



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»**

Διεύθυνση Προγράμματος: Καθηγήτρια Σοφία Καλανταρίδου



**«ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΛΟΧΕΙΑ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ»**

*Μεταπτυχιακή εργασία
Παναγιωτακοπούλου Αγαθή*

**Γ΄ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο «Αττικόν»**

Διευθυντής: Καθηγήτρια Σοφία Καλανταρίδου



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΑΘΗΝΩΝ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Γ' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ -ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Π. Γ. Ν «Αττικόν»

**«ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΛΟΧΕΙΑ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ»**

Μεταπτυχιακή εργασία

Παναγιωτακοπούλου Αγαθή

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»

Διεύθυνση Προγράμματος: Καθηγήτρια Σοφία Καλανταρίδου

*Στους γονείς μου για την συμπαράστασή τους
και την στήριξη τους σε όλη τη
διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	3
Βιογραφικό σημείωμα.....	5
i) Γενικό μέρος	
Εισαγωγή.....	9
Κεφάλαιο 1:	
1.1. Ορισμός της Λοχείας.....	11
1.2. Κλινικές Εκδηλώσεις της Λοχείας.....	12
Κεφάλαιο 2:	
2.1.Ανατομικές και φυσιολογικές μεταβολές στη διάρκεια της λοχείας	17
2.2.1 Γεννητικό σύστημα.....	17
2.2.2 Ουροποιητικό σύστημα.....	23
2.2.3 Κοιλιακά τοιχώματα-περιτονία	23
2.2.4 Μαστοί-γαλουχία.....	23
2.2.5 Αλλαγές από άλλα συστήματα.....	24
Κεφάλαιο 3:	
3.1. Συναισθηματικές διαταραχές στην λοχεία.....	27
3.2.Αιτιοπαθογένεια των διαταραχών.....	29
ii) Σκοπός-Υλικό.....	35
iii) Ειδικό μέρος	
Κεφάλαιο 4:	
Επιλόχειος μελαγχολία ή θλίψη της μητρότητας (Maternity blues).....	39
4.1. Συμπτώματα.....	39
4.2. Διάγνωση.....	40
4.3. Θεραπεία.....	40
Κεφάλαιο 5:	
Επιλόχειος κατάθλιψη (Postpartum depression).....	43

5.1. Συμπτώματα.....	43
5.2. Διάγνωση.....	45
5.3. Θεραπεία.....	49

Κεφάλαιο 6:

Επιλόχειος ψύχωση (Postpartum psychosis).....	53
6.1. Συμπτώματα.....	53
6.2. Διάγνωση.....	53
6.3. Θεραπεία.....	53
iv) Συμπεράσματα.....	57
vi) Περίληψη.....	59
vii) Summary.....	61
v) Βιβλιογραφία.....	63

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές κύριο Νικόλαο Παπαντωνίου, τον κύριο Κασσάνο Δημήτριο, και τον κύριο Εμμανουήλ Σαλαμαλέκη για την ευκαιρία που μου δόθηκε να παρακολουθήσω το μεταπτυχιακό πρόγραμμα, που ανταποκρίνεται πλήρως στα επιστημονικά μου ενδιαφέροντα.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στον επειβλέποντα της πτυχιακής μου εργασίας κύριο Γραμματικάκη Ιωάννη, για την αμέριστη βοήθεια και καθοδήγησή του στην εκπόνηση αυτής της διπλωματικής εργασίας.

Κλείνοντας, θα ήθελα να εκφράσω ένα «μεγάλο» ευχαριστώ στους γονείς μου για την ηθική τους στήριξη και την υπομονή τους, που ήταν πάντα δίπλα μου τόσο στις επιτυχίες όσο και στις αποτυχίες δίνοντάς μου δύναμη και κουράγιο να συνεχίσω να προσπαθώ για το καλύτερο.

Βιογραφικό

ΑΓΑΘΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

Ημερομηνία γέννησης: 06/01/1987

Διεύθυνση : Μονεμβασίας 18, Άγιος Δημήτριος, Αθήνα, 173 42

Τηλέφωνο:(+30) 694 87 51 320

email: linoumpi1987@hotmail. com

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

ΓΑΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ
ΚΛΙΝΙΚΗ

Δεκέμβριος 2010 – Σήμερα
ΑΘΗΝΑ

ΚΕΝΤΡΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

Φεβρουάριος 2010 – Οκτώβριος 2010
ΑΘΗΝΑ

- Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση σε μαθητές Γυμνασίων και Λυκείων
- Ενημέρωση γονέων
- Απαντήσεις σε θέματα αντισύλληψης μέσω της ιστοσελίδας «Σύγχρονη αντισύλληψη»

ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

Οκτώβριος 2008 – Απρίλιος 2009
ΑΘΗΝΑ

- Εξάμηνη πρακτική άσκηση στο ΓΝΑ του Νοσοκομείου «Αλεξάνδρας».

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ

2015 – Σήμερα Αθήνα *Τελειόφοιτος του Μεταπτυχιακού Προγράμματος*
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Παθολογία της Κύησης
Σχολή Ιατρικής

2004 – 2008 Αθήνα *Πτυχιούχος Μαιευτικής* Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (ΤΕΙ) Αθηνών
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας

ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ

Μητρική γλώσσα: Ελληνική

Αγγλικά: First Certificate in English (Cambridge Nivel B1)

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ

Ο έλεγχος των λοιμώξεων είναι η μόνη δυνατή λύση, 2-4 Νοεμβρίου 2016

9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελέγχου Λοιμώξεων που πραγματοποιήθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Ελέγχου Λοιμώξεων με τη συνεργασία του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας.

Υποστήριξη της ζωής του νεογνού, 6 Ιουνίου 2015

Σεμινάριο που πραγματοποιήθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης (ΕΕΚΑΑ) στο αμφιθέατρο του Νοσοκομείου «Ερρίκος Ντυνάν».

Εφαρμογή συστήματος περιβαλλοντικής διαχείρισης- Διαχείριση ενέργειας- Καλές πρακτικές εξοικονόμησης ενέργειας, 28 Μαΐου 2014

Σεμινάριο που πραγματοποιήθηκε στις δομές του Ομίλου Ιατρικού Αθηνών από την PriorityQualityConsultantsS.A.

Επιχειρησιακός σχεδιασμός και αντιμετώπιση συμβάντων πυρασφάλειας και πολιτικής προστασίας, 12 Απριλίου 2014

Σεμινάριο που πραγματοποιήθηκε στο Εκπαιδευτικό Κέντρο του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών από την εταιρεία «Αλεξίπυρο».

Ανανηπτές στη βασική υποστήριξη της ζωής και αυτόματος εξωτερικός απινιδισμός, 18 Μαρτίου 2014

Σεμινάριο που πραγματοποιήθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης (ΕΕΚΑΑ) πιστοποιημένο από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης, στο οποίο χορηγήθηκαν στους νοσηλευτές 3 μόρια Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης από την Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος.

Αντισύλληψη, 24 Οκτωβρίου 2009

Σεμινάριο που πραγματοποιήθηκε από το Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών/ευτών Αθηνών

Αντισύλληψη στην εφηβεία σήμερα, 6 Νοεμβρίου 2007

Συμμετοχή στη διάλεξη του Καθηγητού Μαιευτικής και Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Γ. Κρεατσά που πραγματοποιήθηκε στο Αρεταίειο Νοσοκομείο στη Β' Πανεπιστημιακή, Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική.

31^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, 17-21 Μαΐου 2005

Βεβαίωση παρακολούθησης σεμιναρίου με Πρόεδρο τον κ. Α. Κωστάκη και Γενικό Γραμματέα το Χ. Ιατρού.

3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης, 4-6 Μαρτίου 2005

Συμμετοχή στο σεμινάριο που πραγματοποιήθηκε στο AthensHiltonHotel με Πρόεδρο Οργανωτικής Επιτροπής τον κ. Γ. Κρεατσά και Πρόεδρο Επιστημονικής Επιτροπής τον κ. Ι. Τζαφέττα.

ΆΛΛΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

- Σοβαρή – Έντονη προσωπικότητα
- Υπευθυνότητα
- Συνέπεια
- Ενθουσιασμό και διάθεση για δουλειά
- Αναπτυγμένη ικανότητα επικοινωνίας και διαπραγμάτευσης

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σύλληψη, η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και η λοχεία αποτελούν απόλυτα φυσιολογικές διαδικασίες αναπαραγωγής του είδους. Πολλές φορές όμως ακόμα και τόσο όμορφες στιγμές είναι δυνατόν να εξελιχθούν σ' ένα σύνολο παθολογικών καταστάσεων που θα στιγματίσουν την ομορφιά της μητρότητας.

Η περίοδος της κύησης είναι ένα βιολογικό φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από θεμελιώδεις διαδικασίες οργανικών και ψυχολογικών μεταβολών (Happel et.al., 2008). Πολλοί είναι αυτοί που πιστεύουν ότι με την ολοκλήρωση του τοκετού και την γέννηση του νεογνού μειώνεται ο κίνδυνος τυχόν επιπλοκών όμως και η περίοδος της λοχείας είναι αρκετά κρίσιμη. Ένας χρόνος από τη γέννηση θεωρείται κρίσιμη περίοδος ανάπτυξης διαταραχών διάθεσης στη μητέρα (Niloufer et al. 2009). Η ψυχική κατάσταση της λεχώνας παρουσιάζει συχνά αστάθεια για λόγους που σχετίζονται με την ταλαιπωρία του τοκετού, τη συναισθηματική φόρτιση, τον φόβο για την υγεία του νεογνού και τις ανησυχίες για το ρόλο και τις ευθύνες της ως μητέρας (Αντσακλής, 2011).

Η προσαρμογή στις απαιτήσεις που η μητρότητα φέρνει στο προσκήνιο, δεν είναι πάντα κάτι εύκολο. Ο αρχικός ενθουσιασμός, η ευτυχία και η ικανοποίηση συχνά συνοδεύονται και από πολλά δυσφορικά συναισθήματα όπως άγχος, θλίψη, σύγχυση, εξάντληση (Letourneau et al. 2009). Τα δυο τρίτα των γυναικών για ένα χρονικό διάστημα μετά το τοκετό πάσχουν από διαταραχές διάθεσης, αλλά μέσα σε τέσσερις εβδομάδες ξεπερνούν το πρόβλημα αυτό (Patel et al. 2003). Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που η ψυχική υγεία της λεχωίδας κρίνεται σοβαρή. Πολλές μητέρες υποφέρουν από επιλόχεια κατάθλιψη ή από ψύχωση που μπορούν να προκαλέσουν μεγάλα προβλήματα τόσο στην μητέρα όσο και στο νεογέννητο. Η ψύχωση είναι η πιο σπάνια αλλά πιο σοβαρή ψυχική διαταραχή της λοχείας. Οι σοβαρές καταστάσεις της κατάθλιψης και της ψύχωσης αντιμετωπίζονται με φαρμακευτική αγωγή και ψυχιατρική παρακολούθηση ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις που το παιδί απομακρύνεται προσωρινά από την μητέρα (Κρεατσάς, 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Ορισμός της λοχείας

Με την ολοκλήρωση της υστεροτοκίας, η επίτοκος περνά σε μια νέα περίοδο της αναπαραγωγικής της λειτουργίας, την περίοδο της λοχείας και η ίδια η γυναίκα χαρακτηρίζεται ως λεχωίδα ή λεχώνα. Στη διάρκεια της λοχείας, που υπολογίζεται σε 6-12 εβδομάδες, δηλαδή περίπου 40 ημέρες μετά τον τοκετό, αντιστρέφονται οι ανατομικές και φυσιολογικές αλλαγές που σημειώθηκαν στη διάρκεια της κύησης και το σώμα επιστρέφει στη φυσιολογική προ της εγκυμοσύνης κατάσταση. Η λειτουργία όλων των γεννητικών οργάνων επανάρχεται, εκτός των μαστών που στην περίοδο αυτή ενεργοποιούνται για να αρχίσουν τη σημαντική λειτουργία της γαλουχίας (Αντσακλής, 2011).

Η περίοδος της λοχείας διακρίνεται αυθαίρετα στην άμεση, την πρώιμη και την όψιμη λοχεία. Η άμεση λοχεία αφορά τις πρώτες 24 ώρες μετά τον τοκετό, όπου μπορεί να εμφανιστούν οξείες επιπλοκές λόγω της αναισθησίας ή του ίδιου του τοκετού. Η πρώιμη λοχεία αναφέρεται στην πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό και η όψιμη λοχεία αφορά το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την παλινδρόμηση των γεννητικών οργάνων και την επιστροφή της εμμήνου ρύσης που συνήθως φθάνει τις 6 εβδομάδες σε γυναίκες που δεν θηλάζουν. Εφ' όσον δεν υπάρχει πρόβλημα η λεχώνα παραμένει στο μαιευτήριο για τέσσερα 24ωρα (De Cherney & Nathan, 2005).

Η λοχεία αποτελεί διάστημα μεγάλης ευαλωτότητας για την ψυχική υγεία της γυναίκας: ενδεικτικά αναφέρεται ότι το 13% όλων των εισαγωγών σε ψυχιατρικές κλινικές γίνεται κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου. Αυξημένες πιθανότητες για την εμφάνιση κάποιας ψυχικής διαταραχής έχουν οι γυναίκες με προηγούμενο ατομικό ιστορικό κατάθλιψης ή διπολικής διαταραχής, ατομικό ιστορικό ψύχωσης, οικογενειακό ιστορικό ψυχικών διαταραχών καθώς και αυτές που ένοιωσαν κατάθλιψη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης κυρίως λόγω του νεαρού της ηλικίας, την περιορισμένη κοινωνική στήριξη ή την συζητική διαμάχη, και γενικότερα στρεσογόνα γεγονότα που αφορούν το νεογέννητο.

Για το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών τα συμπτώματα που παρουσιάζουν είναι ήπιας μορφής που υποχωρούν από μόνα τους. Ωστόσο, είναι πιθανόν να εμφανίσουν σοβαρές μορφές ψυχολογικών διαταραχών όπως επιλόχεια κατάθλιψη ή ακόμα και ψύχωση που αντιμετωπίζονται με κατάλληλες ιατρικές παρεμβάσεις και θεραπείες.

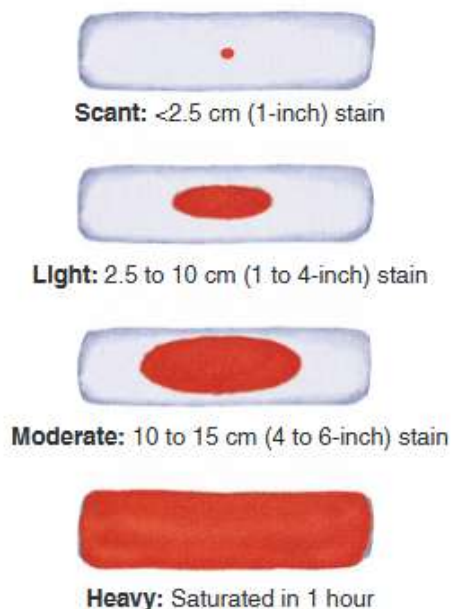
Η λοχεία όμως χαρακτηρίζεται και από ένα πλήθος φυσιολογικών μεταβολών που συμβαίνουν στον οργανισμό της λεχώνας και οι οποίες αποσκοπούν στην αποκατάσταση της προγενέστερης της κύησης κατάστασης του οργανισμού. Οι σημαντικότερες μεταβολές γνωστές ως παλινδρομικές αφορούν τα εσωτερικά γεννητικά όργανα. Οι πιο χαρακτηριστικές μεταβολές είναι η παλινδρόμηση της μήτρας, η εμφάνιση των λοχείων και η γαλουχία.

1.2. Κλινικές εκδηλώσεις της λοχείας

Στην διάρκεια της λοχείας συμβαίνουν μια σειρά ανατομικών, φυσιολογικών, βιοχημικών και ψυχολογικών αλλαγών όπως:

Παραγωγή Λόχιων Τα λόγια είναι αιματηρά υγρά, που εκκρίνονται από την μήτρα στη θέση της πρόσφυσης του πλακούντα στο βασικό φθαρτό, δηλαδή την πλακουντιακή άλω μετά από τον τραυματισμό, που προκαλείται από το διαχωρισμό του πλακούντα από το ενδομήτριο. Αποτελούνται

από υπολείμματα φθαρτού, βλένη και άλλα κύτταρα της μήτρας, επιθήλια του τραχήλου και του κόλπου, ερυθροκύτταρα, λευκοκύτταρα και βακτηρίδια. Η συνολική ποσότητα λόχιων είναι σε φυσιολογική κατάσταση 250 mL (Lund & McManaman, 2008). Στην εικόνα που ακολουθεί φαίνεται η μέθοδος για την εκτίμηση της ποσότητας των λόχιων.



Εικόνα 1. Εκτίμηση της ποσότητας των λόχιων(Scoggin, 2004).

Τα λόγια μετά τον τοκετό είναι αιμορραγικά αλλά από την 4η ή 5η ημέρα γίνονται οροαιματηρά και βλενώδη λόγω πρόσμιξής τους με ορό. Διαρκούν περίπου έξι εβδομάδες και ήδη από τη 10η ημέρα και μετά ελαττώνονται σημαντικά. Βαθμιαία τα συστατικά του αίματος αραιώνουν, ενώ αυξάνονται τα λευκοκύτταρα και τα λόγια αποκτούν λευκωπό χρώμα για να σταματήσουν οριστικά μετά από τρεις έως έξι εβδομάδες (πίνακας 1). Τα λευκοκύτταρα βοηθούν στην άμυνα κατά της λοίμωξης, υπολείμματα του φθαρτού, των υμένων κ.α. Η παρατεταμένη εκροή άφθονων και ερυθρών λοχιών πρέπει να θέτει υποψίες παραμονής υπολειμμάτων πλακούντα και υμένων ή ενδομητρίτιδας. Η οσμή τους στην αρχή μοιάζει με εκείνη του νωπού αίματος ενώ η παρουσία δυσοσμίας υποδηλώνει ύπαρξη φλεγμονής. Κυριότερα αίτια για φλεγμονή είναι συνήθως η πρόωγη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων, ο παρατεταμένος τοκετός, η αναιμία, η απώλεια αίματος, το τραύμα και η αφυδάτωση.

Time and Type	Normal Discharge	Abnormal Discharge
Days 1-3: lochia rubra	Bloody; small clots; fleshy, earthy odor; red or red-brown	Large clots; saturated perineal pads; foul odor
Days 4-10: lochia serosa	Decreased amount; sero-sanguineous; pink or brown-tinged	Excessive amount; foul smell; continued or recurrent reddish color
Days 11-21: lochia alba (may last until sixth week for some women)	White, cream, or light yellow color; decreasing amounts	Persistent lochia serosa; return to lochia rubra; foul odor; discharge continuing

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα των λόχειων (Murray et al, 2006)).

Ζωτικά Σημεία:

α) Θερμοκρασία Μετά τον τοκετό η θερμοκρασία δεν πρέπει να υπερβαίνει τους 37 °C. Μια μικρή άνοδος μπορεί να εμφανιστεί μετά από παρατεταμένο τοκετό ή σε αφυδάτωση της μητέρας. Κατά την 3η ή 4η ημέρα της λοχείας, η συμφόρηση των μαστών από το παραγόμενο γάλα μπορεί να προκαλέσει πυρετική κίνηση (πυρετός του γάλακτος), η οποία υποχωρεί όταν οι μαστοί αποσυμφορηθούν. Αν η άνοδος είναι μικρή και παροδική δεν λαμβάνεται υπ' όψιν. Αν επιμένει όμως για αρκετές ημέρες πρέπει να τον υπολογίζουμε σοβαρά για τον κίνδυνο ενδεχόμενης επιλόχειας λοίμωξης (μαστίτιδα, ουρολοίμωξη, ενδομητρίτιδα, θρομβοφλεβίτιδα κ.α.).

β) Καρδιακός Παλμός Αμέσως μετά από έναν τοκετό, χωρίς επιπλοκές, οι σφύξεις συνήθως αυξάνονται σε 100/1' με βαθμιαία αποκατάσταση στο φυσιολογικό. Μια βραδυκαρδία μπορεί να αιτιολογηθεί ως αιτιολογική αντίδραση στις οξείες αιμοδυναμικές αλλαγές, που συμβαίνουν αμέσως μετά τον τοκετό. Είναι δυνατό επίσης να εμφανιστεί ταχυκαρδία, που είναι αποτέλεσμα της ανόδου της θερμοκρασίας. Η ταχυκαρδία όμως μπορεί να υποκρύπτει μια συγκαλυμμένη ή εμφανή αιμορραγία, φλεγμονή, καρδιακή νόσο ή θρομβοεμβολικό επεισόδιο και σε αυτές τις περιπτώσεις χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση.

Μεταβολές Ηλεκτρολυτών – Μεταβολισμού

Στην διάρκεια του τοκετού και αμέσως μετά από αυτόν παρατηρείται ελάττωση του μητρικού βάρους της τάξης των 5-6 kg λόγω της απώλειας αμνιακού υγρού και αίματος αλλά και λόγω της εξόδου του νεογνού και του πλακούντα. Στη διάρκεια της λοχείας και των επόμενων 6 μηνών μπορούν να χαθούν επιπρόσθετα άλλα 4 kg ως αποτέλεσμα της αποβολής των υγρών και των ηλεκτρολυτών που συσσωρεύτηκαν στη διάρκεια της κύησης. Κατά μέσο όρο παρατηρείται απώλεια τουλάχιστον 2 λίτρων υγρών στη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας μετά τον τοκετό και επιπρόσθετα άλλο 1,5 λίτρο στις επόμενες πέντε εβδομάδες. Παρόλο που το συνολικό ανταλασσόμενο νάτριο ελαττώνεται στη διάρκεια της λοχείας, η σχετική ελάττωση του συνολικού ύδατος του σώματος υπερτερεί της απώλειας νατρίου. Η απότομη ελάττωση της συγκέντρωσης της προγεστερόνης, που συμβαίνει αμέσως μετά την έξοδο του πλακούντα, αίρει την ανταγωνιστική της δράση προς την αλδοστερόνη, με αποτέλεσμα την αύξηση της τιμής του νατρίου στον ορό. Παράλληλα, οι αυτολυτικές διεργασίες που χαρακτηρίζουν την παλινδρόμηση έχουν ως αποτέλεσμα την απελευθέρωση ιόντων καλίου και την αύξηση της ακμής των επιπέδων του στον ορό. Επίσης, μετά τον τοκετό υπάρχει τάση ελάττωσης των χλωριούχων και αύξησης των διττανθρακικών. Οι μεταβολές των σημαντικότερων μεταβολικών δεικτών είναι οι εξής (De Cherney & Nathan, 2005):

- Ελάττωση των ολικών λιπαρών οξέων και των μη εστεροποιημένων. Τα πριν από την κύηση επίπεδα παρατηρούνται κατά τη δεύτερη ημέρα της λοχείας.
- Η χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια ελαττώνονται από την πρώτη ημέρα της λοχείας και φθάνουν στα πριν από την κύηση επίπεδα τους κατά την 6η έως 7η εβδομάδα της λοχείας.
- Στην διάρκεια της πρώιμης λοχείας, η συγκέντρωση γλυκόζης στο αίμα (τόσο σε νηστεία όσο και μετά το γεύμα) ελαττώνεται σε επίπεδα χαμηλότερα από αυτά που παρατηρούνται στη διάρκεια της κύησης και τον τοκετό. Οι ανάγκες του οργανισμού σε ινσουλίνη για τους διαβητικούς ελαττώνονται και ιδιαίτερα κατά τη 2η έως την 3η ημέρα της λοχείας.
- Κατά την άμεση λοχεία αυξάνονται τα επίπεδα της συγκέντρωσης των ελεύθερων αμινοξέων του πλάσματος, για να αποκατασταθούν στα πριν από την κύηση επίπεδα, κατά την 2η-3η ημέρα της λοχείας.

Παρατηρούνται και ενδοκρινικές μεταβολές κατά τη λοχεία όπως:

- Η οιστραδιόλη μέσα σε τρεις ώρες από τον τοκετό ελαττώνεται στο 10% περίπου των πριν από αυτόν επιπέδων της.
- Ο μεταβολικός ρυθμός της κάθαρσης της προγεστερόνης είναι ανάλογος εκείνου της οιστραδιόλης ώστε κατά την 3η ημέρα της λοχείας τα επίπεδά της στο πλάσμα να είναι χαμηλότερα από τα παρατηρούμενα κατά τη δεύτερη φάση του γεννητικού κύκλου ($< 1 \text{ mg/ml}$).

- Η χοριακή γοναδοτροπίνη (HCG) μέσα σε 48-96 ώρες ανιχνεύεται σε τιμές < 1.000 iu/ml και την 7η ημέρα < 100 iu/ml. Η εξαφάνισή της διαπιστώνεται μεταξύ 11ης και 16ης ημέρας της λοχείας.
- Η πλακουντιακή γαλακτογόνος ορμόνη (HPL), λόγω του πολύ μικρού χρόνου υποδιπλασιασμού της, εξαφανίζεται από το πρώτο ήδη 24ωρο της λοχείας.
- Η προλακτίνη (HPRL) η οποία κατά την κύηση φθάνει τα 200 mg/ml ή και περισσότερο, κατά τη λοχεία ελαττώνεται στα προ της κύησης επίπεδα της στις μη θηλάζουσες, σε αντίθεση με λεχώνες των οποίων τα νεογνά θηλάζουν.
- Οι τιμές της ωοθυλακιοτρόπου (FSH) και ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) κατά τις πρώτες 12-16 ημέρες της λοχείας είναι ελαττωμένες, είτε έχει εγκατασταθεί ο θηλασμός είτε όχι. Κατά την 3η εβδομάδα φθάνουν τις τιμές της παραγωγικής φάσης του γεννητικού κύκλου.
- Η ωοθυλακιόρρηξία σε ένα ποσοστό 10-15% συμβαίνει κατά τις πρώτες 15 ημέρες σε 32% περίπου κατά τις πρώτες 90 ημέρες, προκειμένου για μη θηλάζουσες, ενώ στις θηλάζουσες λεχώνες σπάνια μόνο συμβαίνει πριν από την 7η εβδομάδα της λοχείας.
- Η θυροξίνη του πλάσματος, όπως και οι άλλοι δείκτες της θυρεοειδικής λειτουργίας, αυξάνονται κατά τις πρώτες 12 ώρες για να ελαττωθούν στη συνέχεια κατά την 3η-4η ημέρα της λοχείας.

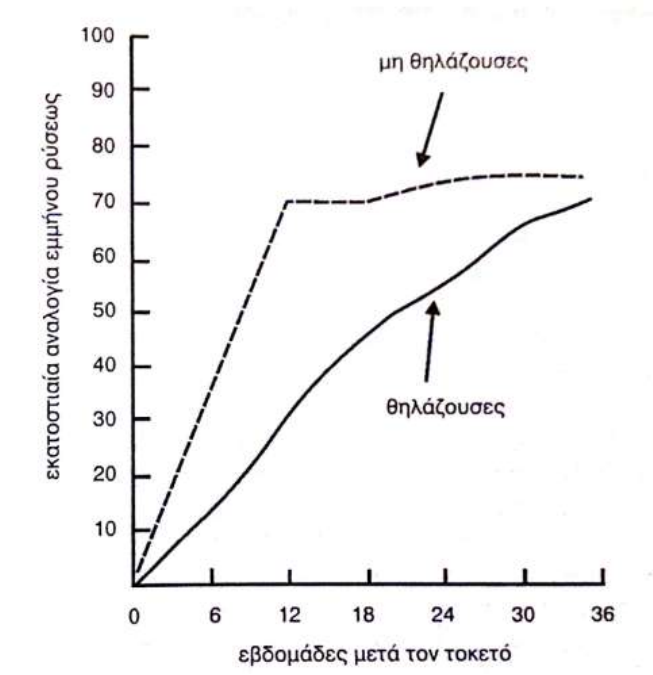
Πόνοι μετά τον τοκετό Αυτοί οφείλονται στο ότι η μήτρα επανέρχεται στο κανονικό της σχήμα και μέγεθος. Η μήτρα χρειάζεται περίπου 6 εβδομάδες για να επιστρέψει στην αρχική της θέση. Οι πόνοι από τις συσπάσεις είναι έντονοι τις πρώτες ημέρες, όμως σύντομα υποχωρούν. Οι υστερόπονοι, όπως λέγονται, είναι ήπιοι στο πρώτο παιδί και εντονότεροι από το δεύτερο και μετά. Οι πόνοι αυτοί μπορεί να επιτείνονται κατά τον θηλασμό γιατί η εκκρινόμενη ωκυτοκίνη προκαλεί συστολές της μήτρας. Συνήθως εξαφανίζονται μετά από 1-2 ημέρες. Το περίνεο (το σημείο γύρω από τον κόλπο) πολλές φορές εμφανίζει χρώμα μελανό και πρήζεται μετά τον τοκετό.

Ούρα Σε ποσοστό 80% των λεχώνων στα ούρα τους εμφανίζεται λακτόζη και σε ποσοστό 40% λεύκωμα, αλλά συνήθως εξαφανίζεται σε λίγες ημέρες. Την πρώτη εβδομάδα της λοχείας μεταξύ 2ης και 5ης ημέρας εμφανίζεται αυξημένη διούρηση της τάξης των δύο έως τεσσάρων λίτρων την ημέρα. Αυτό αποτελεί την αποβολή υγρών, που συσσωρεύτηκαν κατά την διάρκεια της κύησης και αποβάλλονται με τα ούρα.

Αιματολογική εικόνα Κατά την πρώτη εβδομάδα της λοχείας, επανέρχονται στο φυσιολογικό οι όγκοι πλάσματος και ολικού αίματος. Ο ολικός όγκος αίματος που φθάνει τα 5-6 L κατά την κύηση, ελαττώνεται στα 4 L περίπου μέχρι την 3η εβδομάδα της λοχείας. Η απώλεια αίματος κατά τον τοκετό υπολογίζεται σε 400 ml για το φυσιολογικό τοκετό, 1.000 ml για τη καισαρική τομή και σε 1500 ml για την καισαρική τομή με μαιευτική ολική υστερεκτομή. Σε παρατεταμένο τοκετό παρατηρείται συχνά υπερχολερυθριναιμία. Μετά τον τοκετό η αιμοσφαιρίνη και ο αιματοκρίτης αλλάζουν λίγο. Το ινωδογόνο του πλάσματος και η καθίζηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων παραμένουν σε υψηλά επίπεδα την πρώτη εβδομάδα της λοχείας.

Πύελος Από τις πρώτες ημέρες της λοχείας οι αρθρώσεις της πυέλου ανακτούν τη στερεότητά τους. Η πυέλος και ιδιαίτερα η ηβική σύμφυση, πρέπει να ελέγχεται για τη διάστασή της. Το έδαφος της πυέλου, που αποτελείται από μύες, απονευρώσεις και λίπος, παρουσιάζει οίδημα. Ο ανελκτήρας του περινέου έχει υποστεί διαφόρου βαθμού κακώσεις ή διατομές. Συχνά παραμένει μια χαλάρωση στο πυελικό έδαφος, που προδιαθέτει την εμφάνιση αργότερα κυστεοκήλης, ουρηθροκήλης, ορθοκήλης, ενώ σε μερικές περιπτώσεις εμφανίζεται αρχόμενη πρόπτωση της μήτρας.

Εμμηνορρυσία Στη λοχεία αρχίζει να δραστηριοποιείται πάλι ο άξονας υποθάλαμος, υπόφυση, ωθήκες. Η έμμηνος ρύση επανεμφανίζεται σε ποσοστό 25% μετά την 6η εβδομάδα και σε ποσοστό 61% στο τέλος της 24ης εβδομάδας. Σ' αυτούς τους αριθμούς υπάρχουν σημαντικές διαφορές χρόνου εμφάνισης της έμμηνου ρύσεως ανάμεσα στις πρωτοτόκες και πολυτόκες και στις θηλάζουσες και στις μη θηλάζουσες μητέρες. Αν η γυναίκα θηλάζει, η περίοδος εμφανίζεται μετά από 5-6 μήνες, αλλιώς μετά από 6-8 εβδομάδες.



Εικόνα 2. Συχνότητα κατά την οποία επανεμφανίζονται η έμμηνος ρύση στις θηλάζουσες και μη θηλάζουσες λεχώνες (Αντσακλής, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

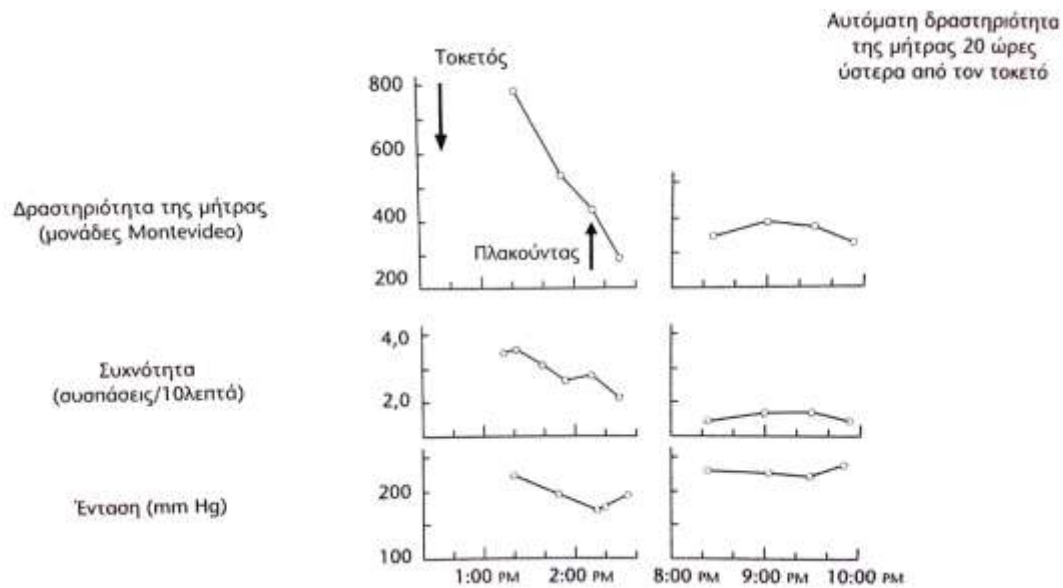
2.1. Ανατομικές και φυσιολογικές αλλαγές στη διάρκεια της λοχείας

Κατά τη διάρκεια της λοχείας παρατηρείται αντιστροφή των ανατομικών και φυσιολογικών αλλαγών που σημειώθηκαν στη διάρκεια της κύησης και του τοκετού. Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει μια σύντομη περιγραφή των αλλαγών στα κυριότερα συστήματα του γυναικείου οργανισμού.

2.2.1. Γεννητικό σύστημα

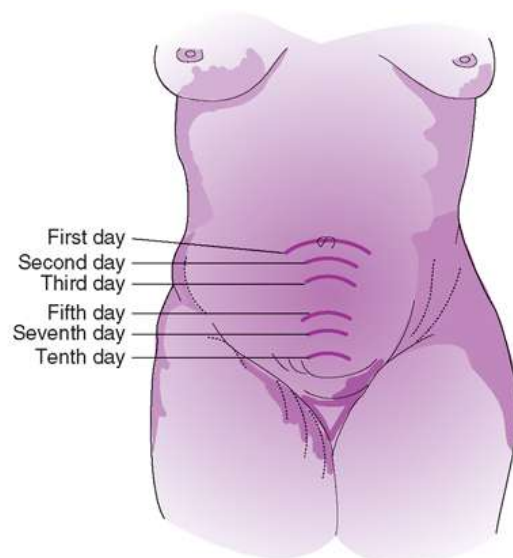
Μήτρα

Μετά την έξοδο του πλακούντα, η μήτρα επανέρχεται στην αρχική της κατάσταση (παλινδρόμηση) λόγω σύσπασης του λείου μυός της μήτρας. Η παλινδρόμηση της μήτρας οφείλεται όχι τόσο στην ελάττωση του αριθμού των ινών του μυομητρίου, αλλά στην βράχυνσή τους και λέπτυνσή τους, που είναι αποτέλεσμα της ελάττωσης του πρωτοπλάσματος της μυϊκής ίνας, γιατί αυτό παθαίνει ενζυματική πέψη, δηλαδή αυτόλυση. Η αυτόλυση αυτή, που προκαλεί και την ελάττωση του μεγέθους του κυττάρου, προέρχεται από την έλλειψη υποστήριξης, που είχε ως τον τοκετό από τις ορμόνες της εγκυμοσύνης και από την πλούσια αιμάτωση στη διάρκειά της. Στην παλινδρόμηση της μήτρας συμβάλλουν συσπάσεις του μυομητρίου ή υστρόπονοι. Αυτές οι συσπάσεις παρουσιάζονται στη διάρκεια των 2-3 ημερών της λοχείας και σταθεροποιούνται 1-2 ώρες μετά τον τοκετό. Στην διάρκεια των 12 ωρών μετά τον τοκετό οι συσπάσεις της μήτρας είναι ρυθμικές, δυνατές και συντονισμένες. Η ένταση, η συχνότητα και η ρυθμικότητα των συσπάσεων αυτών ελαττώνονται μετά την πρώτη ημέρα της λοχείας (εικόνα 3). Η διαδικασία της παλινδρόμησης εξελίσσεται γρήγορα και ολοκληρώνεται μια εβδομάδα μετά τον τοκετό όπου η μήτρα έχει επανέλθει στην ελάχιστονα πύελο. Λόγω μείωσης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης προκαλείται αυτόματη λύση του υπερτροφικού ιστού κατά τη διάρκεια της λοχείας. Η ωκυτοκίνη προάγει την ομοιόσταση, αφού δρα συντονίζοντας και εντείνοντας τις συσπάσεις της μήτρας με αποτέλεσμα την συμπίεση των αγγείων.



Εικόνα 3. Δραστηριότητα της μήτρας κατά τη διάρκεια της άμεσης λοχείας (αριστερά) και στις 20 ώρες μετά τον τοκετό (δεξιά) (Hendricks, 1962, DeCherney, 2005).

Ο πυθμένας της μήτρας φθάνει μέχρι το άνω τριτημόριο της απόστασης μεταξύ ηβικής σύμφυσης και ομφαλού. Βρίσκεται δηλαδή στο ύψος του ομφαλού. Καθημερινά παρατηρείται βαθμιαία κάθοδος του πυθμένα της, έτσι ώστε την 6η ημέρα να ψηλαφάται μεταξύ ομφαλού και ηβικής σύμφυσης και την 12η ημέρα ξαναγυρίζει στην φυσιολογική της θέση μέσα στην πύελο, όπου η ψηλάφισή της από τα κοιλιακά τοιχώματα είναι αδύνατη (εικόνα 4).

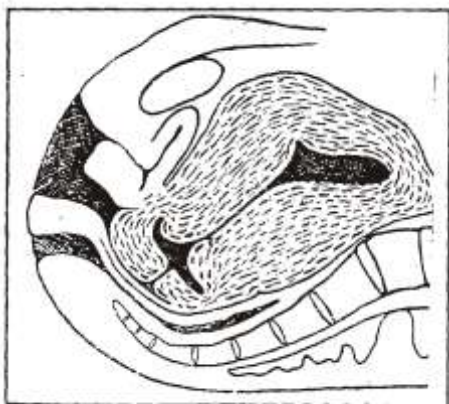


Εικόνα 4. Παλινδρόμηση της μήτρας μετά τον τοκετό (DeCherney, 2005).

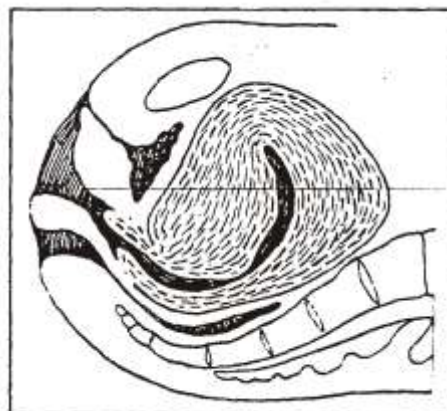
Το μήκος της μήτρας αμέσως μετά τον τοκετό υπολογίζεται σε 15cm, το πλάτος σε 12cm και το πάχος της σε 8-10cm περίπου. Το πάχος των τοιχωμάτων της φθάνει τα 4-5cm. Το βάρος της μήτρας μετά τον τοκετό είναι 1000-1500g. Κατέρχεται στα 750g μετά από το πρώτο 24ωρο, την 15η ημέρα στα 300g και την 6η-8η εβδομάδα στο φυσιολογικό της βάρος, δηλαδή 40-60g, (εικόνα 5). Η ελάττωση του μεγέθους της μήτρας αμέσως μετά τον τοκετό οφείλεται στην έξοδο του εμβρύου, του πλακούντα και του αμνιακού υγρού. Στην εικόνα 6 απεικονίζεται η μορφή της μήτρας αμέσως μετά τον τοκετό, την 5^η και την 12^η ημέρα της λοχείας.



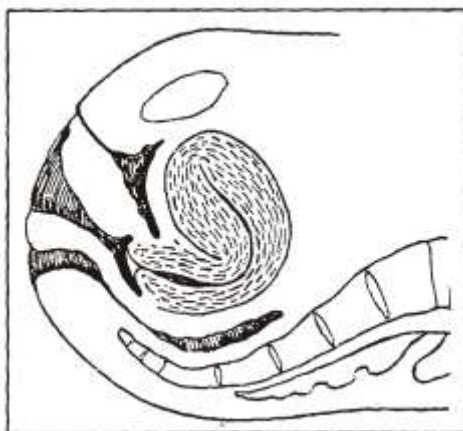
Εικόνα 5. Εγκάρσιες τομές της μήτρας στο ύψος της πλακουντιακής πρόσφυσης σε διάφορα χρονικά διαστήματα μετά τον τοκετό (Αντσακλής, 2011).



Η μήτρα αμέσως μετά τον τοκετό



Η μήτρα την 5η ημέρα της λοχείας



Η μήτρα την 12η ημέρα της λοχείας

Εικόνα 6. Η μήτρα αμέσως μετά τον τοκετό, την 5^η και την 12^η ημέρα της λοχείας (Παπανικολάου, 1994)

Ενδομήτρια Κοιλότητα

Η περιοχή της ενδομήτριας κοιλότητας γνωστή ως πλακουντιακή άλω εγκαταλείπεται μετά την αποκόλληση του πλακούντα. Μετά την υστεροτοκία η πλακουντιακή άλω εμφανίζεται ως μια τραυματική επιφάνεια με μεγάλα αγγεία που επικαλύπτονται από θρόμβους. Μαζί με την αποβολή του πλακούντα, φεύγουν από το σημείο της εμφύτευσής του μόνο οι δύο πρώτες στιβάδες του βασικού φθαρτού, η συμπαγής και η σπογγώδης. Από το βασικό φθαρτό μένει μόνο η τελευταία ζώνη που λέγεται και βασική ζώνη (Zona Basalis). Αυτή η βασική ζώνη δεν παθαίνει νέκρωση και από τους λίγους πυθμένες των αδένων του ενδομητρίου που έχουν απομείνει σ' αυτή τη ζώνη, θα ξαναγεννηθεί το νέο ενδομήτριο μαζί με τον συνδετικό ιστό που έμεινε.

Οι άλλες στιβάδες θα νεκρωθούν και μαζί με τα στοιχεία της πλακουντιακής άλω θα πέσουν σαν "λόγια".

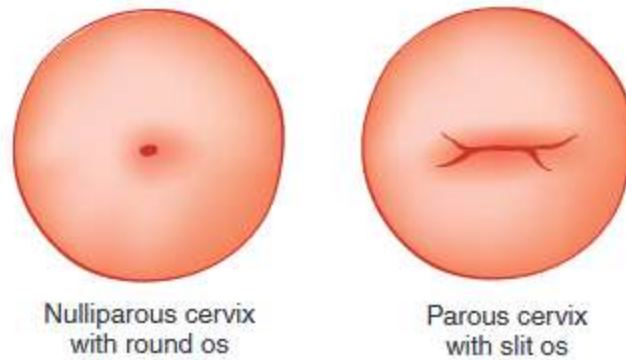


Εικόνα 7. Αποκόλληση πλακούντα –υστεροτοκία (Μπουσκληβίτη κ.α., 2017).

Η διάμετρος της πλακουντιακής άλω μετά τον τοκετό είναι περίπου 10cm. Στο τέλος της 2ης εβδομάδας μειώνεται στα 3cm για να φθάσει στο τέλος της 6ης εβδομάδας το 1,5cm και τον 6^ο μήνα να διακρίνεται σαν μικρή μελαχρωματική περιοχή. Η κάλυψη της τραυματικής επιφάνειας συμπληρώνεται με πολλαπλασιασμό των ενδομήτριων αδένων που βρίσκονται κάτω από την πλακούντια επιφάνεια. Οι έξι εβδομάδες της λοχείας δεν επαρκούν για να καλυφθεί με επιθήλιο ολόκληρη η πλακούντια επιφάνεια, ενώ η υπόλοιπη επιφάνεια της κοιλότητας της μήτρας καλύπτεται μέσα στις 2-3 πρώτες εβδομάδες. Η ποσότητα και η διάρκεια παραγωγής των λοχίων αντανακλούν την έκταση και τον βαθμό προόδου της επούλωσης της πλακουντιακής άλω. Κάθε καθυστέρηση επούλωσης μεταφράζεται κλινικά με παράταση της απώλειας αίματος μετά τον τοκετό.

Τράχηλος

Ταυτόχρονα με την παλινδρόμηση της μήτρας επανασχηματίζεται εντός ωρών και ο τράχηλος. Μετά τον τοκετό ο τράχηλος της μήτρας είναι οίδηματώδης και αιμορραγικός με οδοντωτό δαντελοειδές περίγραμμα και το μήκος του κυμαίνεται από 3-6 cm, ενώ το πάχος των τοιχωμάτων του είναι 1,5 cm περίπου. Ο τράχηλος είναι μαλακός μετά τον τοκετό και επανακτά το σχήμα του 18 ώρες μετά. Αρχικά το τραχηλικό στόμιο είναι χαλαρό και υποδέχεται δύο δάκτυλα και στη συνέχεια με γρήγορο ρυθμό επανέρχεται στην προ του τοκετού κατάστασή του, ώστε με δυσκολία να περνά ένα δάκτυλο. Επανέρχεται στην αρχική του κυλινδρική μορφή στο τέλος της 3ης εβδομάδας με την διαφορά ότι το έξω τραχηλικό στόμιο λαμβάνει μόνιμα την μορφή σχισμής (εικόνα 8). Κατά την 10η ημέρα της λοχείας το οίδημα και η υπεραιμία εξαφανίζονται και οι τυχόν υπάρχουσες ρήξεις επουλώνονται. Το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο δεν ανακτά ποτέ την αρχική του εμφάνιση.



Εικόνα 8. Μόνιμη αλλαγή παρατηρείται στον τράχηλο μετά τον τοκετό (Blackburn, 2007).

Κόλπος

Ο κόλπος μετά τον τοκετό είναι μεγάλος και έχει λεία τοιχώματα. Την 6η-8η εβδομάδα παίρνει το μέγεθος και το σχήμα, που είχε πριν την εγκυμοσύνη (Lowdermilk & Perry, 2006). Οι πτυχές του εμφανίζονται στο τέλος της 4ης εβδομάδας, αλλά ποτέ δεν παίρνουν την όψη, που είχαν πριν τον τοκετό. Η είσοδος του κόλπου τις πρώτες ημέρες εμφανίζεται ερεθισμένη ιδιαίτερα στην περιοχή των ρήξεων ή της περινεοτομίας. Ο παρθενικός υμένος επικαλύπτεται από στρώμα επιθηλίου και τα υπολείμματά του συνιστούν πλέον τα μύρτα. Η επούλωση δηλαδή του κατακερματισμένου παρθενικού υμένα οδηγεί στο σχηματισμό των μύρτων.

Αιδοίο

Μετά τον τοκετό το αιδοίο είναι ερεθισμένο και οίδηματώδες. Με την πάροδο των ημερών επανέρχεται στη φυσιολογική του κατάσταση και ξαναβρίσκει την τονικότητά του.

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα υφίστανται μόνιμες μεταβολές και ο σκαφοειδής βόθρος εξαφανίζεται. Τα μικρά χείλη γίνονται πιο μαλακά στη σύσταση, ενώ συγχρόνως παθαίνουν μια επιμήκυνση.

Περίνεο

Το περίνεο είναι χαμηλότερο απ' ό,τι ήταν πριν από τον τοκετό. Εμφανίζεται και αυτό ερεθισμένο και οίδηματώδες. Οι μύες του περινέου αμέσως μετά τον τοκετό παρουσιάζουν εξεσημασμένη χαλάρωση, που όμως βαθμιαία αποκαθίσταται, εκτός αν έχουν υποστεί σοβαρές κακώσεις κατά τον τοκετό. Ο ανελκτήρας του περινέου έχει υποστεί διαφόρου βαθμού κακώσεις ή διατομές.

Πυελικό έδαφος

Το έδαφος της πυέλου που αποτελείται από μύες, απονευρώσεις και λίπος παθαίνει ένα οίδημα. Συχνά παραμένει μια χαλάρωση στο πυελικό έδαφος, που προδιαθέτει στην εμφάνιση αργότερα κυστεοκήλης, ουρηθροκήλης, ορθοκήλης, ενώ σε μερικές περιπτώσεις εμφανίζεται αρχόμενη πρόπτωση της μήτρας. Συνήθως οι αρθρώσεις της πυέλου επανακτούν τη στερεότητά τους.

2.2.2. Ουροποιητικό σύστημα

Η ουροδόχος κύστη και η ουρήθρα, με την πίεση της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου πάνω τους, παθαίνουν οίδημα και υπεραιμούν. Μετά τον τοκετό η ουροδόχος κύστη έχει χαλαρό μυϊκό τόνο και αυξημένη χωρητικότητα. Η επιμήκυνση, διάταση και υποτονία των ουρητήρων και η διάταση της νεφρικής πυέλου κατά την εγκυμοσύνη επανέρχονται στη φυσιολογική τους κατάσταση σε μικρό χρονικό διάστημα από τον τοκετό, εκτός αν συμβεί ουρολοίμωξη. Η πολυουρία των πρώτων ημερών της λοχείας συνοδεύεται από "φυσιολογική πρωτεϊνουρία" (1-2 ημέρες) λόγω του έντονου καταβολισμού που παρατηρείται στο μυομήτριο.

2.2.3. Κοιλιακά τοιχώματα-περιτονία

Για δύο περίπου εβδομάδες τα κοιλιακά τοιχώματα της λεχώνας εμφανίζονται χαλαρά και δεν έχουν την δυνατότητα να συσπαστούν. Μετά από 6-7 εβδομάδες ξαναβρίσκουν τον τόνο που είχαν πριν τον τοκετό. Σε ποσοστό περίπου 50% των λεχώνων παραμένουν οι ραβδώσεις στο κοιλιακό τοίχωμα που είναι αποτέλεσμα διαχωρισμού των ελαστικών ινών του δέρματος από την διάτασή του κατά την κύηση. Οι ερυθρές ραβδώσεις προοδευτικά υποχωρούν και με την ανάπτυξη νέων συνδετικών ινών αργότερα, εμφανίζονται στην περιφέρεια της κοιλιάς ως λευκωπές ραβδώσεις που παραμένουν μόνιμα. Με ξεκούραση, σωστή δίαιτα και ειδικές ασκήσεις τα κοιλιακά τοιχώματα επανέρχονται κάπως στη φυσιολογική τους κατάσταση (Μανταλενάκης 1996). Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις δεν ανακτάται ποτέ καλός μυϊκός τόνος υπογαστρίου και παραμένουν χαλαρά τα κοιλιακά τοιχώματα.

2.2.4. Μαστοί-γαλουχία

Κατά την διάρκεια της κύησης, ο μαζικός αδένας και γενικότερα ο μαστός δέχεται τις απαραίτητες εκείνες ορμονικές επιδράσεις, που θα τον καταστήσουν ικανό να ανταποκριθεί στην λειτουργική του επάρκεια κατά την λοχεία. Κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων ο κάθε μαστός αυξάνει το βάρος του κατά 400g περίπου, ενώ διπλασιάζεται η αιμάτωσή του. Πιο συγκεκριμένα αυξάνονται και αναπτύσσονται οι γαλακτοφόροι πόροι, αναπτύσσονται τα επιθηλιακά κύτταρα των κυψελίδων.

Η κυριότερη επίδραση της προγεστερόνης συνίσταται στην προαγωγή της ωρίμανσης των κυψελιδικών κυττάρων, που μετατρέπονται σε εκκριτικά. Κατά την κύηση η δράση της προλακτίνης είναι συνεργική με τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη. Μετά τον τοκετό όμως ανταγωνίζονται την δράση της προλακτίνης για την παραγωγή του γάλακτος, ενώ για την εγκατάσταση της φυσιολογικής γαλουχίας φαίνεται να παίζει ρόλο και η δράση της αυξητικής ορμόνης, της κορτιζόλης, της θυροξίνης, της ινσουλίνης, η πλακουντιακή γαλακτογόνο ορμόνη (HPL) και η ωκυτοκίνη.

Βασική προϋπόθεση για την εγκατάσταση της γαλουχίας αποτελεί η ελάττωση των επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης. Η προλακτίνη είναι ελαττωμένη σε σχέση με την περίοδο της κύησης, αλλά διατηρείται σε υψηλότερες συγκεντρώσεις κατά 2-3 φορές απ' ό τι πριν απ' αυτή.

Από το μέσο της κύησης περίπου παράγεται το λεγόμενο πύαρ ή πρωτόγαλα, η έκκριση του οποίου σε μικρή ποσότητα συνεχίζεται μέχρι τον τοκετό. Το πύαρ είναι μια ουσία που μοιάζει πολύ με το μητρικό γάλα αλλά περιέχει περισσότερο λεύκωμα και λιγότερο λίπος και ζάχαρη. Μετά την έξοδο του πλακούντα η απότομη πτώση των ορμονών κυρίως των οιστρογόνων ενεργοποιεί αντανakλαστικά την έκκριση της προλακτίνης από τα λακτοφόρα κύτταρα του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης. Το γάλα αρχίζει να παράγεται περί την τρίτη ημέρα της λοχείας (Κρεατσάς, 2009). Η έναρξη της έκκρισης διαπιστώνεται με διόγκωση και υπεραιμία των μαστών οι οποίοι σκληραίνουν στην σύστασή τους και γίνονται επώδυνοι. Είναι πιθανή και μικρή άνοδος της θερμοκρασίας. Τα φαινόμενα αυτά είναι έκδηλα τις 2-3 πρώτες ημέρες, μόλις δηλαδή η λειτουργικότητα των μαστών καταστεί πλήρης, ενώ έπειτα υποχωρούν και η γυναίκα μπορεί πιο ευχάριστα να συνεχίσει το θηλασμό. Οι μεταβολές στους μαστούς είναι πιο έντονες στις πρωτοτόκες και ηπιότερες στις πολυτόκες.

2.2.5. Αλλαγές από άλλα συστήματα

Κυκλοφορικό Σύστημα

Τα πρώτα λεπτά της ώρας, μετά τον τοκετό, ο όγκος παλμού ελαττώνεται κατά 40-50% για να επανέλθει 2-3 εβδομάδες αργότερα. Η απώλεια αίματος κατά τον τοκετό οδηγεί σε ολική ελάττωση του όγκου του αίματος, που φτάνει το 10% στο τέλος των τριών πρώτων ημερών.

Το άδειασμα τη μητριάας κοιλότητας προκαλεί κάθοδο του διαφράγματος και αυτή επαναφορά του καρδιακού άξονα στη φυσιολογική του θέση, γι' αυτό και οι ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλαγές των πρώτων ημερών της λοχείας διορθώνονται.

Οι σφύξεις μετά τον τοκετό ανέρχονται σε 100/1'. Άλλοτε επιβραδύνονται 70-60 ή και 50/1', ιδιαίτερα στις πολυτόκες και επανέρχονται στο τέλος της 1ης εβδομάδας. Επιτάχυνση σφύξεων παρατηρείται σε αναιμικές λεχώνες και αυτές που έχασαν περισσότερο αίμα στον τοκετό καθώς και σε λοίμωξη.

Η αρτηριακή πίεση αυξάνει λίγο στην αρχή της λοχείας και κατόπιν παραμένει στα ίδια επίπεδα.

Αν δεν υπάρχει απώλεια αίματος, η αιμοσφαιρίνη και ο αιματοκρίτης πέφτουν φυσιολογικά την 4η ημέρα της λοχείας από παροδική αιματοραΐωση και επανέρχονται στις πραγματικές τους τιμές την 6η ημέρα.

Τα λευκά αιμοσφαίρια αυξάνουν μέχρι και 40.000 ανά κ.χ. με τον τοκετό και επανέρχονται την 6η ημέρα στο φυσιολογικό.

Αναπνευστικό Σύστημα

Επειδή μετά τον τοκετό κατεβαίνει το διάφραγμα και αυξάνεται η χωρητικότητα του θώρακα, οι αναπνοές της στο λεπτό γίνονται λιγότερες.

Πεπτικό Σύστημα

Η ατονία του πεπτικού, που παρατηρείται στην εγκυμοσύνη, αποκαθίσταται σύντομα μετά τον τοκετό. Η όρεξη των λεχώνων είναι ελαττωμένη, η δίψα τους όμως,

αυξημένη ιδιαίτερα σ' αυτές που θηλάζουν.

Ενδοκρινείς Αδένες

Η ωοθυλακιοτρόπος και η ωχρινोटρόπος ορμόνη επανέρχονται στις πριν την εγκυμοσύνη τιμές την 3η εβδομάδα. Σε γυναίκες που δεν θηλάζουν, η εμμηνορρυσία μπορεί να εμφανισθεί το νωρίτερο την 27^η ημέρα της λοχείας. Το 1/3 από τους πρώτους κύκλους είναι ανωοθυλακιορρηκτικοί και οι περισσότεροι εμφανίζουν ανεπάρκεια ωχρού σωματίου.

Η φυσιολογική αμηνόρροια της λοχείας είναι αποτέλεσμα της αναστολής των γοναδοτρόπων ορμονών από την αυξημένη έκκριση προλακτίνης κατά τον θηλασμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Συναισθηματικές διαταραχές στην λοχεία

Η εγκυμοσύνη προκαλεί στην μέλλουσα μητέρα έντονες αλλαγές, τόσο βιολογικές και σωματικές όσο και ψυχολογικές. Επηρεάζει την εικόνα του σώματος της και της προκαλεί έκδηλες συγκινησιακές μεταβολές. Αρκετές γυναίκες βιώνουν αισθήματα αναξιότητας, στεναχώριας και έντονης λύπης μετά από την γέννηση του παιδιού τους. Τον τελευταίο καιρό παρατηρείται αύξηση στην συχνότητα των περιστατικών μελαγχολίας και κατάθλιψης κατά την περίοδο της λοχείας.

Η γέννηση του παιδιού επιφέρει μια σειρά από 'απώλειες' στην λεχωίδα. Καθώς το βρέφος δεν αποτελεί πλέον κομμάτι του σώματος της η λεχωίδα καλείται να αναγνωρίσει την ατομικότητα του. Οι πολλαπλοί ρόλοι που πρέπει να αναλάβει αλλά και η προσαρμογή της στις μη ανατρεψίμες καθημερινές αλλαγές την καταβάλλουν σωματικά. Από την άλλη η έλλειψη χρόνου την οδηγεί στην απώλεια του αισθήματος του εαυτού της και της προσωπικής της ανεξαρτησίας. Είναι δύσκολο για όποιον δεν γνωρίζει την μητέρα πριν και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, να αξιολογήσει την ψυχολογική της κατάσταση στη λοχεία.

Η εικόνα του νεογνού δεν εκπροσωπεί πάντα την ευτυχία. Η μητέρα, ιδιαίτερα η πρωτοτόκος, έχει να αντιμετωπίσει δυσκολίες για την διατροφή και την φροντίδα του παιδιού της. Οι ψυχολογικές προσαρμογές στη μητρότητα συμβαίνουν σταδιακά και απαιτούν χρόνο. Η γονεϊκότητα είναι μια σύνθετη διαδικασία και εμπειρία, που επηρεάζεται από τις προσδοκίες των γονέων, συνοδεύεται από αντιδράσεις και συναισθήματα αντιφατικά, που ούτε οι ίδιοι οι γονείς δεν τα περιμένουν. Η μητέρα πρέπει να μάθει να φροντίζει το νεογέννητό της, ενώ συγχρόνως αναρρώνει από την βιολογική και ψυχολογική ένταση της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Πολλές μητέρες δεν γνωρίζουν πως να φροντίσουν το παιδί τους και αισθάνονται υπερβολική αυτή την ευθύνη. Δεν υπάρχει καθορισμένο πρότυπο μητρότητας. Πόσο εύκολα και πόσο γρήγορα η μητέρα θ' αναλάβει την φροντίδα του παιδιού της εξαρτάται από την αυτοπεποίθησή της, και από το εάν είναι αγχώδης προσωπικότητα. Όσο περισσότερο αγχώδης είναι μια γυναίκα τόσο πιο δύσκολα ανταποκρίνεται στις οδηγίες.

Οι ορμονικές αλλαγές, που αρχίζουν αμέσως μετά την έξοδο του πλακούντα, επηρεάζουν την ψυχολογία της γυναίκας. Με την ολοκλήρωση της υστεροτοκίας συμβαίνει μια απότομη μεταβολή στις μητρικές ορμόνες, ιδιαίτερα της προγεστερόνης.

Το νοσοκομειακό περιβάλλον και η αποξένωση της λεχώνας από το οικογενειακό της περιβάλλον όταν ο τοκετός δεν έχει ικανοποιήσει τις προσδοκίες της λεχώνας, είναι δυνατόν να της προκαλέσει φόβο και απογοήτευση. Επιπλέον η λεχώνα μπορεί να αισθάνεται φυσική δυσφορία ή πόνο από τραύμα στο περίνεο, αιμορροΐδες και υπερφόρτωση μαστών.

Επιπρόσθετοι κοινωνικοί παράγοντες, όπως ο θάνατος και η ασθένεια συγγενικού προσώπου, η οικονομική δυσχέρεια και οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης επιβαρύνουν την προσπάθεια προσαρμογής στις νέες συνθήκες και αυξάνουν τον κίνδυνο ψυχολογικών προβλημάτων.

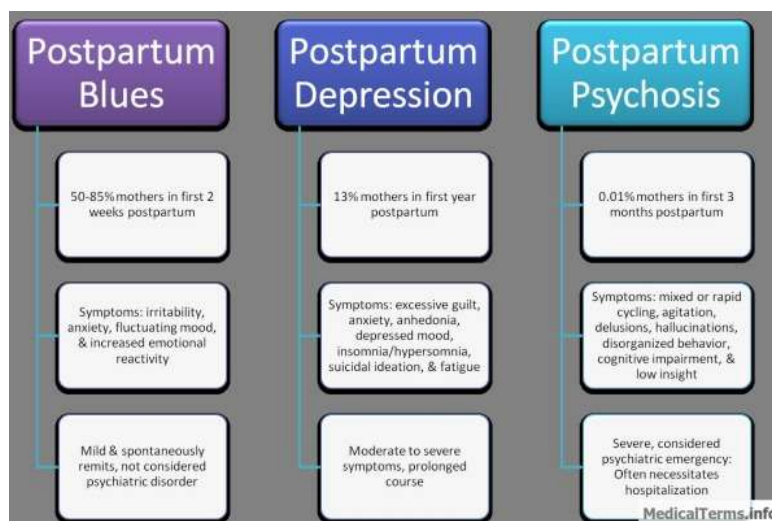
Πολλές γυναίκες παρουσιάζουν συναισθηματική αστάθεια τις πρώτες 3-4 ημέρες της λοχείας και περίπου μια στις τρεις λεχώνες βιώνει μια μεταβατική περίοδο, ευσυγκινησίας, άγχους, ανησυχίας και ευερεθιστότητας, μία κατάσταση γνωστή με τ'

όνομα "Κατάπτωση της 3ης ημέρας". Η μητέρα παρουσιάζει ξαφνικά και αδικαιολόγητα επεισόδια με κλάμα και αδυναμία να φροντίσει το παιδί της. Για μερικές μητέρες αυτή η κατάσταση μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από το συνηθισμένο και αυτό είναι ένδειξη ότι η μητέρα έχει ανάγκη από μεγαλύτερη υποστήριξη. Κάθε λεχώνα έχει ανάγκη από σταθερή και επαρκή υποστήριξη. Θα πρέπει να επαινούμε την λεχώνα για την ικανότητά της να φέρει στον κόσμο το παιδί της και την ικανότητά της να το φροντίζει.

Είναι απαραίτητο να εξηγήσουμε στη μητέρα ότι τα μητρικά αισθήματα αναπτύσσονται με διαφορετικό ρυθμό και εκδηλώνονται με διαφορετικό τρόπο σε κάθε μητέρα. Πολλές μητέρες κατακλύζονται από στοργικά αισθήματα αμέσως μετά την γέννηση του παιδιού τους, άλλες χρειάζονται μερικές ημέρες για ν' αναπτύξουν και να αισθανθούν την μητρότητα.

Κατά την πρώτη εβδομάδα της λοχείας παρατηρείται μια κατάσταση ευφορίας σε 80% περίπου των περιπτώσεων, η οποία ακολουθείται από καταστολή ή μελαγχολία. Έτσι λοιπόν, ο πρώτος ενθουσιασμός της επιτυχίας της κύησης και του τοκετού δίνει τη θέση του στα καθημερινά επιπρόσθετα προβλήματα της λοχείας και της παρουσίας του νεογνού ο φόβος και το άγχος για το πως θα εξελιχθούν τα πράγματα στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον δημιουργεί ανώμαλες ψυχικές αντιδράσεις, που παρατηρούνται σε ποσοστό 0,3 % περίπου. Από τα αναφερθέντα καταλαβαίνουμε ότι είναι απαραίτητο να σημειώνεται η ψυχολογική κατάσταση της λεχώνας και να επισημαίνεται με προσοχή η ύπαρξη σημείων καταστολής ή ψυχικής αστάθειας.

Οι επιλόχειες καταθλιπτικές διαταραχές χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες 1) την επιλόχεια μελαγχολία 2) την επιλόχεια κατάθλιψη και 3) την επιλόχεια ψύχωση. Η επιλόχειος μελαγχολία είναι η πιο συχνή από τις τρεις και τα κυριότερα συμπτώματα της είναι η ευμεταβλητότητα του συναισθήματος, η ευερεθιστότητα, τα κλάματα, το άγχος και η διαταραχή σε ύπνο και όρεξη που κορυφώνεται την 4^η -5^η ημέρα της λοχείας. Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι επίσης συχνή σε ποσοστό 10-15% του γυναικείου πληθυσμού. Συνήθως τα συμπτώματα της κατάθλιψης εμφανίζονται κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό αλλά είναι πιθανό να εμφανιστούν αμέσως μετά την εγκυμοσύνη. Η επιλόχεια ψύχωση είναι σπάνια και παρατηρείται σε συχνότητα 0.1-0.2% μετά την γέννηση.



Εικόνα 7. Οι τρεις βασικές ψυχικές διαταραχές κατά την διάρκεια της λοχείας (<http://medicalterms.info/diseases/Postpartum-Depression/>)

3.2. Αιτιοπαθογένεια των διαταραχών

Η αιτιολογία των ψυχολογικών διαταραχών κατά την περίοδο της λοχείας είναι πολυπαραγοντική, με την έννοια ότι δεν ενοχοποιείται συνήθως ένα μόνο αίτιο για την εκδήλωσή τους. Οι κυριότεροι παράγοντες που ευθύνονται είναι (Χριστοδούλου, 2004):

Γεννητικοί και οικογενειακοί

Το ιατρικό ιστορικό της οικογένειας σε κάποια ψυχιατρική διαταραχή αποτελεί σημαντικός παράγοντας. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε συγκρίθηκαν λεχωίδες με επιλόχεια κατάθλιψη και χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη ως προς το ιστορικό κατάθλιψης των μητέρων τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μητέρες με ιστορικό κατάθλιψης ήταν κατά μεγάλο ποσοστό οι μητέρες των λεχωίδων με επιλόχεια κατάθλιψη (O'Hara, 1997). Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι οι λεχωίδες με ιστορικό κατάθλιψης ενός συγγνή πρώτου βαθμού (γονείς, αδέρφια, παιδιά) έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν την ασθένεια απ'ότι τα άτομα χωρίς οικογενειακό ιστορικό (Clinic, 2006).

Νευροχημικοί

Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι πιο βαριές μορφές επιλόχειας κατάθλιψης συνοδεύονται από βιοχημικές διαταραχές του εγκεφάλου, αλλά δεν έχει αποδειχθεί με βεβαιότητα ότι δεν σχετίζονται αιτιοπαθογενετικά με την κατάθλιψη. Συγκεκριμένα έχουν ενοχοποιηθεί τρεις νευροδιαβιβαστικές ουσίες 1) η σεροτονίνη (5-υδροξυτρυπταμίνη 5-HT), η νοραδρεναλίνη (NA) και η ντοπαμίνη (NA) (Χριστοδούλου, 2004).

Νευροενδοκρινικοί

Μετά την εγκυμοσύνη παρατηρούνται μεγάλλες ορμονικές αλλαγές που μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα κατάθλιψης. Συγκεκριμένα τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη που αυξάνονται πολύ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μειώνονται απότομα και επιστρέφουν στα κανονικά όρια προ εγκυμοσύνης μετά το πρώτο 24ωρο του τοκετού.

Η δυσλειτουργία του θυροειδή ακόμα και η παροδική μετά τη γέννα έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με την επιλόχειο κατάθλιψη (Pedersen et al., 1993). Έρευνα σε ομάδα γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη κατέληξε ότι όφειλαν την καταθλιπτική τους διάθεση σε δυσλειτουργία του θυροειδή (Harris, 1993).

Προσωπικότητα

Η προσωπικότητα της λεχωίδας παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των ψυχιατρικών διαταραχών. Απαισιόδοξα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση, αρνητικό τρόπο σκέψης, εκδήλωση υπερβολικής ανησυχίας ή αισθήματα ανικανότητας και ελέγχου διαφόρων γεγονότων στη ζωή τους παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη (Καλογερόπουλος Α., 2007).

Παράλληλα τα φοβικά συναισθήματα απώλειας που εμφανίζουν οι νέες μητέρες, όπως φόβος απώλειας μητρικού ρόλου ή γυναικείας ελκυστικότητας είναι πιθανά αίτια της επιλόχειας κατάθλιψης (Δασκαλόπουλος Θ., 2007).

Προδιαθεσικές καταστάσεις

Πολλές φορές ψυχοπιεστικές καταστάσεις φαίνονται να προηγούνται της έναρξης μιας τέτοιας διαταραχής. Έχουν αναφερθεί καταστάσεις όπως δυσκολίες στο γάμο, στην εργασία ή στο σπίτι ότι μπορούν να επιρρεάσουν. Μελέτη κατέληξε σε τέσσερις καταστάσεις που θεωρήθηκαν παράγοντες ευαλωτότητας: 1) η φροντίδα μικρών παιδιών, 2) η έλλειψη απασχόλησης έξω από το σπίτι 3) η έλλειψη ενός προσώπου εμπιστοσύνης για διαπροσωπική επικοινωνία. 4) η αποστέρηση από τη μητέρα (Χριστοδόλου, 2004).

Επιπλέον σημαντικός παράγοντας θεωρείται η απουσία κοινωνικής υποστήριξης και τα αρνητικά συμβάντα ζωής, η επαγγελματική αστάθεια, η απουσία προηγούμενης εμπειρίας με παιδιά, η μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη, οι κακές συζυγικές σχέσεις ή η απουσία γάμου, η κακή σχέση ασθενούς με τη μητέρα της και η πολυτοκία (Κελλαρτζής κ.α. 2003). Η ανύπαντρη μητέρα που δεν έχει την βοήθεια από τον πατέρα του παιδιού της ή την οικογένεια της δεν την βοηθάει, έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξει συναισθηματική διαταραχή.

Ψυχολογικοί

Τα άτομα που είναι επιρρεπή σε κατάθλιψη χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονη αυτοκριτική. Άλλη θεωρία ισχυρίζεται ότι η αυτοκριτική είναι θυμός ή επιθετικότητα εναντίον του εαυτού. Κατά Φρόντλντ έχουν σημειωθεί οι διαφορές ανάμεσα στο κοινό πένθος φυσιολογική αντίδραση απώλειας και της κατάθλιψης που ακολουθεί την απώλεια είτε ενός αγαπημένου ατόμου είτε την απόκτηση ενός παιδιού. Η γνωστική θεωρία της κατάθλιψης την αποδίδει σε αρνητική, λανθασμένη εκτίμηση που κάνει το άτομο για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον (Μάνος, 1997).

Αγχώδεις καταστάσεις

Το άγχος είναι πολύ σημαντικός παράγοντας που μπορεί να οφείλεται σε απλά προβλήματα όπως οικονομικές δυσχέρειες, αλλά και σε σοβαρά γεγονότα όπως η διάλυση του γάμου ή ο θάνατος αγαπημένου ανθρώπου. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο κίνδυνος για κατάθλιψη δείχνει να αυξάνεται (Clinic, 2005).

Ένα σημαντικό αίτιο είναι το άγχος για το πώς η γυναίκα θα φροντίσει το μωρό γιατί αν είναι η πρώτη της φορά δεν ξέρει ακριβώς τι να κάνει και νομίζει πως είναι άχρηστη και ανίκανη να τα φέρει εις πέρας. Σε αυτήν την περίπτωση η ενημέρωση και η εμπειρία είναι σημαντικά για την ψυχική της υγεία.

Άλλο ένα σημαντικό αίτιο είναι το σώμα και το βάρος της γυναίκας που τα παραπάνω κιλά της εγκυμοσύνης παραμένουν και μετά την γέννα προκαλώντας της άγχος και δημιουργώντας της αρνητική εικόνα για τον εαυτό της. Είναι γεγονός ότι η εγκυμοσύνη αλλάζει το σώμα της γυναίκας για να δεχτεί και να αναπτυχθεί το έμβρυο, αυτό μπορεί να της προκαλέσει αμφιβολίες για το αν είναι ακόμα επιθυμητή στον σύντροφο της.

ΣΚΟΠΟΣ-ΥΛΙΚΟ

Σκοπός

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με σκοπό να μελετηθούν οι συναισθηματικές διαταραχές στην λοχεία. Έγινε μια προσπάθεια λοιπόν να γίνει μια σύντομη περιγραφή των φυσιολογικών ψυχολογικών και ανατομικών μεταβολών που παρατηρούνται κατά την διάρκεια της λοχείας. Στην συνέχεια έγινε μια αναφορά στην αιτιοπαθογένεια των συναισθηματικών διαταραχών. Ακολουθούν κεφάλαια με λεπτομερή περιγραφή, συμπτωμάτων, διάγνωσης και θεραπείας των τριών κυριότερων δηλαδή της επιλόχειας μελαγχολίας, της κατάθλιψης και της ψύχωσης.

Υλικό

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έγινε με αναζήτηση σχετικών με το αντικείμενο της εργασίας άρθρων από την ιστοσελίδα Pub Med, από το Up-to-date, το best-practise.bmj, sciencedirect και την ιστοσελίδα της Cochrane Library. Επίσης, υλικό αντλήθηκε από τη διδαχθείσα ύλη του μεταπτυχιακού προγράμματος και από το επιστημονικό περιοδικό «Ελληνικό Περιοδικό Γυναικολογίας και Μαιευτικής».

Κατά την αναζήτηση ξένης βιβλιογραφίας, χρησιμοποιήθηκαν ως λέξεις-κλειδιά οι όροι: prenatal psychology, postpartum period postpartum depression, postpartum depressive symptoms, Postpartum psychosis, Maternity blues, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Για ελληνική βιβλιογραφία χρησιμοποιήθηκαν οι όροι λοχεία, φυσιολογία λοχεία, επιλόχειος μελαγχολία, επιλόχειος κατάθλιψη, επιλόχειος ψύχωση, κλίμακα Εδιμβούργου.

Από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας επιλέχθηκαν άρθρα που έχουν δημοσιευθεί από την περίοδο έως το. Έτσι χρησιμοποιήθηκαν άρθρα που είναι δημοσιευμένα σε γνωστά επιστημονικά περιοδικά (ελληνικά και ξενόγλωσσα), ελληνικά βιβλία μαιευτικής-γυναικολογίας και παθολογίας και ξενόγλωσσα καθώς και, μεταπτυχιακή διατριβή και διπλωματικές εργασίες και ιστοσελίδες.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Επιλόχειος μελαγχολία ή θλίψη της μητρότητας (Maternity blues)

4.1. Συμπτώματα

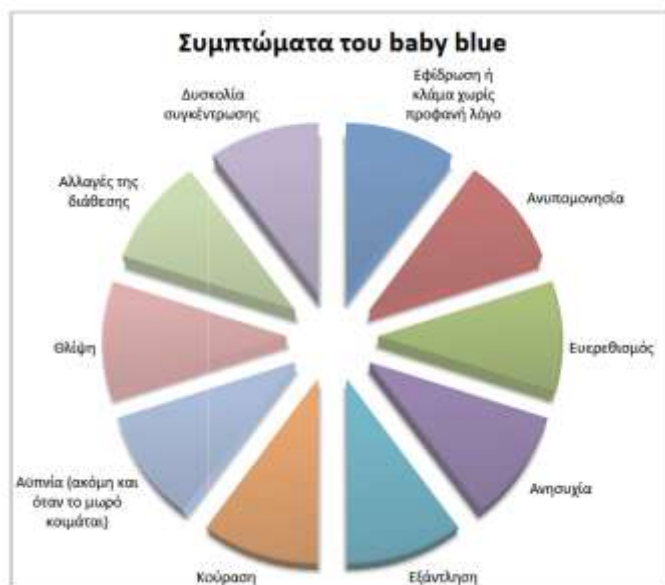
Η επιλόχεια θλίψη είναι μια ήπια μορφή διαταραχής της συμπεριφοράς η οποία βιώνεται από το 80% των γυναικών στην λοχεία (Καραγιάννη, 2017). Τα συμπτώματα συνήθως διαρκούν λίγες ώρες ή μερικές μέρες. Περίπου το 20-40% των λεχώνων παρουσιάζουν μετά τον τοκετό επιλόχειο μελαγχολία που προκαλεί στην μητέρα μελαγχολική διάθεση (εικόνα 8). Πρόκειται για μια παροδική μεταβολή της διάθεσης που αρχίζει την 3^η -4^η ημέρα μετά τον τοκετό και διαρκεί 2-4 ημέρες. Συνήθως εμφανίζεται την πρώτη εβδομάδα της λοχείας και μάλιστα περισσότερο όταν η γυναίκα επιστρέψει στο σπίτι της.



Εικόνα 8. Συχνότητα εμφάνισης ήπιων συναισθηματικών διαταραχών στην λοχεία (Καραγιάννη, 2017)

Τις περισσότερες φορές είναι περιορισμένης έντασης, μπορεί όμως να πάρει και μεγαλύτερες διαστάσεις με διαταραχές του ύπνου και δυσθυμία και να μοιάζει με την πρόδρομη φάση της επιλόχειας ψύχωσης (Dragonas, & Christodoulou, 1998).

Είναι μία ήπια και αυτοπεριοριζόμενη μορφή κατάθλιψης, η οποία δεν προκαλεί σοβαρές λειτουργικές διαταραχές ούτε στη συμπεριφορά ούτε στην καθημερινότητα της νέας μητέρας. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν σωματική κόπωση, αϋπνία, αναιμία, πόνο της περινεοτομίας, μεταπτώσεις στη διάθεση, ευερεθιστότητα, ανησυχία, σύγχυση, ξεσπάσματα με λυγμούς χωρίς προφανή λόγο, διαταραχές της όρεξης. Για τα συμπτώματα αυτά ενοχοποιούνται συνήθως η γρήγορη μεταστροφή των ορμονών, ο λιγοστός ύπνος και η φροντίδα του παιδιού.



Εικόνα 9. Κυριότερα συμπτώματα επιλόχειας μελαγχολίας (Μωραΐτου & Σταλίκας, 2006, Ακτσαλής & Σίμος, 1992)

Το αίσθημα δυσφορίας και δυσπραγίας που αισθάνεται μια γυναίκα μετά τον τοκετό μπορεί να μην είναι συνεχής θλίψη αλλά εναλλαγές συναισθημάτων. Αυτό μπορεί να μπερδέψει και να οδηγήσει σε λάθος συμπεράσματα ότι μια γυναίκα περνάει επιλόχεια κατάθλιψη. Οφείλεται σε ορμονικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης που μπορούν όμως να προκαλέσουν χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο που οδηγούν σε κατάθλιψη.

4.2. Διάγνωση

Η επιλόχειος μελαγχολία θεωρείται η πιο ήπια μορφή των ψυχικών διαταραχών της επιλόχειας και έχει αναφερθεί σε ένα 26-85% των περιπτώσεων με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν (Stein, 1982).

Τα συμπτώματα δεν πρέπει να λαμβάνονται απήφιστα, όταν επιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα (Sherwen 1995). Αν δε γίνει έγκαιρη διάγνωση τους υπάρχει πιθανότητα να εξελιχθούν σε επιλόχεια κατάθλιψη (Henshaw, 2004).

4.3. Θεραπεία

Καθώς η επιλόχεια μελαγχολία είναι συνήθως ήπια σε σοβαρότητα και λύνεται αυθόρμητα δεν ενδείκνυται συγκεκριμένη θεραπεία πέρα από την συμπαράσταση και επιβεβαίωση κυρίως των οικείων προσώπων. Αν και τα συμπτώματα μπορεί να είναι ενοχλητικά, συνήθως δεν επηρεάζουν την ικανότητα της μητέρας να λειτουργεί και να φροντίζει το βρέφος. Η ψυχιατρική συμβουλευτική γενικά δεν απαιτείται άλλα χρειάζεται πολύ ηρεμία και ξεκούραση. Καλό θα ήταν η ασθενής να καθοδηγηθεί σωστά ώστε να επικοινωνεί με τον μαιευτήρα της ή το βασικό πάροχο φροντίδας αν τα συμπτώματα επιμένουν πάνω από δύο εβδομάδες ώστε να εξασφαλιστεί η έγκαιρη αναγνώριση μιας πιο σοβαρής συναισθηματικής

ασθένειας, ιδιαίτερα της επιλόχειας κατάθλιψης πρέπει να παρακολουθούνται πιο στενά, καθώς διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για σημαντική ασθένεια (Lowdermilk et al.,2013).

Παράλληλα με την ψυχιατρική υποστήριξη, πρέπει να εφαρμόζονται και οι παρακάτω οδηγίες συμπαράστασης

- Τα μέλη της οικογένειας πρέπει να υποστηρίζουν τη λεχωΐδα.
- Η νοσηλεύτριά της πρέπει να διδάξει στην γυναίκα να φροντίζει τον εαυτό της.
- Η λεχωΐδα πρέπει να ξεκουράζεται όσο περισσότερο μπορεί.
- Να βρίσκεται με παρέα.
- Να αφιερώνει χρόνο στο σύζυγό της.
- Να περιποιείται τον εαυτό της καθημερινά.
- Να βγαίνει βόλτες με φίλες της.
- Να μην ανησυχεί για τις δουλειές του σπιτιού.
- Να μιλά με άλλες μητέρες για να ακούει και άλλες γνώμες, τα προβλήματα και τρόποι αντιμετώπισης. Οι πολύτιμες εμπειρίες τους, μπορεί να λειτουργήσουν θετικά (Χριστοδούλου και συν., 2000, Kent, 2008, Beck & Rush, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Επιλόχειος κατάθλιψη (Postpartum depression)

5.1. Συμπτώματα

Το φαινόμενο συνίσταται στο 10% των λεχωίδων, με μια αύξηση στο 30% εάν έχουν παρουσιάσει την ίδια διαταραχή σε προηγούμενη γέννα. Ο σχετικός κίνδυνος αυξάνει αισθητά, εάν η γυναίκα πάσχει ήδη από κάποια ψυχική διαταραχή. Η διάρκεια της συμπτωματολογίας κυμαίνεται από κάποιες εβδομάδες έως και χρόνο. Η αιτιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης δεν είναι γνωστή και για το λόγο αυτό διερευνάται μία ποικιλία παραγόντων από ορμονικούς μέχρι περιβαλλοντικούς. Είναι μύθος πως η επιλόχεια κατάθλιψη εκδηλώνεται μετά τον τοκετό. Περίπου 50% των περιπτώσεων αρχίζει πριν από αυτόν (Δασκαλόπουλος 2007).

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μία ετερογενή ομάδα καταθλιπτικών διαταραχών στη περίοδο της λοχείας. Χαρακτηρίζεται ως συναισθηματική δυσφορία μετά τον τοκετό, μια παροδική φάση με έντονα αρνητικά συναισθήματα που εμφανίζεται λίγο μετά τον τοκετό (Frank, 2006). Η επιλόχεια κατάθλιψη δεν είναι μια απλή ιδιοτροπία της μητέρας αλλά μια ασθένεια που για την ίαση της απαιτείται ψυχοθεραπεία και και υποστήριξη από τους οικείους της (Βάρβογλη, 2006).

Η κλινική εικόνα μιας ασθενούς με επιλόχειο κατάθλιψη προσομοιάζει με αυτή ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Αρκετά συχνά, πριν την εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής, έχει προηγηθεί ένα επεισόδιο της επιλεγόμενης επιλόχειας ακεφιάς (postpartum blues).



Εικόνα 8. Μητέρα που δεν ξέρει τι πρέπει να κάνει στο παιδί της και πώς να του συμπεριφερθεί (<http://www.newbornhub.com/postpartum-depression.html>)

Η συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης περιλαμβάνει μια σειρά συμπτωμάτων που μπορεί να ταλαιπωρήσουν την λεχωίδα για περισσότερο από 2 εβδομάδες και εμφανίζονται έως και 6 μήνες μετά το τοκετό. Τα κυριότερα συμπτώματα είναι:

1. Κακή διάθεση, συχνά κλάματα χωρίς λόγο και συναισθηματικές μεταπτώσεις.
2. Έλλειψη ικανοποίησης και ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που κάποτε προσέφεραν ευχαρίστηση.
3. Προβληματικός και ελλιπής ύπνος (δυσκολεύεται να κοιμηθεί ακόμα και όταν

- το παιδί κοιμάται).
4. Μείωση ενεργητικότητας, ατονία, αδράνεια. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι η έλλειψη ή παντελής απουσία ενδιαφέροντος για το νεογνό και για τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες.
 5. Μείωση ή απώλεια της όρεξης και του βάρους.
 6. Αισθήματα αναξιοσύνης και μειωμένης αυτοπεποίθησης. Η μητέρα αισθάνεται ότι δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις καθημερινές απαιτήσεις και υποχρεώσεις της απέναντι στο νεογνό ή και στα υπόλοιπα παιδιά.



Εικόνα 9. Αποστασιοποιημένη μητέρα από το παιδί της ενώ αυτό με κλάμα αναζητά την προσοχή της μητέρας του (www.mothersblog.gr)

7. Αισθήματα ενοχής.
8. Δυσκολία συγκέντρωσης, μνήμης και λήψης αποφάσεων (δυσκολεύεται στην συγκέντρωση ή μπερδεύεται).
9. Μειωμένο ενδιαφέρον για σεξουαλική επαφή.
10. Αισθήματα απόρριψης.
11. Άγχος (ανησυχία, θυμός, εκνευρισμός).
12. Σωματικά συμπτώματα άγχους (συχνοί πονοκέφαλοι, πόνοι στο στήθος, ταχυπαλμία, μούδιασμα ή ζαλάδα).
13. Αυτοκαταστροφικός και αυτοκτονικός ιδεασμός.
14. Ψυχαναγκαστική συμπεριφορά (για παράδειγμα η γυναίκα σχολαστικά καθαρίζει το σπίτι ενώ είναι ήδη καθαρό).
15. Σκέψεις πρόκλησης βλάβης στο μωρό ή στα άλλα παιδιά της. Η μητέρα μπορεί να ανησυχεί για την υγεία του μωρού και την μελλοντική ανάπτυξη του. Μπορεί να κάνει αρνητικές σκέψεις σχετικά με το μωρό και να φοβάται ότι μπορεί να του προκαλέσει βλάβη.
16. Ψευδαισθήσεις. Η μητέρα μπορεί να ακούει ήχους, φωνές, ή να βλέπει πρόσωπα ή πράγματα που δεν υπάρχουν.

5.2. Διάγνωση

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια σοβαρή διαταραχή διάθεσης που μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στην μητέρα αλλά και στο παιδί επομένως η έγκαιρη διάγνωση είναι υψίστης σημασίας.

Παρά την μακρόχρονη αναγνώριση αυτής της κατάστασης, εκπροσωπεί μια τεράστια μη ανιχνύσιμη μορφή μητρικής νοσηρότητας για πολλούς λόγους. Πρώτα από όλα οι γυναίκες είναι απρόθυμες να ζητήσουν την βοήθεια επαγγελματία και να αποκαλύψουν συναισθηματικά προβλήματα. Ο δισταγμός αυτός μπορεί να προέρχεται από τον δημοφιλή μύθο που ισοδυναμεί την χαρά με την μητρότητα και την εξιδανίκευση της 'καλής μητέρας' όπου τα συναιθήματα χαράς είναι πολλά και η δυστυχία μειώνεται. Η υπόθεση αυτό που βιώνουν οι γυναίκες είναι 'αγώνες' που αποτελούν φυσιολογικό κομμάτι της μητρότητας, καθιστά αδύνατο να κατανοήσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Έτσι, οι γυναίκες ερμηνεύουν την αρχή των συμπτωμάτων κατάθλιψης ως κούραση ή προβλήματα σε σχέσεις με τους άλλους και το παιδί τους.

Υπάρχουν και γυναίκες που ενώ αναγνωρίζουν τα συμπτώματα ως κατάθλιψη φοβούνται τις πιθανές επιπτώσεις αναζήτησης βοήθειας όπως να στιγματιστούν ως ψυχικά διαταραγμένες ή ως ανίκανες μητέρες. Όταν αποφασίζουν να ζητήσουν βοήθεια αναφέρουν συναισθήματα ντροπής, απογοήτευσης και εκνευρισμού στους επαγγελματίες υγείας που προσπαθούν να ελαχιστοποιήσουν τα συμπτώματα τους ή να απεικονίσουν τα βιώματα τους ως φυσιολογικά. Ακόμα και το ότι δεν ξέρουν που να απευθυνθούν για βοήθεια είναι σημαντικό εμπόδιο για αυτές.

Αρνητικό ρόλο μπορεί να παίξουν και τα μέλη της οικογένειας που μπορεί να αποθαρρύνουν τις λεχόνες στο να ζητήσουν βοήθεια γιατί σε μερικούς πολιτισμούς είναι μη αποδεκτό να παραδέχεται κανείς τα συμπτώματα κατάθλιψης ή να συζητάει αυτά τα προβλήματα ανοιχτά με την οικογένεια του.

Τέλος ακόμα και οι επαγγελματίες υγείας συχνά δεν αναγνωρίζουν τα συμπτώματα που παρουσιάζονται ως ενδεικτικά για κατάθλιψη. Ωστόσο οι έρευνες προτείνουν ότι η διαλογή (screening) μπορεί σημαντικά να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας στην ικανότητα τους να ανιχνεύσουν την επιλόχεια κατάθλιψη.

Σήμερα για τη διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης εφαρμόζονται διαγνωστικά κριτήρια όπως τα προοδευτικά εξελισσόμενα διαγνωστικά και στατιστικά εγχειρίδια (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III (1980) DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994).

Η χρήση διαφόρων διαγνωστικών εργαλείων, ιδιαίτερα της Κλίμακας/Πίνακα του Εδιμβούργου για την επιλόχειο κατάθλιψη (EPDS), μπορεί να βελτιώσει την κατανόηση του προβλήματος από το ιατρικό προσωπικό και να συντελέσει στην πρόωπη διάγνωση της επιλόχειου κατάθλιψης (Cox, 1987).

Τα μέτρα που χρησιμοποιούνται για να εκτιμηθεί η καταθλιπτική συμπτωματολογία περιλαμβάνουν τυποποιημένες συνεντεύξεις, κλίμακες κλινικής βαθμολογίας και ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς.

Ένας αριθμός τυποποιημένων συνεντεύξεων είναι διαθέσιμος για να αποδείξουν την διάγνωση τητηςπιλόχειας κατάθλιψης. Η χρησιμότητα τους είναι περιορισμένη σε εκπαιδευμένους κλινικούς γιατρούς ή ερευνητές που έχουν πλήρη γνώση των συστημάτων DSM ή ICD (Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας. Η κλινική εμπειρία είναι σημαντική στον προσδιορισμό του αν οι απαντήσεις που παρέχονται από τους συμμετέχοντες πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια.

Χρονοδιάγραμμα Συναισθηματικών Διαταραχών και Σχιζοφρένειας (SADS). Το SADS αποτελείται από ανοιχτού τύπου ερωτήσεις που αφορούν κάθε σύμπτωμα με ανιχνευτές για θέματα παρακολούθησης. Υπάρχουν 11 συμπτώματα (7 σωματικά και 4 συναισθηματικά) στις 8 κατηγορίες (διαταραχή όρεξης, διαταραχή ύπνου, κούραση, απώλεια ενδιαφέροντος, ενοχή, επηρεασμένη συγκέντρωση, αυτοκτονικός ιδεασμός και κινητική διαταραχή). Η παρουσία και η ένταση κάθε συμπτώματος έχει βαθμολογηθεί από 1 έως 6 από αυτόν που κάνει την συνέντευξη. Ένα σύμπτωμα πρέπει να έχει βαθμολογία τουλάχιστον 3 και να είναι παρόν για τουλάχιστον 2 εβδομάδες για να θεωρηθεί κλινικά σημαντικό. Η διαδικασία αυτή διαρκεί περίπου 90 λεπτά.

Δομημένη κλινική Συνέντευξη για το DSM-IV-R (SCID) Η SCID είναι μια κλινική συνέντευξη που ενσωματώνει διαγνώσεις του DSM-IV και έχει διαφορετικές εκδοχές για χρήση είτε με ψυχιατρικούς ενδονοσοκομειακούς ασθενείς ή με μη νοσηλευόμενους. Αν και έχει λογισμικό κατάλληλο για χορήγηση και βαθμολόγηση, η κλινική κριτική είναι ένα σημαντικό συστατικό της συνέντευξης που πρέπει να διεξάγεται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας. Είναι χωρισμένο σε 6 αυτόνομα προγράμματα και χρειάζεται περίπου 45 με 60 λεπτά για να ολοκληρωθεί.

Πρότυπο Ψυχιατρικής Συνέντευξης (SPI) Το SPI ή αλλιώς Κλινικό Πρόγραμμα Συνεντεύξεων CIS είναι μια ημιδομημένη συνέντευξη που προορίζεται για χρήση σε κοινοτικές έρευνες. Το SPI είναι μικρότερο από άλλες τυποποιημένες συνεντεύξεις και αποτελείται από ερωτήσεις σχεδιασμένες να εξάγουν την παρουσία ή απουσία 10 καθορισμένων ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Κάθε σύμπτωμα λαμβάνει ένα σκορ σε μια πενταθέσια κλίμακα σοβαρότητας και το τελικό αποτέλεσμα είναι το άθροισμα των 10 συμπτωμάτων αξιολόγησης που προστίθεται στο διπλάσιο της βαθμολογίας των προδήλων ανωμαλιών. Η συνέντευξη συχνά έχει τροποποιηθεί προσθέτοντας αντικείμενα που αφορούν τις αλλαγές σε απώλεια όρεξης και βάρους.

Αξιολόγηση Παρούσας Κατάστασης (PSE) Πρόκειται για μια ημιδομημένη κλινική συνέντευξη που καθορίζει αν καθορισμένα ψυχιατρικά συμπτώματα έχουν παρουσιαστεί τις προηγούμενες 4 εβδομάδες ή όχι. Τα αποτελέσματα χρησιμοποιούνται για να γίνει ταξινόμηση σύμφωνα με τον δείκτη PSE Index of Definition Catego (PSE-ID-Catego). Ο δείκτης αυτός προσδιορίζει αν αυτός μπορεί να θεωρηθεί ασθενής με κατώτερο επίπεδο το 5.

Πολλές είναι οι κλίμακες κλινικής βαθμολογίας που είναι διαθέσιμες για να καταμετρηθεί η συμπτωματολογία της κατάθλιψης και να παρακολουθείται η ανταπόκριση στη θεραπεία. Τα δύο μέτρα που αναφέρονται πολύ συχνά στην επιλογή κατάθλιψη είναι:

Κλίμακα βαθμολογίας Hamilton (HRSD) Η κλίμακα αρχικά αναπτύχθηκε για να καταμετρηθεί η σοβαρότητα της κατάθλιψης ανάμεσα στους διαγνωσμένους ασθενείς. Περιλαμβάνει 17 καταθλιπτικά συμπτώματα, 8 από τα οποία αναφέρονται σε σωματικά παράπονα. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε τριτοβάθμια ή πενταβάθμια κλίμακα με τελικό αποτέλεσμα από 0 ως 50. Μια βαθμολογία 15 και άνω υποδηλώνει μείζονα κατάθλιψη.

Κλίμακα Αξιολόγησης Κατάθλιψης Montgomery-Asberg (MADRS) Η κλίμακα αυτή αναπτύχθηκε ως μια παρατηρητική κλίμακα αξιολόγησης και αποτελείται από 10 αντικείμενα που σχετίζονται με ψυχολογικά συμπτώματα της κατάθλιψης και διαταραχή της κοινωνικής λειτουργικότητας. Κάθε αντικείμενο βαθμολογείται σε σοβαρότητα 0 έως 6 και το τελικό αποτέλεσμα από 0 ως 60. Αποτελέσματα από 7 έως 18 υποδεικνύουν ήπια κατάθλιψη αν και μερικοί ερευνητές έχουν το όριο 11.



Εικόνα 10. Η αξιολόγηση της επιλόχειας κατάθλιψης από ειδικευμένους κλινικούς γιατρούς (<http://ygeiaonline.gr>)

Ερωτηματολόγια Αυτοαναφοράς

Μετρούν τα συμπτώματα κατάθλιψης σε σχέση με την συχνότητα ή την σοβαρότητα. Παρόλα αυτά δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για διάγνωση και τα υψηλά ποσοστά πρέπει να παρακολουθούνται με πιο εμπειριστατωμένη αξιολόγηση.

Κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης Εδιμβούργου (EPDS) Αυτή η κλίμακα είναι η πιο σύνηθες στις μελέτες της επιλόχειας κατάθλιψης. Αποτελείται από δέκα ερωτήσεις με τέσσερις πιθανές απαντήσεις η κάθε μία και η γυναίκα καλείται να επιλέξει μία απάντηση από τις τέσσερις, σύμφωνα με το πώς ένιωθε τις τελευταίες επτά ημέρες. Η κάθε απάντηση κάθε ερώτησης βαθμολογείται με κλίμακα από το 0 (μηδέν) έως το 3(τρία) με το μηδέν να αντιπροσωπεύει τη πιο θετική απάντηση και το τρία την πιο αρνητική. Κατά συνέπεια η μέγιστη βαθμολογία του ερωτηματολογίου είναι τριάντα (30). Τα αντικείμενα περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικά με τα μητρικά συναισθήματα κατά την διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών και αναφέρονται σε καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, ενοχή, άγχος και αυτοκτονικό ιδεασμό.

Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από τον Cox και συνεργάτες (1987) και η μετάφρασή του και στάθμιση του στα ελληνικά έγινε από Vivilaki et al 2009 οι οποίοι προτείνουν οι βαθμολογίες που είναι μεγαλύτερες από 8/13 να θεωρούνται ως θετικές για αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης. Με αυτό το όριο οι συγγραφείς υπολόγισαν την ευαισθησία του ερωτηματολογίου στο 76,7% και την ειδικότητα 68,3%. Οι Harris και συν (1989) υπολόγισαν την ευαισθησία στο 95% και την ειδικότητα στο 93% σε σύγκριση με το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck που είχε 68% ευαισθησία και 88% ειδικότητα στον ίδιο πληθυσμό. Τέλος οι Murray και Carothers (1990) υπολόγισαν την ευαισθησία στο 95,7% και την ειδικότητα για την μείζονα και ελάσσονα κατάθλιψη μαζί, στο 67,7%. Η θετική προγνωστική αξία και για τα δύο είδη κατάθλιψης ήταν 66,7%.

Ένα πλεονέκτημα αυτής της κλίμακας είναι ότι δεν περιλαμβάνει συνήθη σωματικά συμπτώματα όπως αϋπνία και αλλαγές στην όρεξη τα οποία συμβαίνουν φυσιολογικά στην λεχωίδα. Μόνο ένα αντικείμενο απευθύνεται σε σωματικό σύμπτωμα και αυτό οφείλεται στην διάθεση (είμαι τόσο δυστυχισμένη που δυσκολεύομαι να κοιμηθώ). Συμπληρώνεται γρήγορα σε έντυπο είτε ηλεκτρονικά και έχει υψηλή μητρική αποδοχή.

Name: _____ Address: _____
 Your date of birth: _____
 Baby's date of birth: _____ Phone: _____

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST SEVEN DAYS**, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

- ☐ Yes, all the time
☒ Yes, most of the time (This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week.)
☐ No, not very often
☐ No, not at all

Please complete the other questions in the same way.

In the past 7 days:

1. I have been able to laugh and see the funny side of things
 - ☐ As much as I always could
 - ☐ Not quite so much now
 - ☐ Definitely not so much now
 - ☐ Not at all
2. I have looked forward with enjoyment to things
 - ☐ As much as I ever did
 - ☐ Rather less than I used to
 - ☐ Definitely less than I used to
 - ☐ Hardly at all
- *3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong
 - ☐ Yes, most of the time
 - ☐ Yes, some of the time
 - ☐ Not very often
 - ☐ No, never
4. I have been anxious or worried for no good reason
 - ☐ No, not at all
 - ☐ Hardly ever
 - ☐ Yes, sometimes
 - ☐ Yes, very often
- *5. I have felt scared or panicky for no very good reason
 - ☐ Yes, quite a lot
 - ☐ Yes, sometimes
 - ☐ No, not much
 - ☐ No, not at all
- *6. Things have been getting on top of me
 - ☐ Yes, most of the time I haven't been able to cope at all
 - ☐ Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual
 - ☐ No, most of the time I have coped quite well
 - ☐ No, I have been coping as well as ever
- *7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping
 - ☐ Yes, most of the time
 - ☐ Yes, sometimes
 - ☐ Not very often
 - ☐ No, not at all
- *8. I have felt sad or miserable
 - ☐ Yes, most of the time
 - ☐ Yes, quite often
 - ☐ Not very often
 - ☐ No, not at all
- *9. I have been so unhappy that I have been crying
 - ☐ Yes, most of the time
 - ☐ Yes, quite often
 - ☐ Only occasionally
 - ☐ No, never
- *10. The thought of harming myself has occurred to me
 - ☐ Yes, quite often
 - ☐ Sometimes
 - ☐ Hardly ever
 - ☐ Never

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

■ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 1, 2 και 4 (χωρίς αστερίσκο)
 Βαθμολογούνται με 0, 1, 2 ή 3 με το πρώτο κουτάκι να βαθμολογείται με 0 και το τελευταίο με 3 σε κάθε ερώτηση.

■ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 3, 5-10 (με αστερίσκο)
 Έχουν αντίθετη βαθμολογία με το πρώτο κουτάκι να βαθμολογείται με 3 και το τελευταίο με 0.

Ανώτατο αποτέλεσμα: 30
 Πιθανή κατάθλιψη: 10 και άνω
 Η ερώτηση 10 να παρατηρείται πάντα (αυτοκτονικός ιδεασμός).

Εικόνα 11. Ερωτηματολόγιο της κλίμακας EPDS (<http://aafp.org>)

5.3. Θεραπεία

Η θεραπεία που συνίσταται για την επιλόχεια κατάθλιψη εξαρτάται από την μορφή και τη σοβαρότητα της. Σε όλες τις περιπτώσεις χρειάζεται συνεχή παρακολούθηση σε όλη τη διάρκεια της λοχείας από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό. Αν μετά από 2 εβδομάδες από τον τοκετό δεν μειωθούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης τότε απαιτείται θεραπεία (Μωραΐτου, 2004). Το είδος της θεραπείας θα εξαρτηθεί από το στάδιο της διαταραχής. Οι σοβαρές περιπτώσεις απαιτούν φαρμακευτική αγωγή ή ηλεκτροσπασμοθεραπεία ενώ απαραίτητη είναι σε ορισμένες περιπτώσεις και ο συνδυασμός τους.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία επιλέγεται συνήθως για την αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης και σε περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακοθεραπεία ή δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τις παρενέργειες των φαρμάκων. Ακόμη, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται σε ασθενείς που χρειάζονται άμεσα αποτελέσματα, όπως οι μητέρες που είναι ιδιαίτερα ταραγμένες, έχουν ψευδαισθήσεις και παραληρήματα, έχουν σταματήσει ή μειώσει να τρώνε ή να πίνουν, ή κάνουν σοβαρές σκέψεις αυτοκτονίας. Ωστόσο, δεν συστήνεται για ήπιες μορφές επιλόχειας κατάθλιψης (Hanley, 2009). Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μια διαδικασία κατά την οποία εφαρμόζεται βραχείας διάρκειας ηλεκτρικό ρεύμα κάτω από συνθήκες γενικής αναισθησίας και μυοχάλασης, με σκοπό την πρόκληση γενικευμένης επιληπτικής κρίσης. Ο ακριβής μηχανισμός είναι άγνωστος αλλά θεωρείται ότι προκαλεί βιοχημικές αλλαγές στον εγκέφαλο, αύξηση των επιπέδων νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης, παρόμοιες με αυτές που προκαλούν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Ραγιά, 2009). Ενίοτε η νοσοκομειακή νοσηλεία θεωρείται αναπόφευκτη ιδίως όταν υπάρχουν φόβοι αυτοκτονιών.

Αν και η κατάθλιψη μετά τον τοκετό είναι σχετικά κοινή, λίγες μελέτες έχουν συστηματικά εκτιμήσει την αποτελεσματικότητα, μη φαρμακολογικών και φαρμακολογικών θεραπειών στην αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής. Ωστόσο, δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη μετά τον τοκετό πρέπει να αντιμετωπιστεί διαφορετικά από τη μη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Υπάρχει όμως, μια εμφανής τάση να κουράρουν γυναίκες με κατάθλιψη μετά τον τοκετό με λιγότερη πίεση χρόνου από τις μη επιλόχειες ασθενείς, πράγμα που θέτει τη μητέρα και το βρέφος σε κίνδυνο. Με την απουσία συστηματικών στοιχείων, η κατάθλιψη που προκύπτει κατά τη διάρκεια της περιόδου μετά τον τοκετό, απαιτεί την ίδια ένταση αντιμετώπισης όπως η κατάθλιψη που συμβαίνει σε άλλες στιγμές. Όσο νωρίτερα ξεκινά η αντιμετώπιση, τόσο καλύτερη είναι πρόγνωση (Lowdermilk et al., 2013).

Η θεραπεία συνίσταται συμβουλευτική για την ψυχική υγεία. Αυτή η θεραπεία περιλαμβάνει την συνομιλία πρόσωπο με πρόσωπο με έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας (σύμβουλος, ψυχολόγος, ψυχίατρος ή κοινωνικός λειτουργός). Η ψυχοθεραπεία ως μέθοδο αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης περιλαμβάνει τη γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, την ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, την υποστηρικτική συμβουλευτική και την ψυχοεκπαίδευση. Σύμφωνα με έρευνες, η συμμετοχή των λεχωϊδων σε οποιοδήποτε θεραπευτικό πρόγραμμα, ανεξάρτητα από το είδος της τεχνικής που χρησιμοποιείται, έχει ένα σαφές υποστηρικτικό αποτέλεσμα που σαφώς υπερτερεί της συνήθους φροντίδας (Cooper et al., 2003).

Πιο αποτελεσματικοί τύποι είναι:

- Η γνωστική ψυχοθεραπεία (CBT) που βοηθά τους ανθρώπους να

αναγνωρίσουν και να αλλάξουν τις αρνητικές σκέψεις και συμπεριφορές.

- Η διαπροσωπική θεραπεία (IPT) που βοηθά τους ανθρώπους να κατανοήσουν και να λειτουργήσουν μέσω προβληματικών διαπροσωπικών σχέσεων.

Οι παραπάνω θεραπείες παρέχονται είτε σε ατομικό είτε σε ομαδικό επίπεδο. Συνήθως οι νέες μητέρες προτιμούν τις ατομικές ψυχολογικές παρεμβάσεις από τις φαρμακολογικές και τις ομαδικές θεραπείες (Cooper et al., 2003). Η ατομική ψυχοθεραπεία παρέχει στις νέες μητέρες τη δυνατότητα μιας εξατομικευμένης φροντίδας και μεγαλύτερη ευελιξία όσον αφορά στον προγραμματισμό. Επιπρόσθετα, πολλές λεχαιίδες προτιμούν αυτόν τον τρόπο αντιμετώπισης, αντί της φαρμακοθεραπείας, λόγω των κοινωνικών πιέσεων και του αισθήματος ενοχής ως προς τη λήψη φαρμάκων κατά το θηλασμό. Από την άλλη πλευρά, η ομαδική θεραπεία, μέσω της αλληλεπίδρασης ενισχύει το κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης και προλαμβάνει αισθήματα κοινωνικού αποκλεισμού που πολλές νέες μητέρες βιώνουν μετά τον τοκετό. Παρά το δισταγμό των λεχαιίδων να συμμετέχουν σε ομαδικές θεραπευτικές διαδικασίες, αρκετοί ερευνητές έχουν αποδείξει τη χρησιμότητα τους στην αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης ανεξάρτητα από το είδος της τεχνικής που χρησιμοποιούν.

Η φυσιολογική πορεία έγκειται στη βαθμιαία βελτίωση μετά τους έξι μήνες από τον τοκετό. Η υποστηρικτική φροντίδα του περιβάλλοντος στη μητέρα από μόνη της δεν είναι αποτελεσματική για τη μείζονα κατάθλιψη της λοχείας.

Στις περισσότερες περιπτώσεις απαιτείται φαρμακολογική παρέμβαση. Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών αγχολυτικών παραγόντων (προσεκτικά επιλεγμένα με βάση τις ανεπιθύμητες επιδράσεις σε μία έγκυο ή θηλάζουσα μητέρα). Η ψυχοθεραπεία που περιλαμβάνει τον σύντροφο όταν είναι δυνατόν, εστιάζεται στους φόβους και τις ανησυχίες της μητέρας αναφορικά με τις νέες ευθύνες και τους ρόλους της, καθώς και στην παρακολούθηση για σκέψεις ανθρωποκτονίας και αυτοκτονίας. Για ορισμένες γυναίκες είναι απαραίτητη η εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Η χορήγηση φαρμάκων κατέχει σημαντική θέση στη θεραπεία και την εξάλειψη των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης. Συνήθως προτιμάται η χρήση των αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) των αναστολέων επαναπρόσληψης της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης (SNRIs) και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs). Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, η πρόληψη των υποτροπών απαιτεί συνέχιση της επιτυχούς φαρμακολογικής θεραπείας για διάστημα έξι μηνών μετά την πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων.

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι τα φάρμακα που προαναφέρθηκαν δεν είναι ελεύθερα παρενεργειών. Οι SSRIs μπορούν να προκαλέσουν άγχος, νευρικότητα, διέγερση, πονοκεφάλους και γαστρεντερικά προβλήματα, ανεπιθύμητες δράσεις που μπορούν να μετριάσουν με τη χορήγηση χαμηλής δόσης (0,5-1 mg) βενζοδιαζεπίνης.

Επιπρόσθετα, η φαρμακοθεραπεία αποτελεί πολύπλοκο ζήτημα για όσες μητέρες θηλάζουν. Εάν θηλάζει η μητέρα, η φαρμακευτική ουσία που παίρνει η ίδια μέσω του θηλασμού μεταφέρεται στο νεογνό. Δεν είναι όμως σωστό το μωρό να εκτίθεται σε τέτοια αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Αν η μητέρα επιμένει να θηλάσει το μωρό της τότε η χορήγηση νορατριπτυλίνης ή δεσιπραμίνης είναι ασφαλέστερη και για τους δύο (Μωραΐτου, 2004). Όταν δεν μπορεί να διακοπεί ο θηλασμός η χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτική. Για παράδειγμα το λίθιο δεν θα πρέπει να χορηγείται σε θηλάζουσες μητέρες ενώ τα τρικυκλικά

αντικαταθλιπτικά σε πλήρη δοσολογία είναι ασφαλή κατά το θηλασμό διότι δεν εντοπίζονται στον ορό του βρέφους σημαντικές ποσότητες (Campbell & Less, 2009).

Επίσης, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά χορηγούνται όταν υπάρχουν διατροφικά προβλήματα όπως για παράδειγμα ανορεξία ή μειωμένη ενεργητικότητα. Ενώ για την αντιμετώπιση της βουλιμίας της υπνηλίας και διάφορων ανησυχιών χορηγούνται αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης (Smith, 2002). Τα πιο κοινά φαρμακευτικά σκευάσματα που χρησιμοποιούνται για να αντιμετωπιστεί η επιλόχειος κατάθλιψη είναι τα αντικαταθλιπτικά και σε περιπτώσεις ψυχοκινητικής διέγερσης χρησιμοποιούνται οι βενζοδιαζεπίνες και τα νευροληπτικά (Lowdermilk et al., 2013).

Επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η θεραπεία με προγεστερόνη ως μέτρο προφύλαξης. Αν η προγεστερόνη δοθεί αμέσως μετά τον τοκετό και συνεχιστεί η χορήγηση της για ένα μήνα τότε η κατάθλιψη μπορεί να αποφευχθεί. Εάν το πρόβλημα οφείλεται σε υψηλά επίπεδα προλακτίνης μετά το σταμάτημα του θηλασμού τότε μπορεί να χορηγηθεί στη μητέρα βρωμοκρυπτίνη. Αρκεί να αναφερθεί πως έχουν χορηγηθεί σε συνδυασμό οιστρογόνα και προγεστερόνη χωρίς όμως ιδιαίτερα πειστικά αποτελέσματα (Μωραΐτου, 2004).

Σε περιορισμένο αριθμό μελετών φάνηκε ότι, η σερτραλίνη, η φλουβοξαμίνη και η παροξετίνη δεν προκαλούν αρνητικές συνέπειες στα θηλάζοντα βρέφη. Αντιθέτως, η φλουοξετίνη έχει συσχετισθεί με διαταραχές του ύπνου, το κλάμα του μωρού, τα υδαρή κόπρανα και η σιταλοπράμη με διαταραχές του ύπνου. Ωστόσο, δεν έχει ξεκαθαριστεί, εάν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα προκαλούν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην ανάπτυξη του εγκεφάλου του βρέφους (Hiltunen, 2003).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η σωστή επιλογή του χορηγούμενου αντικαταθλιπτικού στην λεχωίδα που θηλάζει προϋποθέτει να ληφθούν υπόψη οι ακόλουθοι παράγοντες :α) η προηγούμενη αντίδραση της γυναίκας στη λήψη αντικαταθλιπτικής αγωγής, β) ο τρόπος με τον οποίο η ασθενής αντιδρά στις παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, γ) τα τυχόν επιπλέον φάρμακα που ήδη λαμβάνει και δ) οι ενδεχόμενες αρνητικές συνέπειες για τη μητέρα και το παιδί (Lowdermilk et. al., 2013).

Υπάρχουν πάνω από 20 αντικαταθλιπτικά φάρμακα στο εμπόριο. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης είναι φάρμακα που έχουν προταθεί ως η αρχική επιλογή θεραπείας για την επιλόχεια κατάθλιψη. Αυτά τα φάρμακα δρουν στις χημικές ουσίες του εγκεφάλου οι οποίες εμπλέκονται στην ρύθμιση της διάθεσης. Τα φάρμακα χρειάζονται πάνω από 3 εβδομάδες για να φανεί η βελτίωση και πρέπει να συνεχίζονται γιατί μπορεί τα συμπτώματα επανέλθουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Επιλόχειος ψύχωση (Postpartum psychosis)

6.1. Συμπτώματα

Η επιλόχεια ψύχωση αναφέρεται ότι συμβαίνει σε συχνότητα 1 - 2 ανά 1000 γεννήσεις και παρουσιάζει έναρξη συνήθως μέσα στις 2 πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες συνήθως εμφανίζουν παραληρητικές ιδέες παρανοϊκού τύπου, μεγαλείου ή αλλόκοτες, ευμετάβλητη διάθεση και σύγχυση. Αυτά τα συμπτώματα συνιστούν μια δραματική αλλαγή στην κλινική εικόνα της ασθενούς, η οποία πριν εμφανιζόταν λειτουργική. Υπολογίζεται ότι τα δύο τρίτα των γυναικών που πάσχουν από επιλόχειο ψύχωση θα έρθουν αντιμέτωπες με υποτροπές μετά από επικείμενους τοκετούς. Προϋπάρχουσα διπολική συναισθηματική διαταραχή είναι ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη επιλόχειας ψύχωσης.

Οι γυναίκες με υψηλό κίνδυνο για ψυχωτικές καταστάσεις είναι αυτές με προηγούμενο ιστορικό ψύχωσης. Η ψύχωση της λοχείας θα εκδηλωθεί σε έδαφος σχετικού ατομικού ή οικογενειακού ιστορικού και χαρακτηρίζεται από μελαγχολία, έντονο άγχος, οι διαταραχές ύπνου, η σύγχυση, τα συναισθήματα ενοχής, η έντονη συναισθηματική αστάθεια, η παράξενη συμπεριφορά, οι παραισθήσεις και τάσεις αυτοκτονίας. Τραυματισμός ή φόνος του παιδιού από τη μητέρα είναι σπάνιος αλλά μπορεί να συμβεί. Η πιθανότητα επανεμφάνισής της είναι σχετικά σπάνια κατάσταση (1 :2000 τοκετούς). Γενικά, σε ασθενείς με εκδηλώσεις ψυχικής νόσου μετά τον τοκετό σε προηγούμενη κύηση, περίπου 25 % παρουσιάζουν υποτροπή μετά την επόμενη κύηση (Ιατράκης, 2010).

Τα συμπτώματα αναπτύσσονται συχνότερα λίγες ημέρες έως 4-6 εβδομάδες μετά τον τοκετό, παρόλο που ένα προσεκτικό ιστορικό αποκαλύπτει ότι η νόσος ξεκίνησε από το τρίτο τρίμηνο της κύησης. Η γυναίκα μπορεί να είναι ανήσυχη, να μην μπορεί να κοιμηθεί, να έχει πιεσμένο λόγο ή να εμφανίζει απόσυρση.

6.2. Διάγνωση

Η κλινική της εικόνα μπορεί να μοιάζει με Διπολική Διαταραχή ή Σχιζοφρένεια και θεραπευτικά χρήζει επείγουσας ψυχιατρικής αντιμετώπισης γιατί εγκυμονεί κινδύνους για τη ζωή τόσο της μητέρας όσο και του νεογνού.

Η διάγνωση πρέπει να γίνει έγκαιρα για αυτό είναι απολύτως αναγκαίο αν ο σύγγυζος ή κάποιος από το κοντινό οικογενειακό περιβάλλον να απευθυνθεί επείγοντως σε ψυχίατρο αν αντιληφθεί κάποιο από τα προαναφέροντα συμπτώματα.

6.3. Θεραπεία

Η επιλόχεια ψύχωση είναι μια επείγουσα ψυχιατρική κατάσταση. Η θεραπεία που προτείνεται είναι ένας συνδυασμός φαρμάκων από νευροληπτικά, αντικαταθλιπτικά και λίθιο. Μετά την κρίση συνίσταται ψυχοθεραπεία, η οποία κατευθύνεται σε εσωτερικές και εξωτερικές συναισθηματικές συγκρούσεις, στη βοήθεια στην ασθενή, να αποδεχτεί και να νιώσει άνετα στο ρόλο της μητέρας αλλά και στην παρότρυνση του περιβάλλοντος της ώστε να βοηθήσουν στη μείωση της έντασης της γυναίκας.

Για να επιτευχθεί λοιπόν η εξάλειψη των ψυχωτικών συμπτωμάτων και κυρίως να αντιμετωπιστεί ολιστικά η επιλόχεια ψύχωση χρειάζεται ο συνδυασμός της χρήσης φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας. Στην αρχή η θεραπεία λόγω της απρόβλεπτης φύσης της διαταραχής και των ψυχωτικών συμπτωμάτων της, επικεντρώνεται μόνο στην χρήση φαρμάκων (Bergink et. al., 2015). Όταν αντιμετωπιστούν τα ψυχωτικά συμπτώματα αρχίζει η παράλληλη χρήση ψυχοθεραπείας ώστε να αποφευχθούν οι υποτροπές και να ενδυναμωθεί η ψυχική κατάσταση της μητέρας (Sit, Rothschild & Wisnr, 2006).

Η φαρμακοθεραπεία συνήθως περιλαμβάνει ένα συνδυασμό φαρμάκων κυρίως αντιψυχωτικά, αντικαταθλιπτικά και σταθεροποιητές της διάθεσης όπως το λίθιο. Τα αντιψυχωτικά θεωρούνται πρώτης γραμμής επιλογής φαρμάκων στην θεραπεία της επιλόχειας ψύχωσης καθώς χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των μανιακών και ψυχωτικών συμπτωμάτων (Rai, Pathak & Sharma, 2015). Η δράση τους στηρίζεται στην αναστολή της μεταβίβασης των νευρικών ερεθισμάτων στο κεντρικό νευρικό σύστημα, αποκλείοντας τη δράση της ντοπαμίνης στους υποδοχείς του μετασυναπτικού νευρώνα (Κοσμίδου, 2008).

Τα νεότερα αντιψυχωτικά φάρμακα όπως η ρισπεριδόνη (Risperdal), η αλανζαπίνη (Zyprexa) και η αριπιπραζόλη χρησιμοποιούνται ως επί το πλείστον αφού έχουν λιγότερες παρενέργειες από άλλα. Όσον αφορά τα αντικαταθλιπτικά, θεωρείται ότι συμβάλλουν στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που εμφανίζουν πολλές φορές οι γυναίκες με μεταγεννητική ψύχωση (Bergink et al, 2015). Επίσης σημαντική συμβολή στην αντιμετώπιση της επιλόχειας ψύχωσης φαίνεται να έχουν και οι σταθεροποιητές της διάθεσης όπως το λίθιο (Doucet, et al, 2011). Το λίθιο είναι ένα σημαντικό μέσο προφύλαξης των γυναικών κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους καθώς μειώνει τον κίνδυνο της υποτροπής τους. Μάλιστα μελέτες αναφέρουν ότι οι γυναίκες που διέκοψαν τη θεραπεία τους με λίθιο είχαν υψηλά ποσοστά υποτροπής (Viguera, et al., 2000). Σε ομάδα γυναικών που έλαβαν θεραπεία με λίθιο τα συμπτώματα εξαλείφθηκαν μέσα στις επόμενες 7-15 ημέρες και παρουσίασαν λιγότερα ποσοστά υποτροπής και ταχεία ανάρρωση σε 12 εβδομάδες έναντι 20 που έκανε η άλλη ομάδα με θεραπεία χωρίς λίθιο (Doucet et al, 2011). Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι αποτρέπεται η χρήση λιθίου στις γυναίκες που θηλάζουν καθώς υπάρχουν ανυσηχίες σχετικά με την έκκριση του φαρμάκου στο βρέφος μέσω του μητρικού γάλακτος (Rai, Pathak & Sharma, 2015). Επιπρόσθετα η οι βενζοδιαζεπίνες όπως η λοραζεπάμη παίζουν σημαντικό ρόλο στη θεραπεία της οξείας επιλόχειας ψύχωσης (Rai, Pathak & Sharma, 2015). Τα φάρμακα αυτά έχουν ηρεμιστική, αγχολυτική και υπνωτική δράση με αποτέλεσμα να μειώνουν διάφορα συμπτώματα της επιλόχειας ψύχωσης όπως αυτά της αϋπνίας, της διέγερσης και της ψύχωσης. Δεν συνίσταται όμως να χρησιμοποιούνται ως η μόνη θεραπεία αφού έρευνες έδειξαν ότι μόνο το 6% των γυναικών εμφάνισε ύφεση των συμπτωμάτων του, ενώ σε συνδυασμό με χορήγηση λιθίου και αντιψυχωτικών το ποσοστό κυμάνθηκε στο 67% (Bergink et.al., 2011).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας τα όσα παρουσιάστηκαν στην βιβλιογραφική ανασκόπηση αυτής της εργασίας εκτιμάται ότι τόσο η εγκυμοσύνη όσο και η λοχεία είναι δύο πολύ σημαντικές περιόδους της γυναίκας με πολλές ανατομικές και ψυχοσωματικές αλλαγές. Η μετάβαση στην μητρότητα δεν είναι εύκολη υπόθεση αφού η μητέρα βιώνει πρωτόγνωρα και ποικίλα συναισθήματα. Επιπλέον, λόγω των αυξημένων ευθυνών που οι γυναίκες επωμίζονται παρατηρούνται αλλαγές στις σχέσεις σε κοινωνικό και προσωπικό επίπεδο.

Ο τοκετός και η λοχεία αποτελούν στρεσογόνους παράγοντες πολλές φορές και κατατάσσονται στους παράγοντες που δύναται να προκαλέσουν δυσκολίες προσαρμογής στα νέα δεδομένα.

Κατά την διάρκεια της λοχείας οι πιθανότητες για την εμφάνιση κάποιας ψυχικής διαταραχής είναι αυξημένες. Οι επιλόχειες καταθλιπτικές διαταραχές χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες με αυξανόμενο βαθμό σοβαρότητας 1) την επιλόχεια μελαγχολία (postpartum blues) 2) την επιλόχεια κατάθλιψη (postpartum depression) και 3) την επιλόχεια ψύχωση (postpartum psychosis).

Η επιλόχειος μελαγχολία είναι η πιο συχνή και σχετικά ήπια και παροδική συναισθηματική διαταραχή. Τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό οι περισσότερες γυναίκες ξεσπούν σε κλάμα χωρίς ιδιαίτερο λόγο. Άλλα συμπτώματα που συνήθως εμφανίζουν είναι σωματική κόπωση, αϋπνία, αναιμία, πόνο της περινεοτομίας, μεταπτώσεις στη διάθεση, ευερεθιστότητα, ανησυχία, σύγχυση, διαταραχές της όρεξης. Για τα συμπτώματα αυτά ενοχοποιούνται συνήθως η γρήγορη μεταστροφή των ορμονών, ο λιγοστός ύπνος και η φροντίδα του παιδιού.

Καθώς η επιλόχεια μελαγχολία είναι συνήθως ήπια σε σοβαρότητα και λύνεται αυθόρμητα δεν ενδείκνυται συγκεκριμένη θεραπεία πέρα από την συμπαράσταση και επιβεβαίωση κυρίως των οικείων προσώπων.

Η κατάθλιψη ορίζεται από την παρουσία διαφορετικών συμπτωμάτων ένα από τα οποία θα πρέπει να είναι είτε η πτώση θυμικού ή η ελάττωση του ενδιαφέροντος και η απώλεια ευχαρίστησης από τις διάφορες δραστηριότητες που μέχρι σήμερα την διασκέδαζαν. Τα συμπτώματα αυτά αντικατοπτρίζουν την αποδιοργάνωση των φυσιολογικών δραστηριοτήτων της μητέρας (διαταραχή ύπνου, όρεξης, και επίγνωσης της πραγματικότητας) η οποία είναι χαρακτηριστική στην κατάθλιψη. Όσον αφορά την συχνότητα εκδήλωσης τους θα πρέπει να επιμένουν για το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα και για δύο ή περισσότερες εβδομάδες.

Σήμερα για τη διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης εφαρμόζονται διαγνωστικά κριτήρια όπως τα προοδευτικά εξελισσόμενα διαγνωστικά και στατιστικά εγχειρίδια (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III (1980) DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994).

Η χρήση διαφόρων διαγνωστικών εργαλείων, ιδιαίτερα της Κλίμακας/Πίνακα του Εδιμβούργου για την επιλόχειο κατάθλιψη (EPDS), μπορεί να βελτιώσει την κατανόηση του προβλήματος από το ιατρικό προσωπικό και να συντελέσει στην πρόωπη διάγνωση της επιλόχειου κατάθλιψης

Η θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης δεν διαφέρει από την θεραπεία άλλων καταθλίψεων. Περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία υποστήριξη στις καθημερινές δραστηριότητες της μητέρας και ειδικά σε αυτές που αφορούν στην φροντίδα του βρέφους. Τα αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται χωρίς ιδιαίτερες προφυλάξεις σε μητέρες που δεν θηλάζουν. Η ψυχοθεραπεία αποσκοπεί και στην εκπαίδευση και υποστήριξη της μητέρας στο νέο της ρόλο και περιλαμβάνει την

γνωστική και την διαπροσωπική ψυχοθεραπεία. Ιδιαίτερα η τελευταία θεωρείται αρκετά αποτελεσματική καθώς προσφέρει σιγουριά στις γυναίκες και αποτελεί μία μη φαρμακευτική αγωγή ιδίως για αυτές που είναι απρόθυμες να λάβουν φάρμακα.

Η επιλόχεια ψύχωση είναι μια σοβαρή και πιο σπάνια ψυχιατρική κατάσταση. Η ψύχωση της λοχείας χαρακτηρίζεται από μελαγχολία, έντονο άγχος, διαταραχές ύπνου, σύγχυση, συναισθήματα ενοχής, έντονη συναισθηματική αστάθεια, παράξενη συμπεριφορά, παραισθήσεις τάσεις αυτοκτονίας.

Η διάγνωση πρέπει να γίνει έγκαιρα για αυτό είναι απολύτως αναγκαίο αν ο σύγγυζος ή κάποιος από το κοντινό οικογενειακό περιβάλλον να απευθυνθεί επείγοντως σε ψυχίατρο αν αντιληφθεί κάποιο από τα προαναφέροντα συμπτώματα αφού κινδυνεύει άμεσα και το παιδί.

Η θεραπεία που προτείνεται είναι ένας συνδυασμός φαρμάκων από νευροληπτικά, αντικαταθλιπτικά και λίθιο. Σε πολλές περιπτώσεις κρίνεται απαραίτητος ο εγκλεισμός της σε νοσοκομείο και η απομάκρυνση του παιδιού από την μητέρα για λόγους ασφάλειας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και την λοχεία συμβαίνουν ανατομικές μεταβολές σ όλα τα συστήματα της γυναίκας. Επιπλέον οι πιθανότητες για την εμφάνιση κάποιας ψυχικής διαταραχής είναι αυξημένες. Οι επιλόχειες καταθλιπτικές διαταραχές χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες με αυξανόμενο βαθμό σοβαρότητας 1) την επιλόχεια μελαγχολία (postpartum blues) 2) την επιλόχεια κατάθλιψη (postpartum depression) και 3) την επιλόχεια ψύχωση (postpartum psychosis).

Η μελαγχολία της λοχείας αποτελεί την ηπιότερη και συνηθέστερη ψυχοπαθολογική εκδήλωση μετά τον τοκετό

Η επιλόχειος κατάθλιψη και ψύχωση είναι σοβαρές καταστάσεις που δύναται να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή της μητέρας και του νεογνού.

Η θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης δεν διαφέρει από την θεραπεία άλλων καταθλίψεων. Περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία υποστήριξη στις καθημερινές δραστηριότητες της μητέρας και ειδικά σε αυτές που αφορούν στην φροντίδα του βρέφους.

Η θεραπεία της ψύχωσης που προτείνεται είναι ένας συνδυασμός φαρμάκων από νευροληπτικά, αντικαταθλιπτικά και λίθιο.

SUMMARY

During pregnancy, delivery and post-partum anatomic changes take place in multiple systems of the body. Additional, the chances of having a mental disorder are increased. Postpartum psychological disorders are divided into three categories with increasing severity: 1) postpartum blues 2) postpartum depression and 3) postpartum psychosis.

Postpartum blues is the mildest and most common psychopathological manifestation that occurs shortly after delivery.

Postpartum depression and psychosis are serious disorders which may lead to life threatening complications of both mother and child.

The treatment of postpartum depression is no different from the treatment of other depressions. It includes medication, psychotherapy support to the daily activities of the mother and especially those related to the baby care.

The treatment of postpartum psychosis proposed is a combination of drugs neuroleptics, antidepressants and lithium.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ακτσαλής Α., Σίμος, Γ. Ψυχικές Διαταραχές της Λοχείας, Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία, 1992.

Αντσακλής Α. Μαιευτική & Γυναικολογία. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου ΑΕ, Β' έκδοση, 2011.

Bergink et al, Treatment of Psychosis and Mania in the Postpartum Period, Am. J. Psychiatry, 1,172,2,2015

Blackburn S.T., Maternal, Fetal and Neonatal Psychology: A Clinical Prespective, St. Louis: Saunders, 3rd Edition, 2007.

Beck, A.T. & Rush, A.J., Cognitive Therapy of Depression. Theory and Practice. The Clinical Psychologist, New York: Guilford, 2000.

Campbell S. Less C., Μαιευτική και Γυναικολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Ten Teachers, 2009.

Clinic M., Υγιεινή Διατροφή Αντίδοτο για την Κατάθλιψη, Check up, 2005.

Clinic M., Κατάθλιψη, Check up, 2006.

Cooper, P.J., Murray, L., Wilson, A., Romaniuk, H., Controlled Trial of the Short and Long Term Effect of Psychological Treatment of Postpartum Depression. The British Journal of Psychiatry, 182, 5, 2003.

Cox J.L, Holden J.M., Sagovsky R., Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, The British Journal of Psychiatry, 150,6, 1987.

Δασκαλόπουλος Θ., Κατάθλιψη πριν και μετά τον Τοκετό. Διαθέσιμο στην Ιστοσελίδα <http://psi.gr.tripod.com/depressionepilo%treatmnt.html>(15/07/2015).

Decherney, A., Lauren N., H. Σύγχρονη διάγνωση και θεραπεία στη μαιευτική και γυναικολογία / επιμέλεια Μαμόπουλος Μ.Α., β' έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Σιώκης, Αθήνα 2005.

Dragonas T., Christodoulou G.N., Prenatal Care, Clinical Psychology Review,182, 2, 1998.

Hanley, J. Perinatal Mental Health.United Kingdom: Wiley-Blackwell, 2009.

Happell B., Cowin L., Roper C., and McMaster K. F. M., *Introducing Mental Health Nursing*, Pub Allen & Unwin, 2008.

Harris B., A hormonal component to postnatal depression, *British Journal of Psychiatry*.1993.

Hendricks C.H. et.al., Uterine Contractility at Delivery and in the Puerperium, *Am. J. Obstet Gynecol*, 83, 1962.

Henshaw C, Foreman D, Cox J. Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 25(3-4),2004.

Hiltunen, P., Maternal Postnatal Depression: Causes and Consequences. *International Journal of Circumpolar Health*, 62, 3, 2003.

Καλογερόπουλος Α., *Τι είναι Κατάθλιψη*, 2015

Ιατράκης, Γ., Πεχλιβάνη, Φ., Αντωνίου, Ε. & Ροκοπάνου, Θ., *Παθολογία Κύησης*. Αθήνα: Εκδόσεις Δεσμός, 2010.

Καραγιάννη Δ., *Ψυχικές διαταραχές στην περιγεννητική περίοδο*, 2017.
<https://eclass.teiwm.gr/modules/document/index.php?course=MAIA155...pdf>.

Κελλαρτζής, Δ., Διδασκάλου Θ., Μίκος Θ., Μπόντης Ι., *Κατάθλιψη της Λοχείας*, *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*, 15, 2, 2003.

Kent, A., *Psychiatric Disorders in Pregnancy. Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine*. Published by Elsevier Inc., 2008.

Kosmidou, M. *Κλινική Νευροψυχολογική Εκτίμηση*. Επιστημονικές εκδόσεις Παριζιάνου, 2008.

Κρεατσάς Κ.Γ., *Σύγχρονη Γυναικολογία & Μαιευτική*, Τόμος ΙΙ, Β έκδοση, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2009.

Letourneau N., Duffett-Leger L., Salmani M., *The Role of Paternal Support in the Behavioural Development of Children Exposed to Postpartum Depression*, *Can. J. Nurs. Res.*, 41, 3, 2009.

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E. & Cashion, K., *Νοσηλευτική Μητρότητας*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Δ. Λαγός, 8η Έκδοση, 2013.

Lund K.J., McManamam J., *Normal Labor, Delivery, Newborn Care, and Puerperium*, In R.S. Gibbs, B.Y. Karlan, A. F. Haney, I. Nygaard (Eds), *Danforth's Obstetrics and Gynecology*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 10th edition, 2008.

Μάνος Ν., Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής (Αναθεωρημένη έκδοση). Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 1997.

Μαντελανάκης Σ.Ι., Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας, 3η Έκδοση, Εκδόσεις Λίτσας, 1996.

Μπουσκλαβίτη Ε., Παππά Ν., Πεστάνη Σ., Ραμαντάνη Κ., Το Ταξίδι της Εγκυμοσύνης και οι Πρώτες Φροντίδες του Νεογνού, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Ηπείρου, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Π.), 2017.

Murray, L., Carothers, AD., Validation of the Edinburgh Postnatal Scale on a community sample. Br. J. Psychiatry 157, 1990.

Murray S.S, McKinney E.S., Louis St., Foundations of maternal newborn nursing, Elsevier Saunders, 2006.

Μωραΐτου, Μ., Το Βίωμα της Μητρότητας. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, 2004.

Μωραΐτου, Μ., Σταλίκας, Α. «Η σχέση Προγεννητικής και Επιλόχειας Κατάθλιψης», Το Περιοδικό της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας. Παιδιά και νέοι: Προβλήματα Ανάπτυξης, 2006.

Niloufer S.A., Alil B.S., Azam I.S., Postpartum anxiety and Depression in Peri-urban Communities of Karachi, Pakistan: a Quasi-experimental Study. BMC, Public Health, 9, 384, 2009.

O' Hara M.W., The Nature of Postpartum Depressive Disorders, The Guilford Press, New York, 1997.

Παπανικολάου Ν. Α., Παπανικολάου Α. Ν., "Μαιευτική", Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνος, Γ' Έκδοση, Αθήνα, 1994.

Patel V., DeSouza N., Rodrigues M., Postnatal Depression and Faltering Growth and Development in Low Income Countries: a Cohort Study from Goa, India, Arch. Dis. Child, 88, 2003.

Pedersen C.A., Stern R.A., Pate J., Senger M.A., Bowes W.A., Mason G.A., Thyroid and Adrenal Measures during Late Pregnancy and the Puerperal in Women who have been Major Depressed or who become Dysphonic Postpartum. Journal of Affective Disorders, 29, 2, 1993.

Ραγιά Χ.Α., Θεωρητικές Βάσεις της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας, Νοσηλευτική

Ψυχικής Υγείας, Εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα, 2009.

Rai S., Pathak A., Sharma I., Postpartum Psychiatric Disorders: Early Diagnosis and Management, Indian J. Psychiatry, 57,2, 2015.

Scoggin J., Physical and Psychological Changes, In S. Mattson & J.E. Smith (Eds.), AWHONN Core Curriculum for Maternal – Newborn Nursing, St. Louis: Saunders, 3rd edition, 2004.

Smith, R.P., Μαιευτική Γυναικολογία. 1η Έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2002.

Stein G., The maternity blues. In I. F. Brockington and R. Kumar, (Eds). Motherhood and Mental Illness, London: Academic Press, 1982

Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS et al. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and non - pregnant women after discontinuing lithium maintenance. Am J Psychiatry 157, 2000.

Vivilaki, V., Dafermos, V., Kogevinas, M., Bitsios, P., Lionis, C. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and validation for a Greek sample. BMC 9:329, 2009.

Χριστοδούλου Ν., Ψυχιατρική, 2^{ος} Τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2004.

Χριστοδούλου Γ.& συν., Ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα, 2000.

Ιστότοποι

www.mothersblog.gr

<http://ygeiaonline.gr>

<http://aafp.org>

<http://medicalterms.info/diseases/Postpartum-Depression/>

<http://www.newbornhub.com/postpartum-depression.html>

