

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ»
«POST-PARTUM DEPRESSION»

Φοιτήτρια: Μοσχολάκη Πετρούλα

Εισηγήτρια Καθηγήτρια: Σαμαρτζή Κυριακή

ΠΑΤΡΑ 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	8
1.ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	9
2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	10
3.ΟΡΙΣΜΟΣ	12
4.ΕΙΔΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	14
5.ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	17
6.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	19
7.ΘΕΡΑΠΕΙΑ	22
7.1 Φαρμακευτική Αγωγή (Ψυχοτρόποι Παράγοντες)	22
7.2 Ψυχοθεραπεία	23
7.3 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)	24
7.4 Φωτοθεραπεία	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟΣ	26
8. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΛΟΧΕΙΑ	27
8.1 Αλλαγές στο γεννητικό σύστημα	27
8.2 Αλλαγές στο μαστό	28
8.3 Αλλαγές στο ενδοκρινικό σύστημα	29
8.4 Αλλαγές στο ανοσοποιητικό σύστημα	29
8.5 Αλλαγές στο ουροποιητικό σύστημα	30
8.6 Αλλαγές στο κυκλοφορικό σύστημα	31
9. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ	33
10. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΛΟΧΕΙΑ	36

10.1 Ψυχαναλυτική προσέγγιση της ψυχολογίας της μητέρας μετά τον τοκετό	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	39
11. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	40
12. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	41
13. ΟΡΙΣΜΟΣ	43
14. ΕΙΔΗ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	44
15. ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	46
16. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	47
16.1 Είδος του τοκετού-χαρακτηριστικά του νεογνού	47
16.2 Μαιευτικό ιστορικό και ιατρογενής επιβάρυνση	49
16.3 Γεγονότα της ζωής.....	49
16.4 Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο	50
16.5 Ορμονικές μεταβολές	51
16.6 Δημογραφικά-οικονομικά και κοινωνικά στοιχεία	51
16.7 Ιστορικό κατάθλιψης και ψυχικές διαταραχές κατά την κύηση.....	52
16.8 Κοινωνική υποστήριξη και οικογενειακό περιβάλλον	53
16.9 Πληροφόρηση.....	54
16.10 Άγχος και ανησυχία.....	54
17. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ-ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	56
18. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	59
18.1 Φαρμακευτική αγωγή	59
18.2 Ψυχοθεραπεία.....	60
18.2.1 Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία.....	61
18.3 Άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις.....	62
19. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	63
19.1 Επιπτώσεις στο νεογνό	63

19.2 Επιπτώσεις στην οικογένεια	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ	
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	65
20. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	66
21. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	69
21.1 Αξιολόγηση	69
21.2 Νοσηλευτική διάγνωση-Σχεδιασμός	71
21.3 Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις.....	72
21.3.1 Παροχή προληπτικής καθοδήγησης.....	72
21.3.2 Ενίσχυση της ευαισθησίας στις αντιδράσεις του βρέφους.....	73
21.3.3 Παροχή φροντίδας βασισμένης στις ενδείξεις	74
21.3.4 Παροχή βοήθειας στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.....	74
21.3.5 Συζήτηση σχετικά με τις επιλογές και τις πηγές ενθάρρυνσης	75
21.3.6 Λήψη μέτρων σε εκδήλωση βίας προς τον εαυτό ή/και τους άλλους	75
21.3.7 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε διαταραχή των διατροφικών συνηθειών	76
21.3.8 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε διαταραχές του ύπνου.....	76
23. ΠΡΟΛΗΨΗ.....	80
23.1 Πρωτοβάθμια πρόληψη	80
23.2 Δευτερογενής πρόληψη	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	83
24.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	84
25. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	88
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	90
SUMMARY	93
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	95

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη είναι μια από τις οδυνηρότερες δοκιμασίες στην ζωή ενός ανθρώπου. Μπορεί υποκειμενικώς να αποτελεί ένα φυσιολογικό συναίσθημα ως μέρος του χαρακτήρα ενός ατόμου ή να είναι μέρος μιας νόσου ή να είναι μια αυτοτελής νόσος. Η κατάθλιψη είναι μια από τις πιο συχνές αιτίες παραπομπής για νοσηλεία. Οι διαγνωστικές ταξινομήσεις στην ψυχιατρική έχουν εκτιμήσει πολλά είδη κατάθλιψης τα οποία διαφοροποιούνται μεταξύ τους ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους και τις συνθήκες εμφάνισής τους.¹

Οι γυναίκες μετά τον τοκετό παρουσιάζουν κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης. Η λοχεία αποτελεί μια περίοδο που οι γυναίκες μπορούν να εμφανίσουν ψυχικές διαταραχές ιδιαιτέρως όταν δεν είναι προετοιμασμένες να αποδεχθούν το παιδί τους και αισθάνονται απειλή από αυτό. Λόγω του κοινωνικού ρόλου που πρέπει να αφομοιώσουν οι γυναίκες μετά τον τοκετό, αυτόν της μητρότητας, δημιουργούνται πολλά προβλήματα όταν πάσχουν από κατάθλιψη, όπως για παράδειγμα αδυνατούν να προσφέρουν την απαραίτητη φροντίδα στο νεογνό.²

Παράλληλα οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν επιλόχειο κατάθλιψη επανεξετάζουν την σχέση τους με το περιβάλλον και πολλές φορές αντιμετωπίζουν πρόβλημα στην σχέση τους με τον σύζυγο. Ακόμη αναγκάζονται να επαναπροσδιορίσουν τις καθημερινές τους συνήθειες με τον ερχομό του παιδιού, όπως είναι και οι εργασιακές απαιτήσεις γεγονότα που της προκαλούν επιπρόσθετο άγχος. Ενώ ο τοκετός χαρακτηρίζεται από ευχαρίστηση και χαρά η εισβολή της επιλόχειας κατάθλιψης μπορεί να προκαλέσει «καταστροφή» και διαφωνία στην ζωή της γυναίκας.²

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια συχνή νόσος και σοβαρή αφού μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ζωή τόσο της μητέρας όσο και του νεογνού. Σημαντικό είναι ότι η νόσος υποδιαγιγνώσκεται αφού οι γυναίκες δεν αναζητούν βοήθεια. Είναι απαραίτητη η εκτίμηση της ασθενούς, η αναγνώριση της επιλόχειας κατάθλιψης και η άμεση παρέμβαση από τους επαγγελματίες υγείας συμπεριλαμβανομένων και των νοσηλευτών.²

Στην εργασία αυτή αναλύονται τα επιδημιολογικά δεδομένα, η κλινική εικόνα, οι αιτιολογικοί παράγοντες, η θεραπευτική αντιμετώπιση, οι επιπτώσεις της

κατάθλιψης και της επιλόχειας κατάθλιψης καθώς επίσης και οι σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό και ο ρόλος των λειτουργών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1.ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ο όρος κατάθλιψη, όπως και ορισμοί και έννοιες άλλων διαταραχών της διάθεσης, έχει υποστεί πολλές μεταλλάξεις έως ότου παγιωθεί στην σύγχρονη ορολογία. Η κατάθλιψη φαίνεται να ανιχνεύεται σχεδόν σε όλες τις κοινωνίες του αρχαίου κόσμου και αποτελεί για πολλούς αιώνες ζήτημα που απασχολεί τους δυτικούς πολιτισμούς.³

Ετυμολογικά η λέξη κατάθλιψη προέρχεται από τον λατινικό όρο «de primere» που σημαίνει «πιέζω προς τα κάτω». Αρχικά ο όρος χρησιμοποιήθηκε κυριολεκτικά, όπως για παράδειγμα για την περιγραφή φαινομένων στην αστρονομία, ενώ αργότερα κατέλαβε μεταφορική έννοια σε τομείς όπως η θεολογία και η ηθική. Στην ψυχολογία ο όρος εισήχθη με την μεταφορική έννοια από τον 17^ο αιώνα.³

Μέχρι τον 17^ο αιώνα η κατάθλιψη περιγραφόταν με τον όρο μελαγχολία. Ο όρος μελαγχολία χρησιμοποιούταν από την εποχή που έζησε ο Ιπποκράτης (5^{ος}-4^{ος} αιώνας π.Χ.), ο οποίος και τον εισήγαγε. Η μελαγχολία για τον Ιπποκράτη αφορούσε μια παθολογική οντότητα, με οργανική αιτιολογία (υπερπαραγωγή μέλαινας χολής που επηρέαζε τον εγκέφαλο) και συμπτωματολογία την απώλεια όρεξης για φαγητό, τον εκνευρισμό, την αϋπνία, την αποθάρρυνση, την ανησυχία.⁴

Ακόμη ο Όμηρος στην Ιλιάδα αναφέρει πως η συμπεριφορά του Αίαντα τον οδήγησε στην αυτοκτονία και συγκεκριμένα ύστερα από μια κρίση υπερδραστηριότητας και επιθετικότητας περιήλθε σε μια κατάσταση μελαγχολίας και στην συνέχεια αυτοκτόνησε, περιγράφοντας έτσι μια κατάσταση συναισθηματικής διαταραχής.⁵

Τον όρο μανιοκαταθλιπτική ψύχωση εισήγαγε ο Γερμανός ψυχίατρος Emil Kraepelin στις αρχές του 20^{ου} αιώνα και χρησιμοποιείται μέχρι σήμερα. Η διαταραχή αυτή αφορά στην ύπαρξη δύο φάσεων, μια φάση μανίας και μια φάση κατάθλιψης, όπου για παράδειγμα μπορεί να υπάρχει μόνο μια από τις δύο (μονοπολική νόσος) ή να υπάρχουν εναλλαγές μεταξύ των δύο φάσεων (διπολική νόσος). Μέχρι το τέλος του 19^{ου} αιώνα αναφερόταν ως κυκλική ψύχωση, από Γάλλους ψυχιάτρους.⁶

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η αναγνώριση της μεγάλης συχνότητας των καταθλιπτικών επεισοδίων είναι ίσως μια από τις σημαντικότερες προσφορές της ψυχιατρικής επιδημιολογίας στον τομέα της δημόσιας υγείας. Το 8-10% του γενικού πληθυσμού στον δυτικό κόσμο υποφέρει από κάποια μορφή κατάθλιψης. Το ποσοστό αυτό είναι παρόμοιο και στην Ελλάδα και οι ενδείξεις δείχνουν ότι στο μέλλον θα αυξηθεί περαιτέρω. Οι διαφορές από χώρα σε χώρα επηρεάζονται από διαφορετικά ιστορικά, κοινωνικά, οικονομικά ή περιβαλλοντικά δεδομένα ακόμα και από διαφορές στο διαιτολόγιο.^{7,8}

Κατά τη διάρκεια της ζωής η πιθανότητα εκδήλωσης μείζονος κατάθλιψης είναι 17%, διπολικής διαταραχής (I&II) 4% και δυσθυμίας 3%. Ο συνδυασμός αυτών των ποσοστών δείχνει ότι η εμφάνιση συναισθηματικής διαταραχής είναι 1 στους 5. Για τη σχιζοφρένια το ποσοστό είναι 10% και η αναλογία των γυναικών είναι διπλάσια από αυτή των αντρών. Η κατάθλιψη είναι πιο συχνή στις γυναίκες από ότι στους άντρες το ίδιο και η διπολική διαταραχή με αναλογία 3/2 και η συχνότητά της αυξάνεται με την ηλικία. Η κατάθλιψη είναι πιο συχνή σε αστικές περιοχές από ότι σε αγροτικές και ειδικότερα σε εργαζόμενες γυναίκες. Μέση ηλικία έναρξης της μείζονος κατάθλιψης είναι τα 32 έτη, της διπολικής διαταραχής τα 25 έτη (οι άντρες τείνουν να έχουν πιο πρόωμη έναρξη διπολικής διαταραχής) και της δυσθυμίας τα 31 έτη. Η δυσθυμία είναι πιο συχνή σε γυναίκες μικρότερες των 65 ετών, σε ανύπαντρα άτομα, σε άτομα με χαμηλό εισόδημα και σε ηλικιωμένους. Η πρώτη εκδήλωση της σχιζοφρένειας είναι η τρίτη δεκαετία.^{7,8}

Οι έφηβοι με μείζονα κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή τους έχουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης. Ο κίνδυνος κατάθλιψης αυξάνεται 2-4 φορές στην ενήλικη ζωή εάν έχει υπάρξει κατάθλιψη στην εφηβεία. Υποκλινικά συμπτώματα κατάθλιψης στην εφηβεία αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατά δύο με τρεις φορές. Η κατάθλιψη στην εφηβεία αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για απόπειρες αυτοκτονίας στην ενήλικη ζωή. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι 15% στη σοβαρή κατάθλιψη και πιο χαμηλός σε ηπιότερες περιπτώσεις. Το ποσοστό αυτοκτονίας για τη μείζονα κατάθλιψη είναι 10%. Οι νέοι ενήλικες που ήταν καταθλιπτικοί έφηβοι εκτός από ψυχιατρικές διαταραχές έχουν και περιορισμένη κοινωνική ένταξη και πενιχρές ακαδημαϊκές επιδόσεις. Η κατάθλιψη στην εφηβεία διαρκεί και στην ενήλικη ζωή και συνοδεύεται και από άλλου είδους ψυχιατρικές διαταραχές.^{7,8}

Τα απλά επεισόδια κατάθλιψης διαρκούν 3-8 μήνες. Το 20% των ασθενών παραμένει σε κατάθλιψη για δύο χρόνια ή περισσότερο. Οι υποτροπές στην κατάθλιψη φτάνουν το 50% και στις πιο σοβαρές περιπτώσεις δηλαδή αυτές που απαιτούν νοσηλεία το 80%. Τα επεισόδια υποτροπών είναι προοδευτικά αυξανόμενης βαρύτητας με μείωση ασυπτωματικών περιόδων γεγονός που τονίζει τη σημασία της προφυλακτικής θεραπείας.^{7,8}

3.ΟΡΙΣΜΟΣ

Η κατάθλιψη είναι μια ποιοτική διαταραχή του συναισθήματος, στην οποία κυρίαρχο συναίσθημα είναι η θλίψη και το άτομο μπορεί να περιέλθει σε επίπεδο απελπισίας.⁹ Η θλίψη και η μείωση της ενεργητικότητας στην κατάθλιψη είναι πολύ εντονότερα απ'ότι τα αντίστοιχα συναισθήματα που βιώνει ένα φυσιολογικό άτομο.¹⁰ Το κοινό χαρακτηριστικό όλων των καταθλιπτικών διαταραχών είναι το αίσθημα λύπης, το άτομο νιώθει «άδειο», ή έχει ευερέθιστη διάθεση, η οποία συνοδεύεται από σωματικές και γνωστικές αλλαγές που επηρεάζουν σημαντικά την λειτουργικότητα του ατόμου. Αυτό που διαφέρει ανάμεσα στα είδη των καταθλιπτικών διαταραχών είναι η διάρκεια, η χρονική στιγμή και η υποτιθέμενη αιτιολογία.¹¹

Συγκεκριμένα για να χαρακτηριστεί ένα επεισόδιο μείζων καταθλιπτικό σύμφωνα με το DSM-V θα πρέπει:^{10,11}

1. Ο ασθενής θα πρέπει να έχει τουλάχιστον 5 από τα 9 συμπτώματα της κατάθλιψης (το ένα από αυτά πρέπει να είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα ή η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης). Για να διαγνωστεί ότι ο ασθενής έχει μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο θα πρέπει τα συμπτώματα αυτά να είναι παρόντα τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Στα συμπτώματα δεν θα πρέπει να συνυπολογίζονται αυτά τα οποία σαφώς εμπίπτουν σε άλλη ιατρική κατάσταση. Η μείζων κατάθλιψη είναι ίσως η πιο συχνή ψυχιατρική νόσος που ένας ιατρός θα συναντήσει. Τα εννέα χαρακτηριστικά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι:
 - i. Καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα όπως αυτή υποδεικνύεται από τον ίδιο τον ασθενή (π.χ. νιώθει λυπημένος, κενός, χωρίς ελπίδα) ή όπως παρατηρείται από τρίτους (π.χ. φαίνεται δακρυσομένος)
 - ii. Απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης για όλες ή σχεδόν όλες τις καθημερινές δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.
 - iii. Σημαντική απώλεια βάρους όταν δεν κάνει δίαιτα ή αύξηση βάρους και η μεταβολή αυτή να είναι περισσότερο από 5% του βάρους του σώματος σε ένα μήνα. (Στα παιδιά δεν παρουσιάζεται η αναμενόμενη αύξηση βάρους)
 - iv. Διαταραχές ύπνου (αϋπνία ή υπερυπνία).

- v. Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα.
 - vi. Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας.
 - vii. Αίσθημα αναξιότητας ή αδικαιολόγητων ενοχών (που μπορεί να είναι παραληρηματικές).
 - viii. Μειωμένη ικανότητα του ατόμου να σκεφθεί ή να συγκεντρωθεί ή αναποφασιστικότητα σχεδόν καθημερινά.
 - ix. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι απλώς φόβος θανάτου), αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας.
2. Τα συμπτώματα αυτά προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλου τομέα λειτουργικότητας του ατόμου.
 3. Το καταθλιπτικό επεισόδιο δεν οφείλεται στις φυσιολογικές επιπτώσεις μιας ουσίας ή σε άλλη ιατρική κατάσταση.
 4. Η εμφάνιση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου δεν εξηγείται από την ύπαρξη μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής, σχιζοφρένειας, σχιζοφρενικόμορφης διαταραχής, παραληρηματικής διαταραχής ή άλλης καθορισμένης ή μη μορφής σχιζοφρένειας και άλλων ψυχικών διαταραχών.
 5. Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα μανιακό ή ένα υπομανιακό επεισόδιο.

Τα κριτήρια 1 έως 3 αντιπροσωπεύουν ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.¹¹

4.ΕΙΔΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Με σκοπό την διερεύνηση του ασθενούς και την επακόλουθη ορθή αντιμετώπισή του απαιτείται η κατάταξη των καταθλίψεων. Η κατάθλιψη λοιπόν διαχωρίζεται σε: μείζον καταθλιπτική διαταραχή, δυσθυμία, δευτερογενή, άτυπη, οργανική κατάθλιψη, κατάθλιψη κατά την σωματική νόσο ή αναπηρία, εποχική κατάθλιψη, κατάθλιψη στην σχιζοφρένεια, επιλόχεια κατάθλιψη. Σύμφωνα με το DSM-V γίνεται σαφής διαχωρισμός των καταθλιπτικών διαταραχών από τις διπολικές διαταραχές, οι οποίες δεν θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται σε αυτές αλλά να εξετάζονται ως διαφορετικές κλινικές οντότητες. Ακόμη εισάγεται μια νέα διάγνωση αυτή της Διασπαστικής Διαταραχής λόγω Δυσρυθμισμένης Διάθεσης (Disruptive Mood Dysregulation Disorder).^{11,12}

1. Η ενδογενής ή μείζον κατάθλιψη. Είναι από τις σοβαρότερες μορφές κατάθλιψης, χαρακτηρίζεται περισσότερο από προεξάρχοντα βιολογικά συμπτώματα και λιγότερο από εξωτερικούς παράγοντες.^{11,12}
2. Διασπαστική διαταραχή λόγω δυσρυθμισμένης διάθεσης. Εισήχθη προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ανησυχίες για κατάταξη των παιδιών που παρουσιάζουν έντονη ευερεθιστότητα και των παιδιών που παρουσιάζουν την κλασική διπολική διαταραχή. Προστέθηκε λοιπόν στις καταθλιπτικές διαταραχές παιδιών έως 12 ετών. Τα παιδιά αυτά φαίνεται να αναπτύσσουν μονοπολική καταθλιπτική διαταραχή ή αγχώδεις διαταραχές και όχι διπολική διαταραχή καθώς οδηγούνται από την εφηβεία στην ενήλικη ζωή. Χαρακτηρίζεται από σοβαρή, χρόνια, επίμονη ευερεθιστότητα και συγκεκριμένα από σοβαρές επαναλαμβανόμενες εκρήξεις θυμού που εκδηλώνονται λεκτικά ή συμπεριφορικά (φυσική επιθετικότητα προς τους ανθρώπους), οι οποίες δεν συνάδουν με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Η περίοδος μεταξύ των επεισοδίων είναι επίμονα ευερέθιστη ή υπάρχει θυμός το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα και είναι εμφανές και σε τρίτους (π.χ. στους δασκάλους, γονείς, συνομηλίκους).^{11,12}
3. Επίμονη καταθλιπτική διαταραχή (δυσθυμία): Παλαιότερα ονομαζόταν νευρωσική κατάθλιψη και κατατασσόταν μαζί με τις άλλες νευρώσεις. Σήμερα στις κατατάξεις της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM-V) και του WHO (ICD-10) ο όρος έχει αντικατασταθεί με τον όρο δυσθυμία. Πρόκειται για μια ήπια, χρόνια μορφή κατάθλιψης με περιόδους έξαρσης και

περιόδους ύφεσης των συμπτωμάτων, στα οποία περιλαμβάνονται το καταθλιπτικό συναίσθημα, η απαισιοδοξία, η πτώση της ενεργητικότητας, η έλλειψη ενδιαφέροντος, η κόπωση, η πτώση της αυτοεκτίμησης. Τα συμπτώματα αυτά δεν είναι τόσο σοβαρά ώστε να προκαλούν εκπτώσεις στους διάφορους τομείς της ζωής του ατόμου (εργασία, κοινωνικότητα, διαπροσωπικές σχέσεις), σε βάθος χρόνου προκαλούνται σοβαρά προβλήματα παρόλα αυτά. Συνυπάρχει ακόμη άγχος και σωματικά συμπτώματα όπως κεφαλαλγίες, κοιλιακοί πόνοι κ.α. Η θεραπεία της βασίζεται κυρίως στην ψυχοθεραπεία και όχι στην φαρμακευτική αγωγή και έχει καλή πρόγνωση.^{11,12}

4. Δευτερογενής ή αντιδραστική κατάθλιψη: Προκαλείται από την συμβολή ενός ή περισσότερων στρεσογόνων ή αρνητικών γεγονότων. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει την καταθλιπτική διάθεση, την έλλειψη ενδιαφέροντος, την κόπωση, άγχος και ανησυχία και σε κάποιες περιπτώσεις ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα και επίσης υποχονδριακά συμπτώματα που σπανίως μπορεί να έχουν παραληρηματική διάσταση. Μπορεί να είναι ήπιας μορφής όπου ο ασθενής δεν σταματά τις καθημερινές του δραστηριότητες και βαριάς μορφής όπου συνυπάρχουν βαριά κατάθλιψη και ιδέες μηδαμινότητας, αυτοκτονικότητας και ενοχής. Η θεραπεία και η πρόγνωση εξαρτώνται από την σοβαρότητα της κατάστασης.^{11,12}
5. Οργανική κατάθλιψη: Οι σωματικές παθήσεις του ασθενή προκαλούν σε κάποια φάση της πορείας τους καταθλιπτικές κλινικές εικόνες. Δεν είναι συναισθηματική αντίδραση στη νόσο αλλά η νόσος προκαλεί την αντίδραση αυτή, με την οποία έχει άμεση αιτιολογική σχέση. Τέτοιες παθήσεις είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, ο υποθυρεοειδισμός και το σύνδρομο Cushing. Ο υπερθυρεοειδισμός και κάθε νόσος που προκαλεί υπερασβεστιαμία (όπως το πολλαπλούν μυέλωμα και η σαρκοείδωση) είναι δυνητικοί παράγοντες πρόκλησης κατάθλιψης. Στον καρκίνο του παγκρέατος και του πνεύμονα μπορεί να εμφανιστεί κατάθλιψη πριν από την εκδήλωση των συμπτωμάτων της νόσου. Κατά τη θεραπεία με στεροειδή, αντιυπερτασικά και αντιψυχωτικά φάρμακα.^{11,12}
6. Κατάθλιψη κατά την σωματική νόσο ή αναπηρία: Είναι συχνότερη στην χρόνια νόσο κατά την οποία ο ασθενής χάνει μέρος της λειτουργικότητάς του ή είναι απειλητική για την ζωή. Τέτοιες νόσοι είναι ο καρκίνος, οι παθήσεις

του αναπνευστικού, η νόσος Parkinson, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, η νεφρική ανεπάρκεια κ.α.^{11,12}

7. Εποχιακή κατάθλιψη: Σπάνια εμφανίζεται στις Μεσογειακές χώρες αλλά είναι πιο συχνή στη Β. Ευρώπη. Χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζουσες καταθλίψεις οι οποίες συμβαίνουν κάθε χρόνο την ίδια εποχή και στην πλειονότητα των περιπτώσεων συνυπάρχει διπολική διαταραχή με κύκλους φθινοπωρινής-χειμερινής κατάθλιψης και εαρινής-καλοκαιρινής υπομανίας ή ευθυμίας. Πολλές μελέτες συνδέουν την κατάθλιψη με τις εποχιακές διακυμάνσεις της διάρκειας της ημερήσιας φωτοπερίοδου δηλαδή όταν μειώνεται η φωτοπερίοδος αυξάνεται η κατάθλιψη. Η κατάθλιψη εμφανίζεται όταν μικραίνει η διάρκεια της ημέρας(αυξάνεται η νύχτα μειώνεται η μέρα). Υπάρχει ένας μηχανισμός παθογένεσης ο οποίος εμπλέκεται με την έκκριση μελατονίνης από το κωνάριο και σχετίζεται άμεσα και αρνητικά με την ημερήσια φωτοπερίοδο. Η συμπτωματολογία των εποχιακών καταθλίψεων εμφανίζεται τους χειμερινούς μήνες και χαρακτηρίζεται από μείωση ενεργητικότητας, καταβολή δυνάμεων βουλιμία, υπερφαγία και απόκτηση βάρους. Το καλοκαίρι οι ασθενείς βελτιώνονται αλλά μπορεί να παρουσιάσουν αντίθετη συμπτωματολογία με στοιχεία υπομανιακά ή μανιακά. Εκτός από τις αντικαταθλιπτικές αγωγές αποτελεσματική θεραπεία είναι η φωτοθεραπεία.^{11,12}
8. Άτυπη ή συγκεκαλυμμένη κατάθλιψη: χαρακτηρίζεται από την σωματοποιημένη μορφή των ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Οι ασθενείς παραπονιούνται για κεφαλαλγίες, οσφυαλγίες, οδονταλγίες, διαταραχές ύπνου, κόπωση, γαστρεντερικές διαταραχές κ.α. και δεν εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης.^{11,12}
9. Κατάθλιψη στη σχιζοφρένεια: οι σχιζοφρενικοί ασθενείς εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης κατά την διάρκεια της νόσου ή ύστερα από ένα σχιζοφρενικό επεισόδιο σε ποσοστό άνω του 25%.^{11,12}

5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

- **Γενετική βάση:** Η γενετική προδιάθεση αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση της κατάθλιψης και αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι εμφανίζεται συχνότερα στους συγγενείς πρώτου βαθμού αλλά και σε απογόνους ατόμων που στο παρελθόν είχαν εκδηλώσει αυτή τη διαταραχή. Σε μελέτες που έγιναν σε διδύμους παρατηρήθηκε ότι υψηλότερο κίνδυνο εμφανίζουν τα μονοζυγωτικά από τα διζυγωτικά δίδυμα. Επίσης η διπολική κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα τόσο στα δίδυμα όσο και στα υιοθετημένα από ότι η μονοπολική.^{7,8,9,13,14}
- **Εξωγενείς παράγοντες:** Οι σημαντικότεροι εξωγενείς παράγοντες που εμπλέκονται στην εμφάνιση της κατάθλιψης είναι διάφοροι ψυχοτραυματισμοί όπως είναι ο θάνατος αγαπημένου προσώπου ή γονέων, παραμέληση από τους γονείς, η απώλεια κάποιου συμβολικού αντικειμένου, σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία και έντονο στρες. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να βοηθήσουν τόσο στην εκδήλωση ενδογενούς όσο και νευρωτικής κατάθλιψης.^{7,8,9,13,14}
- **Νευρολογικά αίτια:** Συμπεριλαμβάνονται τα νοσήματα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ), η μειωμένη αιματική ροή του μετωπιαίου λοβού και χαρακτηριστικές ηλεκτροεγκεφαλογραφικές μεταβολές κατά τον ύπνο.^{7,8,9,13,14}
- **Ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες:** Είναι η ανεργία, οι αντίξοες κοινωνικές συνθήκες καθώς και η έλλειψη διαπροσωπικών σχέσεων εμπιστοσύνης που θα έδιναν την δυνατότητα στον ασθενή να εκμυστηρεύεται τα προβλήματά του. Ένα άτομο μπορεί να εκδηλώσει κατάθλιψη λόγω επαναλαμβανόμενων αρνητικών συμπεριφορών και στάσεων, λόγω καταπίεσης και κοινωνικοοικονομικής ανισότητας. Νιώθει αδύναμος έτσι ώστε τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις του να τις προσαρμόσει θετικά στη ζωή του και όχι αρνητικά.^{7,8,9,13,14}
- **Διάφορα σωματικά νοσήματα:** Ενδοκρινικές διαταραχές, αρκετά είδη καρκίνου (καρκίνος της κεφαλής του παγκρέατος), ορισμένες ιογενείς λοιμώξεις, η νόσος του Parkinson, προϋπάρχουσα γενική παράλυση, κρανιοεγκεφαλικοί τραυματισμοί, όγκοι του εγκεφάλου και αρτηριοσκλήρυνση, έχουν την ικανότητα να εκδηλώσουν κατάθλιψη.

Σημαντικό όμως είναι να αναφέρουμε ότι οι γυναίκες μετά τον τοκετό είναι ευάλωτες σε επεισόδια κατάθλιψης.^{7,8,9,13,14}

- **Μεταβολικά αίτια:** Οργανικές διαταραχές της εμμήνου ρύσεως, ορισμένα φάρμακα όπως η ρεζεργίνη, τα οιοπνεύματα και τα κορτικοειδή. Κατά την κατάθλιψη παρατηρείται μείωση της ντοπαμίνης και δυσλειτουργίες του θυρεοειδούς αδένος (ανεπαρκείς έκκριση θυροξίνης). Ο άξονας υποθαλάμου- υπόφυσης-φλοιού των επινεφριδίων ρυθμίζει την απόκριση στο στρες. Η δυσλειτουργία του συγκεκριμένου συστήματος οδηγεί σε υπερέκκριση κορτιζόλης και επακόλουθη αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.^{7,8,9,13,14}
- **Βιοχημικά αίτια:** Κυρίαρχη νευροχημική θεωρία είναι η μονοαμινική θεωρία στην κατάθλιψη η οποία βασίζεται στη μειωμένη διαθεσιμότητα των μεταβολιτών των μονοαμινών. Για την παθογένεση της κατάθλιψης σημαντικές μονοαμίνες είναι η σεροτονίνη (5-HT) και η νοραδρεναλίνη (νορεπινεφρίνη). Στην κατάθλιψη είναι μειωμένη η συγκέντρωση αυτών των νευροδιαβιβαστών στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό και στα ούρα των καταθλιπτικών ασθενών. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι υπάρχει μειωμένη συγκέντρωση σεροτονίνης στον εγκέφαλο των θυμάτων αυτοκτονίας. Με αυτήν την θεωρία δίνεται έμφαση στις μεταβολές των νευροϋποδοχέων των μονοαμινών στην κατάθλιψη και στην αντικαταθλιπτική θεραπεία. Οι σημαντικοί νευροϋποδοχείς των μονοαμινών είναι οι β-αδρενεργικοί και οι σεροτονινεργικοί υποδοχείς. Τέλος τα αντικαταθλιπτικά αυξάνουν την συγκέντρωση της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης.^{7,8,9,13,14}

6.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

- **Διαταραχές της συναισθηματικής διάθεσης:**

Το συναίσθημα είναι καταθλιπτικό. Ο ασθενής δεν χαμογελά και τις περισσότερες ώρες είναι θλιμμένος. Συγκινείται και λυπάται πολύ εύκολα και η λύπη του συνήθως προέρχεται από ενοχή. Έχει αυξημένη τάση για κλάμα ή δεν έχει την ενέργεια να κλάψει και θέλει να συγχωρεθούν οι αμαρτίες του ακόμα και αν τα αμαρτήματα είναι φανταστικά. Έχει ημερήσια διακύμανση συναισθήματος δηλαδή τις πρωινές ώρες είναι χειρότερα και καλύτερεύει το απόγευμα. Είναι ευερέθιστος, αγχώδης και παθαίνει κρίσεις πανικού. Έχει απώλεια αυτοπεποίθησης, αυτουποτίμηση του εγώ, δεν έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και κάνει σχόλια άσχημα για τον ίδιο με χαρακτηρισμούς όπως ότι είναι βλάκας, ανίκανος χαζός κ.ά. Τα άτομα με κατάθλιψη εμφανίζουν ανηδονία δηλαδή απώλεια ενδιαφέροντος και κινήτρων για διάφορες δραστηριότητες. Δεν έχει διάθεση να βρεθεί με φίλους, με την οικογένειά του, να δει τηλεόραση και γενικά διάφορες τέτοιες δραστηριότητες που θα έκανε στο παρελθόν. Συμπτώματα επιθετικότητας είναι πιο συχνά στα αγόρια ενώ τα κορίτσια εμφανίζουν απώλεια επιθυμίας από σεξουαλικές δραστηριότητες.^{8,9,15}

- **Σωματικά χαρακτηριστικά:**^{8,9,15}

- Αϋπνία-Διαταραχές ύπνου: Ο ύπνος του ασθενή μειώνεται και εμφανίζει «πρώιμη αφύπνιση», δηλαδή ξυπνάει 2-3 ώρες πριν από το κανονικό. Όταν ξυπνάει ο ασθενής σκέφτεται με τρόπο την μέρα την μέρα που θα έρθει και τις απογοητεύσεις της ζωής του. Σε πιο ελαφρές καταθλίψεις ο ασθενής δυσκολεύεται να κοιμηθεί αυτού του τύπου η αϋπνία ονομάζεται «επελεύσεως». Η «διακεκομμένου ύπνου» είναι σε βαριές καταθλίψεις και ο ασθενής ξυπνάει από εφιάλτες και δυσκολεύεται να κοιμηθεί ξανά.
- Ανορεξία-Απώλεια βάρους: Μειωμένη όρεξη για φαγητό ή άρνηση λήψης υγρών ή κακές διατροφικές συνήθειες έχουν σαν αποτέλεσμα την απώλεια βάρους.
- Δυσκοιλιότητα: Είναι η συνηθέστερη γαστρεντερική διαταραχή, η οποία επιτείνεται από την δράση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.
- Ξηροστομία: Οφείλεται σε μειωμένη παρωτιδική έκκριση και επιδεινώνεται από την αντιχολινεργική δράση των φαρμάκων.
- Ψυχοκινητική δραστηριότητα: Η κινητική δραστηριότητα μεταβάλλεται με εκδήλωση ψυχοκινητικής επιβράδυνσης που αφορά την ομιλία και την κινητικότητα. Η ομιλία

είναι αργή, χαμηλόφωνη, διστακτική και στις σοβαρές περιπτώσεις έχουμε αλαλία(σταματάει ο ασθενής να μιλάει). Η κινητικότητα του ασθενή είναι μειωμένη, παραπονιέται ότι κουράζεται εύκολα (σωματική κατάπτωση) και σε βαριές καταστάσεις έχουμε καταθλιπτική εμβροντησία(ακινησία).

- Εμφάνιση και συμπεριφορά: Τα άτομα με κατάθλιψη έχουν ατημέλητη εξωτερική εμφάνιση και δεν δίνουν σημασία στην ατομική τους υγιεινή. Έχουν άτονο βλέμμα, θλιμμένο και ικετευτικό πρόσωπο, χωρίς μορφασμούς. Ο ασθενής είναι συνέχεια κάτω, οι ώμοι και η ράχη του είναι κυρτοί και ο ασθενής δίνει την εντύπωση ότι είναι κουρασμένος.
- Μη ειδικά συμπτώματα:
 - Διαταραχές αναπνοής και κυκλοφορίας
 - μυϊκή αδυναμία
 - κεφαλαλγία
 - οσφυαλγία
 - άτυπο θωρακικό άλγος
 - διαταραχές εμμήνου ρύσεως
- **Παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις:** ^{8,9,15}
 - Η σκέψη του καταθλιπτικού ασθενή προσηλώνεται στις μελαγχολικές ιδέες οι οποίες έχουν σαν αποτέλεσμα να εμποδίζεται η παραγωγή άλλων ιδεών. Έχει ελαττωμένη ικανότητα και ταχύτητα σκέψεων, αδυνατεί να πάρει αποφάσεις και να συγκεντρωθεί. Επικεντρώνεται στις καταθλιπτικές του σκέψεις και αδιαφορεί για το περιβάλλον. Οι παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις έχουν καταθλιπτικό περιεχόμενο. Οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να είναι:
 - ❖ Υποχονδριακές: αφορούν την ύπαρξη νόσου δηλαδή ο ασθενής πιστεύει ότι μια θανατηφόρος ασθένεια του καταστρέφει τα εσωτερικά του όργανα και το σώμα του.
 - ❖ Μηδενιστικές: πιστεύει ότι έρχεται το τέλος του κόσμου-όλεθρος, επερχόμενος θάνατος.
 - ❖ Ενοχής: αισθάνεται πως φταίει για τρομοκρατικά γεγονότα-ιδέες ενοχής.
 - Οι ψευδαισθήσεις καλύπτουν το 15-20% των περιπτώσεων. Συνήθως οι ασθενείς έχουν ακουστικές ψευδαισθήσεις δηλαδή ακούνε φωνές στο δεύτερο πρόσωπο οι οποίες προσβάλλουν το άτομο. Οι φωνές αυτές τον κατηγορούν, τον καταδικάζουν και τον προτρέπουν σε θάνατο. Για παράδειγμα, τα καταθλιπτικά άτομα ακούνε τη

φωνή του διαβόλου να τους λέει ότι έχουν ξεφύγει από το δρόμο του Θεού και θα βασανιστούν στην κόλαση.

- **Αυτοκτονία:** ^{8,9,15}

Η κατάθλιψη είναι συχνά χρόνια νόσος με υποτροπιάζοντα επεισόδια που μπορεί να οδηγήσουν στην αυτοκτονία. Μεγάλος κίνδυνος για αυτοκτονία παρουσιάζεται στην αρχή της νόσου ή μερικούς μήνες μετά την βελτίωση των συμπτωμάτων. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος αυτοκαταστροφής παρουσιάζεται στην κατάθλιψη από οποιαδήποτε άλλη νόσο. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς προσπαθούν να βρουν μια διαφυγή για τον πόνο τους και πιστεύουν ότι με αυτόν τον τρόπο θα πληρώσουν για τις διάφορες αμαρτίες που έχουν κάνει. Ο αυτοκτονικός ασθενής εκφράζει τη σκέψη ότι «όλα θα ήταν καλύτερα χωρίς εμένα». Τα περισσότερα άτομα που αυτοκτονούν εκμυστηρεύονται στον ιατρό τους τις αυτοκτονικές τους τάσεις και τον επισκέπτονται λίγο πριν αυτοκτονήσουν γι' αυτό το λόγο ο ιατρός οφείλει να βρίσκεται σε εγρήγορση.

7.ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στις μέρες μας διατίθενται αποτελεσματικές θεραπείες με σκοπό την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, οι οποίες εξειδικεύονται ανάλογα με τον ασθενή. Στόχοι της θεραπείας είναι η απόλυτη υποχώρηση των επικείμενων συμπτωμάτων καθώς και η πρόληψη των δυνητικών υποτροπών. Οι στόχοι αυτοί επιτυγχάνονται μέσω πέντε κύριων οδών, δηλαδή με φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία ή συνδυασμός αυτών, καθώς επίσης και με την χρήση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ECT) και της φωτοθεραπείας. Οι ασθενείς που ακολουθούν τον συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και γνωστικής-συμπεριφορική θεραπείας φαίνεται να έχουν τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα.¹⁰

7.1 Φαρμακευτική Αγωγή (Ψυχοτρόποι Παράγοντες)

Ο κάθε ασθενής είναι μοναδικός και έχει διαφορετική ανταπόκριση στην θεραπεία και θα πρέπει αυτή να γίνεται εξειδικευμένα. Η φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται είναι αποτελεσματική σε όλα τα είδη της κατάθλιψης. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς αναζητούν βοήθεια μόνο όταν τα συμπτώματα γίνουν αφόρητα και ότι τα αποτελέσματα των αντικαταθλιπτικών αρχίζουν να φαίνονται μετά από 2-6 εβδομάδες, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Τα αυτοκτονικά σχέδια των ασθενών σε ορισμένες περιπτώσεις είναι πιθανό να τεθούν σε εφαρμογή στην αρχή της εκδήλωσης των θεραπευτικών αποτελεσμάτων των αντικαταθλιπτικών.¹⁰

Τα αντικαταθλιπτικά ασκούν την δράση τους κυρίως στους νευροδιαβιβαστές σεροτονίνη (5-HT) και νοραδρεναλίνη (NA), οι οποίες επηρεάζουν την διάθεση, και ελάχιστα από αυτά στην ντοπαμίνη. Συγκεκριμένα, αυξάνουν άμεσα ή έμμεσα την συγκέντρωση της σεροτονίνης ή της νοραδρεναλίνης στην συναπτική σχισμή και αναστέλλουν την επαναπρόσληψη από τον προσυναπτικό νευρώνα. Οι κύριες ομάδες αντικαταθλιπτικών είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO) και άλλα άτυπα αντικαταθλιπτικά.¹⁶

- **ΤΡΙΚΥΚΛΙΚΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ (TCA)⁸**

Αποτελούσαν την θεραπεία πρώτης γραμμής από το 1950 έως το 1990, που εμφανίστηκαν νεότερα φάρμακα με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Δρουν αναστέλλοντας την επαναπρόσληψη σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης, αυξάνοντας την συγκέντρωσή τους στις συνάψεις. Η αποτελεσματικότητά τους είναι εμφανής 2-4 εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας. Οι παρενέργειες των TCA είναι αντιχολινεργικές (π.χ. θάμβος όρασης, ξηροστομία, επίσχεση ούρων, δυσκοιλιότητα, ορθοστατική υπόταση), λόγω του ανταγωνισμού των μουσκαρινικών υποδοχέων που προκαλούν στο παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα. Αυτές οι παρενέργειες καθώς και η αύξηση του σωματικού βάρους και η σεξουαλική δυσλειτουργία που προκαλείται ευθύνεται για την μη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία και τη αυθαίρετη διακοπή της.
- **ΕΚΛΕΚΤΙΚΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ (SSRI)¹⁰**

Αποτελούν το φάρμακο εκλογής για την θεραπεία της κατάθλιψης. Δρουν αναστέλλοντας την επαναπρόσληψη σεροτονίνης στον προσυναπτικό νευρώνα με συνέπεια την αύξηση της συγκέντρωσής της στις συνάψεις. Έχουν τις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από τα υπόλοιπα αντικαταθλιπτικά. Χρειάζεται προσοχή στην συγχωρήγηση SSRI με TCA και SSRI με λίθιο καθώς υπάρχει κίνδυνος τοξικότητας. Επικίνδυνος είναι επίσης ο συνδυασμός τους με MAO, λόγω πρόκλησης σεροτονινεργικού συνδρόμου (σχετίζεται με αυξημένη δραστηριότητα της σεροτονίνης και προκαλείται διέγερση, ανησυχία, διαταραχές της νοητικής κατάστασης, μυϊκοί σπασμοί, εφίδρωση, ρίγος, τρόμο, αυξημένα αντανακλαστικά, διάρροια, κολικοειδή κοιλιακά άλγη, ναυτία, κεφαλαλγία).
- **ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΜΟΝΟΑΜΙΝΟΞΕΙΔΑΣΗΣ (MAO)¹⁰**

Αναστέλλουν το ένζυμο μονοαμινοξειδάση στις συνάψεις και έτσι αυξάνεται η διαθεσιμότητα νοραδρεναλίνης, ντοπαμίνης και σεροτονίνης. Οι MAO χρησιμοποιούνται πλέον μόνο όταν οι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στα υπόλοιπα αντικαταθλιπτικά καθώς έχουν φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις δυνητικά θανατηφόρες και μπορούν να προκαλέσουν υπερτασική κρίση.

7.2 Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται συνδυαστικά με την φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης. Σκοπός της είναι η ψυχοκοινωνική

αποκατάσταση του ατόμου, δηλαδή η ικανότητά του να συμβιώνει με την καταθλιπτική διαταραχή του, να διαχειρίζεται τα συμπτώματα της διαταραχής, τις αρνητικές σκέψεις και τις καθημερινές δυσκολίες που προκύπτουν. Οι κυριότερες μορφές ψυχοθεραπείας που ακολουθούνται είναι οι εξής:¹⁰

- **ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η γνωστική θεραπεία στοχεύει στην αντικατάσταση των αρνητικών σκέψεων που δημιουργεί το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη, ακόμη και μέσα από αντικειμενικά ευχάριστα γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή του, με νέους τρόπους σκέψης.

- **ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Βασίζεται στην θεωρία της μάθησης, κατά την οποία εντοπίζονται οι λανθασμένες συμπεριφορές και με την συνεργασία θεραπευτή και ασθενή αντικαθίστανται με λειτουργικότερους και θετικότερους τρόπους συμπεριφοράς. Χρησιμοποιείται συνδυαστικά με την γνωστική θεραπεία καθώς αρχή της συμπεριφορικής θεραπείας είναι ότι οι σκέψεις και τα συναισθήματα του ασθενή ακολουθούν την συμπεριφορά του.

- **ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Κατά την θεραπεία αυτή εντοπίζονται οι δυσλειτουργίες του ατόμου απέναντι στις διαπροσωπικές του σχέσεις (π.χ. κοινωνική απομόνωση, παρατεταμένο πένθος, δυσλειτουργική κοινωνική συμπεριφορά), οι οποίες αιτιολογούν ή επιβαρύνουν την κατάθλιψη και την αντιμετώπισή τους.

7.3 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία ονομάζεται η ηλεκτρικά προκαλούμενη σειρά γενικευμένων επιληπτικών επεισοδίων. Ο μηχανισμός δράσης της είναι άγνωστος, παρατηρείται όμως αύξηση της συγκέντρωσης των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο.¹⁰ Γίνεται με γενική αναισθησία, μυοχάλαση και οξυγόνωση και προκαλείται μικρής διάρκειας επιληπτική κρίση αυξάνοντας την ασφάλεια της μεθόδου. Χρησιμοποιείται για την θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης και δεν είναι αποτελεσματική σε αρκετές ψυχικές διαταραχές και κυρίως έναντι της σχιζοφρένειας για την οποία αρχικά σχεδιάστηκε.¹⁷ Ακόμη δεν χρησιμοποιείται ως θεραπεία πρώτης γραμμής αλλά μόνο όταν οι συμβατικές μέθοδοι θεραπείας αποτυγχάνουν, δηλαδή όταν η νόσος υποτροπιάζει συνεχώς, όταν η φαρμακευτική αγωγή δεν

αποδίδει ή οι ανεπιθύμητες ενέργειές της δεν είναι ανεκτές και όταν υπάρχει ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας ή αυτοκτονικός ιδεασμός. Η ECT έχει ταχύτερο αποτέλεσμα από την φαρμακοθεραπεία και έτσι χρησιμοποιείται όταν η υποχώρηση των συμπτωμάτων είναι επείγουσα.¹⁸ Ο προτεινόμενος αριθμός συνεδριών ECT είναι έξι έως δώδεκα με δύο έως τρεις συνεδρίες την εβδομάδα.

Αναφέρονται αρκετές παρενέργειες κατά τη χρήση της ECT όπως κεφαλαλγία, έμετοι, ζάλη, κόπωση, μυαλγίες, αϋπνία, ανορεξία. Οι συχνότερες παρενέργειες ωστόσο είναι η σύγχυση και η παροδική απώλεια μνήμης. Η συχνότητα θανάτου εκτιμάται στο 1-2:10.000 ασθενείς κυρίως λόγω εμφράγματος του μυοκαρδίου, εγκεφαλικού επεισοδίου και καρδιακής δυσλειτουργίας.¹⁹ Αντενδείξεις αποτελούν οι καταστάσεις που αυξάνουν την ενδοκράνια πίεση, έμφραγμα του μυοκαρδίου, ανευρύσματα, αποκόλληση αμφιβληστροειδούς, φαιοχρωμοκύτωμα και υπέρταση. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια της ECT σημειώνεται απότομη αύξηση της αρτηριακής πίεσης.²⁰

7.4 Φωτοθεραπεία

Χρησιμοποιείται κυρίως στην θεραπεία της εποχικής κατάθλιψης αλλά και συνοδευτικά για την θεραπεία και των άλλων τύπων κατάθλιψης. Η δράση της οφείλεται στην μείωση της παραγωγής μελατονίνης (καταθλιπτικογόνος ορμόνη) από το κωνάριο που συμβαίνει κατά την έκθεση στο φως. Ο ασθενής εκτίθεται σε έντονο τεχνητό φως ολικού φάσματος, λευκού ή απαλού κόκκινου χρώματος, έντασης όσο του ηλιακού φωτός μια ηλιόλουστη μέρα. Γίνονται δίωρες είτε πρωινές είτε απογευματινές συνεδρίες. Καλύτερα αποτελέσματα έχει όταν το φως προσπίπτει στους οφθαλμούς και όχι στο δέρμα και πρέπει να αποφεύγεται σε ασθενείς που πάσχουν από οφθαλμολογικές παθήσεις.¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ-ΤΟΚΕΤΟΣ

8. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΛΟΧΕΙΑ

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας το σώμα της γυναίκας υφίσταται αλλαγές σε όλα τα συστήματα, δηλαδή στο γεννητικό, ενδοκρινικό, ανοσοποιητικό, ουροποιητικό, κυκλοφορικό, αναπνευστικό, μυοσκελετικό σύστημα καθώς επίσης και στον μαστό, το δέρμα και τον μεταβολισμό.²¹

8.1 Αλλαγές στο γεννητικό σύστημα

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης παρατηρούνται αλλαγές στα εξωτερικά γεννητικά όργανα, όπου λόγω υπεραιμίας προκαλείται μικρό οίδημα, σπάνια εμφανίζονται κίρσοι του αιδοίου και το χρώμα μεταβάλλεται από ροζ σε ιώδες. Στον κόλπο παρατηρείται επίσης υπεραιμία και συμβαίνουν μεταβολές στον υποβλεννογόνο συνδετικό ιστό. Αυτές οι αλλαγές συμβαίνουν προκειμένου να διευκολυνθεί ο τοκετός καθώς επιτρέπουν την διάταση του κόλπου. Επίσης μειώνεται το pH του κολπικού υγρού αυξάνοντας έτσι την προστασία από λοιμώξεις.²¹

Το ενδομήτριο παρουσιάζει αλλαγές και ονομάζεται φθαρτός κατά την εγκυμοσύνη και προσφέρει περιβάλλον πλούσιο σε γλυκογόνο μέχρι την δημιουργία του πλακούντα στο ζυγωτό. Συγκεκριμένα γίνεται παχύτερο, υπάρχει υπερτροφία των αδένων του και αποτελείται από μεγάλα φθαρτικά κύτταρα κυρίως στο ανώτερο τμήμα του σώματος της μήτρας και στον πυθμένα της, τα οποία είναι πλούσια σε γλυκογόνο και λιποειδή, σημεία στα οποία γίνεται συχνότερα η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου .

Υπό την επίδραση των οιστρογόνων το σώμα της μήτρας αυξάνεται σε όγκο και συγκεκριμένα από την αρχή της κύησης μέχρι την 20^η εβδομάδα, λόγω της υπεραιμίας και της υπερπλασίας των μυϊκών ινών και στην συνέχεια από την 20^η εβδομάδα και μετά λόγω της υπερτροφίας των μυϊκών ινών. Η χωρητικότητα της μήτρας αυξάνεται, το πάχος του μυομητρίου μειώνεται προοδευτικά και το μήκος των μυϊκών ινών αυξάνεται. Η ικανότητα της μήτρας να εκτείνεται οφείλεται στην χαλαρωτική ιδιότητα της προγεστερόνης και σε μικρές ακανόνιστες συστολές που συμβαίνουν καθόλα τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (συστολές Braxton Hicks). Υπάρχουν ακόμη μικρές ινιδιακές συστολές οι οποίες αυξάνουν την αιμάτωση και

διατηρούν τον τόνο του μυομητρίου. Η αύξηση της μήτρας είναι σταδιακή και συμμετρική και καταδεικνύει την ηλικία της κύησης. Με την επίδραση της προγεστερόνης, εκκρίνεται από τα τραχηλικά κύτταρα πυκνότερη βλέννη, η οποία είναι αδιαπέραστη και δημιουργεί ένα πώμα το οποίο συμβάλει στην προστασία του κήματος από οποιαδήποτε ανιούσα λοίμωξη. Ο τράχηλος παραμένει στο ίδιο μέγεθος σε όλη την εγκυμοσύνη, με την επίδραση όμως των οιστρογόνων γίνεται οιδηματώδεις, μαλακός και αρχίζει να εξαλείφεται τις τελευταίες εβδομάδες πριν τον τοκετό. Τέλος οι προσταγλαδίνες που εκκρίνονται κατέχουν σημαντικό ρόλο στην προετοιμασία του τραχήλου για τον τοκετό.²¹

Μετά την έξοδο του πλακούντα (υστεροτοκία), η μήτρα επανέρχεται στην αρχική της κατάσταση (παλινδρόμηση) λόγω σύσπασης του λείου μυός της μήτρας. Η διαδικασία της παλινδρόμησης εξελίσσεται γρήγορα και ολοκληρώνεται μια εβδομάδα μετά τον τοκετό όπου η μήτρα έχει επανέλθει στην ελάσσονα πύελο. Λόγω μείωσης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης προκαλείται αυτόματη λύση του υπερτροφικού ιστού κατά τη διάρκεια της λοχείας. Η ωκυτοκίνη προάγει την ομοιόσταση, αφού δρα συντονίζοντας και εντείνοντας τις συσπάσεις της μήτρας με αποτέλεσμα την συμπίεση των αγγείων. Ο τράχηλος είναι μαλακός μετά τον τοκετό και επανακτά το σχήμα του 18 ώρες μετά. Το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο δεν ανακτά ποτέ την αρχική του εμφάνιση. Η γαλουχία μειώνει την παραγωγή τραχηλικών και άλλων βλεννών καθώς η παραγωγή τους επηρεάζεται από τα οιστρογόνα. Τέλος ο κόλπος επανέρχεται στην αρχική του κατάσταση 6 με 8 εβδομάδες μετά τον τοκετό.²²

8.2 Αλλαγές στο μαστό

Κατά το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης υπάρχει εμφανής αύξηση του στήθους της μέλλουσας μητέρας, προετοιμάζοντάς το για τον θηλασμό του βρέφους. Η αύξηση του μεγέθους των μαστών αποτελεί διαγνωστικό κριτήριο για την ύπαρξη της εγκυμοσύνης. Συμβαίνει αύξηση των γαλακτοφόρων αδένων τόσο σε αριθμό όσο και σε μέγεθος. Η αύξηση της αιμάτωσης του μαστού και της ποσότητας του λίπους προκαλούν μια ελαφρά έκταση του δέρματος και έτσι τα αγγεία είναι εμφανέστερα. Τα οιστρογόνα είναι αυτά που προκαλούν αύξηση των γαλακτοφόρων πόρων, η προγεστερόνη την αύξηση του αδενικού ιστού και η προλακτίνη προκαλεί την παραγωγή του πύατος.²¹

8.3 Αλλαγές στο ενδοκρινικό σύστημα

Από την αρχή της εγκυμοσύνης αυξάνεται η δράση της αδενοκορτικοτροπίνης (ACTH) και της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης και η προγεστερόνη και τα οιστρογόνα αναστέλλουν την παραγωγή ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH). Ο πρόσθιος λοβός της υπόφυσης αυξάνεται σε μέγεθος και ο οπίσθιος αυξάνει την παραγωγή ωκυτοκίνης. Παρ' όλα αυτά η δράση της ωκυτοκίνης παρεμποδίζεται από τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη. Ακόμη αυξάνεται η παραγωγή γλυκοστεροειδών ορμονών οι οποίες ίσως είναι υπεύθυνες για την γλυκοζουρία, την υπέρταση και τις ραβδώσεις στο δέρμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τέλος παρατηρείται αύξηση του μεγέθους του θυρεοειδούς αδένου, λόγω της μείωσης της συγκέντρωσης του ιωδίου στο πλάσμα του αίματος, χωρίς αυτό να συνεπάγεται επακόλουθη αύξηση της λειτουργίας του. Υπό την επίδραση των οιστρογόνων στο ήπαρ παράγεται πρωτεΐνη δέσμησης της T₄ θυροξίνης και έτσι η δράση της παρεμποδίζεται με αποτέλεσμα η συγκέντρωσή της να παραμένει σε φυσιολογικά επίπεδα παρόλο που το μέγεθος του θυρεοειδούς αδένου έχει αυξηθεί.²¹

8.4 Αλλαγές στο ανοσοποιητικό σύστημα

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης επηρεάζονται τόσο οι ειδικοί όσο και οι γενικοί μηχανισμοί άμυνας της γυναίκας με σκοπό την αποδοχή του εμβρύου από τους αμυντικούς μηχανισμούς άμυνας της. Οι αλλαγές αυτές όμως μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα για ανάπτυξη λοιμώξεων και την σοβαρότητά τους και να επηρεάσουν την πορεία χρόνιων νόσων όπως τα αυτοάνοσα νοσήματα.²³

Οι μεταβολές που συμβαίνουν κατά την διάρκεια της κύησης αφορούν σε αλλαγές στην φλεγμονώδη αντίδραση, στην λειτουργία των T-λεμφοκυττάρων και B-λεμφοκυττάρων και στην φαγοκυττάρωση. Ακόμη παρατηρείται αύξηση των λευκοκυττάρων κατά τους πρώτους δύο μήνες. Έχουν διαπιστωθεί επίσης μεταβολές στα πολυμορφοπύρρηνα, ουδετερόφιλα και αλλαγή της χημειοταξίας τους (η κυκλοφορία τους προς της εστία της λοίμωξης είναι μειωμένη κατά την κύηση με αποτέλεσμα την καθυστέρηση στην απόκριση στην λοίμωξη).²³

Λόγω των μεταβολών στην λειτουργικότητα των T-λεμφοκυττάρων μεταβάλλεται η κυτταρική ανοσία με αποτέλεσμα τον αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ιογενών λοιμώξεων. Ο σχετικός τους αριθμός φαίνεται να αλλάζει ελάχιστα έως καθόλου, όμως έχει διαπιστωθεί αλλαγή στον απόλυτο αριθμό τους. Τα T-

κατασταλτικά λεμφοκύτταρα δεν φαίνεται να επηρεάζονται. Τα αντισώματα και οι ανοσοσφαιρίνες (χημική ανοσία) μεταβάλλονται ελάχιστα, ίσως επειδή χρειάζεται η προστασία των εμβρυϊκών και πλακουντιακών αντιγόνων από τον εντοπισμό της από την κυτταρική ανοσία της μητέρας.²³

Ακόμη αλλαγές στο συμπλήρωμα γίνονται την 11^η εβδομάδα κύησης με αύξηση στο συνολικό ορό και στις ειδικές πρωτεΐνες του συστήματος, τα οποία ενισχύονται από την χημειοταξία και τις δράσεις των ανοσοσφαιρινών προστατεύουν την μητέρα σε περίπτωση βακτηριακής λοίμωξης. Άλλες πρωτεΐνες του συμπληρώματος μειώνονται προκαλώντας καθυστέρηση στη δράση του συμπληρώματος, γεγονός που ίσως αυξάνει την προστασία του εμβρύου.²³

Οι μη ανοσολογικές ορμόνες και παράγοντες του ορού μπορούν να επηρεάσουν τους αμυντικούς μηχανισμούς, τροποποιώντας την σύνθεση, ενεργοποίηση και λειτουργία των λεμφοκυττάρων και των μακροφάγων. Η ανοχή του εμβρύου και του πλακούντα από την μητέρα ενισχύεται από τη δράση της οιστραδιόλης. Η προγεστερόνη αυξάνει την ανοσοκαταστολή των λεμφοκυττάρων τοπικά στον πλακούντα. Η ενεργοποίηση των T-λεμφοκυττάρων, η ανταπόκριση των λεμφοκυττάρων στα μακροφάγα και η φαγοκυττάρωση καταστέλλεται από τα κορτικοστεροειδή. Ανοσοκατασταλτικό ρόλο έχουν το πλακουντιακό ανθρώπινο γαλακτογόνο, οι προσταγλαδίνες PGE₁ και PGE₂, και η α-εμβρυϊκή πρωτεΐνη. Τέλος η χοριακή γονανδοτροπίνη αν και είναι αμφιλεγόμενος ο ρόλος της στο ανοσοποιητικό σύστημα της μητέρας φαίνεται να παρέχει προστασία στο έμβρυο από την απόρριψή του από την μητέρα.²³ Μετά τον τοκετό το ανοσοποιητικό σύστημα επανέρχεται στην αρχική του κατάσταση και δεν παρατηρούνται ιδιαίτερες μεταβολές.²²

8.5 Αλλαγές στο ουροποιητικό σύστημα

Την περίοδο της εγκυμοσύνης λόγω της δράσης της προγεστερόνης προκαλείται χαλάρωση στον μυϊκό χιτώνα με αποτέλεσμα την διάταση της νεφρικής πύελου και των ουρητήρων. Η νεφρική λειτουργία εξαρτάται από την θέση της εγκύου, όταν είναι ξαπλωμένη αυξάνεται η ροή των ούρων.²¹

Παρατηρείται ακόμα μείωση των επιπέδων ουρίας και κρεατινίνης στο αίμα που οφείλεται στην αυξημένη πλασματοκάθαρση. Λόγω της αυξημένης

πλασματοκάθαρσης υπάρχει γλυκοζουρία στο 50% των εγκύων και δεν παρατηρείται ταυτόχρονη επαναρρόφηση γλυκόζης από τα σπειροειδή σωληνάκια. Επίσης οι νεφροί αυξάνουν σε μέγεθος και βάρος κατά 1cm και 500g αντίστοιχα.²¹

8.6 Αλλαγές στο κυκλοφορικό σύστημα

Σημαντικές αλλαγές σημειώνονται στο κυκλοφορικό σύστημα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο κατά λεπτό όγκος αίματος αυξάνεται, λόγω της αυξημένης ποσότητας πλάσματος. Αποτέλεσμα της αύξησης του πλάσματος και της βραδύτερης αύξησης των ερυθρών είναι η πτώση της τιμής του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης. Για την κάλυψη των αναγκών σε οξυγόνο αυξάνεται και ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η καρδιά επίσης αυξάνει σε μέγεθος, πιθανών λόγω υπερτροφίας ή διάτασης, κατά 10% και αλλάζει θέση (μετατοπίζεται δηλαδή προς τα αριστερά και πάνω με ελαφρά στροφή προς τα εμπρός). Το μεγαλύτερο μέρος της αυξανόμενης ροής του αίματος κατευθύνεται στην μήτρα, το 80% στον πλακούντα, διευκολύνοντας την ανταλλαγή αερίων και θρεπτικών συστατικών. Αυξάνεται επίσης η αιμάτωση των νεφρών με επακόλουθη αύξηση της απέκκρισης και στο δέρμα η αύξηση της ροής μειώνει την θερμοκρασία που προέρχεται από τον εμβρυϊκό μεταβολισμό.²¹

Παρόλο που αυξάνεται η ροή του αίματος δεν παρατηρείται αύξηση της πίεσης, συστολικής και διαστολικής, καθώς μειώνονται οι περιφερικές αντιστάσεις. Υπό την επίδραση της προγεστερόνης στις λείες μυϊκές ίνες, τα τοιχώματα των αρτηριών διαστέλλονται.²¹

Οι απαιτήσεις της εγκύου σε σίδηρο είναι αυξημένες για την κάλυψη των δικών της αναγκών και για την τροφοδότηση του εμβρύου μέσω του πλακούντα. Ιδιαίτερα το τελευταίο τρίμηνο αυξάνονται και οι απαιτήσεις της εγκύου σε φιλικό οξύ. Μελέτες δείχνουν ότι η έλλειψή του οδηγεί σε πρόωρα νεογνά και σε πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα.²¹

Λόγω αύξησης του ινωδογόνου και των αιμοπεταλίων μειώνεται ο χρόνος ροής του αίματος αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο για θρόμβωση και εμβολή. Σταδιακά αυξάνεται και ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων, με σημαντικότερη την αύξηση των ουδετερόφιλων τα οποία αυξάνουν την αύξηση της φαγοκυτταρικής ιδιότητας του αίματος.²¹

Μετά τον τοκετό ο όγκος αίματος μειώνεται τις δύο πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό και σταδιακά επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα. Οι μεταβολές του όγκου εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες, όπως η απώλεια αίματος κατά τον τοκετό. Τα αιμοδυναμικά επίπεδα δεν είναι γνωστό πότε ακριβώς επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα όμως η καρδιακή παροχή είναι για τουλάχιστον 18 ώρες αυξημένη μετά τον τοκετό και σταδιακά επανέρχεται 24 εβδομάδες μετά. Τέλος υπάρχει μια σταδιακή αύξηση της αρτηριακής πίεσης τέσσερις μέρες μετά τον τοκετό.²²

9. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η ψυχολογία της εγκύου επηρεάζεται από τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα της και από τις ορμονικές μεταβολές. Πολλοί εξωγενείς παράγοντες όπως η σχέση με το υποστηρικτικό περιβάλλον προετοιμάζουν το έδαφος για την μητρότητα.²²

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης κάθε μέλος της οικογένειας καλείται να αναπροσαρμόσει την θέση του μέσα σε αυτή λόγω του επικείμενου ερχομού του νέου μέλους και κατά την περίοδο αυτή μπορεί να υπάρξουν εντάσεις και συγκρούσεις μεταξύ των μελών. Η διαδικασία αυτή επηρεάζεται από τις εκάστοτε κοινωνικές τάσεις βάσει του ισχύοντος πολιτισμικού πλαισίου. Οι γυναίκες χρησιμοποιούν την περίοδο της εγκυμοσύνης για την προσαρμογή στον νέο τους ρόλο, αυτόν της μητρότητας. Στα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης αγνοούν την κατάσταση και σπαταλούν τον περισσότερο χρόνο στον ύπνο, ενώ στο δεύτερο τρίμηνο στρέφεται η προσοχή της εγκύου στην εγκυμοσύνη της λόγω των αισθητών κινήσεων του εμβρύου.²²

Η κύηση αποτελεί σταθμό στην ωριμότητα της γυναίκας και η αντίληψη του εαυτού της αλλάζει. Οι μητέρες προετοιμάζονται για μια εφόρου ζωής αφοσίωση, φροντίδα και ευθύνη προς το νέο μέλος, εγκαταλείποντας μια εποχή προσωπικής ανεξαρτησίας και αυτοδυναμίας. Για την μεταβολή αυτή απαιτείται μια διαδικασία γνωσιακής και κοινωνικής μάθησης καθώς και κατάκτηση αναπτυξιακών καθηκόντων όπως η αποδοχή της εγκυμοσύνης και του ρόλου της μητέρας, ο επαναπροσδιορισμός των σχέσεων με τον σύντροφο και την μητέρα, η ψυχολογική προετοιμασία για τον επερχόμενο τοκετό και η ανάπτυξη ψυχικού δεσμού με το παιδί.²²

Πρώτο στάδιο αποτελεί η αποδοχή της κύησης και η ένταξή της στην καθημερινότητα της γυναίκας. Ο βαθμός αποδοχής εξαρτάται από το πόσο έτοιμη είναι μια γυναίκα να γίνει μητέρα και από την συναισθηματική αντίδρασή της στο γεγονός αυτό. Το να μην αποδεχθεί μια γυναίκα την εγκυμοσύνη της δεν σημαίνει και απαραίτητα την απόρριψη του παιδιού της. Οι γυναίκες που είναι ευτυχισμένες από την εγκυμοσύνη τους και έχουν την ψυχολογική υποστήριξη του συντρόφου τους

τείνουν να έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και να είναι αισιόδοξες για το μέλλον ολόκληρης της οικογένειας, αφού αντιμετωπίζουν την εγκυμοσύνη τους ως μέσο για την εκπλήρωση του βιολογικού σκοπού και ενός προσωπικού σημαντικού στόχου.²²

Κατά την εγκυμοσύνη σε πολλές γυναίκες παρατηρείται συναισθηματική αμφιθυμία γεγονός που δικαιολογείται όταν τα άτομα καλούνται να ανταπεξέλθουν σε μια νέα πραγματικότητα και έναν νέο ρόλο. Εμφανίζουν απότομες εναλλαγές της διάθεσης και συναισθηματική αστάθεια τα οποία πυροδοτούνται από σχεδόν ασήμαντα ή και ανύπαρκτα γεγονότα και περιλαμβάνουν εκρήξεις θυμού ή θλίψης η μεγάλου βαθμού ευτυχίας και γενικά αυξημένη ευερεθιστότητα. Πολλές φορές οι γυναίκες μπορεί να εμφανίσουν στιγμές εχθρότητας απέναντι στο έμβρυο ή την κύηση συναισθήματα τα οποία ξεχνιούνται μετά τον τοκετό εάν το παιδί είναι υγιές, ενώ αν εμφανίσει κάποιο πρόβλημα συχνά αισθάνονται τύψεις για τα συναισθήματα αυτά και ίσως αισθάνονται υπεύθυνες για το πρόβλημα που παρουσίασε το νεογνό.²²

Πολλές γυναίκες κατά το πρώτο τρίμηνο εμφανίζουν παράλογη όρεξη για φαγητό, τη λεγόμενη *pica*, που πιθανώς οφείλεται στην ανάγκη των εγκύων για κάλυψη των αυξημένων αναγκών σε βιταμίνη C και ασβέστιο. Η αιτιολόγηση αυτή δεν είναι επαρκής όμως καθώς η αναζήτηση δεν γίνεται μόνο σε τροφές που περιέχουν αυτά τα θρεπτικά συστατικά, όπως τα φρούτα και τα λαχανικά αλλά και σε άλλες που δεν τα περιέχουν και ακόμη αναζητούν και ουσίες που δεν είναι τροφές. Φαίνεται πως η εμφάνιση αυτού του φαινομένου εμφανίζεται και από την επίδραση άλλων παραμέτρων όπως είναι η κοινωνική προβολή της εγκυμοσύνης. Επίσης η υπερέμεση είναι επίσης ένα φαινόμενο που εμφανίζεται κυρίως το πρώτο τρίμηνο της κύησης και πρόκειται για ένα οργανικό πρόβλημα που εμφανίζει η έγκυος και επηρεάζεται από συναισθηματικούς παράγοντες όπως είναι η αμφιθυμία της για την κύηση, ο φόβος για την κύηση κ.α.¹²

Η σχέση της γυναίκας με την μητέρα της κατέχει σημαντική θέση στην προσαρμογή της γυναίκας στον ρόλο της μητρότητας. Μια υποστηρικτική μητέρα παρέχει πληροφορίες για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό και για τα συναισθήματα που θα βιώσει η κόρη της κατά το διάστημα αυτό. Η σχέση τους επηρεάζεται από το πόσο διαθέσιμη είναι η μητέρα, αν αποδέχεται η όχι την εγκυμοσύνη της κόρης της και σε ποιο βαθμό σέβεται την αυτονομία της. Σημαντικότερο ρόλο όμως στην αποδοχή της μητρότητας κατέχει ο σύντροφος της εγκύου. Η υποστήριξη και η

φροντίδα που δέχεται η έγκυος από τον πατέρα του παιδιού φαίνεται να περιορίζουν τα συναισθηματικά και σωματικά συμπτώματα και τις επιπλοκές και βοηθούν την γυναίκα να προσαρμοστεί ευκολότερα κατά την λοχεία.²²

Η σεξουαλική σχέση των δύο συντρόφων είναι προσωπική και επηρεάζεται τόσο από συναισθηματικούς παράγοντες όσο και από τις σωματικές μεταβολές που επηρεάζουν την εικόνα του σώματος της εγκύου. Κατά το πρώτο τρίμηνο παρατηρείται μείωση της γενετήσιας επιθυμίας κυρίως λόγω των διαφόρων ενοχλημάτων, όπως η ευαισθησία στο στήθος, η ναυτία, η υπνηλία ή η κόπωση. Όμως κατά το δεύτερο τρίμηνο υπάρχει αύξηση της λόγω του αισθήματος ευεξίας και της πυελικής συμφόρησης. Τέλος, το τρίτο τρίμηνο λόγω της αλλαγής της εικόνας σώματος και των σωματικών ενοχλημάτων η επιθυμία και πάλι μειώνεται.²²

10. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΛΟΧΕΙΑ

Ο τοκετός αποτελεί την ολοκλήρωση της κύησης και για την γυναίκα βιώνεται ως ψυχοσωματικό γεγονός που την οδηγεί στην ολοκλήρωση της ως γυναίκα και εκπληρώνει τον προορισμό της, δηλαδή την μετάβασή της στην μητρότητα. Το άγχος του τοκετού θεωρείται γεγονός αναπόφευκτο το οποίο όμως αντισταθμίζεται και υπερνικάται από το αποτέλεσμα του τοκετού, την απόκτηση του παιδιού.¹²

Ο ψυχισμός της γυναίκας μετά τον τοκετό παρουσιάζει ουσιαστικές μεταβολές. Χρειάζεται στο διάστημα της λοχείας να αναπροσαρμόσει τον εαυτό της μέσα στο πλαίσιο της νέας της ζωής και της μητρότητας, προκειμένου να ανταποκριθεί στις νέες απαιτήσεις. Οι ανακατατάξεις αυτές που καλείται να εφαρμόσει καθιστούν την περίοδο αυτή πολύ δύσκολη στην ψυχική προσαρμογή.²⁴

Παρόλα αυτά ο τοκετός και η λοχεία αποτελούν στρεσογόνους παράγοντες πολλές φορές και κατατάσσονται στους παράγοντες που δύναται να προκαλέσουν δυσκολίες προσαρμογής. Κατά τη διάρκεια της λοχείας, οι εμπειρίες του τοκετού, η προσωπικότητα και τα βιώματα της γυναίκας μπορεί να οδηγήσουν αθροιστικά σε ψυχιατρικά προβλήματα, όπως είναι η επιλόχεια κατάθλιψη. Μελέτες ακόμη δείχνουν πως πολλές γυναίκες κατά την πρώτη έξοδό τους από το σπίτι μετά τον τοκετό, εμφανίζουν αγοραφοβική συμπτωματολογία η οποία όμως είναι ήπια και παροδική.¹²

Το άγχος κυριεύει την γυναίκα μετά τον τοκετό καθώς επωμίζεται το βάρος της φροντίδας του νεογνού καθώς επίσης και την φροντίδα του σπιτιού και ίσως να επιβαρύνεται και με τις επαγγελματικές της υποχρεώσεις. Το άγχος αντιμετωπίζεται ως ψυχοσωματικό βίωμα λόγω της αίσθησης της αναμονής ενός επικείμενου άγνωστου κινδύνου και αποτελεί μια οδυνηρή συγκινησιακή κατάσταση.²⁴

Τις πρώτες ημέρες μετά την έξοδο από το μαιευτήριο η παραμονή της μητέρας μόνη της με το νεογνό είναι γι' αυτήν μια αγχογόνος και δύσκολη κατάσταση. Ακόμη είναι σωματικά επιβαρυνμένη, αντιμετωπίζει το δύσκολο ωράριο που διαμορφώνεται από τις ανάγκες του νεογνού και νιώθει μεγάλη κόπωση αφού δεν έχει τις δικές της ώρες για ξεκούραση. Τέλος, ο θηλασμός, η καθαριότητα και φροντίδα του νεογέννητου αποτελούν επίσης στρεσογόνους παράγοντες για πολλές

μητέρες καθώς θέλουν να κάνουν το καλύτερο δυνατό για το παιδί τους αλλά δεν γνωρίζουν εάν μπορούν να ανταποκριθούν σε αυτό τον ρόλο.²⁴

Αμέσως μετά από αυτήν την προσαρμοστική περίοδο η μητέρα προσπαθεί να ενσωματώσει στην ζωή της αυτόν τον νέο ρόλο και μη γνωρίζοντας κατά πόσο μπορεί να ανταπεξέλθει πολλές φορές παραμελεί τον εαυτό της και τον σύντροφό της. Μόλις αντιληφθεί αυτή την παραμέληση προσπαθεί να ανταποκριθεί και στον ρόλο της συντρόφου με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται και με αυτό το άγχος. Πηγή άγχους αποτελούν και στοιχεία τα οποία έχουν να κάνουν με την προσωπική της εικόνα, όπως είναι τα κιλά της εγκυμοσύνης, οι συνέπειες του θηλασμού στο στήθος της και το γεγονός ότι θέλει να παραμείνει θελκτική και όμορφη.²⁴

Οι στρεσογόνοι παράγοντες που αναφέρθηκαν προηγούμενα μπορούν να οδηγήσουν την γυναίκα σε ψυχιατρικές νόσους, όπως είναι η επιλόχεια κατάθλιψη. Πρόκειται για παθολογική θλίψη, μείωση του αισθήματος της προσωπικής αξίας και στερεί από την μητέρα την ενεργητικότητά της και κατά συνέπεια αδυνατεί να φροντίσει το νεογνό της. Η μητέρα κρύβει τα συναισθήματα αλλά και όταν τα εκφράσει πολλές φορές ερμηνεύονται από τους οικείους και τους ειδικούς ως αποτέλεσμα των ορμονικών μεταβολών και δεν λαμβάνει την κατάλληλη υποστήριξη.²⁴

10.1 Ψυχαναλυτική προσέγγιση της ψυχολογίας της μητέρας μετά τον τοκετό

Πολλές γυναίκες μετά τον τοκετό αναζητούν την αναδημιουργία της συμβίωσης με το παιδί τους και την ανακούφιση από το συναισθηματικό κενό που αισθάνονται μετά την εμπειρία του τοκετού. Η πρώτη επαφή της μητέρας με το νεογνό είναι πολύ σημαντική για την ικανοποίηση της παραπάνω ανάγκης ώστε να αποφευχθεί η κατάθλιψη, η ανησυχία, η απομάκρυνση από το νεογνό, η έλλειψη αυτοπεποίθησης και η ανασφάλεια.²⁵

Οι γυναίκες που τους δίνεται η δυνατότητα να έχουν σωματική και βλεμματική επαφή με το νεογνό τους αποκαθιστά το αίσθημα αποχωρισμού μετά τον τοκετό η οποία διαταράσσει την συναισθηματική κατάσταση της γυναίκας. Αναπτύσσεται ακόμη αποδοτική σχέση μεταξύ τους και το άγχος που καταβάλλει την μητέρα εξισορροπείται.²⁵

Η μητέρα θα πρέπει να μεταβεί από την κατάσταση που φαντάζεται και περιμένει το παιδί της στην πραγματικότητα της μητρότητας. Η αναδόμηση αυτή του νοητικού της κόσμου χρειάζεται την ισχυρή σύνδεσή της με το νεογνό. Μια οποιαδήποτε δυσκολία σε αυτή την περίοδο προσαρμογής μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικά προβλήματα στην μητέρα.²⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

11. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Είναι γνωστό πως 40% με 60% των λεχωίδων αναφέρει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ήδη εκατοντάδες χρόνια πριν ο Ιπποκράτης διερεύνησε το φαινόμενο της κατάθλιψης και των σχετιζόμενων συμπτωμάτων των λεχωίδων και ανέφερε την περίπτωση γυναίκας που μετά τον τοκετό διδύμων φαινόταν ανήσυχη και παρουσίαζε ταυτόχρονα παραλήρημα. Η ερμηνεία του για αυτό το περιστατικό ήταν μάλλον ασαφής καθώς ισχυρίστηκε πως οφειλόταν σε διοχέτευση γάλακτος προς τον εγκέφαλο, συνοδευόμενη με απότομη εισροή αίματος στον μαστό καθώς επίσης και σε ατελή αποβολή των λόχειων από το οργανισμό.²⁵

Τους προηγούμενους αιώνες, καθώς ήταν πλέον αντιληπτή η καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά την περίοδο της λοχείας, από περιγραφές νοσοκομείων, αναφέρεται ότι υπήρχαν πτέρυγες με κάγκελα στα παράθυρα, σχεδιασμένες για χώρους νοσηλείας λεχωίδων. Ο λόγος τοποθέτησής τους ήταν η πρόληψη τυχόν «παρανοϊκών» ενεργειών από τις νέες μητέρες.²⁵

Οι μελέτες για την επιλόχεια κατάθλιψη συστηματοποιήθηκαν μετά το 1950 και οι Hamilton (1962-1982), Dean και Kentell (1981), Protheroe (1969) και Brockington et al (1982) περιέγραψαν λεπτομερέστερα τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου, ενώ η αρχική μελέτη της επιλόχειας κατάθλιψης ξεκίνησε από τον Esquirol (1845) και από τον Marce (1858).²⁵

Ως ορισμός η επιλόχεια κατάθλιψη αναγνωρίστηκε και εδραιώθηκε οριστικά με την κλασσική μελέτη του Pitt το 1968, η οποία πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο του Λονδίνου. Η μελέτη αυτή έδειξε πως σε ποσοστό 10% οι μητέρες που γέννησαν στην μαιευτική κλινική του νοσοκομείου τις πρώτες έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό εμφάνιζαν κατάθλιψη χωρίς κατά την παρακολούθησή τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης να παρουσίαζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Αργότερα, το 1971 σε έρευνά της η Dalton συμπεραίνει ότι η συχνότητα ήπιας ή προσωρινής κατάθλιψης κατά την περίοδο της λοχείας άγγιζε το 34%. Τέλος, με αφορμή την αρχική μελέτη του Pitt ο Kumar το 1987 ερευνά ξανά την κατάθλιψη με περιγεννητική έναρξη.²⁵

12.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η επιλόχεια κατάθλιψη επιδρά σε ποσοστό 10-15 % στις νέες μητέρες κατά την διάρκεια του πρώτου έτους μετά τον τοκετό. Οι μικρότερες σε ηλικία μητέρες και εκείνες που βιώνουν στρες και σωματική κακοποίηση από τους συντρόφους τους, φαίνεται να εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης. Το CDC χρησιμοποιώντας το Σύστημα Παρακολούθησης Κινδύνου κατά την Κύηση (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System-PRAMS), εκτίμησε τον επιπολασμό της επιλόχειας κατάθλιψης. Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής, τα έτη 2004-2005, ο επιπολασμός των αυτό-αναφερόμενων συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης σε 17 πολιτείες των ΗΠΑ, κυμαινόταν από 11,7% στο Μείν έως 20,4% στο Νέο Μεξικό. Οι νεότερες μητέρες, εκείνες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και εκείνες που λάμβαναν υγειονομική φροντίδα ανέφεραν συχνότερα καταθλιπτική συμπτωματολογία.²⁶

Σημαντικό είναι επίσης το ότι η εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης αφορά 1 στις 10 λεχώιδες οι οποίες όμως δεν είχαν προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό. Όταν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, τότε 25% των γυναικών θα εμφανίσουν επιλόχειο κατάθλιψη. Τέλος οι γυναίκες με ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης σε ποσοστό 50% θα εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη σε επόμενη επιλόχειο περίοδο.²⁷

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι το ποσοστό της επιλόχειας κατάθλιψης μπορεί να φτάσει και το 40% σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς και ερευνητές. Οι ενήλικες μητέρες βιώνουν επιλόχειο κατάθλιψη σε ποσοστό 26% και στο 60% των περιπτώσεων το καταθλιπτικό επεισόδιο είναι το πρώτο που βιώνουν στην ζωή τους. Ο κίνδυνος ανάπτυξης κατάθλιψης είναι περίπου διπλάσιος για τις πρωτότοκες μητέρες.²⁵

Για την Ελλάδα τα στοιχεία της πιο πρόσφατης έρευνας των Μωραΐτου και Σταλικά (2001), στην οποία συμμετείχαν 249 λεχώιδες που γέννησαν στα κρατικά νοσοκομεία δέκα διαφορετικών νομών, κατά την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό, δείχνουν πως το 38,69% των λεχωίδων παρουσίαζε διαφορετικής βαρύτητας κατάθλιψη (24,1% ήπια, 9,24% μέτρια και 5,52% σοβαρή κατάθλιψη). Το 47,42% αυτών ήταν πρωτότοκες. Το 50% αυτών που παρουσίαζαν σοβαρής μορφής επιλόχεια κατάθλιψη, ήταν επίσης πρωτότοκες. Ακόμη, η μελέτη των Μωραΐτου και Σταλικά το

2003, στην οποία συμμετείχαν 97 πρωτότοκες λεχώιδες, αποκάλυψε πως σε ποσοστό 44% η κατάθλιψη εμφανίστηκε την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό, σε ποσοστό 36% σε διάστημα 2 μηνών και σε διάστημα 6 μηνών σε ποσοστό 29,9%.²⁵

Σε έρευνα που έγινε στον Ιρακινό πληθυσμό συγκρίθηκε το ποσοστό επιλόχειας κατάθλιψης ανάμεσα σε γυναίκες που θήλαζαν και σε εκείνες που δεν θήλαζαν. Συμμετείχαν 78 γυναίκες που θήλαζαν και 78 που δεν θήλαζαν με τυχαία δειγματοληψία και εκτιμήθηκαν σε περίοδο 6 μηνών μετά τον τοκετό. Διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό της κατάθλιψης σύμφωνα με την Κλίμακα Κατάθλιψης της Λοχείας του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS), καθώς εμφάνιζαν κατάθλιψη σε ποσοστό 19,4% οι μητέρες που δεν θήλαζαν, έναντι 2,5% εκείνων που θήλαζαν.²⁸

Η κατάθλιψη είναι αδιάγνωστη και αθεράπευτη. Δεν είναι ξεκάθαρο εάν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις έγκυες γυναίκες και σε αυτές που δεν είναι, σχετικά με την διάγνωση και την θεραπεία της κατάθλιψης. Σε έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ από το 2005 έως το 2009, συμμετείχαν 375 έγκυες και 8.677 γυναίκες και διαπιστώθηκε πως οι έγκυες είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό αδιάγνωστη κατάθλιψη σε ποσοστό 65,9% έναντι των γυναικών που δεν ήταν έγκυες (58,6%). Οι μισές έγκυες με κατάθλιψη (49,6%) και το 47,4% αυτών που δεν ήταν έγκυες λάμβαναν θεραπεία. Τα εμπόδια για την θεραπεία δεν διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων και περιλάμβαναν το κόστος (54,8%), την εναντίωση στην λήψη θεραπείας (41,7%) και το στίγμα της νόσου (26,3%).²⁹

13. ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος επιλόχεια κατάθλιψη χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ετερογενή ομάδα καταθλιπτικών διαταραχών κατά την διάρκεια της περιόδου της λοχείας.³⁰ Όμως δεν έχει αποσαφηνιστεί εάν η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί αυτόνομη κλινική οντότητα ή πρόκειται για ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης που λαμβάνει χώρα κατά την διάρκεια της λοχείας και αντλεί τα χαρακτηριστικά του από τις ιδιαιτερότητες της περιόδου αυτής.²⁷

Σύμφωνα με το Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχιατρικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας στην Πέμπτη έκδοσή του (DSM-V) κατάθλιψη με επιλόχεια έναρξη κατατάσσεται στις μη καθορισμένες καταθλιπτικές διαταραχές. Σε αυτή την κατηγορία εμπίπτουν κλινικές οντότητες στις οποίες τα χαρακτηριστικά συμπτώματα μιας καταθλιπτικής διαταραχής μπορούν να προκαλέσουν σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική, στην επαγγελματική ή άλλους τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου, αλλά δεν πληρούν τα πλήρη κριτήρια για κατάταξη σε οποιαδήποτε από τις διαταραχές που περιλαμβάνονται στις διαγνωστικές κατηγορίες των καταθλιπτικών διαταραχών είτε επειδή δεν υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες, είτε επειδή υπάρχουν πρόσθετα ειδικά κλινικά χαρακτηριστικά που αποτρέπουν την ταξινόμηση. Ο προσδιορισμός της περιγεννητικής εμφάνισης του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου μπορεί να εφαρμοσθεί εάν η έναρξη των συμπτωμάτων συμβαίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή εντός τεσσάρων εβδομάδων μετά τον τοκετό.¹¹

Τα επεισόδια διάθεσης μπορεί να έχουν έναρξη είτε κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είτε μετά τον τοκετό. Παρόλα αυτά οι εκτιμήσεις διαφέρουν ανάλογα με την περίοδο παρακολούθησης μετά τον τοκετό. Το 3-6% των γυναικών θα βιώσουν την έναρξη ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ή εντός εβδομάδων ή μηνών που ακολουθούν τον τοκετό και το 50% των επιλόχειων μείζον καταθλιπτικών επεισοδίων ξεκινούν στην πραγματικότητα πριν τον τοκετό. Γι' αυτό τον λόγο το DSM-V αναφέρει τα επεισόδια συλλογικά πλέον ως περιγεννητικά επεισόδια.¹¹

14. ΕΙΔΗ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Οι επιλόχειες συναισθηματικές διαταραχές χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες:

- **«Baby Blues» ή «Επιλόχεια Κακοδιαθεσία».** Είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια αυτοπεριοριζόμενη, σχετικά ήπιας μορφής κατάθλιψη που αντιμετωπίζει το 30% με 80% των νέων μητέρων. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κατήφεια, άγχος, θλίψη, κόπωση, αϋπνία. Συνήθως ξεκινά 3 έως 10 ημέρες μετά τον τοκετό και υποχωρεί εντός δύο εβδομάδων.³¹
- **Επιλόχεια αθυμία ή μελαγχολία.** Ξεκινά την 3^η με 4^η ημέρα της λοχείας και έχει διάρκεια 2 έως 4 ημέρες. Πρόκειται για βραχυπρόθεσμη μεταβολή της διάθεσης με συμπτώματα μικρής έντασης και σπανιότερα μπορεί να παρουσιαστούν διαταραχές ύπνου και δυσμνησία και ίσως να θυμίζει την πρόδρομη φάση της επιλόχειας ψύχωσης. Έχει επίπτωση 40-85% του αριθμού των λεχωίδων.²⁵
- **Μείζον επιλόχεια κατάθλιψη.** Σε αντίθεση με τα «Baby Blues», η μείζον επιλόχεια κατάθλιψη τείνει να αναπτύσσεται σε τρεις ή περισσότερες εβδομάδες μετά τον τοκετό. Βιώνεται από περίπου το 10% των λεχωίδων. Τα συμπτώματα της διάθεσης είναι πιο σοβαρά και διαρκούν περισσότερο και μπορεί να περιλαμβάνουν: κλάμα, αδυναμία συγκέντρωσης, δυσκολία στην λήψη αποφάσεων, λύπη, αίσθημα αναξιοτήτας και αυτοκτονικό ιδεασμό. Ακόμη μπορεί να συνυπάρχουν και σωματικά συμπτώματα, παρόμοια με αυτά του υποθυρεοειδισμού, όπως για παράδειγμα ευαισθησία στο ψύχος, κόπωση, ξηρό δέρμα, επιβράδυνση της σκέψης, δυσκοιλιότητα και κατακράτηση υγρών.³² Γυναίκες με μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια συχνά έχουν σοβαρό άγχος και ακόμη και κρίσεις πανικού. Προοπτικές μελέτες δείχνουν ότι η διάθεση και τα συμπτώματα άγχους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και τα «Baby Blues» αυξάνουν τον κίνδυνο για επιλόχειο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.¹¹

- **Επιλόχεια ψύχωση.** Τα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης με περιγεννητική έναρξη μπορούν να εμφανιστούν με ή χωρίς ψυχωτικά στοιχεία. Η βρεφοκτονία πιο συχνά συνδέεται με επιλόχεια ψυχωτικά επεισόδια τα οποία χαρακτηρίζονται από ψευδαισθήσεις και επιτάσσουν την μητέρα να σκοτώσει το νεογνό ή παραληρητικές ιδέες σύμφωνα με τις οποίες το νεογνό είναι δαιμονισμένο. Όμως ψυχωτικά συμπτώματα επίσης μπορεί να υπάρχουν χωρίς όμως να αφορούν τέτοιες συγκεκριμένες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες.¹¹

Αυτός ο τύπος επιλόχειας κατάθλιψης θα εμφανιστεί σε μία έως δύο στις χίλιες γυναίκες. Οι περισσότερες περιπτώσεις επιλόχειας ψύχωσης θα συμβούν εντός των πρώτων δύο εβδομάδων από τον τοκετό, αν και ένα δεύτερο «ξέσπασμα» έχει παρατηρηθεί έναν έως τρεις μήνες μετά τον τοκετό. Πριν την εκδήλωση της επιλόχειας ψύχωσης μπορεί να έχει προηγηθεί επιδείνωση της αϋπνίας, ανησυχία, δυσμνησία, σύγχυση, άγχος.³¹

Τα συμπτώματα της επιλόχειας ψύχωσης μπορεί να έχουν γρήγορες εναλλαγές, με περιόδους αυξημένης διάθεσης που ακολουθούνται γρήγορα από την βαθιά θλίψη ή οργή. Οι περίοδοι διαύγειας είναι συνήθεις και όχι κατ' ανάγκη δείκτες ανάκαμψης. Αν και η ανάκαμψη μπορεί να συμβεί απότομα, είναι πιο συνηθισμένο η επιλόχεια ψύχωση να εξελιχθεί σε παρατεταμένη, σοβαρή κατάθλιψη.³²

Ο κίνδυνος ανάπτυξης αυτών των επεισοδίων είναι ιδιαίτερα αυξημένος σε γυναίκες με προηγούμενα επιλόχεια επεισόδια διαταραχής της διάθεσης αλλά είναι επίσης αυξημένο σε γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης ή διπολικής διαταραχής (ειδικά στην διπολική διαταραχή τύπου I) και τέλος σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής.¹¹

15. ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι Sichel και Driscoll (1999) διατύπωσαν το μοντέλο του «σεισμού», σύμφωνα με το οποίο οι γυναίκες σε κρίσιμες χρονικές περιόδους τείνουν να είναι επιρρεπείς σε ψυχικές διαταραχές. Ένας «σεισμός» μπορεί να προβλεφθεί εξετάζοντας την ορμονική και αναπαραγωγική διαδικασία της γυναίκας καθώς και τις εμπειρίες της ζωής της και συνυπολογίζοντας την γυναικεία φύση, αφού αυτός προκύπτει όταν ο εγκέφαλος δεν είναι σταθεροποιημένος με αποτέλεσμα την εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων.²⁵

Η ζωή των γυναικών κατακλύζεται από stress το οποίο επιβαρύνεται από βιοχημικές συσσωρεύσεις και η κατάσταση αυτή δύναται να οδηγήσει σε επιλόχειο κατάθλιψη. Οι ορμονικές διαταραχές και τα στρεσογόνα γεγονότα μπορούν να επηρεάσουν την βιοχημική ισορροπία του εγκεφάλου με αποτέλεσμα το ξέσπασμα ενός ψυχολογικού «σεισμού», όπως είναι και η επιλόχεια κατάθλιψη. Το παραπάνω μοντέλο ενοχοποιεί και τους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι περιλαμβάνουν προηγούμενο οικογενειακό ιστορικό ψυχικών διαταραχών, προηγηθέντα επεισόδια κατάθλιψης, ύπαρξη αρνητικών γεγονότων της ζωής, ορμονικές μεταβολές, άγχος για τον επικείμενο ερχομό ενός παιδιού, όπως επίσης και μελαγχολία κατά την περίοδο της λοχείας.²⁵

Μικρότερο κίνδυνο για ανάπτυξη επιλόχειας κατάθλιψης φαίνεται να έχουν οι γυναίκες που είχαν ευχάριστες εμπειρίες από την κύηση και τον τοκετό. Ακόμη γυναίκες ευάλωτες που είχαν καλή σχέση με τον σύντροφό τους και την αντιλαμβάνονταν ως τέτοια εμφάνιζαν επίσης μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης επιλόχειας κατάθλιψης.²⁵

16. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι αιτιολογικοί παράγοντες ποικίλουν και αφορούν βιολογικούς, γνωστικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες καθώς και παράγοντες σχετιζόμενοι με στρεσογόνα γεγονότα της ζωής. Σημαντικός προγνωστικός δείκτης για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης είναι η ψυχολογική κατάσταση της μητέρας κατά τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό.²⁵

Λόγω του μεγάλου αριθμού των παραγόντων που φαίνονται να ευθύνονται για την επιλόχεια κατάθλιψη αναπτύχθηκαν διάφορες προσεγγίσεις για την αιτιολογία της και οι κυριότερες από αυτές είναι των κοινωνικών παραγόντων, της κλασικής ψυχιατρικής και των ορμονικών δυσλειτουργιών.²⁵

Οι παράγοντες κινδύνου περιγράφονται συνοπτικά από δύο μελέτες. Η πρώτη, του Watson, επισημαίνει ως αιτιολογικούς παράγοντες για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης την κακή σχέση μεταξύ των συζύγων καθώς και τον νευρωτισμό ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας της μητέρας, ενώ αναφέρει ότι εν συνδέονται με αυτήν η οικονομική κατάσταση, η κοινωνική τάξη, η ηλικία της μητέρας και εάν η μητέρα είναι πρωτότοκος. Η δεύτερη μελέτη, αυτή του Inwood, επιδεικνύει το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό και κυρίως τα προηγούμενα επεισόδια επιλόχειας κατάθλιψης ή διπολικής διαταραχής ως αιτίες για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Ακόμη ενοχοποιεί την πρωτοτοκία, την επιθυμία ή μη για διατήρηση της εγκυμοσύνης και την απόκτηση του παιδιού, την ύπαρξη κατάλληλου υποστηρικτικού περιβάλλοντος, την παρουσία έντονης εξάρτησης της λεχιάδας από το περιβάλλον (π.χ. από τον σύζυγο ή και τους γονείς), το αίσθημα απογοήτευσης και έλλειψης εμπιστοσύνης από τον ίδιο της τον εαυτό και την κατάσταση των σχέσεών της με τους γονείς και τον σύζυγό της. Αναλυτικότερα οι αιτιολογικοί παράγοντες παρουσιάζονται παρακάτω.²⁵

16.1 Είδος του τοκετού-χαρακτηριστικά του νεογνού

Ο τοκετός ως μοναδικό γεγονός μπορεί να πυροδοτήσει την εκδήλωση ψυχικής νόσου ιδιαίτερα σε γυναίκες με γενετική και ιδιοσυγκραστική προδιάθεση. Οι εμπειρίες κατά τον τοκετό μπορούν να επηρεάσουν την ψυχολογία της γυναίκας, ίσως να προκαλέσουν αίσθημα ακαταλληλότητας στη μητέρα και ακόμη να την επηρεάζουν σε κάποιες περιπτώσεις και υποσυνείδητα.²⁵

Οι ερευνητές παρατήρησαν συσχέτιση της επιλόχειας κατάθλιψης με τον τοκετό μεγάλης διάρκειας καθώς και με την γέννηση πρόωρου νεογνού, ενώ δεν την συσχέτισαν με το ενδεχόμενο stress κατά την διάρκεια του τοκετού. Εξετάστηκε επίσης η επίδραση του τοκετού με πραγματοποίηση καισαρικής τομής ή φυσιολογικού τοκετού στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Σύμφωνα με τους ερευνητές φαίνεται ότι οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή ή εμβρυουλκία δεν έχουν αυξημένες πιθανότητες για επιλόχεια κατάθλιψη σε σχέση με αυτές που γέννησαν φυσιολογικά. Άλλοι ερευνητές αναφέρουν πως ούτε προηγούμενες καισαρικές ή επείγουσες τομές δεν σχετίζονται με την επιλόχεια κατάθλιψη.²⁵

Η έρευνα όμως του Fisher (1997) σε αντιδιαστολή με τις προηγούμενες δείχνει πως οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση επηρεάζει την ψυχολογική κατάσταση της λεχωίδας και την καθιστά ευάλωτη στη θλίψη, στο μετατραυματικό stress και στην επικείμενη κατάθλιψη. Παρατήρησε ακόμη πως οι γυναίκες που είχαν φυσιολογικό κολπικό τοκετό παρουσίαζαν υψηλού βαθμού αυτοεκτίμηση και βελτιωμένη διάθεση σε αντίθεση με εκείνες που γέννησαν με καισαρική τομή, ενώ αυτές που κατά τον τοκετό υποβλήθηκαν σε κάποια επεμβατική διαδικασία είχαν ενδιάμεσου βαθμού αυτοεκτίμηση και διάθεση ανάμεσα στις άλλες δύο ομάδες. Μετά τους δύο πρώτους μήνες από τον τοκετό παρουσίαζαν μεγαλύτερη κατάθλιψη οι μητέρες που γέννησαν με καισαρική τομή, αν και κατά τον τοκετό δεν αντιμετώπιζαν μεγαλύτερο άγχος από τις μητέρες με φυσιολογικό τοκετό. Επίσης έδειχναν να είναι λιγότερο ευχαριστημένες από την νοσοκομειακή φροντίδα που έλαβαν και από την εμπειρία του τοκετού, παρόλο που γέννησαν υγιή νεογνά. Τέλος ανέφεραν μεγαλύτερη ανασφάλεια και λιγότερη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους σχετικά με την φροντίδα του νεογνού γεγονός που προκάλεσε δυσκολία προσαρμογής στη νέα πραγματικότητα για διάστημα από 3 εβδομάδες έως και 6 μήνες, το οποίο συνοδευόταν από έντονο αίσθημα κόπωσης.²⁵

Φαίνεται επίσης πως το ίδιο το βρέφος και τα χαρακτηριστικά του είναι δυνητικοί αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης κατάθλιψης. Το γεγονός ότι ο μόνος τρόπος επικοινωνίας του νεογνού με το περιβάλλον του είναι το κλάμα καθώς και το ότι η νέα μητέρα καλείται να το φροντίζει συνεχώς προκαλεί άγχος σε αυτήν καθώς ανησυχεί για το αν μπορεί να ανταπεξέλθει στις νέες ευθύνες. Συνεπώς ένα δύστροπο νεογνό που δυσκολεύεται να προσαρμοστεί μπορεί να καταστεί παράγοντας

εκδήλωσης κατάθλιψης για την μητέρα, αφού της προκαλεί αισθήματα ανεπάρκειας απέναντι στον νέο της ρόλο.²⁵

16.2 Μαιευτικό ιστορικό και ιατρογενής επιβάρυνση

Η σύνδεση της επιλόχειας κατάθλιψης με τους παράγοντες αυτούς δεν είναι πλήρως επιβεβαιωμένη. Οι απόψεις δίστανται σχετικά με την αλληλεπίδραση των παραγόντων που αφορούν την αναπαραγωγή (π.χ. το διάστημα της εγκυμοσύνης και του τοκετού, οι μαιευτικές επιπλοκές, το ιστορικό προηγούμενων αποβολών) και της επιλόχειας κατάθλιψης. Υπάρχουν υποστηρικτές της άποψης ότι οι μαιευτικές επιπλοκές επηρεάζουν την διάθεση της γυναίκας και ενισχύουν την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης και άλλοι ερευνητές που απορρίπτουν αυτή την άποψη. Πολλές γυναίκες θεωρούν πως οι περιγεννητικές επιπλοκές αιτιολογούν την αδυναμία τους απέναντι στις απαιτήσεις της μητρότητας.²⁵

Η επιλόχεια κατάθλιψη επίσης σύμφωνα με έρευνα των France και Mikiab (1999), κατείχε ποσοστό 39% σε γυναίκες με ιστορικό προηγούμενων αποβολών. Στην συγκεκριμένη έρευνα βρέθηκε πως αυτές οι γυναίκες επιβαρύνονταν και από την έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, οι κακές σχέσεις με την μητέρα και τον σύζυγο καθώς και ο αριθμός των προηγούμενων αποβολών.²⁵

Από τους ιατρογενείς επιβαρυντικούς παράγοντες έχει ενοχοποιηθεί η χρήση αναλγητικών πριν και μετά τον τοκετό για θεραπευτικό σκοπό στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης.²⁵

16.3 Γεγονότα της ζωής

Η σχέση μεταξύ των γεγονότων της ζωής και την έναρξη της επιλόχειας κατάθλιψης είναι αρκετά ξεκαθαρισμένη. Εμπειρίες όπως ο θάνατος αγαπημένου προσώπου, οι διαταραχές στις σχέσεις ή το διαζύγιο, η αλλαγή κατοικίας ή η απώλεια της εργασίας είναι γνωστό πως προκαλούν άγχος και μπορούν να πυροδοτήσουν καταθλιπτικά επεισόδια σε άτομα χωρίς ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής.³²

Η εγκυμοσύνη και η γέννηση θεωρούνται συχνά στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και μπορούν να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Ωστόσο, ορισμένοι ερευνητές έχουν μελετήσει τις επιπτώσεις διαφορετικών στρεσογόνων γεγονότων της ζωής που βιώνουν οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Αυτά τα γεγονότα φαίνεται να αντανακλούν επιπρόσθετη πίεση σε μια περίοδο που οι

γυναίκες είναι ευάλωτες και μπορεί να έχουν αιτιολογικό χαρακτήρα στην εκδήλωση της επιλόχειας κατάθλιψης. Σύμφωνα με την έρευνα του Beck (2001), αποκαλύφθηκε μέτρια συσχέτιση μεταξύ του αντιληπτού άγχους της ζωής και της κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Αυξημένα επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους της ζωής συνδέθηκαν με την επιλόχεια καταθλιπτική συμπτωματολογία.³²

16.4 Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο

Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου και εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς σύμφωνα με μελέτες, γυναίκες που εκδήλωσαν επιλόχεια κατάθλιψη, σε υψηλά ποσοστά εμφάνιζαν και προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο. Σύμφωνα με αυτή τη συσχέτιση εξάγεται το συμπέρασμα ότι οι γυναίκες που εμφανίζουν δυσκολίες προσαρμογής ορμονικής φύσεως πριν την έμμηνο ρύση, αντιμετωπίζουν ακόμη μεγαλύτερη δυσκολία προσαρμογής έναντι στις ορμονικές μεταβολές που επισυμβαίνουν κατά την περίοδο της λοχείας.²⁵

Το παραπάνω συμπέρασμα υποστηρίζεται από το γεγονός ότι οι μεγάλες μεταβολές των καταμήνιων ορμονών κατά τη διάρκεια του μηνιαίου κύκλου της γυναίκας, έχουν ως επακόλουθο τις σημαντικές διακυμάνσεις στην διάθεση της γυναίκας. Ωστόσο σε αντιδιαστολή με την υπέρμετρη αύξηση των στεροειδών ορμονών κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και την ξαφνική μείωση του μετά τον τοκετό, οι μεταβολές στις καταμήνιαιες ορμόνες είναι ασήμαντες. Οι μεταβολές αυτές συνεπώς κατά την λοχεία επηρεάζουν σε βάθος την ψυχολογία της γυναίκας και απαιτούν μεγάλη προσαρμοστικότητα από μέρους της.²⁵

Κατά το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο η συμπτωματολογία περιλαμβάνει τόσο σωματικές όσο και ψυχικές και συμπεριφορικές μεταβολές, όπως είναι οι διαταραχές στην συγκέντρωση, καταθλιπτική διάθεση, ευερεθιστότητα και επιθετικότητα, η κεφαλαλγία και η κόπωση. Αυτή η συμπτωματολογία προκαλεί προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και οι γυναίκες αυτές φαίνεται να είναι ψυχικά ευάλωτες, με αυξημένα ποσοστά ατυχημάτων, αποπειρών αυτοκτονίας, νευρωσικών συμπτωμάτων και γενικότερης ψυχιατρικής επιβάρυνσης κατά την διάρκεια της λοχείας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Το πολιτιστικό υπόβαθρο καθώς και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας της κάθε γυναίκας επηρεάζουν την συμπτωματολογία αυτή.¹²

16.5 Ορμονικές μεταβολές

Η λοχεία αποτελεί ψυχοσωματική κατάσταση κατά την οποία επισυμβαίνουν ορμονικές μεταβολές που δύναται να προκαλέσουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η προγεστερόνη και τα οιστρογόνα αυξάνονται σε μεγάλο βαθμό και μετά τον τοκετό ελαττώνονται απότομα και επανέρχονται στα φυσιολογικά τους επίπεδα εντός 2-5 ημερών από τον τοκετό. Η απότομη αυτή μεταβολή της ορμονικής κατάστασης έχει συσχετιστεί με διαταραχές του συναισθήματος και επίσης έχει παρατηρηθεί ευαισθητοποίηση των υποδοχέων της ντοπαμίνης σε ορμονικές μεταβολές που συμβαίνουν κατά την διάρκεια της λοχείας. Η παραπάνω θεώρηση επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι όταν σε γυναίκες με διαταραχές του συναισθήματος, χορηγηθούν προγεστερόνη και οιστρογόνα, η συναισθηματική τους κατάσταση βελτιώνεται. Παράλληλα μια άλλη άποψη τονίζει το γεγονός ότι ακόμη και όταν οι ορμονικές μεταβολές βρίσκονται εντός των φυσιολογικών ορίων κατά τη διάρκεια της λοχείας, φαίνεται οι μεταβολές αυτές ότι πυροδοτούν παθολογικούς μηχανισμούς σε επίπεδο νευροδιαβιβαστών ή υποδοχέων.²⁵

Σύμφωνα με ερευνητές, διάφορα μητρικά χαρακτηριστικά και η εύκολη μεταβολή των συναισθημάτων σε νέες μητέρες μπορούν να εξηγηθούν από το ορμονικό προφίλ και συγκεκριμένα η επίδραση των στεροειδών του πλακούντα είναι ικανή να προκαλέσει σημαντική υπερθυμία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και η απότομη πτώση τους μετά την έξοδο του πλακούντα ίσως να ευθύνεται για την επιλόχεια κατάθλιψη. Παρόλα αυτά έχει παρατηρηθεί πως ανάμεσα σε λεχώιδες με κατάθλιψη και σε λεχώιδες χωρίς κατάθλιψη δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στην ορμονική κατάσταση με συνέπεια οι γυναίκες με επιλόχειο κατάθλιψη να παρουσιάζουν φυσιολογική ενδοκρινική λειτουργία.²⁵

16.6 Δημογραφικά-οικονομικά και κοινωνικά στοιχεία

Δεν είναι ξεκάθαρη η συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων και της εμφάνισης κατάθλιψης. Φαίνεται ότι πολύ λίγοι δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν την εμφάνισή της. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία σε γυναίκες διαφόρων εθνικοτήτων, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ τους στην επίπτωση της επιλόχειας κατάθλιψης.²⁵

Φαίνεται να υπάρχει όμως συσχέτιση ηλικίας, μορφωτικού επιπέδου και επιλόχειας κατάθλιψης. Η κατάθλιψη είναι πιο συχνή στις έφηβες και ο κίνδυνος αυξάνεται όταν η μητέρα είναι μικρότερη των 18 ετών και η εκπαίδευση της έχει σταματήσει στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Η εγκυμοσύνη κατά την εφηβεία αποτελεί αιτία διακοπής της εκπαίδευσης και συνήθως συνοδεύεται από ανεπαρκή κοινωνική στήριξη και συνήθως είναι άγαμες. Η διακοπή της εκπαίδευσης οδηγεί σε περιορισμένες επαγγελματικές ευκαιρίες και συνεπώς σε χρόνια οικονομική αστάθεια. Συμπερασματικά η ηλικία ως παράγοντας επηρεάζει τις έφηβες μητέρες.²⁵

Οι ερευνητές έχουν συμπεράνει ότι η επιλόχεια κατάθλιψη είναι συχνότερη μετά από μεγάλες αλλαγές όπως είναι οι πόλεμοι και οι οικονομικές καταστροφές, όπως είναι οι περίοδοι μεγάλων οικονομικών κρίσεων, που έχουν ως αποτέλεσμα την έλλειψη επαγγελματικής σταθερότητας, την οικονομική ανασφάλεια και την αλλαγή της κατοικίας.²⁵

Ακόμη όμως και στην περίπτωση που υπάρχει προσοδοφόρα επαγγελματική δραστηριότητα η παρουσία ενός νέου μέλους στην οικογένεια επιβαρύνει τον οικογενειακό προϋπολογισμό και αλλάζει τις κοινωνικές επαφές οι οποίες είτε εγκαταλείπονται είτε περιορίζονται αισθητά. Τα προβλήματα είναι ακόμη μεγαλύτερα στις άνεργες μητέρες που μεγαλώνουν μόνες τους το παιδί τους όσο και σε εκείνες με χαμηλό εισόδημα που ζουν στις πόλεις. Οι παραπάνω κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες, σύμφωνα με μελέτες, φαίνεται να αποτελούν στρεσογόνους παράγοντες και αυξάνουν τον κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας.²⁵

16.7 Ιστορικό κατάθλιψης και ψυχικές διαταραχές κατά την κήση

Οι ερευνητές αναφέρουν ότι οι γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης πριν την εγκυμοσύνη θα αναπτύξουν κατάθλιψη τους πρώτους έξι μήνες μετά τον τοκετό. Επίσης, οι γυναίκες που βίωσαν στην παιδική τους ηλικία θάνατο ή αποχωρισμό μεγάλης διάρκειας από την μητέρα τους ή είχαν ελλιπείς σχέσεις μαζί της διαπιστώθηκε ότι εμφάνισαν ψυχικές διαταραχές την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό, οι οποίες είχαν διάρκεια αρκετών μηνών.²⁵

Η επιλόχεια κατάθλιψη έχει συσχετιστεί με καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αναφέρεται επίσης ότι το 30% των εγκύων που

έχουν εμφανίσει κατάθλιψη στο παρελθόν εμφανίζει και κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της λοχείας. Η αλληλεπίδραση των στρεσογόνων παραγόντων και της ευαλωτότητας της γυναίκας μπορεί να προκαλέσουν επιλόχεια καταθλιπτική συμπτωματολογία ή κάποιας ήπιας μορφής κατάθλιψη. Τέλος, οι ψυχικές διαταραχές-ισοδύναμα του νευρωτισμού κατά την κύηση αποτελούν προγνωστικό δείκτη εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης.²⁵

16.8 Κοινωνική υποστήριξη και οικογενειακό περιβάλλον

Η αναφορά της διεθνούς βιβλιογραφίας στην συσχέτιση της κοινωνικής στήριξης και των καταθλιπτικών διαταραχών αφορά κυρίως γυναίκες και ειδικά κατά την περίοδο της λοχείας. Έχει αποδειχθεί πως όταν η γυναίκα ζει με τον σύντροφό της και είναι ικανοποιημένη από την σχέση μεταξύ τους και δέχεται ταυτόχρονα την υποστήριξη του περιβάλλοντός της, δεν αναπτύσσει επιλόχεια κατάθλιψη. Αντιθέτως όταν η έγκυος είναι απομονωμένη και η υποστήριξη από το περιβάλλον της είναι ανεπαρκής ή δεν είναι ικανοποιημένες από αυτήν, έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν κατάθλιψη.²⁵

- *Η στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον* δεν είναι εξίσου σημαντική με αυτή του συντρόφου και της οικογένειας, όμως οι γυναίκες αξιολογούν την στήριξη από τους φίλους και τους συναδέλφους. Αποκομούν από αυτούς ενημερωτική, πρακτική υποστήριξη και απόψεις σχετικά με τον τρόπο ζωής και τον ρόλο της μητρότητας. Η απουσία τέτοιας υποστήριξης φαίνεται να αυξάνει την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης και ειδικά κατά τους πρώτους τρεις μήνες μετά τον τοκετό.²⁵
- *Η στήριξη από τον σύντροφο* είναι πολύ σημαντική αφού προσφέρεται πριν από τον τοκετό και σε περιόδους άγχους. Έχει επιβεβαιωθεί από πολλούς ερευνητές ότι η στήριξη μετά τον τοκετό από τον σύζυγο είναι η πιο σημαντική. Οι ελλείψεις στην ποιότητα και στην ποσότητα τέτοιου είδους στήριξης έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί καταθλιπτικές διαταραχές. Επίσης όταν η κύηση δεν είναι προγραμματισμένη, η σχέση με τον σύντροφο δεν είναι καλή ή ο σύντροφος είναι απών οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες ως προς την κατάθλιψη.²⁵

- Η στήριξη από την οικογένεια και ειδικά από την μητέρα δρα ως προστατευτικός παράγοντας απέναντι στην κατάθλιψη. Έχει διαπιστωθεί συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και της «απόρριψης της μητέρας» ή του εχθρικού κλίματος μεταξύ τους. Ακόμη ο τρόπος ανατροφής από την μητέρα αυξάνει τον κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης. Εάν δηλαδή η μητέρα έχει την τάση να ελέγχει την κόρη της, η τελευταία θα εμφανίσει ευκολότερα κατάθλιψη και δυσκολία προσαρμογής στον ρόλο της μητρότητας.²⁵

16.9 Πληροφόρηση

Όταν η λεχνοίδα δεν είναι σωστά και πλήρως ενημερωμένη για τον νέο της ρόλο και τις υποχρεώσεις της βρίσκεται απροετοίμαστη και ευάλωτη στην υπερένταση και την ανικανότητα και ακόμη υποτιμά τον εαυτό της.²⁵

Συνήθως ο τοκετός και η λοχεία αντιμετωπίζονται ως σωματικό, ιατρικό γεγονός και όχι ως ένα ψυχοσωματικό γεγονός με αποτέλεσμα να παρατηρείται αξιοσημείωτο έλλειμμα γνώσεων και έτσι η γυναίκα οδηγείται στην ανασφάλεια και στην διαταραχή της διάθεσης. Η θεώρηση ότι το μητρικό ένστικτο της υποδεικνύει τις σωστές τακτικές απέναντι στο νεογνό και μειώνει την αγωνία της είναι αποδεδειγμένα λανθασμένη.²⁵

Η σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση είναι ο απαραίτητος παράγοντας για την ομαλή ψυχοσωματική ισορροπία της μητέρας και την σωστή ανάπτυξη του νεογνού. Οι γυναίκες που συμμετείχαν σε προγεννητικά ενημερωτικά προγράμματα ένιωθαν πιο σίγουρες για τις ικανότητές τους, μειώναν το άγχος τους και εμφάνιζαν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης σε σχέση με εκείνες που δεν παρακολουθούσαν τέτοια προγράμματα.²⁵

16.10 Άγχος και ανησυχία

Είναι γνωστό πως το άγχος και οι στρεσογόνοι παράγοντες ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για την εμφάνιση της κατάθλιψης. Γυναίκες με υψηλά επίπεδα άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, παρουσίαζαν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης.²⁵

Επιπλέον, οι γυναίκες με υψηλά επίπεδα άγχους βρίσκονται σε μια κατάσταση απώλειας του ελέγχου, ενώ εκείνες με ελάχιστο άγχος χάνουν την επίγνωση της

κατάστασής τους. Ο τοκετός θεωρείται ως γεγονός απώλειας του ελέγχου από την άποψη ότι είναι ένα πολύ σημαντικό γεγονός το οποίο προκαλεί σοκ στην γυναίκα αφού απαιτεί μια απότομη αλλαγή από την προηγούμενη πραγματικότητα σε μια νέα.²⁵

Ωστόσο δεν υπάρχει επιβεβαιωμένη συσχέτιση μεταξύ της ανησυχίας και της επιλόχειας κατάθλιψης. Μερικοί ερευνητές συμπεράναν πως δεν υπάρχει συσχέτιση ενώ άλλοι θεωρούν πως η ανησυχία στα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης αυξάνει τον κίνδυνο για κατάθλιψη.²⁵

17. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ-ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Όπως ήδη αναφέρθηκε η επιλόχεια καταθλιπτική συμπτωματολογία εκδηλώνεται εντός τεσσάρων εβδομάδων μετά τον τοκετό. Αν η κατάσταση δεν αντιμετωπιστεί η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να έχει διάρκεια έως και 2 έτη. Γυναίκες με περιγεννητικά μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, συχνά έχουν σοβαρό άγχος και ακόμη και κρίσεις πανικού. Σύμφωνα με μελέτες, η συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης είναι πιθανότερο να εκδηλωθεί κατά το διάστημα μεταξύ του πρώτου και του τρίτου μήνα μετά τον τοκετό.^{11,25}

Σε πολλές περιπτώσεις, οι γυναίκες αδυνατούν να αναγνωρίσουν ότι πάσχουν από επιλόχειο κατάθλιψη, ενώ ταλαιπωρούνται από αυτή. Το γεγονός αυτό αιτιολογείται από τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν αυτές οι γυναίκες απέναντι στην αξιολόγηση του εαυτού τους και από την άρνησή τους να εκδηλώσουν τα συναισθήματά τους ή να μιλήσουν για τα συμπτώματά τους από μόνες τους και όχι μόνο όταν ερωτούνται για αυτά. Παρόλο που πάνω από το 90% των λεχιδών αναγνωρίζουν τα συμπτώματα, μόνο το 20% αναζητά βοήθεια από ειδικό και από αυτές μόνο το 1/3 αντιλαμβάνεται ότι πάσχει από επιλόχεια κατάθλιψη.²⁵

Αρκετά συχνά πριν την εκδήλωση του καταθλιπτικού επεισοδίου έχει προηγηθεί επεισόδιο «baby blues». Η συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης δεν διαφέρει σημαντικά από την συμπτωματολογία ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.^{9,25} Τα επεισόδια όμως με περιγεννητική έναρξη χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη και πιο εύκολη ευμεταβλητότητα στην διάθεση και μη σταθερή κλινική πορεία.²⁵

Στα αρχικά συμπτώματα της νόσου, παρατηρείται ένα αίσθημα στην μητέρα αναξιοτήτας προς την φροντίδα του νεογνού και ακόμη νιώθει ότι δεν την αγαπούν. Τα συμπτώματα αυτά συνοδεύονται από αναφερόμενη κόπωση, εύκολο εκνευρισμό και αδυναμία αντίληψης και κατανόησης των αντιδράσεων του νεογνού. Επίσης φαίνεται να διαταράσσεται η συγκέντρωση της μητέρας, ξεσπά σε κλάματα αφού θεωρεί ότι φροντίζει ανεπαρκώς το νεογνό και χωρίς ευχαρίστηση, απομακρύνεται από τον σύντροφό της και ταυτόχρονα παραμελεί τον εαυτό της. Σε μερικές περιπτώσεις απομακρύνεται από το νεογνό και μεταθέτει την ευθύνη για την φροντίδα του παιδιού της σε τρίτους, τους οποίους στην συνέχεια κατηγορεί πως δεν φροντίζουν σωστά το νεογνό. Αυτή η κατάσταση συμβαίνει όταν την κυριεύουν

διάφορες φοβίες για παρορμητικές πράξεις, με αποτέλεσμα να πιστεύει πως θα πράξει κάποιο κακό στο νεογνό εάν μείνει μόνη μαζί του και για αυτό τον λόγο μεταθέτει τα βάρη των ευθυνών σε άλλους με σκοπό να μειώσει το άγχος της.²⁵

Το καταθλιπτικό επεισόδιο έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και αυτά είναι η καταθλιπτική διάθεση, η ευσυγκινησία, η κόπωση, οι διαταραχές ύπνου, και όρεξης, δυσκολία στη συγκέντρωση, την μνήμη και την προσοχή, απώλεια της ευχαρίστησης, ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση, αίσθημα ανεπάρκειας ή αναξιοτήτας. Υπάρχει ακόμη αυτοκτονικός ιδεασμός και ο ιδεασμός επικεντρώνεται στο νεογνό (η μητέρα θεωρεί τον εαυτό της ανάξιο για την φροντίδα του παιδιού, πιστεύει ότι το νεογνό θα πεθάνει ή είναι ήδη νεκρό). Ακόμη, η μητέρα δύναται να εμφανίζει άγχος και κρίσεις πανικού με σωματικά συμπτώματα όπως ταχυκαρδία, επεισόδια άπνοιας, ιλίγγους κ.α. Επίσης το 30% των λεχωίδων παρουσιάζουν αμφοτερόπλευρη κεφαλαλγία που διαρκεί όλη την ημέρα και συνοδεύεται από ναυτία, έμετο και φωτοφοβία.^{25,27}

Ο κίνδυνος αυτοκαταστροφής ή βρεφοκτονίας είναι αρκετά μικρότερος σε σχέση με αυτόν στην ψύχωση της λοχείας. Το εκτιμώμενο ποσοστό δεν ξεπερνά το 5%. Παρόλα αυτά οι σκέψεις αυτοκτονίας είναι συχνές. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι μεγάλος σε έφηβες μητέρες ή σε εκείνες που γέννησαν νεκρό έμβρυο και αυτές οι γυναίκες κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας, συνήθως χρησιμοποιώντας βίαια μέσα.²⁵

Την πρώτη ημέρα μετά τον τοκετό σε πολλές λεχωίδες παρατηρείται ευφορικό συναίσθημα, το οποίο μειώνεται σταδιακά μέχρι την τέταρτη ημέρα και οφείλεται στην ανακούφιση που νιώθει η γυναίκα για την ομαλή έκβαση του τοκετού. Άλλες φορές υπάρχει εναλλαγή ευφορικού και καταθλιπτικού συναισθήματος, ενώ σε μερικές περιπτώσεις το ευφορικό συναίσθημα κυριαρχεί στην κλινική εικόνα της επιλόχειας κατάθλιψης χωρίς όμως να φθάνει σε επίπεδο υπομανίας.²⁵

Αξίζει να σημειωθεί ότι καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορεί να εμφανίσουν οι γυναίκες και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης λόγω τόσο των βιολογικών αλλαγών που υφίσταται το σώμα τους όσο και των σκέψεων σχετικά με τον επερχόμενο τοκετό. Η συμπτωματολογία αυτή εμπίπτει σε μια ήπια μορφή κατάθλιψης η οποία είναι εύκολο να αντιμετωπιστεί από την ίδια την γυναίκα, από τους συγγενείς και από τους ιατρούς καθώς θεωρείται φυσιολογική κατάσταση κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Τέλος επιλόχειο κατάθλιψη μπορούν να εμφανίσουν οι

γυναίκες που υιοθετούν καθώς επίσης και οι άνδρες μετά την γέννηση του παιδιού τους.²⁵

18.ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης δεν διαφέρει από την θεραπεία άλλων καταθλίψεων και περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία, υποστήριξη στις καθημερινές δραστηριότητες της μητέρας και ειδικά σε αυτές που αφορούν στην φροντίδα του βρέφους. Ακόμη η θεραπεία μπορεί να γίνει και στο περιβάλλον του νοσοκομείου όταν κριθεί απαραίτητη. Η επιλόχεια κατάθλιψη χρήζει ψυχιατρικής φροντίδας και αντιμετωπίζεται ενδονοσοκομειακά όταν η κατάσταση είναι βαρεία και όταν υπάρχει αυτοκτονικός ιδεασμός και πιθανότητα βρεφοκτονίας.²⁵

18.1 Φαρμακευτική αγωγή

Τα αντικαταθλιπτικά είναι η θεραπεία εκλογής για την επιλόχεια κατάθλιψη. Σε περίπτωση ψυχοκινητικής διέγερσης χρησιμοποιούνται επίσης βενζοδιαζεπίνες ή νευροληπτικά φάρμακα. Τα αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται χωρίς ιδιαίτερες προφυλάξεις σε μητέρες που δεν θηλάζουν. Όπως και στην θεραπεία των άλλων καταθλίψεων τα αντικαταθλιπτικά που χρησιμοποιούνται κυρίως είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), οι αναστολείς της MAO καθώς και άλλα αντικαταθλιπτικά που δεν ανήκουν στις παραπάνω κατηγορίες.^{22,25}

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά έχουν πολλές παρενέργειες τόσο από το κεντρικό όσο και από το περιφερικό νευρικό σύστημα και για αυτό τον λόγο χρησιμοποιούνται συχνότερα οι SSRIs, οι οποίοι έχουν τις λιγότερες παρενέργειες από τις υπόλοιπες ομάδες φαρμάκων. Οι συχνότερες παρενέργειες των SSRIs είναι οι γαστρεντερικές διαταραχές, η αϋπνία, οι κεφαλαλγίες, η μείωση της libido. Τέλος σημαντική παρενέργεια των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών ανάμεσα σε άλλες είναι η καταστολή. Αυτό μπορεί να εμποδίσει την αποτελεσματική φροντίδα του νεογνού και να προκαλέσει ατυχήματα αφού μπορεί η μητέρα να αποκοιμηθεί κρατώντας το παιδί στην αγκαλιά της και να πέσει.²²

Συνίσταται η προφυλακτική φαρμακευτική θεραπεία σε γυναίκες υψηλού κινδύνου. Σύμφωνα με έρευνες τα ποσοστά νόσησης μειώνονται σημαντικά σε γυναίκες που λαμβάνουν προφυλακτική θεραπεία (6,7%), έναντι αυτών που δεν λαμβάνουν (62%). Οι γυναίκες που επιβαρύνονται από προδιαθεσικούς παράγοντες, προτείνεται να ακολουθούν προγράμματα κοινωνικής υποστήριξης και εκπαίδευσης πριν τον τοκετό.²⁵

18.1.1 Θηλασμός και ψυχοτρόπα φάρμακα

Είναι σημαντική η απόφαση της μητέρας για θηλασμό και οποιαδήποτε κοινωνική πίεση με επακόλουθη διακοπή της γαλουχίας επιδρά αρνητικά στην διάθεση της γυναίκας. Αν η λεχωίδα θέλει να θηλάσει η επιλογή των αντικαταθλιπτικών νορτριπτυλίνης και δεσιπραμίνης είναι η ασφαλέστερη θεραπεία. Είναι γνωστό ότι όλα τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα περνούν στο γάλα της μητέρας, όμως δεν έχει αποδειχθεί ότι προκαλούν σοβαρές βλαπτικές επιδράσεις στο νεογνό. Ωστόσο, δεν έχουν πραγματοποιηθεί μακροχρόνιες μελέτες για νευροσυμπεριφορικές και τερατογόνες επιδράσεις στο νεογνό.²⁵

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την προσλαμβανόμενη ποσότητα φαρμάκου από το νεογνό είναι η ποσότητα του παραγόμενου γάλακτος, η συγκέντρωση του φαρμάκου, η σύσταση του γάλακτος (πύαρ ή ώριμο), και η κένωση του μαστού κατά τον προηγούμενο θηλασμό. Η απορρόφηση ο μεταβολισμός και η απέκκριση των φαρμάκων διαφέρει ανάμεσα στα νεογνά και ειδικά στα πρόωρα που έχουν ατελώς ανεπτυγμένα ηπατική και νεφρική λειτουργία.³³

Ο Αμερικανικός Οργανισμός Τροφίμων (Food and Drug Administration-FDA) δεν έχει εγκρίνει την λήψη αντικαταθλιπτικών και την ταυτόχρονη γαλουχία, όμως η Επιτροπή για τα Φάρμακα της Αμερικανικής Ακαδημίας της Παιδιατρικής (American Academy of Pediatrics Committee on Drugs) παραχώρησε μια λίστα με αντικαταθλιπτικά συμβατά με την γαλουχία. Έχει αποδειχθεί πως αν και η συγκέντρωση των φαρμάκων αυτών στο μητρικό γάλα είναι μικρή, εντούτοις πολλά από αυτά εμφανίζουν μικρό χρόνο ημισείας ζωής και ανευρίσκονται αυξημένα επίπεδα στο πλάσμα και στους ιστούς των νεογνών. Τα φάρμακα που συνδέονται με πρωτεΐνες του πλάσματος δεν διέρχονται στο μητρικό γάλα.³⁴

18.2 Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει κλασικές θεραπευτικές ψυχαναλυτικές τακτικές, υποστηρικτική, γνωσιακή, διαπροσωπική ψυχοθεραπεία καθώς επίσης και εκπαίδευση και υποστήριξη στον ρόλο της μητέρας. Ως η πλέον αποτελεσματικότερη μέθοδος για την θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης έχει κριθεί η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, μια μορφή άμεσης ψυχοθεραπευτικής μεθόδου που βοηθά τις γυναίκες που θέλουν να θηλάσουν καθώς μπορεί να είναι αποτελεσματική και χωρίς την παράλληλη χρήση φαρμακευτικής αγωγής.²⁵

Οι ομάδες αυτοβοήθειας είναι επίσης ένα είδος ψυχοθεραπείας που εφαρμόζεται στην επιλόχειο κατάθλιψη. Αποτελείται από άτομα που δεν έχουν κάποια συγγενική ή φιλική σχέση όμως έχουν το ίδιο πρόβλημα και μοιράζονται πληροφορίες, ενώ τους παρέχεται συναισθηματική υποστήριξη, συντροφικότητα και πρακτική βοήθεια. Η ομάδα διοικείται από άτομα της ομάδας και τα οποία δεν βρίσκονται σε διαφορετικοί θέση από τους υπόλοιπους και ως βοηθητικό μέλος υπάρχει συνήθως ένας ειδικός λειτουργός. Τα άτομα μέσα από τις ομάδες αυτές μαθαίνουν πώς να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και πώς να αλλάζουν την κατάσταση και παρέχουν θετική δραστηριοποίηση.²⁵

18.2.1 Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία αποτελεί μια χρονικά περιορισμένη, δυναμικά ενημερωμένη ψυχοθεραπεία που έχει ως στόχο την ανακούφιση των ασθενών από την καταθλιπτική συμπτωματολογία και την βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων. Για την επιλόχειο κατάθλιψη, η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, βασίζεται στην παραδοχή ότι το διαπροσωπικό στρες συνδέεται με τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Έτσι, οι τρεις στόχοι της βιοψυχοκοινωνικής θεραπείας είναι: τα ψυχιατρικά συμπτώματα, οι διαπροσωπικές προβληματικές περιοχές (δηλαδή, οι συγκρούσεις, οι μεταβάσεις και η απώλεια εμπειριών από τις σχέσεις των ασθενών) και η κοινωνική υποστήριξη.²

Βασίζεται σε δύο θεωρίες: την θεωρία της προσκόλλησης και την διαπροσωπική θεωρία. Η πρώτη αποτελεί βάση για την κατανόηση των τρόπων με τους οποίους οι άνθρωποι διαμορφώνουν και διατηρούν τις σχέσεις τους, καθώς αυτό τους κατευθύνει σε συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας κατά τη διάρκεια κρίσεων. Η δεύτερη αντιλαμβάνεται ότι τα δυσπροσαρμοστικά πρότυπα επικοινωνίας των ασθενών οδηγούν σε δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις.²

Για την επιλόχειο κατάθλιψη η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία ακολουθεί ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο το οποίο υποστηρίζει ότι βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες ενώνονται σε ένα άτομο για να παράγουν μια μοναδική προδιάθεση και απόκριση στο άγχος. Αυτοί οι παράγοντες είναι ακόμη πιο εμφανείς στις γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη επειδή υπάρχουν σαφείς ορμονικές και βιολογικές αλλαγές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Όταν υπάρχει μια διαπροσωπική κρίση, οι ευάλωτες γυναίκες τείνουν να εκδηλώνουν

περισσότερο άγχος. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ως εκ τούτου αντιμετωπίζει τις ψυχολογικές δυσκολίες ως απόκριση ενός ατόμου σε ένα συγκεκριμένο στρεσογόνο γεγονός όπως είναι ο τοκετός.²

Αντί της προβολής του ψυχολογικού άγχους ή των ψυχιατρικών νοσημάτων ως ιατρικής νόσου, η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία αντιλαμβάνεται την λειτουργικότητα του ασθενούς, σε γενικές γραμμές, ως προϊόν των χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς, του ταπεραμέντου και του στυλ του και θεωρώντας ως βάση αυτών βιολογικούς παράγοντες όπως η γενετική και η φυσιολογική λειτουργία, τοποθετημένη στο πλαίσιο των κοινωνικών σχέσεων και στην ευρεία κοινωνική στήριξη.²

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία ακολουθεί ένα μοντέλο φροντίδας κατά το οποίο παρέχεται βραχυπρόθεσμη θεραπεία της οξείας δυσφορίας και στην συνέχεια μακροχρόνια θεραπεία συντήρησης η οποία είναι απαραίτητη για την μείωση του κινδύνου υποτροπής. Κατά την έναρξη της θεραπείας οι συνεδρίες πραγματοποιούνται εβδομαδιαίως και μόλις η κατάσταση του ασθενούς σταθεροποιηθεί κάθε 15 ημέρες.²

18.3 Άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις

Συμπληρωματικές ή εναλλακτικές θεραπείες χρησιμοποιούνται στην θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης είτε μόνες τους ή σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες. Τέτοιες είναι κάποιας μορφής άσκηση όπως η γιόγκα, τεχνικές χαλάρωσης και μασάζ καθώς επίσης και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT). Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται σε γυναίκες με επιλόχειο κατάθλιψη όταν δεν υπάρχει βελτίωση από όλες τις υπόλοιπες θεραπείες.²²

Ακόμη η ψυχοθεραπεία περιλαμβάνεται στις συμπληρωματικές θεραπείες, επειδή μπορεί να εφαρμοστεί και μόνη της χωρίς την παράλληλη λήψη αντικαταθλιπτικών. Φαίνεται ότι είτε με την μορφή ατομικής είτε με την μορφή ομαδικής θεραπείας η ψυχοθεραπεία έχει θετικά αποτελέσματα από μόνη της. Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα των εναλλακτικών θεραπειών δεν είναι όμως επιβεβαιωμένη και απαιτείται περαιτέρω μελέτη ώστε να εφαρμόζονται βασιζόμενες σε στοιχεία.²²

19. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οι συνέπειες της κατάθλιψης κατά την λοχεία είναι η πιο δυσμενείς σε σύγκριση με την επίπτωση της κατάθλιψης σε άλλες περιόδους της ζωής, αφού η γυναίκα έχει την επιπρόσθετη ευθύνη της φροντίδας του βρέφους. Η εμπειρία της μητρότητας θεωρείται συντριπτική από την μητέρα αφού καλείται να προσαρμοστεί στις νέες της υποχρεώσεις και χρειάζεται χρόνος για αυτό. Οι συνέπειες ποικίλουν ανάλογα με την ένταση και την διάρκεια της συμπτωματολογίας, την προσωπικότητα του νεογνού και το υποστηρικτικό πλαίσιο.²⁵

Οι συνέπειες αφορούν την μητέρα, το παιδί, την οικογένεια και συμπεριλαμβάνουν παραμέληση του παιδιού, την αυτοκτονία και την διάλυση των δεσμών της οικογένειας ενώ οι πιο συχνές είναι τα προβλήματα στη διάθεση, στη συμπεριφορά και η γνωστική καθυστέρηση των παιδιών.²⁵

19.1 Επιπτώσεις στο νεογνό

Η ψυχική εξέλιξη του νεογνού επηρεάζεται από τις πρώτες ημέρες της ζωής λόγω της επιλόχειας κατάθλιψης της μητέρας. Έχει παρατηρηθεί απορρυθμισμό της συμπεριφοράς και της φυσιολογίας των νεογνών ίσως λόγω των ενδοκρινικών αλλαγών που υφίσταται η μητέρα. Η απορρυθμισμό αυτή επηρεάζει την ψυχική αλληλεπίδραση μητέρας-παιδιού, αφού η μητέρα συνήθως αποσύρεται.²⁵

Άμεσα οι επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης στο βρέφος εκδηλώνονται με απόσυρση, απάθεια και συνεχόμενο κλάμα του νεογνού και ακόμη παρατηρείται υπνηλία, μεγάλη ευερεθιστότητα, μειωμένη εγρήγορση και εκφράσεις ευχαρίστησης. Ο ψυχικός μηχανισμός είναι ακόμη σε αρχικό στάδιο στα νεογνά, διαμορφώνεται μέσω της μητρικής παρεχόμενης φροντίδας, κάτι ο οποίο εκλείπει σε μια καταθλιπτική μητέρα και έτσι παρατηρούνται διαταραχές σε διάφορους τομείς της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης του βρέφους.²⁵

Οι σοβαρές συνέπειες της επιλόχειας κατάθλιψης στην παιδική ανάπτυξη περιλαμβάνουν σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου, αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων και μεγαλύτερες πιθανότητες νοσηλείας. Μετά το πρώτο έτος της ζωής τους, τα παιδιά των καταθλιπτικών μητέρων παρουσιάζουν αυξημένη προσκόλληση στην μητέρα, αδυναμία ανάπτυξης σχέσεων με ξένους, θλίψη κατά τον αποχωρισμό τους από την μητέρα, αντικοινωνική συμπεριφορά και νοητικά ελλείμματα. Έχει ακόμα

διαπιστωθεί ότι τα παιδιά αυτά αντιμετωπίζουν δυσκολία στην διατήρηση ισχυρών, σταθερών και ικανοποιητικών σχέσεων κατά την ενήλικη ζωή τους.²⁵

Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι πολλά παιδιά με μητέρες που έπασχαν από επιλόχειο κατάθλιψη, είχαν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν και αυτά κατάθλιψη. Επιπρόσθετα, η επιλόχειος κατάθλιψη θεωρείται παράγοντας ανάπτυξης πρόωμης παιδικής ψύχωσης. Η βρεφική κατάθλιψη εκδηλώνεται με συναισθηματική ατονία, μειωμένη αλληλεπίδραση με την μητέρα, αποτυχία επικοινωνίας, άρνηση απάντησης στις προτροπές και έλλειψη πρωτοβουλιών, μειωμένη δραστηριότητα και φαντασία και παρουσιάζεται ακόμη ψυχοσωματική ευθραυστότητα κατά την οποία το παιδί εκφράζει την αρνητική εικόνα και την συναισθηματική ένδεια.²⁵

19.2 Επιπτώσεις στην οικογένεια

Καθώς η γυναίκα με επιλόχεια κατάθλιψη νιώθει απομονωμένη και αβοήθητη και πολλές φορές τύψεις για την συμπεριφορά της, ο σύζυγος αντιμετωπίζει την παραμέληση αναπτύσσοντας ανταγωνιστική σχέση με το παιδί του και ταυτόχρονα αδυνατεί να κατανοήσει τις εκδηλώσεις την συντρόφου του. Παράλληλα οι ήδη υπάρχουσες διαφωνίες μεταξύ του ζευγαριού εντείνονται και οι συγκρούσεις γίνονται πολύ συχνές που μπορεί να διαρκέσουν ακόμη και χρόνια μετά την αποδρομή της κατάθλιψης.²⁵

Οι επιπτώσεις μπορούν να είναι φανερές και μετά από αρκετά χρόνια αφού επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση, την εκπαίδευση, την εργασιακή απασχόληση και γενικότερα την ζωή της γυναίκας για πολύ καιρό μετά την αποδρομή των συμπτωμάτων. Παρά τις δυσμενείς επιπτώσεις της η επιλόχεια κατάθλιψη δεν εντοπίζεται αφού οι γυναίκες λόγω της μειωμένης στήριξης και των αισθημάτων ενοχής για την συμπεριφορά τους δεν αναζητούν βοήθεια.²⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

20. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Καθώς η κύηση και ο τοκετός αποτελούν ένα τόσο σημαντικό γεγονός στην ζωή της γυναίκας και ταυτόχρονα μια πολύπλοκη και πολυδιάστατη κατάσταση κρίνεται απαραίτητη η συμμετοχή σε αυτήν μιας ομάδας επαγγελματιών υγείας, όπως γυναικολόγοι, μαιείς, νοσηλεύτες, παιδίατροι, ψυχολόγοι κ.α.²⁵

Στόχος των επαγγελματιών υγείας είναι η πληροφόρηση και στήριξη της μητέρας ώστε να μπορέσει να συζητήσει στην συνέχεια σχετικά με τους φόβους και τις ανησυχίες της και να βοηθηθεί ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει την κατάσταση. Παρόλα αυτά, οι έγκυες δεν εκφράζουν πολλές φορές τα συναισθήματα και τους προβληματισμούς τους καθώς λόγω του περιορισμένου χρόνου των επισκέψεων με τους λειτουργούς υγείας και της τυπικής και επαγγελματικής σχέσης που δημιουργείται δεν αναπτύσσεται η απαραίτητη οικειότητα.²⁵

Το προσωπικό του νοσοκομείου συνειδητά ή όχι, για τις νέες μητέρες αποτελεί πηγή πληροφόρησης, ενθάρρυνσης και κοινωνικής επαφής. Η κοινωνική αυτή στήριξη από τους λειτουργούς υγείας είναι απαραίτητη και οφείλει να είναι αποτελεσματική και ποιοτική. Η αξιολόγηση της εγκύου κατά τη διάρκεια της κύησης σχετικά με τους φόβους της και τα ψυχολογικά της προβλήματα λειτουργεί προφυλακτικά έναντι σε μια επικείμενη επιπλοκή της εγκυμοσύνης.²⁵

Διαλέξεις και προγράμματα ενημέρωσης και προετοιμασίας των γονέων για τον τοκετό συνίσταται να πραγματοποιούνται από τα μαιευτικά ιδρύματα και να οργανώνονται από το αρμόδιο προσωπικό (ιατροί, νοσηλεύτες κ.α.) με σκοπό την μείωση του άγχους. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τις φυσιολογικές μεταβολές που παρατηρούνται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης στο σώμα της γυναίκας, τόσο στην εξωτερική της εμφάνιση όσο και στις βιολογικές της λειτουργίες, με τις συναισθηματικές μεταβολές και τις ψυχολογικές προσαρμογές που πρέπει να συμβούν και από τους δύο γονείς. Ακόμη χρειάζεται η πληροφόρηση των γονέων σχετικά με τον τοκετό, η ξενάγηση στους χώρους της κλινικής με σκοπό την εξοικείωσή τους και η εκπαίδευση του πατέρα για την συμμετοχή στον τοκετό και την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης κατά την διάρκεια της λοχείας καθώς επίσης και η εκπαίδευση του ζευγαριού για την

υπευθυνότητα που απαιτεί ο νέος τους ρόλος. Σε κάποιες περιπτώσεις οι γυναίκες δεν αποδέχονται την συμμετοχή στις ομάδες προγεννητικών μαθημάτων και έτσι καλύτερη μέθοδος προετοιμασίας για αυτές είναι η προσωπική επαφή με τον εκπαιδευτή, καθώς έτσι νιώθουν πιο οικεία και εκφράζουν ευκολότερα τους φόβους και τις ανησυχίες τους. Η πρώτη συνάντηση με τον εκπαιδευτή-νοσηλευτή είναι πολύ σημαντική ώστε η γυναίκα να αποδεχθεί την μοναδικότητα της και ταυτόχρονα να ενταχθεί στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν όλες οι νέες μητέρες.²⁵

Οι γυναίκες που ακολουθούν προγεννητική εκπαίδευση είναι λιγότερο φοβισμένες και πιο συνεργάσιμες και για αυτό το λόγο οι νοσηλευτές θα πρέπει να επιδιώκουν την εκπαίδευση αυτή. Εκτός από την πρόληψη της επιλόχειας κατάθλιψης, η εκπαίδευση αυτή φαίνεται πως έχει επιπλέον θετικές επιδράσεις, αφού απαιτείται μικρότερη ποσότητα χορηγούμενων φαρμάκων κατά την παραμονή στο μαιευτήριο και τον τοκετό, συμβαίνουν σε μικρότερο βαθμό επιλόχειες λοιμώξεις και αιμορραγίες καθώς και τοξιναιμία της κύησης, μειώνεται η πιθανότητα διενέργειας καισαρικής τομής και τα νεογνά συγκεντρώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία Apgar από το πρώτο λεπτό. Επιπρόσθετα, τα μαθήματα έχουν θετική επίδραση και στην ψυχολογία της γυναίκας, αφού αντιμετωπίζει θετικότερα την εγκυμοσύνη και τον τοκετό της, έχει καλύτερη εικόνα για το σώμα και τον εαυτό της, διατηρεί καλές σχέσεις με τον σύντροφο και τέλος είναι καλύτερα προετοιμασμένη για τον μητρικό ρόλο.²⁵

Πολλές φορές ο πατέρας επιθυμεί να συμμετέχει στον τοκετό και να είναι στο πλευρό της συζύγου του και αν το ίδιο επιθυμεί και η μητέρα, τότε οι νοσηλευτές μπορούν να ενθαρρύνουν τον πατέρα να συμμετέχει στην διαδικασία του τοκετού. Με αυτόν τον τρόπο αφενός μειώνεται το άγχος της επιτόκου, η εμπειρία του τοκετού γίνεται πιο ευχάριστη και ταυτόχρονα ο πατέρας μαθαίνει να υποστηρίζει την γυναίκα, το οποίο είναι πολύ σημαντικό για τους πρώτους μήνες μετά τον τοκετό. Ακόμη το να παροτρύνεται η μητέρα από τους ειδικούς στο να έχει το νεογνό στο δωμάτιό της κατά την παραμονή στο μαιευτήριο (rooming in) ενισχύει τον δεσμό μητέρας-παιδιού.²⁵

Η περίοδος μετάβασης της γυναίκας στην μητρότητα, είναι μια περίοδος κατά την οποία η γυναίκα είναι δεκτική σε καινούριες εικόνες, πληροφορίες και συναισθήματα. Οι ομαδικές συζητήσεις κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και της

λογείας βοηθούν την μητέρα να αντικαταστήσει τις αρνητικές εμπειρίες από την δική της σχέση με τους γονείς. Σε αυτό μπορεί να βοηθηθεί από την μαία ή την νοσηλεύτρια αφού αυτές είναι εκείνες που προσφέρουν φροντίδα στο νεογνό και πρακτική βοήθεια στην μητέρα και έτσι της δημιουργούν καινούριες εικόνες και συναισθήματα, συνεπώς πρότυπα συμπεριφοράς.²⁵

Όπως έχει αναφερθεί η πληροφόρηση είναι πολύ σημαντική για την διάθεση της εγκύου, παρόλα αυτά σημαντικό είναι η πηγή που πληροφορεί πρέπει να είναι έγκυρη και να δίνει κατανοητές πληροφορίες. Συνεπώς οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την περιγεννητική πληροφόρηση χρειάζεται να είναι μεταδοτικοί, να είναι άρτια καταρτισμένοι και να παρέχουν πληροφορίες και στήριξη όποτε οι γυναίκες το χρειάζονται έτσι ώστε να μην καταφεύγουν σε ακατάλληλους πληροφοριοδότες.²⁵

Ένας νέος κλάδος, η γενετική συμβουλευτική παρέχει πληροφορίες και κατευθύνσεις στους νέους γονείς μέσω συμβουλευτικών ομάδων και εκπαιδεύει τους γενετικούς συμβούλους και θα μπορούσε να βοηθήσει στην ομαλή μετάβαση στην μητρότητα. Το επικοινωνιακό αυτό μέσο βοηθά τους γονείς να κατανοήσουν ιατρικά θέματα όπως διάφορες νόσους, το πώς η κληρονομικότητα επηρεάζει την εμφάνιση ανωμαλιών, την ανάγκη για προγεννητικό έλεγχο και τέλος την επιλογή της καλύτερης δράσης για αντιμετώπιση τυχόν δυσκολιών που αντιτίθενται στις αρχικές τους προσδοκίες.²⁵

21. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

21.1 Αξιολόγηση

Η πρόωμη αναγνώριση και θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης και των άλλων συναισθηματικών διαταραχών κατά την διάρκεια της λοχείας είναι σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με την διάρκεια αυτού του είδους διαταραχών. Γι αυτό τον λόγο συστήνεται η εκτίμηση όλων των γυναικών για επιλόχειο κατάθλιψη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, κατά την διάρκεια της παραμονής στο μαιευτήριο αλλά και μετά επιστροφή στο σπίτι, στις επόμενες επισκέψεις στον ιατρό ή το μαιευτήριο. Εάν από το μαιευτήριο πραγματοποιούνται τηλεφωνήματα μετά τον τοκετό, θα πρέπει να γίνονται ερωτήσεις σχετικά με την κατάθλιψη, οι οποίες θα συγκαταλέγονται στην συνολική εκτίμηση. Ακόμη οι γυναίκες θα πρέπει να επανεκτιμούνται σε κάθε επίσκεψη από τους επαγγελματίες υγείας και τέτοιο ρόλο αναλαμβάνουν και οι νοσηλεύτές.³⁵

Οι γυναίκες των οποίων τα νεογνά νοσηλεύονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών συστήνεται να εξετάζονται από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε αυτούς τους χώρους. Επίσης, λόγω των συχνών επισκέψεων κατά τους πρώτους μήνες μετά τον τοκετό στον παιδίατρο, τα ιατρεία αυτά ή οι κλινικές είναι κατάλληλοι χώροι εκτίμησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας καθώς οι παιδίατροι και οι παιδιατρικοί νοσηλεύτές είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης και μπορούν να παραπέμψουν μια μητέρα σε κάποιον ειδικό όταν κριθεί απαραίτητο.³⁵

Είναι διαθέσιμα πολλά εργαλεία εκτίμησης της επιλόχειας κατάθλιψης και είναι αρκετά χρήσιμα στην κλινική πρακτική. Πολλά από αυτά τα εργαλεία βασίζονται στην παραδοχή πως η προγεννητική κατάθλιψη, το προγεννητικό άγχος, η κοινωνική υποστήριξη, η ικανοποίηση από τη συζυγική σχέση, η αυτοεκτίμηση, η ανεπιθύμητη ή μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το άγχος από την φροντίδα του νεογνού, ο χαρακτήρας του νεογνού, η μητρική ακεφιά είναι παράγοντες που μπορεί να προβλέψουν την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Επιπλέον, η εξέταση των γυναικών για υπερβολική κόπωση κατά τις δύο πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό γυναικών που αργότερα μπορεί να εμφανίσουν κατάθλιψη αλλά και στην εφαρμογή της θεραπείας το συντομότερο δυνατό.³⁵

Ένα εργαλείο εκτίμησης και παρατήρησης των ασθενών αποτελεί η Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS). Μια μικρότερη μορφή της κλίμακας αυτής μπορεί να χρησιμοποιηθεί, ρωτώντας τις γυναίκες εάν έχουν βλάβει τον εαυτό τους ανώφελα όταν τα πράγματα βρίσκονταν σε δύσκολο σημείο και αν ήταν αγχωμένες ή ανήσυχες ή ένιωθαν φοβισμένες ή πανικοβλημένες για έναν όχι τόσο σημαντικό λόγο.³⁵

Οι ερωτήσεις για την εκτίμηση της κατάστασης σχετίζονται με το αν η γυναίκα νιώθει συχνά στεναχωρημένη ή καταθλιπτική ή αν έχει χάσει το αίσθημα ευχαρίστησης ή το ενδιαφέρον της για πράγματα που παλαιότερα την ευχαριστούσαν. Αυτές οι ερωτήσεις επιτρέπουν την πρόωμη διάγνωση και θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης και μπορούν να μειώσουν την διάρκεια και την σοβαρότητά της. Η διατύπωση τέτοιου είδους ερωτήσεων από τον νοσηλευτή απορρέει ενδιαφέρον και αποδοχή προς την έκφραση των συναισθημάτων της γυναίκας και ανοίγεται έτσι ο δρόμος για περαιτέρω συζήτηση. Επίσης στις συζητήσεις αυτές η μητέρα θα πρέπει να ενημερωθεί για το γεγονός ότι πολλές γυναίκες νιώθουν μελαγχολία κατά την περίοδο της λοχείας και ότι η βοήθεια είναι διαθέσιμη.³⁵

Συνίσταται η παρατήρηση για υποκειμενικά συμπτώματα όπως είναι η απάθεια, η έλλειψη ενδιαφέροντος ή ενέργειας και η ανορεξία. Η διατύπωση από την μητέρα της αποτυχίας, της λύπης, της μοναξιάς, του άγχους ή η ασαφής σύγχυση είναι σημαντικά συμπτώματα. Επικεντρώνοντας στην συχνότητα, τη διάρκεια, την ένταση των συμπτωμάτων αυτών, μπορεί να καθοριστεί και η σοβαρότητά τους. Ακόμη μια ολοκληρωμένη παρατήρηση απαιτεί και την εκτίμηση των αντικειμενικών δεδομένων όπως το κλάμα η πτωχή προσωπική υγιεινή, η αϋπνία καθώς επίσης και η ανικανότητα της γυναίκας να ακολουθεί οδηγίες που της δίνονται.³⁵

Θα πρέπει να είναι ξεκάθαρο εάν υπάρχει υποστηρικτικό περιβάλλον. Οι ανύπαντρες μητέρες και εκείνες που δεν λαμβάνουν κοινωνική υποστήριξη φαίνεται πως νιώθουν εξαιρετικά απομονωμένες, γεγονός που οδηγεί σε άγχος το οποίο αδυνατούν να διαχειριστούν. Τέλος, ακατάλληλες εκδηλώσεις θυμού απέναντι στον σύντροφο και ανεκπλήρωτες προσδοκίες τόσο από το βρέφος όσο και από τον γονεϊκό ρόλο μπορεί να είναι παρούσες σε αρκετές περιπτώσεις.³⁵

21.2 Νοσηλευτική διάγνωση-Σχεδιασμός

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις για την επιλόχεια κατάθλιψη περιλαμβάνουν:^{14,22,35}

- Χαμηλή αυτοεκτίμηση της μητέρας περιστασιακά που σχετίζεται με την αλλαγή των ρόλων
- Κίνδυνος για διαταραχή της μητρικής λειτουργικότητας σχετιζόμενη με την ανικανότητα της μητέρας να αναπτύξει σχέσεις δεσμού με το παιδί λόγω της κατάθλιψης.
- Κίνδυνος πρόκλησης σωματικής βλάβης του νεογνού σχετιζόμενη με την διάχυση των ψυχοτρόπων φαρμάκων στο μητρικό γάλα και στην παραμέληση του από την μητέρα (διατροφή, υγιεινή και ασφάλεια)
- Αναποτελεσματική αντιμετώπιση που σχετίζεται με την έλλειψη ενεργητικότητας, αδυναμίας λήψης αποφάσεων και συγκέντρωσης.
- Κίνδυνος εκδήλωσης βίας προς τον εαυτό ή τους άλλους σχετιζόμενη με την επιλόχειο κατάθλιψη
- Διαταραχές πρόσληψης τροφής σχετιζόμενες με την κατάθλιψη και με την πρόσληψη ακατάλληλων τροφών βάσει των μεταβολικών αναγκών του οργανισμού.
- Διαταραχές ύπνου σχετιζόμενες με βιοχημικές αλλοιώσεις (μείωση σεροτονίνης), υπερδραστηριότητα, ανικανότητα αντίληψης αναγκών ανάπαυσης και ψυχογενές άγχος.
- Πνευματικό αδιέξοδο, σχετιζόμενο με έλλειψη ευχαρίστησης και ενδιαφέροντος, με αισθήματα ενοχής και με έλλειψη ψυχοκοινωνικών επαφών.

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα, σε γενικές γραμμές, μετά τον σχεδιασμό και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τις παραπάνω νοσηλευτικές διαγνώσεις είναι να διατηρηθεί η φυσική κατάσταση του νεογνού και της μητέρας, το νεογνό να παρουσιάζει φυσιολογική αύξηση και ανάπτυξη, να πάψει η μητέρα να βιώνει κατάθλιψη, να είναι πλήρως αποδεκτό το νεογνό ως νέο μέλος στην οικογένεια και να ενταχθεί πλήρως σε αυτήν. Ακόμη σημαντικό είναι η μητέρα να έχει αποτελεσματική αντιμετώπιση απέναντι στα προβλήματα αφού αναγνωρίσει τις δυνάμεις της και τις πηγές ενθάρρυνσης κατά την επιλόχειο περίοδο.^{14,22,35}

21.3 Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις έχουν σκοπό να εκπαιδεύσουν την γυναίκα και στο περιβάλλον της για τα σημεία και συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης, την αναγνώρισή της, για την θεραπεία που θα ακολουθηθεί (π.χ. ψυχοτρόπα φάρμακα και ανεπιθύμητες ενέργειες), για την παρεχόμενη φροντίδα, ώστε οι νοσηλευτές να έχουν υποστηρικτικό ρόλο στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τα εξής:³⁵

21.3.1 Παροχή προληπτικής καθοδήγησης

Λόγω της μικρής παραμονής των νέων μητέρων στο νοσοκομείο και τον χρόνο εμφάνισης των συναισθηματικών διαταραχών, στις περισσότερες περιπτώσεις επιλόχεια κατάθλιψη (και η επιλόχεια ψύχωση) εμφανίζεται αφού η γυναίκα έχει επιστρέψει στο σπίτι. Για αυτό τον λόγο, η προληπτική καθοδήγηση προς την μητέρα και την οικογένειά της, αποτελεί την σημαντικότερη νοσηλευτική παρέμβαση. Η επιτυχία της θεραπείας είναι σε μεγάλο βαθμό επηρεαζόμενη από την πρώιμη διάγνωση.³⁵

Κατά την προγεννητική περίοδο, χρήσιμη είναι η πραγματοποίηση μιας συζήτησης με την μητέρα και τον σύζυγο ώστε να δοθεί προληπτική καθοδήγηση σχετικά με τις πρώτες εβδομάδες στο σπίτι. Χρειάζεται να γίνουν κατανοητά τα σημεία και συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης και η σημαντικότητα της αναζήτησης βοήθειας όσο το δυνατόν νωρίτερα με σκοπό την ελάττωση της διάρκειας της νόσου.³⁵

Θα πρέπει επίσης να συζητηθεί η ανάγκη για συχνή επαφή με άλλους ενηλίκους ώστε η μητέρα να μην νιώθει απομονωμένη. Έμφαση πρέπει να δοθεί στο πόσο σημαντική είναι η συνεχής επικοινωνία με τον σύζυγο ή έναν φίλο που μπορεί να προσφέρει υποστήριξη όταν η μοναξιά ή το άγχος αρχίζουν να δημιουργούν πρόβλημα. Πρέπει ακόμη να γίνει κατανοητό ότι η επαρκής ξεκούραση και διατροφή μπορούν να βοηθήσουν τη μητέρα να αποκτήσει περισσότερη ενέργεια και ένα αίσθημα υγείας και ευεξίας. Η μητέρα και τα άτομα που την στηρίζουν πρέπει να εκπαιδευτούν για τα σημάδια της επιλόχειας κατάθλιψης και των άλλων επιλόχειων ψυχιατρικών διαταραχών καθώς και για το πότε πρέπει να αναζητούν βοήθεια από κάποιον ειδικό.³⁵

Οι γυναίκες με κατάθλιψη τείνουν να αισθάνονται ντροπή και πιστεύουν ότι υπάρχει κοινωνικό στίγμα σχετικά με την νόσο. Έτσι δυσκολεύονται να παραδεχτούν ότι πάσχουν από κατάθλιψη σε οποιαδήποτε χρονική περίοδο της ζωής τους και ιδιαίτερα κατά την λοχεία. Ταυτόχρονα ίσως θεωρούν ότι εάν φανερώσουν το πρόβλημά τους θα απομακρύνουν τα παιδιά τους από κοντά τους. Εάν συζητήσουν τα συναισθήματά τους, οι φίλοι ακόμη και οι επαγγελματίες υγείας, μπορεί να κάνουν σχόλια όπως «θα το ξεπεράσεις, εξάλλου έχεις ένα πανέμορφο μωρό». Οι γυναίκες και το περιβάλλον τους απαξιώνουν την κατάθλιψη αφού δεν μπορούν να ανακαλύψουν την ακριβή αιτία. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να παροτρύνουν τις γυναίκες να αναγνωρίζουν και να εκφράζουν τα συναισθήματά τους παρόλο που κάποια από αυτά μπορεί να φαίνονται αναίτια. Τέλος χρειάζεται συζήτηση σχετικά με την πραγματικότητα της μητρότητας και το γεγονός ότι κάποιες φορές είναι εξουθενωτική.³⁵

21.3.2 Ενίσχυση της ευαισθησίας στις αντιδράσεις του βρέφους

Χρειάζεται επισήμανση των νύξεων του βρέφους και επεξήγηση του νοήματός τους καθώς επίσης και επίδειξη τρόπου συμπεριφοράς με σκοπό να διδαχθεί η μητέρα για το πώς να αποκρίνεται στις αντιδράσεις του νεογνού. Χρήσιμο θα ήταν να υποδειχθεί η επαφή «σώμα με σώμα» μητέρας και βρέφους μπορεί επίσης να βοηθήσει στην αύξηση του δεσμού μεταξύ τους και μέσω αυτού η γυναίκα μπορεί να νιώσει καλύτερα με τον εαυτό της και με την ικανότητά της για την παροχή φροντίδας στο νεογνό της. Μέτρα που βοηθούν την μητέρα να ηρεμεί μπορεί να φανούν χρήσιμα στο να βελτιωθεί η διάθεσή της και στην αποτελεσματικότερη απόκρισή της στις ανάγκες του νεογνού.³⁵

Σημαντική είναι η εκτίμηση της αύξησης και ανάπτυξης του βρέφους. Οι καταθλιπτικές μητέρες δύναται να μην παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα και την σωστή και επαρκή διατροφή στο νεογνό. Ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να εκτιμά την απώλεια ή την αύξηση του βάρους του και να παρατηρεί τον βαθμό και τον τρόπο απόκρισης της μητέρας στο κλάμα του νεογνού. Ο θηλασμός αυξάνει τα συναισθήματα εγγύτητας προς το νεογνό και για αυτό το λόγο η μητέρα θα πρέπει να ενθαρρύνεται να μην τον διακόψει και εάν λαμβάνει ψυχοτρόπα φάρμακα θα πρέπει να επιβεβαιώνεται πως είναι κατάλληλα σκευάσματα για χρήση κατά τον θηλασμό.³⁵

21.3.3 Παροχή φροντίδας βασισμένης στις ενδείξεις

Η παροχή συγκεκριμένης φροντίδας στην μητέρα με επιλόχειο κατάθλιψη είναι μια σημαντική νοσηλευτική στρατηγική, προκειμένου να μπορέσει να μειώσει το συνολικό άγχος και να ανακτήσει την ευεξία κατά την λοχεία. Θα πρέπει ο νοσηλευτής να αναγνωρίζει πότε τα πράγματα δεν κυλούν φυσιολογικά και η γυναίκα εμφανίζει κατάθλιψη.³⁵

Χρειάζεται λοιπόν, ο νοσηλευτής να ξοδέψει αρκετό χρόνο με την μητέρα και να της εξηγήσει μέσα από συζητήσεις ότι αυτό που της συμβαίνει δεν είναι δικό της λάθος. Ακόμη θα πρέπει να της εξηγήσει ότι η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια νόσος που μπορεί να θεραπευτεί και να έρθει στο τέλος της.³⁵

Πολύ σημαντικό είναι επίσης ο νοσηλευτής να επισημάνει στην μητέρα το γεγονός ότι η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια κατάσταση που βιώνεται ως μια κοινή εμπειρία μετά τον τοκετό από πολλές γυναίκες και δεν είναι η μόνη που αισθάνεται έτσι. Θα πρέπει επιπλέον η γυναίκα να ενθαρρύνεται να εκφράζει τα συναισθήματά της και να είναι βέβαιη πως οποιαδήποτε στιγμή, η φροντίδα είναι διαθέσιμη για αυτήν.³⁵

21.3.4 Παροχή βοήθειας στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας

Στις συζητήσεις για παροχή φροντίδας θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται και ο πατέρας. Καθώς κατάθλιψη μπορεί να παρουσιάσουν και οι άνδρες μετά την απόκτηση του παιδιού τους, συστήνεται η ενθάρρυνση από τον νοσηλευτή να εκφράσει ο πατέρας τα συναισθήματά του. Θα πρέπει να τονιστεί στον πατέρα ο ρόλος του ως υποστηρικτής τόσο της μητέρας όσο και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας.³⁵

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προτείνει πρακτικούς τρόπους στον πατέρα με τους οποίους θα μπορέσει να διαχειριστεί τις αλλαγές που συμβαίνουν στην οικογένεια με τον ερχομό ενός νέου μέλους. Θα πρέπει επιπρόσθετα να συζητηθούν τρόποι με τους οποίους θα βοηθήσει την μητέρα με επιλόχειο κατάθλιψη, όπως είναι το να υπενθυμίζει στην μητέρα το να τραφεί και να κοιμηθεί σωστά ώστε να μειωθεί η ευερεθιστότητα και το άγχος της.³⁵

Οι επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης θα πρέπει να εξηγηθούν σε όλα τα μέλη της οικογένειας. Θα πρέπει ακόμη να τονιστεί το πόσο σημαντικό είναι να

φροντίζει η οικογένεια ώστε να γίνεται σωστά η φαρμακευτική θεραπεία και να μην την αμελεί η μητέρα. Η οικογένεια θα πρέπει να γνωρίσει επιπλέον σημάδια τα οποία υποδεικνύουν επιδείνωση της κατάστασης της μητέρας και να τονιστεί το πότε θα πρέπει η οικογένεια να ζητήσει την βοήθεια ενός επαγγελματία υγείας. Τέλος επειδή οι καταθλιπτικές μητέρες δεν αλληλεπιδρούν με τα παιδιά τους σωστά και αρκετά, χρειάζεται να τονιστεί στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας ότι θα πρέπει εκείνα να προσέχουν, να φροντίζουν το νεογνό και να αλληλεπιδρούν μαζί του.³⁵

21.3.5 Συζήτηση σχετικά με τις επιλογές και τις πηγές ενθάρρυνσης

Η γυναίκα θα πρέπει να ερωτάται για το εάν υπάρχουν στρεσογόνους παράγοντες στη ζωή της οι οποίοι μπορεί να επηρεάζουν την κατάθλιψη. Η γυναίκα θα πρέπει να βοηθηθεί ώστε να βρει τρόπους για να μειώσει τις πηγές άγχους. Συνίσταται να προταθεί στην μητέρα και τον πατέρα να αναγνωρίσουν άτομα του περιβάλλοντός τους τα οποία μπορούν να έχουν υποστηρικτικό ρόλο. Επιπλέον, ο νοσηλευτής μπορεί να παρέχει στους γονείς αριθμούς τηλεφώνων τοπικών υποστηρικτικών ομάδων για την κατάθλιψη καθώς επίσης και διευθύνσεις ιστοσελίδων για περαιτέρω πληροφόρηση.³⁵

21.3.6 Λήψη μέτρων σε εκδήλωση βίας προς τον εαυτό ή/και τους άλλους

Για τον νοσηλευτή πρωταρχικό του μέλημα είναι η προστασία του ατόμου και του νεογνού. Είναι αποδεδειγμένο πως ο αυτοκτονικός ιδεασμός αποκτά σχέδιο ή ακόμα πραγματοποιείται όταν το άτομο ξεκινά να ανακτά τις ελπίδες και τις δυνάμεις του και έτσι κρίνεται απαραίτητη η συνεχής αξιολόγησή του για την διαπίστωση του βαθμού αυτοπεποίθησης και του βαθμού απελπισίας. Συνεχής επαγρύπνηση χρειάζεται για τον εντοπισμό σκέψεων ή την ύπαρξη σχεδίου αυτοκτονίας. Για την εκτίμηση της σοβαρότητας του κινδύνου που διατρέχει το ίδιο το άτομο αλλά και οι άλλοι σημαντικό είναι το ιστορικό βίας.¹⁴

Για την πρόληψη απόπειρας αυτοκτονίας, χρειάζεται ο νοσηλευτής να επιτηρεί την ασθενή ώστε να διαπιστώνει εάν εμφανίσει αμφιθυμία, δυσθυμία, απελπισία, απώλεια θέλησης να ζήσει. Εάν το άτομο βρίσκεται σε απελπισία ο νοσηλευτής πρέπει να βρίσκεται σε επαγρύπνηση και να αναγνωρίζει τα σημάδια τα οποία είναι: η απομόνωση από το κοινωνικό περιβάλλον, η άρνηση για φαγητό, για

λήψη των φαρμάκων και για συναίνεση στο να μην προκαλέσει βλάβη στον εαυτό της, η ανικανότητα να προγραμματίζει το μέλλον της.¹⁴

Σχετικά με την πρόκληση βίας προς τους άλλους θα πρέπει η νοσηλεύτρια να εμπνέουν και να καθοδηγούν την μητέρα στο να ανακαλύπτει εναλλακτικούς τρόπους συμπεριφοράς, παρέχοντας θετική, ρεαλιστική ανατροφοδότηση και ενθάρρυνση. Ακόμη όταν υπάρχει ευερεθιστότητα θα πρέπει να μειώνονται τα ερεθίσματα από το περιβάλλον, το περιβάλλον να είναι ασφαλές και να μην υπάρχουν αντικείμενα τριγύρω που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να βλάψουν.¹⁴

21.3.7 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε διαταραχή των διατροφικών συνηθειών

Η γυναίκα που πάσχει από κατάθλιψη εμφανίζει άλλοτε ανορεξία και άλλοτε καταναλώνει τροφές σε απάντηση εσωτερικών ερεθισμάτων και όχι επειδή πεινάει. Οι νοσηλεύτριες θα πρέπει να ελέγχουν και να καταγράφουν την ποσότητα προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων τροφών και υγρών και να πληροφορούν την μητέρα για την ανάγκη πρόσληψης επαρκούς ποσότητας τροφής και υγρών με σκοπό την αποφυγή του υποσιτισμού.¹⁴

Θα πρέπει επίσης να καθοριστεί και να ακολουθείται ένα πλάνο διατροφής που θα παρέχει την απαιτούμενη ποσότητα θερμίδων και θρεπτικών συστατικών. Σημαντική είναι και η παρακολούθηση του σωματικού βάρους και η παρατήρηση της αντίδρασης της γυναίκας απέναντι στο ζύγισμα. Τέλος, χρήσιμη είναι η προσφορά μικρών, δελεαστικών γευμάτων κατά τη διάρκεια της ημέρας όπως επίσης και η παρακολούθηση των εργαστηριακών τιμών για αξιολόγηση της επάρκειας των θρεπτικών συστατικών.¹⁴

21.3.8 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε διαταραχές του ύπνου

Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα άτομα με κατάθλιψη αντιμετωπίζουν προβλήματα στην επέλευση του ύπνου, στην διατήρησή του, στο να παραμείνουν ξύπνιοι κ.α. Επίσης αντιμετωπίζουν τον ύπνο σαν διέξοδο και οδηγούνται σε υπερυπνία.¹⁴

Χρειάζεται να καθοριστούν η φύση της διαταραχής του ύπνου και η διαφοροποίηση από τα συνήθη πρότυπα και σε συνεργασία με την ασθενή να καταρτιστεί ένα σχέδιο προκειμένου να αντιμετωπιστεί η διαταραχή. Θα πρέπει να

αναζητηθούν προηγούμενες συμπεριφορές που βοηθούσαν παλαιότερα στο να επέλθει ο ύπνος και να παροτρυνθεί η ασθενής να τις ακολουθήσει ξανά.¹⁴

Ο νοσηλευτής μπορεί επίσης να προτείνει την λήψη μέτρων όπως η διακοπή λήψης καφεΐνης αργά το απόγευμα, η λήψη ελαφρού γεύματος όπως ένα ζεστό γάλα πριν τον ύπνο, η αποφυγή λήψης υγρών πριν τον βραδινό ύπνο και η προτροπή για ούρηση πριν από αυτόν, η μείωση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων όπως τα φώτα και ο θόρυβος και η χρήση χαλαρωτικών τεχνικών πριν τον ύπνο. Όταν οι προηγούμενες μέθοδοι αποτυγχάνουν μπορεί σε συνεννόηση με την ασθενή η χορήγηση υπναγωγών φαρμάκων.¹⁴

22. ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Οι επισκέψεις του νοσηλευτή στο σπίτι ή η τηλεφωνική επικοινωνία και η ταυτόχρονη συμβουλευτική εκπαίδευση μπορούν κατά την περίοδο της λοχείας να μειώσουν την επίπτωση και της επιπλοκής της επιλόχειας κατάθλιψης. Μια τηλεφωνική επικοινωνία ή μια επίσκεψη στο σπίτι μια φορά την εβδομάδα μέχρι την πρώτη επίσκεψη της μητέρας στον ιατρό ή το μαιευτήριο είναι ικανές να βοηθήσουν την μητέρα από τις επιπλοκές της κατάθλιψης.³⁶

Κύριο μέλημα των επαγγελματιών υγείας είναι η επίβλεψη των γυναικών με διαταραχές του συναισθήματος. Εάν είναι αδύνατη η επικοινωνία ή η επίσκεψη τότε με την συλλογική προσπάθεια του νοσηλευτή και των μελών της οικογένειας μπορεί να σχεδιαστεί το πλάνο επίβλεψης. Η κατάθλιψη μπορεί να παρεμποδίσει την μητέρα να εκτελέσει τα καθήκοντά της και να χρειάζεται η παρέμβαση της οικογένειας για την ικανοποίηση αυτών. Είναι μια περίοδος κατά την οποία η οικογένεια καλείται να προσδιορίσει τον τρόπο που πρέπει να ακολουθήσει για να παρέχει βοήθεια και στήριξη στην μητέρα και ακόμη πρέπει να συνεργαστεί με τους επαγγελματίες υγείας για την επαρκή επίβλεψη της μητέρας.³⁶

Ο σύζυγος της γυναίκας με κατάθλιψη συχνά βρίσκεται αντιμέτωπος με τη θλίψη, τον θυμό, τη σύγχυση, το σοκ, τις ενοχές ενώ ταυτόχρονα νιώθει παραμελημένος. Έτσι και οι δύο έχουν την ανάγκη να εκφράσουν τα συναισθήματα και τις αγωνίες τους σε ένα μη επικριτικό περιβάλλον και ένα έμπιστο άτομο, όπως είναι ένας νοσηλευτής ή η μαία. Θα πρέπει ο νοσηλευτής να συζητήσει με την γυναίκα σχετικά με τα συναισθήματα του συντρόφου της και με το ενδεχόμενο αυτός να απομονωθεί ή να γίνει επικριτικός αφού ανησυχεί για εκείνη και είναι σημαντική για αυτόν. Ο πατέρας θα πρέπει να ενθαρρύνεται να φροντίζει και να προστατεύει το νεογνό και την μητέρα και να ενθαρρύνεται να εκφράζει τα συναισθήματά του.³⁶

Οι κοινοτικές υπηρεσίες που μπορούν να φανούν χρήσιμες αυτή την περίοδο είναι αυτές που αφορούν την πρόσκαιρη φροντίδα του νεογνού και της οικογένειας όπως είναι οι υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, οικιακής βοήθειας, κέντρα καθοδήγησης γονέων, οι ομάδες τηλεφωνικής υποστήριξης και άλλα προγράμματα υποστήριξης. Εάν μετά από την επίβλεψη από την οικογένεια, και την κοινότητα διαπιστωθεί μέτρια έως βαριά κατάθλιψη ο επιβλέπων επαγγελματίας υγείας θα

πρέπει να παραπέμψει την μητέρα σε κάποιον ειδικό, όπως είναι μια εξειδικευμένη νοσηλεύτρια ψυχικής υγείας, για αξιολόγηση και θεραπεία. Η εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική προτείνεται μόνο όταν υπάρχει κίνδυνος εκδήλωσης βίας προς το παιδί ή αυτοκτονικότητας.³⁶

23. ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη είναι πολύ σημαντική και σκοπεύει στον έγκαιρο εντοπισμό των γυναικών που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης και στην κατάλληλη αντιμετώπισή τους. Στην πρόληψη συμβάλουν ουσιαστικά και οι νοσηλεύτριες σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας.²⁶

23.1 Πρωτοβάθμια πρόληψη

Οι γυναίκες που εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για επιλόχεια κατάθλιψη, θα πρέπει να αναγνωρίζονται εγκαίρως, δηλαδή κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης ή πριν την έξοδό τους από το μαιευτήριο. Θα πρέπει για αυτόν το σκοπό να λαμβάνεται ένα πλήρες ιστορικό της γυναίκας καθώς η παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και η ύπαρξη ατομικού ή οικογενειακού ιστορικού σε συνδυασμό με επιβαρυντικούς παράγοντες αποτελούν τις σημαντικότερες πηγές για εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης.²⁶

Αυτές οι γυναίκες με θετικό ατομικό ψυχιατρικό ιστορικό (διαταραχές της διάθεσης ή επεισόδιο επιλόχειας κατάθλιψης) θα πρέπει να παρακολουθούνται ψυχιατρικά σε όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επιπλέον, εάν η γυναίκα λάμβανε αντικαταθλιπτική αγωγή και διακόπηκε, θα πρέπει να χορηγηθεί ξανά μετά τον τοκετό και σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμη και κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης η οποία μπορεί να χρειάζεται και παράλληλη ψυχοθεραπεία.²⁶

Οι γυναίκες που επιβαρύνονται από τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο 3, θα πρέπει ως μέτρο πρόληψης να ενημερώνονται για τις πιθανότητες που έχουν στο να εμφανίσουν επιλόχειο κατάθλιψη, καθώς και για το πόσο απαραίτητο είναι η λήψη έγκαιρης ψυχιατρικής βοήθειας. Ακόμη η ενημέρωση της οικογένειας είναι πολύ σημαντική σχετικά με την υποστήριξη που πρέπει να παρέχει στην μητέρα όπως επίσης και η εκπαίδευση για τα σημάδια της κατάθλιψης. Επειδή κάποιο από τα μέλη της οικογένειας μπορεί να επηρεαστεί από την κατάθλιψη που ίσως εμφανίσει η μητέρα, πολλές φορές προτείνεται και οικογενειακή προληπτική ψυχοθεραπεία.²⁶

Σημαντικό τμήμα της πρόληψης είναι η κατάλληλη εκπαίδευση και κατάρτιση των ιατρών, των μαιών, των νοσηλευτών και γενικά όλων των επαγγελματιών υγείας που έρχονται σε επαφή με ευάλωτα άτομα ώστε να μπορούν να παρέμβουν στην

επιλόχειο κατάθλιψη αλλά και να προλάβουν ή να επέμβουν στις επιπτώσεις που έχει και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Η ενημέρωση των γυναικών και του περιβάλλοντός του μπορεί να πραγματοποιηθεί και μέσω ενημερωτικών προγραμμάτων στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ιστοσελίδων, τηλεφωνικής υποστήριξης και προγραμμάτων αυτοβοήθειας.²⁶

Σε πολλούς πολιτισμούς έχει παρατηρηθεί πως για 40 ημέρες μετά τον τοκετό παρέχεται από το περιβάλλον αυξημένη φροντίδα, αφού κυρίως η οικογένεια φροντίζει η λεχώιδα να ξεκουράζεται αρκετά, να μην δέχεται επισκέψεις, να μην μαθαίνει δυσάρεστες ειδήσεις, να βρίσκεται σε έναν ήρεμο και χαρούμενο χώρο ενώ επίσης καλύπτει κάθε ανάγκη της μητέρας και του νεογνού και ταυτόχρονα της δίνονται οδηγίες για το πώς να φροντίζει το νεογνό. Όμως ο δυτικός τρόπος ζωής πολλές φορές αναγκάζει τις νέες μητέρες να γυρίσουν σπίτι μετά από λίγες μέρες παραμονής στο μαιευτήριο και να φροντίσουν εξ αρχής το παιδί τους μόνες τους και είναι απαραίτητο να επιστρέψουν στην εργασία τους εντός λίγων εβδομάδων.²⁶

23.2 Δευτερογενής πρόληψη

Σε επίπεδο δευτερογενούς πρόληψης, εξαιρετικής προληπτικής σημασίας είναι η έγκαιρη αναγνώριση και η θεραπευτική αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης, με την χρήση φαρμακευτικής αγωγής, με ψυχοθεραπεία ή και με νοσηλεία σε γυναίκες με αυτοκτονικό ή ανθρωποκτονικό ιδεασμό. Θα πρέπει να αποκλεισθεί η ύπαρξη υποθυρεοειδισμού καθώς όταν συνυπάρχει με την κατάθλιψη δυσχεραίνει την θεραπεία της.²⁶

Σύμφωνα με την υπάρχουσα κλινική εμπειρία οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης αποτελεί την κατάλληλη αντικαταθλιπτική φαρμακευτική θεραπεία, ειδικά εάν συνυπάρχει ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία. Όταν όμως οι ασθενείς εμφανίζουν έντονο άγχος επιλέγονται αντικαταθλιπτικά με κατασταλτικές ιδιότητες όπως είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης. Επιπρόσθετα δεν θα πρέπει να προτιμάται η χορήγηση βενζοδιαζεπινών αφού προκαλούν εξάρτηση, έξαρση της ψυχοκινητικής διέγερσης και δεν είναι συμβατές με τον θηλασμό. Η λεχώιδα που λαμβάνει ψυχοτρόπα φάρμακα θα πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή ψυχιατρική παρακολούθηση, ώστε να παρατηρείται η σταδιακή βελτίωση της διάθεσης και να διακόπτονται όταν επέλθουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Όταν η κατάθλιψη είναι βαριά, συνυπάρχουν ψυχωσικά

στοιχεία ή δεν είναι αντιμετωπίσιμη με τους άλλες μεθόδους χρησιμοποιείται και το ECT.²⁶

Σχετικά με την ψυχοθεραπεία, η γνωστική-συμπεριφορική και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία είναι οι πλέον κατάλληλες για την επιλόχεια κατάθλιψη σε επίπεδο δευτερογενούς πρόληψης. Κατά την ψυχοθεραπεία παρέχονται πληροφορίες για την νόσο και την πορεία της, για τον υποστηρικτικό ρόλο της οικογένειας απέναντι στην λεχωίδα και αναζητείται ισορροπία σχετικά με τις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις.²⁶

Η έναρξη της θεραπείας της επιλόχειας κατάθλιψης πρέπει να ξεκινά σε πρώιμο στάδιο αφού η καταθλιπτική συμπτωματολογία επιδεινώνεται σταδιακά και πολλές φορές προκύπτει ανθεκτική στην θεραπεία. Επίσης η αθεράπευτη επιλόχεια κατάθλιψη ενέχει κινδύνους τόσο για την μητέρα όσο και για το παιδί.²⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

24.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κατάθλιψη αποτελεί συχνή κλινική οντότητα κυρίως στις ανεπτυγμένες κοινωνίες με αυξημένη επίπτωση σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ζωή του ατόμου. Από τα αρχαία χρόνια ο Ιπποκράτης μελέτησε την κατάθλιψη, όμως ως όρος καθιερώθηκε τους τελευταίους αιώνες.

Υπάρχουν πολλά είδη καταθλιπτικών διαταραχών, από τα οποία το 8-10% του πληθυσμού του δυτικού κόσμου θα εμφανίσει κάποιο από αυτά. Τα είδη της κατάθλιψης περιλαμβάνουν την μείζον καταθλιπτική διαταραχή, τη δυσθυμία, την δευτερογενή, την οργανική κατάθλιψη, την κατάθλιψη κατά την σωματική νόσο ή αναπηρία, την εποχική κατάθλιψη, την άτυπη κατάθλιψη, την κατάθλιψη στην σχιζοφρένεια, την επιλόχεια κατάθλιψη και την διασπαστική διαταραχή λόγω δυσρυθμισμένης διάθεσης.

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM-V τα εννέα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι η καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, η απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης για όλες ή σχεδόν όλες τις καθημερινές δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, η σημαντική απώλεια βάρους ή η αύξηση βάρους, οι διαταραχές ύπνου, η ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, η κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας, το αίσθημα αναξιοτιμίας, η μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και ο αυτοκτονικός ιδεασμός. Για να διαπιστωθεί ότι ένα άτομο πάσχει από κατάθλιψη θα πρέπει να πληροί τουλάχιστον τα πέντε από τα εννέα παραπάνω κριτήρια.

Στους αιτιολογικούς παράγοντες της κατάθλιψης συμπεριλαμβάνονται η γενετική προδιάθεση, οι εξωγενείς παράγοντες όπως διάφοροι ψυχοτραυματισμοί, νευρολογικά νοσήματα που επηρεάζουν το ΚΝΣ, ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες, διάφορα σωματικά νοσήματα, μεταβολικά και βιοχημικά αίτια.

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η διαταραχή της διάθεσης και κυρίως το καταθλιπτικό συναίσθημα, η αϋπνία ή υπερυπνία, η ανορεξία, η δυσκοιλιότητα, η ξηροστομία, η ψυχοκινητική επιβράδυνση, η ατημέλητη εμφάνιση και άλλα μη ειδικά συμπτώματα όπως είναι μυϊκή αδυναμία, η κεφαλαλγία, η οσφυαλγία κ.α. Σοβαρή είναι η κατάσταση του ασθενούς όταν στην συμπτωματολογία προστίθενται οι

ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες και ο αυτοκτονικός ιδεασμός ή η απόπειρα αυτοκτονίας.

Η θεραπεία της κατάθλιψης βασίζεται στον συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας. Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες φαρμάκων: τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά τα οποία δρουν αναστέλλοντας την επαναπρόσληψη σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης, αυξάνοντας την συγκέντρωσή τους στις συνάψεις τα οποία έχουν αρκετές παρενέργειες και έχει περιοριστεί η χρήση τους. Ακόμη οι αναστολείς της MAO αναστέλλουν το ένζυμο μονοαμινοξειδάση στις συνάψεις και έτσι αυξάνεται η διαθεσιμότητα νοραδρεναλίνης, ντοπαμίνης και σεροτονίνης και λόγω των σοβαρών παρενεργειών χρησιμοποιούνται μόνο όταν οι υπόλοιπες ομάδες φαρμάκων αποτυγχάνουν. Φάρμακα εκλογής αποτελούν οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI) και δρουν αναστέλλοντας την επαναπρόσληψη σεροτονίνης στον προσυναπτικό νευρώνα με συνέπεια την αύξηση της συγκέντρωσής της στις συνάψεις. Έχουν τις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από τα υπόλοιπα αντικαταθλιπτικά.

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι γνωστική, συμπεριφορική ή διαπροσωπική θεραπεία. Άλλες μορφές θεραπείας είναι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία που χρησιμοποιείται όταν οι υπόλοιπες μέθοδοι αποτυγχάνουν καθώς επίσης και η φωτοθεραπεία και οι τεχνικές χαλάρωσης.

Κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό συμβαίνουν αρκετές αλλαγές σε όλα τα συστήματα της γυναίκας όπως είναι το γεννητικό, το ενδοκρινικό, το ανοσοποιητικό και άλλα συστήματα. Σημαντικές είναι οι αλλαγές στην συναισθηματική κατάσταση της γυναίκας. Η ψυχολογία της εγκύου επηρεάζεται από τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα της και από τις ορμονικές μεταβολές. Οι γυναίκες χρησιμοποιούν την περίοδο της εγκυμοσύνης για την προσαρμογή στον νέο τους ρόλο, αυτόν της μητρότητας. Κατά την περίοδο αυτή όλα τα μέλη της οικογένειας καλούνται να αναπροσαρμόσουν τον ρόλο τους μέσα σε αυτή, γεγονός που οδηγεί σε προστριβές και εντάσεις. Οι αλλαγές αυτές επηρεάζονται από την κοινωνική και πολιτισμική κατάσταση καθώς και από το επικρατές υποστηρικτικό πλαίσιο.

Η αποδοχή της κύησης και η ένταξή της στην καθημερινότητα της γυναίκας αποτελεί το πρώτο μεταβατικό στάδιο για την υποδοχή της μητρότητας και η ύπαρξη της μητέρας της κατέχει τον κυριότερο υποστηρικτικό ρόλο. Στην περίοδο αυτή

παρατηρείται φυσιολογικά αμφιθυμία σε πολλές περιπτώσεις. Ακόμη η υποστήριξη και η φροντίδα που δέχεται η έγκυος από τον πατέρα του παιδιού φαίνεται να περιορίζουν τα συναισθηματικά και σωματικά συμπτώματα και τις επιπλοκές.

Ο ψυχισμός της γυναίκας μετά τον τοκετό παρουσιάζει ουσιαστικές μεταβολές. Ο τοκετός και η λοχεία αποτελούν στρεσογόνους παράγοντες πολλές φορές και κατατάσσονται στους παράγοντες που δύναται να προκαλέσουν δυσκολίες προσαρμογής και εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης.

Έχει διαπιστωθεί ότι η επιλόχεια κατάθλιψη επιδρά σε ποσοστό 10-15 % στις νέες μητέρες κατά την διάρκεια του πρώτου έτους μετά τον τοκετό. Η επιλόχεια κατάθλιψη αφορά σε επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης με περιγεννητική έναρξη σύμφωνα με το DSM-V. Στα είδη της επιλόχειας κατάθλιψης περιλαμβάνονται η «Επιλόχεια Κακοδιαθεσία», η επιλόχεια αθυμία, η μείζον επιλόχεια κατάθλιψη και η επιλόχεια ψύχωση.

Σημαντικός προγνωστικός δείκτης για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης είναι η ψυχολογική κατάσταση της μητέρας κατά τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό. Το υποστηρικτικό πλαίσιο, όπως η κακή σχέση με τον σύζυγο και την μητέρα, η απουσία της μητέρας λόγω θανάτου και οι κοινωνικές δυσκολίες καθώς επίσης και τα στρεσογόνα και τα αρνητικά γεγονότα της ζωής, τα χαρακτηριστικά του νεογνού αποτελούν τους αιτιολογικούς παράγοντες για εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, ιδιαίτερα διαταραχές διάθεσης, η κληρονομικότητα, οι εξωγενείς ψυχοπαιεστικοί παράγοντες και τα στοιχεία της προσωπικότητας της μητέρας κατέχουν βασικό ρόλο στην εκδήλωση της νόσου.

Η θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης δεν διαφέρει από την θεραπεία άλλων καταθλίψεων και περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία, υποστήριξη στις καθημερινές δραστηριότητες της μητέρας και ειδικά σε αυτές που αφορούν στην φροντίδα του βρέφους. Τα αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται χωρίς ιδιαίτερες προφυλάξεις σε μητέρες που δεν θηλάζουν. Είναι σημαντική η απόφαση της μητέρας για θηλασμό και οποιαδήποτε κοινωνική πίεση με επακόλουθη διακοπή της γαλουχίας επιδρά αρνητικά στην διάθεση της γυναίκας. Σε αυτή την περίπτωση η επιλογή των αντικαταθλιπτικών νορτριπτυλίνης και δεσιπραμίνης είναι η ασφαλέστερη θεραπεία.

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει κλασικές θεραπευτικές ψυχαναλυτικές τακτικές, υποστηρικτική, γνωσιακή, διαπροσωπική ψυχοθεραπεία καθώς επίσης και εκπαίδευση και υποστήριξη στον ρόλο της μητέρας. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία έχει κριθεί ως η πλέον κατάλληλη για την θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης.

25. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η συμβολή των επαγγελματιών υγείας στην έγκαιρη εντόπιση και παρέμβαση στην επιλόχειο κατάθλιψη κρίνεται πολύ σημαντική. Στόχος των επαγγελματιών υγείας είναι η πληροφόρηση και στήριξη της μητέρας ώστε να μπορέσει να συζητήσει στην συνέχεια σχετικά με τους φόβους και τις ανησυχίες της και να βοηθηθεί ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει την κατάσταση. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποτελεί πηγή πληροφόρησης, ενθάρρυνσης και κοινωνικής επαφής για την μητέρα.

Η αξιολόγηση της εγκύου και της νέας μητέρας είναι το πρώτο βήμα για την αποτελεσματική παρέμβασή του. Συνεπώς, συστήνεται η εκτίμηση όλων των γυναικών για επιλόχειο κατάθλιψη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, κατά την διάρκεια της παραμονής στο μαιευτήριο αλλά και μετά επιστροφή στο σπίτι.

Υπάρχουν διαθέσιμα πολλά εργαλεία εκτίμησης της επιλόχειας κατάθλιψης και είναι αρκετά χρήσιμα στην κλινική πρακτική. Ένα εργαλείο εκτίμησης και παρατήρησης των ασθενών αποτελεί η Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS) και είναι το πλέον χρησιμοποιούμενο.

Οι ερωτήσεις για την εκτίμηση της κατάστασης σχετίζονται με το αν η γυναίκα νιώθει συχνά στεναχωρημένη ή καταθλιπτική ή αν έχει χάσει το αίσθημα ευχαρίστησης ή το ενδιαφέρον της για πράγματα που παλαιότερα την ευχαριστούσαν και μέσω αυτών ο νοσηλευτής δείχνει το ενδιαφέρον του προς την έκφραση των συναισθημάτων της γυναίκας. Οι πιθανές νοσηλευτικές διαγνώσεις περιλαμβάνουν την χαμηλή αυτοεκτίμηση της μητέρας, τον κίνδυνο της μητρικής λειτουργικότητας, τον κίνδυνο εκδήλωσης βίας προς το νεογνό ή τον εαυτό της, τις διαταραχές ύπνο και διατροφής κ.α.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις και οι υποστηρικτικές ενέργειες περιλαμβάνουν:

- ✓ Την παροχή προληπτικής καθοδήγησης κατά την οποία παρέχονται οι απαραίτητες πληροφορίες τόσο στην μητέρα, όσο και στην οικογένεια σχετικά με την νόσο, την αναγνώρισή της και την αναζήτηση βοήθεια, ενώ παράλληλα τονίζεται η ανάγκη επαφής με άλλους ενήλικους. Επίσης οι νοσηλευτές παροτρύνουν την μητέρα να εκφράζει τα

συναισθήματά της ακόμη και αν φαίνονται αναίτια και τέλος επεξηγείται η πραγματικότητα της μητρότητας και οι δυσκολίες της. Αποτελεί την σημαντικότερη νοσηλευτική παρέμβαση.

- ✓ Την ενίσχυση της ευαισθησίας απέναντι στις αντιδράσεις του νεογνού με σκοπό την ανάπτυξη ισχυρού δεσμού μεταξύ μητέρας-νεογνού, την χαλάρωση της μητέρας και την αποτελεσματική φροντίδα του.
- ✓ Την παροχή φροντίδας βασισμένης σε ενδείξεις προκειμένου η μητέρα να μπορέσει να μειώσει το συνολικό άγχος και να ανακτήσει την ευεξία κατά την λοχεία.
- ✓ Την παροχή φροντίδας στην υπόλοιπη οικογένεια, αφού υπάρχει περίπτωση να εμφανίσει κατάθλιψη και ο πατέρας αυτήν την περίοδο αλλά και επειδή πρέπει όλη η οικογένεια να βοηθήσει την μητέρα και να παρέχει φροντίδα στο νεογνό.
- ✓ Την ανάδειξη επιλογών και πηγών ενθάρρυνσης.
- ✓ Την λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση των εκδηλώσεων βίας και αυτοκτονικότητας.
- ✓ Την λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση των διαταραχών στην διατροφή και στον ύπνο.
- ✓ Την παροχή φροντίδας από τον νοσηλευτή στο σπίτι και στην κοινότητα.
- ✓ Τις απαραίτητες ενέργειες για πρόληψη της κατάθλιψης σε πρωτογενές και δευτερογενές επίπεδο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι μια συχνή νόσος που δύναται να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή της μητέρας και του νεογνού. Γενικώς η κατάθλιψη για πολλούς αιώνες απασχολεί τους δυτικούς πολιτισμούς καθώς η επίπτωσή της στις ανεπτυγμένες κοινωνίες είναι μεγάλη και μπορεί να επηρεάσει όλες τις ηλικιακές ομάδες. Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) το οποίο βρίσκεται στην Πέμπτη έκδοσή του, καθορίζει τα κριτήρια τα οποία πρέπει να πληροί ένα άτομο ώστε να πάσχει από κατάθλιψη.

Τα είδη της κατάθλιψης περιλαμβάνουν τη μείζον, τη δευτερογενή, την οργανική, την εποχική, την επιλόχεια, την άτυπη κατάθλιψη, τη διασπαστική διαταραχή λόγω δυσρυθμισμένης διάθεσης (Disruptive Mood Dysregulation Disorder), τη δυσθυμία, την κατάθλιψη κατά την σωματική νόσο ή αναπηρία και την κατάθλιψη στην σχιζοφρένεια.

Στους αιτιολογικούς παράγοντες της κατάθλιψης περιλαμβάνονται η γενετική προδιάθεση, οι εξωγενείς παράγοντες, τα νευρολογικά αίτια, οι ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες, διάφορα σωματικά νοσήματα, μεταβολικές και βιοχημικές μεταβολές. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα και σωματικές διαταραχές, όπως η αϋπνία ή υπερυπνία, η ανορεξία, η δυσκοιλιότητα, η ξηροστομία, η ψυχοκινητική επιβράδυνση, η ατημέλητη εμφάνιση και άλλα μη ειδικά συμπτώματα. Ακόμη σε μερικές περιπτώσεις οι ασθενείς παρουσιάζουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις καθώς επίσης αυτοκτονικό ιδεασμό ή αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν. Η θεραπεία της κατάθλιψης βασίζεται στην φαρμακευτική αγωγή, την ψυχοθεραπεία και χρησιμοποιείται επίσης η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) και η φωτοθεραπεία. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) είναι η θεραπεία εκλογής και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία αποτελεί την προτιμότερη μορφή ψυχοθεραπείας για την επιλόχειο κατάθλιψη.

Κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και την λοχεία συμβαίνουν μεταβολές σε όλα τα συστήματα του σώματος της γυναίκας. Επίσης παρατηρούνται και συναισθηματικές αλλαγές λόγω της αναπροσαρμογής του ρόλου της γυναίκας στην οικογένεια και την

αποδοχή της μητρότητας. Η μητέρα της και ο σύντροφος είναι τα άτομα εκείνα που της προσφέρουν υποστήριξη και καθοδήγηση με σκοπό να προσαρμοστεί στην νέα πραγματικότητα.

Ο όρος επιλόχεια κατάθλιψη χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ετερογενή ομάδα καταθλιπτικών διαταραχών κατά την διάρκεια της περιόδου της λοχείας και απασχολεί την κοινωνία από την εποχή του Ιπποκράτη. Έχει διαπιστωθεί ότι το 10-15% των γυναικών θα εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη κατά το πρώτο έτος μετά τον τοκετό. Στα είδη της περιλαμβάνονται τα επεισόδια «Baby Blues», η επιλόχεια μελαγχολία, η μείζον επιλόχειος κατάθλιψη και η επιλόχεια ψύχωση.

Το είδος του τοκετού, τα χαρακτηριστικά του νεογνού, το μαιευτικό ιστορικό, η ιατρογενής επιβάρυνση, τα αρνητικά γεγονότα της ζωής, το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο, οι οργανικές μεταβολές, η ηλικία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης ή ψυχικών διαταραχών, η πληροφόρηση, το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, η προσωπικότητα και το άγχος αποτελούν τους αιτιολογικούς παράγοντες για εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης.

Σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης. Η πρώιμη αναγνώριση και θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης και των άλλων συναισθηματικών διαταραχών κατά την διάρκεια της λοχείας είναι σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με την διάρκεια αυτού του είδους διαταραχών. Υπάρχουν πολλά χρήσιμα εργαλεία για την εκτίμηση της επιλόχειας κατάθλιψης και το σημαντικότερο από αυτά είναι η Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις έχουν σκοπό να εκπαιδεύσουν την γυναίκα και στο περιβάλλον της για τα σημεία και συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης, την αναγνώρισή της, για την θεραπεία που θα ακολουθηθεί (π.χ. ψυχοτρόπα φάρμακα και ανεπιθύμητες ενέργειες), για την παρεχόμενη φροντίδα, ώστε οι νοσηλευτές να έχουν υποστηρικτικό ρόλο στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Η παροχή προληπτικής καθοδήγησης είναι πρωταρχικής σημασίας, αφού μέσω συζήτησης και συμμετοχής σε ομαδικά προγράμματα παρέχονται στην έγκυο όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τον τοκετό και την μητρότητα, μειώνοντας έτσι το άγχος της. Η παρεχόμενη φροντίδα θα πρέπει να εστιάζει τόσο στην μητέρα όσο και στο σύνολο της οικογένειας. Τέλος

απαραίτητη είναι η παρέμβαση των νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας στα επεισόδια εκδήλωσης βίας προς τον εαυτό ή/και τους άλλους.

SUMMARY

Postpartum depression is a common disorder which may lead to life threatening complications of both mother and child. Depression affects a significant portion of western societies with all ages being prone to its effects. DSM-V clearly defines criteria for the diagnosis of depression.

Types of depression include major, secondary, organic, seasonal, post-partum, atypical, Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD), dysthymia, depression associated with major illness or disability and that which is associated with schizophrenia.

The etiology of depression includes genetic predisposition, neurologic, exogenous etiology, psychokinetic stress factors and somatic illness. Symptoms include depressive mood, somatic disturbances such as insomnia, somnolence, anorexia, constipation, dry mouth, bradydyshinesia, disheveled appearance. In some cases patient exhibit delusional, ideation and parasthesia and suicidal tendency. Therapeutic options include drug therapy, psychotherapy, ECT, phototherapy. SSRI's are the therapy choice and interpersonal psychotherapy are standards of care.

During pregnancy, delivery and post-partum changes take place in multiple systems of the body. Changes also take place in the psychology because of the roles the woman assumes as a mother alters. The main figures who support the new mother are her mother and her companion, the father of the child.

The term postpartum depression is used to describe a variety of different depressive conditions since the time of Hippocrates. 10-15% of pregnancies present depressive disorders, such as Baby Blues, postpartum melancholy, as well as serious postpartum depression and psychoses. Etiological factor for the presence and severity of this disorder include premenstrual syndrome (PMS), mode of delivery, mother's age, the relationship of doctor and patient, as well as social-economical and family conditions of the mother.

The significant role placed by nursing staff in multiple aspects include prevention, early detection and timely treatment of this dangerous condition. Nursing interventions include educational support of the female patient and her environment. The

recognition of the patient and the acceptance of her diagnosis followed by the intervention with the use of pharmacologic agents and psychological support.

The availability of preventive guidance is of primary importance. The participation of women during pregnancy in educational programs concerning post-partum depression is critical in reducing the anxiety that the patient might feel considering this issue.

Finally it is of paramount importance for health care professionals to recognize the symptoms of this condition especial as it pertains to violent sequelae. This recognition is the cornerstone in preventing tragedy and concomitant by creating a path for proper care for these fragile patients.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γιάννης Ζέρβας. Διασυνδεδετική ψυχιατρική. Αθήνα : Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, 2009
2. O'Hara, Stuart, Gorman & Wenzel. Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression. *Archives of General Psychiatry*, 2000, 57:1039-1045.
3. Jadhav S. The cultural construction of western depression at V. Scultans, J. Cox (eds): Anthropological approaches to psychological medicine. Crossing bridges, London and Philadelphia, J. Kingsley Publishers, 2000.
4. Marsella J.A. Cultural Aspects of Depressive Experience and Disorders, 2003. Online Readings in Psychology and Culture, Unit 10. Retrieved from <http://scholarworks.gvsu.edu/orpc/vol10/iss2/4>
5. Δίκαιος Δ. Συναισθηματικές διαταραχές, Τόμος Α, Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις· 2006
6. Στεφανής Κ. Θέματα Ψυχιατρικής, Αθήνα: Εκδόσεις Συμμετρία· 1990
7. Γκόννη Μαρία, Ψυχική Υγεία και Νοσηλευτική Επιστήμη, Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις· 2012
8. Cornelius Katona- Mary Robertson, Ψυχιατρική με μια ματιά, Δεύτερη Έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.· 2004
9. Οικονόμου, Φ. Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής για τις Μ.Τ.Ε.Ν.Σ., Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας· 1992
10. Eby L. Brown N., Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία, 2^η Έκδοση, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος· 2010
11. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013
12. Νικηφόρος Β. Αγγελόπουλος, Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία: Μια σύγχρονη ψυχιατρική, Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις· 2008
13. Elspeth Guthrie - Shon Lewis, Ψυχιατρική, Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.· 2005
14. Mary Ann Hogan, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας: Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις, Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης· 2012

15. Ευάγγελος Γ. Παπαγεωργίου, Ψυχιατρική, 2^η έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. 2009
16. Terje Simonsen, Jarle Aarbakke, Ian Kay, Iain Coleman, Paul Sinnott, Roy Lysaa, Νοσηλευτική Φαρμακολογία, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2009
17. Kwo Kh, Vreeswijk MF, Simpson S., Zwinderman Ah. A meta-analysis of electroconvulsive therapy efficacy in depression. J ECT 2003, 19:139-147
18. Λύκουρας Λ, Αυγουστίδης Α, Παπακώστας Γ, Στεφανής Κ. Η απάντηση στη φαρμακευτική αγωγή ασθενών ανθεκτικών στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Ψυχιατρική 1992, 3:40-46
19. Rose D et al. Patient's perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. Br Med J 2003, 326:1363
20. The UK ECT Review Group. Electroconvulsive therapy: systematic review and meta-analysis of efficacy and safety in depressive disorders. Lancet, 2003,361:799-808
21. Τραγέα Ρ., Μαιευτική Φροντίδα Τόμος Α', Γιαννακόπουλος Δ., Αθήνα 1999.
22. Lowdermilk D.L., Perry S., Νοσηλευτική Μητρότητας, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος 2006.
23. Blackburn S.T., Loper D.L., Maternal, Fetal and Neonatal Physiology, W.B. Saunders Company, U.S. of America 1992.
24. Μωραΐτου Μάρθα, Ψυχοσωματική Ετοιμασία Για Τη Μητρότητα, Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε..2007.
25. Μωραΐτου Μάρθα, Το Βίωμα της Μητρότητας, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.2004
26. Center for Disease Control and Prevention (2008). Prevalence of Self-Reported Postpartum Depressive Symptoms—17 States, 2004–2005. MMWR and Mortality Weekly Report, 57(14):361-366.
27. Σταμούλη, Σ.Σ.(2000). Επιλόχεια Κατάθλιψη. Στο Χριστοδούλου Γ. Κονταξάκης Β.Π. Οικονόμου (Επ.Έκδ) Προληπτική Ψυχιατρική, Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, 2000
28. Ashraf Tashakori, Azadeh Zamani Behbahani, Reza Davasaz Irani, Comparison Of Prevalence Of Postpartum Depression Symptoms Between

- Breastfeeding Mothers And Non-breastfeeding Mothers, Iran J Psychiatry. 2012 Spring; 7(2): 61–65
29. Ko JY, Farr SL, Dietz PM, Robbins CL. Depression and treatment among U.S. pregnant and nonpregnant women of reproductive age, 2005–2009. *J Women's Health*. 2012 Jun 12.
 30. Evins, G.G., Theofrastous, J.P., & Galvin, S.L. Postpartum depression: A comparison of screening and routine clinical evaluation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2000, 182, 5, 1080-2000
 31. Jacobson, James L. and Alan M. Jacobson. *Psychiatric Secrets*. 2nd ed. Philadelphia: Hanley & Belfus, 2001
 32. Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C-L., Grace, S.L., & Wallington, T. *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*, Toronto: University Health Network Women's Health Program, 2003
 33. Menon S, Psychotropic medication during pregnancy and lactation. *Archives of gynecology and obstetrics*, 2008, 277(1), 1-13
 34. Pigarelli J, Kraus C, Potter B. Pregnancy and Lactation: Therapeutic considerations. In: Di Piro J, Talbert R, Yee G, Matzke G, Wells B, Posey M (Eds). *Pharmacotherapy: A pathophysiologic approach*, 6th edition. New York: McGraw-Hill, 2005
 35. Mckinney E., James S., Murray S., Nelson K., Ashwill J. *Maternal-Child Nursing* (4th Ed). Elsevier Health Sciences: Canada, 2014
 36. Lintner N., Gray B. Childbearing and depression: What nurses need to know. *AWHONN Lifelines*. 2006. 10(1), 50-57