

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ:
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ, ΑΙΤΙΑ, ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**



Σπουδαστές:

Ηλιόπουλος Σπήλιος

Κανελλοπούλου Παναγιώτα

Σταμπολίτη Βασιλική

Εποπτεύων καθηγητής:

Στεφανόπουλος Νικόλαος

Πάτρα, 2015

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι η γέννηση ενός παιδιού αποτελεί το μεγαλύτερο θαύμα της φύσης και το ομορφότερο γεγονός στην ζωή του ανθρώπου. Μολονότι η μητρότητα αποτελεί ένα φυσιολογικό και σχεδόν αναπόφευκτο κομμάτι στη ζωή πολλών γυναικών, που συνυφαίνεται με την γυναικεία φύση, η γέννηση ενός παιδιού μπορεί να συνεπάγεται μια κατάσταση ανισορροπίας. Το συναίσθημα της χαράς υποσκελίζεται από την έλλειψη διάθεσης, την ευερεθιστότητα και τις αρνητικές σκέψεις. Αυτή η συνύπαρξη αντικρουόμενων συναισθημάτων είναι απόλυτα φυσιολογική και αποτελεί μια ακόμα εκδοχή- ίσως την λιγότερο διακριτή- ενός οξύμωρου σχήματος που την συνοδεύει από την αρχή της ζωής της.

Η γέννηση ενός παιδιού συνεπάγεται μεγάλες αλλαγές στη ζωή της οικογένειας, ειδικά σε ότι αφορά την μητέρα. Η προσαρμογή στις απαιτήσεις που η μητρότητα φέρνει στο προσκήνιο, δεν είναι πάντα κάτι εύκολο. Η ψυχική και σωματική φύση του γυναικείου φύλου, είναι προσαρμοσμένες για το σημαντικότερο γεγονός της ύπαρξής του, την τεκνοποίηση. Ωστόσο, το γεγονός ότι η μέλλουσα μητέρα καλείται να αναθεωρήσει τις αξίες, τους ρόλους και τις προσδοκίες που έχει η ίδια για τον εαυτό της αλλά και οι άλλοι γι αυτήν, μπορεί να προκαλέσει έντονες συναισθηματικές διαταραχές σε κάποιες γυναίκες. Αρκετές γυναίκες βιώνουν αισθήματα αναξιοσύνης, στεναχώριας και έντονης λύπης, μετά από τη γέννηση του παιδιού τους. Όλα τα παραπάνω, λοιπόν, συνιστούν στις ψυχολογικές επιπτώσεις που υφίσταται η γυναίκα μετά την γέννα, κατά την περίοδο της λοχείας.

Τον τελευταίο καιρό παρατηρείται αύξηση στη συχνότητα των περιστατικών μελαγχολίας και κατάθλιψης κατά την περίοδο της λοχείας. Η γέννηση του παιδιού επιφέρει μία σειρά από «απώλειες» στη λεχρίδα. Καθώς, το βρέφος δεν αποτελεί πλέον κομμάτι του σώματος της, η λεχρίδα καλείται να αναγνωρίσει την ατομικότητα του. Πιο συγκεκριμένα, οι πολλαπλοί της ρόλοι, αλλά και η προσαρμογή της στις μη αναστρέψιμες καθημερινές αλλαγές την καταβάλλουν σωματικά, ενώ η έλλειψη ελεύθερου χρόνου, την οδηγεί στην απώλεια του αισθήματος του εαυτού και της προσωπικής της ανεξαρτησίας.

Παράλληλα, η περίοδος που ζει μια γυναίκα μετά τη γέννα, η λοχεία, είναι εξίσου σημαντική για την θεμελίωση της σωματικής αλλά και ψυχικής υγείας του νεογνού. Στη λοχεία το βρέφος προστατεύεται από την μητέρα με τρόπους πρακτικούς όπως ο θηλασμός, που δημιουργεί στον νέο οργανισμό αντισώματα και «προστάτες» της υγείας του. Με ανάλογο τρόπο το βρέφος, όπως δέχεται αφοσίωση, αποκλειστικότητα και σωματική φροντίδα από την μητέρα, δέχεται και ψυχική. Χρειάζεται, λοιπόν, να αισθάνεται επιθυμητό, αγαπητό, το κέντρο του ενδιαφέροντος της μητέρας του και επιπλέον, ότι βρίσκεται σ' ένα περιβάλλον ασφαλές, ώστε να εξασφαλιστεί η ψυχική του ισορροπία.

Προϋπόθεση για την ομαλή διεξαγωγή αυτής της κρίσιμης περιόδου είναι όχι μόνο το περιβάλλον, πρακτικό και συναισθηματικό, της μητέρας αλλά και η συναισθηματική ετοιμότητά της να φέρει στον κόσμο ένα παιδί. Η λοχεία είναι μία κατ' εξοχήν φορτισμένη περίοδος με προσδοκίες αναφορικά με το νεογέννητο, ανησυχία, αγωνία και συχνά σωματική εξάντληση, προκλήσεις οι οποίες μπορούν να επιβαρύνουν την συναισθηματική κατάσταση της μητέρας και να οδηγήσουν στην εκδήλωση διαφόρων ψυχικών διαταραχών.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας, το οποίο εκδηλώνει μια στις επτά γυναίκες, κατά τους πρώτους μήνες μετά το τοκετό. Ως επιλόχειος κατάθλιψη ορίζεται ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, το οποίο έχει έναρξη εντός των τεσσάρων πρώτων εβδομάδων της λοχείας. Τα συμπτώματα διαρκούν περισσότερο από δύο εβδομάδες στην ήπια μορφή της και μέχρι και έξι μήνες, στην εκτεταμένη μορφή της νόσου.

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει ήπια έως μέτρια συμπτώματα, που αφορούν σε ακεφία, ελάττωση ενδιαφέροντος, άγχος, ευερεθιστότητα, σύγχυση, απώλεια ή αύξηση σωματικού βάρους, αϋπνία, κόπωση, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, ελαττωμένη ικανότητα σκέψης και λήψης αποφάσεων, αισθήματα ενοχής, κεφαλαλγίες, ζαλάδες. Ωστόσο, η ακριβής αιτιολογία της παραμένει ακόμα ασαφής. Η επιλόχεια κατάθλιψη σχετίζεται με πολλαπλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικό-οικονομικών, των περιβαλλοντικών, του τρόπου ζωής καθώς και των προβλημάτων υγείας.

Αυτή η άσχημη κατάσταση έχει επιπτώσεις τόσο στην ίδια στην λεχώίδα καθώς είναι αβέβαιη για τις μητρικές της ικανότητες, δεν χαίρεται πλήρως το παιδί της και δείχνει αρνητική συμπεριφορά απέναντί του, όσο και στο ίδιο το νεογνό και το οικογενειακό περιβάλλον (κυρίως το σύντροφο). Πολλές διεθνείς μελέτες αναφέρουν ότι η επιλόχεια κατάθλιψη έχει επιζήμιες συνέπειες για την σωματική, γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού.

Η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της λοχείας μπορεί να αντιμετωπιστεί είτε με αντικαταθλιπτικά φάρμακα και ψυχοθεραπεία σε πολύ σοβαρές καταστάσεις, είτε με εναλλακτικές θεραπείες όταν τα συμπτώματα είναι ήπιας μορφής. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψη επιτυγχάνεται με την σωστή και έγκαιρη πρόληψη.

Φυσικά, οι ρόλοι που έχουν αναλάβει οι επαγγελματίες υγείας είναι καίριας σημασίας διότι είναι αυτοί που μπορούν να προσφέρουν έμπρακτη βοήθεια στην αντιμετώπιση αυτού του είδους κατάθλιψης που προσβάλλει τις γυναίκες σε μία τόσο σημαντικό περίοδο της ζωής τους.

SUMMARY

Postpartum depression is a major health problem, which one in seven women manifests, during the first months after birth. Postpartum depression is defined as a major depressive episode, which makes its appearance within the first four weeks of postpartum. The symptoms last longer than two weeks in their mild form and up to six months during the extended form of the disease.

The clinical picture includes mild to moderate symptoms such as low spirits, decrease of interest, anxiety, irritability, confusion, loss or weight gain, insomnia, fatigue, psychomotor agitation or retardation, impaired thinking ability and decision making, feelings of guilt, headaches as well as dizziness. However, the exact etiology remains still unclear. Postpartum depression is associated with multiple factors, including socio-economic, environmental, lifestyle and health problems.

This terrible condition affects not only the new mother herself, who during the postpartum period is uncertain about her parenting skills, does not entirely receive pleasure from her child and shows negative behavior towards it, but also the newborn itself and the family environment (especially the partner). Many international studies show that postpartum depression has harmful effects on the physical, cognitive and emotional development of the child.

Depression during childbirth can be treated either with antidepressant drugs and psychotherapy in very severe cases, or alternative treatments when symptoms are mild. The effective treatment of postpartum depression is achieved through proper and timely prevention.

Of course, the roles undertaken by health professionals are crucial because they are the ones who can offer practical assistance in dealing with this type of depression that affects women in such an important period of their lives.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
SUMMARY	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ	7
1.1 Ορισμοί.....	8
1.2 Χρήση του όρου «επιλόχεια κατάθλιψη»	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	9
2.1 Ιστορική αναδρομή	10
2.2 Επιδημιολογία	10
2.3 Ταξινόμηση των συναισθηματικών διαταραχών κατά DSM-IV	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	13
3.2 Αιτιολογικοί παράγοντες.....	14
3.2.1 Γενετικοί και οικογενειακοί παράγοντες	14
3.2.2 Νευροχημικοί παράγοντες.....	14
3.2.3 Νευροενδοκρινικοί παράγοντες	15
3.2.4 Προσωπικότητα.....	15
3.2.5 Προδιαθεσικές καταστάσεις.....	15
3.2.6 Ψυχολογικοί παράγοντες.....	16
3.2.7 Αγχώδεις καταστάσεις	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΛΟΧΕΙΑ	17
4.1 Η ψυχολογία της λοχείας	18
4.1.1 Επιλόχειος μελαγχολία.....	19
4.1.2 Επιλόχειος κατάθλιψη	19
4.1.3 Επιλόχειος ψύχωση	20
4.2 Η ψυχολογία του πατέρα.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΔΙΑΓΝΩΣΗ	22
5.1 Διάγνωση.....	23
5.2 Διαφοροδιάγνωση	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : ΠΡΟΓΝΩΣΗ	25
6.1 Πρόγνωση.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο : ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	27
7.1 Φαρμακευτική θεραπεία.....	28
7.1.1 Παρενέργειες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων	30

7.2 Ψυχοθεραπεία.....	30
7.3 Υγιεινή διατροφή, αντίδοτο για την κατάθλιψη.....	32
7.4 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ΗΣΘ).....	33
7.4.1 Κλινική εφαρμογή ΗΣΘ.....	33
7.4.2 Παρενέργειες ΗΣΘ.....	34
7.5 Πορεία της νόσου.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο : ΠΡΟΛΗΨΗ.....	36
8.1 Πρόληψη (πρωτοβάθμια-δευτεροβάθμια-τριτοβάθμια).....	37
8.1.1 Πρωτοβάθμια πρόληψη.....	37
8.1.2 Δευτεροβάθμια πρόληψη.....	38
8.1.3 Τριτοβάθμια πρόληψη.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ^ο : ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΜΩΡΟ.....	39
9.1 Επιπτώσεις επιλόχειας κατάθλιψης στο παιδί.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 ^ο : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	41
10.1 Νοσηλευτικοί σκοποί, αρχές και παρεμβάσεις.....	42
10.2 Ο ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας στην αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης.....	42
10.2.1 Ηθικές υποχρεώσεις των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας.....	43
10.3 Ο ρόλος του Κοινωνικού Νοσηλευτή στην θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης.....	44
10.4 Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.....	44
10.5 Νοσηλευτική παρέμβαση στην ΗΣΘ.....	45
10.5.1 Πριν από τη θεραπεία.....	45
10.5.2 Κατά την θεραπεία.....	45
10.5.3 Μετά την θεραπεία.....	45
10.6 Γενική νοσηλευτική φροντίδα ψυχικά αρρώστων.....	46
10.7 Τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου.....	46
10.8 Εχεμύθεια - Ψυχιατρικό απόρρητο.....	47
10.9 Υπηρεσίες για μητέρες με ψυχική νόσο.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 ^ο : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	50
11.1 Κλινική περίπτωση.....	51
11.2 Νοσηλευτική εκτίμηση.....	51
11.3 Ανάγκες και προβλήματα.....	52
11.4 Νοσηλευτική διάγνωση.....	52
11.5 Αντικειμενικοί σκοποί.....	53
11.6 Νοσηλευτική παρέμβαση.....	53
11.7 Αξιολόγηση ασθενούς.....	55
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	56

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όπως προαναφέρθηκε, η γέννηση ενός παιδιού είναι ένα χαρμόσυνο γεγονός, που αποτελεί σημείο αναφοράς στην πορεία μιας οικογένειας. Ωστόσο, λόγω της απαιτητικότητας της η γέννα εξασθενεί την μητέρα σωματικά αλλά και συναισθηματικά.

Μετά την γέννηση του παιδιού τους, οι γυναίκες αναφέρουν ότι έχουν συναισθηματικές μεταπτώσεις. Μπορεί να νιώθουν θλίψη, να δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν, να έχουν χάσει την όρεξή τους ή να μην μπορούν να κοιμηθούν. Αυτό οφείλεται στο άγχος, την κούραση και την ευάλωτη συναισθηματική κατάσταση της μητέρας σε συνδυασμό με τις απαιτητικές ανάγκες του νεογνού. Εξαιτίας αυτής της ψυχολογικής αναστάτωσης η μητέρα αδυνατεί ορισμένες φορές να ανταποκριθεί στις καθημερινές της υποχρεώσεις, ενώ συχνά καθίσταται επικίνδυνη τόσο για την ίδια όσο και για το μωρό.

Η περίοδος που διανύει μια γυναίκα αμέσως μετά την γέννηση του παιδιού της, είναι μια περίοδος φορτισμένη με ανάμεικτα συναισθήματα που προκαλούν έντονο άγχος στην μητέρα. Η λοχεία είναι καλυμμένη μ' ένα πέπλο μυστηρίου και απομονωτισμού, πίσω από το οποίο η ψυχολογική κατάσταση μιας μητέρας συχνά επιδεινώνεται καταλήγοντας στην επιλόχεια κατάθλιψη. Η κατάθλιψη της λοχείας είναι μία αναγνωρισμένη ψυχική διαταραχή που απασχολεί τον γυναικολόγο ολοένα και περισσότερο.

Εύλογα, λοιπόν, διαπιστώνεται ότι η έγκαιρη αναγνώριση και εκτίμηση της επιλόχειου κατάθλιψης είναι εξαιρετικής προληπτικής σημασίας. Εξίσου σημαντική πρέπει να θεωρηθεί και η αποτελεσματική θεραπεία της, αφού η επιλόχειος κατάθλιψη αποτελεί μία συχνή και σοβαρή νόσο, που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τόσο τη ζωή της μητέρας, όσο και του παιδιού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ



1.1 Ορισμοί

- **Κατάθλιψη:** Ο όρος χρησιμοποιείται για να εκφράσει μία κατάσταση παθολογικής θλίψης, που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος της προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών (Κλεφταράς Γ., 1998).
- **Επιλόχειος:** Είναι αυτός που σχετίζεται με τη λοχεία, δηλαδή το χρόνο μεταξύ του τοκετού και της πρώτης έμμηνης ρήσης (Μπαμπινιώτης, 2002).
- **Λεχώιδα** Είναι η γυναίκα που έχει γεννήσει πρόσφατα (Μπαμπινιώτης, 2002).
- **Επιλόχεια_κατάθλιψη:** Χαρακτηρίζεται ως συναισθηματική δυσφορία μετά τον τοκετό, μια παροδική φάση με έντονα αρνητικά συναισθήματα που εμφανίζεται λίγο μετά τον τοκετό στις μισές περίπου γυναίκες που έχουν γεννήσει (Frank,2006). Η επιλόχεια κατάθλιψη δεν είναι μια απλή ιδιοτροπία της μητέρας, αλλά μια ασθένεια που για την ίασή της απαιτείται ψυχοθεραπεία και υποστήριξη από τους οικείους της (Βάρβογλη, 2006).
- **Περιγεννητική περίοδος:** το χρονικό διάστημα από την αρχή της κύησης μέχρι και ένα έτος μετά τον τοκετό (Gavin *et al.* 2005).

1.2 Χρήση του όρου «επιλόχεια κατάθλιψη»

Ο όρος «επιλόχεια κατάθλιψη» είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει ένα ιδιαίτερο ψυχικό σύμπτωμα στα πλαίσια μιας ευρύτερης ψυχικής ή σωματικής νόσου. Το αίσθημα που βιώνεται στην περίπτωση αυτή έχει μία ποιότητα διαφορετική από το προηγούμενο αίσθημα της λύπης ή στεναχώριας. Η μητέρα, συνήθως έχει επίγνωση της διαφοράς. Το σαφώς νοσηρό αυτό αίσθημα περιγράφεται σαν ανυπόφορος ψυχικός πόνος, μία δυσφορία και κυρίως σαν μία αδυναμία να γευτεί οτιδήποτε ευχάριστο (Παπακόστας Γ.,1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ



2.1 Ιστορική αναδρομή

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα συχνότερα νοσήματα τόσο στην ψυχιατρική όσο και στην γενική ιατρική και συνοδεύει τον άνθρωπο από την αρχή της ιστορίας του.

Περιγραφές της κατάθλιψης βρέθηκαν σε σουμερικά και αιγυπτιακά κείμενα. Επεισόδια καταθλιπτικά περιγράφονται στην Παλαιά Διαθήκη (η ιστορία του βασιλιά Σαούλ) και στην Ιλιάδα του Ομήρου (αυτοκτονία του Αίαντα). Ο Ιπποκράτης (460-370 π.Χ.) ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τους όρους μελαγχολία και μανία. Ο Ιπποκράτης υποστήριζε ότι η μελαγχολία είναι κατά βάση μία νόσος του εγκεφάλου που αφορούσε τη φύση των χυμών του εγκεφάλου, μία συνέπεια της περίσσειας μαύρης χολής. Πίστευε ότι στη μελαγχολία συμπλέκονται εσωτερικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, ότι «ένας μακροχρόνιος μόχθος της ψυχής μπορεί να προκαλέσει μελαγχολία» και ξεχώριζε την αρρώστια που εμφανιζόταν μετά από φοβερά γεγονότα από την αρρώστια που δεν είχε προφανή εξωτερικά αίτια.

Αντίθετα με τον Ιπποκράτη, η άποψη του Αριστοτέλη για την κατάθλιψη δεν ήταν τελείως αρνητική. Επηρεασμένος από την ιδέα της «Θείας μανίας» του Πλάτωνα, την συνέδεσε με τη μελαγχολία. Παρόλο που αναζητούσε τρόπους για να θεραπεύσει την πάθηση, πίστευε επίσης ότι μια ορισμένη ποσότητα μαύρης χολής ήταν απαραίτητη για τη μεγαλοφυΐα: «όλοι όσοι έχουν διαπρέψει στη φιλοσοφία, στην ποίηση, στην τέχνη και στην πολιτική, ακόμα και ο Σωκράτης και ο Πλάτων, είχαν μια μελαγχολική έξη, μερικοί μάλιστα υπέφεραν από τη νόσο της μελαγχολίας». Αυτή την ιδέα της εμπνευσμένης μελαγχολίας προέβαλε και ο αυτόχειρας Ρωμαίος φιλόσοφος Σενέκας. Την ξανασυναντούμε στην Αναγέννηση, όπου η μελαγχολία εθεωρείτο δρόμος προς την θεία έμπνευση. Η Ιπποκρατική ταξινόμηση διατηρήθηκε μέχρι τον 16ο και τις αρχές του 17ου αιώνα, ενώ 1686 ο Bonet περιέγραψε μια νόσο που ονόμασε «Maniaco-Melancholicus».

Οι Γάλλοι ψυχίατροι J. Falret και J. Bailarger, στα μέσα του 19ου αιώνα, περιέγραψαν τη διπολική συναισθηματική νόσο και, λίγο αργότερα, ο Γερμανός ψυχίατρος Kahlbaum (1882) περιέγραψε κι αυτός τη διπολική μορφή χρησιμοποιώντας τον όρο «κυκλοθυμία» (Χριστοδούλου Γ., 2001).

Καθοριστικό ρόλο στην κατάταξη των καταθλιπτικών διαταραχών διαδραμάτισε ο πατέρας της Περιγραφικής Ψυχιατρικής Γερμανός ψυχίατρος Emil Kraepelin (1856-1926) που περιέγραψε την «Μανιοκαταθλιπτική Ψύχωση» και την διαχώρισε από την πρόιμη άνοια (Dementia praecox), που αργότερα ονομάστηκε από τον Bleuler σχιζοφρένεια (Κλεφταράς Γ., 1998).

2.2 Επιδημιολογία

Επιδημιολογικές έρευνες σχετικά με τη φύση, την επικράτηση και την πορεία ενός επεισοδίου βαριάς μορφής κατάθλιψης που εμφανίζεται κατά την επιλόχεια έδειξαν ότι μεταξύ 10 – 15% των γυναικών παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης τις πρώτες εβδομάδες μετά την γέννα (Carothers & Murray, 1990), ότι η αύξηση στην εμφάνιση της νόσου παρουσιάζεται στις 30 μέρες της επιλόχειας, αλλά εμμένει μέχρι και για δύο χρόνια καθώς και το ότι η μεγάλη πλειοψηφία των καταθλιπτικών επεισοδίων λήγουν τυχαία μέσα σε 3 με 6 μήνες (Cox *et al.* 1993; Cooper & Murray, 1995).

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

Η περίοδος της λοχείας θεωρείται περίοδος αυξημένης επικινδυνότητας. Αυτό συμβαίνει διότι είναι πιθανό να προκληθούν διαταραχές της διάθεσης στις γυναίκες, γεγονός που εγκυμονεί κινδύνους για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη έχουν γυναίκες με ιστορικό διαταραχών της διάθεσης, καθώς και αυτές που ένιωσαν κατάθλιψη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Για το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών τα συμπτώματα αυτά είναι ήπιας μορφής και υποχωρούν μόνα τους. Ωστόσο, το 10% του γυναικείου πληθυσμού είναι πιθανόν να εμφανίσει μια σοβαρή μορφή συναισθηματικής και ψυχολογικής διαταραχής που ονομάζεται επιλόχεια κατάθλιψη και αντιμετωπίζεται με κατάλληλες ιατρικές παρεμβάσεις και θεραπείες.

Η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί μια από τις σοβαρότερες επιπλοκές της εγκυμοσύνης. Έχει υπολογιστεί ότι το 80% των γυναικών ήδη από την περίοδο της κύησης αντιμετωπίζουν κάποια συναισθηματικά προβλήματα όπως ο φόβος, η μοναξιά, η ανασφάλεια και το άγχος. Οι γυναίκες που υποφέρουν από τα παραπάνω προβλήματα δεν αναζητούν πάντα στην ιατρική υποστήριξη. Για τον λόγο αυτό η κατάθλιψη μετά τον τοκετό είναι συχνότερη από το 15% και έτσι δεν γίνεται διάγνωση της νόσου. Τέλος, λιγότερες από μία στις 5 ακολουθούν θεραπευτική αγωγή.

Ωστόσο, η απουσία της ψυχιατρικής φροντίδας, παρατείνει την δυσάρεστη αυτή «πάλη» της γυναίκας με την κατάθλιψη, που μπορεί έτσι να υποφέρει άδικα για περισσότερο από ένα χρόνο, προκαλώντας σοβαρότατο πρόβλημα στην ίδια, στην οικογένειά της και ειδικά στο νεογέννητο μωρό (Δασκαλόπουλος Θ., 2007, http://psi_gr.tripod.com/depression_epilox_treatment.html [15/07/2015]).

2.3 Ταξινόμηση των συναισθηματικών διαταραχών κατά DSM-IV

Οι Διαταραχές της Διάθεσης (ή Συναισθηματικές Διαταραχές) είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση (mood) είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό. Κοινά παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η έξαρση, ο θυμός (Μάνος, 1997).

Από την αρχαιότητα ακόμα, έχουν γίνει αμέτρητες προσπάθειες για ταξινόμηση των συναισθηματικών διαταραχών, λόγω της ποικιλομορφίας και των διαφορετικών θεωριών της αιτιολογίας τους (ενδογενής έναντι αντιδραστικής κατάθλιψης, ψυχωτικής έναντι νευρωτικής κατάθλιψης), για να καταλήξουμε σήμερα σε δύο κύρια συστήματα ταξινόμησης το DSM-IV και το ICD-10, που βασίζονται κατά κύριο λόγο στα συμπτώματα και την κλινική εικόνα. Το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-IV), που δημοσιεύθηκε το 1994, διαχωρίζει τις συναισθηματικές διαταραχές κυρίως στις παρακάτω κατηγορίες:

- α) Μείζων καταθλιπτική διαταραχή
- β) Διπολική διαταραχή τύπου I

γ) Δυσθυμική διαταραχή

δ) Κυκλοθυμική διαταραχή

ε) Διπολική διαταραχή τύπου II

στ) Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη διαφορετικά (μεταψυχωσική καταθλιπτική συνδρομή, υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή, ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή, προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή).

Υπάρχουν εμφανείς ομοιότητες ανάμεσα στα δύο βασικά ταξινομικά συστήματα, το ICD-10 και το DSM-IV, όπως, επίσης, υπάρχουν και αρκετές διαφορές (Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ



3.2 Αιτιολογικοί παράγοντες

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

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

Αυτό συνεπάγεται ότι η αιτιολογία των καταθλιπτικών διαταραχών είναι πολυπαραγοντική, με την έννοια ότι δεν ενοχοποιείται ένα μόνο αίτιο για την εκδήλωση της επιλόχειας κατάθλιψης. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που με την διαπλοκή και αλληλεπίδρασή τους, συμμετέχουν στην αιτιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης, είναι οι παρακάτω:

- Γενετικοί και οικογενειακοί παράγοντες
- Νευροχημικοί παράγοντες
- Νευροενδοκρινικοί παράγοντες
- Προσωπικότητα
- Προδιαθεσικές καταστάσεις
- Ψυχολογικοί παράγοντες
- Αγχώδεις καταστάσεις (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2004).

3.2.1 Γενετικοί και οικογενειακοί παράγοντες

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

Επιπλέον, από μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει διαπιστωθεί ότι οι συγγενείς πρώτου βαθμού – γονείς, αδέρφια, παιδιά – ενός ατόμου με κατάθλιψη έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν την ασθένεια απ' ότι τα άτομα χωρίς οικογενειακό ιστορικό (Clinic, 2006).

3.2.2 Νευροχημικοί παράγοντες

Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι τουλάχιστον οι πιο βαριές μορφές επιλόχειας κατάθλιψης συνοδεύονται από βιοχημικές διαταραχές του εγκεφάλου, χωρίς όμως να έχει αποδειχθεί με βεβαιότητα ότι δεν σχετίζονται αιτιοπαθογενετικά με την κατάθλιψη. Η έρευνα έχει επικεντρωθεί σε τρεις νευροδιαβιβαστικές ουσίες: (1) τη σεροτονίνη (5-

υδροξυτρυπταμίνη, 5-HT) (2) τη νοραδρεναλίνη (NA) και (3) τη ντοπαμίνη (DA) (Χριστοδούλου, 2004).

3.2.3 Νευροενδοκρινικοί παράγοντες

Μετά την εγκυμοσύνη, οι ορμονικές αλλαγές στο σώμα μιας γυναίκας μπορούν να προκαλέσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνονται πολύ δύο ορμόνες, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη, οι οποίες όμως, μειώνονται γρήγορα και επιστρέφουν στα κανονικά προ εγκυμοσύνης επίπεδα τους, μετά το πρώτο 24ωρο του τοκετού. Σύμφωνα με τους ερευνητές η απότομη αυτή αλλαγή των επιπέδων των ορμονών μπορεί να προκαλέσει την εκδήλωση κατάθλιψης.

Ακόμα, στη δυσλειτουργία του θυρεοειδή έχουν προσάψει ψυχικές διαταραχές και επίσης έχει υποστηριχθεί ότι η παροδική δυσλειτουργία του θυρεοειδή μετά την γέννα σχετίζεται με την επιλόχειο κατάθλιψη (Pedersen *et al.* 1993). Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε αυτόν τον τομέα δείχνει ξεκάθαρα ότι μια μικρή ομάδα γυναικών με επιλόχειο κατάθλιψη όφειλαν την καταθλιπτική τους διάθεση σε δυσλειτουργία του θυρεοειδή (Harris, 1993).

3.2.4 Προσωπικότητα

Απαισιόδοξα άτομα που χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, αρνητικό τρόπο σκέψης, εκδήλωση υπερβολικής ανησυχίας ή αισθήματα ανικανότητας και ελέγχου διάφορων γεγονότων της ζωής τους, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη (Καλογερόπουλος Α., 2007, <http://www.agiafotiniclinic.gr/?p=8> [23/07/2015]).

Παράλληλα, τα φοβικά συναισθήματα απώλειας που εμφανίζουν οι νέες μητέρες, όπως φόβος απώλειας μητρικού ρόλου ή γυναικείας ελκυστικότητας, είναι πιθανό να προκαλέσουν την εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης (Δασκαλόπουλος Θ., 2007, http://psi.gr.tripod.com/depression_epilox_treatment.html [15/07/2015]).

3.2.5 Προδιαθεσικές καταστάσεις

Ορισμένες ψυχοπιεστικές καταστάσεις προηγούνται κατά πολλά χρόνια της έναρξης μιας καταθλιπτικής διαταραχής. Έχουν μελετηθεί, για παράδειγμα, οι δυσκολίες στο γάμο, στην εργασία ή στο σπίτι, χωρίς όμως να έχει προσδιοριστεί με σαφήνεια ο ρόλος τους. Από μελέτες που έγιναν στο Camberwell του Λονδίνου επισημάνθηκαν τέσσερις προδιαθεσικές καταστάσεις, που θεωρήθηκαν ως παράγοντες ευαλωτότητας: (1) Η φροντίδα μικρών παιδιών. (2) Η έλλειψη απασχόλησης έξω από το σπίτι. (3) Η έλλειψη ενός προσώπου εμπιστοσύνης για διαπροσωπική επικοινωνία. (4) Η αποστέρηση από την μητέρα (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2004).

Επίσης, κοινωνικοοικονομικοί παράμετροι παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης και περιλαμβάνουν: την απουσία κοινωνικής υποστήριξης, τα αρνητικά συμβάντα ζωής, την επαγγελματική αστάθεια, την απουσία προηγούμενης εμπειρίας με παιδιά, τη μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη, τις κακές συζυγικές σχέσεις ή την απουσία γάμου, την κακή σχέση της ασθενούς με την μητέρα της και τέλος την πολυτοκία (Κελλαρτζής, Διδασκάλου, Μίκος και Μπόντης, 2003).

3.2.6 Ψυχολογικοί παράγοντες

Μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί ότι μια συγκεκριμένη προσωπικότητα (ή στοιχεία προσωπικότητας) ή ένας συγκεκριμένος ψυχολογικός μηχανισμός προδιαθέτει ή προκαλεί την κατάθλιψη.

Κατά ορισμένους θεωρητικούς, τα άτομα που είναι επιρρεπή σε κατάθλιψη χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονη αυτοκριτική. Κατά άλλους η αυτοκριτική είναι θυμός ή επιθετικότητα που στρέφεται εναντίον του εαυτού. Η διαπροσωπική απώλεια έχει τονιστεί ιδιαίτερα από τον Φρόιντ και τους οπαδούς του που σημείωσαν τις ομοιότητες και τις διαφορές ανάμεσα στο κοινό πένθος (που είναι φυσιολογική αντίδραση) και την κατάθλιψη που ακολουθεί την απώλεια είτε ενός αγαπημένου ατόμου ή ακόμα πιο εκτεταμένα στην απόκτηση ενός παιδιού. Η γνωστική θεωρία της κατάθλιψης, βέβαια, απομακρύνεται από την ψυχοδυναμική θεώρηση και αποδίδει την κατάθλιψη σε αρνητική, λανθασμένη εκτίμηση που κάνει το άτομο για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον (Μάνος, 1997).

3.2.7 Αγχώδεις καταστάσεις

Κανένας δεν ζει χωρίς προβλήματα. Παρόλο που οι απώλειες και οι δυσκολίες της ζωής μας κάνουν πιο δυνατούς πολλές φορές αναστέλλουν την σωματική ή την πνευματική ανάπτυξη. Το στρες μπορεί να οφείλεται σε απλά προβλήματα, όπως το καθημερινό μπουτιλιάρισμα στο δρόμο ή οι οικονομικές δυσχέρειες, αλλά και σε σοβαρά γεγονότα, όπως η διάλυση του γάμου ή ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου. Η αντιμετώπιση ενός τόσο θλιβερού γεγονότος δεν συνεπάγεται απαραίτητα την εμφάνιση κατάθλιψης, ωστόσο σίγουρα ο κίνδυνος αυξάνεται (Clinic, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΛΟΧΕΙΑ



4.1 Η ψυχολογία της λοχείας

Το μητρικό ένστικτο ορίζεται ως η έμφυτη βιολογική ορμή κάθε γυναίκας να αποκτήσει παιδιά, να τα αγαπά και να γνωρίζει πώς να τα φροντίζει. Το δέσιμο μητέρας – παιδιού, που ονομάζουμε «μητρικό ένστικτο», αποτελεί μία «σταθερά» αναλλοίωτη μέσα στο χρόνο. Όσο κι αν ο όρος ακούγεται ξεπερασμένος, η πίστη σε αυτόν συνεχίζεται ακλόνητη ως τις μέρες μας (Αμπατζόγλου Γ., 1998).

Η εικόνα που έχουμε πλάσει για σχέση μητέρας- παιδιού είναι αρκετά ρομαντική και συχνά απωθούμε υποσυνείδητα οτιδήποτε δεν ταιριάζει σε αυτήν την ιδανική αντίληψη της μητρότητας. Όμως, οι περισσότερες μητέρες ομολογούν πως το δέσιμο με το παιδί τους δεν είναι τόσο ακαριαίο και άμεσο, όσο περιμένουμε, πως συχνά ‘γονατίζουν’ από τη σωματική κούραση και εύχονται κάποιος να τις αποδέσμευε από το ρόλο της μητρότητας, έστω και για κάποιες ώρες (Talkingcure, 2012).

Αυτό συμβαίνει διότι η νεαρή μητέρα καλείται να μπει σε έναν καινούριο – άγνωστο τρόπο ζωής. Το να είναι προετοιμασμένη ψυχικά για αυτό σαφώς θα διευκολύνει την πορεία της μέσα στην περίοδο της λοχείας. Όμως, οι περισσότερες γυναίκες δεν είναι προετοιμασμένες γι' αυτή την έντονη γκάμα συναισθημάτων που πρόκειται να γευτούν με τη μητρότητα. Ο όρος «διαταραχές του δεσίματος μητέρας-παιδιού» καλύπτει ένα εύρος κλινικών καταστάσεων, συμπεριλαμβανομένων των κάτωθι:

Έλλειψη συναισθηματικής απόκρισης: Η μητέρα βιώνει μια απογοητευτική απουσία συναισθημάτων για το μωρό της, που κάποιες φορές συνοδεύεται από ένα συναίσθημα «ξενισμού», δηλαδή το μωρό της δεν της μοιάζει να είναι δικό της.

Απόρριψη του μωρού: Η μητέρα μετανιώνει την εγκυμοσύνη και εκφράζει επιθετικότητα προς το μωρό. Μπορεί να προσπαθήσει να πείσει την μητέρα της ή κάποιον άλλο συγγενή να το αναλάβει. Η πιο έντονη εκδήλωση είναι η κρυφή επιθυμία το παιδί να εξαφανιζόταν, να το έκλεβαν ή να πέθαινε.

Παθολογική οργή: Οι απαιτήσεις του μωρού κάνουν τη μητέρα να νιώθει ένταση και θυμό και εγείρουν επιθετικές ενορμήσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε αποφυγή, παραμέληση και επιθέσεις (Gelder *et al.* 2008).

Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό ότι τα θέματα που μπορεί να καθηλώσουν μια λεχώνα σε ψυχολογικά αδιέξοδα είναι τόσο περίπλοκα και ξεχωριστά από γυναίκα σε γυναίκα που συχνά χρειάζεται η βοήθεια ενός ειδικού για να μπορέσει η νέα μητέρα να εξερευνήσει τις δυσκολίες της και να ανακάμψει από αυτές, γεγονός που θα λειτουργήσει θεραπευτικά τόσο στο νεογέννητο παιδί αλλά και στη οικογένειά.

Έχει αποδειχθεί ότι τις πρώτες μέρες μετά τη γέννα το 60-80% των νέων μητέρων βιώνουν αρνητικά συναισθήματα, όπως είναι η έντονη εξάντληση, η αϋπνία, το άγχος, η ανασφάλεια, οι απότομες συναισθηματικές μεταπτώσεις. Τα συναισθήματα αυτά για τις περισσότερες γυναίκες εκδηλώνονται σε ήπια μορφή και υποχωρούν μόνα τους.

Η επιλόχεια κατάθλιψη αναγνωρίστηκε πρόσφατα από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία ως διαταραχή της διάθεσης, που εμφανίζεται κατά τη λοχεία. Στην Ταξινόμηση ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας η κατάθλιψη της λοχείας ταξινομείται στην κατηγορία ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς, συνδεδεμένες με τη λοχεία.

Αρκετός λόγος έχει γίνει ώστε να διασαφηνιστεί αν η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί ξεχωριστή οντότητα ή είναι απλώς ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης, που λαμβάνει τα χαρακτηριστικά της από τις ιδιαιτερότητες, που χαρακτηρίζουν την επιλόχεια περίοδο (Κονταξάκης, 2005).

Οι επιλόχειες καταθλιπτικές διαταραχές χωρίζονται στις εξής τρεις κατηγορίες: (1) την επιλόχεια μελαγχολία, (2) την επιλόχεια κατάθλιψη και (3) την επιλόχεια ψύχωση. Η επιλόχειος μελαγχολία (ή θλίψη) είναι πιο συχνή από τις τρεις. Χαρακτηριστικά συμπτώματα περιλαμβάνουν την ευμεταβλητότητα του συναισθήματος, την ευερεθιστότητα, τα κλάματα, το άγχος και τη διαταραχή σε ύπνο και όρεξη και κορυφώνονται την 4^η - 5^η ημέρα της λοχείας. Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι επίσης συχνή, με ποσοστό που αγγίζει το 10-15% του γυναικείου πληθυσμού. Αν και τα συμπτώματα της εμφανίζονται κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό είναι πιθανό ορισμένες γυναίκες να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα αμέσως μετά την εγκυμοσύνη. Η επιλόχεια ψύχωση είναι σπάνια και συμβαίνει σε συχνότητα 0,1 έως 0.2% μετά την γέννηση.

4.1.1 Επιλόχειος μελαγχολία

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

Σύμφωνα με τον Προκοπάκη Ε.Σ., 1994, η επιλόχεια αθυμία ή μελαγχολία της λοχείας παρατηρείται στο 40 – 85 % των λεχωίδων. Πρόκειται για μία παροδική μεταβολή της διάθεσης που αρχίζει την 3^η – 4^η ημέρα μετά τον τοκετό και διαρκεί 2 – 4 ημέρες. Τις περισσότερες φορές είναι περιορισμένης έντασης, μπορεί όμως να πάρει και μεγαλύτερες διαστάσεις με διαταραχές του ύπνου και δυσθυμία και να μοιάζει με την πρόδρομη φάση της επιλόχειας ψύχωσης (Dragonas T., & Christodoulou GN., 1998).

Είναι μία ήπια και αυτοπεριοριζόμενη μορφή κατάθλιψης, η οποία δεν προκαλεί σοβαρές λειτουργικές διαταραχές ούτε στη συμπεριφορά ούτε στην καθημερινότητα της νέας μητέρας. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν: μεταπτώσεις στη διάθεση, ευερεθιστότητα, ανησυχία, σύγχυση, ξεσπάσματα με λυγμούς, διαταραχές της όρεξης κ.λπ. Για τα συμπτώματα αυτά ενοχοποιούνται συνήθως η γρήγορη μεταστροφή των ορμονών και ο λιγοςτός ύπνος. Όπως και να έχει όμως, δε θα πρέπει να θεωρείται ασήμαντη και να λαμβάνεται απήφιστα, ειδικά, όταν τα συμπτώματα επιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα (Sherwen *et al.* 1995). Αν δε γίνει έγκαιρη διάγνωσή τους, υπάρχει πιθανότητα να εξελιχθούν σε επιλόχεια κατάθλιψη (Henshaw, 2004).

4.1.2 Επιλόχειος κατάθλιψη

Η υποτροπιάζουσα επιλόχεια μελαγχολία ήταν μία από τις πρώτες επιλόχειες ψυχιατρικές διαταραχές που αναγνωρίστηκαν. Αποτελεί ένα συχνά αθόρυβο πρόβλημα υγείας της περιγεννητικής περιόδου, το οποίο ωστόσο είναι σημαντικό, λόγω της υψηλής του συχνότητας, καθώς και των σημαντικών του επιπτώσεων. Είναι μύθος πως η επιλόχεια κατάθλιψη εκδηλώνεται μετά τον τοκετό. Περίπου 50% των περιπτώσεων αρχίζει πριν από αυτόν (Δασκαλόπουλος Θ., 2007, [http://psi_gr.tripod.com/depression epilox treatment.html](http://psi_gr.tripod.com/depression_epilox_treatment.html) [15/07/2015]).

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μία ετερογενή ομάδα καταθλιπτικών διαταραχών στη περίοδο της λοχείας. Η κατάθλιψη μετά τον τοκετό δημιουργεί σοβαρά προβλήματα, εξαιτίας του κοινωνικού ρόλου που απαιτείται από τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της λοχείας. Έτσι για παράδειγμα οι γυναίκες πρέπει να προσφέρουν άμεση και σημαντική φροντίδα στα βρέφη τους. Επιπλέον, οι γυναίκες αντιμετωπίζουν προκλήσεις στη σχέση τους με το σύζυγο ή το σύντροφό τους και συχνά πιστεύουν ότι πρέπει να επανεξετάσουν τις σχέσεις τους με τα μέλη της οικογένειάς τους και τους φίλους. Τέλος, συχνά απαιτούνται ρυθμίσεις στους εργασιακούς τους ρόλους, για να προσαρμόσουν την φροντίδα που απαιτείται για τα βρέφη τους (Sanders D., 1989).

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μία σύνθετη και ενδιαφέρουσα διαταραχή που συχνά φέρνει την γυναίκα και την οικογένειά της μπροστά σε εκπλήξεις. Σε μία στιγμή που χαρακτηρίζεται από ευχαρίστηση και χαρά η «επίθεση» της κατάθλιψης μπορεί να προκαλέσει «καταστροφή» και διαφωνία στη ζωή της γυναίκας. Η επιλόχεια κατάθλιψη, ακόμα αποτελεί συχνή και σοβαρή νόσο, που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού (Μωραΐτου Μ., 2004).

Το φαινόμενο συναντάται στο 10% των λεχιδών, με μια αύξηση στο 30%, εάν έχουν παρουσιάσει την ίδια διαταραχή σε προηγούμενη γέννα. Ο σχετικός κίνδυνος αυξάνει αισθητά, εάν η γυναίκα πάσχει ήδη από κάποια ψυχική διαταραχή. Η διάρκεια της συμπτωματολογίας κυμαίνεται από κάποιες εβδομάδες έως και χρόνο. Η αιτιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης δεν είναι γνωστή και για το λόγο αυτό διερευνάται μία ποικιλία παραγόντων από ορμονικούς μέχρι περιβαλλοντικούς.

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

4.1.3 Επιλόχειος ψύχωση

Η επιλόχεια ψύχωση ανήκει σε μία ομάδα βιολογικών διπολικών εγκεφαλικών διαταραχών με μεγάλη κληρονομικότητα και μία εγγενή τάση για ανάπτυξη επεισοδίων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής (Gelder *et al.* 2008).

Η επιλόχεια ψύχωση σύμφωνα με τον Μπαλλή Θ.Ι., 2004, αποτελεί την πιο δραματική συναισθηματική απάντηση και η συχνότητα της ανέρχεται σε 0,8 – 2,5 περιπτώσεις ανά 1000 τοκετούς. Εκδηλώνεται πολύ νωρίς ακόμα και μέσα στην μαιευτική κλινική αλλά μπορεί να εμφανιστεί και καθ' όλη τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά τον τοκετό. Η πλειοψηφία των ψυχωσικών επεισοδίων συμβαίνουν κατά τον πρώτο μήνα της λοχείας.

Τα συμπτώματα της επιλόχειας ψύχωσης που τη διαφοροποιούν από την επιλόχεια κατάθλιψη είναι η σύγχυση, η αμηχανία, η απώλεια προσανατολισμού, το ονειρικό συναίσθημα και η συναισθηματική αστάθεια. Επίσης περιγράφονται πολύ συχνά οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις και έντονες παραληρητικές καταστάσεις με προεξάρχον το ιδιωτικό παραλήρημα (Μωραΐτου Μ., 2004). Παράγοντες κινδύνου για την επιλόχειο ψύχωση

μεταξύ άλλων συνιστούν το να είναι μια γυναίκα για πρώτη φορά μητέρα, το οικογενειακό ή προσωπικό προηγούμενο ιστορικό ψυχιατρικής ασθένειας και πιστεύεται ότι τις περισσότερες φορές είναι η εκδήλωση ενός επεισοδίου μανιοκαταθλιπτικής ασθένειας (Davidson & Robertson, 1985; Kendell, 1985; Markς *et al.* 1992).

Στις περισσότερες των περιπτώσεων η επιλόχειος ψύχωση βλάπτει σε μεγάλο βαθμό την ικανότητα μιας γυναίκας να λειτουργήσει και σε εξαιρετικές περιπτώσεις ο κίνδυνος αυτοκτονίας ή παιδοκτονίας είναι υψηλός (Turnbull, 1986; Millis & Kornblith, 1992) με αποτέλεσμα να επείγει η εισαγωγή (μερικές φορές ακούσια) σε ψυχιατρική κλινική (Kendell *et al.* 1987).

Η προσεκτική παρατήρηση της λεχωίδας με ψύχωση της λοχείας και ιδιαίτερα των όσων λέει και πράττει για το νεογνό μπορεί να καθοδηγήσει στην εντόπιση των επικίνδυνων μητέρων. Πάντως δεν θα πρέπει να λησμονείται ότι 27% περίπου των βρεφοκτόνων λεχωίδων δεν είχαν εκφράσει προηγουμένως καμία παθολογική ιδέα για το παιδί. Μητέρες με ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς προς τα παιδιά τους ή προς τα παιδιά τρίτων είναι περισσότερο επικίνδυνες και έχουν ανάγκη στενότερης επίβλεψης (Παπαγεωργίου Ε., 2004).

Η συμπτωματολογία των ψυχώσεων της λοχείας παίρνει κυρίως τη μορφή των συναισθηματικών και σπανιότερα των σχιζοφρενικών διαταραχών. Η αιτιολογία των ψυχώσεων της λοχείας είναι πολυπαραγοντική και εμπλέκονται σε αυτήν γενετικοί, βιολογικοί και σε μικρότερο βαθμό ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (Μωραΐτου, 2007).

Παρ' όλα αυτά, είναι γενικά αποδεκτό ότι αυτές οι ψυχώσεις, όταν λάβουν τη σωστή θεραπεία, έχουν πολύ καλά προγνωστικά (Brockington *et al.* 1982) και τα καταγεγραμμένα ποσοστά αυτοκτονιών σε αυτή την περίπτωση έχουν επίσης μειωθεί (Appleby, 1991).

4.2 Η ψυχολογία του πατέρα

Ο ερχομός του μωρού στο σπίτι αποτελεί μια αλλαγή καθεστώτος. Μερικές φορές μάλιστα μια επανάσταση, η οποία μπορεί να φέρει κρίση ανάμεσα στο ζευγάρι. Όλες οι μέριμνες της μητέρας καθιστούν το μωρό τον απόλυτο κυρίαρχο. Αυτόν τον τόσο στενό δεσμό ο πατέρας τον νοιώθει ως αποκλεισμό και αισθάνεται ότι περισεύει.

Παράλληλα, οι άνδρες νιώθουν αβέβαιοι για τις καινούριες υποχρεώσεις που προκύπτουν, και έχουν αμφιβολίες για την ικανότητά τους να αντεπεξέλθουν. Μια από τις σημαντικότερες προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν, αφορά την επίδραση που το παιδί θα επιφέρει στη συζυγική ζωή.

Ο αποκλεισμός του πατέρα και η διατήρηση μιας σχέσης συγχώνευσης ανάμεσα στη μητέρα και το μωρό ενέχει κινδύνους όσον αφορά στην εξέλιξη του παιδιού.

Είναι εξαιρετική σημασίας τόσο για την εξέλιξη και ανάπτυξη του παιδιού, όσο και για την πορεία της σχέση του ζευγαριού και ολόκληρης της οικογένειας να υπάρξει χώρος και για τον πατέρα. Και το χώρο αυτό πρέπει να τον δώσει η γυναίκα στον άντρα της.

Τόσο η γυναίκα-μητέρα, όσο και το παιδί έχουν ανάγκη και τη φροντίδα του άντρα-πατέρα. Μόνο έτσι θα υπάρξει μια υγιής ανάπτυξη όλων: του παιδιού, της μητέρας, του πατέρα, του ζευγαριού, της οικογένειας (Χαρίλα, Τ., 2011, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.iatronet.gr/ygeia/maieftiki-egkymosyni/article/14066/egkymosyni-epiloxeia-katathlipsi-kai-i-thesi-toy-patera.html>iatronet [02/06/15]).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^Ο: ΔΙΑΓΝΩΣΗ



5.1 Διάγνωση

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

Ακρογωνιαίος λίθος για την επιτυχή θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης αποτελεί η σωστή και έγκαιρη διάγνωση της. Το πρώτο βήμα είναι μια ολοκληρωμένη εξέταση από έναν οικογενειακό ιατρό, ούτως ώστε να διαπιστωθεί η πραγματική αιτία των συμπτωμάτων. Αυτό επιβάλλεται γιατί πολλές φορές οργανικά νοσήματα (όπως π.χ. υποθυρεοειδισμός) αλλά και φάρμακα μπορεί να είναι η αιτία για πολλά από τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Συνοψίζοντας, σημαντικό είναι το γεγονός ότι ο γιατρός θα πρέπει να λαμβάνει ένα λεπτομερές, οικογενειακό, ιατρικό ιστορικό καθώς και εργαστηριακές εξετάσεις ώστε να καθορίζει την ακριβή αιτία των συμπτωμάτων. (Κελλαρτζής, Διδασκάλου Θ., Μίκος Θ. και Μπόντης Ι. Κατάθλιψη της λοχείας, Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία, 2003, 15(2): 94-100)

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

Ένα σημαντικό στοιχείο της πλειονότητας των μελετών είναι η τάση των ερευνητών να επιχειρούν εκτιμήσεις με δύο ευρέως χρησιμοποιούμενες κλίμακες για την κατάθλιψη: την κλίμακα του Εδιμβούργου για την επιλόχεια κατάθλιψη (EPDS) και την κλίμακα του Beck για την κατάθλιψη.

Η κλίμακα του Εδιμβούργου για την μέτρηση της επιλόχειας κατάθλιψης (EPDS) αναπτύχθηκε και εγκρίθηκε μέσα από διάφορες μελέτες σε λεχώιδες της Μεγάλης Βρετανίας και έχει γίνει το δημοφιλέστερο εργαλείο για την διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης στην πλειοψηφία των μελετών. Η δέκα θεμάτων έκδοσης της κλίμακας αποτελείται από δηλώσεις που περιγράφουν καταθλιπτικά συμπτώματα σχετιζόμενα με την επιλόχεια κατάθλιψη και έχουν τέσσερις πιθανές απαντήσεις, κάθε μία βαθμολογούμενη σύμφωνα με την σοβαρότητα ή τη διάρκεια του ενοχλήματος. (Δραγώνα Θ., 1989)

Η κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI), παρότι αρχικά αναπτύχθηκε ως ένα γενικό εργαλείο για τη μέτρηση της έντασης και των συμπεριφορικών εκδηλώσεων της κλινικής κατάθλιψης, σήμερα χρησιμοποιείται ευρέως στην έρευνα για την συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης. Ωστόσο, η χρήση της για την μέτρηση της συμπτωματολογίας της επιλόχειας κατάθλιψης απαιτεί προσεκτική ερμηνεία. Η διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης θα πρέπει να λάβει υπόψη την αλληλεπικάλυψη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με φυσιολογικές αντιδράσεις στη νέα κατάσταση. Αλλαγές στον ύπνο, την όρεξη, τη σεξουαλική διάθεση και το αίσθημα κόπωσης είναι κοινά χαρακτηριστικά τόσο της κατάθλιψης όσο και της περιόδου της λοχείας.

Πέρα όμως από τις προφυλάξεις, η BDI είναι εξαιρετικά χρήσιμη σε μελέτες που περιλαμβάνουν προγεννητικά δείγματα, μακροχρόνιους σχεδιασμούς και τη μέτρηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Η BDI αποτελείται από 21 κατηγορίες συμπτωμάτων και συμπεριφορών. Κάθε κατηγορία περιγράφει μία συγκεκριμένη συμπεριφορική εκδήλωση της κατάθλιψης και αποτελείται από 4 – 5 δηλώσεις αυτοαξιολόγησης διαβαθμισμένες κατ' αλληλουχία. Οι δηλώσεις αυτές είναι ταξινομημένες έτσι, ώστε να αντανakλούν την διακύμανση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων από μηδενικής μέχρι μέγιστης σπουδαιότητας. Για κάθε δήλωση έχουν οριστεί αριθμητικές τιμές από 0 – 3, για το καθορισμό του βαθμού σπουδαιότητας. (Μωραΐτου Μ., 2004).

5.2 Διαφοροδιάγνωση

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

Οι περισσότεροι άνθρωποι βρίσκουν γενικά ότι οι περίοδοι κατά τις οποίες αισθάνονται κατάθλιψη περνούν σχετικά γρήγορα και περιμένουν από τους εαυτούς τους αλλά και από τους άλλους να τις καταπολεμήσουν και να μην επιτρέψουν στις δύσκολες εμπειρίες που βιώνουν να τους πάρουν «από κάτω». Στο δικό μας πολιτιστικό πλαίσιο, μάλιστα, αναμένεται ότι οι άνθρωποι θα πρέπει να ελέγχουν αρκετά καλά τις διαθέσεις και τα συναισθήματά τους. Γι' αυτό και συνήθως αντιμετωπίζεται με ερωτηματικά το γεγονός ότι κάποιοι «βρίσκονται σε κατάθλιψη» ή ότι είναι «δυσλειτουργικοί» για σχετικά μεγάλο χρονικό διάστημα. Αναμένεται λοιπόν ότι οι δύσκολες αυτές περίοδοι και εμπειρίες θα πρέπει να ξεπεραστούν σχετικά γρήγορα μέσα από τη δραστηριότητα, την προσπάθεια και τη θέληση. (Κλεφταράς Γ., 1998).

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

- Διαταραχές της διάθεσης οφειλόμενης σε γενική ιατρική κατάσταση.
- Διαταραχή της διάθεσης προκαλούμενη από ουσίες.
- Μανιακά επεισόδια με ευερέθιστη διάθεση ή μεικτά επεισόδια.
- Δυσθυμική διαταραχή.
- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.
- Πένθος.
- Περίοδοι θλίψης.
- Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (Μάνος, 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΠΡΟΓΝΩΣΗ



6.1 Πρόγνωση

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

Η επιλόχεια κατάθλιψη, όπως και κάθε άλλη ψυχική νόσος έχει καλή πρόγνωση, όταν η διάγνωση της νόσου γίνει έγκαιρα και εφαρμοστεί μια αποτελεσματική θεραπεία. Η ελαφρά επιλόχεια κατάθλιψη υποχωρεί μέσα σε λίγες εβδομάδες. Η επιλόχεια κατάθλιψη πιθανόν να αρχίζει να αντιδρά στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μέσα σε 2-4 εβδομάδες, αλλά η πλήρης ανάρρωση πιθανόν να απαιτήσει έως και 1 χρόνο. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα συνήθως βοηθούν την επιλόχεια ψύχωση σε χρονικό διάστημα 2-3 μηνών. Παρ' όλα αυτά πιθανόν να πρέπει να παίρνουν τα φάρμακα πολλούς μήνες και να είναι απαραίτητη η μακρόχρονη παρακολούθηση και υποστήριξη της καταθλιπτικής γυναίκας στην περίοδο της λοχείας (American College Of Physicians, Ιατρική στον 21^ο αιώνα, Εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ, Αθήνα 2000, σελ. 807-808).

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

Επιπλέον, οι γυναίκες που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης είτε επιλόχειας κατάθλιψης, είτε ψύχωσης, θα πρέπει να λαμβάνουν περαιτέρω υποστήριξη κατά τη διάρκεια και μετά από μελλοντικές εγκυμοσύνες (American College Of Physicians, Ιατρική στον 21^ο αιώνα, Εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ, Αθήνα 2000, σελ. 807-808).

Συνοψίζοντας, σε μετρήσεις στο ίδιο δείγμα γυναικών αναφέρονται ποσοστά κατάθλιψης 31,5% κατά τον τρίτο μήνα και 53,7% κατά τον δωδέκατο μήνα μετά τον τοκετό (Περιστέρης, 1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^Ο: ΘΕΡΑΠΕΙΑ



Οι ψυχικές διαταραχές της επιλόχειας λαμβάνουν χώρα μέσα σε ένα μοναδικό αναπτυξιακό και κοινωνικό πλαίσιο και παρ' όλο που μπορεί να μην διαφέρουν, φαινομενικά από παρόμοιες καταστάσεις που περνά μια γυναίκα κατά την διάρκεια της ζωής της, η παρέμβαση που συντελείται οφείλει να είναι ανάλογη της συγκεκριμένης κατάστασης. Επομένως, οι ψυχοθεραπείες σε ατομικό, συζυγικό, οικογενειακό και ομαδικό επίπεδο θα επικεντρωθούν κατά κύριο λόγο στη μετάβαση προς τη μητρότητα, στις συζυγικές και οικογενειακές σχέσεις, στις κοινωνικοπολιτικές προσδοκίες καθώς και σε δίκτυα κοινωνικής στήριξης. Οι σύζυγοι και όλοι εκείνοι που μπορεί να είναι σημαντικοί για την θεραπεία ενθαρρύνονται να λαμβάνουν μέρος στο σχέδιο θεραπείας, να παίρνουν μέρος στα μαθήματα αξιολόγησης και στις ομάδες ζευγαριών (Gruen, 1993).

Το είδος της θεραπείας που θα εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης μετά τον τοκετό εξαρτάται από την μορφή και την σοβαρότητα της διαταραχής. Μπορεί να μην είναι πάντοτε αναγκαία η εφαρμογή κάποιας θεραπείας, καθώς η κατάσταση πολλές φορές βελτιώνεται από μόνη της. Εάν όμως τα συμπτώματα δεν μειωθούν μέσα σε δύο εβδομάδες, είναι αναγκαία η ιατρική βοήθεια. Οι πιο ήπιες μορφές μπορεί να θεραπευτούν με ψυχοθεραπεία, οι πιο σοβαρές μπορεί να απαιτήσουν φαρμακευτική αγωγή, ενώ κάποιες φορές ένας συνδυασμός των δύο μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικός. Στην περίπτωση της επιλόχειας ψύχωσης, η οποία είναι μια επείγουσα ψυχιατρική κατάσταση μπορεί να χρειαστεί ακόμα και ηλεκτροσπασμοθεραπεία (www. Obrela.gr, 2008)

Επιπλέον, η επιλογή της σωστής θεραπείας είναι μία εξατομικευμένη διεργασία που θα εξαρτηθεί όχι μόνο από τη σοβαρότητα και τον τύπο της κατάθλιψης, αλλά και από τις περιστάσεις της ζωής του ασθενούς, τις προτιμήσεις του και τις ιατρικές συστάσεις.

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

7.1 Φαρμακευτική θεραπεία

Όπως αναφέρει ο Sanders ορισμένα άτομα με κατάθλιψη χρειάζονται θεραπεία με χορήγηση φαρμάκων και στις περιπτώσεις αυτές ο ιατρός χορηγεί αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Κατά τη χορήγηση ενός τέτοιου φαρμάκου ο ιατρός θα πρέπει να εξηγήσει σαφώς τη δοσολογία που πρέπει να πάρει ο ασθενής και να συζητήσει μαζί του τις πιθανές παρενέργειες και τις πιθανές αλληλεπιδράσεις του αντικαταθλιπτικού με άλλα φάρμακα.

Το σοβαρό δίλημμα που προκύπτει στην ψυχιατρική θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης, αφορά τον θηλασμό. Εάν θηλάζει η μητέρα, το φάρμακο που θα πάρει περνά μέσα από το γάλα στο μωρό. Τα ψυχοτρόπα φάρμακα διαπερνούν τον πλακούντα και απεκκρίνονται στο μητρικό γάλα. Ο κίνδυνος της δυνητικής τερατογένεσης, της επίδρασης στη συμπεριφορά και στην ανάπτυξη του βρέφους πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, πριν από την τελική απόφαση για τη συνταγογράφηση των φαρμάκων (Μπορούμου Μ., 2011).

<http://www.ioanninamed.gr/index.php/topics/96-psychology-advisory/446-ostpartum-depression> [02/06/15]).

Στην θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης(γενικά και πέρα από το θέμα του θηλασμού) μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορες ομάδες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Δασκαλόπουλος Θ., 2007, [http://psi.gr.tripod.com/depression epilox treatment.html](http://psi.gr.tripod.com/depression_epilox_treatment.html) [15/07/2015]).

Οι ακόλουθες ομάδες φαρμάκων χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης (Trounce, 1993):

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (όπως ιμιπραμίνη, αμιτριπτυλίνη, χλωριμιπραμίνη) (Χριστοδούλου, 2004). Μετά την έναρξη της θεραπείας οι διαταραχές του ύπνου που σχετίζονται με την κατάθλιψη αποκαθίστανται, αλλά περνούν αρκετές εβδομάδες πριν θεραπευτεί η κατάθλιψη. Η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να συνεχισθεί για 6 εβδομάδες πριν αποφασίσουμε ότι η θεραπεία απέτυχε. Το 80% των ατόμων με κατάθλιψη απαντά στη θεραπεία (Trounce, 1993).

Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI) (όπως φλουοξετίνη, φλουβοξαμίνη, σιταλοπράμη, παροξετίνη) (Χριστοδούλου, 2004). Μπορούν να χρησιμοποιηθούν, εάν η ασθενής δεν ανταποκρίνεται στα τρικυκλικά (Grant κ.ά., 2001). Είναι αποτελεσματικοί στην κατάθλιψη και έχουν λιγότερες αντιχολινεργικές και καρδιοτοξικές παρενέργειες (Trounce, 1993).

Εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (SNRI) (όπως η βενλαφαξίνη). Έχουν συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα με τα προηγούμενα και ευρύτερο φάσμα δράσης, γιατί, εκτός από την αναστολή επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, ασκούν παρόμοια δράση και στη νοραδρεναλίνη.

Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO) (όπως τρανυλκυπρομίνη, φαινελζίνη, νιαλαμίδη) (Χριστοδούλου, 2004).

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

Από αυτές τις ομάδες φαρμάκων κάποια αντικαταθλιπτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια, καθώς ο κίνδυνος για το μωρό είναι μικρός, έως ελάχιστος. Η σερτραλίνη και η παροξετίνη είναι τα φάρμακα πρώτης γραμμής στις γυναίκες που πρέπει ν' αρχίσουν θεραπεία για την κατάθλιψη μετά τον τοκετό και επιθυμούν κατά την ίδια περίοδο να συνεχίσουν τον θηλασμό. Η χρησιμοποίηση της φλουοξετίνης και της σιταλοπράμης, φαίνεται αντιθέτως να συνδέεται μ' έναν σχετικά υψηλότερο κίνδυνο δυσμενών γεγονότων (Δασκαλόπουλος Θ., 2007, [http://psi.gr.tripod.com/depression epilox treatment.html](http://psi.gr.tripod.com/depression_epilox_treatment.html) [15/07/2015]).

7.1.1 Παρενέργειες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

Στις παρενέργειες των συγκεκριμένων φαρμάκων περιλαμβάνονται: ξηροστομία, αδυναμία, λήψη βάρους, θολότητα όρασης, δυσκοιλιότητα, στατική υπόταση, κατακράτηση ούρων, ναυτία, εφίδρωση, προσωρινή σύγχυση και διαταραχές λόγου (Grant κ.ά., 2001). Επίσης, παρατηρούνται, επιπτώσεις στην καρδιά (ταχυπαλμίες ή αρρυθμίες) και τρόμος των χεριών (Μακένζι, 2000).

Αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI)

Φάρμακα της συγκεκριμένης κατηγορίας δεν πρέπει να συνδυάζονται με λίθιο ή αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης γιατί μπορεί να προκληθεί υποθερμία, τρόμος και σπασμοί λόγω της 5-HT (Trounce, 1993). Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται επίσης, στομαχικές διαταραχές, διάρροια, ναυτία, εμετοί, πονοκέφαλος, υπερκινητικότητα και άγχος (Μακένζι, 2000).

Αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης (SNRI)

Αυτή η κατηγορία φαρμάκων παρουσιάζει παρόμοιες παρενέργειες με τα προηγούμενα. Επίσης, μπορεί να προκαλέσει δερματικό εξάνθημα. Ακόμα είναι πιθανόν να επηρεάσει την απόδοση του ασθενούς σε δεξιότητες, όπως η οδήγηση (Μακένζι, 2000).

Αναστολείς μονοαμινοξειδάσης (MAO)

Στις συνηθέστερες παρενέργειες των αναστολέων της MAO περιλαμβάνεται η πρόσληψη βάρους, η ορθοστατική υπόταση, η ξηροστομία, η διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας, η κεφαλαλγία και η αϋπνία ή αντίθετα υπερβολική υπνηλία (Καλαϊτζή, Χριστοδούλου, 2007). Επίσης προκαλούν νευρικότητα, συχνουρία και σπανιότερα ίκτερο.

Προκαλούν συνεργία με τα φάρμακα που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα, όπως τα βαρβιτουρικά, το οινόπνευμα, την κοκαΐνη, τη μορφίνη και ειδικά την πεθιδίνη. Προκαλούν όμως υπερλειτουργία των αγγειοσυσταλτικών όπως η αδρεναλίνη και η αμφεταμίνη και ενός αριθμού αγγειοσυσταλτικών π.χ. που χρησιμοποιούνται στο κρυολόγημα (Trounce, 1993).

7.2 Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία είναι ένας διαρκώς εξελισσόμενος κλάδος της εφαρμοσμένης ψυχολογίας που ασχολείται με τον άνθρωπο και τα ψυχολογικά - συναισθηματικά προβλήματά του. Στηρίζεται στις επιστημονικά τεκμηριωμένες θεωρίες της ανθρώπινης προσωπικότητας και συμπεριφοράς και χρησιμοποιεί επιστημονικές μεθόδους και τεχνικές. Οι ψυχολογικές θεραπείες συνιστούν το πιο δημοφιλές είδος θεραπείας για την κατάθλιψη, εν μέρει διότι δεν περιλαμβάνουν τη λήψη δισκίων και εν μέρει διότι εκτιμώνται, ενστικτωδώς, ως λογικές (Μακένζι, 2000).

Η κατάθλιψη, σαν σύνδρομο, βοηθιέται στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία έμμεσα, σαν αποτέλεσμα της βελτίωσης των διαπροσωπικών σχέσεων, της εμπιστοσύνης προς τα άλλα άτομα, των αμυντικών μηχανισμών, της συναισθηματικής ευαισθησίας, της παραγωγικότητας και δημιουργικότητας. Η βελτίωση αυτή, βέβαια, έρχεται μέσα από την εξέταση, αναβίωση και ερμηνεία σημαντικών προβλημάτων και συγκρούσεων της παιδικής ηλικίας καθώς επανεμφανίζονται στη μεταβιβαστική σχέση θεραπευτή — ασθενή.

Είναι, λοιπόν, κατανοητό ότι η ψυχοθεραπεία είναι ένας από τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους να θεραπευτεί η κατάθλιψη. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι με τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις το άτομο βιώνει ανακούφιση από τα συμπτώματα και στο τέλος της θεραπείας νιώθει πιο δυνατός και εφοδιασμένος, κατέχοντας ένα νέο τρόπο διαχείρισης στο να νιώσει πάλι ενεργητικός και μαχητικός.

Ο απώτερος στόχος της ψυχοθεραπείας είναι η αναδόμηση του ανθρώπου και η αλλαγή της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς του. Επιμέρους στόχοι περιλαμβάνουν την επίλυση εσωτερικών συγκρούσεων και προβλημάτων, τη θεραπεία ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, τη βελτίωση ψυχολογικών δεξιοτήτων, αλλά και γενικότερα την προσωπική ανάπτυξη του ατόμου (<http://www.katathlipsi.gr/katathlipsi/psychotherapeia>, [05/07/2015]).

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

Γνωστική θεραπεία: Έχει διαμορφωθεί από τον Aaron Beck πάνω στην κλινική εικόνα της κατάθλιψης. Αποτελείται συνολικά από 15-25 συνεδρίες, μια φορά την εβδομάδα. Πρόκειται, ουσιαστικά για βραχεία ψυχοθεραπεία, με δομημένες συνεδρίες, που στοχεύει στην αναγνώριση και διόρθωση αρνητικών, νοητικών σχημάτων του ασθενή, που σύμφωνα με τη γνωστική θεωρία προκαλούν την κατάθλιψη (Μάνος, 1997). Η γνωστική ψυχοθεραπεία αποτελεί ένα πολύτιμο εφόδιο τόσο στην εδραίωση της θεραπευτικής σχέσης ψυχοθεραπευτή-ασθενή όσο και στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων που προκύπτουν. Η ποικιλία των θεραπευτικών τεχνικών που προσφέρει και η ευελιξία του σχεδιασμού και της εφαρμογής της, την κάνουν ιδανική για όλες τις δομές στις οποίες εργάζεται ο νοσηλευτής.

Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία: Πρόκειται για μορφή ψυχοθεραπείας που απευθύνεται ειδικά σε ασθενείς με κατάθλιψη. Αποτελείται από 12-16 συνεδρίες, δεν επικεντρώνεται στο χτες, όπως οι προηγούμενες ψυχοθεραπείες, αλλά στο σήμερα και έχει στόχο ψυχοεκπαιδευτικό, αποβλέπει δηλαδή στο να δώσει στον ασθενή την απαραίτητη πληροφόρηση για την πάθησή του και να τον βοηθήσει να διαμορφώσει τις στρατηγικές που απαιτούνται για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες του. Η διαπροσωπική θεραπεία περιλαμβάνει συνδυασμό υποστήριξης (ενθάρρυνση, καθοδήγηση στις καθημερινές ανάγκες του ατόμου), φαρμακοθεραπείας, διδασκαλίας της φύσης, των χαρακτηριστικών και της πορείας του συνδρόμου της κατάθλιψης και κυρίως εστιάζεται στην αναγνώριση και βελτίωση του χειρισμού διαπροσωπικών προβλημάτων, όπως πένθος και κάθε μορφής απώλεια, διαπροσωπικές διαμάχες, αλλαγές ρόλου στη ζωή, διαπροσωπικές ανεπάρκειες κτλ. που θεωρούνται ότι σχετίζονται με την κατάθλιψη.

Υποστηρικτική συμβουλευτική: Προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη και αφορά σε οξείες καταστάσεις κρίσης, π.χ. πένθος, και είναι απροσδιόριστης διάρκειας. Η συμβουλευτική δε δημιουργεί εξαρτώμενα άτομα, αλλά τα βοηθάει δείχνοντάς τους πώς να ανεξαρτητοποιηθούν, να αυτονομηθούν, να αποκτήσουν δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και να αναπτύξουν στο μέγιστο βαθμό τις δυνατότητες τους. Είναι μία εμπιστευτική διαδικασία με κύριο χαρακτηριστικό της τη συζήτηση.

Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία: Βασίζεται στη θεωρία της μάθησης και είναι βραχυπρόθεσμη θεραπεία. Η θεραπεία αυτή διαφέρει από τη γνωστική θεραπεία ως προς το ότι εστιάζεται στο τι κάνουμε και όχι στο τι σκεπτόμαστε. Αντί να προσπαθεί να κάνει τον ασθενή να σκέπτεται πιο θετικά, προσπαθεί να τον κάνει να δρα πιο θετικά. Η συντελεστικής εξάρτησης τεχνική της θετικής ενίσχυσης μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στη θεραπεία της κατάθλιψης.

Ομαδική ψυχοθεραπεία: Αφορά κυρίως αρρώστους με κίνδυνο αυτοκαταστροφής. Η ομάδα μέσα από την αλληλεπίδραση των μελών της προσφέρει διόρθωση των εσφαλμένων απόψεων. Μέσω της ομαδικής θεραπείας, η θεραπευτική ομάδα αντιπροσωπεύει ένα μικρόκοσμο της ευρύτερης κοινωνίας, όπου οι ασθενείς μπορούν να επικοινωνούν και να εξωτερικεύουν τις σκέψεις κατά συναισθήματά τους με ασφάλεια. Όμως, η θεραπευτική αυτή μορφή μπορεί να ωφελήσει έναν ασθενή μόνο αν ο ίδιος μπορέσει να ανεχθεί τη διαπροσωπική αυτή επίδραση της ομάδας (Ραγιά, 2009).

Οικογενειακή ψυχοθεραπεία: Ενδείκνυται ιδιαίτερα όταν η κατάθλιψη του ασθενούς διαταράσσει την ισορροπία της οικογένειας, όταν η κατάθλιψη συνδέεται με οικογενειακά γεγονότα ή όταν ενισχύεται ή τροφοδοτείται από οικογενειακά πρότυπα συμπεριφοράς. Έτσι είναι εμφανές ότι δεν επηρεάζουν μόνο οι γενετικοί παράγοντες τις διαταραγμένες σχέσεις των καταθλιπτικών ασθενών, αλλά είναι βλαπτικές και οι επακόλουθες ψυχοκοινωνικές εντάσεις στο περιβάλλον της οικογένειας. Η θεραπεία αυτή διευκολύνει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ αρρώστου - νοσηλεύτη και νοσοκομειακού περιβάλλοντος να διατηρηθεί και ισχυροποιηθεί η ψυχική υγεία του αρρώστου, με αποτέλεσμα να επιτευχθεί η ανάρρωση και θεραπεία του.

Η ψυχοθεραπεία φαίνεται να έχει παρόμοια απάντηση με τα αντικαταθλιπτικά. Η προσθήκη ψυχοθεραπείας στη φαρμακοθεραπεία φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα ύφεσης σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα και ανθεκτική στη θεραπεία κατάθλιψη.

7.3 Υγιεινή διατροφή, αντίδοτο για την κατάθλιψη

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

Ο Dr. Young, παρουσιάζει στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η έλλειψη φολικού οξέος ενδέχεται να επιφέρει κατάθλιψη και πως η πρόσληψή του συχνά θεραπεύει την ψυχική αυτή πάθηση. Για την υποχώρηση των συμπτωμάτων ήπιας μορφής κατάθλιψης, συνιστά τη λήψη διακοσίων έως πεντακοσίων miligrams φολικού οξέος ημερησίως, μέσω των συνηθισμένων τροφών. Τροφές πλούσιες σε φολικό οξύ είναι κυρίως τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά (π.χ. σπανάκι).

Σύμφωνα με την Clinic, 2005, οι ψυχολόγοι Davit Benton & Richard Cook απέδειξαν ότι άτομα που λάμβαναν ελάχιστες ποσότητες σεληνίου εμφάνιζαν ανησυχία, κούραση και μελαγχολία ενώ όταν έλαβαν επαρκή ποσότητα σεληνίου η διάθεση τους βελτιώθηκε σημαντικά (Clinic, 2005). Τροφές πλούσιες σε σελήνιο είναι οι εξής: οι ηλιόσποροι, το λευκό ψωμί, η βρώμη, τα θαλασσινά και τα βραζιλιάνικα καρύδια. Επιπλέον, η Μεσογειακή διατροφή προτείνεται σαν η καταλληλότερη διατροφή για μελλοντικές μητέρες (Napier A, 1995).

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

7.4 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ΗΣΘ)

Όταν η χορήγηση φαρμάκων δεν είναι ασφαλής ή όταν η ασθενής δεν ανταποκρίνεται στις ψυχοθεραπείες, υπάρχει η δυνατότητα εφαρμογής ενός άλλου είδους θεραπείας της λεγόμενης ηλεκτροσπασμοθεραπείας. Από το ηλεκτρικό ερέθισμα που χρησιμοποιείται και τον τονικοκλονικό σπασμό, που αποτελεί την περιφερική έκφραση της νευρωνικής εκφόρτισης, προέρχεται η ονομασία ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Στην κλινική πράξη, η διαδικασία είναι γνωστή με την αγγλική συντομογραφία «ECT» (Χριστοδούλου, 2004).

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μία διαδικασία, κατά την οποία εφαρμόζεται βραχείας διάρκειας ηλεκτρικό ρεύμα κάτω από συνθήκες γενικής αναισθησίας και μυοχάλασης, με σκοπό την πρόκληση γενικευμένης επιληπτικής κρίσης. Ο ακριβής μηχανισμός είναι άγνωστος, αλλά θεωρείται ότι προκαλεί βιοχημικές αλλαγές στον εγκέφαλο, αύξηση των επιπέδων νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης, παρόμοιες με αυτές που προκαλούν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Ραγιά, 2009). Ιδιαίτερα αποτελεσματική είναι στην περίπτωση της ανθεκτικής κατάθλιψης σε αυτοκτονικούς ασθενείς και σε ασθενείς σε διέγερση ή εμβροντησία.

7.4.1 Κλινική εφαρμογή ΗΣΘ

Προετοιμασία για ΗΣΘ: Πριν από την έναρξη των θεραπειών απαιτείται κλινικός και παρακλινικός έλεγχος. Το πρωί της θεραπείας, με την ασθενή νηστική, εγκαθίσταται φλεβική επικοινωνία, απ' όπου χορηγούνται το αναισθητικό και το μυοχαλαρωτικό.

Τοποθέτηση ηλεκτροδίων: Η τοποθέτηση των ηλεκτροδίων μπορεί να γίνει συμμετρικά και στα δύο ημισφαίρια (αμφοτερόπλευρη) ή μόνο στο ένα ημισφαίριο (μονόπλευρη).

Συχνότητα και διάρκεια: Η ΗΣΘ εφαρμόζεται δύο ή τρεις φορές εβδομαδιαίως. Μικρότερη συχνότητα μειώνει το θεραπευτικό αποτέλεσμα, ενώ μεγαλύτερη αυξάνει τις ανεπιθύμητες ενέργειες χωρίς να επιταχύνει τη θεραπεία. Για την κατάθλιψη, ο μέσος αριθμός συνεδριών είναι 6-8, αλλά μπορεί να απαιτηθούν έως και 12.

Διάρκεια και επάρκεια εκφόρτισης-επιληπτικός ουδός: Σε κάθε συνεδρία, διάρκεια σπασμών μικρότερη από 25 sec θεωρείται γενικά ανεπαρκής. Κατά την πορεία των

συνεδριών της ΗΣΘ, ο επιληπτικός ουδός προοδευτικά αυξάνεται, με συνέπεια την προοδευτική αύξηση της ηλεκτρικής δόσης για να συντηρηθεί η επαρκής διάρκεια των σπασμών. Αυτό το φαινόμενο εικάζεται ότι σχετίζεται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Ηλεκτρική δόση: Καθορίζεται είτε με βάση τον επιληπτικό ουδό είτε πρακτικά με βάση την ηλικία της ασθενούς. Μετριέται σε joules ή millicoulombs. Οι μέσες ενέργειες που χρησιμοποιούνται είναι της τάξης των 30- 70 joules (150-350 mCb), αλλά μπορεί να κυμαίνονται από 10-100 joules (50-500 mCb).

Προφύλαξη: Μετά το πέρας της ΗΣΘ οι άρρωστοι υποτροπιάζουν κατά 50%. Με φαρμακευτική προφύλαξη το ποσοστό υποτροπών μειώνεται στο 20%. Για αρρώστους στους οποίους η φαρμακευτική προφύλαξη δεν είναι αποτελεσματική, μπορεί να χορηγηθούν «αναμνηστικές» συνεδρίες ΗΣΘ με συχνότητα 1/μήνα κατά μέσο όρο, για 3-6 μήνες ή για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα (Χριστοδούλου, 2004).

7.4.2 Παρενέργειες ΗΣΘ

Οι συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες μετά την ολοκλήρωση συνεδρίας ΗΣΘ είναι:

- Σύγχυση – διαταραχή προσανατολισμού, συνήθως διάρκειας 15’-30’ μετά την θεραπεία.
- Παροδική αύξηση αρτηριακής πίεσης και σφίξεων για 2’-3’ όπως και κάποιες έκτακτες συστολές.
- Βραδυαρρυθμίες.
- Παρατεταμένη άπνοια.
- Σωματικά ενοχλήματα όπως: ζάλη, κεφαλαλγία, μυϊκοί σπασμοί, κόπωση, ανορεξία, αϋπνία, αμηνόρροια.
- Παρατεταμένη επιληπτική εκφόρτιση.
- Θνητότητα (ποσοστό 1/10.000). Συνήθως, θάνατος επέρχεται κατά την ανάνηψη λόγω καρδιακών επιπλοκών και σπανιότερα κατά τη συνεδρία.
- Παροδική διαταραχή μνήμης. Μετά το πέρας των θεραπειών, τείνουν να ξεχνούν γρηγορότερα και να μη θυμούνται ορισμένα πρόσφατα γεγονότα. Η μνήμη επανέρχεται στην προηγούμενη λειτουργικότητά της συνήθως μέσα στον πρώτο μήνα από τη λήξη των θεραπειών.

7.5 Πορεία της νόσου

Η πρόγνωση της νόσου είναι καλή, εφόσον διαγνωσθεί έγκαιρα και εφαρμοστεί μία αποτελεσματική θεραπεία. Σχεδόν τα δύο τρίτα των ασθενών με επιλόχεια κατάθλιψη αναρρώνουν μέσα σε 12 μήνες. Σε μερικές γυναίκες μπορεί να παραμείνουν για μακρά χρονικά διάστημα ήπια υπολειμματικά συμπτώματα όπως ευερεθιστότητα, εξάντληση, θλίψη ή αδιαφορία για δραστηριότητες. Αρκετές όμως γυναίκες εμφανίζουν συχνές υποτροπές, γεγονός που επηρεάζει την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού. Τέλος, υπάρχουν και περιπτώσεις που ακολουθούν χρόνια πορεία. (Δραγώνα Θ., 1989)

Εάν η επιλόχεια κατάθλιψη μείνει αθεράπευτη, μπορεί να κάνει πολύ καιρό (περισσότερο από ένα χρόνο) να περάσει, ενώ υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να επανέλθει η κατάθλιψη μετά τον τοκετό, είτε στο κοντινό μέλλον, είτε και μετά από νέα εγκυμοσύνη.

(Δασκαλόπουλος Θ., 2007, http://psi_gr.tripod.com/depression_epilox_treatment.html [15/07/2015]).

Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί επίσης, ότι η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να τελειώσει με την επανεμφάνιση της περιόδου ή μπορεί να συνεχιστεί για χρόνια. Από το 1855 ο Marce, ένας Γάλλος γιατρός, είχε παρατηρήσει στους ασθενείς του ότι καθώς η επιλόχεια κατάθλιψη βελτιωνόταν, η βελτίωση εμφανίζονταν μετά την περίοδο, αλλά έτεινε να επιδεινώνεται πριν από την επόμενη περίοδο. Αυτό είναι γνωστό ως η δεύτερη φάση της επιλόχειας κατάθλιψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο: ΠΡΟΛΗΨΗ



8.1 Πρόληψη (πρωτοβάθμια-δευτεροβάθμια-τριτοβάθμια)

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

Η πρόληψη αναφέρεται στο σύνολο της θεωρητικής και πρακτικής γνώσης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων που μειώνουν:

- Την επίπτωση (incidence), δηλαδή τις νέες περιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα (πρωτογενής πρόληψη).
- Τη διάρκεια της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών (δευτερογενής πρόληψη) με την ανίχνευση περιπτώσεων, την έγκαιρη παραπομπή, τη διάγνωση και κατ' επέκταση τη θεραπεία περιπτώσεων.
- Την έκπτωση της λειτουργικότητας που προέρχεται από τη χρονιότητα της νόσου (τριτογενής πρόληψη) (Μαδιανός, 2000).

Σκοπός της πρόληψης είναι ο εντοπισμός εγκαίρως των γυναικών που έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν επιλόχεια κατάθλιψη και να αντιμετωπιστούν κατάλληλα (Κονταξάκης, 2005). Η πρόληψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, ανάλογα με τους απώτερους σκοπούς της.

8.1.1 Πρωτοβάθμια πρόληψη

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

Οι γυναίκες με θετικό ατομικό ιστορικό για διαταραχή της διάθεσης ή προηγούμενο επεισόδιο επιλόχειας κατάθλιψης, ανεξάρτητης βαρύτητας, πρέπει να έχουν τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης.

Σημαντική είναι και η ευαισθητοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος της γυναίκας υψηλού κινδύνου επιλόχειας κατάθλιψης. Η προληπτική αξία και η αναγκαιότητα της στήριξης της μητέρας από το οικογενειακό της περιβάλλον είναι πολύ μεγάλη (Κοτρωτσίου Ε., 2001).

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

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

Νοσηλευτικές αρμοδιότητες με ευρύτατες προοπτικές είναι η αγωγή υγείας σε άτομα όλων των ηλικιών, η πληροφόρηση για τη φύση της κατάθλιψης, τις θεραπείες και της διαθέσιμες υπηρεσίες (Ραγιά, 2004).

8.1.2 Δευτεροβάθμια πρόληψη

Η δευτεροβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο την πρόωπη επισήμανση και την έγκαιρη αντιμετώπιση του ψυχικού νοσήματος. Αποβλέπει στον περιορισμό της επικράτησης ή του επιπολασμού. Με τις φαρμακευτικές παρεμβάσεις μπορούμε να μειώσουμε τόσο τη διάρκεια καθεμιάς φάσης όσο και τη διάρκεια της νόσου στο σύνολό της (Χριστοδούλου, 2004). Η νοσηλευτική υποστηρίζει ψυχοθεραπευτικά το άτομο και προλαμβάνει τη μεγαλύτερη ψυχική του αποδιοργάνωση (Ραγιά, 2004).

Η κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης του Εδιμβούργου αποτελεί ένα από τα πλέον διακεκριμένα μέσα ανίχνευσης γυναικών υψηλού κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Η κλίμακα αυτή πρέπει να χρησιμοποιείται και σε γυναίκες που βίωσαν επιλόχεια μελαγχολία και τα συμπτώματά της διήρκεσαν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 15 ημερών, διότι το γεγονός αυτό μπορεί να αποτελέσει ενδεικτικό παράγοντα επιλόχειας κατάθλιψης. Ως ελάχιστη προφυλακτική θεραπεία, για γυναίκες που στο παρελθόν έχουν υποφέρει από επιλόχεια κατάθλιψη, για αυτές που έχουν οικογενειακό ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης και για όσες σκοπεύουν να προβούν σε στέρωση μετά τον τοκετό, θα πρέπει να χορηγηθεί προληπτικά προγεστερόνη (Dalton&M.Holton, 2001). Αντίστοιχα, για τις γυναίκες με ιστορικό κάποιας μορφής ψύχωσης, η προληπτική χρήση λιθίου και οιστραδιόλης κατά τη λοχεία χρήζουν περαιτέρω έρευνας για την αποτελεσματικότητά τους (Pfuhlmann *et al.* 2002).

8.1.3 Τριτοβάθμια πρόληψη

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

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) εμπλέκεται και στα τρία επίπεδα πρόληψης της κατάθλιψης, εφόσον είναι το τμήμα εκείνο του συστήματος υγείας, με το οποίο ο άρρωστος ευρίσκεται συνεχώς σε επαφή. Η κατάθλιψη αποτελεί το συχνότερο ψυχιατρικό πρόβλημα των αρρώστων της ΠΦΥ (Χριστοδούλου, 1998).

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι οι κοινωνικό – πολιτισμικές πεποιθήσεις που σχετίζονται με τη μητρότητα καθιστούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης δύσκολα αναγνωρίσιμα για τη νέα μητέρα, η οποία έχει την τάση να ελαχιστοποιεί και να ερμηνεύει την ψυχολογική της κατάσταση μέσα σε ένα ηθικό πλαίσιο. Η έγκαιρη ανίχνευση των γυναικών αυτών θα επέτρεπε την εφαρμογή αποτρεπτικών μέτρων και την έγκαιρη έναρξη θεραπείας κατά τρόπο οικονομικά αποτελεσματικό, γεγονός που θα απάλλαζε από πολλά προβλήματα τόσο τη μητέρα όσο και το παιδί (Καλημέρης Σ., 2012, <http://www.katathlipsi.gr/katathlipsi/therapeia-katathlipsis> [15/07/2015]).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΜΩΡΟ



9.1 Επιπτώσεις επιλόχειας κατάθλιψης στο παιδί

Οι μητέρες με καταθλιπτικά συμπτώματα παρουσιάζουν δυσκολία να εγκαταστήσουν ικανοποιητικό δεσμό με το βρέφος τους. Η επικοινωνία αυτών των μητέρων δεν είναι πάντοτε ελαττωμένη ποσοτικά. Είναι κυρίως χωρίς συναίσθημα και χωρίς ζωή. Η επαφή είναι σχεδόν μηχανική, κρατούν το παιδί τους χωρίς να το κοιτούν στα μάτια (Μωραΐτου, 2007). Η κατάθλιψη της μητέρας διαταράσσει πολύ την αντίληψη της για το μωρό της. Δε μπορεί να το καταλάβει, να συναισθανθεί το λόγο του κλάματός του και κατά συνέπεια, δε μπορεί να το παρηγορήσει. Αυτό το αίσθημα ότι δεν πήρε παρηγοριά, αυτή η απόλυτη αδυναμία, μπορεί να συνοδεύει για πάντα τον αυριανό ενήλικα, χωρίς να αντιλαμβάνεται τις αιτίες.

Η επιλόχεια κατάθλιψη φαίνεται ότι μπορεί να επηρεάσει το νεογνό από τις πρώτες μέρες της ζωής του. Τα νεογνά δείχνουν κάποια απορρύθμιση στη συμπεριφορά και τη φυσιολογία τους, που πιθανότητα απορρέει από τις ενδοκρινικές αλλαγές της μητέρας. Αυτή η απορρύθμιση επηρεάζει με τη σειρά της την ψυχο-συναλλαγή μητέρας και νεογνού και, καθώς οι καταθλιπτικές μητέρες χρησιμοποιούν δύο κυρίως τρόπους ψυχο-συναλλαγής, την απόσυρση ή την παρεμβατικότητα, η διαταραχή αυτής της ψυχο-συναλλαγής έχει αρνητικές επιπτώσεις στα νεογνά.

Η επιβαρυνόμενη συναισθηματική διάθεση της μητέρας έχει άμεσες αλλά και μακροπρόθεσμες αρνητικές επιπτώσεις στο βρέφος. Άμεσα παρατηρείται απάθεια, απόσυρση ή εκσεσημασμένο κλάμα του νεογνού. Τα βρέφη των καταθλιπτικών μητέρων εκδηλώνουν μειωμένη εγρήγορση, μεγαλύτερη υπνηλία, έντονο μυϊκό τόνο, λιγότερες εκφράσεις ικανοποίησης και μεγαλύτερη ευερεθιστότητα. Οι επιδράσεις της μητρικής κατάθλιψης παρατηρούνται με διαταραχές ύπνου, μηρυκασμό, ανορεξία (Λαζαράτου Ε., 1998). Στο νεογνό – βρέφος ο ψυχικός μηχανισμός δεν είναι ακόμη δομημένος και οι αντίστοιχες άμυνες οργανώνονται μέσα από τις μητρικές φροντίδες (Λαζαράτου Ε., 1998). Επιπλέον, τα παιδιά των γυναικών που προσβάλλονται από επιλόχεια κατάθλιψη έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν επιθετική ή βίαιη συμπεριφορά, σύμφωνα με μια βρετανική έρευνα, που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο *Developmental Psychology*.

Στο πλαίσιο της μελέτης μιας ομάδας ερευνητών από το πανεπιστήμιο του Kardif τέθηκαν υπό παρακολούθηση παιδιά 122 οικογενειών από το Λονδίνο, έως την ηλικία των 11 ετών. Πραγματοποίησαν συνεντεύξεις με τις μητέρες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, τρεις μήνες μετά τον τοκετό καθώς και όταν το παιδί ήταν αντίστοιχα, σε ηλικία ενός, τεσσάρων και έντεκα. Αυτό που διαπιστώθηκε ήταν πως παρότι η μεγάλη πλειοψηφία των παιδιών είχε επιθετική συμπεριφορά, εκείνα που προέβαιναν ακόμη και σε βίαιες πράξεις ήταν αυτά των οποίων οι μητέρες είχαν προσβληθεί από κατάθλιψη της λοχείας σε χρονικό διάστημα τριών μηνών έως ενός έτους μετά τον τοκετό. Ωστόσο, τα κορίτσια ήταν λιγότερο ευπαθή στο φαινόμενο αυτό.

Εύλογα, λοιπόν, προκύπτει ότι η επιλόχεια κατάθλιψη και η ανησυχία, κατά την μετάβαση στη μητρότητα οδηγούν σε σχέσεις μητέρας – νεογνού που χαρακτηρίζονται από λιγότερη στοργή, ευαισθησία και αμοιβαιότητα. Οι συνέπειες της επιλόχειας κατάθλιψης στο παιδί, την μητέρα και την οικογένεια συμπεριλαμβάνουν την παραμέληση του παιδιού, τη διάλυση της οικογένειας, τον αυτοτραυματισμό και την αυτοκτονία. Εντούτοις, οι πιο κοινές συνέπειες είναι τα συναισθηματικά προβλήματα, τα προβλήματα συμπεριφοράς και η γνωστική καθυστέρηση των παιδιών των καταθλιπτικών μητέρων. (Μωραΐτου Μ., 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ



10.1 Νοσηλευτικοί σκοποί, αρχές και παρεμβάσεις

Ο άρρωστος πρέπει να προστατευτεί για να μη βλάψει τον εαυτό του. Για το λόγο αυτό πρέπει να δίνεται προτεραιότητα σε ενέργειες που σώζουν τη ζωή όπως για παράδειγμα η στενή παρακολούθηση, η απομάκρυνση επικινδύνων αντικειμένων, η δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος και η εκπλήρωση των βασικών του αναγκών.

Αύξηση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά αντανακλά υποκείμενη κατάθλιψη σχετιζόμενη με χαμηλή αυτοεκτίμηση και θυμό που στρέφεται προς το ίδιο το πρόσωπο. Χρειάζεται νοσηλευτική εκτίμηση των θετικών χαρακτηριστικών του αρρώστου, παρότρυνση να συμμετέχει σε δραστηριότητες που προτιμά και τις εκπληρώνει πολύ καλά, ενθάρρυνση της ατομικής του υγιεινής και αυτοφροντίδας.

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

Κινητοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης. Η κοινωνική απομόνωση οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη που διατηρούν την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Γι' αυτό παροτρύνονται τα σημαντικά πρόσωπα για τον άρρωστο να επικοινωνούν μαζί του. Επίσης, ενισχύονται οι θερμές και στενές οικογενειακές σχέσεις και ταυτόχρονα εντοπίζονται σχετικές βοηθητικές κοινωνικές υπηρεσίες στις οποίες παραπέμπεται ο άρρωστος.

Ο άρρωστος και τα σημαντικά του πρόσωπα πρέπει να εκπαιδευτούν για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας που διαπιστώθηκαν. Η κατανόηση του προγράμματος φροντίδας υγείας και η συμμετοχή σε αυτό προάγει τη συμμόρφωση. Ο νοσηλευτής σχεδιάζει τη φροντίδα του αρρώστου με τον ίδιο και τα σημαντικά του πρόσωπα. Εξηγεί τα φάρμακα που παραγγέλθηκαν και πως πρέπει να αντιμετωπίζονται οι ανάγκες που του επισημάνθηκαν. Απαντά σε απορίες τους και τροποποιεί το σχέδιο φροντίδας, ανάλογα με τις μεταβολές στην κατάσταση του αρρώστου.

10.2 Ο ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας στην αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης

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

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας βασίζεται στο θεωρητικό οικοδόμημα της Βασικής Νοσηλευτικής, που ως επιστήμη και κλινική πρακτική εστιάζει το ενδιαφέρον της στα τρία στάδια πρόληψης: (α) προαγωγή και διατήρηση της υγείας (πρωτοβάθμια), (β) παροχή φροντίδας και θεραπείας (δευτεροβάθμια), (γ) αποκατάσταση (τριτοβάθμια).

Οι τρεις βασικές ομάδες αναγκών στις οποίες εστιάζει η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας αφορούν στις (Ραγιά, 2009):

1. Άμεσες ανάγκες, σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια της ασθενούς.
2. Βραχυπρόθεσμες ανάγκες, που αφορούν στη νοσηλεία, θεραπεία και την προετοιμασία να βγει η ασθενής από το νοσοκομείο.
3. Μακροπρόθεσμες ανάγκες, που αναφέρονται στην εκπαίδευση της ασθενούς και της οικογένειάς της για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση αυτής.

Τις τελευταίες δεκαετίες, η ταυτότητα του νοσηλευτή που ασχολείται με ψυχικά διαταραγμένους ασθενείς έχει σημαντικά διαφοροποιηθεί. Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής κατέχει ένα ρόλο εκπαιδευτικό και συμβουλευτικό προς την ασθενή – μητέρα και είναι εξασκημένος στην αντιμετώπιση των ειδικών προβλημάτων της μέσω της νοσηλευτικής διεργασίας (Κούκια & Σταθόπουλος, 2002). Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι αυτοί που καλούνται να ιεραρχήσουν και να καλύψουν τις παραπάνω ανάγκες, να εκτιμήσουν την κατάσταση του αρρώστου και να αναπτύξουν σχέδιο φροντίδας έχοντας συναίσθηση της επαγγελματικής ευθύνης και εν γένει των νοσηλευτικών αξιών (Driscoll, 2006).

Η ανάπτυξη του έργου του ψυχιατρικού νοσηλευτή συντελείται ενδονοσοκομειακά σε όλες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας: 1) ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο, 2) ψυχιατρικό τομέα γενικού νοσοκομείου, 3) κέντρα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής, 4) εξωτερικά ιατρεία 5) ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, 6) διασυνδεδετικές υπηρεσίες, 7) κινητή μονάδα ψυχικής υγείας, 8) μονάδες μερικής νοσηλείας, 9) μονάδες στέγασης, 10) μονάδες αποκατάστασης και 11) ανάδοχες οικογένειες.

10.2.1 Ηθικές υποχρεώσεις των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας

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

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

10.3 Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή στην θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης

Η Κοινοτική Νοσηλευτική είναι ειδικότητα της Νοσηλευτικής στην οποία συνδυάζεται η γενική νοσηλευτική με τη δημόσια υγιεινή, με αντικειμενικό σκοπό την προαγωγή της υγείας στην κοινότητα.

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) έχει δώσει τον εξής ορισμό: «Η Κοινοτική Νοσηλευτική είναι κλάδος της Νοσηλευτικής Επιστήμης με ειδικές γνώσεις και δεξιότητες για τη αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, κοινοτήτων που βρίσκονται στο φυσικό τους περιβάλλον όπως το σπίτι, το σχολείο και ο χώρος εργασίας τους. Η νοσηλευτική αυτή εργασία ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου».

Οι κυριότεροι από τους λόγους που καθιστούν αναγκαία την επίσκεψη του Κοινοτικού Νοσηλευτή στο σπίτι ενός ψυχικά αρρώστου είναι:

- Η αναγνώριση και η παραδοχή του προβλήματος, καθώς και η ενημέρωση των λεχωίδων, που δεν έχουν επισκεφθεί τις ψυχιατρικές μονάδες, όσον αφορά τη φύση της ασθένειάς τους. Η επιτόπου εκπαίδευση της οικογένειας για την αντιμετώπιση της ασθένειας, η προετοιμασία της για αναγνώριση της υποτροπής, καθώς και η επισήμανση των ευθυνών τόσο της λεχωίδας, όσο και της οικογένειάς της σε σχέση με την αντιμετώπιση υποτροπής στο σπίτι.
- Η δημιουργία ενός άνετου περιβάλλοντος, όπου η άρρωστη θα αισθάνεται ασφαλής να εκφράσει τα συναισθήματά και τις φοβίες της χωρίς να φοβάται μήπως κατακριθεί ή αποδοκιμασθεί από τον κοινωνικό περίγυρο. Η επίσκεψη στο σπίτι ως μέθοδος επικοινωνίας είναι πιο προσωπική και εξατομικευμένη (Καλοκαιρινού, 2005).
- Η εξακρίβωση των συνθηκών διαβίωσης, όσον αφορά στην καθαριότητα και την υγιεινή διατροφή. Για τις μητέρες που τους πρώτους μήνες πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη, είναι απαραίτητη για τη σωματική και ψυχική ευεξία τους η πρόσληψη αμύλου κάθε τρεις ώρες. Η διαίτα αμύλου περιλαμβάνει αλεύρι, ρύζι, καλαμπόκι και προϊόντα σικάλεως. Επίσης, σημαντικό είναι να συνδυαστεί μια διαίτα πρωτεϊνών και πλούσιες μερίδες φρούτων και λαχανικών. Ειδικότερα οι γυναίκες που θηλάζουν, πρέπει να εξασφαλίσουν στη διατροφή τους άμυλο, βιταμίνες και πρωτεΐνες. Χωρίς, όμως, να παραμεληθεί το ασβέστιο, χρειάζονται μεγάλες ποσότητες τόσο για το παιδί, όσο και για τα υγιή οστά της μητέρας (Dalton *et al.* 2001).
- Ο έλεγχος για τη σωστή λήψη των ψυχοφαρμάκων και η καταγραφή τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών τους.

10.4 Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Η χορήγηση των παραγγελλθέντων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων πρέπει να γίνεται με συνέπεια και υπευθυνότητα, καθώς και με εξασφάλιση της θεληματικής συμμόρφωσης της αρρώστου. Πρέπει να επιλέγονται φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται συχνότερα και για τις οποίες υπάρχει πληρέστερη ενημέρωση για τη φαρμακοκινητική δράση τους. Ακόμα, είναι σημαντικό να προτιμώνται ουσίες με βραχύτερη ημι-ζωή, ταχύτερη απέκκριση και λιγότερα ανεπιθύμητα συμπτώματα μετά τη διακοπή τους. Επίσης, τα φάρμακα χορηγούνται μόνο όταν υφίσταται κίνδυνος για τη μητέρα, ώστε οι πιθανές συνέπειες για τη μητέρα και το μωρό να είναι μικρότερες από τη μη λήψη αγωγής. (Μπορούμου Μ., 2011, <http://www.ioanninamed.gr/index.php/topics/96-psychology-advisory/446-ostpartum-depression>. [02/06/15]).

10.5 Νοσηλευτική παρέμβαση στην ΗΣΘ

10.5.1 Πριν από τη θεραπεία

Η νοσηλευτική παρέμβαση πριν από την εφαρμογή ΗΣΘ αφορά στα παρακάτω:

- Καταγραφή ζωτικών σημείων.
- Καθησύχηση της ασθενούς.
- Κένωση της ουροδόχου κύστης λίγο πριν την θεραπεία.
- Τοποθέτηση της ασθενούς σε κρεβάτι με ασφάλεια.
- Αφαίρεση τυχόν κοσμημάτων, φακών επαφής, τεχνητής οδοντοστοιχίας.
- Λούσιμο τριχωτού κεφαλής, για καλύτερη δίοδο ηλεκτρικού ερεθίσματος.
- Τοποθέτηση ορού για διατήρηση ανοιχτής φλεβικής γραμμής.
- Τοποθέτηση λάστιχου στα δόντια, για προστασία αυτών.
- Τοποθέτηση μανόμετρου για λήψη ζωτικών σημείων και αν χρειασθεί, για αποκλεισμό του ενός άνω άκρου.

10.5.2 Κατά την θεραπεία

Κατά τη διάρκεια της ΗΣΘ ο νοσηλευτής αναλαμβάνει:

- Συνεχή παρατήρηση της συσκευής της ΗΣΘ, για επίτευξη ασφάλειας και αποφυγή τυχόν τραυματισμούς.
- Καταγραφή του χρόνου παρεχόμενου ερεθίσματος.

10.5.3 Μετά την θεραπεία

Μετά την ΗΣΘ στις υποχρεώσεις του νοσηλευτή περιλαμβάνονται:

- Αφαίρεση μανόμετρου για καλύτερη κυκλοφορία αίματος.
- Λήψη ζωτικών σημείων ανά 1-2 λεπτά, για τα πέντε πρώτα λεπτά, έως ότου η αρτηριακή πίεση επιστρέψει, στα φυσιολογικά, για τον ασθενή επίπεδα.
- Απομάκρυνση συσκευών ΗΕΓ-ΗΣΘ και μανόμετρου, προάγοντας τον προσανατολισμό και την άνεση της ασθενούς.

- Περιορισμό της ανησυχίας της ασθενούς, προσφωνώντας την με το όνομά της και προσανατολίζοντάς την.
- Μείωση της ανησυχίας και του φόβου της ασθενούς με καθυσχασμό της όταν παρατηρείται σύγχυση και αποπροσανατολισμός.
- Συνεχής παροχή φροντίδας στην ασθενή προκειμένου να διαπιστωθεί η παρουσία ή η απουσία ανεπιθύμητων ενεργειών το χρονικό διάστημα προ και μετά της θεραπείας, χρησιμοποιείται ένας πίνακας όπου καταγράφονται οι νοσηλευτικές παρατηρήσεις (Σταθαρού, 2000).

10.6 Γενική νοσηλευτική φροντίδα ψυχικά αρρώστων

Στη διάρκεια της φροντίδας ψυχικά αρρώστων ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ήρεμος, να διαθέτει τον έλεγχο του εαυτού του και της γενικής κατάστασης ώστε να εμπνέει το αίσθημα της εμπιστοσύνης. Επίσης, απαιτείται η διάθεση επαρκή χρόνου για τον άρρωστο και τα προβλήματά του.

Επιπρόσθετα, στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται η καθυσχασση των φόβων του αρρώστου, η απασχόλησή του με διάφορες εργασίες, όπως, διάβασμα, ζωγραφική, η δημιουργία κλίματος ηρεμίας που θα ανακουφίζει τον άρρωστο, φροντίζοντας να εγκλιματιστεί ομαλά, η αυστηρή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και τέλος η συζήτηση με τους συγγενείς του ασθενούς (Τσίκος, 1999).

10.7 Τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου

Κάθε ψυχικά ασθενής έχει δικαίωμα στη βοήθεια και τη φροντίδα, ειδικά προσαρμοσμένες στην κατάστασή του και την ψυχική του διαταραχή. Η βοήθεια και η θεραπεία θα πρέπει να κατοχυρώνονται νομικά. Όλοι οι ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να έχουν τη μέγιστη δυνατή προσωπική υπευθυνότητα πάντοτε και σε όλες τις πλευρές της ζωής τους.

Ο περιορισμός της ελευθερίας των ψυχικά ασθενών μπορεί να γίνει μόνο όταν η κατάστασή τους είναι τέτοια που επιβάλλει την υποχρεωτική νοσηλεία και θεραπεία τους, θεωρώντας τες απαραίτητες για την προσωπική τους ασφάλεια, αλλά και για την ασφάλεια των ατόμων του περιβάλλοντός τους. Αυτό μπορεί να γίνει μόνο όταν ακολουθηθούν οι νομικές διαδικασίες

Η διαμονή σε προστατευμένους χώρους στέγασης καθώς και η παροχή θεραπείας θα πρέπει να γίνεται όσο πιο κοντά είναι δυνατό στους τόπους καταγωγής και διαβίωσής τους. Όλα τα έξοδα για θεραπεία, φροντίδα και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση θα πρέπει να καλύπτονται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία, σύμφωνα με το νόμο.

Οι ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να έχουν τον πλήρη έλεγχο των οικονομικών και περιουσιακών τους στοιχείων για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα γίνεται. Το δικαίωμα αυτό μπορεί να τους αφαιρεθεί μόνο σύμφωνα με συγκεκριμένο νόμο. Όπως όλοι οι πολίτες, έτσι και οι ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα σε 'αρκετό εισόδημα', ώστε να καλύπτουν τις βασικές τους ανάγκες.

Η νομική κατάσταση των ψυχικά ασθενών θα πρέπει να ορίζεται από τη νομοθεσία. Θα πρέπει να ιδρυθεί μια μόνιμη Υπηρεσία 'στήριξης', ανάλογη της υπηρεσίας 'Συνήγορος του Πολίτη'. Η Υπηρεσία αυτή θα πρέπει να είναι ανεξάρτητη από νοσοκομεία, μονάδες ψυχικής υγείας, ή άλλα ιδρύματα και θα πρέπει να δρα ως μεσολαβητής εκ μέρους των ψυχικά ασθενών. Ακόμα, είναι αναγκαίο να δίνεται εγγύηση για τη διατήρηση του ιατρικού απόρρητου.

Τέλος, οι κυβερνήσεις των διαφόρων χωρών θα πρέπει να παρέχουν αρκετές διευκολύνσεις και χρήματα για επιστημονικές έρευνες για τις αιτίες, την πρόληψη, τη θεραπεία και τις επιπτώσεις.

10.8 Εχεμύθεια - Ψυχιατρικό απόρρητο

Η ηθική υποχρέωση του γιατρού να διατηρήσει εμπιστευτική οποιαδήποτε πληροφορία περιέρχεται σε γνώση του από την επαγγελματική του επικοινωνία με τον άρρωστο, έχει κωδικοποιηθεί από τον πέμπτο αιώνα π.χ. στον όρκο του Ιπποκράτη.

Ο ψυχίατρος, από τη φύση της εργασίας του, γίνεται δέκτης και κάτοχος πληροφοριών, οι οποίες θα ήταν πολύ χρήσιμες για τρίτους, όπως δικαστήρια, νομικές υπηρεσίες κ.α., και δεν μπορεί να λειτουργήσει ως γιατρός χωρίς να διαβεβαιώσει τον ασθενή για το απόρρητο των πληροφοριών που εκείνος του εμπιστεύεται.

Το ψυχιατρικό απόρρητο είναι μια ευρεία έννοια με ηθικές και νομικές διαστάσεις. Δεν αφορά μόνο στις προφορικές αλλά και στις καταγεγραμμένες πληροφορίες, στο κλινικό υλικό για διδασκαλία ή δημοσίευση, στην εμπιστευτικότητα στα ιατρικά συμβούλια, στη διαθεσιμότητα των αναγκαίων πληροφοριών στο γονέα ή σύζυγο κ.α. Ηθικά προβλήματα για τον ψυχίατρο δημιουργούνται από δύο αντικρουόμενα δικαιώματα: Το δικαίωμα του αρρώστου να τηρηθεί η εχεμύθεια και το δικαίωμα τρίτων για διάσπαση του απορρήτου, όταν κινδυνεύουν και όταν ο κίνδυνος μπορεί να προληφθεί μόνο με την παρέμβαση του ψυχιάτρου και την αποκάλυψη πληροφοριών. Τέτοιες περιπτώσεις είναι το ενδεχόμενο βιαιοπραγίας, το ενδεχόμενο αυτοκτονίας, η περίπτωση πιλότου αεροπλάνου ή οδηγού μέσου μαζικής μεταφοράς με σοβαρή βλάβη των ψυχικών ή νοητικών λειτουργιών ή ο νομικός καταναγκασμός, όταν δηλαδή ο ψυχίατρος διατάσσεται από ένα δικαστήριο.

Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να ενημερώνεται ο ασθενής για τη διάσπαση του απορρήτου, να ζητείται και να επιδιώκεται η (έγγραφη) συγκατάθεση του, να αποκαλύπτεται το άμεσα σχετικό υλικό, αλλά ακόμη και όταν ο ψυχίατρος διατάσσεται από δικαστήριο θα πρέπει να δίνει προτεραιότητα στο δικαίωμα του ασθενούς, στο απόρρητο και στην απρόσκοπτη θεραπεία του. Οι νομικές διαστάσεις του ψυχιατρικού απορρήτου δημιουργούν συχνά στον ψυχίατρο το ηθικό δίλλημα να διατηρήσει την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών ή να προστατεύσει τρίτους ή ακόμη, να αποκαλύψει ή όχι πληροφορίες κάτω από νομικό καταναγκασμό.

10.9 Υπηρεσίες για μητέρες με ψυχική νόσο

Η χάραξη των υπηρεσιών που απαιτούνται για την αντιμετώπιση αυτής της ψυχιατρικής νόσου προϋποθέτουν τα κάτωθι:

Μία πολυδιάστατη ομάδα ειδικών: Η ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας (ΟΕΨΥ) αποτελείται από πολλές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας, όπως είναι οι ψυχίατροι, οι νοσηλευτές, οι επισκέπτες υγείας, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι, οι εργοθεραπευτές, οι λογοπαιδικοί, οι ειδικοί παιδαγωγοί κ.α.. Η ύπαρξη αυτής της ομάδας συμβάλλει:

- Στην πρόληψη και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.
- Στον εντοπισμό και την καταπολέμηση- με σκοπό τη μείωση και την εξάλειψη-των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που παρεμποδίζουν τις προσπάθειες θεραπείας και αποκατάστασης.
- Στην προαγωγή, ενίσχυση και εμπλοκή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στο σχεδιασμό, την παροχή και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και για τα τρία στάδια πρόληψης.
- Στην εκπαίδευση του προσωπικού να αναπτύξει υπηρεσίες και να διεξαγάγει έρευνες συμπεριλαμβανομένων των θεραπευτικών καινοτομιών (Παπαγεωργίου –Βασιλοπούλου, 2005).

Μία κοινοτική υπηρεσία: Η κατ' οίκον αξιολόγηση και θεραπεία ενδείκνυται για αυτές τις ασθενείς. Η επίσκεψη στο σπίτι δίνει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή να αντιληφθεί την πραγματική οικογενειακή κατάσταση και να σχηματίσει σαφή εικόνα των σχέσεων, των μελών της, των συνθηκών διαβίωσης, των προβλημάτων, των συνθηκών υγείας και διατροφής. Επιπλέον, τα μέλη της οικογένειας αισθάνονται μεγαλύτερη άνεση να συζητήσουν θέματα και προβλήματα στο σπίτι τους. (Καλοκαιρινού, 2005)

Ημερήσια φροντίδα: Ένα νοσοκομείο ημέρας μπορεί να παράσχει μία πλήρη γκάμα παρεμβάσεων, ομάδες θεραπείας παιχνιδιού, τάξεις μητρότητας, διαχείριση άγχους, εργασιακή θεραπεία. Η παρουσία μητέρων με παρόμοιες διαταραχές αποτελεί πλούσια πηγή υποστήριξης. Τα παιδιά τα φροντίζουν παιδιατρικές νοσηλεύτριες σε ένα παιδικό σταθμό.

Υπηρεσίες εσωτερικών ασθενών: Η συνδυασμένη εισαγωγή της μητέρας μαζί με το μωρό είναι κατά πολύ ανώτερη από την εισαγωγή μόνο της μητέρας. Οι πτέρυγες που αφιερώνονται στη συνδυασμένη εισαγωγή έχουν, επίσης, πλεονεκτήματα έναντι των πτερύγων στα γενικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, αν και είναι δύσκολη η χρηματοδότησή τους.

Μία υπηρεσία μαιευτικής συμβουλευτικής: Οι μαίες παρέχουν στη λεχώίδα:

- Οδηγίες πάνω στον τομέα της υγιεινής και της διατροφής.
- Συμβουλευτική πάνω σε θέματα που σχετίζονται με την ψυχολογία της εγκύου και του συντρόφου της με στόχο την προσαρμογή τους στο γονικό ρόλο.
- Γραμμή υποστήριξης - εξυπηρέτησης όταν είναι αδύνατη η μετάβαση στα κέντρα συμβουλευτικής.

Σύνδεση με άλλους φορείς που παρέχουν υπηρεσίες για μητέρες: Οι κοινωνικές υπηρεσίες έχουν ένα ρόλο-κλειδί. Έχουν την εμπειρία και τα εφόδια για να αντιμετωπίσουν τις πρακτικές δυσκολίες του να είσαι μητέρα. Για παράδειγμα μπορούν να κανονίσουν κάποια οικιακή βοήθεια ή παιδικό σταθμό. Στις ακραίες περιπτώσεις, μπορούν να ανακουφίσουν τα βάρη της μητέρας και να περιφρουρήσουν το μωρό, παρέχοντας ξενώνα επείγουσας φροντίδας. Επίσης, περιλαμβάνονται μαιευτικές υπηρεσίες, ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας και υπηρεσίες παιδοψυχιατρικής.

Ένα δίκτυο εθελοντικών οργανισμών: Δεν υπάρχει κανείς πιο κατάλληλος για να στηρίξει μία μητέρα με κατάθλιψη από μία άλλη μητέρα, που έχει υποφέρει από παρόμοιο πρόβλημα και είναι τώρα καλά, εφόσον γνωρίζει τα τεχνάσματα και τα λόγια παρηγοριάς, που βοήθησαν εκείνη, και είναι ένα ζωντανό παράδειγμα της ελπίδας για ανάρρωση.

Ιατρικοί-νομικοί πραγματογνώμονες: Οι συμβουλές των ειδικών είναι συχνά απαραίτητες στις περιπτώσεις κακοποίησης του παιδιού ή βρεφοκτονίας, καθώς και όταν μία μητέρα με ψυχική νόσο αναζητά την επιμέλεια ή την πρόσβαση στα παιδιά της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΙΨΗΣ



11.1 Κλινική περίπτωση

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

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

11.2 Νοσηλευτική εκτίμηση

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

Α. Στην έναρξη αυτού γίνεται η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού του ασθενή και συλλέγονται τα δεδομένα για τη γενικότερη κατάστασή του. Αναλυτικά τα στοιχεία που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη κατά τη λήψη του ιστορικού είναι τα εξής:

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

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

Γ. Επιπλέον, εκτιμούνται οι αυτοκτονικοί παράγοντες κινδύνου και πιθανές αυτοκτονικές συμπεριφορές που μπορεί να αποβούν θανατηφόρες:

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

Ε. Παρατηρείται αν ο ασθενής έχει απαισιόδοξα σχέδια για το μέλλον, γεγονός που ενθαρρύνει και τον αυτοκτονικό σχεδιασμό του και στη συνέχεια γίνεται προσπάθεια για αποτροπή του.

ΣΤ. Επίσης, εκτιμάται η ψυχική κατάστασή του (π.χ. παρουσία διαταραχής της σκέψης, επίπεδα άγχους, διάφορες διαταραχές της διάθεσης).

Z. Τέλος, εκτιμούνται οι γνώσεις της οικογένειας και του ίδιου του ατόμου σχετικά με τα ιδιαίτερα συμπτώματα των διαταραχών της διάθεσης, τις οδηγίες σχετικά με τη συστημένη θεραπεία, τα σημάδια υποτροπής καθώς και γνώσεις σχετικά με την αυτοφροντίδα του ατόμου.

11.3 Ανάγκες και προβλήματα

Οι ανάγκες και τα προβλήματα που προκύπτουν από την εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς είναι τα εξής:

- Μείωση της όρεξης.
- Διαταραχές ύπνου.
- Μειωμένη έως και ελάχιστη επαφή (συναισθηματική και σωματική) με το βρέφος.
- Αδιαφορία ως προς την εξωτερική εμφάνιση και την προσωπική της υγιεινή.
- Μειωμένη ενασχόληση με δραστηριότητες.
- Άγχος.
- Αίσθημα αναξιοσύνης και μειωμένης αυτοεκτίμησης ως προς τις ευθύνες που καλείται να αναλάβει ως μητέρα.
- Ανεπαρκής συζυγική υποστήριξη.

11.4 Νοσηλευτική διάγνωση

Σε αυτό το στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας, η ψυχιατρική νοσηλεύτρια αναλύει τα στοιχεία της εκτίμησης και διαμορφώνει τις νοσηλευτικές διαγνώσεις. Η νοσηλευτική διάγνωση έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

1. *το παρόν πρόβλημα*, το οποίο περιγράφεται με τη νοσηλευτική διάγνωση,
2. *την αιτιολογία του προβλήματος*, η οποία σχετίζεται άμεσα με τη διάγνωση,
3. *τα υποστηρικτικά στοιχεία*, τα οποία είναι τα σημεία και τα συμπτώματα στην παρούσα φάση της αρρώστιας της ασθενούς.

Η Νοσηλευτική Ψυχιατρική Διάγνωση, σύμφωνα με την NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) περιγράφει τις εμπειρίες που βιώνει η άρρωστη με στόχο τον καθορισμό των παρεμβάσεων. Για τα άτομα ή την οικογένεια με καταθλιπτική διαταραχή ή αυτοκτονική συμπεριφορά εφαρμόζεται εξατομικευμένη νοσηλευτική διάγνωση και ιεραρχούνται τα παρακάτω (Ραγιά Α. 2001):

- Άγχος
- Αντιμετώπιση αναποτελεσματικής οικογένειας: συμβιβαστική λύση.
- Αντιμετώπιση, αναποτελεσματική προσωπικότητα του ατόμου.
- Αξιολόγηση της ανταπόκρισης της οικογένειας
- Λύπη, δυσλειτουργία
- Έλλειψη ελπίδας
- Ελλειμματική γνώση
- Διαταραχή στη διατροφή, κίνδυνος λήψης λιγότερης ποσότητας από την αναγκαία.
- Καταβολή δυνάμεων.
- Έλλειψη αυτοεκτίμησης.
- Διαταραχή σεξουαλικής συμπεριφοράς.
Διαταραχή του ύπνου.

- Κοινωνική απομόνωση.
- Πνευματικές ανησυχίες.
- Μειωμένη κριτική ικανότητα.
- Κίνδυνος για άσκηση βίας και στον εαυτό του και στους άλλους.

11.5 Αντικειμενικοί σκοποί

Στους σκοπούς της νοσηλευτικής παρέμβασης περιλαμβάνονται:

1. Προσφορά αρωγής στην ασθενή ώστε να αναπτύξει μηχανισμούς άμυνας.
2. Προώθηση και υποστήριξη της δυνατότητας αναγνώρισης εκ μέρους της καθώς και έκφρασης των συναισθημάτων της.
3. Ενίσχυση της αυτοεκτίμησής της.
4. Ανάπτυξη της ικανότητας της ασθενούς να εντοπίζει και να εκφράζει ότι την φορτίζει και της προκαλεί ένταση.
5. Διαβεβαίωση σε φυσιολογικές αντιδράσεις λύπης ότι τα συναισθήματα της είναι φυσιολογικά (Grant κ.α., 2001).

Η νοσηλευτική παρέμβαση στοχεύει να καταστήσει ικανή την άρρωστη:

1. Να συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό.
2. Να επικοινωνεί με συνασθενείς και το προσωπικό.
3. Να συμμετέχει ενεργητικά σε διάφορες δραστηριότητες.
4. Να ικανοποιείται όταν επικοινωνεί με άλλους.
5. Να αποκτήσει επίγνωση των προβλημάτων που την δυσκολεύουν στην επικοινωνία της με άλλα άτομα (Ραγιά, 2004).

11.6 Νοσηλευτική παρέμβαση

Στόχος των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του αρρώστου και να επιτυγχάνουν τα επιθυμητά αποτελέσματα, που έχουν τεθεί στα προηγούμενα στάδια. Κάθε νοσηλευτική παρέμβαση στηρίζεται σε λογικά στοιχεία και υπάρχει ένα συγκεκριμένο σκεπτικό, το οποίο στηρίζεται στην προσπάθεια να εξασφαλιστεί η επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών που έχουν τεθεί εξαρχής. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις όσον αφορά:

Στην ανορεξία και στην ανεπαρκή πρόσληψη τροφής:

- Συνεργασία με το διαιτολόγο, ώστε να συμπεριληφθούν στο διαιτολόγιο της ασθενούς τροφές της αρεσκείας της.
- Ζύγισμα της ασθενούς αμέσως μετά την έγερση. Τήρηση αυστηρού ισοζυγίου υγρών και στερεών.
- Διδασκαλία για τη χρησιμότητα της πρόσληψης τροφής τόσο για την κάλυψη των δικών της θρεπτικών αναγκών, όσο και του βρέφους (θηλασμός).
- Εξασφάλιση ευχάριστου περιβάλλοντος και ανάπαυσης της ασθενούς πριν και μετά τα γεύματα.

Στη λειτουργία του ύπνου:

- Παρότρυνση της ασθενούς να παραμένει εκτός κρεβατιού στη διάρκεια της ημέρας, ώστε να μπορεί να κοιμηθεί με μεγαλύτερη άνεση το βράδυ.
- Διδασκαλία για τεχνικές χαλάρωσης και τεχνικές μείωσης της έντασης, ώστε να επέλθει πιο εύκολα ο ύπνος.
- Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος με μείωση των ακουστικών ερεθισμάτων αναθέτοντας για λίγο διάστημα τη φροντίδα του βρέφους σε κάποιο άλλο συγγενικό πρόσωπο (μητέρα, αδερφή, σύζυγος).
- Οριοθέτηση στη λήψη καφεϊνούχων, αλλά και ουσιών που προκαλούν έντονη διούρηση.
- Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων, εφόσον δεν αποτελούν κίνδυνο για το βρέφος που θηλάζει.

Στις σχέσεις μητέρας- παιδιού:

- Ενθάρρυνση της λεχιάδας για την εκδήλωση θετικών συμπεριφορών και συναισθημάτων απέναντι στο βρέφος.
- Ενθάρρυνση της γυναίκας να περνά χρόνο με το βρέφος (να το φροντίζει, να το θηλάζει στην περίπτωση που δεν παίρνει αντικαταθλιπτικά φάρμακα.).
- Βοήθεια της ασθενούς να αναλάβει τις ευθύνες της ως μητέρα.
- Συνεχής έπαινος για την ενασχόληση της με το παιδί.

Στην εμφάνιση και προσωπική υγιεινή:

- Προσφορά οδηγιών στην ασθενή βήμα προς βήμα (π.χ. «πρώτα πλένετε τα δόντια σας, μετά το πρόσωπο σας»).
- Επίδειξη των οδηγιών, όταν η γυναίκα δυσκολεύεται.
- Εφοδιασμός της ασθενούς με όλα τα απαραίτητα υλικά που θα χρειασθεί (οδοντόβουρτσα, οδοντόκρεμα, χτένα κ.λπ.).
- Ενθάρρυνση της λεχιάδας να κάνει τακτικά μπάνιο, να ντύνεται προσεγμένα και να περιποιείται την εξωτερική της εικόνα σε καθημερινή βάση.

Στην έλλειψη ευχαρίστησης για δραστηριότητες:

- Προτροπή της λεχιάδας να συμμετάσχει σε ομαδικές δραστηριότητες και σε προγράμματα ψυχαγωγίας, ώστε να ανακαλύψει καινούργια ενδιαφέροντα.
- Παρότρυνση του οικογενειακού περιβάλλοντος να ωθεί τη μητέρα και, όταν είναι εφικτό, να συμμετέχει στην εκτέλεση ορισμένων δραστηριοτήτων.

Στην καταπολέμηση του άγχους:

- Εξασφάλιση άνετου και ασφαλούς περιβάλλοντος, να αισθάνεται ότι περιβάλλεται από άτομα που την καταλαβαίνουν και συμμερίζονται τις ανησυχίες της.
- Διδασκαλία διαχείρισης του άγχους με τεχνικές χαλάρωσης (αρωματοθεραπεία, γιόγκα, με αναπνοές) και διαλογισμό.
- Συνεννόηση με τον οικογενειακό περίγυρο της ασθενούς για μερική απαλλαγή των ευθυνών και καθηκόντων, χωρίς όμως να χάνεται ο ρόλος της ως μητέρας.

- Χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων, όταν όλες οι άλλες φυσικές μέθοδοι έχουν αποτύχει.

Στην αύξηση της αυτοεκτίμησης της ασθενούς:

- Βοήθεια της ασθενούς να ανακαλύψει τις δυνατότητες της, ως μητέρας και συζύγου.
- Η ασθενής να συνάψει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό, να αρχίσει, δηλαδή, να επικοινωνεί με συνασθενείς και να ανταλλάσσει θετικές σκέψεις και μηνύματα.
- Αφιέρωση χρόνου στην ασθενή αποκλειστικά για τον εαυτό της.
- Προσφορά θετικής ανατροφοδότησης για τους στόχους που επιτυγχάνει μόνη της.
- Εκτίμηση της συχνότητας των αρνητικών σκέψεων, καθώς προχωράει η θεραπεία.

Στον κίνδυνο διαταραχής των συζυγικών σχέσεων:

- Ενθάρρυνση του ζευγαριού να περνάνε χρόνο μαζί, να συζητάνε και να μοιράζονται τις ευθύνες.
- Προσπάθεια καθησύχησης του συζύγου, εξηγώντας ότι πρόκειται για μια παροδική και αναστρέψιμη κατάσταση, ότι δεν είναι η ίδια υπεύθυνη για αυτό που της συνέβη και δεν θα έπρεπε να αισθάνεται θυμωμένος μαζί της.
- Διδασκαλία του συζύγου για το πώς να στηρίξει τη γυναίκα του δείχνοντας κατανόηση, υπομονή και διάθεση να βοηθήσει στη φροντίδα του βρέφους.

11.7 Αξιολόγηση ασθενούς

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

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

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η επιλόχειος κατάθλιψη θεωρείται ως ο εφιάλτης των σύγχρονων μητέρων και πλήττει τις νέες μητέρες ανεξάρτητα από το κοινωνικό-οικονομικό, μορφωτικό και βιοτικό τους επίπεδο. Παρόλο που έχει περιγραφεί ως μία ξεχωριστή νοσολογική οντότητα σε σχέση με τις άλλες επιλόχειες διαταραχές, δεν έχει ξεκαθαριστεί εάν εμφανίζεται ανεξάρτητα από αυτές ή εάν αποτελεί επιβαρυσμένη μορφή της επιλόχειου μελαγχολίας ή ακόμη, εάν μπορεί να εξελιχθεί σε επιλόχειο ψύχωση. Πρόκειται για ένα πολύπλοκο θέμα τόσο στην κατανόηση, όσο και στην αντιμετώπιση και απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση για την αποσαφήνισή του.

Ως πρόβλημα υγείας, η κατάθλιψη εκδηλώνεται με συμπτώματα και φαινόμενα τα οποία διαταράσσουν την ομαλή πορεία και ποιότητα ζωής. Η συμβολή του νοσηλευτή είναι να παρέμβει με την κατάλληλη φροντίδα πριν τα συμπτώματα γίνουν κριτήρια και τεθεί η διάγνωση της νόσου αλλά και να φροντίζει τις πάσχουσες στις οποίες η ψυχοθεραπεία και η φαρμακευτική αγωγή δεν φέρνουν το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Όλα τα παιδιά αξίζουν να έχουν μια υγιή μητέρα. Όλες οι μητέρες αξίζουν να απολαμβάνουν την ύψιστη χαρά της ζωής τους και των παιδιών τους. Ας βοηθήσουμε κι εμείς σ' αυτό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αμπατζόγλου Γ.**, (1998), *Περί μητρικού ενστίκτου ή η απουσία του πατέρα*, Θεσσαλονίκη: Προσεγγίσεις της γέννησης.
- Δραγώνα Θ.**, (1989), *Κατάθλιψη μετά τον τοκετό: οι ψυχολογικές της διαστάσεις*, Αθήνα: Καστανιώτης.
- Ιατρική εταιρία Αθηνών**, (1996), 22^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο με θέμα *Κατάθλιψη*.
- Καλαϊτζή Χ. – Χριστοδούλου Χ.** (2007), *Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα στην καθημερινή πρακτική*, Ιατρικά χρονικά, Τεύχος ΚΙ.
- Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., Σουρτζή Π.**, (2005), *Κοινωνική Νοσηλευτική* Αθήνα, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Κελλαρτζής, Διδασκάλου Θ., Μίκος Θ., Μπόντης Ι.**, (2003), *Κατάθλιψη της λοχείας*. Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία.
- Κλεφταράς Γ.**, (1998), *Η κατάθλιψη σήμερα*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Κονταξάκης Β-Π., Χαβάκη-Κονταξάκη Μ-Ι., Χριστοδούλου Γ-Ν.**, (2005), *Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*. Αθήνα, Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Κοτρωτσιού Ε.**, (2001), *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, Αθήνα, Εκδόσεις Ελλήν.
- Κουκιά Ε. – Σταθόπουλος Θ.**, (2002), *Ψυχιατρικοί νοσηλευτές και γνωσιακή ψυχοθεραπεία*, Νοσηλευτική.
- Λαζαράτου Ε.**, (1998), *Η επίδραση των ψυχικά ασθενών μητέρων στην ανάπτυξη του βρέφους*, τόμος ΙΒ, Αθήνα, Εκδόσεις Χρυσή Πένα.
- Μαδιανός Μ.** (2000), *Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή*, 6^η Έκδοση Συμπληρωμένη. Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Μαδιανός Μ.**, (2005), *Ψυχιατρική και Αποκατάσταση*, Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Μακένζι Κ.** (2000), *Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός-Κατάθλιψη*, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Μάνος Ν.** (1997), *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής* (Αναθεωρημένη έκδοση). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μπαμπινιώτης Γ.**, (2002), *Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας*, Β' έκδοση, Αθήνα, Κέντρο λεξικολογίας Ε.Π.Ε.
- Μωραΐτου Μ.**, (2004), *Γένεσις*, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Πράσινο Φύλλο.
- Μωραΐτου Μ.**, (2007), *Ψυχοσωματική ετοιμασία για την μητρότητα*, Αθήνα, Εκδόσεις Παρισιάνου.

- Παπαγεωργίου Ε.**, (2004), Ψυχιατρική, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Παπακώστας Γ.** (1990), «Κατάθλιψη», Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Τόμος 5^{ος}, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Περιστέρης Α.** (1990), Ψυχιατρικές διαταραχές κατά τη λοχεία. Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Πρίαμη Μ.**, (1998), Η Εξέλιξη της Διασυνδεδετικής – Συμβουλευτικής Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας στα Νοσοκομεία, Νοσηλευτική, Τόμος 37^{ος}.
- Προκοπάκης Ε.**, (1994), Το βιολογικό υπόστρωμα των ψυχικών διαταραχών της λοχείας, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Δίοδος.
- Ραγιά Α.**, (2004), Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας (4^η εκδ.). Αθήνα, Αυτοέκδοση.
- Ραγιά Α.**, (2005), Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Έκδοση 5^η, Αθήνα, Εκδόσεις Παπανικολάου.
- Ραγιά Α.**, (2009), Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Αθήνα, Εκδόσεις Παρισιάνος.
- Ραγιά Α.**, (2009), Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. 7^η Έκδοση Βελτιωμένη, Αθήνα, Εκδόσεις Παρισιάνος.
- Σταθαρού Α.**, (2000), Ηλεκτροσπασμοθεραπεία - Ρόλος του Νοσηλευτή, Νοσηλευτική.
- Τσιάντης Γ. & Δραγώνα Θ.**, (1999), Μωρά και μητέρες. Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και υγεία στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής. Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Τσίκος Ν.**, (1999), Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής II (2^η εκδ.). Αθήνα, Εκδόσεις Έλλην.
- Χριστοδούλου Γ.**, (2001), Κατάθλιψη, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Χριστοδούλου Γ.**, (2004), Ψυχιατρική, Τόμος Β', Έκδοση 3^η, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Χριστοδούλου Γ.Ν.**, (1998), Κατάθλιψη. 2^η Έκδοση. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Χριστοδούλου Ν.**, (2004), Ψυχιατρική, Τόμος 2^{ος}, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.

Ξένη Βιβλιογραφία

- American College of Physicians**, Ιατρική στον 21^ο αιώνα, Εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ, Αθήνα 2000.
- Appleby L., & Whitton A.**, (1993), Recruitment for postnatal depression studies, The British Journal of Psychiatry.
- Appleby, L.**, (1991), Suicide during pregnancy and in the first postnatal year, Bmj, 302(6769), 137-140.

- Brockington I. F., Winokur, G., & Dean C.,** (1982), Puerperal psychosis. In I.F. Brockington. & R. Kumar (Eds), *Motherhood and Mental Illness*, London, UK Academic Press.
- Clinic M.,** (2005), Υγιεινή διατροφή αντίδοτο για την κατάθλιψη, *Check Up*.
- Clinic M.,** (2006), Κατάθλιψη, *Check-Up*.
- Cooper, P. J., & Murray, L.,** (1995), Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept, *The British Journal of Psychiatry*, 166(2), 191-195.
- Cox J. L. & Holden J. M.,** (1994), Translations of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. In J. L. Cox. & J. M. Holden (Eds), *Perinatal Psychiatry: Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R.,** (1987), Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Dalton C., Holton, W.,** (2001), *Depression after childbirth*. New York, Oxford University Press.
- Davidson, J., & Robertson, E.,** (1985), A follow-up study of post partum illness, 1946-1978. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71 (5), 451-457.
- Dragonas, T., & Christodoulou, G. N.,** (1998), Prenatal care. *Clinical Psychology Review*, 18(2), 127-142.
- Driscoll W., J.,** (2006), How Nurses Can Identify and Care For Women Grappling With This Disorder. *AWHONN Lifelines*, 10(5), 400-409.
- G.Gelder M., Lopez J., Andreasen N – I.,** (2008), Σύγχρονη Ψυχιατρική. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T.** (2005), Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence, *Obstetrics & Gynecology*, 106 (5, Part 1), 1071-1083.
- Glaze, R., & Cox, J. L.,** (1991), Validation of a computerized version of the 10-item (self-rating) Edinburgh postnatal depression scale, *Journal of affective disorders*, 22(1), 73-77.
- Grant C., Brace M., Sterling R.,** (2001), «Ψυχιατρική Νοσηλευτική», Μετάφρ. Ταλαντοπούλου Μ. Εκδόσεις «Ελλην» Αθήνα.
- Gruen D. S.,** (1993), A group psychotherapy approach to postpartum depression, *International Journal of Group Psychotherapy*.
- Harris B.,** (1993), A hormonal component to postnatal depression, *British Journal of Psychiatry*.
- Henshaw, C., Foreman, D., & Cox, J.,** (2004), Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3-4), 267-272.

- Kaplan & Sadock's**, (2000), Ψυχιατρική, Μετάφραση Ζαββός Κ., Τόμος Β', Έκδοση 7^η, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
- Kendell R. E., Chammers, J. C., & Platz C.**, (1987), Epidemiology of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry*.
- Kendell R. E., McGuire R. J., Connor Y., & Cox J. L.**, (1981), Mood changes in the first two weeks after childbirth. *Journal of Affective Disorders*, 3(4), 317-326.
- Kendell, R. E.**, (1985), Emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(1), 3-11.
- Marks M. N., Wieck, A., Checkley S. A. & Kumar R.**, (1992), Contribution of psychological and social factors to psychotic and non-psychotic relapse after childbirth in women with previous histories of affective disorder. *Journal of Affective Disorders*. 24(4), 253-263.
- Millis J. B., & Kornblith P. R.**, (1992), Fragile beginnings: Identification and treatment of postpartum disorders. *Health and Social Work*. 17(3), 192-199.
- Murray L., & Carothers A. D.**, (1990), The validation of the Edinburg Postnatal Depression Scale on a community sample. *British Journal of Psychiatry*. 157(2), 288-290.
- O'Hara M.W.** (1997). *The Nature of Postpartum Depressive Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Pedersen C. A., Stern R. A., Pate J., Senger M. A., Bowes W. A, Mason G. A.**, (1993), Thyroid and adrenal measures during late pregnancy and the puerperal in women who have been major depressed or who become dysphonic postpartum. *Journal of Affective Disorders*. 29(2), 201-211.
- Pfuhlmann B., Stoeber, G., Beckmann H.** (2002), Postpartum psychoses: prognosis, risk factors, and treatment, *Current Psychiatry Report*, 4(3), 185-190.
- Rosenblatt J. S., Mayer A. D., & Giordano A. L.**, (1988), Hormonal basis during pregnancy for the onset of the maternal behavior in the rat. *Psychoneuroendocrinology*. 13(1), 29-46.
- Sanders D.**, (1989), *Woman and depression*, London, Jesiki Kirseik.
- Schaper A. M., Rooney B. L., Kay, N. R., & Silva P. D.**, (1994), Use of the Edinburg Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting. *Journal of Reproductive Medicine*, 39(8), 620-624.
- Stein G.**, (1982), The maternity blues. In I. F. Brockington and R. Kumar, (Eds). *Motherhood and Mental Illness*, London: Academic Press.
- Thornbull H. R.**, (1986), Incidence of infanticide in America: Public and professional attitudes. *Issues in Law and Medicine*, 1, 363.
- Trounce J.**, (1993), Κλινική Φαρμακολογία για Νοσηλευτές, Μετάφραση Καλλιτεράκη Ι., Έκδοση 13^η, Εκδόσεις Παρισσιανού, Αθήνα.

Vik K, Aass IM, Willumsen AB, Hafting M., (2009), It's about focusing on the mother's mental health: Screening for postnatal depression seen from the health visitors' perspective-a qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health*.

Webster J., Pritchard M.A., Creedy D., East C., (2003), A Simplified Predictive Index for the Dictation of Women at Risk for Postnatal Depression. *Birth*, 30(2), 101-108.

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

Διαδικτυακή Βιβλιογραφία

Δασκαλόπουλος Θ., (2007), Κατάθλιψη πριν και μετά τον τοκετό. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://psi_gr.tripod.com/depression_epilox_treatment.html (15/07/2015).

Καλημέρης Σ., 2012, Θεραπεία Κατάθλιψης Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.katathlipsi.gr/katathlipsi/therapeia-katathlipsis> [15/07/2015].

Καλογερόπουλος Α., (2007), Τι είναι κατάθλιψη, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.agiafotiniclinic.gr/?p=8> (23/07/2015).

Μπορούμου Μ., (2011), Επιλόχεια κατάθλιψη. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.ioanninamed.gr/index.php/topics/96-psychology-advisory/446-ostpartum-depression> (02/06/15).

Χαρίλα, Τ., (2011), Εγκυμοσύνη, επιλόχεια κατάθλιψη και η θέση του πατέρα, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.iatronet.gr/ygeia/maieftiki-egkymosyni/article/14066/egkymosyni-epiloxeia-katathlipsi-kai-i-thesi-toy-patera.html> iatronet (02/06/15).

Ψυχοθεραπεία, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.katathlipsi.gr/katathlipsi/psychotherapeia>, [05/07/2015]).