



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : Δρ . Καρανικόλα Μαρία

ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Κυπριανού Σάβια

2007667446

Πτυχιακή επιστημονική εργασία

Κύπρος 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

Περίληψη	
Ελληνική	4
Αγγλική	5
Εισαγωγή	6-7
Σκοπός	7
Υλικό και μέθοδος	7
Αποτελέσματα	8-10
Πίνακας αποτελεσμάτων	11-13
Συζήτηση	14-18
Συμπεράσματα	18
Βιβλιογραφία	19-21

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Σε αυτό το σημείο κρίνω απαραίτητο να ευχαριστήσω θερμά και να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου σε όσους με βοήθησαν και μου συμπαραστάθηκαν στην εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Παρά τη συχνότητα της κατάθλιψης κατά την εγκυμοσύνη, οι πληροφορίες για να καθοδηγήσουν τις μέλλουσες μητέρες και τους νοσηλευτικούς λειτουργούς σε μια θεραπεία είναι περιορισμένες.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας υπήρξε η διερεύνηση των τρόπων αντιμετώπισης της κατάθλιψης κατά την εγκυμοσύνη, για να είναι σε θέση ο νοσηλευτής να γνωρίζει τα υπέρ και τα κατά μιας θεραπείας, και να μπορεί να κατευθύνει και να συμβουλεύει σωστά μια έγκυο.

Υλικό και μέθοδος: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αναζήτηση της σχετικής διεθνούς βιβλιογραφίας σε βάσεις δεδομένων (CINAHL,PUBMED,GOOGLE SCHOLAR) με λέξεις κλειδιά κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη, perinatal depression, treatment, antidepressants during pregnancy.

Αποτελέσματα: Μέσα από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε πώς οι θεραπείες αντιμετώπισης της κατάθλιψης είναι συγκεκριμένες και κανείς ακόμη δεν μπορεί να εγγυηθεί την άριστη αποτελεσματικότητά τους. Πέρα από την φαρμακευτική θεραπεία, υπάρχουν και εναλλακτικές όπως ο βελονισμός, η χρήση πρωινού φωτός, η ατομική ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, η συμβουλευτική θεραπεία και τέλος η ψυχοδυναμική θεραπεία.

Συμπεράσματα: Απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση του θέματος καθώς επίσης, κρίνεται απαραίτητο να αναπτυχθούν και να βελτιωθούν οι υφιστάμενοι φαρμακευτικοί και μη φαρμακευτικοί τρόποι θεραπείας της κατάθλιψης.

Λέξεις κλειδιά: treatment during pregnancy, perinatal depression, antidepressants

ABSTRACT

Despite the prevalence of depression during pregnancy, information to guide women and nurses at a treatment is limited.

Purpose: The purpose of this study was to explore ways to tackle depression during pregnancy to enable the nurse to know the pros and cons of treatment, and can guide and advise a pregnant correctly.

Method: The method used was the search of the literature in international databases (CINAHL, PUBMED, GOOGLE SCHOLAR) with keywords: depression during pregnancy, perinatal depression, treatment, antidepressants during pregnancy.

Results: In the search of the literature found that the treatment of depression during pregnancy are specific and one still can not guarantee the optimal effectiveness. Apart from pharmacological medication, there are alternatives such as acupuncture, the use of morning light, individual psychotherapy, cognitive behavioral therapy, counseling and psychodynamic therapy.

Conclusions: It has to be done further investigation of the matter, also, it is necessary to develop and improve existing pharmaceutical and non-pharmacological treatments of depression.

Keywords: treatment during pregnancy, perinatal depression, antidepressants

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μια από τις σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις των αλλαγών που τυχόν να προκύψουν κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης είναι η κατάθλιψη (Gold, 1999). Μάλιστα σύμφωνα με τους Bledsoe & Grote (2006), σε μια μελέτη με δείγμα 1,400 γυναίκες, το 13.5 τοις εκατό εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης κατά τις πρώτες 31 εβδομάδες της εγκυμοσύνης, και το 9.1 τοις εκατό 8 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία (1994), η κατάθλιψη αφορά τη συναισθηματική κατάσταση έντονης και επίμονης θλίψης, η οποία επηρεάζει σοβαρά την καθημερινή ζωή για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη δεν αποτελεί σοβαρό πρόβλημα υγείας μόνο για τις γυναίκες, αλλά και για τα έμβρυα. Ειδικότερα μελέτες δείχνουν πώς η κατάθλιψη έχει αντίκτυπο στο έμβρυο πριν και μετά τη γέννηση του (Bledsoe & Grote, 2006). Από τη μια πλευρά, οι γυναίκες με συμπτώματα κατάθλιψης έχουν υψηλότερες πιθανότητες πρόωρου τοκετού (Liu & Odouli, 2008). Από την άλλη, η κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη έχει φανεί ότι συνιστά τον ισχυρότερο δείκτη επιλόχιας κατάθλιψης. Ειδικότερα όπως σημειώνουν οι Oren et al. (2002) η βίωση κατάθλιψης κατά την εγκυμοσύνη είναι ένας σοβαρός παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη προεκλαμψίας, η οποία με τη σειρά της είναι ένας ισχυρός δεικτής για την επιλόχια κατάθλιψη. Περαιτέρω, υψηλότερα επίπεδα έντασης και άγχους, σε συνδυασμό με τη μητρική κατάθλιψη, έχουν σχετιστεί με δυσλειτουργία της υποθαλαμικής επινεφριδιακής υπόφυσης του εμβρύου (Sandman et al., 1994), κατάσταση που έχει συνδεθεί με πρόωρο τοκετό και χαμηλό βάρος γέννησης (Carter et al., 2004). Επίσης, παιδιά μητέρων που βιώνουν κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη εκδηλώνουν κάτω από τα φυσιολογικά επίπεδα νευροκινητική απόδοση, αλλαγές στη συμπεριφορά, στη φυσιολογία ακόμη και στη βιοχημεία τους (Bledsoe & Grote, 2006).

Επομένως η έγκαιρη και έγκυρη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων κατάθλιψης είναι καθοριστική τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί. Στο πλαίσιο αυτό, σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν οι τρόποι αποτελεσματικής αντιμετώπισης της κατάθλιψης, κατά τη διάρκεια της κύησης.

Παρόλη τη σπουδαιότητα και την έκταση των επιπτώσεων της καταθλιψης κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, τα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τους ασφαλείς και αποτελεσματικούς φαρμακευτικούς τρόπους αντιμετώπισης είναι ασαφή και περιορισμένα (Oren et al. 2002). Ταυτόχρονα, η θεραπευτική αντιμετώπιση δεν περιλαμβάνει προγράμματα ψυχολογικής ενδυνάμωσης, τόσο κατά την περίοδο της κύησης όσο και κατά το επιλόχειο διάστημα (Wisner et al., 2009). Την ίδια στιγμή οι μελέτες δείχνουν, ότι η εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας δεν είναι επαρκής ως προς την αποτελεσματική

αντιμετώπιση των γυναικών που βιώνουν συμπτώματα κατάθλιψης κατά την εγκυμοσύνη (Gold,1999).

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης της κατάθλιψης, κατά τη διάρκεια της κύησης. Ειδικότερα, η αποτελεσματικότητα θα διερευνηθεί βάσει της ποιότητας ζωής των συμμετοχόντων μετά τις θεραπείες.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Εφαρμόστηκε συστηματική ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας. Η αναζήτηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας έγινε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (PUBMED, GOOGLE SCHOLAR και CINAHL). Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη, perinatal depression, treatment, antidepressants during pregnancy. Από τα 984 άρθρα που εμφανίστηκαν, τα 904 απορρίφθηκαν λόγω τίτλου, τα υπόλοιπα 42 μετά από μελέτη της περίληψης, έπειτα, 5 άρθρα που δεν βρέθηκαν ως πλήρη κείμενα. Από τα 35 άρθρα τα 15 απερρίφθησαν από τη μελέτη του πλήρους κειμένου. Τελικά, ανάλογα με το σκοπό της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν 20 άρθρα. Από τα οποία 3 χρησιμοποιήθηκαν ως τρόποι αντιμετώπισης. Δεν βρέθηκε ελληνική βιβλιογραφία μόνο αγγλική.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην μελέτη των Oren et al. (2002) διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα της χρήσης πρωινού φωτός ως θεραπεία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Οι γυναίκες που έλαβαν μέρος σε αυτή την θεραπεία είχαν διαγνωστεί με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Η διάγνωση της κλινικής διαταραχής τέθηκε βάσει των κριτηρίων του DSM-IV και τα εργαλεία αξιολόγησης της έντασης των συμπτωμάτων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Hamilton Depression Rating Scale και η Seasonal Affective Disorders Version (SIGH-SAD). Τα άτομα που συμμετείχαν στην μελέτη χαρακτηρίζονταν από τιμές καταγραφής στα εργαλεία αυτά υψηλότερων του 16. Επίσης, άτομα τα οποία είχαν ολοκληρώσει πρόσφατη θεραπεία με φάρμακα είτε, είχαν ιστορικό απόπειρας αυτοκτονιών αποκλείστηκαν από τη μελέτη.

Η έρευνα διεκπαιρέώθηκε με δείγμα 16 γυναικών. Τα άτομα που ακολούθησαν την πρωινή θεραπεία φωτός, έπρεπε να έχουν απέναντι τους σε απόσταση 33 cm ένα μηχανισμό πηγής φθορισμού, ο οποίος βοηθάει στη κάλυψη υπεριώδης ακτινοβολίας και αφήνει να διαπερνά μόνο το άσπρο φως. Οι συμμετέχοντες έπρεπε να είναι καθισμένοι, με αποτέλεσμα το φως αυτό να χτυπάει στα κεφάλια τους. Οι οδηγίες ήταν να εφαρμόζουν την θεραπεία στο σπίτι καθημερινά για εξήντα λεπτά, και δέκα λεπτά μετά την αφύπνιση και για χρονικό διάστημα τουλάχιστον τριών εβδομάδων. Οι ερευνητές για να ελέγχουν αν ακολουθείται σωστά και συστηματικά η θεραπεία τους έδωσαν ένα αυτόματο τηλεφωνητή, τον οποίο οι συμμετέχοντες έπρεπε να ενημερώνουν καθημερινά για τη χρήση του φωτός. Ο λόγος που η θεραπεία διεκπερεώνεται μια πρωινή φωτεινή ώρα, είναι λόγω των αποδεδειγμένων στοιχείων πώς η συγκεκριμένη ώρα βοηθάει στον καρδιακό ρυθμό του κάθε ατόμου, όπως έχει συσχετιστεί ιδιαίτερα με την αποτελεσματική αντιμετώπιση της εποχιακής χειμερινής κατάθλιψης. Τα κοινά χαρακτηριστικά των δεκαέξι ατόμων είναι η ηλικία τους 34 χρόνων και η εβδομάδα κήσης απο την αρχή της θεραπείας που ήταν 23 εβδομάδες. Δεκατέσσερις από αυτούς τους ασθενείς είχαν ιστορικό μείζον καταθλιπτικής διαταραχής πριν την εγκυμοσύνη. Δύο από αυτούς βίωναν την εποχιακή χειμερινή κατάθλιψη με βαθμολογία 8 στη κλίμακα global seasonality score το οποίο δηλώνει πώς πέρασαν μόνο μιας ελαφριάς μορφής εποχιακή κατάθλιψη.

Για τους δεκαέξι ασθενείς που ακολούθησαν τη θεραπεία των τριών εβδομάδων η βαθμολογία τους στο SIGH-SAD depression ratings είχε βελτιωθεί συγκρατημένα μέχρι το 49%. Για αυτό το λόγο οι ερευνητές αύξησαν το χρονικό διάστημα της έρευνας σε πέντε εβδομάδες. Τότε η διαφορά αυξήθηκε κατά 59% από τα πρώτα αποτελέσματα. Μετά την μέρα γέννησης δεκατέσσερις απο τους δεκαέξι ασθενείς απάντησαν ερωτηματολόγια σχετικά

με την αποτελεσματικότητα της έρευνας. Στις 4 γυναίκες τα συμπτώματα κατάθλιψης επέστρεψαν τρεις μήνες μετά τη γέννα αφού είχαν σταματήσει τη θεραπεία, σε άλλες τέσσερις κατά την περίοδο εγκυμοσύνης αφού είχαν και αυτές σταματήσει τη θεραπεία και πολύ αργότερα σε δύο ακόμη ασθενείς.

Οι περιορισμοί της μελέτης τους αναφέρονται στο γεγονός πώς είναι η πρώτη μελέτη που εστιάζει στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μή εποχιακής κατάθλιψης. Στηρίζονται στα δεδομένα τους τα οποία δεν απέδωσαν συγκεκριμένα αποτελέσματα που σχετίζονται με την ανταπόκριση στο φώς.

Η έρευνα των Manber et al. (2004) διερεύνησε την αποτελεσματικότητα της μεθόδου του βελονισμού για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν το εργαλείο αξιολόγησης της έντασης των συμπτωμάτων κατάθλιψης Beck Depression Inventory, το οποίο συμπληρωνόταν κάθε εβδομάδα κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Οι συμμετέχοντες, τοποθετήθηκαν σε μία από τις πάρακατω τρεις ομάδες. Η πρώτη ομάδα αποτελείτο από 20 άτομα με συμπτώματα κατάθλιψης, στην οποία εφαρμόστηκε ο βελονισμός. Η δεύτερη συνιστούσε την ομάδα ελέγχου και αποτελείτο από 21 άτομα, χωρίς συγκεκριμένα συμπτώματα κατάθλιψης. Σε αυτή την ομάδα εφαρμόστηκε, επίσης, πρόγραμμα βελονισμού. Στην τρίτη ομάδα, στην οποία εφαρμόστηκε χαλαρωτικό μασάζ, με σκοπό τη φυσική επαφή, τη χαλάρωση και την ανακούφιση από την καθημερινή πίεση, συμμετείχαν 20 άτομα. Οι προσδοκίες των περαπετών και των συμμετοχόντων σχετικά με τη λειτουργικότητα της θεραπείας καθορίστηκαν μετά την πρώτη και τρίτη θεραπεία.

Η μελέτη αποκάλυψε ότι μια σημαντικά μεγαλύτερη αναλογία από τους συμμετέχοντες αποκρίθηκε θετικά στην επεξεργασία βελονισμού, στάμάτησε δηλαδή να έχει συμπτώματα κατάθλιψης (68,8%) απ' ό,τι σε δοκιμή με χαλαρωτικό μασάζ (31,6% με $p=0.031$). Το 21.1% από τα άτομα που ακολούθησαν το μασάζ συνέχιζαν να έχουν συμπτώματα κατάθλιψης.

Οι περιορισμοί της μελέτης είναι το μικρό μέγεθος δείγματος, το ομοιογενές δείγμα που αποτελείτο μόνο από μορφωμένες γυναίκες με ψηλό εισόδημα από δυτικές χώρες, και τελευταίος περιορισμός είναι η οικολογική εγκυρότητα.

Η έρευνα των Bledsoe & Grote (2006) είχε σκοπό να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα διαφορετικών τύπων παρέμβασης για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, χωρίς ψυχωσικών στοιχείων, κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης. Στη μελέτη αυτή, χρησιμοποιήθηκαν τα εργαλεία μέτρησης, Edinburgh Postnatal Depression Scale, Hamilton Rating Scale for Depression και Profile of Mood States για την αξιολόγηση

των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Πραγματοποιήθηκαν έντεκα υπομελέτες περιγράφοντας δεκαέξι διαφορετικές παρεμβάσεις με 922 συμμετέχοντες. Οι θεραπείες εφαρμόστηκαν στην έρευνα ήταν ατομική ψυχοθεραπεία, φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ), ψυχοδυναμική θεραπεία, συμβουλευτική θεραπεία, εκπαιδευτική παρέμβαση, φαρμακευτική αγωγή, ομαδική θεραπεία με γνωσιακή συμπεριφορική-εκπαιδευτική παρέμβαση και τέλος γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία.

Με σειρά βελτίωσης κλινικών συμπτωμάτων. Οι 30 συμμετάσχοντες που ακολούθησαν φαρμακευτική αγωγή και ΓΣΘ είχαν το σημαντικότερο μέγεθος επίδρασης. Οι 45 που ακολούθησαν μόνο φαρμακευτική αγωγή είχαν παρόμοιο μέγεθος επίδρασης. Με σειρά Η ομαδική θεραπεία, η οποία, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως περιλαμβάνει εκπαιδευτική και γνωστική θεραπεία, ακολούθησαν 30 άτομα στα οποία τα συμπτώματα κατάθλιψης συνέχισαν να υπάρχουν. Την ατομική ψυχοθεραπεία εφάρμοσαν 181 άτομα στα οποία τα αποτελέσματα δεν ήταν θετικά. Τη θεραπεία της ψυχοδυναμικής και συμβουλευτικής ακολούθησαν 95 και 147 άτομα αντίστοιχα. Στη θεραπεία ΓΣΘ συμμετείχαν 17 άτομα με μικρός μέγεθος επίδρασης. Τέλος, η εκπαιδευτική θεραπεία η οποία περιλάμβανε 222 άτομα είχε το μικρότερο δυνατό αποτέλεσμα.

Μια από τους περιορισμούς της μελέτης αυτής, είναι πώς δεν αξιολογήθηκαν όλα τα αξιόπιστα και έγκυρα εργαλεία μέτρησης των συμπτωμάτων κατάθλιψης, επίσης, η χρήση και ανάλυση τυχαιοποιημένων μελετών και μή μαζί, αποτελεί ακόμη ένα περιορισμό. Αυτό έγινε λόγω του περιορισμένου αριθμού επαρκών μελετών σχετικά με την κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη.

Πίνακας 1: βασικά χαρακτηριστικά των μελετών που ερευνούν την αποτελεσματικότητα των θεραπειών, για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων κατάθλιψης κατά την εγκυμοσύνη.

ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ ΕΤΟΣ	ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΤΥΠΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΜΕΓΕΘΟΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ	P	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Mander et al.(2004)	61 γυναίκες με μείζων καταθλιπτική διαταραχή. 8 ^η εβδομάδα κύησης.	Beck Depression Inventory	Η διερεύνηση του αποτελεσματικότερου τρόπου αντιμετώπισης των συμπτωμάτων κατάθλιψης, ανάμεσα σε 3 μεθόδους .Για την θεραπεία SPEC πήραν μέρος 20 άτομα.	❖ Βελονισμός σε άτομα με συγκεκριμένα συμπτώματα κατάθλιψης (SPEC)	9.2(6)		το 68.8% των ατόμων ανταποκρίθηκαν θετικά
			για την θεραπεία NSPEC έλαβαν μέρος 21 γυναίκες.	❖ Βελονισμός σε άτομα χωρίς συγκεκριμένα συμπτώματα κατάθλιψης (NSPEC)	12.2(5)		Το 47.4% ανταποκρίθηκαν θετικά
			Για τη θεραπεία με τη χρήση χαλαρωτικού μασάζ έλαβαν μέρος 20 γυναίκες	❖ Χαλαρωτικό μασάζ (MSSG)	10.0(4)		Το 31.6% των ατόμων ανταποκρίθηκαν θετικά στη θεραπεία
Oren et al.(2002)	16 γυναίκες με βαθμολογία στο SIGH-SAD >20. Όλες οι γυναίκες βρισκονταν στην 23 ^η εβδομάδα κύησης .	Seasonal Affective Disorders Version(SIGH-SAD)	Να δείξει αν η χρήση πρωινού φωτός μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως θεραπεία στην	Χρήση πρωινού φωτός		P<0.001	Στους 6 απο τους 16 ασθενείς δεν ξαναεμφάνιστηκαν συμπτώματα κατάθλιψης μετά που

			αντιμέτωπιση συπτωμάτων κατάθλιψης				σταμάτησαν τη θεραπεία των 5 εβδομάδων.
		Hamilton Depression Rating Scale					
Bledsoe & Grote (2006)	767 έγκυες γυναίκες πήραν μέρος σε αυτήν την μελέτη	Edinburgh Postnatal Depression Scale	Σκοπός ήταν να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα των μέχρι τώρα μεθόδων αντιμέτωπισης και να τις συγκρίνει μεταξύ τους. Οι 181 πήραν μέρος στην διαπροσωπική ψυχοθεραπεία	διαπροσωπική ψυχοθεραπεία	1.260	P<.001	Απο τις 8 παρεμβάσεις οι 4 είχαν θετικά μεγέθη αντίδρασης μεταξύ του 1.260 και 3.871v
		Hamilton Rating Scale for Depression	30 ακολούθησαν την φαρμακευτική αγωγή με τη ΓΣΘ	φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία(ΓΣΘ)	3.871	P<.001	v
		Profile of Mood States.	45 μόνο άτομα πήραν μέρος στην φαρμακευτική αγωγή	φαρμακευτική αγωγή	3.048	P<.001	v
			95 στη ψυχοδυναμική θεραπεία	ψυχοδυναμική θεραπεία	0.526	P= .014	
			147 στη συμβουλευτική	Συμβουλευτική	0.418	P= .014	
			222 στην εκπαι δευτική	Εκπαιδευτική	0.100	P= .457	
			30 στην ομαδική	ομαδική θεραπεία	2.046	P<.001	v

			θεραπεία	με γνωσιακή- συμπεριφορική ,εκπαιδευτική			
			Και οι υπόλοιποι 17 ακολούθησαν την γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία	Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία	0.642	P<.001	

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη διερευνά τους αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης της κατάθλιψης, κατά τη διάρκεια της κύησης. Μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση βρέθηκαν ελάχιστοι τρόποι για την αντιμετώπιση της, με τον πιο αποτελεσματικό, λαμβάνοντας υπόψη την μακροπρόθεσμη ύφεση των συμπτωμάτων κατάθλιψης τη φαρμακευτική αγωγή. Καθώς η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελεί μια μεγάλη απειλή για την υγεία των μητέρων, καθώς και αυξανόμενα στοιχεία δείχνουν ότι βλάπτει, επίσης, τα έμβρυα και τα βρέφη, επιβάλλεται να προσδιοριστούν καλύτερα οι τρόποι για την υγιή αντιμετώπιση της.

Στη συζήτηση χρησιμοποιήθηκαν 17 άρθρα με κριτήρια εισδοχής την αποτελεσματικότητα των μεθόδων και τις επιπλοκές τους.

Η μελέτη των Oren et al.(2002), ανάδειξε τη χρήση του πρωινού φωτός ως μια αποτελεσματική μέθοδο για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Ωστόσο, αν και από τα δεδομένα της μελέτης αρχικά φάνηκε να υποστηρίζεται η υπόθεση ότι η θεραπεία εφαρμογής πρωινού φωτός έχει μια καταπραϋντική επίδραση στις έγκυες γυναίκες με συμπτώματα κατάθλιψης, στη συνέχεια φάνηκε ότι η μέθοδος ήταν αποτελεσματική κατά κύριο λόγο σε άτομα με εποχιακή κατάθλιψη. Συνολικά, οι ερευνητές καταλήγουν ότι για την μη εποχιακή κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη απαιτούνται περισσότερες μελέτες, προκειμένου να διευκρινιστεί το μέγεθος της αποτελεσματικότητας της μεθόδου.

Η έρευνα των Manber et al. (2004) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η αποτελεσματικότητα της μεθόδου του βελονισμού ήταν 69 τοις εκατό με επιτυχία, απέναντι στα συμπτώματα κατάθλιψης σε έγκυες γυναίκες. Το ποσοστό αυτό θα μπορούσε να συγκριθεί με τις συνήθειες θεραπείες που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση κατάθλιψης οι οποίες έχουν αποτελεσματικότητα 50 έως 70 τοις εκατό, Elkin et al.(1989). Αντίθετα, το μασάζ είχε χαμηλότερο ποσοστό αποτελεσματικότητας με 32 τοις εκατό. Συνολικά, η μείωση των συμπτωμάτων που παρατηρήθηκε στη παρούσα μελέτη είναι συγκρίσιμο με εκείνες που παρατηρήθηκαν στην μελέτη των (Spinelli & Endicott, 2003), μετά από την επιμύκνιση της μελέτης σε 8 εβδομάδες διαπροσωπικών ψυχοθεραπειών για την κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Και οι δύο μελέτες κατέδειξαν περαιτέρω μείωση των συμπτωμάτων με επιπλέον 8 εβδομάδες θεραπεία. Ομοίως, η μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης σαν αποτέλεσμα μετά από 8 εβδομάδες συγκεκριμένου

βελονισμού, είναι παρόμοιες με αυτές που παρατηρήθηκαν μετά από 8 εβδομάδες θεραπείας με αντικαταθλιπτικά ή γνωστικής θεραπείας (Blackburn & Moore, 1997). Παρόλο που η πιλοτική μελέτη ήταν μικρής ισχύος, υποδεικνύει ότι ο βελονισμός που γίνεται σε γυναίκες με συγκεκριμένα συμπτώματα κατάθλιψης προκαλεί μια αρκετά μεγάλη και κλινικά σημαντική βελτίωση στην κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η συμπλήρωση εντύπων μετά τον τοκετό, ακόμη και από συμμετέχοντες που δεν συνέχισαν να λαμβάνουν τη θεραπεία, έδειξε την ουσιαστική πρόθεση για θεραπευτικές αναλύσεις. Οι αναλύσεις αυτές αποκάλυψαν ότι, παρόλο που η θεραπεία βελονισμού σε άτομα με συμπτώματα κατάθλιψης και μή δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους στη λήξη της οξείας φάσης της θεραπείας, ένα σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων στην ομάδα του βελονισμού με συγκεκριμένα συμπτώματα κατάθλιψης ήταν σε πλήρη ύφεση κατά τη διάρκεια 10 εβδομάδων μετά τον τοκετό.

Το σημαντικότερο συμπέρασμα μετά από τη μελέτη των Manber et al.(2004) ήταν ότι, ανεξάρτητα από τη θεραπεία, η έγκαιρη θεραπεία της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προσφέρει προστασία ενάντι της επιλόχιας κατάθλιψης. Η διαπίστωση αυτή υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα της θεραπείας της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όχι μόνο επειδή μπορεί να ανακουφίσει από την δυσφορία που βιώνουν οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά και επειδή μπορεί να προφύλαξει αυτή την ομάδα υψηλού κινδύνου από την κατάθλιψη μετά τον τοκετό.

Η έρευνα των Bledsoe and Grote (2006) είχε ως στόχο να διερευνήσει το βαθμό αποτελεσματικότητας διάφορων τύπων θεραπείας για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό. Οι θεραπείες που αναλύθηκαν στη παρούσα μελέτη ήταν η ατομική ψυχοθεραπεία, η ΓΣΘ, η ψυχοδυναμική θεραπεία, συμβουλευτική, εκπαιδευτική, θεραπεία ομαδικής θεραπείας με γνωστική συμπεριφορική, εκπαιδευτικά προγράμματα, φαρμακευτική αγωγή και τη φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με ΓΣΘ. Ανάλογα με το μέγεθος της επίδρασης με την εξαίρεση της ΓΣΘ, σημειώνεται ένας μεγάλος διαχωρισμός μεταξύ των επιμέρων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Τελικά, φάνηκε ότι, η φαρμακοθεραπεία, και η ομαδική θεραπεία γνωσιακού-συμπεριφορικού τύπου είχαν την υψηλότερη αποτελεσματικότητα. Τα ευρήματα αυτά είναι παρόμοια με εκείνα του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας της Αμερικής (Elkin et al, 1989), γεγονός που υποδηλώνει ότι τη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης

σε γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή και μετά τον τοκετό και η θεραπεία της κατάθλιψης σε άλλες χρονικές στιγμές του κύκλου ζωής μπορεί να είναι παρόμοια.

Ωστόσο, οι γιατροί ενδεχομένως να διστάζουν να συνταγογραφήσουν φάρμακα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και για τις μητέρες που επιλέγουν να θηλάζουν, διότι η απόλυτη ασφάλεια δεν έχει τεκμηριωθεί. Σύμφωνα με τους Sharma et al, (2009) η θεραπεία κατά τη διάρκεια της γαλουχίας απαιτεί την ελαχιστοποίηση της έκθεσης των βρεφών σε φαρμακευτικές ουσίες, προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι δυσμενείς επιπτώσεις. Λαμβάνοντας υπόψη το δεδομένο ότι η φαρμακευτική αγωγή θεωρείται η αποτελεσματικότερη θεραπευτική μέθοδος, θα ήταν ενδιαφέρον να σχεδιαστούν περαιτέρω μελέτες με στόχο τη διερεύνηση της ασφάλειας της φαρμακευτικής θεραπείας για την αντιμετώπιση της μείζονας κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Κατά την έρευνα των Einarson et al.(2009) φάνηκε ότι υπάρχει μια μικρή, αλλά στατιστικά σημαντική αύξηση της συχνότητας της αυτόματης αποβολής σε γυναίκες που εκτίθενται σε αντικαταθλιπτικά κατά τα πρώτα στάδια της κύησης. Ωστόσο, αν αυτά τα δυσμενή αποτελέσματα οφείλονται στις επιδράσεις της θεραπείας ή της κατάθλιψης εξακολουθεί να είναι άγνωστο, όπως επίσης άγνωστο εξακολουθεί να είναι αν οι γυναίκες αυτές διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο για αυτόματη αποβολή είτε και αν αντιμετωπιστεί με θεραπευτικές δόσεις αντικαταθλιπτικών είτε όχι. Στο συμπέρασμα αυτό κατέληξε και η έρευνα των Nakhai et al. (2010) στην οποία διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ παροξετίνης και βενλαφαξίνης και αυξημένου κινδύνου αυτομάτων αποβολών.

Η έρευνα των Simon et al.(2002), προσθέτει πώς η λήψη εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης σε οποιαδήποτε εβδομάδα κύησης διπλασιάζει τον κίνδυνο των γυναικών για πρόωρο τοκετό. Αντίθετα, οι Backer et al.(2007) υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης που παραμένουν χωρίς θεραπεία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σχετίζονται με ουσιαστικούς περιγεννητικούς κινδύνους όπως ο πρόωρος τοκετός, η ψυχοκινητική καθυστέρηση του εμβρύου, η προεκλαμψία και οι αυτόματες αποβολές.

Μια παλαιότερη έρευνα των Nulman et al. (1997) συμπέρανε πώς η εκθεση της μήτρας είτε σε τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά είτε σε φλουοξετίνη δεν επηρέαζε δυσμενώς τις νευροαναπτυξιακές ικανότητες των εμβρύων.

Η Gold(1999) αναφέρει πώς επιστήμονες υγείας όλων των ειδικοτήτων λαμβάνουν μικρή έως καθόλου τυπική εκπαίδευση σε αυτό το τομέα της ψυχοφαρμακολογίας. Προσθέτει, επίσης πώς οι περισσότερες ιατρικές συνταγές που δίνονται στις ΗΠΑ είναι ψυχοτροπικές θεραπείες παρόλο που καμία δεν έχει εγκριθεί για εφαρμογή από τον Αμερικάνικο Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA). Ωστόσο, οι περισσότεροι ιατροί και πάσχοντες αγνοούν την προειδοποίηση αυτή η οποία υποστηρίζει πώς δεν είναι καθόλου ασφαλής η κατανάλωση τέτοιων φαρμάκων κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης. Συνεπώς, η χρήση τους από ιατρικής άποψης είναι υπερεκτιμημένη. Μάλιστα, σύμφωνα με την ίδια ερευνήτρια (Gold, 1999) στις ΗΠΑ οι περισσότεροι ιατροί θεωρούν ότι ο πλακούντας προσφέρει προστασία ενάντια στην τερατογένεση, ανεξάρτητα από το είδος φαρμακευτικής αγωγής που παίρνει η μητέρα. Ωστόσο, μελέτες με πειραματόζωα δείχνουν πώς όλες οι ψυχότροπες θεραπείες διαπερνούν τον πλακούντα (Stowe , 1997). Ειδικότερα, οι συγκεκριμένοι ερευνητές βρήκαν στον ομφάλιο λώρο υψηλά επίπεδα εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, αγχολυτικά και μεταβολίτες αυτών σε γυναίκες που λάμβαναν την αντίστοιχη αγωγή. Τα δεδομένα αυτά υποδηλώνουν ότι η μήτρα απορροφά τις ψυχότροπες ουσίες (Stowe, 1997). Υπάρχει ελλιπής και ασαφής πληροφόρηση σχετικά με τη σωστή και αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή κατά τη διάρκεια της κύησης.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τους Carter et al. (2005), οι γυναίκες προτιμούν τις εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπείες, παρά τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής για τη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού. Συνεπακόλουθα, η ανάπτυξη και η βελτίωση των υφιστάμενων μη φαρμακευτικών τρόπων θεραπείας της κατάθλιψης κρίνονται απαραίτητες.

Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να διεξαχθούν με περισσότερα διαθέσιμα μέτρα για την αντιμετώπιση της. Μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να εξετάσουν άλλες σημαντικές μεταβλητές του ενδιαφέροντος, όπως την επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα και την κοινωνική υποστήριξη. Επίσης, ορθό θα ήταν να αναπτυχθούν προγράμματα για να ενταχθεί αυτό το ζήτημα στην κατεύθυνση ψυχικής υγείας. Χρειάζεται να δημοσιοποιηθούν περισσότερες πληροφορίες για την κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη, για τα συμπτώματα, και τις θεραπείες. Η εγκυμοσύνη είναι μια μοναδική περίοδος κατά την οποία οι περισσότερες γυναίκες είναι σε συχνή επαφή με τους παρόχους νοσοκομειακής περίθαλψης. Θα πρέπει να προσφέρετε η ευκαιρία για εκπαίδευση σχετικά με την κατάθλιψη, τον εντοπισμό και

αντιμετώπιση της. Χρειαζόμαστε ευρύτερη χρήση των εργαλείων ελέγχου για τον καθορισμό της κατάθλιψης στην προγεννητική φροντίδα, αλλά και αναγνώριση είναι άχρηστο χωρίς έγκαιρη, με εύκολη πρόσβαση, φιλική προς τις γυναίκες εγκαταστάσεις επεξεργασίας. Πρέπει επίσης να διασφαλιστεί ότι, ως νοσηλευτικοί λειτουργοί, επιβάλλεται να έχουμε επίγνωση των βέλτιστων θεραπειών, τόσο φαρμακολογικών παραγόντων όσο, και εναλλακτικών στη διαχείριση της κατάθλιψης, ειδικότερα της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Και τέλος, πρέπει να συνεχίσουμε να υποστηρίζουμε για την καλύτερη έρευνα και αποδεικτικά στοιχεία, ουτως ώστε να είμαστε σε θέση να μπορούμε να στο μέλλον να δίνουμε ασφαλείς συμβουλές στις εγκύους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Τα συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης απειλούν την υγεία της μητέρας, των βρεφών, και των οικογενειών τους. Είναι μια ευρέως διαδεδομένη απειλή για την υγεία της μητέρας, για τα βρέφη, και τις οικογένειες τους. Σύμφωνα με τις παραπάνω μελέτες που αναλύθηκαν, σαν τρόποι αποτελεσματικής αντιμετώπισης των συμπτωμάτων κατάθλιψης μέχρι τώρα, είναι η χρήση φαρμακευτικής θεραπείας, ο βελονισμός και η χρήση πρωινού φωτός.

Λόγω της κρισιμότητας του θέματος, κρίνεται αναγκαίο οι νοσηλευτικοί λειτουργοί να ενημερώνονται σχετικά με την παρέμβαση που θα εκπαιδεύσουν τις έγκυες μητέρες που αντιμετωπίζουν συμπτώματα κατάθλιψης. Περαιτέρω, μελέτες σχετικά με τη θεραπεία των ψυχικών ασθενειών όπως η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δείχνουν πως οι φαρμακευτικοί παράγοντες δεν είναι η μόνη επιλογή για θεραπεία. Για αυτό το λόγο απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση του θέματος των εναλλακτικών και συμπληρωματικών θεραπειών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bakker M.K, Kolling P, Paul B, Hermien E.K, (2007). Increase in use of selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy during the last decade, a population based cohort study from the Netherlands. *British journal of Clinical Pharmacology*. 65, 4, 600-606.

Bledsoe S.E, Grote N.K, (2006). Treating depression during pregnancy and the postpartum. *Research on social work practice*, 16, 2, 109-120.

Blackburn I.M, Moore R.G, (1997). Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *Br. J. Psychiatry* 171, 328–334.

Calat J.W, (2003). DSN-IV. Βιολογική Ψυχολογία. Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία, 3,12-18.

Carter F.A, Carter J.D, Luty S.E, Wilson D.A, Frampton C.M, Joyce P.R, (2005). Screening and treatment for depression during pregnancy: a cautionary note. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 39, 255-261.

Einarson T.R, Einarson A, (2005). Newer antidepressants in pregnancy and rates of major malformations: a meta-analysis of prospective comparative studies. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 14, 823-827.

Elkin I, Shea M.T, Watkins J.T(1989). General effectiveness of treatments. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Arch. Gen. Psychiatry* 46 (11), 971– 982.

Gold L.H, (1999).Treatment of depression during pregnancy. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 8, 5, 601-607.

Li D, Liu L, Odouli R, (2009). Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Human Reproduction*, 24, 1, 146-153.

Manber R, Schnyer R.N, Allen J.B, Rush J.A, Blasey C.M, (2004). Acupuncture: a promising treatment for depression during pregnancy. *Journal of affective disorders* 83, 89-95.

Nakhai-Pour H.R, Broy P, (2010). Use of antidepressants during pregnancy and the risk of spontaneous abortion, *CMAJ*, 182, 10, 1031-1037.

Nulman I, Rovet J, Steward D.E, Wolpin J, Gardner H.A, Jochen J.W, Kulin N, Koren G, (2003). Neurodevelopment in children exposed in utero to antidepressant drugs. *The new England journal of medicine*. 36, 4, 259-262.

Oren D.A, Wisner K.L, Spinelli M, Epperson C.N, Peindi K.S, Terman J.S, Terman M, (2002). An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. *Am J Psychiatry*, 159, 666-669.

Sandman C, Wadwha P, Dunkel-Schetter C, Chicz-Demet A, Belman J, (1994). Psychobiological influence of stress and HPA regulation on the human fetus and birth outcomes. *Annals of the New York academy of Science*, 739, 198-210

Sharma V, Burt V.K, Ritchie H.L, (2009). Bipolar II postpartum depression: detection, diagnosis and treatment. *Am J Psychiatry*, 166, 11, 1217-1221.

Simon G.E, Cunningham M.L, Davis R.L, (2002). Outcomes of prenatal antidepressant exposure. *Am J Psychiatry*, 159, 2055-2061.

Spinelli M.G, Endicott J,(2003). Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *Am. J. Psychiatry* 160 (3), 555– 562.

Stowe Z, (1997). Placental passage of antidepressants. American Psychiatric Association,17-22.

Wisner K.L, Gelenberg A.J, Leonard H, (1999). Pharmacologic treatment of depression during pregnancy. JAMA, 282, 13, 1264-1269.

Wisner K.L, Zarin D.A, Holmboe E.S, Appelbaum P.S, Gelenberg A.J, Leonard H.L, Frank E, (2000). Risk-Benefit decision making for treatment of depression during pregnancy. Am J Psychiatry, 157, 1933-1940.