



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΚΩΤΣΗ

Ψυχίατρος

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2009



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΚΩΤΣΗ

Ψυχίατρος

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2009

«Η έγκρισις της διδακτορικής διατριβής υπό του Ιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλοί την αποδοχή των γνωμών του συγγραφέως»

[Νόμος 5343/1932, άρθρον 202, παράγραφος 2]

Ημερομηνία αίτησης της κ. Κώτση Αικατερίνης: 20-10-2003

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 515^α/11-11-2003

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων

Υφαντής Θωμάς Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Μέλη

Μαυρέας Βενετσάνος Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Στέφος Θεόδωρος Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής –Γυναικολογίας Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 24-2-2004

«Επιδημιολογία της Επιλόχειας Κατάθλιψης και Διερεύνηση των Παραγόντων Κινδύνου»

ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : 662^α/26-5-2009

Μαυρέας Βενετσάνος	Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Παπαδόπουλος Γεώργιος	Καθηγητής Αναισθησιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Στέφος Θεόδωρος	Καθηγητής Μαιευτικής –Γυναικολογίας με έμφαση στην Εμβρυομητρική Ιατρική, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Ντούσις Βασίλειος	Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής –Γυναικολογίας με έμφαση στη Γυναικολογική Ογκολογία Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Δημολιάτης Ιωάννης	Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Κονιτσιώτης Σπυρίδων	Επίκουρος Καθηγητής Νευρολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Υφαντής Θωμάς	Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 22-6-2009

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ

Ιωάννης Γουδέβενος

Καθηγητής Παθολογίας-Καρδιολογίας



Η Γραμματέας της Σχολής

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΣΒΕΝΤΖΟΥΡΗ-ΖΩΗ

Στο Σάββα

Ηομαλή έκβαση κάθε «τοκετού» προϋποθέτει την αγαστή και συνεπή συνεργασία πολλών ανθρώπων. Έτσι και στην εκπόνηση της παρούσας διατριβής πολλοί συνέβαλλαν από τη φάση της «σύλληψης»-έμπνευσης, μέχρι την περίοδο των «ωδινών», και της τελέσφορης ολοκλήρωσής της.

Θα ήθελα καταρχήν να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα της παρούσας διατριβής, κ. Θωμά Υφαντή, Επίκουρο Καθηγητή της Ψυχιατρικής, όχι μόνο για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αναθέτοντάς μου τη συγκεκριμένη μελέτη, αλλά και για την ευκαιρία που είχα να συνεργαστώ μαζί του και να εκπαιδευτώ στη μεθοδολογία της έρευνας αλλά και στην υψηλού επιπέδου φροντίδα και υποστήριξη των νέων μπτέρων. Η παρουσία του σε όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής ήταν συνεχής, όχι μόνο σε επίπεδο καθοδήγησης και εποπτείας, αλλά και σε πρακτικό επίπεδο, από τη φάση της δειγματοληψίας μέχρι τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, την εξαγωγή των συμπερασμάτων και τη διαμόρφωση του κειμένου. Θα ήθελα να τον ευχαριστήσω ιδιαίτερα για τη στωικότητα που επέδειξε απέναντι στην «ψυχαναγκαστική βραδύτητα» που με διέκρινε κατά τη φάση ολοκλήρωσης της διατριβής, βραδύτητα που δεν θα την υπερέβαινα χωρίς τη δημιουργική του πίεση.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ. Βενετσάνο Μαυρέα, ο οποίος με τις συνεχείς παροτρύνσεις του και τη συνεπή επιστημονική υποστήριξη που παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διατριβής, βοήθησε να φέρω σε πέρας αυτή την εργασία.

Ο κ. Θεόδωρος Στέφος, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, πέρα από την υποστήριξη που παρείχε σε επιστημονικό επίπεδο, «γεφυρώνοντας» τα γνωστικά πεδία της Μαιευτικής και της Ψυχιατρικής, εξασφάλισε την άριστη συνεργασία με το προσωπικό της Μαιευτικής Κλινικής αλλά και τις λεχωίδες. Χωρίς την πολύτιμη παρουσία του δεν θα είχε «γεννηθεί» το παρόν πόνημα.

Θα ήθελα ιδιαίτερα να ευχαριστήσω την κ. Αντωνίου Κατερίνα, Επίκουρη Καθηγήτρια της Φαρμακολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, η οποία αντίθετα από τη θεσμική της «απουσία» για τυπικούς λόγους από τις διαδικασίες υποστήριξης της παρούσας διατριβής, ήταν ουσιαστικά παρούσα σε όλη τη διάρκεια της εκπόνησής της. Συνέβαλε αποφασιστικά τόσο στο σχεδιασμό της έρευνας, όσο και στην υλοποίησή της, παρέχοντας πολύτιμη βοήθεια τόσο σε ερευνητικό όσο και σε εκπαιδευτικό επίπεδο.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τις λεχωίδες που συμμετείχαν στη μελέτη και μοιράστηκαν μαζί μας όχι μόνο τα «θετικά» συναισθήματά τους, αλλά και τις αμφιβολίες και την αμφιθυμία τους για το βρέφος και το νέο τους ρόλο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή.....	3
2. Επιδημιολογικά Δεδομένα - Κλινική εικόνα της Επιλόχειας Κατάθλιψης	4
3. Παράγοντες κινδύνου.....	18
4. Στοιχεία του νευροβιολογικού υποστρώματος της Κατάθλιψης: εστιάζοντας στην Επιλόχεια Κατάθλιψη.....	46
5. Επιπτώσεις της Επιλόχειας Κατάθλιψης στο βρέφος	55
6. Η θεραπεία της Επιλόχειας Κατάθλιψης.....	59

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σκοποί της μελέτης.....	67
2. Πιλοτική μελέτη	67
3. Μεθοδολογία της έρευνας και σχεδιασμός	68
4. Εργαλεία της μελέτης	70
5. Στατιστική ανάλυση.....	80
6. Εμπιστευτικότητα - Θέματα δεοντολογίας	81
7. Διαχρονική παρακολούθηση.....	81

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	85
---------------------------	----

ΣΥΖΗΤΗΣΗ	127
-----------------------	-----

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	151
-----------------------	-----

SUMMARY	155
----------------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	159
---------------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	193
---	-----

Γενικό Μέρος



Ι. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Επιλόχεια Κατάθλιψη (ΕΛΚ) είναι μια από τις συχνότερα αντιμετωπιζόμενες από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και από τους μαιευτήρες-γυναικολόγους ιατρούς καταθλιπτικές διαταραχές. Στην ιατρική βιβλιογραφία η Επιλόχεια Κατάθλιψη έχει αναφερθεί από το 1858, αλλά είχε αναγνωριστεί ήδη από την εποχή του Ιπποκράτη, το 400 π.Χ., ο οποίος υπέθετε ότι οι καταθλίψεις μετά τον τοκετό οφειλόταν στη συλλογή αίματος στους μαστούς, στα δίδυμα και στα νόθα.

Η Επιλόχεια Κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που συμβαίνει, σύμφωνα με τα αποτελέσματα διεθνών επιδημιολογικών ερευνών, στο 10-15% των λεχωίδων, με έναρξη τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό. Διαρκεί αρκετά συχνά για μήνες και απαιτεί ψυχολογική ή και φαρμακευτική παρέμβαση. Πολλοί παράγοντες έχουν συνδεθεί με την ΕΛΚ, μεταξύ άλλων η κληρονομική επιβάρυνση, η ύπαρξη προηγούμενων επεισοδίων κατάθλιψης, ορμονικές μεταβολές, ύπαρξη ψυχοπιεστικών συνθηκών και γεγονότων, κοινωνικές παράμετροι, κ.λπ. Η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης της ΕΛΚ θεωρείται αυτονόητη, δεδομένου ότι οι συνέπειές της μπορεί να είναι μεγάλες, τόσο για τη μητέρα όσο και για το βρέφος, δεδομένης της μεγάλης σημασίας που έχει για την ψυχοκοινωνική του ανάπτυξη ιδιαίτερα ο πρώτος χρόνος της ζωής. Έχει άλλωστε τεκμηριωθεί πως η εμφάνιση κατάθλιψης στη μητέρα στην αρχή της ζωής του βρέφους επηρεάζει την ψυχολογική ανάπτυξή του, έχοντας ως αποτέλεσμα σημαντικά νοητικά ελλείμματα [130,30,508]. Άλλες συνέπειες που έχουν περιγραφεί περιλαμβάνουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ατυχήματα, σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου και πολύ υψηλότερη συχνότητα εισαγωγών στο Νοσοκομείο [97,594,397]. Γενικό συμπέρασμα όλων των μελετών που έχουν γίνει είναι ότι ο μηχανισμός που διαμεσολαβεί μεταξύ της ΕΛΚ και των συνεπειών που αυτή έχει για τα παιδιά βρίσκεται στη δυσκολία επικοινωνίας μεταξύ της μητέρας και του βρέφους [407].

Προφανώς, μετά από όλα αυτά, καθίσταται η σημασία που έχει η πρώιμη διάγνωση και η έγκαιρη αντιμετώπιση της ΕΛΚ, τόσο για τη μητέρα όσο και για το βρέφος.

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ - ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η νοσολογική οντότητα της Επιλόχειας Κατάθλιψης απασχολεί ευρέως τους κλινικούς γιατρούς (ψυχιάτρους, γυναικολόγους, παιδιάτρους) και τους ερευνητές το τελευταίο τέταρτο του αιώνα, με αποτέλεσμα την πληρέστερη γνώση για έγκαιρη αναγνώριση της συμπτωματολογίας και την ανάπτυξη υπηρεσιών για τις λεχσίδες και τις οικογένειές τους. Αναγνωρίζοντας ότι δεν έχει τα ίδια χαρακτηριστικά με την «τυπική» κατάθλιψη, πρώτος ο Pitt [462], περιέγραψε αυτή τη συναισθηματική διαταραχή της λοχείας με τον όρο «άτυπη κατάθλιψη», και προσδιόρισε τα συμπτώματά της σε ένα συνδυασμό αγχωδών και καταθλιπτικών εκδηλώσεων, προσθέτοντας αργότερα και την ευερεθιστότητα στον αστερισμό των συμπτωμάτων της ΕΛΚ.

Ως Επιλόχεια Κατάθλιψη (ΕΛΚ) ορίζεται έναν επεισόδιο διαταραχής της διάθεσης που πληροί τα κριτήρια ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου και έχει έναρξη μετά τον τοκετό, συνήθως τις πρώτες τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό. Στην 4η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV) δεν υπάρχει ως ιδιαίτερη διαταραχή, αλλά αναφέρεται ο όρος «Επιλόχειας Έναρξης» ως προσδιοριστής κάποιου επεισοδίου [179], ενώ στο ταξινομικό σύστημα ICD-10 (International Classification of Diseases) δεν υπάρχει ο όρος «επιλόχειος», ούτε ως προσδιοριστής επεισοδίου ούτε ως ιδιαίτερη διαταραχή.

Οι επιλόχειες διαταραχές της διάθεσης έχουν **έναρξη** τις πρώτες εβδομάδες ή μήνες μετά τον τοκετό, και για πολλές λεχσίδες η συμπτωματολογία υφίεται στο επόμενο χρονικό διάστημα. Ωστόσο, σε κάποιες νέες μητέρες η συμπτωματολογία εμφανίζεται πολύ αργότερα, ακόμα και πολλούς μήνες μετά τον τοκετό, και τα συμπτώματα επιμένουν για μεγαλύτερη χρονικά περίοδο.

Η **ένταση** της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι μεγαλύτερη τους πρώτους μήνες μετά τον τοκετό και μειώνεται σημαντικά σε ένα μεγάλο ποσοστό των καταθλιπτικών λεχσίδων το επόμενο διάστημα [231]. Εντούτοις σε κάποιες περιπτώσεις τα καταθλιπτικά συμπτώματα επιμένουν και μετά τους πρώτους μήνες της λοχείας και έχουν την τάση να συνεχίζονται και στη διάρκεια του πρώτου χρόνου μετά τον τοκετό, πολλές φορές δε ακόμη και στη διάρκεια του 2ου χρόνου. Μάλιστα, η βαρύτητα των συμπτωμάτων ελάχιστα αλλάζει στη διάρκεια αυτού του χρονικού διαστήματος. Είναι δε ενδεικτική μια παλαιότερη έρευνα των Kumar και Robson [343] οι οποίοι διαπίστωσαν ότι πολλές γυναίκες οι οποίες εμφάνιζαν κατάθλιψη για πρώτη φορά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή της λοχείας συνέχιζαν να αντιμετωπίζουν κάποια ψυχολογικά προβλήματα ακόμη και 4 χρόνια μετά τον τοκετό. Βασισμένοι σ' αυτά τα ευρήματα, οι συγγραφείς προτείνουν ότι για κάποιες γυναίκες «η απόκτηση ενός παιδιού σηματοδοτεί την έναρξη παρατεταμένων ψυχολογικών δυσκολιών».

Το γεγονός όμως ότι κάποιες γυναίκες εμφανίζουν μια απώτερη έναρξη των συμπτωμάτων μας ωθεί να υποθέσουμε ή ότι αυτές οι λεχσίδες υποφέρουν από μια νοσολογική οντότητα διαφορετική από αυτήν που τυπικά θεωρούμε ως Επιλόχεια Κατάθλιψη, ή ότι ο ορισμός της ΕΛΚ πρέπει να επεκταθεί ώστε να συμπεριλάβει και περιπτώσεις στις οποίες η έναρξη της ψυχοπαθολογίας τοποθετείται στη διάρκεια του πρώτου χρόνου μετά τον τοκετό.

Αναφορικά με την **επιδημιολογία** της ΕΛΚ, η επίπτωση (incidence) της ΕΛΚ κυμαίνεται από 10% έως 15% [235], ενώ άλλες μελέτες αναφέρουν επικράτηση (prevalence) από 3.5% έως 17.5% όταν χρησιμοποιούνται σταθμισμένα διαγνωστικά εργαλεία με κλινικές συνεντεύξεις και από 3% έως 25% όταν χρησιμοποιούνται αυτο-συμπληρούμενα (self-report) ερωτηματολόγια [579,598]. Ίσως είναι περισσότερο δόκιμο τα ποσοστά αυτά επικράτησης να αναφέρονται ως επικράτηση περιόδου 2-3 μηνών, επειδή αντανακλούν την πιθανότητα να συμβεί

κατάθλιψη μέσα στους 2-3 μήνες από τον τοκετό. Γενικά πάντως, στη διεθνή βιβλιογραφία έχει επικρατήσει ο όρος «επίπτωση στις νέες μητέρες», η οποία εκτιμάται στο 10-20% περίπου [150,48]. Το ποσοστό της ΕΛΚ στις έφηβες μητέρες εκτινάσσεται στο 26% [552] και μεταξύ των οικονομικά ασθενέστερων, πρωτοτόκων γυναικών μπορεί να φτάσει και το 38.2% [278]. Επιπλέον, ένα μεγάλο ποσοστό των λεχωίδων εμφανίζει υποκλινική καταθλιπτική συμπτωματολογία, η οποία ταξινομείται ως «επιλόχεια καταθλιπτικά συμπτώματα ή δυσφορία» [8,291].

Οι αντιπροσωπευτικότερες μελέτες σχετικά με την επιδημιολογία της ΕΛΚ στους πρώτους 6 μήνες της λοχείας, καθώς και στο απώτερο διάστημα των 6 μηνών έως 2.5 χρόνων μετά τον τοκετό φαίνονται στους πίνακες 1 και 2 αντίστοιχα.

Πίνακας Ι: Επιδημιολογία της ΕΛΚ [453]

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	N	ΕΡΓΑΛΕΙΑ	ΣΗΜΕΙΟ ΑΠΟΚΟΠΗΣ	%	ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ
Affonso et al.(2000)	892	EPDS. BDI	Δεν δίνεται	73 (Ταϊβάν) 13 (Σουηδία) 60 (Ταϊβάν) 15.2 (Σουηδία)	4-6 (Ταϊβάν και Σουηδία) 10-12 (Ταϊβάν και Σουηδία)
Beck and Gable (2001)	150	EPDS. BDI-II PDSS, SCID	12-13	12	12
Brown and Lumley (2000)	1.331	EPDS	> 13	16.90	24-28
Crotty and Sheehan (2004)	625	EPDS, SCAN	> 12	14.40	6
Cryan et al. (2001)	377	EPDS	12 - 13	28.60	6
Evans et al. (2001)	9.028	EPDS	13	9.2 8.1	8 32
Huang and Mathers (2001)	50 (Sheffield) 101 (Ταϊβάν)	EPDS	> 12	18 (Μεγ. Βρετανία) 19 (Ταϊβάν)	12
Leung, Arthur, et al. (2005) and Leung, Martinson, et al. (2005)	269	EPDS	> 13	19.80	6
Matthey et al. (2000)	157	EPDS. DSM-IV	> 12	7.70	6
Morse et al. (2004)	143	EPDS	13	11.00	6
O'Neill et al. (1990)	142	EPDS EPI	Δεν δίνεται	26.70	6
Righetti-Veltema et al. (1998)	570	EPDS	13	10.20	12
Stuart et al. (1998)	107	BDI, EPDS		23.30	14
Yonkers et al. (2001)	802	EPDS. SCID-DSM-IV	> 12	16	3

EPI = Eysenck Personality Inventory

SCAN = Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry Version.

BDI : Beck Depression Inventory

EPDS :Edinburgh Postnatal Depression Scale

SCID:Depression and Anxiety sections of the Structured Clinical Interview

PDSS: Postpartum Depression Screening Scale

DSM-IV:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,Fourth Edition

Πίνακας 2: Επιδημιολογία της ΕΛΚ στο διάστημα των 6 μηνών έως 2.5 χρόνων μετά τον τοκετό [231]

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΛΕΧΩΙΔΩΝ	ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	ΕΥΡΗΜΑΤΑ
Horowitz and Goodman (Η.Π.Α.) 2004	62 λεχωίδες με EPDS > 10 στις 2 - 4 εβδομάδες της λοχείας	BDI > 14	41.9% στις 4 - 8 εβδομάδες (22.6% ήπια 14.5% μέτρια 4.8% σοβαρή) 35.5% στις 10 - 14 εβδομάδες (24.2% ήπια 9.7% μέτρια 1.6% σοβαρή) 27.4% στις 14 - 18 εβδομάδες (11.3% ήπια 16.1% μέτρια) 30.6% στα 2 χρόνια (16.1% ήπια 4.8% μέτρια 9.7% σοβαρή)
Beeghly et al. (Η.Π.Α.) 2002	106 λεχωίδες με CES-D > 16 στους 2 μήνες της λοχείας	CES-D > 16	31% στους 3 μήνες 35% στους 6 μήνες 31% στους 12 μήνες
Evans, Heron, Francomb, Oke, and Golding (Μ.ΒΡΕΤΑΝΝΙΑ) 2001	9.028 λεχωίδες	EPDS > 13	9.1% στις 8 εβδομάδες 8.1% στους 8 μήνες
Hisock and Wake (ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ) 2001	738 λεχωίδες από υπηρεσίες της κοινότητας	EPDS > 9	33% στους 6 - 12 μήνες (18% από EPDS > 10 σε EPDS > 12 15% με EPDS > 12)
Josefsson, Berg, Nordin, & Sydsjo (ΣΟΥΗΔΙΑ) 2001	1.158 λεχωίδες γυναίκες από την κοινότητα	EPDS > 10	13% στις 6 - 8 εβδομάδες 13% στους 6 μήνες
Zelkowitz and Milet (ΚΑΝΑΔΑΣ) 2001	Λεχωίδες που πληρούσαν κριτήρια ψυχιατρικής διαταραχής (SCID-NP) και είχαν EPDS > 10 στους 2 μήνες της λοχείας	SCID-NP	54% συνέχιζαν να πληρούν τα κριτήρια στους 6 μήνες
Brown and Lumley (ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ) 2000	1.336 γυναίκες από την κοινότητα	EPDS > 13	16.9% στους 6 - 7 μήνες
Matthey, Barnett, Ungerer, and Waters (ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ) 2000	157 γυναίκες από την κοινότητα	BDI > 9 BDI > 16	7.7% > 16 7.7% > 9 στις 6 εβδομάδες 3.7% > 16 9.7% > 9 στις 12 εβδομάδες 4.4% > 16 12.4% > 9 στους 12 μήνες - Συνολική επίπτωση (> 9) στους 12 μήνες ήταν 27.3%
Seguin, Potvin, St-Denis, and Loiselle (ΚΑΝΑΔΑΣ) 1999	68 χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, Πρωτοτόκες μητέρες	BDI > 10	38.2% στους 6 μήνες
Stuart, Couser, Schilder, O'Hara, and Gorman (Η.Π.Α.) 1998	107 γυναίκες από την κοινότητα	BDI > 10	23.3% στις 14 εβδομάδες 18.7% στις 30 εβδομάδες
Bernazzani, Saucier, David, and Borgeat (ΚΑΝΑΔΑΣ) 1997	213 λεχωίδες	EPDS > 13	12.7% στους 6 μήνες

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΛΕΧΩΙΔΩΝ	ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	ΕΥΡΗΜΑΤΑ
Leathers, Kelley, and Richman (Η.Π.Α.) 1997	108 πρωτοτόκες	CES-D > 16	31% στους 6 μήνες
Campbell and Cohn (Η.Π.Α.) 1997	70 λεχωίδες που πληρούσαν τα Διαγνωστικά κριτήρια (RDC) για κατάθλιψη στους 2 μήνες της λοχείας	SADS RDC	48% στους 4 μήνες (24% υποκλινικά συμπτώματα) 30% στους 6 μήνες (41% υποκλινικά συμπτώματα) 25% στους 9 μήνες (38% υποκλινικά συμπτώματα) 24% στους 12 μήνες (36% υποκλινικά συμπτώματα) 18% στους 18 μήνες (31% υποκλινικά συμπτώματα) 13% στους 24 μήνες (35% υποκλινικά συμπτώματα)
Viinamaki, Niskanen, Pesonen and Saarikoski (ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ) 1997	139 λεχωίδες	GHQ > 2	28.1% πάνω από το κατώφλι για ψυχικές διαταραχές στις 4 - 8 εβδομάδες 19.4% πάνω από το κατώφλι για ψυχικές διαταραχές στα 2 χρόνια μετά τον τοκετό
Areias, Kumar, Barros, and Figueredo (ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ) 1996	54 Πρωτοτόκες	EPDS SADS	49% καταθλιπτικές στην διάρκεια των πρώτων 12 μηνών της λοχείας
Ballard, Davis, Cullen, Mohan, and Dean (Μ. ΒΡΕΤΑΝΙΑ) 1994	200 έγγαμες λεχωίδες	EPDS > 13	27.5% στις 6 εβδομάδες 25.7% στους 6 μήνες
Small, Brown, Luniley and Astbury (ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ) 1994	Γυναίκες από την κοινότητα N = 771 στους 8 -9 μήνες N = 45 στους 20 -26 μήνες	EPDS > 13	15.4% στους 8.9 μήνες 34% των καταθλιπτικών στους 8-9 μήνες παρέμεναν σε κατάθλιψη στους 20- 26 μήνες
Cox, Murray, and Chapman (Μ. ΒΡΕΤΑΝΙΑ) 1993	232 γυναίκες επιλεγμένες από κλινικές προγεννητικής φροντίδας	EPDS > 9 SPI	9.1 % καταθλιπτικές στους 6 μήνες (3.5% μείζων 5.6% ήπια) 13.8% μετά τους πρώτους 6 μήνες (6.5% μείζων 7.3% ήπια)
Lundh and Gyllang (ΣΟΥΗΔΙΑ) 1993	258 λεχωίδες από την κοινότητα	EPDS > 10	26% στις 2 εβδομάδες 8% στις 6 εβδομάδες 13% στους 3 μήνες 8% στους 8 μήνες - Επικράτηση περιόδου (2 εβδομάδες - 8 μήνες) 35%
Kumar and Robson (Μ. ΒΡΕΤΑΝΙΑ) 1984	114 πρωτοτόκες στους 3 μήνες 112 στους 6 μήνες 108 στους 12 μήνες 99 στα 4 χρόνια	SPI	16.6% στους 3 μήνες 12.5% στους 6 μήνες 8.3% στους 12 μήνες 9% στα 44 χρόνια - Επικράτηση περιόδου για τον 1° χρόνο της λοχείας: 24%

CES-D = Center for Epidemiological Studies-Depression
 EPDS= Edinburgh Postnatal Depression Scale
 SCID-NP = Structured Clinical Interview for
 DSM-III-R, Non-Patient Version
 SADS = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
 RDC= Research Diagnostic Criteria
 GHQ= General Health Questionnaire
 SPT = Standard Psychiatric Interview

Πρόσφατα διεξήχθη και στη χώρα μας μια μελέτη που περιελάμβανε και τη στάθμιση της κλίμακας EPDS [355], στην οποία η επικράτηση της ΕΛΚ προσδιορίστηκε στο 12.4%, με το 7.4% των λεχωίδων να πληρούν κριτήρια ήπιας κατάθλιψης και το 5% να εμφανίζουν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

Όσον αφορά στην **κλινική εικόνα** της Επιλόχειας Κατάθλιψης, είναι χρήσιμο να αναφερθούν καταρχήν τα κριτήρια του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV):

Α. Πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα ήταν παρόντα κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου 2 εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μία αλλαγή στην προηγούμενη λειτουργικότητα. Τουλάχιστον το ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) καταθλιπτική διάθεση, είτε (2) απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης.

Σημείωση: Δεν συμπεριλαμβάνονται συμπτώματα που είναι σαφές ότι οφείλονται σε γενική σωματική διαταραχή ή ασύμβατες με τη διάθεση παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις.

1. Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά, όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική αναφορά (π.χ. αισθάνεται θλίψη ή «κενό»), είτε από την παρατήρηση των άλλων (π.χ. φαίνεται ευσυγκίνητη).

2. Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες, τις δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά (όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική εκτίμηση, είτε με την παρατήρηση των άλλων).

3. Σημαντική απώλεια βάρους, ενώ δεν είναι σε δίαιτα, ή αύξηση του βάρους (π.χ. μεταβολή πάνω από 5% του σωματικού βάρους σε 1 μήνα), ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν καθημερινά.

4. Αϋπνία ή υπερυπνία, σχεδόν καθημερινά.

5. Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, σχεδόν καθημερινά (παρατηρήσιμη από τους άλλους όχι απλώς υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας ή επιβράδυνσης).

6. Κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας, σχεδόν καθημερινά.

7. Αισθήματα αναξιοσύνης ή υπέρμετρης ή απρόσφορης ενοχής (τα οποία μπορεί να είναι παραληρητικά), σχεδόν καθημερινά (όχι απλώς αυτομομφή ή ενοχή επειδή είναι ασθενής).

8. Ελαττωμένη ικανότητα να σκεφθεί ή να συγκεντρωθεί ή αναποφασιστικότητα, σχεδόν καθημερινά (είτε από την υποκειμενική εκτίμηση, είτε με την παρατήρηση των άλλων).

9. Επανερχόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου), επανερχόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός, χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή μια απόπειρα αυτοκτονίας ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο να αυτοκτονήσει.

Β. Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια ενός μικτού επεισοδίου.

Γ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής λειτουργικότητας ή άλλων σημαντικών περιοχών της.

Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα) ή γενικής σωματικής κατάστασης (π.χ. υποθυρεοειδισμός).

Ε. Τα συμπτώματα δεν εξηγούνται καλύτερα με πένθος δηλαδή, μετά την απώλεια αγαπη-

μένου προσώπου. Τα συμπτώματα επιμένουν για περισσότερο από 2 μήνες ή χαρακτηρίζονται από έντονη λειτουργική έκπτωση, νοσηρή ενασχόληση με αισθήματα αναξιότητας, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωτικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση.

Βέβαια, η εκτίμηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στη διάρκεια της κύησης και της λοχείας είναι εξαιρετικά δυσχερής καθώς κάποια συμπτώματα, όπως οι διαταραχές στον ύπνο και στην όρεξη, δύσκολα διαφοροποιούνται από τις αλλαγές που φυσιολογικά συμβαίνουν στις γυναίκες σε αυτές τις περιόδους. Επιπλέον, γυναίκες που πάσχουν από κατάθλιψη τείνουν να ερμηνεύουν με ηθικούς όρους την κατάστασή τους ή να «καταφεύγουν» σε ανακριβείς ερμηνείες των συμπτωμάτων τους και να τα αποδίδουν στις φυσιολογικές αλλαγές της περιόδου, υποτιμώντας τις παραμέτρους του άγχους και της ψυχολογικής καταπόνησης.

Το DSM-IV δεν περιλαμβάνει το άγχος στα διαγνωστικά κριτήρια του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου. Άλλωστε και η ευερεθιστότητα καταγράφεται ως σύμπτωμα της κατάθλιψης μόνο στα παιδιά και στους εφήβους. Ωστόσο η καταθλιπτική διάθεση δεν είναι κατ' ανάγκη ούτε το πιο συχνό, ούτε το πιο σημαντικό σύμπτωμα από το οποίο υποφέρουν οι λεχωίδες.

Στην έρευνα της Dalton [158] σχετικά με τα βασικά συμπτώματα της ΕΛΚ, τα πέντε πιο βασικά χαρακτηριστικά με σειρά συχνότητας ήταν το *άγχος*, η *αϋπνία*, η *ένταση (ταραχή)*, η *ευερεθιστότητα* και η *σύγχυση (confusion)*. Η καταθλιπτική διάθεση βρίσκονταν μόλις στην 10η θέση. Η Dalton μάλιστα επισημαίνει ότι η *ευερεθιστότητα*, η οποία συνήθως δεν είναι παρούσα στις περιπτώσεις της τυπικής κατάθλιψης, αποτελεί ένα βασικό, αξιοπρόσεχτο χαρακτηριστικό της ΕΛΚ. Τη χαρακτήρισε μάλιστα με τον όρο «παράλογη ευερεθιστότητα» (irrational irritability), με την έννοια ότι δεν συμπεριλαμβανόταν στα χαρακτηριστικά της προνοσηρής προσωπικότητας των καταθλιπτικών λεχωίδων. Η ένταση και η χρονική διάρκεια της ευερεθιστότητας ήταν εκτός του ελέγχου των λεχωίδων και κυμαίνονταν από μικρής διάρκειας και περιορισμένης έντασης συμπτώματα έως «καταστρεπτικά ξεσπάσματα».

Οι Born και Steiner [76] επίσης έστρεψαν την προσοχή τους στην ευερεθιστότητα, ως την «ξεχασμένη διάσταση» των επιλόχειων συναισθηματικών διαταραχών. Περιγράφουν την ευερεθιστότητα ως μια εκσεσημασμένη ευαισθησία σε εξωτερικά ερεθίσματα, στο πλαίσιο μιας αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης που χαρακτηρίζεται από σωματική και ψυχολογική τάση, η οποία αιφνιδίως και σε μικρό χρονικό διάστημα μπορεί να κλιμακωθεί. Οι λεχωίδες είναι ανυπόμονες και εύκολα ενοχλούνται, θυμώνουν, ή καταφεύγουν σε λεκτικά, ή και όχι μόνο, βίαια ξεσπάσματα.

Το *άγχος* αναγνωρίζεται ως μια άλλη συνηθισμένη όψη της Επιλόχειας Κατάθλιψης, το οποίο μάλιστα όταν συνδυάζεται με συμπτώματα θλίψης αυξάνει τις επιβλαβείς επιπτώσεις στις νέες μητέρες και στις οικογένειές τους. Οι Hendrick et al [46] διαπίστωσαν ότι οι καταθλιπτικές λεχωίδες παραπονιούνται πολύ συχνότερα για συμπτώματα άγχους σε σχέση με τις γυναίκες που πάσχουν από κατάθλιψη σε άλλες περιόδους της ζωής τους. Επιπλέον επισημαίνουν ότι οι μητέρες που βιώνουν έντονο άγχος έχουν και φτωχότερη πρόγνωση ως προς την έκβαση της διαταραχής. Οι Ross et al [489], εξετάζοντας 150 λεχωίδες στον Καναδά και χρησιμοποιώντας την κλίμακα EPDS την 6η και 16η εβδομάδα μετά τον τοκετό, επιβεβαίωσαν ότι το άγχος αποτελεί ένα προεξάρχον χαρακτηριστικό της ΕΛΚ, καθώς πάνω από το 50% των καταθλιπτικών λεχωίδων παραπονούνταν για αγχώδεις εκδηλώσεις. Είναι χαρακτηριστικό δε ότι οι Matthey et al [376] επισημαίνουν πως η διερεύνηση για την ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στη λοχεία είναι ελλιπής εάν δεν αξιολογεί ταυτόχρονα και την παρουσία αγχώδους συμπτωματολογίας.

Η έρευνα των Clemens et al [129] χρησιμοποιώντας την κλίμακα PDSS (Postpartum Depression Screening Scale) διαπίστωσε σε ένα δείγμα 150 νέων μητέρων από την κοινότητα

ότι το 12% εξ αυτών έπασχε από Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή ενώ το 19% παρουσίαζε ελάσσονα καταθλιπτικά συμπτώματα. Όσον αφορά στο προφίλ της συμπτωματολογίας των λεχωίδων με μείζονα κατάθλιψη, η σειρά συχνότητας των συμπτωμάτων που καταγράφηκε ήταν η ακόλουθη: άγχος/ ανασφάλεια, συναισθηματική ευμεταβλητότητα, διαταραχές στον ύπνο και στην όρεξη, νοητική σύγχυση, ενοχή/αυτομομφή, αίσθηση απώλειας του εαυτού και αυτοκτονικός ιδεασμός.

Η έρευνα των Beck και Indman [38] επιβεβαιώνει την προεξάρχουσα παρουσία των παραπάνω συμπτωμάτων στα επεισόδια της Επιλόχειας Κατάθλιψης, καταγράφοντας όμως μια διαφορετική σειρά ως προς τη συχνότητα εμφάνισής τους. Έτσι στο δείγμα των 133 καταθλιπτικών λεχωίδων που συμμετείχαν στην έρευνα πιο συχνό σύμπτωμα ήταν αυτό της συναισθηματικής ευμεταβλητότητας και ακολουθούσαν η νοητική σύγχυση και τα συμπτώματα άγχους και ανασφάλειας.

Οι Sichel και Driscoll [510] περιέγραψαν ως *Επιλόχεια Ιδεοψυχοαναγκαστική Διαταραχή* έναν αστερισμό συμπτωμάτων που περιλαμβάνει άγχος, ανησυχία και διαταρακτικές ιδεοληψίες (ότι θα μαχαιρώσουν ή θα πνίξουν το βρέφος κ.λπ.). Ωστόσο πολλοί κλινικοί θεωρούν ότι αυτή η εικόνα αποτελεί μια άλλη μορφή της Επιλόχειας Κατάθλιψης.

Η *σωματοποίηση* ως έκφραση της Επιλόχειας Κατάθλιψης είναι αρκετά συχνή σε πολλές πολιτισμικές ομάδες και εθνότητες, και τεκμηριωμένη σε Ισπανικούς, Ασιατικούς και Αφρικανικούς πολιτισμούς, ενώ εκφράσεις της με παράπονα για θλίψη και συναισθήματα ενοχής είναι περισσότερο χαρακτηριστικά στις Δυτικές κοινωνίες.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχει σημαντική *αλληλοεπικάλυψη των συμπτωμάτων*. Για παράδειγμα οι διαταραχές του ύπνου και της όρεξης συνεισφέρουν στην ευερεθιστότητα. Από την άλλη πλευρά η ευερεθιστότητα προκαλεί στις γυναίκες αισθήματα ενοχής και αυτομομφής, καθώς συχνά επιτίθενται φραστικά στο σύζυγο ή στα μεγαλύτερα παιδιά. Εξάλλου η νοητική σύγχυση και οι μειωμένες ικανότητες των νέων μητέρων να αντεπεξέλθουν στα καθήκοντά τους συνεισφέρουν στο άγχος και στα αισθήματα «απώλειας του εαυτού». Όλα τα παραπάνω όμως καταπονούν τις γυναίκες, ιδιαίτερα όσες πριν την απόκτηση ενός μωρού είχαν και υψηλή λειτουργικότητα και μεγάλες ανάγκες άσκησης ελέγχου στη ζωή τους [290].

Ο Beck [45] στην προσπάθειά του να προχωρήσει πέρα από την απλή καταγραφή των συμπτωμάτων και να διερευνήσει την ιδιαίτερη φύση και τις ψυχολογικές διεργασίες που βιώνουν οι λεχωίδες που υποφέρουν από κατάθλιψη, υλοποίησε ένα ερευνητικό πρόγραμμα που περιλάμβανε συνεντεύξεις και κλινική παρατήρηση νέων μητέρων. Διαπίστωσε ότι η αίσθηση απώλειας του ελέγχου ήταν κεντρικό πρόβλημα στις λεχωίδες, οι οποίες, στην προσπάθειά τους να ανταπεξέλθουν στην οδυνηρή αυτή κατάσταση, «καταφεύγουν» σε μια ψυχολογική διαδικασία που περιλαμβάνει τέσσερα στάδια: «*συνάντηση με το φόβο*», «*θάνατος του εαυτού*», «*προσπάθεια επιβίωσης και επανάκτηση του ελέγχου*». Στο πρώτο στάδιο, οι νέες μητέρες σκιαγραφούν τρεις συνθήκες: άγχος, επίμονες ιδεοληπτικές σκέψεις και σύγχυση-αμηχανία (fogginess). Στο στάδιο του «θανάτου του εαυτού» οι καταθλιπτικές λεχωίδες βιώνουν αισθήματα ανυπαρξίας, απομόνωσης και αυτοκαταστροφής. Οι αντιδράσεις αυτές αποτελούν ακούσιες απαντήσεις στα συμπτώματα της ψυχολογικής καταπόνησης του πρώτου σταδίου. Στην προσπάθεια τους να επιβιώσουν και προχωρώντας στο τρίτο στάδιο αυτής της λεπτής ισορροπίας, οι μητέρες επιστρατεύουν τρεις μεθόδους: σύγκρουση με την κατάσταση, έκκληση για βοήθεια και αναζήτηση ενθάρρυνσης και παρηγοριάς σε μια ομάδα υποστήριξης για την Επιλόχεια Κατάθλιψη. Η ανάκτηση του ελέγχου είναι μια αργή διαδικασία που συνίσταται σε μια σταδιακή, αλλά και απρόβλεπτη ως προς το χρονικό διάστημα που απαιτείται για να επιτευχθεί, μεταβολή της διάθεσης, πένθος για το χρόνο που «έχασαν», για όσο διάστημα ήταν σε συναισθηματική απόσταση από τα βρέφη τους και δεν μπορούν να αναπληρώσουν, και τέλος συγκρατημένη

αισιοδοξία για τη βελτίωση.

Δεδομένης της ψυχολογικής καταπόνησης που υφίστανται οι καταθλιπτικές λεχωίδες, έχουν διεξαχθεί ποιοτικές και ποσοτικές έρευνες που αποκαλύπτουν τις καταστρεπτικές και εξουθενωτικές επιπτώσεις της ΕΛΚ στις νέες μητέρες. Οι Peindl et al [464] διαπίστωσαν ότι γυναίκες που είχαν βιώσει λοχειακή κατάθλιψη άλλαζαν δραματικά τα σχέδιά τους για την απόκτηση και άλλου παιδιού. Άλλωστε, η σημασία των συναισθηματικών διαταραχών στην περίοδο μετά τον τοκετό καταδεικνύεται και από το γεγονός ότι η κύρια αιτία θανάτου στις νέες μητέρες στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι η αυτοκτονία. [119,118].

Αρκετή συζήτηση γίνεται στη βιβλιογραφία σχετικά με το εάν η ΕΛΚ συνιστά μια **ιδιαιτέρη νοσολογική οντότητα**, διαφορετική από τη Μείζονα Κατάθλιψη ή όχι. Τρεις είναι οι βασικοί παράγοντες των οποίων απαιτείται η διερεύνηση προκειμένου να τεκμηριωθεί η ιδιαίτερη συσχέτιση της λοχείας και της κατάθλιψης:

1. *Επιδημιολογικοί παράγοντες*, για να διερευνηθεί εάν η κατάθλιψη είναι συχνότερη στη διάρκεια της λοχειακής περιόδου.
2. *Αιτιολογικοί παράγοντες*, για να προσδιοριστούν ειδικοί παράγοντες σχετιζόμενοι με τον τοκετό, οι οποίοι πυροδοτούν την εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.
3. *Παράγοντες σχετικοί με τη φαινομενολογία*, για να εξεταστεί εάν υφίστανται σημαντικές κλινικές διαφορές στην εκδήλωση των καταθλιπτικών επεισοδίων αυτής της περιόδου.

Παρότι πολλά ευρήματα προτείνουν ότι οι επιλόχειες διαταραχές δεν αναπαριστούν μια διακριτή νοσολογική οντότητα, είναι πιθανό ότι υπάρχουν κάποιοι ειδικοί, σχετιζόμενοι με τον τοκετό παράγοντες που πυροδοτούν τη διαταραχή, τουλάχιστον σε ένα ποσοστό ευάλωτων γυναικών.

Αναφορικά με τις σοβαρότερες μορφές συναισθηματικών διαταραχών, τα ευρήματα των ερευνών συγκλίνουν στο ότι οι πρώτες δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό αποτελούν περίοδο υψηλού κινδύνου για τις γυναίκες με ιστορικό Διπολικής Διαταραχής, και μάλιστα η ευαλωτότητα αυτών των λεχωίδων φαίνεται να είναι οικογενής [309,310,311].

Ωστόσο, όσον αφορά στα επεισόδια μη ψυχωτικής κατάθλιψης, η σύνδεση με τον τοκετό είναι λιγότερο σαφής, δεδομένου μάλιστα ότι η συχνότητα της κατάθλιψης είναι αρκετά υψηλή σε δείγματα από την κοινότητα. Ο Whiffen [579] υποστηρίζει ότι η επίπτωση ΕΛΚ της τάξης του 13% που βρήκε ήταν διπλάσια από την επίπτωση στο δείγμα μη λεχωίδων από την κοινότητα. Όμως, το δείγμα του δεν ήταν σταθμισμένο όσον αφορά στο γάμο. Είναι γνωστό ότι ο επιπολασμός ενός έτους για κατάθλιψη γενικά στις παντρεμένες γυναίκες είναι πολύ μικρότερος (2.1%) από ό,τι στις διαζευγμένες (6.3%) [576]. Καθόσον οι περισσότερες λεχωίδες είναι παντρεμένες, η στάθμιση ως προς το γάμο προφανώς επηρεάζει τη διαφορά αυτή.

Η καλύτερα μέχρι στιγμής σταθμισμένη έρευνα που έχει γίνει [150] βρήκε πως η συχνότητα εμφάνισης της ΕΛΚ δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά στον επιπολασμό 6 μηνών των Διαταραχών της Διάθεσης σε γυναίκες που δεν κυοφορούν και δεν είναι στη λοχεία (όπως επίσης και η μελέτη του Ο' Hara [435], υπάρχει όμως τριπλάσια συχνότητα έναρξης ενός καταθλιπτικού επεισοδίου τις πρώτες πέντε εβδομάδες μετά τον τοκετό [139,150]. Φαίνεται πως η περίοδος της λοχείας αποτελεί περίοδο υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης [579], ενώ τα μέχρι στιγμής δεδομένα δείχνουν ότι είναι πολύ πιθανόν η ΕΛΚ να αντιπροσωπεύει μια ετερογενή ομάδα διαταραχών της διάθεσης, κάποιες από τις οποίες δείχνουν να σχετίζονται αποκλειστικά με την περίοδο της λοχείας [188].

Γενικότερα κάποιες έρευνες διαπιστώνουν αύξηση της κατάθλιψης στη λοχειακή περίοδο [139,571,343], ενώ κάποιες άλλες, πιο πρόσφατες και με μεγαλύτερα δείγματα, δείχνουν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα στη λοχεία σε σχέση με την περίοδο της προχωρημένης κύη-

σης [307,313,187]. Σε μια ενδιαφέρουσα έρευνα οι Eberhard-Gran et al [184] βρήκαν ότι, αν και η επικράτηση της κατάθλιψης στην περίοδο της λοχείας φαινόταν χαμηλότερη, εντούτοις, όταν στην ανάλυση των αποτελεσμάτων τους ελήφθησαν υπόψη και οι παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης (ως ανεξάρτητες μεταβλητές), ο κίνδυνος ήταν στην πραγματικότητα μεγαλύτερος από αυτόν σε άλλες χρονικές στιγμές (odds-ratio 1.6 95% (CI:1.0-2.6). Τέλος πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι η ευαλωτότητα στην ΕΛΚ, με έναρξη στις πρώτες 8 εβδομάδες μετά τον τοκετό είναι οικογενής [205].

Αναφορικά με τη *φαινομενολογία* της ΕΛΚ, μια σειρά ερευνών εντόπισε διαφορές στην κλινική εικόνα μεταξύ των επιλόχειων και μη καταθλιπτικών επεισοδίων. Στα καταθλιπτικά επεισόδια αυτής της περιόδου, όπως έχει ήδη αναφερθεί, συμπτώματα όπως αϋπνία, μείωση των ενδιαφερόντων, ιδέες αναξιοτήτας και αυτοκτονικός ιδεασμός, παρατηρούνται λιγότερο συχνά [581,183]. Ωστόσο αρκετοί είναι και οι συγγραφείς που δεν διαπιστώνουν παρόμοιες διαφορές [592]. Στα πλαίσια αυτού του προβληματισμού, σε μια πρόσφατη έρευνά τους οι Bernstein et al [53a] συνέκριναν από πλευράς συμπτωματολογίας 95 καταθλιπτικές λεχωίδες και 50 ανάλογης ηλικίας καταθλιπτικές γυναίκες, οι οποίες δεν είχαν γεννήσει πρόσφατα. Και οι δύο ομάδες γυναικών παραπονιόνταν για ανησυχία, νευρικότητα και έκπτωση της ενεργητικότητας. Οι καταθλιπτικές γυναίκες που δεν βρίσκονταν σε περίοδο λοχείας ανέφεραν κυρίως καταθλιπτική διάθεση, μείωση των ενδιαφερόντων και αυτοκτονικό ιδεασμό. Αντίθετα, οι λεχωίδες παραπονιόνταν λιγότερο συχνά για καταθλιπτική διάθεση, ενώ στην κλινική εικόνα επικρατούσαν τα ψυχοκινητικά συμπτώματα (ανησυχία, νευρικότητα) και η μειωμένη συγκέντρωση και ικανότητα να λαμβάνουν αποφάσεις.

Η μειωμένη συχνότητα εμφάνισης του αυτοκτονικού ιδεασμού και των ευχών θανάτου στον αστερισμό των συμπτωμάτων της Επιλόχειας Κατάθλιψης πιθανώς σχετίζεται με το γεγονός ότι το νεογέννητο αποτελεί ισχυρό κίνητρο για τις νέες μητέρες για να συνεχίσουν να ζουν.

Τέλος, οι Cooper et al [137] μελέτησαν ένα δείγμα γυναικών που υπέφεραν από Υποτροπιάζουσα Καταθλιπτική Διαταραχή και συνέκριναν την κλινική εικόνα των επιλόχειων καταθλιπτικών επεισοδίων τόσο με τα μη λοχειακά επεισόδια των γυναικών που υπέφεραν από ΕΛΚ, όσο και με τα καταθλιπτικά επεισόδια γυναικών των οποίων η συμπτωματολογία δεν σχετιζόταν χρονικά με τοκετό. Στην ενδιαφέρουσα αυτή έρευνα, μικρές ήταν οι διαφορές που εντοπίστηκαν μεταξύ επιλόχειων και μη επεισοδίων. Άλλωστε, κάποιες από αυτές τις διαφορές, όπως π.χ. η μειωμένη συχνότητα πρώιμης αφύπνισης στα λοχειακά καταθλιπτικά επεισόδια, μπορεί να εξηγηθούν στο πλαίσιο της φροντίδας του νεογέννητου.

Στη σύγχυση που ήδη υπάρχει στη βιβλιογραφία συνεισφέρουν και κάποιες έρευνες οι οποίες διαπιστώνουν ότι τα επιλόχεια καταθλιπτικά επεισόδια είναι μεγαλύτερης βαρύτητας [435,266], ενώ άλλες τα θεωρούν λιγότερο σοβαρά [581,462]. Αυτή η έλλειψη συμφωνίας μεταξύ των ερευνών οφείλεται εν μέρει στις μεθοδολογικές διαφορές τους, που αφορούν κυρίως στα διαφορετικά δείγματα και στον τρόπο με τον οποίο αξιολογείται και ορίζεται η κατάθλιψη. Επιπλέον, οι διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ επιλόχειων και μη καταθλιπτικών επεισοδίων μπορεί να οφείλονται όχι μόνο σε εσωτερικούς (π.χ. στο νευροενδοκρινικό περιβάλλον της λοχείας), αλλά και σε εξωτερικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, η διαφορά στη διάρκεια της συμπτωματολογίας μπορεί να αντανάκλα τόσο την απροθυμία των γυναικών να αναζητήσουν βοήθεια, όσο και τη διστακτικότητα των λεχωίδων και των γιατρών τους στη χορήγηση αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής. [137].

Πάντως, ανεξάρτητα από το εάν η ΕΛΚ συνιστά διακριτή νοσολογική οντότητα ή όχι, κατατάσσεται χωριστά από τις δύο άλλες ψυχιατρικές διαταραχές που εμφανίζονται στην περίοδο της λοχείας, την Επιλόχεια Δυσφορία (Maternity Blues) και την Επιλόχεια Ψύχωση.

■ Επιλόχεια δυσφορία

Οι ερευνητικές προσεγγίσεις για τα δυσφορικά επεισόδια των πρώτων ημερών της λοχείας καταγράφονται στη βιβλιογραφία από τη δεκαετία του '50, ενώ οι τρεις πρώτες ανασκοπήσεις που εστιάζουν στην Επιλόχεια Δυσφορία δημοσιεύθηκαν στη δεκαετία του '80 [525,335,327,328]. Η Επιλόχεια Δυσφορία είχε αρχικά περιγραφεί ως «μια ασήμαντη παροδική διαταραχή, μικρής διάρκειας και έντασης, χωρίς παθολογική σημασία».

Η πρώτη λεπτομερής αναφορά αποδίδεται στον Moloney [398], ο οποίος περιέγραψε μια ήπια καταθλιπτική αντίδραση, χαρακτηριζόμενη από κόπωση, κλάματα, απελπισία και δυσκολία στη σκέψη, την οποία ονόμασε «Κατάθλιψη της 3ης ημέρας». Ο Robin [479], μέσω συνεντεύξεων με λεχωίδες την 8η και 9η ημέρα μετά τον τοκετό, διαπίστωσε ότι τα 2/3 εξ' αυτών παραπονιόνταν για συναισθηματική ευμεταβλητότητα και τα 3/4 για μια «μικρής διάρκειας κατάθλιψη». Την ίδια χρονιά ο Hamilton [247a], διεξάγοντας συνεντεύξεις με 10 νοσηλεύτριες που ήταν υπεύθυνες για τη φροντίδα νέων μητέρων και των βρεφών τους, επεσήμανε την ύπαρξη ενός «παροδικού συνδρόμου», του οποίου τα συμπτώματα ήταν η κόπωση, το κλάμα, το άγχος, η σύγχυση και η κεφαλαλγία.

Τα ποσοστά **επικράτησης** της Επιλόχειας Δυσφορίας κυμαίνονται από 15.3% [401] έως 84% [436]. Το μεγάλο εύρος όσον αφορά στην επικράτηση της διαταραχής που παρατηρείται στη βιβλιογραφία οφείλεται στη χρήση ποικίλων κριτηρίων για τη διάγνωση, στην αξιολόγηση της συμπτωματολογίας σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και στη σύνθεση των δειγμάτων των λεχωίδων. Παλαιότερες έρευνες αναφέρουν επικράτηση της τάξης του 50% [461]. Οι Fossey et al [207] εκτίμησαν την επίπτωση της Επιλόχειας Δυσφορίας στο 49%, με το 29% των λεχωίδων να εμφανίζουν μέτριας βαρύτητας συμπτωματολογία και το 20% να είναι σοβαρά πάσχουσες. Τέλος οι O'Hara et al [426] βρήκαν μια επικράτηση που κυμαίνονταν από 25.8%. έως 26.4%, αναλόγως των διαγνωστικών κριτηρίων που χρησιμοποιούνταν.

Επιπροσθέτως των ερευνών που έχουν διεξαχθεί στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, το φαινόμενο της Επιλόχειας Δυσφορίας έχει μελετηθεί και σε άλλους πολιτισμούς όπως για παράδειγμα στην Ιαπωνία [401,443,444] στην Τανζανία [254], στην Τζαμάικα [164], στο Ντουμπαί [221], στη Βραζιλία [483], υποδεικνύοντας ότι πρόκειται για μια διαπολιτισμική διαταραχή. Οι έρευνες στις Ιαπωνίδες νέες μητέρες δείχνουν μικρότερα ποσοστά επικράτησης, γεγονός όμως το οποίο δεν έχει αποσαφηνιστεί εάν οφείλεται σε πολιτισμικές διαφορές ή σε ελλιπή ανίχνευση και καταγραφή των λεχωίδων που πάσχουν.

Όσον αφορά στην **κλινική εικόνα**, τα κλάματα είναι συνηθισμένο σύμπτωμα και αφορούν στο 50%-80% των λεχωίδων. Εντούτοις πολλοί μελετητές επισημαίνουν ότι αν και συχνά οι νέες μητέρες κλαίνε, μόνο μία μειοψηφία αυτών βιώνει και καταθλιπτική διάθεση [597a]. Ο Cox [148] και οι Kennerley και Gath [327] θεωρούν ότι η κατάθλιψη δεν αποτελεί μέρος του φάσματος της Επιλόχειας Δυσφορίας. Αντίθετα, η *συναισθηματική ευμεταβλητότητα* αποτελεί προεξάρχον σύμπτωμα, με τις εναλλαγές της διάθεσης να παρατηρούνται πολλές φορές μέσα στη διάρκεια της ημέρας. Επιπλέον, κάποιες γυναίκες βιώνουν χαρά και δυσφορία ταυτόχρονα. Ένα άλλο συνηθισμένο σύμπτωμα της Επιλόχειας Δυσφορίας είναι η *σύγχυση (confusion)*. Ο Pitt [461] διαπίστωσε ότι οι γυναίκες που βίωναν πτώση της διάθεσης και κλάματα συχνά ανέφεραν και άγχος και γνωστική έκπτωση. Στη μελέτη των Kane et al [268] το 64% των λεχωίδων την 3η ημέρα μετά τον τοκετό ανέφερε άγχος, κατάθλιψη, ευμετάβλητη διάθεση καθώς και γνωστικές δυσκολίες, όπως έκπτωση ή διάσπαση της προσοχής και διαταραχή της πρόσφατης μνήμης. Εντούτοις, πιο πρόσφατες έρευνες, δεν θεωρούν αυτές τις διαταραχές μέρος του συνδρόμου της Επιλόχειας Δυσφορίας, καθώς τις αποδίδουν κυρίως στην έλλειψη ύπνου [541].

Ο όρος «δυσφορία» («blues») παραπέμπει σε συμπτωματολογία σχετιζόμενη με πτώση της διάθεσης. Ωστόσο πολλοί ερευνητές διαπιστώνουν αρκετά συχνά ότι οι λεχωίδες την 1η και 2η

ημέρα της λοχείας βιώνουν *συναισθήματα αγαλλίασης*. Οι νέες μητέρες που συμμετείχαν στην έρευνα του Robin [479] περιέγραφαν ιλαρότητα, νευρικά γέλια, και μάλιστα χωρίς κανέναν λόγο, και ευερεθιστότητα. Οι Glover et al [226] βασισμένοι στα κριτήρια του Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime version (SADS-L) για την υπομανία, δημιούργησαν την κλίμακα «Highs Scale», την οποία όταν χορήγησαν σε 258 γυναίκες την 3η ημέρα της λοχείας, διαπίστωσαν ότι το 10% εξ αυτών πληρούσε τα κριτήρια για υπομανία.

Η συμπτωματολογία εμφανίζει μεγαλύτερη ένταση την 1η [398,444] την 3η [213,249] και την 4η ημέρα [248,218] μετά τον τοκετό.

Οι περισσότεροι ερευνητές, αν και κάποιοι εξ αυτών περιορίζουν χρονικά την παρακολούθηση των λεχωίδων μόνο στη διάρκεια των πρώτων πέντε ημερών μετά τον τοκετό, επισημαίνουν ότι η Επιλόχεια Δυσφορία έχει **έναρξη** αμέσως μετά τον τοκετό και **διαρκεί** ως την 7η-10η ημέρα της λοχείας. Κάποιες αναφορές που υποστηρίζουν την επιμονή των συμπτωμάτων για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα πιθανώς αφορούν σε επεισόδια Επιλόχειας Κατάθλιψης [461].

Η βιβλιογραφία σχετικά με τους **παράγοντες κινδύνου** που εμπλέκονται στην ανάπτυξη της Επιλόχειας Δυσφορίας είναι εκτενέστατη. Εντούτοις, λόγω μεθοδολογικών κυρίως δυσκολιών, επιδεικνύει αντιφατικά ευρήματα. Πάντως στις περισσότερες μελέτες οι παράμετροι που εμφανίζουν τη μεγαλύτερη προγνωστική αξία στην εμφάνιση της Επιλόχειας Δυσφορίας είναι η *ύπαρξη διαταραχών της διάθεσης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το θετικό ατομικό ιστορικό για κατάθλιψη, ο νευρωτισμός, η Προεμηνορρυσιακή Δυσφορική Διαταραχή και η ανεπάρκεια κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου* [268]. Επίσης, οι λεχωίδες που παραπονιούνται συχνότερα για διαταραχές του ύπνου κατά το τελευταίο διάστημα της κύησης, όσες γεννούν στη διάρκεια της νύχτας, και οι πολυτόκες με μικρά μεσοδιαστήματα μεταξύ των κυήσεων είναι πιο ευάλωτες να εμφανίσουν Επιλόχεια Δυσφορία [494,584,444].

Δεν είναι γνωστό σε ποιο βαθμό η συγκεκριμένη διαταραχή σχετίζεται με τις *ορμονικές αλλαγές της λοχείας*. Πολλές μελέτες προτείνουν ότι η Επιλόχεια Δυσφορία αποτελεί συνέπεια της απότομης μείωσης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης κατά την περίοδο αμέσως μετά τον τοκετό [494,426]. Μια άλλη μελέτη συσχετίζει την εμφάνιση των συμπτωμάτων με την μείωση της τρυπτοφάνης στο πλάσμα στην πρώιμη περίοδο της λοχείας [494]. Πάντως, η προσπάθεια εντοπισμού συγκεκριμένων βιολογικών δεικτών που σχετίζονται με την Επιλόχεια Δυσφορία μέχρι στιγμής υπήρξε ατελέσφορη.

Η Επιλόχεια Δυσφορία είναι μια διαταραχή που **δεν απαιτεί θεραπεία**, καθώς τα συμπτώματα είναι ήπια και υποχωρούν αυτομάτως στη διάρκεια των πρώτων δύο εβδομάδων μετά τον τοκετό. Εντούτοις, η ενημέρωση, ο καθησυχασμός και η εκπαίδευση των νέων μητέρων όσον αφορά στη διαταραχή είναι αναγκαία.

■ Επιλόχεια ψύχωση

Το 1858, ο Marce, στην πραγματεία του «*Traité de la folie des femmes enceintes des nouvelles accouchées et des nourrices*», θεώρησε ότι οι ψυχωτικές διαταραχές της λοχείας είχαν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, διαφορετικά από τις ψυχιατρικές διαταραχές σε άλλες χρονικές περιόδους [370]. Τον 20ο αιώνα όμως, οι Kraepelin [338] και Bleuler [66] ανέφεραν ότι οι επιλόχειες ψυχώσεις δεν διαφέρουν από τις μη επιλόχειες. Το 1952, στην 1η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-I) δεν υπήρχε ο όρος «επιλόχεια». Αντί αυτού υπήρχε η σύσταση οι διαταραχές μετά τον τοκετό να ταξινομούνται με βάση τις υπάρχουσες διαταραχές [18]. Το DSM-IV TR ταξινομεί τις επιλόχειες ψυχώσεις στις «Ψυχωτικές Διαταραχές Μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς», στη «Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή με Ψυχωτικά Στοιχεία» και στη «Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή», προβλέποντας όμως

την αναφορά του όρου «Επιλόχειας Έναρξης» ως προσδιοριστή του επεισοδίου (4 εβδομάδες μετά τον τοκετό) [19].

Η Επιλόχεια Ψύχωση, παρά τις μακροχρόνιες διαμάχες σχετικά με τη θέση της στη νοσολογία των ψυχώσεων, δεν φαίνεται να αποτελεί διακριτή οντότητα, υπό την έννοια της διαφορετικής κλινικής εικόνας και πορείας, από τις ψυχώσεις που εμφανίζονται σε άλλες χρονικές στιγμές. Είναι σημαντικό όμως να αναφερθεί η στενή σχέση της με τη Διπολική Διαταραχή. Ο Connolly το 1846 [135a] περιέγραψε την Επιλόχεια Ψύχωση ως «διπολική», ενώ ο Falret το 1854 [192] αναφερόταν στην «κυκλική ψύχωση» («folie circulaire»). Πολύ αργότερα νέες μελέτες έδειξαν ότι περίπου το 38% των επιλόχειων ψυχώσεων πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια της μανίας ή της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής [95,168].

Η Επιλόχεια Ψύχωση είναι μια σπάνια ψυχιατρική διαταραχή, η **επίπτωση** της οποίας υπολογίζεται, βάσει των εισαγωγών στις ψυχιατρικές κλινικές, σε 1-2 περιπτώσεις ανά 1000 τοκετούς [96,342,325]. Είναι ταυτόχρονα όμως και η πιο σοβαρή από τις διαταραχές της λοχείας λόγω του κινδύνου νεογνοκτονίας, αλλά και του υψηλού ποσοστού θνησιμότητας των μητέρων λόγω κατατονίας ή αυτοκτονίας [165,24].

Γυναίκες με *ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ψύχωσης* έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση ψύχωσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Ωστόσο ο κίνδυνος εμφάνισης κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης είναι μικρότερος (7.1/100.000/έτος) από τον κίνδυνο κατά την περίοδο της λοχείας (40.3/100.000/έτος) [15,16,17,18]. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση Επιλόχειας Ψύχωσης έχουν οι *πρωτοτόκες* γυναίκες [325].

Στο 25% των γυναικών που πάσχουν από Διπολική Διαταραχή, η διαταραχή εκδηλώνεται για πρώτη φορά με επιλόχειο επεισόδιο. Επιπλέον, το ποσοστό υποτροπής της νόσου στην περίοδο μετά τον τοκετό κυμαίνεται από 20% έως 50% [295,471]. Η Διπολική Διαταραχή άλλωστε αποτελεί την ψυχιατρική οντότητα με τον μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής κατά τη λοχεία [325].

Η **έναρξη** της Επιλόχειας Ψύχωσης είναι ασυνήθιστα *οξεία*, με *ταχεία κλιμάκωση της συμπτωματολογίας* και συνήθως εκδηλώνεται τις πρώτες 2 εβδομάδες μετά τον τοκετό, ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις η έναρξή της τοποθετείται στις πρώτες 48-72 ώρες της λοχείας [325]. Πριν την εισαγωγή της χρήσης των αντιψυχωτικών φαρμάκων και της ηλεκτροσπασμοθεραπείας στην αντιμετώπιση των ψυχώσεων, η μέση **διάρκεια** επιλόχειων ψυχωτικών επεισοδίων ήταν 6 μήνες, ενώ στις μέρες μας η ύφεση επιτυγχάνεται σε λίγες εβδομάδες.

Τα **συμπτώματα** συνίστανται κυρίως σε *επεισόδια ευσυνκινησίας και συναισθηματικής ευμεταβλητότητας*, *αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και παραληρήματα*, τα περισσότερα εκ των οποίων έχουν σχέση με τη μητρότητα. Σε κάποιες περιπτώσεις παρατηρείται παθολογική ζήλεια, μια ερμηνεύσιμη αντίδραση στο πλαίσιο των αλλαγών στις σχέσεις με το σύντροφο και τη σεξουαλική ζωή. Επίσης μπορεί να παρατηρηθούν *ψευδαισθήσεις ακουστικές*, αλλά και *απτικές* και *οσφρητικές*. Τέλος, σε κάποιες λεχвіδες μπορεί να προεξάρχει η *αμηχανία* ή και η *διέγερση*, αν και δεν είναι σπάνια και η *κατατονία* [95,466,346]. Το πιο επικίνδυνο όμως είναι η πιθανότητα *αυτοκτονίας* και *παιδοκτονίας* στα πλαίσια παραληρήματος ή ακουστικών ψευδαισθήσεων [589,216].

Για την **αιτιολογία** της Επιλόχειας Ψύχωσης τα ευρήματα των μελετών δεν είναι σαφή. Οι Wieck et al. [583] διατύπωσαν τη θεωρία ότι η αιτία της Επιλόχειας Ψύχωσης είναι κατά βάση νευροενδοκρινική, καθώς φαίνεται να εμπλέκεται μια *υπερευαισθησία των υποδοχέων της ντοπαμίνης*. Βασισμένοι στη θεωρία αυτή, επιχειρούσαν να προβλέψουν την υποτροπή σε γυναίκες με ιστορικό Επιλόχειας Ψύχωσης από την απάντησή τους στη δοκιμασία πρόκλησης με απομορφίνη τις πρώτες ημέρες της λοχείας. Οι λεχвіδες οι οποίες είχαν περισσότερες πιθανότητες να υποτροπιάσουν απάντησαν στη δοκιμασία εμφανίζοντας αυξημένη έκκριση

αυξητικής ορμόνης σε σχέση με υγιείς εθελοντές και με γυναίκες υψηλού κινδύνου που όμως δεν υποτροπιάσαν [583]. Τα ευρήματα αυτά δεν επαληθεύθηκαν από μεταγενέστερες μελέτες [388a]. Έχει επίσης διατυπωθεί η άποψη ότι αυτή η υπερευαισθησία των υποδοχέων της ντοπαμίνης οφείλεται στην *απόσυρση των οιστρογόνων*, τα οποία θεωρείται ότι ασκούν προφυλακτική δράση έναντι της σχιζοφρένειας [340,341] μέσω αντντοπαμινεργικής δράσης [176,177,383]. Οι παραπάνω απόψεις ενισχύονται περαιτέρω από παρατηρήσεις μελετών που υποστηρίζουν την καλύτερη ανταπόκριση των γυναικών στα νευροληπτικά [503], την ευαλωτότητα τους σε ψυχωτικά επεισόδια κατά την εμμηνόπαυση, τη λοχειακή περίοδο και τις φάσεις εκείνες του εμμηνορρυσιακού κύκλου που υπάρχει πτώση των επιπέδων των οιστρογόνων [229].

Έχουν επίσης διατυπωθεί και άλλες θεωρίες για την αιτιολογία της Επιλόχειας Ψύχωσης, οι οποίες ενοχοποιούν την *κορτιζόλη* και την *κυκλική μονοφωσφορική αδενοσίνη (cAMP)*, χωρίς όμως να έχουν τεκμηριωθεί με περαιτέρω μελέτες [226,32].

Τέλος, έχουν αναφερθεί και θεωρίες για την *ψυχοκοινωνική αιτιολογία* της Επιλόχειας Ψύχωσης (στρεσογόνα γεγονότα ζωής, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, άγαμες μητέρες κ.λπ.). Γενικότερα, όμως, θεωρείται ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικότερο ρόλο στην Επιλόχεια Κατάθλιψη και όχι στην ψύχωση, όπου φαίνεται να επικρατούν τα βιολογικά αίτια [78]. Αξίζει όμως να αναφερθούν τα αποτελέσματα μιας μεγάλης μελέτης που διεξήχθη στη Σουηδία (δείγμα 502.767 πρωτοτόκων γυναικών), τα οποία έδειξαν ότι οι μητέρες που δεν ζούσαν μαζί με τον πατέρα του παιδιού είχαν αυξημένο κίνδυνο για νοσηλεία λόγω Επιλόχειας Ψύχωσης [412].

Κατά την **αντιμετώπιση της Επιλόχειας Ψύχωσης**, η οποία δεν διαφέρει από αυτήν σε οποιαδήποτε άλλη φάση της ζωής, είναι επιβεβλημένο να λαμβάνεται υπόψη η γαλουχία.

Ως πρώτη γραμμής θεραπεία χρησιμοποιούνται *αντιψυχωτικοί παράγοντες*, με τον κίνδυνο όμως σοβαρών εξωπυραμидικών παρενεργειών, συμπεριλαμβανομένου και του κακοήθους νευροληπτικού συνδρόμου. Καθώς η φύση της Επιλόχειας Ψύχωσης είναι εν πολλοίς συναισθηματική, η χορήγηση *λιθίου* επιδεικνύει κάποια αποτελεσματικότητα, με τους περιορισμούς όμως της καθυστερημένης έναρξης δράσης και των παρενεργειών στα βρέφη που θηλάζουν. Τέλος, σε κάποιες περιπτώσεις προβλέπεται και η χρήση της *ηλεκτροσπασμοθεραπείας*, ιδίως σε ανθεκτικά στη θεραπεία επεισόδια, με σημαντικότερο όφελος την άμεση αποτελεσματικότητα, ώστε η μητέρα να αναλάβει τη φροντίδα του βρέφους.

Ανεξάρτητα όμως από το είδος του φαρμάκου που θα χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, οι κλινικοί πρωτίστως αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της *εξωνοσοκομειακής φροντίδας ή της νοσηλείας της λεχαιίδας*. Η ιδανική αντιμετώπιση συνιστά την περίθαλψη της νέας μητέρας στο περιβάλλον του σπιτιού της, ώστε να αποφευχθεί ο αποχωρισμός από το βρέφος. Όταν η νοσηλεία είναι αναπόφευκτη, είναι προτιμότερο να πραγματοποιείται σε «Μονάδες μητέρας – βρέφους», στις οποίες οι γιατροί προσπαθούν να διατηρήσουν μια επαφή μεταξύ τους, αν και είναι αρκετά δύσκολο λόγω της φύσης της διαταραχής. Τη φροντίδα του μωρού κατά τη νοσηλεία την αναλαμβάνει το προσωπικό της κλινικής, με όλες τις συνέπειες που έχουν αναφερθεί από την εμπλοκή πολλών ατόμων στη φροντίδα του βρέφους [32], ιδιαίτερα μάλιστα όταν σε αυτούς δεν συμπεριλαμβάνεται η μητέρα του. Όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμες τέτοιες μονάδες, ο αποχωρισμός του βρέφους από τη μητέρα είναι αναπόφευκτος, με επιπρόσθετο κόστος τη διακοπή του θηλασμού. Από τη μια πλευρά ο αποχωρισμός προφυλάσσει το βρέφος από τις συνέπειες της αλληλεπίδρασης με την ψυχωτική μητέρα του, αλλά από την άλλη ο ίδιος ο αποχωρισμός έχει αρνητικές συνέπειες στην αλληλεπίδραση μητέρας – βρέφους, προκαλώντας επιπλέον συναισθήματα ενοχής και ανεπάρκειας στη μητέρα.

Αναφορικά τέλος με το θέμα του *θηλασμού*, λίγες μελέτες υπάρχουν σχετικά με τη χρήση των ψυχοτρόπων φαρμάκων. Πάντως, τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι τα αντιψυχωτικά περνούν

στο μητρικό γάλα και ότι αν και οι συγκεντρώσεις στο πλάσμα των βρεφών είναι μικρότερες από αυτές των μητέρων τους, παρόλα αυτά όμως υπήρχαν βρέφη που εμφάνισαν παρενέργειες. Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι κανείς δεν μπορεί να προβλέψει τις όψιμες παρενέργειες των φαρμάκων αυτών στο βρέφος. Γενικότερα στις επιλόχειες ψυχώσεις θα πρέπει να σταθμίζεται πάντα η αναγκαιότητα λήψης του φαρμάκου σε συνάρτηση με τη διακοπή ή όχι της γαλουχίας.

3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η βιβλιογραφία αναφορικά με τους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ΕΛΚ είναι ευρύτατη και ποικίλει ιδιαίτερα στην ποιότητά της. Η εκτίμηση των λεχωίδων σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, οι μεθοδολογικές αδυναμίες των μελετών, η ποικιλία των μεθόδων και των εργαλείων που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας και των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών, καθιστούν τη σύγκριση των ερευνών και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων τους εξαιρετικά δύσκολη.

Είναι χαρακτηριστικό ότι περισσότεροι από 70, εν μέρει αλληλεπικαλυπτόμενοι, παράγοντες κινδύνου έχουν προταθεί για να ερμηνεύσουν τη συγκεκριμένη διαταραχή [244]. Άλλες έρευνες δίνουν έμφαση σε κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες και άλλες σε βιολογικούς. Οι περισσότερες όμως συγκλίνουν στο ότι η αιτιοπαθογένεια θα πρέπει να αναζητηθεί κυρίως στο ψυχολογικό και στο κοινωνικό πεδίο παρά στο βιολογικό. Επιπλέον, οι μελέτες σχετικά με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες δείχνουν μεγαλύτερη συμφωνία ως προς τα ευρήματά τους, σε αντίθεση με τις νευροενδοκρινολογικές έρευνες, στις οποίες τα αποτελέσματα είναι συχνά αντιφατικά. Από την άλλη πλευρά, όμως, η περίοδος της λοχείας προσφέρεται ως έδαφος μελέτης αρκετών βιολογικών παραμέτρων και της ενδεχόμενης σχέσης τους με την κατάθλιψη, λόγω των ιδιαίτερα έντονων ενδοκρινολογικών μεταβολών που συμβαίνουν κατά την περίοδο αυτή, αποτελώντας ουσιαστικά ένα «φυσιολογικό πειραματικό μοντέλο» μελέτης του ενδεχόμενου ρόλου αυτών των βιολογικών παραμέτρων στην κατάθλιψη.

Οι νέες μητέρες που εμφανίζουν μια καταθλιπτική διαταραχή μετά τον τοκετό διαφέρουν από τις υγιείς ψυχολογικά λεχωίδες ως προς ορισμένα χαρακτηριστικά και συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου, ορισμένοι από τους οποίους μπορεί να ανιχνευθούν από την περίοδο της εγκυμοσύνης ακόμη. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που έχουν μελετηθεί εκτενέστερα μπορεί να ομαδοποιηθούν ως εξής: ατομικό και οικογενειακό ιστορικό για ψυχική νόσο, παρελθόντες και σύγχρονοι (στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και στη λοχεία) κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, οικογενειακές σχέσεις και σχέσεις με το άμεσο περιβάλλον, παράγοντες που σχετίζονται με την παρούσα κύηση, τον τοκετό και την πρώιμη περίοδο της λοχείας, παράγοντες που σχετίζονται με το βρέφος, και τέλος πολιτισμικοί παράγοντες.

Αυτοί οι παράγοντες αναδεικνύουν μια πολυπαραγοντική αιτιολογία, ένα συνδυασμό προσωπικών και κοινωνικών παραγόντων, συνδυασμός που συνοψίζεται στην εργασία των Stern και Kruckman (1983)[530].

3.1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Τα αποτελέσματα πολυάριθμων μελετών σταθερά βρίσκουν ότι η καταθλιπτική διάθεση και το άγχος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφανίζουν μια *μέτρια έως ισχυρή συσχέτιση* [478] με την ανάπτυξη ΕΛΚ [61,331,353,391,279,241,470,563,53,350,307,23,478,419,586]. Βέβαια μια σχέση μεταξύ άγχους και κατάθλιψης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι δύσκολο να ερμηνευτεί, καθώς αυτές οι διαταραχές εκτιμούνται ταυτόχρονα [156]. Επιπλέον, η κατάθλιψη στη διάρκεια της κύησης μπορεί να διαφύγει της προσοχής ακόμα και από τις ίδιες τις εγκυμονούσες, εξαιτίας του ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα όπως η κόπωση, η διαταραχή του ύπνου και οι αλλαγές στην όρεξη, είναι δύσκολο να διακριθούν από τις φυσιολογικές σωματικές αιτίες της εγκυμοσύνης [564].

Ωστόσο, κατάθλιψη, άγχος και ψυχική καταπόνηση είναι αρκετά συχνά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η επίπτωση της *κατάθλιψης* στη διάρκεια αυτής της περιόδου εκτιμάται μεταξύ 4% και 15% ή και υψηλότερη, σύμφωνα με άλλους ερευνητές [39,140,148,272,343,404,428,5

35,571,6]. Στους παράγοντες κινδύνου για προγεννητική κατάθλιψη περιλαμβάνονται το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, η απώλεια του συντρόφου ή του υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου, η ύπαρξη και άλλων παιδιών, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής [564].

Επιπλέον, η καταθλιπτική διάθεση στη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει συσχετιστεί τόσο με δυσάρεστες εκβάσεις, όπως με πρόωρο τοκετό και χαμηλό βάρος γέννησης, όσο και με συμπεριφορές όπως φτωχή διατροφή, κατάχρηση ουσιών, κάπνισμα, φτωχή συμμόρφωση στη δέουσα προγεννητική φροντίδα, συμπεριφορές που μπορεί με τη σειρά τους να συνεισφέρουν στην ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας μετά τον τοκετό [279,185,382,244]. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν μια «ροή» της καταπόνησης από την προγεννητική στη λοχειακή περίοδο

Πράγματι, η ΕΛΚ συχνά αποτελεί συνέχεια της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας που βιώνεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Κάποιες μελέτες υποστηρίζουν ότι η *βαρύτητα της κατάθλιψης στην εγκυμοσύνη* είναι ο πιο σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για ΕΛΚ [428, 39,312,308,417], και μάλιστα μπορεί να διαμεσολαβεί και των άλλων παραγόντων κινδύνου [353]. Ωστόσο, παρά την επιβεβαίωση αυτού του ευρήματος από πολλές έρευνες, μόνο οι μισές από τις γυναίκες με κατάθλιψη στην εγκυμοσύνη συνεχίζουν να έχουν κατάθλιψη και στη λοχεία, γεγονός το οποίο υποδηλώνει την εμπλοκή και άλλων παραγόντων [156].

Από αρκετούς συγγραφείς το *άγχος* κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη ΕΛΚ [549,161,261,94,428,571,39,308,417,259 237,356, 419]. Η επίπτωση ποικίλων διαταραχών άγχους στις εγκύους εκτιμάται περίπου στο 10% [39,140,148,272,343,404,428,535,571]. Μάλιστα, σε μια έρευνα με δείγμα 748 λεχωίδες από την Αυστραλία, όχι μόνο επιβεβαιώθηκε ότι το άγχος κατά την κύηση είναι σημαντικός προάγγελος της ΕΛΚ, αλλά διαπιστώθηκε ότι οι εγκυμονούσες με υψηλά επίπεδα άγχους στο ερωτηματολόγιο Brief Measure of Worry Severity ήταν 2.6 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν ΕΛΚ, σε σχέση με αυτές που είχαν χαμηλές βαθμολογίες –το εύρημα δε αυτό παρέμενε σταθερό ακόμη και μετά τη στάθμιση για άλλους ταυτόχρονα σχετιζόμενους με την ΕΛΚ παράγοντες (confounders), συμπεριλαμβανομένης και της ύπαρξης κατάθλιψης στην κύηση [27]. Επιπλέον, σε κάποιες έρευνες τα υψηλά επίπεδα άγχους στη διάρκεια της κύησης σχετίζονται και με τη βαρύτητα της επιλόχειας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας [478, 585].

Τέλος, οι Hayworth και Bridge [94] διαπίστωσαν ότι η *επιθετικότητα* (hostility) κατά τη διάρκεια της κύησης, όπως αυτή εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας-Εχθρότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ) συσχετίζεται με την ανάπτυξη ΕΛΚ, εύρημα το οποίο επιβεβαιώθηκε και από τους Righetti-Veltema et al [476]. Οι τελευταίοι συσχέτισαν επίσης και τα αισθήματα *αυτομομφής* και *μοναξιάς* με την εμφάνιση της λοχειακής κατάθλιψης, όπως και τα αισθήματα των εγκύων ότι *οι άλλοι δεν τις καταλαβαίνουν ή δεν συμμετέχουν συναισθηματικά σ' αυτό που νοιώθουν*.

3.2. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Το *θετικό ατομικό ιστορικό για ψυχική νόσο, ιδιαίτερα ένα ιστορικό καταθλιπτικής διαταραχής*, θέτει τις γυναίκες σε κίνδυνο για κατάθλιψη στην περίοδο της λοχείας. Η συσχέτιση είναι μια από τις *ισχυρότερες* [478] αναφορικά με τους παράγοντες κινδύνου για ΕΛΚ [419,574, 428,431,429,455,571,575,61,212,391,381,163,279,304,382,474,81,2,563,53,573,419,162,23]. Οι μελέτες σταθερά δείχνουν ότι το να έχει βιώσει κάποια γυναίκα καταθλιπτικά συμπτώματα σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή (και όχι μόνο στη σχετική με τη λοχεία περίοδο), οδηγεί σε σημαντικά αυξημένο κίνδυνο ΕΛΚ [428,39,312,308]. Αυτή η συσχέτιση αποσαφηνίσθηκε ιδιαίτερα σε μια μελέτη επανεκτίμησης πέντε ετών σε μια σειρά πρωτοτόκων γυναικών που εμφάνιζαν

Επιλόχεια Κατάθλιψη ως υποτροπή προηγούμενης μη επιλόχειας έναρξης διαταραχής της διάθεσης και μιας σειράς γυναικών στις οποίες η ΕΛΚ ήταν η πρώτη εμπειρία συναισθηματικής διαταραχής. Η πρώτη ομάδα βρέθηκε να είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο για επόμενα επεισόδια κατάθλιψης μη επιλόχειας έναρξης, αλλά δεν ήταν σε κίνδυνο για κατάθλιψη μετά από έναν επόμενο τοκετό. Αντίθετα, η δεύτερη ομάδα βρέθηκε να είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο για Επιλόχεια Κατάθλιψη σε έναν επόμενο τοκετό, αλλά όχι για επόμενη κατάθλιψη μη επιλόχειας έναρξης [139]. Με βάση αυτό φαίνεται πως η υποομάδα των μητέρων με ΕΛΚ απαρτίζει μια ειδική κατηγορία γυναικών, στις οποίες η λοχεία αποτελεί ειδικό παράγοντα κινδύνου, είτε για βιολογικούς λόγους είτε για λόγους προσωπικότητας.

Πολλοί συγγραφείς προτείνουν ότι η απουσία ιστορικού κατάθλιψης υποδηλώνει μια προσωπικότητα λιγότερο ευάλωτη στην ανάπτυξη κατάθλιψης και την ύπαρξη επαρκών στρατηγικών, τις οποίες χρησιμοποίησαν οι γυναίκες για να αντεπεξέλθουν σε προηγούμενες στρεσογόνες καταστάσεις [292,85].

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί και η σχέση μεταξύ *Επιλόχειας Δυσφορίας* (Maternity Blues ή Highs) και *ΕΛΚ*. Η Επιλόχεια Δυσφορία αρχικά θεωρούνταν ως μία οντότητα που, λόγω της καλοήθους πορείας και της μικρής της διάρκειας, δεν είχε μεγάλη κλινική σημασία. Ωστόσο, αν και πολλές έρευνες που διαπίστωσαν μια σύνδεση μεταξύ Επιλόχειας Δυσφορίας και ΕΛΚ εμφανίζουν σοβαρά μεθοδολογικά προβλήματα, φαίνεται ότι η σοβαρού βαθμού Επιλόχεια Δυσφορία προσδιορίζεται ως ανεξάρτητος παράγοντας, τριπλασιάζοντας περίπου τον κίνδυνο για ΕΛΚ [430,258,267,79,5,67,68,350,347]. Προς το παρόν όμως, δεν έχει προσδιοριστεί ορμονική βάση αυτής της συσχέτισης. Τέλος, η κατάθλιψη στις λεχώιδες που εμφάνισαν σοβαρή Επιλόχεια Δυσφορία *αρχίζει νωρίτερα* μετά τον τοκετό και *διαρκεί περισσότερο*.

Τα πρόσφατα δεδομένα από μια μεγάλη σειρά μελετών προτείνουν επίσης ότι η *παρουσία οποιασδήποτε ψυχικής νόσου στο οικογενειακό ιστορικό* συνεισφέρει στον κίνδυνο ανάπτυξης ΕΛΚ, αν και όχι σε τόσο σημαντικό βαθμό [308, 574]. Μια από τις δυσκολίες προκειμένου να προσδιοριστεί το οικογενειακό ιστορικό για ψυχική νόσο είναι ότι οι γυναίκες πρέπει να είναι ενήμερες για τα ψυχιατρικά προβλήματα των συγγενών τους και να είναι πρόθυμες να αποκαλύψουν τέτοιες πληροφορίες. Τα αποτελέσματα από μελέτες που περιλαμβάνουν πλήρεις συνεντεύξεις με γυναίκες που υποφέρουν από ΕΛΚ και μέλη της οικογένειάς τους έχουν δείξει *υψηλή συσχέτιση* μεταξύ του θετικού οικογενειακού ιστορικού για κατάθλιψη ή άλλη ψυχιατρική διαταραχή και ΕΛΚ [528,529].

3.3. ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΖΩΗΣ

Η σχέση μεταξύ των γεγονότων ζωής και της έναρξης της κατάθλιψης είναι καλά τεκμηριωμένη [98,586,81,413,279,241,476]. Εμπειρίες όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η κατάρρευση μιας σχέσης, ένα διαζύγιο, η απώλεια της δουλειάς ή μια μετακόμιση, είναι γνωστό ότι προκαλούν άγχος και μπορούν να πυροδοτήσουν καταθλιπτικά επεισόδια ακόμα και σε άτομα χωρίς προηγούμενο ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής.

Η εγκυμοσύνη και η γέννηση ενός παιδιού αποτελούν χωρίς αμφιβολία στρεσογόνα γεγονότα ζωής, καθώς επηρεάζουν πολλές πτυχές της ζωής της γυναίκας, από την εικόνα του σώματος και τις αλλαγές στους ρόλους που πραγματώνει, μέχρι την τροποποίηση των εγγυτέρων σχέσεων της. Το άγχος από αυτές τις αλλαγές μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη [203].

Ωστόσο, κάποιοι ερευνητές έχουν μελετήσει τα αποτελέσματα *επιπρόσθετων στρεσογόνων γεγονότων ζωής* που οι γυναίκες βιώνουν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Βέβαια μια σημαντική δυσκολία στην εκτίμηση της πιθανής σχέσης τέτοιων γεγονότων ζωής στην έναρξη της κατάθλιψης κατά τη λοχεία είναι ο σχεδιασμός της έρευνας. Η αναδρομική συλλογή

των δεδομένων μπορεί να οδηγήσει σε μια εκσεσημασμένη αναφορά γεγονότων ζωής, καθώς οι καταθλιπτικές λεχωίδες, ίσως υποσυνείδητα, προσπαθούν να αποδώσουν σε ένα στρεσογόνο γεγονός την πιθανή αιτία της νόσου. Η προοπτική συλλογή δεδομένων εξαλείφει τέτοια λάθη καθώς η έκβαση σχετικά με την ΕΛΚ δεν είναι γνωστή εκ των προτέρων.

Οι Ο' Hara και Swain σε μια μετα-ανάλυσή τους [428] εξετάζουν δεκαπέντε μελέτες, που συγκεντρώνουν δεδομένα για περισσότερες από 10000 λεχωίδες, οι οποίες εξετάστηκαν προοπτικά ως προς τα γεγονότα ζωής. Βρήκαν μια *ισχυρή-μέτρια συσχέτιση* μεταξύ της ανάπτυξης Επιλόχειας Κατάθλιψης και της βίωσης ενός στρεσογόνου γεγονότος ζωής. Ωστόσο υπάρχει ετερογένεια ως προς τα αποτελέσματα μεταξύ των μελετών, σχετιζόμενη με τη γεωγραφική περιοχή που διεξάγεται η μελέτη. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στη Βρετανία και στη Βόρεια Αμερική έδειξαν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της ΕΛΚ και πρόσφατων γεγονότων ζωής, ενώ μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Ασία δεν έδειξαν κάτι παρόμοιο [350]. Δυστυχώς όμως δεν έχει δοθεί επαρκής ερμηνεία της διάστασης αυτής στα αποτελέσματα των ερευνών.

3.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Η υποστήριξη από φίλους και συγγενείς στη διάρκεια στρεσογόνων περιόδων φαίνεται να αποτελεί προστατευτικό παράγοντα αναφορικά με την ανάπτυξη κατάθλιψης γενικότερα [100], γι' αυτό και αρκετές μελέτες έχουν αξιολογήσει το ρόλο της ύπαρξης κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου στη μείωση της πιθανότητας για ανάπτυξη ΕΛΚ.

Η έννοια της «κοινωνικής υποστήριξης» είναι πολυδιάστατη. Πηγές υποστήριξης μπορεί να είναι ο σύζυγος, οι συγγενείς, οι φίλοι ή άλλες συναναστροφές. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι ερευνητές έχουν επανειλημμένα διαπιστώσει την ύπαρξη σοβαρής διάστασης ανάμεσα σ' αυτό που οι καταθλιπτικές γυναίκες *αντιλαμβάνονται* ως παροχή κοινωνικής υποστήριξης και στο βαθμό της υποστήριξης που *αντικειμενικά* τους παρέχεται [359]. Αυτές οι διαφορές οφείλονται εν μέρει στο γεγονός ότι οι καταθλιπτικές γυναίκες τείνουν να βλέπουν τα πράγματα κυρίως με αρνητικό τρόπο, συμπεριλαμβανομένου και του βαθμού της κοινωνικής υποστήριξης που δέχονται.

Οι μορφές της κοινωνικής υποστήριξης περιλαμβάνουν :

- Την υποστήριξη που έχει σχέση με την παροχή πληροφοριών και καθοδήγησης
- Την υποστήριξη που έχει σχέση με πρακτική βοήθεια αναφορικά με τα νέα καθήκοντα της μητέρας, και τέλος,
- την συναισθηματική υποστήριξη (εκδηλώσεις φροντίδας και ενίσχυσης - ενθάρρυνσης).

Οι έρευνες σταθερά έχουν δείξει μια *μέτρια έως ισχυρή αρνητική συσχέτιση* μεταξύ της ΕΛΚ και της παροχής συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης [478,428,44,475,506,505]. Μάλιστα, οι Seguin et al διαπίστωσαν ότι η παροχή υποστήριξης που έχει σχέση με την παροχή πληροφοριών και καθοδήγησης από ένα μεγάλο αριθμό κοινωνικών λειτουργών ήταν προστατευτικός παράγων για την ανάπτυξη ΕΛΚ [505]. Αντίθετα, η κοινωνική απομόνωση ή η απώλεια κοινωνικής υποστήριξης στη διάρκεια των κρίσιμων αυτών περιόδων στη ζωή της γυναίκας είναι ένας ισχυρός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη λοχεία [505,204, 419,586,574,37,212,356, 121,81].

Ωστόσο, η σημασία της υποστήριξης ειδικότερα από την *οικογένεια καταγωγής* έχει απασχολήσει λιγότερο τους μελετητές. Μια πρόσφατη έρευνα ανέδειξε την καθοριστική σημασία της γονικής υποστήριξης σε σχέση με αυτήν που παρέχονταν από το σύντροφο [247].

Με βάση τα όσα αναφέρθηκαν σκόπιμο κρίνεται να γίνει ιδιαίτερη μνεία για τις *μετανάστριες νέες μητέρες*, οι οποίες μπορεί να βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για κατάθλιψη εξαιτίας του πολιτισμικού και φυσικού αποχωρισμού από τα υποστηρικτικά τους συστήματα [247]. Ο

αποχωρισμός από την οικογένειά τους, οι πολιτισμικές αλλαγές, οι δυσκολίες προσαρμογής, η απομόνωση και η μοναξιά συντελούν στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην περίοδο της λοχείας. Επιπλέον, στην εμπειρία των μεταναστριών πρέπει να συνεκτιμηθούν και οι δυνατότητές τους για πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Αξίζει όμως να αναφερθεί ότι όταν οι μετανάστριες μητέρες απολαμβάνουν ικανοποιητικής κοινωνικής φροντίδας, ούτε εμφανίζουν υψηλότερη επίπτωση ΕΛΚ, ούτε οι παράγοντες κινδύνου που συνεισφέρουν στην ανάπτυξή της διαφοροποιούνται. Ενδεικτικά αναφέρουμε την έρευνα που έγινε σε 207 Πακιστανές λεχωίδες, μετανάστριες στη Νορβηγία, στην οποία διαπιστώθηκε ότι η επίπτωση της ΕΛΚ ήταν κατά τι χαμηλότερη απ' αυτήν των Νορβηγίδων μητέρων (7.6% έναντι 8.9%) [51]. Τέλος, όταν τα έθιμα της πατρίδας τους εφαρμόζονται σε μετανάστριες μητέρες, μπορούν σημαντικά να ανακουφίσουν το πολιτισμικό στρες (για μια ανασκόπηση του θέματος, βλ. Bashiri and Spielvogel, 1999 [36]).

3.5. ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΟ ΓΑΜΟ ΚΑΙ ΕΛΚ

Η γέννηση ενός παιδιού είναι σαφέστατα ένα σημαντικό γεγονός για τη σχέση μεταξύ των συζύγων, ταυτοποιώντας μια σημαντική μετάβαση στον κύκλο ζωής. Η μετάβαση στη γονική ιδιότητα δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο αναπτυξιακό γεγονός σε μια γραμμική χρονολογική εξέλιξη της οικογένειας, αλλά εντάσσεται σε μια δυναμική διεργασία, όπου το παρόν διαμορφώνεται μέσα από συνεχείς ανακυκλώσεις του παρελθόντος, τόσο στο ατομικό όσο και στο οικογενειακό επίπεδο [602]. Η περίοδος αυτή είναι εξέχουσας σημασίας για την εξέλιξη και ανάπτυξη των γονέων ως ατόμων, της οικογένειας ως συστήματος και του παιδιού ως ξεχωριστής οντότητας. Η ικανότητα των νέων γονιών να λειτουργήσουν αποτελεσματικά μπορεί να οδηγήσει σε μια επαρκή ανάληψη του γονεϊκού ρόλου, ενώ αντίθετα δυσκολίες προσαρμογής στο ρόλο αυτό μπορεί να οδηγήσουν ή να οξύνουν μια δυσαρμονία στο ζευγάρι. Άλλωστε, η ίδια η σχέση τους θα αλλάξει εν όψει αυτής της μεταβατικής περιόδου και αυτό απαιτεί προσαρμογή και από τα δύο μέλη [289].

Πολλοί ψυχοδυναμικοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η μετάβαση στη γονική ιδιότητα μπορεί να χαρακτηριστεί ως «φαινόμενο κρίσης». Οι Bibring [473] και Benedek [47] αναφέρουν ότι οι λιβιδινικές αλλαγές και οι προσαρμοστικές επιταγές που συνεπάγεται η μετάβαση στη γονική ιδιότητα είναι αντίστοιχες με αυτές που χαρακτηρίζουν άλλες εξελικτικές «κρίσεις» στην πορεία της ανάπτυξης, όπως η εφηβεία και η εμμηνόπαυση. Η Revault d' Allonnes [262] περιέγραψε μεταξύ άλλων ότι η μετάβαση στη γονική ιδιότητα μπορεί να θεωρηθεί, όπως η εφηβεία, «κρίση απαρτίωσης», κατά την οποία το Εγώ μπορεί να εξέλθει μεταποιημένο, εμπλουτισμένο και ισχυροποιημένο.

Για κάποια ζευγάρια, όμως, το στρες αυτό μπορεί να επιβαρύνει την ποιότητα της σχέσης τους. Οι Robinson και Stewart [480] αναφέρουν ότι το οικογενειακό σύστημα είναι αναγκαίο να οργανωθεί εκ νέου, καθώς οι γονείς πρέπει να αποφασίσουν τον τρόπο με τον οποίο οι νέοι ρόλοι θα επιδράσουν στο προηγούμενο οικογενειακό και επαγγελματικό πρότυπο και να θέσουν σε εφαρμογή τις απαραίτητες αλλαγές. Σε αυτή τη φάση πολλά ζευγάρια υιοθετούν περισσότερο παραδοσιακούς ρόλους, με τη μητέρα συνήθως να έχει το μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης στα γονεϊκά καθήκοντα. Επιπλέον, η προσαρμογή στην παρουσία του βρέφους μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη και για το σύζυγο, καθόσον η μητέρα τις πρώτες εβδομάδες της λοχείας εστιάζει όλη της την προσοχή και δράση στο νεογνό. Ο Winnicott [593] ονομάζει αυτό το στάδιο «πρωταρχική μητρική ενασχόληση» (primary maternal preoccupation). Θεωρεί αυτή την κατάσταση επιβεβλημένη, ώστε η μητέρα να προσαρμοστεί με ευαισθησία στις ανάγκες του βρέφους, αποτελώντας για αυτό μια «επαρκώς καλή μητέρα» (Good enough mother) Κα-

θόσον η μητέρα είναι πλήρως απορροφημένη με το μωρό, ο σύντροφος μπορεί να αισθάνεται αποκλεισμένος, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες στο γάμο, ιδιαίτερα εάν η σχέση του ζευγαριού δεν ήταν σταθερή και πριν τον ερχομό του βρέφους. Επιπλέον, ο σύντροφος οφείλει να παρέχει πρακτική και συναισθηματική υποστήριξη στη μητέρα την κρίσιμη αυτή περίοδο προκειμένου να τη διευκολύνει στα καθήκοντά της, στα πλαίσια μιας σταθερής σχέσης φροντίδας. Η μητέρα αυτήν την περίοδο στρέφει κυρίως – όχι όμως αποκλειστικά – το βλέμμα της στο σύντροφο για τέτοια υποστήριξη. Καταλήγοντας, για μια επιτυχή μετάβαση στη γονεϊκότητα η σχέση οφείλει να παραμείνει οικεία και συνεργατική μεταξύ των συντρόφων για τη φροντίδα του νέου μέλους [151]

Οι παράμετροι που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής είναι οι εξής:

■ Φτωχή ικανοποίηση στο γάμο

Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι οι νέες μητέρες που πρέπει να αντιμετωπίσουν και το στρες μιας δυσλειτουργικής σχέσης είναι πιθανό να αναπτύξουν ΕΛΚ. Ένας σημαντικός αριθμός μελετών διαπίστωσε ότι η δυσλειτουργία στο γάμο πριν τη γέννηση του μωρού προδιαθέτει σε ΕΛΚ. Λεχωίδες που υποφέρουν από κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να περιγράφουν ότι ο γάμος τους πριν τον τοκετό χαρακτηριζόταν από *συγκρούσεις* και προβλήματα [343], ή γενικώς από *φτωχή ικανοποίηση* [482,580,437,232]. Οι καταθλιπτικές λεχωίδες είναι πιο πιθανό να αναφέρουν ότι η σχέση τους *έχει χάσει την εγγύτητα* [481,232], ότι οι σύντροφοί τους *δεν τις φροντίζουν επαρκώς* ή ότι είναι υπερβολικά ελεγκτικοί [82], ενώ αντίθετα *δεν εμπλέκονται συναισθηματικά* [93,574,39].

■ Υποστήριξη που έχει σχέση με πρακτική βοήθεια

Η υποστήριξη αυτή αναφέρεται στην παροχή βοήθειας στη νέα μητέρα σχετικά με τη φροντίδα του σπιτιού και του βρέφους, με τρόπο ώστε η μητέρα να έχει χρόνο και για τον εαυτό της. Οι καταθλιπτικές λεχωίδες αναφέρουν σημαντικό *έλλειμμα* στην υποστήριξη που λαμβάνουν [455,442,439] στον τομέα αυτό.

■ Συναισθηματική υποστήριξη

Η συναισθηματική υποστήριξη αναφέρεται στην ποιότητα με την οποία ο σύντροφος ακούει τη λεχωίδα, συζητά μαζί της τα γεγονότα της ημέρας και αναγνωρίζει τη σημαντικότητα του ρόλου της. Ο σύντροφος οφείλει να είναι ευαίσθητος στις ανάγκες της και να μην απαιτεί σε μεγάλο βαθμό την προσοχή της, οφείλει δε επίσης να κατανοεί τη μειωμένη λίμπιντο [16,482] και να μην ερμηνεύει το γεγονός αυτό ως απόρριψη. Η συναισθηματική υποστήριξη αναφέρεται στην έννοια μιας σχέσης εμπιστοσύνης, όπως αυτή περιγράφεται από τους Brown και Harris [98]. Μια υποστηρικτική σχέση αυτή την περίοδο είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς η μητέρα είναι περιορισμένη στο σπίτι και «κατειλημμένη» από τις απαιτήσεις του βρέφους. Επιπλέον, αυτή την περίοδο η λεχωίδα έχει περισσότερες δυνατότητες να λάβει φροντίδα από άλλα άτομα ή να αποκτήσει ένα νέο κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης. Με βάση τα παραπάνω δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι οι γυναίκες με ΕΛΚ ανέφεραν πιο συχνά ότι δεν απολάμβαναν *επαρκούς συναισθηματικής υποστήριξης* από το σύντροφο στην περίοδο μετά τον τοκετό [455,442,292].

Σε συνάφεια με τα παραπάνω και στενά συνδεδεμένα με τα ευρήματα των μελετών για την κοινωνική υποστήριξη, και πιο πρόσφατες μελέτες έχουν διαπιστώσει αυξημένο κίνδυνο για Επιλόχεια Κατάθλιψη σε γυναίκες που βίωσαν προβλήματα γάμου στη διάρκεια της εγκυμοσύνης [343,39,428,234,212,391,241,500,81,162,307,452]. Η καθοριστική σημασία της σχέσης

με το σύντροφο αναδεικνύεται σε μια έρευνα 1578 γυναικών στην Αυστραλία, στην οποία διαπιστώθηκε ότι οι εγκυμονούσες που δέχονταν φτωχή υποστήριξη από το σύζυγο κινδύνευαν να αναπτύξουν κατάθλιψη στη διάρκεια της κύησης σημαντικά περισσότερο από αυτές που δεν είχαν μόνιμη σχέση [62]. Επιπροσθέτως, η δυσλειτουργία στο γάμο σχετίζεται όχι μόνο με την έναρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μετά τον τοκετό, αλλά και με την *επιμονή των συμπτωμάτων ως το 12ο μήνα της λοχείας* [377].

Τέλος οι Willinck et al [585] διαπίστωσαν ότι ο παράγοντας κινδύνου πριν τον τοκετό με τον υψηλότερο σχετικό κίνδυνο είναι η *ενδοοικογενειακή βία*. Αν και αυτό το εύρημα πρέπει να εξεταστεί με προσοχή εξαιτίας του μικρού μεγέθους του δείγματος, είναι σημαντικό, καθώς πρόκειται για παράγοντα που έχει αγνοηθεί από πολλούς ερευνητές [419,26,140,39]. Οι Webster et al [574,573] περιέλαβαν στην έρευνά τους πιθανούς δείκτες ενδοοικογενειακής βίας στα λήμματα «συγκρούσεις με το σύζυγο» και «έλεγχος από το σύντροφο», όμως δεν βρήκαν ότι ο παράγοντας αυτός σχετίζεται σημαντικά με τον κίνδυνο εμφάνισης ΕΛΚ [574,39], σε αντίθεση με τους Wilson et al οι οποίοι επιβεβαιώνουν μια τέτοια συσχέτιση [586].

3.6. ΜΑΙΕΥΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι μαιευτικοί παράγοντες, των οποίων έχει διερευνηθεί η πιθανή συσχέτιση με την ΕΛΚ, περιλαμβάνουν τόσο επιπλοκές στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως προεκλαψία, υπερέμεση και πρόωρες συσπάσεις, όσο και επιπλοκές κατά τον τοκετό, όπως καισαρική τομή, εργώδης τοκετός, πρόωρος τοκετός και υπερβολική αιμορραγία στη διάρκεια του τοκετού.

Αν και η βιβλιογραφία που αφορά σε γυναικολογικούς και μαιευτικούς παράγοντες γενικά δείχνει φτωχή συμφωνία ως προς τα συμπεράσματά της [314], τα αποτελέσματα από 16 μεγάλης κλίμακας μελέτες, που περιλαμβάνουν 9.500 γυναίκες, επισημαίνουν ότι οι επιπλοκές κατά την κύηση και τον τοκετό έχουν *μία μικρή αλλά σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη ΕΛΚ* [428,569, 308, 204], *ιδιαίτερα όσον αφορά σε μία ομάδα ευάλωτων γυναικών, οι οποίες έχουν ιστορικό καταθλιπτικής διαταραχής* [406,425].

3.6.1. Γυναικολογικό και Μαιευτικό Ιστορικό

Όσον αφορά στο γυναικολογικό και μαιευτικό ιστορικό, κάποιοι ερευνητές διαπιστώνουν ότι οι γυναίκες με ιστορικό *δύο ή περισσότερων προκλητών εκτρώσεων* [314,350,193] καθώς και, μεταξύ των πολυτόκων, εκείνες με *ιστορικό μαιευτικών επιπλοκών* κυρίως επείγουσας καισαρικής τομής και εργώδους τοκετού σε προηγούμενη εγκυμοσύνη, ήταν σημαντικά προδιατεθειμένες να αναπτύξουν καταθλιπτική συμπτωματολογία στη διάρκεια της λοχείας, ευρήματα όμως τα οποία είτε δεν παραμένουν σημαντικά όταν ληφθούν υπόψη και άλλοι παράγοντες [314], είτε θεωρούνται ειδικά για συγκεκριμένους πληθυσμούς [350].

Επίσης, γυναίκες οι οποίες έχουν βιώσει την εμπειρία της *γέννησης ενός νεκρού εμβρύου* φαίνεται πως είναι πιο ευάλωτες να εμφανίσουν κατάθλιψη, τόσο κατά τη διάρκεια της επόμενης εγκυμοσύνης, όσο και κατά τη διάρκεια της λοχείας, και μάλιστα η ευαλωτότητα αυτή σχετίζεται με τη χρονική απόσταση από την απώλεια, όταν το πένθος είναι πιο πρόσφατο από 12 μήνες από την επόμενη σύλληψη [294].

Άλλες έρευνες παρέχουν κάποια πρώτα δεδομένα σχετικά με φαινόμενα τα οποία είναι θεωρητικά ορμονοεξαρτώμενα, όπως η *Προεμμηνορυσιακή Δυσφορική Διαταραχή και η από του στόματος χρήση αντισυλληπτικών σκευασμάτων*, και της εμφάνισης συναισθηματικών διαταραχών στη λοχεία [68,85]. Τα δεδομένα αυτά, παρά τους περιορισμούς ως προς τη γενίκευσή

τους, έρχονται ως ένα βαθμό να υποστηρίξουν την υπόθεση ότι η αιτιολογία των συναισθηματικών διαταραχών στη λοχεία μπορεί να σχετίζεται με ποικίλη ορμονική ευαισθησία.

Μία άλλη παράμετρος που τα τελευταία χρόνια απασχολεί τους ερευνητές είναι αυτή των **προβλημάτων υπογονιμότητας**. Οι μητέρες που έχουν συλλάβει με τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής συνήθως έχουν μεγαλύτερη ηλικία, γεννούν με καισαρική τομή και έχουν πολύδυμες κυήσεις. Έτσι μπορεί να εμφανίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες και καταπόνηση στην πρώιμη περίοδο της λοχείας [200]. Ειδικά για την περίπτωση των λεχωίδων αυτών, εκτός από τους γενικότερους παράγοντες που συνεισφέρουν στην εμφάνιση κατάθλιψης μετά τον τοκετό, μία επιπλέον μεταβλητή που θεωρήθηκε σημαντική είναι αυτή του «διαμερισμένου (διαχωρισμένου) εαυτού» (divided self). Πρόκειται για μία κατάσταση στην οποία η γυναίκα ενώ παρουσιάζει εξωτερικά έναν «συμμορφώσιμο» (compliant) εαυτό βιώνει έναν έντονο εσωτερικό θυμό [446].

3.6.2. Παρούσα Κύηση

Ποικίλες παράμετροι που αφορούν στην παρούσα κύηση έχουν διερευνηθεί ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου για ΕΛΚ.

Καταρχήν, αν και αρκετοί συγγραφείς διαπιστώνουν μια θετική συσχέτιση μεταξύ **μη σχεδιασμένης ή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης** και ΕΛΚ [474,121,413,500,569], εντούτοις τα συμπεράσματα των ερευνών είναι αντιφατικά.

Οι Josefsson et al [314], αν και στην έρευνά τους υποτίμησαν την ύπαρξη μιας ψυχιατρικής διαταραχής, είτε κατά την παρούσα κύηση είτε στο ιστορικό, που επηρεάζει τα ευρήματα, διαπίστωσαν ότι οι επιπλοκές κατά την κύηση, όπως για παράδειγμα η **υπερέμεση** και οι **πρόωρες συσπάσεις**, οι οποίες μάλιστα οδηγούν σε μακράς διάρκειας **απουσία της γυναίκας από την εργασία της και σε μεγάλο αριθμό επισκέψεων της σε κλινικές προγεννητικής φροντίδας**, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου –αν και όχι σε μια αιτιολογική βάση- για ανάπτυξη ΕΛΚ. Η εξήγηση τέτοιων συμπτωμάτων μπορεί να αναζητηθεί είτε στη σωματοποίηση του άγχους και της κατάθλιψης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είτε στις ορμονικές αλλαγές της κύησης.

Άλλοι παράγοντες των οποίων διαπιστώθηκε η προγνωστική αξία για την ανάπτυξη ΕΛΚ, ήταν η ύπαρξη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης **σωματικών αιτιάσεων**, όπως φαγούρα, ρίγος, ζάλη, κεφαλαλγία, πόνοι στο κάτω μέρος της πλάτης, καθώς και η **δυσκολία των γυναικών να κοιμηθούν ή να διατηρήσουν τον ύπνο τους** [476].

Οι καταθλιπτικές μητέρες συμμετέχουν λιγότερο συχνά σε προγεννητική προετοιμασία, πιθανώς είτε λόγω κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων, είτε και εξαιτίας της ύπαρξης μεγαλύτερων παιδιών [476]. Επιπλέον, οι Collins et al βρήκαν ότι οι γυναίκες που ήταν λιγότερο ικανοποιημένες με την προγεννητική υποστήριξη που δέχονταν, ήταν πιο πιθανό να βιώσουν καταθλιπτική διάθεση στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας [134,26].

Τέλος οι Saisto et al [495] διαπίστωσαν ότι είναι το **προγεννητικό άγχος σχετικά με την ομαλή έκβαση της εγκυμοσύνης και του τοκετού** που σχετίζεται με την ανάπτυξη ΕΛΚ, παρά οι μαιευτικές επιπλοκές καθαυτές.

3.6.3. Περιγεννητικοί και σχετικοί με τον τοκετό παράγοντες

Σημαντικά περισσότερες έρευνες –αν και με αλληλοσυγκρουόμενα ευρήματα- αφορούν στους περιγεννητικούς και σχετικούς με τον τοκετό παράγοντες. Τέτοιοι παράγοντες θεωρούνται η καισαρική τομή, το χαμηλό βάρος γέννησης και ο πρόωρος και ο εργώδης τοκετός.

Γενικά η **εμπειρία του τοκετού** αποτιμάται στις περισσότερες έρευνες θετικά από τις λεχωί-

δες [495]. Σε μια πολύ ενδιαφέρουσα μελέτη ο Lee [352] περιέγραψε οκτώ κεντρικά γεγονότα που παρουσίασε ένα δείγμα γυναικών από την κοινότητα, όταν τους ζητήθηκε να μιλήσουν ελεύθερα σχετικά με σημαντικά γεγονότα που συνέβησαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Οι μητέρες αυτές περιέγραψαν μόνον θετικά γεγονότα: πότε έμαθαν πρώτη φορά ότι είναι έγκυες, όταν ένωσαν τις πρώτες κινήσεις του εμβρύου, όταν το είδαν πρώτη φορά κ.λ.π. Η άφιξη στο νοσοκομείο δεν εδόθη καθόλου ως απάντηση. Έξι από τις 36 γυναίκες μίλησαν για τον τοκετό και από αυτές μόνον τρεις αρνητικά. Οι υπόλοιπες «ανατρίχιασαν από ευχαρίστηση και έξαψη όταν έσπασαν οι μεμβράνες και ανυπομονούσαν να δουν το παιδί». Αυτό το τελευταίο γεγονός κατετάγη πρώτο από όλες τις μητέρες, δίνοντας έτσι ένα μέτρο της προσοχής των μητέρων κυρίως στα θετικά ζητήματα και αφήνοντας ουσιαστικά σε δεύτερο πλάνο τα όποια προβλήματα εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Κάποιοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι δυσάρεστες εκβάσεις στη διάρκεια του τοκετού όχι μόνο δεν συνιστούν παράγοντες κινδύνου για ΕΛΚ [462,455,419,308] αλλά αντίθετα, οι γυναίκες που αντιμετώπισαν τέτοια προβλήματα είχαν και χαμηλότερη συχνότητα ΕΛΚ, καθώς οι λεχωίδες αυτές αντιμετωπιζόταν με μεγαλύτερη φροντίδα, καταλήγοντας πως η μεγαλύτερη ιατρική προσοχή ίσως αποτελούσε προληπτικό της κατάθλιψης παράγοντα. Σε συμφωνία με τα προηγούμενα, οι Boyce et al [86] διαπίστωσαν ότι η μικρής διάρκειας νοσηλεία της λεχωίδας μετά τον τοκετό (<72 ώρες) σχετίζεται με διπλάσιο κίνδυνο για ανάπτυξη ΕΛΚ, παράγοντας ο οποίος όμως δεν παρέμεινε στατιστικά σημαντικός στην πολυπαραγοντική ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης. Άλλωστε και ο μεγαλύτερος όγκος της βιβλιογραφίας δεν συσχετίζει τη **διάρκεια παραμονής** της γυναίκας στη Μαιευτική Κλινική με την εμφάνιση κατάθλιψης μετά τον τοκετό [101,115,303,516,568].

Όσον αφορά στη συσχέτιση μεταξύ **καισαρικής τομής** και ΕΛΚ, φαίνεται από κάποιες μελέτες ότι δεν υπάρχουν δεδομένα που να την υποστηρίζουν [569,308,204,419,495], ενώ σε κάποιες άλλες έρευνες έχει αναφερθεί ότι οι γυναίκες που γεννούν με επείγουσα καισαρική τομή είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν Επιλόχεια Κατάθλιψη [87,251,337,4,358].

Είναι ασαφές, ωστόσο, εάν σε αυτή τη συσχέτιση συμβάλλουν οι επιπλοκές κατά τον τοκετό ή ένας **μακράς διάρκειας και επώδυνος τοκετός που οδηγεί σε επείγουσες διαδικασίες**. Οι λεχωίδες οι οποίες βίωσαν έναν «τραυματικό» τοκετό (με την έννοια του πόνου, του φόβου, της μη εμπλοκής στη λήψη αποφάσεων κατά τη διαδικασία και της αίσθησης απώλειας του ελέγχου), ανεξάρτητα από το είδος του, βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη, αλλά και Μετατραυματική Διαταραχή Στρες [31]. Άλλωστε, οι γυναίκες που έχουν αρνητικές εμπειρίες στη διάρκεια του τοκετού γεννούν το επόμενο παιδί τους αργότερα και μάλιστα αποκτούν λιγότερα παιδιά συνολικά, σε σχέση με όσες αναφέρουν θετικές εμπειρίες [235a]. Σε αυτόν τον προβληματισμό συμβάλλει και η μελέτη των Hiltunen et al [273], οι οποίοι διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που υποβάλλονταν σε επισκληρίδιο /παρατραχηλικό αποκλεισμό στη διάρκεια του τοκετού και οι οποίες παρέμεναν για μικρότερο χρονικό διάστημα στην αίθουσα ωδινών και είχαν μικρότερης διάρκειας τοκετό σε σχέση με εκείνες που για την ανακούφιση του πόνου χρησιμοποιούνταν το υποξείδιο του αζώτου ή βελονισμός, ή σε σχέση με όσες δεν λάμβαναν καμία αναλγησία κατά τον τοκετό, εμφάνιζαν μειωμένο κίνδυνο για την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μία εβδομάδα μετά τον τοκετό, όχι όμως και στον 4ο μήνα της λοχείας. Στην έρευνα αυτή, οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη ή επείγουσα καισαρική τομή δεν εμφάνισαν αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη ούτε στην 1η εβδομάδα ούτε στον 4ο μήνα μετά τον τοκετό.

Άλλες παράμετροι των οποίων έχει μελετηθεί η συνεισφορά στην ανάπτυξη της ΕΛΚ είναι ο **πρώτος τοκετός και το χαμηλό βάρος γέννησης**. Τέτοιες δυσάρεστες εκβάσεις έχουν συσχετιστεί με την ύπαρξη καταθλιπτικής διάθεσης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σύμφωνα μάλιστα

με τον Halbreich [244], το χαμηλό βάρος γέννησης, ο πρόωρος τοκετός και η ΕΛΚ μπορεί να αποτελούν εκβάσεις παρόμοιων ή εν μέρει αλληλεπικαλυπτόμενων διαδικασιών της κύησης, καθώς διαπιστώνεται μια σημαντική επικάλυψη των παραγόντων κινδύνου (ιδίως όσον αφορά στους περιβαλλοντικούς παράγοντες και στους παράγοντες που σχετίζονται με το στρες), που οδηγούν τόσο σε κακή έκβαση του τοκετού όσο και σε επιλόχειες συναισθηματικές διαταραχές. Παρόλο που δεν είναι πιθανό ότι υπάρχει μια αιτιώδης σχέση μεταξύ πρόωρου τοκετού, χαμηλού βάρους γέννησης και Επιλόχειας Κατάθλιψης (εκτός και εάν οι ειδικές ανάγκες του βρέφους επιδρούν σοβαρά στη μητέρα), μπορεί ωστόσο τέτοιες εκβάσεις να είναι επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση ΕΛΚ.

Σε πολλές έρευνες πάντως, η προωρότητα φαίνεται να αποτελεί από μόνη της παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση ΕΛΚ [218,360,561,329]. Οι μητέρες των πρόωρων νεογνών που νοσηλεύτηκαν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας εμφάνιζαν σε υψηλό ποσοστό κατάθλιψη στον πρώτο μήνα της λοχείας, ακόμη και στην περίπτωση που τα βρέφη τους είχαν εξέλθει από το νοσοκομείο [360]. Δεν πρέπει όμως να αγνοήσει κανείς ότι και σε αυτές τις περιπτώσεις η αυτοεκτίμηση της μητέρας και ο βαθμός της κοινωνικής υποστήριξης που απολαμβάνει είναι επίσης σημαντικοί προγνωστικοί για την εμφάνιση κατάθλιψης δείκτες. Ο Kessler, σε μια μακράς διάρκειας έρευνα 69 Ισπανίδων μητέρων των οποίων τα βρέφη είχαν πολύ χαμηλό βάρος γέννησης, κατέγραψε υψηλά ποσοστά κατάθλιψης τόσο στον 1ο όσο και στον 12ο μήνα της λοχείας. Εντούτοις και σε αυτή την έρευνα οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι η ύπαρξη επαρκούς υποστηρικτικού συστήματος δρα προστατευτικά στην ανάπτυξη κατάθλιψης [329].

Άλλωστε, σε πολλές περιπτώσεις, ένας πρόωρος τοκετός υπονοεί και εντατική ιατρική φροντίδα του βρέφους, η οποία έχει ως αποτέλεσμα τον **αποχωρισμό του βρέφους από τη μητέρα**. Όμως, ένας τέτοιου τύπου αποχωρισμός, ακόμη κι αν είναι σύντομος, φαίνεται να είναι παράγοντας κινδύνου για ΕΛΚ. Η αυξημένη ευαλωτότητα και ευαισθησία της νέας μητέρας αυξάνει τη σημαντικότητα τέτοιων αποχωρισμών [65]. Ποικίλοι προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση ΕΛΚ, όπως το στρες της φροντίδας του βρέφους, έχουν μελετηθεί στους γονείς των βρεφών που νοσηλεύτηκαν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Σε μια μελέτη 212 γονέων τέτοιων βρεφών, οι αντιλήψεις της μητέρας σχετικά με τη σοβαρότητα της κατάστασης του νεογνού ήταν ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας της καταπόνησης που βίωσαν [509].

Οι Davis et al [166] όμως, τεκμηρίωσαν ότι και στην περίπτωση των νεογνών που δέχτηκαν εντατική ιατρική φροντίδα, είναι ο βαθμός και η ποιότητα της κοινωνικής υποστήριξης που δέχονται οι μητέρες που σχετίζεται με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Ανέπτυξαν μάλιστα μια σειρά κατευθυντήριων οδηγιών (Guide to Helping Women Anticipate Postpartum Social Support Needs), στις οποίες μπορούν να βασιστούν οι νοσηλεύτριες των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας των νεογνών ώστε να προετοιμάσουν επαρκώς τις λεχώιδες για την έξοδο των νεογέννητων από το νοσοκομείο.

Τέλος, ένας άλλος παράγοντες που παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά τη φάση εξόδου των νεογνών από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, είναι και η ανεπαρκής και στρεβλή γνώση των μητέρων για την ανάπτυξη του βρέφους τους [561].

Σε συνέχεια των προηγούμενων, αξίζει να αναφερθεί η περίπτωση των λεχωίδων με Πολύδυμες Κυήσεις. Τα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την περιγεννητική ψυχιατρική νοσηρότητα όσον αφορά στις **πολύδυμες κυήσεις** είναι περιορισμένα, καθώς οι περισσότερες έρευνες περιλαμβάνουν μικρού μεγέθους δείγματα, είναι κυρίως περιγραφικές στη φύση τους, και αναφέρονται σε κυήσεις που προέκυψαν με τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Εντούτοις, φαίνεται ότι η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές είναι πιο συχνές στις πολύδυμες κυήσεις, επηρεάζοντας πάνω από το 25% των μητέρων στη διάρκεια της κύησης και της λοχείας [354].

Η υψηλή επίπτωση πρόωρων τοκετών, η στέρηση ύπνου, η κοινωνική απομόνωση και οι αυξημένες απαιτήσεις της φροντίδας των διδύμων, συνεισφέρουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Μια μεγάλη έρευνα σχετικά με τις δίδυμες κυήσεις ανέδειξε ως πιο κρίσιμη περίοδο για την εμφάνιση ΕΛΚ τους πρώτους 3 μήνες της λοχείας, με το 19% των λεχωίδων να εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, συγκρινόμενο με το σύνηθες ποσοστό 13% [40,428]. Μια άλλη ερευνητική ομάδα παρακολούθησε μητέρες διδύμων για μια περίοδο 5 ετών μετά τον τοκετό: το 34% των μητέρων των οποίων και τα 2 δίδυμα βρέφη ήταν εν ζωή, καθώς και το 53% αυτών που ένα εκ των διδύμων ήταν εν ζωή, εμφάνιζαν κλινική κατάθλιψη [547].

3.6.4. Θηλασμός

Μεγάλη έκταση κατέχει στη βιβλιογραφία αναφορικά με την ανάπτυξη ΕΛΚ και το θέμα του θηλασμού. Οι Ip et al [301] σε μια πρόσφατη εκτεταμένη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας επισημαίνουν ότι η πρώιμη διακοπή ή η πλήρης αποχή από το θηλασμό σχετίζεται με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στη λοχεία.

Ο προστατευτικός ρόλος του θηλασμού επιβεβαιώνεται και από τη σκοπιά της νευροανοσολογίας καθώς είναι γνωστό από τις πιο πρόσφατες έρευνες ότι οργανικές και ψυχολογικές καταπονήσεις πυροδοτούν φλεγμονώδη αντίδραση. Οι ίδιες έρευνες επισημαίνουν ότι η φλεγμονή δεν είναι απλώς ένας επιπλέον παράγοντας κινδύνου, αλλά αντίθετα είναι ο παράγοντας αυτός που υπόκειται όλων των υπολοίπων. Οι λεχωίδες είναι ιδιαίτερα ευάλωτες καθώς τα επίπεδα των προφλεγμονωδών κυτοκινών αυξάνονται σημαντικά στη διάρκεια του τρίτου τριμήνου της εγκυμοσύνης. Επιπροσθέτως, συνηθισμένες καταστάσεις της λοχείας όπως οι διαταραχές του ύπνου, διάφορα άλγη και ποικίλες ψυχολογικές αντιδράσεις προκαλούν την αύξηση των επιπέδων των προφλεγμονωδών κυτοκινών. Ο θηλασμός επιδρά θετικά στην ψυχική υγεία της νέας μητέρας καθώς μετριάζει την καταπόνηση και ρυθμίζει τη φλεγμονώδη απάντηση [323].

Συμπερασματικά, τα δεδομένα προτείνουν ότι γυναικολογικοί και μαιευτικοί παράγοντες μπορεί να έχουν μια *μικρή αλλά σημαντική συνεισφορά* στην ανάπτυξη ΕΛΚ [478]. Ωστόσο, θα πρέπει κανείς με πολύ προσοχή να ερμηνεύσει αυτά τα δεδομένα, καθώς κάποιες από τις μεταβλητές που μετρήθηκαν στις διάφορες έρευνες δεν ήταν πράγματι ανεξάρτητες, αλλά μάλλον επηρεάζονται από εξωτερικές συνθήκες. Για παράδειγμα μία μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη μερικώς αντανακλά τις καταστάσεις στις οποίες τελικώς η εγκυμοσύνη πραγματοποιείται και σίγουρα δεν αποτελεί μέτρο των συναισθημάτων της μητέρας για το έμβρυο. Επίσης, η απόφαση για το αν θα πραγματοποιηθεί καισαρική τομή διαφέρει μεταξύ των γιατρών και των νοσοκομείων, και σίγουρα μεταξύ των διαφόρων πολιτισμών. Παρομοίως, η στάση σχετικά με το θηλασμό και κατά συνέπεια και τα ποσοστά των νέων μητέρων που καταφεύγουν σε σίτιση του εμβρύου με υποκατάστατα του μητρικού θηλασμού διαφοροποιούνται μεταξύ των διαφόρων πολιτισμών και χωρών.

3.7. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ

3.7.1. Το φύλο του βρέφους

Στην πλειοψηφία τους οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί στις Δυτικές Κοινωνίες δεν έχουν διαπιστώσει θετική συσχέτιση μεταξύ του φύλου του νεογνού και της ΕΛΚ. Αντίθετα, έρευνες με δεδομένα από την Ινδία [452], την Κίνα [597], την Ουγκάντα [413], την Τουρκία [185] και τη Νιγηρία [4] προτείνουν ότι η απογοήτευση του συντρόφου ή και της ευρύτερης οικογένει-

ας από το φύλο του μωρού, ιδίως όταν το μωρό είναι κορίτσι, σχετίζεται σημαντικά με την ανάπτυξη ΕΛΚ. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι υπάρχουν μελέτες σε δυτικούς πληθυσμούς, αν και σποραδικές, που επίσης διαπιστώνουν ότι το φύλο του βρέφους, στην περίπτωση που αυτό δεν είναι το επιθυμητό, συνδέεται με την εμφάνιση κατάθλιψης στη μητέρα. Ενδεικτικά αναφέρεται η μελέτη των Boyce et al [81] με δείγμα 425 λεχωίδων από την Αυστραλία και των de Tychey et al [167] με δείγμα 181 λεχωίδων από τη Γαλλία. Στην τελευταία έρευνα μάλιστα, διαπιστώθηκε ότι η γέννηση ενός αγοριού όχι μόνο σχετίζεται με την εμφάνιση ΕΛΚ, αλλά και επηρεάζει αρνητικά πολλές παραμέτρους της ποιότητας ζωής της γυναίκας, ανεξάρτητα από την παρουσία κατάθλιψης.

Έτσι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση, καθώς το φύλο του μωρού μπορεί να είναι ένας επιπρόσθετος παράγοντας κινδύνου σε κάποιους πολιτισμούς ή συγκεκριμένες πολιτισμικές ομάδες και θα πρέπει να ενισχύουν τις γυναίκες να μιλάνε για τα συναισθήματά τους σχετικά με αυτό.

3.7.2. Ιδιοσυγκρασία του βρέφους

Μια πηγή άγχους κατά τη διάρκεια της λοχείας αποτελεί και η ιδιοσυγκρασία του βρέφους. Η συμπεριφορά των νεογνών ποικίλλει σημαντικά στην πρώιμη περίοδο της λοχείας, τόσο όσον αφορά στην προσαρμοστικότητα τους στην καθημερινότητα και σε νέες καταστάσεις, όσο και ως προς την προβλεψιμότητα των αντιδράσεών τους. Η εμπειρία της φροντίδας και η ανατροφή ενός «δύσκολου» μωρού, ενός μωρού που κλαίει υπερβολικά ή υποφέρει από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (κωλικός), είναι πιθανό να αποτελεί κίνδυνο για την εμφάνιση κατάθλιψης, καθώς η μητέρα βιώνει συναισθήματα ανεπάρκειας στο γονικό της ρόλο [288,154,405,379].

Η έρευνα των Hiscok et al [276] καθώς και των Dennis and Ross [171] έρχεται να ενισχύσει τα παραπάνω ευρήματα, καθώς συσχετίζει σε 738 γυναίκες την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με το μοτίβο του ύπνου του νεογέννητου στην ηλικία 6-12 μηνών. Μητέρες των οποίων τα βρέφη κοιμούνται δύσκολα και για μικρότερα χρονικά διαστήματα, ξυπνούν συχνότερα στη διάρκεια της νύχτας ή κοιμούνται στην αγκαλιά της μητέρας ή στο κρεβάτι των γονιών, έχουν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη ή έστω και μικρότερης βαρύτητας καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ωστόσο, εάν η λεχωίδα έχει επαρκή και καλής ποιότητας ύπνο, παρά τα προβλήματα ύπνου που εμφανίζει το βρέφος, η πιθανότητα κατάθλιψης μειώνεται [276].

Τέτοια ευρήματα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή, δεδομένου ότι οι αναφορές της μητέρας για την ιδιοσυγκρασία του βρέφους της είναι πιθανό να επηρεάζονται από τη συναισθηματική της κατάσταση. Επιπλέον, είναι ασαφές εάν ένα «δύσκολο» μωρό συνεισφέρει στην καταθλιπτική διάθεση της μητέρας ή αντανακλά τη δική της καταθλιπτική διάθεση. Προκειμένου να αποφύγουν αυτό το μεθοδολογικό σκόπελο οι Terry et al [544] αξιοποίησαν για την εκτίμηση της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους την οπτική του πατέρα του και διαπίστωσαν υψηλά επίπεδα συμφωνίας μεταξύ των γονέων σχετικά με την ιδιοσυγκρασία του βρέφους.

3.8. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

Αν και οι κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές ήταν από τους πρώτους παράγοντες κινδύνου που μελετήθηκαν αναφορικά με την ανάπτυξη ΕΛΚ, τα ερευνητικά δεδομένα δεν είναι σαφή, γεγονός το οποίο οφείλεται κυρίως στη μεθοδολογία των περισσότερων ερευνών. Οι Ross et al [488] σε μια μετα-ανάλυση που περιελάμβανε 143 μελέτες και 51453 συμμετέχουσες, διαπίστωσαν ότι στις περισσότερες έρευνες χρησιμοποιούνται σχετικά ομοιογενή δείγματα λεχω-

ίδων ηλικίας 25-35 ετών, λευκές, οι οποίες ζουν με σύντροφο και είναι μέσης ή υψηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης, αν και σε λίγες καταγράφονται πλήρως τα κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα. Το γεγονός αυτό, όμως, έχει ως συνέπεια να περιορίζεται η σημασία των ευρημάτων και να υπάρχουν ελλιπή δεδομένα για κάποιους πληθυσμούς που έχουν μελετηθεί λιγότερο.

Οι κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές που έχουν εκτενέστερα μελετηθεί είναι οι παρακάτω:

3.8.1. Ηλικία της λεχωίδας

Σε δύο μετα-αναλύσεις, με δείγμα άνω των 10000 νέων μητέρων, βρέθηκε ότι η ηλικία της λεχωίδας σε δείγματα γυναικών ηλικίας άνω των 18 ετών δεν συσχετίζεται με καταθλιπτική συμπτωματολογία στη διάρκεια της λοχείας [428,39]. Ωστόσο, κάποιοι ερευνητές διαπιστώνουν ότι οι **έφηβες** [85,455, 380,472,413,81,474] και οι **μεγαλύτερες (άνω των 34 ετών) πρωτοτόκες μητέρες** αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη ΕΛΚ [455,26].

Ειδικά για την περίπτωση των εφήβων λεχωίδων, στις οποίες τα ποσοστά των καταθλιπτικών συμπτωμάτων αγγίζουν σε κάποιες έρευνες το 53% [293], οι Reid et al [472] διαπιστώνουν σε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία στη λοχεία σε αυτή την ηλικιακή ομάδα γυναικών σχετίζεται με περισσότερες συγκρούσεις στην οικογένεια, με την ανεπάρκεια στο κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης, καθώς και με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση της μητέρας.

3.8.2. Κοινωνικοοικονομική κατάσταση

Οι δείκτες της κοινωνικοοικονομικής στέρησης όπως η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η κατώτερου επιπέδου εκπαίδευση, έχουν αναφερθεί ως παράγοντες κινδύνου στις ψυχικές διαταραχές γενικότερα και στην κατάθλιψη ειδικότερα [35,451,595]. Αν και σε κάποιες έρευνες τα ποσοστά της ΕΛΚ μεταξύ γυναικών που προέρχονται από ασθενέστερες οικονομικές τάξεις κυμαίνονται από 23% [278] έως και 38% [505], οι περισσότεροι συγγραφείς προτείνουν ότι **το χαμηλό εισόδημα, το οικονομικό άγχος, η επαγγελματική απασχόληση της μητέρας, η ανεργία στην κεφαλή της οικογένειας και το χαμηλό κοινωνικό επίπεδο** έχουν μια μικρή αλλά σημαντική προδιαθεσική σχέση με την ΕΛΚ [478,428,569,39,350,505,452,61,542,105,380,504,185,304,474,476,122,569]. Τα αποτελέσματα αυτά είναι παρόμοια μεταξύ διαφορετικών χωρών και πολιτισμών. Οι Horowitz et al [292] ωστόσο, σε μια πρόσφατη έρευνα διαπίστωσαν ότι στην κατάθλιψη της λοχείας δεν συνεισφέρει το οικονομικό επίπεδο καθεαυτό, αλλά το οικονομικό στρες, δηλαδή οι αντιλήψεις της μητέρας σχετικά με τα εισοδήματα της οικογένειας και τις αυξημένες απαιτήσεις με τον ερχομό του νεογέννητου.

Τέλος, τα ευρήματα των ερευνών αναφορικά με την επίδραση του **μορφωτικού επιπέδου** στην ανάπτυξη της ΕΛΚ είναι αντικρουόμενα, καθώς κάποιες έρευνες διαπιστώνουν μια θετική συσχέτιση [105,380] ενώ άλλες όχι [428,39].

3.8.3. Αριθμός παιδιών

Οι μέχρι τώρα έρευνες έχουν αντικρουόμενα ευρήματα όσον αφορά στη συσχέτιση της ΕΛΚ με τον αριθμό των τόκων των λεχωίδων. Ο McIntosh ανέφερε μια επικράτηση της τάξης του 63% σε πρωτοτόκες μητέρες (αν και οι μισές από αυτές που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν ηλικία κάτω των 20 ετών) [386], ενώ άλλοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι οι μητέρες είναι τόσο πιο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη στη λοχεία όσο αυξάνεται ο αριθμός των παιδιών

[162,419/476,419,242,246,380,279,185]. Αναφορικά με τον αριθμό των παιδιών, οι Kumar και Robson [343] βρήκαν περισσότερες μαιευτικές επιπλοκές και επιπλοκές της λοχείας σε ένα δείγμα πολυτόκων γυναικών. Ο Gotlib θεωρεί ότι οι πολυτόκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης στην εγκυμοσύνη, αλλά όχι μετά τον τοκετό [343,233]. Πάντως, οι μετα-αναλύσεις των O'Hara et al και του Beck, με περίπου 10000 συμμετέχουσες [428,39], επισημαίνουν ότι δεν υπάρχουν διαφορές στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στη λοχεία μεταξύ των πρωτοτόκων και των πολυτόκων λεχωίδων.

3.9. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΛΚ

Ποικίλες μορφές ευαλωτότητας όσον αφορά στην προσωπικότητα έχουν προταθεί για την εξήγηση της κατάθλιψης γενικότερα, οι οποίες θεωρητικά μπορεί να βρίσκουν εφαρμογή και στην περίπτωση της ΕΛΚ. Η δομή της προσωπικότητας που σχετίζεται συνηθέστερα με την κατάθλιψη περιλαμβάνει εξαρτητικότητα (dependency) [277,63], στοματικότητα (orality) [124], νευρωτισμό (neuroticism) [146,277], καταναγκαστικότητα (obsessionality) [2,334], ένα δυσλειτουργικό γνωσιακό μοντέλο (3), καθώς και μια δομή προσωπικότητας που χαρακτηρίζεται από υψηλή διαπροσωπική ευαισθησία (interpersonal sensitivity) [90]. Μερικοί συγγραφείς [343,572] περιγράφουν μια κατάσταση ψυχολογικής ευαλωτότητας, που οι Marks et al [373] την ονομάζουν «νευρωτισμό», ενώ οι O'Hara et al (1991) [425] παρουσίασαν ένα μοντέλο ΕΛΚ που το ονόμασαν «μοντέλο ευαλωτότητας-στρες» (vulnerability–stress model).

Αν και συνδέεται στενά με το νευρωτισμό, ο ρόλος του άγχους ως παράγοντα κινδύνου για ΕΛΚ δεν περιλαμβάνεται στη συγκεκριμένη κατηγορία παραγόντων, καθόσον πρόκειται για ένα σύμπτωμα, παρά για ένα σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας [33,389,438].

Ένα ψυχοκοινωνικό μοντέλο για την κατάθλιψη αρχικά προτάθηκε από τους Brown και Harris [98]. Το μοντέλο αυτό προέκυψε από την έρευνά τους σχετικά με την επίδραση των στρεσογόνων γεγονότων στην έναρξη της κατάθλιψης. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι η κατάθλιψη προσβάλλει τις γυναίκες που έχουν **βιώσει τουλάχιστον έναν από τους εξής τέσσερις παράγοντες ευαλωτότητας:**

- ▶ να είναι μητέρα τριών ή περισσότερων παιδιών (ηλικίας κάτω των 5 ετών),
- ▶ να μην εργάζεται έξω από το σπίτι,
- ▶ να έχει χάσει τη μητέρα της πριν τα έντεκα έτη και
- ▶ να έχει απολέσει μια στενή σχέση εμπιστοσύνης.

Οι παράγοντες αυτοί *δεν αποτελούν έναν ικανό λόγο* για την ανάπτυξη κατάθλιψης από μόνοι τους, καθόσον απαιτείται και η βίωση *επιπρόσθετων στρεσογόνων γεγονότων ζωής*.

Ένα τέτοιο μοντέλο για την κατάθλιψη μπορεί να εφαρμοστεί με παρόμοιο τρόπο και στην περίπτωση της κατάθλιψης της λοχείας, καθόσον **η γέννηση ενός παιδιού αποτελεί ένα στρεσογόνο γεγονός ζωής**. Η εμπειρία της εγκυμοσύνης, του τοκετού και η φροντίδα ενός νεογνήτου είναι ένα σημαντικό γεγονός στη ζωή της γυναίκας. Για πολλές γυναίκες η εμπειρία αυτή είναι μια θετική μετάβαση σε μια νέα φάση, που δρα εμπλουτιστικά στον κύκλο ζωής. Οι Brown και Harris [98]. Όμως, σημειώνουν ότι η εγκυμοσύνη και ο τοκετός, όπως και άλλες «κρίσεις», μπορεί να οδηγήσουν μια γυναίκα σε απογοήτευση και απελπισία για τη θέση της, μπορεί «να κάνουν την αναπνοή της πιο δύσκολη», καθώς γίνεται ακόμη περισσότερο εξαρτημένη από μια αβέβαιη σχέση. Οι δυσκολίες που μπορεί να έχουν αντίκτυπο σε μια γυναίκα με ευάλωτη προσωπικότητα, περιλαμβάνουν την *εικόνα του σώματος*, τις απαιτήσεις να *αναθρέψει ένα εξαρτημένο βρέφος*, τις *αλλαγές στους ρόλους* που μέχρι εκείνη τη στιγμή εκπλήρωνε, καθώς και *αλλαγές στις κοινωνικές σχέσεις της*. Πιο συγκεκριμένα, *επιπρόσθετα με τις οργανικές-σωματικές αλλαγές και τη δυσφορία της εγκυμοσύνης*, μια γυναίκα πρέπει να αντεπεξέλθει στην

αλλαγή στην εικόνα του σώματος καθώς το έμβρυο αναπτύσσεται, γεγονός που μπορεί να έχει αντίκτυπο στην αυτοεκτίμησή της. Ταυτόχρονα έχει να ανταποκριθεί σε πλήθος σημαντικών αλλαγών στους ρόλους, ιδίως αναλαμβάνοντας το ρόλο της μητέρας. Το δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης μιας γυναίκας μπορεί επίσης να αλλάξει αυτή την περίοδο. Είναι πιθανό να χάσει κάποιες οικείες ομάδες υποστήριξης και να χρειάζεται να τις αντικαταστήσει, βρίσκοντας νέες πηγές υποστήριξης. Αν παίρνει ικανοποίηση από τη δουλειά της και επενδύει σε αυτήν για την αυτοεκτίμησή της, μπορεί να χάσει παροδικά ή και μόνιμα ένα σημαντικό μέρος από τον αυτοπροσδιορισμό της. Τέλος πρέπει «να τα βγάλει πέρα» φροντίζοντας και ανατρέφοντας το εξαρτημένο από αυτήν βρέφος της. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα στρεσογόνο για μια γυναίκα που έχει δυσκολίες «να δίνει σε άλλους», ιδιαίτερα όταν δεν έχει βιώσει η ίδια μια επαρκή μητρική φροντίδα.

Σε συνάφεια με τα προηγούμενα, αξίζει να αναφερθεί ιδιαίτερα και ο σημαντικός ρόλος της *διεργασίας του πένθους*, το οποίο συνιστά οπωσδήποτε έναν σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα. Οι Brown και Harris [98] και ο Roy [490] έχουν δείξει μια σύνδεση μεταξύ της απώλειας ενός γονέα, ιδιαίτερα της μητέρας, και της μετέπειτα ανάπτυξης κατάθλιψης. Οι Bifulco et al [60] συσχέτισαν την απώλεια της μητέρας πριν την ηλικία των 17 ετών με την ανεπαρκή ανάληψη ενός γονικού ρόλου. Οι Bridge et al [94] βρήκαν μια συσχέτιση μεταξύ της απώλειας ενός πολύ κοντινού προσώπου και της ΕΛΚ στους 6, 9 και 12 μήνες στις πρωτοτόκες μητέρες. Οι περισσότεροι συγγραφείς θεωρούν πως αυτή η απώλεια συνιστά έναν παράγοντα ευαισθησίας και ευαλωτότητας στην ενήλικη ζωή και αυξάνει τον κίνδυνο κατάθλιψης σε μια στρεσογόνο κατάσταση, όπως είναι η μητρότητα και η επακόλουθη περίοδος ανατροφής του νεογέννητου. Άλλωστε, στην έρευνα των Righetti-Veltema et al [476] οι καταθλιπτικές μητέρες αναφέρουν περισσότερες απώλειες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε σχέση με τις μη-καταθλιπτικές λεχνοίdes. Οι απώλειες αυτές σχετίζονται με αποχωρισμό της μητέρας από την πατρική της οικογένεια ή και από τη χώρα της, με συναισθηματικές απώλειες, με την απώλεια της εργασίας τους κ.λπ. Άλλωστε η απόκτηση ενός παιδιού αποτελεί κατά κάποιον τρόπο μια νέα απώλεια, καθώς κατά την προσαρμογή της στη μητρότητα η γυναίκα χάνει προηγούμενους ρόλους και ελευθερίες και την προνομιούχα κατάσταση να είναι έγκυος.

Νευρωτισμός (neuroticism)

Οι νευρωτικές διαταραχές γενικότερα θεωρούνται ψυχολογικές διαταραχές οι οποίες συνήθως καταπονούν μεν, αλλά επιτρέπουν στο άτομο να σκέφτεται λογικά και να λειτουργεί κοινωνικά με επάρκεια. Αν και ο όρος «νευρωτικός» δεν χρησιμοποιείται πια στα συστήματα ταξινόμησης της ψυχιατρικής, συχνά περιλαμβάνεται σε ερωτηματολόγια προσωπικότητας ως στοιχείο ψυχολογικής καταπόνησης [478].

Ο νευρωτισμός ειδικότερα είναι ένα από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που έχουν ευρέως μελετηθεί και συσχετιστεί με την ανάπτυξη κατάθλιψης, ανεξάρτητα από την περίοδο της λοχείας [275,477,52,400,502]. Σχετίζεται με τη συναισθηματική νοημοσύνη η οποία εμπλέκεται στη ρύθμιση των συναισθημάτων, των κινήτρων και στις διαπροσωπικές δεξιότητες [230]. Ο Eysenk υπέθετε ότι ο νευρωτισμός σχετίζεται με τη δραστηριότητα του μεταχιακού συστήματος [189]. Η έννοια του νευρωτισμού υποδηλώνει τη διαρκή τάση του ατόμου να βιώνει αρνητικά συναισθήματα, κυρίως θυμού, άγχους και ενοχής [375], που τείνουν μάλιστα να επιμένουν για ασυνήθιστα μακρό χρονικό διάστημα [228,548]. Άτομα με υψηλά επίπεδα νευρωτισμού εύκολα τίθενται σε εγρήγορση και έχουν την τάση να αποσταθεροποιούνται κάτω από συνθήκες στρες, καθώς ακόμη και τις συνήθειες καταστάσεις τις αντιμετωπίζουν ως απειλητικές, ενώ και η παραμικρή ματαιώση φαντάζει σαν μια ανυπέρβλητη δυσκολία [230,228,548].

Συχνά τα άτομα αυτά είναι άτολμα και «ντροπαλά» στις κοινωνικές τους συναναστροφές και δυσκολεύονται να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους και την αναβολή των ευχαριστήσεών τους [230,228,548]. Κάποιες φορές χρησιμοποιείται συνώνυμα του νευρωτισμού και η έννοια της συναισθηματικής αστάθειας [228,548]. Αντίθετα, χαμηλά επίπεδα νευρωτισμού υποδεικνύουν συναισθηματική σταθερότητα [151].

Ο Pitt [462] ήταν ο πρώτος που ανέφερε υψηλά επίπεδα νευρωτισμού στην προσωπικότητα των γυναικών με ΕΛΚ. Ωστόσο, στην έρευνα αυτή τα επίπεδα του νευρωτισμού εκτιμήθηκαν ενώ οι γυναίκες ήταν ήδη καταθλιπτικές και έτσι οι υψηλές βαθμολογίες μπορεί να θεωρηθούν και ως αποτέλεσμα της καταθλιπτικής τους κατάστασης. Υψηλά επίπεδα νευρωτισμού βρέθηκαν να προδιαθέτουν σε κατάθλιψη από τον Watson [572], και σε κάποιο βαθμό και από τον Boyce [89], αλλά όχι από τους Kumar και Robson [343]. Η βιβλιογραφία συνεχίζει να ασχολείται με το θέμα του νευρωτισμού και σε πολλές έρευνες διαπιστώνεται ότι όταν ο νευρωτισμός, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, εκτιμάται στις γυναίκες πριν τον τοκετό, αποτελεί ασθενούς-μέτριας ισχύος προδιαθετικό παράγοντα για ΕΛΚ [478,428, 350,308, 531,495].

Αξίζει τέλος να αναφερθεί η πρόσφατη έρευνα των Verkerk et al, στην οποία ο νευρωτισμός συσχετίζεται με ένα άλλο χαρακτηριστικό, την *ενδοβολή* [219].

Η έννοια της ενδοβολής αναφέρεται στο βαθμό της κοινωνικότητας του ατόμου: υψηλά επίπεδα αυτού του χαρακτηριστικού υποδηλώνουν αναστολή και ντροπαλότητα στις κοινωνικές σχέσεις, ενώ αντίθετα χαμηλές βαθμολογίες σχετίζονται με κοινωνικότητα και αισθήματα επάρκειας στην κοινωνική αλληλεπίδραση. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι η ενδοβολή συνεισφέρει στη συσχέτιση νευρωτισμού και κατάθλιψης: οι λεχωίδες που εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα νευρωτισμού σε συνδυασμό με υψηλά επίπεδα ενδοβολής είχαν τετραπλάσιο έως εξαπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης. Μάλιστα ο συνδυασμός αυτός ήταν ο μόνος ανεξάρτητος παράγοντας για την εμφάνιση ΕΛΚ στη διάρκεια του πρώτου χρόνου της λοχείας, ακόμη και μετά τη στάθμιση για προγεννητική κατάθλιψη.

Γνωστικό προφίλ

Στην προσπάθεια κατανόησης της αιτιολογίας της κατάθλιψης δύο βασικές γνωστικές θεωρίες έχουν διατυπωθεί:

- το γνωστικό μοντέλο για την κατάθλιψη του Beck [42/43] και
- το μοντέλο του «μαθημένου αβοήθητου» («learned helplessness») των Abramson, Seligman, Teasdale [3].

Αυτές οι γνωστικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι ο χαρακτηριστικός τρόπος σκέψης του ατόμου παίζει έναν βασικό ρόλο στην έναρξη και τη συνέχιση της κατάθλιψης. Το άτομο διακατέχεται από ένα λανθάνον καταθλιπτικογόνο γνωστικό «σχήμα», το οποίο ενεργοποιείται κάτω από συνθήκες στρες [238].

Αν και υπάρχει σημαντική διαμάχη για το κατά πόσον τέτοιες γνωστικές στρεβλώσεις αντικατοπτρίζουν ένα *διαρκές γνωστικό προφίλ* που προδιαθέτει στην κατάθλιψη ή αποτελούν εν μέρει *χαρακτηριστικά της σκέψης του καταθλιπτικού*, ένα μεγάλο εύρος της βιβλιογραφίας έχει διαπιστώσει μια θετική συσχέτιση μεταξύ αυτού του αρνητικού τρόπου σκέψης και της κατάθλιψης. Επιπλέον δεδομένα τυχαιοποιημένων μελετών δείχνουν ότι θεραπευτικές προσεγγίσεις που στοχεύουν σε τέτοιες αρνητικές γνωσίες, μειώνουν σημαντικά την καταθλιπτική συμπτωματολογία [225,282,322].

Σύμφωνα με τον Beck και τους συνεργάτες του [42,41], το καταθλιπτικογόνο γνωστικό προφίλ συνίσταται σε ένα σύνολο δυσλειτουργικών στάσεων και πεποιθήσεων, ενώ σύμφωνα με τους Abramson et al [3], συνίσταται στην τάση του ατόμου να αποδίδει τις όποιες αρνητικές

εκβάσεις σε σταθερές και γενικευμένες εσωτερικές αιτίες.

Το μοντέλο του Beck υποστηρίζει την ύπαρξη τριών γνωστικών παραμέτρων που συνεισφέρουν στην αιτιολογία της κατάθλιψης: η γνωστική τριάδα, τα καταθλιπτικογόνα σχήματα και οι δυσλειτουργικές στάσεις. Η γνωστική τριάδα αναφέρεται στην καταθλιπτική αρνητική ματιά του ατόμου για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον. Τα καταθλιπτικογόνα σχήματα περιγράφονται ως σταθερές και διαρκείς στο χρόνο γνωστικές δομές που αναπτύσσονται με βάση τις πρώιμες εμπειρίες ζωής. Περιλαμβάνουν δυσλειτουργικές στάσεις που χαρακτηρίζονται από τελειομανία, ακαμψία και μη-ρεαλιστικές απαιτήσεις από τον εαυτό.

Στρεσογόνα γεγονότα ζωής ενεργοποιούν αυτά τα καταθλιπτικογόνα σχήματα με αποτέλεσμα να προκύπτουν αρνητικές γνωστικές στάσεις και έτσι να πυροδοτείται η κατάθλιψη.

Το κοινό που μοιράζονται οι δύο θεωρίες είναι το μοντέλο «ευαλωτότητας-στρες» («diathesis-stress»), κατά το οποίο καταθλιπτικογόνες γνωστικές στάσεις αλληλεπιδρούν με στρεσογόνες καταστάσεις και προδιαθέτουν σε κατάθλιψη.

Η εφαρμογή του μοντέλου «diathesis-stress» στην περίπτωση της ΕΛΚ θεωρεί ότι η γνωστική ευαλωτότητα (δυσλειτουργικές στάσεις και καταθλιπτικογόνα σχήματα) σε συνδυασμό με τα υψηλά επίπεδα λοχειακού άγχους (μετάβαση στη μητρότητα, κόστος ανατροφής του βρέφους) πυροδοτούν την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η λεχωίδα τείνει να διαστρεβλώνει τον τρόπο με τον οποίο βλέπει τον κόσμο, ως αποτέλεσμα μιας εσφαλμένης διαδικασίας πληροφόρησης. Οι γνωσιακές στρεβλώσεις μπορεί να σχετίζονται με την *επάρκεια και την ικανότητα της γυναίκας να αντεπεξέρχεται στο μητρικό ρόλο*. Για παράδειγμα μια μητέρα με κατάθλιψη μπορεί να εστιάζει υπερβολικά σε ένα μοναδικό αρνητικό γεγονός όπως το κλάμα του μωρού, ενώ αγνοεί θετικά γεγονότα, όπως το να είναι ευχαριστημένο το μωρό κάποιες άλλες στιγμές. Μια δεύτερη γνωστικά δυσλειτουργική στάση αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο η μητέρα μπορεί να ερμηνεύει αρνητικά γεγονότα όπως π.χ. ότι το μωρό δεν κοιμάται, ως ευθύνη της και ως αποτυχία της ως μητέρα (internal attribution). Επιπλέον η λεχωίδα μπορεί να επεκτείνει την πεποίθησή της για την αποτυχία της ως μητέρα σε όλες τις καταστάσεις (global attribution) και να θεωρεί ότι ποτέ δεν θα τα καταφέρει σε κάτι (stable attribution).

Η συσχέτιση δυσλειτουργικών γνωσίων με την ανάπτυξη ΕΛΚ έχει διερευνηθεί από πολλούς συγγραφείς. Ωστόσο, παρόλο που σε κάποιες μελέτες διαπιστώθηκε ότι οι δυσλειτουργικές στάσεις προδιαθέτουν στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά τη λοχεία [441], είναι πιθανό οι στάσεις αυτές να είναι αποτέλεσμα κατάθλιψης κατά την κύηση. Γι' αυτό και σε κάποιες μελέτες διαπιστώνεται ότι ένα δυσλειτουργικό στυλ προδιαθέτει σε επιλόχεια κατάθλιψη [441,155,445,570,238], ενώ σε κάποιες άλλες το εύρημα αυτό δεν επιβεβαιώνεται [440,580,232]. Η αποτυχία να προσδιοριστούν αρνητικές γνωσίες ειδικές για τη μητρότητα σε όλες τις γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη, δείχνει ότι τέτοιες γνωσίες δεν είναι ούτε αναγκαίες ούτε ικανές συνθήκες για την ανάπτυξη της κατάθλιψης. Ο συλλογισμός αυτός υποδεικνύει ότι υπάρχουν δύο διαφορετικές υποομάδες γυναικών που βιώνουν κατάθλιψη μετά τον τοκετό: αυτές στις οποίες η κατάθλιψη σχετίζεται ειδικά με την *εμπειρία της μητρότητας* και αυτές στις οποίες η γέννηση ενός παιδιού αποτελεί ένα *μη ειδικό ερέθισμα που πυροδοτεί την κατάθλιψη* [144].

Η έρευνα των Horowitz et al [292] εστιάζει σε αρνητικές αντιλήψεις της γυναίκας που αφορούν κυρίως στον *προσπάτως αποκτηθέντα γονικό της ρόλο*. Οι συγγραφείς, σε συμφωνία και με προγενέστερους ερευνητές [465], προτείνουν ότι κατά τη μετάβαση στη μητρότητα εμπλέκονται τρεις παράμετροι:

- ▶ ο τρόπος που η μητέρα αποτιμά το γονικό ρόλο που εκπληρώνει (evaluation),
- ▶ ο βαθμός της επικέντρωσης των σκέψεων και των δράσεων της στο νεογέννητο (centrality), και
- ▶ η έκταση των αλλαγών που επέφερε στη ζωή της η απόκτηση του παιδιού (life change).

Οι λεχwoίδες που αποτιμouν αρνητικά τον εαυτό τους ως γονέα και επικεντρώνουν όλη τους την ύπαρξη και δράση στη φροντίδα του νεογέννητου, καθώς και αυτές που βιώνουν τη λοχειακή περίοδο ως περισσότερο διαταρακτική της προηγouμένης ζωής τους και κατά συνέπεια ως περισσότερο στρεσογόνο, παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη.

Αντίθετα με τους Horowitz et al, οι Grazioli και Terry [238] διαπίστωσαν ότι *θέματα γενικότερης προσωπικής ανεπάρκειας* προδιέθεταν στην ανάπτυξη ΕΛΚ, σε γυναίκες που ανέφεραν υψηλά επίπεδα άγχους αναφορικά με το γονεϊκό τους ρόλο. Άλλοι διαπιστώνουν ότι κάποιες καταθλιπτικές λεχwoίδες, αλλά όχι όλες, βιώνουν αρνητικές γνωσίες, οι οποίες δεν είναι τόσο γενικευμένες αλλά αφορούν στην κατάσταση της λοχειάς ειδικότερα [570]. Οι γνωσίες αυτές χαρακτηρίζονται από υπερβολική ενασχόληση με αρνητικές αποτιμήσεις της πρόσφατης μετάβασής τους στη μητρότητα.

Οι Church et al [126] προσπάθησαν να διερευνήσουν το κατά πόσο γενικευμένες και ειδικότερες με τη μητρότητα δυσλειτουργικές γνωσίες *διαμεσολαβούν* τη σχέση μη γνωστικών παραγόντων κινδύνου και ανάπτυξης ΕΛΚ. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι η συσχέτιση μεταξύ της επιλόχειας κατάθλιψης και της γέννησης ενός «δύσκολου μωρού» διαμεσολαβείται εξ ολοκλήρου από δυσλειτουργικές γνωσίες ειδικές με τη μητρότητα, ενώ η συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης προηγouμένου καταθλιπτικού επεισοδίου και επιλόχειας κατάθλιψης διαμεσολαβείται εν μέρει από γενικευμένες δυσλειτουργικές γνωσίες. Τέλος, η συσχέτιση μιας ευάλωτης προσωπικότητας και ανάπτυξης ΕΛΚ διαμεσολαβείται τόσο από γενικευμένες όσο και από σχετικές με τη μητρότητα γνωσίες [126].

Σχετικά με τα συμπεράσματα των προηγouμένων συγγραφέων είναι και τα αποτελέσματα ερευνών που συσχετίζουν τα χαρακτηριστικά της *αυτοεκτίμησης* και της *αισιοδοξίας* με την ανάπτυξη ΕΛΚ [330,7,116]. Αν και πρόκειται για συναφείς έννοιες, υπάρχουν λεπτές διαφορές μεταξύ τους. Η αισιοδοξία είναι μια γενικότερη πεποίθηση του ατόμου ότι πρόκειται να συμβούν στη ζωή του θετικά γεγονότα, των οποίων η έκβαση εξαρτάται από εσωτερικούς (π.χ. προσωπικές δεξιότητες) ή και από εξωτερικούς (π.χ. τύχη) παράγοντες. Η έννοια της αυτοεκτίμησης βασίζεται σε μια γενικότερη στάση αποδοχής του εαυτού και εμπιστοσύνης στις δυνατότητές του ατόμου να επιφέρει ένα επιθυμητό αποτέλεσμα. Επιπλέον, θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί ότι η αυτοεκτίμηση αποτελεί μια «εσωτερική διέξοδο», την οποία μπορεί να χρησιμοποιήσει το άτομο για να αντεπεξέλθει σε μια στρεσογόνο κατάσταση (coping resource). Θα μπορούσαμε να πούμε δηλαδή ότι η αισιοδοξία δίνει έμφαση στην *προσδοκία για μια θετική έκβαση στη ζωή*, ενώ η αυτοεκτίμηση αποδίδει την όποια έκβαση μιας κατάστασης στην *επάρκεια και τις ικανότητες του ατόμου* [99].

Οι Carver and Gaines [116] βρήκαν ότι οι λεχwoίδες που υιοθετούν μια αισιόδοξη στάση αναφέρουν λιγότερο συχνά συμπτώματα ΕΛΚ, ενώ οι Affonso και Arizmendi [7] διαπίστωσαν ότι η αυτοεκτίμηση σχετίζεται αρνητικά με την εμφάνιση κατάθλιψης στη λοχειά. Ενδεχομένως οι λεχwoίδες με υψηλή αυτοεκτίμηση έχουν την ικανότητα να αντιστέκονται σε στρεσογόνες καταστάσεις που απειλούν τον αυτοπροσδιορισμό τους, και έτσι προστατεύονται από την κατάθλιψη. Στην ίδια κατεύθυνση κινούνται και τα ευρήματα μιας μετα-ανάλυσης του Beck [39], στην οποία διαπιστώθηκε μια μέτριας στατιστικής σημαντικότητας συσχέτιση μεταξύ αυτοεκτίμησης και ΕΛΚ.

Τέλος, μια άλλη παράμετρος του γνωστικού προφίλ, της οποίας τη συσχέτιση με την ΕΛΚ διερευνούν αρκετοί συγγραφείς, είναι η αντίληψη των λεχwoίδων αναφορικά με το *κατά πόσον η συμπεριφορά τους βρίσκεται κάτω από τον έλεγχό τους*. Κάποιοι συγγραφείς διαπιστώνουν ότι οι μητέρες με μια αίσθηση εξωτερικής εστίασης κινδυνεύουν περισσότερο να αναπτύξουν κατάθλιψη στη λοχειά [261,440,392]. Σε κάποιες μελέτες όμως, η αντίληψη του αυτοέλεγχου σχετίστηκε με κατάθλιψη κατά την κύηση και όχι με ΕΛΚ [441].

Καταναγκαστικότητα (Obsessionality)

Αρκετά συχνά η ψυχαναγκαστική δομή προσωπικότητας έχει συσχετισθεί με την κατάθλιψη, ιδίως με την ενδογενή μορφή της [2,334,326]. Οι γυναίκες με τέτοια δομή προσωπικότητας μπορεί να καταβληθούν όταν γίνονται μητέρες, οπότε και πρέπει να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις ενός εξαρτημένου και εξαιρετικά «διαταρακτικού» για τη ρουτίνα της ζωής τους βρέφους. Εντούτοις, αν και έχει σημειωθεί μια συσχέτιση μεταξύ καταναγκαστικού στυλ προσωπικότητας και Επιλόχειας Ψύχωσης [263/463], δεν έχει υπάρξει ερευνητικά αντίστοιχη συσχέτιση της ψυχαναγκαστικότητας με την ΕΛΚ.

Διαπροσωπική ευαισθησία (interpersonal sensitivity)

Η έννοια της «διαπροσωπικής ευαισθησίας» καλύπτει έναν αστερισμό χαρακτηριστικών της προσωπικότητας τα οποία αφορούν στην ευαισθησία του ατόμου έναντι της συμπεριφοράς και των αισθημάτων των άλλων [90]. Οι κυριότερες παράμετροι αυτής της έννοιας είναι η διαπροσωπική εγρήγορση (interpersonal awareness), η ανάγκη για επιβεβαίωση (need for approval), το άγχος αποχωρισμού (separation anxiety), η ατολμία (timidity) και η ευθραυστότητα του εσωτερικού εαυτού (fragile inner self).

Οι γυναίκες των οποίων η προσωπικότητα χαρακτηρίζεται σε μεγάλο βαθμό από τέτοια στοιχεία είναι πιθανό να εμφανίσουν ΕΛΚ, καθώς έρχονται αντιμέτωπες με τις συναισθηματικές και πρακτικές απαιτήσεις της φροντίδας του βρέφους [151]. Πιο συγκεκριμένα, η παρουσία σε υψηλό βαθμό του χαρακτηριστικού της διαπροσωπικής εγρήγορσης, το οποίο αναφέρεται στην ευαισθησία σχετικά με τη διαπροσωπική αλληλεπίδραση, ιδιαίτερα με τον τρόπο που το υποκείμενο αποτιμά τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις, επηρεάζει τις λεχωίδες με τρόπο ώστε να είναι πιο ευαίσθητες σε διαπροσωπικά γεγονότα, όπως τις απαιτήσεις που συνοδεύουν τις αλλαγές της ζωής και τη μετάβαση στο γονεϊκό ρόλο [151]. Η έννοια της ατολμίας αναφέρεται περισσότερο σε μια συμπεριφορική παράμετρο της διαπροσωπικής ευαισθησίας, που σχετίζεται με την ικανότητα να επιβάλλεται κανείς στον εαυτό του. Οι γυναίκες με υψηλό αυτό το χαρακτηριστικό μπορεί να έχουν δυσκολίες να τα βγάλουν πέρα με τις αυξημένες απαιτήσεις του μητρικού ρόλου, καθόσον θεωρούν ότι δυσκολεύονται να διευθετήσουν τις απαιτήσεις του βρέφους, του συζύγου και τις δικές τους ανάγκες [151].

Ο Boyce [89] διαπίστωσε ότι οι γυναίκες που εμφανίζουν υψηλή διαπροσωπική ευαισθησία στη διάρκεια της κύησης και ιδίως αυτές που εμφανίζουν σε μεγάλο βαθμό τα χαρακτηριστικά της διαπροσωπικής εγρήγορσης και της ατολμίας, έχουν αυξημένο κίνδυνο να πάθουν ΕΛΚ στους έξι μήνες, αλλά όχι στους τρεις μήνες μετά τον τοκετό. Στην περίπτωση δε που η παρουσία όλων των επιμέρους χαρακτηριστικών της διαπροσωπικής ευαισθησίας είναι υψηλή, οι λεχωίδες εμφανίζουν δέκα φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν ΕΛΚ έξι μήνες μετά τον τοκετό. Ο ίδιος αλλά και άλλοι συγγραφείς, επιβεβαίωσαν τα ευρήματα αυτά και σε πιο πρόσφατες έρευνες σχετικά με τη συνεισφορά που έχουν τέτοια χαρακτηριστικά προσωπικότητας στην ανάπτυξη της ΕΛΚ [83,88,531].

Τρόπος προσκόλλησης (Attachment style)

Έρευνες προερχόμενες αρχικά από το χώρο της κοινωνικής ψυχολογίας συσχέτιζαν ένα δομικό στοιχείο της προσωπικότητας, γνωστό ως «τρόπο προσκόλλησης», με την εμφάνιση κατάθλιψης. Βασισμένη στις μελέτες του Bowlby και των θεωρητικών της γνωσιακής και διαπροσωπικής υπόθεσης, αυτή η προσέγγιση προτείνει ότι άτομα που χαρακτηρίζονται από έναν

«μη-ασφαλή» τρόπο προσκόλλησης χαρακτηριζόμενο είτε από ανησυχία για τη συναισθηματική διαθεσιμότητα και υποστήριξη των άλλων είτε από δυσπιστία ή φόβο για την εγγύτητα, υιοθετούν γνωστικά «σχήματα» για τις σχέσεις που επιβεβαιώνουν την οπτική τους. Έτσι, οι «μη-ασφαλείς» τρόποι προσκόλλησης, συνεισφέρουν στην ευαλωτότητα της προσωπικότητας κατά την ενήλική ζωή και σε συνδυασμό με τις διαπροσωπικές δυσκολίες οδηγούν σε χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης. Επιπλέον τα άτομα που «καταφεύγουν» στους προαναφερόμενους δεσμούς προσκόλλησης συχνά βιώνουν αισθήματα απώλειας και απομόνωσης που οδηγούν σε κατάθλιψη.

Νεώτερες έρευνες εφαρμόζουν τη θεωρία για τον τρόπο προσκόλλησης στην περιγεννητική ψυχιατρική νοσολογία και υποστηρίζουν ότι οι εγκυμονούσες με ανασφαλή προσκόλληση (insecure attachment style) βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη ΕΛΚ [194,512,578 344]. Επιπρόσθετα, οι «ανασφαλείς» τρόποι προσκόλλησης σχετίζονται ισχυρά τόσο με τη βαρύτητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας όσο και με μεγαλύτερης έντασης αρνητικά συναισθήματα [195,578].

Οι Bifulco et al. [260] ερευνήσαν εκτεταμένα τον ρόλο του τρόπου προσκόλλησης στην έναρξη της ΕΛΚ. Σε μια προοπτική τους μελέτη έδειξαν ότι οι ανασφαλείς, απορριπτικοί τρόποι προσκόλλησης σχετίζονται με προγεννητική κατάθλιψη, ενώ γυναίκες ανασφαλείς-«απορροφημένες» ως προς τον τρόπο προσκόλλησης που υιοθετούν κινδυνεύουν περισσότερο να αναπτύξουν λοχειακή κατάθλιψη.

Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαίωσε και η έρευνα των McMahon et al. [387], οι οποίοι διαπίστωσαν ότι η ανεπαρκής μητρική φροντίδα είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την *επιμονή της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στον δωδέκατο μήνα της λοχείας*, γεγονός το οποίο διαμεσολαβείται από έναν μη ασφαλή - αγχώδη τρόπο προσκόλλησης. Ο αγχώδης τρόπος προσκόλλησης που μελετάται στην έρευνα αυτή είναι παρόμοιος εννοιολογικά με το χαρακτηριστικό της προσωπικότητας της «διαπροσωπικής ευαισθησίας» που αναφέρθηκε παραπάνω. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι η δυσφορία που προκαλεί η εγγύτητα (αποφευκτικός τρόπος) και το άγχος στις σχέσεις σχετίζονται με τη *διάγνωση της κατάθλιψης*, ενώ ο αγχώδης τρόπος προσκόλλησης προδιαθέτει επιπλέον και στην *επιμονή των συμπτωμάτων*. Τέλος, ο αγχώδης τρόπος προσκόλλησης σχετίζεται και με την τάση του ατόμου να «μηρυκάζει» σε αρνητικές σκέψεις και να υιοθετεί προκειμένου να ανταπεξέλθει σε στρεσογόνες καταστάσεις στρατηγικές που σχετίζονται με τη ρύθμιση των συναισθημάτων και της ψυχολογικής καταπόνησης (emotion –focused coping)[390].

Σε στενή σύνδεση με τα προηγούμενα βρίσκονται και τα αποτελέσματα των μελετών σχετικά με την *επίδραση των πρώιμων εμπειριών ζωής* των λεχιδών κατά τη μετάβασή τους στη μητρότητα. Οι γυναίκες που έχουν βιώσει γονείς ανεπαρκείς στο ρόλο τους, οι οποίοι παρείχαν *χαμηλής ποιότητας φροντίδα και ασκούσαν μεγάλο έλεγχο*, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν κατάθλιψη κατά τη λοχεία, και ιδίως το πρώτο διάστημα μετά τον τοκετό [82,152,377,153,234,82,531]. Επίσης, οι γυναίκες οι οποίες έχουν *κακοποιηθεί σεξουαλικά* κατά την παιδική τους ηλικία έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να υποφέρουν από ΕΛΚ [104]. Οι ερευνητές προτείνουν ότι αυτές οι αρνητικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας καθιστούν τη γυναίκα ευάλωτη στην ανάπτυξη κατάθλιψης με τη διαμεσολάβηση ενός ανασφαλούς τρόπου προσκόλλησης.

Στρατηγικές για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων (Coping style)

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερες έρευνες διερευνούν την υπόθεση ότι οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι γυναίκες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό

προκειμένου να αντεπεξέλθουν σε αυτές τις καταστάσεις (coping strategies) διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή τους στη μητρότητα.

Σύμφωνα με τους Folkamn και Lazarus [202], οι στρατηγικές αυτές αναφέρονται σε γνωστικές (νοητική αναπαράσταση των δυσκολιών) και συμπεριφορικές προσπάθειες του ατόμου να διαχειριστεί, να μειώσει ή και να αντέξει τις εσωτερικές ή εξωτερικές απαιτήσεις που προκύπτουν από μια στρεσογόνο κατάσταση.

Οι τρόποι που χρησιμοποιεί το άτομο για να αντεπεξέλθει στις καταστάσεις μπορεί να ομαδοποιηθούν σε δύο βασικές κατηγορίες:

- ▶ τη ρύθμιση των συναισθημάτων και της ψυχολογικής καταπόνησης (emotion-focused coping)
- ▶ τη διαχείριση των προβλημάτων που προκαλούν την καταπόνηση (problem-focusing coping).

Η κύηση και η λοχεία αποτελούν παραδείγματα στρεσογόνων καταστάσεων για την αντιμετώπιση των οποίων οι γυναίκες πρέπει να ενεργοποιήσουν συγκεκριμένους μηχανισμούς. Από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι περισσότερο προσαρμοστικές μέθοδοι, που περιλαμβάνουν τη δραστηριοποίηση επικεντρωμένη στο σχεδιασμό για την επίλυση του προβλήματος (active coping centered on planning), την αναζήτηση πρακτικής βοήθειας (seeking out instrumental support), τη θετική αναπλαισίωση (positive reinterpretations), την αποδοχή (acceptation) και το χιούμορ, διαφοροποιούν σαφώς τις καταθλιπτικές από τις υγιείς λεχωίδες. Αντίθετα νέες μητέρες που υποφέρουν από κατάθλιψη είναι πιθανόν να χρησιμοποιούν στρατηγικές λιγότερο λειτουργικές, όπως την υιοθέτηση περισσότερο συναισθηματικά προσανατολισμένων στρατηγικών και την αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης (emotional support), την άρνηση (denial), την έκφραση συναισθημάτων ενοχής (blame), τη γνωστική στρέβλωση (cognitive distraciton), την κατάχρηση ουσιών και τη συμπεριφορική αποστασιοποίηση (distancing) [554,170, 544,156].

Σε συμφωνία με τα παραπάνω, οι Faisal-Cury et al [191] διαπίστωσαν μια στατιστικώς σημαντική συσχέτιση της ΕΛΚ με την υιοθέτηση ενός μοτίβου αντιμετώπισης «κρίσεων» που χαρακτηρίζεται από αποστασιοποίηση (distancing). Σύμφωνα με το Folkamn [203] η αποστασιοποίηση περιγράφει την προσπάθεια του ατόμου να αποσυνδεθεί από μια στρεσογόνο κατάσταση και μαζί με την υιοθέτηση αποφευκτικών τρόπων αντιμετώπισης των «κρίσεων» συνιστούν στρατηγικές που επιτρέπουν στο άτομο να «αποσύρεται-απομακρύνεται» από το γεγονός που το καταπονεί ψυχικά. Αυτή η στρατηγική έχει ιδιαίτερη σημασία όταν η κατάσταση ή το γεγονός αποτιμάται από το άτομο ως αμετάβλητο. Έτσι είναι πιθανό ότι οι καταθλιπτικές λεχωίδες αντιμετωπίζουν τη συνολική εμπειρία της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας σαν ένα στρεσογόνο γεγονός το οποίο δεν μπορούν να τροποποιήσουν, με αποτέλεσμα να καταφεύγουν στη συναισθηματική αποστασιοποίηση από αυτό [191].

Επιπρόσθετα, οι Tychey et al [554] διαπίστωσαν ότι οι μη καταθλιπτικές λεχωίδες υιοθετούσαν περισσότερο προσαρμοστικές στρατηγικές, επικεντρωμένες στην αποδοχή της κατάστασης και στο χιούμορ. Αντίθετα, οι καταθλιπτικές μητέρες χρησιμοποιούν στρατηγικές προσανατολισμένες σε *συναισθήματα ενοχής και αυτομομφής*, τα οποία έχουν έναρξη είτε στην περίοδο της κύησης, είτε μετά τον τοκετό, και τεχνητές μεθόδους (κατάχρηση ουσιών) για να αντεπεξέλθουν στα προβλήματά τους.

Ψυχοδυναμική προσέγγιση

Παρά την προφανή κλινική σημασία που έχει η επιλόχεια κατάθλιψη, η ψυχαναλυτική έρευνα ουσιαστικά την έχει «αρνηθεί», αφού ελάχιστες είναι οι ψυχαναλυτικές μελέτες που ασχολούνται ειδικά με την ΕΛΚ ([243]). Από ψυχοδυναμική άποψη, τόσο η εγκυμοσύνη όσο και

η γέννηση του παιδιού σηματοδοτούν την έναρξη μίας νέας περιόδου στη ζωή της μητέρας, αναβιώνουν παλαιές στάσεις της μητέρας απέναντι στη δική της μητέρα και είναι δυνατόν να επανενεργοποιήσουν παλαιότερα παιδικά συμπλέγματα σχετικά με το σωματικό τραύμα ή τη σωματική βλάβη. Υπό το πρίσμα της μελέτης της Οιδιπόδειας σύγκρουσης, το παιδί είναι το αναμφισβήτητο σύμβολο της επιτυχίας να πραγματοποιήσει την παιδική της φαντασίωση εκτόπισης της μητέρας, κατάκτησης της αγάπης του πατέρα και απόκτησης «ενός μωρού μαζί του», θέματα που κινητοποιούν ιδιαίτερο άγχος και πίεση να απαλλαγεί από την ενοχοποιητική απόδειξη. Η συνειδητοποίηση αυτής της εχθρότητας οδηγεί εκ νέου σε ενοχές, ενώ ένα λανθάνον ή καταπιεσμένο ψυχοπαθολογικό υλικό στην περιοχή αυτή της οιδιπόδειας σύγκρουσης μπορεί να αποδειχθεί πολύ βαρύ για τις εφεδρείες του Εγώ της λεχωίδας, κάτω από το στρες της προσπάθειας να διατηρηθεί η ομοιόσταση [174]. Στη βάση αυτή, της μελέτης δηλαδή της σχέσης του οικογενειακού αστερισμού μεταξύ των γενεών και της ΕΛΚ, μια παθολογική σχέση της νέας μητέρας με τη δική της μητέρα, έχει ονομαστεί «ψευδαίσθηση της συμβίωσης» («Illusion of symbiosis») [243]). Ο κεντρικός παράγοντας εδώ είναι η φαντασίωση της μητέρας ότι το παιδί της θα εκπληρώσει εξ ονόματός της όλες τις επιθυμίες που είχε αρνηθεί να τις εκπληρώσει η δική της μητέρα όταν εκείνη ήταν παιδί. Για να ενισχύσει δε τη συμβιωτική αυτή φαντασίωση, η ματαίωση και ο θυμός αποσχίζονται και συχνά προβάλλονται προς τον πατέρα, που μετατρέπεται έτσι σε αντικείμενο προβολής όλων αυτών των φαντασιώσεων εχθρότητας.

Θέματα ταυτότητας θεωρούνται κεντρικά για την εκδήλωση ενός καταθλιπτικού ή και ψυχωτικού επεισοδίου μετά τον τοκετό. Η Hellen Deutch [174] περιγράφει τις γυναίκες που παρουσιάζουν ψυχιατρικά προβλήματα την περίοδο της λοχείας ως συναισθηματικά ανώριμες, ανέτοιμες για τη μητρότητα και ως εξαρτημένες από τη δική τους μητέρα. Η ίδια, όπως και άλλοι [47], περιγράφουν μια προσωπικότητα που ποτέ δεν αποδέχθηκε το γυναικείο ρόλο, με αρκετά ανδρικά-επιθετικά χαρακτηριστικά, που η εγκυμοσύνη τους ίσως συνιστούσε μια προσπάθεια άρνησης του προβλήματος κάνοντας παιδιά, προσπάθεια όμως αναποτελεσματική, που καταρρέει όταν ο τοκετός τις κάνει να αισθανθούν επώδυνα θηλυκές. Πρόσφατες μελέτες [475] στηρίζουν μια τέτοια ερμηνεία της ΕΛΚ, αφού τα ευρήματά τους τεκμηριώνουν πως σημαντικότερος παράγοντας για την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ήταν η συνάρμοση της γυναίκας με τη θηλυκότητα, και όχι «το κόστος της ανατροφής ενός βρέφους», όπως συχνά αναφέρεται στη βιβλιογραφία. Φαίνεται πως η παλινδρόμηση τη στιγμή αυτή οδηγεί σε αναζωπύρωση προηγούμενων συγκρούσεων και στην ανάδυση συναισθημάτων εχθρότητας τόσο προς τη δική της μητέρα, όσο και προς το παιδί της, που συνιστά απόδειξη του δικού της μισητού και απορριπτέου γυναικείου ρόλου. Η εχθρότητα οδηγεί σε ενοχές, και η ανάγκη για διατήρηση της ομοιόστασης οδηγεί σε ενεργοποίηση δυσλειτουργικών μηχανισμών άμυνας που συχνά καταλήγει στην εκδήλωση ανοιχτής ψυχοπαθολογίας, συνηθέστερα κατάθλιψης.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι μελέτες τόσο της ψυχοδυναμικής όσο και των προσαρμοστικών μηχανισμών και των *μηχανισμών άμυνας του Εγώ* που ενδεχομένως εμπλέκονται με την ΕΛΚ είναι λίγες [481,475,75,29], ενώ σε μια ενδιαφέρουσα ανακοίνωσή τους οι Milstein και Milstein [394] περιγράφουν τον (προστατευτικό, για μερικές περιοχές και παθολογικό, για άλλες) ρόλο του αμυντικού μηχανισμού της Άρνησης καθόλη τη διάρκεια της κύησης και στην περίοδο μετά τον τοκετό.

Οι McMahon et al [387] διαπίστωσαν μια συσχέτιση μεταξύ *ανώριμων αμυντικών μηχανισμών* και επιμονής της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας έως και τον 12ο μήνα της λοχείας. Η διαπίστωση αυτή επιβεβαιώνεται και από τα ευρήματα της έρευνας των Magalhaes et al [366], οι οποίοι έθεσαν σε βραχεία ψυχοδυναμική θεραπεία (7 συνεδρίες) 59 καταθλιπτικές λεχωίδες. Όσες από αυτές χρησιμοποιούσαν ένα ανώριμο αμυντικό στυλ είτε εγκατέλειπαν νωρίτερα τη θεραπεία, είτε εμφάνιζαν επιμονή των καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων στο πέρας της.

3.10. ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ποικίλοι άλλοι παράγοντες ανευρίσκονται στη βιβλιογραφία που έχουν «ενοχοποιηθεί» για τη συμβολή τους στις συναισθηματικές διαταραχές της λοχείας: η ύπαρξη ενός αλκοολικού γονέα ή αδελφού ή συζύγου [279,252,82,251,600,569,221], η κακή σχέση με τη μητέρα του συντρόφου [185] και η ύπαρξη σωματικής νόσου [53].

Αρκετοί συγγραφείς, τόσο παλαιότερα όσο και πιο πρόσφατα, έχουν συσχετίσει το *αίσθημα της κόπωσης* στην αρχή της λοχείας με την ανάπτυξη ΕΛΚ στην συνέχεια [147,171,92].

Τέλος, καθώς ο αριθμός των γυναικών που επιλέγουν να γίνουν *μητέρες στα πλαίσια μιας ομοφυλόφιλης σχέσης* αυξάνεται, διερευνήθηκαν οι παράγοντες κινδύνου για ΕΛΚ σε αυτή την ιδιαίτερη ομάδα γυναικών, είτε επρόκειτο για βιολογικούς γονείς των βρεφών είτε όχι.

Η κατάθλιψη σε αυτές τις νέες μητέρες φαίνεται να σχετίζεται με θέματα έλλειψη υποστήριξης, ιδίως από την πατρική οικογένεια, καθώς και με ζητήματα που αφορούν στη σχέση με τη σύντροφο, αναφορικά με τη διαπραγμάτευση των γονεϊκών ρόλων, όπως η βιβλιογραφία διαπιστώνει και για τις ετερόφυλες νέες μητέρες. Εντούτοις επισημαίνεται και ένας ακόμη παράγοντας κινδύνου που αφορά μόνο σε αυτή την υποομάδα νέων μητέρων, αυτός των σοβαρών νομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν [487].

3.11. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΑΠΩΤΕΡΗ ΕΝΑΡΞΗ ΕΛΚ

Μερικοί συγγραφείς διερεύνησαν τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία στην απώτερη λοχειακή περίοδο, υποθέτοντας ότι διαφέρουν εν μέρει από αυτούς της πρώιμης φάσης (πίνακας 3).

Οι παράγοντες που βρέθηκε ότι συνεισφέρουν ιδιαίτερα στην κατάθλιψη στο χρονικό διάστημα των 6 έως 12 μηνών της λοχείας στις περισσότερες έρευνες είναι η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση (που περιλαμβάνει το εισόδημα και την επαγγελματική κατάσταση), τα προβλήματα υγείας της μητέρας, οι δυσκολίες με το σύντροφο και η ανεπάρκεια του κοινωνικού δικτύου υποστήριξης. Επίσης η κατάθλιψη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η μεγάλης βαρύτητας συμπτωματολογία στην πρώιμη φάση της λοχειακής περιόδου προλέγουν και την επιμονή των συμπτωμάτων μετά τους 6 μήνες από τον τοκετό (οι αντιπροσωπευτικότερες έρευνες περιλαμβάνονται στον πίνακα 4).

Αναφορικά με την ενδεχόμενη συνεισφορά του θετικού ιστορικού των μητέρων για κατάθλιψη στην επιμονή των επιλόχειων συναισθηματικών διαταραχών, τα ευρήματα των ερευνών είναι αντικρουόμενα, καθώς κάποιοι ερευνητές επισημαίνουν μια θετική συσχέτιση, ενώ άλλοι όχι [231].

Πίνακας 3. Αντιπροσωπευτικές έρευνες της συσχέτισης χαρακτηριστικών της προσωπικότητας με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην λοχεία

ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΛΚ			
Συγγραφείς	Δείγμα (N)	Ερωτηματολόγια εκτίμησης της προσωπικότητας	Ευρήματα
Tod (1964) [549]	332	Συνέντευξη	Οι καταθλιπτικές λεχωίδες έχουν «ανεπαρκή» προσωπικότητα
Pitt (1968) [462]	62	MPI	Οι καταθλιπτικές λεχωίδες δείχνουν υψηλό νευρωτισμό και χαμηλή εξωστρέφεια
Hayworth et al (1980) [261]	166	HDHQ Locus of Control	Η ΕΛΚ συσχετίζεται με επιθετικότητα και αίσθηση εξωτερικής εστίασης ελέγχου
Manly et al (1982) [368a]	50	ASQ	Το στυλ απόδοσης αιτιών δεν προδιαθέτει στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων

ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΛΚ			
Συγγραφείς	Δείγμα (N)	Ερωτηματολόγια εκτίμησης της προσωπικότητας	Ευρήματα
Cutrona [1983] [155]	85	ASQ	Δυσλειτουργικές στάσεις προδιαθέτουν σε καταθλιπτικά συμπτώματα στην 2 ^η και 8 ^η εβδομάδα της λοχείας.
O'Hara et al [1984] [440]	99	SCQ ASQ	- Το στυλ απόδοσης αιτιών δεν προδιαθέτει στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων - Δυσλειτουργικές στάσεις αυτο-ελέγχου προδιαθέτουν στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων
Watson et al [1984] [571]	128	EPQ	Οι καταθλιπτικές λεχωίδες δείχνουν υψηλό νευρωτισμό, χαμηλή εξωστρέφεια και υψηλό ψυχωτισμό
Whiffen [1988] [580]	115	Στυλ απόδοσης αιτιών	Το στυλ απόδοσης αιτιών δεν προδιαθέτει στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων
Robinson et al [1989] [481]	89	Sociotropy- autonomy scale	Οι λεχωίδες με καταθλιπτική συμπτωματολογία έχουν υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα «αποδέσμευσης από τον έλεγχο των άλλων»
Kumar and Robson [1984] [343]	119	EPI	Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ καταθλιπτικών και υγιών λεχωίδων όσον αφορά στην προσωπικότητα
Boyce et al [1990] [89]	164	EPI IPSM	Οι γυναίκες που εμφάνιζαν ΕΛΚ στον 6 ^ο μήνα της λοχείας είχαν υψηλή διαπροσωπική ευαισθησία και νευρωτισμό
Gotlib et al 1991 [232]	730	DAS Ways of coping	Οι καταθλιπτικές λεχωίδες χρησιμοποιούν στρατηγικές διαφυγής Δεν υπάρχει διαφορά σε δυσλειτουργικές στάσεις.
Da Costa et al [2000] [156]	80	STAI Hassles Scale PEQ DACL EPDS MAS SSQ CISS NPI	- Δεν παρατηρείται συσχέτιση ΕΛΚ με κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές και αριθμό τόκων - Συσχέτιση ΕΛΚ με προγεννητική κατάθλιψη - Υψηλά επίπεδα άγχους, είτε ως χαρακτηριστικού της προσωπικότητας είτε λόγω της κατάστασης, σχετίζονται με ΕΛΚ. - Υιοθέτηση συναισθηματικών μεθόδων για την αντιμετώπιση των κρίσεων σχετίζεται με ΕΛΚ.
Righetti-Veltema et al [1998] [476]	570	HSCL EPDS LE Συνέντευξη Ιατρικοί Φάκελοι	Με την ΕΛΚ συσχετίζονται: - Κοινωνικοοικονομικές δυσκολίες - Πολυτοκία - Γεγονότα ζωής - Προγεννητική κατάθλιψη - Ικανότητα της γυναίκας να αντεπεξέρχεται σε στρεσογόνες καταστάσεις - Αποχωρισμός μπέρας – βρέφους - Αρνητική εμπειρία τοκετού
Saisto et al [2001] [495]	211	BDI NEO-PI Scale DAS PAS EDQ	Η ΕΛΚ συσχετίζεται με: - προγεννητική κατάθλιψη - νευρωτισμό - άγχος (γενικότερο ή ειδικότερο σε σχέση με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό)
Dethieux et al [2000] [173a]	52	VASANT ημι-κατευθυνόμενη συνέντευξη	Υψηλότερη επίπτωση ΕΛΚ σε γυναίκες που εμφανίζουν «ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας σε μετάβαση»

ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΛΚ			
Συγγραφείς	Δείγμα (N)	Ερωτηματολόγια εκτίμησης της προσωπικότητας	Ευρήματα
Dimitrovsky et al (1998) [179a]	49	Zung's self-rating Depression Scale Affect Balance Scale (Brandburn)	Χαμηλή αυτο-αποδοχή σχετίζεται με ΕΛΚ
Fowles (1998) [210]	136	EPDS MMS MBS PCS	Στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση της ΕΛΚ με την επίτευξη του μητρικού ρόλου (maternal role attainment)
Sjostrom et al (2002) [509a]	120	HAD HI SOC	Η υψηλή αίσθηση συνεκτικότητας είναι ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για την «υγεία» στη διάρκεια της κύησης και στις 8 εβδομάδες μετά τον τοκετό Δεν βρέθηκε αντίστοιχη συσχέτιση με το άγχος και την κατάθλιψη
Milgrom and Glenda (2003) [392]	41D 47ND	BDI HDRS DSQ GABS LCS Συνέντευξη	Οι καταθλιπτικές λεχαιίδες χρησιμοποιούν λιγότερο ώριμα αμυντικά στυλ, λιγότερο «λογικές» γνώσεις και έχουν αίσθηση εξωτερικής εστίασης ελέγχου στη ζωή τους.
Magalhaes et al (2007) [366]	59	EPDS BDI MINI DSQ (version 40) WAI BAI Συνέντευξη	Η χρήση ανώριμων μηχανισμών άμυνας σχετίζεται με την επιμονή των καταθλιπτικών και αγχώδων συμπτωμάτων μετά την ολοκλήρωση βραχείας ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης
McMahon et al (2005) [387]	100	CIDI CES-D PB1 DAS ASQ DSQ (version 40)	Η επιμονή της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στο 12 ^ο μήνα της λοχείας σχετίζεται με: • ανεπαρκή μητρική φροντίδα κατά την παιδική ηλικία της λεχαιίδας • αγχώδη τρόπο προσκόλλησης • ανώριμο αμυντικό προφίλ • φτωχή ικανοποίηση στο γάμο
Boyce (2003) [85]	424 (risk-factor study) 490 (outcomes study)	EPDS VPSQ LE Scale SCID Συνέντευξη	Η ΕΛΚ συσχετίζεται με: • ευαλωτότητα στην προσωπικότητα (ανησυχία στις διαπροσωπικές σχέσεις, άγχος) • ηλικία <16 ετών • στρεσογόνα γεγονότα ζωής • δυσλειτουργικές διαπροσωπικές σχέσεις • θετικό ατομικό ψυχιατρικό ιστορικό
Boyce and Hickey (2005) [82]	425	EPDS VPSQ SCID Άλλα ερωτηματολόγια [3] Συνέντευξη	Η ΕΛΚ συσχετίζεται με: • ηλικία <16 ετών • ιστορικό ψυχικής νόσου • γεγονότα ζωής • φτωχή ικανοποίηση στο γάμο • ανεπαρκές δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης • ανεπιθύμητο φύλο βρέφους • ευαλωτότητα ή «ανελαστικότητα» στην προσωπικότητα

ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΛΚ			
Συγγραφείς	Δείγμα (N)	Ερωτηματολόγια εκτίμησης της προσωπικότητας	Ευρήματα
Matthey et al (1998) [375]	157 Ζεύγη	DSQ Συνέντευξη Παρατήρηση <u>Πατέρες</u> BDI QHQ-28 <u>Μητέρες</u> BDI EPDS IBM IPSM PBI	Η ΕΛΚ σχετίζεται με: • νευρωτισμό • υψηλή διαπροσωπική ευαισθησία
Boyce et al (1991) [83]	149	PBI IBM IPSM	Η ΕΛΚ συσχετίζεται • τον 1^ο μήνα της λοχείας με σχέσεις φτωχής φροντίδας και μεγάλου έλεγχου από το σύζυγο • τον 3^ο μήνα της λοχείας με -φτωχή φροντίδα και μεγάλο έλεγχο από το σύζυγο -μεγάλο έλεγχο από τον πατέρα • τον 6^ο μήνα της λοχείας: διαπροσωπική ευαισθησία
Horowitz et al (2005) [292]	620	EPDS MIT WRL-R DACL (form A) BSI	Οι λεχωίδες με αρνητικό ιστορικό για κατάθλιψη και μεγαλύτερη συναισθηματική υποστήριξη από το σύντροφο, με υψηλή αποτίμηση όσον αφορά τον γονεϊκό τους ρόλο, μικρότερη επικέντρωση των δράσεων και σκέψεών τους στο βρέφος και λιγότερες αλλαγές στη ζωή τους, εμφανίζουν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα
Fontaine and Jones (1997) [203a]	45	LOT SES EPDS	Η αυτοεκτίμηση αποτελεί προγνωστικό παράγοντα της ευαλωτότητας για την ανάπτυξη ΕΛΚ
Terry et al (1996) [544]	730	SADS BDI DYAS WCC PBI PSS DAS	Η ανάπτυξη ΕΛΚ σχετίζεται με: • σχέσεις με γονείς • στρατηγικές αποφυγής • φτωχή φροντίδα – υπερπροστασία στις σχέσεις με το σύντροφο • προγεννητική κατάθλιψη
O'Hara et al (1991) [434]	182 λεχωίδες 179 ομάδα ελέγχου	PLES CSI PES SCQ BDI RDC SADS SADS-lifetime FHRDC DAS	Η ανάπτυξη ΕΛΚ σχετίζεται με: • ιστορικό κατάθλιψης • προγεννητική κατάθλιψη • αλληλεπίδραση της ευαλωτότητας στην προσωπικότητα με το άγχος ζωής
O'Hara et al (1982) [441]	170	BDI SCQ ASQ IES SAS SRRS	Δυσλειτουργικές στάσεις (απόδοσις αιτιών) προδιαθέτουν σε καταθλιπτική συμπτωματολογία
Church et al (2005) [126]	406	EPDS MAQ DAS-24 VPSQ	Δυσλειτουργικές γνώσεις διαμεσολαβούν στη συσχέτιση μη γνωστικών παραγόντων κινδύνου και ανάπτυξης ΕΛΚ

ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΛΚ			
Συγγραφείς	Δείγμα (N)	Ερωτηματολόγια εκτίμησης της προσωπικότητας	Ευρήματα
Grazioli and Terry (2000) [238]	65	DAS-A REASQ EPDS	Εφαρμογή του μοντέλου «diathesis-stress» στην περίπτωση της ΕΛΚ
Kuscu et al (2007) [344]	100	EPDS STAI AAS MSPSS Ημιδομημένη συνέντευξη	Συσχέτιση ΕΛΚ με αποφευκτικό ή αμφιθυμικό τρόπο προσκόλλησης Αρνητική συσχέτιση με την υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον
Bifulko et al (2004) [59]	174	SCID-PND ASI	Η ΕΛΚ συσχετίζεται με μη ασφαλή τρόπο προσκόλλησης
Verkerk et al (2005) [563]	277	RDC EPDS CPI Συνέντευξη	Η ΕΛΚ σχετίζεται με Νευρωτισμό και υψηλά επίπεδα Ενδοβολής
Soderquist et al (2009) [517a]	1224	STAI BDI SCI SCQ TES W-DEQ	Η ΕΛΚ σχετίζεται με • Προγεννητική κατάθλιψη και ατομικό ιστορικό ψυχολογικών προβλημάτων • φόβο για τον τοκετό και • υψηλά επίπεδα άγχους
Harwood et al (2007) [258a]	71	EPDS PSOC DAS Social Provision Scale Parenting Expectation Scale	Όταν οι εμπειρίες μετά τον τοκετό δεν εναρμονίζονται με τις προσδοκίες των μητέρων, τότε η προσαρμογή τους στο γονεϊκό ρόλο είναι φτωχότερη και η πιθανότητα για ΕΛΚ αυξάνεται
Borgeat et al (1994) [75]	412	HDRS Ταχυσυσκοπικός ερεθισμός	Οι καταθλιπτικές λεχωίδες αναγνωρίζουν με μεγαλύτερη βραδύτητα ερεθίσματα που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη, τη σεξουαλικότητα και τον πατέρα
Faisal-Cury et al (2003) [191]	113	BDI Blues Scale SRRS WCQ	Με την ΕΛΚ σχετίζονται • στρατηγικές αποστασιοποίησης • αριθμό παιδιών • χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο Δεν βρέθηκε συσχέτιση με τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής
Tychey et al (2005) [554]	277	EPDS GHQ12 Carver's Coping Scale	Στρατηγικές επικεντρωμένες στην ενοχή και στην κατάχρηση ουσιών

D: καταθλιπτικές λεχωίδες, ND : υγιείς λεχωίδες

AAS: Adult Attachment Style
 ASI: Attachment Style Interview
 ASQ: Attachment Style Questionnaire
 BAI: Beck Anxiety Inventory
 BDI: Beck Depression Inventory
 BSI: Brief Symptom Inventory
 CIDI: Composite International Diagnostic Interview
 CES-D: Center of Epidemiological Studies Depression Scale
 CISS: Coping Inventory For Stressful Situation
 CSI: Childcare Stress Inventory
 CPI: California psychological inventory
 CSI: Stress Coping Inventory
 DAS: Dysfunctional Attitudes Scale
 DSQ: Defence Style Questionnaire
 DACL: Depression Adjunctive Check-List
 DYAS: Dyadic Adjustment Scale
 EPI: Eysenck Personality Interview
 FHRDC = Family History Research Diagnostic Criteria
 FDQ: Fear – Of Childbirth Questionnaire
 GABS = General Attitude and Beliefs Scale
 HDHQ: Hostility and Direction of Hostility Questionnaire

HSCH: Hopkins symptom checklist
 HDRS: Hamilton depression rating scale
 HAD = Hospital Anxiety and Depression Scale
 HI = Health Index
 IES = Interpersonal Events Schedule
 IPSM: Interpersonal Sensitivity Measure
 IBM = Intimate Bond Measure
 LOT = life orientation test
 LE = Life Eventw Scale
 LCS = Locus of control scale (Levenson, 1973)
 MINI: Mini International Psychiatric interview
 MIT = Mother's Information Tool
 MAQ = Maternal Attitudes Questionnaires
 MSPSS = Multidimensional Scale Of Perceived Social
 MMS: Myself as Mother scale
 MBS: My baby scale
 MAS = Marital Adjustment Scale
 MMS = Maternal Mood Screener
 MPI: Maudsley Personality Interview
 NPI = Neonatal Perception Inventory
 NEO-PI Scale: NEO – Personality Inventory-Revised

PSOC: Parenting Sense Of Competence Scale
 PES: Peripartum Events Scale
 PLES: Piekonis Life Events Schedule
 PSS: Perceived Stress Scale
 PBI: Parental Bonding Instrument
 PAS: Pregnancy – related Anxiety scale
 PCS: Perceived Competence Scale
 PEQ: Pregnancy Experiences Questionnaire
 REASQ: Real Events Attributional Style Questionnaire
 RDC: Research Diagnostic Criteria
 SCQ: Self Control Questionnaire
 SRRS: Social Readjustment Rating Scale
 SCQ: Social Contract Questionnaire
 SAS: Social Adjustment Scale
 SCQ: Self Control Questionnaire
 SES: Self Esteem Scale
 SADS :Schedull For Affective Disorders And Schizophrenia
 SCQ: Self-Control Questionnaire

SCID:Depression and Anxiety sections of the Structured clinical interview for DSM-III-R
 SOC: Sense of coherence
 SCI: Structured Clinical Interview For Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (4A edition) & structures... revised third Edition, Personality Disorders.
 STAI: State – Trait Anxiety Inventory
 SSQ: Social Support Questionnaire
 TAS-20 – Toronto Alexithymia Scale
 TES = Traumatic Event Scale
 VASANT: Visual Analogic Scale for Assessment of Narcissistic Transition
 VPSQ = Vulnerability Personality Scale Questionnaire
 WCQ: Ways Of Coping Questionnaire
 W-DEQ = Wijma Delivery Experience / Expectancy Questionnaire
 WAI = Working Alliance Inventory
 WCC = Ways Of Coping Checklist
 WPL-R=what being the parent of a baby is like

Πίνακας 4. Παράγοντες σχετιζόμενοι με απώτερη έναρξη Επιλόχειας Κατάθλιψης

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΑΠΟΤΕΡΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ ΕΛΚ
Horowitz and Goodman (2004)	2 χρόνια	Χαμηλό εισόδημα Ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη Σοβαρότερη συμπτωματολογία στις 4 - 8 εβδομάδες	Ιστορικό κατάθλιψης
Beeghly et al. (2002)	12 μήνες	Σοβαρότερη συμπτωματολογία στους 2 μήνες της λοχείας	
Zelkowitz and Milet (2001)	6 μήνες	Χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση Άγχος ζωής Έναρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων πριν ή κατά την διάρκεια της κύησης	Ψυχιατρικό Ιστορικό Ηλικία μητέρας Αριθμός τόκων Φύλο βρέφους
Hiscock and Wake (2001)	6 - 12 μήνες	Προβλήματα ύπνου στο βρέφος Ιστορικό κατάθλιψης Διαζευγμένη	
Matthey et al (2000)	12 μήνες	Ποιότητα σχέσης με το σύντροφο Κατάθλιψη στην κύηση	
Brown and Lumley (2000)	6 - 7 μήνες	Οργανικά προβλήματα Δυσκολίες στις σχέσεις	
Seguin, Potvin, St.-Denis, and Loiselle (1999)	6 μήνες	Προβλήματα υγείας της μητέρας «Δύσκολο» βρέφος Απώλεια χρημάτων Ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη	
Bernazzani et al (1997)	6 μήνες	Κακή επαγγελματική κατάσταση Χαμηλό εισόδημα Κατάθλιψη στην κύηση Στρεσογόνα γεγονότα ζωής 12 μήνες πριν την κύηση Ψυχιατρικό Ιστορικό	Προσαρμογή στον γάμο
Campbell and Cohn (1997)	2 χρόνια	Μικρή ικανοποίηση από την υποστήριξη του συντρόφου	Ιστορικό κατάθλιψης Οικογενειακό Ιστορικό κατάθλιψης
Viinamaki et al (1997)	2 χρόνια	Χαμηλό εισόδημα Ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη Ψυχιατρικό Ιστορικό πριν ή κατά την κύηση Προβλήματα με το σύντροφο Σοβαρή κατάθλιψη αμέσως μετά τον τοκετό Άγχος ζωής Κακή σχέση με τη μητέρα Χρήση αλκοόλ και νικοτίνης	
Ballard et al (1994)	6 μήνες	Ανεργία στη διάρκεια της κύησης Χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση	

4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ: ΕΣΤΙΑΖΟΝΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΚ

Η κύηση και η λοχεία είναι περίοδοι ακραίων φυσιολογικών μεταβολών. Το αν αυτές οι φυσιολογικές διακυμάνσεις προδιαθέτουν κάποιες νέες μητέρες στην εμφάνιση κατάθλιψης, είναι ένα θέμα με αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον.

Σεροτονινεργική Λειτουργία και Κατάθλιψη

Η σεροτονινεργική λειτουργία στο ΚΝΣ αποτελεί αντικείμενο πολλών πειραματικών και κλινικών μελετών λόγω της εμπλοκής του σεροτονινεργικού συστήματος τόσο στο παθολογικό υπόστρωμα της κατάθλιψης όσο και στη φαρμακευτική αντιμετώπιση της νόσου. Άλλωστε το σύστημα αυτό φαίνεται να έχει επιδράσεις στον προμετωπιαίο φλοιό, στο μεταχιαστικό σύστημα, στη δραστηριότητα της υπόφυσης και στη σεξουαλική συμπεριφορά. Η υπόθεση της ύπαρξης μεταβολών της σεροτονινεργικής λειτουργίας σε ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη [454, 157,449,181,55] ενισχύεται από μια σειρά βιοχημικών αλλά και κλινικών ενδείξεων, οι κυριότερες των οποίων είναι οι παρακάτω:

- μειωμένα επίπεδα 5-υδροξυϊνδολοξικού οξέος (5-HIAA) (μεταβολίτης της σεροτονίνης) σε εγκεφαλονωτιαίο υγρό ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη και δεν έχουν λάβει αντικαταθλιπτική θεραπεία.
- μειωμένα επίπεδα σεροτονίνης και 5-υδροξυϊνδολοξικού οξέος σε εγκεφαλικό ιστό καταθλιπτικών ασθενών ή ατόμων που έχουν αυτοκτονήσει (ευρήματα μεταθανάτιων μελετών).
- μειωμένα επίπεδα τρυπτοφάνης στο πλάσμα ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη.
- αυξημένη πυκνότητα των τύπου 2 σεροτονινεργικών υποδοχέων (5-HT₂) σε εγκέφαλο και αιμοπετάλια ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη (αποτέλεσμα μεταθανάτιων μελετών).
- μειωμένα επίπεδα θέσης πρόσδεσης στο σύστημα-φορέας επαναπρόσληψης σεροτονίνης σε εγκεφαλικό ιστό ασθενών που έπασχαν από κατάθλιψη (μεταθανάτιες έρευνες).
- μειωμένα επίπεδα θέσης πρόσδεσης- πρόσληψης σεροτονίνης σε αιμοπετάλια. Τα αιμοπετάλια αποτέλεσαν και αποτελούν ένα μοντέλο μελέτης του φορέα πρόσληψης σεροτονίνης γιατί μοιράζονται κοινά λειτουργικά στοιχεία με εκείνα των σεροτονινεργικών νευρώνων.
- Η αντικαταθλιπτική θεραπεία με ειδικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης έχει αποδειχθεί αποτελεσματική.

Πολλές ερευνητικές μελέτες έχουν εστιάσει στην προσέγγιση της σεροτονινεργικής λειτουργίας, μετρώντας επίπεδα σεροτονίνης στο πλάσμα/ορό, στα αιμοπετάλια ή σε πλάσμα φτωχό σε αιμοπετάλια, χρησιμοποιώντας διαφορετικού τύπου μεθοδολογίες. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η συγκέντρωση σεροτονίνης στα αιμοπετάλια μπορεί να αποτελεί καλή βιοχημική ένδειξη για το σεροτονινεργικό νευρώνα αλλά δεν αντανακλά την κεντρική σεροτονινεργική λειτουργία, λόγω της κύριας διαφοράς του αιμοπεταλίου από το νευρώνα στο επίπεδο της σύνθεσης και του μεταβολισμού της σεροτονίνης. Εκτός όμως από τα αιμοπετάλια, τόσο το πλάσμα (φτωχό-πλούσιο σε αιμοπετάλια) όσο και ο ορός έχουν χρησιμοποιηθεί ως βιολογικά υγρά για τη μέτρηση της σεροτονίνης και του μεταβολίτη της (5-HIAA). Επιπλέον, έχει γίνει προσπάθεια συσχέτισης αυτών των περιφερικών μετρήσεων με την κεντρική σεροτονινεργική λειτουργία και τις μεταβολές της σε περίπτωση εμφάνισης κατάθλιψης [522] ή και άλλων διαταραχών με παρόμοια συμπτωματολογία, όπως η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες [364], η ΕΛΚ [117,250,152], το Προεμμηνορρυσιακό Σύνδρομο [274], η Εμμηνόπαυση, οι Διαταραχές

της πρόσληψης τροφής [577, 596] αλλά και σε φαρμακολογικού τύπου μελέτες όπως η προβλεψιμότητα της αποτελεσματικότητας της φαρμακοθεραπείας [559,17].

Αξίζει να αναφερθεί ότι τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών δεν βρίσκονται πάντα σε συμφωνία μεταξύ τους, καθιστώντας έτσι αναγκαία την πραγματοποίηση επιπλέον μελετών προκειμένου να διευκρινιστεί η υπόθεση σχετικά με το εάν οι περιφερικές συγκεντρώσεις σεροτονίνης και 5-υδροξυϊνδολοξικού οξέος αντανakλούν την κεντρική σεροτονινεργική λειτουργία που σχετίζεται με συμπτωματολογία κατάθλιψης.

Είναι δεδομένο ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (2:1). Τα δεδομένα αυτά έχουν συσχετιστεί με στοιχεία που αφορούν στο φυλετικό διμορφισμό/διεργισμό, εμπλουτίζουν τη νευροχημική υπόθεση της κατάθλιψης και οδηγούν σε μια νευροενδοκρινολογική προσέγγιση της νόσου. Αξίζει εδώ όμως να σημειωθεί ότι η κατάθλιψη έχει από παλιά συσχετιστεί με στοιχεία νευροενδοκρινολογικής λειτουργίας που αφορούν στον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια (HPA), και επίσης υποθάλαμος-υπόφυση-θυρεοειδής αδένas (HPT) [315,285,302]. Το νευροενδοκρινικό σύστημα έχει περιγραφεί ως «παράθυρο στον εγκέφαλο», παρέχοντας σημαντικές πληροφορίες σχετικά με το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και την παθοφυσιολογία της κατάθλιψης. Η σχέση διαφόρων ενδοκρινοπαθειών με διαταραχές της διάθεσης έχει οδηγήσει σε μελέτες στις οποίες διερευνάται η ενδεχόμενη σχέση διαφόρων δυσλειτουργιών του υποθαλαμο-υποφυσιακού άξονα που επηρεάζουν την επινεφριδιακή και τη θυρεοειδική λειτουργία καθώς και τη λειτουργία των γονάδων με τις διαταραχές της διάθεσης.

Οιστρογόνα και Κατάθλιψη

Οι νευροδιαβιβαστές όπως η σεροτονίνη (5-HT), η ντοπαμίνη και οι κατεχολαμίνες είναι σημαντικοί ενδιάμεσοι κρίκοι στο σύστημα αλληλεπίδρασης των ωοθηκικών ορμονών, της απάντησης στο στρες, του άξονα Υποθάλαμος-Υπόφυση-Επινεφρίδια (HPA) και των διαταραχών της διάθεσης.

Το σεροτονινεργικό σύστημα είναι γνωστό ότι είναι ευαίσθητο στα οιστρογόνα και στην προγεστερόνη. Οι Bethea et al [54] έχουν ερευνήσει εκτεταμένα τη σχέση μεταξύ ωοθηκικών ορμονών και σεροτονινεργικού συστήματος σε πρωτεύοντα (όχι όμως σε ανθρώπους), με έμφαση στο ρόλο του σεροτονινεργικού συστήματος ως μέσου με το οποίο οι ωοθηκικές ορμόνες προκαλούν αλλαγές στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

Ιδιαίτερα η δυνατότητα που έχουν τα οιστρογόνα να ρυθμίζουν τη σεροτονινεργική λειτουργία ενισχύει την πιθανότητα οι ορμόνες του φύλου να παίζουν έναν σημαντικό ρόλο στους μηχανισμούς που συνδέονται με την κατάθλιψη και τη θεραπεία της [305].

Για παράδειγμα, τα επίπεδα της οιστραδιόλης έχουν βρεθεί αυξημένα σε καταθλιπτικές γυναίκες χωρίς θεραπεία στην αναπαραγωγική φάση, σε σχέση με εκείνα μη καταθλιπτικών γυναικών [567], εύρημα το οποίο δεν έχει επιβεβαιωθεί και σε άλλες έρευνες. Αν και τα ευρήματα που δείχνουν μια πιθανή συσχέτιση της δυσλειτουργίας του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-γονάδες (HPG) με την κατάθλιψη έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, η αξιοπιστία τους προς το παρόν φαίνεται να είναι περιορισμένη.

Τα τελευταία χρόνια η γνώση μας σχετικά με τον τρόπο που τα οιστρογόνα και άλλες στεροειδείς ορμόνες ρυθμίζουν το σεροτονινεργικό και τα άλλα νευρωνικά συστήματα έχουν σημαντικά βελτιωθεί. Δεσμευόμενα με τους ενδοκυττάριους υποδοχείς, τα οιστρογόνα διαμεσολαβούν σε ευρεία κλίμακα την κυτταρική λειτουργία. Η δράση τους συνίσταται στη μεταγραφή γονιδίων που κωδικοποιούν ένζυμα που ρυθμίζουν έναν μεγάλο αριθμό δρόμων (pathways) που εμπλέκονται στη σύνθεση και το μεταβολισμό των νευροδιαβιβαστών, των νευροπεπτιδίων

ων και των υποδοχέων τους, στα συστήματα μεταφοράς τους, σε παράγοντες ανάπτυξης των νευρών και σε πρωτεΐνες μεταφοράς σήματος [385]. Τέλος, οι ορμόνες των γονάδων δρουν επίσης σε επίπεδο κλασσικών υποδοχέων της μεμβράνης (π.χ. 5-HT, γλουταμικό) [384].

Το σεροτονινεργικό σύστημα είναι αρκετά σύνθετο και περιλαμβάνει έναν μεγάλο αριθμό αντίστοιχων μετασυναπτικών υποδοχέων. Δυσλειτουργία της μετασυναπτικής σεροτονινεργικής λειτουργίας έχει βρεθεί ότι εμπλέκεται στην εμφάνιση κατάθλιψης [369]. Αν και δεν έχει τεκμηριωθεί ότι τα οιστρογόνα αλληλεπιδρούν με όλους τους υποδοχείς της σεροτονίνης, η μεταβολή των επιπέδων των οιστρογόνων έχει βρεθεί ότι επηρεάζει τους τύπου 2Α σεροτονινεργικούς υποδοχείς (5-HT_{2A}) [538,199] και τους τύπου 1 σεροτονινεργικούς υποδοχείς (5-HT₁) [58].

Οι μελέτες σε επίπεδο βασικής έρευνας που διερευνούν τη σχέση οιστρογόνων και 5-HT χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: 1) του φυλετικού διμορφισμού, 2) των αλλαγών στον κύκλο του οίστρου και 3) των συνεπειών των ορμονικών αλλαγών. Οι διαφορετικές συγκεντρώσεις οιστρογόνων μεταξύ των δύο φύλων πιθανόν να ρυθμίζουν την αυξημένη σεροτονινεργική δραστηριότητα (κάτι που έχει παρατηρηθεί σε θηλυκούς αρουραίους), συμπεριλαμβανομένων των υψηλότερων επιπέδων σεροτονίνης στο εγκεφαλικό στέλεχος και στο μεταιχμιακό σύστημα του πρόσθιου εγκεφάλου [112], της σύνθεσης σεροτονίνης [245] και της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης [485]. Οι συνέπειες του κύκλου του οίστρου στη σεροτονινεργική λειτουργία περιλαμβάνουν μια αύξηση της συγκέντρωσης των σεροτονινεργικών υποδοχέων στον εγκέφαλο [57,566], της συγκέντρωσης της σεροτονίνης [201] και σεροτονινεργικής σύνδεσης [556] κατά τη διάρκεια του προ-οίστρου. Όμως, οι μελέτες αυτές έχουν συχνά αλληλοσυγκρουόμενα αποτελέσματα, λόγω των κυκλικών αλλαγών των γοναδικών ορμονών. Έτσι, η έρευνα στρέφεται πλέον και προς τη μελέτη πειραματοζώων μετά από ωοθηκεκτομή. Η ωοθηκεκτομή έχει σαν αποτέλεσμα μείωση της σύνδεσης στους τύπου 1 υποδοχείς της σεροτονίνης (5-HT₁) [58], μείωση της σύνδεσης και της έκφρασης στους τύπου 2Α σεροτονινεργικούς υποδοχείς (5-HT_{2A}) [537,538] και των θέσεων πρόσδεσης του μεταφορέα της σεροτονίνης [388]. Το πιο σημαντικό είναι το ότι η αναπλήρωση των οιστρογόνων στα ζώα αυτά αναστρέφει αυτά τα δεδομένα.

Οι μελέτες της αλληλεπίδρασης οιστρογόνων και σεροτονίνης σε ανθρώπους είναι σπάνιες. Οι γυναίκες έχει βρεθεί ότι έχουν συνολικά μειωμένη σύνθεση σεροτονίνης στον εγκέφαλο [420] και αυξημένο 5-υδροξυ-ινδολεακετικό οξύ [9] σε σύγκριση με τους άνδρες.

Άξονας Υποθάλαμος -Υπόφυση -Επινεφρίδια (HPA) και κατάθλιψη

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 15 χρόνων έχει αναπτυχθεί η υπόθεση ότι η αιτιοπαθογένεια της νόσου σχετίζεται με τις διαταραχές του HPA άξονα και έχει επιπλέον υποστηριχθεί ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να εμφανίζουν τη δράση τους λόγω της επαναφοράς σε βασικά επίπεδα λειτουργίας των συγκεκριμένων μεταβολών του HPA άξονα [284]. Η συγκεκριμένη υπόθεση στηρίζεται σε ορισμένες κλινικές παρατηρήσεις σε ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη:

- ο αριθμός των εκλυτικών ώσεων της φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης (ACTH) και της κορτιζόλης αυξάνεται
- αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης στα ούρα
- τα επίπεδα της ορμόνης απελευθέρωσης της φλοιοεπινεφριδιοτρόπου (CRH) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό είναι αυξημένα
- ο αριθμός των CRH νευρώνων σε περιοχή του υποθαλάμου είναι αυξημένος
- ο αριθμός των θέσεων πρόσδεσης CRH στο πρόσθιο φλοιό είναι μειωμένος λόγω της αυξημένης συγκέντρωσης CRH [467,416,491].

Αξίζει να αναφερθεί ότι μελλοντικές κατευθύνσεις στην αντικαταθλιπτική θεραπεία στοχεύουν στην ανάπτυξη και μελέτη αποτελεσματικότητας ανταγωνιστών CRH τύπου 1 ή ανταγωνιστών γλυκοκορτικοειδών (GR) [285].

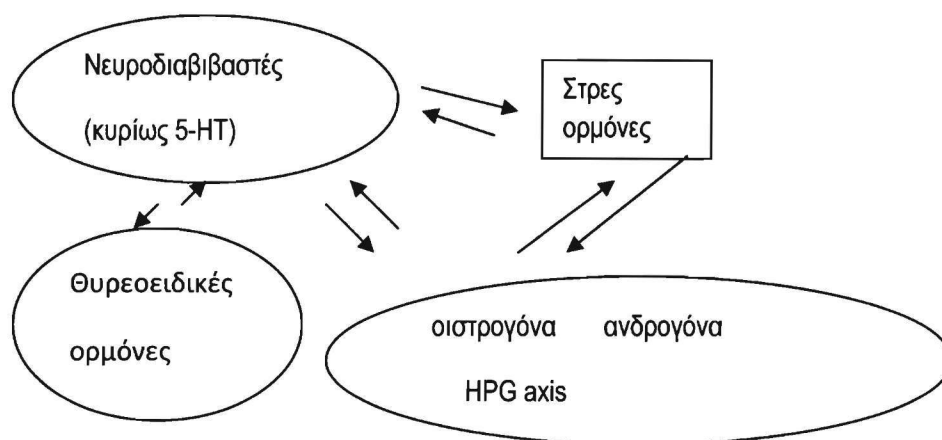
Άξονας Υποθάλαμος – Υπόφυση – Θυρεοειδής (HPT) και κατάθλιψη

Έχει εκτενώς διερευνηθεί η εμπλοκή του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-θυρεοειδής (HPT) στις συναισθηματικές διαταραχές. Ασθενείς με κύρια ενδοκρινολογική διαταραχή στη θυρεοειδική λειτουργία εμφανίζουν σε σχετικά υψηλά ποσοστά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Όμως η κύρια συσχέτιση ενδοκρινολογικών παραγόντων και συναισθηματικών διαταραχών προκύπτει από την εμφάνιση μεταβολών στον HPT άξονα σε ασθενείς με κατάθλιψη [411]. Οι περισσότεροι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη αν και εμφανίζουν ένα σχετικά καλό κλινικό επίπεδο θυρεοειδικής λειτουργίας ωστόσο φαίνεται να εμφανίζουν:

- ελαφρά αυξημένα επίπεδα θυροξίνης (T4) ορού
- εξασθενημένη αύξηση θυρεοτροπίνης (TSH) μετά από οξεία χορήγηση θυρεοτρόπου – εκλυτικού παράγοντα (TRH)
- απουσία αύξησης TSH κατά τη διάρκεια της νύχτας
- υψηλά επίπεδα αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων
- υψηλά επίπεδα TRH στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι παραπάνω μεταβολές φαίνεται να αποτελούν εν μέρει βιολογικούς δείκτες κατάθλιψης, αφού και η αντικαταθλιπτική θεραπεία λειτουργεί εν μέρει ευοδωτικά στη θυρεοειδική λειτουργία αλλά και η χορήγηση θυρεοειδικών παραγόντων λειτουργεί επίσης εν μέρει αποτελεσματικά στην αντικαταθλιπτική θεραπεία (συγχορήγηση T3 λειτουργεί αποτελεσματικά στο 25% των περιπτώσεων) [411,302].

Η παραπάνω εισαγωγή για την κατάθλιψη και κατ' επέκταση και για την ΕΛΚ θα μπορούσε να απεικονιστεί σχηματικά-απλουστευτικά ως εξής:



Επιλόχεια κατάθλιψη: νευροβιολογική προσέγγιση

Αναφερόμενοι ειδικότερα στο ρόλο των *οιστρογόνων* και της σεροτονίνης στην περίπτωση της Επιλόχειας Κατάθλιψης, δεν υπάρχει κάποιο ιδιαίτερο μοντέλο που να ερμηνεύει τη διαφορετική ευαισθησία και απόκριση στις μεταβολές των γονάδων. Υπάρχουν όμως πολλά δεδομένα που υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες που έχουν ιστορικό μείζονος κατάθλιψης αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο για ΕΛΚ [343], ενώ όσες έχουν ιστορικό συναισθηματικής ψύχωσης παρουσιάζουν υποτροπή κατά την περίοδο της λοχείας σε ποσοστό 50% [169,471,324]. Αυτός ο

αυξημένος κίνδυνος για εμφάνιση διαταραχών της διάθεσης κατά την περίοδο της λοχείας έχει αποδοθεί από αρκετούς ερευνητές στην απότομη μείωση των οιστρογόνων κατά την περίοδο αμέσως μετά τον τοκετό (και όχι στην αύξησή τους κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης) [421], δεδομένου ότι τα μέσα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης πέφτουν από 2100 ng/mol και 160 ng/mol δύο εβδομάδες προ του τοκετού, σε 14 ng/mol και 3 ng/mol αντίστοιχα μέχρι την πέμπτη ημέρα της λοχείας [424]. Ο ιδιαίτερα αυξημένος κίνδυνος επανεμφάνισης μανίας κατά την περίοδο της λοχείας σε γυναίκες με ιστορικό Διπολικής Συναισθηματικής Διαταραχής έχει υποθεθεί ότι οφείλεται σε αυτήν την απότομη μείωση των οιστρογόνων, μείωση που έχει σαν συνέπεια την εξαιρετικά απότομη μείωση της αντιντοπαμινεργικής τους δράσης, αποκαλύπτοντας μια υπερευαισθησία των ντοπαμινεργικών υποδοχέων [136,583]. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα οιστρογόνα τροποποιούν τη δραστηριότητα της ντοπαμίνης μέσω μεταβολών στην G πρωτεΐνη που είναι συζευγμένη με τον D2 ντοπαμινεργικό υποδοχέα [598a].

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της περιόδου μετά τον τοκετό τα επίπεδα ορμονών όπως των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, των β-ενδορφινών και του CRH αυξομειώνονται (η διακύμανση είναι ιδιαίτερα μεγάλη) και οι συγκεκριμένες μεταβολές φαίνεται να σχετίζονται με την αιτιοπαθογένεια και το νευροβιολογικό υπόστρωμα της Επιλόχειας Κατάθλιψης. Ειδικότερα, όπως έχει ήδη αναφερθεί, τα οιστρογόνα αυξάνονται πολύ κατά το τέλος της εγκυμοσύνης (περίπου 15000pg/ml) αλλά ελαττώνονται δραματικά (περίπου 15 pg/ml) κατά την 5^η ημέρα μετά τον τοκετό (5 ημέρες μετά από την αποβολή του πλακούντα) [398]. Έχει έτσι αναπτυχθεί και η υπόθεση που αφορά στην «κατάσταση απόσυρσης/ στέρησης οιστρογόνων» κατά τις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό, η οποία μπορεί να οδηγήσει στην ΕΛΚ [127]. Οι O'Hara et al [427] διαπίστωσαν μια συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων οιστραδιόλης στην 36^η εβδομάδα κύησης και στη διάγνωση Επιλόχειας Κατάθλιψης σε μια μελέτη στην οποία συμμετείχαν 182 γυναίκες. Μετρήθηκαν επίπεδα οιστραδιόλης και οιστριόλης στην 34^η, 36^η και 38^η ημέρα πριν τον τοκετό και ακολούθως στην 1^η-4^η, 6^η και 8^η ημέρα της λοχείας, χωρίς όμως να διαπιστωθούν άλλες σημαντικές συσχετίσεις. Σε άλλες μελέτες όμως δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στα επίπεδα των οιστρογόνων μεταξύ των καταθλιπτικών και υγιών λεχωίδων [424,255,339,414,103,280,213].

Η ελάττωση των επιπέδων της **προγεστερόνης** μπορεί ίσως να πυροδοτήσει συμπτώματα κατάθλιψης στην περίοδο της λοχείας. Οι Nott et al [424] βρήκαν μια ασθενή συσχέτιση μεταξύ της μείωσης της προγεστερόνης και της εμφάνισης Επιλόχειας Κατάθλιψης.

Έχει επίσης προταθεί η συσχέτιση και άλλων ορμονικών μεταβολών και συμπτωματολογίας της ΕΛΚ, αλλά τα κλινικά αποτελέσματα δεν είναι παρόμοιας κατεύθυνσης, είτε λόγω των διαφορετικών πληθυσμών που έχουν εξεταστεί, είτε λόγω των διαφορετικών χρόνων δειγματοληψίας για μετρήσεις ορμονών [265], είτε λόγω συσχέτισης συγκεκριμένων ορμονών που όπως έχει ήδη αναφερθεί εμπλέκονται μεν στο παθοφυσιολογικό υπόστρωμα της κατάθλιψης αλλά δεν αποτελούν και μοναδικούς παράγοντες εξέλιξης/έκλυσης της νόσου.

Οι έρευνες που εξετάζουν τη σχέση της **προλακτίνης** με τις επιλόχειες διαταραχές της διάθεσης έχουν αλληλοσυγκρουόμενα αποτελέσματα. Οι Harris et al [255] βρήκαν χαμηλότερα επίπεδα προλακτίνης σε γυναίκες που έπασχαν από κατάθλιψη στην 6^η-8^η εβδομάδα μετά τον τοκετό, σε σύγκριση με τις υγιείς λεχωίδες. Στην έρευνα αυτή όμως, εκτός του ότι οι περισσότερες από τις λεχωίδες που συμμετείχαν δεν θήλαζαν, δεν διευκρινίστηκαν και οι ώρες της αιμοληψίας σε σχέση με το θηλασμό. Προς την ίδια κατεύθυνση κινούνται και τα αποτελέσματα της έρευνας των Abou-Saleh et al [1], οι οποίοι επιπλέον διαπίστωσαν ότι οι λεχωίδες που θήλαζαν είχαν και υψηλότερα επίπεδα προλακτίνης και καλύτερες βαθμολογίες στις κλίμακες εκτίμησης της κατάθλιψης. Σε αντίθεση με τα παραπάνω, άλλες μελέτες δεν έδειξαν κάποια σχέση μεταξύ των επιπέδων της προλακτίνης και των επιλόχειων διαταραχών

της διάθεσης [424,414,103,280].

Αν και η **ωκυτοκίνη** είναι κυρίως γνωστή για το ρόλο της στον τοκετό και στο θηλασμό, ορισμένες θεωρίες προτείνουν ότι η έκκριση της μπορεί να σχετίζεται και με κοινωνικά ερεθίσματα. Άλλωστε, προκλινικές μελέτες έδειξαν ότι υπάρχει πιθανή ανάμειξη της ορμόνης αυτής στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Το ψυχολογικό στρες στη μελέτη των Sanders et al [598a] διέγειρε την παραγωγή ωκυτοκίνης σε γυναίκες «πολύ συναισθηματικές». Σε μια άλλη μελέτη διαπιστώθηκε ότι τα επίπεδα ωκυτοκίνης στο πλάσμα σχετίζονται με τα συναισθηματικά ερεθίσματα, καθώς έτειναν να είναι υψηλότερα μετά από χαλαρωτικά ερεθίσματα και χαμηλότερα μετά από αισθήματα λύπης [553]. Ο βιολογικός μηχανισμός μέσω του οποίου η ωκυτοκίνη μπορεί να ρυθμίζει ή να μεταβάλλεται αναλόγως των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων είναι εν πολλοίς αχαρτογράφητος. Άλλωστε η ερμηνεία των ερευνών που αναφέρονται στην ωκυτοκίνη χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, καθώς είναι δύσκολο να μετρήσουμε με ακρίβεια τα επίπεδα ωκυτοκίνης στον ορό λόγω του μικρού χρόνου ημίσειας ζωής της. Εντούτοις υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι η ωκυτοκίνη είναι στενά συνδεδεμένη με τη ρύθμιση του άξονα HPA [422].

Μια άλλη ορμόνη η επίδραση της οποίας μελετάται στις επιλόχειες διαταραχές της διάθεσης είναι η **τεστοστερόνη**. Σε μια προκαταρκτική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 19 γυναίκες υπό παρακολούθηση πριν και μετά τον τοκετό, οι Buckwalter et al [103] διαπίστωσαν ότι αν και τα επίπεδα τεστοστερόνης δεν σχετίζονταν με διαταραχές της διάθεσης προγεννητικά, χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης συσχετίζονταν με σοβαρότερες διαταραχές της διάθεσης στην 3^η-4^η εβδομάδα της λοχείας.

Όσον αφορά στο ρόλο της **σεροτονίνης** στην εμφάνιση Επιλόχειας Κατάθλιψης, όπως έχει ήδη αναφερθεί, δεν έχει πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα άμεση εξέταση. Ως συνέπεια του γεγονότος αυτού έχει αναπτυχθεί αρκετά η μεθοδολογία που αφορά στη μέτρηση επιπέδων νευροδιαβιβαστών και μεταβολιτών τους στο πλάσμα/ορό με σκοπό την κατά το δυνατό αντανάκλαση της λειτουργίας του αντίστοιχου νευροδιαβιβαστικού συστήματος σε επίπεδο ΚΝΣ [372]. Η συγκεκριμένη αυτή υπόθεση έχει αρκετά μειονεκτήματα, αλλά δεν παύει να αποτελεί πρώτης γραμμής ενδιαφέρουσα προσέγγιση που συνεχώς βελτιώνεται. Ειδικότερα για τη σεροτονίνη αναφέρεται ότι μετρήσεις σε διάφορα επίπεδα δειγματοληψίας (πλάσμα, ορό, αιμοπετάλια, πλάσμα πλούσιο ή φτωχό σε αιμοπετάλια) αποτελεί πιθανώς και την ασφαλιστική δικλείδα εξαγωγής σωστότερων συμπερασμάτων. Υπάρχει μια δυναμική ισορροπία μεταξύ έσω και έξω-αιμοπεταλίων στη συγκέντρωση σεροτονίνης και επίσης μια μεταβολική διεργασία σε ήπαρ και πνεύμονα για τη μετατροπή της σεροτονίνης σε 5-υδροξυϊνδολοξικό οξύ (ο μεταβολίτης της). Η προσέγγιση, λοιπόν, στην παραπάνω δυναμική ισορροπία (ανά πάσα στιγμή) και στις αλλαγές της στην περίπτωση νόσου οφείλει να είναι πιο σύνθετη και λεπτομερειακή.

Έχει αναφερθεί ότι η ενεργός πρόσληψη σεροτονίνης στα αιμοπετάλια δεν διέφερε μεταξύ της τελευταίας φάσης της εγκυμοσύνης και της λοχειακής περιόδου, γεγονός που υποδηλώνει ότι η μεγάλη διακύμανση των οιστρογόνων δεν επηρέασε μέρος του περιφερικού σεροτονινεργικού συστήματος, όπως είναι ο φορέας πρόσληψης σεροτονίνης [117]. Οι Hannah et al [250], προσεγγίζοντας επίσης το φορέα πρόσληψης σεροτονίνης στα αιμοπετάλια κατά τη διάρκεια της ΕΛΚ, συζητούν για μη φυσιολογικές βιοχημικές μεταβολές, οι οποίες μπορεί να μην είναι αρκετά έκδηλες αλλά φαίνεται να συνηγορούν προς την αλλαγή της συγγένειας σύνδεσης της σεροτονίνης με το σύστημα μεταφοράς στα αιμοπετάλια κατά την ΕΛΚ. Σε μια πιο πρόσφατη μελέτη οι Newport et al [418] διερεύνησαν επίσης τη σύνδεση του μεταφορέα σεροτονίνης των αιμοπεταλίων σε λεχωίδες. Αν και τα ευρήματα δεν ήταν εντυπωσιακά η μελέτη συνεισέφερε περισσότερα δεδομένα αναφορικά με το ότι οι μεταβολές στο σεροτονινεργικό σύστημα στην Επιλόχεια Κατάθλιψη μπορεί να διαφέρουν από ό,τι στις άλλες μορφές κατάθλιψης. Σε μια άλλη ερευνητική μελέτη συζητείται με ενδιαφέρον το θέμα της παραγωγής της σεροτονίνης,

του μεταβολισμού της και της απέκκρισής της που δεν ακολουθεί παρόμοια κατεύθυνση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της αμέσως επόμενης χρονικής διάρκειας [182]. Τέλος σε κάποιες μελέτες έχει διερευνηθεί και ο ρόλος της τρυπτοφάνης στην Επιλόχεια Κατάθλιψη αλλά με αντιφατικά αποτελέσματα [526, 365].

Έχει ήδη αναφερθεί η κύρια σχέση του *Άξονα Υποθαλάμου – Υπόφυσης – Επινεφριδίων* με το παθοφυσιολογικό υπόστρωμα της κατάθλιψης, τη θεραπευτική προσέγγιση της νόσου και τις μελλοντικές εξελίξεις στη φαρμακοθεραπεία. Σημαντικός αριθμός μελετών υποστηρίζουν ότι οι μεταβολές που παρατηρούνται στον άξονα αυτό κατά την επιλόχεια φάση είναι παρόμοιες με όσες αναφέρονται σε γυναίκες που πάσχουν από κατάθλιψη [587]. Άλλωστε, έχει αναφερθεί μια αύξηση των επιπέδων των ορμονών κατά τη διάρκεια της λοχείας (μέχρι και την 5^η ημέρα του τοκετού) [49] και μια υπερκορτιζολαιμία στην επιλόχεια φάση που σχετίζεται με την ΕΛΚ [368].

Μεταβολές σε επίπεδο *θυρεοειδικής λειτουργίας* έχουν παρατηρηθεί κατά την περίοδο μετά τον τοκετό. Έχει παρατηρηθεί υπερθυρεοειδισμός (συχνό φαινόμενο κατά την περίοδο αμέσως μετά τον τοκετό), ο οποίος όμως μπορεί να παρατηρείται και σε γυναίκες με θετικά θυρεοειδικά αντισώματα, επιπρεπείς στον υποθυρεοειδισμό, ο οποίος εμφανίζεται και διατηρείται κατά την αμέσως επόμενη χρονική περίοδο και πιθανώς να σχετίζεται με την εμφάνιση ΕΛΚ [257]. Επίσης, έχει αναφερθεί ότι μικρότερες συγκεντρώσεις θυροξίνης (ολικής και ελεύθερης) κατά την τελευταία φάση της εγκυμοσύνης συσχετίζονται με συμπτώματα κατάθλιψης στην αμέσως μετά τον τοκετό περίοδο. Η διακύμανση στη λειτουργία του HPT άξονα και ο πιθανά καθυστερημένος ρυθμός ανάκαμψης της λειτουργίας αυτής κατά τη διάρκεια της λοχείας επιβαρύνουν προς την κατεύθυνση της εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης [587].

Χοληστερόλη και λιπαρά οξέα

Πρόσφατες έρευνες έχουν εστιάσει την προσοχή τους στο ρόλο που πιθανώς διαδραματίζει η χοληστερόλη στις επιλόχειες διαταραχές της διάθεσης. Οι Troisi et al [65] παρατήρησαν μια σημαντική μείωση των επιπέδων της χοληστερόλης μεταξύ των περιόδων της κύησης και της λοχείας και μια μέτρια αλλά σημαντική συσχέτιση των επιπέδων της ολικής χοληστερόλης με τη διάθεση των λεχωίδων. Προς την ίδια κατεύθυνση κινούνται γενικά και τα ευρήματα των Nasta et al [598a], με τον περιορισμό όμως ότι, ενώ κάποιες λεχωίδες είχαν χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης εντούτοις δεν εμφάνιζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Σε αντίθεση με τους προαναφερθέντες ερευνητές, οι van Dam et al [598a] σε μια μεγάλη έρευνα στην οποία συμμετείχαν 266 λεχωίδες, δεν διαπίστωσαν καμία συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων της χοληστερόλης και της διάθεσης των νέων μητέρων. Είναι φανερό από τα παραπάνω ότι ο ρόλος της χοληστερόλης στις μεταβολές της διάθεσης δεν είναι σαφής. Εντούτοις αν και η μεγαλύτερη από τις μελέτες δεν τεκμηριώνει κάποια σύνδεση, το όλο θέμα αξίζει περαιτέρω διερεύνησης.

Ένα συναφές ζήτημα που απασχολεί τελευταία τους ερευνητές είναι ο ρόλος των *λιπαρών οξέων* ως πιθανών μεσολαβητών στην Επιλόχεια Κατάθλιψη. Οι De Vriese et al [598a] μελετώντας μία ομάδα 48 γυναικών βρήκαν ότι τα n-3 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα σχετίζονταν σημαντικά με την εμφάνιση Επιλόχειας Κατάθλιψης. Η διαπίστωση αυτή βρίσκεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα μιας μεγάλης επιδημιολογικής μελέτης των Hibbeln et al [598a] που έδειξε ότι η επίπτωση της Επιλόχειας Κατάθλιψης ήταν μικρότερη σε γυναίκες στις οποίες τα επίπεδα του docosahexaenoic οξέως (22:6n-3) στο μητρικό γάλα ήταν υψηλότερα, καθώς και σε αυτές που έτρωγαν περισσότερα θαλασσινά. Αν και τα δεδομένα που συσχετίζουν τα n-3 λιπαρά οξέα με την Επιλόχεια Κατάθλιψη είναι σημαντικά, χρειάζονται περισσότερα στοιχεία για τη διαλεύκανση της επίδρασης αυτής και τις πιθανές επιπτώσεις της στην θεραπεία της διαταραχής.

Νευροαπεικόνιση και Επιλόχεια Κατάθλιψη

Τα τελευταία χρόνια οι εξελίξεις στις τεχνικές απεικόνισης έχουν δώσει τη δυνατότητα να διερευνηθούν οι νευροχημικές αλλαγές, η νευρωνική λειτουργία, η εγκεφαλική δομή και οι τρόποι ενεργοποίησης των νευρώνων, με έναν ολοένα και περισσότερο πολύπλοκο και ειδικό τρόπο. Όσον αφορά στην Επιλόχεια Κατάθλιψη δεν υπάρχουν νευροαπεικονιστικά δεδομένα, καθώς η διενέργεια τέτοιων απεικονίσεων, ειδικά προ του τοκετού, τελεί ακόμη υπό αμφισβήτηση όσον αφορά στην ασφάλειά της [598a]. Αξίζει όμως να αναφερθούμε στα μέχρι στιγμής δεδομένα που προκύπτουν από τις σύγχρονες απεικονιστικές τεχνικές σχετικά με το πώς επηρεάζεται η νευροχημεία και ο μεταβολισμός του εγκεφάλου από τις διαταραχές της διάθεσης και τις διακυμάνσεις στα επίπεδα των ορμονών.

Το μεγαλύτερο μέρος των ερευνών επικεντρώνεται είτε σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, στις οποίες αρκετά συχνά χορηγούνται οιστρογόνα και προγεστερόνη, είτε σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Μόνο σε μια μελέτη διερευνήθηκαν γυναίκες στη διάρκεια της κύησης και μετά τον τοκετό. Οι Holdcroft et al [598a] προσπαθώντας να κατανοήσουν τις αλλαγές στη χημεία του εγκεφάλου στη διάρκεια αυτών των περιόδων, χρησιμοποίησαν τη μέθοδο της μαγνητικής φασματοσκοπίας και διαπίστωσαν μια αύξηση στο ενδοκυττάριο pH στην περίοδο αμέσως μετά τον τοκετό, η οποία επέμενε και μετά την 6^η εβδομάδα της λοχείας. Το αν η συγκεκριμένη μεταβολική αλλαγή επηρεάζεται ή συντονίζεται από ενδοκρινικά δίκτυα είναι άγνωστο.

Η ανασκόπηση των απεικονιστικών δεδομένων που αφορούν στην κατάθλιψη και στις ορμονικές αλλαγές στις γυναίκες είναι ένα σημαντικό πρώτο βήμα για την κατανόηση των μεταβολών του εγκεφάλου στη διάρκεια ενός επιλόχειου καταθλιπτικού επεισοδίου. Είναι πιθανόν ότι η λειτουργική απεικόνιση θα μπορέσει να βοηθήσει στο μέλλον να αποσαφηνιστούν περαιτέρω οι επιδράσεις στον εγκέφαλο των σημαντικότερων ορμονικών αλλαγών που συμβαίνουν στην περίοδο της λοχείας και ο τρόπος που οι αλλαγές αυτές επηρεάζουν τη διάθεση της νέας μητέρας. Σε μια μεγάλη έρευνα [598a] όσον αφορά στα νευροαπεικονιστικά ευρήματα στην κατάθλιψη οι δομικές μελέτες έδειξαν ελαττωμένο όγκο στο μετωπιαίο φλοιό, στον ιππόκαμπο, στο ραβδωτό σώμα και σε περιοχές του μεταιχμιακού συστήματος. Λειτουργικές μελέτες έδειξαν ελαττωμένη ενεργοποίηση του οπισθοπλάγιου μετωπιαίου φλοιού και της έλικας του προσαγωγίου και αυξημένη ενεργοποίηση των μεταιχμιακών και των περίξ αυτών περιοχών [598a]. Η φασματοσκοπία με ποζιτρόνια (spect) δείχνει ένα πιθανώς υπολειτουργούν σεροτονινεργικό σύστημα καθώς και μείωση του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA) στη διάρκεια καταθλιπτικών επεισοδίων. Άλλες μελέτες με φασματοσκοπία επίσης αναδεικνύουν αλλαγές στη συγκέντρωση στον εγκέφαλο του γλουταμικού οξέος, της χολίνης, της μυοϊνοσιτόλης και των πουρινών [598a]. Αν και όλα αυτά τα ευρήματα μπορεί να βοηθήσουν για να αποσαφηνιστούν οι νευροβιολογικές μεταβολές στην κατάθλιψη γενικότερα δεν είναι σαφές ότι κάποια από αυτά βρίσκουν εφαρμογή και στις καταθλιπτικές λεχωίδες.

Άλλοι ερευνητές προσπαθώντας να προσεγγίσουν απεικονιστικά την επίδραση των ορμονών στον εγκέφαλο και εμμέσως να διατυπώσουν υποθέσεις που ενδεχομένως να βρίσκουν εφαρμογή στην περίπτωση της ΕΛΚ, εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στις εγκεφαλικές αλλαγές που παρατηρούνται σε μια άλλη διαταραχή της διάθεσης που φαίνεται να σχετίζεται με τις αλλαγές στις ορμόνες, την Προεμμηνορρυσιακή Δυσφορική Διαταραχή. Ενδεικτικά αναφέρουμε την έρευνα των Epperson et al [598a] οι οποίοι μελέτησαν προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου, εστιάζοντας στο ρόλο του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA). Χρησιμοποιώντας μαγνητικό συντονισμό φασματοσκοπίας πρωτονίων συνέκριναν 9 γυναίκες που εμφάνιζαν τη συγκεκριμένη διαταραχή με 14 υγιείς και διαπίστωσαν ότι τα επί-

πεδα του GABA στον ινιακό λοβό αυξάνονται κατά τη διάρκεια του κύκλου στις γυναίκες που πάσχουν από Προεμμηνορρυσιακή Δυσφορική Διαταραχή, ενώ αντίθετα στην ομάδα ελέγχου παρατηρείται μείωση των επιπέδων του GABA. Επιπρόσθετα, ενώ τα επίπεδα των ορμονών των γονάδων συσχετίζονται αρνητικά με τα επίπεδα του GABA στις φυσιολογικές γυναίκες, όσες πάσχουν από Προεμμηνορρυσιακή Δυσφορική Διαταραχή εμφανίζουν μια θετική συσχέτιση.

Συνοψίζοντας, αξίζει να σημειωθεί ότι είναι απαραίτητο να αποκωδικοποιηθεί η προσπάθεια προσέγγισης του νευροβιολογικού υποστρώματος της νόσου, έτσι ώστε η προσέγγιση των ορμονών που σχετίζονται με τους άξονες Υποθάλαμος –Υπόφυση –Επινεφρίδια/ Θυρεοειδής/ Γονάδες (HPA, HPT, HPG) παράλληλα με την προσέγγιση της σεροτονίνης και του 5- υδροξυινδολοξικού οξέος σε ορό και πλάσμα (φτωχό σε αιμοπετάλια) να καταλήξει σε μια κατά το δυνατόν πιο ορθή εξαγωγή συμπερασμάτων για τη νόσο και την εξέλιξή της.

5. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΒΡΕΦΟΣ

Αντικείμενο ευρείας μελέτης έχει αποτελέσει η επίδραση της κοινωνικής και συναισθηματικής συμπεριφοράς της καταθλιπτικής μητέρας στο βρέφος και η ενδεχόμενη συσχέτισή της με ελλείμματα στη λειτουργικότητα του. Το νεογέννητο εξαρτάται από τη μητέρα του και κατά συνέπεια όλα τα χαρακτηριστικά και η συμπεριφορά της φαίνεται να το επηρεάζουν σε διάφορους τομείς, όπως είναι η γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη και η συμπεριφορά.

Η *γνωστική ανάπτυξη* συνίσταται σε διεργασίες που αναφέρονται σε υψηλού επιπέδου νοητικές λειτουργίες οι οποίες εμπεριέχονται στο γενικό πλαίσιο της νόησης και της σκέψης (αντίληψη, λόγος, μάθηση, μνήμη κ.λπ). Η γνωστική ανάπτυξη του παιδιού αρχίζει από τη γέννηση του με την κατανόηση του εξωτερικού κόσμου μέσω «απλών» διεργασιών (αισθητηριακών και αντιληπτικών) και συνεχίζεται μεγαλώνοντας ηλικιακά με πιο «πολύπλοκες» γνωστικές διεργασίες.

Μεγάλη συμβολή στην έρευνα για τις επιπτώσεις της Επιλόχειας Κατάθλιψης στη γνωστική ανάπτυξη των παιδιών αποτέλεσαν οι μελέτες της Murray. Στη πρώτη της μελέτη το 1992 [403] αξιολόγησε την *επίδραση της Επιλόχειας Κατάθλιψης στη νοητική και κινητική ανάπτυξη, στις γλωσσικές ικανότητες, καθώς και στη δοκιμασία της «μονιμότητας» του αντικειμένου* (object permanence task) του Piaget στους 9 και 18 μήνες της ζωής του βρέφους. Από την αξιολόγηση της συγκεκριμένης δοκιμασίας, κατά την οποία εξετάζεται εάν το βρέφος γνωρίζει ότι τα αντικείμενα συνεχίζουν να υπάρχουν και «παραμένουν στο νου» παρά το ότι χάνονται από το οπτικό του πεδίο, διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά μητέρων που είχαν βιώσει επεισόδιο Επιλόχειας Κατάθλιψης ήταν πιο πιθανό να αποτύχουν στη δοκιμασία αυτή, κάτι όμως που δεν συνέβαινε στα παιδιά μητέρων που είχαν εμφανίσει κατάθλιψη αλλά όχι στην περίοδο της λοχείας. Διαπιστώθηκε επίσης ότι τα κορίτσια επηρεάζονταν λιγότερο από τη συναισθηματική κατάσταση της μητέρας. Όσο δε αφορά στη νοητική ανάπτυξη και στη γλωσσική ικανότητα των παιδιών, η Επιλόχεια Κατάθλιψη της μητέρας δεν είχε καμία επίπτωση. Οι παράμετροι αυτοί φάνηκε να επηρεάζονται περισσότερο από το κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο της μητέρας.

Στη δεύτερη μελέτη της Murray [408] διερευνήθηκε η *επίδραση της λεκτικής επικοινωνίας μητέρας-βρέφους κατά τη διάρκεια παιχνιδιών στον 2^ο και 3^ο μήνα μετά τον τοκετό στη γνωστική ανάπτυξη του παιδιού στον 9^ο και 18^ο μήνα της ζωής*. Η ομιλία της καταθλιπτικής μητέρας χαρακτηριζόταν από αρνητικό συναισθημα, ήταν λιγότερο εστιασμένη στο βρέφος και έδειχνε να είναι λιγότερο αναγνωρίσιμη από αυτό. Στη μελέτη αυτή διαπιστώθηκε ότι η περισσότερο εστιασμένη στο βρέφος ομιλία είχε θετική επίδραση στη δοκιμασία της «μονιμότητας» του αντικειμένου στον 9^ο μήνα αλλά όχι στο 18^ο μήνα. Τα βρέφη των καταθλιπτικών λεχωίδων είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες αποτυχίας στη συγκεκριμένη δοκιμασία, και μάλιστα ανεξάρτητα από το φύλο τους. Το αποτέλεσμα στον 9^ο μήνα μπορούσε να προβλέψει την επίδοση στο 18^ο μήνα. Βασισμένοι στα ευρήματα αυτά οι συγγραφείς πρότειναν ότι η ποιότητα της λεκτικής επικοινωνίας μητέρας-βρέφους ίσως αποτελεί έναν μηχανισμό μέσω του οποίου η Επιλόχεια Κατάθλιψη επιδρά αρνητικά στη γνωστική ανάπτυξη του βρέφους.

Σε μια μεταγενέστερη μελέτη (Sinclair και Murray [513]), που βασίστηκε στις παρατηρήσεις των δασκάλων και συνεκτιμούσε τη συνεισφορά και άλλων παραμέτρων, όπως το φύλο του παιδιού και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, διαπιστώθηκε ότι η *Επιλόχεια Κατάθλιψη δεν συσχετίζεται με θέματα προσαρμοστικότητας, προσωπικής ωριμότητας και συναισθηματικής έντασης σε νήπια ηλικίας 5 ετών*. Ωστόσο αγόρια των οποίων οι μητέρες είχαν βιώσει Επιλόχεια Κατάθλιψη και ανήκαν σε χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη εμφάνιζαν μεγαλύτερες

διαταραχές όσον αφορά στη *διάσπαση της προσοχής*, ενώ στα κορίτσια οι συγκεκριμένες διαταραχές συσχετίζονταν μόνο με το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, ανεξάρτητα από την εμφάνιση κατάθλιψης στη μητέρα κατά την περίοδο της λοχείας. Όσον αφορά στις *διαταραχές συμπεριφοράς* τα αποτελέσματα της μελέτης είναι παρόμοια, καθώς τα αγόρια μητέρων που είχαν εμφανίσει καταθλιπτικό επεισόδιο επιλόχειας έναρξης, επιδεικνύουν μεγαλύτερα προβλήματα.

Εκτός από την επίδρασή της στη γνωστική ανάπτυξη του βρέφους, η σχέση και η αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους αποτελούν σημαντικές παραμέτρους και για την **κοινωνική και συναισθηματική υγεία** του παιδιού. Το βρέφος εκφράζει συναισθήματα ανταποκρινόμενο στη μητέρα, η οποία με τη σειρά της «καθρεφτίζει» αυτά που εκφράζει το βρέφος. Ο D. Stern [533] έχει τονίσει τη σημασία της βλεμματικής επαφής και του αμοιβαίου ατενίσματος των ματιών, καθώς και τη σημασία του συναισθηματικού συντονισμού.

Έρευνες βασισμένες στη θεωρία της προσκόλλησης έχουν δείξει σημαντικά αποτελέσματα, καθώς σε πολλές μελέτες διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ *Επιλόχειας Κατάθλιψης και ανάπτυξης ανασφαλούς προσκόλλησης* σε παιδιά ηλικίας 12 και 18 μηνών [363,403,545]. Σε διαφορετική κατεύθυνση όμως κινούνται τα ευρήματα των Campbell και Cohn [111], οι οποίοι διαπίστωσαν την ανάπτυξη ανασφαλούς προσκόλλησης τόσο στην ομάδα των καταθλιπτικών λεχωίδων όσο και στην ομάδα ελέγχου.

Η θεωρία της προσκόλλησης βρίσκει ιδιαίτερη εφαρμογή σε περιπτώσεις καταθλιπτικών επεισοδίων που εμφανίζουν πιο χρόνια πορεία. Η αλληλεπίδραση μητέρας – βρέφους, και ιδιαίτερα η μητρική απαντητικότητα και ευαισθησία, από τον 6^ο έως το 12^ο μήνα (περίοδος που η ανάπτυξη της προσκόλλησης ενισχύεται) αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ποιότητα του δεσμού που τελικά θα αναπτυχθεί [80]. Έτσι παιδιά που βιώνουν μια παρατεινόμενη κατάθλιψη της μητέρας, με απόσυρση και δυσκολίες να ανταποκριθεί στο ρόλο της, είναι πιθανότερο να αναπτύξουν προσκόλληση αποφευκτική, αμφιθυμίας ή και αποδιοργανωμένη σε αντίθεση με τα παιδιά των υγιών μητέρων που είναι πιθανότερο να αναπτύξουν ασφαλή προσκόλληση [11,12]. Τα ευρήματα αυτά δεν έχουν επιβεβαιωθεί από όλες τις μελέτες, καθώς η Murray [403] δεν διαπίστωσε ότι η διάρκεια και η βαρύτητα της κατάθλιψης σχετίζονται με την ανάπτυξη της προσκόλλησης.

Η *αλληλεπίδραση μητέρας – βρέφους* έχει έναν αμφίδρομο χαρακτήρα, καθώς εκτός από την αυτονόητη επίδραση της συμπεριφορά της μητέρας στο βρέφος, φαίνεται ότι και η συμπεριφορά του νεογέννητου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στις αντιδράσεις της μητέρας. Τα στοιχεία που συγκροτούν μια ικανοποιητική αλληλεπίδραση είναι ο συγχρονισμός, η συνάρτηση, η εναρμόνιση, η αυτονομία και ευκαμψία και το παιχνίδι. Οι Cohn et al. [132,133] διαπίστωσαν ότι οι καταθλιπτικές μητέρες ανταποκρίνονται λιγότερο στις προτροπές του βρέφους, είναι περισσότερο αποσυρμένες και ενδεχομένως επιθετικές προς το βρέφος. Επίσης βρήκαν ότι η απαντητικότητα της δυνάδας μητέρας /καταθλιπτικής λεχωίδας – βρέφους δεν είναι μικρότερη από αυτήν που παρατηρείται σε υγιείς δυνάδες, διαφέρει όμως στο επίπεδο της συναισθηματικής έκφρασης, και μάλιστα ήδη από τους πρώτους δύο μήνες της ζωής. Αντίστοιχα οι Field et al [198] περιέγραψαν χαρακτηριστικά ότι τα παιδιά των καταθλιπτικών μητέρων υιοθετούν έναν πιο «καταθλιπτικό» τρόπο αλληλεπίδρασης. Σε μια μελέτη των Veltema et al. [562] οι καταθλιπτικές λεχωίδες φάνηκε να είναι πιο «αδέξιες» με το βρέφος, καθώς τα παιδιά έκλαιγαν συχνότερα και είχαν περισσότερα προβλήματα διατροφής και ύπνου. Επιπλέον, η δυνάδα καταθλιπτικής λεχωίδας – βρέφους είχε σημαντικές διαφορές σε σχέση με την υγιή δυνάδα σε τομείς της αλληλεπίδρασης, όπως το χαμόγελο και η σωματική, οπτική και λεκτική αλληλεπίδραση.

Οι Herrera et al [269] προκειμένου να διερευνήσουν την αλληλεπίδραση μητέρας – βρέφους αξιολόγησαν το «*άγγιγμα*» και την ομιλία της μητέρας στους 6 και 10 μήνες. Στη μελέτη

αυτή βρέθηκε ότι η συχνότητα της απτικής επαφής της μητέρας εξαρτιόταν από την ηλικία του παιδιού. Έτσι οι καταθλιπτικές μητέρες των 10μηνων παιδιών τα άγγιζαν περισσότερο σε σχέση με την ομάδα ελέγχου αλλά και με τις καταθλιπτικές μητέρες 6μηνων παιδιών. Μια εξήγηση για αυτό ίσως είναι ότι οι καταθλιπτικές μητέρες μεγαλύτερων παιδιών το κάνουν αυτό για να ελέγξουν, να περιορίσουν και να κατευθύνουν τις κινήσεις του μωρού αλλά και για να τραβήξουν την προσοχή του [197,196]. Το άγγιγμα της μητέρας αναμφιβόλως μεταβιβάζει μηνύματα και κατά συνέπεια οι καταθλιπτικές μητέρες ενδέχεται να μεταδίδουν αρνητικά συναισθήματα χωρίς να το συνειδητοποιούν [271]. Η απαντητικότητα του παιδιού αναπτύσσεται στο περιβάλλον αλληλεπίδρασης με τη μητέρα του με το άγγιγμα να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο [519,520,521]. Έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά των καταθλιπτικών μητέρων σε σχέση με τα παιδιά των μη καταθλιπτικών αγγίζουν περισσότερο τον εαυτό τους κάτι που μπορεί να ερμηνευθεί ως μια συμπεριφορά που αντισταθμίζει την έλλειψη θετικού αγγίγματος από τη μητέρα τους. Σύμφωνα με τους Troupick και Gianino [551] οι καταθλιπτικές λεχώιδες λόγω της συναισθηματικής τους κατάστασης δεν μπορούν να ανταποκριθούν στα «σήματα» του βρέφους τους. Έτσι το βρέφος γίνεται αποδέκτης αρνητικών συναισθημάτων και στη προσπάθεια του να διορθώσει αυτή την αλληλεπίδραση προσαρμόζεται σε μια συμπεριφορά αγγίγματος του εαυτού του ώστε να αντεπεξέλθει στις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις που παράγονται από τη μη συντονισμένη ανατροφοδότηση της μητέρας.

Όσον αφορά στην *ομιλία* είναι γνωστό ότι τον πρώτο χρόνο της ζωής το περιεχόμενο του λόγου της μητέρας επηρεάζεται από χαρακτηριστικά όπως η ηλικία και το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού της [460,517,77]. Αυτές οι αλλαγές στο λόγο της μητέρας αντικατοπτρίζουν αλλαγές στη φύση της αλληλεπίδρασης μητέρας – βρέφους και επίσης αποτελούν δείκτες της μητρικής προσαρμογής στην ανάπτυξη του παιδιού [517,551,599]. Έχουμε ήδη αναφερθεί στις μελέτες που επισημαίνουν τη σημασία του εστιασμένου στο βρέφος λόγου στη γνωστική ανάπτυξη του [408]. Στη μελέτη των Herrera et al. [269] διαπιστώθηκε ότι η ομιλία των καταθλιπτικών μητέρων στα ηλικίας 6 μηνών βρέφη τους περιείχε λιγότερα συναισθηματικά και πληροφοριακά χαρακτηριστικά και ότι ήταν λιγότερο πιθανό να εκφράζουν λεκτικά τα συναισθήματα τους. Επιπλέον ενώ οι υγιείς μητέρες χρησιμοποιούσαν συναισθηματικό λόγο ανάλογο με την ηλικία του παιδιού, οι καταθλιπτικές μητέρες χρησιμοποιούσαν συνεχώς συναισθηματικό λόγο αγνοώντας όμως την ανάγκη του παιδιού για περισσότερο πληροφοριακό λόγο ανάλογα με την ηλικία και το αναπτυξιακό του επίπεδο.

Τέλος αξίζει να αναφερθεί μια μελέτη των Stein et al. [524], στην οποία διαπιστώθηκε ότι οι *επιπτώσεις της Επιλόχειας Κατάθλιψης* συνέχιζαν να υφίστανται και να επηρεάζουν την αλληλεπίδραση μητέρας – βρέφους, ακόμη και σε χρονική περίοδο κατά την οποία τα συμπτώματα είχαν παρέλθει. Οι μητέρες οι οποίες στην πρώιμη περίοδο της λοχείας είχαν εμφανίσει κατάθλιψη συγκρίθηκαν με υγιείς μητέρες στους 19 μήνες και ενώ η καταθλιπτική συμπτωματολογία είχε πλέον παρουσιάσει ύφεση. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα προβλήματα που υπήρχαν στην αλληλεπίδραση μητέρας – βρέφους (μικρότερος διαμοιρασμός συναισθήματος, αρνητική απαντητικότητα) όταν η κατάθλιψη ήταν παρούσα, επέμεναν ακόμη. Φαίνεται λοιπόν ότι η παρουσία της κατάθλιψης είναι ικανή να διασπάσει ίσως και μόνιμα ορισμένες πλευρές της αλληλεπίδρασης μητέρας – βρέφους.

Πολλές μελέτες έχουν ασχοληθεί με την επίπτωση της *Επιλόχειας Κατάθλιψης* στη *γενικότερη συμπεριφορά του παιδιού*. Στη μελέτη των Murray et al. [403] στην οποία χρησιμοποιήθηκε το Behavioral Screening Questionnaire βρέθηκε ότι οι καταθλιπτικές λεχώιδες ανέφεραν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς στα 18μηνια παιδιά τους σε σχέση με τις μητέρες της ομάδας ελέγχου. Τα προβλήματα αφορούσαν κυρίως διαταραχές ύπνου και διατροφής, θυμό και δυσκολία στον αποχωρισμό. Σε μια μεταγενέστερη μελέτη κοόρτης οι Murray et al. [409]

μελέτησαν τη συμπεριφορά των παιδιών στην ηλικία των 5 ετών, βασιζόμενοι στις αναφορές της μητέρας, του πατέρα, των δασκάλων και ενός ανεξάρτητου παρατηρητή. Παράλληλα αξιολογήθηκαν και παράμετροι σχετικοί με το παιχνίδι του παιδιού. Οι αναφορές των καταθλιπτικών λεχιδών επεσήμαναν διαταραχές στη συμπεριφορά των παιδιών και συγκεκριμένα «νευρωτισμό» και αντικοινωνική συμπεριφορά. Τα αποτελέσματα δεν διαφοροποιήθηκαν όταν συνεκτιμήθηκαν και άλλες παράμετροι όπως οι συγκρούσεις των γονέων, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και το φύλο του παιδιού. Όσον αφορά στο παιχνίδι φάνηκε ότι τα παιδιά των καταθλιπτικών λεχιδών προτιμούσαν το «φυσικό» παιχνίδι (με άμμο, νερό κ.λπ.) παρά το δημιουργικό, το οποίο προσφέρει περισσότερες ευκαιρίες για σχεδιασμό, επεξεργασία και ανατροφοδότηση. Τέλος η κατάθλιψη της μητέρας στην περίοδο της λοχείας δεν φάνηκε να επηρεάζει την αλληλεπίδραση των πεντάχρονων παιδιών με τους δασκάλους τους.

Σε μια άλλη προοπτική μελέτη όμως δεν αναφέρθηκε καμία επίπτωση της Επιλόχειας Κατάθλιψης στη συμπεριφορά του παιδιού [459], παρά μόνο στις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη υποτροπίαζε.

Η καταγραφή των επιπτώσεων της κατάθλιψης της μητέρας στο βρέφος θα ήταν ελλιπής αν δεν αναφερόμασταν στο μείζονος σημασίας θέμα του **θηλασμού**. Στη μελέτη των Henderson et al. [264] βρέθηκε ότι η Επιλόχεια Κατάθλιψη έχει αρνητική επίδραση στη διάρκεια του θηλασμού, καθώς οι καταθλιπτικές λεχίδες είναι πιο πιθανό να σταματήσουν τη γαλουχία. Αν και το ίδιο αποτέλεσμα έχει αναφερθεί και προγενέστερα στη βιβλιογραφία [141,229,543], εντούτοις κάποιοι ερευνητές δεν το επιβεβαιώνουν. Είναι σημαντικό ωστόσο να αναφερθεί και ο αμφίδρομος χαρακτήρας της συσχέτισης αυτής, καθώς σε κάποιες μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι η διακοπή του θηλασμού αποτελεί προγνωστικό παράγοντα της Επιλόχειας Κατάθλιψης [26,251]. Ο μηχανισμός μέσω του οποίου η διάθεση της μητέρας επιδρά στη διάρκεια του θηλασμού δεν είναι γνωστός. Όμως οι συνέπειες της Επιλόχειας Κατάθλιψης στην αυτοεκτίμηση της μητέρας, στις γνώσεις της, καθώς και στην αλληλεπίδραση με το παιδί και γενικά με το περιβάλλον φαίνεται να διαδραματίζουν το σημαντικότερο ρόλο.

6. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να αναγνωρίσουν την Επιλόχεια Κατάθλιψη είναι Ηφτωχή, ενώ μόνον μια μικρή μειοψηφία γυναικών με ΕΛΚ αναζητούν από μόνες τους βοήθεια [149,84]. Έτσι, περισσότερο από το ένα τρίτο των γυναικών με ΕΛΚ μένει χωρίς αντιμετώπιση [572,343].

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των καταθλιπτικών λεχωίδων είναι μια πολύπλοκη διαδικασία, καθώς οποιαδήποτε παρέμβαση έχει επιπτώσεις όχι μόνο στη νέα μητέρα αλλά και στο νεογέννητο. Επιπλέον είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι οποιαδήποτε καθυστέρηση στην παρέμβαση επηρεάζει όχι μόνο την άμεση, αλλά και την απώτερη έκβαση της διαταραχής, τόσο όσον αφορά στη μητέρα όσο και στη σχέση μητέρας-βρέφους, αφού οι συνέπειες για το παιδί μπορεί να ξεκινούν ήδη από τις πρώτες μετά τον τοκετό εβδομάδες ή και ημέρες.

Αν και η βιβλιογραφία έχει ασχοληθεί ιδιαίτερα με τη θεραπεία των συναισθηματικών διαταραχών της κύησης, δεν συμβαίνει το ίδιο και με την κατάθλιψη της λοχείας, παρά το γεγονός ότι ο κλινικός έρχεται αντιμέτωπος με παρόμοιας φύσης δυσκολίες και θεραπευτικές προκλήσεις.

Πριν αναφερθούμε στις επιμέρους θεραπευτικές δυνατότητες για την αντιμετώπιση της Επιλόχειας Κατάθλιψης αξίζει να επισημανθεί ότι ο βέλτιστος θεραπευτικός σχεδιασμός για τις λεχωίδες που πάσχουν από κατάθλιψη συνίσταται σε μια *ολιστική, προσανατολισμένη στην οικογένεια, προσέγγιση* [290].

Η ποιοτική φροντίδα των καταθλιπτικών νέων μητέρων προβλέπει καταρχήν την *εκπαίδευση* τους σχετικά με τη διαταραχή και τις θεραπευτικές δυνατότητες που υπάρχουν, καθώς και παρότρυνση σε συμπεριφορές που βελτιώνουν τόσο την ψυχική όσο και τη σωματική υγεία (π.χ. περιορισμός ή πλήρης αποχή από το αλκοόλ και την καφεΐνη, σωματική άσκηση κ.λπ.). Όσον αφορά στην επιστροφή της νέας μητέρας στην εργασία της, οι συστάσεις των ειδικών οφείλουν να εξατομικεύονται, καθώς για κάποιες μητέρες η απουσία από την εργασία επιδρά θετικά στη μείωση του στρες και παρέχει τον απαιτούμενο χρόνο για την ύφεση της ψυχοπαθολογίας, ενώ άλλες γυναίκες απασχολούμενες αποκλειστικά με το βρέφος βιώνουν αισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης.

Καθώς οι *σημαντικοί «άλλοι»* στη ζωή της λεχωίδας (συνήθως ο σύζυγος και οι γονείς) διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση και στην πορεία της Επιλόχειας Κατάθλιψης, σε πολλές περιπτώσεις κρίνεται σκόπιμο να ενημερώνονται και αυτοί για το πρόβλημα και να συμμετέχουν στο θεραπευτικό σχεδιασμό.

Τέλος ο *γυναικολόγος* της λεχωίδας και ο *παιδιάτρος* που παρακολουθεί το βρέφος είναι ωφέλιμο να εμπλέκονται στο θεραπευτικό σχεδιασμό και στις κλινικές αποφάσεις. Μια τέτοια *προσέγγιση «ως ομάδα»* είναι πιθανότερο να βελτιώνει την έκβαση και να παρέχει μεγαλύτερη υποστήριξη στη μητέρα, η οποία σε μια τέτοια περίοδο κρίσης ενδεχομένως δυσκολεύεται να λάβει αποφάσεις τόσο για τη δική της υγεία όσο και για την υγεία του βρέφους [290].

Όπως είναι αναμενόμενο, η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΕΛΚ κινείται σε δύο άξονες, την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση και τη θεραπεία με φάρμακα, ενώ ιδιαίτερη προσοχή δίνεται και στη θεραπευτική φροντίδα της σχέσης μητέρας-παιδιού [142]. Τέλος οι θεραπευτικές τεχνικές συχνά συνδυάζονται, με σκοπό το καλύτερο αποτέλεσμα.

Όμως, παρά το μεγάλο εύρος των θεραπευτικών δυνατοτήτων, ποιοτικές μελέτες δείχνουν ότι *η αναζήτηση θεραπείας από τις λεχωίδες υπόκειται σε αρκετούς περιορισμούς*. Συνήθως οι νέες μητέρες, επιβαρυνμένες από τη φροντίδα του βρέφους αλλά και από τα αισθήματα ενοχής για την καταθλιπτική τους διάθεση, είναι απρόθυμες να συμμετέχουν σε θεραπευτικά προγράμματα, κυρίως όταν αυτά δεν συμπεριλαμβάνουν το βρέφος [555]. Πάντως οι περισσό-

τερες έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες αναζητούν μορφές θεραπείας που σέβονται την οπτική τους για τη ζωή, που αναγνωρίζουν τις εμπειρίες και τους ρόλους που πραγματώνουν και που παρέχουν υποστήριξη στη διαχείριση των απαιτήσεων της μητρότητας [210,50].

Σχετικά με την *ψυχολογική προσέγγιση*, η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία, η Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία, η Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία, η Υποστηρικτική Συμβουλευτική και η Ψυχοεκπαίδευση αποτελούν τις ψυχοθεραπευτικές τεχνικές των οποίων έχει διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των καταθλιπτικών λεχωίδων. Οι θεραπείες αυτές παρέχονται είτε σε ατομικό επίπεδο είτε σε ομαδικό πλαίσιο. Συνήθως οι νέες μητέρες αποδέχονται πιο εύκολα τις ατομικές ψυχολογικές παρεμβάσεις από ό,τι τις φαρμακολογικές (ιδίως στην περίπτωση που θηλάζουν) και τις ομαδικές θεραπείες [145,510].

Η *ατομική ψυχοθεραπεία* παρέχει στις νέες μητέρες τη δυνατότητα μιας εξατομικευμένης φροντίδας και μεγαλύτερη ευελιξία όσον αφορά στον προγραμματισμό.

Αρκετές κλινικές μελέτες έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας στην αντιμετώπιση της ΕΛΚ. Οι Cooper et al [145] προκειμένου να διερευνήσουν τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας, της Διαπροσωπικής και της Μη Κατευθυνόμενης Συμβουλευτικής Ψυχοθεραπείας σε σχέση με τη συνήθη φροντίδα, προχώρησαν σε μια τυχαιοποιημένη μελέτη 193 καταθλιπτικών λεχωίδων. Η θεραπεία περιελάμβανε 10 εβδομαδιαίες επισκέψεις κατ' οίκον από την 8^η ως την 18^η εβδομάδα της λοχείας. Στους 4.5 μήνες μετά τον τοκετό, μόνο η ψυχοδυναμική θεραπεία υπήρξε αποτελεσματικότερη στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, συγκρινόμενη με τη συνήθη φροντίδα που παρέχονταν στις γυναίκες της ομάδας ελέγχου. Εντούτοις δέκα εβδομάδες αργότερα, όλες οι μητέρες που βρίσκονταν σε ψυχοθεραπεία, ανεξάρτητα από το είδος της, εμφάνιζαν χαμηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα EPDS, σε σχέση με τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου. Τα ευρήματα αυτά επισημαίνουν ότι η συμμετοχή των λεχωίδων σε οποιοδήποτε θεραπευτικό πρόγραμμα, ανεξάρτητα από το είδος της τεχνικής που χρησιμοποιείται, έχει ένα σαφές υποστηρικτικό αποτέλεσμα που σαφώς υπερτερεί της συνήθους φροντίδας.

Σε μια άλλη έρευνα, που περιελάμβανε 12 εβδομαδιαίες συναντήσεις με καταθλιπτικές λεχωίδες, στις οποίες παρέχονταν είτε Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία, είτε θεραπεία εστιασμένη στη σχέση μητέρας-βρέφους, διαπιστώθηκε σημαντική ύφεση της συμπτωματολογίας σε σύγκριση με τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου που λάμβαναν τη συνήθη φροντίδα [128].

Οι O'Hara et al [432] σε μια τυχαιοποιημένη μελέτη αξιολόγησαν τη χρησιμότητα της Διαπροσωπικής Ψυχοθεραπείας, διαπιστώνοντας ότι οι καταθλιπτικές λεχωίδες που βρίσκονταν σε Διαπροσωπική Θεραπεία, είχαν σαφώς μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν ύφεση της ψυχοπαθολογίας, συγκρινόμενες με μητέρες της ομάδας ελέγχου (43.8% έναντι 13.8% αντίστοιχα).

Οι Chabrol et al [510] σε μια τυχαιοποιημένη μελέτη διαπίστωσαν ότι τα ποσοστά ύφεσης των καταθλιπτικών λεχωίδων που βρίσκονταν σε Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία ήταν σημαντικά υψηλότερα (66.6%) από αυτά της ομάδας ελέγχου (6.6%).

Χρησιμοποιώντας μια απλούστερη προσέγγιση οι Holden et al [281] βρήκαν πως οι γυναίκες τις οποίες επισκέφθηκαν επισκέπτες υγείας παρέχοντας μη-κατευθυνόμενη συμβουλευτική βοήθεια, με κατά μέσον όρο εννέα επισκέψεις σε διάστημα 13 εβδομάδων, έδειξαν σημαντική βελτίωση στη διάθεση σε σχέση με εκείνες που ελάμβαναν τη συνήθη φροντίδα.

Επίσης, στη Σουηδία παρατηρήθηκε μια πολύ σημαντική βελτίωση της κατάθλιψης μετά από έξι εβδομαδιαίες συμβουλευτικές επισκέψεις από νοσηλεύτριες της παιδιατρικής κλινικής [582]. Τέλος, στη μελέτη των Cooper και Murray [143] βρέθηκε ότι τρεις συμβουλευτικές επισκέψεις παρέμβασης στο σπίτι βελτίωναν σημαντικά τη διάθεση της μητέρας.

Είναι σαφές από τα παραπάνω ότι τα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν την αποτελεσμα-

τικότητα της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας, της Διαπροσωπικής Ψυχοθεραπείας, της Υποστηρικτικής Συμβουλευτικής και της Ψυχοεκπαίδευσης.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι από το σύνολο των ερευνών που διεξήχθησαν τα τελευταία δέκα χρόνια, μόνο σε μια διαπιστώθηκε ότι η παροχή Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας (6 εβδομαδιαίες συναντήσεις) είχε τα ίδια αποτελέσματα με τη συνήθη φροντίδα στη μείωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας [464]. Ωστόσο, σε αυτή την έρευνα, η «συνήθης φροντίδα» παρέχονταν από νοσηλεύτριες και περιελάμβανε υποστηρικτική συμβουλευτική βοήθεια, η οποία μπορεί να έχει επίσης θετικά αποτελέσματα συγκρινόμενη με τη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία.

Η **ομαδική θεραπεία** είναι μια διαδικασία αλληλεπίδρασης με στόχο την ενίσχυση του κοινωνικού δικτύου υποστήριξης και την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού που πολλές νέες μητέρες βιώνουν μετά τον τοκετό. Παρά το δισταγμό των λεχωίδων να συμμετέχουν σε ομαδικές θεραπευτικές διαδικασίες, αρκετοί ερευνητές έχουν αποδείξει τη χρησιμότητά τους στην αντιμετώπιση της ΕΛΚ, ανεξάρτητα από το είδος της τεχνικής που χρησιμοποιούν (Γνωσιακή Συμπεριφορική - [25], Διαπροσωπική -[333], ή Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία -[123])

Ενδεικτικά αναφέρουμε την έρευνα των Honey et al [286], οι οποίοι μελέτησαν τα αποτελέσματα μιας ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας που περιελάμβανε 8 εβδομαδιαίες συναντήσεις με μητέρες που έπασχαν από μέτρια και σοβαρή Επιλόχεια Κατάθλιψη. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα αμέσως μετά το πέρας των συναντήσεων, αλλά και 6 μήνες αργότερα, διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν στην ψυχοεκπαιδευτική ομάδα εμφάνιζαν σημαντική μείωση των συμπτωμάτων σε σχέση με αυτές που είχαν ενταχθεί στην ομάδα ελέγχου.

Αρκετοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με την αποτελεσματικότητα της **υποστήριξης** στη θεραπεία της ΕΛΚ, καθώς είναι γνωστό ότι η ύπαρξη επαρκούς κοινωνικού δικτύου υποστήριξης συνεισφέρει θετικά κατά τη μετάβαση στη μητρότητα [478].

Ο Dennis [172] πραγματοποίησε μια τυχαιοποιημένη μελέτη που περιελάμβανε 42 νέες μητέρες, από τις οποίες κάποιες λάμβαναν τη συνήθη φροντίδα, ενώ στις υπόλοιπες παρέχονταν επιπλέον υποστήριξη, μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας, από μια μητέρα που είχε βιώσει *Επιλόχεια Κατάθλιψη* και είχε εκπαιδευτεί στη διάρκεια ενός τετράωρου σεμιναρίου. Τα ευρήματα ανέδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά στην καταθλιπτική συμπτωματολογία, καθώς στην 4^η εβδομάδα μετά τον τοκετό κατάθλιψη εμφάνιζε το 40.9% των μητέρων της ομάδας ελέγχου, ενώ μόλις το 10% της πειραματικής ομάδας «κατέγραφε» βαθμολογίες πάνω από το σημείο αποκοπής στην κλίμακα EPDS. Παρόμοια ευρήματα διαπιστώθηκαν και στην 8^η εβδομάδα της λοχείας, στην οποία το 52.4% των λεχωίδων της ομάδας ελέγχου εμφάνιζε καταθλιπτικά συμπτώματα, συγκρινόμενο με το 15% των μητέρων που συμμετείχαν στην πειραματική ομάδα.

Ανάλογα είναι και τα ευρήματα της ποιοτικής μελέτης του Mauthner [378], ο οποίος διαπίστωσε ότι οι καταθλιπτικές λεχωίδες, ιδίως οι πρωτοτόκες, συνέδεαν τη βελτίωση της ψυχοπαθολογίας με την υποστήριξη που δέχονταν από άλλες μητέρες, με τις οποίες μπορούσαν να μοιραστούν την εμπειρία του κοινού ρόλου.

Η σημασία της **υποστήριξης από τον σύντροφο** στην αντιμετώπιση της Επιλόχεια Κατάθλιψης, αναδείχτηκε στην έρευνα των Misri et al [396], στην οποία παρέχονταν στις καταθλιπτικές λεχωίδες η δυνατότητα επτά ψυχοεκπαιδευτικών επισκέψεων, στις οποίες συμμετείχαν είτε μόνοι τους (ομάδα ελέγχου) είτε με το σύντροφό τους. Χρησιμοποιώντας ως εργαλείο εκτίμησης της κατάθλιψης την κλίμακα EPDS οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι η υποστήριξη του συντρόφου είχε μια σημαντική επίδραση στη μείωση της συμπτωματολογίας.

Τέλος αξίζει να αναφερθεί η συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποίησε ο Dennis [173] και περιελάμβανε 15 έρευνες που αναφέρονταν στην αποτελεσματικότητα ψυχολογικών και

ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στην *πρόληψη* της Επιλόχειας Κατάθλιψης (N=7.697 μητέρες). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μόνη παρέμβαση που επιδεικνύει ένα σαφές όφελος όσον αφορά στις μητέρες με κάποια ευαλωτότητα, ήταν η *ατομική εντατική υποστήριξη μετά τον τοκετό, που παρέχονταν σε επισκέψεις κατ'οίκον από ειδικευμένους επαγγελματίες*. Επιπλέον ο συγγραφέας συμπεραίνει ότι οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο φαίνονται περισσότερο αποτελεσματικές σε σχέση με αυτές που παρέχονται σε ένα ομαδικό πλαίσιο.

Αντίθετα με ό,τι συμβαίνει όσον αφορά στις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, η συστηματική μελέτη της αποτελεσματικότητας της *φαρμακευτικής θεραπείας* στην Επιλόχεια Κατάθλιψη είναι μέχρι στιγμής σχετικά μικρή σε όγκο.

Αν και έχει υποστηριχθεί ότι η θεραπεία με *προγεστερόνη* έχει οφέλη [159], δεν έχει γίνει κάποια συστηματική τεκμηρίωση της κλινικής της χρησιμότητας. Η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας από τους Kaguppraswamy et al [317] καταλήγει ότι δεν υπάρχει τεκμηριωμένο συμπέρασμα που να υποστηρίζει τη χρήση της προγεστερόνης στη θεραπεία των επιλόχειων διαταραχών της διάθεσης. Η ίδια ανασκόπηση επισημαίνει πως ούτε η χρήση της προγεστερόνης ως προφύλαξης για υποτροπιάζοντα επεισόδια ΕΛΚ έχει τεκμηριωθεί, ενώ τονίζει ότι με τα σημερινά δεδομένα δεν θα πρέπει να συνιστάται η χορήγηση προγεστερόνης ως θεραπείας για τις συναισθηματικές διαταραχές της λοχείας.

Σε μια μελέτη ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο (placebo) διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα της χορήγησης *οιστρογόνων* σε ένα δείγμα λεχωίδων με σοβαρή και χρόνια ΕΛΚ. Η διάθεση βελτιώθηκε και στις δύο ομάδες γυναικών, αλλά σημαντικά περισσότερο σε όσες ελάμβαναν οιστρογόνα σε σύγκριση με όσες ελάμβαναν εικονικό φάρμακο [240]. Όμως και εδώ, όπως οι Cooper και Murrey [142] τονίζουν, θα πρέπει να γίνει μια καλύτερη εκτίμηση σε ένα πιο τυπικό δείγμα καταθλιπτικών νέων μητέρων.

Σχετικά με την ωφέλιμότητα των παραπάνω θεραπευτικών μεθόδων, οι Lawrie et al [348] έκαναν μια μετα-ανάλυση των μέχρι τώρα κλινικών δεδομένων. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως χορήγηση μακράς διάρκειας *ενανθικής νορεθιστερόνης* από τις πρώτες 48 ώρες και για 8-12 εβδομάδες μετά τον τοκετό συνδεόταν με σημαντικά μεγαλύτερη επίπτωση ΕΛΚ από ότι με εικονικό φάρμακο. Αντίθετα, η θεραπεία με οιστρογόνα γυναικών με σοβαρή ΕΛΚ συνδεόταν με πολύ σημαντικότερη βελτίωση σε σχέση με το εικονικό φάρμακο. Η μελέτη καταλήγει στο ότι δεν υπάρχει θέση για τη συνθετική προγεστερόνη στην πρόληψη και θεραπεία της ΕΛΚ. Σκευάσματα μακράς διάρκειας ενανθικής νορεθιστερόνης ή άλλα μακράς διάρκειας σκευασμάτα προγεστερόνης θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με μεγάλη προσοχή στην περίοδο της λοχείας, ιδιαίτερα σε γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης, ενώ γενικά ο ρόλος της προγεστερόνης στην πρόληψη και θεραπεία της ΕΛΚ χρειάζεται περαιτέρω έρευνα. Η θεραπεία με οιστρογόνα ίσως να έχει περιορισμένη αξία στην αντιμετώπιση της ΕΛΚ, ενώ ο ρόλος τους στην πρόληψη της υποτροπιάζουσας ΕΛΚ δεν έχει μελετηθεί, πόσο μάλλον που είναι ιδιαίτερα δύσκολο να γίνει κάτι τέτοιο λόγω σοβαρών επιπλοκών (εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδα, υπερπλασία του ενδομητρίου, προβλήματα στο θηλασμό) [348].

Παρά τη μεγάλη συχνότητα της ΕΛΚ και τη σημασία που έχει η έγκαιρη αντιμετώπισή της, εντύπωση κάνει πως μέχρι τώρα λίγες δοκιμές έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με την αποτελεσματικότητα της χορήγησης αντικαταθλιπτικών παραγόντων στην ΕΛΚ.

Στην έρευνα των Appleby et al [25], που ήταν μελέτη τεσσάρων παραγόντων που έλεγχε την αποτελεσματικότητα της χορήγησης Φλουοξετίνης και της Συμβουλευτικής Ψυχοθεραπείας, τόσο το φάρμακο όσο και η ψυχολογική στήριξη και συμβουλευτική έδειξαν να έχουν σημαντικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η ίδια μελέτη, δεν διαπίστωσε κάποια επιπρόσθετη βελτίωση όταν συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα του συνδυασμού φαρμάκου και ψυχοθεραπείας, ούτε βρήκε ότι η χορήγηση φαρμάκου υπερείχε της συμβουλευτικής ψυχολογικής βοήθειας. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως πολύ λίγες, λιγότερες από τις μισές, γυ-

ναίκες που τους ζητήθηκε να συμμετάσχουν στη μελέτη αποδέχθηκαν την πρόταση, κυρίως γιατί οι περισσότερες εξ' αυτών ήταν πολύ διστακτικές στο να δεχθούν να πάρουν φάρμακα. Οι Dalton και Herxheimer [160] σε μετέπειτα σχόλιό τους επισημαίνουν μερικά μεθοδολογικά προβλήματα της έρευνας, κυρίως στον τομέα της δειγματοληψίας αλλά και της μικρής σχετικά χρονικής διάρκειας της μελέτης, εξαιτίας της οποίας είναι δύσκολο να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για την πρόγνωση της διαταραχής, ενώ τονίζουν το πόσο σημαντικό θεωρούν το γεγονός πως η θετική συμβουλευτική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση γινόταν από προσωπικό που δεν είχε ειδικευτεί στην ψυχιατρική ή στην ψυχοθεραπεία.

Οι Wisner et al [588] σε μια διπλή τυφλή μελέτη συγκρίνοντας τη *σερτραλίνη* και την *νορτριπτιλίνη* δεν διαπίστωσαν διαφορές στην αποτελεσματικότητα των δύο φαρμάκων όσον αφορά στην ύφεση της ψυχοπαθολογίας, με το 46%-48% των λεχωίδων να ανταποκρίνονται θετικά στη σερτραλίνη, και το 56%-69% να παρουσιάζουν ύφεση με τη χορήγηση νορτριπτιλίνης μετά την 8^η εβδομάδα της θεραπείας.

Ένας σημαντικός αριθμός «ανοιχτών» μελετών έχει υποστηρίξει τη χρήση και άλλων αντικαταθλιπτικών παραγόντων στη θεραπεία της Επιλόχειας Κατάθλιψης. Οι μελέτες αυτές έχουν χρησιμοποιήσει εκτός από τη σερτραλίνη [534], *παροξετίνη* [395], *βουπροπιόνη* [423], *βενλαφαζίνη* [131] και *φλουβοξαμίνη* [540]. Μια τυχαιοποιημένη διπλή τυφλή μελέτη με *T4*, η οποία χορηγήθηκε σε λεχωίδες θετικές για θυρεοειδικά αντισώματα, έδειξε αρνητικά αποτελέσματα όσον αφορά στην αντιμετώπιση των συναισθηματικών διαταραχών της λοχείας [256], ενώ σε μια ανοιχτή μελέτη που προέβλεπε την χορήγηση *Ω3-οξέων* διαπιστώθηκαν σημαντικά ποσοστά ύφεσης [211].

Όσον αφορά στη δυνατότητα *πρόληψης* της υποτροπιάζουσας Επιλόχειας Κατάθλιψης, δύο τυχαιοποιημένες μελέτες έχουν διεξαχθεί. Οι Wisner et al [590], χρησιμοποιώντας *νορτριπτιλίνη* και εικονικό φάρμακο δεν βρήκαν καμία διαφορά στη συχνότητα εκδήλωσης Επιλόχειας Κατάθλιψης σε 26 γυναίκες που στο παρελθόν είχαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο ΕΛΚ, μεταξύ των λεχωίδων εκείνων που ελάμβαναν προληπτικά νορτριπτιλίνη και εκείνων που ελάμβαναν εικονικό φάρμακο. Το ποσοστό υποτροπής ήταν ακριβώς το ίδιο και στις δύο περιπτώσεις, και μάλιστα, όπως αναφέρουν οι συγγραφείς, πολύ υψηλό, αφού το ένα τέταρτο των γυναικών και στις δύο ομάδες υποτροπίασε [590].

Μια πιο πρόσφατη τυχαιοποιημένη μελέτη διερεύνησε την αποτελεσματικότητα της *σερτραλίνης* έναντι του εικονικού φαρμάκου στην πρόληψη της Επιλόχειας Κατάθλιψης σε 14 υγιείς μητέρες, οι οποίες είχαν βιώσει στα προηγούμενα πέντε χρόνια ένα επεισόδιο ΕΛΚ. Οι γυναίκες συμμετείχαν σε μια δοκιμή διάρκειας 17 εβδομάδων λαμβάνοντας θεραπεία (σερτραλίνη ή εικονικό φάρμακο) αμέσως μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες παρακολουθούνταν και αξιολογούνταν όσον αφορά στην καταθλιπτική συμπτωματολογία για τις επόμενες είκοσι εβδομάδες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μόνο το 7% των λεχωίδων που λάμβαναν σερτραλίνη υποτροπίασαν εμφανίζοντας ένα νέο επεισόδιο κατάθλιψης με λοχειακή έναρξη, συγκρινόμενο με το 50% των λεχωίδων που υποτροπίασε λαμβάνοντας εικονικό φάρμακο [591].

Ένα θέμα βαρύνουσας σημασίας όσον αφορά στη χορήγηση ενός αντικαταθλιπτικού σκευάσματος στη διάρκεια της λοχείας είναι αυτό του *θηλασμού*. Τα οφέλη του θηλασμού για τη μητέρα και το βρέφος είναι σαφώς τεκμηριωμένα. Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιάτρων συνιστά ο θηλασμός να συνεχίζεται ως τον 6^ο μήνα της ζωής. Δυστυχώς, τα περισσότερα ψυχοτρόπα φάρμακα περνούν εύκολα στο γάλα, αν και σε μικρότερο βαθμό απ' ό,τι διέρχονται τον αιματοπλακουντιακό φραγμό. Εντούτοις οι έρευνες δεν έχουν διαπιστώσει υψηλά ποσοστά ανεπιθύμητων ενεργειών σε βρέφη που θηλάζουν και έχουν εκτεθεί σε αντικαταθλιπτικά σκευάσματα, συμπεριλαμβανομένων των τρικυκλικών και των εκλεκτικών αναστολών επαναπρόσληψης της σεροτονίνης [106,183α]. Ωστόσο η μακροχρόνια έκβαση της έκθεσης των βρεφών σε τέτοια σκευάσματα κατά τον θηλασμό παραμένει άγνωστη.

Η συγκέντρωση στο αίμα των αντικαταθλιπτικών παραγόντων στα βρέφη που θηλάζουν ποικίλει ευρέως. Οι περισσότερες έρευνες δείχνουν μικρό αριθμό ανεπιθύμητων ενεργειών και χαμηλά ή μη ανιχνεύσιμα επίπεδα στο πλάσμα όσον αφορά στη *σερτραλίνη*, στην *παροξετίνη* και στη *φλουβοξαμίνη* [106,183α].

Οι περισσότεροι συγγραφείς συνιστούν ότι η *φλουοξετίνη* (η οποία έχει μεγάλο χρόνο ημίσειας ζωής) και οι υψηλές δόσεις *σιταλοπράμης*, η οποία εμφανίζει υψηλά επίπεδα συγκέντρωσης στο γάλα και στο πλάσμα των βρεφών, πρέπει να χορηγούνται με προσοχή στη διάρκεια της γαλουχίας και μόνο εφόσον οι λεχωίδες είχαν απαντήσει ικανοποιητικά σε αυτά τα σκευάσματα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή σε ένα προηγούμενο καταθλιπτικό επεισόδιο [183α]. Επί του παρόντος δεν υπάρχουν αναφορές σχετικά με την ασφάλεια της *e-σιταλοπράμης*.

Οι γενικές κλινικές οδηγίες για τις μητέρες που λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά σκευάσματα και θηλάζουν συστήνουν τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής αμέσως μετά το θηλασμό, ώστε το φάρμακο να εμφανίζει τη μέγιστη συγκέντρωσή του στο αίμα της μητέρας σε ικανοποιητική χρονικά απόσταση από τον επόμενο θηλασμό, μειώνοντας έτσι την έκθεση του βρέφους στον αντικαταθλιπτικό παράγοντα. Επιπλέον είναι σημαντικό οι μητέρες και τα μέλη της οικογένειάς τους να εκπαιδεύονται στις ενδεχόμενες παρενέργειες του συνταγογραφούμενου φαρμάκου. Τέλος απαιτείται και εμπλοκή του παιδιάτρου και στενή παρακολούθηση του βρέφους για ανεπιθύμητες ενέργειες όπως καταστολή, αλλαγές στον ύπνο ή τη διατροφή και ευερεθιστότητα.

Καταλήγοντας θα λέγαμε ότι η θεραπεία της Επιλόχειας Κατάθλιψης είναι σε γενικές γραμμές παρόμοια με τη θεραπεία καταθλιπτικών επεισοδίων σε οποιαδήποτε άλλη χρονική περίοδο. Μετα μέχρι σήμερα δεδομένα δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι κάποια κατηγορία αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων υπερτερεί των άλλων. Η θεραπεία και η πρόληψη της Επιλόχειας Κατάθλιψης υπαγορεύεται εν πολλοίς από την απάντηση της ασθενούς σε κάποιον αντικαταθλιπτικό παράγοντα σε προηγούμενα επεισόδια. Η επιλογή για τη χρήση ενός αντικαταθλιπτικού καθώς και για το ποιο εξ αυτών θα χρησιμοποιηθεί οφείλει να λαμβάνει υπόψη και τις απόψεις των λεχωίδων, αλλά και τις προθέσεις τους σχετικά με το θέμα της γαλουχίας. Άλλωστε η συνεκτίμηση του κινδύνου τόσο για τη μητέρα όσο και για το βρέφος είναι επιβεβλημένη και οφείλει να συνυπολογίζει τους πιθανούς κινδύνους της έκθεσης στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα αλλά και τις ενδεχόμενες επιπτώσεις μίας μη θεραπευόμενης καταθλιπτικής διαταραχής. Τέλος σε κάθε νέο καταθλιπτικό επεισόδιο της λοχείας η διαφοροδιαγνωστική σκέψη είναι επιβεβλημένο να περιλαμβάνει την πιθανότητα της Διπολικής Διαταραχής, καθώς η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή μπορεί να επάγει μανιακά επεισόδια.

Συμπερασματικά, αξίζει να επισημάνουμε ότι το ζητούμενο κάθε θεραπευτικής προσέγγισης είναι η πλήρης ύφεση της ψυχοπαθολογίας, καθώς η ύπαρξη υπολειμματικών συμπτωμάτων θέτει τις γυναίκες σε μεγαλύτερο κίνδυνο για χρόνια καταθλιπτική διαταραχή. Επιπλέον, όπως και οι Lumley και Austin [361] στην ανασκόπησή τους επισημαίνουν, τόσο η πρωτογενής πρόληψη και πρώιμη παρέμβαση όσο και η δευτερογενής πρόληψη φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σημαντικές στρατηγικές αντιμετώπισης, αν και η αποτελεσματικότητά τους είναι ακόμη υπό διερεύνηση. Όσες μελέτες έχουν γίνει έδειξαν πως δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι ένας προγεννητικός έλεγχος για κατάθλιψη θα ωφελούσε σημαντικά στην πρόληψη της εκδήλωσης ενός επιλόχειου καταθλιπτικού επεισοδίου. Πολλές πρόσφατες μελέτες πρωτογενούς πρόληψης και πρώιμης παρέμβασης έδειξαν ότι ένα μεγάλο εύρος παρεμβάσεων, από τη συμβουλευτική σε πρακτικά θέματα μέχρι την ατομική ψυχοθεραπεία, ήταν ιδιαίτερα ωφέλιμες, αλλά καμία δεν τεκμηρίωνε τη χρησιμότητά της στην πρόληψη της κατάθλιψης. Στον τομέα της δευτερογενούς πρόληψης, τόσο μελέτες διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας όσο και μελέτες που συμπεριλαμβάνουν και τους δύο γονείς σε ψυχο-εκπαιδευτικές επισκέψεις, υπόσχονται αρκετά, αλλά ακόμη δεν παρέχουν επαρκή δεδομένα για να τυποποιηθεί κάποιος πρακτικός τρόπος παρέμβασης [361].

1. ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο πρώτος βασικός στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η *συλλογή επιδημιολογικών στοιχείων* σχετικά με τη συχνότητα της Επιλόχειας Κατάθλιψης (ΕΛΚ) στον Ελληνικό χώρο

Μία δεύτερη παράμετρος που απασχόλησε τη μελέτη ήταν η *διερεύνηση παραγόντων κινδύνου* που ενδεχομένως συνεισφέρουν στην εμφάνιση ΕΛΚ, καθώς ελάχιστα είναι γνωστά για το θέμα αυτό όσον αφορά στον Ελληνικό πληθυσμό

Τέλος, στα πλαίσια του παρόντος ερευνητικού προγράμματος παρέχονταν στις νέες μητέρες που έπασχαν από Επιλόχεια Κατάθλιψη η δυνατότητα *διαχρονικής παρακολούθησης*.

2. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Πριν από την πλήρη εφαρμογή του πρωτοκόλλου προηγήθηκε μια πιλοτική μελέτη με μικρό δείγμα γυναικών, για να εκτιμηθεί η δυνατότητα εφαρμογής του ερευνητικού σχεδιασμού, η λειτουργικότητα του πρωτοκόλλου, η δυνατότητα συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων φορέων της μελέτης, η δυνατότητα συνεργασίας με τις μητέρες, η λειτουργικότητα των εργαλείων που επιλέχθηκαν, καθώς και να επισημανθούν και να επιλυθούν απρόβλεπτα τεχνικά προβλήματα που ενδεχομένως θα προέκυπταν.

Η πιλοτική μελέτη διεξήχθη κατά το διάστημα 1-1-2006 έως 1-2-2006 και μελέτησε δι-εξοδικά ένα δείγμα 23 γυναικών κατά τη δεύτερη ημέρα της λοχείας. Με ατομικές συνεντεύξεις ελήφθησαν πληροφορίες σχετικά με το ατομικό, οικογενειακό και γυναικολογικό ιστορικό καθώς και για το ιστορικό της παρούσας κύησης και του τοκετού. Επιπλέον, χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια Psychological Separation Inventory (PSI), Defense Style Questionnaire (DSQ), General Health Questionnaire (GHQ-28), EPDS, Hopkins Symptom Check-List (SCL-90), Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D), Peykel's Life Events και WHO Quality of Life (WHOQOL-BREF).

Η πιλοτική αυτή μελέτη έδωσε στην ερευνητική ομάδα την ευκαιρία να εγκαταστήσει σταθερές σχέσεις με το προσωπικό της Μαιευτικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, με το οποίο θα συνεργαζόταν στενά για τα επόμενα χρόνια, και επίσης να εκτιμήσει τη λειτουργικότητα του πακέτου χορήγησης των ερωτηματολογίων, τα drop-outs, την ευκολία συμπλήρωσής τους από τις λεχωίδες, και να προβεί σε λεπτές διαφοροποιήσεις του προγράμματος.

Παράλληλα, η επεξεργασία των δεδομένων που προέκυψαν από το σύνολο των ερωτηματολογίων της πιλοτικής μελέτης έδωσε και μερικά παράπλευρα αποτελέσματα, στο πλαίσιο των διαφόρων συσχετίσεων μεταξύ των πολλών μεταβλητών που καταγράφηκαν. Οι συσχετίσεις αυτές στο δείγμα της πιλοτικής μελέτης έγιναν με σκοπό τη διερεύνηση της ικανότητας του δείγματος να δώσει στατιστικά επαρκώς τεκμηριωμένα αποτελέσματα, καθώς ένα βασικό σκέλος της παρούσας μελέτης προσανατολίζονταν στη λεπτομερή διερεύνηση των ψυχοδυναμικών παραμέτρων που ενδεχομένως συνιστούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ΕΛΚ. Έτσι, στο αρχικό αυτό δείγμα, διερευνήθηκε κατά πόσο σχετίζεται ο βαθμός διαφοροποίησης της νέας γυναίκας που γίνεται μητέρα από τις γονεϊκές της μορφές, με το επίπεδο οργάνωσης της αμυντικής της λειτουργίας, όπως αυτή ορίζεται από την ψυχολογία του Εγώ.

Η μικρή αυτή αρχική μελέτη τεκμηρίωσε την καλή λειτουργικότητα των περισσότερων εργαλείων της έρευνας και τη δυνατότητα που έχουν να παρέχουν αξιόπιστα και στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Έτσι, μετά από συζήτηση και επεξεργασία των συμπερασμάτων από την ερευνητική ομάδα, και αφού αυτή προχώρησε σε μερικές αλλαγές του πρωτοκόλλου όσον αφορά στα εργαλεία της μελέτης αλλά και σε τεχνικής φύσεως αλλαγές για την καλύτερη και ορθολογικότερη κατανομή του χρόνου των ερευνητών και των λεχωίδων, αποφασίστηκε η έναρξη της έρευνας.

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

3.1. Δειγματοληψία

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από το Φεβρουάριο 2006 έως το Δεκέμβριο 2007. Οι νέες μητέρες που συμμετείχαν στην έρευνα προέρχονται από τη Μαιευτική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Στην ευρύτερη περιφέρεια των Ιωαννίνων είναι ελάχιστες οι ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές και είναι δεδομένο πως την τελευταία δεκαετία το σύνολο σχεδόν των τοκετών πραγματοποιείται στα Νοσοκομεία των Ιωαννίνων. Έτσι, οι λεχωίδες που αποτέλεσαν το δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης προέρχονται τόσο από αγροτικούς όσο και από ημιαστικούς και αστικούς πληθυσμούς, είναι διαφόρων μορφωτικών επιπέδων και ανήκουν σε κάθε κοινωνικοοικονομική τάξη. Κατά συνέπεια η συμμετοχή στην έρευνα γυναικών από τη συγκεκριμένη μαιευτική κλινική, εξασφάλισε την απαραίτητη *αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος* ώστε ο πληθυσμός των νέων μητέρων να συνιστά ένα *ευρύ μη επιλεγμένο συστηματικό δείγμα* (Largely Unselected Systematic Sample) [25].

Κριτήρια αποκλεισμού των λεχωίδων από την έρευνα ήταν τα εξής:

- προβλήματα επικοινωνίας (χαμηλή νοημοσύνη, μη επαρκής γνώση της Ελληνικής γλώσσας),
- ύπαρξη άλλων σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών (π.χ. ψύχωση),
- σοβαρή επιμένουσα και ανθιστάμενη κατάθλιψη για τουλάχιστον 2 χρόνια πριν τον τοκετό,
- τρέχον ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ ή ψυχοτρόπων ουσιών,
- σοβαρές σωματικές παθήσεις που απαιτούν στενή παρακολούθηση ή και νοσηλεία (ιδιαίτερα αυτές που συνοδεύονται από κατάθλιψη) και
- η συμμετοχή σε κάποιο πρόγραμμα συστηματικής ψυχοθεραπείας το χρονικό διάστημα των 12 προηγούμενων μηνών.

Στην έρευνα τελικά *εντάχθηκαν 413 λεχωίδες* (2^η-4^η ημέρα μετά τον τοκετό), εκ των οποίων 242 (58,6%) *ολοκλήρωσαν τη συμμετοχή τους* στη μελέτη, ανταποκρινόμενες θετικά στην επικοινωνία μαζί τους κατά τη δεύτερη φάση εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας (5^η-6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό). Το σύνολο των τοκετών που πραγματοποιούνται στη Μαιευτική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κατ' έτος, είναι περίπου διπλάσιο από τον αριθμό των λεχωίδων που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Όπως προκύπτει, η συμφωνία για συμμετοχή και τελικά επίτευξη συνεργασίας στο χρονικό διάστημα υλοποίησης της έρευνας ελάχιστα υπερβαίνει το 50% των μητέρων, ποσοστό που θεωρείται από τη βιβλιογραφία απαραίτητο για την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων [48,6]. Επιπλέον, οι λεχωίδες που ολοκλήρωσαν τη συμμετοχή τους στη μελέτη αποτελούν το 58.6% των αρχικά ενταχθεισών στην έρευνα. Οι υπόλοιπες είτε αρνήθηκαν είτε είχαν δώσει εξ αρχής εσφαλμένα στοιχεία επικοινωνίας ή ακόμη και είχαν συμπληρώσει ανώνυμα τα ερωτηματολόγια. Επιπλέον, κάποιες λεχωίδες, ιδίως οι πολυτόκες, επικαλούνταν την έλλειψη χρόνου κατά την επικοινωνία μας μαζί τους. Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι η στατιστική ανάλυση δεν ανέδειξε διαφορές στα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και στις συνθήκες της παρούσας κύησης και του τοκετού μεταξύ των δύο υποομάδων των λεχωίδων.

3.2. Επιδημιολογική / κλινική μελέτη – παράγοντες κινδύνου

Η μελέτη διεξήχθη σε δύο φάσεις:

► 1^η Φάση (2^η – 4^η ημέρα μετά τον τοκετό – αρχική αξιολόγηση)

Αρχικά οι νέες μητέρες ενημερώνονταν για τη μελέτη από το νοσηλευτικό προσωπικό της Μαιευτικής Κλινικής και από το Μαιευτήρα τους. Ακολούθως πραγματοποιούνταν μια πρώτη επαφή με την κάθε μητέρα (2^η – 4^η ημέρα μετά τον τοκετό) προκειμένου να ενημερωθεί για τους σκοπούς της έρευνας. Στη συνέχεια ζητούσαμε την έγκριση τους για να συμμετάσχουν στη μελέτη, τονίζοντας ιδιαίτερα το σημείο του ιατρικού απορρήτου, και την άδεια να μας επιτρέψουν να έχουμε επικοινωνία μαζί τους για την επανεκτίμηση κατά τους επόμενους μήνες τηλεφωνικά (αρχικά), και στη συνέχεια με ραντεβού είτε στο Νοσοκομείο είτε ακόμη και με επίσκεψή μας στο σπίτι. Εφόσον η μητέρα συναινούσε στη συμμετοχή της στην έρευνα υπέγραφε τη φόρμα συγκατάθεσης.

Στη συνέχεια λαμβάνονταν βασικές πληροφορίες που αφορούσαν τη λεχωίδα και σχηματιζόταν ένα πλήρες κοινωνικό ιστορικό (ηλικία, επάγγελμα, εκπαίδευση, σχέσεις με οικείους, ψυχοτραυματικά γεγονότα ζωής), ιατρικό ιστορικό (οργανικές και ψυχιατρικές παθήσεις, λήψη φαρμακευτικής αγωγής) και μαιευτικό ιστορικό (προηγούμενες κυήσεις, εξέλιξη της παρούσας εγκυμοσύνης, πληροφορίες για τον τοκετό και το βρέφος). Το ιστορικό αυτό καταγραφόταν σε προεκτυπωμένο έντυπο συλλογής δημογραφικών στοιχείων, ιατρικού και μαιευτικού ιστορικού αντίστοιχα. Ακολούθως χορηγούνταν τα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια (αναλυτική περιγραφή στην αντίστοιχη παράγραφο).

Συστήναμε στις λεχωίδες η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων να γίνεται απουσία άλλων μελών της οικογένειας, καθώς από τη βιβλιογραφία είναι γνωστό ότι η παρουσία συγγενών ενδέχεται να επηρεάσει την αξιόπιστη καταγραφή των δεδομένων, ιδιαιτέρως όσον αφορά στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων που εκτιμούν την ψυχοπαθολογία [151]. Οι νέες μητέρες έχουν την τάση να υπερβάλλουν ή να ελαχιστοποιούν τις ψυχολογικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, οδηγώντας έτσι ή σε υψηλότερες βαθμολογίες σε ερωτηματολόγια που ανιχνεύουν κατάθλιψη ή σε «ψευδώς αρνητικά» αποτελέσματα [151].

Τέλος, κατά τη συλλογή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων, ενημερώναμε κάθε λεχωίδα ότι το προσωπικό της έρευνας αλλά και της Ψυχιατρικής Κλινικής ήταν διαθέσιμο στην ίδια για οποιαδήποτε απορία, συμβουλή ή και δυσκολία που αντιμετωπίζει ή ενδεχομένως θα αντιμετώπιζε, ανεξαρτήτως της συμμετοχής της στην έρευνα, τονίζοντας ότι σκοπός μας είναι να βοηθήσουμε τη νέα μητέρα.

Συνοπτικά, στην πρώτη φάση στις λεχωίδες χορηγήθηκαν τα εξής:

1. Η κάρτα συλλογής των Δημογραφικών Στοιχείων
2. Η κάρτα συλλογής Γυναικολογικών και Μαιευτικών Πληροφοριών
3. Κάρτα ερωτήσεων σχετικά με τις συνθήκες της εγκυμοσύνης, τη στάση τους απέναντι σε αυτήν, τη σχέση με το σύζυγο, πληροφορίες για την οικογενειακή δυναμική κ.λπ.
4. Τα παρακάτω αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια:
 - Η Κλίμακα Εκτίμησης της Επιλόχειας Κατάθλιψης EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS)
 - Η Κλίμακα Γεγονότων Ζωής (Life Events)
 - Το Ερωτηματολόγιο Μελέτης του Αμυντικού Προφίλ (Defense Style Questionnaire-DSQ)
 - Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire- GHQ-28)
 - Η κλίμακα για την κατάθλιψη Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D)
 - Το Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής WHOQOL-BREF

- Το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας-Εχθρότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ).
- Η Κλίμακα εκτίμησης της Αίσθησης Συνεκτικότητας (Sense of coherence -SOC)
- Η κλίμακα εκτίμησης της Δύναμης του Εγώ (MMPI – Egs Κλίμακα “Ego - Strength”).

► 2^η Φάση (5^η-6^η Εβδομάδα μετά τον τοκετό)

Όσον αφορά στην επανεκτίμηση, αυτή πραγματοποιούνταν την 5^η – 6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό προκειμένου να ανιχνευθούν οι λεχwoίδες που εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Για το σκοπό αυτό, στη φάση αυτή επαναχορηγήθηκε μόνον το βασικό πακέτο των ερωτηματολογίων που αφορούν στην εκτίμηση της κατάθλιψης. Αρχικά γινόταν μια τηλεφωνική επικοινωνία με τις νέες μητέρες οι οποίες είχαν συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια στην πρώτη φάση της μελέτης και τους ζητούσαμε να συμπληρώσουν 3 ερωτηματολόγια (EPDS, CES-D, GHQ-28) τηλεφωνικά. Αν η μητέρα δεν διέθετε χρόνο για τη συμπλήρωση αλλά δεχόταν να συμμετάσχει στην επανεκτίμηση, παρέχονταν η εναλλακτική της ταχυδρομικής αποστολής των ερωτηματολογίων με προπληρωμένο τέλος .

Η επιλογή της συγκεκριμένης χρονικής στιγμής για την πραγματοποίηση της επανεκτίμησης βασίστηκε στις συστάσεις των δημιουργών της κλίμακας EPDS για τη μεγιστοποίηση της δυνατότητας ανίχνευσης των καταθλιπτικών νέων μητέρων [151]. Έχει ήδη αναφερθεί ότι οι επιλόχειες διαταραχές της διάθεσης έχουν συνήθως έναρξη τις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό και για πολλές λεχwoίδες η συμπτωματολογία υφείται αυτομάτως στο επόμενο χρονικό διάστημα [231]. Κατά συνέπεια η αξιολόγηση της ύπαρξης ψυχοπαθολογίας σε ένα απώτερο χρονικό διάστημα θα «αγνοούσε» ένα σημαντικό ποσοστό καταθλιπτικών νέων μητέρων.

Άλλωστε η έγκαιρη αναγνώριση των λεχwoίδων που εμφάνιζαν οποιουδήποτε βαθμού ψυχολογική καταπόνηση παρείχε τη δυνατότητα σχεδιασμού και πραγματοποίησης πρώιμης παρέμβασης ώστε να προληφθεί περαιτέρω επιδείνωση της ψυχοπαθολογίας της μητέρας αλλά και να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις στο βρέφος, οι οποίες, όπως έχει ήδη αναφερθεί, μπορεί να εμφανιστούν πολύ πρώιμα και να παραμείνουν και μετά ακόμη και την αποδρομή των συμπτωμάτων της μητέρας.

4. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

4.1. Κλίμακα Γεγονότων Ζωής (Life Events)

Η κλίμακα «Life events» αναπτύχθηκε από τον Paykell [456] για την αξιολόγηση των στρεσογόνων γεγονότων ζωής, ώστε να διερευνηθεί ο ρόλος του στρες στην έναρξη και την πορεία της νόσου. Πρόκειται για μια ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα. Η έννοια των «Γεγονότων Ζωής», όπως εκείνα εξετάζονται βάσει της συγκεκριμένης κλίμακας, αναφέρεται σε αποδεδειγμένα, χρονολογήσιμα γεγονότα, τα οποία σχετίζονται με την εξωτερική, κοινωνική πραγματικότητα. Ως εκ τούτου, ενδογενή φαινόμενα όπως για παράδειγμα ενδεχόμενες αλλαγές στον τρόπο αντίληψης των γεγονότων, δεν αξιολογούνται στα πλαίσια της συγκεκριμένης κλίμακας. Αξίζει να αναφερθεί ιδιαίτερα η περίπτωση της σωματικής νόσου, η οποία, παρόλο που καθαυτή δε συνιστά μια αλλαγή του εξωτερικού περιβάλλοντος, έχει ως αποτέλεσμα σχετικές αλλαγές. Ωστόσο, γεγονότα που συνδέονται με την παρουσία ψυχικής διαταραχής δεν αξιολογούνται, καθώς θεωρείται ότι μπορεί να συνιστούν απόρροια αυτής.

Η κλίμακα που χορηγήθηκε στις νέες μητέρες περιλαμβάνει 58 γεγονότα ζωής και μια ανοιχτή ερώτηση για την ύπαρξη άλλου σημαντικού συμβάντος, το οποίο δεν έχει αναφερθεί. Τα γεγονότα ζωής που αναφέρονται ομαδοποιούνται σε 10 τομείς : την επαγγελματική, εκπαιδευ-

τική και οικονομική κατάσταση, την υγεία, την απώλεια προσφιλούς προσώπου, τη μετανάστευση, τη σχέση και τη συμβίωση, τη σχέση με το νόμο, την οικογένεια, τον κοινωνικό και έγγαμο βίο. Η συγκεκριμένη κλίμακα επιτρέπει και την εκτίμηση του συνολικού αριθμού των γεγονότων ζωής που έλαβαν χώρα κατά τους τελευταίους 12 μήνες.

4.2. Ερωτηματολόγιο Μελέτης του Αμυντικού Προφίλ. (DSQ: Defense Style Questionnaire)

Το ερωτηματολόγιο DSQ είναι ένα σχετικά νέο ερωτηματολόγιο, που δημιουργήθηκε για να βοηθήσει κλινικά και ερευνητικά στη μελέτη των Μηχανισμών Άμυνας του Εγώ [74,71,73]. Όπως είναι φανερό, η θεωρητική του βάση είναι ψυχαναλυτική, και η δημιουργία του έχει βασιστεί στην προϋπόθεση ότι τα άτομα είναι επαρκώς ενήμερα για τον τρόπο που αντιδρούν σε καταστάσεις σύγκρουσης και στρες, παρέχοντας πληροφορίες για την αμυντική συγκρότηση και λειτουργία τους. Η κλίμακα DSQ έχει σκοπό να εκτιμήσει τις συνειδητές εκφάνσεις των αμυντικών μηχανισμών και να εξάγει συμπεράσματα για τον ιδιαίτερο, χαρακτηριστικό τρόπο που κάθε άτομο διαχειρίζεται την όποια σύγκρουση αντιμετωπίζει, είτε συνειδητή είτε ασυνειδητή. Αναπτύχθηκε με βάση την υπόθεση ότι οι άμυνες ακολουθούν μια ιεραρχική τάξη οργάνωσης στο συνεχές «ανωριμότητα-ωριμότητα», συγκροτώντας «Αμυντικά Προφίλ». Οι έρευνες δείχνουν ότι αν και οι διάφορες παράμετροι της αμυντικής λειτουργίας που εκτιμάει επηρεάζονται από τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, εντούτοις αποτελούν σε κάποιο βαθμό ανεξάρτητα και πιο σταθερά χαρακτηριστικά από μια τέτοια συμπτωματολογία.

Το DSQ είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 88 «διαπιστώσεις» (statements), στις οποίες ο εξεταζόμενος απαντά με βάση το πώς εκτιμά ότι αντιδρά ο εαυτός του σε διάφορες καταστάσεις, βαθμολογώντας τη στάση του σε κάθε μία ερώτηση από 1 έως 9 (εννιάβαθμη κλίμακα τύπου Likert), ανάλογα με το αν συμφωνεί πλήρως ή διαφωνεί απολύτως με τη «διαπίστωση». Κάθε μία «διαπίστωση» έχει σχεδιαστεί ώστε να αναπαριστά ένα συγκεκριμένο αμυντικό μηχανισμό. Αυτές οι 88 «διαπιστώσεις» αντιστοιχίζονται σε 24 μηχανισμούς άμυνας, οι οποίοι με τη σειρά τους ομαδοποιούνται σε 4 αμυντικά προφίλ. Όλες οι κλίμακες έχουν δομηθεί με τρόπο ώστε οι υψηλές βαθμολογίες σε οποιαδήποτε μεταβλητή να υποδεικνύουν ότι το άτομο χρησιμοποιεί το συγκεκριμένο μηχανισμό άμυνας σε έναν σημαντικό βαθμό.

Το ερωτηματολόγιο DSQ, αρχικά δίνει ένα «*Προφίλ Άμυνας*» (Defense Style), δίνει δηλαδή ένα μέτρο του πώς γενικά αντιδρά ένα άτομο. Τα αμυντικά προφίλ στα οποία καταλήγει είναι τέσσερα:

- Το «*Δυσπροσαρμοστικό*» (Maladaptive action pattern), που σημαίνει ότι το άτομο χρησιμοποιεί κυρίως ανώριμους μηχανισμούς άμυνας, όπως την απόσυρση (withdrawal), την παλινδρόμηση (regression), την εκδραμάτιση (acting out), την αναστολή (inhibition), την παθητική επιθετικότητα (passive aggression) και την προβολή (projection).
- Το προφίλ της «*Διαστρέβλωσης της Αναπαράστασης*» (Image Distorting), όπου επικρατούν η παντοδυναμία (omnipotence), η σχάση (splitting) και η ανώριμη εξιδανίκευση (primitive idealization).
- Το προφίλ της «*Αυτοθυσίας*» (Self-sacrificing), όπου επικρατεί ο μηχανισμός εξ αντιδράσεως (reaction formation) και του ψευδοαλτρουϊσμού (pseud altruism), και
- Το «*Προσαρμοστικό*» προφίλ (Adaptive Style), στο οποίο επικρατούν οι περισσότερο ώριμοι μηχανισμοί της καταστολής (suppression), της μετουσίωσης (sublimation) και του χιούμορ (humor).

Σε δεύτερο επίπεδο ανάλυσης, το DSQ δίνει τη δυνατότητα να αναλυθούν συνολικά 28 *επιμέρους Μηχανισμοί Άμυνας* ξεχωριστά. Υπάρχουν δε και κάποια λήμματα που συνιστούν κλίμακα ψεύδους. Αυτά δεν ανήκουν σε κανένα αμυντικό στυλ.

Το DSQ έχει συσχετιστεί με πλήθος εργαλείων που εκτιμούν άγχος, κατάθλιψη, γενική ψυχοπαθολογία, διαταραχή προσωπικότητας, διαταραχές πρόσληψης τροφής, νευρωτισμό, στρες ζωής και στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων. Δείχνει ικανοποιητική διακριτική ικανότητα στη διαφοροποίηση των κλινικών από τις μη-κλινικές περιπτώσεις στις ακόλουθες διαταραχές: ανορεξία και βουλιμία [527,523,501,536,550,64], άγχος [464,15,332,402,357], κατάθλιψη [13,558,70,518], κακοποίηση παιδιού [484] και διαταραχές προσωπικότητας [69,306,345,497,539,175,514,336,399]. Επιπλέον η αμυντική συγκρότηση (και το DSQ ως μέτρο εκτίμησής της) μπορεί να έχουν και προγνωστική σημασία, αν και απαιτούνται περαιτέρω έρευνες που να επικυρώνουν την ικανότητα του συγκεκριμένου εργαλείου να συνεισφέρει και προγνωστικά [270,70,21].

Μεταφρασμένες εκδοχές του εργαλείου έχουν χρησιμοποιηθεί σε μελέτες ψυχοπαθολογίας στη Νορβηγία, Φινλανδία, Ολλανδία, Γερμανία, Ιταλία, Ελβετία, Κίνα, Αίγυπτο.

Το DSQ έχει αποδοθεί στα ελληνικά με την άδεια του κ. Bond και η προσαρμογή και **στάθμισή του στον ελληνικό πληθυσμό** πραγματοποιείται από τη δική μας ερευνητική ομάδα. Η Παραγοντική Ανάλυση (Factor Analysis) ταυτοποίησε τέσσερις παράγοντες, οι οποίοι στην πλειονότητά τους συγκροτούνται από άμυνες που συγκροτούν και τους παράγοντες της πρωτότυπης έκδοσης.

Οι συσχετίσεις των παραγόντων μεταξύ τους βρέθηκαν συμβατές με το ιεραρχικό μοντέλο αμυντικής λειτουργίας που αποτελεί τη θεωρητική βάση κατασκευής του ερωτηματολογίου. Έτσι, τα «ανώριμα» προφίλ σχετίζονται στενά και θετικά μεταξύ τους, ενώ το «προσαρμοστικό προφίλ» σχετίζεται αρνητικά με το προφίλ «Διαστρέβλωση της Εικόνας» και το «Δυσπροσαρμοστικό». Ενδιαφέρον είναι ότι στο Ελληνικό δείγμα το προφίλ «Αυτοθυσία» σχετίζεται στενά και θετικά με το «Προσαρμοστικό» προφίλ.

Όλοι οι παράγοντες έδειξαν πολύ υψηλούς και στατιστικά σημαντικούς συντελεστές Επαναληπτικής Αξιοπιστίας (ΣΕΑ).

Οι συντελεστές Εσωτερικής Συνοχής Alpha Cronbach κυμάνθηκαν από ικανοποιητικά έως υψηλά επίπεδα. Συγκεκριμένα:

- Το «*Δυσπροσαρμοστικό προφίλ*» στην Ελληνική Έκδοση, συγκροτούμενο από τους ίδιους μηχανισμούς άμυνας όπως και η πρωτότυπη έκδοση (Προβολή, Παθητική Επιθετικότητα, Αναστολή, Εκδραμάτιση, Παλινδρόμηση και Απόσυρση) έδωσε συντελεστή Alpha Cronbach=0.749.
- Το προφίλ «*Διαστρέβλωση της εικόνας*», όταν συγκροτείται από τους μηχανισμούς που το συγκροτούν και στην πρωτότυπη έκδοση (Σχάση, Παντοδυναμία, Αρχέγονη Εξιδανίκευση), δίνει συντελεστή Alpha Cronbach=0.527, ενώ εάν προστεθεί στην Ελληνική Έκδοση και ο μηχανισμός της «Άρνησης», που επίσης «φορτίζει» στον ίδιο παράγοντα, ο συντελεστής αυξάνεται στο 0.654.
- Το προφίλ «*Αυτοθυσία*», συγκροτούμενο από τους μηχανισμούς που το συγκροτούν στην πρωτότυπη έκδοση (Ψευδοαλtruισμός και Σχηματισμός εξ Αντιδράσεως) δίνει σχετικά χαμηλό συντελεστή Alpha Cronbach (0.404), συντελεστής όμως που αυξάνεται στο 0.511 εάν στην Ελληνική Έκδοση συμπεριληφθούν οι συναφείς με το προφίλ αυτό μηχανισμοί που «φορτίζουν» στον ίδιο παράγοντα (Ακύρωση, «Ανήκειν»).
- Το «*Προσαρμοστικό Προφίλ*», όπως συγκροτείται στην πρωτότυπη έκδοση (Χιούμορ, Μετουσίωση, Καταστολή), έδωσε χαμηλό συντελεστή Alpha Cronbach (0.271). Η προσθήκη

όμως στην Ελληνική Έκδοση και των συναφών μηχανισμών που επίσης «φορτίζουν» στον ίδιο παράγοντα («Ανήκειν - Affiliation», «Προβλέπειν - Anticipation», «Επιδιώκειν - Task Orientation») αυξάνει τον συντελεστή Alpha Cronbach στα αποδεκτά επίπεδα του 0.479.

Το DSQ έχει χρησιμοποιηθεί σε σωματικούς ασθενείς [557,296] και τα μέχρι στιγμής αποτελέσματα δείχνουν ότι το συγκεκριμένο εργαλείο στην Ελληνική Έκδοση είναι ένα αξιόπιστο, έγκυρο και χρήσιμο μέσο για την εκτίμηση της ανάπτυξης και λειτουργίας του Εγώ μέσω της αμυντικής του οργάνωσης.

4.3. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας GHQ-28 (General Health Questionnaire)

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας αναπτύχθηκε από τον Goldberg [227]. Είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο που έχει ως στόχο την ανίχνευση ψυχικών διαταραχών σε άτομα που το συμπληρώνουν σε υπηρεσίες στην κοινότητα (πρωτοβάθμια περίθαλψη και εξωτερικά ιατρεία). Είναι εύκολο να χορηγηθεί, αποδεκτό από τους εξεταζόμενους, σχετικά βραχύ και αντικειμενικό, με την έννοια ότι δεν επιτρέπει από την πλευρά του ατόμου που το χορηγεί υποκειμενικές εκτιμήσεις για εκείνον που το συμπληρώνει. Το GHQ ενδιαφέρεται ειδικά για τον ενδιάμεσο χώρο μεταξύ της ψυχολογικής νόσου και της ψυχολογικής υγείας. Εστιάζει σε δύο τάξεις φαινομένων: στην ανικανότητα να εξακολουθεί κανείς να εκπληρώνει τις φυσιολογικές, «υγιείς» λειτουργίες του και στην εμφάνιση νέων φαινομένων που προκαλούν ενόχληση επικεντρώνεται δηλαδή στις αλλαγές της φυσιολογικής λειτουργικότητας και όχι στα μακροχρόνια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.

Χωρίζεται σε 4 υποκλίμακες: τη Σωματική υποκλίμακα (1-7), την υποκλίμακα Άγχους και Αϋπνίας (8-14), την υποκλίμακα Κοινωνικής Δυσλειτουργίας (15-21) και την υποκλίμακα Σοβαρής Κατάθλιψης [22-28]. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται στη βάση τετραβάθμιας κλίμακας τύπου Likert (0-1-2-3, όπου 0 αναφέρεται σε απουσία του συμπτώματος και όπου 3 σε έντονη παρουσία αυτού). Οι μικρές βαθμολογίες στις διάφορες υπο-κλίμακες σηματοδοτούν και καλή υγεία για το υποκείμενο.

Εναλλακτικά, το GHQ μπορεί να αντιμετωπιστεί σαν διχοτομική κλίμακα, έτσι ώστε μόνο οι παθολογικές αποκλίσεις από το φυσιολογικό να δίνουν βαθμό σε κάθε ερώτημα (δηλαδή οι απαντήσεις που δεν περιγράφουν αλλαγή από την προηγούμενη κατάσταση βαθμολογούνται με 0, ενώ αυτές που δείχνουν μεταβολές στα συμπτώματα ή την συμπεριφορά του υποκειμένου βαθμολογούνται με 1). Σ' αυτή την εναλλακτική μέθοδο βαθμολόγησης το σημείο διαχωρισμού μεταξύ παρουσίας ή μη ψυχικής διαταραχής είναι ίσο με 4/5 για τον Ελληνικό πληθυσμό. Η προσαρμογή του ερωτηματολογίου στον Ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και ιδιαίτερα υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's alpha = .93, $p < .001$) [214].

4.4. Κλίμακα για την Κατάθλιψη

Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D)

Η κλίμακα Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) είναι ένα πολύ γνωστό και ευρέως χρησιμοποιούμενο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση της κατάθλιψης [469]. Όπως και όλα τα ανάλογα ερωτηματολόγια, στόχο έχει να αποτελέσει ένα εργαλείο αρχικής εκτίμησης (screening) και όχι να υποκαταστήσει την ψυχιατρική συνέντευξη. Έχει ευρέως χρησιμοποιηθεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα και υψηλότερες τιμές στην κλίμακα αυτή είναι ενδείξεις βαρύτερης κατάθλιψης [317].

Η κλίμακα CES-D αποτελείται από 20 θέματα που καλύπτουν συναισθηματικά, ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης. Ο ασθενής καλείται να προσδιορίσει τη συχνότητα με την οποία βιώνει κάθε ένα από αυτά τα συμπτώματα, δηλώνοντας αν κάθε σύμπτωμα συμβαίνει «λίγο», «κάποιες φορές», «αρκετές φορές», ή «τον περισσότερο καιρό» [114].

Η κλίμακα έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά και έχουν μελετηθεί και οι ψυχομετρικές της ιδιότητες για τον Ελληνικό πληθυσμό [209]. Τα ευρήματα της μελέτης αυτής τεκμηριώνουν την αξιοπιστία και την εγκυρότητά της για κλινική και ερευνητική χρήση στην Ελλάδα, ενώ το σημείο αποκοπής (cutoff level) με την μεγαλύτερη ευαισθησία και ειδικότητα είναι το 23/24.

4.5. Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής (WHOQOL-BREF)

Πρόκειται για μια συντομευμένη έκδοχή του 100 ερωτήσεων ερωτηματολογίου για τη διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής WHOQOL-100. Παρέχει πληροφορίες για τέσσερις περιοχές που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής: τη Σωματική Υγεία (απουσία ή παρουσία πόνου και κόπωσης, ποιότητα ύπνου κ.λπ.), την Ψυχολογική Υγεία (θετικά ή αρνητικά συναισθήματα, εικόνα εαυτού κ.λπ.), τις Κοινωνικές Σχέσεις (προσωπικές σχέσεις, σεξουαλική δραστηριότητα) και το Περιβάλλον (οικιστικό, φυσικό, κοινωνική και υγειονομική πρόνοια). Δίνει επίσης ένα γενικό δείκτη εκτίμησης της ποιότητας ζωής και της γενικής κατάστασης της υγείας.

Θεωρείται έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο, η δε συντομευμένη αυτή μορφή θεωρείται περισσότερο χρήσιμη και ευέλικτη για μελέτες που απαιτούν μια σύντομη εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής, όπως οι μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες και οι κλινικές δοκιμές. Συνιστάται επίσης ιδιαίτερα για χρήση από επαγγελματίες υγείας που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων [546,515]. Τέλος έχει χρησιμοποιηθεί και στη χώρα μας για την αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής ασθενών με χρόνιες σωματικές παθήσεις [299].

Αν και σε έκταση αποτελεί μόλις το ¼ του WHOQOL-100, το WHOQOL-BREF παρουσιάζει μεγάλη ευρύτητα και περιεκτικότητα. Επιπλέον, αν και είναι ελάχιστα μεγαλύτερο από άλλα εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής (π.χ. SF-12), περικλείει έναν μεγάλο αριθμό θεματικών ενότητων επιτρέποντας μια πιο ολοκληρωμένη εκτίμηση της ποιότητας ζωής, όπως των κοινωνικών σχέσεων και του περιβάλλοντος, οι οποίες δεν περιλαμβάνονται σε ανάλογα εργαλεία.

Οι ερωτήσεις ακολουθούν την πενταβάθμια κλίμακα του Likert (με διαβαθμίσεις από το 1 ως το 5) και το άτομο καλείται να τις απαντήσει, αναλογιζόμενο τον εαυτό του και τη ζωή του κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Οι μεγάλες βαθμολογίες στις διάφορες υπο-κλίμακες σηματοδοτούν καλή υγεία και Ποιότητα Ζωής για το υποκείμενο.

Η ικανότητα του συγκεκριμένου εργαλείου να εκτιμήσει την ποιότητα ζωής και η καλή του λειτουργία έχει εκτιμηθεί σε μεγάλες μελέτες, κυρίως σε αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, και έχει μεταφραστεί μέχρι στιγμής σε 19 γλώσσες. Ενδιαφέρον σημείο στο θέμα αυτό είναι το γεγονός πως στις διαπολιτιστικές αυτές μελέτες οι γυναίκες απέδωσαν πολύ μεγαλύτερη σημασία και εκτιμούσαν ως ιδιαίτερα σημαντικά τα θέματα των ερωτήσεων από ό,τι οι άντρες, γεγονός που διαπιστώθηκε και για τις μικρότερες ηλικίες, σε σχέση με τις μεγαλύτερες [499]. Επίσης είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η ύπαρξη συμπτωμάτων ψυχολογικής καταπόνησης, και κυρίως καταθλιπτικών συμπτωμάτων, επηρεάζουν με έναν αρνητικό τρόπο πολλές από τις διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής. Κατά συνέπεια στις έρευνες που εκτιμούν διάφορες παραμέτρους της Ποιότητας Ζωής πρέπει να συνεκτιμάται και η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας. [318,10].

Η μετάφραση και η στάθμιση του ερωτηματολογίου για τη χορήγησή του στον Ελληνικό πληθυσμό, πραγματοποιήθηκε από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνερ-

γασία με το Αιγινήτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και εξασφάλισε τη γλωσσική και πολιτιστική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, ενώ χρειάστηκε να προστεθούν κάποιες ερωτήσεις που αφορούν τομείς, οι οποίοι παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη διαμόρφωση της έννοιας ποιότητας ζωής στα πολιτισμικά μας δεδομένα. [515,253,223,224]

4.6. Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας-Εχθρότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ)

Το ερωτηματολόγιο HDHQ αναπτύχθηκε από τους Caine, Foulds και Hope (1967) και αφορά στην εκτίμηση ενός ευρέως φάσματος πιθανών εκδηλώσεων επιθετικότητας. Βασίζεται στη θεωρία του Foulds για την προσωπικότητα και τη νόσο, στην οποία η νόσος θεωρείται ως ένα συνεχές αυξανόμενων βαθμών αποτυχίας του ατόμου να εγκαταστήσει ή να διατηρήσει διαπροσωπικές σχέσεις αμοιβαιότητας. Οι περισσότεροι άνθρωποι όταν διατηρούν σχέσεις βασισμένες στην αμοιβαιότητα συμπάσχουν με τους άλλους, ενώ στην αντίθετη περίπτωση εύκολα καταφεύγουν στο να μέμφονται τον εαυτό τους ή τους άλλους, ιδίως σε στρεσογόνες περιόδους. Ο Foulds υποστηρίζει ότι το να καταφεύγει κανείς στην ενοχή είναι σαν να επιστρέφει στην εγωκεντρικότητα και κατ' επέκτασιν στη νόσο.

Το συγκεκριμένο εργαλείο αξιολογεί το βαθμό ετοιμότητας για εκδήλωση εχθρικής συμπεριφοράς, η οποία δεν αναφέρεται στην άσκηση σωματικής βίας, αλλά στη διαμόρφωση επικριτικής στάσης απέναντι στους άλλους (εξωστρεφόμενη επιθετικότητα) ή απέναντι στον εαυτό (ενδοβαλόμενη επιθετικότητα). Έχει χρησιμοποιηθεί ως ερευνητικό εργαλείο σε έρευνες πληθυσμών ψυχωτικών και νευρωτικών ασθενών, αλκοολικών, αποπειραθέντων αυτοκτονία, ασθματικών, ασθενών σε αιμοδιάλυση, φυλακισμένων κλπ. [287,486,108,109,208,565,458].

Αποτελείται από 51 ερωτήματα, τα οποία αναφέρονται στις εξής διαστάσεις: α) εκδραματιζόμενη επιθετικότητα, β) παραληρητική επιθετικότητα, γ) κριτική των άλλων, δ) αυτοκριτική, και ε) ενοχή. Η εκδήλωση εκδραματιζόμενης και παραληρητικής επιθετικότητας, καθώς και η επίκριση των άλλων αφορούν στην εξωστρεφόμενη επιθετικότητα και αποτελούν μέτρο της τιμωρητικότητας, ενώ η αυτοκριτική και η ενοχή αφορούν στην ενδοβαλόμενη επιθετικότητα και αποτελούν μέτρο της αυτοτιμωρίας. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για κάθε εξεταζόμενο, δηλώνοντας Ναι ή Όχι.

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των μετρήσεων στον Ελληνικό πληθυσμό έχει υποστηριχθεί στα πλαίσια διαφόρων μελετών, οι οποίες αφορούν σε δείγμα υγιών δείγμα σωματικά ασθενών [180] καθώς και ψυχιατρικών ασθενών [362]. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως και από τη δική μας ερευνητική ομάδα [299,22,297,300].

4.7. Κλίμακα Εκτίμησης της Αίσθησης Συνεκτικότητας (Sense of coherence -SOC)

Η δημιουργία της κλίμακας βασίζεται στη θεωρία του A. Antonovsky περί «προαγωγής της υγείας» (salutogenesis) και περιγράφει αυτό που εκείνος ονόμασε «αίσθηση συνεκτικότητας» (sense of coherence, SOC). Η «αίσθηση συνεκτικότητας» (SOC) είναι ένα θεωρητικό μοντέλο, που προσπαθεί να εξηγήσει γιατί μερικά άτομα αρρωσταίνουν κατά την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων, ενώ άλλα όχι. Η έννοια της SOC είναι «μια σφαιρική θεώρηση, που εκφράζει το βαθμό στον οποίο κάποιος έχει ένα συνεχές, έντονο και δυναμικό αίσθημα αυτο-

πεποίθησης ότι (α) τα ερεθίσματα που λαμβάνει από το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον στην πορεία της ζωής του είναι δομημένα, προβλέψιμα και εξηγήσιμα (comprehensibility), (β) υπάρχει η δυνατότητα να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις που προκύπτουν από τα συγκεκριμένα ερεθίσματα (manageability) και (γ) οι απαιτήσεις αυτές αποτελούν προκλήσεις, που αξίζουν να ασχοληθεί κάποιος και να επενδύσει πάνω τους (meaningfulness)». Η SOC θεωρείται ότι εκφράζει μια σταθερή διάθεση της προσωπικότητας, που καθορίζει συγκεκριμένη στάση απέναντι στο περιβάλλον και χρησιμεύει ως μείζων μηχανισμός άμυνας για τη διατήρηση της υγείας [601].

Για την εκτίμηση της Αίσθησης Συνεκτικότητας διαμορφώθηκε μια κλίμακα που μπορεί να συμπληρωθεί είτε από το ίδιο το άτομο είτε μέσω συνέντευξης. Η κλίμακα αποτελείται από 29 ερωτήματα· κάτω από κάθε ερώτημα υπάρχει μια επταβάθμια κλίμακα, στα άκρα της οποίας (1 και 7) αντιστοιχούν δύο ακραίες, αντίθετες μεταξύ τους απαντήσεις. Ο ερωτώμενος καλείται να κινηθεί σε αυτή την επταβάθμια κλίμακα και να επιλέξει το βαθμό που ανταποκρίνεται περισσότερο στις σκέψεις του. Τα ερωτήματα είναι διαμορφωμένα κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να μετρούν και τα τρία βασικά στοιχεία της αίσθησης συνεκτικότητας. Το συνολικό άθροισμα από τη βαθμολογία και των 29 ερωτημάτων είναι εκείνο που εκφράζει ποσοτικά την SOC και όσο μεγαλύτερο είναι, τόσο ισχυρότερη θεωρείται η τελευταία.

Η κλίμακα έχει μεταφραστεί σε 33 γλώσσες [186]. Αρκετές μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει την SOC σε ρευματοπάθειες [102,109], καθώς και, προσφάτως, σε ασθενείς με σκληρόδερμα [374,299]. Η SOC έχει μεταφραστεί και σταθμισθεί για τον Ελληνικό πληθυσμό [316].

4.8. Δύναμη Του Εγώ (Κλίμακα «Ego - Strength» του Barron που αποτελεί συμπληρωματική κλίμακα του ερωτηματολογίου MMPI- MMPI – Egs)

Η κλίμακα αυτή, που αποτελεί συμπληρωματική κλίμακα του ερωτηματολογίου MMPI, κατασκευάστηκε αρχικά με σκοπό την πρόβλεψη της θετικής ή της αρνητικής έκβασης της ψυχαναλυτικά προσανατολισμένης ψυχοθεραπείας νευρωτικών ασθενών [34]. Στη συνέχεια, ο Barron διέκρινε τις ευρύτερες δυνατότητές της ως προς την εκτίμηση των χαρακτηριστικών εκείνων γνωρισμάτων της προσωπικότητας που συνήθως σχετίζονται ή εμπεριέχονται μέσα στην έννοια της «Δύναμης του Εγώ». Η «Δύναμη του Εγώ» είναι μια πολύπλευρη και πολυδιάστατη έννοια και αφορά στην επάρκεια ή την αποδοτικότητα με την οποία εκδηλώνονται οι ποικίλες λειτουργίες του Εγώ.

Η δημιουργία της κλίμακας βασίστηκε στην εμπειρική μέθοδο. Ο Barron διαχώρισε τα 68 ερωτήματα της κλίμακας, σύμφωνα με το περιεχόμενό τους, σε 8 θεματικές κατηγορίες: 1. Σωματική λειτουργικότητα και φυσιολογική σταθερότητα, 2. Ψυχασθένεια και απόσυρση από την ενεργό ζωή, 3. Στάση απέναντι στη θρησκεία, 4. Στάση απέναντι στην ηθική, 5. Αίσθηση της πραγματικότητας, 6. Προσωπική επάρκεια και ικανότητα του ατόμου να αντεπεξέρχεται, 7. Φοβίες, παιδικόμορφες ανησυχίες και 8. Διάφορα. Η κλίμακα Ego Strength αν χορηγηθεί στο σύνολο των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου MMPI μπορεί να βαθμολογηθεί εφαρμόζοντας ειδικές κλειδες στο φύλο καταγραφής των απαντήσεων. Μπορεί όμως να χορηγηθεί και ως αυτόνομη κλίμακα. Η αξιοπιστία της αυτόνομης χορήγησης έχει βρεθεί υψηλή και η βαθμολόγηση είναι σε απόλυτες τιμές. Οι τιμές εκφράζουν τον αριθμό των ερωτημάτων που είναι απαντημένα από τον εξεταζόμενο προς την κατεύθυνση της «αλήθειας» (Α) και του «λάθους» (Λ) που ορίζει η κλίμακα.

Η στάθμιση της συγκεκριμένης κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό (Βάρσου – Αδάμου, Α., [560]) έδειξε ότι δεν έχει δυνατότητα να εκτιμά τη «Δύναμη του Εγώ» στο σύνολό της, αλλά μία μόνο διάστασή της: *την υποκειμενική «αίσθηση» ή την πεποίθηση του ατόμου για την επάρ-*

κεια ή την ανεπάρκεια του. Η υποκειμενική αυτή «αίσθηση» συνδέεται με την «αίσθηση της πραγματικότητας, του κόσμου και του εαυτού» που αποτελεί μία από τις λειτουργίες του Εγώ.

Η κλίμακα Ego-Strength έχει τη δυνατότητα να διακρίνει τα φυσιολογικά άτομα από τους ψυχιατρικούς ασθενείς. Δεν έχει όμως τη δυνατότητα να διακρίνει μεταξύ τους τους νευρωτικούς, τους ψυχωτικούς και τους ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας. Διακρίνει όμως τους ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας από όλες τις παραπάνω διαγνωστικές κατηγορίες, καθώς και τους καταθλιπτικούς ασθενείς από τους νευρωτικούς και τους ψυχωτικούς. Φαίνεται δηλαδή ότι οι καταθλιπτικοί και οι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας έχουν την αίσθηση ότι είναι ανεπαρκείς σε βαθμό πολύ μεγαλύτερο από τους ασθενείς με άλλες διαταραχές προσωπικότητας, τους νευρωτικούς και τους ψυχωτικούς ασθενείς.

Στο πλαίσιο της συλλογιστικής ότι η κλίμακα Ego-Strength παρέχει πληροφορίες για την προσαρμοστικότητα του ατόμου και την ικανότητα του να διαχειρίζεται στρεσογόνες καταστάσεις, όπως αυτή της ύπαρξης μιας σωματικής νόσου, χρησιμοποιήθηκε από τη δική μας ερευνητική ομάδα σε ασθενείς με Πολλαπλή Σκλήρυνση [298]. Στην έρευνα αυτή διαπιστώθηκε ότι οι χαμηλές βαθμολογίες στην κλίμακα Ego-Strength (Cronbach's Alfas consistency 0.75 για τους ασθενείς και 0.62 για τους υγιείς της ομάδας ελέγχου) συσχετίζονται ισχυρά με την ύπαρξη αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους πάσχοντες.

Τέλος, η κλίμακα Ego Strength μπορεί να παρέχει ένα δείκτη της συνολικής δύναμης του Εγώ, όταν χορηγείται σε φυσιολογικά άτομα, διότι θεωρητικά, στα άτομα αυτά, όλες οι επιμέρους ικανότητες του Εγώ βρίσκονται στο ίδιο περίπου επίπεδο λειτουργικότητας. Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο στους ψυχιατρικούς ασθενείς, στους οποίους οι διάφορες λειτουργίες του Εγώ θίγονται σε διαφορετικό βαθμό, ανάλογα με τη φύση της ψυχοπαθολογίας τους.

4.9. Κλίμακα Εκτίμησης Της Επιλόχειας Κατάθλιψης (Edinburgh Postnatal Depression Scale -EPDS)

Η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να αναγνωρίσουν την Επιλόχεια Κατάθλιψη είναι φτωχή, ενώ μόνον μια μικρή μειοψηφία γυναικών με ΕΛΚ αναζητούν από μόνες τους βοήθεια [149,84]. Έτσι, περισσότερο από το ένα τρίτο των γυναικών με ΕΛΚ μένει χωρίς αντιμετώπιση [583,343]. Το γεγονός αυτό κάνει απαραίτητη τη χρήση ενός εργαλείου διαλογής που να μπορεί να χρησιμοποιείται με σχετική ευκολία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και να αναγνωρίζει τις γυναίκες που πάσχουν από Επιλόχεια Κατάθλιψη.

Μια επιπρόσθετη δυσκολία στην αναγνώριση των καταθλιπτικών λεχωίδων είναι ότι οι ευρέως χρησιμοποιούμενες κλίμακες για την κατάθλιψη φαίνεται να έχουν περιορισμούς όταν χρησιμοποιούνται στην λοχεία [149] και για την αποτελεσματικότητά τους δημιουργούνται ερωτηματικά. Η εξήγηση που δίνεται είναι ότι στις κλίμακες αυτές υπάρχουν λήμματα που αναφέρονται στα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως οι αλλαγές στην όρεξη, στον ύπνο ή στα επίπεδα ενεργητικότητας, ή λήμματα που έχουν σχέση με καθαρά σωματοποιητικούς συντελεστές ως έκφρασης κατάθλιψης. Όμως, η εμφάνιση τέτοιων συμπτωμάτων στην περίοδο της λοχείας μπορεί να οφείλεται στις φυσιολογικές σωματικές αλλαγές που συμβαίνουν μετά τον τοκετό, και να μην είναι συμπτώματα κατάθλιψης [149,582].

Στην προσπάθεια να δημιουργηθεί μια κλίμακα που να είναι κατάλληλη για την ιδιαίτερη αυτή νοσολογική οντότητα, τουλάχιστον από άποψη αναγνωρισιμότητας στις κλίμακες διαλογής, οι Cox et al [149] προχώρησαν σε λεπτομερή ανάλυση της καταλληλότητας των λημμάτων των κλιμάκων διαλογής από ήδη υπάρχουσες κλίμακες (Κλίμακα Ευερεθιστότητας, Κατάθλιψης και Άγχους (IDA) των Snail et al (1978), Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (HAD) των Zigmond and Snaith (1983) και Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης των Bedford and

Foulds (1978)). Στα λήμματα που επελέγησαν από αυτές τις κλίμακες, οι Cox et al προσέθεσαν και άλλα που οι ίδιοι δημιούργησαν. Αυτά τα λήμματα στη συνέχεια αξιολογήθηκαν σε πιλοτικές συνεντεύξεις με λεχωίδες. Η προσπάθεια ήταν να εκτιμηθεί η αποδοχή τους από τις μητέρες (που πιθανότατα δεν θεωρούν τον εαυτό τους πάσχοντα) και τους επαγγελματίες υγείας, όπως και το εάν πράγματι αυτό που αξιολογούν είναι Επιλόχειος Κατάθλιψη (Εγκυρότητα). Ιδιαίτερη μέριμνα λήφθηκε για τη σωστή διατύπωση των λημμάτων, ώστε να είναι όσο το δυνατόν λιγότερο διαταρακτικά για τις νέες μητέρες: για παράδειγμα το λήμμα «Απολάμβανα το μωρό μου», αντικαταστάθηκε με το περισσότερο αποδεκτό «Απολάμβανα να είμαι μητέρα».

Το αποτέλεσμα ήταν η δημιουργία μιας κλίμακας που αποτελείται από δέκα λήμματα, εκ των οποίων τα τέσσερα είναι λήμματα των IDA και HAD ενώ τα άλλα έξι είναι λήμματα κατασκευασμένα από τους Cox et al. Η κλίμακα αυτή είναι αυτοσυμπληρούμενη και απαιτεί μικρό χρονικό διάστημα για να συμπληρωθεί, γεγονός που την κάνει ιδιαίτερα εύχρηστη. Ονομάστηκε Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Από περιγραφική-λειτουργική άποψη, οι γυναίκες βαθμολογούν τη διάθεσή τους, τα συναισθήματα ενοχής, άγχους και τις ιδέες και σκέψεις αυτοκτονίας που ενδεχομένως είχαν την τελευταία εβδομάδα και δίνουν μια τιμή από 0 έως 3 για κάθε ένα από τα 10 θέματα.

Η EPDS αποτελεί μια αξιόπιστη αντανάκλαση της διάθεσης της μητέρας την περίοδο της συμπλήρωσής της, και είναι ευαίσθητη σε αλλαγές της βαρύτητας της συμπτωματολογίας στη διάρκεια του χρόνου. Αν και δεν υποκαθιστά μια πλήρη ψυχιατρική εκτίμηση, εντούτοις προσδιορίζει σαφώς τον πληθυσμό που χρειάζεται περαιτέρω αξιολόγηση.

Κατά συνέπεια η κλίμακα EPDS μπορεί να χρησιμοποιηθεί:

- ως εργαλείο ανίχνευσης ψυχοπαθολογίας για όλες τις νέες μητέρες,
- ως διαγνωστικό εργαλείο για την ΕΛΚ,
- ως μέτρο της βελτίωσης της ψυχοπαθολογίας προϊόντος του χρόνου ή κατόπιν θεραπευτικών παρεμβάσεων

Οι δημιουργοί της EPDS προτείνουν την χορήγησή της σε 3 χρονικές περιόδους:

5η-8η, 10η-14η και 20η-26η εβδομάδα μετά τον τοκετό καθώς και μια διερευνητική επίσκεψη στη διάρκεια της κύησης και μια εισαγωγική διευκρινιστική επιστολή στην πρώτη μετά τον τοκετό επίσκεψη.

Είναι σημαντικό όμως να τονιστεί ότι η EPDS δεν είναι ένα εργαλείο για την αξιολόγηση της εν γένει ψυχιατρικής νοσηρότητας και δεν μπορεί να ανιχνεύσει άλλες κοινές ψυχικές διαταραχές, όπως φοβίες, ή σοβαρές χρόνιες ψυχιατρικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια. Για την αξιολόγηση τέτοιων διαταραχών προτείνονται άλλα καταλληλότερα εργαλεία (π.χ. GHQ).

Επιπροσθέτως με την κλινική της εφαρμογή για την οποία και σχεδιάστηκε, η EPDS παρουσιάζει σημαντικές δυνατότητες και σαν ένα *ερευνητικό εργαλείο*.

Η κλίμακα δείχνει καλή ευαισθησία (sensitivity) και ειδικότητα (specificity). Τιμές μεταξύ 10 και 13 (ουδός αποκοπής) ξεχώρισαν τις γυναίκες που βρέθηκε να έχουν κατάθλιψη με άλλες ψυχιατρικές συνεντεύξεις ή εργαλεία στη Σκωτία, στον Καναδά και στις ΗΠΑ. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται ενδεικτικά αποτελέσματα από τις μελέτες στάθμισης της κλίμακας σε διάφορες χώρες.

Χώρα	EPDS ουδός	Ευαισθησία %	Ειδικότητα %
ΗΠΑ	12/13	72	100
Ιταλία	9/10	100	83
Σουηδία	11.5	96	49
Χιλή	9/10	100	80

Χώρα	EPDS ουδός	Ευαισθησία %	Ειδικότητα %
Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα	10	91	84
Ιαπωνία	<10	13	96
Ιράν	12/13	95.3	87.9
Βραζιλία	>10, >11 σοβαρή	82.6	65.4
Ταϊλάνδη	6/7	74	74
Τουρκία	12.5	75.5	71.5
Νορβηγία	11	96	78
Γαλλία	10.5	80	92
Ισπανία	10/11	79	95.5
Μεξικό	Τοκετός- 4 ^η εβδομάδα 11/12	75	93
	4 ^η -13 ^η εβδομάδα 7/8	75	84

Η κλίμακα EPDS έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες (γερμανικά, κινέζικα, βιετναμέζικα, ισπανικά, πορτογαλικά, ιταλικά, αραβικά, σουηδικά, τούρκικα κ.λπ.) και η εγκυρότητά της με χρήση άλλων σταθμισμένων εργαλείων έχει γίνει στην Χιλή, στην Ιταλία, στη Σουηδία, στα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα, στην Ολλανδία και στην Ισλανδία. Το μεγάλο εύρος των αποτελεσμάτων όσον αφορά στην ευαισθησία και ειδικότητα της κλίμακας, οφείλεται ως ένα βαθμό στις μεθοδολογικές διαφορές των ερευνών στάθμισής της.

Όστόσο η χαμηλή ειδικότητα (49%) που παρατηρήθηκε στη Σουηδία (βλ. πίνακα) πιθανόν να μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι η στάθμιση της κλίμακας στη συγκεκριμένη χώρα έγινε με βάση τα κριτήρια του DSM-III για τη μείζονα κατάθλιψη. Η μέτρηση όμως αυτή απαιτεί επιβεβαίωση και από άλλες σταθμισμένες συνεντεύξεις σε άλλες μελέτες. Έτσι, η διαφορά αυτή αντανακλά μάλλον μεθοδολογικές παρά πολιτισμικές διαφορές.

Όμως, μερικές *διαπολιτισμικές διαφορές* πράγματι έχουν παρατηρηθεί. Οι γυναίκες στην Ισλανδία δυσκολεύτηκαν να κατανοήσουν τις διαφορές σε τέσσερα από τα δέκα θέματα [151]. Όπως ήδη έχουμε σημειώσει, οι γλώσσες διαφέρουν στην ευρύτητα και στη διαφοροποίηση που έχουν σχετικά με την περιγραφή συμπτωμάτων σχετικών με τη διάθεση. Ήδη, στην Ισλανδία, έχει προταθεί η αναθεώρηση δύο θεμάτων της EPDS.

Το πιο εντυπωσιακό παράδειγμα για τις δυσκολίες που συναντά η εφαρμογή της EPDS σε διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες, είναι αυτό της Ιαπωνίας, όπου η κλίμακα είχε εξαιρετικά μικρή ευαισθησία. Οι χαμηλές τιμές που έδωσε η κλίμακα σε γυναίκες που είχαν κατάθλιψη ίσως οφείλεται στο ότι οι Γιαπωνέζες έχουν την τάση να εκφράζουν την κατάθλιψή τους συχνά μέσω της σωματοποίησης. Επίσης, οι ίδιες γυναίκες, έχουν δείξει μια μεγαλύτερη δυσκολία και επιφυλακτικότητα στο να δηλώσουν την ύπαρξη συμπτωμάτων κατάθλιψης σε ένα αυτο-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο.

Τα πολιτισμικά αυτά προβλήματα είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη, αφού η Ελλάδα βρίσκεται πολιτιστικά στο μεταίχμιο μεταξύ Ανατολής και Δύσης. Πρόσφατα λοιπόν πραγματοποιήθηκε και στη χώρα μας η στάθμιση της συγκεκριμένης κλίμακας, κατά την οποία διαπιστώθηκε ότι πρόκειται για ένα εργαλείο με εξαιρετικές ψυχομετρικές ιδιότητες για την ανίχνευση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην 8^η εβδομάδα της λοχείας. Ως σημείο αποκοπής προτείνεται το 11/12, στο οποίο η κλίμακα επιδεικνύει ευαισθησία 90% και ειδικότητα 97.2% (Cronbach's alpha: 0.9).

Συμπερασματικά, οι μελέτες που έχουν γίνει έχουν δείξει ότι η κλίμακα EPDS είναι ένα

πολύ χρήσιμο εργαλείο για τη διερεύνηση της ΕΛΚ στις Δυτικές κοινωνίες, αλλά θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή όταν εφαρμόζεται σε μη Δυτικούς πολιτισμούς. Επιπλέον, θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη τα προβλήματα που πηγάζουν από τη μετάφρασή της, από την παρεμβολή της σωματοποίησης ως έκφρασης της κατάθλιψης (κάτι που δεν το ελέγχει η EPDS) και από την άνεση και την ευκολία ή όχι με την οποία δηλώνουν οι γυναίκες την κατάθλιψή τους σε αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια. Από την άλλη, πρόκειται προφανώς για ένα εργαλείο με πολλά πλεονεκτήματα, όπως η ευρεία αποδοχή του, η συντομία του και η περιεκτικότητά του, το ότι είναι εστιασμένο στην κοινότητα και όχι σε νοσηλευόμενο πληθυσμό, το ότι δεν απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό για να χορηγηθεί, έχει δείξει ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητα αλλά και αρκετή ευαισθησία σε αλλαγές της βαρύτητας της κατάθλιψης στο χρόνο, ενώ ο απλός τρόπος βαθμολόγησής της την κάνει ακόμη πιο εύχρηστη, βοηθώντας τους επαγγελματίες στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να ανιχνεύουν μητέρες που εμφανίζουν Επιλόχεια Κατάθλιψη.

5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό Statistical Package for the Social Sciences, v.15 (S.P.S.S. Inc., Chicago, IL). Εκτός από τους περιγραφικούς δείκτες, επιδιώχθηκε μέσω πολυπαραγοντικών αναλύσεων, η αναζήτηση των σχέσεων των παραγόντων κινδύνου με την ΕΛΚ.

Για τη μελέτη της επιδημιολογίας της Επιλόχειας Κατάθλιψης θεωρήσαμε τη μεταβλητή της EPDS και στις δύο χορηγήσεις ως διχοτομική, με τιμές EPDS >11 να θέτουν τη διάγνωση της κατάθλιψης. Η επιλογή του συγκεκριμένου σημείου αποκοπής βασίστηκε στην πρόσφατη στάθμιση της κλίμακας EPDS στον Ελληνικό πληθυσμό. Στο συγκεκριμένο κατώφλι διαχωρισμού η EPDS επιδεικνύει ευαισθησία της τάξης του 90% και ειδικότητα 97.2% [355].

Στη συνέχεια, προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση των ενδεχόμενων παραγόντων παραγόντων κινδύνου στην ψυχολογική καταπόνηση των νέων μητέρων, αφού διεξήχθησαν έλεγχοι κανονικότητας με τη χρησιμοποίηση των κριτηρίων Shapiro Wilk και Kolmogorov-Smirnov, προβήκαμε σε μονοπαραγοντικές συσχετίσεις των μέσων και διάμεσων τιμών της κλίμακας EPDS κατά τις δύο φάσεις χορήγησής της, με όλες τις μεταβλητές που καταγράφηκαν στη φάση της δειγματοληψίας. Επιπλέον για τον προσδιορισμό προγνωστικών παραγόντων κινδύνου που συνεισφέρουν στην επιβάρυνση της ψυχολογικής καταπόνησης των λεχιδών μεταξύ των δύο διαφορετικών χρονικών στιγμών εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας, εισαγάγαμε και μελετήσαμε με μονοπαραγοντικές συσχετίσεις, την μεταβλητή «EPDS change» που αναπαριστά την διαφορά της βαθμολογίας στην κλίμακα EPDS μεταξύ της 2ης και 1ης χορήγησής της (EPDS change = EPDS2- EPDS1).

Για τις ενδεχόμενες διαφορές μεταξύ δύο μέσων τιμών χρησιμοποιήθηκε το T-test για ανεξάρτητα ή κατά ζεύγη δείγματα καθώς επίσης και ο έλεγχος Mann Whitney. Σε περιπτώσεις τριών ή περισσότερων μέσων τιμών πραγματοποιήθηκε ANOVA.

Για τη διερεύνηση της συσχέτισης συνεχών μεταβλητών (π.χ. ηλικία, σύνολο στρεσογόνων γεγονότων, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας) με τις τιμές της EPDS1, EPDS2 και της EPDS change έγινε έλεγχος γραμμικής συσχέτισης με εκτιμητή της συσχέτισης το συντελεστή Pearson.

Στην τελική φάση στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων προβήκαμε σε ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, προκειμένου να προσδιορίσουμε την ανεξάρτητη συμμετοχή των κυριότερων μεταβλητών που αναδείχθηκαν ως στατιστικώς σημαντικές από τη μονοπαρα-

γοντική ανάλυση, στις τιμές της EPDS1, EPDS2 και EPDS change, οι οποίες αποτελούσαν τις εξαρτημένες μεταβλητές.

Σε όλους τους ελέγχους που διεξήχθησαν στατιστικά σημαντικές διαφορές χαρακτηρίστηκαν αυτές για τις οποίες το p ήταν μικρότερο του 0.005

6. ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ – ΘΕΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Βασική παράμετρος αλλά και προϋπόθεση επιλογής για την συμμετοχή στην έρευνα, ήταν να παρέχεται πληροφόρηση σε κάθε εξεταζόμενη για τους σκοπούς της έρευνας και να ζητείται να υπογράψει «φόρμα συγκατάθεσης» για τη συμμετοχή στην έρευνα. Στη φάση αυτή το θέμα της εμπιστευτικότητας των στοιχείων επισημαίνονταν ιδιαίτερα στις λεχωίδες.

Επιπλέον η έρευνα ήταν σε απόλυτη συμμόρφωση με όλες τις εθνικές και διεθνείς νομοθετικές διατάξεις, συμβάσεις και κώδικες δεοντολογίας.

7. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Σε όλη τη διάρκεια της διεξαγωγής της παρούσας μελέτης παραμέναμε στη διάθεση των λεχωίδων για οποιαδήποτε συμβουλή ή και δυσκολία που ενδεχομένως θα αντιμετώπιζε, ανεξαρτήτως της συμμετοχής της στην έρευνα, τονίζοντας το σημείο ότι σκοπός μας είναι να βοηθήσουμε τη νέα μητέρα, να προσαρμοστεί επαρκέστερα και αποτελεσματικότερα για την ίδια και το νεογνό, στην μεταβατική αυτή περίοδο της ζωής της. Επιπλέον, κατευθύνουμε το προσωπικό της Μαιευτικής Κλινικής να ενθαρρύνει τις λεχωίδες να αναγνωρίζουν και να μιλούν για τα συναισθήματά τους, κάτι που θεωρούμε ότι πραγματοποιούνταν έτσι κι αλλιώς με τη χορήγηση του ερευνητικού πακέτου.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφέρουμε το γεγονός ότι πολλές μητέρες εκδήλωσαν το ενδιαφέρον τους να ενημερωθούν για τα αποτελέσματα της έρευνας όταν αυτή θα έφτανε στο τέλος της.

Ιδιαίτερη μέριμνα λαμβάνονταν για τις λεχωίδες που κατέγραφαν υψηλές βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια της κατάθλιψης, καθώς και για αυτές που εξέφραζαν οποιασδήποτε βαρύτητας αυτοκτονικό ιδεασμό, με μια επιπλέον συνάντηση, εφόσον το επιθυμούσαν.

Στη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας παρείχαμε υποστήριξη σε 6 νέες μητέρες, εκ των οποίων μόνο σε μία χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή. Οι υπόλοιπες αντιμετωπίστηκαν με ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, είτε μόνο στις ίδιες είτε και στους συντρόφους τους κατ'επιλογήν τους.

Αποτελέσματα



Ι. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στο τελικό δείγμα περιελήφθησαν 413 λεχωίδες, με μέση ηλικία αυτή των 30.41 ετών (SD 4.177). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, τα στοιχεία που αφορούν στην παρούσα κύηση και τον τοκετό, στο ατομικό σωματικό και ψυχιατρικό ιστορικό, στις σχέσεις με τους γονείς και τον σύντροφο, καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με το βρέφος, φαίνονται στους Πίνακες 1 – 6. Επιπλέον στους πίνακες 7-15 απεικονίζονται βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των λεχωίδων, την ψυχική καταπόνηση που υφίστανται καθώς και στοιχεία που έχουν σχέση με την ποιότητα ζωής τους και το είδος και τον αριθμό των ψυχοτραυματικών γεγονότων που συνέβησαν τους 12 προηγούμενους του τοκετού μήνες.

Οι λεχωίδες που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν στη συντριπτική τους πλειοψηφία έγγαμες, και διέμεναν σε αγροτικές (32.9%), ημιαστικές (15.5%) και αστικές περιοχές (43.3%), γεγονός που εξασφαλίζει μια ικανοποιητική αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος.

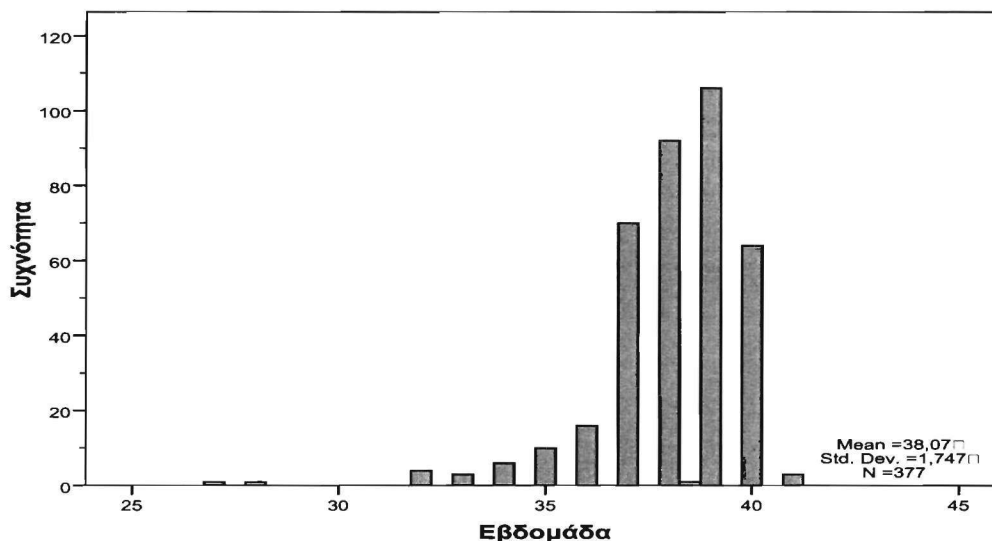
Οι περισσότερες λεχωίδες ήταν απόφοιτες είτε μέσης (43.1%) είτε ανώτατης εκπαίδευσης (30.5%), και όσον αφορά στην *επαγγελματική τους κατάσταση* τα ποσοστά μοιράζονταν κυρίως μεταξύ αυτών που δήλωναν «οικιακά» (23.2%) και αυτών που απασχολούνταν ως υπάλληλοι είτε στον ιδιωτικό (27.1%) είτε στο δημόσιο τομέα (21.8%).

Όσον αφορά στο *ψυχιατρικό ιστορικό* των νέων μητέρων, μόλις 10 επίτοκοι (2.4%) δήλωσαν ότι έχουν επισκεφθεί ψυχίατρο κατά το παρελθόν. Στο σύνολο τους σχεδόν δεν ανέφεραν ψυχολογικά προβλήματα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τουλάχιστον σε βαθμό που να αποτελούν αιτία επίσκεψης σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, αν και σημαντικό ήταν το ποσοστό των λεχωίδων που δήλωσαν ότι δεν εκτιμούν ως ικανοποιητική την ψυχολογική τους λειτουργικότητα (9.2%).

Αναφορικά με την *παρούσα κύηση*, για το 22.5% των λεχωίδων ο τοκετός ήταν ο πρώτος τους, ενώ για το 5.1% εξ' αυτών η σύλληψη πραγματοποιήθηκε με τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Αν και σε ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος η εγκυμοσύνη δεν ήταν προγραμματισμένη (36.1%), ελάχιστες λεχωίδες δήλωσαν ότι ήταν και ανεπιθύμητη (1.9%). Η συντριπτική πλειοψηφία των λεχωίδων είχε τακτική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (94.2%), αλλά μόλις το ¼ εξ' αυτών συμμετείχε σε κάποια διαδικασία προετοιμασίας για τον τοκετό (22.0%).

Το 10.9% των τοκετών ήταν πρόωροι.

Σχήμα 1. Εβδομάδα τοκετού



Σε ένα σημαντικό ποσοστό υπήρξε είτε παροδικός αποχωρισμός του νεογέννητου από τη μητέρα (2.2%), είτε και νοσηλεία του στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογνών (8.5%). Επίσης, ένα ποσοστό της τάξης του 2.9% παρουσίαζε σοβαρή νοσηρότητα, ενώ το 4.6% των βρεφών εμφάνισε κάποιο παροδικό πρόβλημα.

Τέλος αξίζει να αναφερθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό των νέων μητέρων, περίπου το 1/5, εξ' αυτών δεν θήλασε.

Πίνακας 1. Ηλικία λεχωίδας και εβδομάδα κύησης που πραγματοποιήθηκε ο τοκετός

Μεταβλητές	N	MEAN	SD
ΗΛΙΚΙΑ	398	30.41	4.17
ΕΒΔΟΜΑΔΑ	377	38.07	1.74

Πίνακας 2. Γενικά δημογραφικά χαρακτηριστικά

Μεταβλητές	N	%
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
Άγαμος	3	0.7
Έγγαμος	407	98.5
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ		
Μερικές τάξεις του δημοτικού	2	0.5
Απόφοιτος δημοτικού	9	2.2
Απόφοιτος γυμνασίου	31	7.5
Απόφοιτος λυκείου	178	43.1
Φοιτητής ΤΕΙ	3	0.7
Φοιτητής ΑΕΙ	7	1.7
Απόφοιτος ΤΕΙ	52	12.6
Απόφοιτος ΑΕΙ	126	30.5
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ		
Άνεργος	27	6.5
Οικιακά	96	23.2
Εργάτης	1	0.2
Αγρότης	9	2.2
Αυτοαπασχολούμενος	25	6.1
Ιδιωτικός υπάλληλος	112	27.1
Δημόσιος υπάλληλος	90	21.8
Άλλο	28	6.8
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ		
Χωριό	136	32.9
Έως 10000	64	15.5
Έως 150000	181	43.3
Άνω των 150000	11	2.7

Πίνακας 3. Σωματικό και Ψυχολογικό Ιστορικό

Μεταβλητές	N	%
ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟΣ		
Όχι	381	92.3
Ναι	24	5.8
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ		
Δε λειτουργεί ικανοποιητικά	38	9.2
Λειτουργεί ικανοποιητικά	350	84.7
ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΟ		
Δεν έχει επισκεφθεί	389	94.2
Έχει επισκεφθεί	10	2.4
ΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ		
Δεν παίρνει	389	94.2
Παίρνει	1	0.2

Πίνακας 4. Σχέσεις με τους Γονείς και το Σύντροφο

Μεταβλητές	N	%
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ		
Μέτριες	6	1.5
Καλές	32	7.7
Πολύ καλές	147	35.6
Άριστες	221	53.5
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΤΕΡΑ		
Κακές	7	1.7
Μέτριες	20	4.8
Καλές	46	11.1
Πολύ καλές	161	39.0
Άριστες	165	40.0
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ		
Κακές	2	0.5
Μέτριες	8	1.9
Καλές	36	8.7
Πολύ καλές	145	35.1
Άριστες	213	51.6

Πίνακας 5. Παράγοντες σχετικοί με την Παρούσα Κύηση και τον Τοκετό

Μεταβλητές	N	%
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ		
Όχι	235	56.9
Ναι	15	3.6
ΠΡΩΤΟΤΟΚΕΣ		
Όχι	167	40.4
Ναι	93	22.5
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ		
0	80	19.4
1	101	24.5
2	39	9.4
3	19	4.6
4	1	0.2
5	1	0.2
ΔΙΔΥΜΗ ΚΥΗΣΗ	9	22
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ		
Όχι	149	36.1
Ναι	186	45.0
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ		
Όχι	8	1.9
Ναι	375	90.8
ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ		
Όχι	253	61.3
Ναι	21	5.1
ΤΑΚΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ		
Όχι	14	3.4
Ναι	389	94.2
ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ		
Όχι	295	71.4
Ναι	91	22.0
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ		
Όχι	310	75.1
Ναι	93	22.5
ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ		
Όχι	394	95.4
Ναι	10	2.4
ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ		
Δεν έχει επισκεφθεί	405	98.1
Έχει διακόψει	2	0.5
ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ		
Όχι	397	96.1
Ναι	2	0.5
ΤΟΚΕΤΟΣ		
Φυσιολογικός	208	50.4
Προκλητός	37	9.0
Με όργανα	14	3.4
Καισαρική	136	32.9

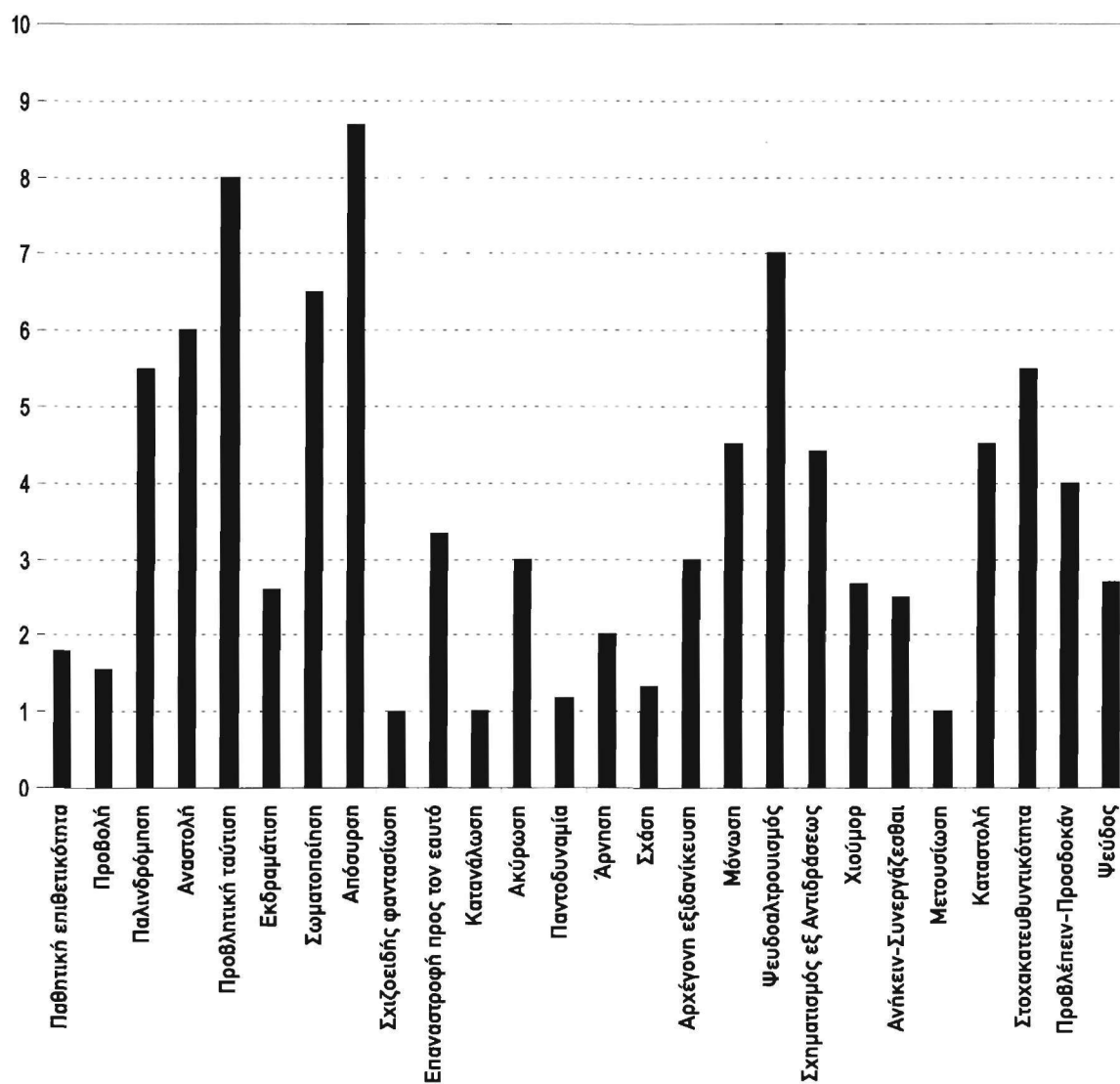
Πίνακας 6. Περιγεννητικό Ιστορικό

Μεταβλητές	N	%
ΦΥΛΟ ΒΡΕΦΟΥΣ		
Κορίτσι	183	44.3
Αγόρι	211	51.1
ΘΗΛΑΣΜΟΣ		
Όχι	71	17.2
Ναι	319	77.2
ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΣ		
Όχι	303	73.4
Ναι, παροδικός	9	2.2
Ναι, στη μονάδα	35	8.5
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΒΡΕΦΟΥΣ		
Όχι	142	34.4
Ναι	19	4.6
ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ		
Όχι	111	26.9
Ναι	12	2.9

Πίνακας 7. Προφίλ Αμυντικής Οργάνωσης (Ερωτηματολόγιο DSQ)

Μεταβλητές	Mean	SD
Προφίλ δυσπροσαρμοστικής οργάνωσης	113.31	35.99
Διαστρέβλωση της εικόνας	47.87	17.82
Διαστρέβλωση της εικόνας (gr)	57.70	20.25
Προφίλ αυτοθυσίας	33.11	9.28
Προφίλ αυτοθυσίας (gr)	52.94	14.95
Προφίλ προσαρμοστικής οργάνωσης	34.15	9.94
Προφίλ προσαρμοστικής οργάνωσης (gr)	65.52	19.19

DSQ - Μηχανισμοί Άμυνας του Εγώ



Πίνακας 8. Αμυντικοί Μηχανισμοί (Ερωτηματολόγιο DSQ)

Μεταβλητές	Mean	SD
Παθητική επιθετικότητα	2.94	1.36
Προβολή	2.52	1.15
Παλινδρόμηση	3.85	2.02
Αναστολή	3.80	1.54
Προβλητική ταύτιση	1.71	1.60
Εκδραμάτιση	4.14	1.70
Σωματοποίηση	4.75	2.13
Απόσυρση	4.59	2.52
Σχιζοειδής φαντασίωση	2.69	2.40
Επαναστροφή προς τον εαυτό	2.38	1.64
Κατανάλωση	2.78	1.74
Ακύρωση	3.50	1.82
Παντοδυναμία	2.91	1.47
Άρνηση	3.27	1.62
Σχάση	3.80	1.90
Αρχέγονη εξιδανίκευση	3.51	2.09
Μόνωση	2.90	1.58
Ψευδοαλtruισμός	7.15	1.98
Σχηματισμός εξ Αντιδράσεως	3.86	1.49
Χιούμορ	4.14	1.69
Ανήκειν-Συνεργάζεσθαι	4.62	2.36
Μετουσίωση	4.21	3.04
Καταστολή	4.30	1.93
Στοχακατευθυντικότητα	5.25	2.31
Προβλέπειν-Προσδοκάν	5.82	2.34
Ψεύδος	4.78	1.19

Πίνακας 9. Ψυχική Καταπόνηση (Ερωτηματολόγιο GHQ-28)

Μεταβλητές	Mean	SD
Σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης (1n χορήγηση)	4.85	3.75
Άγχος (1n χορήγηση)	6.48	4.72
Κοινωνική δυσλειτουργικότητα (1n χορήγηση)	7.71	3.41
Καταθλιπτικό συναίσθημα (1n χορήγηση)	1.45	2.44
Συνολική βαθμολογία GHQ-28 (1n χορήγηση)	20.46	12.03
Σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης (2n χορήγηση)	4.61	3.10
Άγχος (2n χορήγηση)	6.08	3.93
Κοινωνική δυσλειτουργικότητα (2n χορήγηση)	6.55	2.92
Καταθλιπτικό συναίσθημα (2n χορήγηση)	0.99	2.36
Συνολική βαθμολογία GHQ-28 (2n χορήγηση)	18.23	10.36

Πίνακας 10. Επιθετικότητα-Εχθρότητα και Κατεύθυνση της Επιθετικότητας (Ερωτηματολόγιο HDHQ)

Μεταβλητές	Mean	SD
Εκδραματιζόμενη επιθετικότητα	3.91	1.77
Κριτική των άλλων	4.54	2.25
Παραληρητική επιθετικότητα	1.39	1.42
Αυτοκριτική	2.93	2.21
Ενοχή	1.39	1.29
Συνολική επιθετικότητα	14.15	6.59
Ενδοβαλόμενη επιθετικότητα	9.84	4.40
Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα	7.24	5.34
Κατεύθυνση εχθρότητας	-2.60	4.99

Πίνακας 11. Ποιότητα Ζωής (Ερωτηματολόγιο WHOQOL – BREF)

Μεταβλητές	Mean	SD
Γενική Ποιότητα Ζωής	82.14	22.93
Ικανοποίηση από την Υγεία	85.60	17.77
Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής	72.55	16.97
Σχετική με την Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής	74.78	14.22
Σχετική με τις Κοινωνικές Σχέσεις Ποιότητα Ζωής	73.27	22.17
Σχετική με το Περιβάλλον Ποιότητα Ζωής	64.39	14.22

Πίνακας 12. Αίσθηση Συνεκτικότητας-Συνοχής (Ερωτηματολόγιο SOC)

Μεταβλητές	Mean	SD
Αίσθηση Συνεκτικότητας	146.79	23.89

Πίνακας 13. Δύναμη του Εγώ (Κλίμακα MMPI- Egs «Ego – Strength»)

Μεταβλητές	Mean	SD
Σωματική λειτουργικότητα και φυσιολογική σταθερότητα	8.94	1.42
Ψυχασθένεια	5.38	2.08
Στάση απέναντι στην θρησκεία	3.19	1.06
Στάση απέναντι στην ηθική	6.04	1.86
Αίσθηση της πραγματικότητας	6.48	1.41
ικανότητα του ατόμου να αντεπεξέρχεται	6.71	1.84
Φοβίες	1.90	1.27
Διάφορα	3.45	1.16
Συνολική βαθμολογία	42.08	6.88
MMPI EgS – ελληνική στάθμιση	52.18	10.11

Πίνακας 14. Γεγονότα Ζωής (Κλίμακα LIFE EVENTS)

Μεταβλητές	ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ	N	%
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	0	189	45.8
	1	106	25.7
	3	1	0.2
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	0	210	50.8
	1	81	19.6
	2	5	1.2
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΟΝ ΓΑΜΟ	0	183	44.3
	1	112	27.1
	2	1	0.2
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	0	35	8.5
	1	130	31.5
	2	109	26.4
	3	17	4.1
	4	6	1.5
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΑΛΛΟ ΦΥΛΟ	0	279	67.6
	1	17	4.1
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	0	237	57.4
	1	48	11.6
	2	11	2.7
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	0	274	66.3
	1	15	3.6
	2	7	1.7
ΘΑΝΑΤΟΙ	0	278	67.3
	1	18	4.3
ΑΠΩΛΕΙΕΣ	0	294	71.2
	1	3	0.7
ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	0	276	66.8
	1	20	4.8
ΑΥΘΟΡΜΗΤΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ	0	293	70.9
	1	3	0.7

Πίνακας 15. Σύνολο Γεγονότων Ζωής (Κλίμακα LIFE EVENTS)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ	N	%
0	1	0.2
1	59	14.3
2	73	17.7
3	55	13.3
4	49	11.9
5	36	8.7
6	15	3.6
7	6	1.5
9	1	0.2
10	1	0.2

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Πίνακας 16. Υγιείς και καταθλιπτικές λεχωίδες
κατά την 1η και 2η φάση χορήγησης των ερωτηματολογίων EPDS και CES-D

Μεταβλητές	N	%	MEAN	SD
EPDS1				
<11	339	82.1	4.29	2.99
>11	67	16.2	14.42	3.86
EPDS2				
<11	212	87.6	3.94	2.57
>11	30	12.4	13.83	2.73
CESD1				
<23	335	81.1	13.67	4.61
>23	31	7.5	26.42	3.13
CESD2				
<23	227	93.8	13.28	4.36
>23	9	3.7	26.00	4.00

Από τον πίνακα 1 προκύπτει το ποσοστό των λεχωίδων που εμφάνιζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά την 1^η (2η – 4η ημέρα μετά τον τοκετό) και 2^η φάση (5η–6η εβδομάδα μετά τον τοκετό) εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας, σύμφωνα με τις κλίμακες EPDS (>11) και CES-D (>23).

Τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό, το **16.2% (N=67)** σύμφωνα με την κλίμακα EPDS, και το **7.5% (N=31)** σύμφωνα με την κλίμακα CES-D των λεχωίδων παρουσίαζαν καταθλιπτικά συμπτώματα. Τα αντίστοιχα ποσοστά την 5^η-6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό ήταν **12.4%** και **3.7%**.

Η μέση τιμή της EPDS κατά την 1^η χορήγηση για τις υγιείς μητέρες ήταν 4.29 (SD: 2.99), ενώ για τις καταθλιπτικές ήταν σημαντικά υψηλότερη: 14.42 (SD: 3.86). Παρόμοια είναι τα ευρήματα και για το διάστημα των 5-6 εβδομάδων μετά τον τοκετό, με τις ελεύθερες ψυχοπαθολογίας μητέρες να εμφανίζουν μέση τιμή στην EPDS 3.94 (SD: 2.57), ενώ οι πάσχουσες 13.83 (SD: 2.73).

Σύμφωνα με την κλίμακα EPDS, από τις 67 λεχωίδες που εμφάνιζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία αμέσως μετά τον τοκετό, οι 14 συνέχιζαν να υποφέρουν από κατάθλιψη και κατά την 5^η-6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό. Επιπροσθέτως 16 προηγουμένως υγιείς λεχωίδες, ανέπτυξαν κατάθλιψη.

Κατά αντιστοιχία, σύμφωνα με την κλίμακα CES-D, οι λεχωίδες που παρουσίαζαν καταθλιπτικά συμπτώματα και κατά τις δύο φάσεις της εκτίμησης ήταν 3, ενώ 5 μητέρες που αρχικά ήταν ελεύθερες ψυχοπαθολογίας εμφάνισαν κατάθλιψη στην 5η-6η εβδομάδα μετά τον τοκετό (τα αντίστοιχα στοιχεία φαίνονται στον πίνακα 17).

Πίνακας 17. Μεταβολές στην Ψυχοπαθολογία των Λεχωίδων
μεταξύ 1ης και 2ης φάσης χορήγησης των ερωτηματολογίων EPDS και CES-D

Μεταβλητές		EPDS1	
		<11	>11
EPDS2	<11	181	30
	>11	16	14
Μεταβλητές		CESD1	
		<23	>23
CESD2	<23	194	14
	>23	5	3

3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΝ 2^Η- 4^Η ΗΜΕΡΑ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Πίνακας 18. EPDSI και Γενικοί Δημογραφικοί Παράγοντες

Μεταβλητές		Pearson Correlation		p	
ΗΛΙΚΙΑ		-0.021		0.684	
Μεταβλητές		N	MEAN	SD	p
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Άγαμος	3	12.33	9.86	0.378 ¹
	Έγγαμος	401	5.93	4.85	
ΔΙΑΜΟΝΗ	Χωριό	133	6.33	5.45	0.500 ²
	Έως 10000	63	5.44	3.96	
	Έως 150000	179	5.93	4.86	
	Άνω των 150000	11	7.45	4.27	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Μερικές τάξεις του δημοτικού	2	4.00	0.00	0.666 ²
	Απόφοιτος δημοτικού	8	7.25	8.32	
	Απόφοιτος γυμνασίου	30	6.30	6.17	
	Απόφοιτος λυκείου	177	6.20	5.11	
	Φοιτητής ΤΕΙ	3	5.00	4.58	
	Φοιτητής ΑΕΙ	6	6.17	3.92	
	Απόφοιτος ΤΕΙ	52	6.44	4.73	
	Απόφοιτος ΑΕΙ	124	5.21	4.04	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Άνεργος	26	5.81	6.03	0.973 ²
	Οικιακά	94	6.00	4.90	
	Εργάτης	1	4.00	.	
	Αγρότης	9	5.67	5.74	
	Αυτοαπασχολούμενος	25	6.24	4.68	
	Ιδιωτικός υπάλληλος	111	6.25	4.90	
	Δημόσιος υπάλληλος	89	5.52	4.41	
	Άλλο	27	5.41	5.17	

1. Mann-Whitney test

2: ANOVA

Πίνακας 19. EPDSI και Σωματικό και Ψυχολογικό Ιστορικό

Μεταβλητές		N	MEAN	SD	p
ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟΣ	Όχι	376	5.80	4.58	0.334 ¹
	Ναι	23	8.26	8.01	
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	Μη ικανοποιητική	37	7.35	6.62	0.260 ¹
	Ικανοποιητική	346	5.73	4.50	

Πίνακας 20. EPDSI και Σχέσεις με τους Γονείς και το Σύντροφο

Μεταβλητές		N	MEAN	SD	p
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΝ ΣΥΝΤΡΟΦΟ	Μέτριες	6	13.83	8.61	0.000 ²
	Καλές	31	9.55	6.26	
	Πολύ καλές	146	6.73	4.71	
	Άριστες	218	4.76	4.06	
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΤΕΡΑ	Κακές	7	5.29	4.42	0.000 ²
	Μέτριες	19	9.53	5.88	
	Καλές	46	9.20	5.98	
	Πολύ καλές	159	5.82	4.14	
	Άριστες	163	4.85	4.61	
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ	Κακές	2	10.50	2.12	0.000 ²
	Μέτριες	7	11.43	6.37	
	Καλές	36	9.28	5.61	
	Πολύ καλές	143	6.04	4.24	
	Άριστες	211	5.13	4.75	

1. Mann-Whitney test

2: ANOVA

Πίνακας 21. EPDSI και Περιγεννητικοί Παράγοντες

Μεταβλητές		N	MEAN	SD	p
ΤΟΚΕΤΟΣ	Φυσιολογικός	207	5.79	4.56	0.933 ²
	Προκλητός	36	5.75	4.60	
	Με όργανα	14	6.50	5.72	
	Καισαρική	134	6.00	5.04	
ΦΥΛΟ ΒΡΕΦΟΥΣ	Κορίτσι	182	5.84	5.16	0.342 ¹
	Αγόρι	209	6.09	4.65	
ΘΗΛΑΣΜΟΣ	Όχι	71	7.45	6.07	0.036 ¹
	Ναι	316	5.69	4.55	
ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΣ	Όχι	299	5.94	4.63	0.313 ¹
	Ναι, παροδικός	9	4.44	4.06	
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΟ ΒΡΕΦΟΣ	Όχι	139	5.49	4.46	0.855 ¹
	Ναι	19	5.95	5.03	
ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΒΡΕΦΟΥΣ	Όχι	108	5.35	4.43	0.892 ¹
	Ναι	12	5.50	4.56	
Μεταβλητή		Pearson Correlation			p
ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΟΚΕΤΟΥ		-0.017			0.741

1. Mann-Whitney test

2: ANOVA

Πίνακας 22. EPDSΙ και Παράγοντες Σχετιζόμενοι με την Παρούσα Κύηση

Μεταβλητές		N	MEAN	SD	p
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ	Όχι	232	5.98	4.91	0.314 ¹
	Ναι	15	4.20	2.30	
ΠΡΩΤΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ	Όχι	166	6.23	4.54	0.025 ¹
	Ναι	91	5.07	4.40	
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	Όχι	148	5.52	4.54	0.110 ¹
	Ναι	184	6.35	4.92	
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	Όχι	8	10.38	3.46	0.004 ¹
	Ναι	370	5.91	4.90	
ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	Όχι	249	5.61	4.63	0.705 ¹
	Ναι	21	5.90	6.56	
ΤΑΚΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ	Όχι	14	4.43	4.12	0.226 ¹
	Ναι	385	5.99	4.92	
ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ	Όχι	293	5.88	4.80	0.546 ¹
	Ναι	89	6.02	4.39	
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	Όχι	308	5.78	4.77	0.303 ¹
	Ναι	91	6.20	4.68	
ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	Όχι	390	5.68	4.52	0.001 ¹
	Ναι	10	13.30	7.48	

1. Mann-Whitney test

Στις αμέσως επόμενες ημέρες του τοκετού οι μέσες και διάμεσες τιμές της EPDS επηρεάζονται στατιστικώς σημαντικά από τις σχέσεις με τους γονείς και τον σύντροφο (για το σύντροφο: $p=0.000$, για τον πατέρα: $p=0.000$, για τη μητέρα: $p=0.000$). Φαίνεται δηλαδή ότι στην πρώιμη φάση της λοχείας η κακή ποιότητα στις σχέσεις με τους γονείς και το σύντροφο επιβαρύνει σημαντικά την συναισθηματική κατάσταση των λεχωίδων, προκαλώντας περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Αναφορικά με την παρούσα κύηση οι μεταβλητές που συσχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με την EPDS είναι αυτές του πρώτου τοκετού ($p=0.025$) της επιθυμητής εγκυμοσύνης ($p=0.004$) και της ύπαρξης ψυχικής διαταραχής ($p=0.001$), υποδεικνύοντας ότι οι πρωτοτόκες λεχωίδες καθώς και όσες δεν επιθυμούσαν την παρούσα κύηση, ήταν πιο πιθανό να εμφανίσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία αμέσως μετά τον τοκετό. Επιπλέον, οποιασδήποτε μορφής ψυχολογική επιβάρυνση στη διάρκεια της εγκυμοσύνης επηρεάζει καθοριστικά τη διάθεση των νέων μητέρων τις πρώτες ημέρες της λοχείας.

Τέλος η EPDS κατά την 1^η χορήγηση επηρεάζεται στατιστικώς σημαντικά από το θηλασμό ($p=0.036$), επισημαίνοντας ότι ο θηλασμός παίζει έναν προστατευτικό ρόλο στην ψυχική υγεία των νέων μητέρων.

Πίνακας 23. Μονοπαραγοντικές Συσχετίσεις της EPDSI με τα «Γεγονότα της Ζωής»

Μεταβλητές		N	MEAN	SD	p
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	Δεν αναφέρονται	189	4.99	3.88	0.000 ¹
	Αναφέρονται	107	8.02	5.80	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	Δεν αναφέρονται	210	5.69	4.56	0.050 ¹
	Αναφέρονται	81	7.15	5.56	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΟ ΓΑΜΟ	Δεν αναφέρονται	183	5.52	4.04	0.106 ¹
	Αναφέρονται	112	6.97	5.95	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	Δεν αναφέρονται	37	6.84	5.88	0.518 ¹
	Αναφέρονται	262	5.94	4.75	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΑΛΛΟ ΦΥΛΟ	Δεν αναφέρονται	279	6.08	4.96	0.807 ¹
	Αναφέρονται	17	5.94	3.69	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	Δεν αναφέρονται	237	6.14	5.09	0.669 ¹
	Αναφέρονται	48	5.58	4.19	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Δεν αναφέρονται	274	6.04	4.90	0.183 ¹
	Αναφέρονται	15	7.33	4.45	
ΘΑΝΑΤΟΙ	Δεν αναφέρονται	278	6.14	4.98	0.518 ¹
	Αναφέρονται	18	5.00	3.10	
ΑΠΩΛΕΙΕΣ	Δεν αναφέρονται	294	6.08	4.91	0.331 ¹
	Αναφέρονται	3	3.33	1.15	
ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	Δεν αναφέρονται	276	5.88	4.77	0.023 ¹
	Αναφέρονται	20	8.65	5.79	
ΑΥΘΟΡΜΗΤΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ	Δεν αναφέρονται	293	6.06	4.88	0.924 ¹
	Αναφέρονται	3	6.67	7.02	

¹ Mann-Whitney U

Πίνακας 24. EPDSI και Σύνολο Γεγονότων Ζωής

Μεταβλητή	Pearson Correlation	P
ΣΥΝΟΛΟ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ	0.123	0.034

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση της 1^{ης} χορήγησης της EPDS με τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής που σχετίζονται με τον οικονομικό τομέα και τις νομικές περιπλοκές ($p=0.000$ και $p=0.023$, αντίστοιχα). Επίσης, παρατηρείται συσχέτιση και με γεγονότα που σχετίζονται με την υγεία, αν και όχι τόσο σημαντική ($p=0.050$). Τέλος, προκύπτει ότι όσο περισσότερα στρεσογόνα γεγονότα ζωής αντιμετώπισαν οι λεχωίδες το χρονικό διάστημα των 12 μηνών πριν τον τοκετό, τόσο πιο πιθανό είναι να εμφανίσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία στις πρώτες μέρες της λοχείας ($p=0.034$).

Πίνακας 25. EPDSI και Ποιότητα Ζωής (WHOQOL-BREF)

WHOQOL-BREF	Pearson	p
Γενική Ποιότητα Ζωής	-0.288	0.000
Ικανοποίηση από την Υγεία	-0.219	0.001
Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής	-0.438	0.000
Σχετική με την Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής	-0.536	0.000
Σχετική με τις Κοινωνικές Σχέσεις Ποιότητα Ζωής	-0.325	0.000
Σχετική με το Περιβάλλον Ποιότητα Ζωής	-0.390	0.000

**ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ EPDSI
ΜΕ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Πίνακας 26. EPDSI και Επιθετικότητα, Εχθρότητα και Κατεύθυνση της Επιθετικότητας (HDHQ)

HDHQ	Pearson	p
Εκδραματιζόμενη επιθετικότητα	0.297	0.000
Κριτική των άλλων	0.210	0.001
Παραληρητική επιθετικότητα	0.294	0.000
Αυτοκριτική	0.435	0.000
Ενοχή	0.361	0.000
Συνολική επιθετικότητα	0.432	0.000
Ενδοβαλόμενη επιθετικότητα	0.321	0.000
Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα	0.449	0.000
Κατεύθυνση εχθρότητας	0.196	0.002

Πίνακας 27. EPDSI και Αίσθηση Συνοχής (SOC)

SOC	Pearson	p
Αίσθηση Συνεκτικότητας	-0.508	0.000

Πίνακας 28. EPDSI και Δύναμη του Εγώ (MMPI- Egs «Ego – Strength»)

MMPI - Egs	Pearson	p
Σωματική λειτουργικότητα και φυσιολογική σταθερότητα	-0.244	0.000
Ψυχασθένεια	-0.359	0.000
Στάση απέναντι στη θρησκεία	-0.084	0.164
Στάση απέναντι στην ηθική	-0.050	0.406
Αίσθηση της πραγματικότητας	-0.338	0.000
Ικανότητα του ατόμου να αντεπεξέρχεται	-0.242	0.000
Φοβίες	-0.319	0.000
Διάφορα	0.153	0.010
Συνολική βαθμολογία	-0.355	0.000
MMPI EgS – ελληνική στάθμιση	-0.355	0.000

Πίνακας 29. EPDSI και Αμυντική Συγκρότηση της Προσωπικότητας (DSQ)

ΑΜΥΝΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ (DSQ)	Pearson	p
Προφίλ δυσπροσαρμοστικής οργάνωσης	0.491	0.000
Διαστρέβλωση της εικόνας	0.193	0.001
Διαστρέβλωση της εικόνας (gr)	0.191	0.001
Προφίλ αυτοθυσίας	0.133	0.029
Προφίλ αυτοθυσίας (gr)	0.179	0.003
Προφίλ προσαρμοστικής οργάνωσης	-0.063	0.287
Προφίλ προσαρμοστικής οργάνωσης (gr)	-0.020	0.731

Πίνακας 30. EPDSI και Αμυντικοί Μηχανισμοί (DSQ)

ΑΜΥΝΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ	Pearson	p
Παθητική επιθετικότητα	0.292	0.000
Προβολή	0.297	0.000
Παλινδρόμηση	0.337	0.000
Αναστολή	0.305	0.000
Προβλητική ταύτιση	0.334	0.000
Εκδραμάτιση	0.426	0.000
Σωματοποίηση	0.330	0.000
Απόσυρση	0.318	0.000
Σχιζοειδής φαντασίωση	0.306	0.000
Επαναστροφή προς τον εαυτό	0.322	0.000
Κατανάλωση	0.203	0.001
Ακύρωση	0.240	0.000
Παντοδυναμία	0.083	0.162
Άρνηση	0.089	0.129
Σχάση	0.193	0.001
Αρχέγονη εξιδανίκευση	0.083	0.159
Μόνωση	0.217	0.000
Ψευδοαλtruισμός	-0.072	0.220
Σχηματισμός εξ Αντιδράσεως	0.118	0.052
Χιούμορ	-0.070	0.235
Ανήκειν-Συνεργάζεσθαι	0.015	0.805
Μετουσίωση	-0.089	0.131
Καταστολή	0.046	0.437
Στοχακατευθυντικότητα	0.030	0.612
Προβλέπειν-Προσδοκάν	-0.002	0.970
Ψεύδος	0.268	0.000

Από τα αποτελέσματα των συσχετίσεων που διεξήχθησαν φαίνεται ότι η EPDS στην 1^η χορήγηση συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την *επιθετικότητα-εχθρότητα και την κατεύθυνση της επιθετικότητας* (ερωτηματολόγιο HDHQ), όσον αφορά στο σύνολο του φάσματος των πιθανών εκδηλώσεων επιθετικότητας, και μάλιστα με *θετικό* τρόπο. Φαίνεται δηλαδή ότι οι λεχωίδες, οι οποίες σε στρεσογόνες περιόδους –όπως είναι αυτή αμέσως μετά τον τοκετό– υιοθετούν επικριτική στάση είτε απέναντι στους άλλους (εξωστρεφόμενη επιθετικότητα) είτε απέναντι στον εαυτό (ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα), βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης.

Αρνητικές στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις καταγράφονται μεταξύ της EPDS και της *Ποιότητας Ζωής* (ερωτηματολόγιο WHO), της *Αίσθησης Συνεκτικότητας* (ερωτηματολόγιο SOC) και της *Δύναμης του Εγώ* (ερωτηματολόγιο MMPI – Egs).

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά στην Ποιότητα Ζωής, η EPDS συσχετίζεται ισχυρά με όλες τις παραμέτρους που αξιολογούνται με το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο. Οι νέες μητέρες που έχουν καλή σωματική και ψυχολογική υγεία, είναι ικανοποιημένες με τις κοινωνικές τους σχέσεις και το περιβάλλον στο οποίο διαβιών, και αποτιμούν θετικά την εν γένει ποιότητα της ζωής τους, κινδυνεύουν σαφώς λιγότερο να επιβαρυνθούν συναισθηματικά μετά τον τοκετό.

Στην περίπτωση της Δύναμης του Εγώ, οι διαστάσεις της στάσης απέναντι στη θρησκεία και της στάσης απέναντι στην ηθική δεν συσχετίζονται με την EPDS με στατιστικώς σημαντικό τρόπο. Όλες οι υπόλοιπες διαστάσεις όμως του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου υποδεικνύουν ότι οι λεχιώδες που διατηρούν μια ικανοποιητική υποκειμενική «αίσθηση επάρκειας», προστατεύονται από την εκδήλωση κατάθλιψης στην πρώιμη φάση της λοχείας.

Παρομοίως οι νέες μητέρες που χαρακτηρίζονται από συνεχή, έντονη και δυναμική αίσθηση συνοχής κινδυνεύουν λιγότερο από οποιασδήποτε μορφής ψυχολογική καταπόνηση στην ίδια χρονική περίοδο.

Αναφορικά με την *Αμυντική Συγκρότηση της Προσωπικότητας* (ερωτηματολόγιο DSQ) τα προφίλ της «δυσπροσαρμοστικής οργάνωσης», της «διαστρέβλωσης της εικόνας» και της «αυτοθυσίας» συσχετίζονται στατιστικώς σημαντικά, και μάλιστα *θετικά*, με την EPDS ($p=0.000$, $p=0.001$, $p=0.029$, αντιστοίχως). Οι λεχιώδες δηλαδή που γενικά αντιδρούν με έναν «δυσπροσαρμοστικό» τρόπο σε στρεσογόνες καταστάσεις εμφανίζουν μεγαλύτερη ψυχική καταπόνηση τις πρώτες ημέρες της λοχείας. Άλλωστε, όσον αφορά και στους επιμέρους αμυντικούς μηχανισμούς που συγκροτούν το συγκεκριμένο προφίλ (Προβολή $p=0.000$, Παθητική Επιθετικότητα $p=0.000$, Αναστολή $p=0.000$, Εκδραμάτιση $p=0.000$, Παλινδρόμηση $p=0.000$ και Απόσυρση $p=0.000$), προκύπτει ότι η ενεργοποίηση τους από τις νέες μητέρες επιβαρύνει περισσότερο τη συναισθηματική τους κατάσταση μετά τον τοκετό.

Αντιστοίχως, οι νέες μητέρες στην αμυντική συγκρότηση των οποίων κυριαρχούν τα προφίλ της «διαστρέβλωσης της εικόνας» και της «αυτοθυσίας» φαίνεται πως επίσης κινδυνεύουν περισσότερο στην πρώιμη φάση της λοχείας να εμφανίσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Φαίνεται όμως από πλευρά επιμέρους αμυντικών μηχανισμών ότι μόνο οι γυναίκες που λειτουργούν χρησιμοποιώντας τους μηχανισμούς της «σχάσης» ($p=0.001$), της «ακύρωσης» ($p=0.000$), και, σε οριακό βαθμό, του «σχηματισμού εξ αντιδράσεως» ($p=0.052$), μπορεί να αναπτύξουν ψυχοπαθολογία τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

**ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ
ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΗΝ 2^Η-4^Η ΗΜΕΡΑ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ**

Πίνακας 3Ι. Πολυπαραγοντική Ανάλυση των Μεταβλητών με την EPDSΙ

Μεταβλητές	beta	p
ΗΛΙΚΙΑ	-0.066	0.164
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	0.024	0.613
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ	-0.185	0.001
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΤΕΡΑ	-0.049	0.345
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ	-0.042	0.445
ΘΗΛΑΣΜΟΣ	-0.088	0.041
ΠΡΩΤΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ	-0.029	0.508
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	-0.049	0.269
ΣΥΝΟΛΟ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ	0.017	0.698
ΑΙΣΘΗΣΗ ΣΥΝΟΧΗΣ	-0.156	0.009
ΔΥΝΑΜΗ ΤΟΥ ΕΓΩ	-0.099	0.050
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	-0.016	0.794
ΔΥΣΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ	0.320	0.000
ΔΙΑΣΤΡΕΒΛΩΣΗ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ	-0.102	0.079
ΠΡΟΦΙΛ ΑΥΤΟΘΥΣΙΑΣ	-0.018	0.731

R^2 adjusted: 0.273, p : 0.000, $F(15,397)$: 11.335

Στην παρένθεση απεικονίζονται οι βαθμοί ελευθερίας οι οποίοι αποτελούν δείκτη του τελικού μεγέθους δείγματος μετά την αφαίρεση των ελλειπόν τιμών

Αναφορικά με τις πρώτες ημέρες της λοχείας η πολυπαραγοντική ανάλυση αναδεικνύει ως στατιστικώς σημαντική στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, τη διαμεσολάβηση παραγόντων που κυρίως σχετίζονται με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των νέων μητέρων, και συγκεκριμένα τη Δύναμη του Εγώ ($p=0.050$), την Αίσθηση Συνοχής ($p=0.009$), και το δυσπροσαρμοστικό αμυντικό προφίλ ($p=0.000$). Επιπλέον σε μεγαλύτερο κίνδυνο φαίνεται να βρίσκονται αυτές που διατηρούν μια δυσλειτουργική σχέση με το σύντροφο ($p=0.001$), καθώς και αυτές που δεν θηλάζουν τα βρέφη τους ($p=0.041$).

4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΝ 5^Η-6^Η ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Πίνακας 32. EPDS2 και Γενικοί Δημογραφικοί Παράγοντες

Μεταβλητή	Pearson Correlation	p			
ΗΛΙΚΙΑ	-0.07	0.251			
Μεταβλητές		N	Mean	SD	p
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Άγαμος	2	10.00	2.82	0.100 ¹
	Έγγαμος	238	5.13	4.15	
ΔΙΑΜΟΝΗ	Χωριό	83	5.88	4.85	0.148 ²
	Έως 10000	39	4.33	3.66	
	Έως 150000	106	4.75	3.28	
	Άνω των 150000	7	5.00	4.76	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Μερικές τάξεις του δημοτικού	1	3.00	-	0.457 ²
	Απόφοιτος δημοτικού	2	7.00	5.65	
	Απόφοιτος γυμνασίου	12	5.58	5.45	
	Απόφοιτος λυκείου	108	5.77	4.54	
	Φοιτητής ΤΕΙ	3	4.00	2.64	
	Φοιτητής ΑΕΙ	4	4.50	4.65	
	Απόφοιτος ΤΕΙ	30	5.23	4.32	
	Απόφοιτος ΑΕΙ	79	4.30	3.24	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Άνεργος	14	5.36	4.58	0.684 ²
	Οικιακά	48	6.23	4.96	
	Αγρότης	5	4.80	7.53	
	Αυτοασπασχολούμενος	16	5.06	4.12	
	Ιδιωτικός υπάλληλος	62	4.95	3.80	
	Δημόσιος υπάλληλος	66	4.77	3.85	
	Άλλο	15	5.73	3.99	

Πίνακας 33. EPDS2 και Σωματικό και Ψυχολογικό Ιστορικό

Μεταβλητές		N	MEAN	SD	p
ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟΣ	Όχι	221	5.13	4.03	0.496 ¹
	Ναι	15	4.67	3.69	
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	Μη ικανοποιητική	23	5.61	5.84	0.626 ¹
	ικανοποιητική	205	5.09	3.91	

1. Mann-Whitney test

2: ANOVA

Πίνακας 34. EPDS2 και Σχέσεις με τους Γονείς και το Σύντροφο

Μεταβλητές		N	MEAN	SD	p
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ	Μέτριες	5	5.00	3.16	0.744 ²
	Καλές	14	5.57	3.13	
	Πολύ καλές	83	5.51	4.70	
	Άριστες	137	4.90	3.98	
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΤΕΡΑ	Κακές	5	2.40	1.94	0.008 ²
	Μέτριες	12	4.58	3.39	
	Καλές	28	7.68	4.40	
	Πολύ καλές	93	4.89	3.86	
	Άριστες	98	4.83	4.30	
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ	Κακές	1	2.00	-	0.082 ²
	Μέτριες	3	2.00	3.46	
	Καλές	24	7.13	4.24	
	Πολύ καλές	78	5.08	3.93	
	Άριστες	131	4.89	4.22	

Πίνακας 35. EPDS2 και Περιγεννητικοί Παράγοντες

Μεταβλητές		N	MEAN	SD	p
ΤΟΚΕΤΟΣ	Φυσιολογικός	111	5.64	4.71	0.557 ²
	Προκλητός	25	4.76	3.91	
	Με όργανα	10	4.50	3.30	
	Καισαρική	87	4.94	3.61	
ΦΥΛΟ ΒΡΕΦΟΥΣ	Κορίτσι	102	4.95	4.31	0.363 ¹
	Αγόρι	130	5.34	4.11	
ΘΗΛΑΣΜΟΣ	Όχι	33	5.64	4.55	0.534 ¹
	Ναι	198	4.98	4.02	
ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΣ	Όχι	178	5.21	4.34	0.647 ¹
	Ναι, παροδικός	4	4.50	4.65	
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΟ ΒΡΕΦΟΣ	Όχι	78	4.71	4.21	0.758 ¹
	Ναι	13	4.46	3.07	
ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΒΡΕΦΟΥΣ	Όχι	61	4.30	3.97	0.130 ¹
	Ναι	6	7.17	5.34	
Μεταβλητή	Pearson correlation			p	
Εβδομάδα τοκετού	-0.06			0.373	

1. Mann-Whitney test

2: ANOVA

Πίνακας 36. EPDS2 και Παράγοντες Σχετιζόμενοι με την Παρούσα Κύηση

Μεταβλητές		N	MEAN	SD	p
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ	Όχι	145	5.02	4.40	0.775 ¹
	Ναι	11	4.73	2.76	
ΠΡΩΤΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ	Όχι	101	4.97	4.14	0.928 ¹
	Ναι	53	5.09	4.14	
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	Όχι	87	5.26	4.91	0.362 ¹
	Ναι	116	5.24	3.84	
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	Όχι	2	8.00	5.65	0.320 ¹
	Ναι	224	5.13	4.22	
ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	Όχι	161	5.21	4.27	0.201 ¹
	Ναι	13	3.62	2.50	
ΤΑΚΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ	Όχι	8	8.13	4.88	0.036 ¹
	Ναι	228	5.06	4.13	
ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ	Όχι	177	5.05	4.05	0.212 ¹
	Ναι	51	5.65	4.44	
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	Όχι	190	5.01	4.17	0.268 ¹
	Ναι	46	5.54	3.80	
ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	Όχι	228	5.05	3.92	0.884 ¹
	Ναι	8	5.13	4.05	

1: Mann-Whitney

Όπως προκύπτει από τους πίνακες 32-26 κατά την 2^η χορήγηση της EPDS οι μόνες μεταβλητές που συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά είναι αυτή των σχέσεων με τον πατέρα ($p=0.008$) και αυτή της τακτικής παρακολούθησης ($p=0.036$).

Φαίνεται δηλαδή ότι κατά την 5^η-6^η εβδομάδα της λοχείας, καμία κοινωνικοδημογραφική μεταβλητή δεν σχετίζεται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα των λεχωίδων. Παρομοίως, ούτε οι σχετιζόμενοι με τον τοκετό και το βρέφος παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν την ψυχολογία των νέων μητέρων. Όσον δε αφορά στην παρούσα κύηση, από τις συσχετίσεις αναδεικνύεται η σημασία της τακτικής παρακολούθησης: όσες γυναίκες στην διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν ελλιπή παρακολούθηση κινδύνευαν περισσότερο να αναπτύξουν καταθλιπτική συμπτωματολογία μετά τον πρώτο μήνα της λοχείας. Επιπροσθέτως, οι γυναίκες που αποτιμούσαν τις σχέσεις με τον πατέρα τους ως απλώς «καλές» και όχι ως «πολύ καλές» ή «άριστες» ήταν πιθανότερο να εμφανίσουν σοβαρή ψυχολογική καταπόνηση στην ίδια χρονική περίοδο. Αντίθετα οι σχέσεις με τη μητέρα και το σύντροφο καταγράφονται ως λιγότερο σημαντικές για τον ψυχισμό των νέων μητέρων.

Πίνακας 37. Μονοπαραγοντικές Συσχετίσεις της EPDS2 με τα «Γεγονότα Ζωής»

Μεταβλητές		N	MEAN	SD	p
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	Δεν αναφέρονται	119	4.82	3.96	0.069 ¹
	Αναφέρονται	60	5.90	4.13	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	Δεν αναφέρονται	133	5.23	4.28	0.698 ¹
	Αναφέρονται	44	4.98	3.25	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΟ ΓΑΜΟ	Δεν αναφέρονται	116	5.12	4.02	0.761 ¹
	Αναφέρονται	62	5.32	4.13	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	Δεν αναφέρονται	22	5.59	3.48	0.436 ¹
	Αναφέρονται	159	5.25	4.19	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΑΛΛΟ ΦΥΛΟ	Δεν αναφέρονται	171	5.20	3.99	0.488 ¹
	Αναφέρονται	7	4.86	5.61	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	Δεν αναφέρονται	139	5.14	4.09	0.961 ¹
	Αναφέρονται	31	4.87	3.81	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Δεν αναφέρονται	164	5.25	4.11	0.965 ¹
	Αναφέρονται	8	4.75	3.95	
ΘΑΝΑΤΟΙ	Δεν αναφέρονται	170	5.11	4.03	0.206 ¹
	Αναφέρονται	8	7.00	4.27	
ΑΠΩΛΕΙΕΣ	Δεν αναφέρονται	177	5.18	4.06	0.782 ¹
	Αναφέρονται	2	4.00	2.82	
ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	Δεν αναφέρονται	167	5.11	4.05	0.203 ¹
	Αναφέρονται	11	6.36	4.05	
ΑΥΘΟΡΜΗΤΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΠΙΠΛΕΟΝ	Δεν αναφέρονται	176	5.18	4.01	0.945 ¹
	Αναφέρονται	2	6.50	9.19	

1: Mann-Whitney

Πίνακας 38. EPDS2 και Σύνολο Γεγονότων Ζωής

Μεταβλητή	Pearson Correlation	p
ΣΥΝΟΛΟ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ	0.09	0.188

Αντίθετα από ό,τι κατέγραψε η στατιστική ανάλυση στην πρώιμη φάση της λοχείας, κανένα στρεσογόνο γεγονός ζωής, ούτε όμως και ο συνολικός αριθμός τους συσχετίζεται σημαντικά με την 2^η χορήγηση της EPDS. Φαίνεται δηλαδή ότι γεγονότα τα οποία σχετίζονται με την εξωτερική, κοινωνική πραγματικότητα δεν επηρεάζουν την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας την 5^η - 6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό. Επιπροσθέτως, ούτε ο συνολικός αριθμός των

γεγονότων ζωής που έλαβαν χώρα κατά τους τελευταίους 12 μήνες συνεισφέρει στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μετά τον πρώτο μήνα της λοχείας.

Πίνακας 39. EPDS2 και Ποιότητα Ζωής (WHOQOL - BREF)

WHO-BREF	Pearson	p
Γενική Ποιότητα Ζωής	-0.035	0.691
Ικανοποίηση από την Υγεία	0.005	0.950
Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής	-0.253	0.003
Σχετική με την Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής	-0.194	0.023
Σχετική με τις Κοινωνικές Σχέσεις Ποιότητα Ζωής	-0.246	0.004
Σχετική με το Περιβάλλον Ποιότητα Ζωής	-0.136	0.115

ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ EPDS2 ΜΕ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Πίνακας 40. EPDS2 και Επιθετικότητα, Εχθρότητα και Κατεύθυνση της Επιθετικότητας (HDHQ)

HDHQ	Pearson	p
Εκδραματιζόμενη επιθετικότητα	0.019	0.817
Κριτική των άλλων	0.148	0.076
Παραληρητική επιθετικότητα	0.127	0.127
Αυτοκριτική	0.220	0.008
Ενοχή	0.192	0.020
Συνολική επιθετικότητα	0.202	0.015
Ενδοβαλόμενη επιθετικότητα	0.128	0.126
Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα	0.229	0.006
Κατεύθυνση εχθρότητας	0.135	0.104

Πίνακας 41. EPDS2 και Αίσθηση Συνεκτικότητας (SOC)

SOC	Pearson	p
Αίσθηση Συνεκτικότητας	-0.176	0.033

Πίνακας 42. EPDS2 και Δύναμη του Εγώ (MMPI- Egs «Ego – Strength»)

MMPI - Egs	Pearson	p
Σωματική λειτουργικότητα και φυσιολογική σταθερότητα	-0.147	0.065
Ψυχασθένεια	-0.161	0.043
Στάση απέναντι στη θρησκεία	-0.005	0.949
Στάση απέναντι στην ηθική	-0.021	0.796
Αίσθηση της πραγματικότητας	-0.079	0.323
Ικανότητα του ατόμου να αντεπεξέρχεται	-0.086	0.281
Φοβίες	-0.138	0.084
Διάφορα	0.074	0.354
Συνολική βαθμολογία	-0.141	0.077
MMPI EgS – ελληνική στάθμιση	-0.141	0.077

Πίνακας 43. EPDS2 και Αμυντική Συγκρότηση της προσωπικότητας (DSQ)

ΑΜΥΝΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ (DSQ)	Pearson	p
Προφίλ δυσπροσαρμοστικής οργάνωσης	0.282	0.000
Διαστρέβλωση της εικόνας	0.087	0.252
Διαστρέβλωση της εικόνας (gr)	0.096	0.209
Προφίλ αυτοθυσίας	0.078	0.312
Προφίλ αυτοθυσίας (gr)	0.096	0.211
Προφίλ προσαρμοστικής οργάνωσης	-0.058	0.445
Προφίλ προσαρμοστικής οργάνωσης (gr)	-0.054	0.481

Πίνακας 44. EPDS2 και Αμυντικοί Μηχανισμοί (DSQ)

ΑΜΥΝΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ	Pearson	p
Παθητική επιθετικότητα	0.200	0.008
Προβολή	0.124	0.102
Παλινδρόμηση	0.191	0.012
Αναστολή	0.359	0.000
Προβλητική ταύτιση	0.175	0.021
Εκδραμάτιση	0.071	0.351
Σωματοποίηση	0.041	0.589
Απόσυρση	0.236	0.002
Σχιζοειδής φαντασίωση	0.124	0.103
Επαναστροφή προς τον εαυτό	0.125	0.102
Κατανάλωση	0.198	0.009
Ακύρωση	0.146	0.054
Παντοδυναμία	0.054	0.478
Άρνηση	0.077	0.314
Σχάση	0.020	0.794
Αρχέγονη εξιδανίκευση	0.030	0.689
Μόνωση	0.173	0.022
Ψευδοαλtruισμός	-0.034	0.659
Σχηματισμός εξ Αντιδράσεως	0.054	0.487
Χιούμορ	-0.051	0.506
Ανήκειν-Συνεργάζεσθαι	-0.013	0.863
Μετουσίωση	-0.026	0.732
Καταστολή	0.003	0.972
Στοχακατευθυντικότητα	-0.027	0.724
Προβλέπειν-Προσδοκάν	-0.067	0.375
Ψεύδος	0.165	0.031

Η 2^η χορήγηση της EPDS, όπως προκύπτει από τους πίνακες 39-44 σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά, και μάλιστα με *θετικό* τρόπο, με την **Επιθετικότητα, Εχθρότητα και Κατεύθυνση της Επιθετικότητας** (ερωτηματολόγιο HDHQ), όσον αφορά στις εξής διαστάσεις:

- Αυτοκριτική (p=0.008)
- Ενοχή (p=0.020)
- Συνολική επιθετικότητα (p=0.015)
- Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα (p=0.006)

Φαίνεται δηλαδή ότι οι νέες μητέρες, οι οποίες σε στρεσογόνες περιόδους ζωής επιδεικνύουν υψηλό βαθμό ετοιμότητας στην υιοθέτηση μιας στάσης ενοχής καθώς και επίκρισης απέναντι στον εαυτό και στους άλλους, είναι πιθανότερο να εμφανίσουν σοβαρή ψυχολογική επιβάρυνση μετά την 5^η-6^η εβδομάδα της λοχείας.

Αρνητικές, στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις καταγράφονται μεταξύ της EPDS και της *Αίσθησης Συνεκτικότητας* ($p=0.033$). Γυναίκες, δηλαδή, οι οποίες χαρακτηρίζονται από ανεπαρκή αίσθηση συνοχής, είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από κατάθλιψη ένα μήνα μετά τον τοκετό.

Όσον αφορά στη *Δύναμη του Εγώ* η EPDS δεν συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με καμία παράμετρο, εκτός από αυτήν της Ψυχασθένειας, με την οποία εμφανίζει μια σχετικά ασθενή αρνητική συσχέτιση ($p=0.043$)

Κατά την 5^η -6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό, ο τρόπος που αποτιμούν οι λεχωίδες την *Ποιότητα Ζωής* τους και συγκεκριμένα όσον αφορά την Σωματική Υγεία ($p=0.003$), την Ψυχική Υγεία ($p=0.023$) και τις Κοινωνικές Σχέσεις τους ($p=0.004$), επηρεάζει την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας. Οι λεχωίδες που δεν είναι ικανοποιημένες από αυτές τις παραμέτρους της ζωής τους αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη κατάθλιψης.

Αναφορικά με την *Αμυντική Συγκρότηση της Προσωπικότητας*, το προφίλ της δυσπροσαρμοστικής οργάνωσης ($p=0.000$) και οι Αμυντικοί Μηχανισμοί της παθητικής επιθετικότητας ($p=0.008$), της παλινδρόμησης ($p=0.012$), της αναστολής ($p=0.000$), της προβλητικής ταύτισης ($p=0.021$), της απόσυρσης ($p=0.002$), της κατανάλωσης ($p=0.009$), της μόνωσης ($p=0.022$), καθώς και η κλίμακα ψεύδους ($p=0.031$) εμφανίζουν *θετική* στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την 2^η χορήγηση της EPDS. Όπως καταγράφεται δηλαδή στους πίνακες 43-44, οι νέες μητέρες στην αμυντική συγκρότηση των οποίων κυριαρχεί το προφίλ της «δυσπροσαρμοστικής οργάνωσης», καθώς και κάποιοι από τους επιμέρους μηχανισμούς που το συγκροτούν, κινδυνεύουν σαφώς περισσότερο μετά τον πρώτο μήνα της λοχείας να εμφανίσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Επιπλέον, οι γυναίκες που λειτουργούν χρησιμοποιώντας τους μηχανισμούς της κατανάλωσης και της μόνωσης, καθώς και όσες καταγράφουν υψηλές βαθμολογίες στην «κλίμακα ψεύδους», αποτελούν επίσης ομάδα υψηλού κινδύνου.

ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΗΝ 5^Η - 6^Η ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Πίνακας 45. Πολυπαραγοντική Ανάλυση των Μεταβλητών με την EPDS2

Μεταβλητές	Beta	p
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	-0.084	0.238
ΤΑΚΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ	-0.158	0.014
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΠΑΤΕΡΑ	0.008	0.915
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΜΗΤΕΡΑ	0.018	0.811
ΗΛΙΚΙΑ	-0.022	0.761
ΣΥΝΟΛΟ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ	0.037	0.569
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	0.056	0.515
ΑΙΣΘΗΣΗ ΣΥΝΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	0.082	0.365
ΔΥΝΑΜΗ ΤΟΥ ΕΓΩ	0.022	0.778
ΔΥΣΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ	0.173	0.036
EPDS 1	0.198	0.006

R^2 adjusted: 0.077, p : 0.002, $F(11,230)$: 2.830

Στην παρένθεση απεικονίζονται οι βαθμοί ελευθερίας οι οποίοι αποτελούν δείκτη του τελικού μεγέθους δείγματος μετά την αφαίρεση των ελλειπών τιμών

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 45 στην 5^η-6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό, οι παράγοντες που αναδεικνύονται ως στατιστικώς σημαντικοί για την εμφάνιση κατάθλιψης στην πολυπαραγοντική ανάλυση είναι το προφίλ της δυσπροσαρμοστικής οργάνωσης της προσωπικότητας ($p=0.036$), η τακτική παρακολούθηση στην διάρκεια της εγκυμοσύνης ($p=0.014$), και η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας αμέσως μετά τον τοκετό ($p=0.006$). Διαπιστώνουμε δηλαδή ότι οι λεχωίδες, οι οποίες στις πρώτες ημέρες της λοχείας εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής καταπόνησης, συνεχίζουν να κινδυνεύουν και στην 5^η-6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό. Επιπλέον μια ευάλωτη σε επίπεδο προσωπικότητας γυναίκα, υπό την έννοια μιας ανώριμης, δυσπροσαρμοστικής αμυντικής οργάνωσης, έχει περισσότερες πιθανότητες να επιβαρυνθεί ψυχολογικά μετά τον πρώτο μήνα της λοχείας. Τέλος οι επίτοκοι που δεν είχαν τακτική παρακολούθηση, αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση ΕΛΚ στην 5^η-6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό.

5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ 2^{ΗΣ}-4^{ΗΣ} ΗΜΕΡΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ 5^{ΗΣ}-6^{ΗΣ} ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Πίνακας 46. EPDS Change και Γενικοί Δημογραφικοί Παράγοντες

Μεταβλητή		Pearson		p	
ΗΛΙΚΙΑ		0.001		0.990	
Μεταβλητές		N	MEAN	SD	p
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Άγαμος	2	1.00	8.48	0.526 ³
	Έγγαμος	238	-0.71	5.82	
ΔΙΑΜΟΝΗ	Χωριό	83	-0.11	5.75	0.586 ²
	Έως 10000	39	-1.23	5.10	
	Έως 150000	106	-1.22	5.96	
	Άνω των 150000	7	-1.00	7.93	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Μερικές τάξεις του δημοτικού	1	-1.00	.	0.276 ²
	Απόφοιτος δημοτικού	2	-11.50	13.43	
	Απόφοιτος γυμνασίου	12	1.42	5.43	
	Απόφοιτος λυκείου	108	-0.76	6.48	
	Φοιτητής ΤΕΙ	3	-1.00	6.55	
	Φοιτητής ΑΕΙ	4	0.25	5.73	
	Απόφοιτος ΤΕΙ	30	-0.37	5.83	
	Απόφοιτος ΑΕΙ	79	-0.76	4.53	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Άνεργος	14	-1.21	9.21	0.990 ²
	Οικιακά	48	-0.31	5.75	
	Αγρότης	5	0.60	4.03	
	Αυτοαπασχολούμενος	16	-0.81	3.88	
	Ιδιωτικός υπάλληλος	62	-0.85	5.70	
	Δημόσιος υπάλληλος	66	-0.58	5.82	
	Άλλο	15	0.13	4.71	

2: ANOVA

3: t-TEST

Πίνακας 47. EPDS Change και Σωματικό και Ψυχολογικό Ιστορικό

Μεταβλητές		N	MEAN	SD	p
ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟΣ	Όχι	221	-0.52	5.402	0.177 ³
	Ναι	15	-3.93	9.208	
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	Μη ικανοποιητική	23	-2.65	8.568	0.059 ³
	ικανοποιητική	205	-0.40	5.175	

Πίνακας 48. EPDS Change και Σχέσεις με τους Γονείς και το Σύντροφο

Μεταβλητές		N	MEAN	SD	p
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ	Μέτριες	5	-11.00	10.41	0.000 ²
	Καλές	14	-4.07	6.56	
	Πολύ καλές	83	-1.64	5.92	
	Άριστες	137	0.53	4.90	
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΤΕΡΑ	Κακές	5	-1.20	3.03	0.063 ²
	Μέτριες	12	-4.17	6.83	
	Καλές	28	-2.39	8.41	
	Πολύ καλές	93	-0.77	4.82	
	Άριστες	98	0.15	5.52	
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ	Κακές	1	-10.00	.	0.003 ²
	Μέτριες	3	-11.33	3.51	
	Καλές	24	-2.00	7.55	
	Πολύ καλές	78	-1.04	4.80	
	Άριστες	131	-0.02	5.86	

Πίνακας 49. EPDS Change και Περιγεννητικοί Παράγοντες

Μεταβλητή		Pearson Correlation			p
ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΟΚΕΤΟΥ		-0.022			0.740
Μεταβλητές		N	MEAN	SD	p
ΤΟΚΕΤΟΣ	Φυσιολογικός	111	-0.37	5.81	0.673 ²
	Προκλητός	25	0.16	5.27	
	Με όργανα	10	-1.80	5.51	
	Καισαρική	87	-1.00	5.45	
ΦΥΛΟ ΒΡΕΦΟΥΣ	Κορίτσι	102	-0.58	6.72	0.162 ³
	Αγόρι	130	-0.83	5.13	
ΘΗΛΑΣΜΟΣ	Όχι	33	-3.67	7.37	0.393 ³
	Ναι	198	-0.36	5.37	
ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΣ	Όχι	178	-0.46	5.49	0.533 ³
	Ναι, παροδικός	4	-1.25	6.85	
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΟ ΒΡΕΦΟΣ	Όχι	78	-0.29	5.05	0.309 ³
	Ναι	13	-1.85	6.01	
ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΒΡΕΦΟΥΣ	Όχι	61	-0.61	4.74	0.754 ³
	Ναι	6	-0.17	3.60	

2: ANOVA

3: t-TEST

Πίνακας 50. EPDS Change και Παράγοντες Σχετιζόμενοι με την Παρούσα Κύηση

Μεταβλητές		N	MEAN	SD	p
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ	Όχι	145	-0.70	5.807	0.479 ³
	Ναι	11	1.00	4.243	
ΠΡΩΤΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ	Όχι	101	-1.12	5.618	0.881 ³
	Ναι	53	-0.11	5.437	
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	Όχι	87	-0.06	4.989	0.169 ³
	Ναι	116	-0.88	6.149	
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	Όχι	2	-6.50	2.121	0.352 ³
	Ναι	224	-0.67	5.921	
ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	Όχι	161	-0.13	5.438	0.166 ³
	Ναι	13	-3.38	8.578	
ΤΑΚΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ	Όχι	8	3.13	5.194	0.822 ³
	Ναι	228	-0.85	5.856	
ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ	Όχι	177	-0.69	5.367	0.457 ³
	Ναι	51	-0.06	5.863	
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	Όχι	190	-0.62	5.505	0.436 ³
	Ναι	46	-0.61	5.837	
ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	Όχι	228	-0.39	5.124	0.157 ³
	Ναι	8	-9.25	8.362	

3: t-TEST

Η διαφορά στις βαθμολογίες της EPDS ανάμεσα στην 2^η και την 1^η χορήγησή της, όπως προκύπτει από τους πίνακες 46-50 δεν επηρεάζεται από καμία κοινωνικοδημογραφική μεταβλητή, ούτε από παράγοντες σχετικούς με την παρούσα κύηση, τον τοκετό και το βρέφος. Οι μόνες στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις της EPDS change είναι αυτές με τις σχέσεις με το σύντροφο ($p=0.000$) και τη μητέρα ($p=0.003$). **Φαίνεται δηλαδή ότι οι σχέσεις με το σύντροφο και την μητέρα συνιστούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ένα μήνα μετά τον τοκετό.**

Πίνακας 51. Μονοπαράγοντικές Συσχετίσεις της EPDS Change με τα «Γεγονότα Ζωής»

Μεταβλητές		N	MEAN	SD	p
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	Δεν αναφέρονται	119	0.36	4.40	0.001 ³
	Αναφέρονται	60	-3.12	7.34	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	Δεν αναφέρονται	133	-0.55	5.56	0.682 ³
	Αναφέρονται	44	-1.64	6.51	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΟΝ ΓΑΜΟ	Δεν αναφέρονται	116	-0.09	5.05	0.456 ³
	Αναφέρονται	62	-2.13	6.83	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	Δεν αναφέρονται	22	-2.14	8.07	0.187 ³
	Αναφέρονται	159	-0.48	5.54	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΑΛΛΟ ΦΥΛΟ	Δεν αναφέρονται	171	-0.82	5.89	0.174 ³
	Αναφέρονται	7	-0.43	2.82	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	Δεν αναφέρονται	139	-0.86	6.17	0.417 ³
	Αναφέρονται	31	-0.94	4.41	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Δεν αναφέρονται	164	-0.84	5.95	0.410 ³
	Αναφέρονται	8	-2.00	4.03	
ΘΑΝΑΤΟΙ	Δεν αναφέρονται	170	-0.95	5.79	0.943 ³
	Αναφέρονται	8	2.38	5.31	
ΑΠΩΛΕΙΕΣ	Δεν αναφέρονται	177	-0.81	5.81	0.283 ³
	Αναφέρονται	2	1.00	1.41	
ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	Δεν αναφέρονται	167	-0.82	5.91	0.407 ³
	Αναφέρονται	11	-0.55	3.93	
ΑΥΘΟΡΜΗΤΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ	Δεν αναφέρονται	176	-.81	5.83	0.209 ³
	Αναφέρονται	2	-.50	0.70	

3: t-TEST

Πίνακας 52. EPDS2 και Σύνολο Γεγονότων Ζωής

Μεταβλητής	Pearson Correlation	p
ΣΥΝΟΛΟ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ	-0.021	0.785

Αναφορικά με τα ψυχотραυματικά γεγονότα ζωής, η στατιστική ανάλυση κατέγραψε ότι η EPDS change επηρεάζεται σημαντικά μόνο από την ύπαρξη οικονομικών προβλημάτων κατά τους τελευταίους 12 μήνες ($p=0.001$). **Φαίνεται, λοιπόν, πως η ύπαρξη οικονομικών προβλημάτων συνιστά σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ένα μήνα**

μετά τον τοκετό. Κανένα άλλο γεγονός της εξωτερικής κοινωνικής πραγματικότητας, ούτε ο συνολικός αριθμός των γεγονότων ζωής που έλαβαν χώρα, τροποποιεί τη συναισθηματική απάντηση των λεχωίδων μεταξύ της περιόδου αμέσως μετά τον τοκετό και μετά τον πρώτο μήνα της λοχείας.

Πίνακας 53. EPDS Change και Ποιότητα Ζωής (WHOQOL-BREF)

WHO	Pearson	p
Γενική Ποιότητα Ζωής	0.280	0.001
Ικανοποίηση από την Υγεία	0.187	0.032
Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής	0.162	0.059
Σχετική με την Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής	0.299	0.000
Σχετική με τις Κοινωνικές Σχέσεις Ποιότητα Ζωής	0.083	0.337
Σχετική με το Περιβάλλον Ποιότητα Ζωής	0.214	0.012

ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ EPDS change ΜΕ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Πίνακας 54. EPDS Change και Επιθετικότητα, Εχθρότητα και Κατεύθυνση της Επιθετικότητας (HDHQ)

HDHQ	Pearson	p
Εκδραματιζόμενη επιθετικότητα	-0.175	0.036
Κριτική των άλλων	-0.063	0.454
Παραληρητική επιθετικότητα	-0.117	0.162
Αυτοκριτική	-0.169	0.042
Ενοχή	-0.112	0.179
Συνολική επιθετικότητα	-0.174	0.036
Ενδοβαλόμενη επιθετικότητα	-0.138	0.098
Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα	-0.167	0.044
Κατεύθυνση εχθρότητας	-0.063	0.452

Πίνακας 55. EPDS Change Αίσθηση Συνοχής (SOC)

SOC	Pearson	p
Αίσθηση Συνεκτικότητας	0.334	0.000

Πίνακας 56. EPDS Change και Δύναμη του Εγώ (MMPI- Egs «Ego – Strength»)

MMPI - Egs	Pearson	p
Σωματική λειτουργικότητα και φυσιολογική σταθερότητα	0.192	0.016
Ψυχασθένεια	0.205	0.010
Στάση απέναντι στην θρησκεία	0.093	0.246
Στάση απέναντι στην ηθική	0.039	0.628
Αίσθηση της πραγματικότητας	0.237	0.003
Ικανότητα του ατόμου να αντεπεξέρχεται	0.183	0.022
Φοβίες	0.218	0.006
Διάφορα	-0.060	0.452
Συνολική βαθμολογία	0.260	0.001
MMPI EgS – ελληνική στάθμιση	0.260	0.001

Πίνακας 57. EPDS Change και Αμυντική Συγκρότηση της Προσωπικότητας (DSQ)

ΑΜΥΝΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ (DSQ)	Pearson	p
Προφίλ δυσπροσαρμοστικής οργάνωσης	-0.240	0.001
Διαστρέβλωση της εικόνας	-0.072	0.347
Διαστρέβλωση της εικόνας (gr)	-0.059	0.442
Προφίλ αυτοθυσίας	-0.046	0.551
Προφίλ αυτοθυσίας (gr)	-0.043	0.580
Προφίλ προσαρμοστικής οργάνωσης	0.082	0.280
Προφίλ προσαρμοστικής οργάνωσης (gr)	0.064	0.400

Πίνακας 58. EPDS Change και Αμυντικοί Μηχανισμοί (DSQ)

ΑΜΥΝΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ	Pearson	p
Παθητική επιθετικότητα	-0.130	0.088
Προβολή	-0.111	0.144
Παλινδρόμηση	-0.221	0.003
Αναστολή	-0.019	0.806
Προβλητική ταύτιση	-0.179	0.018
Εκδραμάτιση	-0.294	0.000
Σωματοποίηση	-0.280	0.000
Απόσυρση	-0.098	0.197
Σχιζοειδής φαντασίωση	-0.168	0.026
Επαναστροφή προς τον εαυτό	-0.190	0.012
Κατανάλωση	0.018	0.813
Ακύρωση	-0.073	0.339
Παντοδυναμία	-0.031	0.685
Άρνηση	0.013	0.859
Σχάση	-0.112	0.140
Αρχέγονη εξιδανίκευση	-0.057	0.457
Μόνωση	0.001	0.989
Ψευδοαλtruισμός	0.000	0.999
Σχηματισμός εξ Αντιδράσεως	-0.056	0.469
Χιούμορ	0.047	0.541
Ανήκειν-Συνεργάζεσθαι	0.038	0.614
Μετουσίωση	0.027	0.727
Καταστολή	0.029	0.702
Στοχακατευθυντικότητα	0.032	0.670
Προβλέπειν-Προσδοκάν	0.026	0.732
Ψεύδος	-0.103	0.180

Η *EPDS change*, όπως προκύπτει από τους πίνακες 53-58 σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά, και μάλιστα με αρνητικό τρόπο, με την **Επιθετικότητα**, **Εχθρότητα** και **Κατεύθυνση της Επιθετικότητας** (ερωτηματολόγιο HDHQ), όσον αφορά στις εξής διαστάσεις:

- Εκδραματιζόμενη επιθετικότητα (p=0.036)
- Αυτοκριτική (p=0.042)
- Συνολική επιθετικότητα (p=0.036)
- Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα (p=0.044)

Φαίνεται δηλαδή ότι οι νέες μητέρες, οι οποίες σε στρεσογόνες περιόδους ζωής υιοθετούν μια στάση αυτοκριτικής, εκδραματιζόμενης και εξωστρεφόμενης επιθετικότητας, καθώς και όσες επιδεικνύουν υψηλή συνολική επιθετικότητα, κινδυνεύουν σημαντικά να επιβαρυνθούν ψυχολογικά προϊόντος του χρόνου μετά τον τοκετό.

Με παρόμοιο τρόπο επιδρά στη ροή της ψυχικής καταπόνησης και η *Αμυντική Συγκρότηση της Προσωπικότητας* της λεχωίδας, καθώς το προφίλ της δυσπροσαρμοστικής οργάνωσης ($p=0.001$) και οι επιμέρους αμυντικοί μηχανισμοί της παθητικής επιθετικότητας ($p=0.008$), της παλινδρόμησης ($p=0.003$), της προβλητικής ταύτισης ($p=0.018$), της εκδραμάτισης ($p=0.000$) της σωματοποίησης ($p=0.000$) της σχιζοειδούς φαντασίωσης ($p=0.026$) και της επαναστροφής προς τον εαυτό ($p=0.012$) εμφανίζουν *αρνητική* στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την μεταβολή της EPDS στις δύο χρονικές στιγμές εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας.

Αντίθετα *θετικές* στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις καταγράφονται μεταξύ της EPDS change και της *Αίσθησης Συνεκτικότητας* ($p=0.000$). Γυναίκες δηλαδή, οι οποίες χαρακτηρίζονται από επαρκή αίσθηση συνοχής προστατεύονται από την εμφάνιση κατάθλιψης κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα μετά τον τοκετό.

Με παρόμοιο τρόπο επιδρά στην μεταβολή της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, και η *Δύναμη του Εγώ*, τόσο όσον αφορά στη συνολική της διάσταση (MMPI EgS – ελληνική στάθμιση $p=0.001$), όσο και στις επιμέρους παραμέτρους (Σωματική λειτουργικότητα και φυσιολογική σταθερότητα: $p=0.016$, Ψυχασθένεια: $p=0.010$, Αίσθηση της πραγματικότητας: $p=0.003$, Ικανότητα του ατόμου να αντεπεξέρχεται: $p=0.022$, Φοβίες: $p=0.006$)

Τέλος, ο τρόπος που αποτιμούν οι λεχωίδες την *Ποιότητα Ζωής* τους εν γένει ($p=0.001$), αλλά και ειδικότερα όσον αφορά στην Υγεία «ως όλον» ($p=0.032$), στην Ψυχική Υγεία ($p=0.000$) και στη Σχετική με το Περιβάλλον Ποιότητα Ζωής ($p=0.012$), επηρεάζει την επιδείνωση ή την ύφεση της ψυχοπαθολογίας στη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων μετά τον τοκετό. Οι λεχωίδες που είναι ικανοποιημένες από αυτές τις παραμέτρους της ζωής τους φαίνεται να προστατεύονται συναισθηματικά στο άμεσο και απώτερο διάστημα μετά τον τοκετό.

**ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ
ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΗΝ ΕΝΤΑΣΗ
ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑΞΥ
ΤΗΣ 2^{ΗΣ}-4^{ΗΣ} ΗΜΕΡΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ 5^{ΗΣ}-6^{ΗΣ} ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ
ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ**

Πίνακας 59. Πολυπαραγοντική Ανάλυση των Μεταβλητών με την EPDS Change

Μεταβλητές	Beta	p
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	-0.074	0.157
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ	0.045	0.459
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΤΕΡΑ	0.001	0.983
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ	-0.015	0.799
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	0.003	0.953
ΗΛΙΚΙΑ	-0.010	0.850
ΑΙΣΘΗΣΗ ΣΥΝΟΧΗΣ	0.028	0.660
ΔΥΝΑΜΗ ΤΟΥ ΕΓΩ	0.032	0.571
ΔΥΣΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ	0.112	0.050
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	0.033	0.595
EPDS1	-0.749	0.000

R^2 adjusted: 0.516, p : 0.000, $F(11,230)$: 24.341

Στην παρένθεση απεικονίζονται οι βαθμοί ελευθερίας οι οποίοι αποτελούν δείκτη του τελικού μεγέθους δείγματος μετά την αφαίρεση των ελλিপών τιμών

Οι μονοπαραγοντικές συσχετίσεις «κατέγραψαν» αρκετές μεταβλητές ως προγνωστικούς παράγοντες για την επιδείνωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μεταξύ των πρώτων ημερών μετά τον τοκετό και της 5^{ης} -6^{ης} εβδομάδας της λοχείας. Εντούτοις, μετά από την πολυπαραγοντική ανάλυση, μόνο **δύο παράγοντες** συνεχίζουν να αποδεικνύουν την προγνωστική τους ισχύ: η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό ($p=0.000$), και η αμυντική συγκρότηση με έναν δυσπροσαρμοστικό τρόπο ($p=0.050$). **Έτσι, ανεξάρτητα από τη σχέση που έχουν οι δύο αυτές μεταβλητές μεταξύ τους, η εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας την 2^η ημέρα μετά τον τοκετό και μια δυσπροσαρμοστική αμυντική οργάνωση συνιστούν τους βασικότερους προγνωστικούς δείκτες για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης ένα μήνα μετά τον τοκετό.**

6. ΣΥΝΟΨΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΝ 2^Η ΗΜΕΡΑ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

1. Κακές σχέσεις με το σύντροφο

2. Κακές σχέσεις με τη μητέρα

3. Πρώτος Τοκετός

4. Απουσία θηλασμού

5. Ανεπιθύμητη Εγκυμοσύνη

6. Παρουσία Ψυχικής Διαταραχής

7. Οικονομικά Προβλήματα

8. Προβλήματα με Την Υγεία

9. Νομικά Προβλήματα

10. Αριθμός Γεγονότων Ζωής

11. Επιθετικότητα

a. Εκδραματιζόμενη επιθετικότητα

b. Κριτική των άλλων

c. Παραληρητική επιθετικότητα

d. Αυτοκριτική

e. Ενοχή

f. Συνολική επιθετικότητα

g. Ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα

h. Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα

12. Ποιότητα Ζωής

a. Φτώχē Γενική Ποιότητα Ζωής

b. Φτώχē Ικανοποίηση από την Υγεία

c. Φτώχē Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής

d. Φτώχē Σχετική με την Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής

e. Φτώχē Σχετική με τις Κοινωνικές Σχέσεις Ποιότητα Ζωής

f. Φτώχē Σχετική με το Περιβάλλον Ποιότητα Ζωής

13. Αίσθηση Συνεκτικότητας

14. Μηχανισμοί Άμυνας

a. Παθητική επιθετικότητα

b. Προβολή

c. Παλινδρόμηση

d. Αναστολή

e. Προβλητική ταύτιση

f. Εκδραμάτιση

g. Σωματοποίηση

h. Απόσυρση

- i. Σχιζοειδής φαντασίωση*
- j. Επαναστροφή προς τον εαυτό*
- k. Κατανάλωση*
- l. Ακύρωση*
- m. Σχάση*
- n. Μόνωση*

15. Αμυντικά προφίλ

- a. Προφίλ δυσπροσαρμοστικής οργάνωσης*
- b. Διαστρέβλωση της εικόνας*
- c. Προφίλ αυτοθυσίας*

16. Δύναμη του Εγώ

- a. Σωματική λειτουργικότητα και φυσιολογική σταθερότητα*
- b. Ψυχασθένεια*
- c. Αίσθηση της πραγματικότητας*
- d. Ικανότητα του ατόμου να αντεπεξέρχεται*
- e. Φοβίες*
- f. Συνολική βαθμολογία Δύναμης του Εγώ*

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΝ 2^Η ΗΜΕΡΑ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ, ΟΠΩΣ ΑΝΑΔΕΙΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ:

- 1. Δύναμη του Εγώ**
- 2. Αίσθηση Συνοχής**
- 3. Δυσπροσαρμοστικό Προφίλ**
- 4. Κακές σχέσεις με το Σύντροφο**
- 5. Απουσία Θηλασμού**

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΝ 5^Η-6^Η ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

- 1. Σχέσεις με τον πατέρα**
- 2. Τακτική παρακολούθηση**
- 3. Επιθετικότητα**
 - a. Αυτοκριτική*
 - b. Ενοχή*
 - c. Συνολική επιθετικότητα*
 - d. Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα*
- 4. Ποιότητα Ζωής**
 - a. Φτώχη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής*
 - b. Φτώχη Σχετική με την Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής*
 - c. Φτώχη Σχετική με τις Κοινωνικές Σχέσεις Ποιότητα Ζωής*

5. Αίσθηση Συνεκτικότητας**6. Δύναμη του Εγώ***a. Ψυχασθένεια***7. Αμυντικά προφίλ***a. Προφίλ δυσπροσαρμοστικής οργάνωσης***8. Μηχανισμοί Άμυνας***a. Παθητική επιθετικότητα**b. Παλινδρόμηση**c. Αναστολή**d. Προβλητική ταύτιση**e. Απόσυρση**f. Κατανάλωση**g. Μόνωση**h. Ψεύδος***ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΝ 5^Η - 6^Η ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ, ΟΠΩΣ ΑΝΑΔΕΙΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ****1. Δυσπροσαρμοστικό Προφίλ****2. Τακτική Παρακολούθηση στην κήση****3. Έπαρξη Ψυχοπαθολογίας αμέσως μετά τον τοκετό****ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ 2^{ΗΣ} - 4^{ΗΣ} ΗΜΕΡΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ 5^{ΗΣ} - 6^{ΗΣ} ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ****1. Σχέσεις με το σύντροφο****2. Σχέσεις με τη μητέρα****3. Οικονομικά Προβλήματα****4. Επιθετικότητα***a. Εκδραματιζόμενη επιθετικότητα**b. Αυτοκριτική**c. Συνολική επιθετικότητα**d. Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα***5. Ποιότητα Ζωής***a. Φτώχηση Γενική Ποιότητα Ζωής**b. Φτώχηση Ικανοποίηση από την Υγεία**c. Φτώχηση Σχετική με την Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής**d. Φτώχηση Σχετική με το Περιβάλλον Ποιότητα Ζωής***6. Αίσθηση Συνεκτικότητας**

7. Δύναμη του Εγώ

- a. Σωματική λειτουργικότητα και φυσιολογική σταθερότητα*
- b. Ψυχασθένεια*
- c. Αίσθηση της πραγματικότητας*
- d. Ικανότητα του ατόμου να αντεπεξέρχεται*
- e. Φοβίες*
- f. Συνολική βαθμολογία*
- g. MMPI EgS – ελληνική στάθμιση*

8. Αμυντικά Προφίλ

- a. Προφίλ δυσπροσαρμοστικής οργάνωσης*

9. Μηχανισμοί Αμυνας

- a. Παλινδρόμηση*
- b. Προβλητική ταύτιση*
- c. Εκδραμάτιση*
- d. Σωματοποίηση*
- e. Σχιζοειδής φαντασίωση*
- f. Επαναστροφή προς τον εαυτό*

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ 2^{ΗΣ} - 4^{ΗΣ} ΗΜΕΡΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ 5^{ΗΣ} - 6^{ΗΣ} ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ, ΟΠΩΣ ΑΝΑΔΕΙΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

1. Δυσπροσαρμοστικό Προφίλ**2. Ύπαρξη ψυχοπαθολογίας τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό**

Συζήτηση



Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο τη συλλογή επιδημιολογικών στοιχείων σχετικά με τη συχνότητα της Επιλόχειας Κατάθλιψης στον ελληνικό χώρο και τη διερεύνηση παραγόντων κινδύνου που ενδεχομένως συνεισφέρουν στην εμφάνιση της ψυχοπαθολογίας, ένα θέμα που ελάχιστα έχει μελετηθεί για τις Ελληνίδες νέες μητέρες.

I. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Για την εκτίμηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας χρησιμοποιήθηκαν και στις δύο φάσεις (2^η-4^η ημέρα μετά τον τοκετό και 5^η-6^η εβδομάδα της λοχείας) η κλίμακα EPDS με σημείο αποκοπής 11 [355] και η κλίμακα CES-D με σημείο αποκοπής 23 [209].

Οι λεχωίδες που ταυτοποιήθηκαν με την κλίμακα EPDS ως καταθλιπτικές τις **πρώτες ημέρες** μετά τον τοκετό ήταν 67 (16.2%), ενώ ο αντίστοιχος αριθμός των λεχωίδων που βρέθηκαν να πάσχουν σύμφωνα με την κλίμακα CES-D ήταν 31 (7.5%).

Η μέση τιμή της EPDS κατά την πρώτη χορήγηση για τις υγιείς λεχωίδες ήταν 3.94 ενώ για τις καταθλιπτικές ήταν σημαντικά υψηλότερη 14.42.

Είναι γνωστό ότι αμέσως μετά τον τοκετό πολλές λεχωίδες βιώνουν παροδικά και μικρής διάρκειας και έντασης συμπτώματα ψυχικής καταπόνησης, τα οποία τις περισσότερες φορές εντάσσονται στο πλαίσιο της επονομαζόμενης Επιλόχειας Δυσφορίας [268]. Η επικράτηση τέτοιων επεισοδίων εμφανίζει μεγάλη διακύμανση, με άλλες μελέτες να βρίσκουν ποσοστά της τάξης του 15.3% και άλλους ερευνητές να ανεβάζουν την επικράτηση στο 84%, ανάλογα με την επιλογή του δείγματος των λεχωίδων και τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την ταυτοποίηση των «περιπτώσεων».

Στην παρούσα μελέτη, το ποσοστό των λεχωίδων που βρέθηκαν να πάσχουν τοποθετείται στα κατώτερα όρια, σε σύγκριση με τα αποτελέσματα άλλων μελετών, γεγονός που μπορεί να οφείλεται εν μέρει στην αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος (γυναίκες κάθε κοινωνικοοικονομικής τάξης και μορφωτικού επιπέδου) και κατά ένα ποσοστό στη χρήση σταθμισμένων εργαλείων διερεύνησης της ψυχοπαθολογίας. Εντούτοις και κάποιες μεθοδολογικές αδυναμίες της παρούσας έρευνας, που περιγράφονται παρακάτω, είναι πιθανό να ενέχονται στο αποτέλεσμα αυτό. Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι ένα ποσοστό της τάξης του 79.1% (N=53) των λεχωίδων που διαγνώστηκαν ως «καταθλιπτικές» στην 1^η φάση, δεν εμφάνιζαν ψυχοπαθολογία στην 5^η-6^η εβδομάδα της λοχείας, γεγονός που μας ωθεί να υποθέσουμε ότι και στη δική μας μελέτη ένα μεγάλο ποσοστό των «περιπτώσεων» που αξιολογήθηκαν ως κατάθλιψη αμέσως μετά τον τοκετό, τελικά αντικατόπτριζε συμπτωματολογία Επιλόχειας Δυσφορίας.

Κατά τη 2^η εκτίμηση των λεχωίδων η κλίμακα EPDS «κατέγραψε» 30 καταθλιπτικές μητέρες (12.4%) ενώ η κλίμακα CES-D 9 (3.7%).

Το ποσοστό των λεχωίδων που αξιολογήθηκαν ως καταθλιπτικές στο δείγμα που χρησιμοποιήθηκε είναι σύμφωνο με την επικράτηση της Επιλόχειας Κατάθλιψης, που καταγράφεται στις περισσότερες έρευνες που χρησιμοποιούν σταθμισμένα εργαλεία. Μάλιστα, σε μια πρόσφατη μελέτη, που περιελάμβανε και τη στάθμιση της κλίμακας EPDS στην Ελλάδα [355], η επικράτηση της ΕΛΚ βρέθηκε ταυτόσημη με αυτήν στο παρόν δείγμα λεχωίδων (12.4%), με το 7.4% των λεχωίδων να πληρούν κριτήρια ήπιας κατάθλιψης και το 5% να εμφανίζουν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

Αν και κανείς θα μπορούσε να υποθέσει ότι οι πολιτισμικές διαφορές επιδρούν στην επικράτηση των συναισθηματικών διαταραχών της λοχείας, τα ευρήματά μας είναι σύμφωνα με μια πρόσφατη μετα-ανάλυση 109 άρθρων, η οποία έδειξε ότι η επικράτηση της μείζονος και ελάσσονος κατάθλιψης αυξάνει σταθερά με το πέρασμα του χρόνου και στον 3^ο μήνα της λοχείας φτάνει το 12.9% [215].

Βέβαια, αρκετοί συγγραφείς διαπιστώνουν μια μεγαλύτερη επικράτηση της ΕΛΚ, γεγονός που οφείλεται στο ότι σε πολλές από αυτές τις μελέτες οι λεχωίδες που συμμετείχαν στις έρευνες αποτελούσαν εξ αρχής δείγματα υψηλού κινδύνου, καθώς είχαν επιλεγεί γυναίκες με βαθμολογίες στην EPDS πάνω από ένα συγκεκριμένο σημείο αποκοπής. Ήταν επόμενο κατά συνέπεια στις μελέτες αυτές να βρεθεί υψηλότερη επικράτηση της ΕΛΚ σε σχέση με αυτήν που διαπιστώνεται σε μη επιλεγμένα δείγματα από την κοινότητα [91]. Η ευαισθησία και η θετική προγνωστική αξία τείνουν να είναι χαμηλότερες όταν η EPDS χρησιμοποιείται για τη διάκριση ελάσσονος ή και μείζονος κατάθλιψης, εν αντιθέσει με τη χρήση της στη μείζονα κατάθλιψη.

Η μέση τιμή στην EPDS των υγιών λεχωίδων κατά τη 2^η χορήγηση ήταν 3.94 (SD 2.57), ενώ οι καταθλιπτικές λεχωίδες παρουσίαζαν μέση τιμή 13.83 (SD 2.73), πιστοποιώντας μια σαφώς μεγαλύτερη επιβάρυνση της διάθεσής τους.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι 16 υγιείς κατά την 1^η φάση εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας λεχωίδες, ανέπτυξαν κατάθλιψη την 5^η-6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό. Φαίνεται δηλαδή ότι οι μισές περίπου από τις πάσχουσες λεχωίδες ήταν ελεύθερες ψυχοπαθολογίας αμέσως μετά τον τοκετό, γεγονός που επισημαίνει τη συνεισφορά διαφορετικών παραγόντων κινδύνου στην ψυχολογική καταπόνηση των νέων μητέρων στο απώτερο διάστημα της λοχείας.

Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι οι λεχωίδες που ανιχνεύονται ως καταθλιπτικές είναι σαφώς λιγότερες όταν για τη διάγνωση της κατάθλιψης χρησιμοποιείται η κλίμακα CES-D. Το γεγονός αυτό οφείλεται στις ψυχομετρικές ιδιότητες του εργαλείου, το οποίο έχει αναπτυχθεί για επιδημιολογικές μελέτες σε δείγματα από την κοινότητα και όχι για τον ειδικό πληθυσμό των λεχωίδων. Σε μια μελέτη η CES-D έδειξε μέτρια ευαισθησία και θετική προγνωστική αξία αλλά εξαιρετική ειδικότητα [110]. Η κλίμακα CES-D συσχετίζεται μετρίως με άλλα αυτοσυμπληρούμενα εργαλεία εκτίμησης της ψυχολογικής καταπόνησης, και αν και είναι εύκολη στη χορήγησή της για την ανίχνευση ψυχοπαθολογίας σε δείγματα από την κοινότητα, η χρήση της μπορεί να «αγνοήσει» έως και το 40% των καταθλιπτικών λεχωίδων [91]. Άλλωστε η συγκεκριμένη κλίμακα γενικά επιδεικνύει μέτρια συγκλίνουσα και διακρίνουσα εγκυρότητα στην ανίχνευση μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων όταν χρησιμοποιείται σε ασθενείς που επισκέπτονται για πρώτη φορά ψυχιατρικές υπηρεσίες [209]. Τέλος το κατώφλι διαχωρισμού (23) που προτείνεται από τους συγγραφείς που πραγματοποίησαν τη στάθμιση της κλίμακας στον Ελληνικό πληθυσμό είναι αρκετά υψηλό, εγείροντας πιθανώς μεθοδολογικά προβλήματα στη χρήση του συγκεκριμένου εργαλείου στις Ελληνίδες νέες μητέρες. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι Campbell και Cohn [110] σε μια έρευνα 1033 λεχωίδων από την κοινότητα χορήγησαν την κλίμακα CES-D χρησιμοποιώντας ως σημείο αποκοπής το 16 για τη διάγνωση της ΕΛΚ. Στην παρούσα μελέτη οι λεχωίδες οι οποίες διαγιγνώσκονταν μέσω της κλίμακας EPDS (σημείο αποκοπής 11) ως καταθλιπτικές στην 2^η-4^η ημέρα μετά τον τοκετό εμφάνιζαν μέση τιμή της CES-D 18.75 (SD 7.53), αρκετά χαμηλότερη δηλαδή από το κατώφλι διαχωρισμού. Παρομοίως, κατά τη δεύτερη φάση εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας για τιμές της EPDS πάνω από 11, η μέση τιμή της CES-D ήταν 18.37 (SD 7.85). Ενδεχομένως λοιπόν η χρήση του συγκεκριμένου σημείου αποκοπής ταυτοποιεί τις λεχωίδες που πάσχουν από «σοβαρή» κατάθλιψη. Άλλωστε το ποσοστό των λεχωίδων (3.7%) οι οποίες στην παρούσα μελέτη ταυτοποιούνται με την χρήση της κλίμακας CES-D ως καταθλιπτικές στην 5^η-6^η εβδομάδα της λοχείας προσεγγίζει αρκετά τα αποτελέσματα της μελέτης των Leonardou et al [355] που προσδιορίζουν το ποσοστό των Ελληνίδων μητέρων που πάσχουν από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή στο 5%.

2. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Για τη διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου που συνεισφέρουν στις συναισθηματικές διαταραχές της λοχείας, η κατάθλιψη «αντιμετωπίστηκε» όχι ως μία διχοτομική κατάσταση, συγκρίνοντας δηλαδή τις «καταθλιπτικές» λεχρίδες με τις «μη-καταθλιπτικές», αλλά περισσότερο ως ένα συνεχές ψυχολογικής καταπόνησης. Έτσι, έγινε σύγκριση των μέσων και διάμεσων τιμών της EPDS σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές, αρχικά αμέσως μετά τον τοκετό και στην 5^η-6^η εβδομάδα της λοχείας. Επιπλέον, μελετήθηκε η ροή της καταπόνησης μεταξύ των δύο αυτών χρονικών στιγμών με τη χρήση της μεταβλητής EPDS change, στην προσπάθεια να εντοπιστούν προγνωστικοί για την ανάπτυξη της διαταραχής παράγοντες.

2.1. Επίδραση των στρεσογόνων Γεγονότων Ζωής

Μεγάλη συζήτηση γίνεται στη βιβλιογραφία αναφορικά με τη σχέση των ψυχοτραυματικών γεγονότων ζωής και της έναρξης της κατάθλιψης [478,151]. Αναμφισβήτητη η εγκυμοσύνη και η γέννηση ενός παιδιού αποτελούν καθεαυτά στρεσογόνα γεγονότα, επηρεάζοντας πολλές πτυχές της ζωής της γυναίκας, από την εικόνα του σώματος και τους ρόλους που πραγματώνει μέχρι την τροποποίηση των εγγύτερων σχέσεων της. Το άγχος από αυτές τις αλλαγές μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη. Ωστόσο, πολλοί ερευνητές έχουν μελετήσει τα αποτελέσματα επιπρόσθετων γεγονότων ζωής, που οι γυναίκες βιώνουν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας [98,586,81,413,279,241]. Βέβαια, μια σημαντική δυσκολία στην εκτίμηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ ψυχοτραυματικών γεγονότων ζωής και εμφάνισης κατάθλιψης στη λοχεία είναι η αναδρομική συλλογή των δεδομένων, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μια εκσεσημασμένη αναφορά γεγονότων ζωής, καθώς οι καταθλιπτικές λεχρίδες προσπαθούν υποσυνείδητα να αποδώσουν σε ένα στρεσογόνο γεγονός την κακή ψυχολογική τους διάθεση.

Στην παρούσα μελέτη, τα γεγονότα ζωής φαίνεται να παίζουν έναν σημαντικό ρόλο τις πρώτες μόνο ημέρες μετά τον τοκετό, οπότε και διαπιστώθηκε ότι γεγονότα που σχετίζονται με τον οικονομικό τομέα και τις νομικές περιπλοκές επιβαρύνουν τη διάθεση των νέων μητέρων. Γεγονότα που σχετίζονται με την υγεία, φαίνεται επίσης να επηρεάζουν τις λεχρίδες στη φάση αυτή, αν και όχι σε τόσο σημαντικό βαθμό. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν επίσης ότι όσο περισσότερα στρεσογόνα γεγονότα ζωής αντιμετωπίζουν οι λεχρίδες στο χρονικό διάστημα των 12 μηνών προ του τοκετού, τόσο πιο πιθανό είναι να εμφανίσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία τις πρώτες ημέρες της λοχείας.

Αντίθετα με τα ευρήματα της μελέτης για την περίοδο αμέσως μετά τον τοκετό, στην 5^η-6^η εβδομάδα της λοχείας κανένα στρεσογόνο γεγονός ζωής δεν φαίνεται να επηρεάζει τη διάθεση των νέων μητέρων.

Εντούτοις, η συναισθηματική απάντηση των λεχρίδων μεταξύ της περιόδου αμέσως μετά τον τοκετό και του 1^{ου} μήνα της λοχείας (EPDS change) τροποποιείται σημαντικά από την ύπαρξη οικονομικών προβλημάτων στη διάρκεια του προηγούμενου του τοκετού χρόνου. Κανένα άλλο γεγονός της εξωτερικής κοινωνικής πραγματικότητας, ούτε και ο συνολικός αριθμός τους επιβαρύνει επιπλέον τις λεχρίδες προϊόντος του χρόνου μετά τον τοκετό.

Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με τα συμπεράσματα άλλων ερευνών που πραγματοποιήθηκαν σε δυτικούς πολιτισμούς και δείχνουν μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των πρόσφατων ψυχοτραυματικών γεγονότων ζωής και της ανάπτυξης ΕΛΚ [350]. Ενδεικτικά αναφέρουμε τη μετα-ανάλυση των O'Hara και Swain [428] που περιελάμβανε πάνω από 10.000 λεχρίδες, οι οποίες εξετάστηκαν προοπτικά ως προς τα γεγονότα ζωής, στην οποία διαπιστώθηκε ότι οι νέες μητέρες που αντιμετωπίζουν στο προηγούμενο του τοκετού διάστημα στρεσογόνα γεγονότα βρίσκονται σε έναν μέτριο έως ισχυρό κίνδυνο να αναπτύξουν κατάθλιψη στη διάρκεια της λοχείας.

2.2. Σχέσεις με τους Γονείς και το Σύντροφο

Έχει επισημανθεί ότι σε στρεσογόνες περιόδους ζωής – και η λοχεία αποτελεί μια από αυτές – η ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου δρα προστατευτικά στον ψυχισμό των ατόμων [100]. Η απόκτηση ενός παιδιού και οι αλλαγές που αυτή επιφέρει στη ζωή των γυναικών, τις «αναγκάζει» να στρέψουν το βλέμμα τους στους σημαντικούς «άλλους» της ζωής τους, δηλαδή στους γονείς και το σύντροφο. Προβλήματα και ανεπάρκειες στο πεδίο αυτό, όπως αναδεικνύεται στην παρούσα μελέτη, προδιαθέτουν στην εμφάνιση κατάθλιψης μετά τον τοκετό.

Πιο συγκεκριμένα, οι νέες μητέρες οι οποίες αποτιμούν με αρνητικό τρόπο την ποιότητα των σχέσεων τους με τους γονείς επιβαρύνονται συναισθηματικά στην *πρώιμη περίοδο της λοχείας*.

Στην 5^η-6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζουν κυρίως οι σχέσεις με τον πατέρα, γεγονός που διαπιστώθηκε και στην έρευνα των Borgeat et al [74], οι οποίοι διαπίστωσαν ότι οι λεχωίδες που θα εμφανίσουν κατάθλιψη, και μάλιστα πολύ αργότερα στη λοχεία (6^{ος} μήνας μετά τον τοκετό), συγκρινόμενες με τις υγιείς μητέρες, αναγνωρίζουν με μεγαλύτερη βραδύτητα οπτικά και λεκτικά ερεθίσματα που σχετίζονται με την εικόνα του πατέρα, αποδεικνύοντας ότι για αυτές η έκθεση σε ένα τέτοιο ερέθισμα φαντάζει περισσότερο αγχογόνος και απειλητική.

Όμως, στη ροή της καταπόνησης στη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων μετά τον τοκετό φαίνεται πως η σχέση με τη μητέρα διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο, καθώς οι λεχωίδες που αποτιμούν τις σχέσεις με τη μητέρα τους ως κακές ή μέτριες επιβαρύνονται περισσότερο με το πέρασμα το χρόνου. Αξίζει στο σημείο αυτό να αναφερθεί η μελέτη των Kauppi et al [319], οι οποίοι ερευνήσαν περιπτώσεις λεχωίδων που είχαν δολοφονήσει τα βρέφη τους. Οι περισσότερες εξ αυτών των λεχωίδων περιέγραφαν τους γονείς τους, και ιδιαίτερα τις μητέρες τους, ως απαιτητικές, απορριπτικές και μη υποστηρικτικές σε συναισθηματικό επίπεδο.

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η σημασία των σχέσεων με τους γονείς στο «εδώ και τώρα». Όμως, η καθοριστική συνεισφορά των σχέσεων αυτών στην κατάθλιψη της λοχείας έχει αναδειχθεί και από άλλους συγγραφείς, οι οποίοι στη συλλογιστική ότι το παρόν διαμορφώνεται μέσα από συνεχείς ανακυκλώσεις του παρελθόντος, διερευνήσαν την επίδραση των πρώιμων εμπειριών ζωής των λεχωίδων κατά τη μετάβασή τους στη γονεϊκότητα [82,152,377,153,234,82,531]. Οι γυναίκες που είχαν βιώσει γονείς ανεπαρκείς στο ρόλο τους, με την έννοια της χαμηλής ποιότητας φροντίδας και της άσκησης υπερβολικού ελέγχου, κινδυνεύουν ψυχολογικά περισσότερο, όταν οι ίδιες καλούνται να αναλάβουν αντίστοιχο ρόλο.

Σε συνάφεια με το προηγούμενο βρίσκεται και η **συσχέτιση της επίδρασης των σχέσεων με το σύντροφο** στη διάθεση των νέων μητέρων. Πολλοί συγγραφείς επισημαίνουν ότι η φτωχή ικανοποίηση στο γάμο, η ανεπαρκής συναισθηματική υποστήριξη από το σύντροφο, η απώλεια της οικειότητας και της εγγύτητας στη σχέση επηρεάζουν καθοριστικά τη διάθεση των λεχωίδων [343,39,428,234,212,391, 241,500,185]. Δεν αποτελεί έκπληξη λοιπόν, ότι και στην παρούσα μελέτη μια δυσλειτουργική σχέση με το σύντροφο καθορίζει τη διάθεση των λεχωίδων *στις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό*.

Η σημαντικότητα της σχέσης αυτής υποχωρεί κατά τη χρονική στιγμή της 2^{ης} εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας, γεγονός που πιθανώς οφείλεται στο ότι άλλοι παράγοντες εμπλέκονται με πιο καθοριστικό τρόπο.

Εντούτοις, διαπιστώνουμε ότι οι σχέσεις με το σύντροφο επιδρούν σημαντικά στην αλλαγή της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μεταξύ του άμεσου και απώτερου διαστήματος μετά τον τοκετό. Φαίνεται δηλαδή ότι καθώς οι γυναίκες «προχωρούν» στη μητρότητα, ένας υποστηρικτικός, σε πρακτικό και συναισθηματικό επίπεδο, σύντροφος επηρεάζει την προσαρμογή τους στο νέο ρόλο που καλούνται να πραγματώσουν.

2.3. Κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές

Οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες αποτέλεσαν τις πρώτες μεταβλητές που μελετήθηκαν αναφορικά με την ανάπτυξη της ΕΛΚ [85]. Σύμφωνα με τη συντριπτική πλειοψηφία των μελετών αυτών, η **ηλικία των λεχωίδων**, όσον αφορά σε δείγματα γυναικών άνω των 18 ετών, δεν συσχετίζεται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία στη διάρκεια της λοχείας [428,39]. Και στην παρούσα μελέτη, επιβεβαιώθηκε η διαπίστωση αυτή. Βέβαια, η μέση ηλικία των λεχωίδων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν τα 30.4 έτη, γεγονός που σημαίνει ότι ουσιαστικά «αποκλείστηκαν» έφηβες νέες μητέρες, στις οποίες όπως είναι γνωστό τα ποσοστά των καταθλιπτικών συμπτωμάτων αγγίζουν σε κάποιες έρευνες το 53% [293].

Η **επαγγελματική απασχόληση της μητέρας** και το **μορφωτικό της επίπεδο**, σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, δεν επιδρούν στη διάθεσή της ούτε στην 1^η ούτε στη 2^η φάση εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα πολλών μελετών, οι οποίες διαπιστώνουν μια μικρή αλλά σημαντική σχέση των παραγόντων αυτών με την ΕΛΚ [428,569,39,350,505,452,61, 542,105,380], αν και δεν είναι λίγοι οι συγγραφείς που θεωρούν ότι οι παράγοντες αυτοί δεν συνεισφέρουν στην κατάθλιψη της λοχείας [428,39].

Αναφορικά με την **οικογενειακή κατάσταση των λεχωίδων**, αυτή δεν φαίνεται να επηρέασε σε καμιά χρονική στιγμή την ψυχοπαθολογία τους. Εντούτοις, δεν μπορούμε να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα, καθόσον στην παρούσα μελέτη ο αριθμός των άγαμων λεχωίδων που συμμετείχαν ήταν πολύ μικρός (N=3, 0.7%).

Επίσης, ο **τόπος διαμονής των λεχωίδων** δεν φάνηκε να παίζει ρόλο στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Εν κατακλείδι, στην παρούσα μελέτη, καμία κοινωνικοδημογραφική μεταβλητή δεν συνεισφέρει στατιστικώς σημαντικά στις συναισθηματικές διαταραχές της λοχείας.

2.4. Σωματικό και Ψυχιατρικό Ιστορικό

Η επίδραση της ύπαρξης **σωματικής νόσου** στην εμφάνιση Επιλόχειας Κατάθλιψης ελάχιστα έχει μελετηθεί, ενώ μεμονωμένες έρευνες διαπιστώνουν μια θετική συσχέτιση [53]. Στην παρούσα μελέτη η παρουσία χρόνιου νοσήματος δεν συνεισέφερε στατιστικώς σημαντικά στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας, αν και πρέπει να επισημανθεί ότι είχαν αποκλεισθεί εξ αρχής λεχωίδες με σοβαρές σωματικές παθήσεις που απαιτούν στενή παρακολούθηση ή και νοσηλεία.

Μια από τις ισχυρότερες συσχετίσεις που διαπιστώνεται σε πλήθος ερευνών είναι η επίδραση του **θετικού ατομικού ιστορικού για ψυχική νόσο**, και ιδιαιτέρως όσον αφορά στις διαταραχές της διάθεσης, στην ανάπτυξη ΕΛΚ. [419,574,428,39,312, 308,61,212,391,381,86,544]. Εντούτοις, στην παρούσα μελέτη, μόνο στις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό φαίνεται να συσχετίζεται «η επαφή με τον ψυχίατρο» με τη διάθεση των νέων μητέρων. Βέβαια είναι χρήσιμο να αναφερθεί ότι μόλις το 2.4% των λεχωίδων δήλωσαν ότι έχουν επισκεφθεί ψυχίατρο κατά το παρελθόν, ενώ τετραπλάσιες εξ αυτών δήλωσαν ότι αξιολογούν ως μη ικανοποιητική την ψυχολογική τους λειτουργικότητα. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται είτε στη διστακτικότητα των Ελληνίδων να επισκεφτούν κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, ακόμη και αν δεν είναι ευχαριστημένες από τον τρόπο που λειτουργούν ψυχολογικά, είτε στην απροθυμία τους να αποκαλύψουν τέτοιες πληροφορίες στα πλαίσια μιας έρευνας που αν και εξασφαλίζει το απόρρητο δεν προβλέπει την ανωνυμία.

Ανάλογα είναι τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας αναφορικά με την επίδραση της **προγεννητικής κατάθλιψης** στη διάθεση των γυναικών μετά τον τοκετό. Συγκεκριμένα διαπιστώνεται ότι οι λεχωίδες που βίωσαν οποιασδήποτε μορφής ψυχολογική επιβάρυνση στη

διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν καταθλιπτική διάθεση στις πρώτες ημέρες της λοχείας. Η συσχέτιση αυτή όμως δεν επιβεβαιώθηκε στην 5^η-6^η εβδομάδα της λοχείας, ούτε και διαπιστώθηκε η προγνωστική της αξία στην επιβάρυνση της διάθεσης των λεχωίδων μεταξύ των δύο φάσεων εκτίμησης.

Τα αποτελέσματα αυτά βρίσκονται σε διάσταση με τα ευρήματα πολλών μελετών, οι οποίες επισημαίνουν ότι η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στη διάρκεια της κύησης είναι σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη ΕΛΚ [61,331,353,91,279,241,470,563,53,350,307,23].

Στην παρούσα μελέτη ο αριθμός λεχωίδων που δήλωσαν την ύπαρξη κάποιας ψυχικής διαταραχής στη διάρκεια της κύησης ήταν μικρός (N=10, 2.4%), κάτι που έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών, στις οποίες η επίπτωση της κατάθλιψης στη διάρκεια αυτής της περιόδου εκτιμάται μεταξύ 4% και 15%, ή και υψηλότερη [39,140,148,272,343,404,428,535,535,571,6]. Το γεγονός αυτό ενδεχομένως οφείλεται όχι μόνο στην απροθυμία των μητέρων να αποκαλύψουν τέτοιες πληροφορίες, αλλά κυρίως στη δυσκολία τους να διακρίνουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα όπως η κόπωση, η διαταραχή του ύπνου και οι αλλαγές στην όρεξη, από τις φυσιολογικές σωματικές αιτιάσεις της εγκυμοσύνης [564].

2.5. Παράγοντες σχετικοί με την Παρούσα Κύηση

Μεγάλη έκταση κατέχει στη βιβλιογραφία η μελέτη της συνεισφοράς των γυναικολογικών και μαιευτικών παραγόντων στην ανάπτυξη της ΕΛΚ, με ευρήματα συχνά αντιφατικά.

Καταρχήν, αναφορικά με τη συμβολή των **προβλημάτων υπογονιμότητας** στην ψυχολογική καταπόνηση των νέων μητέρων, κάποιες έρευνες διαπιστώνουν μια θετική συσχέτιση [200,446], τονίζοντας κυρίως τη συνεισφορά παραγόντων όπως η μεγαλύτερη ηλικία των λεχωίδων, η μεγαλύτερη επίπτωση πολύδυμων κυήσεων και η διεξαγωγή του τοκετού με καισαρική τομή. Στην παρούσα έρευνα τα προβλήματα υπογονιμότητας δεν φαίνεται να συνεισφέρουν στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ούτε στην περίοδο μετά τον τοκετό, ούτε στον πρώτο μήνα της λοχείας. Βέβαια λίγες από τις λεχωίδες που συμμετείχαν στη μελέτη ανέφεραν τέτοιας φύσης προβλήματα (N=15, 3.6%), γεγονός που περιορίζει την αξιοπιστία των ευρημάτων. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι παράγοντες σχετικοί με την παρούσα κύηση και τον τοκετό, οι οποίοι σε άλλες μελέτες ενοχοποιούνται για την εμφάνιση ΕΛΚ σε αυτή την υποομάδα γυναικών, δεν διαφοροποιούνται μεταξύ των υπογόνιμων λεχωίδων και των υπολοίπων στο παρόν δείγμα. Πιο συγκεκριμένα η ηλικία των γυναικών με προβλήματα υπογονιμότητας δεν ήταν σημαντικά μεγαλύτερη από των υπολοίπων μητέρων (μέση τιμή: 32.47 έναντι 30.41 αντίστοιχα). Επίσης δεν υπήρξαν επιπλοκές στη διάρκεια της κύησης παρά μόνο στο 11% των περιπτώσεων, ενώ η γέννηση διδύμων αφορούσε στο 13.3% των κυήσεων. Επιπλέον οι λεχωίδες αυτές είχαν όλες τακτική παρακολούθηση στη διάρκεια της κύησης και η συντριπτική τους πλειοψηφία (93.3%) θήλασε το νεογέννητο, παράγοντες οι οποίοι, όπως και αλλού αναφέρεται, φαίνεται να προστατεύουν τις νέες μητέρες από την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στη λοχεία.

Αντικείμενο μελέτης έχει αποτελέσει και η **επίδραση της μη σχεδιασμένης ή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης** και της εμφάνισης ΕΛΚ, με αρκετούς συγγραφείς να διαπιστώνουν μια θετική συσχέτιση [474,413,121]. Στην παρούσα μελέτη, αν και σε ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος που χρησιμοποιήθηκε η εγκυμοσύνη δεν ήταν προγραμματισμένη, ελάχιστες λεχωίδες δήλωσαν ότι ήταν και ανεπιθύμητη (1.9%). Στις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό, οι νέες μητέρες των οποίων η παρούσα κύηση δεν ήταν επιθυμητή κινδύνευαν σημαντικά περισσότερο να εμφανίσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, σε σύγκριση με όσες την επιθυμούσαν,

ανεξαρτήτως του αν ήταν προγραμματισμένη ή όχι. Βέβαια μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δεν αντικατοπτρίζει απαραίτητα και τα συναισθήματα της μητέρας για το έμβρυο, καθώς μπορεί να σχετίζεται εν μέρει και με τις καταστάσεις στις οποίες τελικώς η εγκυμοσύνη πραγματοποιείται (κοινωνικοοικονομική στέρηση, ανεπαρκές δίκτυο υποστήριξης, δυσλειτουργικές σχέσεις με τον πατέρα κ.λπ.)

Αρκετές μελέτες διαπιστώνουν ότι οι **επιπλοκές στη διάρκεια της εγκυμοσύνης** συνεισφέρουν – αν και πιθανώς όχι σε μια αιτιολογική βάση – στην καταθλιπτική διάθεση στην περίοδο της λοχείας [314,476]. Στην παρούσα μελέτη δεν επιβεβαιώνεται μια τέτοια συσχέτιση. Το γεγονός αυτό ενδεχομένως υποδηλώνει ότι δεν είναι οι επιπλοκές καθαυτές που σχετίζονται με την ΕΛΚ, αλλά κυρίως το προγεννητικό άγχος σχετικά με την ομαλή έκβαση της εγκυμοσύνης και του τοκετού, όπως ήδη έχει επισημανθεί και από άλλους μελετητές [495].

Όσον αφορά στη συσχέτιση της **ύπαρξης μεγαλύτερων παιδιών στην οικογένεια** με την εμφάνιση κατάθλιψης μετά τον τοκετό, στην παρούσα μελέτη διαπιστώνεται ότι οι πρωτοτόκες μητέρες καταγράφουν υψηλότερες βαθμολογίες στις κλίμακες της κατάθλιψης μόνο κατά την 1^η φάση εκτίμησης, αμέσως μετά τον τοκετό. Αντιθέτως, στην 5-6^η εβδομάδα της λοχείας, η ύπαρξη άλλων παιδιών δεν επηρεάζει τη συναισθηματική κατάσταση των νέων μητέρων. Οι μέχρι τώρα έρευνες παρουσιάζουν αντιφατικά ευρήματα αναφορικά με το συγκεκριμένο θέμα, καθώς άλλοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι οι μητέρες είναι τόσο πιο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη στη λοχεία όσο αυξάνεται ο αριθμός των παιδιών [419,380,279,292,242,246,419], ενώ άλλες επισημαίνουν ότι δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των πρωτοτόκων και των πολυτόκων λεχωίδων (με την εξαίρεση ίσως των άνω των 34 ετών πρωτοτόκων) [26].

Τέλος αξίζει να αναφερθούμε στην επίδραση δύο άλλων παραμέτρων στην ψυχολογική καταπόνηση των νέων μητέρων, αυτών της **τακτικής παρακολούθησης** και της **συμμετοχής σε προγράμματα προετοιμασίας για τον τοκετό**. Στην παρούσα μελέτη διαπιστώνεται ότι οι λεχωίδες οι οποίες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν ελλιπή παρακολούθηση ήταν πιο πιθανό να αναπτύξουν καταθλιπτική συμπτωματολογία μετά τον 1^ο μήνα της λοχείας, όχι όμως και στις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό. Αντιθέτως, η συμμετοχή των λεχωίδων σε προγράμματα προετοιμασίας για τον τοκετό δεν φαίνεται να επιδρά στη συναισθηματική τους κατάσταση σε καμιά φάση της λοχείας. Τα ευρήματα αυτά είναι παρόμοια με άλλων μελετών καθώς αρκετοί συγγραφείς έχουν διαπιστώσει ότι οι επίτοκες που συμμετέχουν λιγότερο συχνά σε προγεννητική προετοιμασία ή είναι λιγότερο ικανοποιημένες με την προγεννητική υποστήριξη και φροντίδα που δέχονται, κινδυνεύουν περισσότερο να βιώσουν καταθλιπτική διάθεση στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας [476,134,26].

2.6. Περιγεννητικοί παράγοντες

Μεγάλη έκταση καταλαμβάνει στη βιβλιογραφία η μελέτη των περιγεννητικών και των σχετικών με τον τοκετό παραγόντων, αν και οι απόψεις των μελετητών συχνά είναι αλληλοσυγκρουόμενες [428,569,308,204,314].

Στην παρούσα έρευνα η **προωρότητα και η νοσηρότητα στο βρέφος** δεν συνεισέφερε στην ψυχολογική επιβάρυνση των λεχωίδων ούτε στις πρώτες ημέρες, ούτε στην απώτερη περίοδο της λοχείας, εύρημα το οποίο βρίσκεται σε αντίθεση με άλλες μελέτες οι οποίες διαπιστώνουν ότι η προωρότητα αποτελεί αφ' εαυτής παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση ΕΛΚ. [218,360,561,329].

Άλλωστε, σε καμιά από τις δύο φάσεις της εκτίμησης η νοσηρότητα στο βρέφος ή ο αποχωρισμός του από τη μητέρα δεν επιβάρυνε συναισθηματικά τις λεχωίδες, αν και στο 2.2% των περιπτώσεων τα νεογνίδια απομακρύνθηκαν από τις μητέρες τους παροδικά, και μάλιστα,

στο 8.5% των περιπτώσεων τα νεογέννητα νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας των Νεογνών.

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας βρίσκονται σε αντίθεση με άλλες μελέτες, στις οποίες επισημαίνεται ότι ο αποχωρισμός του βρέφους από τη λεχωίδα, ακόμη και αν είναι παροδικός και μικρής διάρκειας, επιβαρύνει καθοριστικά τη συναισθηματική της κατάσταση, καθώς η αυξημένη ευαλωτότητα και ευαισθησία της νέας μητέρας αυξάνει τη σημαντικότητα τέτοιων αποχωρισμών.

Κάποιοι μελετητές όμως θεωρούν ότι οι μητέρες των νεογνών που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας δέχονται μεγαλύτερη φροντίδα, και ως εξ αυτού προστατεύονται από την ανάπτυξη κατάθλιψης [476]. Επιπλέον, στο Π.Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων παρέχεται στις νέες μητέρες επαρκής ενημέρωση για τη σοβαρότητα της κατάστασης του βρέφους, καθώς και συναισθηματική υποστήριξη, παράγοντες οι οποίοι δρουν προστατευτικά στην ανάπτυξη της ΕΛΚ, όπως άλλωστε και η διεθνής βιβλιογραφία επισημαίνει [509,561].

Αναφορικά με το **φύλο του βρέφους**, είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον να διερευνηθεί η συνεισφορά του στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στη λοχεία ειδικά στην περιοχή της Ηπείρου, καθώς μέχρι πρόσφατα σε κάποιες πολιτισμικές ομάδες τα «παιδιά» διαχωρίζονταν από τα κορίτσια. Εντούτοις διαπιστώθηκε ότι το φύλο του βρέφους δεν επηρέασε ψυχολογικά τις λεχωίδες σε καμία φάση εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας. Οι διαπιστώσεις της παρούσας μελέτης βρίσκονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της συντριπτικής πλειοψηφίας των ερευνών στο Δυτικό κόσμο, αν και κάποιες μελέτες, μεμονωμένες βέβαια, έχουν διαπιστώσει και σε δυτικούς πληθυσμούς ότι το φύλο του νεογνού, στην περίπτωση που αυτό δεν είναι το επιθυμητό, συνδέεται με την εμφάνιση κατάθλιψης στη μητέρα [81].

Αναφορικά με το **είδος του τοκετού** (φυσιολογικός, εργώδης ή καισαρική τομή) καμία συσχέτιση δεν διαπιστώθηκε με την καταθλιπτική διάθεση των λεχωίδων ούτε στις πρώτες ημέρες της λοχείας ούτε στο απώτερο διάστημα. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης φαίνεται να βρίσκονται σε συμφωνία με έρευνες που υποστηρίζουν ότι οι επιπλοκές στη διάρκεια του τοκετού δεν συνεισφέρουν στην ανάπτυξη Επιλόχειας Κατάθλιψης [569,308,204,314]. Άλλωστε, όλο και περισσότερες μελέτες τα τελευταία χρόνια επισημαίνουν ότι δεν είναι το είδος του τοκετού, αλλά ο τρόπος που τον βίωσαν οι γυναίκες, όσον αφορά στον πόνο, το φόβο, τη μη εμπλοκή στη λήψη αποφάσεων κατά τη διαδικασία, και την αίσθησης απώλειας του ελέγχου, που επηρεάζει καθοριστικά τη διάθεση τους στην περίοδο της λοχείας [31]. Δυστυχώς όμως στην παρούσα μελέτη δεν συμπεριλήφθηκε η διερεύνηση της παραμέτρου ενός «τραυματικού» για τον ψυχισμό των λεχωίδων τοκετού.

Η διεθνής βιβλιογραφία αναφορικά με τις *πολύδυμες κήσεις* παρουσιάζει αρκετές μεθοδολογικές αδυναμίες, τόσο όσον αφορά στα μικρού μεγέθους δείγματα όσο και στην περιγραφική φύση των μελετών, ώστε η εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την περιγεννητική ψυχιατρική νοσηρότητα να είναι επισφαλής. Κατά ανάλογο τρόπο και στην παρούσα μελέτη ο αριθμός του δείγματος των μητέρων που απέκτησε δίδυμα βρέφη ήταν πολύ μικρός για να καταλήξουμε σε αξιόπιστα αποτελέσματα.

Τέλος μια παράμετρος που διαπιστώθηκε ότι σχετίζεται σημαντικά με την κατάθλιψη των πρώτων ημερών είναι αυτή του **θηλασμού**. Το εύρημα αυτό βρίσκεται σε απόλυτη συμφωνία με τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης εκτεταμένης ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, στην οποία επισημαίνεται ότι η πρώιμη διακοπή ή η πλήρης αποχή από τον θηλασμό σχετίζεται με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στη λοχεία [301].

2.7. Ποιότητα Ζωής

Αρκετές έρευνες έχουν μελετήσει επιμέρους παραμέτρους που σχετίζονται με την έννοια της Ποιότητας Ζωής, όπως για παράδειγμα την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με τις κοινωνικές σχέσεις [100,428,44,475,506,505]. Κρίθηκε όμως χρήσιμο οι παράμετροι αυτοί να μελετηθούν με τρόπο που να απαρτιώνει το σύνολο των διαστάσεων της Ποιότητας Ζωής και να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτισή τους με την ΕΛΚ.

Οι νέες μητέρες που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη κινδύνευαν τόσο λιγότερο να εμφανίσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία *αμέσως μετά τον τοκετό* όσο περισσότερα θετικά αποτιμούσαν την Ποιότητα της Ζωής τους, τόσο στο σύνολό της όσο και στις επιμέρους διαστάσεις της.

Αντίθετα, κατά την 5^η-6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό, η ψυχολογική καταπόνηση των λεχωίδων συσχετίζεται με την Ποιότητα Ζωής τους όσον αφορά στη σωματική και ψυχική υγεία καθώς και τις κοινωνικές σχέσεις τους.

Η διαπίστωση αυτή δεν αποτελεί έκπληξη, τουλάχιστον όσον αφορά στην παράμετρο των κοινωνικών σχέσεων, μια και η απουσία επαρκούς υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου επιδεικνύει μια μέτρια έως ισχυρή συσχέτιση με την ανάπτυξη ΕΛΚ [478]. Η Ποιότητα Ζωής όσον αφορά στο κοινωνικό πεδίο πραγματεύεται το κατά πόσο ένα άτομο είναι ικανοποιημένο ή δυσαρεστημένο με τους κοινωνικούς ρόλους που έχει αναλάβει μέσα στα πλαίσια των κοινωνικών δομών που εντάσσεται, αλλά και το είδος και την έκταση των κοινωνικών σχέσεων που έχει αναπτύξει. Η γυναίκα στην περίοδο της λοχείας, αναλαμβάνοντας το ρόλο της μητέρας, έχει να ανταποκριθεί σε πλήθος σημαντικών αλλαγών στους υπόλοιπους ρόλους που πραγματώνει. Επιπλέον, το δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης της μπορεί να αλλάξει αυτή την περίοδο, καθώς είναι πιθανό να χάσει κάποιες οικείες ομάδες υποστήριξης και να χρειαστεί να τις αντικαταστήσει βρίσκοντας νέες πηγές. Επανειλημμένως έχει τονιστεί ότι η κοινωνική απομόνωση ή η απώλεια κοινωνικής υποστήριξης στη διάρκεια των κρίσιμων αυτών περιόδων στη ζωή της γυναίκας είναι ένας ισχυρός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη λοχεία [505,204,586,574,419,37,212,356,121,81]. Σε απόλυτη συμφωνία με τα παραπάνω βρίσκονται και τα αποτελέσματα της δικής μας μελέτης. Οι λεχωίδες που δεν απολαμβάνουν στο πεδίο των κοινωνικών σχέσεων το επίπεδο που επιθυμούν, κινδυνεύουν περισσότερο να επιβαρυνθούν στην 5^η-6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό.

Τέλος, η συναισθηματική απάντηση των νέων μητέρων *αμέσως μετά τον τοκετό και στον 1^ο μήνα της λοχείας* τροποποιείται ανάλογα με το πως αντιλαμβάνονται την Ποιότητα της Ζωής τους όσον αφορά στην υγεία «ως όλον», στην ψυχική υγεία και στη σχετική με το περιβάλλον Ποιότητα Ζωής.

Στην αρχή της συζήτησης αναφέρθηκε ότι ο τρόπος που αποτιμούν οι λεχωίδες την ψυχολογική τους λειτουργικότητα δεν επηρεάζει τη διάθεσή τους μετά τον τοκετό, ούτε στο άμεσο ούτε στο απώτερο διάστημα. Εντούτοις, αναφορικά με την επίδραση της παραμέτρου αυτής στη συνολική επιβάρυνση κατά το πέρασμα του χρόνου διαπιστώνεται μια μικρή, αν και όχι στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p=0.059$). Το εύρημα αυτό ενισχύεται με άλλον τρόπο και από τη συσχέτιση της Σχετικής με την Ψυχική Υγεία Ποιότητας Ζωής με τη μεταβολή της ψυχοπαθολογίας στη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της λοχείας. Οι γυναίκες που βιώνουν λιγότερο θετικά συναισθήματα ικανοποίησης, πληρότητας, ισορροπίας, αισιοδοξίας και αυτοεκτίμησης, κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν κατάθλιψη κατά το πέρασμά τους στη γονεϊκότητα.

Επιπλέον, στην κρίσιμη αυτή περίοδο οι λεχωίδες που είναι ικανοποιημένες με το περιβάλλον που διαβιών και αναθρέφουν τα νεογέννητά τους, προστατεύονται από την όποια ψυ-

χολογική καταπόνηση. Μια σημαντική διάσταση της Σχετικής με το Περιβάλλον Ποιότητας Ζωής είναι αυτή των οικονομικών πόρων. Πολλές έρευνες έχουν διαπιστώσει την επίδραση του χαμηλού εισοδήματος στην ψυχική υγεία των νέων μητέρων [478]. Στην παρούσα μελέτη, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, χρησιμοποιώντας ως δείκτη της οικονομικής κατάστασης των λεχωίδων την επαγγελματική τους απασχόληση, δεν επιβεβαιώθηκε η συσχέτιση αυτή. Αντίθετα διαπιστώνεται ότι η γνώμη των γυναικών σχετικά με το κατά πόσο οι οικονομικοί τους πόροι καλύπτουν τις ανάγκες τους και τις αυξημένες απαιτήσεις με τον ερχομό του νεογέννητου, επιδρά στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας. Το εύρημα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με μια πρόσφατη έρευνα των Horowitz et al [292], οι οποίοι υποστηρίζουν ότι στην κατάθλιψη της λοχείας δεν συνεισφέρει το οικονομικό επίπεδο καθαυτό, αλλά το οικονομικό στρες, δηλαδή οι αντιλήψεις της μητέρας σχετικά με τα εισοδήματα της οικογένειας.

Κατά παρόμοιο τρόπο, αν και στην παρούσα μελέτη δεν διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης σωματικής νόσου και εμφάνισης ΕΛΚ, εντούτοις οι λεχωίδες που αποτιμούν αρνητικά την γενική κατάσταση της υγείας τους, το «ευ ζην» σφαιρικά δηλαδή, αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας.

2.8. Μελέτη Χαρακτηριστικών της Προσωπικότητας

Στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια να καταγραφούν και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των λεχωίδων που ενδεχομένως σχετίζονται με την ανάπτυξη ΕΛΚ. Έχει ήδη αναφερθεί ότι η επίδραση διαφόρων κοινωνικοοικονομικών και μαιευτικών παραμέτρων στη διάθεση των λεχωίδων διαμεσολαβείται από τον τρόπο που οι νέες μητέρες τις νοσηματοδοτούν. Η εμπειρία της εγκυμοσύνης, του τοκετού και η φροντίδα του νεογέννητου, αποτελεί τόσο σημαντικό γεγονός στη ζωή μιας γυναίκας ώστε να σηματοδοτεί μια περίοδο «κρίσης». Για πολλές γυναίκες η εμπειρία αυτή είναι μια θετική μετάβαση σε μια νέα φάση, που δρα εμπλουτιστικά στον κύκλο ζωής. Άλλες μητέρες όμως μπορεί να νιώσουν απογοήτευση και απελπισία για τη θέση τους, καθώς καθίστανται περισσότερο εξαρτημένες από μια αβέβαιη σχέση [98].

Είναι γνωστό ότι η ευαλωτότητα στην προσωπικότητα αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την ανάπτυξη κατάθλιψης γενικότερα [151]. Εντούτοις, μελέτες που διερευνούν χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ως πιθανούς παράγοντες ευαλωτότητας στην ανάπτυξη της ΕΛΚ, παρά το μεγάλο αριθμό τους, δεν έχουν ακόμη σαφείς απαντήσεις εξ αιτίας σοβαρών μεθοδολογικών προβλημάτων. Οι μεθοδολογικές αδυναμίες των ερευνών εντοπίζονται κυρίως στα εξής:

1. Δεν υπάρχει προφανώς μία μοναδική δομή προσωπικότητας που να καθιστά τις γυναίκες ευάλωτες στην ΕΛΚ, καθώς είναι πιο πιθανό ότι ποικίλα χαρακτηριστικά, είτε μόνα τους, είτε σε συνδυασμό με άλλα, καθιστούν τις νέες μητέρες ευάλωτες.

2. Ο χρόνος κατά τον οποίο αξιολογείται η ύπαρξη της κατάθλιψης επηρεάζει τα ευρήματα. Κάποιες έρευνες προσπαθούν να προσδιορίσουν την ευαλωτότητα της προσωπικότητας αμέσως μετά τον τοκετό, ενώ η καταθλιπτική συμπτωματολογία σ' αυτή την περίοδο είναι πιθανό να αντικατοπτρίζει περισσότερο την Επιλόχεια Δυσφορία [90]. Επιπλέον, εάν η ύπαρξη κατάθλιψης εκτιμάται νωρίς χρονικά στη λοχεία, ο συνολικός αντίκτυπος του στρες κατά το πέρασμα στη μητρότητα, δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί, καθώς τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό η νέα μητέρα απολαμβάνει της φροντίδας, της υποστήριξης και καθοδήγησης του προσωπικού των Μαιευτικών κλινικών, αλλά και της μεγαλύτερης διαθεσιμότητας του συζύγου και άλλων οικείων προσώπων.

3. Κάποια εργαλεία αξιολόγησης της προσωπικότητας, ιδιαίτερα αυτά που εκτιμούν το δυσλειτουργικό γνωστικό στυλ, δεν εμφανίζουν ικανοποιητική ευαισθησία, ώστε να εντοπίσουν λανθάνοντα ή συγκαλυμμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όταν η εκτίμηση πραγματοποιείται πριν τον τοκετό [90].

4. Τέλος, τα μεθοδολογικά προβλήματα των ερευνών συμβάλλουν στη σύγχυση όσον αφορά στα αποτελέσματά τους. Αυτά τα προβλήματα αφορούν καταρχάς στην περιορισμένη στατιστικά δυνατότητα να διακρίνουν διαφορές, καθώς σε πολλές μελέτες χρησιμοποιούνται σχετικά μικρά σε μέγεθος δείγματα λεχωίδων. Η χρήση πολλών εργαλείων εκτίμησης της προσωπικότητας παρεμποδίζει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, εξαιτίας των πολλαπλών πιθανών ερμηνειών [440]. Τέλος, αξίζει να υπενθυμίσουμε το γεγονός ότι οι πάσχοντες από κατάθλιψη τείνουν να περιγράφουν την προσωπικότητά τους σαν περισσότερο αποκλίνουσα, σε σύγκριση με τις περιόδους εκείνες που δεν εμφανίζουν ενεργό ψυχοπαθολογία [326,90,277]. Έτσι, καθώς η εκτίμηση της προσωπικότητας μέσω των ερωτηματολογίων πραγματοποιείται ενώ το άτομο πάσχει από κατάθλιψη, είναι πιθανό αυτή να μην αντικατοπτρίζει την προνοσηρή προσωπικότητα. Πιο συγκεκριμένα, η εκτίμηση της προσωπικότητας της λεχωίδας ενώ βρίσκεται σε κατάθλιψη μπορεί να υπονοεί μια δυσλειτουργική προσωπικότητα, ενώ όταν αυτή είναι καλά, μια τέτοια δυσλειτουργία δεν είναι προφανής.

Κατά την πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκαν καταρχήν εργαλεία αξιολόγησης της προσωπικότητας με αποδεδειγμένη αξιοπιστία και ευαισθησία στον Ελληνικό πληθυσμό. Επιλέχθηκε η χορήγηση των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων να πραγματοποιηθεί αμέσως μετά τον τοκετό αναλαμβάνοντας τον κίνδυνο η παρουσία ψυχοπαθολογίας στις λεχωίδες των πρώτων ημερών να επηρεάσει την αξιοπιστία των ευρημάτων, εκτιμώντας όμως ότι η διαδικασία του τοκετού είναι σημαντική και ενδέχεται να τροποποιεί τις αντιλήψεις τους για τη ζωή και τον εαυτό τους.

2.8.1. Αίσθηση Συνεκτικότητας

Μια παράμετρος της προσωπικότητας της οποίας διερευνήθηκε η συσχέτιση με την ανάπτυξη της ΕΛΚ είναι η Αίσθηση Συνεκτικότητας. Πολυάριθμες μελέτες προσεγγίζουν παρόμοια θέματα από τον «δρόμο» της γνωστικής θεωρίας [144,292,570]. Καμία έρευνα όμως μέχρι στιγμής στη διεθνή βιβλιογραφία δεν έχει μελετήσει αυτή τη διάσταση της προσωπικότητας σε σχέση με την κατάθλιψη των νέων μητέρων, ενώ μόλις μία μελέτη έχει ασχοληθεί με την «Αίσθηση της Συνεκτικότητας» και την ευεξία στη διάρκεια της εγκυμοσύνης [509a].

Η Αίσθηση Συνοχής είναι ένα θεωρητικό μοντέλο που προσπαθεί να εξηγήσει γιατί μερικά άτομα αρρωσταίνουν κατά την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων ενώ άλλα όχι. Όπως πολλάκις έχει αναφερθεί μέχρι στιγμής η γέννηση ενός παιδιού αποτελεί ένα τέτοιο στρεσογόνο γεγονός. Οι νέες μητέρες με υψηλά επίπεδα Αίσθησης Συνεκτικότητας διακατέχονται από ένα συνεχές, έντονο και δυναμικό αίσθημα αυτοπεποίθησης ότι ο κόσμος είναι δομημένος και προβλέψιμος, τα προβλήματα είναι αντιμετωπίσιμα και οι απαιτήσεις της ζωής αποτελούν ενδιαφέρουσες προκλήσεις.

Στην παρούσα μελέτη οι λεχωίδες που αντιλαμβάνονται τα ερεθίσματα ως μη δομημένα, μη προβλέψιμα και μη εξηγήσιμα κινδυνεύουν σαφώς περισσότερο να επιβαρυνθούν ψυχολογικά σε όλη την περίοδο της λοχείας που μελετήθηκε. Σε παρόμοιες διαπιστώσεις όμως έχουν καταλήξει και άλλοι ερευνητές, αν και από διαφορετική θεωρητική αφετηρία, καθώς διαπιστώνουν ότι οι μητέρες με μια αίσθηση εξωτερικής εστίασης ελέγχου (external locus of control) κινδυνεύουν περισσότερο να αναπτύξουν κατάθλιψη στη λοχεία [261,440,392]. Βέβαια η έννοια της αίσθησης ελέγχου σχετίζεται κυρίως με την πεποίθηση του ατόμου για το κατά πόσο ασκεί έλεγχο σε γεγονότα που επηρεάζουν τη ζωή του. Οι λεχωίδες με μια αίσθηση εξωτερικής εστίασης ελέγχου αποδίδουν τις καταστάσεις και τα γεγονότα που αντιμετωπίζουν όχι στη δική τους συμπεριφορά και δράση, αλλά στις παρεμβάσεις της «μοίρας» ή των «παντοδύναμων» άλλων.

Επιπλέον, οι νέες μητέρες που θεωρούν ότι έχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουν τις απαιτήσεις που προκύπτουν από την απόκτηση ενός παιδιού και που αντιλαμβάνονται ότι οι απαιτήσεις αυτές αποτελούν προκλήσεις που αξίζουν να ασχοληθεί κάποιος και να επενδύσει σε αυτές, διαμορφώνουν μια συγκεκριμένη στάση απέναντι στον γονεϊκό τους ρόλο, η οποία χρησιμεύει ως μείζων μηχανισμός άμυνας για τη διατήρηση της υγείας τόσο στις πρώτες ημέρες της λοχείας όσο και στην 5^η- 6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό. Το εύρημα αυτό βρίσκεται στην ίδια κατεύθυνση με τις διαπιστώσεις και άλλων συγγραφέων που αναφέρουν ότι οι λεχωίδες που αποτιμούν αρνητικά τον εαυτό τους ως γονέα, καθώς και αυτές που βιώνουν την περίοδο της λοχείας ως περισσότερο διαταρακτική της προηγούμενης ζωής τους και κατά συνέπεια ως περισσότερο στρεσογόνο, παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη [465].

2.8.2. Επιθετικότητα

Ελάχιστοι συγγραφείς έχουν μελετήσει το θέμα της επιθετικότητας και την επίδρασή της στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας μετά τον τοκετό. Οι Hayworth και Bridge [261] και οι Righetti-Veltema et al [476] διαπίστωσαν μια θετική συσχέτιση της επιθετικότητας στη διάρκεια της κύησης με την ανάπτυξη κατάθλιψης στην περίοδο της λοχείας.

Στην παρούσα έρευνα οι νέες μητέρες οι οποίες εμφανίζουν υψηλές βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας-Εχθρότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας, όσον αφορά στο σύνολο του φάσματος των πιθανών εκδηλώσεων επιθετικότητας, επιδεικνύουν και σοβαρότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία στις πρώτες ημέρες της λοχείας. Οι γυναίκες δηλαδή οι οποίες σε στρεσογόνες περιόδους, όπως είναι αυτή μετά τον τοκετό, υιοθετούν επικριτική στάση είτε απέναντι στους άλλους («εξωστρεφόμενη επιθετικότητα») είτε απέναντι στον εαυτό («ενδοβαλόμενη επιθετικότητα») βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο ψυχολογικής καταπόνησης.

Η επίδραση της επιθετικότητας συνεισφέρει σε όλη τη διάρκεια των πρώτων 5-6 εβδομάδων μετά τον τοκετό, καθώς και κατά τη 2^η φάση εκτίμησης η εξωστρεφόμενη και η συνολική επιθετικότητα επιδρούν στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι εκτός της εξωστρεφόμενης και της συνολικής επιθετικότητας, η διάσταση η οποία διαδράμει σε όλη τη διάρκεια του πρώτου μήνα της λοχείας και επιπλέον αποτελεί προγνωστικό της κατάθλιψης παράγοντα, είναι αυτή της αυτοκριτικής. Η συμβολή της υιοθέτησης αυτομομφικής και ενοχικής στάσης στην ανάπτυξη της ΕΛΚ έχει επισημανθεί και από άλλους ερευνητές που μελέτησαν τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι λεχωίδες για να ανταπεξέλθουν σε στρεσογόνες καταστάσεις (coping style) [554]. Από ένα διαφορετικό ερευνητικό δρόμο, διαπίστωσαν ότι οι καταθλιπτικές λεχωίδες είναι πιθανό να χρησιμοποιούν στρατηγικές λιγότερο λειτουργικές και περισσότερο προσανατολισμένες σε συναισθήματα ενοχής και αυτομομφής, συναισθήματα τα οποία είχαν έναρξη είτε στην περίοδο της κύησης είτε μετά τον τοκετό.

Η ερμηνεία των προαναφερθέντων αποτελεσμάτων απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, καθώς η εξωστρεφόμενη επιθετικότητα, δηλαδή η καταφυγή σε μια στάση θυμού και κυνικότητας, αναπαριστά περισσότερο ένα σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Αντίθετα όμως, η στάση αυτοκριτικής που υιοθετούν οι λεχωίδες μπορεί να αντικατοπτρίζει εν μέρει και την ψυχολογική τους κατάσταση και ως εκ τούτου υπάρχει η δυνατότητα παρέμβασης και τροποποίησης της με διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις [108]. Η διαπίστωση αυτή ενισχύεται και από τις πολυπαραγοντικές αναλύσεις που διεξήχθησαν στις οποίες τα θέματα επιθετικότητας δεν παραμένουν στατιστικά σημαντικά, υποδηλώνοντας ότι μάλλον άλλοι παράγοντες, με τους οποίους η επιθετικότητα σχετίζεται, όπως είναι η ψυχοπαθολογία, είναι περισσότερο σημαντικοί.

2.8.3. Δύναμη του Εγώ

Πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με τον τρόπο που η λεχωίδα αξιολογεί τον εαυτό της, είτε ως προσωπικότητα στο σύνολό της, είτε όσον αφορά στο ρόλο της ως μητέρα, και την επίδραση αυτών των αντιλήψεων στη διάθεσή της [144,292,570].

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκαν γνώρισμα της προσωπικότητας των γυναικών που συνήθως σχετίζονται ή εμπεριέχονται μέσα στην έννοια της «Δύναμης του Εγώ», καθώς και η συσχέτισή τους με την κατάθλιψη της λοχείας.

Η «Δύναμη του Εγώ» είναι μια πολύπλευρη και πολυδιάστατη έννοια και αφορά στην επάρκεια ή την αποδοτικότητα με την οποία εκδηλώνονται οι ποικίλες λειτουργίες του Εγώ. Η συγκεκριμένη έννοια δεν αναφέρεται στην ισχύ του Εγώ στο σύνολό της, αλλά στην υποκειμενική αίσθηση του ατόμου για την επάρκεια ή την ανεπάρκειά του. Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι λεχωίδες που διατηρούν μια ικανοποιητική υποκειμενική «αίσθηση επάρκειας», προστατεύονται από την εκδήλωση κατάθλιψης στην *πρώιμη φάση της λοχείας*.

Αντίθετα η ψυχολογική καταπόνηση στη χρονική στιγμή της 5^{ης}-6^{ης} εβδομάδας μετά τον τοκετό δεν φαίνεται να σχετίζεται με αυτά τα γνώρισμα της προσωπικότητας, εκτός από την παράμετρο που αναφέρεται στην «Ψυχασθένεια», με την οποία και παρατηρείται μια ασθενής αρνητική συσχέτιση. Διαπιστώνεται δηλαδή ότι οι λεχωίδες που χαρακτηρίζονται από ιδεοληψίες, ψυχαναγκασμούς και φοβίες, καθώς και όσες βιώνουν έντονη ανησυχία, αμφιβολίες και αμφιθυμία για τις πράξεις τους σ' ένα περιβάλλον το οποίο το θεωρούν εχθρικό, εμφανίζουν έναν ελαφρώς μεγαλύτερο κίνδυνο να επιβαρυνθούν ψυχολογικά στο απώτερο διάστημα της λοχείας.

Τέλος, ο τρόπος με τον οποίο η νέα μητέρα αποτιμά την επάρκεια της φαίνεται να αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα της ψυχολογικής επιβάρυνσης των λεχωίδων στη διάρκεια του πρώτου μήνα της λοχείας, καθώς επιδρά στη *μεταβολή των βαθμολογιών που καταγράφουν στην κλίμακα της κατάθλιψης EPDS*. Η επίδραση αυτή δε είναι σημαντική τόσο όσον αφορά στη συνολική διάσταση της Δύναμης του Εγώ, όσο και στις επιμέρους παραμέτρους της σωματικής λειτουργικότητας και της φυσιολογικής σταθερότητας, της «ψυχασθένειας», της αίσθησης της πραγματικότητας, της ικανότητας του ατόμου να αντεπεξέρχεται και των φοβιών.

Τα αποτελέσματα αυτά είναι σύμφωνα με τα ευρήματα άλλων μελετών οι οποίες, με υπόβαθρο τις γνωστικές θεωρίες [144], έχουν καταλήξει σε παρόμοια συμπεράσματα, επισημαίνοντας ότι είτε θέματα γενικότερης προσωπικής ανεπάρκειας [570], είτε αρνητικές γνωσίες που αφορούν στην κατάσταση της λοχείας ειδικότερα [465], προδιέθεταν στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μετά τον τοκετό. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί η έρευνα των Church et al [126] οι οποίοι προσπάθησαν να διερευνήσουν το κατά πόσο γενικευμένες και ειδικότερες με τη μητρότητα δυσλειτουργικές γνωσίες διαμεσολαβούν στη συσχέτιση μη γνωστικών παραγόντων κινδύνου και ανάπτυξης ΕΛΚ. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι η συσχέτιση μεταξύ της Επιλόχειας Κατάθλιψης και της γέννησης ενός «δύσκολου μωρού» διαμεσολαβείται εξ ολοκλήρου από δυσλειτουργικές γνωσίες ειδικές με τη μητρότητα, ενώ η συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης προηγούμενου καταθλιπτικού επεισοδίου και Επιλόχειας Κατάθλιψης διαμεσολαβείται εν μέρει από γενικευμένες δυσλειτουργικές γνωσίες. Τέλος, η συσχέτιση μιας ευάλωτης προσωπικότητας και ανάπτυξης ΕΛΚ διαμεσολαβείται τόσο από γενικευμένες όσο και από σχετικές με τη μητρότητα γνωσίες.

2.8.4. Αμυντική Συγκρότηση της Προσωπικότητας

Από ψυχοδυναμικής άποψης, τόσο η εγκυμοσύνη όσο και η γέννηση του παιδιού σηματοδοτούν την έναρξη μίας νέας περιόδου στη ζωή της μητέρας, αναβιώνουν παλαιές στάσεις της

γυναίκας απέναντι στη δική της μητέρα και είναι δυνατόν να επανενεργοποιήσουν παλαιότερα παιδικά συμπλέγματα σχετικά με το σωματικό τραύμα ή τη σωματική βλάβη. Αν και πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με τους τρόπους στους οποίους *συνειδητά* καταφεύγουν οι γυναίκες για να ανταπεξέλθουν στη στρεσογόνο περίοδο μετά τον τοκετό, η βιβλιογραφία μέχρι και σήμερα παραμένει φτωχή όσον αφορά στη μελέτη των ασυνείδητων μηχανισμών άμυνας του Εγώ που ενδεχομένως εμπλέκονται στην κατάθλιψη της λοχείας. Η παρούσα μελέτη αποπειράται να μελετήσει τις συνειδητές εκφάνσεις των αμυντικών μηχανισμών και να καταλήξει σε συμπεράσματα για τον ιδιαίτερο και χαρακτηριστικό τρόπο που μετέρχονται οι λεχωίδες προκειμένου να μεταβούν στη γονεϊκότητα. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο, το Ερωτηματολόγιο Μελέτης του Αμυντικού Προφίλ (Defense Style Questionnaire) του οποίου η προσαρμογή και η στάθμιση στον ελληνικό πληθυσμό βρίσκεται σε εξέλιξη.

Όσον αφορά στην Αμυντική Συγκρότηση της προσωπικότητας τόσο κατά την περίοδο αμέσως μετά τον τοκετό όσο και στην 5^η-6^η εβδομάδα της λοχείας, το *προφίλ της δυσπροσαρμοστικής οργάνωσης* σχετίζεται σημαντικά με την ψυχολογική καταπόνηση των νέων μητέρων.

Επιπλέον, το προφίλ αυτό επιδρά και στη μεταβολή των βαθμολογιών που καταγράφουν στην κλίμακα της κατάθλιψης EPDS οι νέες μητέρες, αποτελώντας ουσιαστικά και σημαντικό προγνωστικό παράγοντα της ανάπτυξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά την πάροδο του χρόνου από τις πρώτες ημέρες στον πρώτο μήνα της λοχείας. Διαπιστώνουμε δηλαδή ότι ο σημαντικότερος ψυχολογικός παράγοντας που «πιστοποιεί» εν πολλοίς τις λεχωίδες που θα αναπτύξουν κατάθλιψη, σχετίζεται με την ανικανότητα των νέων μητέρων να διαχειριστούν τις παρορμήσεις τους αναλαμβάνοντας εποικοδομητικές δράσεις για τον εαυτό τους σε μια κρίσιμη περίοδο μετάβασης.

Βέβαια, κατά τις δύο χρονικές στιγμές εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας, τα αμυντικά προφίλ που συνεισφέρουν στην εμφάνιση κατάθλιψης παρουσιάζουν επί μέρους διαφορές. Έτσι, στις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό, στην ψυχολογική επιβάρυνση των λεχωίδων συμβάλουν επιπλέον της δυσπροσαρμοστικής οργάνωσης και τα προφίλ της «διαστρέβλωσης της εικόνας» και της «αυτοθυσίας», εύρημα το οποίο δεν επαναλαμβάνεται στην 5^η-6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό. Διαπιστώνεται δηλαδή ότι στις πρώτες ημέρες της μετάβασής τους στη γονεϊκότητα, οι λεχωίδες που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο είναι όσες σε στρεσογόνες καταστάσεις αντιδρούν με τρόπο προσανατολισμένο στην εικόνα και όχι στην ανάληψη δράσεων, διαχωρίζοντας μάλιστα τις εικόνες του εαυτού και των άλλων σε απολύτως καλές ή κακές ποιότητες. Επίσης νέες μητέρες οι οποίες επιδεικνύουν μια συνεχή ανάγκη αυτοεπιβεβαίωσης αναφορικά με την ευγένεια του χαρακτήρα τους, την ανυπαρξία αισθημάτων θυμού και τη διαθεσιμότητά τους στην υποστήριξη των άλλων είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία στις πρώτες ημέρες της λοχείας. Ο ερχομός του νεογέννητου σηματοδοτεί μια σειρά από «απώλειες» για τη γυναίκα καθώς κατά την προσαρμογή της στη μητρότητα χάνει προηγούμενους ρόλους και ελευθερίες. Το γεγονός αυτό όμως έχει ως συνέπεια η μέχρι τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή σταθερή και επαρκής για τη λειτουργικότητα της γυναίκας «αυτοθυσιαστική» αμυντική της οργάνωση να αδυνατεί να εμπεριέξει τα αισθήματα θυμού και άγχους και να οδηγείται σε κατάρρευση με αποτέλεσμα την εκδήλωση κατάθλιψης.

Όσον αφορά στην επίδραση των *επιμέρους Αμυντικών Μηχανισμών*, φαίνεται ότι αυτοί που συγκροτούν το προφίλ της δυσπροσαρμοστικής οργάνωσης (*απόσυρση, παλινδρόμηση, εκδραμάτιση, αναστολή, παθητική επιθετικότητα, προβολή*) έχουν και τη μεγαλύτερη συνεισφορά στην καταπόνηση της λοχείας και κατά τις δύο φάσεις εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας.

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία από τις λίγες προσπάθειες για την ενδελεχή διερεύνηση της επίδρασης του Αμυντικού Προφίλ των λεχωίδων στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματο-

λογίας μετά τον τοκετό. Παρά την προφανή κλινική σημασία που έχει η Επιλόχεια Κατάθλιψη, η ψυχαναλυτική έρευνα ουσιαστικά την έχει «αρνηθεί», αφού ελάχιστες είναι οι ψυχαναλυτικές μελέτες που ασχολούνται ειδικά με την ΕΛΚ [174,47,475,387]. Σε παλαιότερες έρευνες οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι γυναίκες συναισθηματικά ανώριμες, ανέτοιμες για τη μητρότητα και εξαρτημένες από τη δική τους μητέρα, καθώς και όσες χαρακτηρίζονται από δυσκολίες συνάρμοσης με τη θηλυκότητα κινδυνεύουν στην περίοδο αυτή να βιώσουν σοβαρή ψυχολογική καταπόνηση [475,174,47]. Προς την ίδια κατεύθυνση κινούνται και τα αποτελέσματα πιο πρόσφατων ερευνών, οι οποίες συσχετίζουν τους ανώριμους αμυντικούς μηχανισμούς με την επιμονή της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας έως και το 12^ο μήνα της λοχείας [387].

2.9. Παράγοντες που σχετίζονται ιδιαίτερα σημαντικά με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μετά τον τοκετό, όπως αναδείχτηκαν από την πολυπαραγοντική ανάλυση

Σε μια επόμενη φάση επεξεργασίας των δεδομένων διεξήχθη ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, προκειμένου να προσδιοριστεί η ανεξάρτητη συμμετοχή των κυριότερων μεταβλητών που αναδείχτηκαν ως στατιστικώς σημαντικές από τη μονοπαραγοντική ανάλυση στις τιμές της EPDS1, EPDS2 και EPDS change.

Στη φάση αμέσως μετά τον τοκετό (**2^η-4^η μέρα της λοχείας**) η καταθλιπτική συμπτωματολογία διαμεσολαβείται από παράγοντες που κυρίως σχετίζονται με την προσωπικότητα. Οι λεχωίδες με ανεπάρκεια στην προσωπικότητα όσον αφορά στην *Αίσθηση Συνοχής* και στη *Δύναμη του Εγώ*, καθώς και αυτές που χαρακτηρίζονται από ένα *Δυσπροσαρμοστικό Αμυντικό Προφίλ* κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν κατάθλιψη με τον ερχομό του νεογέννητου. Επιπροσθέτως, στη φάση αυτή στατιστικώς σημαντικές αναδεικνύονται *οι σχέσεις με το σύντροφο* και ο *θηλασμός* του νεογέννητου.

Τα ευρήματα αυτά έχουν ιδιαίτερη πρακτική σημασία καθώς καταδεικνύουν την αναγκαιότητα εκτίμησης της λειτουργικότητας της προσωπικότητας κάθε γυναίκας που ελέγχεται για Επιλόχεια Κατάθλιψη, αλλά και των συζυγικών σχέσεων που διατηρεί.

Η μετάβαση στη γονική ιδιότητα δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο αναπτυξιακό γεγονός σε μια γραμμική χρονολογική εξέλιξη της οικογένειας, αλλά εντάσσεται σε μια δυναμική διεργασία. Η περίοδος αυτή είναι εξέχουσας σημασίας για την εξέλιξη και ανάπτυξη των γονέων ως ατόμων, της οικογένειας ως συστήματος και του παιδιού ως ξεχωριστής οντότητας. Κατά συνέπεια, η εκτίμηση της ποιότητας της σχέσης με το σύντροφο οφείλει να εκτείνεται σε ένα ευρύ πεδίο, με έμφαση στην υποστηρικτική, σε πρακτικό και συναισθηματικό επίπεδο, παρουσία του συντρόφου, καθώς και στη διαθεσιμότητα του να δίνει την απαιτούμενη σημασία και να αποδέχεται τις ανάγκες της νέας μητέρας. Επιπλέον θα πρέπει να εκτιμηθεί η συναισθηματική επαφή και φροντίδα του ζευγαριού, καθώς και η εγγύτητα της σχέσης. Ιδανικά θα πρέπει να πραγματοποιείται συνέντευξη και στο σύντροφο έτσι ώστε να αξιολογηθούν και οι δικές του αντιλήψεις για τη σχέση. Επιπροσθέτως, η σημαντικότητα της σχέσης με το σύντροφο μας «υποχρεώνει» σε οποιαδήποτε διαδικασία πρόληψης της Επιλόχειας Κατάθλιψης να λαμβάνουμε υπόψη μας την αντιμετώπιση του προβλήματος σε μια ολιστική βάση που θα περιλαμβάνει, εκτός από τη μητέρα και το βρέφος, και τον πατέρα.

Αναφορικά με το θέμα της γαλουχίας, είναι γνωστό ότι η ύπαρξη κατάθλιψης μειώνει την πιθανότητα οι νέες μητέρες να θηλάσουν το νεογέννητο. Ο Ugarriza [555] όμως, επισημαίνοντας τον αμφίδρομο χαρακτήρα αυτής της σχέσης, σε μια ποιοτική μελέτη καταθλιπτικών λεχωίδων διαπίστωσε ότι ένας συχνός παράγοντας στον οποίο απέδιδαν οι γυναίκες την κακή τους διάθεση, ήταν και η αδυναμία τους να θηλάσουν τα βρέφη τους. Είναι κατά συνέπεια επιβεβλημένο στη διάρκεια της νοσηλείας των γυναικών το νοσηλευτικό προσωπικό των μαι-

ευτικών κλινικών να ενθαρρύνει τις νέες μητέρες να θηλάσουν τα νεογέννητα, επωφελούμενες όχι μόνο των σημαντικών θετικών επιδράσεων του θηλασμού στη σωματική υγεία των ιδίων και των βρεφών τους, αλλά και στην ψυχολογική τους ευεξία.

Μετά τον πρώτο μήνα της λοχείας (**5^η-6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό**) οι μεταβλητές που αναδείχθηκαν ως στατιστικώς σημαντικές μέσω της πολυπαραγοντικής ανάλυσης, ήταν αυτές της *ύπαρξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αμέσως μετά τον τοκετό, της τακτικής παρακολούθησης και το Προφίλ της Δυσπροσαρμοστικής Οργάνωσης* όσον αφορά στην Αμυντική Συγκρότηση της Προσωπικότητας.

Οι περισσότεροι επιβαρυνόμενες ψυχολογικά λεχwoίδες φαίνεται να επωφελούνται λιγότερο της τακτικής παρακολούθησης. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται εν μέρει σε κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, αλλά και στην ύπαρξη μεγαλύτερων παιδιών [476]. Επιπλέον είναι σημαντικό να αναφερθεί η διαπίστωση κάποιων ερευνητών ότι η ύπαρξη καταθλιπτικής διάθεσης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει συσχετιστεί, πέρα των άλλων πολυάριθμων δυσάρεστων επιπτώσεων της, και με φτωχή συμμόρφωση στη δέουσα προγεννητική φροντίδα [279,185,382,244]. Αξίζει όμως να επισημανθεί και ο αμφίδρομος χαρακτήρας της συγκεκριμένης συσχέτισης, καθώς φαίνεται ότι οι επίτοκες που δεν έχουν συστηματική παρακολούθηση κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία στη διάρκεια της λοχείας. Η τακτική παρακολούθηση παρέχει στις γυναίκες τη δυνατότητα να ενημερωθούν για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό και να εκφράσουν τις όποιες ανησυχίες τους, ώστε να προετοιμαστούν ψυχολογικά όσο το δυνατόν επαρκέστερα για τις εμπειρίες αυτές.

Μια άλλη βασική διαπίστωση της παρούσας μελέτης που βρίσκεται σε απόλυτη συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία, συσχετίζει την ύπαρξη Επιλόχειας Δυσφορίας με την εμφάνιση κατάθλιψης στο απώτερο χρονικό διάστημα της λοχείας. Παρά τα όποια μεθοδολογικά προβλήματα των ερευνών, οι συγγραφείς σταθερά επιβεβαιώνουν όχι μόνο ότι η σοβαρού βαθμού Επιλόχεια Δυσφορία προσδιορίζεται ως ανεξάρτητος παράγοντας, τριπλασιάζοντας τον κίνδυνο για ΕΛΚ [430,258,79,267, 5,67,68,350,347], αλλά καθορίζει και μια πρωιμότερη έναρξη και μεγαλύτερη διάρκεια της συμπτωματολογίας.

Το εύρημα αυτό όμως έχει και σημαντική κλινική σημασία, καθώς η ανίχνευση των λεχwoίδων που στις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό εμφανίζουν μεγαλύτερη ψυχολογική καταπόνηση, μας παρέχει την ευκαιρία να σχεδιάσουμε τις περαιτέρω θεραπευτικές παρεμβάσεις μας για αυτήν την ομάδα υψηλού κινδύνου. Στο πλαίσιο αυτής της αντίληψης η κλίμακα EPDS μπορεί να αναδειχθεί σε ένα χρήσιμο εργαλείο στη δευτερογενή πρόληψη της Επιλόχειας Κατάθλιψης, καθώς έχει τη δυνατότητα να ανιχνεύσει έγκαιρα και αξιόπιστα την ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Οι Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό των κλινικών, μετά την απαραίτητη εκπαίδευση [151] ώστε να είναι εξοικειωμένοι με τη χρήση της κλίμακας EPDS και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της, έχουν την ευκαιρία να χορηγούν το συγκεκριμένο εργαλείο στις λεχwoίδες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στη Μαιευτική κλινική στο αμέσως επόμενο του τοκετού διάστημα. Σε αρκετές έρευνες έχει επισημανθεί ότι μετά την επιστροφή των λεχwoίδων στο σπίτι σπανίως διενεργείται εκτίμηση της ύπαρξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας [151], γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα, και με δεδομένο ότι μόνον μια μικρή μειοψηφία γυναικών με ΕΛΚ αναζητούν από μόνες τους βοήθεια [149,84], λιγότερο από τα 2/3 των καταθλιπτικών νέων μητέρων να λαμβάνει τη δέουσα φροντίδα [571,343].

Τέλος στην προσπάθεια να προσδιοριστούν **προγνωστικοί παράγοντες** της ανάπτυξης της Επιλόχειας Κατάθλιψης προϊόντος του χρόνου, διαπιστώθηκε μέσω της πολυπαραγοντικής ανάλυσης των μεταβλητών που επιδρούσαν στη μεταβολή της EPDS από την 2^η-4^η ημέρα έως την 5^η-6^η εβδομάδα ότι στατιστικά σημαντικές αναδεικνύονται μόνο δύο παράμετροι: *το προφίλ της δυσπροσαρμοστικής οργάνωσης και η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στις*

πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό.

Είναι γνωστό ότι οι μηχανισμοί άμυνας αποτελούν μια ασυνείδητη προσπάθεια του ψυχισμού να προστατεύσει το άτομο από επώδυνα συναισθήματα, ιδέες και κίνητρα. Στην παρούσα μελέτη κατ' επανάληψη διαπιστώνεται ότι η μετάβαση στην γονική ιδιότητα για κάποιες γυναίκες αποτελεί μια ιδιαίτερα επώδυνη «κρίση απαρτίωσης», και μάλιστα τόσο περισσότερο, όσο η προσωπικότητά τους συγκροτείται με έναν ανώριμο τρόπο. Οι νέες μητέρες δηλαδή, οι οποίες αδυνατούν να διαχειριστούν με επάρκεια τις ενορμήσεις και τα συναισθήματα που τους προκαλεί ο ερχομός του νεογέννητου βρίσκονται σε σαφέστατα μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη μετά τον τοκετό και σε όλη τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της λοχείας.

3. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η βιβλιογραφία σχετικά με την επιδημιολογία της Επιλόχειας Κατάθλιψης και τη συμβολή των διαφόρων παραγόντων κινδύνου στην ανάπτυξη της διαταραχής, επιδεικνύει συχνά αντιφατικά ευρήματα, γεγονός που έχει τη βάση του σε μια σειρά μεθοδολογικών προβλημάτων κατά τη διεξαγωγή των ερευνών.

Καταρχήν, σε πλήθος ερευνών τα δείγματα των λεχωίδων που συμμετέχουν είναι σε μεγάλο βαθμό ομοιογενή, περιλαμβάνοντας για παράδειγμα μόνο πρωτοτόκες γυναίκες, έγγαμες, μέσου ή ανώτερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου κ.λπ. [488]. Επιπλέον σε κάποιες μελέτες συμμετέχουν κυρίως γυναίκες ανώτερου μορφωτικού επιπέδου, οι οποίες είναι συνήθως πιο ενήμερες και ικανές στην έκφραση των συναισθημάτων τους [91].

Αντίθετα, στην παρούσα έρευνα καταβλήθηκε ιδιαίτερη προσπάθεια ώστε να εξασφαλιστεί η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο 2006 έως το Δεκέμβριο 2007 και χρησιμοποιήθηκε η εξέταση ενός συνεχούς (consecutive) δείγματος μητέρων από τη Μαιευτική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Στην ευρύτερη περιφέρεια των Ιωαννίνων είναι ελάχιστες οι ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές και είναι δεδομένο πως την τελευταία δεκαετία το σύνολο σχεδόν των τοκετών πραγματοποιείται στις Μαιευτικές Κλινικές των Νοσοκομείων των Ιωαννίνων. Έτσι, οι νέες μητέρες που αποτέλεσαν το δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης προέρχονται τόσο από αγροτικούς όσο και από ημιαστικούς και αστικούς πληθυσμούς, είναι διαφόρων μορφωτικών επιπέδων και ανήκουν σε κάθε κοινωνικοοικονομική τάξη. Κατά συνέπεια η συμμετοχή στην έρευνα γυναικών από τη συγκεκριμένη κλινική, εξασφάλισε την απαραίτητη **αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος** ώστε ο πληθυσμός των νέων μητέρων να συνιστά ένα **ευρύ μη επιλεγμένο συστηματικό δείγμα** (Largely Unselected Systematic Sample) [25].

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας καταβλήθηκε επίσης προσπάθεια να αποφευχθεί ένα σημαντικό πρόβλημα πολλών μελετών σχετικά με τη **χρονική στιγμή εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας των λεχωίδων** [244]. Σε αρκετές έρευνες η ανίχνευση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας περιορίζεται στις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό, με αποτέλεσμα αρκετές νέες μητέρες να εμφανίζουν υψηλές βαθμολογίες στις κλίμακες εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας, χωρίς πράγματι να είναι καταθλιπτικές, γεγονός που είναι αναμενόμενο, καθώς η εκτίμηση αυτή τη χρονική στιγμή πιθανά αντικατοπτρίζει την απλή (φυσιολογική) Επιλόχεια Δυσφορία. Έτσι, η ψυχοπαθολογία των λεχωίδων εκτιμήθηκε σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές, πραγματοποιώντας την πρώτη συνάντηση με τις νέες μητέρες αμέσως μετά τον τοκετό (2^η-4^η ημέρα μετά τον τοκετό) και επανεκτιμώντας τις λεχωίδες την 5^η- 6^η εβδομάδα της λοχείας, κατά την οποία πραγματοποιήθηκε ουσιαστικά η μελέτη της επιδημιολογίας της ΕΛΚ και των παραγόντων κινδύνου της.

Μια άλλη σημαντική μεθοδολογική αδυναμία αρκετών ερευνών συνίσταται στην χρησιμοποίηση αναδρομικής συλλογής των δεδομένων, με όλα τα εγγενή προβλήματα των αναδρομικών μελετών, γεγονός που έχει ως συνέπεια τον περιορισμό της προγνωστικής τους αξίας [478,140,476].

Έχοντας κατά νου το γεγονός αυτό, **η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου** που ενδεχομένως συνεισφέρουν στην εμφάνιση της διαταραχής, **πραγματοποιήθηκε τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό (2^η-3^η μέρα)**. Στη φάση αυτή οι λεχωίδες έδωσαν πληροφορίες για τις σχέσεις με τους σημαντικούς «άλλους» (γονείς, σύζυγο) και για τα ψυχοτραυματικά γεγονότα ζωής που αντιμετώπισαν τους τελευταίους δώδεκα μήνες πριν τον τοκετό. Επιπλέον, συμπλήρωσαν κλίμακες που αφορούν στην Ποιότητα Ζωής και σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους

Με τον τρόπο αυτό, έγινε προσπάθεια ώστε η καταγραφή των συγκεκριμένων παραμέτρων να πραγματοποιηθεί σε μια χρονική περίοδο που να εξασφαλίζει την αναφορά και αξιολόγηση της σημαντικότητά τους από τις νέες μητέρες όσο το δυνατόν πιο ανεπηρέαστα από την ενδεχομένως επιβαρυνόμενη συναισθηματική τους κατάσταση. Βέβαια αρκετές λεχωίδες που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη (16.2%) κατέγραφαν στις πρώτες ημέρες της λοχείας υψηλές βαθμολογίες στις κλίμακες ανίχνευσης της κατάθλιψης. Εντούτοις ένα μικρό ποσοστό (19.9%) εξ αυτών συνέχιζε να εμφανίζει ψυχοπαθολογία στην 5^η-6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό, γεγονός που σημαίνει ότι αν και πολλές νέες μητέρες ταυτοποιήθηκαν αρχικά ως «καταθλιπτικές», τελικά διαπιστώθηκε ότι η κλινική τους εικόνα αντιστοιχούσε περισσότερο στην παροδική, «φυσιολογική» Επιλόχεια Δυσφορία. Είναι όμως γνωστό ότι αν και συχνά οι νέες μητέρες εμφανίζουν μια συναισθηματική ευμεταβλητότητα και κλάματα τις πρώτες ημέρες της λοχείας μόνο μία μειοψηφία αυτών βιώνει και καταθλιπτική διάθεση. Ο Cox [148] και οι Kennerley και Gath [327] μάλιστα θεωρούν ότι η καταθλιπτική διάθεση δεν αποτελεί μέρος του φάσματος της Επιλόχειας Δυσφορίας. Κατά συνέπεια μπορεί βάσιμα να υποθεθεί ότι παρά την ψυχολογική καταπόνηση των πρώτων ημερών που εμφάνιζαν οι λεχωίδες που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη, ελάχιστα επηρέαζε αυτή την οπτική και τη στάση τους.

Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με την ΕΛΚ δεν περιορίζονται χρονικά σε συγκεκριμένη περίοδο, αλλά μπορεί να είναι παρόντες σε ποικίλες φάσεις κατά το πέρασμα από την εγκυμοσύνη στην γονεϊκότητα. Αυτό το «συνεχές» των παραγόντων κινδύνου συχνά αγνοείται από τη βιβλιογραφία, καθώς οι περισσότερες έρευνες εστιάζουν απλώς σε συγκεκριμένη κατηγορία παραγόντων κινδύνου π.χ. αξιολογώντας μόνο παράγοντες κινδύνου πριν τον τοκετό, γεγονός όμως που έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της αξιοπιστίας τέτοιων ευρημάτων [585]. Προκειμένου να αποφευχθεί αυτός ο μεθοδολογικός σκόπελος εντάχθηκε στη μελέτη μας **η διερεύνηση παραγόντων κινδύνου που καλύπτουν μια ευρεία χρονική περίοδο, από τη φάση της κύησης έως και την περίοδο μετά τον τοκετό**.

Ιδιαίτερη μέριμνα λήφθηκε και στην **επιλογή των εργαλείων για την εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας**, ώστε να επιτευχθεί με τον όσο το δυνατό πιο ευαίσθητο και ειδικό τρόπο η ανίχνευση των καταθλιπτικών λεχωίδων.

Πολλές αυτοσυμπληρούμενες κλίμακες έχουν χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στη διάρκεια της λοχειακής περιόδου. Εξ' όσων γνωρίζουμε, οκτώ αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια για την κατάθλιψη παρέχουν ενδείξεις για την πιθανή χρησιμότητά τους στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Εντούτοις, τρία μόνο εξ' αυτών των εργαλείων έχουν δημιουργηθεί ειδικά για την εκτίμηση επιλόχειων καταθλιπτικών συμπτωμάτων:

- η κλίμακα Bromley Postnatal Depression Scale (BPDS Stein and Van den Akker, 1992),
- η κλίμακα Postpartum Depression Screening Scale (PDSS Beck and Gable, 2000, 2001b),

■ και η κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS Cox et al., 1987).

Τα υπόλοιπα πέντε εργαλεία (- Beck Depression Inventory, BDI and BDI-II Beck et al, 1961, 1996, - Center for Epidemiological Studies Depression Scale CES-D: Radloff, 1977, - General Health Questionnaire GHQ Goldberg, 1972, - Inventory of Depressive Symptomatology IDS Rush et al., 1986, και - Zung Self-Rating Depression Scale Zung SDS Zung, 1965), αξιολογούν γενικότερα συμπτώματα κατάθλιψης και ψυχικής καταπόνησης. Είναι όμως ευρέως γνωστή η ιδιαίτερη δυσκολία που υπάρχει στην ταυτοποίηση των καταθλιπτικών γυναικών με τη χρησιμοποίηση των τελευταίων ερωτηματολογίων, τα οποία φαίνεται να έχουν σημαντικούς περιορισμούς όταν χρησιμοποιούνται στη λοχεία. Στις κλίμακες αυτές υπάρχουν λήμματα που αναφέρονται στα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως οι αλλαγές στην όρεξη, στον ύπνο ή στα επίπεδα ενεργητικότητας, ή λήμματα που έχουν σχέση με καθαρά σωματοποιητικούς συντελεστές ως έκφραση κατάθλιψης. Όμως, η εμφάνιση τέτοιων συμπτωμάτων στην περίοδο της λοχείας μπορεί να οφείλεται στις φυσιολογικές σωματικές αλλαγές που συμβαίνουν μετά τον τοκετό και να μην αποτελούν συμπτώματα κατάθλιψης [149,582].

Από το σύνολο των εργαλείων που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς σε διάφορες έρευνες για την ανίχνευση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των λεχωίδων, στην παρούσα μελέτη τελικά επιλέχθηκαν εργαλεία σταθμισμένα στον Ελληνικό πληθυσμό και συγκεκριμένα η κλίμακα EPDS, που έχει δημιουργηθεί ειδικά για την εκτίμηση επιλόχειων καταθλιπτικών συμπτωμάτων, και τα ερωτηματολόγια GHQ-28 και CES-D, που αξιολογούν γενικότερα την ύπαρξη κατάθλιψης και ψυχολογικής καταπόνησης. Αν και η χρήση περισσότερων της μίας κλιμάκων αξιολόγησης ψυχοπαθολογίας, σημαίνει μεγαλύτερη δαπάνη χρόνου και ενέργειας από το προσωπικό και τις συμμετέχουσες, αποφασίστηκε τελικά να χορηγηθούν στις λεχωίδες τρία εργαλεία εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας, καθώς και άλλοι ερευνητές έχουν επισημάνει, ότι η ταυτόχρονη χρήση περισσότερων ερωτηματολογίων αυξάνει σημαντικά τα ποσοστά της ειδικότητας και βελτιώνει την ανίχνευση των καταθλιπτικών λεχωίδων [91].

Ως βασικό εργαλείο ανίχνευσης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, στο οποίο βασίστηκε και η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα EPDS, καθώς πέρα των άλλων πλεονεκτημάτων της (αναφέρονται διεξοδικά στην θεματική ενότητα των εργαλείων), είναι γνωστό ότι είναι καταλληλότερη σε πολυγλωσσικά δείγματα γυναικών [91]. Το γεγονός αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τη χώρα μας, γιατί με τα μεταναστευτικά κύματα των τελευταίων χρόνων πολλές λεχωίδες προέρχονται από άλλες χώρες.

Τελικά, στην έρευνα εντάχθηκαν αρχικά 413 λεχωίδες, ενώ 242 νέες μητέρες (58,6%) ολοκλήρωσαν την συμμετοχή τους στην μελέτη, απαντώντας θετικά στην επικοινωνία μαζί τους στη δεύτερη φάση (5^η-6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό).

Κατά τη χορήγηση του πακέτου των ερωτηματολογίων επισημάνθηκε στις λεχωίδες η κατά μόνος συμπλήρωσή τους, καθώς είναι γνωστό ότι η παρουσία συγγενικών προσώπων (σύζυγος, γονείς) οδηγεί συχνά τις νέες μητέρες σε μη ακριβή καταγραφή των συναισθημάτων τους, υποτιμώντας ή υπερβάλλοντάς τα [151]. Εντούτοις, λαμβάνοντας υπόψη την έρευνα των Aydin et al. [28], οι οποίοι διαπίστωσαν λιγότερα ψευδώς αρνητικά ευρήματα της EPDS όταν αυτή χορηγούνταν από εκπαιδευμένους συνεντευκτές, παραμέναμε στη διάθεση των λεχωίδων για όποιες απορίες ή δυσκολίες συναντούσαν κατά τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

Η παρούσα μελέτη έχει επίσης ορισμένους **περιορισμούς**, οι οποίοι θα πρέπει να επισημανθούν.

Καταρχήν, το σύνολο των τοκετών που πραγματοποιούνται στη Μαιευτική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κατ' έτος, είναι περίπου διπλάσιο από τον αριθμό των λεχωίδων που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Όπως προκύπτει, **η συμφωνία**

για συμμετοχή και τελικά επίτευξη συνεργασίας στο χρονικό διάστημα υλοποίησης της έρευνας ελάχιστα υπερβαίνει το 50% των μητέρων, ποσοστό που θεωρείται από τη βιβλιογραφία απαραίτητο για την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων [48,6]. Επιπλέον, οι λεχωίδες που ολοκλήρωσαν τη συμμετοχή τους στη μελέτη αποτελούν το 58.6% των αρχικά συμμετεχουσών στην έρευνα. Οι υπόλοιπες είτε αρνήθηκαν είτε είχαν δώσει εξ αρχής εσφαλμένα στοιχεία επικοινωνίας ή ακόμη και είχαν συμπληρώσει ανώνυμα τα ερωτηματολόγια. Επιπλέον, κάποιες λεχωίδες, ιδίως οι πολυτόκες, επικαλούνταν την έλλειψη χρόνου κατά την επικοινωνία μας μαζί τους.

Ένα άλλο μειονέκτημα της μελέτης ήταν και η **χρήση αυτοσυμπληρούμενων εργαλείων αποκλειστικά**, τόσο για την ανίχνευση της ψυχοπαθολογίας, όσο και για την καταγραφή δεδομένων που σχετίζονται με τους παράγοντες κινδύνου. Τα αυτοσυμπληρούμενα εργαλεία, αν και παρουσιάζουν πολλά οφέλη όσον αφορά στην εξοικονόμηση χρόνου και ενέργειας τόσο για τους ερευνητές όσο και για τους συμμετέχοντες στη μελέτη, εντούτοις δεν εξασφαλίζουν την καταγραφή των απόψεων, των στάσεων ή των γεγονότων με τον πλέον ειλικρινή τρόπο, καθώς πολλά άτομα είτε δυσκολεύονται να απαντήσουν με σαφήνεια και ακρίβεια στα όσα ερωτώνται, είτε απαντούν με τρόπο που θεωρούν ότι τα καθιστά περισσότερο αποδεκτά σύμφωνα με τις κοινωνικές νόρμες. Επιπλέον η αυστηρή δομή των ερωτηματολογίων, αντικατοπτρίζοντας το θεωρητικό υπόβαθρο στο οποίο βασίστηκε η δημιουργία τους, δεσμεύει τους συμμετέχοντες να απαντήσουν με τρόπους που ενδεχομένως αγνοούν σημαντικές πτυχές της οπτικής τους στα πράγματα. Άλλωστε δύσκολα μπορεί να τεκμηριωθούν συσχετίσεις του τύπου «αιτίου – αιτιατού» μέσω των αυτοσυμπληρούμενων εργαλείων, καθώς άλλοι ενδεχομένως πιο σημαντικοί παράγοντες για το κάθε υποκείμενο που δεν περιλαμβάνονται στο χορηγούμενο εργαλείο δεν διερευνώνται και δεν καταγράφονται. Όλα τα παραπάνω όμως εμποδίζουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Τέλος, αρκετές λεχωίδες δεν επέστρεψαν τα ερωτηματολόγια πλήρως συμπληρωμένα, επικαλούμενες κυρίως την έλλειψη χρόνου, γεγονός που αντιμετωπίστηκε με την αντικατάσταση των ελλিপών μετρήσεων από τους μέσους όρους των μεταβλητών.

Η σχετική απροθυμία των νέων μητέρων να συμμετάσχουν σε κάποιο ερευνητικό πρόγραμμα κατά τη νοσηλεία τους στη Μαιευτική κλινική έχει επισημανθεί και σε άλλες έρευνες που έχουν διεξαχθεί τόσο σε χώρες του εξωτερικού, όσο και στην Ελλάδα [48,113,222,349,351]. Η στάση αυτή των νέων μητέρων οφείλεται πιθανώς στο γεγονός ότι δεν είναι στις προτεραιότητές τους η συμμετοχή σε κάποιο ερευνητικό πρόγραμμα αμέσως μετά τον τοκετό. Η άποψη αυτή ενισχύεται από το γεγονός ότι μελέτες που απευθύνονται σε λεχωίδες οι οποίες είτε προσδιορίστηκαν ως πιθανώς πάσχουσες από κατάθλιψη (π.χ. από επισκέπτες υγείας, μαίες κ.λπ.), είτε αναζήτησαν βοήθεια με δική τους πρωτοβουλία, εξασφαλίζουν μεγαλύτερη συμμετοχή [355].

Ένας άλλος περιορισμός της παρούσας μελέτης, ο οποίος ίσως συνέβαλλε στην σχετικά χαμηλή (αλλά πάντως αποδεκτή) συμμετοχή, ήταν το γεγονός ότι η συμμετοχή στην έρευνα δεν προέβλεπε την ανωνυμία, καθώς θα επακολουθούσε επανεκτίμηση. Κατά συνέπεια, η συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα ανίχνευσης ψυχοπαθολογίας πιθανώς αντιμετωπίζεται από τις νέες μητέρες ως απειλητική, με το φόβο να στιγματιστούν ως «άρρωστες» ή ακατάλληλες για μητέρες. Είναι ενδεικτικό δε ότι 21 λεχωίδες, αν και επέστρεψαν τα ερωτηματολόγια πλήρως συμπληρωμένα, δεν είχαν σημειώσει το όνομά τους. Άλλωστε, από τις 67 λεχωίδες που προσδιορίστηκαν στην 1^η φάση εκτίμησης ως καταθλιπτικές, οι 23 (34.3%) αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στη δεύτερη φάση. Κατά ανάλογο τρόπο μπορούμε να συμπεράνουμε ότι και κάποιες από τις νέες μητέρες που εξ αρχής ήταν απρόθυμες να λάβουν μέρος στην έρευνα, ενδεχομένως ήδη υφίσταντο σοβαρή ψυχολογική καταπόνηση, υπόθεση που ίσως εξηγεί και τα σχετικά χαμηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας που καταγράφηκαν στην 1^η φάση εκτίμησης. Το γεγονός αυτό πιθανώς οφείλεται στο ότι μια καταθλιπτική λεχωίδα, πέρα από το φόβο του στίγματος, είναι

πιθανό να βιώνει τη συμμετοχή της σε μια τέτοια μελέτη ως μία ακόμη δοκιμασία που κρίνει την καταλληλότητα της ως μητέρα. Τέλος η συμπλήρωση ερωτηματολογίων που καταγράφουν απόψεις, στάσεις, σχέσεις ή ψυχοτραυματικά γεγονότα, ενδεχομένως «απειλεί» τις νέες μητέρες, με το φόβο της αποκάλυψης «προσωπικών μυστικών», παρά τη θέλησή τους [151].

Ένας τελευταίος περιορισμός της μελέτης μας αφορά στην εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας κατά την 5^η-6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό, η οποία πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά μέσω **τηλεφωνικής επικοινωνίας** με τις λεχвіδες, αν και τους είχε δοθεί η δυνατότητα να επιλέξουν και το ενδεχόμενο μιας προσωπικής συνάντησης. Αξίζει όμως να αναφέρουμε ότι αν και σε μια πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην χώρα μας με σκοπό τη στάθμιση της κλίμακας EPDS, οι συγγραφείς αντιμετώπισαν παρόμοιο πρόβλημα, η στατιστική ανάλυση δεν ανέδειξε διαφορές στα δημογραφικά χαρακτηριστικά ή στην επικράτηση της κατάθλιψης μεταξύ των λεχвіδων που επέλεξαν την τηλεφωνική επικοινωνία και αυτών που αποδέχτηκαν την προσωπική συνάντηση [355].

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα έρευνα μελέτησε τη συνεισφορά ενός μεγάλου εύρους παραγόντων στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στη διάρκεια της λοχείας. Διερευνήθηκε η πιθανή συσχέτιση κοινωνικοδημογραφικών παραμέτρων καθώς και παραμέτρων σχετιζόμενων με την παρούσα κύηση, τον τοκετό και το βρέφος. Ιδιαίτερη έκταση κατέλαβε η μελέτη χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των λεχвіδων που ενδεχομένως συνεισφέρουν στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας στο πρώτο διάστημα της λοχείας.

Η παρούσα έρευνα επιβεβαίωσε ευρήματα άλλων μελετητών που συνοψίζουν τους παράγοντες που επιβαρύνουν τις νέες μητέρες στο τρίπτυχο γονείς – σύντροφος – προσωπικότητα.

Διαπιστώθηκε ότι αν και αμέσως μετά τον τοκετό πλήθος παραγόντων επηρεάζουν τη διάθεση των νέων μητέρων, κατά το πέρασμα στη γονεϊκότητα ο ρόλος των διαφόρων αυτών παραμέτρων αποδυναμώνεται, και τη θέση τους παίρνουν άλλοι, περισσότερο «δομικοί» παράγοντες, όπως είναι η Αμυντική Συγκρότηση της προσωπικότητας των λεχвіδων και συγκεκριμένα η αντίδρασή τους σε καταστάσεις σύγκρουσης και στρες με έναν ανώριμο δυσπροσαρμοστικό τρόπο. Η μητρότητα επιφέρει πλήθος λιβιδινικών αλλαγών, και οι προσαρμοστικές επιταγές που συνεπάγεται, σηματοδοτούν την περίοδο αυτή ως μια «εξελικτική κρίση» στην πορεία της ανάπτυξης. Οι λεχвіδες που υιοθετούν περισσότερο ένα Δυσπροσαρμοστικό Αμυντικό Προφίλ έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν ψυχική καταπόνηση. Ο ρόλος των άλλων παραμέτρων εξασθενεί. Ο γενικότερος τρόπος της αμυντικής τους λειτουργίας είναι που παίζει σημαντικό ρόλο σχετικά με το αν θα παρουσιάσουν ψυχική καταπόνηση, καθώς τα ευρήματα της παρούσας μελέτης επισημαίνουν ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία επιβαρύνει κυρίως γυναίκες με περιορισμένη ικανότητα να προσαρμόζονται σε στρεσογόνες καταστάσεις, των οποίων οι προσωπικές, εσωτερικές πηγές διαχείρισης κρίσεων εξαντλούνται. Τα αποτελέσματα αυτά παρέχουν αρκετές ενδείξεις για να υποστηριχθεί ότι για την Επιλόχεια Δυσφορία, κατάσταση πολύ συχνή τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό, οι ενδοοικογενειακές σχέσεις αλλά και άλλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Όμως, το εάν κάποια λεχвіδα θα αναπτύξει Επιλόχεια Κατάθλιψη φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με την υποκείμενη δομή της προσωπικότητάς της, και λιγότερο με τους διάφορους άμεσα εμπλεκόμενους κοινωνικούς παράγοντες και παράγοντες που έχουν σχέση με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό.

Οι επισημάνσεις αυτές «υποχρεώνουν» τους Γυναικολόγους και τις Μαίες, οι οποίοι βρίσκονται σε άμεση σχέση με τις νέες μητέρες, αλλά και τους ειδικούς της Ψυχικής Υγείας, σε

μια ουσιαστική παρουσία και εγρήγορση κατά την περίοδο της λοχείας. Το προσωπικό των Μαιευτικών Κλινικών λόγω της στενής εμπλοκής του με τις μητέρες και τα βρέφη τους στην κρίσιμη περίοδο των πρώτων ημερών της λοχείας βρίσκεται στην προνομιά να καλλιεργήσει μια σχέση εμπιστοσύνης, ενθαρρύνοντας τις λεχώιδες να εκφράσουν τις εμπειρίες τους για τον τοκετό και τον τρόπο που βιώνουν τον ερχομό του νεογέννητου. Μπορεί επίσης να παρέχει στις νέες μητέρες πέρα της πρακτικής και συναισθηματική υποστήριξη χωρίς το φόβο του στίγματος. Έτσι μπορεί να προληφθεί περαιτέρω επιδείνωση της ψυχοπαθολογίας της μητέρας αλλά και να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις στο βρέφος, οι οποίες, όπως έχει ήδη αναφερθεί, μπορεί να εμφανιστούν πολύ πρώιμα και να παραμείνουν ακόμη και μετά την αποδρομή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων της μητέρας, καθώς η παρουσία της κατάθλιψης είναι ικανή να διασπάσει ίσως και μόνιμα ορισμένες πλευρές της αλληλεπίδρασης μητέρας – βρέφους.

Η πρόληψη και η πρώιμη παρέμβαση φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σημαντικές στρατηγικές αντιμετώπισης της Επιλόχειας Κατάθλιψης. Είναι χρήσιμο να υπάρχει η δυνατότητα ενός μεγάλου εύρους παρεμβάσεων, από τη συμβουλευτική σε πρακτικά θέματα μέχρι την ατομική ψυχοθεραπεία και την παρέμβαση και στους δύο γονείς σε ψυχοεκπαιδευτικές επισκέψεις. Κάτι τέτοιο όμως δεν είναι πάντα εφικτό. Έχει όμως ιδιαίτερη σημασία να προσφέρουμε στις νέες μητέρες τη δυνατότητα να αναγνωρίζουν τα συναισθήματά τους και την αμφιθυμία τους, να μοιράζονται τις αμφιβολίες για το βρέφος και το νέο τους ρόλο. Είναι αλήθεια ότι δεν μπορούμε πάντα να προσφέρουμε χειροπιαστές λύσεις. Ωστόσο η παρέμβασή μας σε ευάλωτες όσον αφορά στην προσωπικότητα γυναίκες, μπορεί να τις βοηθήσει να νιώσουν λιγότερο μόνες, λιγότερο ένοχες, και περισσότερο ικανές να αναζητήσουν νέες στρατηγικές για να ανταπεξέλθουν στον καινούργιο τους ρόλο.

Περίληψη



Η Επιλόχεια Κατάθλιψη είναι μια από τις συχνότερα αντιμετωπιζόμενες από τους γιατρούς της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και από τους Μαιευτήρες-Γυναικολόγους ιατρούς καταθλιπτικές διαταραχές.

Ο πρώτος στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η συλλογή επιδημιολογικών στοιχείων σχετικά με τη συχνότητα της Επιλόχειας Κατάθλιψης στον ελληνικό χώρο. Μία δεύτερη παράμετρος που απασχόλησε τη μελέτη ήταν η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου που ενδεχομένως συνεισφέρουν στην εμφάνιση της Επιλόχειας Κατάθλιψης, καθώς ελάχιστα είναι γνωστά για το θέμα αυτό όσον αφορά στις Ελληνίδες νέες μητέρες. Συγκεκριμένα διερευνήθηκε η συνεισφορά μιας σειράς κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών και παραμέτρων σχετικών με την παρούσα κύηση και τον τοκετό, καθώς και με το ατομικό ψυχιατρικό και σωματικό ιστορικό. Επίσης μελετήθηκαν παράγοντες σχετιζόμενοι με την ύπαρξη στρεσογόνων γεγονότων ζωής, με την Ποιότητα Ζωής των λεχωίδων, και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους. Τέλος διερευνήθηκε και η προγνωστική αξία των παραπάνω μεταβλητών στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μετά τον τοκετό.

Η εκτίμηση της ύπαρξης ψυχοπαθολογίας πραγματοποιήθηκε σε δύο φάσεις: τη 2η-4η ημέρα μετά τον τοκετό και την 5η-6η εβδομάδα μετά τον τοκετό.

Στην έρευνα συμμετείχε αρχικά (2η-4η ημέρα μετά τον τοκετό) ένα ευρύ μη επιλεγμένο συστηματικό δείγμα 413 λεχωίδων εκ των οποίων 242 (58,6%) ολοκλήρωσαν τη συμμετοχή τους στη μελέτη (5η-6η εβδομάδα μετά τον τοκετό).

Αναφορικά με την επιδημιολογία της Επιλόχειας Κατάθλιψης, οι λεχωίδες που ταυτοποιήθηκαν με την κλίμακα EPDS ως καταθλιπτικές τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό ήταν 67 (16,2%), ενώ κατά τη 2η εκτίμηση η κλίμακα EPDS «κατέγραψε» 30 καταθλιπτικές νέες μητέρες (12,4%).

Όσον αφορά στη συνεισφορά των διαφόρων μεταβλητών στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, κατά τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζουν οι σχέσεις με το σύντροφο και τη μητέρα, καθώς και η ύπαρξη οικονομικών, νομικών και σχετικών με την υγεία στρεσογόνων γεγονότων ζωής, αλλά και η φτωχή ικανοποίηση των γυναικών από την Ποιότητα Ζωής τους. Επίσης οι πρωτοτόκες μητέρες, που δεν επιθυμούσαν την κύηση και εμφάνιζαν ψυχολογικές δυσκολίες στη διάρκειά της, καθώς και όσες δεν θήλασαν τα βρέφη τους ήταν πιθανότερο να εμφανίσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία στις πρώτες ημέρες της λοχείας. Επιπλέον οι νέες μητέρες με ανεπαρκή Αίσθηση Συνεκτικότητας και Δύναμη του Εγώ, όπως και αυτές με υψηλά επίπεδα Επιθετικότητας, είτε εξωστρεφόμενης είτε ενδοβαλόμενης, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να καταπονηθούν ψυχολογικά στο αμέσως επόμενο του τοκετού διάστημα. Τέλος όσον αφορά στις συνειδητές εκφάνσεις των αμυντικών μηχανισμών, στις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό στην ψυχολογική επιβάρυνση των λεχωίδων συμβάλλουν τα προφίλ της δυσπροσαρμοστικής οργάνωσης καθώς και της «διαστρέβλωσης της εικόνας» και της «αυτοθυσίας».

Οι παράγοντες που επηρεάζουν ιδιαίτερα σημαντικά την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αμέσως μετά τον τοκετό, όπως αναδείχθηκαν από την πολυπαραγοντική ανάλυση, είναι κυρίως αυτοί που σχετίζονται με την προσωπικότητα. Οι λεχωίδες με ανεπάρκεια στην προσωπικότητα όσον αφορά στην Αίσθηση Συνοχής και στη Δύναμη του Εγώ, καθώς και αυτές που χαρακτηρίζονται από ένα Δυσπροσαρμοστικό Αμυντικό Προφίλ κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν κατάθλιψη με τον ερχομό του νεογέννητου. Επιπροσθέτως, στη φάση αυτή ιδιαίτερες σημαντικές αναδεικνύονται οι σχέσεις με τον σύντροφο και ο θηλασμός του νεογέννητου.

Στο αργότερο διάστημα της λοχείας (5η-6η εβδομάδα μετά τον τοκετό) οι νέες μητέρες που αποτιμούν με αρνητικό τρόπο τις σχέσεις τους με τον πατέρα και όσες δεν παρακολουθούνται

σε τακτική βάση στη διάρκεια της κύησης είναι πιθανότερο να εμφανίσουν ΕΛΚ. Επίσης οι καταθλιπτικές λεχωίδες έχουν φτωχή Σχετική με τη Σωματική και Ψυχική Υγεία, αλλά και με τις Κοινωνικές Σχέσεις Ποιότητα Ζωής. Τα αισθήματα ενοχής και αυτομομφής, η εξωστρεφόμενη επιθετικότητα, η «Ψυχασθένεια», καθώς και η μειωμένη Αίσθηση Συνοχής και η Δυσπροσαρμοστική Αμυντική Οργάνωση της προσωπικότητας καθιστούν τις νέες μητέρες περισσότερο ευάλωτες για την εμφάνιση κατάθλιψης μετά τον πρώτο μήνα της λοχείας.

Στο απώτερο διάστημα της λοχείας οι μεταβλητές που αναδείχθηκαν ως στατιστικώς σημαντικές μέσω της πολυπαραγοντικής ανάλυσης, ήταν αυτές της ύπαρξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αμέσως μετά τον τοκετό, της τακτικής παρακολούθησης και το Προφίλ της Δυσπροσαρμοστικής Οργάνωσης όσον αφορά στην Αμυντική Συγκρότηση της Προσωπικότητας.

Στην αλλαγή της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μεταξύ του άμεσου και του απώτερου διαστήματος μετά τον τοκετό συνεισφέρουν οι κακές σχέσεις με το σύντροφο και τη μητέρα, καθώς και η ύπαρξη οικονομικών προβλημάτων στο χρονικό διάστημα των 12 μηνών προ του τοκετού. Επίσης ο τρόπος που αποτιμούν οι λεχωίδες την Ποιότητα Ζωής τους εν γένει, αλλά και ειδικότερα όσον αφορά στην Υγεία «ως όλον», στην Ψυχική Υγεία και στη σχετική με το Περιβάλλον Ποιότητα Ζωής, επηρεάζει την επιδείνωση ή την ύφεση της ψυχοπαθολογίας, στη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων μετά τον τοκετό. Οι λεχωίδες που είναι ικανοποιημένες από αυτές τις παραμέτρους της ζωής τους φαίνεται να προστατεύονται συναισθηματικά στο άμεσο και απώτερο διάστημα μετά τον τοκετό. Όσον αφορά στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, διαπιστώνεται ότι οι νέες μητέρες, οι οποίες σε στρεσογόνες περιόδους ζωής υιοθετούν μια στάση αυτοκριτικής, εκδραματιζόμενης και εξωστρεφόμενης επιθετικότητας, καθώς και όσες επιδεικνύουν υψηλή συνολική επιθετικότητα, κινδυνεύουν σημαντικά να επιβαρυνθούν ψυχολογικά προϊόντος του χρόνου μετά τον τοκετό. Με παρόμοιο τρόπο επιδρά στη ροή της καταπόνησης και η Αμυντική Συγκρότηση της Προσωπικότητας της λεχωίδας, καθώς το προφίλ της δυσπροσαρμοστικής οργάνωσης εμφανίζει αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη μεταβολή της EPDS στις δύο χρονικές στιγμές εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας. Αντίθετα γυναίκες οι οποίες χαρακτηρίζονται από επαρκή Αίσθηση Συνοχής και Δύναμη του Εγώ, τόσο όσον αφορά στην συνολική της διάσταση όσο και στις επιμέρους παραμέτρους (Σωματική λειτουργικότητα και φυσιολογική σταθερότητα, Ψυχασθένεια, Αίσθηση της πραγματικότητας, Ικανότητα του ατόμου να αντεπεξέρχεται, Φοβίες) προστατεύονται από την εμφάνιση κατάθλιψης κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα μετά τον τοκετό.

Οι παράγοντες που σχετίζονται ιδιαίτερα σημαντικά με την αλλαγή της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας προϊόντος του χρόνου, όπως αναδείχθηκαν από την πολυπαραγοντική ανάλυση, είναι το προφίλ της δυσπροσαρμοστικής οργάνωσης και η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό.

Εν κατακλείδι στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι αν και αμέσως μετά τον τοκετό πλήθος παραγόντων επηρεάζουν τη διάθεση των νέων μητέρων, κατά το πέρασμα στη γονεϊκότητα ο ρόλος των διαφόρων αυτών παραμέτρων αποδυναμώνεται, και τη θέση τους παίρνουν άλλοι, περισσότερο «δομικοί» παράγοντες, όπως είναι η Αμυντική Συγκρότηση της προσωπικότητας των λεχωίδων και συγκεκριμένα η αντίδρασή τους σε καταστάσεις σύγκρουσης και στρες με έναν ανώριμο δυσπροσαρμοστικό τρόπο.

Summary



Postnatal depression is one of the most common depressive disorders that encountered by general practitioners and obstetricians. The primary aim of this study was the collection of epidemiological data concerning the prevalence of postnatal depression in Greece. A secondary aim was the identification of the risk factors that possibly contribute to the development of postnatal depression as we don't have enough data about this topic regarding the Greek new mothers. Specifically we examined the contribution of several sociodemographic factors concerning the pregnancy and labour as well as psychiatric and medical history. We also studied factors that are related with stressful life events, with the quality of life of the new mothers and their personality traits. Finally we studied the predictive value of the above factors to the development of depressive symptomatology after delivery.

Psychopathology was assessed in two stages: 2nd - 4th day after delivery and 5th – 6th week postpartum.

Initially in this study participated (2nd - 4th day after delivery) a consecutive sample of 413 new mothers from who 242 (58,6%) completed their participation in the study (5th – 6th week postpartum).

Regarding the epidemiology of the postnatal depression, new mothers that were identified as depressive using the EPDS scale the 1st day after delivery were 67 (16,2%), whereas during the second evaluation we identified 30 (12,4%) depressive new mothers.

The factors that appear to play an important role in developing of depressive symptomatology during the first days after delivery are the relationship with the partner and mother, the existence of financial, legal and health related stressful life events and the new mothers 's poor satisfaction about their quality of life. Also first born mothers with unwanted pregnancy, who appear to have psychological difficulties during pregnancy as well as those who didn't breast-feed their babies were more likely to develop depressive symptomatology during the first days postpartum. Moreover new mothers with inadequate sense of coherence and Ego strength as well as those with high hostility levels either introverted or extraverted are in greater risk of psychological distress straight after delivery. Finally as far as conscious expression of defense mechanisms is concerned, maladaptive defense style, distorted body image and self sacrifice contributed to the psychological distress of the new mothers.

Multiple regression analysis showed that the development of depressive symptomatology straight after delivery is affected by factors that related to the personality traits of the new mothers. New mothers with inadequate sense of coherence and Ego strength as well as those with maladaptive defense style are in greater risk for depression after delivery. Furthermore in this period appears to be of great importance the relationship with the partner and the breast feeding process.

The new mothers who are more likely to develop postnatal depression at the latter postnatal period are those who evaluate in a negative way their relationship with their father and those who are not adhere to the obstetrician's regular follow – up. Moreover depressive new mothers seem to have poor quality of life concerning medical and mental health and social relationships. The feelings of guilt and self – criticism, the extraverted hostility, the “psychastheneia”, the low rates of sense of coherence and the maladaptive defense style make new mothers more vulnerable to depression the first month after delivery.

The factors that were statistical significant by multiple regression analysis at 5th – 6th week postpartum were depressive symptomatology the first days after delivery, the adherence to follow-up by the obstetrician during pregnancy and the maladaptive defence style.

The factors that lead to the alteration of depressive symptomatology between the early and the latter postpartum period are poor relationship with the partner and the mother as well as the

existence of financial problems during the last 12 months before labour. Furthermore the way that new mothers evaluate quality of life in general and specifically their health as a whole, the mental health and the quality of life related to the environment, affects the exacerbation or the remission of psychopathology during the first weeks after delivery. Regarding personality traits we ascertain that new mothers who during stressful periods of life adopt styles like self criticism, acting out and extraverted hostility and those who present high levels of total hostility are in great risk of psychological distress as time goes by after delivery. In a similar way the defence personality style of the new mother affects the course of distress while the maladaptive style appears to correlate in a negative statistically significant way with the change in EPDS score during the two periods of our evaluation. Conversely women with adequate sense of coherence and Ego strength regarding its total dimension as well as partial parameters (physical ability and functioning, psychastheneia, reality testing, coping strategies, phobias) are being protected from depression during the first month after delivery.

Multiple regression analysis showed that the factors that are strongly related to the change in depressive symptomatology as time goes by are the maladaptive defence style and the existence of depressive symptomatology during the first days postpartum.

Finally in this study we ascertained that despite the fact that directly after labour many factors affect new mothers's mood, later in parenthood the role of the above factors is enfeebled and are replaced by others, more structural factors such as the defence style of the new mother and specifically the immature and maladaptive way of reacting in situations of conflict and stress.

Βιβλιογραφία



1. Abou-Salech MT, Ghubash R, Karim L, et al. Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*. (1998) 23: 465-475.
2. Abraham K. Notes on the psychoanalytical investigation and treatment of manic- depressive insanity and allied conditions. In *Selected Papers on Psychoanalysis* (ed. K. Abraham). pp. 137-147. London: Hogarth Press (1911)
3. Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. (1978) 87: 49-74
4. Adewuya AO, Fatoye FO, Ola BA, Ijaodola OR, et al. Sociodemographic and obstetric risk factors for postpartum depressive symptoms in Nigerian women. *J Psychiatr Pract*. (2005) 11(5): 353-8
5. Adewuya AO. Early postpartum mood as a risk factor for postnatal depression in Nigerian women. *Am J Psychiatry*. (2006) 163 (8):1435-7
6. Affonso DD, Horowitz JA, Mayberry LJ. An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *J Psychosom Res*. (2000) 49:207-16
7. Affonso DD, Arizmendi TG. Disturbance in postpartum adaptation and depressive symptomatology. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. (1986) 5: 15-32
8. Affonso DD, Lovett S, Paul S, et al. Dysphoric distress in childbearing women. *Journal of Perinatology*. (1992) 12 (4): 325-332
9. Agren H, Mefford IN, Rudorfer MV, et al. Interacting neurotransmitter systems: A non-experimental approach to the 5-HIAA-HVA correlation in human CSF. *J Psychiatr Res*. (1986) 20:175-193
10. Aigner M, Forster-Strefeur S, Prause W, et al. What does the WHOQOL-BREF measure? Measurement overlap between quality of life and depressive symptomatology in chronic somatomorf pain disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. (2006) 41(1):81-6
11. Ainsworth M, Llehr MC, Waters E, et al. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ (1978)
12. Adewuya AO. Early postpartum mood as a risk factor for postnatal depression in Nigerian women. *Am J Psychiatry*. (2006) 163 (8):1435-7
13. Akkerman K, Lewin TJ, Carr VJ. Long-term changes in defense style among patients recovering from major depression. *J Nerv Ment Dis*. (1999) 187:80-7
14. Anastasi A. (Eds): *Psychological Testing*, 4th Edition, Macmillan, N.Y. (1976)
15. Albucher RC, Abelson JL, Nesse RM. Defense mechanism changes in successfully treated patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. (1998) 155:558-9
16. Alder E, Bancroft J. The relationship between breastfeeding persistence, sexuality and mood in postpartum women. *Psychological Medicine*. (1988) 18: 389-396
17. Alvarez JC, Gluck N, Fallet A, et al. Plasma serotonin level after 1 day of fluoxetine treatment: a biological predictor for antidepressant response ? *Psychopharmacol*. (1999) 143:97-101
18. American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1st edn. Washington, DC: APA, (1952)
19. American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. Text rev. Washington, DC: APA, (2000)
20. Andrews-Fike C. A Review of Postpartum Depression. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. (1999) Feb 1(1):9-14

21. Andrusyna TP, Tang TZ, DeRubeis RJ, et al. The factor structure of the working alliance inventory in cognitive-behavioral therapy. *J Psychother Res Pract.* (2001) 10:173–8
22. Angelopoulos NV, Drosos AA, Moutsopoulos HM. Psychiatric symptoms associated with scleroderma. *Psychother Psychosom.* (2001) 70:145-50
23. Appleby L, Gregoire A, Platz C, et al. Screening women for high risk of postnatal depression. *J Psychosom Res.* (1994) 38(6): 539-45
24. Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB. Suicide and other causes of mortality after postpartum psychiatric admission. *Br J Psychiatry.* (1998) 173: 209–211
25. Appleby L, Warner R, Whitton A, et al. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counseling in the treatment of postnatal depression. *British Medical Journal.* (1997) 314: 932-936
26. Astbury J, Brown S, Lumley J, et al. Birth events, birth experiences and social differences in postnatal depression. *Australian Journal of Public Health.* (1994) 18 (2): 176-84
27. Austin MP, Tully L, Parker G. Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *J Affect Disord.* (2007) 101(1-3): 169-74
28. Aydin NI, Inandi T, Yigit A, et al. Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol.* (2004) 39:483-486
29. Ayers S. Assessing stress and coping in pregnancy and postpartum. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* (2001) 22(1):13-27
30. Bagedahl-Strindlund M. Children of mentally ill mothers: Mental development, somatic growth and social outcome. *Scand J Soc Med.* (1988) 16:121–7.
31. Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF. Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *Br J Psychiatry.* (1995) 166: 525-528
32. Ballinger CB, Kay DS, Naylor GJ, et al. Some biochemical findings during pregnancy and after delivery in relation to mood change. *Psychol Med.* (1982) 12: 549–556
33. Barnett B, Parker G. Possible determinants, correlates and consequences of high levels of anxiety in primiparous mothers. *Psychological Medicine.* (1986) 16: 1-9
34. Barron F. An ego strength scale which predicts response to psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology.* (1953) 17:327-333
35. Bartley M. Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Community Health.* (1994) 48:333-7
36. Bashiri N, AM Spielvogel. Postpartum Depression: A cross-cultural perspective. *PrimCare Update Ob/Gyns.* (1999) 6:82–87
37. Beck C. The effects of postpartum depression on maternal – infant interaction: a meta-analysis. *Nursing Research.* (1995a) 44: 298-304
38. Beck CT, Inman P. The Many Faces of Postpartum Depression. *Jognn clinical research.* (2005).
39. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research.* (2001) Sept/Oct. Vol 50, No 5: 275-285
40. Beck CT. Releasing the pause button: mothering twins during the first year of life. *Qualitat Health Res.* (2002) 12:593-608
41. Beck A, Rush A, Shaw B et al. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford (1979)

42. Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper & Row (1967)
43. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York. International Universities Press (1976)
44. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res.* (1996) 45:297-303
45. Beck C. Teetering on the edge: A substantive theory of postpartum depression. *Nursing Research.* (1993) 42(1): 42-48
46. Benedick V, Altshuler L, Strouse T, et al. Postpartum and nonpostpartum depression: Differences in presentation and response to pharmacologic treatment *Depression and Anxiety.* (2000) 14: 53-66.
47. Benedek TF. Sexual Functions in Women and their Disturbance. In: Ariety S (ed): *American Handbook of Psychiatry, Vol I: 727*, Basic Books, New York. (1959)
48. Benvenuti P, Ferrara M, Niccolai C, et al. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *J Affect Disord May.* (1999) 53(2):137-41
49. Bergant AM, Kirchler H, Heim K, et al. Childbirth as a biological model for stress? Associations with endocrine and obstetric factors. *Gynecol Obstet Invest.* (1998) 45:181-7
50. Berggren-Cline K. Out of the darkness and into the light: Women's experiences with depression after childbirth. *Canadian Journal of Community Mental Health.* (1998) 17: 103-120
51. Berke SE, Vangen S, Nordhagen R, et al. Postpartum depression among Pakistani women in Norway: prevalence and risk factors. *J Matern Fetal Neonatal Med.* (2008) 21(12):889-94
52. Berlanga C, Heinze G, Torres M, et al. Personality and clinical predictors of recurrence of depression. *Psychiatr Serv.* (1999) 50: 376-80
53. Berle J, Aarre TF, Mykletun A, et al. Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *J Affect Disord.* (2003) 76(1-3): 151-6
- 53a. Bernstein, Ira John Rush, Kimberly Youkers, et al. Symptom Features of postpartum depression: are they distinct? *Depression and Anxiety.* (2008) 25: 20-26
54. Bethea CL, Lu NZ, Gundlach C, et al. Diverse actions of ovarian steroids in the serotonin Neural system. *From Neuroendocrinol.* (2002) 23:41-100
55. Bianchi M, Moser C, Lazzarini C, et al. Forced swimming test and fluoxetine treatment : in vivo evidence that peripheral 5-HT in rat platelet-rich plasma mirrors cerebral extracellular 5-HT levels, whilst 5-HT in isolated platelets mirrors neuronal 5-HT changes. *Exp Brain Res.* (2002) 221: 1-12.
56. Bick DI, MacArthur C, Lancashire RJ. What influences the uptake and early cessation of breast feeding? *Midwifery.* (1998) 14:242-247
57. Biegon A, Bercovitz H, Samuel D. Serotonin receptor concentration during the estrous cycle of the rat. *Brain Res.* (1980) 187:221-225
58. Biegon A, McEwen BS. Modulation by estradiol of serotonin1 receptors in brain. *J Neurosci.* (1982) 2:199-205
59. Bifulco AB, Figueiredo N, Guedeney LL, et al. Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross – cultural study. *British Journal of Psychiatry.* (2004) 184 (suppl. 46): 31-37

60. Bifulco AT, Brown GW., Harria TO. Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression: a replication. *J. Affect Disord.* (1987) 12: 115–128
61. Bilszta JL, Gu YZ, Meyer D, et al. A geographic comparison of the prevalence and risk factors for postnatal depression in an Australian population. *Aust N Z J Public Health.* (2008) 32 (5): 424-30
62. Bilszta JL, Tang M, Meyer D, et al. Single motherhood versus poor partner relationship: outcomes for antenatal mental health. *Aust N Z J Psychiatry.* (2008) 42(1):56-65
63. Birtchnell J. Dependence and its relationship to depression. *British Journal of Medical Psychology.* (1984) 57: 215-225
64. Blaase H, Elklit A. Psychological characteristics of women with eating disorders: permanent or transient features? *Scand J Psychol.* (2001) 42:467–78
65. Blanchon YC., Bourgeois F., Grenier MP, et al. Neonatologie et depression maternelle dans le postpartum. Implications dans la prevention des distorsions interactionnelles precoces. *Pediatric.* (1989) 569-572
66. Bleuler. *Dementia praecox or the group of schizophrenia*, International universities press Inc. (1950)
67. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, et al. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *Gen Hosp Psychiatry.* (2006) 28 (1):1-2
68. Bloch M, Rotenbert N, Koren D, et al. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord.* (2005) 88 (1):9-18.
69. Bond M, Paris J, Zweig-Frank H. Defense styles and borderline personality disorder. *J Pers Disord.* (1994) 8:28–31
70. Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense style with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders. *Am J Psychiatry.* (2004) 161:1665–71
71. Bond M. An Empirical study of Defense Styles: The Defense Style Questionnaire. In Vaillant G.E. (ed.): *Ego Mechanisms of Defense: A guide for clinicians and researchers*. Washington D.C.: American Psychiatric Press. (1992)
72. Bond M. and Wesley S. *Manual for the Defense Style Questionnaire*. Scoring manual available from Dr. Bond. (1996)
73. Bond M, Vaillant GE. (ed.). *Empirical Studies of Ego Mechanisms of Defense*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press. (1986)
74. Bond MP, Gardner S, Christian J, et al. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry.* (1983) 40: 333–8
75. Borgeat F, David H, Saucier JF, et al. Perceptual defense and vulnerability to postpartum depression. *Acta Psychiatr Scand.* (1994) 90(6):455-8
76. Born L, Steiner M. Irritability: The forgotten dimension of female-specific mood disorders, *Archives of Women's Mental Health.* (1999) 2: 153-167
77. Bornstein J, Tal J, Rahn C, et al. Functional analysis of the contents of maternal speech to infants of 5 and 13 months in four cultures: Argentina, France, Japan and The United States. *Developmental Psychology.* (1992) 28 (4): 593– 603
78. Bosanac P, Buist A, Burrows G. Motherhood and schizophrenic illnesses: a review of the literature. *Aust N Z J Psychiatry.* (2003) 37(1):24-30
79. Boudou M, Teissedre F, Alburg V. et al. Association between the intensity of childbirth pain and the intensity of pospartum blues. *Encephale.* (2007) 33(5):805-10

80. Bowlby J. Attachment and Loss: Vol.1. Attachment. Hogarth Press, London (1969)
81. Boyce P, Hickey A. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol.* (2005) 40(8):605-12
82. Boyce P, Hickie I, Parker G. Parents, partners or personality? Risk factors for post-natal depression. *J Affect Disord.* (1991b) 21: 245-255
83. Boyce P, Parker G, Barnett B, et al. Personality as a vulnerability factor to depression. *Br J Psychiatry.* (1991a) 159: 106-114
84. Boyce P, Stubbs J, Todd A. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Australian sample. *Austr NZJ Psychiatry.* (1993) 27:472-476.
85. Boyce P.M. Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations. *Arch Womens Ment Health.* (2003) 6 [Suppl. 2]: s43-s50
86. Boyce P, Hickey A. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol.* (2005) 40: 605-612
87. Boyce PM, Todd AL. Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Med J Aust.* (1992) 157:172-4
88. Boyce PM, Hickey A, Gilchrist J, et al. The development of a brief personality scale to measure vulnerability to postnatal depression. *Arch Womens Ment Health.* (2001b) 147-153
89. Boyce P, Hadzi-Pavlovic D, Parker G, et al Depressive type and state effects on personality measures. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* (1990) 81: 197-200
90. Boyce P, Parker G. Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* (1989) 23: 341-351
91. Boyd R.C., Le H.N, Somberg. Review of screening instruments for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health.* (2005) 8:141-153
92. Bozoky I, Corwin EJ. Fatigue as a predictor of postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* (2002) 31(4): 436-43
93. Braverman J, Roux JF. Screening for the patient at risk for postpartum depression. *Obstetrics and Gynecology.* (1978) 52: 731-736
94. Bridge LR, Little BC, Hayworth J, et al. Psychometric ante-natal predictors of post-natal depressed mood. *J. Psychosom Res.* (1985) 29 (3): 325-331
95. Brockington IF, Cernik KF, Schofield EM, et al. Puerperal psychosis: phenomena and diagnosis. *Arch Gen Psychiat.* (1981a) 38: 829-833
96. Brockington IF, Winokur G, Dean C. (1982). Puerperal psychosis. In: Brockington IF, Kumar R, eds *Motherhood and mental illness* London: Academic Press. 37-69
97. Brown GW, Davidson S. Social class, psychiatric disorder of mother, and accidents to children. *Lancet.* (1978) 1: 378-81.
98. Brown GW, Harris T Social origins of depression: a study of psychiatric disorders in women. Tavistock, London. (1978)
99. Brown JD, Sutton KA. The thrill of victory, the complexity of defeat: Self-esteem and people's emotional reactions to success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology.* (1995) 68: 712-733
100. Brugha TS, Sharp HM, Cooper SA, et al. The Leicester 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychol Med.* (1998) 28:63-79

101. Brunell I, McCarthy M, Chamberlain GVP et al. Patient preference and postnatal hospital stay. *J Obstet Gynaecol.* (1982) 3:43-47
102. Buchi S, Sensky T, Allard S, et al. Sense of coherence-a protective factor for depression in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* (1998) 25:869-75.
103. Buckwalter JG, Stranczyk FZ, McCleary CA, et al. Pregnancy and postpartum and steroid hormones effects on cognition and mood. *Psychoneuroendocrinology.* (1999) 24:69-84.
104. Buist A. Childhood abuse, postpartum depression and parenting difficulties: a literature review of associations. [Review] *Aust N Z J Psychiatry.* (1998) 32: 370-378
105. Buist AE, Austin MP, Hayes BA, et al. Postnatal mental health of women giving birth in Australia 2002-2004: findings from the beyond blue National Depression Program. *Aust N Z J Psychiatry.* (2008) 42(1):66-73
106. Burt VK, Suri R, Altshuler L, et al. The use of psychotropic medications during breast – feeding. *Am J Psychiatry.* (2001) 158: 1001-1009
107. Caine T.M. Changes in symptom, attitude, and trait measures among chronic neurotics in a therapeutic community. In *Personality and Personal Illness*, Foulds G.A (ed.) Tavistock Press, London (1965)
108. Caine T.M., Fould G. A. and Hope K. *Manual of the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)*, University of London Press. (1967)
109. Callahan LF, Pincus T. The Sense of Coherence scale in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* (1995) 8:28-35.
110. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *J Ab Psychol.* (1991) 100: 594-599.
111. Campbell SB, Cohn JF. (1997) The timing and chronicity of postpartum depression: implications in infant development. In: Murray L, Cooper PJ, eds. *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford Press. 165-97
112. Carlsson M, Carlsson A. A regional study of sex differences in rat brain serotonin. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* (1988) 12:53– 61.
113. Carpinello B, Pariante CM, Serri F, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy. *Journal of Psychosomatic and Obstetric Gynaecology.* (1997)
114. Carroll BJ, Fielding JM, Blashki TG. Depression rating scales:a critical review.*Arch Gen Psychiatry.* (1973) 28 :361-366
115. Carty EM, Bradley CF. A randomized, controlled evaluation of early postpartum hospital discharge. *Birth.* (1990) 17:199-204
116. Carver CS, Gaines JG. Optimism, pessimism and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research.* (1987) 11: 449-462.
117. Castren E, Tuomisto J. Influence of the hormonal balance of late pregnancy on the active uptake of 5-hydroxytryptamine by human blood platelets. *Med Biol.* (1983) 61: 168-171.
118. CEMC (2004). *Why mothers die. (2000-2002).* In *The Sixth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom* (ed. G. Lewis and J. Drife). PCOG Press: London.
119. CEMC (2001). *Why mothers die. (1997-1999).* In *The fifth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom* (ed. G. Lewis and J. Drife). PCOG Press: London.

120. Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, et al. Prehension and treatment of post-partum depression: A controlled randomised study on women at risk. *Psychological Medicine*. (2002) 32:1039-1047
121. Chee CY, Lee DT, Chong YS, et al. Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: a transcultural study in Singapore. *J Affect Disord*. (2005) 89 (1-3):157-66
122. Chen CH. Association of work status and mental well-being in new mothers. *Kaohsiung J Med Sci*. (2001) 17(11):
123. Chen CH, Tseng YE, Chou FH, et al. Effects of support group intervention in postnatally distressed women: A controlled study in Taiwan. *Journal of Psychosomatic Research*. (2000) 49: 395-399
124. Chodo P. The depressive personality: a critical review. *Archives of General Psychiatry*. (1972) 27: 666-673
125. Chodoff P. The depressive personality: a critical review. *Archives of General Psychiatry*. (1972) 27: 666-673
126. Church N, Margaret L, Brechman – Tousaint D. Do dysfunctional cognitions mediate the relationship between risk factors and postnatal depression symptomatology. *Journal of Affective Disorders*. (2005) 87: 65-72
127. Cizza G, Gold PW, Chrousos GP. High dose transdermal estrogen, corticotrophin-releasing hormone, and postnatal depression. *JCE &M*. (1997) 82:704
128. Clark R, Tluczek A, Wenzel A. Psychotherapy for postpartum depression: A preliminary report. *American Journal of Orthopsychiatry*. (2003) 73: 441-454
129. Clemmens D, Driscoll JW, Beck CT. Postpartum depression as profiled through the Postpartum Depression Screening Scale, *MCN: the american Journal of Maternal Child Nursing*. (2004) 29: 180-185
130. Cogill SR, Caplan HL, Robson K, et al. Impact of maternal postpartum depression on cognitive development of young children. *BMJ*. (1986) 292:1165–7
131. Cohen LS, Viguera AC, Bouffard SM, et al. Venlafaxine in the treatment of postpartum depression. *J Clin Psychiatry*. (2001) 62:592-596.
132. Cohn JF, Campbell SB, Matias R, et al. Face-to face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother–infant pairs at 2 months. *Dev Psychol*. (1990) 26 (1): 15–23
133. Cohn JF, Matias R, Tronick EZ, et al. Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. In: Tronick, E.Z., Field, T. (Eds.), *Maternal Depression and Infant Disturbance*. Jossey-Bass, San Francisco, (1986) pp: 31–44
134. Collins NL, Dunkel – Schetter C, Lobel M, et al. Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol*. (1993) 65: 1243-1258
135. Condon J, Watson T. The maternity blues: exploration of a psychological hypothesis. *Acta Psychiatr Scand*. (1987) 76: 164-171
135. Conolly J. Description and treatment of puerperal insanity. *Lancet*. (1946) 1: 349-354
136. Cookson JC. The neuroendocrinology of mania. *J Affect Disord*. (1985) 8:233–241.
137. Cooper C, Jones L, Dunn E, et al. Clinical presentation of postnatal and non-postnatal depressive episodes. *Psychological Medicine*. (2007) 37: 1273-1280.
138. Cooper PJ, Cambell EA, Day A et al. Nonpsychotic psychiatric disorder after childbirth. *Br J Psychiatry*. (1988) 152: 799-806.

139. Cooper PJ, Murray L. The development and validation of of predictive index for postpartum depression. *Psychol Med.* (1996) 26:627-34
140. Cooper PJ, Murray L, Hooper R, et al. The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychological Medicine.* (1996) 26:627-634
141. Cooper PJ, Murray L, Stein A. Psychosocial factors associated with the early termination of breast-feeding. *J Psychosom Res.* (1993) 37:171-176
142. Cooper PJ, Murray L. Postnatal Depression. *BMJ.* (1998) 316:1884-6
143. Cooper PJ, Murray L. The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. In: Murray L, Cooper PJ, eds. *Postpartum depression and child development.* New York: Guilford. (1997)
144. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression: evidence of the specificity of the diagnostic concept. *Br. J Psychiatry.* (1995) 166: 191-195
145. Cooper PJ., Murray L, Wilson A, et al. Controlled trial of the short –and long term effect of psychological treatment of post-partum depression. *British Journal of Psychiatry.* (2003) 182: 412-419
146. Coppen A, Metcalf M. Effect of a depressive illness on M.P.I, scores. *British Journal of Psychiatry.* (1965) 111: 236-239.
147. Corwin EJ, Brownstead J, Barton N, et al. The impact of fatigue on the development of postpartum depression. *J Obstet Gynedcol Neonatal Nurs.* (2005) 34(5):557-86
148. Cox J, Connor Y, Kendell RE. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *Br J Psychiatry.* (1982) 140: 111-117
149. Cox JL, Holden JM. Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* (1987) 150: 782-786
150. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of onset, duration and prevalence of Postpartum Depression. *Br J Psychiatry.* (1993) 163: 27-31
151. Cox J, Holden J. Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. (1994)
152. Coyne JC, Gotlib IH. The role of cognitions in depression: a critical appraisal. *Psychol Bull.* (1983) 94: 472-505
153. Crockenberg S, Leerkes E. Parental acceptance, postpartum depression and maternal sensitivity: mediating and moderating processes. *J Fam Psychol.* (2003) 17: 80-93
154. Cutrona CE. Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development.* (1986) 57: 1507-1518
155. Cutrona CE. Causal attributions and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology.* (1983) 92: 161-172
156. Da Costa D, Larouch J, Dritsa M, et al. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders.* (2000) 59: 31-40.
157. Da Prada M, Cesura AM, Launay JM, et al. Platelets as models for neurons? *Experiential.* (1988) 44: 115-26.
158. Dalton K. *Depression after delivery* (3rd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press. (1996)
159. Dalton K. Progesterone prophylaxis used successfully in postnatal depression. *Practitioner.* (1985) 229:507-8.
160. Dalton K, Herxheimer A. Treatment of postnatal depression: Additional information would enhance value of study. *BMJ* (1997) 315:122.

161. Dalton K. Prospective study into puerperal depression. *Br J Psychiatry*. (1971) 118: 689–692.
162. Danaci AE, Dinc Gk, Deveci A, et al. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. (2002) Mar 37(3):125-9
163. Davey HL, Tough SC, Adair CE, et al. Risk factors for Sub-Clinical and Major Postpartum Depression Among a Community Cohort of Canadian Women. *Matern Child Health J*. (2008)
164. Davidson J. Post-partum mood change in Jamaican women: a description and discussion on its significance. *Br J Psychiatry*. (1972) 121: 659-663
165. Davidson J, Robertson E. A follow-up study of postpartum illness, 1946–78. *Acta Psychiatr Scand*. (1985) 7: 451–457.
166. Davis DW, Logsdon MC, Birkner JC. Types of support expected and received by mothers after their infants discharge from the NICU. *Issues Compr Pediatr Nurs*. (1996) 19:263-273
167. De Tyche C, Briancon S, Lighezzolo J, et al. Quality of life, postnatal depression and baby gender. *J Clin Nurs*. (2008) 17(3):312-22
168. Dean C, Kendel RE. The symptomatology of puerperal illnesses. *Br J Psychiat*. (1981) 139: 128-133
169. Dean C, Williams RJ, Brockington IF. Is puerperal psychosis the same as bipolar manic-depressive disorder? A family study. *Psychol Med*. (1989) 19:637– 647
170. Demyttenaere K, Lenaert H, Nijs P, et al. Individual coping style and psychological attitude during pregnancy predict depression levels during pregnancy and during postpartum. *Acta Psychiatr Scand*. (1995) 91: 95-102
171. Dennis CL, Ross L. Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth*. (2005) 32(3):187-93
172. Dennis C. The effect of peer support on postpartum depression: A pilot randomized controlled trial. *Canadian Journal of Psychiatry*. (2003) 48 (92): 115-124
173. Dennis CL. Psychosocial and psychological interventions of prevention of postnatal depression: Systematic review. *British Medical Journal*. (2005) 331 (15): 1-8
- 173a. Dethieux JB, Abadie I, Grandjean H, et al. Narcissistic crisis and prediction of post-partum depression: validation of a self-report questionnaire. *Unite de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU de Toulouse, hopital de La Grave. Encephale*. (2000) 26(3): 44-52
174. Deutch H. *The Psychology of Women*, Grune and Stratton (ED), New York. (1945)
175. Devens M, Erikson MT. The relationship between defense styles and personality disorders. *J Pers Disord*. (1998) 12:86
176. Di Paolo T, Payet P, Labrie F. Effect of chronic oestradiol and haloperidol treatment on striatal dopamine receptors. *European Journal of Pharmacology*. (1981) 73:105–106
177. Di Paolo T. Modulation of brain dopamine transmission by sex steroids. *Review of Neuroscience*. (1994) 5:27–41
178. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington DC, Am Psychiatric Association. (1994): 327
179. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 1th ed. Washington DC, Am Psychiatric Association. (1994): 327

- 179a. Dimitrovsky L, Lev S, Itskowitz R. Relationship of maternal and general self-acceptance to pre- and postpartum affective experience. Department of Psychology, Bar-Ilan University, Israel. *J Psychol.* (1998) 132(5): 507-16
180. Drosos AA, Angelopoulos NV, Liakos A, et al. Personality structure disturbances and psychiatric manifestations in primary Sjogren's syndrome. *J Autoimmun.* (1989) Aug 2(4):489-93
181. Drozdov AZ, Kogan BM. Serotonin content in platelets and in blood plasma in the dynamics of alcohol delirium development. *Eur Psychiatry.* (1998) 13:233-239
182. Du Bois A, Schafer CA, Vach W, et al. Effect of pregnancy and labor on serotonin metabolism. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* (1995) 55:500-504
183. Eberhard-Gran M, Tombs K, Opjordsmoen S, et al. A comparison of anxiety and depressive symptomatology in postpartum and non-postpartum mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* (2003) 38: 551-556
184. Eberhard-Gran M, A.Eskild, K.Tambs, et al. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr. Scand.* (2002) 106: 426-433.
185. Erdogan S. Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: the risk profile of a community sample. *Public Health Nurs.* (2007) 24(2):176-83
186. Eriksson M, Lindstrom B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Research report* (2005)
187. Evans J, Heron J, Francomb H, et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Br Med J.* (2001) 257-260
188. Evins GG, JP Theofrastous. Postpartum Depression: a review of postpartum screening. *Prim Care Update. Ob/Gyns.* (1997) 4: 241-246
189. Eysenck H, Eysenck MW. Personality and individual differences: A natural science approach. *Perspectives on individual differences.* Plenum Press. (1985)
190. Eysenck HJ, Eysenck SPB. Recent advances in the cross-cultural study of personality. In: Butcher JN, Spielberger CD, eds. *Advances in personality assessment.* Vol. 2. Hillsdale, NJ: Erlbaum (1993)
191. Faisal Cury A, Tedesco JJA, Kahhale S, et al. Postpartum depression in relation to life events and patterns of coins. *Arth Womens Ment Health.* (2004) 7: 123-131
192. Falret JP. Sur la folie circulaire. *Bulletin de l'Academie Nationale de Medicine.* (1954) 19: 382-400
193. Fatoye FO, Oladimeji BY, Adeyemi AB. Difficult delivery and some selected factors as predictors of early postpartum psychological symptoms among Nigerian women. *J Psychosom Res.* (2006) 60(3):229-301
194. Feeney J, Alexander R, Noller P, et al. Attachment insecurity, depression, and the transition to parenthood. *J Pers Relatsh.* (2003) 10:475-493
195. Feeney J. Adult attachment, emotional control and marital satisfaction. *Pers Relatsh.* (1999) 6: 169-185
196. Fergus EL, Schmidh J, Pickens J. Touch during mother- infant interactions: the effects of parenting stress, depression and anxiety. Poster presented at the meeting of the International Society of Infant Studies, Atlanta, April (1998)
197. Field T, Healy B, Goldstein S, et al. Behavior state matching and synchrony in mother-

- infant interactions of non-depressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*. (1990) 26, 7– 14
198. Field T, Healy B, Goldstein S, et al. Infants of depressed mothers show ‘depressed’ behavior even with non depressed adults. *Child Dev.* (1988) 59:1569–1579
 199. Fink G, Sumner BEH, Rosie R, et al. Estrogen control of central neurotransmission: Effect on mood, mental state, and memory. *Cell Mol Neurobiol.* (1996) 16: 325–344
 200. Fisher JR, Hammarberg K, Baker HW. Assisted conception is a risk factor for postnatal mood disturbance and early parenting difficulties. *Fertil Sterol.* (2005) 84(2):426-30
 201. Fludder JM, Tonge SR. Variations in the concentrations of monoamines and their metabolites in eight regions of rat brain during the oestrus cycle: A basis for interactions between hormones and psychotropic drugs. *J Pharm Pharmacol.* (1975) 27:39P.
 202. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol.* (1984) 46 (4): 839-852
 203. Folkman S, Lazarus RS, et al. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol.* (1986) 50: 992-1103
 - 203a. Fontaine KR, Lindsay CJ. Self-esteem, Optimism, and Postpartum Depression. *Journal of Clinical Psychology.* (1997) Vol. 53 (1): 59-63
 204. Forman DN, Videbech P, Hedegaard M, et al. Postpartum depression: identification of women at risk. *Br J Obstet Gynaecol.* (2000) 107: 1210-7
 205. Forty L, Jones L, Magegregor S, et al. Familiality of postpartum depression in unipolar disorder: results of a family study. *American Journal of Psychiatry.* (2006) 163: 1549-155
 206. Ferrani P, Botbol M, Sibertin-Blanc D, et al. Etude epidemiologique sur la depression maternelle comme facteur de risque dans la survenue d’ une psychos infantile precoce. *Psychiatr. Enfant.* (1991) XXXIV (1): 35-97
 207. Fossy L, Papiernik E, Bydlowski M. Postpartum blues: a clinical syndrome and predictor of postnatal depression. *J Psychosom Obstet Gynecol.* (1997) 18: 17-21
 208. Foulds GA. Neurosis and characker disorder in hospital and in prison. *Br J Crim.* (1968) 8: 46-51
 209. Fountoulakis KN, Iacovides A, Kleanthous S, et al. Reliability, Validity and Psychometric Properties of the Greek Translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale. *BMC Psychiatry.* (2001)
 210. Fowles ER. The relationship between maternal role attainment and postpartum depression. *Health Care for Women International.* (1998) 19: 83-94
 211. Freeman MP, Hibbeln JR, Wisner KL, et al. Randomized dose-ranging pilot trial of omega-3 fatty acids for postpartum depression. *Acta Psychiatr Scand.* (2006) 113: 31-35
 212. Garcia-Estevé L, Navarro P, Ascaso c, et al. Family caregiver role and premenstrual syndrome as associated factors for postnatal depression. *Arch Womens Ment Health.* (2008) 11(3):193-200
 213. Gard PR, Handley SL, Parsond AD, et al. A multivariate investigation of postpartum mood disturbance. *Br J Psychiatry.* (1986) 148:567-5
 214. Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, et al. Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand.* (1991) 84:371-8
 215. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al. Perinatal depression: A systematic review of preva-

- lence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*. (2005) 106: 1071-1083
216. Gelder Michael (Editor), et al. *New Oxford Textbook of Psychiatry* Oxford University Press November (2000)
217. Gemmill AW, Brooks J, Ellwood D, Milgrom J. Postnatal mental health of women giving birth in Australia 2002-2004: findings from the beyondblue National Depression Program. *Aust N Z J Psychiatry*. (2008) 42(1): 66-73
218. Gennaro S. Postpartum anxiety and depression in mothers of term and preterm infants. *Nurs Re*. (1988) 37:82-85
- 218a. George A, Wilson K. Monoamine oxidase activity and the puerperal blues syndrome. *J Psychosom Res*. (1981) 25: 409-413.
219. Gerda JM, Verkerk J, Denollet GL, et al. Personality Factors as Determinants of Depression in Postpartum Women: A Prospective 1-Year Follow-up Study. *Psychosomatic Medic*. (2005) 67: 632-637
220. Ghubash R, Abou Saleh MT, Daradkeh TK. The validity of the Arabic Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. (1997) 132:474-6
221. Ghubash R, Abou-Saleh MT. Postpartum psychiatric illness in Arab culture: prevalence and psychosocial correlates *Br J Psychiatry*. (1997) 171: 65-68
222. Ghubash RI, Abou-Saleh MT, Daradkeh TK. The validity of the Arabic Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. (1997) 32: 474-476
223. Ginieri-Coccossis M, Triantafyllou E, Antonopoulou V, et al. Translation and cross-cultural adaptation of WHOQOL-100 in Greece. *Psychiatry Today*. (2001) 32
224. Ginieri-Coccossis M, Triantafyllou E, Antonopoulou V, et al. Quality of life in relation to Whoqol 100 questionnaire Εγχειρίδιο ποιότητας ζωής με άξονα το ερωτηματολόγιο Whoqol-100 (in Greek). Athens: Beta Medical Arts. (2001)
225. Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, et al. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect. Disord*. (1998) 49: 59-72
226. Glover V, Liddle P, Taylor A et al. Mild hypomania (the highs) can be a feature of the first postpartum week. Association with later depression. *Br J Psychiatry*. (1994) 164: 517-521
227. Goldberg DP, Hillier VF. A scale version of the general questionnaire. *Psychol Med*. (1979) 9:139-45
228. Goldberg LR. The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*. (1993) 48: 26-34
229. Goldstein JM. Gender differences in the course of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. (1988) 145:684-689
230. Goleman D. *Emotional Intelligence*. New York: Bantam. (1997)
231. Goodman JH. Postpartum Depression Beyond the Early Postpartum Period. *Jognn In. Review* (2003)
232. Gotlib IH, Mount JH, Wallace PM, et al. Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*. (1991) 100: 122-132
233. Gotlib I, Whiffen V, Mount J, Milne K, et al. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol*. (1989) 57 (2): 269-274

234. Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM, et al. Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *J Abnorm Psychol* (1991) 100 (2): 122-132
235. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, et al. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol*. (1989) 57:269-274
- 235a. Gottvall K, Waldenstrom U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. (2002) 109: 254-260
236. Goyal D, Gay CL, Lee KA. Patterns of sleep disruption and depressive symptoms in new mothers. *J Perinatal Neonatal Nurs*. (2007) 21(2): 123-9
237. Grant KA, McMahon C, Austin MP. Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *J Affect Disord*. (2008) 108(1-2): 101-11.
238. Grazioli R, Terry JD. The role of cognitive vulnerability and stress in the prediction of postpartum depressive symptomatology. *British Journal of Clinical Psychology*. (2000) 39: 329-347
239. Green K, Broome H, Mirabella J. Postnatal depression among mothers in the united Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. *Psychol health Med*. (2006) 11(4):425-31
240. Gregoire AJP, Kumar R, Everitt B, et al. Transversal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet*. (1996) 347:930-3.
241. Gulseren L, Erol A, Gulseren S, et al. From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. *J Repro Med*. (2000) 51 (12): 955-60
242. Gurel S, Gurel H. The evaluation of determinants of early postpartum low mood: the importance of parity and inter-pregnancy interval. *Eur J Obstet Gynecol Repro Biol*. (2000) 91:21-4
243. Halberstadt-Freud HC. Postpartum depression and the illusion of symbiosis *Psyche* (Stuttg) (1993) 47(11): 1041-62
244. Halbreich U. The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions – The need for interdisciplinary integration. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. (2005) 193: 1312-22
245. Haleem DJ, Kennett GA, Curzon G. Hippocampal 5-hydroxy-tryptamine synthesis is greater in female rats than in males and more decreased by the 5-HT_{1A} agonist 8-OH-DPAT. *J Neural Transm Gen Sect*. (1990) 79: 93–101
246. Hall LA, Kotch JB, Browne D, et al. Self-esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. *Nursing Research*. (1996) 45: 231-238
247. Halsam DM, Pakenham KI, Smith A. Social support and postpartum depressive symptomatology. The mediating role of maternal self-efficacy. *Infantile Mental Health J*. (2006) 27(3): 276-291
- 247a. Hamilton J. (1962) The transitory syndrome. In: *Postpartum psychiatric problems*. CV. Mosby, St Luis, pp 107-111.
248. Handley S, Dunn T, Waldron G, et al. Tryptophan, cortisol and puerperal mood. *Br J Psychiatry*. (1980) 136: 498-508
249. Handley SL, Dunn TL, Baker JM, et al. Mood changes in puerperium, and plasma tryptophan and cortisol concentrations. *Br Med J*. (1977) 2: 18-20

250. Hannah P, Adams D, Glover V, et al. Abnormal platelet 5-hydroxytryptamine uptake and imipramine binding in postnatal dysphoria. *J Psychiatr Res.* (1992) 26:69-75
251. Hannah P, Adams D, Lee A, et al. Links between early postpartum mood and post-natal depression. *Br J Psychiatry.* (1992) 160:777-780
252. Harding JJ. Postpartum psychiatric disorders: a review. *Comprehensive Psychiatry* (1989) 30: 109-112
253. Harper A, Power M. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med.* 1998 28(3):551-8
254. Harris B. Maternity blues. *Br J Psychiatry.* (1980a) 136: 520-521
255. Harris B, John S, Fung H, et al. The hormonal environment of post-natal depression. *Br J Psychiatry.* (1989) 154:660-667
256. Harris B, Oretti R, Lazarus J, et al. Randomised trial of thyroxine to prevent postnatal depression in thyroid-antibody-positive women, *Br J Psychiatry.* (2002) 180: 327-330
257. Harris B. Postpartum depression and thyroid antibody status. *Thyroid.* (1999) 9:699-703
258. Harris B. A hormonal component to postnatal depression. *Br J Psychiatry.* (1998) 163:403-5
- 258a. Harwood KN, McLean, Durkin K. First-Time Mothers' Expectations of Parenthood: What Happens When Optimistic Expectations Are Not Matched by Later Experiences? *Developmental Psychology.* (2007) Vol. 43, No 1: 1-12
259. Haworth J, Little BC, Carter SB, et al. predictive study of post-partum depression: some predisposing characteristics. *Br J Med Psychol* (1980) 53: 161-7
260. Hayes S, Muzik M, Glatigny-Dallay E, et al. Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross – cultural study. *British Journal of Psychiatry.* (2004) 184, (suppl. 46): 31-37
261. Hayworth J, Little BC, Bonham Carter S, et al. A predictive study of postpartum depression: some predisposing characteristics. *Br J. Med Psychol.* (1980) 53: 161-167
262. Heinicke C, Guthrie D. Prebirth marital interactions and postbirth marital development. *Infant Mental Health Journal.* (1996) 17, 2: 140-151
263. Hemphill RE. The incidence and nature of puerperal mental illness. *British Medical Journal.* (1952) ii: 1232.
264. Henderson JJ, Evans SF, Straton JAY, et al. Impact of Postnatal Depression on Breastfeeding Duration Birth. (2003) 30:3 September 175-180
265. Hendrick V, Altshuler L, Suri R. Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics.* (1998) 39: 93-101
266. Hendrick v, Altshuler L, Strouse T, et al. Postpartum and Nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depression and Anxiety.* (2000) 11: 66-72
267. Henshaw C, Foreman D, Cox J. Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* (2004) 25 (3-4): 267-72
268. Henshaw. Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Arch Womens Ment Health.* (2003) 6 (suppl. 2): 33-42
269. Herrera E, Reissland N, Shepherd J. Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the postnatal period. *Journal of Affective Disorders.* (2004) 81: 29-39

270. Hersoug AG, Sexton HC, Hoglend P. Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *Am J Psychother.* (2002) 56:539–54
271. Hertenstein MJ. Touch: its communicative functions in infancy. *Human Development.* (2000) 45 (2): 70– 94
272. Hertzberg T, Wahlbeck K. The impact of pregnancy and puerperium on panic disorder: a review. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* (1999) 20: 59-64
273. Hiltunen P, Raudaskoski T, Ebeling H, et al. Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression. *Acta Obstet Gynecol Scand.* (2004) 83(3):257-61
274. Hindberg I, Naesh O. Serotonin concentrations in plasma and variations during the menstrual cycle. *Clin Chem.* (1992) 38: 2087-2089
275. Hirschfeld RM, Klerman GL, Lavori P, et al. Premorbid personality assessments of first onset of major depression. *Arch Gen Psychiatry.* (1989) 46:345-50
276. Hiscock H, Wake M. Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study. *Pediatrics.* (2001) 107(6): 1317-22
277. Hirschfeld RMA, Klerman GL, Korchin S, et al. Dependency-self-esteem-clinical depression. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis.* (1976) 4: 373-388
278. Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, et al. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of Consulting and Clinical Psycholog.* (1995) 63 (3): 445-453
279. Ho-Hen SD, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, et al. Factors associated with depressive symptoms among postnatal women in Nepal. *Acta Obstet Gynecol Scand.* (2007) 86(3): 291-7
280. Hohlagschwandmer M, Husslein P, Kiier C, et al. Correlation between serum testosterone levels and peripartal mood states. *Acta Obstet Gynecol Scand.* (2001) 80:326-330
281. Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *BMJ.* (1989) 298:223-6
282. Hollo SD Does cognitive therapy have an enduring effect? *Cogn Ther Res.* (2003) 27: 71-75
283. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res.* (1967) 11:213-8
284. Holsboer F, Barden N. Antidepressants and HPA regulation. *Endocrinol Rev.* (1996) 17: 187-203
285. Holsboer F. The corticosteroid receptor hypothesis of Depression. *Neuropsychopharmacology* (2000) 23: 478-501
286. Honey KL, Bennett P, Morgan M. A brief psycho-educational group intervention for postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology.* (2002) 41: 405-409
287. Hope K. The structure of hostility among normal and neurotic persons. Unpublished PhD. Thesis. University of London Library (1963)
288. Hopkins J, Campbell SB, Marcus M. Role of infant related stressors in postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology.* (1987) 96: 237-241
289. Hopkins J, Marcus M, Campbell SB. Postpartum depression: a critical review. *Psychological Bulletin.* (1984) 95: 498-515
290. Horowitz JA, Goodman JH. Identifying and treating Postpartum Depression *Jognn Clinical Issues.* (2004)

291. Horowitz JA, Goodman JH. The longitudinal course of postpartum depression. *Research and Theory for Nursing Practice* (2004)
292. Horowitz JA, Amato EG, Duffy ME, Solon L. The relationship of maternal attributes, resources, and perceptions of postpartum experiences to depression. *Research in Nursing & Health*. (2005) 28: 159-171
293. Hudson DB, Elek SM, Campbell SB, et al. Depression, self-esteem, loneliness, and social support among adolescent mothers participating in the new parents project. *Adolescence*. (2000) 35: 445-453
294. Hughes PM, Turton P, Evans CD. Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *BMJ* (1999) 4: 1497-8
295. Hunt N, Silverstone T. Does puerperal illness distinguish a subgroup of bipolar patients? *J Affect Disord*. (1995) 34: 101-107
296. Hyphantis T, Kaltsouda A, Triantafyllidis JK, et al. Personality correlates of adherence to type 2 diabetes regimens. *Int J Psychiatry Med*. (2005) 35(1):103-7
297. Hyphantis T, Tsifetaki N, Pappa C, et al. Clinical features and personality traits associated with psychological distress in systemic sclerosis patients. *Journal of Psychosomatic Research*. (2007) 62(1): 47-56
298. Hyphantis T, Christou K, Kontoudaki S, et al. Disability status, Disease parameters, Defense styles, and ego strength associated with psychiatric complications of multiple sclerosis. *J. Psychiatry in medicine*. (2008) Vol. 38(3): 307-327
299. Hyphantis T, Tsifetaki N, Siafaka V, et al. The Impact of Psychological Functioning upon Systemic Sclerosis Patients' Quality of Life. *J Psychiatry in medicine*. (2008) Vol. 38 (3): 307-327
300. Hyphantis TN, Triantafyllidis JK, Pappa S, et al. Defense mechanisms in inflammatory bowel disease. *Journal of Gastroenterology*. (2005) 40:24-30
301. Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assecc*. (2007) (153):1-186
302. Jackson IM. The thyroid axis and depression. *Thyroid*. (1998) 8:951-956.
303. James ML, Hudson CN, Gebiski VJ et al. An evaluation of planned early postnatal transfer home with nursing support. *Med J Aust*. (1987) 167:244-247
304. Jarbri R, Pelta J, Maron M, et al. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disord*. (2006) 93 (1-3): 169-76
305. Joffe H, LS Cohen. Estrogen, Serotonin, and Mood Disturbance: Where Is the Therapeutic Bridge? *Biol Psychiatry*. (1998) 44:798 -811
306. Johnson JG, Bornstein RF, Krukonis AB. Defense styles as predictors of personality disorder symptomatology. *J Pers Disord*. (1992) 6:408-16
307. Johnson R, Chapman G, Murray D, et al. The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy – associated depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. (2000) 21(2): 93-7
308. Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, et al. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psychiatry*. (2001) 35(1):69-74
309. Jones I, Craddock N. Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. *American Journal of Psychiatry*. (2001) 158: 913-917

310. Jones I, Craddock N. Do puerperal psychotic episodes identify a more familial subtype of bipolar disorder? Results of a family history study. *Psychiatric Genetics*. (2002) 12: 177-180
311. Jones I, Craddock N. Bipolar disorder and childbirth the importance of recognising risk. *British Journal of Psychiatry*. (2005) 186: 453-454
312. Josefsson A, Angelsioo L, Berg G, et al. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol*. (2002) 99: 223-8
313. Josefsson A, Berg G, Nordin C, et al. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta obstet Gynecol Scand*. (2001) 80: 251-255
314. Josefsson A, Lisbeth A, Goran B, et al. Obstetric, somatic and demographic risk factors for Postpartum depressive symptoms. *The American college of Obstetricians and Gynecologists*. (2002) Vol. 99, No 2
315. Kaplan H, B Sadock. *Synopsis of Psychiatry*, Williams & Wilkins, Baltimore (1988)
316. Karalis I, Langius A, Tsirogianni M, et al. The translation-validation of the sense of coherence scale into Greek and its use in primary health care (In Greek with English abstract)
Η μετάφραση -στάθμιση της κλίμακας «αίσθηση συνεκτικότητας» (sense of coherence) στην Ελλάδα και η χρήση της στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας .
317. Karuppaswamy J, Vlies R. The benefit of oestrogens and progestogen in postnatal depression. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. (2003) Vol. 23, No 4: 341-346
318. Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? *Curr Opin Psychiatry*. (1997) 10:337-45
319. Kauppi A, Kumpulainen K, Vanamo T, et al. Maternal depression and filicide-case study of ten mothers. *Arch womens ment healt*. (2008) 11(3): 201-6
320. Keenan P, Yaldoo D, Stress M, Fuerst D, et al. Explicit memory in pregnant women. *Am J Obstet Gynecol*. (1998) 170:731-737.
322. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, et al. A comparison of Nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med*. (2000) 342: 1462-1470
323. Kendall-Tackett K. A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. *Int Breastfeed J*. (2007) 30: 2-6
324. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry*. (1987) 150:662– 673.
325. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychosis. *Br J Psychiatry*. (1987) 150: 662–673
326. Kendell RE, DiSciPIO WJ. Eysenck Personality Inventory scores of patients with depressive illness. *British Journal of Psychiatry*. (1968) 114: 767-770
327. Kennerley H, Gath D. Maternity blues I: detection and measurement by questionnaire. *Br J Psychiatry*. (1989a) 155: 356-362
328. Kennerley H, Gath D. Maternity blues III: associations with obstetric, psychological and psychiatric factors. *Br J Psychiatry*. (1989b) 155: 367-373
329. Kessler C. Postpartum adjustment in Latina mothers with very low birth weigh infants: relations between well-being, sex rates, and acculturation (dissertation). Los Angeles, CA: California School of Professional Psychology (1997)

330. Kevin RF, Lindsay CJ. Self-esteem, Optimism, and Postpartum Depression. *Journal of Clinical Psychology*. (1997) Vol. 53 (1), 59-63
331. Kim YK, Hur JW, Kim KH, et al. Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: a prospective study. *Psychiatry Clin Neurosci*. (2008) 62 (3): 331-40
332. Kipper L, Blaya C, Teruchkin B, et al. Brazilian patients with panic disorder: the use of defense mechanisms and their association with severity. *J Nerv Ment Dis*. (2004) 192:1-7
333. Klier CM, Muzik M, Rosenblum KL, et al. Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. (2001) 10: 124-131
334. KleinHG DN, Depue RA. Obsessional personality traits and risk for bipolar affective disorder: an offspring study. *Journal of Abnormal Psychology*. (1985) 94: 291-297
335. Knight RG, Thirkettle J. The relationship between expectations of pregnancy and birth, and transient depression in the immediate post-partum period. *J Psychosom Res*. (1987) 31:351-357
336. Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, et al. Are the interpersonal and identity disturbances in the borderline personality disorder criteria linked to the traits of affective instability and impulsivity. *J Pers Disord*. (2001) 15:358-70
337. Koo V, Lynch J, Cooper S. Risk of postnatal depression after emergency delivery. *J Obstet Gynaecol Res*. (2003) 29(4): 246-50
338. Kraepelin E. *Dementia Praecox and Paraphrenia* (1919). Trans. Barclay RM, trans, Robertson GM, ed. New York, NY: Robert E. Krieger (1971)
339. Kuevi C, Causon R, Dixon AE, et al. Plasma amine and hormone changes in "post-partum blues". *Clin Endocrinol (Oxf)*. (1983) 19:39-46.
340. Kulkarni J, de Castella A, Smith D, et al. A clinical trial of the effects of oestrogen in acutely psychotic women. *Schizophrenia Research*. (1996) 20:247-252
341. Kulkarni J, Riedel A, de Castella A, et al. Oestrogen – a potential treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Research*. (2001) 48:137-144
342. Kumar R, Marks M, Platz C, Yoshida K. Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions. *Journal of Affective Disorders*. (1995) 33:11-22
343. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry*. (1984) 144:35-47
344. Kuscü MK, Akman I, Karabekiroğlu A, et al. Early adverse emotional response to childbirth in Turkey: The impact of maternal attachment styles and family support. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. (2008) 29 (1): 33-38
345. Kyoon L, Gunderson JG, Phillips KA. Personality dimensions associated with depressive personality disorder. *J Pers Disord*. (1998) 12:46-55
346. Lai Jiun-Yang, Hyang Tiao-Lai. Catatonic features noted in patients with post-partum mental illness *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. (2004) 58: 157-162
347. Lane A, Neville R, Morris M, et al. Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. *Br J Psychiatry*. (1997) 171:550-5
348. Lawrie TA, Herxheimer A, Dalton K. Oestrogens and progestogens for preventing and treating postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. (2000)

349. Lawrie TA, Hofmeyr GJ, De-Jager M, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a cohort of South African women. *South African Medical Journal*. (1998) 88: 1340-1344.
350. Lee DT, Yip AS, Leung TY, et al. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J*. (2000) 6(4): 349-54.
351. Lee DTS, Yip ASK, Chiu HFK, et al. Detecting postnatal depression in Chinese women: Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. (1998) 172: 433-437
352. Lee RE. Women look at their experience of pregnancy. *Inf. Ment. Health J*. (1995) 16 (3): 192-205.
353. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*. (2008) 168:24
354. Leonard L. Depression and anxiety disorders during multiple pregnancy and parenthood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. (1998) 27:329-337
355. Leonardou AA, Zervas YM, Papageorgiou C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and prevalence of postnatal depression at two months postpartum in a sample of Greek mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. (2008) 1-12
356. Liabsuetrakul T, Vittayanont A, Pitanupong J. Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum of screening postpartum depression in thai women. *J Obstet Gynaecol Res*. (2007) 33(3): 333-40.
357. Lin X, Hu J. Defense mechanisms and related factors in patients with social phobia. *Chinese Ment Health J*. (2002) 16:191-3.
358. Lobel M, Deluca RS. Psychosocial sequel of cesarean delivery: review and analysis of their caused and implications. *Soc Sci Med*. (2007) 64(11):2272-84
359. Logsdon MC, Birkimer JC, Usui WM. The link of social support and postpartum depressive symptoms in African – American women with low incomes. *MCN J Matern Child Nurs*. (2000) 25:262-6
360. Logsdon MC, Davis DW, Birkimer JC, et al. Predictors of depression in mothers of pre-term infants. *J Soc Behav Pers*. 12:73-88
361. Lumley J, Austin MP. What interventions may reduce postpartum depression. *Curr Opin Obstet Gynecol*. (2001) 13(6):605-11
362. Lyketsos GC, Blackburn IM, Tsiantis J. The movement of hostility during recovery from depression. *Psychol Med*. (1978) Feb 8(1):145-9.
363. Lyons-Ruth K, Zoll D, Connell D, et al. The depressed mother and her one-year-old infant: environment, interaction, attachment and infant development. In: Tronick EZ, Field T, eds. *Maternal depression and infant disturbance. New directions for child development*. San Francisco: Jossey- Bass (1986)
364. Maes M, Lin A, Verkerk R, et al. Serotonergic and Noradrenergic markers of post-traumatic stress disorder with and without major depression. *Neuropsychopharmacology*. (1999) 20:188-197
365. Maes M, Ombelet W, Verkerk R, et al. Effects of pregnancy and delivery on the availability of plasma tryptophan to the brain: relationship to delivery –induced immune activation and early post-partum anxiety and depression. *Psychol Med*. (2001) 31:847-858

366. Magalhaes V, Pinheiro R, Faria A, et al. Impact of Defence Style on Brief Psychotherapy of Postpartum Depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. (2007) Volume 195
367. Moreira O, da Silva RA, Botella L. Impact of Defense Style on Brief Psychotherapy of Postpartum Depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. (2007) Volume 195, Number 10
368. Magiakou MA, Mastorakos G, Webster E, et al. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the female reproductive system. *Ann N Y Acad Sci*. (1997) 816:42-56
- 368a. Manly PC, McMahon RJ, Braley CF, et al. Depressive attributional style and depression following childbirth. *Journal of Abnormal Psychology*. (1982) 91: 245-254
369. Mann JJ, Stanley M, McBride PA, et al. Increased serotonin 2 and b-adrenergic receptor binding in the frontal cortices of suicide victims. *Arch Gen Psychiatry*. (1986) 43:954-959.
370. Marce LV. *Traite de la folie des femmes enceintes des nouvelles accouches et des nourrices*. Paris: Bailliere. (1858)
371. Marder SR. Psychiatric rating scales. In Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI 6th ed. Baltimore, Md: Williams & Wilkins. (1995) 1 :619-635
372. Markianos M., Botsis A, Arvanitis Y. Biogenic amine metabolites in plasma of Drug-Nave Schizophrenic Patients: Associations with Symptomatology. *Biol Psychiatry*. (1992) 32: 288-292
373. Marks MN, Wieck A, Checkley A, et al. Contribution of psychological and social factors to psychotic and non-psychotic relapse after childbirth in women with previous histories of affective disorder. *J. Affect. Disord*. (1992) 29: 253-264
374. Matsuura E, Ohta A, Kanegae F, et al. Frequency and analysis of factors closely associated with the development of depressive symptoms in patients with scleroderma. *J Rheumatol*. (2003) 30(8):1782-7
375. Matthews G, Deary IJ. *Personality traits*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. (1998)
376. Matthey S, Barnett B, Howie P, et al. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: Whatever happen to anxiety? *Journal of Affective Disorders*. (2003) 74: 139-147.
377. Matthey S, Barnett B, Ungerer J, et al. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J. Affect. Disord*. (2000) 60: 75-85
378. Mauthner N. Postnatal depression: The significance of social contacts between mothers. *Women's Studies International Forum*. (1995) 18 (3): 311-323
379. Mayberry LJ, Affonso DD. Infant temperament and postpartum depression: a review. *Health care Women* (1993) 14(2):201-11
380. Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercq E. Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. (2007) 36(6):542-9
381. McCoy SJ, Beal JM, Saunders B, et al. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation. *J Repro Med*. (2008) 53(3):166-70
382. McCoy SJ, Beal JM, Shipman SB, et al. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4 weeks postnatal and a review of the literature. *I am Osteopath Assoc*. (2006) May; 107 (5):199-200

383. McDermott JL, Liu B, Dluzen DE. Sex differences and effects of oestrogen on dopamine and DOPAC release from the striatum of male and female CD-1 mice. *Experimental Neurology*. (1994) 125:306–311
384. McEwen BS. Nongenomic and genomic effects of steroids on neural activity. *Trends Pharmacol Sci*. (1991) 12:141–147.
385. McEwen BS, Alves SE, Bulloch K, et al. Ovarian steroids and the brain: Implications for cognition and aging. *Neurology*. (1997) 48(suppl 7):S8–S15
386. McIntosh J. Postpartum depression: Women's help-seeking behavior and perceptions of cause. *Journal of Advanced Nursing*. (1993b). 18: 178-184
387. McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, et al. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *Journal of Affective Disorders*. (2005) 84: 15-24
388. McQueen JK, Wilson H, Dow RC, et al. Oestradiol-17 β increases serotonin transporter (SERT) binding sites and SERT mRNA expression in discrete regions of female rat brain. *J Physiol*. (1996)
- 388a. Meakin CJ, Brockington IF, Lynch S, et al. Dopamine supersensitivity and hormonal status in puerperal psychosis. *Br J Psychiatry*. (1995) 166(1):73-9
389. Meares R., Grimwade J. Wood C. A possible relationship between anxiety in pregnancy and puerperal depression. *Journal of Psychosomatic Research*. (1976) 20: 605-610
390. Mikulincer M, Florian V. The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In: Simpson JA, Rholes WS (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships*. The Guildford Press, New York. (1998) pp. 143-165
391. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord*. (2008) 108(1-2): 147-57
392. Milgrom J, Glenda B. Coping with the stress of motherhood: cognitive and defense style of women with postnatal depression. *Stress and Health*. (2003) 9: 281-287
393. Milgrom J, Martin P, Negri L. *Treating Postnatal Depression: A Psychological Approach for Health Care Practitioners*. (1999) Wiley, NY
394. Milstein KK, Milstein PS. Psychophysiologic aspects of denial in pregnancy: case report. *J Clin Psychiatry*. (1983) 44(5):189-90
395. Mirsi S, Reebye P, Corral M, et al. The use of paroxetine and cognitive – behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*. (2004) 65: 1236-1241
396. Mirsi S, Kostaras X, Fox D, et al. The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Canadian Journal of Psychiatry*. (2000) 45, 554-558
397. Mitchell EA, Thompson JM, Stewart AW, et al. Postnatal depression and SIDS: A prospective study. *J Paediatr Child Health*. (1992) 28 (Suppl 1):S13–S16.
398. Moloney J. Postpartum depression or third day depression following childbirth. *New Orleans Child Parent Digest*. (1952) 6: 20-332
399. Mulder RT, Joyce PR, Sullivan PF, et al. The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III-R personality disorder, TCI scores and DSQ defenses. *Psychol Med*. (1999) 29:943–51
400. Mulder RT. Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *Am J Psychiatry*. (2002) 159:359-71

401. Murata A, Nadaoka T, Morioka Y, et al. Prevalence and background factors of maternity blues. *Gynecol Obstet Invest.* (1998) 46: 99-104
402. Muris P, Merckelbach H. Defense style and behavior therapy outcome in a specific phobia. *Psychol Med.* (1996) 26:635-9
403. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry All Discipl.* (1992) 33: 543-561
404. Murray L, Carothers AD. The validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a community sample. *Br J Psychiatry.* (1990) 157:288-90
405. Murray L, Cartwright W. The role of obstetric factors in postpartum depression. *J Reprod infant Psychol.* (1993) 11:215-219
406. Murray L, Cartwright W. The role of obstetric factors in postpartum depression. *J Repro Infantl Psychol.* (1993) 11:215-9
407. Murray L, Cooper PJ. Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child.* (1997) 77:99-101
408. Murray L, Kempton C, Woolgar M, et al. Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. *J Child Psychol Psychiatry All Discipl.* (1993) 34: 1083-1101
409. Murray L, Sinclair D, Cooper P, et al. The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry.* (1999) 40: 1259-1271
410. Murray L, Stanley C, Hooper R, et al. The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Dev. Med. Child Neurol.* (1996) 38, 109-119
411. Musselman DL, Nemeroff CB. Depression and endocrine disorders: focus on the thyroid and adrenal system. *Br J Psychiatry.* (1996) 30: 123-128
412. Nager A, Johansson LM, Sundquist K. Are sociodemographic factors and year of delivery associated with hospital admission for postpartum psychosis? A study of 500,000 first-time mothers. *Acta Psychiatr Scand.* (2005) Jul 112(1):47-53
413. Nakku JE, Nakasi G, Mirembe F. Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. *Afr health Sci.* (2006) 6(4):207-14
414. Nappi RE, Petraglia F, Luisi S, et al. Serum allopregnanolone in women with postpartum "blues". *Obstet Gynecol.* (2001) 97:77-80
415. Nemeroff CB, Owens MJ, Bissette G, et al. Reduced corticotropin releasing factor binding sites in the frontal cortex of suicide victims. *Arch Gen Psychiatry.* (1988) 45:377-379
416. Nemeroff CB, Widerlow E, Bissette G, et al. Elevated concentrations of CSF corticotropin-releasing factor-like immunoreactivity in depressed patients. *Science.* (1984) 226:1342-1344.
417. Neter E, Collins NL, Lobel M, et al. Psychosocial predictors of postpartum depressed mood in socioeconomically disadvantaged women. *Womens Health.* (1995) 1:51-75
418. Newport DJ, Owens MJ, Knight DL, et al. Alterations in platelet serotonin transporter binding in women with postpartum onset major depression. *J Psychiatr Res.* (2004) 38:467-473
419. Nielsen FD, Videbech P, Hedegaard M, et al. Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.* (2000) 107: 1210-1217
420. Nishizawa S, Benkelfat C, Young SN, et al. Differences between males and females in rates

- of serotonin synthesis in human brain. *Proc Natl Acad Sci. USA* (1997) 94:5308–5313
421. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychol Bull.* (1987) 101:259–282.
 422. Nomura M, Saito J, Ueta Y, et al. Enhanced up-regulation of corticotrophin – releasing hormone gene expression in response to restraint stress in the hypothalamic paraventricular nucleus of oxytocin gene-deficient male mice. *J Neuroendocrinol.* (2003) 15:1054-1061
 423. Nonacs RM, Soares CN, Viguera AC, et al. Bupropion SR for the treatment of postpartum depression: a pilot study. *Int J Neuropsychopharmacol.* (2005) 8: 445-449
 424. Nott PN, Franklin M, Armitage C, et al. Hormonal changes and mood in the puerperium. *Br J Psychiatry.* (1976) 128:379-383
 425. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, et al. A controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. *J Abnorm Psychol.* (1991) 100:63-73
 426. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, et al. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry.* (1991) 48: 801-806
 427. O'Hara MW, Schlectre JA, Lewis DA, et al. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Psychological, environmental, and hormonal variables. *J Abnorm Psychol.* (1991) 100:63-73
 428. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression –a meta analysis. *Int Rev Psychiatry.* (1996) 8:37-54
 429. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, et al. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychology.* (1990) 99:3-15
 430. O'Hara MW. The nature of postpartum depressive disorders. In: Murray L, Cooper PJ, eds. *Postpartum depression and child development.* New York: Guilford, (1997) 3-31
 431. O'Hara MW, Rehm LP, Campbell SB. Postpartum depression: a role for social network and life stress variables. *J Nerv Ment Dis.* (1983) 171:336-341
 432. O'Hara MW, Stuart S, Gorman L, et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry.* (2000) 57: 1039-1045
 433. O'Hara MW, Philipps, et al. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology.* (1990) 99: 3-15
 434. O'Hara MW, Schlechte J, Lewis D, et al. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Psychological, environmental, and hormonal variables. *J Abnorm Psychol.* (1991) 100 (1): 63–73
 435. O'Hara MW, Zekowski EM, Phillips LH et al. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Affective Disorders.* (1990) 5: 97-101
 436. Oakley A. *Women confined: towards a sociology of childbirth.* Martin Robertson, Oxford. (1980)
 437. O'Hara MW, Zekowski EM, Phillips LH, et al. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology.* (1990) 99: 3-15

438. O'Hara MW, Zekowski EM. Postpartum depression: a comprehensive review. In *Motherhood and Mental Illness 2: Causes and Consequences* (eds R. Kumar & I. F. Brockington), pp. 17-63. London: Wright (1988)
439. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry*. (1986) 43: 569-573
440. O'Hara MW, Neunaber J, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*. (1984) 93: 158-171
441. O'Hara MW, Rehm LP, Campbell SB. Predicting depressive symptomatology: cognitive-behavioral models and postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology*. (1982) 91: 457-461
442. O'Hara MW, Rehm LP, Campbell SB. Postpartum depression: a role for social network and life stress variables. *Journal of Nervous and Mental Disease*. (1983) 171: 336-341
443. Okano T. Clinicoendocrine study of maternity blues. *Mie Med J*. (1989) 39:189-200
444. Okano T, Nomura J. Endocrine study of the maternity blues. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry*. (1992) 16: 921-932
445. Olio M. The application of cognitive therapy to postpartum depression. In: Vallis, TM, Howes, Miller JL, PC (Eds). *The challenge of Cognitive Therapy: Applications to Non-traditional populations*. Plenum press, NY, (1991) pp 111-133
446. Olshansky E, Sereika S. The transition from pregnancy to postpartum in previously infertile women: a focus on depression. *Arch Psychiatr Nus*. (2005) 19(6):273-80
447. O'Malley P, Bachman J, Johnston L. Reliability and Consistency in Self-Reports of Drug Use, *Int J Addict*. (1983) 18 (6):805-824
448. Borgeat F, David H, Saucier JF, et al. Perceptual defense and vulnerability to postpartum depression. *Acta Psychiatr Scand*. (1994) 90: 455-458
449. Owens M, Nemeroff CB. Role of serotonin in the Pathophysiology of Depression: Focus on the Serotonin Transporter. *Clin Chem*. (1994) 40:288-295.
450. Paffenbarger RS Jr, Steinmetz CH, Pooler BG, et al. The picture puzzle of the postpartum psychoses. *J Chronic Dis*. (1961) 13: 161-173.
451. Patel V, Araya R, de Lima M, et al. Poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med*. (1999) 49:1461-71
452. Patel V, Rodriguez M, DeSouza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry*. (2002) 159(1): 43-7
453. Patricia Leahy-Warren and Geraldine McCarthy. Postnatal Depression: Prevalence, Mothers' Perspectives, and Treatment. *Archives of Psychiatric Nursing*. (2007) Vol. 21, No 2: 91-100
454. Paul SM, Rehavi M, Skolnick P, et al. Depressed patients have decreased binding of 3H-imipramine to the platelet serotonin "transporter". *Arch Gen Psychiatry*. (1981) 38:1315-1317
455. Paykel ES, Emms EM, Fletcher J, et al. Life events and social support in puerperal depression. *Br J Psychiatry*. (1980) 136:339-346
456. Paykel ES, Myers JK, Dienes MN, et al. Life events and depression. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. (1969) Dec 21(6):753-60.
457. Peindl KS, Wisner KL, Zollnik EJ, et al. Effects of postpartum psychiatric illness on family planning. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. (1995) 25: 291-300

458. Philip AE. Personality factors involved in suicidal behaviour. Unpublished Ph.D. thesis, Edinburgh University Library (1968)
459. Philipps LH, O'Hara MW. Prospective study of postpartum depression: 4 1/2-year follow-up of women and children. *J Abnorm Psychol.* (1991) May 100(2):151-5
460. Phillips J. Syntax and vocabulary of mothers' speech to young children: age and sex comparisons. *Child Development.* (1973) 44: 182-185
461. Pitt B. Maternity blues. *Br J Psychiatry.* (1973) 122: 431-433
462. Pitt B. Atypical depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry.* (1968) 114: 1325-1335
463. Pitt B. Depression and childbirth. In *Handbook of Affective Disorders* (ed. E. S. Paykel) (1982) pp. 361-378. London: Churchill Livingstone.
464. Pollock C, Andrews G. Defense styles associated with specific anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* (1989) 146:1500-2
- 464a. Prendergast J, Austin MP. Early childhood nurse-delivered cognitive behavioural counseling for post-natal depression. *Australasian Psychiatry.* (2001) 9: 255-259
465. Pridham KF, Chang AS. What Being the Parent of a New Baby is Like: revision of an instrument. *Research in Nursing & Health.* (1989) 12: 323-329
466. Pritchard BD, Harris B. Aspects of perinatal psychiatric illness. *Br J Psychiatry.* (1996) 169: 555-562
467. Raadsheer FC, Hoogendijk WJG, Stam FC, et al. Increased numbers of corticotropin-releasing hormone expressing neurons in the hypothalamic paraventricular nucleus of depressed patients. *Neuroendocrinology.* (1994) 60: 433-436.
468. Racamier PC. Troubles de la sexualite feminine et du sens maternel. *Bulletin de la Societe Francaise de Psychoprophylaxie Obstetricale.* (1967) 432: 1-40
469. Radloff LS. The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* (1977). 1: 385-401
470. Rahman A, Creed F. Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: prospective study from Rawalpindi, Pakistan. *J Affect Disord.* (2007) 100(1-3): 115-21
471. Reich T, Winokur G. Postpartum psychoses in patients with manic depressive disease. *J Nerv Ment Dis.* (1970) 151: 60-68
472. Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. *J Pediatr Health Care.* (2007) 21(5):289-98
473. Revault d'Allonnes C. *Etre, Faire, Avoir un Enfant.* Paris: Plon (1991)
474. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health.* (2006) 60(3):221-7
475. Richman JA, Raskin VD, Gaines C. Gender roles, social support, and postpartum depressive symptomatology. The benefits of caring. *J Nerv Ment Dis.* (1991) 179: 139-47
476. Righetti-Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, et al. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders.* (1998) 49 167-180
477. Roberts SB, Kendler KS. Neuroticism and self-esteem as indices of the vulnerability to major depression in women. *Psychol Med.* 29:1101-9

478. Robertson E, Sherry G, Wallington T, et al. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*. (2004) 26: 289-295
479. Robin AA. The psychological changes of normal parturition. *Psychiatric Quart*. (1962) 36:129-150.
480. Robinson GE, Stewart DE. Postpartum disorders. In: Stotland NL, Stewart Del, editors. *Psychological aspects of women's health care*. Washington (DC), American, Psychiatric Press, inc, (2001) p. 117-39
481. Robinson GE, Olmsted MP, Garner DM. Predictors of postpartum adjustment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. (1989) 80: 561-565
482. Robson KM, Kumar R. Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. (1981) 88: 882-889
483. Rohde L, Busnello E, Wolf A, et al. Maternity blues in Brazilian women. *Acta Psychiatr Scand*. (1997) 95: 231-235
484. Romans SE, Martin JL, Morris E, et al. Psychological defense styles in women who report childhood sexual abuse: a controlled community study. *Am J Psychiatry*. (1999) 156: 1080-5
485. Rosencrans JA. Differences in brain area 5-hydroxy-tryptamine turnover and rearing behavior in rats and mice of both sexes. *Eur J Pharmacol*. (1970) 9:379 -382
486. Rosenzweig S. Types of reaction to frustration. *J Abnorm Soc Psychol*. (1934) 29: 298
487. Ross LE. Perinatal mental health in lesbian mothers: a review of potential risk and protective factors. *Women health*. (2005) 41(3): 113-28
488. Ross LE, Campbell VL, Dennis CL, et al. Demographic characteristics of participants in studies of risk factors, prevention, and treatment of postpartum depression. *Can J Psychiatry*. (2006) 51(11):704-10
489. Ross LE, Gilbert Evans SE, Sellers EM, et al. Measurement issues in postpartum depression part 1: Anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental*. (2003) 6: 51-57
490. Roy A. Role of past loss in depression. *Arch Gen Psychiatry*. (1981) 38: 301-302
491. Rubin RT, Poland RE, Lesser IM, et al. Neuroendocrine aspects of primary endogenous depression. *Arch Gen Psychiatry*. (1987) 44:328-336
492. Rupprechr R, Holsboer E. Neuroactive steroids mechanisms of action and neuropsychopharmacological perpecrives. *Trends Neorosci*. (1992) 22:410-416
493. Rutter M. *Children of sick parents*. Oxford University Press, London (1966)
494. Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *J Psychosom Obstet Gynecol*. (2003) 24: 257-266
495. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi Jari-Erik et al. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study. *Acta Obster Gynecol Scnad*. (2001) 80: 39-45
496. Salvatore G. Clinical Utilization of Atypical Antipsychotics in Pregnancy and Lactation *Ann Pharmacother*. (2004) 38:1265-71
497. Sammallahti P, Aalberg V. Defense style in personality disorders. An empirical study. *J Nerv Ment Dis*. (1995) 183:516
498. Sanders G, Freilicher J, Lighman SL. Psychological stress of exposure to uncontrollable

- noise increases plasma oxytocin in high emotionality women. *Psychoneuroendocrinology*. (1990) 15:47-58.
499. Saxena S, Carlson D, Billington R, Whoqol Group. World Health Organisation Quality Of Life. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): the importance of its items for cross-cultural research. *Qual Life Res*. (2001) 10(8):711-21
 500. Sayil M, Gure A, Ucanok Z. First time mothers; Anxiety and depressive symptoms across the transition to motherhood: associations with maternal and environmental characteristics. *Women Health*. (2006) 44(3): 61-77
 501. Schmidt U, Slone G, Tiller J, et al. Childhood adversity and adult defense style in eating disorder patients—a controlled study. *Brit J Med Psychol*. (1993) 66:353–62
 502. Scott J, Williams JM, Brittlebank A, et al. The relationship between premorbid neuroticism, cognitive dysfunction and persistence of depression: a 1-year follow-up. *J Affect Disord*. (1995) 33:167-72
 503. Seeman MV. Interaction of sex, age and neuroleptic dose. *Comprehensive Psychiatry*. (1983) 24:125–128
 504. Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, et al. The prevalence of postpartum depression: the relative significance of three social status indices. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. (2007) 42(4): 316-21
 505. Seguin L, Podvin L, St Denis M, et al. Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth*. (1999) 26:157-63
 506. Seguin L, Poitvin L, St Denis M, et al. *Res Community Ment Health*. (1999) 6:107-41
 507. Sharma VA. Cautionary note on the use of antidepressants in postpartum depression. *Bipolar Disord*. (2006) 8:411-414
 508. Sharp D, Dale FH, Pawlby S, et al. The impact of postpartum depression on boys' intellectual development. *J Child Psychol Psych*. (1995) 36: 1315–36.
 509. Shields-Poe D, Pinelli J. Variables associated with parental stress in neonatal intensive care units. *Neonatal Network* . (1997) 16(1):29-37
 - 509a. Sjostrom H, Eklof AL, Hertberg R. Well-being and sense of coherence during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. (2004) 83: 1112-1118
 510. Sichel D, Driscoll JW. Women's moods: What every woman must know about hormones, the brain, and emotional health. New York: Quill, HarperCollins (2000)
 511. Simoni H, Amsler F, von Klitzing K, et al. Couple relationship dynamics in transition to parenthood. *Psychother Psychosom Med Psychol*. (1996) 46(3-4):124-30
 512. Simpson JA, Rholes WS, Campbell L, et al. Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms, *J Pers Soc Psychol*. (2003) 84: 1172-1187
 513. Sinclair D, Murray L. Effects of postnatal depression on children's adjustment to school. Teacher's reports. *Br J Psychiatry*. (1998) 172: 58–63.
 514. Sinha BD, Watson DC. Predicting personality disorder traits with Defense Style Questionnaire in a normal sample. *J Pers Disord*. (1999) 13:281–6.
 515. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA; Whoqol Group. The World Health Organization's Whoqol -Bref quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the Whoqol group. *Qual Life Res*. (2004) 13(2):299-310

516. Small R, Lumley J, Brown S. To stay or not to stay: are fears about shorter postnatal hospital stays justified? *Midwifery* (1992) 8:170-177
517. Snow CE. The development of conversation between mothers and babies. *Journal of Child Language*. (1977) 4: 1– 22
- 517a. Soderquist JB, Wijma G, Thorbert, et al. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *The Authors Journal compilation*. (2009)
518. Spinhoven P, Kooiman CG. Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study. *J Nerv Ment Dis*. (1997) 85:87–94
519. Stack DM, Arnold SL. Changes in mothers' touch and hand gestures influence infant behaviour during face-to-face interchanges. *Infant Behavior and Development*. (1998) 21: 451– 468
520. Stack DM, LePage DE. Infants' sensitivity to manipulations of material touch during face to face interactions. *Social Development*. (1996) 5: 41– 55
521. Stack DM, Muir DW. Tactile stimulation as a component of social interchange: new interpretations for the still-face effect. *British Journal of Developmental Psychology*. (1990) 8: 131– 145
522. Steegmans PHA, Fekkes D, Hoes AW, et al. Low serum cholesterol concentration and serotonin metabolism in Men. *BMJ*. (1996) 312-221.
523. Steiger H, Houle L. Defense styles and object relations disturbances among university women displaying varying degrees of "symptomatic" eating. *Int J Eating Dis*. (1991) 10:145–53
524. Stein A, Gath DH, Bucher J, et al. The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. *Br J Psychiatry*. (1991) 158:46-52
525. Stein G. The maternity blues. In: Brockington I, Kumar R, (eds) *Motherhood and mental illness*. Academic Press, London, pp. 119-154 (1982)
526. Stein G, Milton F, Beddington P, et al. Relationship between mood disturbances and free and total plasma tryptophan in postpartum women. *Br Med J*. (1976) 2:457
527. Steiner H. Defense styles in eating disorders. *Int J Eating Dis*. (1990) 9:141–51
528. Steiner M. Postnatal depression: a few simple questions. *Fam Pract*. (2002) 19:469-70
529. Steiner M, Tam W. Postpartum depression in relation to other psychiatric disorders. In: Miller LJ, editor. *Postpartum mood disorders*. Washington (DC): American Psychiatric Press, Inc. pp: 47-63 (2002)
530. Stem G, Ruckman L. Multidisciplinary perspectives on postpartum depression: an anthropological critique. *Soc. Sci. Med*. (1983) 17: 1027-1041
531. Matthey S, Barnett B, Ungerer J, et al. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*. (2000) 60: 75-85
532. Stern DW. Mother and infant play: the dyadic interaction involving facial, vocal and gaze behaviours. (1974)
533. Rosenbaum LA. (eds) *The effect of the infant in its Care Giver*. New York: Wiley
534. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecol*. (1995) 173: 639-645
535. Stuart S, Couser G, Schilder K, et al. Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. *J Nerv Ment Dis*. (1998) 186:420-4

536. Sullivan PF, Bulik CM, Carter FA, et al. The significance of a prior history of anorexia in bulimia nervosa. *Int J Eating Dis.* (1996) 10:253–61
537. Sumner BEH, Fink G. Effects of acute estradiol on 5-hydroxytryptamine and dopamine receptor subtype mRNA expression in female rat brain. *Mol Cell Neurosci.* (1993) 4:83–92.
538. Sumner BEH, Fink G. Estrogen increases the density of 5-hydroxytryptamine 2A receptors in cerebral cortex and nucleus accumbens in the female rat. *J Steroid Biochem Mol Biol.* (1995) 54:15–20
539. Sun L. Relationship between personality, defense style and mental health in high school students. *Chinese J Clin Psychol.* (2000) 8:231–2.
540. Suri R, Burt VK, Altshuler LL, et al. Fluvoxamine for postpartum depression (letter). *Am J Psychiatry.* (2001) 158: 1739-1740
541. Swain A, O'Hara M, Starr KR, et al. A prospective study of sleep, mood, and cognitive function in postpartum and nonpostpartum women. *Obstet Gynecol.* (1997) 90: 381-386
542. Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, et al. Postnatal depression in southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry.* (2008)
543. Tarkka MT, Paunonen M, Laippala P. Factors related to successful breast feeding by first-time mothers when the child is 3 months old. *J Adv Nurs.* (1999) 29:113–118
544. Terry DJ, Mayocchi L, Hynes GJ. Depressive Symptomatology in New Mothers: A Stress and Coping Perspective. *Journal of Abnormal Psychology.* (1996) Vol. 105, No 2: 220-231
545. Teti DM, Gelfand CM, Messinger DS. Maternal depression and the quality of early attachment: an examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology.* (1995) 31:364-76
546. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization Whoqol -Bref quality of life assessment. *Psychol Med.* (1998) 28(3):551-8
547. Thorpe K, Golding J, MacGillivray I, et al. Comparison of prevalence of depression in mothers of twins and mothers of singletons. *Br Med J.* (1991) 302: 875-878
548. Thurstone LL. The vectors of the mind. *Psychological Review.* (1934) 41: 1-32.
549. Todd EDM. Puerperal depression- a prospective epidemiological study. *Lancet.* (1964) ii: 1264-1266.
550. Tordjman S, Zittoun C, Ferrari P, et al. A comparative study of defense styles of bulimic, anorexic and normal females. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* (1997) 34:222–7
551. Tronick E, Gianino A. The transmission of maternal disturbance to the infant. In: Tronick, E., Field, T. (Eds.), *Maternal Depression and Infant Disturbance*. Jossey-Bass, San Francisco. pp: 61– 82 (1986)
552. Troutman B, Cutrona C. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mother. *Journal of Abnormal Psychology.* (1990) 99: 69-78
553. Turner RA, Altemus M, Enos T, et al. Preliminary research on plasma oxytocin in normal cycling women: investigating emotion and interpersonal distress. *Psychiatry.* (1999) 62:97-113
554. Tyche de Claude, Spitz Elisabeth, Briancon Serge, Joelle Lighezzolo, Francoise Girvan, Aurore Rosati, Audrey Thockler, Stephanie Vincent (2005). *Journal of Affective Disorders* 85 323-326
555. Ugarriza DN. Group therapy and its barriers for women suffering from postpartum depression. *Archives of Psychiatric Nursing.* (2004) 18 (2): 39-48

556. Uphouse L, Williams J, Eckols K, et al. Cortical changes in serotonin receptors during the female rat estrous cycle. *Brain Res.* (1986) 381:376–381.
557. Vagenakis GA, Hyphantis TN, Papageorgiou C, et al. Kallmann's syndrome and schizophrenia. *Int J Psychiatry Med.* (2004) 34(4):379-90
558. Vaillant GE. *Wisdom of the ego: sources of resilience in adult life.* Cambridge: Harvard University Press (1993)
559. Varoquaux O, Gailledreau J, Vanier B, et al. Initial increase of plasma serotonin : a biological predictor for the antidepressant response to clomipramine ? *Biol. Psychiatry.* (1996) 40: 465-473
560. Varsou-Adamou A. Ego-Strength Scale in normal Greek population as well as in different psychopathological conditions (In Greek with English abstract). Doctoral Dissertation. University of Athens. Athens (1996)
561. Veddovi M, Kerry DT, Gibson F, et al. The relationship between depressive symptoms following premature birth, mothers' coping style, and knowledge of infant development. *J Reprod Infant Psychol.* (2001) 19:313-323
562. Veltema M.R., Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders.* (2002) 70 291–306
563. Verkerk GJ, Pop VJ, Van Son MJ, et al. Prediction of depression in the postpartum period: a longitudinal follow-up study in high-risk and low-risk women. *J Affect Disord.* (2003) 77(2): 1590-66
564. Williamson V, McCutcheon H. Postnatal depression: a review of current literature. *Aust. Mid. J. ACM.* (2004) 17 (4): 11-16
565. Vinoda KS. Personality characteristics of attempted suicides. *Br. J. Psychiat.* (1966) 112: 1143
566. Vitali ML, Parisi MN, Chiocchio SR, et al. Median eminence serotonin involved in the proestrus gonadotropin release. *Neuroendocrinology.* (1984) 39:136–141.
567. Vogel W, Klaiber EL, Broverman DM. Roles of the gonadal steroid hormones in psychiatric depression in men and women. *Prog Neuropsychopharmacol.* (1978) 2:487–503
568. Waldenstrom U. Early and late discharge after hospital birth: fatigue and emotional reactions in the postpartum period. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* (1988) 8:127-135
569. Warner R, Appleby L, Whitton A, et al. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry.* (1996) 168(5):607-11
570. Warner R, Appleby L, Whitton A, et al. Attitudes towards motherhood in postnatal depression: Development of the maternal attitudes questionnaire. *J. Psychosom. Res.* (1997) 43: 351-358.
571. Watson JP, Elliot SA, Rugg AJ. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiatry.* (1984) 144:453-462
572. Watson JP, Elliott SA, Rugg AJ, et al. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry.* (1984) 144:453-462
573. Webster J, Linnane JW, Dibley LM, et al. Improving antenatal recognition of women at risk for postnatal depression *Aust N Z J Obstet Gynaecol Nov.* (2000) 40(4):409
574. Webster J, Pritchard Ma, Creedy D, et al. A simplified predictive index for the detection of women at risk for postnatal depression. *Birth* (2003) June 30 (2): 101-108

575. Webster ML, Thompson J, Mitchell EA et al. Postnatal depression in a community cohort. *Aust N Z J Psychiatry*. (1994) 28:42-49
576. Weissman MM, Bruce ML, Leaf PJ, et al. Affective disorders. In *Psychiatric Disorders in America*, L.N. Robins and D.A. Regier (Eds.). New York: Macmillan, Inc, pp. 53–80 (1991)
577. Weltzin TE, Fernstrom MH, Kaye WH. Serotonin and bulimia nervosa. *Nutr Rev*. (1994) 52:399-408.
578. West M, Rose S, Spreng S, et al. Anxious attachment and severity of depressive symptomatology in women. *Women Health*. (1999) 29: 47-56
579. Whiffen VE. Is postpartum depression a distinct diagnosis . *Clin Psychol Rev*. (1992) 12: 485-508.
580. Whiffen, V. Vulnerability to postpartum depression: a prospective multivariate study. *Journal of Abnormal Psychology*. (1988) 97:467-474
581. Whiffen VE, Gothib IH. Comparison of postpartum and non-postpartum depression: clinical presentation psychiatric history and psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. (1993) 6: 485-494
582. Wickberg B, Hwang CP. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. *Acta Psychiatr Scand*. (1996) 94:181–4.
583. Wieck A, Kumar R, Hirst AD, et al. Increased sensitivity of dopamine receptors and recurrence of affective psychosis after childbirth. *BMJ*. (1991) Sep 14,303 (6803):613-6.
584. Wilkie G, Shapiro CM. Sleep deprivation and the postnatal blues. *J Psychosom Res*. (1992) 36: 309-16
585. Willinck LA, Cotton MS. Risk factors for postnatal depression. *Aust. Mid J*. (2004) 17: 10-15
586. Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, et al. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family out-comes. *Canadian Medical Association Journal*. (1996) 154: 785-799
587. Wisner KL , Stowe ZN. Psychobiology of postpartum mood disorders. *Semin Reprod Endocrinol*. (1997) 15: 77-89.
588. Wisner KL, Hanusa BH, Perel JM, et al. Postpartum depression: a randomized trial of sertraline versus nortriptyline. *J Clin Psychopharmacol*. (2006) 26: 353-360.
589. Wisner KL, Peindl K, Hanusa BH. Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing. *J Affect Disord*. (1994) Feb 30(2):77-87.
590. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, et al. Prevention of recurrent postpartum depression: a randomized clinical trial. *J Clin Psychiatry*. (2001) 62(2):82-6
591. Wisner K, Perel J, Hanusa B, et al. Prevention of postpartum depression: A pilot randomised clinical trial. *American Journal of Psychiatry*. (2004) 161: 1290-1292
592. Wisner KK, Peindl K, Hanusa BH. Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing. *Journal of Affective Disorders*. (1994) 30: 77-87
593. Winnicott DW. Primary maternal preoccupation. In *Through Paediatrics to Psychoanalysis*, pp: 300-305. London: Hogarth Press (1956)
594. Wolkind S. Mothers' depression and their children's attendance at medical facilities. *J Psychosom Res*. (1985) 29: 579–82

595. World health Organization. The world Health Report (2001). Determinants of mental and behavioural disorders. Web site, world health Organization.
596. Wurtman RJ, Wurtman JJ. Brain serotonin, carbohydrate-craving, obesity and depression. *Obes Res.* (1995) 3:477-480.
597. Xie RH, He G, Liu A, et al. Fetal gender and postpartum depression in a cohort of Chinese women. *Soc Sci Med.* (2007)
- 597a. Yalom IL, Lunde DT, Moos RH, et al. Postpartum blues syndrome. *Arch Gen Psychiatry.* (1968) 18: 16-27.
598. Zerkowicz P, Milet T. Screening for post-partum depression in a community sample. *Can J Psychiatry.* (1995) 40:80-6.
- 598a. Zonana J, Gorman JM. The Neurobiology of Postpartum Depression. *CNS Spectrums* (2005): 792-799
599. Zlochower AJ, Cohn JF. Vocal timing in face-to-face interaction of clinically depressed and nondepressed mothers and their 4-month-old infants. *Infant Behavior.* (1996)
600. Δημητρίου ΧΕ, Βλάσσης Γ, Α Καλογερόπουλος. Ψυχικές διαταραχές της λοχείας. *Ψυχιατρική* (1995) 6:35-44.
601. Καραλής Ι, Langius Α, Τσιρογιάννη Μ, et al. Η μετάφραση-στάθμιση της κλίμακας αίσθηση συνεκτικότητας (sense of coherence) στην Ελλάδα και η χρήση της στην πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας. *Εφαρμοσμένη ιατρική έρευνα* (2004).
602. Τσιάντης Ι, Δράγωνα Θ.. Μωρά και μητέρες: ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και υγεία στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής. Αθήνα: Καστανιώτης (1999).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Τα Εργαλεία της Μελέτης

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

Πατρίδα:

(σε περίπτωση αλλοδαπής): διάρκεια μέχρι τώρα παραμονής στα Ιωάννινα:

Θρησκεία:

Υπηκοότητα:

Διεύθυνση μόνιμου κατοικίας:

Τηλέφωνα:

Ηλικία:

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμη..... ☐ από.....Έγγαμη..... ☐ από.....Χήρα..... ☐ από.....Σε διάσταση..... ☐ από.....

Διαζευγμένη.....

Συζεί.....

Επάγγελμα:

Άνεργη..... ☐Οικιακά ☐Εργάτρια..... ☐Αγρότισσα..... ☐Αυτοαπασχολούμενη..... ☐Ιδιωτική υπάλληλος..... ☐Δημόσιος υπάλληλος..... ☐Άλλο (προσδιορίστε)..... ☐

Εκπαίδευση:

Αναλφάβητη..... ☐Δεν τελείωσε το δημοτικό σχολείο..... ☐Απόφοιτος δημοτικού..... ☐Απόφοιτος Γυμνασίου..... ☐Απόφοιτος Λυκείου..... ☐Φοιτήτρια ΤΕΙ..... ☐Φοιτήτρια ΑΕΙ..... ☐Απόφοιτος ΤΕΙ..... ☐Απόφοιτος ΑΕΙ..... ☐

Επάγγελμα συζύγου.....

Εκπαιδευτικό επίπεδο συζύγου.....

Στοιχεία από την οικογένεια καταγωγής:

Αριθμός αδελφών.....

Φύλο αδελφών.....

Σειρά γέννησης.....

Κοινωνική τάξη κατά Hollingshead and Redlich (I-V):.....

Ατομικό ιστορικό:

Σωματικές παθήσεις:

Μήπως πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο; Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, από ποια;.....
.....
.....
.....
.....

Ψυχιατρικό ιστορικό

Θεωρείτε από ψυχολογικής άποψης λειτουργείτε ικανοποιητικά;

(δηλαδή ότι δεν αντιμετωπίζετε μεγαλύτερες δυσκολίες από ό,τι οι περισσότεροι άνθρωποι που γνωρίζετε και συναναστρέφεστε) Ναι ☐ Όχι ☐

Έχει επισκεφθεί ποτέ Ψυχίατρο; Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι για ποιο λόγο.....
.....
.....

Επισκεπτόσασταν κατά τη διάρκεια της κύησης κάποιον Ψυχίατρο; Ναι ☐ Όχι ☐

Την εποχή εκείνη, παίρνατε μήπως κάποιο ψυχιατρικό φάρμακο; Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, ποιο και πότε.....

Επισκέπτεστε τώρα κάποιον Ψυχίατρο; Ναι ☐ Όχι ☐

Παίρνετε μήπως κάποιο ψυχιατρικό φάρμακο; Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, ποιο;.....

Αν υπάρχει προηγούμενη ψυχιατρική διαταραχή στον Άξονα Ι, περιγράψτε ακριβή διάγνωση και κωδικό.....

Κληρονομικό ιστορικό:

- Σωματικές παθήσεις.....
- Ψυχιατρικό ιστορικό.....

ΣΧΕΣΕΙΣ

1. Πώς θα περιγράφατε τις σχέσεις σας με τον σύζυγο/σύντροφό σας;

☐ Άριστες ☐ Πολύ καλές ☐ Καλές ☐ Μέτριες ☐ Κακές

2. Πώς θα περιγράφατε τις σχέσεις σας με τον πατέρα σας;

☐ Άριστες ☐ Πολύ καλές ☐ Καλές ☐ Μέτριες ☐ Κακές

3. Πώς θα περιγράφατε τις σχέσεις σας με την μητέρα σας;

☐ Άριστες ☐ Πολύ καλές ☐ Καλές ☐ Μέτριες ☐ Κακές

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- Έμμηνος ρύση:.....
- Εκτρώσεις - αυτόματες.....
- τεχνητές.....
- Διαγνωστικές αποξέσεις.....
- Εξωμήτριες κυήσεις.....
- Διαταραχές γονιμότητας (>1 χρόνος).....
- Αν ναι, περιγράψτε.....

- Μαιευτικό ιστορικό - φυσιολογικοί τοκετοί.....
- καισαρικές τομές ένδειξη.....
- πρόωροι τοκετοί.....
- επιπλοκές (προεκλαμψία/διαβήτης).....
- Ψυχιατρικό ιστορικό
- σε προηγούμενη κύηση.....
- σε προηγούμενο τοκετό.....

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΥΗΣΗ

- Εγκυμοσύνη
- προγραμματισμένη: Ναι ☐ Όχι ☐
- επιθυμητή: Ναι ☐ Όχι ☐
- υποβοηθούμενη αναπαραγωγή; Ναι/Όχι
- Τακτική παρακολούθηση από γυναικολόγο; Ναι/Όχι
- Αριθμός επισκέψεων στον γυναικολόγο
- Επισκέψεις σε τμήμα προετοιμασίας (π.χ. ανώδυνος τοκετός): Ναι ☐ Όχι ☐
- Επιπλοκές κύησης: Ναι ☐ Όχι ☐
- είδος επιπλοκής:.....
- Εισαγωγή στο νοσοκομείο εξαιτίας επιπλοκών στην εγκυμοσύνη; Ναι ☐ Όχι ☐
- αιτία.....
- αριθμός ημερών νοσηλείας.....
- Ψυχιατρικές διαταραχές στη διάρκεια της κύησης: Ναι ☐ Όχι ☐
Αν ναι, περιγράψτε αναλυτικά:.....
- Χρήση ουσιών κατά τη διάρκεια της κύησης: Ναι ☐ Όχι ☐
Αν ναι, περιγράψτε αναλυτικά:.....

ΤΟΚΕΤΟΣ

- Εβδομάδα κύησης.....
- Τοκετός - πρόσκληση-επαγωγή; Ναι ☐ Όχι ☐
- φυσιολογικός τοκετός: Ναι ☐ Όχι ☐
- καισαρική τομή: Ναι ☐ Όχι ☐
- με όργανα: Ναι ☐ Όχι ☐
- ένδειξη.....
- αναισθησία - είδος.....
- ένδειξη.....

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- Φύλο βρέφους: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐
- Βάρος γέννησης.....
- Θηλασμός: Ναι ☐ Όχι ☐
Αν όχι, γιατί;.....
- Αποχωρισμός μητέρας – βρέφους
☐ -μη αποχωρισμός
☐ -παροδικός αποχωρισμός
☐ -αποχωρισμός και μεταφορά σε μονάδα εντατικής θεραπείας
- Προβλήματα στο βρέφος ☐.....
- Νεογνική νοσηρότητα ☐.....

Σημειώστε ό,τι άλλη πληροφορία ή σχόλιο νομίζετε σημαντικό

.....

.....

**Κλίμακα λοχειακής κατάθλιψης του Εδιμβούργου
(EPDS)**

Μετάφραση: Αγγελική Λεονάρδου, Ιωάννης Ζέρβας, Θάλεια Δραγώνα
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Ψυχιατρική Κλινική
Διευθυντής Καθηγητής Κ. Σολδάτος

Οδηγίες

Δεδομένου ότι πρόσφατα γεννήσατε, θα θέλαμε να ξέρουμε πώς νιώθετε τώρα.

Σας παρακαλούμε να σημειώσετε με * την απάντηση που ταιριάζει περισσότερο στο πώς νιώθατε ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΕ, όχι μόνο στο πώς νιώθετε αυτή τη στιγμή.

Εδώ σας δίνουμε ένα παράδειγμα:

Ένωθα χαρούμενη:

Ναι, συνεχώς	
Ναι, τον περισσότερο καιρό	*
Όχι πολύ συχνά	
Όχι, καθόλου	

Αυτό σημαίνει: ένωθα χαρούμενη τον περισσότερο καιρό κατά τη διάρκεια της εβδομάδας που πέρασε.

Παρακαλούμε συμπληρώστε τις υπόλοιπες ερωτήσεις με τον ίδιο τρόπο:

ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ:

1. Μπορούσα να γελάω και να βλέπω την αστεία πλευρά των πραγμάτων

Τόσο, όσο μπορούσα πάντα	
Όχι πάρα πολύ πια	
Σίγουρα όχι και τόσο πια	
Καθόλου	

2. Προσδοκούσα διάφορα πράγματα με ευχαρίστηση

Τόσο, όσο μου συνέβαινε πάντα	
Κάπως λιγότερο από προηγουμένως	
Σίγουρα λιγότερο από προηγουμένως	
Σχεδόν καθόλου	

3. Κατηγορούσα χωρίς λόγο τον εαυτό μου για ό,τι πήγαινε στραβά

Ναι, τον περισσότερο καιρό	
Ναι, αρκετά συχνά	
Όχι πολύ συχνά	
Όχι, καθόλου	

4. Ήμουν αγνωμένη ή ανήσυχη χωρίς συγκεκριμένο λόγο

Όχι, καθόλου	
Σπάνια	
Ναι, μερικές φορές	
Ναι, πολύ συχνά	

5. Ενιωθα φόβο ή πανικό χωρίς σπουδαίο λόγο

Ναι, πολύ συχνά	
Ναι, μερικές φορές	
Όχι πολύ	
Όχι, καθόλου	

6. Δεν μπορούσα να ανταποκριθώ στις υποχρεώσεις μου

Ναι, τον περισσότερο καιρό δεν μπορούσα καθόλου να ανταπεξέλθω	
Ναι, μερικές φορές δεν τα κατάφερνα τόσο καλά όσο παλιά	
Όχι, τον περισσότερο καιρό τα κατάφερνα αρκετά καλά	
Όχι, τα κατάφερνα τόσο καλά όπως πάντα	

7. Ήμουν τόσο κακόκεφη που είχα δυσκολία στον ύπνο

Ναι, τον περισσότερο καιρό	
Ναι, μερικές φορές	
Όχι, πολύ συχνά	
Όχι, καθόλου	

8. Ενιωθα θλιμμένη ή δυστυχισμένη

Ναι, τον περισσότερο καιρό	
Ναι, αρκετά συχνά	
Όχι, πολύ συχνά	
Όχι, καθόλου	

9. Ήμουν τόσο κακόκεφη που έκλαιγα

Ναι, τον περισσότερο καιρό	
Ναι, αρκετά συχνά	
Μόνο μερικές φορές	
Όχι, καθόλου	

10. Μου πέρασε η σκέψη να κάνω κακό στον εαυτό μου

Ναι, αρκετά συχνά	
Μερικές φορές	
Σχεδόν ποτέ	
Ποτέ	

2. LIFE EVENTS (Paykel et al, 1971)

Θα σας διαβάσω τον παρακάτω κατάλογο με γεγονότα που θα μπορούσαν να συμβούν στον καθένα. Προσπαθήστε να θυμηθείτε αν αυτά τα γεγονότα συνέβησαν σε σας στην διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών. Επίσης θα ήθελα να προσπαθήσετε να θυμηθείτε τις ημερομηνίες στις οποίες συνέβησαν αυτά τα γεγονότα. (Χρησιμοποιείτε ημερομηνίες – κλειδιά για να βοηθήσετε τον ερωτώμενο).

1. Οικονομικά

- 1) Μεγάλα οικονομικά προβλήματα άρχισαν (πολύ βαρύ δάνειο, χρεοκοπία).
- 2) Πήρατε ένα μεγάλο δάνειο (περισσότερο από τα κέρδη μισού χρόνου).
- 3) Μέτριες οικονομικές δυσκολίες άρχισαν (προβληματικές αλλά όχι μεγάλες π.χ. αυξημένα έξοδα, προβλήματα με τους εισπράκτορες των λογαριασμών κλπ).

2. Υγεία

- 4) Είχατε μια αποβολή ή γεννήσατε νεκρό παιδί.
- 5) Ένα μέλος της οικογένειάς σας υπέφερε από μια αρρώστια, και/ή μπήκε στο νοσοκομείο.
- 6) Υποφέρατε από μια σοβαρή σωματική αρρώστια (στο νοσοκομείο, ή εκτός εργασίας ένα μήνα τουλάχιστον).
- 7) Πάθατε μια όχι σοβαρή σωματική αρρώστια (που χρειάστηκε γιατρό)
- 8) Η εμμηνόπαυσή σας άρχισε.

3. Γάμος

- 9) Παντρευθήκατε.
- 10) Αποδείχτηκε ότι ο (η) σύζυγός σας σας απατούσε.
- 11) Πήρατε διαζύγιο.
- 12) Χωρίσατε από τον (την) σύζυγό σας για διαφωνίες.
- 13) Χωρίσατε από την (την) σύζυγό σας για άλλους λόγους.
- 14) Είχατε σοβαρές διαφωνίες με τον (την) σύζυγό σας.
- 15) Συμφιλιωθήκατε με τον (την) σύζυγό σας (αφού ο ένας από τους συζύγους είχε εγκαταλείψει το σπίτι).
- 16) Αρχίσατε μια εξωσυζυγική σχέση.

4. Παιδιά, οικογένεια, συγγενείς, φίλοι

- 17) Είχατε μια επιθυμητή εγκυμοσύνη.
- 18) Είχατε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.
- 19) Η σύζυγός σας έμεινε έγκυος.
- 20) Αποκτήσατε παιδί.
- 21) Η σύζυγός σας απέκτησε παιδί ή υιοθετήσατε ένα παιδί (για τα δύο φύλα).
- 22) Είχατε σοβαρές διαφωνίες με ένα μέλος της οικογένειάς σας που έμενε μαζί σας.
- 23) Είχατε σοβαρές διαφωνίες με ένα μέλος της οικογένειάς σας που δεν έμενε μαζί σας.
- 24) Ο γιος επιστρατεύτηκε ή κατατάχτηκε στις ένοπλες δυνάμεις.
- 25) Το παιδί σας αρραβωνιάστηκε.
- 26) Το παιδί σας παντρεύτηκε με τη συγκατάθεσή σας.
- 27) Το παιδί σας παντρεύτηκε αντίθετα με τις επιθυμίες σας.
- 28) Το παιδί σας εγκατέλειψε το σπίτι σας για κάποιον άλλο λόγο (π.χ. Πανεπιστήμιο).
- 29) Ένα νέο πρόσωπο ήρθε στο σπίτι σας (να ζήσει μαζί σας).
- 30) Χωρίσατε από ένα σημαντικό πρόσωπο (στενό συγγενή ή φίλο).

5. Κοινωνικές σχέσεις με το αντίθετο φύλο

- 31) Αρραβωνιαστήκατε.
- 32) Διαλύσατε έναν αρραβώνα.
- 33) Είχατε σοβαρές διαφωνίες με τον (την) αρραβωνιαστικό (ιά) σας ή σταθερό δεσμό.
- 34) Ενας σταθερός δεσμός που είχατε, τελείωσε (τουλάχιστον 3 μηνών).

6. Εργασία

- 35) Απολυθήκατε ή μείνατε άνεργος λόγω περιορισμού θέσεων (απολύσεις λόγω πλεονάσματος θέσεων).
- 36) Είσατε άνεργος τουλάχιστον για 1 μήνα.
- 37) Υποβιαστήκατε σε κατώτερη θέση.
- 38) Αποτύχατε στην επιχείρησή σας.
- 39) Είχατε σοβαρές διαφωνίες στη δουλειά σας με το αφεντικό ή τους συνεργάτες σας.
- 40) Υπήρξε μια αλλαγή στις ώρες εργασίας (πολλές υπερωρίες, δεύτερη δουλειά, πολύ λιγότερο από το συνηθισμένο).
- 41) Συνταξιοδοτηθήκατε ή αποσυρθήκατε από τη δουλειά.
- 42) Υπήρξε μια αλλαγή στις συνθήκες εργασίας (νέο τμήμα ή αφεντικό, μεγάλη αναδιοργάνωση).
- 43) Υπήρξε μια αλλαγή στη γραμμή εργασίας (παραγωγή).
- 44) Πήρατε προαγωγή.

7. Εκπαίδευση

- 45) Αποτύχατε σε ένα σημαντικό διαγωνισμό ή course.
- 46) Προπαρασκευαστήκατε για ή λάβατε μέρος σε εξετάσεις.
- 47) Αλλάξατε σχολείο, κολέγιο ή πανεπιστήμιο.
- 48) Τελειώσατε full-time εκπαίδευση (αποφοίτηση ή εγκατάλειψη σπουδών).
- 49) Αρχίσατε full-time εκπαίδευση ή course.

8. Θάνατοι

- 53) Ένα από τα παιδιά σας πέθανε.
- 54) Ο (η) σύζυγός σας πέθανε.
- 55) Ενας στενός συγγενής σας (πατέρας, μητέρα, αδελφός (η), πέθανε.
- 56) Ενας στενός σας φίλος πέθανε.

9. Απώλειες

- 57) Χάσατε ή σας λήστεψαν από ένα προσωπικά πολύτιμο αντικείμενο.

10. Νομικά

- 58) Εμφανιστήκατε στο δικαστήριο για ένα σοβαρό αδίκημα.
- 59) Πήγατε φυλακή.
- 60) Κάνατε κάποια μικρή παράβαση (π.χ. πρόστιμο στάθμευσης).
- 61) Σας υπέβαλαν αγωγή.

ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΩΤΗΣΗ

- 62) Υπήρξαν άλλα σοβαρά γεγονότα σ' αυτούς τους 12 μήνες τα οποία δεν έχουμε καλύψει;

3. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (GHQ-28)

(Goldberg, 1978; Golberg & Hillier, 1979)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον ελληνικό πληθυσμό: Γ. Γαρυφαλλός & συν., 1991)

Παρακαλούμε διαβάστε τα παρακάτω προσεκτικά. Θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχατε κάποια ενοχλήματα, και γενικά πως ήταν η υγεία σας τις τελευταίες εβδομάδες. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις σημειώνοντας την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα.

Προσέξτε μόνο, θα θέλαμε να ξέρουμε τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλήματά σας και όχι αυτά που είχατε στο παρελθόν. Έχει σημασία να προσπαθήσετε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

1. Αισθανόσαστε εντελώς καλά, απόλυτα υγιής;	Καλύτερα απ' ότι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Χειρότερα απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ χειρότερα απ' ό,τι συνήθως 4
2. Νοιώθατε την ανάγκη για κάποιο δυναμωτικό;	Καθόλου 1	Όχι, περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
3. Νοιώθατε εξαντλημένος/η & κακοδιάθετος/η;	Καθόλου 1	Όχι, περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
4. Είχατε αισθανθεί πως είσατε άρρωστος/η;	Καθόλου 1	Όχι, περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
5. Είχατε καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου 1	Όχι, περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
6. Νοιώθατε σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;	Καθόλου 1	Όχι, περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
7. Είχατε περιόδους που αισθανόσαστε κρυάδες ή εξάψεις;	Καθόλου 1	Όχι, περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
8. Εχετε συχνά χάσει τον ύπνο σας επειδή ήσαστε ανήσυχος/η;	Καθόλου 1	Όχι, περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
9. Εχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;	Καθόλου 1	Όχι, περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
10. Εχετε αισθανθεί ότι βρισκόσαστε συνεχώς σε υπερένταση;	Καθόλου 1	Όχι, περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
11. Είσατε οξύθυμος/η και αρπαζόσαστε εύκολα;	Καθόλου 1	Όχι, περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
12. Νοιώθατε φόβο ή πανικό χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου 1	Όχι, περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
13. Αισθανόσαστε πως σας έχουν καταπλακώσει οι καθημερινές ασχολίες;	Καθόλου 1	Όχι, περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
14. Αισθανόσαστε συνεχώς νευρικός/η και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου 1	Όχι, περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
15. Εχετε καταφέρει να είσατε δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Μάλλον λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 4

16. Σας παίρνει περισσότε- ρο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας;	Γρηγορότερα απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
17. Αισθανόσαστε ότι σε γενικές γραμμές τα καταφέρνατε καλά;	Καλύτερα απ' ό,τι συνήθως 1	Περίπου το ίδιο 2	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
18. Είσατε ικανοποιημέ- νος/η με τον τρόπο που κάνετε τις δουλειές σας;	Περισσότερο ικα- νοποιημένος/η 1	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως 2	Λιγότερο ικανοποι- ημένος/η απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η 4
19. Έχετε αισθανθεί ότι παίζετε χρήσιμο ρόλο σε ό,τι συμβαίνει γύρω σας;	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο χρήσιμο απ' ό,τι συνήθως 4
20. Αισθανόσαστε ικα- νός/ή να παίρνετε απο- φάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 4
21. Μπορούσατε να χαρεί- τε τι συνηθισμένες δρα- στηριότητές σας;	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο χρήσιμο απ' ό,τι συνήθως 4
22. Σκεφτόσαστε πως δεν αξίζετε τίποτα;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
23. Αισθανόσαστε πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
24. Αισθανόσαστε πως δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
25. Σας πέρασε από το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	Σίγουρα όχι 1	Δεν νομίζω 2	Πέρασε από το μυαλό μου 3	Σίγουρα το σκέφτηκα 4
26. Βρίσκατε μερικές φο- ρές ότι δεν μπορούσα- τε να κάνετε τίποτα για- τί τα νεύρα σας ήταν σε α΄σχημη κατάσταση;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
27. Πιάνετε τον εαυτό σας να εύχεται να είσατε πεθαμένος/η και να είχατε ξεμπερδέψει απ' όλα;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
28. Βρίσκατε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας ερχόταν συνεχώς στο μυαλό σας;	Καθόλου 1	Δεν νομίζω 2	Πέρασε από το μυαλό μου 3	Σίγουρα ναι 4

4. ΚΛΙΜΑΚΑ CES-D

Παρακάτω είναι από μια σειρά από καταστάσεις που πιθανόν να περάσατε ή να αισθανθήκατε. Σας παρακαλώ πείτε πόσο συχνά αισθανθήκατε έτσι την περασμένη εβδομάδα. Βάλτε ένα κύκλο γύρω από τον αριθμό π.χ. 1, στην κατάλληλη στήλη, σύμφωνα με τη συχνότητα που λέει:

A. Λιγότερο από 1 μέρα την εβδομάδα: «Σπάνια ή καθόλου»

B. 1-2 μέρες: «Μερικές φορές»

Γ. 3-4 μέρες: «Αρκετές φορές»

Δ. 5-7 μέρες: «Τον περισσότερο καιρό»

Την περασμένη εβδομάδα

	Σπάνια ή καθόλου	Μερικές φορές	Αρκετές φορές	Τον περισσότερο καιρό
Με ενοχλούσαν πράγματα που συνήθως δεν με ενοχλούν	0	1	2	3
Δεν είχα διάθεση να φάω. Η όρεξή μου ήταν κακή.	0	1	2	3
Αισθανόμουν ὅτι δεν θα μπορούσα να ξεφύγω από τις μαύρες μου, ακόμα ούτε και με τη βοήθεια της οικογένειάς μου ή των φίλων μου	0	1	2	3
Αισθανόμουν ότι είμαι το ίδιο καλά όπως οι άλλοι άνθρωποι	0	1	2	3
Είχα πρόβλημα στο να κρατήσω το μυαλό μου συγκεντρωμένο σ' αυτό που έκανα	0	1	2	3
Αισθανόμουν κατάθλιψη	1	2	3	
Αισθανόμουν ότι οτιδήποτε έκανα απαιτούσε μεγάλη προσπάθεια	0	1	2	3
Αισθανόμουν γεμάτος/η ελπίδα για το μέλλον	0	1	2	3
Πίστευα ότι η ζωή μου ολόκληρη ήταν μια αποτυχία	0	1	2	3
Αισθανόμουν γεμάτος/η φόβο	0	1	2	3
Ο ύπνος μου ήταν ανήσυχος	0	1	2	3
Ήμουν χαρούμενος/η	0	1	2	3
Μιλούσα λιγότερο από το συνηθισμένο	0	1	2	3
Αισθανόμουν μοναξιά	0	1	2	3
Οι άνθρωποι δεν ήταν φιλικοί μαζί μου	0	1	2	3
Απολάμβανα τη ζωή	0	1	2	3
Ξεσπούσα σε κλάμα	0	1	2	3
Αισθανόμουν λυπημένος/η	0	1	2	3
Ένιωθα ότι οι άλλοι με αντιπαθούσαν	0	1	2	3
Δεν μπορούσα να τα καταφέρω να ξεκινήσω να κάνω πράγματα	0	1	2	3

5. DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE (et al, 1984)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον ελληνικό πληθυσμό κατόπιν αδείας: Θ. Υφαντής & συν., 2002)

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 88 ερωτήσεις.

Κάτω από κάθε ερώτηση υπάρχει μια βαθμολογία, από το 1 έως το 9:

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

Σημειώστε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε ερώτηση, βάζοντας σε έναν κύκλο τον αριθμό που κατά στη γνώμη σας αντιστοιχεί στην απάντησή σας.

Παράδειγμα: Η Αθήνα είναι μια πόλη της Ελλάδας.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

Εδώ θα συμφωνούσατε απολύτως και θα βάζατε σε κύκλο τον αριθμό εννέα.

1. Με ευχαριστεί να βοηθάω τους άλλους και θα με λυπούσε πολύ αν μου το στερούσαν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

2. Συχνά ο κόσμος με λέει κατσούφη.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

3. Μέχρι να βρω χρόνο να ασχοληθώ με ένα πρόβλημα που με απασχολεί, μπορώ να μην το σκέφτομαι.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

4. Πάντα μου φέρνονται άδικα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

5. Εκτονώνω το άγχος μου κάνοντας κάτι επικοδομητικό και δημιουργικό, όπως το να ζωγραφίζω ή να ασχολούμαι με την ξυλουργική.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

6. Κάπου-κάπου αναβάλλω για αύριο ό,τι πρέπει να κάνω σήμερα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

7. Μπλέκομαι συνέχεια σε καταστάσεις που με απογοητεύουν και δεν μπορώ να καταλάβω γιατί.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

8. Μπορώ πολύ εύκολα να γελώ με τον εαυτό μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

9. Όταν απογοητεύομαι φέρνομαι σαν παιδί.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

10. Δειλιάζω όταν είναι να διεκδικήσω τα δικαιώματά μου απέναντι στους άλλους.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

11. Είμαι ανώτερος από τους περισσότερους ανθρώπους που ξέρω.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

12. Οι άνθρωποι έχουν την τάση να μου φέρνονται άσχημα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

13. Αν κάποιος με λήστευε στο δρόμο, θα προτιμούσα να γίνουν προσπάθειες να βοηθηθεί παρά να τιμωρηθεί.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

14. Κάπου-κάπου σκέφτομαι πολύ κακά πράγματα, που δεν θα μπορούσαν να συζητηθούν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

15. Κάπου-κάπου γελώ με ένα βρώμικο αστείο.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

16. Οι άνθρωποι λένε πως είμαι σαν την στρουθοκάμηλο, με το κεφάλι μου χωμένο στην άμμο. Μ' άλλα λόγια, έχω την τάση να αγνοώ τα δυσάρεστα, σαν να μην υπάρχουν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

17. Δεν αφήνω τον εαυτό μου να βάζει τα δυνατά του όταν συναγωνίζεται με άλλους.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

18. Συχνά νοιώθω ανώτερος απ' τους ανθρώπους γύρω μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

19. Κάποιος μου κλέβει ό,τι συναίσθημα έχω.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

20. Μερικές φορές θυμώμω.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

21. Συχνά οδηγούμαι στο να αντιδρώ παρορμητικά.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

22. Θα προτιμούσα να λιμοκτονήσω παρά να πειστώ να φάω.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

23. Αψηφώ τον κίνδυνο σαν να ήμουν ο Σούπερμαν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

24. Περηφανεύομαι για την ικανότητά μου να δείχνω στους ανθρώπους ότι δεν είναι τόσο σπουδαίου όσο φαντάζονται.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

25. Οι άνθρωποι μου λένε πως νομίζω ότι όλο με καταδιώκουν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

26. Μερικές φορές όταν δεν νοιώθω καλά εκνευρίζομαι.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

27. Συχνά αντιδρώ παρορμητικά όταν κάτι με ενοχλεί.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

28. Αρρωσταίνω πραγματικά όταν τα πράγματα δεν μου πηγαίνουν καλά.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

29. Είμαι πολύ συγκρατημένος άνθρωπος.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

30. Είμαι στ' αλήθεια ένας παραγνωρισμένος καλλιτέχνης.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

31. Δεν λέω πάντα την αλήθεια.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

32. Όταν πληγώνομαι κλείνομαι στον εαυτό μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

33. Πολλές φορές το παρακάνω κι έτσι οι άλλοι αναγκάζονται να μου βάζουν όρια.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

34. Οι φίλοι μου με βλέπουν σαν κλόουν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

35. Όταν είμαι θυμωμένος κλείνομαι στον εαυτό μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

36. Έχω την τάση να είμαι επιφυλακτικός με ανθρώπους που φέρονται περισσότερο φιλικά από όσο θα φανταζόμουν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

37. Έχω κάποιες ιδιαίτερες ικανότητες που μου επιτρέπουν να ζω χωρίς προβλήματα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

38. Συχνά σε διάφορες εκλογές ψηφίζω ανθρώπους για τους οποίους δεν ξέρω σχεδόν τίποτα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

39. Συχνά καθυστερώ στα ραντεβού μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

40. Ζω περισσότερα πράγματα στη φαντασία μου παρά στην πραγματική ζωή μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

41. Είμαι πολύ άτολμος στο να πλησιάζω τους άλλους.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

42. Δεν φοβάμαι τίποτα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

43. Μερικές φορές νοιώθω ότι είμαι ένας άγγελος και άλλες ότι είμαι διάβολος.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

44. Σ' ένα παιγνίδι προτιμώ να κερδίσω παρά να χάσω.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

45. Όταν θυμώνω, γίνομαι πολύ σαρκαστικός.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

46. Όταν πληγώνομαι, γίνομαι ανοιχτά επιθετικός.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

47. Όταν κάποιος με πληγώσει πιστεύω ότι πρέπει να γυρίσω και το άλλο μάγουλο.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

48. Δεν διαβάζω κάθε μέρα όλα τα κύρια άρθρα στην εφημερίδα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

49. Όταν στεναχωριέμαι κλείνομαι στον εαυτό μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

50. Είμαι ντροπαλός σε θέματα σχετικά με το σεξ.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

51. Πάντα νοιώθω πως κάποιος που ξέρω είναι σαν φύλακας άγγελός μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

52. Η φιλοσοφία μου είναι «Δεν είδα τίποτα, δεν άκουσα τίποτα, δεν ξέρω τίποτα».

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

53. Για μένα οι άνθρωποι είναι ή καλοί ή κακοί.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

54. Αν το αφεντικό μου μούκανε τη ζωή δύσκολη, μπορεί να έκανα κάποιο λάθος στη δουλειά μου ή να δούλευα πιο αργά για να τον εκδικηθώ.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

55. Όλοι είναι εναντίον μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

56. Προσπαθώ να είμαι καλός με τους ανθρώπους που δεν συμπαθώ.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

57. Δεν θα ταραζόμουν πολύ αν χάλαγε ένας κινητήρας του αεροπλάνου την ώρα της πτήσης.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

58. Ξέρω κάποιον για τον οποίο τίποτα δεν είναι αδύνατο και που είναι απολύτως έντιμος και δίκαιος.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

59. Μπορώ να καταπιέσω τα συναισθήματά μου, αν νοιώσω ότι θα παρεμπόδιζαν ό,τι κάνω, εάν τα άφηνα να εκφραστούν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

60. Κάποιοι σχεδιάζουν να με σκοτώσουν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

61. Συνήθως, μπορώ να δω την αστεία πλευρά μιας κατά τα άλλα δυσάρεστης κατάστασης.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

62. Με πιάνει πονοκέφαλος όταν έχω να κάνω κάτι που δεν μ' αρέσει.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

63. Συχνά πιάνω τον εαυτό μου να είναι πολύ καλός με ανθρώπους που θα είχα κάθε λόγο να είμαι θυμωμένος μαζί τους.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

64. Δεν ισχύει αυτό που λένε «μπορείς να βρεις στον καθένα και κάποια καλή πλευρά». Αν είσαι κακός, είσαι τελείως κακός.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

65. Δεν θάπρεπε ποτέ να θυμώνουμε με ανθρώπους που δεν συμπαθούμε.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

66. Σίγουρα η ζωή μου έχει φερθεί σκληρά.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

67. Διαλύομαι όταν έχω στρες.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

68. Όταν ξέρω ότι θα πρέπει να αντιμετωπίσω μια δύσκολο κατάσταση, όπως εξετάσεις ή μια συνέντευξη για εργασία, προσπαθώ να φανταστώ πώς θα είναι και σχεδιάζω έναν τρόπο να τα βγάλω πέρα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

69. Οι γιατροί ποτέ δεν καταλαβαίνουν πραγματικά τι δεν πηγαίνει καλά με μένα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

70. Δεν νοιώθω να ταραζόμαι όταν πεθαίνει κάποιος κοντινός μου άνθρωπος.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

71. Αφού αγωνιστώ για τα δικαιώματά μου, έχω την τάση να απολογούμαι για την επιμονή μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

72. Για τα περισσότερα πράγματα που μου συμβαίνουν, δεν είμαι εγώ υπεύθυνος.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

73. Όταν είμαι αγχωμένος ή στεναχωρημένος, το να τρώω με κάνει να νοιώθω καλύτερα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

74. Η σκληρή δουλειά με κάνει να νοιώθω καλύτερα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

75. Οι γιατροί μου δεν μπορούν να με βοηθήσουν να ξεπεράσω πραγματικά τα προβλήματά μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

76. Συχνά μου λένε ότι δεν δείχνω τα συναισθήματά μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

77. Πιστεύω πως οι άνθρωποι συνήθως διακρίνουν περισσότερο πράγματα στις ταινίες, στο θέατρο ή στα βιβλία, από όσα πραγματικά υπάρχουν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

78. Έχω κάποιες σταθερές συνήθειες ή «τελετουργικούς» τρόπους να κάνω κάποια πράγματα, γιατί φοβάμαι ότι αλλιώς κάτι τρομερό θα συμβεί.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

79. Όταν είμαι σε ένταση, πίνω αλκοόλ ή παίρνω φάρμακα ή ακόμη και ναρκωτικά.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

80. Όταν νοιώθω άσχημα, προσπαθώ να είμαι παρέα με κάποιον.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

81. Όταν έχω τη δυνατότητα εκ των προτέρων να προβλέψω ότι θα στεναχωρηθώ, μπορώ να το αντιμετωπίσω καλύτερα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

82. Όσο και να παραπονούμαι, δεν βρίσκω ποτέ ικανοποιητική ανταπόκριση.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

83. Συχνά βρίσκω ότι δεν νοιώθω τίποτα σε καταστάσεις που θα δικαιολογούσαν έντονα συναισθήματα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

84. Το να ασχολούμαι με μια δουλειά που πρέπει να γίνει, με προστατεύει από το άγχος και τη στεναχώρια.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

85. Όταν εκνευρίζομαι, καπνίζω.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

86. Αν αντιμετωπίζα μια κρίση, θα αναζητούσα κάποιο πρόσωπο που είχε το ίδιο πρόβλημα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

87. Δε είναι δικό μου το πρόβλημα για τα λάθη που κάνω.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

88. Αν κάνω κάποια επιθετική σκέψη, νοιώθω την ανάγκη να κάνω κάτι για να εξιλεωθώ.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

6. MMPI/Ego-Strength scale (Barron, 1953a, 1953b)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον ελληνικό πληθυσμό: Α. Βάρσου – Αδάμου (1996))

Οδηγίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου

Απαντήστε για κάθε πρόταση που διαβάζετε, αν είναι για εσάς «αλήθεια» ή «λάθος», σημειώνοντας ένα Χ στο αντίστοιχο τετραγωνάκι

	ΑΛΗΘΕΙΑ	ΛΑΘΟΣ
1. Έχω καλή όρεξη	☐	☐
2. Έχω διάρροια μια φορά το μήνα ή και συχνότερα	☐	☐
3. Ώρες-ώρες με πιάνουν κρίσεις γέλιου ή κλάματος που δεν μπορώ να συγκρατήσω	☐	☐
4. Το βρίσκω δύσκολο να συγκεντρωθώ σε κάτι που κάνω ή σε μια εργασία	☐	☐
5. Είχα πολύ παράξενες και περίεργες εμπειρίες	☐	☐
6. Έχω βήχα τον περισσότερο καιρό	☐	☐
7. Σπάνια ανησυχώ για την υγεία μου	☐	☐
8. Ο ύπνος μου είναι ανήσυχος και ταραγμένος	☐	☐
9. Όταν είναι με άλλους ανθρώπους, με ενοχλούν τα πολύ περίεργα πράγματα που ακούω	☐	☐
10. Είμαι τόσο υγιής όσο και οι περισσότεροι φίλοι μου.....	☐	☐
11. Όλα γίνονται, όπως τα πρόβλεψαν οι προφήτες της Βίβλου.....	☐	☐
12. Νιώθω συχνά κάψιμο, τσούξιμο, μυρμήγκιασμα ή σαν να μουδιάζουν ορισμένα μέρη του σώματός μου	☐	☐
13. Σε μια συζήτηση εύκολα ηττώμαι (δηλ. υποχωρώ στα επιχειρήματα του άλλου)	☐	☐
14. Κάνω πολλά πράγματα για τα οποία μετανιώνω εκ των υστέρων (μετανιώνω για περισσότερα πράγματα ή συχνότερα από ό,τι φαίνεται να μετανιώνουν οι άλλοι).....	☐	☐
15. Πηγαίνω στην εκκλησία σχεδόν κάθε εβδομάδα.....	☐	☐
16. Αντιμετώπισα προβλήματα με τόσες πολλές πιθανές λύσεις, ώστε ήμουν ανίκανος να πάρω μια απόφαση	☐	☐
17. Μερικοί άνθρωποι είναι τόσο αυταρχικοί, ώστε αισθάνομαι να θέλω να κάνω εντελώς το αντίθετο από ό,τι ζητούν, παρ' όλο που ξέρω ότι έχουν δίκιο.....	☐	☐
18. Μου αρέσει να κάνω συλλογή από λουλούδια ή να μεγαλώνω φυτά στο σπίτι.....	☐	☐
19. Μου αρέσει να μαγειρεύω.....	☐	☐
20. Στα τελευταία αυτά χρόνια, ήμουν καλά τον περισσότερο καιρό.....	☐	☐
21. Ποτέ μου δεν λιποθύμησα.....	☐	☐
22. Όταν βαριέμαι, μου αρέσει να δημιουργώ έναν τρόπο ψυχαγωγίας.....	☐	☐
23. Τα χέρια μου δεν έχουν γίνει αδέξια ή άγαρμπα.....	☐	☐
24. Αισθάνομαι τον περισσότερο καιρό μια γενική αδυναμία σε όλο μου το σώμα.....	☐	☐
25. Δεν είχα ποτέ δυσκολίες να κρατώ την ισορροπία μου, όταν περπατώ.....	☐	☐
26. Μου αρέσει να φλερτάρω.....	☐	☐
27. Πιστεύω ότι οι αμαρτίες μου είναι ασυγχώρητες.....	☐	☐
29. Μου αρέσει η επιστήμη.....	☐	☐
30. Μου αρέσει να συζητώ για σεξουαλικά θέματα.....	☐	☐
31. Θυμώνω εύκολο και μου περνάει γρήγορα.....	☐	☐
32. Συχνά αναμασάω δυσάρεστες σκέψεις.....	☐	☐
33. Ονειρεύομαι συχνά πράγματα που είναι καλύτερα να κρατάω για τον εαυτό μου....	☐	☐

34. Ο τρόπος με τον οποίο κάνω διάφορα πράγματα, εύκολα παρεξηγείται από τους άλλους.....	☐	☐
35. Είχα κάποτε κρίσεις, κατά τις οποίες το μυαλό μου και κάθε δραστηριότητά μου σταματούσε και δεν ήξερα τι συνέβαινε γύρω μου.....	☐	☐
36. Μπορώ να είμαι φίλος με ανθρώπους που κάνουν πράγματα τα οποία εγώ πιστεύω ότι δεν είναι σωστά.....	☐	☐
37. Αν ήμουν καλλιτέχνης, θα μπορού έρεσε να ζωγραφίζω λουλούδια.....	☐	☐
38. Όταν φεύγω από το σπίτι μου, δεν ανησυχώ για το αν η πόρτα είναι κλειδωμένη και τα παράθυρα κλειστά.....	☐	☐
39. Μερικές φορές ακούω τόσο καλά, ώστε με ενοχλεί.....	☐	☐
40. Συχνά αλλάζω δρόμο, για να αποφύγω να συναντήσω κάποιον.....	☐	☐
41. Κάνω ασυνήθιστες και παράξενες σκέψεις.....	☐	☐
42. Μερικές φορές διασκεδάζω με το να πληγώνω πρόσωπα που αγαπώ.....	☐	☐
43. Μου συμβαίνει μερικές φορές να καρφώνεται στο νου μου μια ασήμαντη σκέψη και να με ενοχλεί για μέρες.....	☐	☐
44. Δεν φοβάμαι τη φωτιά.....	☐	☐
45. Δεν μου αρέσει να βλέπω τις γυναίκες να καπνίζουν.....	☐	☐
46. Όταν κανείς λέει ανόητα πράγματα ή μιλάει για κάτι που αγνοεί τελείως και που εγώ γνωρίζω, προσπαθώ να τον διορθώσω.....	☐	☐
47. Νιώθω ανίκανος να μιλήσω σε κάποιον ανοιχτά για τον εαυτό μου.....	☐	☐
48. Τα σχέδιά μου συχνά μου φάνηκαν γεμάτα με τόσες δυσκολίες που αναγκάστηκα να τα εγκαταλείψω.....	☐	☐
49. Σίγουρα θα μου άρεσε να «συντρίψω» έναν απατεώνα με τα ίδια μέσα που χρησιμοποιεί κι αυτός.....	☐	☐
50. Είχα μερικές θρησκευτικές εμπειρίες πολύ ασυνήθιστες.....	☐	☐
51. Ένα ή περισσότερα πρόσωπα της οικογένειάς μου είναι πολύ νευρικά.....	☐	☐
52. Με ελκύουν άτομα του αντίθετου φύλου.....	☐	☐
53. Ο άνθρωπος, με τον οποίο σχετιζόμουν περισσότερο, όταν ήμουν παιδί (π.χ. ο πατέρας μου ή ο πατριός μου, κλπ.) ήταν πολύ αυστηρός μαζί μου.....	☐	☐
54. Ο Χριστός έκανε θαύματα, όπως τη μετατροπή του νερού σε κρασί.....	☐	☐
55. Προσεύχομαι πολλές φορές την εβδομάδα.....	☐	☐
56. Αισθάνομαι συμπόνια για αυτούς που έχουν την τάση να ασχολούνται συνεχώς με τις στενοχώριες και τις σκοτούρες τους.....	☐	☐
57. Φοβάμαι να βρεθώ κλεισμένος σε μια μικρή αποθήκη ή σε ένα μικρό κλειστό χώρο.....	☐	☐
58. Η βρωμιά με τρομάζει και με απδιάζει.....	☐	☐
59. Πιστεύω ότι ο Γκάντι ήταν σπουδαιότερος άνδρας από τον Ναπολέοντα.....	☐	☐
60. Στο σπίτι μας είχαμε πάντα τα απαραίτητα για τη ζωή.....	☐	☐
61. Μερικά ζώα με εκνευρίζουν.....	☐	☐
62. Η επιδερμίδα μου είναι ασυνήθιστα ευαίσθητη στο άγγιγμα.....	☐	☐
63. Αισθάνομαι κουρασμένος τον περισσότερο καιρό.....	☐	☐
64. Δεν πηγαίνω ποτέ σε ένα θέαμα με σεξουαλικό περιεχόμενο, εφόσον μπορώ να το αποφύγω.....	☐	☐
65. Αν ήμουν καλλιτέχνης, θα μου άρεσε να ζωγραφίζω παιδιά.....	☐	☐
66. Μου φαίνεται μερικές φορές, ότι κοντεύω να διαλυθώ.....	☐	☐
67. Εχω τρομάξει πολλές φορές μέσα στη νύχτα.....	☐	☐
68. Μου αρέσει πάρα πολύ η ιппασία.....	☐	☐

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Sense of Coherence

Κωδικός αριθμός ατόμου:.....

Ημερομηνία:.....

Ηλικία:Φύλο:.....

Εδώ βρίσκεται μια σειρά ερωτήσεων που σχετίζονται με αρκετές πτυχές της ζωής μας. Κάθε ερώτηση έχει 7 πιθανές απαντήσεις. Παρακαλώ, σημειώστε τον αριθμό που εκφράζει την απάντησή σας, με τα νούμερα 1 και 7 να δηλώνουν τις ακραίες απαντήσεις. Αν οι λέξεις κάτω από το 1 είναι σωστές για εσάς, κυκλώστε το 1, αν οι λέξεις κάτω από το 7 είναι σωστές για εσάς, κυκλώστε το 7. Αν αισθάνεστε διαφορετικά, κυκλώστε τον αριθμό που εκφράζει καλύτερα τα συναισθήματά σας. Παρακαλώ, δώστε μόνο μία απάντηση σε κάθε ερώτηση.

1. Όταν μιλάτε με τους ανθρώπους, έχετε την αίσθηση ότι δεν σας καταλαβαίνουν;

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ δεν έχω αυτή την αίσθηση						Πάντα έχω αυτή την αίσθηση

2. Στο παρελθόν, όταν έπρεπε να συνεργαστείτε με άλλους για κάτι, είχατε την αίσθηση ότι:

1	2	3	4	5	6	7
Σίγουρα δεν θα γινόταν						Σίγουρα θα γινόταν

3. Σκεφτείτε τους ανθρώπους με τους οποίους έρχεστε καθημερινά σε επαφή, εκτός από αυτούς που αισθάνεστε περισσότερο κοντά σας. Πόσο καλά γνωρίζετε τους περισσότερους από αυτούς;

1	2	3	4	5	6	7
Αισθάνεστε ότι είναι ξένοι						Τους γνωρίζετε πολύ καλά

4. Έχετε την αίσθηση ότι δεν νοιάζεστε πραγματικά για ό,τι συμβαίνει γύρω σας;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ σπάνια ή ποτέ						Πολύ συχνά

5. Συνέβη στο παρελθόν να εκπλαγείτε από τη συμπεριφορά ατόμων που νομίζατε ότι γνωρίζατε καλά;

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ δεν συνέβη						Πάντα συνέβαινε

6. Έχει συμβεί ποτέ να σας απογοητεύσουν οι άνθρωποι, στους οποίους βασιζόσασταν;

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ δεν συνέβη						Πάντα συνέβαινε

7. Η ζωή είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Γεμάτη ενδιαφέρον						Τελείως ρουτίνα

8. Μέχρι τώρα η ζωή σας είχε:

1	2	3	4	5	6	7
Κανέναν απολύτως σαφή στόχο ή σκοπό						Πολύ σαφείς στόχους και σκοπό

9. Έχετε την αίσθηση ότι σας συμπεριφέρονται άδικα;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ σπάνια ή ποτέ

10. Τα τελευταία δέκα χρόνια η ζωή σας ήταν:

1	2	3	4	5	6	7
Γεμάτη αλλαγές, χωρίς εσείς να γνωρίζετε τι θα συμβεί στη συνέχεια						Απόλυτα σταθερή και σαφής

11. Τα περισσότερα από τα πράγματα που θα κάνετε στο μέλλον πιθανόν θα είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Απόλυτα συναρπαστικά						Θανάσιμα βαρετά

12. Έχετε την αίσθηση ότι βρίσκεστε σε μια περίεργη κατάσταση και δεν ξέρετε τι να κάνετε;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ σπάνια ή ποτέ

13. Τι περιγράφει καλύτερα το πώς βλέπετε τη ζωή;

1	2	3	4	5	6	7
Κάποιος μπορεί πάντα να βρει μια λύση για τα οδυνηρά πράγματα στη ζωή						Δεν υπάρχει καμιά λύση για τα οδυνηρά πράγματα στη ζωή

14. Όταν σκέφτεστε τη ζωή σας, πολύ συχνά:

1	2	3	4	5	6	7
Αισθάνεστε πόσο καλά είναι το να ζείτε						Αναρωτιέστε γιατί υπάρχετε καθόλου

15. Όταν αντιμετωπίζετε ένα δύσκολο πρόβλημα, η επιλογή της λύσης είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Πάντα μπερδεμένη και δύσκολο να βρεθεί						Πάντα απόλυτα σαφής

16. Το να κάνετε τα πράγματα που κάνετε κάθε μέρα είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Μια πηγή βαθιάς ευχαρίστησης και ικανοποίησης						Μια πηγή πόνου και πλήξης

17. Περιμένετε τη ζωή σας στο μέλλον να είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Γεμάτη απρόβλεπτες αλλαγές προβλέψιμη						Απόλυτα σταθερή και

18. Όταν κάτι δυσάρεστο συνέβη στο παρελθόν, η τάση σας ήταν:

1	2	3	4	5	6	7
Υποφέρατε έντονα κλεισμένος στον εαυτό σας συμβαίνουν, πρέπει να συνεχίσω τη ζωή μου»						Να πείτε «εντάξει», αυτά

19. Έχετε πολύ μπερδεμένα συναισθήματα και ιδέες;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ σπάνια ή ποτέ

20. Όταν κάνετε κάτι που σας κάνει να αισθάνεστε καλά:

1	2	3	4	5	6	7
Είναι βέβαιο ότι θα συνεχίσετε να αισθάνεστε καλά						Είναι βέβαιο ότι κάτι θα συμβεί και θα σας χαλάσει το συναίσθημα

21. Σας συμβαίνει να έχετε συναισθήματα που θα προτιμούσατε να μην είχατε;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ σπάνια ή ποτέ

22. Περιμένετε την προσωπική σας ζωή στο μέλλον να είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Χωρίς νόημα ή σκοπό						Γεμάτη νόημα και σκοπό

23. Νομίζετε ότι πάντα θα υπάρχουν άνθρωποι, στους οποίους θα μπορείτε να βασίζεστε στο μέλλον;

1	2	3	4	5	6	7
Είστε βέβαιος ότι θα υπάρχουν						Αμφιβάλλετε αν θα υπάρχουν

24. Σας συμβαίνει να έχετε το αίσθημα ότι δεν γνωρίζετε ακριβώς το τι πρόκειται να συμβεί;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ σπάνια ή ποτέ

25. Πολλοί άνθρωποι – ακόμα και εκείνοι με δυνατό χαρακτήρα- μερικές φορές αισθάνονται ως αποτυχημένοι σε κάποιες καταστάσεις. Πόσο συχνά έχετε αισθανθεί κατ' αυτόν τον τρόπο στο παρελθόν;

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ						Πολύ συχνά

26. Όταν συνέβαινε κάτι, ανακαλύπτατε γενικά ότι:

1	2	3	4	5	6	7
Υπερεκτιμήσατε ή υποτιμήσατε τη σημασία του						Είδατε τα πράγματα στις σωστές του αναλογίες

27. Όταν σκέφτεστε τις δυσκολίες που πρόκειται πιθανά να αντιμετωπίσετε σε σημαντικούς τομείς της ζωής σας, έχετε την αίσθηση ότι:

1	2	3	4	5	6	7
Πάντα θα πετυχαίνετε να ξεπερνάτε τις δυσκολίες						Δεν θα πετύχετε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες

28. Πόσο συχνά έτυχε την αίσθηση ότι έχουν λίγο νόημα τα πράγματα που κάνετε στην καθημερινή σας ζωή;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ σπάνια ή ποτέ

29. Πόσο συχνά έχετε συναισθήματα που δεν είστε σίγουροι ότι μπορείτε να κρατήσετε υπό έλεγχο;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ σπάνια ή ποτέ

8. HDHQ (Caine and Fouds, 1967)

ΠΑΡΑΚΛΗΣΗ

Απαντήστε στις ερωτήσεις, βάζοντας κύκλο γύρω από τις λέξεις «ΝΑΙ» ή «ΟΧΙ» που υπάρχουν στο τέλος κάθε πρότασης. Αν το βρίσκετε δύσκολο να αποφασίσετε, τότε σκεφτείτε αν η πρόταση είναι **γ ε ν ι κ ά** σωστή ή όχι, και βάλτε κύκλο στην ανάλογη λέξη.

1. Οι πιο πολλοί κάνουν φίλους γιατί οι φίλοι μπορεί να τους φανούς κάποτε χρήσιμοιΝΑΙ - ΟΧΙ
2. Δεν κατηγορώ εκείνον που παίρνει σαν ευκαιρία το ότι κάποιος
του άνοιξε τον εαυτό τουΝΑΙ - ΟΧΙ
3. Συνήθως περιμένω να πετύχω σ' αυτά που κάνωΝΑΙ - ΟΧΙ
4. Δεν έχω εχθρούς που να θέλουν πραγματικά να με βλάψουνΝΑΙ - ΟΧΙ
5. Μακάρι να μπορούσα να μην στεναχωριέμαι για πράγματα που έχω πειΝΑΙ - ΟΧΙ
6. Νομίζω ότι ο καθένας θάλεγε ψέματα για να αποφύγει μπελάδεςΝΑΙ - ΟΧΙ
7. Δεν κατηγορώ κανένα που προσπαθεί να αρπάξει ό,τι μπορεί σ' αυτόν τον κόσμοΝΑΙ - ΟΧΙ
8. Τις πιο σκληρές μάχες τις δίνω με τον εαυτό μουΝΑΙ - ΟΧΙ
9. Ξέρω ποιος άλλος εκτός από μένα είναι υπεύθυνος για τα περισσότερα
από τα βάσανά μουΝΑΙ - ΟΧΙ
10. Μερικοί παριστάνουν τόσο πολύ το αφεντικό, που μου έρχεται να κάνω
το αντίθετο από αυτό που μου ζητούν, ακόμη κι αν ξέρω ότι έχουν δίκιοΝΑΙ - ΟΧΙ
11. Μερικά μέλη της οικογένειάς μου έχουν συνήθειες που μ' ενοχλούν
και με τσαντίζουν πολύΝΑΙ - ΟΧΙ
12. Πιστεύω ότι έχω κάνει ασυγχώρετα σφάλματα ΝΑΙ-ΟΧΙ
13. Πολύ λίγους καυγάδες κάνω με τα μέλη της οικογένειάς μουΝΑΙ - ΟΧΙ
14. Συχνά, σε διάφορες περιστάσεις στη ζωή μου, έχω βρεθεί χαμένος
σε μια υπόθεση, γιατί δεν μπόρεσα να αποφασίσω εγκαίρωςΝΑΙ - ΟΧΙ
15. Μπορώ εύκολα να κάνω τους άλλους να φοβούνται και μερικές φορές
το κάνω για πλάκαΝΑΙ - ΟΧΙ
16. Πιστεύω ότι είμαι ένας καταδικασμένος άνθρωποςΝΑΙ - ΟΧΙ
17. Στο σχολείο τιμωρήθηκα μερικές φορές για κακή συμπεριφοράΝΑΙ - ΟΧΙ
18. Μερικές φορές έχω σταθεί εμπόδιο στο δρόμο ανθρώπων που προσπαθούσαν
να κάνουν κάτι, όχι γιατί αυτό με έβλαπτε προσωπικά, αλλά γιατί ήτανε
για μένα ζήτημα αρχήςΝΑΙ - ΟΧΙ
19. Οι πιο πολλοί είναι τίμιοι κυρίως γιατί φοβούνται μήπως συλληφθούνΝΑΙ - ΟΧΙ
20. Μερικές φορές μ' αρέσει να πληγώνω πρόσωπα που αγαπάωΝΑΙ - ΟΧΙ
21. Δεν έχω ζήσει τη ζωή μου όπως θα έπρεπεΝΑΙ - ΟΧΙ
22. Μερικές φορές μούρχεται να τραυματίσω τον εαυτό μου ή κάποιον άλλοΝΑΙ - ΟΧΙ
23. Φαίνεται να είμαι εξίσου ικανός και έξυπνος όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι γύρω μου ΝΑΙ - ΟΧΙ
24. Μερικές φορές πειράζω τα ζώαΝΑΙ - ΟΧΙ
25. Μερικές φορές θυμώνωΝΑΙ - ΟΧΙ

26. Έχω απόλυτη εμπιστοσύνη στον εαυτό μουΝΑΙ - ΟΧΙ
27. Συχνά δεν καταλαβαίνω γιατί έχω γίνει τόσο τσαντίλας και γκρινιάρηςΝΑΙ - ΟΧΙ
28. Αποφεύγω να αντιμετωπίσω δύσκολες και κρίσιμες καταστάσειςΝΑΙ - ΟΧΙ
29. Νομίζω ότι οι περισσότεροι άνθρωποι θάλεξαν ψέματα για να πάνε μπροστάΝΑΙ - ΟΧΙ
30. Είναι φορές που ένοιωσα ότι οι δυσκολίες συσσωρεύτηκαν τόσο πολύ, που δεν
θα μπορούσα να τις υπερνικήσωΝΑΙ - ΟΧΙ
31. Πιστεύω ότι αν δεν υπήρχαν άνθρωποι να μου σταθούν εμπόδιο,
θα μπορούσα να ήμουν πολύ περισσότερο επιτυχημένοςΝΑΙ - ΟΧΙ
32. Συχνά βλέπω τους άλλους να ζηλεύουν τις σωστές μου ιδέεςΝΑΙ - ΟΧΙ
33. Συχνά αισθάνομαι σα να έχω κάνει κάποιο κακό ή και κάτι άδικοΝΑΙ - ΟΧΙ
34. Αρκετές φορές παράτησα κάτι που έκανα, γιατί νόμισα ότι οι ικανότητές μου
ήσαν πολύ μικρές γι' αυτόΝΑΙ - ΟΧΙ
35. Κάποιος μ' έχει στο μάτιΝΑΙ - ΟΧΙ
36. Όταν κάποιος μου κάνει κακό, αισθάνομαι ότι πρέπει να του το ανταποδώσω,
αν μπορέσω, έτσι, γιατί είναι ζήτημα αρχήςΝΑΙ - ΟΧΙ
37. Είμαι σίγουρος ότι η ζωή με έχει αδικήσειΝΑΙ - ΟΧΙ
38. Πιστεύω ότι με παρακολουθούνΝΑΙ - ΟΧΙ
39. Μερικές φορές έχω την έντονη τάση να κάνω κάτι βλαβερό και συγκλονιστικόΝΑΙ - ΟΧΙ
40. Πολύ εύκολα με βάζουν κάτω σε μια συζήτησηΝΑΙ - ΟΧΙ
41. Καλύτερα να μην εμπιστεύεσαι κανένανΝΑΙ - ΟΧΙ
42. Δεν μπορώ εύκολα να ανέχομαι τους άλλουςΝΑΙ - ΟΧΙ
43. Μερικές φορές αισθάνομαι ότι είμαι τελείως ανάξιοςΝΑΙ - ΟΧΙ
44. Συχνά αναρωτιέμαι για ποια κρυφή αιτία κάποιος μου κάνει καλόΝΑΙ - ΟΧΙ
45. Θυμώνω εύκολα και εύκολα ξεθυμώνωΝΑΙ - ΟΧΙ
46. Μερικές φορές μούρχεται ν' αρχίσω να τα σπάωΝΑΙ - ΟΧΙ
47. Νομίζω ότι κάποια συνωμοσία γίνεται σε βάρος μουΝΑΙ - ΟΧΙ
48. Μερικές φορές, στα σίγουρα αισθάνομαι τελείως άχρηστοςΝΑΙ - ΟΧΙ
49. Μερικές φορές μούρχεται ν' αρπαχτώ στις μπουνιές με κάποιονΝΑΙ - ΟΧΙ
50. Κάποιος προσπαθεί να με ληστέψειΝΑΙ - ΟΧΙ
51. Στα σίγουρα μου λείπει κάθε εμπιστοσύνη στον εαυτό μουΝΑΙ - ΟΧΙ

ΠΑΡΑΚΛΗΣΗ: ΣΙΓΟΥΡΕΥΤΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

9. WHOQOL-BREF

(Μετάφραση – Προσαρμογή: Μ. Τζινιέρη – Κοκκώση και συν. 2000)

Στο ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζεται πως εσείς αξιολογείτε την **ποιότητα ζωής σας**, την υγεία σας καθώς και άλλες πλευρές της ζωής σας. Παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις**. Αν δεν είστε σίγουρος/η για την απάντηση σε κάποια ερώτηση, παρακαλούμε **να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι είναι η κατάλληλη για σας**. Συχνά, η πιο σωστή απάντηση μπορεί να είναι η πρώτη απάντηση που σκεφτήκατε να δώσετε.

Παρακαλούμε να σκεφτείτε τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί. Θα θέλαμε να φέρετε στην μνήμη σας **τις δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας και να δώσετε τις απαντήσεις σας σύμφωνα με αυτό το χρονικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, σκεπτόμενοι τις δύο τελευταίες εβδομάδες, μία ερώτηση θα μπορούσε να είναι:

Έχετε από τους άλλους την συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
	1	2	3	4	5

Θα πρέπει να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Για παράδειγμα, εάν έχετε σε μεγάλο βαθμό υποστήριξη από τους άλλους, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό **4** που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση «Πολύ».

Αν δεν έχετε «Καθόλου» την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους τις δύο τελευταίες εβδομάδες, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό **1**.

Παρακαλούμε να διαβάσετε κάθε ερώτηση, να σκεφτείτε και να αξιολογήσετε τα συναισθήματά σας και να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό της κλίμακας που δίνει την πιο κατάλληλη για σας απάντηση, σε κάθε ερώτηση.

Πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
	1	2	3	3	5

Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υγεία σας;	Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο πολύ βιώνετε κάποιες καταστάσεις τις δυο τελευταίες εβδομάδες

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλείες σας	1	2	3	4	5
Πόσο χρειάζεστε κάποιου είδους ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
Πόσο απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
Αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5
Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5
Πόσο ασφαλής από εξωτερικούς κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον που ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο απόλυτα**, δηλαδή σε **ποιο βαθμό** μπορείτε να βιώνετε κάποιες καταστάσεις ή **πόσο ικανός/η** θεωρείτε ότι είστε ώστε να κάνετε ορισμένα πράγματα τις δυο τελευταίες εβδομάδες.

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
Έχετε την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
Μπορείτε να αποδεχθείτε τη σωματική εμφάνισή σας;	1	2	3	4	5
Έχετε τα απαραίτητα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
Πόσο εύκολα μπορείτε να έχετε την πληροφόρηση που χρειάζεστε για θέματα που αφορούν την καθημερινή ζωή σας;	1	2	3	4	5
Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανός/η είστε να κινείστε στο χώρο και να κυκλοφορείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε από διάφορες πλευρές της ζωής σας τις δύο τελευταίες εβδομάδες

	Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας να βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητές της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σχέσεις σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την σεξουαλική ζωή σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την πρόσβαση που έχετε στις διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει πόσο συχνά έχετε ορισμένα συναισθήματα τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
	1	2	3	4	5

