τ.λ. που δεν υπάρχουν στην πραγματικότητα, β) πιθανά να "βλέπει" πένθιμα σύμβολα ή σύμβολα θανάτου, να αιωρούνται στον αέρα κοντά του. γ) Ο ασθενής μπορεί να αναπτύξει ψευδείς πεποιθήσεις αναξιοσύνης και ενοχής που δεν στηρίζονται σε κανένα πραγματικό γεγονός.

Κατάθλιψη στους ηλικιωμένους (κατάθλιψη σε άτομα άνω των 65): Στην ουσία, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους δεν διαφέρει από αυτή στους άλλους ενήλικες. Αλλά, η κατάθλιψη είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους και μπορεί να θεωρηθεί εσφαλμένα ότι πρόκειται για κάποια άλλη ασθένεια, όπως άνοια ή ρευματικά νοσήματα. Είναι σημαντικό αν ένας ηλικιωμένος έχει άλλα προβλήματα υγείας και υποφέρει από κατάθλιψη να λάβει αγωγή και γι' αυτήν. Η φθίνουσα υγεία, ο πόνος που γίνεται πιο δυνατός και η ανικανότητα, καθώς και η μοναξιά λόγω της πιθανής απώλειας του συντρόφου ή η κοινωνική απομόνωση, μπορούν να συνεισφέρουν στην κατάθλιψη. Είναι πολύ σημαντικό η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους να αναγνωρίζεται και να θεραπεύεται. Οι ηλικιωμένοι που υποφέρουν από κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να παραπονεθούν για σωματικά προβλήματα, αυξημένο άγχος ή προβλήματα με την μνήμη και τη συγκέντρωση, παρά για τα τυπικά συμπτώματα της κατάθλιψης.

1.4 Διάγνωση

Είναι ευρέως γνωστό και αποδεκτό ότι η διάγνωση της κατάθλιψης είναι κλινική και όχι εργαστηριακή. Αυτό όμως δε συνεπάγεται ότι δεν προκύπτουν ευρήματα από το εργαστήριο, απλώς τα ευρήματα αυτά δεν είναι καταδεικτικά αλλά μόνο ενδεικτικά της κατάθλιψης. Δεν αφορούν δηλαδή αυτήν καθ' αυτήν τη νόσο αλλά τον αποκλεισμό κάποιας πιθανής πρωτογενούς σωματικής διαταραχής ώστε από εκεί και πέρα να αναζητηθούν και να διερευνηθούν τα συμπτώματα που σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου.

Σε πρώτη λοιπόν φάση είναι απαραίτητο για το άτομο που εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης να επισκεφτεί τον γενικό γιατρό ή τον παθολόγο ώστε να ελεγχτεί αν τα καταθλιπτικά συμπτώματα οφείλονται σε κάποια άλλη ιατρική πάθηση ή προκύπτουν από τη χρήση οποιωνδήποτε φαρμάκων. Αν εξακριβωθεί ότι τα συμπτώματα δεν σχετίζονται με κάποια άλλη ασθένεια, τότε το επόμενο βήμα είναι η επίσκεψη στον ψυχίατρο ή στον κλινικό ψυχολόγο που θα εκτιμήσει -σε ψυχολογική πλέον βάση- το πλήρες ιστορικό των συμπτωμάτων και στη συνέχεια θα ακολουθήσει τις απαιτούμενες ενέργειες ώστε να ολοκληρωθεί η διάγνωση της νόσου. Όσο πιο έγκαιρα γίνει η διάγνωση τόσο πιο γρήγορα θα επέλθει και η θεραπεία της. (Κλεφταράς Γ., 1998).

1.4.1 Φυσικές - Εργαστηριακές εξετάσεις

Στόχος της φυσικής εξέτασης είναι να αποκλειστούν τα φυσικά αίτια για την κατάθλιψη. Υπάρχουν πολλές ιατρικές παθήσεις που εμπεριέχουν συμπτώματα κατάθλιψης όπως είναι για παράδειγμα ορμονικές διαταραχές υποθυρεοειδισμός, ο υπερθυρεοειδισμός, η νόσος του Cushing (επινεφρίδια), οι διάφοροι τύποι καρκίνων, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η σύφιλη, η νόσος του Parkinson, το Alzheimer κ.α. Ο γενικός γιατρός καλείται να εξετάσει

οποιοδήποτε πρόβλημα σχετίζεται με το νευρικό και ορμονικό σύστημα ώστε να εξακριβωθεί αν τα καταθλιπτικά συμπτώματα απορρέουν από κάποια άλλη ασθένεια. Καλείται επίσης να εξετάσει αν αυτά έχουν προκληθεί από τη χορήγηση κάποιων φαρμάκων.

Φάρμακα που συνδέονται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι τα ακόλουθα:

- § Τα κορτικοστεροειδή φάρμακα όπως είναι η πρεδνιζόνη, η υδροκορτιζόνη, η τριαμσινολόνη, τα Flonase, Nasocort, Nasonex, Flovent και Azmacort που χορηγούνται σε ασθενείς με χρόνια άσθμα ή ρευματοειδή αρθρίτιδα προκαλούν καταθλιπτικά συμπτώματα.
- § Φάρμακα που χορηγούνται σε ασθενείς με τη νόσο του Parkinson, όπως τα Dopar, Trihexyphenidyl (Artane) και η βρωμοκρυπτίνη.
- § Τα βαρβιτουρικά που συνιστώνται στην θεραπεία του άγχους και την αποφυγή επιληπτικών κρίσεων.
- § Τα οιστρογόνα που χορηγούνται για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης και της οστεοπόρωσης.
- § Οι στατίνες που χρησιμοποιούνται για τη μείωση της χοληστερόλης και την πρόληψη καρδιακής προσβολής.
- § Το Lioresal, μυοχαλαρωτικό που συνιστάται στην σκλήρυνση κατά πλάκας και στην κάκωση του νωτιαίου μυελού.
- § Το Syntroid που χορηγείται ως υποκατάστατο των θυρεοειδικών ορμονών.
- § Η κυκλοσπορίνη που συνταγογραφείται για την καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος για την πρόληψη της απόρριψης μεταμοσχευμάτων.
- § Η υοχιμβίνη που χορηγείται για την αντιμετώπιση της ανδρικής ανικανότητας.
- § Οι αμφεταμίνες, τα κατασταλτικά όρεξης και τα οπιοειδή (ομάδα ναρκωτικών).

Στη συνέχεια ο γενικός γιατρός μπορεί να προβεί σε εργαστηριακές εξετάσεις του ασθενούς ώστε να αποκλειστούν άλλες διαγνώσεις. Με εξετάσεις αίματος μπορούν να ελεγχθούν οι δείκτες αναιμίας, τα επίπεδα ασβεστίου, οι ορμόνες του θυρεοειδούς, η ηπατική λειτουργία και η λειτουργία των νεφρών. Με εξετάσεις ούρων γίνεται έλεγχος για τυχόν λοιμώξεις, για τα επίπεδα των πρωτεϊνών και του σακχάρου. Άλλες εξετάσεις που μπορεί να οδηγήσουν στη διάγνωση άλλων ασθενειών, αποκλείοντας έτσι την κατάθλιψη είναι το ηλεκτροκαρδιογράφημα για σοβαρά καρδιακά προβλήματα, η αξονική τομογραφία ή η μαγνητική τομογραφία του εγκεφάλου για σοβαρές παθήσεις του εγκεφάλου όπως όγκος και το εγκεφαλογράφημα για την καταγραφή της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου.

1.4.2 Διάγνωση της κατάθλιψης από ειδικούς ιατρούς

Από τη στιγμή που δεν έχουν εντοπιστεί φυσικά - παθολογικά αίτια που να εξηγούν την εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ο γενικός γιατρός παραπέμπει τον ασθενή σε έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας. Αυτός θα ζητήσει από τον ασθενή ένα πλήρες ιστορικό των συμπτωμάτων: πότε ξεκίνησαν, πόσο διήρκεσαν, πόσο σοβαρά είναι, αν είχαν εμφανιστεί ξανά στο παρελθόν, πώς αντιμετωπίστηκαν. Θα ρωτήσει επίσης τον ασθενή αν καταλαμβάνεται από σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας ή αν τυχόν υπάρχει ιστορικό καταθλιπτικής ασθένειας στην οικογένεια του. Μέρος της εκτίμησης συνιστούν και ερωτήσεις σχετικά με πολιτισμικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν ή έχουν επηρεάσει στο παρελθόν τις συνθήκες ζωής του ασθενούς, καθώς επίσης και ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών. Πρέπει να τονιστεί στο σημείο αυτό ότι είναι ιδιαίτερος σημαντικό να αποκλειστεί ο συσχετισμός της κατάθλιψης με οποιαδήποτε άλλη ψυχική νόσο όπως για παράδειγμα δυσθυμία (επίμονη μορφή μείζονος κατάθλιψης) ή διπολική διαταραχή (νόσος με περιόδους κατάθλιψης και αυξημένης ενεργητικότητας που

εκδηλώνεται ως μανία). Αυτό είναι εύλογο καθώς κάθε ψυχική διαταραχή εμφανίζεται με διαφορετικά συμπτώματα, επομένως τόσο η διάγνωση όσο και η θεραπεία που θα προταθεί θα είναι διαφορετικές. Εν κατακλείδι η ψυχική κατάσταση – συνέντευξη είναι στην ουσία ένα σύνολο παρατηρήσεων και ερωτήσεων που αποσκοπούν στον προσδιορισμό της κατάστασης του μυαλού του ασθενούς. Υπάρχουν ποικίλοι τύποι ερωτηματολογίων όπως για παράδειγμα πολλαπλής επιλογής ή αρνητικών και καταφατικών απαντήσεων (ναι – όχι), απαντήσεων που επιδέχονται διαβαθμίσεις.

Όποια μέθοδος κι αν επιλεγεί από τον ψυχίατρο για τη διάγνωση της κατάθλιψης απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ειλικρίνεια στις απαντήσεις του ασθενούς. Έτσι υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνει μια ακριβής διάγνωση και να ακολουθηθεί η αποτελεσματικότερη θεραπεία. (Κλεφταράς Γ., 1998).

1.4.3 Διάγνωση της κατάθλιψης μέσω αιματολογικών εξετάσεων

Καινοτομία στον τομέα της παγκόσμιας υγείας αποτελεί η είδηση ότι η διάγνωση της κατάθλιψης μπορεί να καταστεί εφικτή μέσα από μια απλή εξέταση αίματος. Ιάπωνες ερευνητές στο Πανεπιστήμιο του Κείο στο Τόκιο έχουν επινοήσει ένα τεστ που δείχνει τα επίπεδα κατάθλιψης από τη μέτρηση της συγκέντρωσης του φωσφορικού οξέος στο αίμα. Η σύνδεση μεταξύ των επιπέδων φωσφορικού οξέος και κατάθλιψης επιβεβαιώθηκε σε προηγούμενη μελέτη, η οποία έδειξε ότι ασθενείς με κατάθλιψη παρουσίασαν χαμηλότερη συγκέντρωση των φωσφορικών αλάτων αιθανολαμίνης στο αίμα τους.

Προηγούμενες αιματολογικές εξετάσεις για τη διάγνωση της κατάθλιψης, οι οποίες βρισκόνταν υπό ανάπτυξη, ήταν σημαντικά χρονοβόρες, επειδή χρειάζονταν ανάλυση του DNA των λευκών αιμοσφαιρίων. Η νέα εξέταση υπόσχεται διάγνωση της κατάθλιψης σε χρόνο μηδέν. Μπορεί να συμβάλλει στη

βελτίωση της έγκαιρης ανίχνευσης της κατάθλιψης, εφόσον γίνεται στη διάρκεια τακτικών ιατρικών εξετάσεων. Σύμφωνα με τους επιστήμονες τα ευρήματα θα διευκολύνουν μια αντικειμενική, βιολογική διάγνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Οι επιστήμονες στοχεύουν να κυκλοφορήσει η νέα διάγνωση της κατάθλιψης μέσα στα επόμενα δυο χρόνια, ύστερα από τις απαραίτητες κλινικές δοκιμές και την έγκριση του Υπουργείου Υγείας.

1.5 Στατιστικά στοιχεία

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα συχνότερα νοσήματα, τόσο στην ψυχιατρική, όσο και στη γενική ιατρική. Εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο νοσούν από κατάθλιψη και υπολογίζεται ότι ένας στους έντεκα ανθρώπους θα νοσήσει απ' αυτή σε κάποια στιγμή της ζωής του. Η διάγνωσή της είναι επιβεβλημένη, αφού είναι μία κατάσταση που τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά, ενώ η μη διάγνωση και αντιμετώπισή της μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες στη ζωή του ατόμου. Εκτός από τον μεγάλο κίνδυνο αυτοκαταστροφής είναι σοβαρές οι επιπτώσεις στην οικογενειακή, επαγγελματική και διαπροσωπική ζωή.

Εικόνα 3.



Από έρευνες που έχουν γίνει υπολογίζεται ότι σε μια δεδομένη χρονική στιγμή περίπου 5% του πληθυσμού εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ κατά την διάρκεια ενός έτους σχεδόν 10% του πληθυσμού θα εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης. Κατά τη διάρκεια της ζωής 20% των γυναικών και 12% των ανδρών εμφανίζουν κατάθλιψη. Τα νούμερα αυτά περιλαμβάνουν όλες τις μορφές κατάθλιψης από τις ήπιες μέχρι τις σοβαρές. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα κατάθλιψη από τους άνδρες. Η διαφορά αυτή δεν έχει εξηγηθεί και οφείλεται κυρίως σε ένα συνδυασμό γενετικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Επιπλέον παράγοντας είναι το γεγονός ότι οι γυναίκες παραδέχονται πιο εύκολα από τους άνδρες τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα στις επιδημιολογικές μελέτες.

1.6 Μελέτες Ερευνών στον διεθνή χώρο

Η σχέση των στρεσογόνων γεγονότων ζωής και της επιλόχειας κατάθλιψης έχει μελετηθεί αρκετά. Ο θάνατος κάποιου αγαπημένου προσώπου, ο χωρισμός από το σύζυγο, η μετάβαση στην ανεργία ή ακόμη και η μετακόμιση και, γενικότερα, οι σημαντικές αλλαγές στο άμεσο περιβάλλον της μητέρας, διαπιστώθηκε ότι προκαλούν στρες και μπορούν να οδηγήσουν στην εκδήλωση επεισοδίων κατάθλιψης. Η κύηση και ο τοκετός θεωρούνται και αυτά στρεσογόνα γεγονότα, ενώ η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης, κυρίως από το σύντροφο, μπορεί να ασκήσει θετική επίδραση, αντιμετωπίζοντας μία πιθανή εμφάνιση της νόσου, όπως φαίνεται από μελέτη των Brugha et al. το 1998.

Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και από τους Seguin et al. το 1999, Beck το 1996 και Richman et al. το 1991. Οι έντονες διαμάχες με το σύζυγο κατά την εγκυμοσύνη ενέχουν, επίσης, αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Μελέτες όπως αυτές των Braverman & Roux το 1978 και Kumar et al. το 1984 επιβεβαιώνουν αυτά τα δεδομένα. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι άλλος ένας παράγων που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της νόσου. Βιβλιογραφικά προσδιορίζεται από στοιχεία που αφορούν την ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης και αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση της ασθένειας, πράγμα το οποίο επιβεβαιώνεται από στοιχεία του ΠΟΥ (2001) με έρευνες που έγιναν σε Νότια και Λατινική Αμερική και Ευρώπη, οι οποίες αποκάλυψαν ότι η συχνότητα εμφάνισής της είναι μεγαλύτερη μεταξύ των φτωχότερων χωρών. (WHO, 2008a, 2008b)

Ακόμη, οι διάφοροι παράγοντες που σχετίζονται με το παιδί είναι δυνατό να προκαλέσουν κατάθλιψη. Αυτό ενέχει ταυτόχρονα και ένα βαθμό σφάλματος, καθώς αυτοί οι παράγοντες μπορούν να ληφθούν υπόψη μόνο αφότου γεννηθεί το μωρό, δηλαδή κατά την περίοδο της λοχείας. Ήδη από το 1987 οι Hopkins, Campbell και Marcus ανέφεραν ότι η ανατροφή ενός δύσκολου μωρού ή ενός παιδιού με προβλήματα υγείας λόγω επιπλοκών από τη στιγμή της γέννησής του σχετίζεται θετικά με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Αντίθετα με όλα τα

παραπάνω, η εθνικότητα, η ηλικία της μητέρας και το φύλο του παιδιού, κυρίως όταν ο πληθυσμός υπό μελέτη ανήκει σε δυτικές κοινωνίες, δεν έχει βρεθεί να έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη της νόσου. (WHO, 2008b)

Από τα δεδομένα του Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) για την περίοδο 2004-2005, τα οποία αναλύθηκαν από το Centre for Disease Control των ΗΠΑ, ο επιπολασμός επιλόχειας κατάθλιψης σε 17 πολιτείες υπολογίστηκε ότι κυμαινόταν από 11,7% έως και 20,4%. Διαπιστώθηκε, επίσης, ότι οι νεότερες γυναίκες, όσες είχαν ολοκληρώσει χαμηλότερες βαθμίδες εκπαίδευσης και όσες χρειαζόταν να παίρνουν κάποιο ειδικό επίδομα για τον τοκετό (βρίσκονταν, δηλαδή, σε χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση) διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου. (CDC, 2008).

Το 2008, ακόμη, οι Tuohy & McVey διερεύνησαν το πώς βιώνουν την εμπειρία της κύησης και του τοκετού 415 μητέρες στη Βρετανία ως προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Οι παράγοντες που μελετήθηκαν περιελάμβαναν δεδομένα όπως τον αριθμό των προηγούμενων κυήσεων και τον αριθμό των παιδιών, ενώ κατέγραψαν και σε μία κλίμακα τον υποκειμενικό βαθμό δυσκολίας αναφορικά με την πορεία της κύησης και του τοκετού. Ο αριθμός των κυήσεων και των παιδιών δε διαπιστώθηκε να επηρεάζει τη βαθμολόγηση των ερωτήσεων. Αντίθετα, οι δυσκολίες που αντιμετώπιζαν στην πορεία της κύησης βρέθηκε ότι αποτελούσαν σημαντικούς παράγοντες πρόβλεψης της μη ειδικής κατάθλιψης, ενώ η δυσκολία κατά τον τοκετό αναφέρθηκε ως σημαντικός παράγων πρόβλεψης του άγχους. Σύμφωνα με τους ερευνητές τα αποτελέσματα αυτά παρέχουν αρκετές αποδείξεις για την ετερογένεια της επιλόχειας κατάθλιψης και συμπεραίνουν ότι οι διάφοροι παράγοντες κινδύνου μπορούν να τροποποιήσουν τη βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου.

Στην Αυστραλία οι Milgrom et al., κατά τη χρονική περίοδο 2002-2005, κατέγραψαν μέσω του National Postnatal Depression Program τους παράγοντες κινδύνου που ελλοχεύουν πριν τον τοκετό και ευθύνονται για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Το EPDS χρησιμοποιήθηκε και σ' αυτή την περίπτωση,

όπου από τις 12361 γυναίκες που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο μετά τη γέννα, οι 925 είχαν σκορ μεγαλύτερο του 12, ένα ποσοστό που αντιπροσωπεύει το 7,5% του συνόλου των μητέρων. Η παρουσία ατομικού ιστορικού κατάθλιψης ή άγχους και ο μικρός βαθμός υποστήριξης από το σύντροφο βρέθηκε ότι αποτελούν τους βασικότερους προγεννητικούς παράγοντες κινδύνου για επιλόχεια κατάθλιψη.

Οι Davey et al. το 2008 στον Καναδά μελέτησαν τους προγεννητικούς και περιγεννητικούς παράγοντες για να προβλέψουν ποιες γυναίκες διατρέχουν κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου. Συμπεριλήφθηκαν 1403 μητέρες οι οποίες συμπλήρωσαν το EPDS οκτώ εβδομάδες μετά τον τοκετό. Λήφθηκαν υπόψη οι δημογραφικοί, μαιευτικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, ο κίνδυνος συμπεριφοράς, η πνευματική υγεία και η ύπαρξη άγχους κατά την κύηση. Ο κίνδυνος εκδήλωσης της νόσου βρέθηκε ότι αυξανόταν από την ύπαρξη ατομικού ιστορικού, το να έχουν γεννηθεί εκτός του Καναδά και τη διακοπή του θηλασμού στις οκτώ εβδομάδες.

Στις ΗΠΑ το 2007 πραγματοποιήθηκε έρευνα για να διαπιστωθεί το κατά πόσο τα θρησκευτικά και πνευματικά χαρακτηριστικά μπορεί να σχετίζονται με τη μειωμένη εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε μητέρες, με τη χρησιμοποίηση του EPDS με βαθμολογικό όριο το 14. Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην αλληλεπίδραση μεταξύ θρησκευτικότητας/πνευματικότητας, κοινωνικής στήριξης και επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς το 8,1% των γυναικών εμφάνισε σκορ υψηλότερο από το καθορισμένο. Γενικά, η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα σχετίζονταν σημαντικά με λιγότερα καταθλιπτικά επεισόδια όταν ελέγχονταν για συγχυτικούς παράγοντες, αλλά υπήρχε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ τους, τέτοια που η σχέση γινόταν πιο αδύναμη όσο αυξανόταν η κοινωνική υποστήριξη. Άρα η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα μπορούν να παρέχουν προστασία από την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε περιπτώσεις όπου εκλείπει η κοινωνική στήριξη. (Mann J.R. et al., 2007).

Στη Νιγηρία το 2008 μία μελέτη προσπάθησε να καταγράψει την επίπτωση και τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης.

Περιλαμβάνονταν 206 γυναίκες που είχαν γεννήσει έξι εβδομάδες πριν και κλήθηκαν να συμπληρώσουν το EPDS. Η επίπτωση της νόσου ανερχόταν στο 27,2%, ενώ ο πρόωρος τοκετός βρέθηκε ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τη νόσο. (Ebeigbe P.N. & Akhigbe K.O., 2008).

Στην Κωνσταντινούπολη το ίδιο έτος διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης και των τεχνικών ταΐσματος του παιδιού, δηλαδή από μπουκάλι ή μέσω θηλασμού. Έλαβαν μέρος 60 μητέρες με τα νεογνά τους, συμπληρώνοντας και το EPDS, αρχικά, κατά τον πρώτο μήνα και, στη συνέχεια, τον τέταρτο μήνα μετά τον τοκετό. Από τη μελέτη φάνηκε ότι υπάρχει μία θετική συσχέτιση μεταξύ υψηλότερου σκορ του ερωτηματολογίου και θηλασμού μέχρι και τέσσερις μήνες μετά τη γέννα. (Akman I. et al., 2008).

Επιπλέον, εκτός από τις μελέτες που αφορούν την επιλόχεια κατάθλιψη και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που την επηρεάζουν, υπάρχουν και στοιχεία για τη νόσο σε σχέση με τα επίπεδα θυρεοειδικών ορμονών. Μετά από έρευνα που πραγματοποιήθηκε τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό, χρησιμοποιώντας μεταξύ άλλων και το EPDS, διαπιστώθηκε ότι η παρουσία αντισωμάτων κατά τη λοχεία μπορεί να σχετίζεται με την ανάπτυξη της νόσου. (McCoy S.J. et al., 2008).

Ακόμη, στην ημι-αγροτική Τουρκία έγινε απόπειρα εξέτασης της σχέσης μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης και κοινωνικής στήριξης στις νέες μητέρες. Συμπληρώθηκε και το EPDS από 364 άτομα από την έκτη εβδομάδα και έπειτα μετά τον τοκετό και διαπιστώθηκε ότι συνδεόταν αρνητικά με την κοινωνική στήριξη. Ο επιπολασμός ανερχόταν στο 33,2% και απέδειξε τη συσχέτιση της νόσου με διάφορους παράγοντες όπως είναι η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, το επάγγελμά της, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας, η εκπαίδευση του συζύγου, ο αριθμός των ετών που είναι παντρεμένη, η ισότητα, το αν ήταν προγραμματισμένη ή όχι η εγκυμοσύνη, το είδος του τοκετού, η γνώση για τη φροντίδα του νεογνού, η ύπαρξη κάποιου αγαπημένου προσώπου και η ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού. (Ege E. et al., 2008).

Μία άλλη μελέτη το 2009 διερεύνησε την εμφάνιση της νόσου σε ημιαστική περιοχή της Ανατολικής Τουρκίας που απαρτίζεται μερικώς από άτομα χαμηλής ή μεσαίας κοινωνικοοικονομικής τάξης. Από τις 258 συμμετέχουσες διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ του σκορ και της ηλικίας της μητέρας, του αριθμού των άλλων παιδιών που μπορεί να έχει και του αν είχε προγραμματίσει την εγκυμοσύνη αυτή ή όχι, ενώ βρέθηκε αρνητική συσχέτιση του σκορ με την κοινωνική στήριξη. (Golbasi Z., Kelleci M., Kisacik G., Cetin A., 2009).

Το 2008, επίσης, διερευνήθηκε και η αιτιολογική σχέση των δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών στον επιπολασμό της επιλόχειας κατάθλιψης σε γυναίκες που κατοικούν σε αστικές και αγροτικές περιοχές. Στην Αυστραλία με τη συμμετοχή 908 γυναικών από αστικό και 1058 από αγροτικό περιβάλλον, διαπιστώθηκε η ύπαρξη αρκετά σημαντικών διαφορών στα δύο περιβάλλοντα ως προς την κοινωνικοοικονομική τάξη, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και το ατομικό ιστορικό ψυχοπαθολογίας. Η ύπαρξη κατάθλιψης πριν τον τοκετό είχε στατιστικά σημαντική διαφορά, όπου ήταν πιο συχνή στον αστικό πληθυσμό με 8,5% έναντι 3,4% του αγροτικού, ενώ στη χρονική περίοδο μετά τη γέννα δε βρέθηκε να υπάρχει σημαντική διαφορά. (Bilszta J.L., Gu Y.Z., Meyer D., Buist A.E., 2008).

Μία μεγάλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1997 στην Ελλάδα με 2831 έγγαμες γυναίκες, σωματικά υγιείς κατά την κύηση και με ελληνική εθνικότητα, ανέδειξε ότι η επαγγελματική κατάσταση εξηγεί απλά την κατάθλιψη σε πολύτοκες γυναίκες. Η κοινωνική στήριξη, η εσωτερική αίσθηση του ελέγχου, η μειωμένη επίδραση στην ψυχολογία των στρεσογόνων γεγονότων ζωής και η αυξημένη σωματική δραστηριότητα κατά την εγκυμοσύνη φάνηκε να έχουν ευεργετική επίδραση στην κατάθλιψη. (Dragonas T., Petrogiannis K., Adam H., 1997).

Επίσης, το 1992 μία άλλη έρευνα σε Ελλάδα και Βρετανία κατέδειξε ότι οι Ελληνίδες είχαν σημαντικά υψηλότερα σκορ κατάθλιψης και άγχους, ενώ, παράλληλα, βίωναν περισσότερα αγχωτικά γεγονότα, κυρίως για θέματα που

αφορούν την οικογένεια, και ταυτόχρονα, ανέφεραν ότι δέχονταν λιγότερη υποστήριξη σε σχέση με τις Βρετανίδες. Για τις δεύτερες, ωστόσο, η κοινωνική στήριξη ήταν ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγων για τη συναισθηματική ευεξία. (Thorpe J.K., Dragonas T., Golding J., 1992).

Στη χώρα μας σε μία μελέτη του 2009 καταγράφηκε ο επιπολασμός της νόσου στην Αθήνα, σε ένα δείγμα 235 μητέρων από δημόσιο νοσοκομείο. Το EPDS δόθηκε αρχικά τρεις ημέρες μετά τον τοκετό και, ακολούθως, στον τρίτο μήνα ζωής του παιδιού πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική συνέντευξη. Τα δεδομένα από το πρώτο ερωτηματολόγιο εμφάνιζαν τον επιπολασμό στο 14,5%, ενώ στο δεύτερο βρισκόταν στο 4,6%. Διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης της νόσου με το νεαρό της ηλικίας της μητέρας και την αρνητική εμπειρία του τοκετού, σε αντίθεση με το άγχος, το οποίο σχετιζόταν περισσότερο με την οικογενειακή της κατάσταση. (Giakoumaki O. et al., 2009).

Το 2009 σε μία μελέτη στην Ιταλία με 297 συμμετέχουσες υπολογίστηκε ότι ο επιπολασμός καταθλιπτικής συμπτωματολογίας βρισκόταν στο 13%, ενώ το να αισθάνεται άγχος η μητέρα κατά την κύηση αποτέλεσε έναν ισχυρό παράγοντα πρόβλεψης συμπτωμάτων έξι έως οκτώ εβδομάδες μετά τον τοκετό. Σε αντίθεση μ' αυτό, η πανεπιστημιακή εκπαίδευση και η υποστήριξη των προσφιλών προσώπων φαίνεται ότι αποτελεί προστατευτικό παράγοντα ενάντια στη νόσο. (Grussu P. & Quatraro R.M., 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

2.1 Ορισμοί

Η λοχεία θεωρείται μια πολύ σημαντική περίοδος για την μητέρα και τη θεμελίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας του βρέφους. Η μητέρα παρέχει συναισθηματική ασφάλεια και φροντίδα. Προϋπόθεση για την ομαλή διεξαγωγή είναι το περιβάλλον της μητέρας αλλά και η διάθεση. Η λοχεία είναι μια φορτισμένη περίοδος με προσδοκίες, ανησυχία, αγωνία και σωματική εξάντληση. Οι προσδοκίες ειδικότερα διαψεύδονται συχνά καθώς το δέσιμο δεν είναι πάντα τόσο άμεσο, εφόσον ενδέχεται να εμφανιστούν αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα. 1 στις 10 γυναίκες μπορεί να εμφανίσει επιλόχεια κατάθλιψη με τα συμπτώματα να γίνονται εντονότερα σε συγκεκριμένες ώρες όπως το πρωί ή αργά το απόγευμα. Δεν υπάρχει συγκεκριμένος λόγος εμφάνισης της διαταραχής αλλά προηγούμενο ιστορικό κάποιας συναισθηματικής διαταραχής, έλλειψη υποστήριξης, πρόωρος τοκετός, απώλεια της μητέρας σε μικρή ηλικία, οικονομικά προβλήματα και πένθος επιβαρύνουν την κατάσταση. Βέβαια η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί και χωρίς συγκεκριμένο λόγο όπως επίσης και η παρουσία των παραπάνω μπορεί να επιβαρύνει αλλά δεν οδηγεί απαραίτητα σε επιλόχεια κατάθλιψη. (Κελλαρτζής Δ., Διδασκάλου Θ., Μίκος Θ., & Μπόντης, Ι., 2003).

Μετά από την εγκυμοσύνη, οι ορμονικές αλλαγές μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα κατάθλιψης. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνονται τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη που σχετίζονται με την σύλληψη και την γέννηση. Στις πρώτες 24 ώρες μετά από τον τοκετό, το ποσοστό αυτών των ορμονών μειώνεται γρήγορα, στα κανονικά προ εγκυμοσύνης επίπεδά τους. Αυτή η ταχεία αλλαγή στα επίπεδα των ορμονών, μπορεί να οδηγήσει στην επιλόχεια κατάθλιψη. (Vik K, Aass IM, Willumsen AB & Hafting M., 2009).

Συχνά μπορεί την τρίτη ή τέταρτη ημέρα μετά τη γέννα, οι νέες μητέρες να νιώθουν έλλειψη σιγουριάς και αυξημένη ευσυγκινησία. Αυτό είναι γνωστό ως «μελαγχολία της λοχίας» και περνάει μετά από μερικές ημέρες.

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι η περίοδος που η γυναίκα έχοντας γίνει μητέρα παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης. Αυτά ποικίλουν ανάλογα με τη μητέρα και μπορεί να είναι ήπιας μορφής έως και επικίνδυνα για τη ζωή τόσο της ίδιας αλλά και του νεογέννητου μωρού της. Συνήθη συμπτώματα είναι η σύγχυση, η αμηχανία, οι διαταραχές ύπνου, η οξυθυμία, η ανησυχία, η μανία, οι παραισθήσεις, η θλίψη, η παράξενη συμπεριφορά, οι παρανοϊκές αυταπάτες καθώς και άλλα συμπτώματα που αναπτύσσονται εντός ημερών στις εβδομάδες του τοκετού. Σύμφωνα με μια έρευνα τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης είναι εντονότερα όταν παρατηρείται πρόωρος τοκετός. (Heron J, McGuinness M, Blackmore E, Craddock N, et al., 2007).

Η επιλόχεια ψύχωση μπορεί να συνυπάρχει με καταθλιπτικά συμπτώματα. Πρόκειται για μια σοβαρή πάθηση η οποία χρειάζεται θεραπεία και υποστήριξη. Προσβάλλει περίπου 1 στις 500 γυναίκες, συνήθως μερικές μέρες ή εβδομάδες μετά τη γέννα. Εμφανίζεται με γρήγορες αλλαγές στη διάθεσή, περιέργες πεποιθήσεις και απρόβλεπτη συμπεριφορά. Η επιλόχεια ψύχωση είναι πιο συχνή σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό επιλόχειας ψύχωσης, διπολικής διαταραχής ή προηγούμενο επεισόδιο επιλόχειας ψύχωσης ή διπολικής διαταραχής. (Vik K, Aass IM, Willumsen AB & Hafting M., 2009).

Τέλος η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πολύ πιο συνηθισμένη απ' ό τι νομίζουν οι περισσότεροι άνθρωποι και η πάσχουσα μπορεί να βοηθηθεί με τον ίδιο τρόπο όπως και στην επιλόχεια κατάθλιψη.

Επιλόχειος κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί και στους άντρες αν και είναι πολύ πιο συνηθισμένη στις γυναίκες. Η γέννηση ενός μωρού μπορεί να αποτελέσει πηγή στρες και για τους δύο γονείς. Οι πατέρες μπορεί να δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στην καινούρια κατάσταση, τόσο λόγω των πρακτικών προβλημάτων της φροντίδας ενός μωρού, όσο και επειδή η σύντροφος

τους δίνει όλη της την προσοχή στο μωρό. Η επιλόχεια κατάθλιψη σε οποιονδήποτε από τους δύο γονείς μπορεί να δημιουργήσει πρόβλημα στη σχέση. (Κελλαρτζής Δ., Διδασκάλου Θ., Μίκος Θ., & Μπόντης, Ι., 2003).

2.2 Ψυχολογία και εγκυμοσύνη

Με τον όρο άγχος νοείται η αντίδραση του οργανισμού στην επίδραση διαφόρων φυσιολογικών, συναισθηματικών ή περιβαλλοντικών παραγόντων, εφόσον και όταν αυτοί βιώνονται ως επιθετικοί. Ειδικότερα, είναι μια κατάσταση ψυχικής πίεσης και δυσφορίας που βιώνει το άτομο λόγω ενδογενών ή εξωγενών παραγόντων. Τον άγχος σε παρατεταμένη διάρκεια προκαλεί σοβαρά ψυχικά και φυσιολογικά προβλήματα στο άτομο, ενώ το στρες μέτριας έντασης είναι απαραίτητο για την ενεργοποίηση και την αποδοτικότητα του ατόμου. (Lee AM et al., 2007).

Το άγχος είναι ένα διάχυτο και δυσάρεστο συναίσθημα, συγγενές με το φόβο. Όλοι βιώνουν άγχος κατά τη διάρκεια της ζωής, λιγότερο ή περισσότερο έντονο, όταν συντρέχουν κάποιες ιδιαίτερες περιστάσεις, τέτοιες εμπειρίες, κοινές σε όλους, εμφανίζονται περιστασιακά, χωρίς αυτό να συνιστά πρόβλημα που να χρειάζεται τη συνδρομή ψυχιάτρου. Υπάρχουν όμως καταστάσεις όπου το άγχος, λόγω της έντασης, της διάρκειας του ή της δυσλειτουργίας που προκαλεί, συνιστά ψυχική διαταραχή. Υπάρχει μια ομάδα ψυχικών διαταραχών, που ταξινομούνται ως αγχώδεις διαταραχές. Σε αυτές περιλαμβάνονται διαταραχές όπου το άγχος εκδηλώνεται με φοβίες, με έμμονες ιδέες και τελετουργίες, με αναβιώσεις τραυματικών γεγονότων, με χρόνιες ανήσυχες σκέψεις για πολλαπλά προσωπικά ζητήματα μαζί με ποικίλα σωματικά συμπτώματα, με επεισόδια παροξυσμού άγχους που παρουσιάζουν έντονα αυτονομικά συμπτώματα μεγάλης έντασης και με άλλες λιγότερο συχνές ή τυπικές εκδηλώσεις. (Ζέρβας, et al., 2006).

Στο Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης έγινε μια έρευνα σε δείγμα 274 υγιών γυναικών, 18-40 ετών, όπου μέτρησαν τις ορμόνες του άγχους σε γυναίκες που σκόπευαν να αποκτήσουν παιδί με φυσιολογικό τρόπο. Η αδρεναλίνη και η κορτιζόλη συνδέονται με το χρόνιο άγχος και μπορούν να μετρηθούν μέσω δειγμάτων σιέλου. Διαπίστωσαν ότι όσες είχαν περισσότερο άγχος, μείωναν τις πιθανότητες επίτευξης της κύησης. Η ηλικία, το κάπνισμα, η παχυσαρκία και το αλκοόλ είναι γνωστό ότι επηρεάζουν την επιτυχία κύησης αλλά η επίδραση του άγχους είναι λιγότερο ξεκάθαρη. Στο επιστημονικό έντυπο *Fertility and Sterility*, η Δρ Σεσίλια Πάιπερ από την Εθνική Περιγεννητική Επιδημιολογική Μονάδα του βρετανικού πανεπιστημίου υποστηρίζει μέσω της μελέτης που έκανε ότι τα ζευγάρια που σκοπεύουν να γίνουν γονείς, θα πρέπει να είναι ήρεμα όταν προσπαθούν να πετύχουν τον στόχο της κύησης. Μετά από έρευνα που έκαναν παρατήρησαν ότι οι γυναίκες που είχαν υψηλότερα επίπεδα της α-αμυλάσης (δείκτης των επιπέδων της αδρεναλίνης) είχαν περίπου 12% λιγότερες πιθανότητες να μείνουν έγκυες κατά την διάρκεια των γόνιμων ημερών, συγκριτικά με τις γυναίκες που είχαν χαμηλότερα επίπεδα του συγκεκριμένου δείκτη. Για τα επίπεδα της κορτιζόλης δεν παρατηρήθηκε καμιά διαφορά. Υπάρχουν αναφορές που δεν έχουν δημοσιευθεί και έχουν δείξει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ άγχους και υπογονιμότητας, αλλά τα άμεσα αποδεικτικά στοιχεία είναι ακόμη ελάχιστα. Μάλιστα ορισμένες τεχνικές χαλάρωσης μπορεί να είναι επιβοηθητικές, όπως η γιόγκα και ο διαλογισμός ενώ εξηγεί ότι η μελέτη τους είναι η πρώτη που στοχεύει στην καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την κύηση σε φυσιολογικές υγιείς γυναίκες. (Buck Luis G, Pyper C, et al. 2010).

Από την στιγμή της έναρξης της εγκυμοσύνης, συμβαίνουν σημαντικές ανακατατάξεις, όπως ψυχολογικές, οργανικές, ορμονικές, κοινωνικές. Η εγκυμονούσα προσπαθεί να δώσει λύσεις στους προβληματισμούς και τις ανησυχίες της. Η εγκυμοσύνη, ο τοκετός, η λοχεία, ο θηλασμός, το μεγάλωμα του παιδιού, η καινούργια σύνθεση της οικογένειας, είναι γεγονότα με σημαντικές προσωπικές, ψυχολογικές, οικογενειακές και κοινωνικές προεκτάσεις. Όσο πιο αρμονικές είναι οι σχέσεις μεταξύ του ζευγαριού, τόσο λιγότερα είναι τα

μαιευτικά προβλήματα, επίσης μειώνεται το άγχος και η επιθετικότητα της εγκύου, αυξάνει η ηρεμία και η αρμονία. (Συκάκη Δούκα, 1990).

Το άγχος αλλά και η κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη συνιστούν ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας λόγω της μεγάλης συχνότητας της ταλαιπωρίας που προκαλείται στις γυναίκες και τον πιθανό αντίκτυπο στο αποτέλεσμα της γέννας. Επίσης βάζουν τις γυναίκες σε μεγαλύτερο κίνδυνο μετά-γεννητικής κατάθλιψης. Πολλές γυναίκες μένουν έγκυες αν και δεν επιθυμούν να κάνουν παιδιά και βιώνουν αμφίρροπα αισθήματα κατά την εγκυμοσύνη. Οι ανεπιθύμητες και οι μη προγραμματισμένες εγκυμοσύνες έχουν συνδεθεί με μεγαλύτερη επικράτηση της κατάθλιψης και του άγχους στις έγκυες γυναίκες. Προηγούμενες μελέτες από χώρες όπου η νόμιμη έκτρωση είναι λιγότερο περιορισμένη δείχνουν ότι οι γυναίκες που βίωσαν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και ήθελαν έκτρωση αλλά δεν το κατάφεραν είχαν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Πιθανόν οι γυναίκες στις οποίες έχει αρνηθεί η έκτρωση μπορεί να βιώσουν κακή ψυχική υγεία, καθώς θα κρατήσουν την εγκυμοσύνη μέχρι την ολοκλήρωσή της, θα γεννήσουν και θα μεγαλώσουν ένα παιδί το οποίο δεν ήθελαν να κάνουν. Μια πρόσφατη μελέτη στη Νέα Ζηλανδία (Ferguson et al, 2008) βρήκε ότι η έκτρωση σχετιζόταν με μόνο μια μικρή αύξηση στον κίνδυνο ψυχικών διαταραχών σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν είχαν κάνει ποτέ παιδί. Όμως, το να συγκρίνουμε γυναίκες που είχαν κάνει έκτρωση με αυτές που είχαν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη την οποία ολοκλήρωσαν είναι πιο σχετικό με την συζήτηση για τα αποτελέσματα του τερματισμού της εγκυμοσύνης στην ψυχική υγεία. Έχει συζητηθεί το ότι η έλλειψη αναπαραγωγικής επιλογής είναι ένας από τους κύριους παράγοντες που συνεισφέρουν στην ανισότητα στην αναπαραγωγική υγεία ανάμεσα στις αναπτυγμένες και τις αναπτυσσόμενες χώρες.

Οι έρευνες στις επιπλοκές της αναπαραγωγικής επιλογής στην ψυχική υγεία από χώρες με φιλελεύθερες απόψεις όσο αφορά την έκτρωση είναι δύσκολο να γενικευτούν σε μέρη όπου είναι ουσιαστικά παράνομο (WHO, 2009). Ο νόμος στην Βραζιλία επιτρέπει την έκτρωση όταν υπάρχει είτε απειλή στην ζωή της γυναίκας ή στην περίπτωση βιασμού. Συνεπώς, η έκτρωση γίνεται πάντα ως μια

παράνομη διαδικασία και άρα οι γυναίκες εκτίθενται σε παραπάνω φόβο ιατρικών επιπλοκών και τον κίνδυνο νομικού αντίκτυπου.

Ενώ η ψυχοπαθολογία στις έγκυες γυναίκες έχει σχετιστεί με την μεταγεννητική κατάθλιψη για πολλά χρόνια, πρόσφατες μελέτες έδειξαν μια υπεροχή της ψυχοπαθολογίας κατά την εγκυμοσύνη που είναι συγκρίσιμη με την υπεροχή στις μη έγκυες γυναίκες της ίδιας ηλικίας: τα ποσοστά διαταραχών είναι περίπου 14% με την μεγαλύτερη υπεροχή στις διαταραχές διάθεσης (7,4% πρώτο τρίμηνο, 12,8% δεύτερο τρίμηνο, 12% τρίτο τρίμηνο), ακολουθούμενο από τις διαταραχές μετά-τραυματικού στρες (7,7%), και άλλες διαταραχές άγχους (6,6%). Η πορεία του άγχους και η κατάθλιψη από την πρώιμη εγκυμοσύνη ως την περίοδο μετά την γέννα φαίνεται να είναι σταθερή. Ακόμα, το άγχος κατά την εγκυμοσύνη έχει αποδειχτεί ότι προβλέπει την μεταγεννητική κατάθλιψη. Η εξέλιξη μιας διαταραχής άγχους ή διάθεσης, συνήθως προηγείται από συγκεκριμένους παράγοντες στρες και παράλληλα αποτελεί και η ίδια έναν χρόνιο παράγοντα άγχους. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα αληθινό για τις έγκυες γυναίκες, οι οποίες θα πρέπει να είναι χαρούμενες για την εγκυμοσύνη τους. Είναι πολύ ενδιαφέρον το ότι πολύ λίγες μελέτες έχουν εστιαστεί στον αντίκτυπο της διαταραχής μετά-τραυματικού σοκ (PTSD) στο γεννητικό, νεογνικό και νέο-γεννητικό αποτέλεσμα. Ο Loveland Cook et al ανακάλυψε σε δείγμα 744 εγκύων γυναικών, ένα 7,7% που έπασχαν από PTSD, ενώ ο Mezey et al βρήκε ένα ποσοστό 10,7% με διάγνωση PTSD. Σε έγκυες γυναίκες με PTSD, ανευρίσκονται χαμηλότερα επίπεδα κορτιζόλης. Η έκθεση στην κατάρρευση των δίδυμων πύργων κατά την εγκυμοσύνη και η δημιουργία συμπτωμάτων PTSD σχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα κορτιζόλης σε νεογνά 9 μηνών και με μειώσεις στην περιφέρεια του κεφαλιού κατά την γέννηση. Τα μωρά που γεννήθηκαν από γυναίκες που ζούσαν σε ακτίνα 2 μιλίων από τους δίδυμους πύργους την 11 Σεπτεμβρίου 2001, είχαν χαμηλότερο βάρος και μήκος γέννησης σε σχέση με μια ομάδα ελέγχου. Ο διαφοροποιητικός αντίκτυπος των μολυντικών παραγόντων λόγω της καταστροφής ή της αντίδρασης άγχους παραμένει ομιχλώδης. (Alder et al. 2007).

Στην περίοδο της εγκυμοσύνης περιγράφονται πολλές αλλαγές στην διάθεση της γυναίκας, ένα από αυτά είναι και η κατάθλιψη. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης είναι ανεξάρτητοι από άλλους βιοϊατρικούς παράγοντες που έχουν κίνδυνο στην μαιευτική, εμβρυική και νεογνική έκβαση. Συχνά εξελίσσεται επειδή προηγούνται συγκεκριμένοι παράγοντες άγχους ζωής που αποτελούν καθημερινό ή ακόμα και χρόνιο παράγοντα άγχους. (Alder, Fink, et al. 2007).

Η κατάθλιψη ή ανησυχία στην διάρκεια της εγκυμοσύνης προαναγγέλλει την κατάθλιψη της μητέρας μετά τον τοκετό, καθώς επίσης γυναίκες με εμβρυική ανησυχία και καταθλιπτική διάθεση εκθέτουν περισσότερα φυσικά συμπτώματα όπως η ναυτία, επισκέπτονται συχνότερα το γυναικολόγο και έχουν περισσότερες μέρες ανικανότητας σε σχέση με τις υγιείς γυναίκες. Όσον αφορά την εμφάνιση προεκλαμψίας η σχέση με την κατάθλιψη είναι ασαφής. Μια μελέτη έδειξε υψηλό κίνδυνο για προεκλαμψία σε γυναίκες με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης ενώ μια άλλη έδειξε ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ ανησυχίας και προεκλαμψίας. (Alder, Fink, et al. 2007).

Παλαιότερα υπήρχε η πεποίθηση ότι η εγκυμοσύνη προστατεύει από ψυχικές διαταραχές, όμως τουλάχιστον μία στις δέκα γυναίκες (10–15%) θα εμφανίσει κατάθλιψη στην περιγεννητική περίοδο, ενώ η εμφάνιση προγεννητικής κατάθλιψης παρατηρείται σε ποσοστό 3,6–6,1%. Επιπλέον, ένα ποσοστό 60% των γυναικών με ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής διακόπτουν τα φάρμακά τους κοντά στη σύλληψη αλλά οι μισές αναγκάζονται να τα ξαναρχίσουν μέσα στην εγκυμοσύνη. Στην Ελλάδα έχουμε περίπου 100 χιλιάδες γεννήσεις κατ' έτος, που σημαίνει πως κάθε χρόνο περίπου 3000 έως 6.000 γυναίκες θα εκδηλώσουν σοβαρή κατάθλιψη σε συνάρτηση με την εγκυμοσύνη τους. Σε μια μελέτη που έγινε από το Αιγινήτειο Νοσοκομείο το 2008, το 5% των γυναικών που εξετάστηκε με δομημένες ψυχιατρικές συνεντεύξεις δύο μήνες μετά τον τοκετό πληρούσε κριτήρια για μείζονα κατάθλιψη και άλλο ένα 7,4% για ελάσσονα κατάθλιψη. Παρόλ' αυτά τα δύο τρίτα των γυναικών που εμφάνισαν κατάθλιψη στη λοχεία είχαν στο ιστορικό

τους προηγούμενο επεισόδιο, ανεξάρτητο από κύηση, σε συχνότητα δέκα φορές μεγαλύτερη από τις γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης που γέννησαν χωρίς να υποτροπιάσουν. Οι υπηρεσίες που ιδανικά χρειάζονται, τόσο σε επίπεδο ειδικών εξωτερικών ιατρείων όσο και σε επίπεδο νοσηλευτικών δομών(π.χ. Μονάδες μητέρας-βρέφους, δηλαδή ειδικά τμήματα όπου μπορούν να νοσηλευθούν είτε πλήρως είτε με μορφή νοσοκομείου ημέρας οι λεχωίδες μαζί με τα μωρά τους,) υπάρχουν σε λίγες χώρες και πάντως σπανίζουν στην Ελλάδα. (Ζέρβας & Λεονάρδου, 2008).

Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη βρέθηκε να είναι σημαντική προάγγελος για κατάθλιψη μόνο στο πρώτο τρίμηνο, αυξάνοντας τον κίνδυνο περισσότερο από έξι φορές. Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη οδηγεί τη γυναίκα σε μεγάλο ψυχολογικό κίνδυνο, αλλά οι περισσότερες μελέτες που έχουν διεξαχθεί δεν εξέτασαν τη σημασία της στα διαφορετικά στάδια της κύησης. Η μελέτη που έγινε στο πανεπιστήμιο του Χονγκ Κονγκ ανακάλυψε ότι ο κίνδυνος αυτός μειώνεται με το χρόνο. Είναι πιθανό, αρχικά, έγκυες γυναίκες με ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες να μην μπορούν να αποδεχτούν την πραγματικότητα, προδιαθέτοντας αυτές σε κατάθλιψη. Ωστόσο καθώς εξελίσσεται η κύηση φαίνεται ο κλονισμός να υποχωρεί ενώ το δέσιμο με την ανάπτυξη του εμβρύου ενισχύεται με συνέπεια την διευκόλυνση της αποδοχής. Άλλοι παράγοντες, όπως ο αυτοσεβασμός, έχουν μεγαλύτερη σημασία καθώς οι γυναίκες προσπαθούν να αντιμετωπίσουν το ανεπιθύμητο αλλά πραγματικό γεγονός (Lee, Lam, et al.2007).

Ο όρος σεξουαλική κακοποίηση αναφέρεται στην κακοποίηση ενός ατόμου από άλλο ή άλλα άτομα του ίδιου ή του αντίθετου φύλου μέσω της χρήσης σεξουαλικών ή διαστρεφικών πρακτικών, όπως ο βιασμός, σαδιστικές πρακτικές κτλ. Η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να προκαλέσει σοβαρά και ψυχολογικά τραύματα. (Σταφυλίδης, 2006).

Σύμφωνα με διεθνή επιδημιολογικά δεδομένα, υπολογίζεται ότι 13% περίπου των γυναικών και 3% των ανδρών υφίστανται σεξουαλική κακοποίηση σε κάποια φάση της ζωής τους. Άτομα υψηλού κινδύνου για σεξουαλική κακοποίηση θεωρούνται κυρίως γυναίκες, έφηβοι ή ηλικιωμένοι, φυλακισμένοι,

χρήστες ουσιών, άτομα που υπέστησαν σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική τους ηλικία, καθώς και άτομα με ψυχικές ή σωματικές μειονεξίες. Συχνά τα θύματα της σεξουαλικής κακοποίησης αρνούνται τη δημοσιοποίηση του προβλήματός τους και καταλήγουν στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας για λόγους που σχετίζονται με νοσηρές καταστάσεις ή θέματα ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Οι επιπτώσεις της σεξουαλικής κακοποίησης, βραχυπρόθεσμα αλλά και μακροπρόθεσμα, στην ψυχική υγεία των ατόμων είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Αφορούν διαταραχές προσωπικότητας μετά από σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία αλλά και πολλές διαταραχές που έχουν συσχετιστεί άμεσα με σεξουαλική κακοποίηση, όπως οξεία ή χρόνια διαταραχή stress μετά από ψυχοτραυματισμό, αγχώδεις- καταθλιπτικές διαταραχές, κατάχρηση οινόπνευματων και άλλων ουσιών ή αποσυνδεδεμένες καταστάσεις. Επίσης άτομα που έχουν υποστεί ένα τέτοιο επεισόδιο εμφανίζουν συχνά αυτοκαταστροφικό ιδεασμό ή συμπεριφορά. Η ψυχιατρική παρέμβαση στις περιπτώσεις κακοποίησης περιλαμβάνει ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, υποστηρικτική ψυχοθεραπεία καθώς και φαρμακοθεραπεία. Η κοινωνική υποστήριξη του ατόμου περιλαμβάνει την εξασφάλιση προστασίας, την ενθάρρυνση για αναζήτηση νομικής παρέμβασης, την ενημέρωση σε θέματα κοινωνικών προγραμμάτων υποστήριξης, την ενημέρωση για τη λειτουργία συμβουλευτικών υπηρεσιών, τη λειτουργία μονάδων αυτοβοήθειας και τηλεφωνικών γραμμών συμβουλευτικής και άμεσης βοήθειας και τη λειτουργία μονάδων προστατευόμενης στέγασης. Η φαρμακοθεραπεία ενδείκνυται στις περιπτώσεις εμμένουσας ψυχοπαθολογίας και προσαρμόζεται στην υπάρχουσα ψυχική διαταραχή. (Vik K, Aass IM, Willumsen AB & Hafting M., 2009).

Η βία του συντρόφου κατά την εγκυμοσύνη έχει ερευνηθεί αρκετά με πολλές μελέτες να αναφέρουν την επικράτηση της βίας κατά των εγκύων γυναικών και τον συσχετισμό ανάμεσα στην βία και το αποτέλεσμα της γέννας. Το μεγαλύτερο κομμάτι της έρευνας όμως, έχει επικεντρωθεί στην σωματική κακοποίηση. Σχετικά μικρή προσοχή έχει δοθεί στην ψυχολογική κακοποίηση των γυναικών, παρά τα ευρήματα ότι μετά από στατιστικό έλεγχο για την επίδραση της σωματικής κακοποίησης, η ψυχολογική κακοποίηση έχει συνδεθεί

με άσχημα αποτελέσματα υγείας, συμπεριλαμβανομένης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η έρευνα για την ψυχολογική κακοποίηση και την επίδρασή της στην υγεία και την ευμάρεια των εγκύων γυναικών έχει παρόμοια περιοριστεί παρά τις αναφερόμενες ανησυχίες για την σχέση ανάμεσα στην λεκτική κακοποίηση και το άσχημο βρεφικό αποτέλεσμα. (Lee AM et al., 2007).

Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι οι γυναίκες που υπέστησαν ψυχολογική κακοποίηση από τους συντρόφους τους κατά την εγκυμοσύνη είχαν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν είχαν υποστεί κακοποίηση και προτάθηκε περαιτέρω εξέταση της επίδρασης στην ψυχική υγεία των κακοποιημένων γυναικών μετά την γέννα. Σε μια προοπτική μελέτη που αφορούσε μια ομάδα εγκύων Κινέζων γυναικών σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο στο Χονγκ Κονγκ, η ψυχολογική κακοποίηση σχετίστηκε σε μεγάλο βαθμό με την μεταγεννητική κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την υπόθεσή ότι η ψυχολογική κακοποίηση των εγκύων γυναικών έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική τους υγεία μεταγεννητικά. Στην μελέτη αυτή, μόνο η ψυχολογική κακοποίηση (και όχι η σωματική και /ή η σεξουαλική κακοποίηση όπως σε παλιότερες μελέτες) σχετίστηκε με μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης. Δεδομένου ότι η διατήρηση του φαίνεσθε και των αρμονικών σχέσεων εκτιμούνται πολύ στην Κινέζικη κουλτούρα, είναι πιθανό οι Κινέζες γυναίκες να είναι πιο επιρρεπείς στα αποτελέσματα της ψυχολογικής κακοποίησης καθώς αυτή προκαλεί έλλειψη σεβασμού και δυσαρμονία στο ζευγάρι. Ωστόσο συνίσταται περαιτέρω έρευνα στην ευπάθεια των εθνικών ομάδων σε διαφορετικούς τύπους βίας συντρόφων. Αν και λέγεται ότι η κακοποίηση από έναν σύντροφο είναι ντροπή στην Κινέζικη κουλτούρα και δεν θα αποκαλυπτόταν σε ξένους, βρέθηκε ότι οι κακοποιημένες γυναίκες ήταν έτοιμες να συζητήσουν τα προβλήματα της σχέσης τους με τις νοσοκόμες της έρευνας. Αυτό υπογραμμίζει την σημασία της χρήσης εκπαιδευμένου και ικανού προσωπικού όταν διεξάγεται μια έρευνα πάνω σε θέμα που αποτελεί ταμπού. Σε αυτήν την μελέτη, τα πιο πολύ-αναφερόμενα παραδείγματα ψυχολογικής κακοποίησης (εξευτελισμός μπροστά σε φίλους/συγγενείς, κριτικές που αφορούν εμφάνιση ή συμπεριφορά και η κοροϊδία) έδειξαν ότι οι επιθέσεις στις γυναίκες

από τους θύτες τους ήταν συχνές. Αυτό μπορεί επίσης να εξηγήσει τον αρνητικό αντίκτυπο της ψυχολογικής κακοποίησης στην ψυχική υγεία των γυναικών, ανεξάρτητα από την σωματική και/ή σεξουαλική κακοποίηση. (Tiwari, Chan, et al. 2007).

Επιπλέον, ψυχιατρικά επείγοντα περιστατικά μπορούν να συμβούν κατά τη διάρκεια της κύησης σε ασθενείς με προηγούμενο ή μη ψυχιατρικό ιστορικό νόσου. Μελετήθηκε από τους Miller και Finnerty (1996) η σεξουαλική και μητρική συμπεριφορά γυναικών με σχιζοφρένια σε σύγκριση με γυναίκες του γενικού πληθυσμού και διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες με σχιζοφρενική διαταραχή είχαν περισσότερους σεξουαλικούς συντρόφους, ήταν λιγότερο πιθανό να έχουν μόνιμο σύντροφο, ήταν πιο πιθανό να είχαν βιασθεί και να είχαν ασχοληθεί με την πορνεία. Επίσης είχαν λιγότερες προγραμματισμένες εγκυμοσύνες, περισσότερες ανεπιθύμητες, περισσότερες εκτρώσεις και ήταν πιο συχνά θύματα βίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σε γυναίκες που θεραπεύονται με άτυπα αντιψυχωσικά παρατηρήθηκαν συχνές ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες σε σύγκριση με τους συμβατικούς παράγοντες. Τα άτυπα αντιψυχωσικά όπως η ολανζαπίνη επηρεάζουν πιθανόν λιγότερο τα επίπεδα προλακτίνης στο πλάσμα σε σχέση με τα παλαιότερα αντιψυχωσικά που προκαλούσαν υπερπρολακτιναιμία η οποία έχει συνδεθεί με προβλήματα στην ωορρηξία και μειωμένη γονιμότητα. Όμως όλα τα ψυχοτρόπα φάρμακα διαπερνούν τον πλακούντα και κατά συνέπεια επιδρούν στο έμβryo. Οι γνώσεις για τους κινδύνους του εμβρύου από την μητρική έκθεση δεν είναι πλήρως γνωστοί. Επειδή όμως πολλές μελέτες αναφέρουν υψηλά ποσοστά υποτροπής νόσου όταν διακοπεί η φαρμακευτική αγωγή, η απόφαση να διακοπεί η φαρμακευτική αγωγή στην εγκυμοσύνη γίνεται πάρα πολύ δύσκολη. Ο βασικός κανόνας να μη χορηγούνται φάρμακα στην εγκυμοσύνη (ιδιαίτερα στο πρώτο τρίμηνο) πολλές φορές χρειάζεται να παραβιασθεί. Αν πρέπει να χορηγηθούν ψυχοτρόπα φάρμακα η πιθανότητα τεχνικής διακοπής της κύησης θα πρέπει να συζητηθεί. Υπάρχουν ηθικοί περιορισμοί στο να γίνουν συγκεκριμένες επιστημονικές προοπτικές μελέτες που να απαντούν σε αυτήν την ερώτηση. Σ' όλους τους ασθενείς με επιδείνωση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας κατά τη διάρκεια της κύησης, είτε είναι σχιζοφρένια, συναισθηματική ψύχωση, αγχώδης

διαταραχή ή διαταραχή προσωπικότητας προτείνεται αρχικά ψυχοθεραπεία σε βάση εξωτερικού ιατρού, νοσηλεία και θεραπεία περιβάλλοντος πριν χορηγηθούν φάρμακα. Τις περισσότερες φορές δημιουργούνται καταστάσεις όπου η νοσηλεία δεν είναι αρκετή και χρειάζεται η λήψη φαρμακευτικής αγωγής (Γκόλια, et al. 2004).

Εικόνα 4.



Η χρήση παράνομων ναρκωτικών από έγκυες εφήβους έχει αρκετό ενδιαφέρον λόγω του γεγονότος ότι υπάρχουν αρκετά στοιχεία στην επιστημονική λογοτεχνία που αποδεικνύουν ότι αυτή η συμπεριφορά μπορεί να προκαλέσει πολλές επιπλοκές και για την μητέρα και για το μωρό. Αυτό συμβαίνει κυρίως σε σχέση με την χρήση κοκαΐνης. Επίσης, ευαίσθητα νευρο-συμπεριφορικά όργανα έχουν αποδείξει την αρνητική επίδραση της ενδομήτριας έκθεσης στην μαριχουάνα. Ακόμα, υπάρχει αρνητικός οικονομικός και κοινωνικός αντίκτυπος που έχει καταγραφεί και για τα δύο ναρκωτικά. (Vik K, Aass IM, Willumsen AB & Hafting M., 2009).

2.3 Επιπολασμός Επιλόχειας Κατάθλιψης

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μία από τις αντιδραστικές ψυχικές καταστάσεις και αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα υγείας που αφορά ένα σημαντικό τμήμα του γυναικείου πληθυσμού. Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, εμφανίζεται περίπου στο 10-15% των γυναικών, από δύο εβδομάδες έως ένα περίπου έτος μετά τη γέννα. Δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας καταγράφουν την επίπτωση κατάθλιψης και άγχους να είναι περίπου στο 8-10% κατά την εγκυμοσύνη και 13% μετά τον τοκετό, ενώ η αυτοκτονία είναι μία από τις κυρίαρχες αιτίες θανάτου των μητέρων το χρονικό διάστημα μετά τη γέννα. Διακρίνεται στη μη ψυχωτική καταθλιπτική διάθεση αμέσως μετά τον τοκετό και την καταθλιπτική νευρωτική αντίδραση, με αισθήματα αδυναμίας, υπερκόπωσης, άγχους και αβεβαιότητας για το μέλλον. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίνεται στην ανίχνευση της επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς στην πλειοψηφία των περιπτώσεων (ειδικά στη χώρα μας) παραμένει αδιάγνωστη, οδηγώντας σε περαιτέρω μελλοντικά προβλήματα υγείας τόσο της ίδιας της γυναίκας, όσο και της οικογένειάς της. (Hammen C., 1997, Anthony E.J. & Benedek T., 1975 & WHO, 2008a)

2.4 Συμπτωματολογία της νόσου

Τα συμπτώματα της νόσου δε διαφέρουν σημαντικά από τα συμπτώματα της απλής κατάθλιψης που μπορεί να παρουσιαστεί ανεξάρτητα από την ύπαρξη κύησης. Συγκεκριμένα, η γυναίκα εμφανίζει αισθήματα απογοήτευσης και επιθετικότητας τόσο προς το σύζυγο ή το παιδί της, όσο και στο περιβάλλον της γενικά. Αναφέρεται ότι η εχθρότητα ενάντια στο παιδί υποδηλώνει εχθρότητα

ενάντια στον ίδιο της τον εαυτό, με αποτέλεσμα να τον απορρίπτει. Σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρείται ανορεξία και εμετός, με αποτέλεσμα την πρόκληση μεταβολικών διαταραχών, όπως η εκλαμψία, συμπτώματα τα οποία είναι δηλωτικά αυτοκαταστροφικότητας. Οι εκρήξεις θυμού, οι κραυγές, οι συγχυτικές καταστάσεις, η θόλωση της συνείδησης, η ψυχοκινητική απάθεια, η έλλειψη οποιουδήποτε ενδιαφέροντος, η καταθλιπτική διάθεση και, παράλληλα, η υπερκινητικότητα, οι διαταραχές του ύπνου και οι έντονες ιδέες ενοχών και τύψεων μέχρι το σημείο παραληρήματος ολοκληρώνουν την εκδήλωση της νόσου. Όταν η γυναίκα αντιληφθεί τα επιθετικά της συναισθήματα, νιώθει ενοχές, με αποτέλεσμα να βρίσκεται σε μία κατάσταση άγχους και να φροντίζει υπερβολικά το παιδί της («κατ' αντίδραση συμπεριφορά»). Οι ψυχωτικές καταθλίψεις της λοχείας εμπεριέχουν μεγάλο κίνδυνο αυτοκτονίας. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στην ανίχνευση των πρώιμων συμπτωμάτων, προκειμένου να γίνει έγκαιρη διάγνωση της διαταραχής, καθώς ενέχεται μεγάλος κίνδυνος επανεμφάνισής της σε επόμενους τοκετούς. (Hammen C., 1997, Anthony E.J. & Benedek T., 1975 & WHO, 2008a)

Πολλές μελέτες έχουν καταδείξει το γεγονός ότι οι γυναίκες που είναι φορτισμένες συναισθηματικά μετά τον τοκετό είναι πολύ πιθανό να είχαν προγενέστερα συναισθηματικά προβλήματα και να ήταν περισσότερο ευάλωτες, με αποτέλεσμα η κατάθλιψη να έχει προκληθεί λόγω άγχους είτε από τη γέννηση του παιδιού είτε από δυσκολίες που μπορεί να υπάρχουν στη συμβίωση με το σύζυγό τους. Επίσης, οι γυναίκες που παθαίνουν επιλόχεια κατάθλιψη διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν μελλοντικά καταθλιπτικά επεισόδια, όπως φάνηκε και από μία μελέτη των Philipps & O'Hara το 1991. Από διεθνείς έρευνες έχει υπολογιστεί ότι περίπου 1/1000 γυναίκες εμφανίζει ψυχωτική επιλόχεια κατάθλιψη, ενώ η κακοποίηση, ο αλκοολισμός και οι διατροφικές διαταραχές συχνά αποτελούν συνοδές καταστάσεις για την εκδήλωση της ασθένειας. (Hammen C., 1997, Anthony E.J. & Benedek T., 1975 & WHO, 2008b)

2.5 Αιτιολογία της νόσου

Ωστόσο, η σαφής αιτιολογία της νόσου δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί. Για το λόγο αυτό έχουν πραγματοποιηθεί πολυάριθμες μελέτες προκειμένου να διερευνηθούν τα αίτια που οδηγούν στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Διάφοροι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνισή της, ανάμεσα στους οποίους συγκαταλέγονται: τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, οι διαμάχες μεταξύ των συζύγων, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης ή βοήθειας κατά την ανατροφή του παιδιού (ιδιαίτερα όταν πρόκειται για μονογονεϊκή οικογένεια ή ανεπιθύμητη κύηση), κάποια πιθανή προδιάθεση σε συνδυασμό με τις ορμονικές αλλαγές κατά την περίοδο αυτή, η ηλικία, η φυλή, η εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο και η οικονομική κατάσταση της γυναίκας. Ακόμη, πιθανό παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης της νόσου αποτελεί το χαμηλό βάρος γέννησης του μωρού (<2500 kg), εάν χρειάστηκε να νοσηλευθεί σε μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών, ο αριθμός των προηγούμενων ζωντανών γεννήσεων, το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη και κυρίως κατά το τελευταίο τρίμηνο αυτής, η επαγγελματική κατάσταση/οικονομική ανεξαρτησία της γυναίκας, εάν είναι μετανάστρια, εάν έχει υποστεί σωματική κακοποίηση πριν ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (κυρίως από το σύντροφο), όπως, επίσης, και ο θηλασμός. Όλες αυτές οι καταστάσεις δημιουργούν άγχος και ανασφάλεια στη λεχωίδα και αποτελούν πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη επιλόχειας κατάθλιψης. Τα τελευταία χρόνια έχουν αρχίσει, επίσης, να εξετάζονται και διάφοροι γενετικοί παράγοντες, όπως είναι οι γενετικοί πολυμορφισμοί στο γονίδιο 5-HTT (serotonin transporter gene), για τη σχέση τους με την εκδήλωση της νόσου. (Κελλαρτζής Δ., Διδασκάλου Θ., Μίκος Θ., & Μπόντης, Ι., 2003).

Συγκεκριμένα, η συμπεριφορά της γυναίκας επηρεάζεται από τις πολιτισμικές συνθήκες κάτω από τις οποίες ζει και έχει ανατραφεί. Τα διάφορα στερεότυπα και οι αντιλήψεις που χαρακτηρίζουν τον εκάστοτε πολιτισμό διαμορφώνουν και τις αντιλήψεις σχετικά με την εγκυμοσύνη. Σε κάποιες περιπτώσεις έχει παρατηρηθεί αυξημένος φόβος της γυναίκας γι' αυτή, ενώ σε άλλες θεωρείται ευλογία. Επιπλέον, η προσωπικότητα στο σύνολό της, η επιθυμία της μητέρας να βιώσει σε βάθος τη συγκεκριμένη κύηση, οι ελπίδες και οι φόβοι

της τόσο για την ίδια και το μωρό, όσο και για τα αγαπημένα της πρόσωπα, καθώς και οι διαρκώς αυξανόμενες ευθύνες που αναλαμβάνει μέσα από τη διαδικασία αυτή, τείνουν να αυξάνουν το άγχος της. (Hammen C., 1997, Anthony E.J. & Benedek T., 1975, WHO, 2008a).

Οι γυναίκες που βιώνουν καταστάσεις στρες έχει παρατηρηθεί ότι εμφανίζουν συχνότερα κατάθλιψη. Αυτό συμβαίνει διότι από τη μία αναλαμβάνουν πολλές υποχρεώσεις, ενώ από την άλλη σε πολλές περιπτώσεις δεν υπάρχει η δυνατότητα λόγω οικονομικού περιορισμού να εκπληρώσουν τα καθήκοντά τους και να ρυθμίσουν ζητήματα της καθημερινότητάς τους. Ακόμη, όταν μία έφηβη μείνει έγκυος, υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξει τη νόσο, καθώς τα κορίτσια βιώνουν με περισσότερο άγχος τις αλλαγές αυτής της χρονικής περιόδου αναφορικά με το σώμα τους λόγω της εφηβείας από τη μία, αλλά και της εγκυμοσύνης από την άλλη. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να διαμορφώνουν αρνητική εικόνα του εαυτού και της εμφάνισής τους, με συνέπεια να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος. (Hammen C., 1997, Anthony E.J. & Benedek T., 1975)

Επιπλέον, κάποιες μελέτες εξέτασαν τη διαφορά αστικών και αγροτικών περιοχών ως προς την εμφάνιση της νόσου και παρατηρήθηκε μεγαλύτερη επίπτωσή της στους κατοίκους των πόλεων. Επίσης, ελέγχθηκε το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων και βρέθηκε ότι όσα ανήκαν σε υψηλές βαθμίδες εκπαίδευσης (πανεπιστημιακή) είχαν χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης της νόσου σε σύγκριση με όσα δεν είχαν ολοκληρώσει τη βασική εκπαίδευση (γυμνάσιο). Η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να έχει κι αυτή εξέχουσα θέση στην εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς οι διαζευγμένοι και όσα άτομα δεν ήταν ευτυχισμένα μέσα στο γάμο τους, είχαν, επίσης, υψηλότερους δείκτες. Τέλος, γενικά έχει παρατηρηθεί ότι η χαμηλή κοινωνική τάξη και το χαμηλό εισόδημα σε συνδυασμό με την ανεργία ενέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης. Αυτό επηρεάζει ειδικά τις έγκυες, καθώς μετά τον τοκετό έχουν αισθήματα ευθύνης και άγχους απέναντι στο μωρό το οποίο γέννησαν και

καλούνται να αναθρέψουν κάτω από δυσμενείς συνθήκες. (Hammen C., 1997, Anthony E.J. & Benedek T., 1975, WHO, 2008b).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

3.1 Διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης και χρόνος έναρξης αυτής

Τα συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν σε ένα διάστημα μεταξύ 24 ωρών ως 6 μηνών μετά τη γέννηση και περιλαμβάνουν: κακή διάθεση/ έντονη θλίψη, έλλειψη ικανοποίησης και ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που κάποτε πρόσφεραν ευχαρίστηση, προβλήματα στον ύπνο, κόπωση, ευερεθιστότητα, συναισθηματική φόρτιση, μείωση/ αύξηση βάρους, μείωση ενεργητικότητας, ανησυχία ότι μπορεί να βλάψει το βρέφος, αισθήματα αναξιότητας, οξυθυμία, απόρριψης ή ενοχής, δυσκολία συγκέντρωσης, σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονία, ψυχοσωματικά συμπτώματα, άρνηση ενασχόλησης με το παιδί ή επιθετικότητα προς αυτό, ευσυγκινησία, έμμονες και ανεξήγητες ιδεοληψίες, διαταραχή των διαπροσωπικών σχέσεων. Παρόλο που οι νέες μητέρες κουράζονται έτσι κι αλλιώς τον πρώτο καιρό, η κατάθλιψη δημιουργεί επιπρόσθετο αίσθημα κόπωσης που οδηγεί σε υπερένταση. Το άγχος είναι χαρακτηριστικό και η νέα μητέρα μπορεί να ανησυχεί υπερβολικά να μείνει μόνη με το μωρό. Έστω κι αν οι μητέρες συχνά ανησυχούν ότι θα κάνουν κακό στο μωρό, αυτό συμβαίνει σπάνια. Είναι απαραίτητο να αναγνωρίζεται η επιλόχεια κατάθλιψη μέσω των συμπτωμάτων της και να διαχωρίζεται από τα ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα που είναι αρκετά συχνά μετά την εγκυμοσύνη. (Κελλαρτζής Δ., Διδασκάλου Θ., Μίκος Θ., & Μπόντης, Ι., 2003).

3.2 Ποιες γυναίκες παθαίνουν επιλόχειο κατάθλιψη

Τα αίτια της επιλόχειο κατάθλιψης εντοπίζονται στην αλλαγή των ορμονικών επιπέδων που συμβαίνει μετά την εγκυμοσύνη. Πιο συγκεκριμένα, τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης -τα οποία αυξάνονται κατά τη διάρκεια της κύησης- μειώνονται μετά τη γέννα, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ψυχολογική διάθεση της λεχώνας, η οποία έχει ήδη εξαντληθεί από τη γέννα και την αϋπνία. Επιπλέον το στρες που δημιουργούν οι απότομες ευθύνες αλλά και η τυχόν προδιάθεση της νέας μαμάς σε τάσεις κατάθλιψης μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά στην ψυχολογία της. Το πιο σημαντικό είναι ότι δεν πρόκειται για μία διαταραχή που οφείλεται στο γεγονός ότι η νέα μαμά δεν είναι "καλή μητέρα", αλλά μία ανεπιθύμητη επιπλοκή του τοκετού. Οι μητέρες που υποφέρουν από επιλόχειο κατάθλιψη δεν προξενούν σκόπιμα κακό στα παιδιά τους ή ακόμα και στον εαυτό τους, παρότι περίπου στις περισσότερες από αυτές περνούν τέτοιες σκέψεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις η επιλόχειος κατάθλιψη υποχωρεί εντός ενός διαστήματος που κυμαίνεται από μερικές εβδομάδες ως 2 περίπου χρόνια. Ωστόσο, η επιλόχειος κατάθλιψη αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά τόσο ψυχοθεραπευτικά, όσο μέσω φαρμακευτικής αγωγής και δεν υπάρχει κανένας λόγος για μία μητέρα να υποφέρει χωρίς βοήθεια. (Τσιάντης Γ. & Δραγώνα Θ., 1999).

Εικόνα 5.



Οι γυναίκες που είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν επιλόχειο κατάθλιψη είναι εκείνες που έχουν στο ενεργητικό τους (Κελλαρτζής Δ., Διδασκάλου Θ., Μίκος Θ., & Μπόντης, Ι., 2003):

- Προηγούμενη επιλόχειο κατάθλιψη
- Κατάθλιψη που όμως δε συνδέεται με την εγκυμοσύνη
- Υπερκόπωση και έλλειψη ύπνου
- Ορμονολογικές διαταραχές
- Κάποιο συγκλονιστικό γεγονός που προκαλεί στη μητέρα έντονη θλίψη πχ. αν μια μητέρα χάσει το πρώτο της παιδί είναι πιθανό μετά τη γέννηση του δεύτερου να «ξαναζήσει» τη γέννηση και το θάνατο του πρώτου παιδιού ή προβλήματα με τον σύζυγο πχ. έλλειψη κατανόησης και επικοινωνίας
- Σοβαρά οικογενειακά προβλήματα όπως υγεία ή ένα διαζύγιο.
- Οι ανύπαντρες μητέρες βιώνουν αφενός την εγκατάλειψη και αφετέρου ενοχές, άγχος και έντονη ανησυχία για το κοινωνικό στίγμα με αποτέλεσμα να φορτίζονται πολύ περισσότερο συναισθηματικά.

- Οι τελειομανείς γυναίκες. Οι οποίες έχουν συνηθίσει να είναι άψογες στις οικογενειακές, κοινωνικές και επαγγελματικές υποχρεώσεις τους. Κάτι που όλοι γνωρίζουμε ότι δεν είναι εφικτό μετά τη γέννα.
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Δυνατά συμπτώματα του συνδρόμου της προεμμήνου ρύσης.
- Μικρός οικογενειακός ή φιλικός κύκλος στον οποίο να μπορεί να βασιστεί και να μιλήσει

3.3 Πρόληψη της Επιλόχειας Κατάθλιψης

Παρά τις αναγνωρισμένες φυσιολογικές αιτίες που βρίσκονται στη βάση της επιλόχειας κατάθλιψης, είναι δυνατό να υπάρξει πρόληψη ή τουλάχιστον μείωση της βαρύτητας του φαινομένου, με ειδικούς χειρισμούς προς τη μητέρα και προς το περιβάλλον. Για τη μητέρα είναι σημαντικό να μειωθούν οι επισκέψεις των συγγενών και φίλων μετά την επιστροφή στο σπίτι, να κοιμάται τις ίδιες ώρες με το μωρό, να ακολουθεί μια σωστή δίαιτα που να αποφεύγει τα διεγερτικά, όπως ο καφές και το αλκοόλ, να ζητάει βοήθεια όποτε τη χρειάζεται, να διατηρεί την επαφή με τα αγαπημένα πρόσωπα, να ενισχύσει τη σχέση με τον σύντροφο και προ παντός να έχει μια ορθή πληροφόρηση και αποδοχή της κατάστασής της. (Τσιάντης Γ. & Δραγώνα Θ., 1999).

Από μέρους του συζύγου και των συγγενών μπορεί να είναι χρήσιμη η προσφορά βοήθειας με τις δουλειές του σπιτιού, στη γενικότερη ελάφρυνση της μητέρας και στην ψυχολογική κατανόηση και στήριξη, όποτε αυτή το ζητάει. Η

ενοχοποίηση, οι εντάσεις και ο εκνευρισμός μόνο καλό δεν υπόσχονται. (Κελλαρτζής Δ., Διδασκάλου Θ., Μίκος Θ., & Μπόντης, Ι., 2003).

Εικόνα 6.



3.4 Θεραπεία της Επιλόχειας Κατάθλιψης

Το είδος της θεραπείας που θα εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης μετά τον τοκετό εξαρτάται από την μορφή και τη σοβαρότητα της διαταραχής. (Κελλαρτζής Δ., Διδασκάλου Θ., Μίκος Θ., & Μπόντης, Ι., 2003). Μπορεί να μην είναι πάντοτε αναγκαία η εφαρμογή κάποιας ειδικής θεραπείας, επειδή η κατάσταση συχνά βελτιώνεται μόνη της. Εάν τα συμπτώματα δε μειωθούν μέσα σε 2 εβδομάδες, τότε απαιτείται θεραπεία ανάλογη από τους ειδικούς. (Τσιάντης Γ. & Δραγώνα Θ., 1999).

Η σοβαρότητα της ασθένειας είναι που θα κατευθύνει τον ειδικό στην επιλογή της θεραπείας για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Πιο ήπιες μορφές μπορεί να θεραπευτούν με ψυχοθεραπεία. Πιο σοβαρές μορφές μπορεί να απαιτήσουν φαρμακευτική αγωγή. Κάποιες φορές ένας συνδυασμός

των δύο μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματικός. (Κελλαρτζής Δ., Διδασκάλου Θ., Μίκος Θ., & Μπόντης, Ι., 2003).

Η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ) είναι μια από τις πιο ενδεδειγμένες για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Ο θεραπευτής μπορεί να βοηθήσει να δείτε τον τρόπο με τον οποίο σκέπτεστε και συμπεριφέρεστε και σας οδηγεί σε καταθλιπτική διάθεση και να σας βοηθήσει να τον αλλάξετε. Η έκφραση των συναισθημάτων ανημπόριας, δυστυχίας, έλλειψης ικανοποίησης και απώλειας ενδιαφέροντος για ευχάριστα πράγματα είναι ιδιαίτερα σημαντική και βοηθητική. Η διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι συχνή και δε θα πρέπει να γεμίζει την γυναίκα με συναισθήματα φόβου ή άγχους. Είναι απαραίτητο να αναζητηθεί ψυχοθεραπευτική βοήθεια αν τα συμπτώματα δεν υποχωρήσουν σε σύντομο χρονικό διάστημα. Σε ορισμένες περιπτώσεις ενδέχεται η χρήση αντικαταθλιπτικής αγωγής σε συνεργασία με Ψυχίατρο. (Vik K, Aass IM, Willumsen AB & Hafting M., 2009).

Το σοβαρό δίλημμα που προκύπτει συχνά στην ψυχιατρική θεραπεία της επιλόχειας ψύχωσης αφορά το θηλασμό. Εάν θηλάζει η μητέρα, το φάρμακο που θα πάρει περνά μέσα από το γάλα στο μωρό. Δεν είναι όμως σωστό το βρέφος να φορτίζεται με αντικαταθλιπτικά, παρόλο που αρκετά θεωρούνται ασφαλή στο θηλασμό. Όποτε είναι δυνατόν, οι σύζυγοι πρέπει να περιληφθούν στην απόφαση να εκτεθεί ή να μην εκτεθεί το νήπιο, σε ένα αντικαταθλιπτικό φάρμακο. (Τσιάντης Γ. & Δραγώνα Θ., 1999).

Οι γενικές αρχές φαρμακευτικής θεραπείας της κατάθλιψης, ισχύουν και στην επιλόχεια κατάθλιψη. Προσοχή χρειάζεται στο γεγονός ότι τα αγχώδη συμπτώματα είναι συνήθως ισχυρά στην επιλόχεια κατάθλιψη, με επακόλουθο αντίκτυπο στην επιλογή του κατάλληλου αντικαταθλιπτικού. Μια συντηρητική εκτίμηση για τη διάρκεια της φαρμακευτικής θεραπείας, θα ήταν 9 έως 12 μήνες, εάν η μητέρα δοκιμάζει το πρώτο επεισόδιο κατάθλιψης. (Vik K, Aass IM, Willumsen AB & Hafting M., 2009).

3.5 Η συμβολή της διατροφής στην αντιμετώπιση της νόσου

Η εγκυμοσύνη είναι ένα κομμάτι αλληλένδετο τόσο με τη διατροφή όσο και με την ψυχοπαθολογία της γυναίκας. Το άγχος, η κατάθλιψη και τα ψυχοτραυματικά γεγονότα είναι χαρακτηριστικά συμπτώματα της εγκύου. Η γυναίκα σε αυτό το στάδιο βιώνει φοβίες, έμμονες, ιδέες και αναβιώσεις τραυματικών γεγονότων. Ωστόσο διάφοροι παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη κατάθλιψης όπως μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ανεπαρκείς υποστήριξη και η νεαρή ηλικία. Η διατροφή συμβάλλει στις διαταραχές διάθεσης της γυναίκας, θετικά ή αρνητικά, καθώς επίσης επηρεάζει την έκβαση της εγκυμοσύνης και τη φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρυϊκού οργανισμού. Το σωματικό βάρος προ εγκυμοσύνης εκφράζει μέσα από το ΔΜΣ προ εγκυμοσύνης, την κατηγορία στην οποία ανήκει η κάθε γυναίκα, οι οποίες χωρίζονται σε ελλιποβαρείς, φυσιολογικές και παχύσαρκες. (Τσιάντης Γ. & Δραγώνα Θ., 1999).

Με τον ερχομό του νέου μέλους η μητέρα βιώνει αισθήματα ευθύνης και αγωνίας. Συμπτώματα όπως πτώση του θυμικού, ελαττωμένο ενδιαφέρον, διαταραχές ύπνου και όρεξης ή ιδέες αυτοκτονίας συνδέονται με την εξέλιξη Επιλόχειας Κατάθλιψης. Η σοβαρότερη ψυχική διαταραχή είναι η Επιλόχεια Ψύχωση που περιλαμβάνει επεισόδια μανιοκατάθλιψης με μεσοδιαστήματα φυσιολογικής διάθεσης με κίνδυνο τα ατυχήματα, τις αυτοκτονίες και τις βρεφοκτονίες. Όλα όσα προαναφέρθηκαν μπορούν να βελτιωθούν με τη διατροφική παρέμβαση. Συγκεκριμένα πρόσληψη φολικού οξέος, τα ω3 λιπαρά οξέα, η θειαμίνη, το σελήνιο, ο σίδηρος, η βιταμίνη C και η βιταμίνη B12 βρέθηκε ότι βελτιώνουν τις διαταραχές διάθεσης. (Τσιάντης Γ. & Δραγώνα Θ., 1999).

Εικόνα 7.



Η Μεσογειακή διατροφή προτείνεται σαν η καταλληλότερη διατροφή για μελλοντικές μητέρες. (Napier A, 1995).

Μετά τον τοκετό για την διατροφική αντιμετώπιση του άγχους αλλά και της κούρασης βρέθηκε ότι το μαγνήσιο ενδείκνυται. Μερικές από τις διατροφικές πηγές από όπου μπορεί να προσληφθεί είναι τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά. Σε περιπτώσεις θηλασμού και εγκυμοσύνης οι απαιτήσεις σε μαγνήσιο αυξάνονται σε 25% και 15% αντίστοιχα. (Ζαμπέλας, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η νοσηλευτική εκτίμηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας (Ραγιά Α., 2001). Παρακάτω ακολουθούν με σειρά τα βήματα που πραγματοποιούνται:

1. Στην έναρξη αυτού γίνεται η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού του ασθενή και συλλέγονται τα δεδομένα για τη γενικότερη κατάστασή του.

Παρακάτω αναφέρονται αναλυτικά τα στοιχεία που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη κατά τη λήψη του ιστορικού:

- i) Γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες κληρονομικότητας (οικογενειακό ιστορικό).
- ii) Στρεσογόνα γεγονότα στη διάρκεια της ζωής και πρόσφατη απώλεια.
- iii) Αποτελέσματα απ' τα προκαθορισμένα εργαλεία εκτίμησης για την κατάθλιψη (π.χ. ψυχομετρικό εργαλείο αξιολόγησης της κατάθλιψης, η κλίμακα διαβάθμισης του Hamilton, για την κατάθλιψη, γηριατρική διαβάθμιση της κατάθλιψης, ατομική διαβάθμιση της κατάθλιψης).
- iv) Προηγούμενο καταθλιπτικό επεισόδιο ή καταθλιπτική συμπεριφορά
- v) Ιατρικό ιστορικό
- vi) Κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών.
- vii) Ιστορικό σχετικά με τη μόρφωση και την εργασία.

2. Σημειώνουμε τα χαρακτηριστικά του (συμπτώματα), τη γνωσιακή συναισθηματική και συμπεριφοριστική απάντηση του ατόμου εξατομικευμένα με τη βοήθεια του προσχεδιασμένου ιστορικού για τις συναισθηματικές διαταραχές.

3. Εκτιμούμε τους αυτοκτονικούς παράγοντες κινδύνου και πιθανές αυτοκτονικές συμπεριφορές που μπορεί να αποβούν θανατηφόρες:

i) Παρατηρούμε ποιοι είναι οι στόχοι και οι σκοποί του ασθενή (π.χ. για την ανακούφισή του από στρεσογόνες καταστάσεις που οφείλονται σε δύσκολα προβλήματα).

ii) Παρατηρούμε αν ο ασθενής έχει απαισιόδοξα σχέδια για το μέλλον, γεγονός που ενθαρρύνει και τον αυτοκτονικό σχεδιασμό του και στη συνέχεια προσπαθούμε να τα αποτρέψουμε.

iii) Εκτιμούμε την ψυχική κατάστασή του (π.χ. παρουσία διαταραχής της σκέψης, επίπεδα άγχους, διάφορες διαταραχές της διάθεσης).

iv) Εκτιμούμε την καταλληλότητα του υποστηρικτικού συστήματός του.

v) Εκτιμούμε παρόντα στρεσογόνα γεγονότα, συμπεριλαμβάνεται ύπαρξη άλλων νόσων (και ψυχιατρικής και ιατρικής προέλευσης), πρόσφατες απώλειες, καθώς επίσης και ιστορικό κατάχρησης ουσιών.

4. Εκτίμηση της οικογένειας ως υποστηρικτικό σύστημα. Επίσης, εκτιμούμε τις γνώσεις της οικογένειας και του ίδιου του ατόμου σχετικά με τα ιδιαίτερα συμπτώματα των διαταραχών της διάθεσης, τις οδηγίες σχετικά με τη συστημένη θεραπεία, τα σημάδια υποτροπής καθώς και γνώσεις σχετικά με την αυτοφροντίδα του ατόμου.

4.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1. Αναλύουμε την επικρατέστερη διάθεση του ασθενή, τα επίπεδα άγχους, το βαθμό αυτοελέγχου και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Καθορίζουμε την επικινδυνότητα για αυτοκτονία, κατανοούμε ότι ο ασθενής με κατάθλιψη είναι υψηλού κινδύνου.

2. Εφαρμόζουμε εξατομικευμένη νοσηλευτική διάγνωση για τα άτομα ή την οικογένεια με καταθλιπτική διαταραχή ή αυτοκτονική συμπεριφορά και ιεραρχούμε τα παρακάτω (Ραγιά Α. 2001):

i) Άγχος

ii) Αντιμετώπιση αναποτελεσματικής οικογένειας: συμβιβαστική λύση.

iii) Αντιμετώπιση, αναποτελεσματική προσωπικότητα του ατόμου.

iv) Αξιολόγηση της ανταπόκρισης της οικογένειας

v) Λύπη, δυσλειτουργία

vi) Έλλειψη ελπίδας

vii) Ελλειμματική γνώση

viii) Διαταραχή στη διατροφή, κίνδυνος λήψης λιγότερης ποσότητας από την αναγκαία.

ix) Καταβολή δυνάμεων.

x) Έλλειψη αυτοεκτίμησης.

xi) Διαταραχή σεξουαλικής συμπεριφοράς.

xii) Διαταραχή του ύπνου.

xiii) Κοινωνική απομόνωση.

xiv) Πνευματικές ανησυχίες.

xv) Μειωμένη κριτική ικανότητα.

xvi) Κίνδυνος για άσκηση βίας και στον εαυτό του και στους άλλους

4.3 ΣΧΕΛΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Σ' αυτό το στάδιο προκαθορίζουμε τους στόχους για το αναμενόμενο αποτέλεσμα μαζί με τον ασθενή.

1. Καθορίζουμε τα κριτήρια για το επιθυμητό αποτέλεσμα:

i) Ο ασθενής θα εκδηλώσει μείωση του άγχους.

ii) Ο ασθενής είναι σε θέση να έχει υπό έλεγχο και να αντιμετωπίσει στρεσογόνα γεγονότα.

iii) Ο ασθενής θα ξεπεράσει μια επίπονη διαδικασία εσωστρέφειας, εκφράζοντας τα συναισθήματά του στο υποστηρικτικό του περιβάλλον.

iv) Ο ασθενής θα αποκαταστήσει τη διαταραχή του ύπνου και θα κοιμάται το λιγότερο 6-7 ώρες, χωρίς να διακόπτεται ο ύπνος.

v) Ο ασθενής θα τρώει υγιεινά γεύματα ή τρεις φορές τη μέρα ή έξι φορές, αλλά μικρότερες μερίδες.

vi) Ο ασθενής δε θα κάνει σκέψεις που δεν βασίζονται στην πραγματικότητα.

vii) Ο ασθενής θα συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις, σε συζητήσεις και να νιώθει ότι ανήκει και αυτός σε κάποια ομάδα.

viii) Ο ασθενής ανυπομονεί να συναντήσει τον ψυχοθεραπευτή και προγραμματίζουν μαζί την ώρα.

ix) Ο ασθενής θα επαναλαμβάνει κάθε καλή πράξη που βοηθάει τον ίδιο ή και τους άλλους.

x) Ο ασθενής θα έχει μια φυσιολογική σεξουαλική δραστηριότητα.

2. Καθορίζουμε τα κριτήρια για το επιθυμητό αποτέλεσμα στην οικογένεια που κάποιο μέλος πάσχει από κατάθλιψη:

i) Η οικογένεια εκφράζει ενδιαφέρον για το πάσχον μέλος.

Η οικογένεια έχει γνώσεις σχετικά με την κατάθλιψη, τη θεραπεία, τα σημάδια υποτροπής και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.

4.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τα παρακάτω κριτήρια προκειμένου να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα που είχε στον ασθενή η νοσηλευτική διεργασία (Brenda Happell, Leanne Cowin, Cath Roper and Kim Foster Rose McMaster, 2008).

1. Ο ασθενής εκφράζει ότι έχει μειωμένο άγχος και φυσιολογική, καλή διάθεση.
2. Ο ασθενής δεν έχει αυτοκαταστροφικές τάσεις και εκφράζει την επιθυμία του να ζήσει.
3. Ο ασθενής τρώει κάθε μέρα υγιεινά γεύματα και διατηρεί φυσιολογικό βάρος.
4. Ο ασθενής παρουσιάζει δείγματα φυσιολογικού ύπνου, καθώς στη διάρκεια της ημέρας έχει ικανοποιητική ενέργεια.
5. Ο ασθενής εκφράζει ότι μπορεί να τα βγάλει πέρα με τις τρέχουσες αλλαγές της ζωής και ότι είναι ικανός να βρίσκει κατάλληλους τρόπους για να τις αντιμετωπίσει.
6. Ο ασθενής παρουσιάζει για τον εαυτό του μια θετική εικόνα.
7. Ο ασθενής εκφράζει αισιοδοξία για το μέλλον.
8. Ο ασθενής εκφράζει ευχαρίστηση για το κοινωνικό σύνολο που είχε επίδραση πάνω του και αναγνωρίζει τα κατάλληλα γι' αυτόν υποστηρικτικά συστήματα.
9. Ο ασθενής εκδηλώνει δείγματα καθαρής σκέψης, χωρίς αποδεικτικά στοιχεία παραπλάνησης, υπερβολικά συναισθήματα ενοχής ή ιδέες φυγής.

10. Ο ασθενής και η οικογένειά του έχουν γνώσεις σχετικά με την καταθλιπτική διαταραχή, το πρόγραμμα θεραπείας του, τη φαρμακευτική αγωγή, και τα συμπτώματα που δείχνουν μια ανερχόμενη κρίση.

1^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΙΑΤΡΙΚΟ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: X

Όνομα: X

Πατρώνυμο: X

Ηλικία: 29

Επάγγελμα: Οικιακά

Οικογεν. κατάσταση: Έγγαμη

Εθνικότητα: Ελληνική

Υπηκοότητα: Ελληνική

Θρήσκευμα: Χρ. Ορθόδοξη

Διεύθυνση: -

Τ.Κ. – Πόλη: -

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ

Επώνυμο: X

Όνομα: X

Πατρώνυμο: X

Διεύθυνση: -

Τ.Κ. – Πόλη: -

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: X

Όνομα: X

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ

Έλλειψη ικανοποίησης και ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που κάποτε πρόσφεραν ευχαρίστηση. Προβλήματα στον ύπνο.

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ – ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΥΗΣΕΩΝ: 1

ΑΥΤ. ΑΠΟΒΟΛΕΣ: 0

ΠΡΟΚΛΗΤΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ: 3

ΔΙΑΓΝ. ΑΠΟΞΕΣΕΙΣ: -

ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΕΣ. ΚΥΗΣΕΙΣ: 1

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΚΕΤΩΝ: 1

Φ.Τ.: -

ΜΕ ΕΒΡΥΟΥΛΚΙΑ: ΟΧΙ

ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ: ΝΑΙ

ΜΑΙΕΥΤ. ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ: 4

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ

Ασθενής ονόματι Χ, εισήλθε στο τμήμα των εξωτερικών ιατρείων συνοδεία της μητέρας του. Αναφέρει ατονία και προβλήματα στον ύπνο. Έγινε εισαγωγή στην Κλινική με πιθανή αιτία επιλόχειου κατάθλιψης, κατόπιν της συμπλήρωσης των παρακάτω προσωπικών στοιχείων της ασθενούς.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ - ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πατέρας – μητέρα - αδέρφια

Σύζυγος - τέκνα

Λοιποί συγγενείς - δίδυμοι

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Παιδικά νοσήματα - Εισαγωγές σε νοσοκομείο - εγχειρήσεις

Τραύματα - κακώσεις

Χρήση φαρμάκων - Αλλεργίες

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Θρησκεία - εκπαίδευση - απασχόληση

Οικογενειακή ζωή - προβλήματα - χόμπι

Διατροφή - χρήση οινοπνευματωδών

Κάπνισμα - χρήση ουσιών

Έκθεση σε επιβλαβείς περιβαλλοντικούς παράγοντες

| Ανάγκες – Προβλήματα Ασθενούς | Αντικειμενικοί Σκοποί | Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας | Εκτίμηση |
|---|--|--|--|
| <p>Δυσκολία να ερμηνεύσει με ειλικρίνεια την πραγματικότητα. Επικέντρωση στα αρνητικά στοιχεία μιας κατάστασης.</p> | <p>Ακόμη και όταν δεν είναι δυνατόν να απαλλαγούμε από τα παθολογικά συμπτώματα που μας ενοχλούν, ο ψυχοθεραπευτής μπορεί να βοηθήσει στην αλλαγή της στάσης με την οποία αντιμετωπίζουμε τα πράγματα.</p> | <p>Με βάση τη σοβαρότητα της ασθένειας (όπως αυτή απεικονίζεται μετά από σοβαρή μέτρηση της κατάθλιψης, όπως με την κλίμακα Hamilton HAM-D17 ή καλύτερα HAM-D21 και όχι από "εμπειρική, διαισθητική" και πρόχειρη εκτίμηση).</p> | <p>Μπορεί να αντιμετωπιστεί με ψυχοθεραπεία, έχοντας πάντα στο νου μας το ενδεχόμενο κάποιας αιφνίδιας επιδείνωσης της κατάθλιψης</p> |
| <p>Μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες. Δυσκολία να δεχτεί φιλοφρονήσεις.</p> | <p>Μια απλή εξέταση αίματος (T3, T4, TSH), μπορεί να δείξει εάν ο θυρεοειδής αδένας προκαλεί την "επιλόχεια κατάθλιψη" μιας μητέρας.</p> | <p>Μια συντηρητική εκτίμηση για τη διάρκεια της φαρμακευτικής θεραπείας, θα ήταν 9 έως 12 μήνες.</p> | <p>Οι έντονες ορμονικές αλλαγές πριν και μετά την εγκυμοσύνη, μπορούν να προκαλέσουν χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο και έτσι να εμφανιστεί κατάθλιψη.</p> |

| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>Αισθήματα κατωτερότητας και ανασφάλειας. Δυσκολία κοινωνικής ένταξης και αισθήματα μοναξιάς. Υπερβολική ευθιξία και χαμηλές αντοχές στις συντροφικές σχέσεις.</p> | | <p>Για την θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης (γενικά και πέρα από το θέμα του θηλασμού) μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα όπως: η μιρταζαπίνη (Remeron), η βενλαφαζίνη (Effexor XR), η ντουλοξετίνη (Xeristar - Cymbalta)</p> | <p>Η λήψη οιστρογόνων μπορεί να βοηθήσει κάποιες φορές σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά, αν και οι μελέτες είναι αμφιλεγόμενες.</p> |
| <p>Ιστορικό με κατάθλιψη στην ίδια. Όσες μητέρες παρουσίασαν ήδη κατάθλιψη, έχουν 50% πιθανότητα να την εμφανίσουν ξανά σε γέννα. Ιστορικό κατάχρησης ουσιών.</p> | | <p>Σερτραλίνη (Zoloft), η παροξετίνη (Seroxat), η σιταλοπράμη (Seropram), η φλουοξετίνη (Ladose), και η σιταλοπράμη. Μπορεί να δοθούν για διάστημα ενός χρόνου (πιθανώς και για περισσότερο).</p> | |

2^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΙΑΤΡΙΚΟ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: X

Όνομα: X

Πατρώνυμο: X

Ηλικία: 32

Επάγγελμα: Ασφαλίστρια

Οικογεν. κατάσταση: Έγγαμη

Εθνικότητα: Ελληνική

Υπηκοότητα: Ελληνική

Θρήσκευμα: Χρ. Ορθόδοξη

Διεύθυνση: -

Τ.Κ. – Πόλη: -

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ

Επώνυμο: X

Όνομα: X

Πατρώνυμο: X

Διεύθυνση: -

Τ.Κ. – Πόλη: -

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ

Ψευδαισθήσεις, παράδοξος τρόπος σκέψης, παραλήρημα, πολύ έντονες εναλλαγές διάθεσης και μια κατάσταση οξείας σύγχυσης.

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ – ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΥΗΣΕΩΝ: 2

ΑΥΤ. ΑΠΟΒΟΛΕΣ: 0

ΠΡΟΚΛΗΤΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ: 0

ΔΙΑΓΝ. ΑΠΟΞΕΣΕΙΣ: 1

ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ: 2

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΚΕΤΩΝ: 2

Φ.Τ.: 2

ΜΕ ΕΒΡΥΟΥΛΚΙΑ: ΟΧΙ

ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ: ΝΑΙ

ΜΑΙΕΥΤ. ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ: 2

Ασθενής ονόματι Χ, εισήλθε στο τμήμα των εξωτερικών ιατρείων συνοδεία του συζύγου της. Αναφέρει ψευδαισθήσεις, παράδοξο τρόπος σκέψης, παραλήρημα, πολύ έντονες εναλλαγές διάθεσης και μια κατάσταση οξείας σύγχυσης. Έγινε εισαγωγή στην Κλινική με πιθανή επιλόχεια ψύχωση, κατόπιν της συμπλήρωσης των παρακάτω προσωπικών στοιχείων της ασθενούς.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ - ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πατέρας – μητέρα - αδέρφια

Σύζυγος - τέκνα

Λοιποί συγγενείς - δίδυμοι

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Παιδικά νοσήματα - Εισαγωγές σε νοσοκομείο - εγχειρήσεις

Τραύματα - κακώσεις

Χρήση φαρμάκων - Αλλεργίες

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Θρησκεία - εκπαίδευση - απασχόληση

Οικογενειακή ζωή - προβλήματα - χόμπι

Διατροφή - χρήση οινοπνευματωδών

Κάπνισμα - χρήση ουσιών

Έκθεση σε επιβλαβείς περιβαλλοντικούς παράγοντες

| <i>Ανάγκες- Προβλήματα Ασθενούς</i> | <i>Αντικειμενικοί Σκοποί</i> | <i>Εφαρμογή Νοσηλευτική Φροντίδας</i> | <i>Εκτίμηση</i> |
|--|--|--|--|
| Επικέντρωση στα αρνητικά στοιχεία μιας κατάστασης και αδυναμία συγκέντρωσης. | Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται το ίδιο το μωρό στις περιπτώσεις όπου η μητέρα πάσχει από κατάθλιψη της λοχείας. Η μητέρα αισθάνεται ανεπαρκής, αβοήθητη και πολλές φορές δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του μωρού. | Ανάλυση στην ασθενή για την ψυχολογικού τύπου βοήθεια που θα χρειαστεί. Η ψυχολογικού τύπου βοήθεια με τη μορφή υποστηρικτικών συνεδριών όπου η μητέρα ή και οι δύο γονείς ταυτόχρονα θα έχουν τη δυνατότητα να μοιραστούν προβλήματα, ανησυχίες, άγχος, ενοχές, θυμό και μία σειρά άλλων επώδυνων συναισθημάτων με έναν ειδικό που μπορεί να τους βοηθήσει όχι μόνο να τα χειρίζονται αποτελεσματικότερα αλλά και να διευρύνουν τη συνειδητότητά τους γύρω από ορισμένα σημαντικά προσωπικά και διαπροσωπικά τους θέματα. | Βασική αιτία είναι μια αρχική απουσία επιθυμίας απόκτησης παιδιού ή η απουσία στήριξης από τον άμεσο περίγυρο της μητέρας. Οι διάφορες συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια μπορεί να κάνουν μία γυναίκα να νιώθει μόνη και χωρίς επαρκή στήριξη. Η ύπαρξη οικονομικών δυσκολιών μπορούν, επίσης, να προκαλέσουν έντονο στρες. |

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>Ανικανότητα στο να συνεχίσει το θηλασμό.</p> | <p>Σημαντικό είναι επίσης να ληφθούν εκείνα τα απαραίτητα μέτρα για να μην υποτροπιάσει η αρρώστια.</p> | <p>Εάν η μητέρα έχει ιστορικό σοβαρής κατάθλιψης ή διπολικής διαταραχής, είναι ακόμα σημαντικότερο να σχεδιασθεί προσεκτικά το χρονικό διάστημα μετά τον τοκετό και την επάνοδο στο σπίτι ώστε να δίνει στη μητέρα τη δυνατότητα ηρεμίας, ξεκούρασης και στήριξης.</p> | <p>Η κατάθλιψη γενικότερα πιστεύεται ότι είναι αποτέλεσμα διαταραχής των εξής ορμονών του εγκεφάλου: Σεροτονίνης, επινεφρίνης, νορεπινεφρίνης και ντοπαμίνης.</p> |
| <p>Αίσθηση απόρριψης από τον σύντροφο της και τον κοινωνικό της περίγυρο.</p> | <p>Η λήψη οιστρογόνων μπορεί να βοηθήσει κάποιες φορές σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά, αν και οι μελέτες είναι αμφιλεγόμενες</p> | <p>Συσχέτιση της παρούσας κατάστασης με τα σοβαρότερη μορφή επιλόχειας κατάθλιψης που είναι η ονομαζόμενη «επιλόχεια ψύχωση». Πλήττει περίπου το 0,1% των γυναικών και τα συνήθη συμπτώματά της είναι: ψευδαισθήσεις, παράδοξος τρόπος σκέψης, παραλήρημα, πολύ έντονες εναλλαγές διάθεσης και μια κατάσταση οξείας σύγχυσης.</p> | <p>Η διαφορά είναι ότι με την κατάθλιψη μετά τον τοκετό, τα συμπτώματα είναι αρκετά πιο σοβαρά (όπως αυτοκτονικές σκέψεις ή αδυναμία να φροντίσετε το νεογέννητό σας), στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και είναι μεγαλύτερης διάρκειας.</p> |
| <p>Σε περίπτωση χορήγησης αντικαταθλιπτικών φάρμακων, τότε θα</p> | | <p>Μια απλή εξέταση αίματος (T3, T4, TSH), μπορεί να δείξει εάν ο θυρεοειδής αδένας</p> | <p>Στην αρχή, η κατάθλιψη μετά τον τοκετό μπορεί να μοιάζει με την</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>πρέπει να ενημερωθεί το περιβάλλον του ασθενή για τις πιθανές παρενέργειες.</p> | | <p>προκαλεί την "επιλόχεια κατάθλιψη" μιας μητέρας.</p> | <p>απλή θλίψη. Στην πραγματικότητα, η κατάθλιψη μετά τον τοκετό και η κοινή θλίψη έχουν πολλά κοινά συμπτώματα, όπως εναλλαγές της διάθεσης, αναίτιο κλάμα, θλίψη, αϋπνία, και ευερεθιστότητα.</p> |
|--|--|---|--|

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ψυχική και η σωματική φύση του γυναικείου φύλου είναι προσαρμοσμένες για το σημαντικότερο γεγονός της ύπαρξής του, την τεκνοποίηση. Ωστόσο, η γέννα αυτό το κορυφαίο ανθρώπινο γεγονός, μπορεί να προκαλέσει έντονες συναισθηματικές διαταραχές σε κάποιες γυναίκες.

Η γέννηση του παιδιού αποτελεί, αναμφίβολα, ένα μείζον γεγονός ζωής. Παρ' ότι συνοδεύεται από χαρά και ελπίδα κάποιες φορές, γίνεται ανέλπιστα φορέας στεναχώριας, αναξιότητας, άγχους ή και θλίψης. Έτσι ένα βρέφος μπορεί να είναι αιτία ενός σύνθετου βιολογικού- ψυχολογικού και κοινωνικού γεγονότος που οδηγεί σε μια αλλαγή της κατάστασης των γονέων, μόνιμες αλλαγές στους ρόλους αυτών, αλλά και στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους. Για το λόγο αυτό όλες οι γυναίκες οι οποίες μετά τη γέννηση του μωρού τους αισθάνονται κάπως διαφορετικά, έντονα συναισθήματα ανάμικτα με χαρά και λύπη, καλό είναι να μην ντρέπονται να ζητούν την βοήθεια των δικών τους ανθρώπων. Πρώτα του συντρόφου τους και έπειτα της οικογένειας και των φίλων τους.

Αν παρόλα αυτά οι έντονες συναισθηματικές διακυμάνσεις συνεχίζονται καλό είναι να συμβουλευονται τον γιατρό τους, την μαία και τον οποιοδήποτε ειδικό ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό που είναι σε θέση να τους προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζονται για να ξεπεράσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε ότι αυτές οι συναισθηματικές διαταραχές που αισθάνονται κάποιες γυναίκες μετά τη γέννα και χαρακτηρίζουν την επιλόχεια κατάθλιψη έχουν συνέπειες όχι μόνο στις ίδιες τις γυναίκες αλλά και στα νεογνά τους αν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα.

Η επιλόχεια κατάθλιψη, έχει σημαντικό αντίκτυπο στις γυναίκες και τις οικογένειές τους. Περίπου το 10-20% των γυναικών βιώνουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, είτε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή στους πρώτους 12 μήνες μετά τον τοκετό. (Gaynes BN et al. 2005).

Είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν και να μπορούν να παίξουν ενεργό ρόλο στην πρόληψη, την αξιολόγηση και τον εντοπισμό της μητέρας με κατάθλιψη, έτσι ώστε όσες γυναίκες βρίσκονται σε κίνδυνο να μπορούν να λαμβάνουν την κατάλληλη υποστήριξη και φροντίδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τη γέννηση.

Σημαντική συμβουλή προς όλες τις μητέρες που αντιμετωπίζουν ανάλογα προβλήματα και ταλαιπωρούνται από την επιλόχεια κατάθλιψη:

- Κοίταξε προσεκτικά, το μωρό σου στα μάτια.
- Εκεί θα βρεις τη δύναμη να προχωρήσεις και να αφήσεις πίσω σου τους προβληματισμούς και τις ανησυχίες σου, τίποτε δεν αξίζει περισσότερο από την δική σου ψυχική και σωματική υγεία και του μωρού σου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Akman I et al. (2008), Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: role of maternal attachment styles. *J Paediatr Child Health*. 44(6):369-73

Anthony EJ, Benedek T. (1975), Depression and human existence, Little, Brown and Company, USA, p. 350-355

Bilszta JL, Gu YZ, Meyer D, Buist AE. (2008), A geographic comparison of the prevalence and risk factors for postnatal depression in an Australian population. *Aust N Z J Public Health*. 32(5):424-30

Castanon SC, Pinto LJ. (2008), Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to detect postpartum depression. *Rev Med Chil*. 136(7):851-8.

CDC. (2008), Prevalence of Self-Reported Postpartum Depressive Symptoms-17 States, 2004-2005. 57(14);361-366

Γκόλια, Ι., Καρπούζα, Β., Σουάρου, Ε., Κανίστρας, Α. (2004). Ψυχωτικά επεισόδια κατά τη διάρκεια της κύησης Ιατρικά και ηθικά διλήμματα που δημιουργούνται. *Εγκέφαλος*, 41, 218-223.

Davey HL, Tough SC, Adair CE, Benzies KM. (2008), Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women, *Matern Child Health J*.

Davis L, Edwards H, Mohay H, Wollin J. (2003), The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Hum Dev*. 73(1-2):61-70

Διεπιστημονική Ομάδα του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Καρπενησίου. (2009), Κατάθλιψη μετά τον τοκετό - Επιλόχεια Κατάθλιψη. Διαθέσιμο: <http://www.evrytanika.com>.

Dragonas T, Petrogiannis K, Adam H. (1997), Working women, their emotional wellbeing and pregnancy in Greece. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 15(3):239 – 256

Ebeigbe PN, Akhigbe KO. (2008), Incidence and associated risk factors of postpartum depression in a tertiary hospital in Nigeria, Niger Postgrad Med J. 15(1):15-8

Edge D. (2007), Ethnicity, psychosocial risk, and perinatal depression- a comparative study among inner-city women in the United Kingdom, J Psychosom Res. 63(3):295

Ege E et al. (2008), Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. J Obstet Gynaecol Res. 34(4):585-93

Giakoumaki O et al. (2009), The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. J Psychosom Obstet Gynaecol. 30(1):21-8

Glavin K, Smith L & Sorum R. (2009), Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway, Scand J Caring Sci.

Golbasi Z, Kelleci M, Kisacik G, Cetin A. (2009), Prevalence and correlates of depression in pregnancy among Turkish women. Matern Child Health J. Gonidakis et al. 2008, A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece, Comprehensive Psychiatry. 49:275-282

Grussu P, Quatraro RM. (2009), Prevalence and risk factors for a high level of postnatal depression symptomatology in Italian women: A sample drawn from ante-natal classes. Eur Psychiatry.

Hammen C. (1997), Depression, Psychology Press, 1997. p:18-19, 50-57, 72-73, 104- 105, 112-113

Howell EA, Mora P, Leventhal H. (2006), Correlates of early postpartum depressive symptoms. Matern Child Health J. 10(2):149-57

Keck, M. (2010). Depression. Διαθέσιμο: <http://www.depression.ch>

Κλεφταράς Γ., (1998), Η κατάθλιψη σήμερα. Περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα. σ. 191-206

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

Lee AM et al. (2007), Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression, *Obstet Gynecol*. 110(5):1102-12

Leonardou AA et al, (2009), Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and prevalence of postnatal depression at two months postpartum in a sample of Greek mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(1):28-39

Mann JR et al. (2007), Religiosity, spirituality and depressive symptoms in pregnant women, *Int J Psychiatry Med*. 37(3):301-13

Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercq E. (2007), Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 36(6):542-9

McCoy SJ et al. (2008), Postpartum thyroid measures and depressive symptomatology: a pilot study. *J Am Osteopath Assoc*. 108(9):503-7

Milgrom J et al. (2008), Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study, *J Affect Disord*, 108(1-2):147-57

Munafo MR, Heron J, Araya R. (2008), Smoking patterns during pregnancy and postnatal period and depressive symptoms. *Nicotine Tob Res*. 10(11):1609-20.

Μωραΐτου, Μ. & Στάλικας, Α. (2006). Η σχέση περιγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης. *Ψυχολογία*. 13, 14-20.

Nordhagen IH, Sundgot-Borgen J. (2002), Physical activity among pregnant women in relation to pregnancy-related symptoms of depression. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 122(5):470-4

Phillips J, Charles M, Sharpe L, Matthey S. (2009), Validation of the subscales of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in a sample of women with unsettled infants. *J Affect Disord*.

Sanjuan J et al. (2008), Mood changes after delivery: role of the serotonin transporter gene. *Br J Psychiatry*. 193(5):383-8.

Stewart DE et al. (2008), Postpartum depression symptoms in newcomers, *Can J Psychiatry*. 53(2):121-4

Σπυροπούλου, Α., Ζέρβας, Γ. (2008). Η γυναίκα ασθενής. Ειδικό Ιατρείο Ψυχικής Υγείας Γυναικών Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών (Αιγινήτειο Νοσοκομείο).

Tannous L, Gigante PL, Fuchs CS, Busnello DAE. (2008), Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants, *BMC Psychiatry*. 8:1

Thorpe JK, Dragonas T, Golding J. (1992), The effects of psychosocial factors on the emotional well-being of women during pregnancy: A cross-cultural study of Britain and Greece. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 10:191-204

Tiwari A et al. (2008), The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women, *BJOG*. 115(3): 377-84

Τσιάντης, Γ. & Δραγώνα, Θ. (1999). Μωρά και μητέρες. Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και υγεία στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής. Εκδόσεις: Καστανιώτη.

Tuohy A, McVey C. (2008), Experience of pregnancy and delivery as predictors of postpartum depression, *Psychol Health Med*. 13(1): 43-7

Verdoux H, Sutter AL, Glatigny-Dallay E, Minisini A., (2002), Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Acta Psychiatr Scand*. 106(3):212-9

Vik K, Aass IM, Willumsen AB, Hafting M. (2009), "It's about focusing on the mother's mental health": Screening for postnatal depression seen from the health visitors' perspective-a qualitative study. *Scand J Public Health*. 37(3):239-45.

WHO, (2008), Maternal Mental Health & Child Health and Development. Available at:
www.who.int/mental_health/prevention/suicide/MaternalMH/en/

WHO, (2008), Department of mental health and substance abuse, Maternal mental health & child health and development, Chapter 1: Risk factors for postpartum depression, Robertson E, Celasun N, Stewart ED, 9-70. Available at:
www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh&chd_chapter_1.pdf