



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ
ΛΟΧΕΙΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΩΝ

ΑΜΑΛΙΑ ΔΑΜΟΥ(ma01453),ΑΓΓΕΛΙΚΗ-ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΟΥΖΟΥΝΟΓΛΟΥ(ma01446)

Επιβλέπουσα :Κα. Θεώνη-Ιωάννα Τρουβά

Μαία

ΠΤΟΛΕΜΑΙΔΑ:Σεπτέμβριος-2022



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

**ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ
ΛΟΧΕΙΑ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΩΝ

ΑΜΑΛΙΑ ΔΑΜΟΥ(ma01453), ΑΓΓΕΛΙΚΗ-ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΟΥΖΟΥΝΟΓΛΟΥ(ma01446)

Επιβλέπουσα: Κα. Θεώνη-Ιωάννα Τρουβά

Εγκρίθηκε από την τριμελή εξεταστική επιτροπή την **ημερομηνία εξέτασης**

Ον/μο Μέλους

Ον/μο Μέλους

Ον/μο Μέλους

Θεώνη Τρουβά

Βαλασούλης Γεώργιος

Κλάζογλου Βίβιαν

Ιδιότητα Μέλους
Μαία

Ιδιότητα Μέλους
Μαιευτήρας – Γυναικολόγος

Ιδιότητα Μέλους
Πληροφορικός

ΠΤΟΛΕΜΑΙΔΑ:ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ-2022

Copyright © 2021 – ΑΜΑΛΙΑ ΔΑΜΟΥ, ΑΓΓΕΛΙΚΗ-ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΟΥΖΟΥΝΟΓΛΟΥ

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν αποκλειστικά τον συγγραφέα και δεν αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας. Ως συγγραφείς της παρούσας εργασίας δηλώνουμε πως η παρούσα εργασία δεν αποτελεί προϊόν λογοκλοπής και δεν περιέχει υλικό από μη αναφερόμενες πηγές.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εν λόγω διπλωματική εργασία με τίτλο: «Ψυχιατρικές Διαταραχές κατά την κύηση και τη λοχεία» εκπονήθηκε στα πλαίσια του προπτυχιακού προγράμματος σπουδών του Τμήματος Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας (ΠΔΜ) ,αποσκοπώντας στη διερεύνηση της επιρροής των ψυχιατρικών διαταραχών στην περίοδο της κύησης και της λοχείας.

Θα επιθυμούσαμε να εκφράσουμε από κοινού την ευγνωμοσύνη μας στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μας, κα. Θεώνη-Ιωάννα Τρουβά για την πολύτιμη βοήθειά της και τον χρόνο που μας παρείχε.

Επιπλέον, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους φίλους, τους υπόλοιπους καθηγητές, συνεργάτες, συμφοιτητές , συγγενείς και όλους όσους βοήθησαν με την εμπειρία τους ώστε αυτή η πτυχιακή να διαμορφωθεί με τέτοιο τρόπο.

Εν κατακλείδι, ευχαριστούμε τις οικογένειές μας, για την συμπαράστασή τους στο δύσκολο εγχείρημα της συγγραφής της εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι Ψυχιατρικές Διαταραχές στην κύηση και την λοχεία είναι ένα μεγάλο ζήτημα που απασχολεί την ιατρική επιστήμη. Ένα μεγάλο κεφάλαιο της εργασίας αποτελεί η ψυχιατρική διαταραχή με μείζον θέμα της την κατάθλιψη η οποία προκαλεί ψυχοσωματικά προβλήματα σε ένα ευρύ γυναικείο κοινό. Ένα από τα βασικότερα αίτια είναι το άγχος που πολλές φορές χρήζει ιατρικής βοήθειας, καθώς έχει παρατηρηθεί έντονο και το φαινόμενο της διατροφικής διαταραχής εξαιτίας αυτού, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται εντονότερα προβλήματα στον οργανισμό. Επίσης πολλές κυοφορούσες διαγιγνώσκονται με εντονότερα ψυχιατρικά προβλήματα όπως είναι η διπολική διαταραχή, η σχιζοφρένεια και τα ψυχωτικά επεισόδια. Επιπρόσθετα, οι ορμόνες της εγκυμοσύνης αρκετά συχνά προκαλούν διαταραχές στον ύπνο ταλαιπωρώντας τις εγκύους και τις λεχώνες δημιουργώντας τους μεγάλη αδυναμία να ανταπεξέλθουν στην νέα πραγματικότητα. Θα πρέπει να τονιστεί ότι κάθε έγκυος γυναίκα μπορεί να εμφανίσει αλλαγές στην συμπεριφορά και την ψυχολογία της ανάλογα και με το τρίμηνο κύησης που διανύει και να επηρεαστεί από διάφορους εξωτερικούς παράγοντες ,προκαλώντας κινδύνους ακόμα και για την υγεία του εμβρύου αλλά και την εξέλιξη της τρέχουσας κύησης. Γι' αυτόν τον λόγο, καθίσταται αναγκαίο, η ψυχολογική στήριξη της εγκύου και της λεχώνας να γίνεται τόσο από το οικογενειακό περιβάλλον της γυναίκας, όσο και από τον θεράποντα ιατρό – προσωπικό, που μπορεί να παραπέμψει την γυναίκα σε ειδικό ψυχολόγο – ψυχίατρο για την αντιμετώπιση της πιθανής νόσου. Σε μερικές σοβαρές περιπτώσεις κρίνεται αναγκαία η χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων, που όμως δεν επηρεάζουν την πορεία κύησης και την υγεία του μωρού μετέπειτα. Τέλος, παρατηρείται το φαινόμενο πολλών εγκύων να τραυματίζονται ψυχολογικά λόγω ενός επώδυνου τοκετού. Συνοψίζοντας λοιπόν θα λέγαμε ότι οι ψυχιατρικές παθήσεις αποτελούν ένα μεγάλο κεφάλαιο ακόμα και στην περίοδο της εγκυμοσύνης αλλά και της λοχείας.

ABSTRACT

Psychiatric disorders in pregnancy and puerperium is a major issue that concerns medical science. A large chapter of the work is the psychiatric disorder with its main theme being depression, which causes psychosomatic problems in a wide female audience. One of the most basic causes is anxiety which often needs medical help. Since eating disorders have been observed. Many pregnant women are diagnosed with more severe psychiatric problems such as bipolar disorder, schizophrenia and psychotic episodes. In addition, the hormones of pregnancy quite often cause sleep disorders, troubling women and creating a great inability to cope with the reality of having, a newborn. It should be emphasized that every pregnant woman can show changes in her psychology and behavior depending on the period of pregnancy she is going through and be affected by various external factors causing risks to the health of the fetus. This is why it is necessary for the pregnant woman to be psychologically supported both by the family environment and by her treating doctor who can refer the woman to a psychiatrist to treat the disease. In serious cases, it is considered necessary to administer psychiatric drugs, which do not affect the health of the fetus. Finally, the phenomenon of many pregnant women being psychologically injured due to a painful childbirth is observed. In summary, we would say that mental disorders is a big chapter even during pregnancy, childbirth.

Λέξεις κλειδιά

- 1) ψυχιατρικές διαταραχές
- 2) εγκυμοσύνη
- 3) λοχεία
- 4) κατάθλιψη
- 5) άγχος
- 6) στρες
- 7) σχιζοφρένεια
- 8) διπολική διαταραχή
- 9) επιπτώσεις
- 10) ψυχολογία
- 11) κύηση
- 12) φάρμακα
- 13) αντικαταθλιπτικά
- 14) έμβρυο
- 15) νεογνό
- 16) μητέρα
- 17) λοχεία
- 18) αντιψυχωσικά
- 19) μανία
- 20) επιπλοκές
- 21) αποβολή
- 22) ψυχοθεραπεία
- 23) ψυχίατρος
- 24) γυναικολόγος
- 25) οικογενειακό περιβάλλον
- 26) θλίψη
- 27) μελαγχολία
- 28) παραληρηματικές ιδέες
- 29) ψευδαισθήσεις
- 30) μικρό βάρος γέννησης

- 31)προωρότητα
- 32) μεταβολές διάθεσης
- 33)παθήσεις
- 34)ψύχωση
- 35)μανιοκατάθλιψη
- 36)συναισθήματα
- 37)νοσηρότητα
- 38)θεραπεία
- 39)συμπτώματα
- 40)παράγοντες κινδύνου
- 41)επιδράσεις
- 42)τρίμηνα
- 43)ανάπτυξη
- 44) επιλόχειος ψύχωση
- 45)κίνδυνος υποτροπής
- 46)πρόληψη
- 47)θηλασμός
- 48)ορμόνες
- 49)παθογένεια
- 50)νόσος

Key words

- 1)gynecologist
- 2)family
- 3)distress
- 4)melancholy
- 5)delirium
- 6)delusion
- 7)low weight birth
- 8)premoturity
- 9)illness, disease
- 10)serious mental illness
- 11)dipolar disorder
- 12)emotions
- 13)morbidity
- 14)treayment
- 15)symptoms
- 16)factors
- 17)danger
- 18)effect
- 19)drimester
- 20)development
- 21)postpartum
- 22)psychosis-obsession
- 23)recidivism
- 24)breastfeeding
- 25)hormones
- 26)disorder
- 27)pregnancy
- 28)psychiatric
- 29)puerperium
- 30)anxiety
- 31)stress

32)schizophrenia

33)depression

34)consequences

35)psychology

36)destitution

37)drugs

38)antidepressant

39)fetus

40)neonate

41)mother

42)obsession

43)abortion

44)miscarriage

45)psychotherapy

46)psychiatric

47)antipsychotics

48)treatment

49)female

50)clinic

Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες	4
Περίληψη	5
Abstract	12
Λέξεις Κλειδιά	7
Key Words	9
Λίστα Πινάκων	12
Λίστα Εικόνων	13
Εισαγωγή.....	124
ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	135
1.ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	16
1.1 Κατάθλιψη	16
1.2 Αγχώδεις Διαταραχές	17
1.3 Διατροφικές Διαταραχές.....	19
1.4 Διπολική Διαταραχή	20
1.5 Σχιζοφρένεια.....	21
1.6 Μανία.....	23
1.7 Διαταραχές Ύπνου.....	25
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΛΟΧΕΙΑ	16
2.Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	28
2.1 Μία περίοδος ψυχολογικών αλλαγών	29
2.2 Στρες και άγχος στην περίοδο των εννέα μηνών.....	30
2.3 Η κατάθλιψη κατά την διάρκεια της κύησης.....	33
2.3.1 Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης	35
2.4 Ψυχολογική Στήριξη κατά την κύηση	37
2.5 Η επίδραση της ψυχοσωματικής κατάστασης της εγκύου στο έμβρυο.....	39
2.6 Η σημασία της ψυχιατρικής στη μαιευτική (BLUES)	41
2.7 Η κυοφορία στις ψυχικά ασθενείς γυναίκες.....	42
2.8 Κλινικά σύνδρομα.....	47
3.ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	52
3.1 Ψυχοτρόπα φάρμακα για τον θηλασμό.....	52
3.2 Ψυχοτρόπα φάρμακα για την κύηση-Επιτρέπονται.....	53
3.3 Birth Trauma-Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD).....	57
4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΥΑΛΩΤΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	64
4.1 Μαιευτικό Μοντέλο Φροντίδας.....	65
4.2 Φαρμακευτική Αντιμετώπιση.....	65
4.3 Αυτοφροντίδα και Ανάρρωση.....	66
4.4 Η Μαία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΜΠΦΥ).....	66
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	67
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	68

Λίστα Πινάκων

Πίνακας 1: Οι ψυχικές διαταραχές κατά την εγκυμοσύνη σελ.16

Πίνακας 2: Η αγχώδης διαταραχή στην περιγεννητική περίοδο...σελ.19

Πίνακας 3: Τα συμπτώματα της διπολικής διαταραχής (BD) σελ.22

Πίνακας 4: Γραφική απεικόνιση του εγκεφάλου που αναδεικνύει τις διαφορές μεταξύ των υγιών και διαταραγμένων εγκεφάλων...σελ.23

Πίνακας 5: Εγκυμοσύνη και παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία σελ.32

Πίνακας 6: Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση κατάθλιψης στην εγκυμοσύνη...σελ.33

Πίνακας 7: Σημαντικοί νευρώνες που περιέχουν σεροτονίνη και οι προβολές τους σελ.54

Λίστα Εικόνων

Εικόνα 1: «Μανία»...σελ.25

Εικόνα 2: «Απεικόνιση της εξάντλησης και της κόπωσης της νέας μητέρας».....σελ.28

Εικόνα 3: «Αντιψυχωτικά φάρμακα».....σελ.55

Εικόνα 4: «Μεταγεννητικές ψυχικές διαταραχές».....σελ.65

Εισαγωγή

Οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι ένα συχνό φαινόμενο το οποίο μπορεί να παρουσιαστεί σε όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας και προέλευσης. Πρόκειται για καταστάσεις κατά τις οποίες παρατηρούμε μεταβολές στις ορμόνες της ψυχικής διάθεσης και επηρεάζουν την σκέψη, την συμπεριφορά και τις κοινωνικές σχέσεις του ατόμου με τους γύρω του αλλά και με το ίδιο το περιβάλλον του. Τα προβλήματα της ψυχικής υγείας μπορούν να οδηγήσουν σε ψυχικές παθήσεις εάν δεν υπάρχει έγκαιρη αντιμετώπιση. Οι παθήσεις αυτές ποικίλουν ανάλογα με την σοβαρότητα του προβλήματος και διακρίνονται σε ήπιες, μέτριες και σοβαρές. Το άτομο θεωρείται ψυχικά διαταραγμένο όταν δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις της καθημερινότητας και δεν έχει μία λειτουργική ζωή. Οι διαταραχές που οδηγούν σε ψυχώσεις είναι λιγότερο συχνές, παρόλα αυτά δεν παύουν να υπάρχουν, δημιουργούν επεισόδια αποπροσανατολισμού και εμφανίζουν παραληρηματικές σκέψεις - ιδέες.

Η εγκυμοσύνη είναι μία περίοδος πολλών μεταβολών που περιλαμβάνουν αλλαγές τόσο σωματικές όσο και ψυχικές. Οι ψυχικές αυτές διαταραχές στην περίπτωση που δεν αντιμετωπιστούν μπορεί να οδηγήσουν σε επιπλοκές στην υγεία της μητέρας και του εμβρύου – νεογνού. Η διάγνωσή τους είναι δύσκολη καθώς οι διαταραχές αποδίδονται στις πολύ έντονες ορμονικές μεταβολές που συμβαίνουν κατά την διάρκεια της κύησης. Ακριβώς η ίδια πιθανότητα εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών υπάρχει και στην περίοδο της λοχείας, η οποία εμποδίζει την μητέρα να προσαρμοστεί στις καινούριες συνθήκες της ζωής της αλλά και στο δέσιμο με το μωρό της.

Οι πιο ήπιες ψυχικές διαταραχές βελτιώνονται με την πάροδο του χρόνου και δεν δημιουργούν σημαντικά προβλήματα στην μετέπειτα ζωή της μητέρας και του μωρού. Σε αντίθεση με τις σοβαρές ψυχικές παθήσεις, οι οποίες μπορεί να έχουν δυσμενή αποτελέσματα και για τους δύο. Λόγω των σοβαρών επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν κατά την διάρκεια της κύησης και της λοχείας απαιτείται η έγκαιρη διάγνωση και η χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει συνεχείς επισκέψεις σε έμπειρο ψυχίατρο, χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων και σε πολύ έντονα ψυχωσικά επεισόδια, απαιτείται νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική.

Mood episodes during pregnancy

Group and Clinical Type	Prevalence (%)	
	During Pregnancy	During Postpartum Period
<u>Bipolar I disorder</u> (N=479)		
Major depression	8.88	19.21
Mania	2.32	7.93
Hypomania	2.70	1.25
Mixed states	8.11	6.47
Anxiety or panic	1.54	1.25
Psychosis	1.16	1.88
All episodes	24.71	37.99

Viguera et al., Am J Psych 2011; 168: 1179-85

Πίνακας 1: Οι ψυχικές διαταραχές κατά την εγκυμοσύνη

- 1) Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής
- 2) Διαταραχές Διάθεσης
 - 2α) Κατάθλιψη κήσης
 - 2β) Επιλόχειο κατάθλιψη
 - 2γ) Επιλόχειο Blues
 - 2δ) Διπολική διαταραχή
- 3) Διαταραχές Άγχους
 - 3α) Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική διαταραχή

3β)Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

3γ)Μετα – τραυματικό στρες

3δ)Διαταραχή πανικού

3ε)Ειδικές φοβίες και τοκοφοβία

4)Ψυχωτικές Διαταραχές

4α)Ψυχώσεις κύησης

4β)Επιλόχειος ψύχωση

5)Διαταραχές Χρήσης Ουσιών

5α)Κάπνισμα

5β)Αλκοόλ

5γ)Οπιοειδή και άλλες ουσίες

1.ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

1.1 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη συνιστά ένα από τα πιο σοβαρά ζητήματα ψυχικής υγείας. Μολαταύτα, η κοινή γνώμη δεν είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένη, ούτε δείχνει κατανόηση στο ζήτημα της κατάθλιψης με συνέπεια να κυριαρχούν διάφορες στάσεις απέναντι στην κατάθλιψη αλλά και στους πάσχοντες της (Φασουλίδου, 2019).Η κατάθλιψη καλείται μία ψυχική-ψυχιατρική διαταραχή η οποία προκαλεί αλλαγές στον ψυχο-συναισθηματικό κόσμο του ανθρώπου .Η ετυμολογία της προκύπτει από τον όρο <<καταθλίβω>> και <<στεναχωρώ>> σύμφωνα με τον Tomson et al.(2003).Η διαταραχή αυτή μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία (από πρώτη έως και τρίτη)με τα συμπτώματα να ποικίλλουν ανάλογα με το πότε θα συμβεί.

Η κατάθλιψη θεωρείται μια γενικότερη περίοδος απομόνωσης και άρνησης από το σύνολο καθώς και από οποιαδήποτε συναναστροφή που προηγουμένως μας προκαλούσε θετικά συναισθήματα .Η κατάσταση αυτή προκαλεί αλλαγές στον τρόπο που σκέφτεται, συμπεριφέρεται και δρα το καταθλιπτικό άτομο.(Salmans ,1997). Αυτά τα άτομα πιθανόν να αισθανθούν αίσθημα λύπης , ανησυχίας, ευερεθιστότητας, ενοχής, ανικανότητας, και απουσίας ενδιαφερόντων για δραστηριότητες που προηγουμένως τους προκαλούσαν συναισθήματα ευφορίας. Είναι απαραίτητο να αναφερθεί ότι τα άτομα αυτά μπορεί να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές όπως

νευρική ανορεξία ή βουλιμία. Ακόμα, εμφανίζουν διαταραχές στον ύπνο, δηλαδή είτε κοιμούνται ελάχιστα είτε πάρα πολλές ώρες και επιπλέον μπορεί να παρατηρηθούν γαστρεντερικές διαταραχές. Τέλος, σε αυτά τα άτομα βλέπουμε τάσεις αυτοτραυματισμού-αυτοκαταστροφής αλλά και έντονο το αίσθημα αποσυγκέντρωσης .(NIMH n.d).

Οι λόγοι που προκαλούν αυτή την διαταραχή είναι πολύ-παραγοντικοί επειδή μπορεί να οφείλονται σε: 1.τραυματικά βρεφικά χρόνια, 2.απώλεια αγαπημένου προσώπου, 3.εγκατάλειψη, 4.βίαιη συμπεριφορά(ψυχική/σωματική/λεκτική).(Linder & von Ehrenstein & Grashow & Gal & Braechler & Weisskopf 2014).Ακόμα, μεγάλη είναι η πιθανότητα να προκληθεί κατάθλιψη από μια εμπειρία τοκετού, λοχειάς, κλιμακτηρίου, απώλεια εργασίας, και σοβαρών προβλημάτων υγείας και σχέσεων.(Rashid & Heider 2008).

Άνθρωποι με παθήσεις όπως σκλήρυνση κατά πλάκας, διαταραχές γλυκόζης, θυρεοειδούς, επιθετικούς όγκους, ανίατες ασθένειες και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα παραδείγματος χάριν AIDS,ηπατίτιδα κτλπ., διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης.(Saravane et al.2009).

Στις μέρες μας ένα μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων βιώνει μια περίοδο αρνητικών συναισθημάτων λόγω των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι βιώνουν όλοι κατάθλιψη αν αυτή δεν έχει διαγνωστεί από τον θεράποντα ψυχίατρο. Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Φροντίδας Αριστείας (NICE) στην Αγγλία, δεν είναι απαραίτητο να χορηγούμε φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της ήπιας κατάθλιψης.(NICE 2004).

1.2 Αγχώδεις Διαταραχές

Το άγχος προέρχεται ετυμολογικά από το ρήμα <<άγχω>> που σημαίνει το αίσθημα πίεσης ή αλλιώς ο κόμπος στον λαιμό και μπορεί να εμφανιστεί σε όλα τα έμβια όντα (Αργυροπούλου,1999).Το αίσθημα αυτό χαρακτηρίζεται από τρόμο, φοβία, και υπερδιέγερση. (Schnohr , et al.2005).Ο καθένας από εμάς αντιλαμβάνεται με διαφορετικό τρόπο τα παραπάνω συναισθήματα εφόσον η κάθε περίπτωση εξατομικεύεται. Οι πιο κοινές διαταραχές σχετιζόμενες με το άγχος είναι η κρίση πανικού, το OCD(ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή),το στρες μετά από τραύμα(ψυχικό ή σωματικό) αλλά και το εργασιακό στρες που οδηγεί σε επαγγελματική εξουθένωση(Χαρίλα,2002).

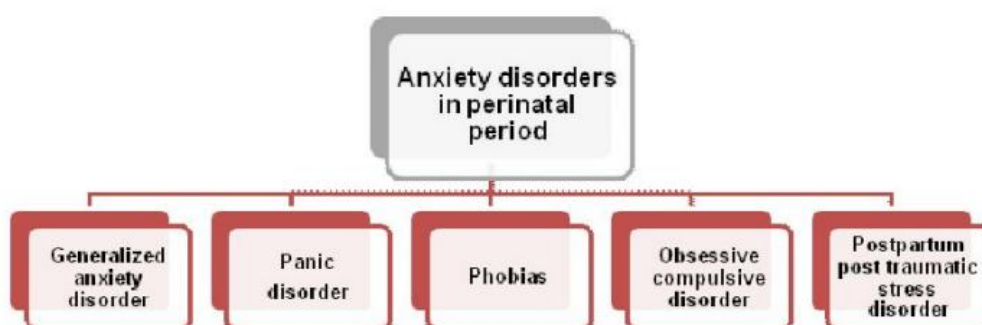
Το πώς βιώνει ένας άνθρωπος το άγχος σχετίζεται τόσο με εσωτερικά(πχ. χαρακτήρας, βιώματα)όσο και με εξωτερικά στοιχεία (πχ. γεγονότα). (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1999).Όταν βιώνεται σε φυσιολογικά πλαίσια, λειτουργεί επικοδομητικά (δημιουργικό άγχος), εν αντιθέσει με το άγχος που υπάρχει σε υπερβολικό βαθμό το οποίο διαταράσσει την ψυχική υγεία του ατόμου και μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην ψυχολογία του, όπως ελάσσονα ή και μείζονα

κατάθλιψη.(Healy 2008).Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί ότι τα αισθήματα που νιώθει ο κάθε άνθρωπος που βιώνει άγχος ποικίλλουν σε ένταση, διάρκεια και βαθμό. Για παράδειγμα, μπορεί να κυμαίνονται από απλή διέγερση μέχρι και κρίσεις πανικού.(Barker 2003). Δεν είναι λίγες οι φορές που όταν το άγχος ξεπεράσει τα επιτρεπόμενα όρια μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε ψυχοσωματικά προβλήματα . (Morris , Davis & Hutchings, 1981).Τέτοια είναι ο πονοκέφαλος, αίσθημα πνιγμού, δυσκολία στην αναπνοή, μυαλγίες, γαστρεντερικές διαταραχές, αστάθεια, ταχυκαρδία, υπέρταση καθώς και διαταραχές πεπτικού συστήματος.(Kennerley, 1999).

Το άγχος διαφοροποιείται της κατάθλιψης ,με το πρώτο να αφορά τις ανησυχίες της καθημερινότητας ενώ το δεύτερο να αφορά την απουσία αισιόδοξων συναισθημάτων καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας για μεγάλο χρονικό διάστημα.(Clark & Watson 1991). Παρόλ' αυτά τα άτομα που εμφανίζουν γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και κρίσεις πανικού εκδηλώνουν κατάθλιψη σοβαρού βαθμού.(Wittchen et al . 1994).

Ένα στοιχείο που δεν πρέπει να παραλείψουμε είναι οι αιτίες που προκαλούν αυτή την διαταραχή, οι οποίες εστιάζουν στις εξαρτησιογόνες και τις εθιστικές ουσίες. Τέτοια παραδείγματα μπορεί να είναι τα ναρκωτικά (κάνναβη, κρακ , ηρεμιστικά), αλκοόλ, παρακεταμόλη, μυοχαλαρωτικά καθώς και η αλόγιστη χρήση του καφέ.(Lindsay & Powell 1998).

Συνήθως για την αντιμετώπιση του άγχους δεν χρησιμοποιούμε φάρμακα, επειδή η συνθήκη αυτή είναι δυνατόν να βελτιωθεί με αλλαγές στην καθημερινότητά μας και τον τρόπο σκέψης μας. Κάποιες φορές όμως, που αυτό δεν είναι εφικτό, επιβάλλεται η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής από κάποιον έμπειρο ψυχίατρο, όπου θα χορηγήσει αγχολυτικά και αντικαταθλιπτικά τα οποία δρουν ως αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης. Η προαναφερθείσα είναι η ορμόνη της χαράς.(Patel & Fancher 2013), (Dunlop & Davis 2008).



Πίνακας 2: Η αγχώδης διαταραχή στην περιγεννητική περίοδο

1.3 Διατροφικές Διαταραχές

Οι πιο κοινές διατροφικές διαταραχές εξαιτίας των ψυχικών-ψυχιατρικών προβλημάτων είναι η βουλιμία(δηλαδή το άτομο οδηγείται στην υπερφαγία) και η νευρογενής-νευρική ανορεξία(δηλαδή το άτομο αρνείται την κατανάλωση τροφής).Και στις δύο περιπτώσεις το αποτέλεσμα μπορεί να είναι θανατηφόρο. Στην βουλιμία ο ασθενής εξαιτίας των υπερβολικών κιλών συνήθως εμφανίζει προβλήματα υγείας όπως σακχαρώδη διαβήτη, καρδιαγγειακά νοσήματα, υπέρταση, παχυσαρκία αλλά και αναπνευστικά προβλήματα. Επιπλέον παρατηρούμε τον ασθενή να εμφανίζει συμπτώματα όπως έμετο, υπερβολική ενασχόληση με την σωματική άσκηση για την απώλεια του σωματικού βάρους του, να κάνει χρήση διουρητικών και καθαρτικών καθώς και συνεχόμενες βουλιμικές κρίσεις. Στην νευρική ανορεξία από την άλλη, ο ασθενής εξαιτίας της μειωμένης πρόσληψης τροφής συνήθως εμφανίζει προβλήματα υγείας όπως υπερβολική κούραση, ατονία, αδυναμία, μυαλγία αλλά και υπολειτουργία των ευγενών οργάνων. Επιπρόσθετα εμφανίζει παγωμένα-οιδηματώδη χέρια- πόδια, μειωμένους παλμούς καθώς και πτώση της αρτηριακής πίεσης. Τέλος, σε πιο σοβαρές περιπτώσεις σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές, συνδέεται με σχιζοφρένεια, ψυχαναγκαστική νεύρωση και με σωματικές αρρώστιες.(Meerwijk et al.,2008).

Στις διατροφικές διαταραχές που προαναφέρθηκαν απαιτείται η συνεργασία πολλών ιατρικών ειδικοτήτων (νευρολόγος,ψυχολόγος,ψυχίατρος,γαστρεντερολόγος,παθολόγος,διαιτολόγος-διαβητολόγος)τόσο για την διάγνωση όσο και για την αντιμετώπισή τους. Η ίαση των διατροφικών διαταραχών δεν βασίζεται μόνο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του σωματικού βάρους, αλλά και στη αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων.

Αρκετά συχνά, γενεσιουργός αιτία των διατροφικών διαταραχών είναι η «εικόνα» που έχουν οι ασθενείς για το σώμα τους. Το συγκεκριμένο ψυχολογικό φαινόμενο, αναφέρεται ως «η εικόνα του σώματός μας, που σχηματίζουμε στο μυαλό μας, δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο το σώμα εμφανίζεται στον εαυτό μας» (Schilder, 1935 όπως αναφέρεται στο Σαγιά, 2020).

1.4 Διπολική Διαταραχή

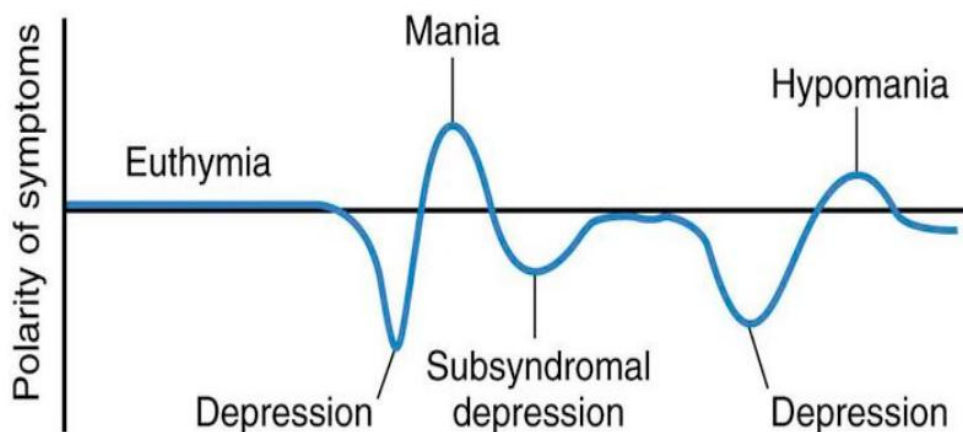
Η διπολική διαταραχή είναι μία ψυχιατρική διαταραχή που σχετίζεται με πολλές εναλλαγές διάθεσης από συναισθήματα έντονης ευφορίας έως και συναισθήματα έντονης μελαγχολίας (American Psychiatry Association 2013). Το έντονο αίσθημα ευτυχίας ονομάζεται αλλιώς και μανία στην περίπτωση που υπερβαίνει τα φυσιολογικά όρια (Anderson, Haddad & Scott 2012). Στην συγκεκριμένη διαταραχή, ο ασθενής αποφασίζει αυθόρμητα δίχως να σκεφτεί τα αποτελέσματα των πράξεων του και παρατηρείται έντονη αϋπνία (American Psychiatry Association 2013). Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε έντονη μελαγχολία, στεναχώρια, συνήθως εμφανίζει έντονη ευαισθησία, ευσυγκινησία, απουσία κοινωνικών σχέσεων και μία γενικότερη απαισιοδοξία για το μέλλον με κίνδυνο το κόστος της ζωής του ατόμου. Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι η διπολική διαταραχή είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις ουσίες και τις παθήσεις σχετιζόμενες με το άγχος (Anderson, Haddad & Scott 2012).

Τα αίτια της διαταραχής αυτής είναι πολυπαραγοντικά. Τα κληρονομικά χαρακτηριστικά, τα νευροχημικά και τα εξωτερικά ερεθίσματα είναι αυτά που λογικά ευθύνονται για αυτή την κατάσταση. Σύμφωνα με μελέτες η πάθηση αυτή αφορά ένα μόνο μέρος του μυαλού και σχετίζεται με την μη σωστή λειτουργία των νευρικών κυττάρων. Η διπολική διαταραχή είτε παρουσιάζεται αναίτια είτε πυροδοτείται από καταστάσεις της καθημερινότητας που προκαλούν έντονο άγχος. (Bressert, n d.)

Οι επιστήμονες έπειτα από μελέτες κατέληξαν ότι η πάθηση αυτή οφείλεται στην μη σωστή λειτουργία ενός από των παρακάτω ορμονών: την ντοπαμίνη, την νοραδρεναλίνη, και την σεροτονίνη. Συγκεκριμένα οι δυο τελευταίες είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την κατάσταση αυτή και γενικώς με τα ψυχολογικά προβλήματα όταν δεν λειτουργούν σωστά. Η σεροτονίνη έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με αρκετούς μηχανισμούς του ανθρώπινου οργανισμού όπως είναι η συνουσία, η λήψη τροφής, ο τρόπος σκέψης και η ανάπαυση. Σε αντίθεση με την ντοπαμίνη, η οποία αφορά κυρίως τα θετικά συναισθήματα (χαράς, ευδαιμονίας, ευχαρίστησης κτλπ). Η διαταραχή στην έκκριση της ντοπαμίνης μπορεί να οδηγήσει σε παθολογικές καταστάσεις όπως είναι οι ψυχωσικές διαταραχές και η σχιζοφρένεια, παθήσεις που δεν ανταποκρίνονται σε ρεαλιστικά γεγονότα, αλλά σε ψευδαισθήσεις και δυσλειτουργία στην ζωή του ασθενούς.

Τα νευρικά κύτταρα της ντοπαμίνης υποστηρίζεται ότι ευθύνονται για τις μεταβολές της ψυχολογίας του ασθενούς εφόσον είναι υπεύθυνα στην φάση της μανίας (Lahera, Freund & Saiz-Ruiz 2013). Οι δύο κύριοι παράγοντες που σχετίζονται με τις μεταβολές της διάθεσης σε περιόδους κρίσεων μανίας είναι το GABA (Γ-αμινοβουτυρικό οξύ) το οποίο υπάρχει σε αυξημένα ποσοστά στην διπολική διαταραχή (Benes & Berretta 2001) και το γλουταμικό το οποίο στην αρχή της κρίσης εκκρίνεται σε μεγάλο βαθμό, ενώ μόλις αυτή παρέλθει μειώνεται σημαντικά. (Michael et al. 2003).

Σε γενικές γραμμές η μαία οφείλει να ελέγχει την γυναίκα για εμφάνιση διπολικής διαταραχής (Quintero J, Fernandez Rolo ,2014).Υπάρχουν όμως και παράγοντες που αναστέλλουν την διπολική διαταραχή. Αρχικά, οι υγιεινές συνήθειες διευκολύνουν την λεχώνα με διπολική διαταραχή, αμβλύνοντας τη πάθησή της. Επιπλέον, η ξεκούραση είναι αναγκαία σε αυτή τη φάση της ζωής της γυναίκας, καθώς η έλλειψη ύπνου μπορεί να προκαλέσει διπολικό επεισόδιο.



Πίνακας 3: Τα συμπτώματα της διπολικής διαταραχής (BD)

1.5 Σχιζοφρένεια

Σχιζοφρένεια καλείται η πάθηση η οποία διαταράσσει μεγάλο αριθμό διαδικασιών στον ψυχικό κόσμο του ατόμου. Το κυριότερο χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης ψυχικής ασθένειας είναι οι ψευδαισθήσεις(Μάνος 1992).Οι κύριες ψευδαισθήσεις αφορούν τάσεις φυγής και ιδέες σχετικά με την θρησκεία. Επιπλέον, χαρακτηριστικά της πάθησης αυτής είναι ο περιορισμένος λόγος και η συνεχής χρησιμοποίηση ίδιων φράσεων και τέλος η πεποίθηση για έναν πλασματικό κόσμο που δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα.(Παλαιολόγου 1997).Πρόκειται για φωνές οι οποίες <<πλάθονται>> στο μυαλό του ασθενούς, τον συκοφαντούν και τον διατάζουν. Οι φωνές αυτές μπορεί να τον οδηγήσουν ακόμη και στην αυτοκτονία.(Τσαλίκογλου,2007).

Το πώς αισθάνεται ο ασθενής δεν αποτελεί από μόνο του κριτήριο για την διάγνωση της σχιζοφρένειας εφόσον η φαρμακευτική αγωγή επιδρά στην πορεία της ασθένειας.(Μάνος 1992).Η διάγνωση γίνεται μελετώντας τον τρόπο που συμπεριφέρεται το άτομο παράλληλα με τις προηγούμενες καταστάσεις που έχει βιώσει. Ο ασθενής δεν μπορεί να αποφασίσει για τον εαυτό του και αντιμετωπίζει

πρόβλημα στο να διαλέξει μεταξύ πολλών και διαφορετικών επιλογών.(Μάνος ,1992).Το άτομο χαρακτηρίζεται και από έλλειψη κοινωνικότητας, δηλαδή «κλείνεται» στον εαυτό του. Επίσης, δεν θα πρέπει να παραλείψουμε ότι ο σχιζοφρενής είναι πιθανό να παρουσιάσει χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά της σχιζοφρένειας, χωρίς εν τέλει να είναι αλλά να πρόκειται για κάποια άλλη πάθηση.

Η φαρμακευτική αγωγή εξατομικεύεται για τον κάθε ασθενή καθώς η κάθε περίπτωση είναι μοναδική και δεν ανταποκρίνονται τα ίδια αντιψυχωσικά φάρμακα σε όλους τους οργανισμούς.(Picchioni & Murray 2007).Ο κύριος τρόπος αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας είναι η λήψη αντιψυχωσικών φαρμάκων , βενζοδιαζεπινών (ηρεμιστικά) σε συνδυασμό με την ψυχανάλυση από έμπειρο ψυχίατρο. Βέβαια όταν υπάρχει πιθανότητα το άτομο να κάνει κακό στον εαυτό του τότε κρίνεται αναγκαία η εισαγωγή του σε κάποια ψυχιατρική κλινική για όσο καιρό απαιτείται.(Becker & Kilian 2006).

Η σχιζοφρένεια μπορεί να συμβεί και στα δυο φύλα και προσβάλλει συχνότερα ανθρώπους χαμηλού μορφωτικού επιπέδου. Πιο συχνά εμφανίζεται στην ηλικία των 12-18 χρονών, μετά την ηλικία των 30 ετών και σπάνια στα 45 χρόνια ζωής. Επιπλέον ο ασθενής σπάνια αναπτύσσει οποιαδήποτε μορφή δεσμού με τους ανθρώπους και παραμένει κλεισμένος στον εαυτό του γιατί θεωρεί ότι είναι χαμηλότερου ή υψηλότερου επιπέδου από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Ένα από τα συνήθη χαρακτηριστικά του ατόμου με σχιζοφρένεια είναι ότι έχει την άποψη πως οι οικείοι του επιθυμούν να του κάνουν κακό.(Μάνος,1992).

Τα άτομα που είναι χρήστες έχουν αυξημένη πιθανότητα σε σχέση με τους υπόλοιπους να εμφανίσουν σχιζοφρένεια. Τέλος, οι ασθενείς που εμφανίζουν σχιζοφρένεια παρατηρείται ότι έχουν μικρότερο μέσο όρο ζωής σε σχέση με τους υπόλοιπους εξαιτίας των προβλημάτων υγείας που προκύπτουν.(van Os & Kapur 2009).

Ένα ακόμα κύριο χαρακτηριστικό είναι ο πρόχειρος τρόπος στην ενδυμασία και στην προσωπική περιποίηση του ατόμου.(Carson 2000). Επίσης, κυριαρχεί η αδυναμία συγκέντρωσης στον χώρο της δουλειάς του , αδυναμία κινητοποίησης καθώς και προσήλωση σε συγκεκριμένες θέσεις.(Van Os & Kapur 2009),(Ungvari & Caroff & Gerevich 2010).

Τα συμπτώματα χωρίζονται σε 1.θετικά,2.αρνητικά,3.γνωσιακά.Οι άνθρωποι με τα θετικά συμπτώματα μπορεί να χάσουν επαφή με την πραγματικότητα και να παρουσιάσουν :

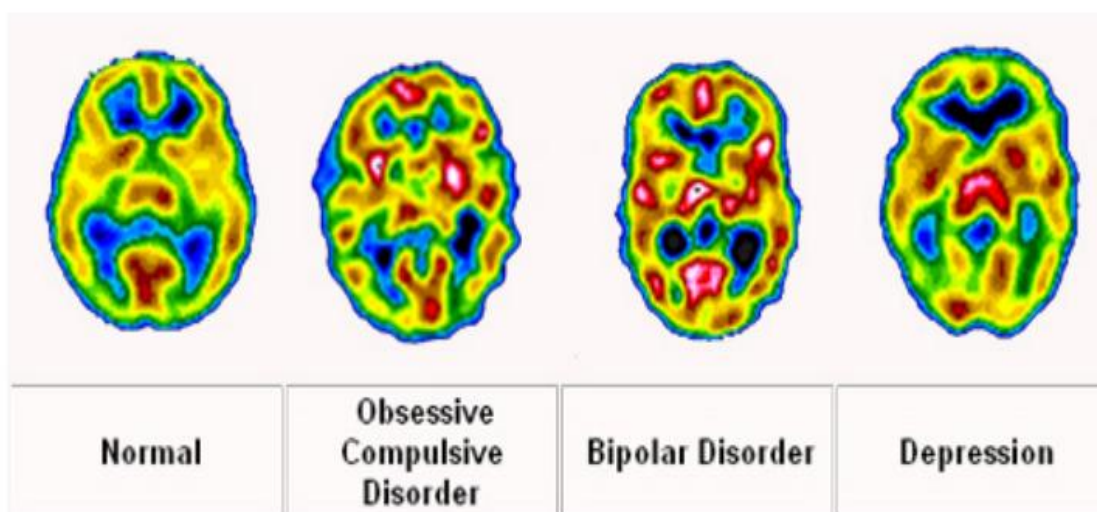
- Παραληρηματικές ιδέες
- Ψευδαισθήσεις
- Αποδιοργανωμένο λόγο και συμπεριφορά.

Τα αρνητικά συμπτώματα συνδέονται με διαταραχές στα φυσιολογικά συναισθήματα και συμπεριφορές και περιλαμβάνουν:

- Μειωμένη ικανότητα του λόγου(οι απαντήσεις είναι μονολεκτικές και με καθυστέρηση)
- Δυσκολία στην έναρξη και ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων τους.
- Μειωμένη ευχαρίστηση από τις απολαύσεις της ζωής.
- Απάθεια και έλλειψη εκφραστικότητας(τόσο στις κινήσεις του προσώπου όσο και στην φωνή).
- Κοινωνική απομόνωση.

Οι ασθενείς με τα γνωσιακού τύπου συμπτώματα, είναι δυνατόν να εμφανίσουν ήπιες ή σοβαρότερες μεταβολές στη μνήμη ή άλλες πλευρές της νόησης. Μεταξύ αυτών είναι:

- Δυσκολία συγκέντρωσης και προσήλωσης
- Προβλήματα αποστήθισης
- Μειωμένες εκτελεστικές λειτουργίες.(American Psychiatric Association 2000),(Kneisi & Trigoboff 2009),(Carson 2000),(Velligan & Alphs 2009).



Πίνακας 4 : Γραφική απεικόνιση του εγκεφάλου που αναδεικνύει τις διαφορές μεταξύ των υγιών και διαταραγμένων εγκεφάλων

1.6 Μανία

Η διπολική διαταραχή συνδυάζεται πολλές φορές με επαναλαμβανόμενες περιόδους μανίας ή υπομανίας και γενικότερα με ένα σύνολο ψυχαναγκαστικών –μελαγχολικών καταστάσεων (Belmaker, 2004). Όλες αυτές οι παθήσεις σχετίζονται με συνεχόμενες επιδεινώσεις των αιτιών που τις προκαλούν και ονομάζεται μανιοκατάθλιψη. (Judd 2002).

Επιπρόσθετα, οι ψυχιατρικές αυτές παθήσεις επηρεάζουν σημαντικά τις κοινωνικο-οικονομικές σχέσεις εφόσον τα άτομα αυτά δυσκολεύονται στην δουλειά τους καθώς και σε άλλους τομείς της καθημερινότητάς τους. (Dea, Gerner & Gerner 2004). Σύμφωνα με μελέτες τα άτομα που νοσούν από την πάθηση αυτή υπολογίζονται από 5-12 ανά 100.000 κάθε χρόνο. (Rihmer & Angst 2009).

Τα κύρια συμπτώματα της μανιοκατάθλιψης είναι:

- Έντονες αλλαγές στην ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ασθενούς. Ο ασθενής υπάρχει η πιθανότητα την μία στιγμή να είναι υπερβολικά χαρούμενος και την άλλη βαθιά λυπημένος.
- Παρουσιάζει ανησυχία, ευερεθιστότητα, αϋπνία, διέγερση, αποπροσανατολισμό και συμμετοχή σε καταστάσεις που πιθανόν να μην είναι κατάλληλες για την πάθησή του.
- Το άτομο μιλάει και δρα παρορμητικά αγνοώντας τις συνέπειες.
- Δεν έχει ρεαλιστικές απόψεις και έχει υπερβολικά μεγάλη ιδέα για τον εαυτό του.
- Έντονες παραισθήσεις.
- Ο ασθενής νιώθει την ανάγκη να έχουν όλοι στραμμένη την προσοχή τους στο πρόσωπό του.
- Ασχολείται συνεχώς με κάτι γιατί έχει την πεποίθηση ότι με αυτό τον τρόπο θα κερδίσει το ενδιαφέρον των υπολοίπων.
- Εκτελεί ρισκοκίνδυνες ασχολίες δίχως να αντιλαμβάνεται τον κίνδυνο.

Αν και δεν γνωρίζουμε ποια είναι η κύρια αιτία που προκαλεί την μανία, πολλές μελέτες αναφέρουν ότι πιθανόν να οφείλεται στην διαταραχή των νευρικών κυττάρων και την λανθασμένη λειτουργία των ορμονών.

Η διάγνωση της μανίας γίνεται από έμπειρο ψυχίατρο, ο οποίος έχει την ικανότητα μέσα από τις γνώσεις του να αντιληφθεί την πάθηση μέσα από τα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής. Επιπλέον, αναπόσπαστο κομμάτι για την διάγνωση αποτελεί το ιστορικό του ατόμου. Η αντιμετώπιση της νόσου γίνεται με τα εξής φάρμακα: αντιψυχωσικά, αντικαταθλιπτικά, ηρεμιστικά, λίθιο, και ταυτόχρονα ψυχανάλυση.



Εικόνα 1 : Μανία

1.7 Διαταραχές Ύπνου

Οι διαταραχές του ύπνου είναι ένα κομμάτι το οποίο απασχολεί σχεδόν όλους τους ανθρώπους. Η έντονη υπνηλία ή η έλλειψη ύπνου είναι από τις πιο συνηθισμένες αιτίες ψυχικών και αγχώδων διαταραχών. Οι ελάχιστες ώρες ύπνου οδηγούν τα άτομα σε μία κατάσταση εξάντλησης, διέγερσης και αγωνίας. Εξαιτίας της έλλειψης του ύπνου τα άτομα δεν έχουν διάθεση για κοινωνικές συναναστροφές και παρατηρείται μειωμένη επίδοση στις επαγγελματικές υποχρεώσεις. Ακόμα ,αξίζει να σημειωθεί ότι σε έλλειψη ύπνου το άτομο κατά την διάρκεια των περιορισμένων αυτών ωρών που κοιμάται βλέπει εφιάλτες και σκέφτεται περισσότερο τα προβλήματα της καθημερινότητάς του.

Οι πιο συχνές διαταραχές κατά την διάρκεια του ύπνου είναι :Οι παραϋπνίες οι οποίες ορίζονται ως τα ακούσια γεγονότα που συμβαίνουν κατά την διάρκεια της νύχτας.

- Υπνοβασία :Ο άνθρωπος ξυπνάει μέσα στην νύχτα και μετακινείται στο δωμάτιο δίχως να το αντιλαμβάνεται και αυτό του προκαλεί διέγερση και θυμό.
- Νυχτερινό άγχος: Το άτομο κατά την διάρκεια του ύπνου του εμφανίζει αυξημένο καρδιακό ρυθμό, γρήγορη αναπνοή, φωνές, ταραχή και ιδρώτα. Συχνά ο ασθενής δεν θυμάται το τι έχει συμβεί.
- Εφιάλτες: Προκαλούν στον άνθρωπο τρόμο, άγχος ,και ανάκληση των όσων προηγήθηκαν. Δεν πρέπει να παραληφθεί ότι οι εφιάλτες συνδέονται άμεσα με την χορήγηση αντικαταθλιπτικών ή ναρκωτικών. Σε χρόνιο πρόβλημα προτείνεται η βοήθεια εξειδικευμένου ψυχιάτρου.
- Ταρακούνημα χεριών-ποδιών: Δυσχεραίνει το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων και συνήθως εμφανίζεται στην πρώτη φάση της ανάπαυσης.
- Οι μυϊκές κράμπες των ποδιών: Εμφανίζονται συνήθως σε μικρό ποσοστό και συχνά έπειτα από έντονη γυμναστική.
- Διαταραχές συμπεριφοράς κατά τον ύπνο REM:Αφορά την εχθρική κινητικότητα η οποία, μπορεί να προκαλέσει δυσμενή αποτελέσματα τόσο στον εαυτό του όσο και στο σύνολο. Ο πάσχων ξυπνάει πολύ γρήγορα από τον ύπνο και έχει πλήρη συνείδηση όσων συνέβησαν.

Η διάγνωση των διαταραχών του ύπνου γίνεται από τον θεράποντα γιατρό με τους εξής τρόπους:

- Πολυπνογράφημα: Είναι η βασικότερη μέθοδος διάγνωσης προβλημάτων της ανάπαυσης. Στην εξέταση αυτή βλέπουμε τα στάδια του ύπνου και το πώς λειτουργεί η αναπνοή.
- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα : Ανευρίσκει τον τρόπο λειτουργίας του μυαλού.
- Ηλεκτρο-οφθαλογράφημα : Ανιχνεύει το πώς κινούνται τα μάτια ,η εξέταση αυτή δείχνει τα στάδια του ύπνου.
- Ηλεκτρομυογράφημα: Σημειώνει την ένταση των μυών.
- Κινησιογραφία: Καταγράφει τις κινήσεις των ποδιών και συγκεκριμένα της κνήμης.

Υπάρχουν κάποιοι τρόποι προκειμένου να βοηθήσουμε τις διαταραχές του ύπνου.

- Ελαφριές τροφές πριν την ξεκούραση
- Γυμναστική νωρίς το πρωί
- Συγκεκριμένες ώρες ανάπαυσης το βράδυ
- Χαμηλός φωτισμός και απαλή μουσική πριν τον ύπνο
- Αποφυγή οθονών πριν τον ύπνο

Η συνεργασία των γιατρών μπορεί να αντιμετωπίσει με επιτυχία το πρόβλημα του ύπνου με ψυχοθεραπεία και ίσως κάποιο ηρεμιστικό φάρμακο. Τέλος, μια εναλλακτική θα ήταν το άτομο να απευθυνθεί σε νευρολόγο και ενδοκρινολόγο εκτός του ψυχιάτρου-ψυχολόγου για την διερεύνηση του προβλήματος.

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΛΟΧΕΙΑ

Η κύηση πιστεύεται ότι είναι μία περίοδος χαράς, γαλήνης, αφοσίωσης καθώς και θετικών συναισθημάτων στην ζωή μιας εγκυμονούσας . Παρόλα αυτά ,η κύηση και η μητρότητα εντείνουν τις πιθανότητες ανάπτυξης ψυχιατρικών διαταραχών όπως αυτές των αγχωδών διαταραχών ,της κατάθλιψης ,των ψυχώσεων και των διατροφικών διαταραχών. Πολλές φορές, αυτές οι καταστάσεις δεν γίνονται αντιληπτές καθώς οι περισσότερες γυναίκες παρουσιάζουν μεταβολές στην ψυχολογία τους λόγω των ορμονικών μεταβολών. Αξίζει να σημειωθεί ό,τι ενώ πολλές γυναίκες αντιλαμβάνονται το τυχόν πρόβλημα δεν επιθυμούν να το αντιμετωπίσουν εξαιτίας των πιθανών βλαβερών επιδράσεων της φαρμακευτικής αγωγής τόσο στην ίδια όσο και στο έμβρυο.



Εικόνα 2: Απεικόνιση της εξάντλησης και της κόπωσης της νέας μητέρας

2.Η ψυχολογική διάσταση της εγκυμοσύνης

2.1 Μία περίοδος ψυχολογικών αλλαγών

Κάθε γυναίκα που πρόκειται να γίνει μητέρα βιώνει πολλές ψυχολογικές μεταπτώσεις κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο τρόπος που λειτουργεί, σκέφτεται και πράττει συνεχώς αλλάζει. Όλες αυτές οι ενδογενείς και οι εξωγενείς μεταβολές οφείλονται σε αλλαγές στην ψυχοσύνθεση της εγκυμονούσας. Με βάση τα τρίμηνα παρουσιάζονται οι εξής ιδιαιτερότητες:

- Στο πρώτο τρίμηνο οι μεταβολές που συμβαίνουν στην γυναίκα δεν είναι ιδιαίτερα εμφανείς. Το άγχος, η χαρά, ο φόβος ,οι μεταπτώσεις στην συναισθηματική κατάσταση, ο αναίτιος θυμός, η υπερευαισθησία που σε διαφορετικές περιπτώσεις δεν θα υπήρχαν , εδώ κυριαρχούν. Σε αυτό το τρίμηνο η μη σταθερή ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας καθώς και η γενικότερη μελαγχολία ,είναι αυτά που βιώνει γιατί κατανοεί πως η ζωή της θα αλλάξει ριζικά.

- Στο δεύτερο τρίμηνο η εγκυμονούσα συνηθίζει σιγά-σιγά τις αλλαγές στο σώμα της , ο φόβος έχει ελαττωθεί σημαντικά και σκέφτεται άλλα πράγματα. Δεν είναι λίγες όμως οι γυναίκες και κυρίως αυτές που διανύουν την πρώτη τους κύηση που αγχώνονται για το πώς θα φαίνονται στους γύρω τους όσο αναφορά τα κιλά τους αλλά και την αποδοχή τους από τον σύζυγό τους. Με την πάροδο του χρόνου λόγω των ορμονικών μεταβολών ,την αύξηση της αιματικής κυκλοφορίας καθώς και την υπερέκκριση υγρών από τον κόλπο προκαλείται μεγαλύτερη ανάγκη για ερωτική συνεύρεση.
- Στο τρίτο τρίμηνο που καταφθάνει η ώρα της γέννας, η μέλλουσα μητέρα νιώθει άγχος, ανησυχία για τον αν θα είναι σωστή απέναντι στο μωρό και τις υποχρεώσεις της. Η κούραση που αισθάνεται η εγκυμονούσα είναι τόσο σωματική εξαιτίας των κιλών που έχει όλους αυτούς τους μήνες ,όσο και ψυχική λόγω των ορμονών. Ακόμα, οι ορμόνες αυτές ετοιμάζουν την γυναίκα εγκεφαλικά για τον μελλοντικό της ρόλο. Τέλος, παρουσιάζονται προβλήματα κατά την διάρκεια της ξεκούρασής της.

2.2 Στρες και άγχος στην περίοδο των εννέα μηνών

Η κύηση είναι μία περίοδος που θέτει την μέλλουσα μητέρα σε μία νέα πραγματικότητα την οποία δεν μπορεί εύκολα να αντιμετωπίσει. Είναι απαραίτητο να συνηθίσει το νέο της ρόλο και αυτό της δημιουργεί άγχος, φόβο και ανησυχία. Η αντιμετώπιση των παραπάνω, είναι σημαντική ώστε η γυναίκα να σκέφτεται όσο το δυνατόν θετικότερα τόσο για εκείνη, όσο και για το μωρό που κυοφορεί.

Η ανησυχία και ο φόβος, σχετίζονται με περιπτώσεις που δημιουργούν τρόμο, άγχος και γενικώς σωματικές δυσλειτουργίες όπως ανάγκη για αναγωγή του γαστρικού περιεχομένου καθώς και εμφάνισης εξανθημάτων. Η ανησυχία είναι πιθανόν να παρουσιαστεί σε όλες τις φάσεις της καθημερινότητας του ατόμου, κυρίως όμως εμφανίζεται σε περιπτώσεις που το άτομο νιώθει έντονη ψυχοσωματική πίεση. Σε καταστάσεις που κυριαρχεί ο φόβος και η ανησυχία παράγεται έντονα η ορμόνη της αδρεναλίνης, η οποία αυξάνει το καρδιακό παλμό, την αιματική κυκλοφορία, τον τρόπο που λειτουργεί το μυϊκό σύστημα αλλά και την λειτουργία των οφθαλμών. Η ορμόνη που προαναφέρθηκε, σε περιπτώσεις που υπάρχει για αρκετά μεγάλη

χρονική περίοδο ,υπάρχει πιθανότητα να οδηγήσει σε ψυχιατρικές διαταραχές, σε υπέρταση, σε κεφαλαλγίες και σε διαταραχές ανάπαυσης.

Το στρες σχετίζεται με αρνητικά συναισθήματα και πολλές φορές εμφανίζεται χωρίς κάποια συγκεκριμένη αιτία και αποβάλλεται όταν πια δεν υπάρχει η αιτία που το δημιουργεί. Το άγχος όμως συνεχίζει να υπάρχει μέχρι και όταν απουσιάζει η αιτία που το έχει δημιουργήσει. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι το στρες δεν αποτελεί αιτία επίσκεψης σε ειδικό(ψυχολόγο- ψυχίατρο), σε αντίθεση με το άγχος, το οποίο θεωρείται παθολογικό όταν επιμένει για διάστημα μεγαλύτερο του μισού έτους.

Το άγχος όταν ξεπερνάει τα φυσιολογικά όρια μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές ακόμα και στον μαιευτικό τομέα. Για παράδειγμα, μπορεί να προκαλέσει πρόωρο τοκετό, γέννηση μωρών με πολύ χαμηλό σωματικό βάρος που αποτελεί λόγο για πρόωρο βρεφικό θάνατο, παιδικές και νεανικές ασθένειες που είναι πιθανόν να μην ξεπεραστούν ακόμα και στην ενήλικη ζωή. Δεν είναι λίγες οι φορές που εμφανίζεται κάποια ψυχική ανισορροπία κατά την περίοδο των εννέα μηνών κι αυτή επιδεινώνεται στη περίπτωση που υπάρχει προηγούμενο ιστορικό. Οι ψυχικές αυτές διαταραχές έχουν ως αποτέλεσμα να επηρεαστεί το μωρό και η γυναίκα κατά την κύηση αλλά και κατά την διάρκεια της λοχείας (πχ. επιλόχειος κατάθλιψη).

Γενικά αυτά τα συναισθήματα που νιώθει η γυναίκα, δεν σχετίζονται απαραίτητα με αυτά της συγκεκριμένης περιόδου που βιώνει, αλλά συνδυάζονται και με περιστάσεις της καθημερινότητας τις οποίες ζει σε εντονότερο βαθμό λόγω της κύησης.

Τα συναισθήματα αγωνίας που βιώνει η εγκυμονούσα πιθανόν να οφείλονται στην κύηση ή σε κάποιον εξωτερικό παράγοντα από τον περίγυρο της γυναίκας. Επομένως, θα λέγαμε ότι τα αίτια του άγχους είναι πολύ-παραγοντικά. Κάθε γυναίκα αντιμετωπίζει την φάση της κύησης με τον δικό της τρόπο προκαλώντας της πολύ ή λίγο άγχος .Μέσω κάποιων μεθόδων οι γυναίκες είναι δυνατόν να αντιμετωπίζουν τις αγχώδεις περιόδους, οι οποίες διαφέρουν από άτομο σε άτομο.

Αίτια που σχετίζονται με το άγχος

Τα εξωγενή αίτια επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την γυναίκα:

- Τα χρόνια ζωής
- Η Παιδεία
- Ο χαρακτήρας
- Οι διαπροσωπικές σχέσεις
- Ο περίγυρος

- Τα τρίμηνα της κύησης
- Τα βιώματα
- Εκτρώσεις
- Έλλειψη ύπνου

Προηγούμενες αποβολές

Οι εγκυμονούσες που έχουν περάσει από αυτή την κατάσταση, βιώνουν μεγαλύτερο φόβο και ανησυχία κατά την διάρκεια της κύησης. Τα άτομα δηλαδή, που έχουν βιώσει αυτήν την θλιβερή φάση στην ζωή τους αντιμετωπίζουν έντονα στρεσογόνες περιόδους σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν ζήσει κάτι αντίστοιχο. Νιώθουν φόβο πως θα επαναληφθεί το ίδιο, γι' αυτό έχουν έντονη ευερεθιστότητα, κυκλοθυμία και υπερευαίσθησία. Είναι έντονα προσκολλημένες στο επόμενο μέλος ενώ παράλληλα δεν φεύγει από το μυαλό τους η προηγούμενη απώλεια. Τα αρνητικά συναισθήματα μετατοπίζονται στην πορεία της κύησης και συγκεκριμένα στην αρχή αυτής.

Ύπνος

Οι λίγες ώρες ξεκούρασης επηρεάζουν την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση της εγκυμονούσας. Ο ύπνος εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις ορμονικές μεταβολές που συμβαίνουν στην πρώτη φάση της κύησης, από το πόσο μεγάλο είναι το μωρό και το άγχος σχετικά με την διαδικασία της γέννησης. Επιπλέον, επηρεάζεται από τις οικονομικές απολαβές, τα κιλά καθώς και με το αν έχει ξανά γίνει μητέρα. Ακόμα, συχνό φαινόμενο αποτελούν τα προβλήματα του διαφράγματος (δύσπνοια λόγω της διόγκωσης του μεγέθους της μήτρας, ταχύπνοια λόγω άγχους), η αυξημένη πίεση που μπορεί να συνοδεύεται από λεύκωμα στα ούρα και κεφαλαλγίες, διαταραχές γλυκόζης (σακχαρώδης διαβήτης κύησης), ψυχιατρικές διαταραχές και προβλήματα κατά την διάρκεια της εξώθησης. Όλα τα παραπάνω παρουσιάζονται σε γυναίκες που νοσούν από αναπνευστικά προβλήματα κατά την διάρκεια της ξεκούρασής τους.

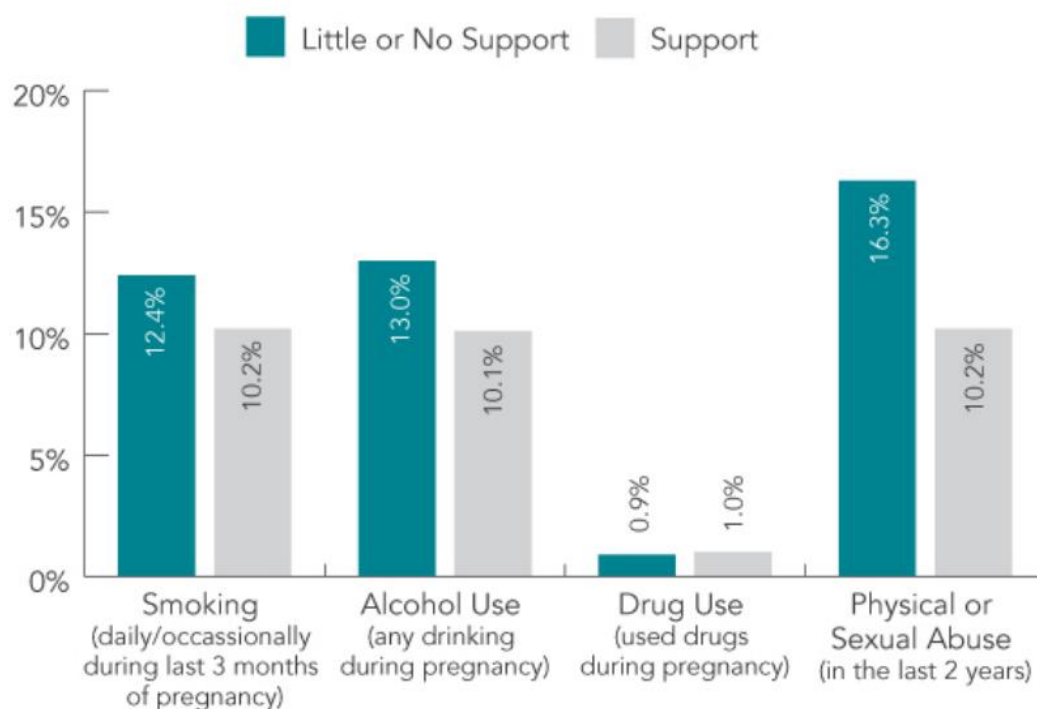
Κάπνισμα

Ο καπνός του τσιγάρου, εκτός του ότι αποτελεί μία ρουτίνα για το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων, πολλές φορές συνδέεται με ψυχικές διαταραχές. Οι παρακάτω παράγοντες σχετίζονται με τη χρήση του καπνού:

- Ψυχολογικές μεταπτώσεις
- Ανησυχία
- Ενδοοικογενειακή κακοποίηση
- Μειωμένα έσοδα
- Έλλειψη μόρφωσης

Το κάπνισμα προκαλεί και μαιευτικές επιπλοκές όπως πρόωρο τοκετό, μικρό για την ηλικία κύησης νεογνό. Για τους παραπάνω λόγους είναι πολύ σημαντική η εκπαίδευση και η πληροφόρηση από τους επαγγελματίες υγείας, με απώτερο στόχο οι

γυναίκες να διακόψουν πλήρως το κάπνισμα και όχι να το μειώσουν. Η διακοπή του έχει φανεί ότι μελλοντικά μειώνει τα ποσοστά ψυχικών διαταραχών στις λεχώνες.



Πίνακας 5: Εγκυμοσύνη και παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία

Σωματικοί παράγοντες

Το βάρος της κύησης επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την εικόνα που έχει η γυναίκα για τον εαυτό της, δημιουργεί σκέψεις που επηρεάζουν την αυτοπεποίθηση της και το αν είναι αποδεκτή από τον σύντροφό της τόσο εμφανισιακά όσο και κατά την διάρκεια της ερωτικής επαφής τους. Ένας ακόμα λόγος που αποφεύγεται η σεξουαλική συνεύρεση, είναι το άγχος μήπως επηρεαστεί η υγεία του μωρού. Το άγχος που προκαλεί η περίοδος της εγκυμοσύνης είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί με τη κατάλληλη εκπαίδευση από τις μαίες, το οικογενειακό περιβάλλον, το σύντροφο, και τον κοινωνικό περίγυρο. Αξίζει να σημειωθεί ότι η αρνητική εικόνα που έχει η εγκυμονούσα, δεν σχετίζεται άμεσα με τη μη σωστή κατανάλωση τροφής. Στις περιπτώσεις που υπάρχουν προβλήματα σίτισης, αυτά συνεχίζονται σε μεγάλο βαθμό στην κύηση αλλά και μετά το πέρας αυτής. Τα αρνητικά συναισθήματα φτάνουν στο μέγιστο στους τελευταίους τρεις μήνες εφόσον τότε η γυναίκα παίρνει τα περισσότερα κιλά τα οποία είναι σίγουρα εμφανή. Ενώ στις περιπτώσεις που δεν υπάρχουν τέτοια προβλήματα, το άγχος κορυφώνεται στα δύο τελευταία τρίμηνα, στην διάρκεια της λοχείας και μετά, επειδή η γυναίκα δεν είναι σίγουρη ότι θα καταφέρει να χάσει τα κιλά της εγκυμοσύνης.

2.3 Η κατάθλιψη κατά την διάρκεια της κύησης

Το φαινόμενο αυτό, κυμαίνεται στο 16% καθώς πολλές γυναίκες εμφανίζουν συμπτώματα της διαταραχής αυτής. Τα αίτια εμφάνισής της είναι τα εξής:

- Λύπη, στεναχώρια μήπως συμβεί κάτι κακό τόσο στις ίδιες όσο και στο έμβρυό τους.
- Δυσαρέσκεια
- Μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες που προηγουμένως τους προκαλούσαν ευφορία.
- Φόβος για το άγνωστο και πρωτόγνωρο αυτό συναίσθημα που θα βιώσουν.
- Υπερβολική κούραση
- Μείωση της διάθεσης για ερωτική επαφή, το οποίο πολλές φορές συνοδεύεται με άγχος και αγωνία μήπως η συνένυρεση δημιουργήσει πρόβλημα στο μωρό.
- Προβλήματα σίτισης όπως αυξημένη ή και μειωμένη κατανάλωση τροφών.
- Διαταραχές ύπνου(υπνηλία, αϋπνία) όλη την διάρκεια της ημέρας. Η αυξημένη παραγωγή ορμονών προκαλεί έντονη επιθυμία για ύπνο από τις πρώτες εβδομάδες της κύησης. Ενώ, προβλήματα που αντιμετωπίζει η μέλλουσα μητέρα τις βραδινές ώρες όπως η έντονη ανάγκη για ούρηση, ο πόνος στην σπονδυλική στήλη και την μέση, το άγχος για το άγνωστο και οι κινήσεις του εμβρύου καθιστούν δύσκολο τον ύπνο της γυναίκας. Μια ακόμα αιτία αϋπνίας είναι το σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας, στο οποίο στενεύουν τα τοιχώματα του λαιμού τις νυχτερινές ώρες που η γυναίκα θέλει να κοιμηθεί, δυσκολεύουν την αναπνοή με αποτέλεσμα να απαιτείται παραπάνω προσπάθεια για την επίτευξή της. Τέλος ,από τις βασικότερες αιτίες που δυσκολεύει τον ύπνο είναι το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών δηλαδή η ανάγκη για κίνηση των κάτω άκρων που σχετίζεται με έντονο κνησμό τις βραδινές ώρες.
- Νευρική κατάσταση που πολλές φορές μπορεί να απορρέει από την αϋπνία, την αδυναμία συγκέντρωσης και την παρατεταμένη κούραση.
- Ευερεθιστότητα
- Υπερευαίσθησία και ακραία ευσυγκινησία
- Μειωμένη διάθεση για διασκέδαση
- Αυτοτραυματισμοί
- Μειωμένη αυτοπεποίθηση κυρίως λόγω των μεταβολών που συμβαίνουν στην εξωτερική της εμφάνιση. Συχνά νιώθει πως δυσκολεύεται στις κινήσεις της.
- Διάσπαση προσοχής και αδυναμίας διεκπεραίωσης οποιασδήποτε εργασίας.
- Παραισθήσεις
- Κρίσεις πανικού(αύξηση των παλμών της καρδιάς που συχνά σχετίζεται με τάση για λιποθυμία, εφίδρωση, και δυσκολία στην αναπνοή το οποίο συνήθως συνοδεύεται από την πεποίθηση πως μπορεί να πάθει ανακοπή στη καρδιά).
- Πολλαπλά προβλήματα στην λειτουργία του οργανισμού(πόννοι σε διάφορα σημεία του σώματος).

Σε μέρη όπου η πληροφόρηση για τις ψυχικές διαταραχές δεν είναι επαρκής, λόγω άγνοιας οι άνθρωποι δεν αντιλαμβάνονται την σοβαρότητα του προβλήματος με αποτέλεσμα να μην ξέρουν πώς να την αντιμετωπίσουν. Πολλές φορές τα αίτια της κατάθλιψης μοιάζουν με αυτά της κύησης και γι' αυτόν τον λόγο οι εγκυμονούσες δεν καταλαβαίνουν ότι μπορεί να πάσχουν από αυτήν. Πολλοί πιστεύουν ότι η έγκυος λόγω της κατάστασής της και των ορμονικών μεταβολών είναι φυσιολογικό να παρουσιάζει μελαγχολικά συμπτώματα. Αυτό όμως, ίσως να οφείλεται σε μία πραγματική ψυχική διαταραχή που χρειάζεται περαιτέρω έρευνα από ειδικό. Για αυτό τον λόγο οι επαγγελματίες υγείας(μαιευτήρας- γυναικολόγος, μαίες) που είναι δίπλα στην γυναίκα σε αυτήν την περίοδο της ζωής της, χρειάζεται να αντιληφθούν εάν τα αίτια προκύπτουν από την κύηση ή εάν πρόκειται για ψυχική πάθηση.

Ένα κύριο χαρακτηριστικό ψυχικής πάθησης είναι οι τύψεις που νιώθει η γυναίκα. Τις περισσότερες φορές οι εγκυμονούσες με κατάθλιψη θεωρούν ότι δεν είναι κατάλληλες για τον ρόλο της μητρότητας, είναι απαισιόδοξες και αυτό μπορεί να οδηγήσει στις σκέψεις ότι η κύηση δεν θα εξελιχθεί φυσιολογικά, νιώθουν υπεύθυνες για οποιαδήποτε επιπλοκή μπορεί να συμβεί στις ίδιες ή στο μωρό τους.

Σε περιόδους άγχους, λόγω θολής σκέψης παρατηρείται αποπροσανατολισμός ακόμα και από τις βασικές υποχρεώσεις της καθημερινότητας.

Επιπλέον ένδειξη για κάποια ψυχική πάθηση αποτελούν οι σκέψεις θανάτου, αυτοκαταστροφής και κακοποίησης του ίδιου του μωρού.

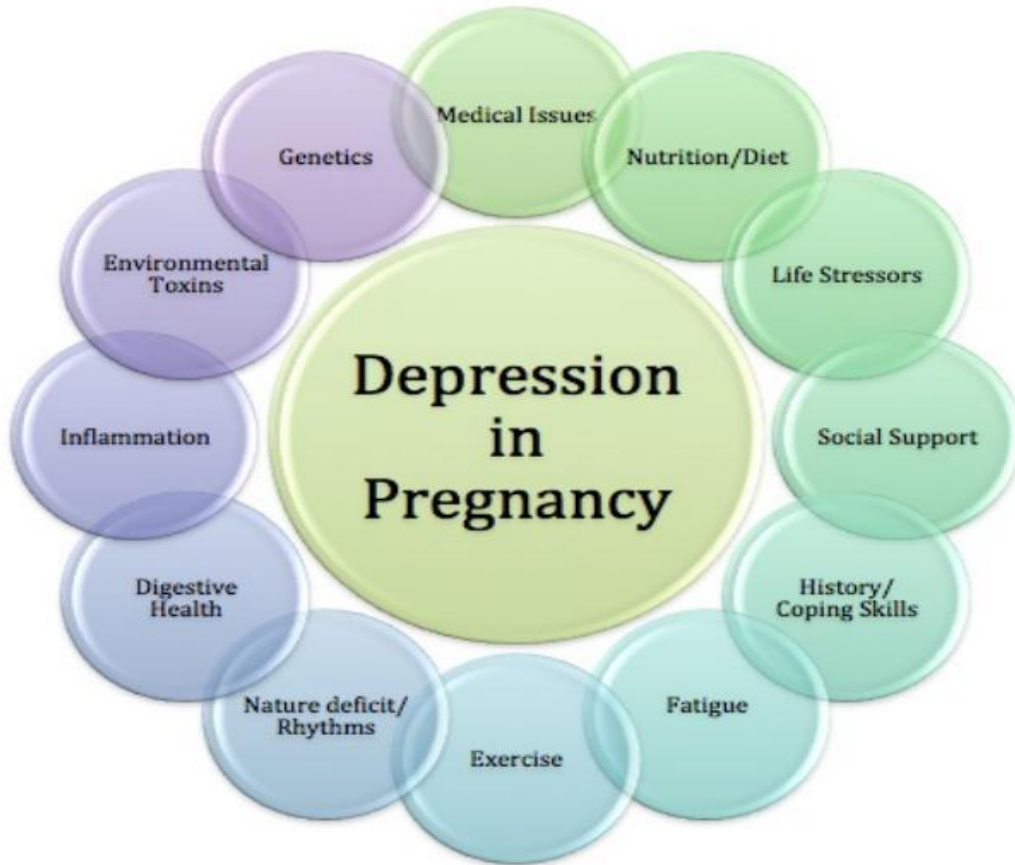
Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, βασικό χαρακτηριστικό κατάθλιψης αποτελεί το ότι η γυναίκα έχει χάσει το ενδιαφέρον της για πράγματα που προηγουμένως της προκαλούσαν αίσθημα χαράς, ευτυχίας αλλά η γυναίκα δεν αντιλαμβάνεται ότι βιώνει μία παθολογική κατάσταση και πιστεύει ότι πρόκειται για μία απλή κόπωση.

Το μεγαλύτερο ζήτημα που απασχολεί την περίοδο αυτή της κύησης σε σχέση με την κατάθλιψη είναι ότι η μητέρα δεν ασχολείται με την προσωπική της υγιεινή, την εμφάνισή της, δεν επισκέπτεται συχνά τον γυναικολόγο της και σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να προβεί στην κατανάλωση εθιστικών ουσιών. Η μέλλουσα μητέρα συχνά βρίσκεται σε άρνηση στο να αντιμετωπίσει το ζήτημα που την απασχολεί, είτε γιατί δεν γνωρίζει ότι πάσχει από κάποια ψυχιατρική διαταραχή είτε επειδή δεν γνωρίζει για το τι είναι ακριβώς, είτε λόγω του φόβου κριτικής και αποδοκιμασίας από το κοινωνικό σύνολο.

Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης

Τα αίτια κατάθλιψης είναι τα εξής:

- Χρόνια ζωής
- Άστατη καθημερινότητα
- Κατανάλωση καπνού
- Ναρκωτικά
- Απρόβλεπτη κύηση
- Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη
- Κοινωνική κριτική
- Νεανική εγκυμοσύνη
- Αδιαφορία του κράτους
- Μονογονεϊκή οικογένεια
- Άγχος για τον επικείμενο τοκετό
- Νέος ρόλος μητρότητας
- Σωματική και ψυχική κατάσταση του μωρού
- Αυτοκινητιστικά ατυχήματα
- Απώλεια ζωής
- Απουσία συζύγου
- Οικονομικές δυσκολίες
- Κατώτερα κοινωνικά στρώματα
- Έλλειψη υποστήριξης από το κοινωνικό περιβάλλον
- Ιστορικό ψυχικής διαταραχής
- Ιστορικό νευρολογικής διαταραχής



Πίνακας 6 : Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση κατάθλιψης στην εγκυμοσύνη

2.4 Ψυχολογική στήριξη κατά την κύηση

Οι γυναίκες που πληροφορούνται από τις μαίες και έχουν κοντά τους τα αγαπημένα τους πρόσωπα αντιμετωπίζουν χωρίς υπερβολικό άγχος τον μελλοντικό τους ρόλο, βιώνουν εντονότερα αισθήματα χαράς - ευχαρίστησης και εμφανίζουν ελάχιστα αρνητικά συναισθήματα. Σε αντίθεση με τις γυναίκες που δεν έχουν κάποια υποστήριξη είτε από την οικογένεια είτε από τις μαίες οι οποίες είναι υπεύθυνες να αντιληφθούν μία παθολογική κατάσταση στην ψυχολογία της εγκύου, παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης ψυχικών διαταραχών.

Όλη η διάρκεια των εννέα μηνών, είναι μία χρονική φάση μεγάλων πιθανοτήτων ανάπτυξης ψυχικών παθήσεων. Η εξέλιξη της εγκυμοσύνης και η εμφάνιση διαταραχών συνδέεται αναπόσπαστα με την ενημέρωση από το ιατρικό προσωπικό και το ενδιαφέρον του οικογενειακού- φιλικού περιγύρου. Όταν η μέλλουσα μητέρα νιώθει ότι έχει άτομα που νοιάζονται και ενδιαφέρονται γι' αυτήν, αυξάνεται η αυτοπεποίθηση, η ψυχική ηρεμία και η εσωτερική γαλήνη της. Από την άλλη, το μειωμένο ενδιαφέρον μπορεί να οδηγήσει σε πολύ αρνητικά συναισθήματα.

Οι γυναίκες που έχουν λάβει ψυχο- σωματική προετοιμασία δεν παρουσιάζουν τόσο συχνά ψυχικές διαταραχές, αντιμετωπίζουν λιγότερα προβλήματα κατά την διάρκεια της γέννας και βιώνουν λιγότερα συναισθήματα πανικού και φόβου. Η έγκυρη πληροφόρηση και ενημέρωση δρα εποικοδομητικά στην μέλλουσα μητέρα στην διάρκεια της γέννας και της λοχείας.

Παράγοντες στήριξης της εγκύου

Είναι οι εξής:

- Στενός οικογενειακός δεσμός
- Συνεννόηση με τον σύζυγο
- Ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας

Πληροφόρηση – Ενημέρωση εγκύου

Οι μέλλουσες μητέρες που ενημερώνονται εμφανίζουν λιγότερα ή και καθόλου συμπτώματα κατάθλιψης σε σχέση με αυτές που δεν πληροφορούνται επαρκώς. Η μη σωστή πληροφόρηση, οδηγεί σε αισθήματα υποβάθμισης του ίδιου του εαυτού, συναισθήματα κατωτερότητας, νευρικότητας και άγνοιας για τον τοκετό και την λοχεία.

Πάντως, μία γυναίκα δεν σημαίνει πάντα ότι είναι έτοιμη να γίνει μητέρα απλά και μόνο επειδή έμεινε έγκυος, γι' αυτό θα πρέπει να δίνουμε μεγάλη προσοχή στην κάθε περίπτωση ξεχωριστά.

Η στήριξη του συζύγου

Η ψυχολογική στήριξη του συντρόφου συνδέεται με την ψυχολογία της γυναίκας. Αν ο σύντροφος έχει καλή διάθεση και φέρεται όμορφα στην γυναίκα του, τότε αυτό επιδρά πολύ θετικά σε αυτή. Επομένως, πάρα πολύ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο σύντροφος στην περίοδο αυτή της κύησης, γιατί βρίσκεται στο πλευρό της εγκυμονούσας καθ' όλη την διάρκεια των εννέα μηνών και είναι αυτός που μπορεί να την καταλάβει καλύτερα από τον καθένα. Καλό θα ήταν, ο σύντροφος γνωρίζοντας τις ανάγκες της γυναίκας του να αναγνωρίσει ποιος από το οικείο περιβάλλον τους, είναι ικανός να σταθεί δίπλα τους πραγματικά.

Η στήριξη της οικογένειας

Η μητέρα της εγκύου, λόγω του ότι έχει περάσει ακριβώς από την ίδια κατάσταση μπορεί να κατανοήσει τις ανάγκες της κόρης της αλλά και το άγχος, τις ανησυχίες, τον φόβο που αισθάνεται για την πρωτόγνωρη αυτή διαδικασία. Η συμπεριφορά της μητέρας της εγκύου συνδέεται αναπόσπαστα με την συμπεριφορά που θα έχει η ίδια η εγκύος στο μελλοντικό γονεϊκό της ρόλο.

Ψυχο – σωματική προετοιμασία εγκύου

Τα προγράμματα αυτά διεξάγονται για την καλύτερη προετοιμασία της εγκύου από τους επαγγελματίες υγείας για τον επικείμενο τοκετό και μετέπειτα την λοχεία. Σημαντικό ρόλο στην όλη διαδικασία διαδραματίζει η καλή ψυχική και σωματική κατάσταση της εγκύου. Επιπλέον, στόχος είναι η γνώση για θέματα που αφορούν την κύηση, τον τοκετό, την λοχεία και παίζουν πολύ βοηθητικό ρόλο στην πρόληψη της επιλόχειου θλίψης.

Στήριξη από τις ήδη υπάρχουσες μητέρες

Γυναίκες που ήδη έχουν υπάρξει μητέρες είναι σε θέση να ενημερώσουν για σημαντικά θέματα και λεπτομέρειες τις γυναίκες που πρόκειται να γεννήσουν σύντομα για την βελτίωση της καθημερινότητάς τους. Έπειτα από συζητήσεις με τις ήδη μητέρες, έχει αποδειχτεί ότι οι γυναίκες νιώθουν αισθήματα ανακούφισης, αισθάνονται σχεδόν έτοιμες για τον νέο τους ρόλο και μειώνονται κατά πολύ τα μεγάλα ποσοστά άγχους.

Στήριξη από τους επαγγελματίες υγείας

Μέσα από επιστημονικές συμβουλές από επαγγελματίες υγείας, εξασφαλίζεται ασφάλεια και ισορροπία στην ψυχολογική κατάσταση των γυναικών για όλη την διάρκεια της κύησης και μειώνουν σημαντικά τις τυχόν επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν. Οι μαίες προσφέρουν ασφάλεια, σιγουριά και μειώνουν τα καταθλιπτικά αισθήματα των γυναικών σε μεγάλο βαθμό.

Μέθοδοι περιορισμού αγχωδών συνθηκών κατά την κύηση

Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε μεθόδους αντιμετώπισης του στρες, γιατί με αυτόν τον τρόπο μπορούμε να αποφύγουμε αρνητικές επιδράσεις τόσο στην μητέρα όσο και στο μωρό που πρόκειται να γεννηθεί. Οι μέθοδοι ταξινομούνται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, αυτές που αφορούν κυρίως το συναίσθημα και αυτές που αφορούν κυρίως το πρόβλημα.

- **Συναίσθημα:** Η μέλλουσα μητέρα μπορεί να έχει άγχος για μία συγκεκριμένη κατάσταση πχ. μήπως πονέσει κατά την διάρκεια της εξώθησης, και αυτό να παραμείνει σε όλη την διάρκεια των εννέα μηνών. Επομένως, οι μέθοδοι αυτοί αντιμετώπισης αυτών των συναισθημάτων, εστιάζουν στο να βοηθήσουν την γυναίκα να αντιμετωπίσει τους φόβους της. Στο πρώτο τρίμηνο της κύησης επιλέγεται η μέθοδος αυτή.
- **Πρόβλημα:** Εδώ η γυναίκα με την μαία της, έχουν αντιληφθεί το πρόβλημα της εγκύου, και μαζί βρίσκουν λύσεις για την αντιμετώπιση αυτού. Τέτοια, πιθανόν να είναι η εκπαίδευση για τον μελλοντικό ρόλο, οι τρόποι αντιμετώπισης του στρες. Στην δεύτερο και τρίτο τρίμηνο, επιλέγεται αυτή η μέθοδος.

Αίτια που καθορίζουν τη μέθοδο αντιμετώπισης

- Παιδεία
- Χρόνια ζωής
- Κοινωνικο – οικονομικά στρώματα
- Ναρκωτικά
- Αλκοόλ
- Τσιγάρο

2.5 Η επίδραση της ψυχοσωματικής κατάστασης της εγκύου στο έμβρυο

Από πολύ μικρή ηλικία κύησης, το έμβρυο αντιλαμβάνεται την ψυχο – συναισθηματική κατάσταση της μητέρας του, και έχει παρατηρηθεί ότι μετά τον 7^ο μήνα της κύησης το μωρό νιώθει οποιοδήποτε θετικό ή αρνητικό συναίσθημά της. Τα αγχωτικά συναισθήματα, μπορεί να επηρεάσουν το νευρικό σύστημα του μωρού και στην παιδική του ηλικία να οδηγήσουν σε νευρο - αναπτυξιακές διαταραχές. Κατά την διάρκεια της κύησης και όσο το μωρό μεγαλώνει στην κοιλιά της μητέρας του, αποκτά δεξιότητες μάθησης και μνήμης καθώς και συναισθήματα.

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, όλες αυτές οι μεταβολές που συμβαίνουν στην μητέρα επηρεάζουν το έμβρυο και οποιαδήποτε μεταβολή συμβεί στο έμβρυο επηρεάζει και την μητέρα αντίστοιχα. Για παράδειγμα, εξαιτίας των ορμονικών διαταραχών αυτή την περίοδο, είναι πιθανό να μειωθούν οι εμβρυικές κινήσεις μέσα στην μήτρα. Εξαιτίας της μεγάλης συγκέντρωσης της κορτιζόλης τα μωρά παρουσιάζουν μικρό μέγεθος κεφαλής, μικρό βάρος γέννησης και συνδέεται με μελλοντικές μαθησιακές δυσκολίες. Οι ψυχικές διαταραχές της μητέρας έχουν συσχετιστεί με την πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων. Οι γυναίκες με διατροφικές διαταραχές υπάρχει πιθανότητα να γεννήσουν μωρά χαμηλού βάρους στην περίπτωση ανορεξίας, ενώ στην περίπτωση βουλιμίας αυξάνονται οι πιθανότητες για αποβολή.

Δεσμός μητέρας- εμβρύου κατά την κύηση

Η μέλλουσα μητέρα επικοινωνεί με το μωρό δια μέσου του ομφαλίου λώρου από την αρχή της σύλληψης και αυτό δεν μπορεί να διακοπεί καθ' όλη την διάρκεια της κύησης. Τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα της μητέρας είναι αυτά τα οποία θα καθορίσουν και την συναισθηματική κατάσταση του εμβρύου μέσα στην μήτρα. Άρα οδηγούμαστε στο συμπέρασμα, ότι το μωρό αντιλαμβάνεται τον <<έξω κόσμο>> ήδη από τις πρώτες στιγμές. Η μητέρα, έχει την ικανότητα να δίνει στο έμβρυο τα πρώτα ερεθίσματα και τις πρώτες γνώσεις. Δια μέσου του πλακούντα και του ομφαλίου λώρου μεταβιβάζεται αυτόματα στο μωρό ο εσωτερικός κόσμος της μητέρας. Όλα αυτά τα συναισθήματα που βιώνει η μητέρα κατά την κύηση είτε είναι θετικά είτε είναι αρνητικά, περνούν στο έμβρυο, και αυτό με την σειρά του τα εξωτερικεύει στην παιδική και ενήλικη ζωή του.

Οι επιδράσεις του άγχους της μητέρας στο μωρό

Το έντονο στρες της μητέρας επηρεάζει το ΚΝΣ(κεντρικό νευρικό σύστημα) του εμβρύου, αυξάνοντας την κινητικότητά του μέσα στην μήτρα καθώς και την εμβρυική καρδιακή λειτουργία. Επιπρόσθετα αυξάνει τις πιθανότητες γέννησης μικρού εμβρύου για την ηλικία κύησης σε πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων και μακροσωμικού νεογνού σε παράταση κύησης. Το μωρό εμφανίζει προβλήματα συμπεριφοράς, δυσλεξία, ΔΕΠΥ(διαταραχές-διάσπαση ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα) και χαμηλές σχολικές επιδόσεις μετέπειτα.

Οι επιδράσεις των θετικών συναισθημάτων στο έμβρυο

Η μεταφορά των θετικών συναισθημάτων στο έμβρυο προκαλεί ησυχία, ηρεμία, προστασία και γαλήνη. Όλα αυτά που νιώθει η μητέρα περνούν στο έμβρυο προκαλώντας του χαρά και ευφορία. Οι επιδράσεις των συναισθημάτων αυτών αντανακλούν στο μεγαλύτερο μέγεθος του εγκεφάλου, μεγαλύτερο μήκος σώματος, γρηγορότερο λόγο, έντονη εκφραστικότητα ήδη από τις πρώτες μέρες και καλή απόδοση στο σχολείο μετέπειτα.

2.6 Η σημασία της ψυχιατρικής στην μαιευτική (BLUES)

Οι εγκυμονούσες αισθάνονται πολλές ψυχο – σωματικές μεταπτώσεις κατά την περίοδο κυοφορίας του εμβρύου. Ιδιαίτερα παρατηρούνται συναισθήματα άγχους και φοβίας στους πρώτους μήνες της κύησης λόγω άγνοιας, και στους επόμενους μήνες μέχρι την γέννα παρατηρούνται συναισθήματα αγωνίας και χαράς για την άφιξη του βρέφους. Όταν η κύηση είναι ανεπιθύμητη ή υπάρχει συναισθηματική πίεση από τον περίγυρο, αυξάνονται όλο και περισσότερο τα σωματικά προβλήματα όπως ο έμετος, οι ζαλάδες και οι κεφαλαλγίες. Οι ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται σε ποσοστό 16% κατά την κύηση και ιδιαίτερα τους πρώτους μήνες. Μερικές γυναίκες, στις αρχές έχουν ελάχιστο άγχος το οποίο διογκώνεται στην διάρκεια της κύησης, όμως αυτό μπορεί να προληφθεί με την κατάλληλη εκπαίδευση από τις μαίες και τους μαιευτές.

Ένα ποσοστό των γυναικών που δεν εμφανίζει συναισθηματικές μεταπτώσεις κατά την κύηση, θα εμφανίσει αλλαγές στην λοχεία. Τις πρώτες δύο ημέρες της λοχείας, παρουσιάζεται ένα αίσθημα χαράς και ευτυχίας, έντονη διέγερση και εφίδρωση. Για την καλή έκβαση της ψυχικής και σωματικής κατάστασης της γυναίκας, απαιτείται επαρκής διάρκεια ύπνου και ξεκούρασης. Στην συνέχεια, εντός της επόμενης εβδομάδας (κυρίως το 5^ο 24ωρο), αλλάζει η ψυχοσύνθεσή της και εμφανίζει αρνητικά συναισθήματα όπως απογοήτευση, ανικανότητα, λύπη και όλα αυτά εκδηλώνονται με έντονο κλάμα και απομόνωση. (BLUES-μελαγχολία). Το πόσο έντονη θα είναι η εκδήλωση των BLUES, εξαρτάται από το πόσο λυπημένη είναι η λεχώνια. Όμως, είναι καλό να γνωρίζουμε ότι αυτή η μελαγχολία- λύπη που προκύπτει τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό, δεν θα πρέπει να μας ανησυχεί καθώς συμβαίνει σε όλες τις γυναίκες και έχει διάρκεια μόλις δύο ημέρες. Λίγες είναι οι περιπτώσεις που διαρκούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα όταν η γυναίκα είναι εξουθενωμένη από την πρωτόγνωρη για αυτήν κατάσταση και όταν δυσκολεύεται να συνηθίσει τις υποχρεώσεις της απέναντι στο νεογέννητο βρέφος.

Ψυχιατρική νοσηρότητα κατά την γέννηση των παιδιών

Η άφιξη ενός παιδιού συνδέεται αναπόσπαστα με την ψυχική κατάσταση της μητέρας και την επηρεάζει στην υπόλοιπη διάρκεια της ζωής της. Αμέσως μετά τον τοκετό υπάρχει μεγάλος κίνδυνος ανάπτυξης ψυχιατρικής διαταραχής κυρίως σε γυναίκες με ιστορικό αλλά και χωρίς. Σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις, οι γυναίκες μπορεί να εισαχθούν μέχρι και σε ψυχιατρική κλινική με σοβαρές ψυχωσικές διαταραχές.

Ποσοστά εμφάνισης ψυχικών διαταραχών:

- Κατάθλιψη 15-30%
- Μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο 10%
- Μέτριο ή σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο 3-5%
- Συνεδρία με ψυχίατρο 1.7%
- Εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική 4%
- Εισαγωγή για ψυχωσικό επεισόδιο 2%

Παρά την πιθανότητα εμφάνισης σοβαρών ψυχικών παθήσεων που προκύπτουν μετά τον τοκετό, η μητέρα σπάνια αντιμετωπίζει ψυχιατρικά προβλήματα πριν από την κύηση, έχει επισκεφτεί ειδικό, έχει κάνει εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική και έχει προσπαθήσει να βάλει τέλος στην ζωή της. Μικρό είναι το ποσοστό που βιώνει ή διαγιγνώσκεται κατά την κύηση με ψυχιατρική διαταραχή. Η κύρια περίοδος εμφάνισής τους είναι κατά τους πρώτους μήνες της κύησης. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που διαγιγνώσκεται με κάποια ψυχική διαταραχή δεν αποτελεί σοβαρή κατάσταση και μέχρι το πέρας της κύησης η γυναίκα θα έχει πλήρως ιαθεί. Ελάχιστες είναι οι περιπτώσεις που με φαρμακευτική αγωγή ή ακόμα και εισαγωγή σε κάποια κλινική, οι γυναίκες δεν θα γίνουν καλά. Τέλος, οι γυναίκες με σοβαρό ιστορικό ψυχικών διαταραχών εμφανίζουν πολύ μεγάλο άγχος για το αν η κυοφορία τους προκαλέσει επιδείνωση στην ψυχολογική τους κατάσταση. Επομένως οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί στην διάγνωση και αντιμετώπιση αυτών.

2.7 Η κυοφορία στις ψυχικά ασθενείς γυναίκες

Οι εγκυμονούσες με ιστορικό ψυχικών παθήσεων έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επιδείνωσης την περίοδο της κύησης, σε αντίθεση με τις εγκυμονούσες που παρουσιάζουν χρόνια ανικανότητα οι οποίες εμφανίζουν κίνδυνο να κάνουν κακό στο νεογέννητο.

Σε όλες τις ψυχιατρικές παθήσεις εκτός της νευρικής ανορεξίας, ακόμα και στις περιπτώσεις σχιζοφρένειας(που αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή και συνεδρίες με ψυχίατρο), οι γυναίκες έχουν την δυνατότητα να κυοφορήσουν με την συνεργασία ειδικών. Βέβαια, αποτελεί ρίσκο για έναν μαιευτήρα και έναν ψυχίατρο μία ενδεχόμενη κύηση σε γυναίκες με χρόνια λήψη φαρμακευτικής αγωγής γιατί τα φάρμακα αυτά επιδρούν αρνητικά στην νευρο - ανάπτυξη του εμβρύου.

Θεραπεία και αποτελέσματα

Οι γυναίκες που διαγιγνώσκονται με κάποια ψυχική πάθηση πρώτη φορά κατά την διάρκεια της κύησης αντιμετωπίζουν μεταβολές στην ψυχολογία τους. Μπορεί να είναι ήπιες έως και πολύ σοβαρές. Για παράδειγμα

- Επιλόχειος ψύχωση(μία μορφή μανιοκατάθλιψης ή διπολικής διαταραχής)
- Μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια
- Ελάσσονα καταθλιπτικά επεισόδια

Όλες οι παραπάνω ψυχιατρικές παθήσεις απαιτούν λήψη φαρμάκων και σε έγκαιρη αντιμετώπισή τους δεν είναι τόσο μεγάλος ο κίνδυνος επανεμφάνισής τους.

Αρνητικές επιπτώσεις μη λήψης φαρμάκων

Η επιλόχειος κατάθλιψη αν δεν αντιμετωπιστεί, μπορεί να οδηγήσει σε:

- Φυσική νοσηρότητα
- Αυτοτραυματισμό
- Χρόνια ψυχική διαταραχή
- Απομάκρυνση του βρέφους
- Επικριτική συμπεριφορά στο παιδί
- Ψυχική πάθηση στο ίδιο το παιδί
- Προβλήματα έγγαμου βίου

Συχνά οι παθήσεις αυτές υποχωρούν αυτόματα μετά την γέννα και λίγες από αυτές διαρκούν για περισσότερο από ένα έτος. Οι παθήσεις αυτές είναι πιθανόν να δημιουργήσουν προβλήματα στην σχέση μητέρας- παιδιού και ιδιαίτερα στα αγόρια τα οποία προσκολλώνται στην μητέρα τους. Όσο το δυνατόν πιο νωρίς κάνει διάγνωση ο ψυχίατρος, η ψυχική πάθηση θα έχει και καλύτερη έκβαση.

Οι παράγοντες κινδύνου για σοβαρές ψυχικές διαταραχές είναι οι εξής:

- Πρωτοτόκος
- Ιστορικό ψυχιατρικής πάθησης
- Οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικής πάθησης
- Αποβολή
- Καισαρική τομή
- Υψηλά κοινωνικά στρώματα
- Ηλικία μητέρας >40

Οι εγκυμονούσες με αναμνηστικό ιστορικό επιλόχειου κατάθλιψης και ψύχωσης έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν την ίδια πάθηση σε μελλοντική κύηση αλλά και να την εμφανίσουν στο ίδιο χρονικό διάστημα. Αν η νόσος οφείλεται σε ψυχωσικές διαταραχές ή και σε μη ψυχωσικά επεισόδια υπάρχει κίνδυνος υποτροπής σε επόμενη κύηση. Μόνο στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, που ανήκει στις ψυχωσικές διαταραχές δεν υπάρχει τόσο μεγάλος κίνδυνος επανεμφάνισης στην κύηση αλλά αντιμετώπιση προβλημάτων στο μέγαλωμα του παιδιού αργότερα.

Παράγοντες εμφάνισης ήπιας κατάθλιψης σε πρωτοτόκο:

- Ανύπαντρη γυναίκα
- Εφηβική κύηση
- Σύντομη σχέση
- Οικονομικές δυσκολίες
- Χαμηλά κοινωνικά επίπεδα
- Απουσία ατόμων εμπιστοσύνης
- Αναμνηστικό ψυχικών παθήσεων
- Δίλλημα για τερματισμό της κύησης ή όχι
- Νοσηλεία εγκύου χωρίς σοβαρά αίτια

Παροχή υπηρεσιών στην κύηση

Οι μέλλουσες μητέρες από την αρχή της κύησης μέχρι και την λοχεία είναι σε συνεχή παρακολούθηση από γιατρούς που συνεργάζονται και επισκέπτονται συχνά τις υπηρεσίες υγείας. Μέσα από αυτές τις επισκέψεις οι θεράποντες μπορούν να διαγνώσουν έγκαιρα παθολογικές καταστάσεις στην κύηση. Οι εξετάσεις που γίνονται ενάμιση μήνα μετά την γέννα είναι ικανές να δείξουν ακόμα και πιθανές ψυχικές διαταραχές καθώς και την αντιμετώπισή τους.

Ψυχιατρικές διαταραχές κατά την κύηση

Τους πρώτες μήνες της εγκυμοσύνης εμφανίζεται ένα μικρό ποσοστό ελάσσων ψυχιατρικών διαταραχών που κυμαίνεται γύρω στα 16%, οι οποίες βελτιώνονται με την πάροδο των μηνών. Οι εγκυμονούσες οι οποίες βιώνουν κάποια ήπια ψυχιατρική διαταραχή κατά τα πρώτα τρίμηνα της κύησης παρουσιάζουν μειωμένες πιθανότητες εμφάνισης επιλόχειου κατάθλιψης μετά την γέννα. Σε αντίθεση με τις εγκυμονούσες που βιώνουν τέτοιες διαταραχές στα τελευταία τρίμηνα της κύησης τους, θα πρέπει να βρίσκονται υπό στενή παρακολούθηση εξαιτίας των αυξημένων πιθανοτήτων εμφάνισης σοβαρών καταθλιπτικών επεισοδίων. Σε ήπιες διαταραχές δεν απαιτείται η χορήγηση θεραπείας ενώ κρίνονται αναγκαίες οι τακτικές επισκέψεις σε ψυχίατρο-ψυχολόγο.

Η πιθανότητα ανάπτυξης σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών έχει μειωμένο ποσοστό εμφάνισης κατά την εγκυμοσύνη, σε αντιδιαστολή με την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης κατά την λοχεία. Οι μητέρες που έχουν βιώσει ένα σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο στο παρελθόν, έχουν μικρό ποσοστό εμφάνισης ενός νέου επεισοδίου κατά την εγκυμοσύνη. Μόνο στις ελάχιστες περιπτώσεις που παρουσιάζεται υποτροπή κατά την εγκυμοσύνη ή αναπτύσσεται πρώτη φορά σε αυτήν συνίσταται χορήγηση φαρμάκων. Η θεραπεία που χορηγείται είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά τα οποία θα πρέπει σταδιακά να περιορίζονται όσο πλησιάζει ο τοκετός επειδή παρουσιάζεται πιθανότητα εμφάνισης νεογνικής νευρικότητας και αντιχολινεργικές παρενέργειες στο νεογέννητο αμέσως μετά τον τοκετό. Αμέσως μετά την γέννηση του μωρού η μητέρα μπορεί να λάβει εκ νέου την αγωγή της προκειμένου να περιοριστεί η πιθανότητα επανεμφάνισης της νόσου.

Πιθανές παρενέργειες τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών:

- Πτώση αρτηριακής πίεσης της μητέρας
- Μειωμένος μυϊκός τόνος στο μωρό

Η χορήγηση του λίθιου δεν συνίσταται κατά την κύηση καθώς έχει συσχετιστεί κατά τους πρώτους μήνες με τερατογόνο δράση στο έμβρυο ενώ στους τελευταίους μήνες με διαταραχές του θυρεοειδούς στο μωρό. Στις περιπτώσεις που η γυναίκα δεν θηλάζει το παιδί της, μπορούμε να χορηγήσουμε το λίθιο για την αντιμετώπιση της διαταραχής εντός μίας βδομάδας και τον περιορισμό επανεμφάνισής της.

Διπολική διαταραχή(μανιοκατάθλιψη)

Οι εγκυμονούσες που στο παρελθόν εμφάνισαν επαναλαμβανόμενα επεισόδια διπολικής διαταραχής έχει συστηθεί να τους χορηγείται η παρακάτω φαρμακευτική αγωγή: αντικαταθλιπτικά, νευροληπτικά, λίθιο. Σε περιπτώσεις διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής παρουσιάζεται αυξημένος κίνδυνος για επιπλοκές τόσο κατά την εγκυμοσύνη όσο και κατά την γέννα. Όταν μία γυναίκα έχει ήδη από το παρελθόν της διαγνωστεί με κάποιου είδους μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής, και σκέφτεται το ενδεχόμενο μίας πιθανής κύησης καλό θα ήταν πριν κυοφορήσει να επικοινωνήσει με τον θεράποντα γιατρό της για το αν μπορεί να διακόψει την αγωγή της για όσο διάστημα είναι έγκυος ή αν μπορεί να λάβει μία πιο ήπια θεραπεία. Επίσης είναι πολύ σημαντικό η γυναίκα να γνωρίζει κατά πόσο η εγκυμοσύνη θα επηρεάσει την ψυχική της κατάσταση και να λάβει τις ανάλογες αποφάσεις γι' αυτήν. Αν το οικογενειακό περιβάλλον της γυναίκας, ο θεράποντας γιατρός της και η ίδια κρίνουν ότι η γυναίκα είναι ασφαλής στο να κυοφορήσει, τότε μπορεί να το κάνει και η ανατροφή του παιδιού να είναι υπό την επίβλεψη και την καθοδήγηση της ίδιας, της οικογένειάς της και του ειδικού. Με την πάροδο του χρόνου κατά την κύηση η ψυχολογία της είναι φυσιολογικό να παρουσιάζει βελτίωση, μετά την γέννα η γυναίκα είναι αναγκαίο να

λάβει εκ νέου την αγωγή της και στην περίπτωση θηλασμού θα πρέπει να κάνει ταυτόχρονη λήψη ενός νευροληπτικού, διαφορετικά θα λάβει λίθιο.

Χρόνια σχιζοφρένεια

Οι γυναίκες που βιώνουν χρόνια σχιζοφρένεια λαμβάνουν νευροληπτικά από το στόμα ή μέσω ένεσης(δεκανοϊκή φλουφαιναζίνη ή φλουπενθιζόλη). Στις περιπτώσεις που σταματάει την χορήγηση της αγωγής της, υπάρχει αυξημένη πιθανότητα επανεμφάνισης της νόσου. Κρίνεται αναγκαίο τις σκέψεις περί κύησης η γυναίκα να τις μοιράζεται με τον γιατρό της ώστε να γνωρίζει αν είναι κατάλληλη για αυτόν τον ρόλο. Αν η ασθενής πάρει την έγκριση του ειδικού της τότε μπορεί να κυοφορήσει αρκεί να συνεχίσει την χορήγηση της θεραπείας καθ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Καθώς κοντεύει η ημέρα του τοκετού είναι απαραίτητο να μειώνεται η δόση των φαρμάκων και μετά το πέρας της γέννησης του μωρού να επανέρχεται η αρχική δοσολογία. Πολλές φορές είναι ωφέλιμη η ενδονοσοκομειακή παρακολούθηση τόσο για την μητέρα όσο και για το βρέφος τουλάχιστον τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό για την ομαλή έναρξη του νέου αυτού ξεκινήματος. Τέλος οι νέες αυτές μητέρες εμφανίζουν αγχωτικές συμπεριφορές εξαιτίας του ιστορικού τους, στο μέγαλωμα του παιδιού τους.

Αίτια ψυχικών παθήσεων στην λοχεία

Τα εκ γενετής αίτια είναι συνηθισμένα στις πιο σοβαρές περιπτώσεις ενώ τα συναισθηματικά και τα κοινωνικο – οικονομικά είναι συνηθισμένα στις πιο ήπιες διαταραχές.

Νευροενδοκρινικοί παράγοντες

Οι ψυχικές διαταραχές κατά την κύηση πιθανώς να οφείλονται σε νευρογενή και ενδοκρινικά αίτια. Οι διαταραχές των ορμονών οι οποίες οφείλονται στις παθήσεις αυτές είναι η κορτιζόλη, η ωκυτοκίνη, οι ενδορφίνες, η θυροξίνη, η προγεστερόνη και τα οιστρογόνα. Οι διακυμάνσεις στις παραπάνω ορμόνες είναι υπεύθυνες για τις ψυχιατρικές παθήσεις. Όταν παρατηρηθούν μειωμένες τιμές στα οιστρογόνα θα εμφανιστεί έντονη ευαισθησία των D2 υποδοχέων σε ένα μικρό ποσοστό, τα οποία ευθύνονται για τις ψυχιατρικές παθήσεις. Τα BLUES, οφείλονται στις χαμηλές τιμές της προγεστερόνης και δεν έχει παρατηρηθεί συσχέτιση αυτών με τις ψυχωσικές διαταραχές.

Μαιευτικοί παράγοντες

Οι γυναίκες οι οποίες δεν γεννάνε με φυσικό τρόπο εμφανίζουν μεγάλες πιθανότητες ανάπτυξης ψυχικών διαταραχών. Ακόμα αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αυτών έχουν οι γυναίκες με ιστορικό αποβολών, τραυματική διαδικασία γέννας, αδυναμία τεκνοποίησης.

Κοινωνικοί παράγοντες

Όλες οι γυναίκες έχουν τις ίδιες πιθανότητες εμφάνισης κάποιας διαταραχής που να αφορά την ψυχολογία τους εκτός από αυτές που έχουν αναμνηστικό ιστορικό που έχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες. Αυξημένο κίνδυνο όμως, έχουν και αυτές οι οποίες βρίσκονται στα ανώτερα ή στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα.

Αίτια ήπιας κατάθλιψης:

- Εφηβική ηλικία
- Σχέση μικρού χρονικού διαστήματος
- Άγαμες γυναίκες
- Απουσία ατόμων εμπιστοσύνης
- Απομόνωση
- Ενδοοικογενειακά προβλήματα
- Αναμνηστικό ιστορικό ψυχικών διαταραχών
- Παραμονή στο νοσοκομείο λόγω επιπλοκών

2.8 Κλινικά σύνδρομα

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών εμφανίζουν ψυχιατρικά προβλήματα μετά τον τοκετό για πρώτη φορά, ενώ προηγουμένως δεν είχαν την παραμικρή ένδειξη για τέτοιους είδους προβλήματα. Μικρός είναι ο αριθμός με κάποιο ιστορικό πάθησης πριν τον τοκετό. Τα προβλήματα αυτά ποικίλλουν σε σοβαρότητα και διακρίνονται σε ήπια, μέτρια και σοβαρά.

- 1) Ήπια κατάθλιψη μετά τον τοκετό
- 2) Επιλόχειος κατάθλιψη
- 3) Σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή που μπορεί να οδηγήσει σε ψύχωση(μανιοκατάθλιψη ή διπολική διαταραχή).

Άλλες διαταραχές που μπορούν να προκύψουν μετά το πέρας της γέννας, είναι το OCD(ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή), κρίσεις πανικού, έντονη αγχωτική διαταραχή.

Τα ψυχικά σύνδρομα είναι πιθανό να εμφανιστούν πριν η γυναίκα μείνει έγκυος, κατά την κύηση και μετά τον τοκετό. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις είναι απαραίτητες οι συνεδρίες για την καλύτερη αντιμετώπιση. Οι μητέρες που παρουσιάζουν ψυχωσικά

επεισόδια, έχουν αυξημένο κίνδυνο εισαγωγής σε ψυχιατρική κλινική, και εκδήλωσης επιπρόσθετων ψυχιατρικών διαταραχών.

Επιλόχειος ψύχωση

Θεωρείται η πιο ακραία περίπτωση ψυχιατρικών παθήσεων με κύρια χαρακτηριστικά την μανία και έντονη καταθλιπτική διαταραχή. Πιο συχνά εμφανίζεται απροειδοποίητα, χωρίς συμπτώματα με πιθανή ημέρα εμφάνισης την 5^η μετά την γέννηση του μωρού. Η πάθηση αυτή διαχωρίζεται από τα BLUES τα οποία παρουσιάζονται σχεδόν σε όλες τις λεχώνες και μέσα σε 48 ώρες έχουν εξαφανιστεί.

Οι επιλόχειες ψυχώσεις εξαφανίζονται πολύ γρήγορα και συνήθως παρουσιάζονται πριν την 15^η ημέρα μετά την γέννηση του μωρού. Τα συμπτώματα των ψυχώσεων είναι τα εξής:

- Άγχος
- Νευρικότητα
- Τρόμος
- Αναξιοπιστία
- Ψευδαισθήσεις – παραισθήσεις

Τα σημεία των ψυχώσεων είναι τα εξής:

- Προηγούμενο αναμνηστικό
- Επιπλοκές σε προηγούμενο τοκετό
- Εμφάνιση διαταραχής 3^η-15^η ημέρα μετά την γέννα
- Έντονη κλινική εικόνα
- Μεγάλο ποσοστό εμφάνισης σχιζοφρένειας
- Εισαγωγή σε κλινική με το νεοφερθέν
- Πιθανότητα επανεμφάνισης 1/2

Πολλά από αυτά τα συμπτώματα των ψυχώσεων μοιάζουν με αυτά της σχιζοφρένειας με αποτέλεσμα η διάγνωση να είναι η σχιζοσυναισθηματική ψύχωση. Η αντιμετώπιση για αυτήν την διαταραχή θα είναι για την ψύχωση και όχι για την σχιζοφρένεια και στόχος είναι η ίαση με πολύ μικρό ποσοστό επανεμφάνισης σε επόμενη εγκυμοσύνη.

Αντιμετώπιση

Ο κύριος τρόπος αντιμετώπισης είναι η νοσηλεία σε εξειδικευμένη κλινική και οι συνεδρίες με έμπειρο ψυχίατρο. Συνίσταται η παράλληλη παρακολούθηση της γυναίκας και του νεοφερθέντου μωρού. Χορηγούμε στην μητέρα νευροληπτικά, τα οποία θα βελτιώσουν τον φόβο, την αποσυγκέντρωση, τις μελαγχολικές σκέψεις και σε διάστημα δύο ημερών θα βελτιωθούν οι ψευδαισθήσεις. Σε ασθενείς που εμφανίζουν ψυχώσεις μόνο μετά την γέννα και δεν έχουν κάποιο προηγούμενο

ιστορικό εμφάνισης παρόμοιων επεισοδίων συνίσταται η ελάχιστη δόση των νευροληπτικών με συχνότερη δόση τα 50mg χλωροπρομαζίνης το πρωί, το μεσημέρι και το βράδυ. Τα νευροληπτικά αυτά διατίθενται σε σιρόπι και σε ενέσιμη μορφή.

Πιθανές παρενέργειες:

- Πάρκινσον (αντιμετωπίζεται με 10mg προκυκλιδύνης)
- Έντονη ατονία

Η χρήση του λιθίου συνίσταται στην αντιμετώπιση σοβαρών περιστατικών μανίας αλλά και στην πρόληψη της μανιοκατάθλιψης. Για τα πολύ έντονα ψυχωσικά επεισόδια, η κυριότερη αντιμετώπιση είναι αυτή της ηλεκτροσπασμοθεραπείας καθώς τα φάρμακα κατά της κατάθλιψης δρουν μετά από δύο βδομάδες.

Η επιλόχειος ψύχωση έχει πολύ θετικά αποτελέσματα μετά την χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής και η γυναίκα βλέπει αποτελέσματα εντός 14 ημερών στην μανιοκατάθλιψη και εντός 30 ημερών στην μανιοκαταθλιπτική ψύχωση. Στην παραπάνω χορηγούμε φάρμακα κατά της κατάθλιψης αμέσως μετά τον τερματισμό της ηλεκτροσπασμοθεραπείας.

Κίνδυνος υποτροπής

Οι ψυχωσικές διαταραχές αντιμετωπίζονται με την κατάλληλη αγωγή, όμως επειδή υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης μετά την διακοπή της, συνίσταται η συνέχιση της χορήγησης για μισό χρόνο μετά την πλήρη ίαση. Η γυναίκα που εμφανίζει ένα επεισόδιο αυτής της διαταραχής, σε μελλοντικό χρόνο μπορεί να εμφανίσει οποιαδήποτε άλλη ψυχιατρική διαταραχή. Στην περίπτωση αυτή χορηγείται το λίθιο έως και μισό χρόνο μετά την γέννηση του μωρού. Αν μία γυναίκα εμφανίσει κάποια ψύχωση πριν από την κύηση και την λοχεία, ο προτεινόμενος χρόνος χορήγησης της αγωγής είναι μέχρι και δύο χρόνια μετά τον τοκετό.

Κίνδυνος επανεμφάνισης

Ο κίνδυνος επανεμφάνισης είναι ½ μετά την γέννηση του μωρού. Αυξημένη είναι η πιθανότητα η πάθηση αυτή να παρουσιαστεί ξανά σε γυναίκες που κυοφορούν επόμενο παιδί σε χρονικό διάστημα 24 μηνών μετά την πλήρη ίαση τους. Σε αυτήν την περίπτωση καλό θα ήταν να συστήνουμε στις γυναίκες να τεκνοποιούν ξανά δύο χρόνια μετά την λήξη της θεραπείας.

Σοβαρή κατάθλιψη μετά την γέννα

Παρουσιάζεται στο 4 – 6% των λεχώνων και έχει πολύ βραδεία εμφάνιση σε αντίθεση με την επιλόχειο ψύχωση που τα συμπτώματά της είναι ορατά από τις πρώτες μέρες της λοχείας. Το μικρότερο ποσοστό των γυναικών παρουσιάζουν την μείζων κατάθλιψη εντός του πρώτου μήνα μετά την λοχεία, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που πάσχουν από αυτήν παρουσιάζουν τα συμπτώματα εντός τριών μηνών. Πολλές φορές η ασθενής και ο περίγυρός της δεν δίνουν σημασία στα

συμπτώματα της πάθησης γιατί θεωρούν φυσιολογικά τα δυσάρεστα συναισθήματα λόγω ορμονών με αποτέλεσμα να μην λαμβάνουν φαρμακευτική θεραπεία.

Συμπτώματα:

- Ελάχιστες ώρες ύπνου
- Μεταβολές στην ψυχολογία
- Διάσπαση προσοχής
- Τύψεις
- Στρες
- Ελαττωμένη διάθεση για δραστηριότητες
- Δυσκολία στην λήψη αποφάσεων
- Αδυναμία ανταπόκρισης στις καθημερινές υποχρεώσεις
- Καταθλιπτικά συναισθήματα
- Απουσία θετικών συναισθημάτων
- Εμμονικές σκέψεις
- Κακό προαίσθημα
- Θεωρούν τον εαυτό τους ανίκανες για μητέρες
- Καταστάσεις πανικού

Αντιμετώπιση:

Ο κύριος τρόπος αντιμετώπισης είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, εκτός αν ο οργανισμός της ασθενούς έχει ανταποκριθεί με άλλο σχήμα φαρμάκων στο παρελθόν. Χορηγούμε 75mg δοθειπίνη κάθε βράδυ για λίγες μέρες και στην συνέχεια αυξάνουμε το φάρμακο στα 150mg κάθε βράδυ. Η ασθενής θα παρατηρήσει διαφορά στην διάθεσή της μεταξύ 15 ημερών ενώ η πλήρης ίαση της πρόκειται να συμβεί εντός ενάμιση με δύο μηνών. Η χορήγηση των αντικαταθλιπτικών είναι απαραίτητο να συνεχιστεί για τουλάχιστον μισό χρόνο ακόμα και μετά την ίαση.

Κίνδυνος υποτροπής

Η χορήγηση των αντικαταθλιπτικών συνεχίζεται για χρονικό διάστημα έως και μισό έτος τουλάχιστον, κάποιες μητέρες όμως κρίνεται απαραίτητο να λάβουν την θεραπεία τους για μεγαλύτερο διάστημα από αυτό που προαναφέρθηκε. Η πιθανότητα υποτροπής είναι 1/2 - 1/3 για τις μητέρες που παρουσιάζουν συμπτώματα της μείζων κατάθλιψης μετά την γέννηση του μωρού τους και εμφανίζουν μεγάλες πιθανότητες

να αναπτύξουν και πάλι καταθλιπτικά επεισόδια σε περιόδους εκτός λοχείας κάποια στιγμή στην διάρκεια της ζωής τους.

BLUES – ήπια κατάθλιψη μετά την γέννα

Είναι πολύ συνηθισμένο φαινόμενο οι γυναίκες να εμφανίζουν μία ήπια κατάθλιψη μετά τον τοκετό και παρατηρείται το 7% να εμφανίζει ήπια καταθλιπτική διαταραχή ενώ πολύ μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζει ελάσσων κατάθλιψη. Η τελευταία, παρουσιάζεται στο τέλος του πρώτου χρόνου μετά την γέννηση του μωρού.

Συμπτώματα:

- Έντονη στεναχώρια
- Δυσκολία στις κοινωνικές σχέσεις
- Υπερευαισθησία
- Δεν την ικανοποιεί η φροντίδα του νεοφερθέντος μωρού
- Έντονα μελαγχολικά συναισθήματα
- Θεωρεί τον εαυτό της ανίκανο για τον ρόλο της μητέρας
- Στρες
- Δυσκολία στον ύπνο
- Μοναχικότητα
- Συζυγικά προβλήματα

Αντιμετώπιση

Η θεραπεία της γυναίκας που βιώνει τα BLUES, είναι τα ήπια αντικαταθλιπτικά με ταυτόχρονες συνεδρίες στον ψυχολόγο – ψυχίατρο. Η διάρκεια των επισκέψεων είναι περίπου ενάμιση μήνα με κυριότερη μέθοδο αντιμετώπισης την γνωσιακή ψυχοθεραπεία. Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι η γυναίκα έχει ανάγκη από μία καλή φίλη η οποία θα την υποστηρίξει και θα την βοηθήσει ψυχολογικά. Η ήπια αυτή μελαγχολία όταν δεν αντιμετωπιστεί, μπορεί να προκαλέσει μακροπρόθεσμα συγκρούσεις μεταξύ των συζύγων αλλά και προβλήματα συμπεριφοράς του ίδιου του παιδιού. Τέλος, ένας τρόπος αντιμετώπισης είναι οι ομάδες θεραπείας (ομάδες ανάλυσης/ group therapy), μεταξύ των μητέρων που αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα, και έχουν σαν στόχο την βελτίωση και την πρόληψη παρόμοιων

καταστάσεων ώστε να καταλάβουν ότι δεν είναι μόνες τους, αλλά αντιμετωπίζουν και άλλες παρόμοια προβλήματα με αυτές.

3. Θηλασμός και φαρμακευτική αγωγή

Στις περισσότερες ψυχιατρικές παθήσεις που εμφανίζονται τις πρώτες μέρες στην λεχώνα συστήνεται η μη διακοπή του θηλασμού. Τα ψυχοφάρμακα περνούν στο μωρό δια μέσου του θηλασμού, και αυτό αυξάνει τον κίνδυνο να παρουσιαστούν προβλήματα στην ανάπτυξη του βρέφους. Κατά τον θηλασμό κρίνεται αναγκαίο να χρησιμοποιείται θεραπεία με μικρό χρόνο ημίσειας ζωής και μεγαλύτερη συγγένεια σύνδεσης με τις πρωτεΐνες του πλάσματος, καθώς περνούν σε χαμηλότερα επίπεδα στο μωρό.

Επίσης, η χορήγηση των ψυχοτρόπων φαρμάκων συνίσταται να προσλαμβάνεται από την μητέρα στην ελάχιστη δυνατή δοσολογία και η λήψη να γίνεται αμέσως μετά από τον θηλασμό του μωρού διότι μειώνει την μετάδοση της ουσίας στο μωρό. Ακόμα και στις περιπτώσεις με βαριά καταθλιπτική διαταραχή συστήνεται ο θηλασμός καθώς βελτιώνεται η σχέση μεταξύ μητέρας παιδιού και μέσω αυτού έρχονται πιο κοντά. Απαραίτητη είναι η παρουσία εξειδικευμένου υγειονομικού προσωπικού αν οι μητέρες βρίσκονται σε πολύ σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Στην επιλόχειο ψύχωση και μόνο για τις πρώτες μέρες δεν είναι πάντα εφικτός ο θηλασμός γι' αυτό συνίσταται η άντληση του γάλακτος μέσω του θήλαστρου. Σε περιπτώσεις παρενεργειών λόγω της ουσίας του φαρμάκου η γυναίκα απαιτείται να σταματήσει την αγωγή της αμέσως προκειμένου να αποσαφηνιστεί αν η συγκεκριμένη αγωγή ήταν υπαίτια για τις παρενέργειες.

Η χορήγηση του λίθιου δεν συνίσταται κατά τον θηλασμό όπως επίσης και τα νευροληπτικά, ενώ τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι η θεραπεία εκλογής και δεν ανιχνεύονται σε μεγάλες ποσότητες στο γάλα της μητέρας. Η φαινοθειαζίνη, η χλωροπρομαζίνη και η τριφθοριοπεραζίνη είναι ασφαλή κατά τον θηλασμό αρκεί να μην ξεπερνάνε την δόση των 70mg την ημέρα. Στην χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων κατά τον θηλασμό, το νεογνό είναι απαραίτητο να ελέγχεται και επιβάλλεται η διακοπή αυτών των φαρμάκων σε περιπτώσεις υπνηλίας και απουσίας κλάματος του μωρού. Αν η ψυχιατρική πάθηση είναι τόσο σοβαρή ώστε να είναι απαραίτητη η χορήγηση των φαρμάκων δια μέσου του εντέρου, τότε είναι αναγκαία η διακοπή του θηλασμού για χρονικό διάστημα δύο ημερών κατόπιν συνεννόησης με τον παιδίατρο.

3.1 Ψυχοτρόπα φάρμακα για τον θηλασμό – Επιτρέπονται(ναι- όχι)

- Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά : ναι
- Φλουοξετίνη:όχι
- Φλουβοξαμίνη: μάλλον όχι

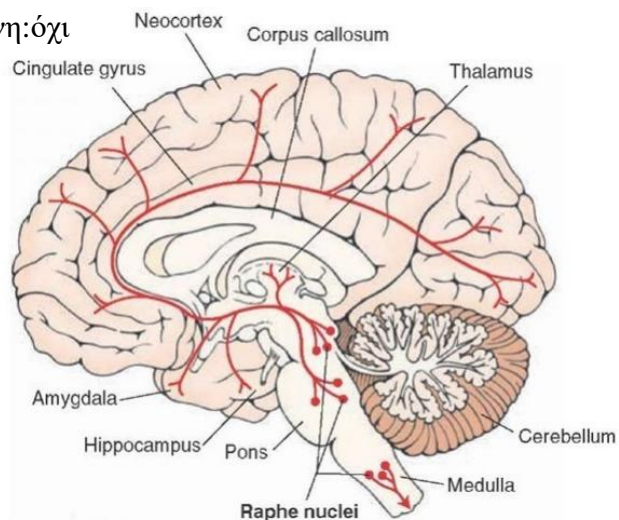
- Παροξετίνη: όχι
- Σετραλίνη : όχι
- Αναστολείς της MAO: μάλλον όχι
- Λίθιο: μάλλον όχι
- Νευροληπτικά μέτριας ισχύος: μάλλον ναι
- Νευροληπτικά μεγάλης ισχύος: όχι
- Βενζοδιαζεπίνες: όχι
- Οινοπνευματώδη/ κάνναβη : όχι

Τα περισσότερα ψυχοτρόπα φάρμακα παρόλο που δεν έχουν παρουσιάσει αρνητικές επιδράσεις στα μωρά ως τώρα, δεν έχει αποδειχτεί ότι είναι ασφαλή στο 100% και γι' αυτόν τον λόγο θα πρέπει να χορηγούνται μόνο σε σοβαρές ψυχιατρικές παθήσεις και όταν κρίνεται απολύτως αναγκαίο. Κρίνεται απαραίτητη η επικοινωνία μεταξύ των γιατρών(μαιευτήρα γυναικολόγου – ψυχιάτρου). Σε ασθενείς που παίρνουν φαρμακευτική αγωγή συνίσταται ο θηλασμός με συγκεκριμένα ψυχοτρόπα φάρμακα.

3.2 Ψυχοτρόπα φάρμακα για την κύηση – Επιτρέπονται:

(αντικαταθλιπτικά)

- Εκλεκτικοί αναστολείς πρόσληψης της σεροτονίνης SSRIs: ναι
- Σετραλίνη:ναι
- Σιταλοπράμη:ναι
- Παροξετίνη:όχι



Πίνακας 7: Σημαντικοί νευρώνες που περιέχουν σεροτονίνη και οι προβολές τους

(αντιψυχωτικά φάρμακα)

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα προκαλούν

- Νεογνική τοξικότητα
- Υπέρταση
- Υποτονία
- Αυξημένα αντανακλαστικά
- Νευρική κούραση
- Φοβία
- Θλίψη
- Μειωμένη αρτηριακή πίεση
- Δύσπνοια
- Αυξημένο σωματικό βάρος
- Πεπτικές παθήσεις



Εικόνα 3: Αντιψυχωτικά φάρμακα

(Βενζοδιαζεπίνες)

- Λαραζεπάμη
- Διαζεπάμη
- Αλπραζαλάμη

Δεν παρουσιάζουν αύξηση συγγενών ανωμαλιών, ενώ φαίνεται να υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες για τοκετό πριν από την πιθανή ημερομηνία τοκετού και πριν τις 38 εβδομάδες, ελλειποβαρή νεογνά καθώς και σύνδρομο νεογνικής τοξικότητας.

- Λίθιο

Ευθύνεται για διαταραχές καρδιακής λειτουργίας, μειωμένα αντανακλαστικά νεογνού, επιληπτικές κρίσεις, άπνοια, αγγειακές διαταραχές, διαταραχές ύπνου.

(Αντιεπιληπτικά)

Εξαιτίας των σοβαρών παρενεργειών δεν συνίσταται η χορήγησή τους κατά την διάρκεια της κύησης.

- Καρβαμαζεπίνη

Δημιουργεί τερατογένεση, νευρο- αναπτυξιακές καθώς και διαταραχές συμπεριφοράς.

- Λαμοτριγίνη

Προκαλεί λαγόχειλο, λυκόστομα.

Πρόληψη

Για τις γυναίκες με ιστορικό ψυχιατρικής πάθησης και με ήδη εμφανείς παράγοντες γίνεται προληπτικά έλεγχος για τη πιθανή ανάπτυξη κάποιας διαταραχής πριν , κατά την διάρκεια και μετά την κύηση. Η πρόληψη περιλαμβάνει :

- Ενημέρωση και πληροφόρηση σε γυναίκες με ήδη υπάρχουσα πάθηση
- Χορήγηση εκ νέου φαρμακευτικές αγωγής μετά τον τοκετό σε μανιοκαταθλιπτικές διαταραχές
- Μη διακοπή της θεραπείας σε όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης σε χρόνια σχιζοφρένεια
- Τακτικές επισκέψεις σε ψυχίατρο σε γυναίκες με ιστορικό σοβαρών ψυχώσεων και κατάθλιψης
- Παρακολούθηση όλων των λεχώνων για ψυχικά προβλήματα τους πρώτους μήνες μετά την γέννηση του μωρού

Ρόλος των ωοθηκικών ορμονών στην συναισθηματική διαταραχή μετά τον τοκετό

Οι διαταραχές των ορμονών(προγεστερόνη, οιστρογόνα), συνδέονται με τις ψυχιατρικές παθήσεις κατά την διάρκεια της κύησης και της λοχείας. Τα ωοθηκικά στεροειδή δημιουργούν προβλήματα στην ψυχο – συναισθηματική κατάσταση της γυναίκας, το επίπεδο νοημοσύνης της και την καθημερινή της λειτουργία.

Τα οιστρογόνα παίζουν σημαντικό ρόλο στην νεύρο - ανάπτυξη του εγκεφάλου του εμβρύου καθώς και οι υποδοχείς αυτών σχετίζονται με την ψυχολογία και την ωρίμανση του εγκεφάλου του μωρού. Επίσης τα οιστρογόνα σχετίζονται με τις μεταβολές της σεροτονίνης, με τους δοπαμινεργικούς υποδοχείς αλλά και τους D2 υποδοχείς. Επιπλέον, έχουν αντιοξειδωτική δράση και λειτουργούν προστατευτικά στην νευρική λειτουργία των κυττάρων.

Η προγεστερόνη βρίσκεται σε αυξημένα επίπεδα στον εγκέφαλο και μειώνει την δράση του γ- αμινοβουτυρικού οξέος(GABA). Επιπρόσθετα, η προγεστερόνη εντείνει τα επίπεδα της δοπαμίνης στον εγκέφαλο.

Σύμφωνα με μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι τα οιστρογόνα δρουν κατά της κατάθλιψης σε αντίθεση με την προγεστερόνη η οποία πιθανώς την προκαλεί όταν βρίσκεται σε μειωμένα επίπεδα έκκρισης. Τα οιστρογόνα δρουν προστατευτικά ως προς την ανάπτυξη νευρο – αναπτυξιακών διαταραχών καθώς και της σχιζοφρένειας. Στην κλιμακτήριο παρατηρείται πτώση των οιστρογόνων και προκαλούν ψυχιατρικές διαταραχές όπως σχιζοφρένεια αλλά και διαταραχές μνήμης όπως η νόσος Alzheimer καθώς και προβλήματα στην κίνηση.

Τα BLUES, που είναι η πιο ήπια και η πιο συχνή διαταραχή με την γέννηση του μωρού συνδέεται άρρηκτα με τις μειωμένες τιμές της προγεστερόνης. Πολλές φορές, στις καταθλιπτικές διαταραχές χορηγούμε οιστρογόνα τα οποία δρουν κατά αυτών, σε συνδυασμό με τα αντικαταθλιπτικά. Τα τελευταία δρουν και για την θεραπεία του εμμηνορυσιακού συνδρόμου.

Τα οιστρογόνα δεν φαίνεται να δρουν αποτελεσματικά στην θεραπεία της επιλόχειου ψύχωσης, ενώ η προγεστερόνη κατά την χορήγησή της προκαλεί αρνητικά συναισθήματα στην ψυχολογία της ασθενούς και θεωρείται καταθλιψιογόνος ουσία. Τέλος, θεραπεία εκλογής των καταθλιπτικών διαταραχών είναι τα αντικαταθλιπτικά αλλά στην περίπτωση της μη αποτελεσματικότητάς τους προτείνεται η θεραπεία με οιστρογόνα.

Αντικαταθλιπτικά και επιπλοκές στο έμβρυο – νεογνό

- Πρόωρος τοκετός
- Μικρό για την ηλικία κύησης νεογνό

- Αναπτυξιακές διαταραχές
- Μειωμένες σχολικές επιδόσεις
- Πνευμονική υπέρταση
- Αυτισμός
- Καρδιαγγειακά προβλήματα
- Συγγενείς ανωμαλίες
- Μυοσκελετικές παθήσεις
- Προβλήματα του πεπτικού συστήματος
- Προβλήματα του αναπνευστικού συστήματος
- Επιληπτικές κρίσεις
- Δυσκολία του νεογνού να εναρμονιστεί στο νέο του περιβάλλον
- Τερατογένεση(1^ο τρίμηνο)
- Διάσπαση ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ)
- Αποβολή
- Νεογνική τοξικότητα(3^ο τρίμηνο)

Επιπλοκές αντικαταθλιπτικών στην έγκυο

- Καισαρική τομή
- Έκτοπη κύηση
- Αυτοκτονία(σε σοβαρές περιπτώσεις)

3.3 Birth Trauma – Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD)

Πρόκειται για μία κατάσταση που μεταβάλλει την ψυχολογία της λεχωίδας και εμφανίζεται μετά από έναν τοκετό που παρουσιάζει επιπλοκές και με βάση την σοβαρότητα τους μπορεί να εξελιχθεί σε επιλόχειο αγχώδη μετα-τραυματική διαταραχή. (Post Traumatic Stress Disorder – PTSD).

Ορισμένες γυναίκες είναι πιθανό να εμφανίσουν παρεμφερή συμπτώματα μετα-τραυματικού στρες τα οποία όμως δεν είναι επαρκή για να διαγνωστεί η νόσος. Η κατάσταση αυτή προκύπτει πιο συχνά αμέσως μετά τον τοκετό ενώ σημαντικό ρόλο παίζουν και εξωγενής παράγοντες όπως :

Α)Μαιευτικοί :

Αυξημένη αρτηριακή πίεση και συμπτώματα όπως οίδημα, ηπατικές και νεφρικές διαταραχές, οπτικές διαταραχές και πρωτεϊνουρία .Ιστορικό επιλόχειου αιμορραγίας μετά τον τοκετό, αιμοσφαιρίνη <9 g/ml, νεογνικές διαταραχές ,αυξημένες ναυτίες, έμετοι μεταξύ 8^{ης} και 12^{ης} εβδομάδας που μπορούν να προκαλέσουν απώλεια μεγάλου σωματικού βάρους, αφυδάτωση, κέτωση και ηπατικές διαταραχές.

Παρεμβατική γέννα με σικύες(εμβρυουλκούς),δακτυλική αποκόλληση πλακούντα (επεμβατική μέθοδος) και χαμηλού βάρους γέννησης νεογνό.

B) Ψυχοκοινωνικοί:

Ιστορικό διαταραχών ψυχικής υγείας πριν και μετά τον τοκετό, προγενέστερα επώδυνα ψυχικά και σωματικά βιώματα, άγχος, αγωνία κατά την κύηση και τον πόνο της γέννας. Έλλειψη στήριξης από τον κοινωνικό περίγυρο και ελλιπές μορφωτικό επίπεδο.

Γ) Υποκειμενικοί:

Αίσθημα αβεβαιότητας, πόνος ,ανησυχία της μητέρας για τον εαυτό της και το νεογνό της. Η σχέση της επιτόκου – λεχώνας και μαιών. Οι μειωμένες γνώσεις σχετικά με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό καθώς και τα αρνητικά συναισθήματα ανικανότητας, αδυναμίας και κατωτερότητας. Τέλος, τα προβλήματα εντός της οικογένειας και του ζευγαριού.

Οι γυναίκες που έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης αυτής τη ψυχικής διαταραχής είναι στις περιπτώσεις που έχουμε:

- 1)Εργώδη τοκετό
- 2)Ενίσχυση τοκετού με χρήση φαρμάκων
- 3)Ελλιπή αναλγησία κατά τον τοκετό
- 4) Αδυναμία αυτοελέγχου
- 5)Έντονα παρεμβατικό τοκετό
- 6)Τοκετό με χρήση εμβρυουλκών
- 7) Χειρουργική επέμβαση
- 8) Λανθασμένη συμπεριφορά και τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών από μαιές και ιατρούς
- 9)Μειωμένη πληροφόρηση
- 10) Προσωπικό που δεν ενδιαφέρεται να καλύψει τις ανάγκες της ασθενούς

- 11) Γυναίκες που δεν έχουν λάβει τον απαιτούμενο σεβασμό, προσοχή και χώρο που τους αρμόζει
- 12) Αγωνία για την κατάσταση του βρέφους
- 13) Τοκετό θνησιγενούς μωρού
- 14) Τοκετό εμβρύου με παθολογία εξαιτίας παρεμβατικού τοκετού
- 15) Διαμονή βρέφους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογνών
- 16) Λανθασμένη φροντίδα λεχωίδος και νεογνού μετά τον τοκετό
- 17) Προγενέστεροι τραυματισμοί εκτός εγκυμοσύνης πχ παιδικό τραύμα

Τραυματικός Τοκετός

Ορίζεται το αποτέλεσμα διαδικασιών και πράξεων που προκύπτουν κατά την γέννα και δημιουργούν σοβαρές συναισθηματικές μεταπτώσεις με ή χωρίς σωματικές βλάβες και συνήθως σχετίζονται με μεταγενέστερες ψυχικές παθήσεις.

Συνήθη συμπτώματα τραυματικού τοκετού:

- 1) Επαναφορά στην μνήμη της γυναίκας του ίδιου περιστατικού τραυματικού τοκετού μέσω ονείρων και αρνητικών σκέψεων
- 2) Αισθήματα άγχους, ανησυχίας, φόβου και τρόμου
- 3) Σημαντική άρνηση σε ό,τι θυμίζει τον τραυματικό τοκετό
- 4) Μόνιμα συναισθήματα ανησυχίας και τρόμου ότι το βρέφος θα πάθει κάτι κακό
- 5) Οι γυναίκες νιώθουν υπαίτιες για τον τραυματικό τοκετό τους
- 6) Σε πολύ έντονες καταστάσεις τραυματικής γέννας οι μητέρες παρουσιάζουν κενά μνήμης
- 7) Αποπροσωποποίηση και αίσθημα κενού

Διαγνωστικά Κριτήρια PTSD

Συνεχόμενη επαναφορά του ίδιου τραυματικού γεγονότος στην μνήμη ή άρνηση οποιασδήποτε σκέψης και συζήτησης αφορά το εν λόγω γεγονός. Απώλεια μνήμης σε ό,τι έχει σχέση με τον τραυματικό τοκετό της γυναίκας, επιθετική-νευρική συμπεριφορά καθώς και διαταραχές ύπνου .Δυσκολία επίτευξης των υποχρεώσεων.

Κατηγορίες Συμπτωμάτων PTSD

- 1)Συνεχής επαναφορά του τραυματικού γεγονότος
- 2)Άρνηση οποιασδήποτε αναφοράς στο τραυματικό τοκετό
- 3)Οι γυναίκες νιώθουν ότι απειλούνται από όλους

Διάγνωση PTSD

Για να τεθεί η διάγνωση μετα- τραυματικού στρες είναι απαραίτητο τα παραπάνω να διαρκέσουν τουλάχιστον 30 ημέρες και να μην επιτρέπουν στην μητέρα να είναι λειτουργική στην καθημερινή της ζωή.

Διαφοροδιάγνωση PTSD και επιλόχειος κατάθλιψη

Το μετα - τραυματικό στρες και η επιλόχειος κατάθλιψη έχουν παρεμφερή συμπτωματολογία, είναι πολύ εύκολο κανείς να τα συσχετίσει και να κάνει λανθασμένη διάγνωση. Έχουν αυξημένη νοσηρότητα και συνήθως το PTSD επισκιάζεται από την επιλόχειο κατάθλιψη λόγω των παρόμοιων συμπτωμάτων.Το Birth Trauma και η επιλόχειος κατάθλιψη είναι δύο διαφορετικές καταστάσεις και ως εκ τούτου έχουν διαφορετική αντιμετώπιση. Όταν τα συμπτώματα κατάθλιψης και μετα- τραυματικού στρες ταιριάζουν κατά πολύ, είναι απαραίτητο να διαφοροποιηθούν με την κλίμακα City BITS(Birth Trauma Scale) η οποία χρησιμοποιείται για την επιλόχειο κατάθλιψη και η κλίμακα EPD (Endlburgh Postnatal Depression)

Αντίκτυπος περιγεννητικού τραύματος ως PTSD

Για την μητέρα:

- 1)Κρίσεις άγχους
- 2)Φόβος
- 3)Λύπη
- 4)Αυτοκτονικές τάσεις
- 5)Συναισθήματα φυγής
- 6)Διαταραχές ύπνου
- 7)Ψυχοσωματικά προβλήματα
- 8)Άγχος και ανησυχία για τον επόμενο τοκετό
- 9)Περιορισμένη αυτοπεποίθηση
- 10)Απομυθοποίηση του συγγενικού περιβάλλοντος
- 11)Χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων
- 12)Δυσχέρεια ένταξης στο μητρικό πρότυπο

Στο νεογνό/Σχέση μητέρας νεογνού

- 1)Γέννηση πριν τις 38 εβδομάδες κύησης
- 2)Διαταραχές ύπνου
- 3)Δυσχέρεια στον τομέα της γνώσης, της συμπεριφοράς και στις ανθρώπινες σχέσεις
- 4)Νευρο - Αναπτυξιακές διαταραχές
- 5)Μειωμένες επιδόσεις στον έλεγχο μέτρησης γλωσσικών – γνωστικών δεξιοτήτων
- 6)Αισθήματα ανησυχίας
- 7)Αισθήματα ευερεθιστότητας
- 8)Υπερευερεθιστότητα και έντονο κλάμα

- 9)Υπερευαίσθησία του άξονα του υποθαλάμου, της υπόφυσης και των επινεφριδίων
- 10)Αυξημένη παραγωγή κορτιζόλης που οδηγεί σε επιθετική συμπεριφορά παιδιού
- 11)Μειωμένη παραγωγή κορτιζόλης
- 12)Διάσπαση ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ)
- 13)Διαταραχές στην σχέση μητέρας -παιδιού

Στο ζευγάρι

- 1)Απουσία υποστηρικτικού πλαισίου
- 2)Απομάκρυνση του ζευγαριού
- 3)Απουσία ερωτικών συνευρέσεων

Στο μαιευτικό προσωπικό

- 1)Οργή
- 2)Αγχος
- 3)Φοβία
- 4)Τύψεις
- 5)Επηρεασμός στην λήψη αποφάσεων σε δεύτερο χρόνο
- 6)Ελαττωμένη αυτοεκτίμηση
- 7)Αισθήματα κατώτερότητας σε επαγγελματικό επίπεδο
- 8)Υπερκινητικότητα

Ο ρόλος της μαίας στο μετατραυματικό στρες

Σε περιπτώσεις μετατραυματικού στρες, η μαία διατηρεί επαφή με την λεχώνα ώστε να εκτιμά την κατάστασή της. Η μαία έχοντας ήρεμη διάθεση δείχνει στην γυναίκα ότι μπορεί να νιώθει ασφαλής στις συναντήσεις τους. Επιπλέον, παροτρύνει την πάσχουσα να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες και συναναστροφές

προκειμένου να προλάβει την απομόνωσή της από τον περίγυρό της (Hanrahan, Judge, Olamijulo ,et al., 2017).

Έγκαιρη αναγνώριση – Μεταγεννητικές ψυχικές διαταραχές

Ενδείξεις μετα-τραυματικού στρες

Απώλεια ύπνου για 36-48 ώρες, απώλεια σωματικού βάρους σε μικρό χρονικό διάστημα και αδυναμία εκτέλεσης καθημερινών διεργασιών. Χρήση απαγορευμένων ουσιών(ναρκωτικά, αλκοόλ).Αυξημένο το αίσθημα ανικανότητας στην μητρότητα και λόγω αυτού σκέψη για ανάθεση του γονεϊκού της ρόλου σε τρίτο πρόσωπο.



Εικόνα 4

4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΥΑΛΩΤΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Υποβαθμισμένες συνθήκες διαμονής και μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης σε προσφυγικό-μεταναστευτικό κύμα. Σε κατώτατα κοινωνικο -οικονομικά στρώματα. Σε πολυάσχολη μητέρα(ανατροφή μεγαλύτερου παιδιού ή άλλου μέλους της οικογένειας).Όταν υπάρχει βία εντός της οικογενειακής στέγης, απουσία του υποστηρικτικού πλαισίου και απώλεια συγγενικού ατόμου.

Σχέση μαίας- γυναίκας

Μαία:

- 1)Αναγνώριση
- 2)Ανεξαρτησία
- 3)Αυτοκυριαρχία

Γυναίκα:

- 1)Αναγνώριση
- 2)Ανεξαρτησία
- 3)Αυτοκυριαρχία

4.1 ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Στο μαιευτικό μοντέλο φροντίδας(ΜΜΦ) έπεται η προσέγγιση με επίκεντρο την γυναίκα και υποστηρίζει ότι τόσο η εγκυμοσύνη όσο και ο τοκετός είναι φυσικές διεργασίες.

Το μοντέλο αυτό παρέχει φροντίδα σε γυναίκες από το μαιευτικό προσωπικό κατά την διάρκεια της κύησης, του τοκετού, της μεταγεννητικής περιόδου έως και ενάμιση μήνα μετά τον τοκετό. Επιπλέον παρέχει ειδική μέριμνα όπου χρειάζεται.

4.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν καθίσταται αναγκαία η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Αν όμως θεωρηθεί αναγκαίο χορηγούνται αντικαταθλιπτικά(βενλαφαξίνη, μιρταζαπίνη) καθώς και Setraline, paroxetine – Αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors-SSRIs)(Friedman and Davidson, 2007)

4.3 ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΝΑΡΡΩΣΗ

- 1)Ανάληψη από την ίδια την γυναίκα της υποχρέωσης για την ευημερία της
- 2)Διαφορετικός ρυθμός αποκατάστασης
- 3)Ανάπτυξη διαπροσωπικών δεσμών μεταξύ γυναίκας και μαιευτικού προσωπικού
- 4)Στοχευμένη ενημέρωση και πληροφόρηση σε PTSD

4.4 Η ΜΑΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ)

Αναπόσπαστο κομμάτι του ρόλου των μαιών αποτελεί η εύρεση, η εκτίμηση και η επίλυση των ψυχιατρικών παθήσεων. Λόγω των δύσκολων κοινωνικο -οικονομικών συνθηκών, τόσο οι γυναίκες όσο και οι μαίες αναζητούν οικονομικές λύσεις στον τομέα της υγείας. Επειδή τα συμπτώματα των ψυχιατρικών διαταραχών είναι δύσκολο να ανιχνευτούν και πολλές φορές παρουσιάζουν ομοιότητα μεταξύ τους έχουν καθιερωθεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προγράμματα προκειμένου να προλάβουν τυχόν διαταραχές και έχουν σκοπό να καλύψουν τις απαιτήσεις του πληθυσμού.

Σύνοψη Μετα-τραυματικού Στρες

Το birth trauma δεν ισούται απαραίτητα με το μετα -τραυματικό στρες .Είναι μία διαδικασία η οποία προκύπτει από ένα έντονο βίωμα τοκετού, πολλές φορές λόγω παρόμοιων συμπτωμάτων τίθεται λανθασμένη διάγνωση και επομένως λανθασμένη αντιμετώπιση. Ο πιο σημαντικός τρόπος του να αντιμετωπίσουμε μία τέτοια κατάσταση είναι η προληπτική ενημέρωση. Η σωστή διάγνωση είναι το άλφα και το ωμέγα για την ορθή αντιμετώπιση της επικείμενης κατάστασης και σε περίπτωση μετα-τραυματικού στρες το συγγενικό και οικογενειακό περιβάλλον είναι σημαντικό να παρέχουν το κατάλληλο υποστηρικτικό πλαίσιο. Ακόμα, το μαιευτικό προσωπικό κρίνεται απαραίτητο να παρέχει σημαντική πληροφόρηση , ενημέρωση και βοήθεια στις γυναίκες για την πρόληψη του μετα-τραυματικού στρες. Τέλος, όλες οι διεργασίες χρειάζεται να διέπονται από αισθήματα εκτίμησης και ενσυναίσθησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Κλείνοντας την εν λόγω εργασία, και με εφόδιο την γνώση που αποκομίσαμε από τα προηγούμενα κεφάλαια, καταλήγουμε σε ορισμένα συμπεράσματα. Αρχικά, όλες οι ψυχικές παθήσεις που προαναφέραμε (κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, διατροφικές διαταραχές, διπολική διαταραχή, σχιζοφρένεια, μανία, διαταραχές ύπνου κ.λπ.), συνδέονται αρνητικά με μια ενδεχόμενη κύηση, καθώς εντείνονται τις περισσότερες φορές και ενδεχομένως να επηρεάσουν αρνητικά και το νεογνό. Σε απόλυτη συμφωνία με τη φράση «η καλύτερη θεραπεία, είναι η πρόληψη», επιβεβαιώσαμε ακόμη πιο πολύ μέσα μας, αυτό που ήδη ξέραμε, ότι δηλαδή, η μη έγκαιρη διάγνωση, μπορεί να έχει δυσμενείς συνέπειες για το νεογνό και τη μητέρα του. Αυτή η διπλωματική εργασία, ανέδειξε ότι η εγκυμοσύνη δεν είναι μόνο μια περίοδος απόλυτης χαράς και ευτυχίας, όπου η μέλλουσα μητέρα «λάμπει» και «πετάει στα σύννεφα», αλλά και μια περίοδος δύσκολη, μια φάση έντονων ψυχολογικών αλλαγών, όπου ψυχολογικά προβλήματα ενδέχεται να δημιουργηθούν ή αν ήδη υπάρχουν να ενταθούν. Έτσι, ανατρέπεται το κλασικό στερεότυπο περί γενικευμένης ευτυχίας της γυναίκας που αποκτά γονικό ρόλο. Επιπρόσθετα, γνωρίζοντας τη συμπτωματολογία και τους παράγοντες κινδύνου, διευκολύνεται ο ρόλος μας ως μαίες, ώστε να υποστηρίξουμε καλύτερα την εγκυμονούσα, αλλά και να βοηθήσουμε τον περίγυρό της να κάνει το ίδιο. Ακόμη, βλέποντας τις συνέπειες που έχει η τεκνοποίηση μιας γυναίκας με σοβαρή ψυχική ασθένεια, συμπεραίνουμε ότι ο γονικός ρόλος δεν είναι κατάλληλος για όλους, καθώς μπορεί να επηρεάσει σοβαρά τόσο την ίδια, όσο και το παιδί της. Τέλος, καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι, όσες μελέτες και να γίνουν, παρά τις ενδείξεις, τη συμπτωματολογία, τις διαγνώσεις, τη φαρμακευτική αγωγή και τις διάφορες μεθόδους, κάθε γυναίκα και κάθε εγκυμοσύνη είναι διαφορετική, δεν υπάρχουν «μαγικές συνταγές», και άρα χρειάζεται εξατομικευμένη προσέγγιση και αντιμετώπιση ανάλογη με το άτομο που έχουμε απέναντί μας.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αργυροπούλου ,Κ.(1999).Επαγγελματικό άγχος στους δασκάλους .Σύγχρονη εκπαίδευση 106.
2. Κουμαντάκης, Ε. (2009). Μαιευτική και Γυναικολογία , Ten Teachers, Stuart Campbell, Christoph Lees.
3. Ηλία Ε, Σοφολόγη Μ,Θεοφυλίδης Α.*Η προγεννητική και περιγεννητική περίοδος και η επιστήμη της ψυχολογίας.* ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ έρευνα & εφαρμογές .2018;1(3)ISSN:2623-3673/www.psy109.simplesite.com <https://joom.ag/Hnza>.
4. Θεοφυλίδης Α, Κυζιρίδης ΘΧ. Ψυχολογική και κοινωνική στήριξη της εγκύου. Διεπιστημινική Φροντίδα Υγείας.2017;9(2):43-50.

5. Θεοφυλίδης Α, Σοφολόγη Μ. *Κύηση και ψυχολογία*. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ έρευνα & εφαρμογές .2018;1(2):61-95.ISSN:2623-3673
www.psy109.simplesite.com/https://joom.ag/Banza
6. Θεοφυλίδης Α,Σοφολόγη Μ. Σύνδρομο Εμβρυικής αλκοόλης (FAS) και αλκοολικές επιδράσεις στα έμβρυα. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ έρευνα & εφαρμογές .2018;1(3)ISSN:2623-3673/www.psy109.simplesite.com https://joom.ag/Hnza
7. Μαιευτική Φροντίδα στην Κύηση: Αγγελική Αντωνάκου-Δημήτριος Γ. Παπουτσής
8. Μάνος, Ν. (1992) Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη, University studio press.
9. Παλαιολόγου Α. (1997) Σχιζοφρένεια και άλλες ψυχικές διαταραχές, Ιωάννινα, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.
10. Παναγιωτοπούλου Β & Θεοφυλίδης Α.Η περιγεννητική απώλεια της μητέρας .ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ έρευνα & εφαρμογές.2017;1(1):78-122.ISSN:2623-3673/www.psy109.simplesite.com/hhttps://joom.ag/VyDL.
11. Παπαδάτου Δ.Αναγνωστόπουλος Φ.1999.Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Αθήνα :Ελληνικά Γράμματα.
12. Σαγιά, Α. (2020). *Διατροφικές διαταραχές εφήβων αθλητριών αγωνιστικής γυμναστικής*. Διπλωματική Εργασία. Τμήμα Επιστημών Διατροφής & Διαιτολογίας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο.
13. Τασούδη ,Α., Αντωνάκου, Α. (2020). *Περιγεννητικό Τραύμα ως επιλογή μετα – τραυματική αγχώδη διαταραχή*, Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Μαιευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδος.
14. Τσαλίκολου, Φ. (2007), Σχιζοφρένεια και φόνος, Αθήνα: Καστανιώτης.
15. Φασουλίδου, Χ. (2019). *Καμπάνια Κοινωνικής Ευαισθητοποίησης σε Θέματα Ψυχικής Υγείας- Κατάθλιψη*. Διπλωματική Εργασία. Τμήμα Πολυμέσων και Γραφικών Τεχνών, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
16. Χαρίλα Ν.(2002) Γνωσιακή –Συμπεριφοριστική Θεραπεία: Βασικές αρχές ,ψυχοθεραπευτικές δεξιότητες και τεχνικές. Αθήνα :Ινστιτούτο Έρευνας &Θεραπείας της Συμπεριφοράς .

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Akker van den Olga BA, Ψυχολογία αναπαραγωγικής περιόδου. 2012. ISBN; 978-960-7875-91-4
2. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

3. American Psychiatry Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders American Psychiatric Associati. (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
4. Anderson, IM., Haddad, PM. & Scott, J. (2012). “Bipolar disorder”. *BMJ*. 345: e8508
5. Ayers S. Bond. R., Bertubies S., Wilma K., (2016), The actiology of post traumatic stress following childbirth: a meta – analysis and theoretical framework, *Psychol Med*, 2016
6. Bailey BA. Using expired air carbon monoxide to determine smoking, status during pregnancy: preliminary identification of an appropriately sensitive and specific cut-point. *Addictive bahaviors*. 2013; 38(10):2547-2550
7. Baldwin DS, Anderson IM,Nutt DJ, Allgulander C,Bandelow B, den Boer JA & Malizia A. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive –compul-sive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Assosiation for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*.2014;28(5):403-439.
8. Balkowiec – Iskra E, Mirowska – Guzel DM, Wielgos M, Effect of sntidepressants use in pregnancy on foetus development and adverse effects in newborns, PubMed
9. Barker, D.(2003).Psychiatric and mental health nursing :the craft of caring .London :Arnold.
10. Becker M, Weinberger T, Chandy A, Schmukler S., Depression During Pregnancy and Postpartum, PubMed
11. Becker, T. & Kilian, R. (2006). “Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care?”. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement*, 113 (429): 9–16.
12. Belmaker RH. (2004) Bipolar disorder. *N Engl J Med*. 351:476–486
13. Benes, FM. & Berretta, S (2001). “GABAergic interneurons: implications for understanding schizophrenia and bipolar disorder”. *Neuropsychopharmacology* 25 (1): 1–27.
14. Berard A, Zhao JP, Sheehy O., Antidepressant use during pregnancy and the risk of major congenital malformatios in a cohort of depressed pregnant women: an updated analysis of the Quebec Pregnancy Cohort, PubMed
15. Bressert, S. (n.d.) “The Causes of Bipolar Disorder (Manic Depression)” . Ανακτήθηκε στις 23 Σεπτεμβρίου 2022 από: <http://psychcentral.com/lib/the-causes-of-bipolar-disorder-manicdepression/000912>
16. Carson, VB (2000). *Mental health nursing: the nurse-patient journey*. W.B. Saunders.

17. Carson, VB (2000). *Mental health nursing: the nurse-patient journey*. W.B. Saunders.
18. Childbirth (Tokophobia) and Traumatic Experience of Childbirth: Best Practice Toolkit (Pan-London Perinatal Mental Health Networks-Healthy London Partnership). Ανακτήθηκε στις 23 Σεπτεμβρίου 2022 από: <https://www.healthyLondon.org/resource/tokophobia-best-practice-toolkit/>.
19. Chojenta C, Harris S, Reilly N, Forder P, Austin M P, & Loxton D. (2014). History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. *PLoS One*.9(4):e95038.
20. Chung, J.,P.,Y. (2015). Interpersonal psychotherapy for postnatal anxiety disorder. *East Asian Archives of Psychiatry*.25(2):88-94
21. Clark LA, & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol*. 100:316–336.
22. Crume TL, Shapiro AL, Brinton JT, Glueck DH, Martinez M, Kohn M, Dabelea, D. Maternal fuels and metabolic measures during pregnancy and neonatal body composition: the healthy start study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*.2015;100(4):1672-1680.
23. D' Souza R. Caesarean section on maternal request for non-medical reasons: putting the UK National Institute of Health and Clinical Excellence guidelines in perspective. *Best Practise & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* .2013; 27(2):165-177.
24. Dean BB, Gerner D, Gerner RH. (2004) A systematic review evaluating healthrelated quality of life, work impairment, and healthcare costs and utilization in bipolar disorder. *Curr Med Res Opin*. 2004;20:139–154.
25. Dunlop, BW. & Davis, PG (2008). "Combination treatment with benzodiazepines and SSRIs for comorbid anxiety and depression: a review". *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 10 (3): 222–228
26. Fenster S, Phillips SB, Rapoport ER. *The therapist's pregnancy: Intrusion in the analytic space*. Routledge .2015.
27. Figueiredo B, Conde A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives of women ' Ment Health*. Jun;14(3):247-55.
28. Galbally M, Watsin SJ, Spigset O, Boyce P, Oberlander TF, Lewis AJ, Antidepressant exposure in pregnancy and child sensorimotor and visuospatial development, PubMed
29. Goracci A, Valdagno M, Maltinti E, Sillari S, Fagiolini A, Antidepressant use in pregnancy: a critical review of the risk and benefits, PubMed

30. Hanrahan N.P., Judge K, Olamijulo G., et al. *The PTSD Toolkit for Nurses: Assessment, intervention and referral of veterans. Nurse Pract* . 2017, 7;42 (3):46-55.
31. Healy .D. (2008) *Psychiatric Drugs Explained*, Elsevier Health
32. Kennerley,H.(1999).*Ξεπερνώντας το άγχος: Ένας οδηγός αυτοβοήθειας με γνωστικές –συμπεριφοριστικές τεχνικές* (Μ. Χαρίτος-Φατούρου Επιμ. Έκδ, Γ.Ευσταθίου ,& Κ Αγγελή Μτφ.)Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα (Τίτλος πρωτοτύπου:Overcoming Anxiety Έτος πρωτότυπης έκδοσης:1997).
33. Kneisl, C. & Trigoboff, E. (2009). *Contemporary Psychiatric- Mental Health Nursing*. London: Pearson Prentice Ltd.
34. Lahera, G., Freund, N., & Sáiz-Ruiz, J. (2013). “Salience and dysregulation of the dopaminergic system”. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 6 (1): 45–51.
35. Linder J.von Ehrenstein OS , Grashow R, Gal G, Braehler E. Weisskopf MG(2014).Sexual and psysical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health* 59(2):359-72
36. Meerwijk, E., Van Meijel, B., Van Den Bout, J., Kerkhof, A., De Vogel, W., & Grypdonck, M. (2010). Development and evaluation of a guideline for nursing care of suicidal patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(1), 65-73.
37. Michael, N. et al. (2003). “Acute mania is accompanied by elevated glutamate/glutamine levels within the left dorsolateral prefrontal cortex”. *Psychopharmacology*. 168 (3): 344–346.
38. Morris,L.,Davis ,D,& Hutchings ,C.(1981). Cognitive and emotional components of anxiety: Literature reviewand revised worry emotionality scale. *Journal of Educational psychology*,37,541-555.
39. NIMH (n.d)Brain Basics NIMH
40. Patel, G. & Fancher, TL (2013). “In the clinic. Generalized anxiety disorder.”. *Annals of internal medicine*. 159 (11): ITC6 1-12.
41. Pearlstein T, Depression during Pregnancy, PubMed
42. Pope , C.J , Sharma ,V., Mazmanian, D. (2014). *Bipolar Disorder in the postpartum Period: Management Strategies and Future Directions Women’s Health*.
43. Rashid ,T :Heider ,I (2008).“Life Events and Depression on”, *Annals of Punjab Medical College*.
44. Rihmer Z, Angst J. (2009) Mood disorders: epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. *Kaplan and Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. pp. 1645–

- 1652.Ruddy, R. & Milnes, D (2005). "Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses.". *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4): CD003728.
45. Salmans.S(1997).*Depression :Questions You Have-Answers You need*. People's Medical Society.
 46. Saravane D. et al.(2009)"Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness".*L'Encephale* 35 (4):330-9.
 47. Schnohr,D.Kristensen, T.Prescott G,& Scharling H.(2005).Stress and life dissatisfaction are inversely associated with jogging and other types of physical activity in leisure time: The Copenhagen City Heart Study. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*,15, 107- 112.
 48. Soet JE, Brack GA, Dilorio C, 2003, *Birth* 2003
 49. Spinelli MG Postpartum psychocis, *Psychiatry* 2009
 50. Stewart DE. Clinical practice Depression- Pregnancy . *N Engl j Med* 2011
 51. The Birth Trauma Association(BTA) 2018, <<What is birth trauma>>
 52. Uguz F., The use of Antidepressant Medications During Pregnancy ant the Risk of Neonatal Seizures: A Systematic Review, *PubMed*
 53. Ungvari, GS. & Caroff, SN. & Gerevich, J. (2010). "The catatonia conundrum: evidence of psychomotor phenomena as a symptom dimension in psychotic disorders". *Schizophr Bull* 36 (2): 231–8.
 54. van Os, J. & Kapur, S. (2009). "Schizophrenia". *Lancet* 374 (9690): 635–45.
 55. Velligan, DI & Alphs, LD (2008). "Negative Symptoms in Schizophrenia: The Importance of Identification and Treatment". *Psychiatric Times* 25 (3).
 56. Wisner KL. Parry BL. Piontek CM, Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002
 57. Wittchen, HU. et al. (1994) "DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey". *Arch Gen Psychiatry*. 51:355–364