



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ



Τμήμα Μαθητικής

ΜΑΘΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΠΑΡΑΔΟΣΕΩΝ



Ψ

ΘΕΟΦΥΛΙΔΗΣ ΑΝΤΩΝΗΣ
PhD Cognitive Psychology

Θεοφυλίδης Αντώνης

Διδάκτορας Γνωστικής Ψυχολογίας

Μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης στην Κοινωνική – Κλινική ψυχολογία

Μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης στην Πειραματική και Γνωστική Ψυχολογία

Μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης στην Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Πτυχιούχος Ψυχολογίας

Πτυχιούχος Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας

Γνωστικός Νευροψυχολόγος της Γ΄ Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής κλινικής Α.Π.Θ.

Επικοινωνία:

Τηλ. Γραφείου : 2313 313 175

Τηλ. Κινητό: 6978 802 810

Mail: antonis109@yahoo.gr

ΜΑΘΗΜΑ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Σκοπός του μαθήματος είναι οι φοιτητές να γνωρίσουν τις θεωρίες, τις βασικές αρχές και τις έννοιες της Ψυχολογίας και των κλάδων της.

Να αναλύουν τα δομικά στοιχεία της προσωπικότητας και τους μηχανισμούς προσαρμογής και άμυνας. Βασιζόμενοι στις παραπάνω γνώσεις να αποκτήσουν την ικανότητα της ψυχολογικής φροντίδας και υποστήριξης ζευγαριών που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδιά, αλλά και ασθενών με γυναικολογικά και μαιευτικά προβλήματα προσεγγίζοντας τους με την απαιτούμενη κατανόηση και στήριξη. Τέλος να ευαισθητοποιηθούν σε θέματα που αφορούν στην ειδικότητά τους και να βελτιώσουν την ικανότητα επικοινωνία τους.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

1.1 Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

1.2 ΘΕΩΡΙΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Α. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Β. Η ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Γ. Η ΠΡΟΣΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Δ. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ

Ε. ΘΕΩΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΣΤ. ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Ζ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ –ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

1.3 Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

1.4 ΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ ΤΟΥ ΕΓΩ

1.5 ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΑΜΥΝΤΙΚΩΝ ΜΗΧΑΝΙΣΜΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

2.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

2.2 ΑΓΧΟΣ

2.3 ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ

2.4 ΨΥΧΩΣΕΙΣ

-Τα συμπτώματα των ψυχώσεων

-Φάσεις ψυχωτικών επεισοδίων

Τύποι Ψυχώσεων

-Ψύχωση προκαλούμενη από ουσίες

-Οργανική ψύχωση Ψύχωση προκαλούμενη από ιατρική κατάσταση

-Βραχεία αντιδραστική ψύχωση

-Σχιζοφρένια

-Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή

-Διπολική διαταραχή (μανιακή κατάθλιψη)

-Μείζων κατάθλιψη

-Τι προκαλεί ψύχωση.

2.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Γενικά χαρακτηριστικά

Είδη διαταραχών της προσωπικότητας:

1. Παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητας

2. Σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας

3. Σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας

4. Μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας

5. Δραματική διαταραχή προσωπικότητας

6. Ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας

7. Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και ψυχοπάθεια

8. Αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας

9. Εξαρτημένη διαταραχή προσωπικότητας

10. Καταναγκαστική ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας

2.6 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

- Τι εννοούμε με τον όρο κατάθλιψη στην καθημερινή γλώσσα -
- Τι εννοούμε με τον όρο Κατάθλιψη στην Ψυχιατρική;
- Τα συμπτώματα της κατάθλιψης
- Η διαφορά φυσιολογικού καταθλιπτικού συναισθήματος από την κλινική κατάθλιψη
- Η συχνότητα της Κατάθλιψης
- Η διαφορά της συχνότητας της κατάθλιψης στα δύο φύλα -
- Τα αίτια της Κατάθλιψης
- Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

1.1 Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Η ψυχολογία (ψυχή και λόγος) έχει ως αντικείμενο της τη «γνώση της ψυχής». Πολύ πριν υπάρξει ο όρος ψυχολογία, το αντικείμενο της, δηλαδή η γνώση της ανθρώπινης ψυχής, είχε ήδη αποτελέσει αντικείμενο φιλοσοφικών μελετών. Αν και ο όρος ψυχολογία εμφανίζεται στη βιβλιογραφία τον 16^ο αιώνα, ωστόσο η γνώση της ανθρώπινης ψυχής αποτελεί αντικείμενο μελέτης ήδη από την κλασική αρχαιότητα. Ο Αριστοτέλης άλλωστε θεωρούσε ότι η ψυχή είναι η αρχή των ζωντανών όντων.

Πιο συγκεκριμένα, εφόσον η ψυχολογία ξεκίνησε ως προσπάθεια απάντησης στο ερώτημα «τι είναι ο άνθρωπος», στο χώρο των επιστημών μπορούμε να την ορίσουμε ως την επιστήμη που μελετά, ερμηνεύει και αναλύει ή ακόμα και προβλέπει την ανθρώπινη προσωπικότητα και συμπεριφορά σε όλες τις διαστάσεις της. Αναζητά πολύπλευρα τις αιτίες που προκαλούν και καθορίζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά, με στόχο να την κατανοήσει μέσα στο κοινωνικό γίγνεσθαι και να επιτύχει την καλύτερη προσαρμογή του ανθρώπου στο περιβάλλον του και επομένως τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

Η ανάπτυξη της ψυχολογίας και η σύγχρονη θεώρηση του ανθρώπου ως συνόλου, ως ψυχοσωματικής δηλαδή οντότητας, που υφίσταται την αλληλεπίδραση του περιβάλλοντος και της κοινωνίας, την έφεραν σε άμεση σχέση με πολλές «γειτονικές» επιστήμες. Η φυσιολογία, η νευρολογία, η ιατρική, η ανατομία, η βιοχημεία, η γενετική, η βιολογία μας βοηθούν να κατανοήσουμε τους οργανικούς- σωματικούς παράγοντες που προκαλούν κάποιες συμπεριφορές.

Το ίδιο συμβαίνει και όταν μελετάμε τις περισσότερες ασθένειες, που έχουν χαρακτηριστεί σήμερα ως ψυχοσωματικές. Επίσης η ψυχολογία έχει άμεση σχέση με την κοινωνιολογία, τις οικονομικές και πολιτικές επιστήμες, καθώς μελετά προβλήματα που καθορίζονται εκτός από ψυχολογικούς και από κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτιστικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα αυτό της εξάρτησης από ουσίες. Άρρηκτα επίσης συνδέεται με την ανάλυση και την αντιμετώπιση προβλημάτων που προκύπτουν στον εργασιακό χώρο και είναι κοινά στις ανθρώπινες σχέσεις.

Για όλους τους παραπάνω λόγους και επιπλέον λαμβάνοντας ως δεδομένο ότι η ψυχολογία προσπαθεί να κατανοήσει τις αρχές που διέπουν τη σχέση ατόμου και κοινωνικού και κατ' επέκταση και επαγγελματικού χώρου, συνδέεται άρρηκτα και με τον τομέα των εφαρμογών της μαιευτικής.

1.2 ΘΕΩΡΙΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Μέσα από την ιστορική εξέλιξη της επιστήμης της ψυχολογίας αναπτύχθηκαν διαφορετικές θεωρίες ή σχολές, ανάλογα με τις τάσεις που ακολουθούν κατά την ερμηνεία της ανθρώπινης συμπεριφοράς και των ψυχικών φαινομένων. Οι πιο αντιπροσωπευτικές είναι οι ακόλουθες:

A) Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (behaviorism - μπιχεβιορισμός)

Η θεωρία αυτή πιστεύει ότι αφού οι σκέψεις, τα κίνητρα, και τα συναισθήματα του ατόμου δεν μπορούν να ελεγχθούν, η ψυχολογία πρέπει να στραφεί στην εξέταση της εξωτερικής συμπεριφοράς, η οποία είναι εύκολα παρατηρήσιμη. Στηρίζεται στην άμεση παρατήρηση των ερεθισμάτων που προκαλούν και ενισχύουν την αντίδραση και εξετάζει την ανθρώπινη συμπεριφορά ως αντίδραση σε ερεθίσματα (παράγοντες και συνθήκες) που την ελέγχουν, την επηρεάζουν και άρα την προκαθορίζουν.

B) Η ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ



S. Freud

Η ανθρώπινη συμπεριφορά σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία είναι στην ουσία η επιστήμη του *ασυνείδητου*. Δίπλα στο συνειδητό και λογικό επίπεδο του ανθρώπινου ψυχισμού υπάρχει το **ασυνείδητο**, το οποίο επίσης καθορίζει την ανθρώπινη συμπεριφορά. Θεωρεί επίσης ότι καθοριστικός παράγοντας για την ανάπτυξη της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς ενός ατόμου είναι η ικανοποίηση των ενστικτωδών αναγκών του και κυρίως του ενστίκτου της ηδονής, της libido, που υπάρχει ήδη από τη γέννηση και εξελίσσεται αδιάκοπα.

Ο Sigmund Freud προσπάθησε να δημιουργήσει μια διαχρονική θεωρία κεντρικός άξονας της ψυχαναλυτικής θεώρησης του ατόμου είναι ο άνθρωπος ως σύστημα ενεργειών. Η ενέργεια ρέει μέσα στον άνθρωπο και διοχετεύεται σε κάποια κανάλια, δηλαδή συμπεριφορές. Στόχος του ανθρώπου είναι η ηδονή, δηλαδή η μείωση της έντασης ή η απελευθέρωση της ενέργειας. Κατά τον Freud, οι άνθρωποι αναζητώντας την ηδονή σκοντάφτουν στις απαιτήσεις της πολιτισμένης κοινωνίας. Έτσι είτε διοχετεύουν την ενέργεια σε άλλο κανάλι, είτε οδηγούνται στη δυστυχία και τη νεύρωση.

Η ψυχαναλυτική θεωρία υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος δεν έχει πλήρη επίγνωση των συναισθημάτων και ενστίκτων του. Αυτά που έχουμε επίγνωση βρίσκονται στο **συνειδητό**, αυτά που μπορούμε να αντιληφθούμε αν τους δώσουμε προσοχή βρίσκονται στο **υποσυνείδητο** και αυτά που δεν μπορούμε να αντιληφθούμε, φωλιάζουν στο **ασυνείδητο**. Τα τελευταία μπορούμε να τα παρατηρήσουμε έμμεσα, μελετώντας τα όνειρα, τις γλωσσικές παραδρομές, τις νευρώσεις, τις ψυχώσεις, κ.α. Στο ασυνείδητο εξάλλου φωλιάζουν όλες οι τραυματικές εμπειρίες της παιδικής μας, κι όχι μόνο, ζωής, για λόγους άμυνας. Αναγκάζουμε δηλαδή τον εαυτό μας να απωθήσει τις εμπειρίες για να αποφύγουμε τον πόνο που τις συνοδεύει.

Στα 1923, ο Freud ανέπτυξε ένα πιο μεθοδικό δομικό μοντέλο της ψυχανάλυσης παρουσιάζοντας τις έννοιες του «**εκείνο**», «**εγώ**» και «**υπερεγώ**». Το «**εκείνο**» αντιπροσωπεύει την πηγή ενέργειας των ενορμήσεων. Είναι απαιτητικό, παράλογο, αντικοινωνικό και αγαπά τις απολαύσεις. Το «**υπερεγώ**» αποτελεί τον αντίποδα του «**εκείνο**». Αντιπροσωπεύει το ηθικό μέρος της λειτουργίας μας, περιλαμβάνοντας τα ιδανικά για τα οποία αγωνιζόμαστε και τις ενοχές που συνοδεύουν τις «**κακές**» μας πράξεις. Στη μέση των δύο βρίσκεται το «**Εγώ**». Η λειτουργία του έγκειται στην ικανοποίηση του «**εκείνο**» στα πλαίσια της πραγματικότητας και των απαιτήσεων του «**υπερεγώ**». Αναφορικά με τα στάδια ανάπτυξης, ο Freud ανέφερε το «**στοματικό**» (0-1 ετών, παίρνει το όνομα του από το γεγονός ότι το βασικό κέντρο διέγερσης κι ευαισθησίας του παιδιού είναι το στόμα), το «**πρωκτικό**» (2-προεφηβεία, η διέγερση είναι στον πρωκτό) και τέλος το **γεννητικό στάδιο** (έναρξη εφηβείας, ξύπνημα των σεξουαλικών ορμών).

Κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου το αγόρι αντιλαμβάνεται ότι ο πατέρας αποτελεί τον αντίζηλο του στην αγάπη της μητέρας δημιουργώντας το **Οιδιπόδειο σύμπλεγμα**, το γνωστότερο ίσως όρο της Ψυχανάλυσης.

Τέλος, ο Freud υποστήριξε ότι η εξέλιξη της ανθρώπινης προσωπικότητας ακολουθεί μια φυσιολογική πορεία κι ότι το πρόβλημα θα δημιουργεί αν υπάρξει καθήλωση σε κάποιο στάδιο ή μια σύγκρουση που δεν έχει λυθεί και κρατά δέσμιο το άτομο. Ρόλος του ψυχολόγου είναι να ανακαλύψει αυτή την καθήλωση ή / και

σύγκρουση, να βοηθήσει το άτομο να τη λύσει και να τον ωθήσει έτσι στην περαιτέρω ανάπτυξη της προσωπικότητάς του.

Αδυναμίες της Θεωρίας:

Το ενεργειακό μοντέλο που αποτελεί τη ραχοκοκαλιά της θεωρίας, έχει πλέον καταρριφθεί. Οι άνθρωποι δεν επιδιώκουν πάντα τη μείωση της έντασης. Συχνά μάλιστα ζητούν την αύξησή της! Το επιστημονικό κύρος της θεωρίας είναι ανύπαρκτο. Οι όροι είναι διφορούμενοι, η γλώσσα είναι ασαφής, οι έννοιες αν και έχουν περιγραφική δύναμη πολύ δύσκολα αποδίδονται με αντίστοιχες παρατηρήσιμες συμπεριφορές.

Το σημαντικότερο όμως είναι η πλήρη έλλειψη έρευνας. Η ίδια η θεωρία άλλωστε παρουσιάζει μια εκνευριστική ελαστικότητα καθιστώντας τη μη διαψεύσιμη. Μια θεωρία που δεν μπορεί να διαψευσθεί δεν είναι επιστημονική θεωρία.

Γ. Η ΠΡΟΣΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Η θεωρία αυτή αποτελεί δημιούργημα του **Carl Ransom Rogers** και εστιάστηκε στη διεργασία της ψυχοθεραπείας. Αποτελεί συνέχεια της ψυχανάλυσης αλλά διαφέρει σε τόσο μεγάλο βαθμό που αποτελεί πλέον αυτοτελή θεωρία. Η δομική έννοια της θεωρίας είναι ο «**εαυτός**». Κατά τον Rogers, το άτομο αντιλαμβάνεται τα εξωτερικά αντικείμενα και τις εμπειρίες και τους δίνει κάποιο νόημα. Το όλο σύστημα των αντιλήψεων συνιστούν το πεδίο φαινομένων του ανθρώπου. Τα μέρη του πεδίου αυτού που το άτομο θεωρεί ως «εαυτό» ή «εγώ» συνιστούν την έννοια του εαυτού.

Η έννοια του εαυτού είναι σταθερά οργανωμένη και διατηρεί αυτή τη σταθερότητα παρά τις αλλαγές που υφίσταται κατά την πάροδο του χρόνου. Η θεωρία έδωσε βαρύτητα στην «**αυτοσυνέπεια**» και τη «**συμφωνία**» του εαυτού μας με την εμπειρία. Το άτομο, σε αντίθεση με αυτά που έλεγε ο Freud, δεν επιζητά την ευχαρίστηση και αποφυγή του πόνου, αλλά, αντίθετα, ζητά να διατηρήσει την ίδια του τη δομή. Έτσι, αν κάποιος θεωρεί ότι στον εαυτό του «**ταιριάζει**» ο πόνος τότε θα επιδιώξει την αύξηση του πόνου. Όσον αφορά τη συμφωνία του εαυτού με την εμπειρία, αυτή αφορά το γεγονός ότι οι άνθρωποι θα προσπαθήσουν να φέρουν σε συμφωνία την εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους με τα συναισθήματα που βιώνουν. Αν αποτύχουμε τότε θα βιώσουμε μια κατάσταση ασυμφωνίας που θα έχει σαν αποτέλεσμα την ενεργοποίηση διαδικασιών άμυνας. Η πιο χαρακτηριστική μορφή άμυνας είναι η «**διαστρέβλωση**». Π.χ. αν κάποιος μαθητής θεωρεί τον εαυτό του αδύναμο στα μαθηματικά και πάρει υψηλό βαθμό θα δικαιολογήσει το γεγονός με προτάσεις του τύπου «**Αυτός ο καθηγητής είναι ανόητος**» ή «**Ήταν τυχαίο**». Αναφορικά με την ανάπτυξη των παιδιών, ο Rogers πρέσβευε ότι η υγιής ανάπτυξη του παιδιού γίνεται μέσα σε κλίμα όπου το παιδί γίνεται αποδεκτό ακόμα κι όταν πράττει συμπεριφορές που οι γονείς δεν εγκρίνουν. Δε λέει ότι πρέπει οι γονείς να είναι απαθείς, αλλά ότι πρέπει να κατακρίνουν τη συμπεριφορά κι όχι το παιδί. Πρόκειται για τη διαφορά ανάμεσα στο «**Δε μου αρέσει αυτό που κάνεις**» και «**Είσαι κακό παιδί που κάνεις αυτό**». Αυτό που έκανε διάσημο τον Rogers δεν ήταν τόσο η θεωρία του όσο θεραπευτική του στάση. Οι τρεις προϋποθέσεις που θεωρεί ότι πρέπει να πληρούνται για να προχωρήσει η θεραπεία είναι η **ειλικρίνεια**, η **άνευ όρων θετική αναγνώριση** και η **συναισθηματική κατανόηση**.

Α. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ

Η θεωρία της μάθησης μπορεί να χωριστεί σε 2 βασικά μέρη:

Στη κλασσική εξαρτημένη μάθηση και στη συντελεστική μάθηση.

Κλασσική εξαρτημένη μάθηση: Το χαρακτηριστικό αυτής της θεωρίας είναι το γεγονός πως ένα μέχρι πριν ουδέτερο ερέθισμα αποκτά την ικανότητα να προκαλέσει μια αντίδραση επειδή σχετίζεται με ένα άλλο ερέθισμα που προκαλεί την ίδια ή παρόμοια αντίδραση. Πιο γνωστό παράδειγμα είναι το κουδούνι που προκαλούσε το σίελο του σκύλου επειδή είχε συνδεθεί με το φαγητό που ερχόταν πάντοτε λίγα δευτερόλεπτα μετά τον ήχο του κουδουνιού. Η ανακάλυψη αυτή έγινε τυχαία από το Ρώσο φυσιολόγο Ivan Petrovich Pavlov. Βασικό στοιχείο είναι η γενίκευση – όπου η αντίδραση στο κουδούνι μπορεί να γενικευτεί και σε άλλους ήχους –, η διάκριση – ακριβώς το αντίθετο της γενίκευσης– και η απόσβεση – όταν το εξαρτημένο ερέθισμα γίνεται πάλι ουδέτερο–Για παράδειγμα: Κάποιο παιδί το δαγκώνει ένας σκύλος και αναπτύσσει φοβία για τα σκυλιά. Στη συνέχεια, μέσω κάποιων θετικών εμπειριών με κάποια σκυλιά, παύει να τα φοβάται όλα και φοβάται μερικά (εδώ βλέπουμε τη διάκριση). Με περαιτέρω θετικές εμπειρίες παύει να φοβάται τα σκυλιά (απόσβεση). Το μοντέλο της κλασσικής εξαρτημένης μάθησης μας βοηθά να κατανοήσουμε την ανάπτυξη, διατήρηση και εξαφάνιση πολλών συναισθηματικών αντιδράσεων. Η μέθοδος που χρησιμοποιείται στην απόσβεση συναισθηματικών αντιδράσεων λέγεται «συστηματική απευαισθητοποίηση» του **Joseph Wolpe**. Είναι μια πολύπλοκη διαδικασία μέσω της οποίας το άτομο μαθαίνει να συνδέει τα ερεθίσματα που του προκαλούν άγχος με συναισθήματα χαλάρωσης κι έτσι να ξεπερνά τις φοβίες του.

Συντελεστική εξαρτημένη μάθηση: Αποτελεί δημιούργημα του Skinner και αποτέλεσε μια από τις πλέον δημοφιλείς θεωρίες στην ιστορία της ψυχολογίας. Η άποψη του Skinner είναι ότι ο οργανισμός εκδηλώνει τυχαίες αντιδράσεις καθώς εξερευνά τον κόσμο, τους συντελεστές. Η συντελεστική συμπεριφορά δεν υποκινείται από ερέθισμα του περιβάλλοντος, απλώς προκύπτει. Ενισχυτής ονομάζεται η αντίδραση που ακολουθεί μια συντελεστική συμπεριφορά και αυξάνει την πιθανότητα επανεκδήλωσης της. Ορισμένα ερεθίσματα, όπως τα χρήματα, ονομάζονται «γενικευμένοι ενισχυτές» επειδή παρέχουν πρόσβαση σε πολλά είδη ενισχυτών. Παράδειγμα: Ένα μωρό εκδηλώνει ήχους καθώς μεγαλώνει. Οι ασυνάρτητοι ήχοι δεν προκαλούν καμία αντίδραση. Αν τυχαία το μωρό αρχίσει να επαναλαμβάνει τον ήχο «μα, μα, μα» οι γονείς αμέσως αντιδρούν ευχάριστα και «σπρώχνουν» το μωρό στην επανάληψη αυτών των ήχων μέχρι να μάθει να λέει «μαμά».

Αδυναμίες της Θεωρίας: Η συμπεριφορική προσέγγιση έχει υπεραπλουστεύσει την ανθρώπινη προσωπικότητα. Κι αυτό τόσο γιατί όλες σχεδόν οι έρευνες της θεωρίας έγιναν σε ζώα όσο και γιατί οι συμπεριφορές που μελετούν οι θεωρητικοί της μάθησης είναι επιφανειακές. Παράλληλα, παραμελούν πλήρως τη γνωστική πτυχή του ανθρώπου. Η γνωστική συμπεριφορά περιλαμβάνει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο προσλαμβάνει, οργανώνει και μεταδίδει πληροφορίες. Οι οπαδοί των θεωριών της μάθησης αδιαφόρησαν ολοκληρωτικά γι αυτό το κομμάτι. Συνοψίζοντας, οι θεωρίες της μάθησης πράγματι εξηγούν κάποια φαινόμενα και προτείνουν λύσεις για κάποια άλλα –όπως η πραγματικά εξαιρετική συστηματική απευαισθητοποίηση– όμως είναι ανίκανη να μελετήσει πλήρως την ανθρώπινη συμπεριφορά.

Ε. ΘΕΩΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Έχει μικρή αποδοχή από τους ψυχολόγους και τεράστια αποδοχή από τους μη ειδικούς. Όλοι σχεδόν οι άνθρωποι χρησιμοποιούν αυτή τη θεωρία όταν προσπαθούν να εξηγήσουν τις συμπεριφορές των συνανθρώπων τους. Προστρέχουν σε σταθερά χαρακτηριστικά (είναι τσιγκούνης, εσωστρεφής, βαρετός, κλπ) Η βασική υπόθεση της θεωρίας είναι ότι οι άνθρωποι συμπεριφέρονται με ορισμένους τρόπους λόγω κάποιων γενικών προδιαθέσεων, των λεγόμενων χαρακτηριστικών. Αυτά αποτελούν τους θεμελιώδεις δομικούς λίθους της προσωπικότητας. Μπορεί να γίνει ιεραρχική διάκριση των χαρακτηριστικών ανάμεσα στα πρωτεύοντα χαρακτηριστικά και στα λιγότερο φανερά και μόνιμα χαρακτηριστικά. Το χαρακτηριστικό δεν αναγκάζει το άτομο να συμπεριφέρεται με τον ίδιο τρόπο σε όλες τις περιστάσεις. Επηρεάζει και το περιβάλλον κι έτσι δεν είναι απίθανο να δούμε κάποιον εσωστρεφή να συμπεριφέρεται με εξωστρεφή τρόπο κάποια στιγμή. Το χαρακτηριστικό καταδεικνύει τη συμπεριφορά που θα δείξει το άτομο τις περισσότερες φορές, όχι όλες.

Αδυναμίες της Θεωρίας:

Η έννοια του χαρακτηριστικού είναι προβληματική. Η έννοια μπορεί να οριστεί με διαφορετικό τρόπο και ταυτόχρονα είναι αδύνατο να πεις κανείς ποιες ακριβώς συμπεριφορές εντάσσονται σε κάθε κατηγορία. Όταν ο ορισμός της έννοιας δεν είναι σταθερός αλλά επαφίεται στην κρίση του κάθε ψυχολόγου τότε η αξιοπιστία αυτομάτως μηδενίζεται. Τέλος δεν απαντά στο βασικότατο ερώτημα: Το άτομο είναι απλά ένα σύνολο από χαρακτηριστικά ή μήπως ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένα τα χαρακτηριστικά αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της προσωπικότητάς;

ΣΤ. ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Η επιστήμη της ψυχολογίας άλλαξε ριζικά από τη δεκαετία του 1960 οπότε και έκανε την εμφάνισή της η **γνωστική θεωρία**. Για αρκετούς, η επανάσταση στην ψυχολογία που προκάλεσε η γνωστική θεωρία είναι ισοδύναμη της τεχνολογικής επανάστασης στη βιομηχανία. Η τεχνολογική επανάσταση κυριαρχείται από τον ηλεκτρονικό υπολογιστή και την επεξεργασία των πληροφοριών. Το πρότυπο της γνωστικής επανάστασης βλέπει το άτομο σαν ένα σύνθετο, εξειδικευμένο –αν και επιρρεπές στα λάθη- επεξεργαστή πληροφοριών. Οι πληροφορίες όμως που δέχονται τα αισθητήρια όργανα μας ανά πάσα στιγμή είναι τεράστιες. Πώς καταφέρνουμε να λειτουργήσουμε αποτελεσματικά όντας εκτεθειμένοι σε τέτοιο όγκο πληροφοριών; Χρησιμοποιώντας δύο τεχνικές που έχουν σαν στόχο την απλούστευση του κόσμου.

Στην **πρώτη τεχνική** συγκεντρώνουμε την προσοχή μας σε κάποια εργασία αδιαφορώντας συνειδητά για όλες τις άλλες πληροφορίες, τις άσχετες με το αντικείμενο προσοχής μας. Στη δεύτερη διαμορφώνουμε «**κατηγορίες**» προκειμένου να χειριστούμε διάφορες πληροφορίες ως παραπλήσιες. **Χειριζόμενοι ένα τμήμα πληροφορίας ως μέλος μια κατηγορίας, αυτομάτως του αποδίδουμε όλες τις ιδιότητες της εκάστοτε κατηγορίας.** Π.χ. συναντώντας μια οξιά δε χρειάζεται να τη μελετήσουμε για να μάθουμε τις ιδιότητες του δέντρου που συναντήσαμε. Αρκεί να παρατηρήσουμε ότι είναι οξιά κι αυτομάτως κατέχει όλες τις ιδιότητες μια οξιάς. Αναφορικά με το ζήτημα του εαυτού, οι γνωστικοί ψυχολόγοι αρχικά αδιαφόρησαν. Το 1977 όμως η Markus δημιούργησε νέα δεδομένα υποστηρίζοντας ότι οι άνθρωποι διαμορφώνουν γνωστικές δομές για τον εαυτό τους όπως κάνουν και για τα άλλα φαινόμενα. Αυτές οι γνωστικές δομές ονομάζονται **σχήματα εαυτού**. Τα σχήματα αυτά συνίστανται σε ένα

δίπολο (ένοχος-αθώος, κοινωνικός- εσωστρεφής, κ.α.) στο οποίο τα άτομα κατατάσσουν τον εαυτό τους. Είναι ενδιαφέρον να παρατηρήσουμε πως τα ήδη διαμορφωμένα σχήματα εαυτού επηρεάζουν τον τρόπο που επεξεργαζόμαστε πληροφορίες. Έτσι, πειράματα της Markus απέδειξαν ότι οι άνθρωποι επεξεργάζονται με ευκολία πληροφορίες σχετικές με το υπάρχον σχήμα εαυτού, ανακαλούν σχετικές αποδείξεις για τη συμπεριφορά και αντιστέκονται σε αποδείξεις αντίθετες προς τα σχήματα εαυτού. Μ' άλλα λόγια, από τη στιγμή που διαμορφώνουμε κάποιο σχήμα εαυτού, έχουμε την ισχυρή τάση να τα διατηρήσουμε μέσω κάποιας προκατάληψης ως προς αυτά τα ερεθίσματα και τις πληροφορίες στις οποίες δίνουμε προσοχή. Πως προτείνει η γνωστική ψυχολογία ότι μπορεί να αλλάξει ο άνθρωπος; Η γνωστική θέση για την αλλαγή είναι σχετικά απλή: Αφού η ψυχοπαθολογία είναι αποτέλεσμα μη ρεαλιστικών, δυσπροσαρμοστικών γνωστικών λειτουργιών, η θεραπεία πρέπει να μεταβάλλει αυτές τις διαστρεβλώσεις, αντικαθιστώντας τις με ρεαλιστικές, προσαρμοστικές γνωστικές λειτουργίες.

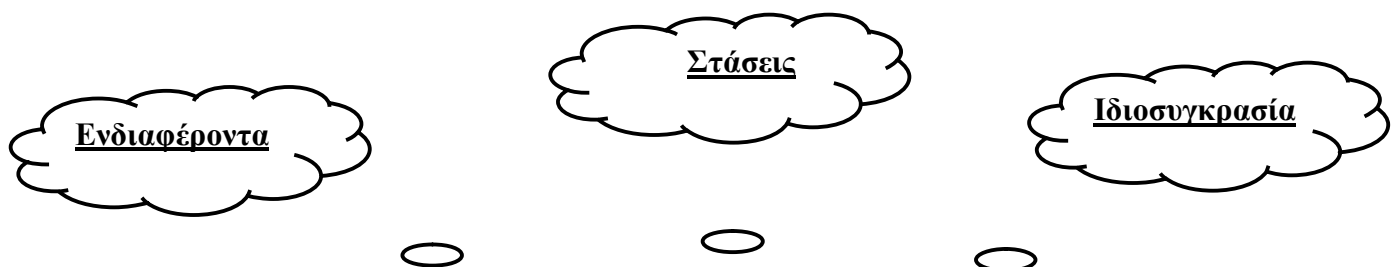
Z. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ –ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Η θεωρία αυτή ανήκει στους **Albert Bandura** και **Walter Mischel**. Είναι η πιο επιστημονική θεωρία στο χώρο της ψυχολογίας. Κάθε της πτυχή έχει μελετηθεί διεξοδικά μέσω δεκάδων ερευνών και πειραμάτων. Η θεωρία αυτή παντρεύει με επιτυχία τους δύο «εχθρούς» στο χώρο των ψυχολογικών θεωριών, τη ψυχανάλυση (με την έννοια ότι δίνει βαρύτητα μόνο στον εσωτερικό κόσμο του ανθρώπου) και το συμπεριφορισμό (που μελετά μόνο την παρατηρούμενη συμπεριφορά). Η συμπεριφορά του ατόμου εξηγείται ως αλληλεπίδραση ανάμεσα στις εσωτερικές του καταστάσεις και στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, με μια διαδικασία που ο Bandura ονομάζει **αμοιβαίο προκαθορισμό**. Το άτομο ναι μεν αντιδρά στις καταστάσεις αλλά ερμηνεύει και επηρεάζει ενεργά τις καταστάσεις αυτές, επιλέγει τις καταστάσεις αλλά και διαμορφώνεται μέσα από αυτές. Μεγάλη έμφαση δίνεται στις προσδοκίες που έχουν οι άνθρωποι σχετικά με τα γεγονότα και τις πεποιθήσεις που έχουν σχετικά με τον εαυτό τους. Πέρα όμως από τις γενικές προσδοκίες, οι άνθρωποι με βάση τη μεγάλη γνωστική τους ικανότητα, κάνουν ποικίλες διακρίσεις ανάμεσα στις περιστάσεις με βάση διάφορα κριτήρια. Έτσι, μια κατάσταση μπορεί να μοιάζει εξαιρετικά επικίνδυνη για τον ένα, συναρπαστική για τον άλλο και αδιάφορη για κάποιον τρίτο.

1.3 Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Προσωπικότητα είναι η μοναδικά οργανωμένη ολότητα του κάθε ατόμου που προσαρμόζεται στο περιβάλλον και εξελίσσεται δυναμικά μέσα σε αυτό. Είναι η ολότητα που περιλαμβάνει τη συναισθηματική και πνευματική ζωή του ατόμου, καθώς και το σύνολο των ατομικών συνηθειών και αντιδράσεων, που κάνουν σχετικά σταθερή τη συμπεριφορά του και επομένως δυνατή την πρόβλεψη της.

Ο Guilford (1965) εντάσσοντας όλους τους επιμέρους παράγοντες που αποτελούν και συνθέτουν το όλο, που ονομάζουμε *προσωπικότητα*, δημιουργεί το ακόλουθο μοντέλο:





Μοντέλο του Guilford (1965) για την προσωπικότητα

Το μοντέλο της προσωπικότητας του Guilford περιλαμβάνει διάφορες διαστάσεις όπως σωματικές (φυσιολογία, μορφολογία), ικανότητες (αντίληψη, νοημοσύνη), ιδιοσυγκρασία (συνέπεια, προνοητικότητα, υπομονή), στάσεις, ενδιαφέροντα και ανάγκες.

Η προσωπικότητα είναι δυναμική. Τροποποιείται, αναπτύσσεται και εξελίσσεται μέσα από τις γενικότερες διαδικασίες ωρίμανσης και μάθησης, μέσα από τις γενικότερες επιδράσεις του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος, του κοινωνικού, οικογενειακού, πολιτισμικού, πνευματικού περιβάλλοντος έχοντας ως απώτερο στόχο την ανάπτυξη όλων των πλευρών της. Ο παράγοντας που θεωρείται υπεύθυνος για την ανάπτυξη, τη διαμόρφωση και την τροποποίηση της ανθρώπινης προσωπικότητας είναι η κληρονομικότητα και προικοδοτεί την ανθρώπινη ύπαρξη με ορισμένες δυνατότητες. Οι δυνατότητες αυτές για να αναπτυχθούν και να εξελιχθούν ή αντίθετα για να περιοριστούν, να συρρικνωθούν, να εξαφανιστούν χρειάζεται να δεχθούν την επίδραση και συνεργασία του περιβαλλοντικού παράγοντα.

Από την αλληλεπίδραση εξάλλου των δύο αυτών παραγόντων (κληρονομικότητα και περιβάλλον) εξαρτάται και η νοημοσύνη.

Η νοημοσύνη, όπως και το πλήθος των ανθρώπινων χαρακτηριστικών, δεν κληρονομείται απλώς, αλλά στηρίζεται στη γενετική προδιάθεση, η οποία αναπτύσσεται, μορφοποιείται και εξελίσσεται μέσα στο περιβάλλον και κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες.

Προσαρμογή

Η διαδικασία του οργανισμού να ανταποκριθεί και να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις συνθήκες και απαιτήσεις του περιβάλλοντος ονομάζεται προσαρμογή. Με άλλα λόγια η προσαρμογή είναι οι τρόποι και τα μέσα που το άτομο χρησιμοποιεί για να δεχθεί και να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις του βιολογικού, φυσικού και του κοινωνικού περιβάλλοντος.

Είναι μια δυναμική και συνεχής διαδικασία και όχι μια παθητική αποδοχή των απαιτήσεων του περιβάλλοντος. Στη διαδικασία της προσαρμογής το άτομο συμμετέχει ενεργητικά και η τάση του είναι να ικανοποιήσει τις επιθυμίες του, συνειδητές ή ασυνειδητές, τις ανάγκες του και να φτάσει στους στόχους του.

Είναι συνεχής διαδικασία, γιατί τόσο οι συνθήκες του περιβάλλοντος όσο και ο τρόπος που το άτομο αισθάνεται, σκέφτεται και ενεργεί δεν είναι πάγια και αμετάβλητα. Συχνά η

διαδικασία της *προσαρμογής* είναι απλή και γίνεται αυτόματα, ωστόσο, όταν το άτομο εμποδίζεται να ικανοποιήσει τις ανάγκες του και τις επιθυμίες του, οδηγείται σε μια ψυχική κατάσταση που ονομάζεται αποστέρωση ή ματαιώση. Άλλοτε, όταν το περιβάλλον εγείρει απαιτήσεις πάνω στο άτομο που το υποχρεώνουν να αναπτύξει επιπρόσθετες δυνάμεις, για να τις αντιμετωπίσει, το ίδιο δέχεται πίεση (stress) και νιώθει άγχος. Η πίεση είναι δύο μορφών : εσωτερική, την οποία το ίδιο το άτομο ασκεί στον εαυτό του και η οποία προέρχεται από τα ιδανικά, τα κίνητρα και την ηθική του, και εξωτερική, που προέρχεται από το κοινωνικό περιβάλλον και τις απαιτήσεις του. Εσωτερική πίεση ασκεί για παράδειγμα η επιθυμία να επιδείξει το άτομο θάρρος και ηρωισμό ή η ηθική αναστολή σε μια επιθυμία. Εξωτερική πίεση ασκεί ο έντονος ανταγωνισμός, η εκπαιδευτική επιλογή, οι κανόνες του γάμου, οι δυσκολίες και οι απαιτήσεις του επαγγέλματος. Όσο ισχυρότερη είναι η πίεση, τόσο μεγαλύτερο είναι το άγχος που νιώθει το άτομο, μπορεί να αποδιοργανώσει την ψυχική του ισορροπία και να οδηγηθεί σε παθολογικές καταστάσεις (ψυχικές διαταραχές).

1.4 ΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ ΤΟΥ ΕΓΩ

Έχετε σκεφτεί ποτέ πως ο άνθρωπος έχει μια τρομερή ικανότητα να δέχεται γεγονότα και καταστάσεις χωρίς να διαταράσσεται η ψυχική του ισορροπία; Ο κάθε άνθρωπος, όταν βλέπει πως απειλείται από την πραγματικότητα, εξαιτίας της διαμάχης που δημιουργείται μεταξύ των στοιχείων της ψυχής, στρέφεται σε ορισμένους μηχανισμούς, τους οποίους ονομάζουμε **«Μηχανισμούς Άμυνας του Εγώ»**.

Αυτοί οι μηχανισμοί χρησιμοποιούνται για την μείωση της ψυχικής έντασης και πολλές φορές "αλλοιώνουν" την πραγματικότητα, ώστε το πρόβλημα να παρακάμπτεται. Είναι στην ουσία οι ασφαλιστικές δικλίδες του ανθρώπινου οργανισμού για την αντιμετώπιση της σκληρής πραγματικότητας. Οι περισσότεροι άνθρωποι χρησιμοποιούν αυτούς τους μηχανισμούς, αφού, εκτός από ακραίες καταστάσεις, είναι εξαιρετικά ωφέλιμοι για μας.

Ορισμός μηχανισμών άμυνας

Αναπόσπαστο μέρος της ψυχοδυναμικής θεώρησης της προσωπικότητας αποτελεί η έννοια των μηχανισμών άμυνας. Πρόκειται για τους "ασυνείδητους μηχανισμούς που τίθενται σε λειτουργία όταν αποτυχαίνουν οι διάφορες συνειδητές προσπάθειες". Είναι τα "μαθημένα προστατευτικά (αμυντικά) τεχνάσματα του Εγώ που σκοπό έχουν τη μείωση της ψυχικής έντασης και τη διατήρηση της ψυχικής ισορροπίας".

Με κριτήριο τον τρόπο αντίδρασης του ατόμου οι ψυχολόγοι ταξινομούν τους μηχανισμούς σε τρεις ομάδες : **υπεράσπισης, απομόνωσης ή διαφυγής και απώθησης**. Στους μηχανισμούς υπεράσπισης περιλαμβάνονται : η αποζημίωση, προβολή , εκλογίκευση, ταύτιση, μετατόπιση κ.α. Ορισμένοι μηχανισμοί απομόνωσης ή διαφυγής είναι : η ονειροπόληση, καθήλωση, απομόνωση, παλινδρόμηση κ.α. Στους μηχανισμούς απώθησης ανήκουν όλοι οι τρόποι με τους οποίους το άτομο κλείνει τα ματιά του μπροστά σε μια πραγματικότητα για να διώξει απ' τη σκέψη του κάτι δυσάρεστο ή για να καλύψει το κοινωνικά απαράδεκτο. Έχουν αναφερθεί και άλλοι μηχανισμοί άμυνας όπως η εξιδανίκευση, η καταπίεση, μετουσίωση, ματαιώση, υπερανάπληρωση, ταύτιση με τον επιτιθέμενο, μετατροπή, διόρθωση, στροφή εναντίον του εαυτού, πρόκληση, συστολή περιορισμός του Εγώ και μια μορφή αλτρουισμού.

Ο Hartmann αναγνωρίζει την ομαλή αλλά και την παθολογική λειτουργία των αμυντικών μηχανισμών επίσης εξαίρει την ιδιαίτερη σημασία της απώθησης και της ταύτισης για τη μεταβολή της προσωπικότητας. Καταπιεσμένες επιθυμίες ή φόβοι

μπορούν να εμφανιστούν, σύμφωνα με τον Freud ,στα όνειρα που “αντιπροσωπεύουν συγκεκαλυμμένες ικανοποιήσεις απαράδεκτων και κατά συνέπεια ασύνειδων σεξουαλικών επιθυμιών”. Επομένως στα όνειρα που αποκαλύπτουν τη λειτουργία του ασυνείδητου αντιστοιχούν κάποιοι μηχανισμοί άμυνας : η συμπύκνωση και η μετάθεση. Μερικοί από τους μηχανισμούς άμυνας, οι οποίοι μας βοηθούν να κατανοήσουμε τη συμπεριφορά, είναι οι εξής:

Συναισθηματική απομόνωση. Το άτομο μειώνει τις εντάσεις που πηγάζουν από την ανάγκη και από το άγχος με το να κλείνεται σε ένα καβούκι παθητικότητας. Αυτό το καταφέρνει με το να μειώνει τις προσδοκίες του ή να παραμένει συναισθηματικά αμέτοχο και απόμακρο. Η απάθεια και η ηττοπαθής παραίτηση μπορεί να αποτελέσουν τις ακραίες αντιδράσεις του ατόμου στο χρόνιο στρες και στη χρόνια απογοήτευση.

Φυγή (άρνηση της πραγματικότητας). Υιοθετώντας το μηχανισμό αυτό το άτομο, μπορεί εύκολα να ξεφύγει από καταστάσεις που απαιτούν ανταγωνισμό, από καταστάσεις που αισθάνεται ότι βρίσκεται σε μειονεκτική θέση και ότι υπάρχουν πιθανότητες να αποτύχει.

Ονειροπόληση Η ονειροπόληση είναι μία από τις πιο δημοφιλείς τακτικές. Οι λύσεις της φαντασίας συγκαλύπτουν τη δυσάρεστη πραγματικότητα. Τα άτομα που ονειροπολούν πολύ, ίσως, προσπαθούν να ξεφύγουν από αβάσταχτες πραγματικές καταστάσεις. Η ονειροπόληση μπορεί να λειτουργήσει θετικά παρέχοντας την ευκαιρία να δοκιμάσει στη φαντασία του διάφορες λύσεις για τα προβλήματά του χωρίς να διακινδυνεύει τίποτα, όπως θα γινόταν αν τις δοκίμαζε στην πραγματικότητα. Σε μια τέτοια περίπτωση, η ονειροπόληση γίνεται παραγωγική και ωφέλιμη.

Μη-παραγωγική είναι η ονειροπόληση όταν το άτομο παραμένει στις φανταστικές εκπληρώσεις των επιθυμιών του.

Εκλογίκευση Το άτομο μπορεί να εφαρμόσει την εκλογίκευση για να τροποποιήσει μη-αποδεκτές παρορμήσεις, ανάγκες, αισθήματα, ανάγκες, αισθήματα και κίνητρα και να τα κάνει υποφερτά και αποδεκτά σε συνειδητό πλέον επίπεδο. Η εκλογίκευση συμβάλλει στη μείωση της «γνωστικής ασυμφωνίας». Όταν υπάρχει ασυμφωνία ανάμεσα στη συμπεριφορά και στις σκέψεις το άτομο καταπονείται ψυχικά. Μαθητές που θεωρούν τον εαυτό τους ευφυέστατο, αλλά παρόλο αυτά αποτυγχάνουν στις εξετάσεις, ίσως το δικαιολογήσουν στον εαυτό τους λέγοντας πως ολόκληρο το εξεταστικό σύστημα είναι αναξιόπιστο και άδικο. Με αυτή την εκλογίκευση, το χάσμα ανάμεσα στην υποκειμενική τους εκτίμηση για τον εαυτό τους και στην αντικειμενική επίδοσή τους εξαφανίζεται.

Προβολή Με την προβολή αισθήματα που πηγάζουν από βαθιά μέσα μας και είναι ελάχιστα συνειδητά, τα αποδίδουμε αδικαιολόγητα στους άλλους. Ένα κορίτσι που αισθάνεται ζήλια κι εχθρότητα για κάποια συμμαθήτριά της μπορεί να αρνηθεί ότι αισθάνεται έτσι και να παραπονεθεί ότι η συμμαθήτριά της είναι δυσάρεστη στην παρέα και ότι την αντιπαθεί.

Μετάθεση - Μετατόπιση Η μετάθεση συνεπάγεται μετατόπιση συναισθημάτων ή προσχεδιασμένων ενεργειών από το άτομο, προς το οποίο είχαν αρχικά σχεδιαστεί να στραφούν, προς κάποιο άλλο άτομο. Ένα ακραίο παράδειγμα θα ήταν ένα αγόρι που φοβερίζει και χτυπάει συνεχώς τους συνομηλίκους του στο σχολείο. Η προσεκτικότερη μελέτη ίσως αποκάλυπτε ότι για το πρόβλημα, ευθύνεται (τουλάχιστον κατά ένα μέρος) η κατάσταση που επικρατεί στο σπίτι.

1.5 ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΑΜΥΝΤΙΚΩΝ ΜΗΧΑΝΙΣΜΩΝ

Αν η άμυνα αποτύχει, τότε οι ορμές περνούν στη συνείδηση με τη μορφή που έχουν και το άγχος εξελίσσεται σε νεύρωση. Αν όμως η άμυνα πετύχει το σκοπό της, η εκδήλωση των επιθυμιών στη συνείδηση δεν έχει την αρχική μορφή, αλλά κάποια συμβιβαστική, προϊόν της δράσης διαφόρων μηχανισμών άμυνας.

2.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

15

διαταραχές της συμπεριφοράς, τις εκφράσεις δηλαδή εκείνες της συμπεριφοράς που θεωρούνται παθολογικές. Αντικείμενο της είναι η διάγνωση αυτών, ο εντοπισμός των αιτιών τους και η θεραπεία τους.

Οι δύο μεγάλες κατηγορίες στις οποίες κατατάσσεται το σύνολο σχεδόν των ψυχικών διαταραχών, το σύνολο της ψυχικής παθολογίας (ψυχοπαθολογίας) είναι οι νευρώσεις και οι ψυχώσεις. Η κύρια διαφορά των νευρώσεων από τις ψυχώσεις βρίσκεται στην έκταση, το βάθος και την ποιότητα της ψυχικής διαταραχής. Στις νευρώσεις δε θίγονται βαθιά στρώματα της προσωπικότητας, δεν αποδιοργανώνεται η προσωπικότητα του ατόμου που πάσχει και δεν υπάρχει πλήρης διακοπή επικοινωνίας με την πραγματικότητα που το περιβάλλει, όπως συμβαίνει στις ψυχώσεις. Στις νευρώσεις επίσης το άτομο έχει πλήρη συνείδηση της κατάστασης του και υποφέρει γι' αυτό, ενώ στις ψυχώσεις μπορεί να αισθανθεί μόνο αόριστα κάποιες φορές ότι «κάτι δεν πάει καλά» στον εαυτό του.

Οι νευρώσεις είναι ψυχογενείς, δηλαδή οφείλονται σε ψυχολογικά αίτια. Εκδηλώνονται με διάφορα ψυχικά αλλά και σωματικά συμπτώματα, που ποικίλουν ως προς την ένταση, τη διάρκεια και το είδος αλλά έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό το άγχος.

Όταν μιλάμε για άγχος πρέπει να κάνουμε διάκριση ανάμεσα στο νευρωτικό – παθολογικό άγχος και στο άγχος της καθημερινής ζωής. Το νευρωτικό άγχος γίνεται αισθητό σαν μια οδυνηρή αίσθηση πίεσης, σαν ένας παράλογος τρόμος, ένας αβάσταχτος εσωτερικός πόνος, που δεν μπορεί να υπερνικηθεί. Το άγχος αυτό προκαλεί και μία σειρά σωματικών συμπτωμάτων μεγάλης έντασης, όπως: ταχυκαρδία, πεπτικές διαταραχές, μούδιασμα, διαταραχές στον ύπνο, κλπ. Ανάλογα με τα συμπτώματα που κυριαρχούν κάθε φορά, υπάρχουν διάφοροι τύποι νευρωτικών διαταραχών όπως είναι η κατάθλιψη, οι φοβίες, η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, η υποχονδρίαση, οι διαταραχές προσωπικότητας και άλλες.

Πιο συγκεκριμένα η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, ανορεξία, αϋπνία, αίσθημα κόπωσης και εξάντλησης, καθώς και ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης.

Οι φοβίες χαρακτηρίζονται από επίμονους, υπερβολικούς και συχνά μη ρεαλιστικούς φόβους για συγκεκριμένα αντικείμενα ή καταστάσεις που εμποδίζουν το άτομο να είναι λειτουργικό και του προκαλούν πολύ έντονο άγχος. Η ψυχαναγκαστική - καταναγκαστική διαταραχή χαρακτηρίζεται από ψυχαναγκασμούς, δηλαδή επίμονες ιδέες, σκέψεις, εικόνες που το άτομο δεν θέλει αλλά μοιάζει να του επιβάλλονται χωρίς τη θέληση του και από καταναγκασμούς, δηλαδή πράξεις που το άτομο επαναλαμβάνει χωρίς να νιώθει ευχάριστα αλλά το ανακουφίζουν από το άγχος.

Η υποχονδρίαση χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι το άτομο φοβάται ή πιστεύει ότι έχει μια σοβαρή σωματική αρρώστια και ασχολείται συνεχώς με αυτή, παρόλο που οι ιατρικές εξετάσεις αποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει.

Η θεραπεία των νευρώσεων επιτυγχάνεται μέσω της ψυχοθεραπείας, εφόσον είναι καταστάσεις κατά κύριο λόγο ψυχογενείς.

Οι ψυχώσεις είναι τα μείζονα ψυχικά νοσήματα, στα οποία εμφανίζεται βαθιά διαταραχή της προσωπικότητας σε όλες τις λειτουργίες, στη σκέψη, στην αντίληψη, στο συναίσθημα, στην αίσθηση του εαυτού, στη βούληση και γενικότερα στη σχέση με τον εξωτερικό κόσμο. Οι ψυχώσεις διακρίνονται σε δύο κατηγορίες τις *οργανικές* και τις *ενδογενείς*. Οι οργανικές ψυχώσεις οφείλονται σε οργανική βλάβη απολύτως εξακριβωμένη όπως για παράδειγμα εγκεφαλικές βλάβες, λοιμώδη νοσήματα ή χρήση ναρκωτικών ουσιών. Οι ενδογενείς ψυχώσεις οφείλονται σε ψυχοκοινωνικά αίτια και δεν υπάρχει οργανική βλάβη. Τέτοιες είναι η σχιζοφρένεια, η παρανοϊκή διαταραχή και άλλες. Πιο συγκεκριμένα η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, διαταραγμένο συναίσθημα και σκέψη, απόσυρση από τον εξωτερικό κόσμο και ιδιόρρυθμη συμπεριφορά. Η παρανοϊκή διαταραχή χαρακτηρίζεται

από παρανοϊκές ιδέες του ατόμου ότι το παρακολουθούν ή ότι κάποιος θέλει να το δηλητηριάσει, ότι το απατά ο ερωτικός του σύντροφος κλπ. Η θεραπεία των ψυχώσεων επιτυγχάνεται μέσω της ψυχοθεραπείας, της εργασιοθεραπείας και της χρήσης φαρμάκων.

2.2 ΑΓΧΟΣ

Οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές δηλαδή που σχετίζονται με το άγχος, θεωρούνται οι πιο συχνές διαταραχές στο γενικό πληθυσμό.

Ορισμός του Άγχους:

Άγχος είναι ένα διάχυτο, δυσάρεστο, συχνά ασαφές συναίσθημα που εκδηλώνεται με φόβο, ένταση και ανησυχία και που τις περισσότερες φορές συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα (ταχυκαρδία, καρδιακή αρρυθμία, πεπτικές διαταραχές, ξηροστομία, ωχρότητα, τρόμο, κεφαλαλγία, κ.α.).

Πολλές είναι οι λέξεις που περιγράφουν με λεπτές αποχρώσεις τα συναισθηματικά ή ψυχικά συμπτώματα του άγχους, όπως ανησυχία, εκνευρισμός, δυσφορία, ταραχή, υπερένταση, στενοχώρια, αναστάτωση, αγωνία, νευρικότητα ή αίσθημα ότι κάτι κακό θα συμβεί. Πολλά και ποικίλα είναι όμως και τα σωματικά συμπτώματα του παθολογικού άγχους όπως ταχυπαλμίες, τρεμούλα, πονοκέφαλος, πόνος ή πλάκωμα στο στήθος, κόμπος στο λαιμό, δύσπνοια, φούντωμα και εξάψεις ή κρυάδες και ρίγη, ναυτία και ζαλάδες, τάση για λιποθυμία, μούδιασμα και μυρμηγκιά, ξηροστομία, διάρροια ή συχνουρία. Τα σωματικά συμπτώματα του άγχους είναι αυτά που μας τρομάζουν συνήθως πιο πολύ. Νομίζουμε ότι κινδυνεύει η σωματική μας υγεία και ότι βρισκόμαστε σε κίνδυνο. Αυτή η ανησυχία προκαλεί περισσότερο άγχος και αυτό με τη σειρά του φέρνει περισσότερα σωματικά συμπτώματα. Μπαίνουμε δηλαδή σ' ένα φαύλο κύκλο που χειροτερεύει τελικά το άγχος. Αυτό είναι το παθολογικό άγχος που με το φαύλο κύκλο που δημιουργεί και τις δυσάρεστες συνέπειές του τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική σφαίρα, εμπλέκεται στην καθημερινή μας ζωή και είναι απαραίτητο να μάθουμε να το αντιμετωπίζουμε και να το ελέγχουμε. Υπάρχουν τρόποι που μπορούν να μας βοηθήσουν να μειώσουμε τα επίπεδα του άγχους.

Μερικοί απ' αυτούς είναι:

- Αρχίστε να αντιμετωπίζετε καταστάσεις που προκαλούν λίγο άγχος
- Μάθετε να ελέγχετε τις σκέψεις που σας προκαλούν άγχος.
- Αποσπάστε την προσοχή από τα δυσάρεστα συμπτώματα του άγχους
- Ασχοληθείτε με κάτι άλλο.
- Προσπαθήστε να αντικαταστήσετε τις αρνητικές σκέψεις με θετικές.
- Μοιραστείτε με άλλους τα προβλήματα και τα συναισθηματικά σας.
- Βάλτε ρεαλιστικούς και πραγματοποιήσιμους στόχους.
- Μάθετε τρόπους για να επιλύετε αποτελεσματικά τα προβλήματά σας.
- Να περιμένετε δυσκολίες και να είστε έτοιμοι να τις αντιμετωπίσετε.
- Να αντιμετωπίζετε το άγχος σας μόλις πρωτοεμφανιστεί ή στα πρώτα στάδια της εμφάνισής του. Αμέσως μόλις νοιώσετε λίγη ζαλάδα,

ταχυκαρδία, φτερούγισμα στο στήθος, ή μούδιασμα βάλτε αμέσως σε λειτουργία τις τακτικές αντιμετώπισης του άγχους που προτιμάτε και θεωρείτε ότι είναι αποτελεσματικές.

Όταν δείτε ότι δεν μπορείτε με αυτούς τους τρόπους να ελέγξετε το άγχος ζητήστε συμβουλή από κάποιον ειδικό.

Έλεγχος της αναπνοής---Προοδευτική μυϊκή χαλάρωση

Ένας πολύ χρήσιμος τρόπος για να αντιμετωπίσετε το άγχος είναι ο έλεγχος της αναπνοής. Το επίπεδο της έντασης ενός ανθρώπου καθρεφτίζεται στον τρόπο που αναπνέει. Όταν είμαστε ήρεμοι και ευχαριστημένοι η αναπνοή μας είναι αργή και ρυθμική ενώ όταν είμαστε σε ένταση η αναπνοή μας είναι γρήγορη και ρηχή. Αυτή η αγχώδης αναπνοή μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα όπως τρόμο, ζάλη ή μούδιασμα. Αυτά τα συμπτώματα μπορούν γρήγορα να αντιμετωπιστούν διορθώνοντας την αναπνοή. Γι' αυτό μάθετε να αναπνέετε βαθιά και αργά. Για να το καταφέρετε ακουμπήστε τα χέρια σας στο πάνω μέρος του στήθους σας και εισπνεύστε αργά ώστε το μέρος αυτό του στήθους να σηκωθεί ελαφρά. Εκπνεύστε και βεβαιωθείτε ότι έχει βγει όλος ο αέρας. Επαναλάβετε την άσκηση μέχρι δέκα φορές. Αφήστε τα χέρια σας να ακουμπούν απαλά στο πάνω μέρος του στήθους για να νιώθετε το ρυθμικό σήκωμα του πάνω μέρους του θώρακα. Μετά ακουμπήστε τα χέρια σας στην κοιλιά σας. Εισπνεύστε αργά και θα νιώσετε τα χέρια σας να σπρώχνονται προς τα πάνω. Με την εκπνοή θα πρέπει να νιώσετε την κοιλιά σας να γίνεται επίπεδη και τα χέρια σας να επανέρχονται στην αρχική τους θέση. Επαναλάβετε την άσκηση πέντε με δέκα φορές. Αφού εξασκηθείτε στην ήρεμη και ελεγχόμενη αναπνοή, χρησιμοποιείτε την κάθε φορά που θα χρειαστεί να αντιμετωπίσετε μία δύσκολη κατάσταση. Ένας πολύ χρήσιμος τρόπος για να νικήσετε το άγχος είναι η χαλάρωση. Υπάρχει μία πολύ χρήσιμη σχέση ανάμεσα στην αναπνοή και τη χαλάρωση. Δοκιμάστε την εξής άσκηση: Σφίξτε όλους τους μυς σας όσο πιο δυνατά μπορείτε. Μετά χαλαρώστε. Θα διαπιστώσετε πως καθώς σφίγγατε τους μυς, κρατήσατε την αναπνοή και καθώς χαλαρώνατε την αφήσατε. Αυτή η σχέση ανάμεσα στην εκπνοή και τη χαλάρωση είναι πολύ χρήσιμη και μπορείτε να τη χρησιμοποιήσετε στις ασκήσεις χαλάρωσης που θα πούμε πιο κάτω. Υπάρχουν πολλές τεχνικές χαλάρωσης. Η πιο γνωστή είναι η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση. Παρά το ότι είναι καλύτερο τη μέθοδο αυτή να σας την διδάξει κάποιος ειδικός, μπορείτε να προσπαθήσετε και μόνοι σας τα βασικά βήματα: Ξαπλώστε στο κρεβάτι, όσο μπορείτε πιο αναπαυτικά. Σιγά - σιγά τεντώστε κάθε μυϊκή ομάδα, μετρώντας ως το πέντε. Ξεκινήστε με τους ώμους σας, συνεχίστε με τον σβέρκο, το πρόσωπο, τα χέρια, τα πόδια, την κοιλιά και την πλάτη. Σιγά - σιγά χαλαρώστε την κάθε μυϊκή ομάδα με την ίδια σειρά, μετρώντας πάλι ως το πέντε σε κάθε μία. Ξανακάνετε την άσκηση για όποιους μυς νιώθετε σφιγμένους ή πονεμένους, μέχρις ότου τους αισθάνεστε όλους χαλαρούς. Η χαλάρωση χρειάζεται χρόνο και εξάσκηση. Όταν αποκτήσετε πείρα μπορείτε να χρησιμοποιείτε τον παρακάτω τρόπο για να χαλαρώνετε γρήγορα. Καθίστε σε μία οποιαδήποτε καρέκλα. Αφήστε τα χέρια σας να πέσουν στα πλευρά σας. Τα πόδια σας δεν πρέπει να είναι σταυρωμένα. Η πλάτη σας να είναι ίσια. Τώρα σφίξτε όλους τους μυς μαζί. Σφίξτε τις γροθιές σας. Λυγίστε τα χέρια σας στους αγκώνες προσπαθώντας να αγγίξετε τους ώμους σας με τους καρπούς. Πάρτε βαθιά εισπνοή. Κλείστε τα μάτια σας σφιχτά. Σφίξτε τα δόντια. Σφίξτε το στομάχι και τους μυς της κοιλιάς σας. Σφίξτε τους γλουτούς σας. Σφίξτε και τεντώστε τα πόδια σας. Μείνετε σ' αυτή τη θέση μετρώντας αργά μέχρι το πέντε. Τώρα χαλαρώστε. Αφεθείτε εντελώς. Παρατηρήστε τη διαφορά ανάμεσα στην ένταση και τη χαλάρωση. Εξασκηθείτε στη χαλάρωση μ' αυτό τον τρόπο

όσο πιο συχνά μπορείτε. Λίγα λεπτά ή ακόμα και τριάντα δευτερόλεπτα γρήγορης χαλάρωσης αρκούν για να διατηρήσετε αυτή την ικανότητα στο χρόνο.

2.3 ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ

Οι **νευρώσεις** είναι ήπιας μορφής διαταραχές και αποτελούν μία από τις τρεις γενικές κατηγορίες των ψυχικών διαταραχών. Οι άλλες δύο είναι οι **διαταραχές προσωπικότητας** και οι **ψυχώσεις**.

Ορισμός της Νεύρωσης:

Με τον όρο νεύρωση μπορεί να νοηθεί μια ελαφριάς μορφής διαταραχή που διαφοροποιείται από τη δυσλειτουργικότητα της ψύχωσης τόσο από την παθολογία της έκφρασης της όσο και από την ευκολία πρόγνωσης της. Ένα βασικό στοιχείο της νεύρωσης είναι η επαφή του ατόμου με την πραγματικότητα. Το νευρωτικό άτομο ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της διαταραχής και τις επιπτώσεις αυτής στην ψυχική του υγεία δεν χάνει ποτέ την επαφή του με την πραγματικότητα, εμφανίζει σαφή επίγνωση της θέσης στην οποία βρίσκεται, καθώς και σχετικά επαρκή ικανότητα προσαρμογής στο περιβάλλον σε τέτοιο βαθμό, που πολλές φορές η νεύρωση δεν γίνεται καν αντιληπτή από το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει και αλληλεπιδρά το άτομο.

Από την άλλη πλευρά δε λείπουν και οι περιπτώσεις, όπου μια νεύρωση μπορεί να ξεφύγει από τον έλεγχο του ατόμου και να του δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα προσαρμογής. Έρευνες αναφέρουν ότι οι νευρωτικές διαταραχές και ιδιαίτερα οι αγχώδεις διαταραχές απαντώνται σε ένα υψηλό ποσοστό του πληθυσμού με μεγαλύτερη συχνότητα αυτού των δυτικών κοινωνιών. Επίσης αναφορικά με τη συχνότητα εκδήλωσης των νευρώσεων έχει σημειωθεί ότι το γυναικείο φύλο εμφανίζει τα μεγαλύτερα ποσοστά. Κύριο χαρακτηριστικό και ίσως συνδετικό των νευρώσεων είναι το άγχος και πως αυτό εσωτερικεύεται και εκδηλώνεται στη συμπεριφορά του ατόμου. Το άγχος σε αντίθεση με το συναίσθημα του φόβου που συνδέεται με την αντίδραση απέναντι σε ένα κίνδυνο πραγματικό και συγκεκριμένο και αποτελεί υγιή εκδήλωση συμπεριφοράς, είναι μια φοβική αντίδραση που αναφέρεται σε κάποιο κίνδυνο πραγματικό ή φανταστικό που είναι όμως ασαφής, αόριστος και υποτιθέμενος. Η φύση του άγχους της νεύρωσης οφείλεται σε μια εσωτερική διαμάχη. Απωθημένες επιθυμίες ή ανάγκες έρχονται σε σύγκρουση με τη συνείδηση που έρχεται να απαγορεύσει την ικανοποίησή τους. Για αυτό το λόγο οι επιθυμίες, οι σκέψεις ή οι ανάγκες αυτές που παραμένουν απόκρυφες και ασυνείδητες, εξωτερικεύονται ως αδικαιολόγητο άγχος ή υπερβολικός φόβος δυσανάλογος προς τον πραγματικό. Έχει σημειωθεί ότι το νευρωτικό άγχος έχει τις ρίζες του στην παιδική ηλικία σε μία παιδική νεύρωση δηλαδή που δεν αντιμετωπίστηκε κατάλληλα στην ώρα της. Άμεσος τρόπος εξωτερίκευσης ή αντίθετα απόκρυψης του βιωμένου και αδικαιολόγητου άγχους είναι η εκδήλωση ανάλογων συμπτωμάτων. Τα νευρωτικά συμπτώματα ουσιαστικά δεν είναι παρά μία άμυνα του οργανισμού μια προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει και να αντεπεξέλθει στην απειλή του άγχους. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων ποικίλλει ανάλογα με το είδος της διαταραχής καθώς και με την ποσότητα και τη διάρκεια με την οποία εκδηλώνονται τα συμπτώματα αυτά.

2.4 ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Ορισμός της ψύχωσης:

Ο όρος ψύχωση χρησιμοποιείται για να περιγράψει την κατάσταση που επηρεάζει τον εγκέφαλο, έτσι ώστε υπάρχει απώλεια επαφής με την πραγματικότητα. Η συμπεριφορά ωθείται σε μια στερεότυπη και αποκλίνουσα κατεύθυνση.

Όταν κάποιος ασθενεί κατ' αυτό τον τρόπο, αυτό ονομάζεται ψυχωτικό επεισόδιο. Η ψύχωση έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανιστεί στους νέους ενήλικους και είναι αρκετά κοινή ασθένεια. Περίπου 3 από κάθε 100 ανθρώπους θα βιώσουν ένα ψυχωτικό επεισόδιο, που καθιστά την ψύχωση πιο κοινή από το διαβήτη.

Τα συμπτώματα των ψυχώσεων

Η ψύχωση μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στη διάθεση και στη σκέψη καθώς επίσης και σε αφύσικες ιδέες, κάνοντας δύσκολη την κατανόηση του πώς αισθάνεται το πρόσωπο που αντιμετωπίζει ένα τέτοιο πρόβλημα. Προκειμένου να προσπαθήσει κανείς να καταλάβει την εμπειρία της ψύχωσης, είναι χρήσιμο να ομαδοποιηθούν μερικά από τα χαρακτηριστικότερα συμπτώματα:

1) Αποδιοργανωμένη σκέψη: Οι καθημερινές απλές σκέψεις γίνονται συγκεχυμένες ή δεν συνδέονται σωστά. Οι προτάσεις είναι ασαφείς ή δεν έχουν νόημα. Ένα πρόσωπο μπορεί να έχει δυσκολία στο να συγκεντρωθεί μετά από μια συνομιλία ή μετά από μια προσπάθεια να φέρει στην μνήμη του κάποια πράγματα. Οι σκέψεις φαίνονται σαν να επιταχύνονται ή να επιβραδύνουν.

2) Παραισθήσεις: Στην ψύχωση, το πρόσωπο βλέπει, ακούει, αισθάνεται, μυρίζει ή γεύεται πράγματα που δεν υπάρχουν πραγματικά. Παραδείγματος χάριν, μπορούν να ακούσουν φωνές ή να δουν πράγματα που δεν υπάρχουν. Κάποια πράγματα μπορούν να μυρίζουν ή να έχουν γεύση άσχημη ή ακόμα και δηλητηριώδη.

3) Ψεύτικες πεποιθήσεις (αυταπάτες): Είναι συνηθισμένο για ένα πρόσωπο που βιώνει ένα ψυχωτικό επεισόδιο να έχει διατηρεί ψεύτικες πεποιθήσεις, γνωστές ως παραισθήσεις. Το πρόσωπο είναι τόσο πεπεισμένο για την παραίτησή του που ακόμη και το λογικότερο επιχείρημα δεν μπορεί να το κάνει να αλλάξει γνώμη. Παραδείγματος χάριν, κάποιος μπορεί να πειστεί ότι η αστυνομία τον παρακολουθεί επειδή τα αυτοκίνητα σταθμεύουν έξω από το σπίτι του.

4) Αλλοιωμένα - αλλαγμένα συναισθήματα: Τα συναισθήματα των ψυχωτικών ανθρώπων μπορούν να αλλάξουν χωρίς κανέναν προφανή λόγο. Μπορούν να αισθανθούν περιέργα και να αποκοπούν από τον κόσμο, δίνοντας την εντύπωση ότι όλα κινούνται σε αργή κίνηση. Οι αλλαγές στην διάθεση είναι συνήθεις, έτσι μπορούν να αισθανθούν κατ' ασυνήθιστο τρόπο διεγερμένοι ή θλιμμένοι. Τα συναισθήματα μπορούν να είναι αμβλυμένα - οι άνθρωποι μπορούν να αισθανθούν λιγότερο απ' ό,τι συνήθιζαν, ή εκφράζουν λιγότερα συναισθήματα σε όσους βρίσκονται γύρω τους.

5) Αλλαγμένη συμπεριφορά: Οι άνθρωποι με ψύχωση συμπεριφέρονται διαφορετικά από ό,τι συνήθως. Μπορεί να είναι εξαιρετικά δραστήριοι, ή να βρίσκονται σε λήθαργο - μένοντας καθισμένοι όλη την ημέρα. Μπορούν να γελάσουν σε ακατάλληλη στιγμή - ανάρμοστα, άπρεπα, ή να θυμώσουν χωρίς προφανή αιτία. Οι αλλαγές στην συμπεριφορά συνδέονται συχνά με τα συμπτώματα που περιγράφονται ανωτέρω. Παραδείγματος χάριν, ένα πρόσωπο μπορεί να καλέσει την αστυνομία ή να είναι τόσο φοβισμένο ώστε να μην μπορεί να κοιμηθεί εξαιτίας όσων πιστεύει ότι έχει δει ή έχει ακούσει. Κάποιος μπορεί να σταματήσει να τρώει εάν πιστεύει ότι η τροφή του δηλητηριάζεται. Τα συμπτώματα ποικίλλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο και μπορούν να αλλάξουν με το πέρασμα του χρόνου.

Φάσεις ψυχωτικών επεισοδίων

Ένα ψυχωτικό επεισόδιο εμφανίζεται σε τρεις φάσεις. Η διάρκεια κάθε φάσης ποικίλλει.:

Φάση 1: Πρόδρομος: Τα πρώτα σημάδια είναι ασαφή και εντοπίζονται μετά βίας.

Μπορούν να υπάρξουν αλλαγές στον τρόπο που οι άνθρωποι περιγράφουν τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τα αντιληπτικά τους ερεθίσματα τις αντιλήψεις τους.

Φάση 2: Οξεία: Βιώνονται τα σαφή ψυχωτικά συμπτώματα, όπως η αποδιοργανωμένη

σκέψη, οι παραισθήσεις, ή οι ψευδαισθήσεις. Φάση 3: Αποκατάσταση: Ο τρόπος της αποκατάστασης ποικίλλει από το πρόσωπο στο πρόσωπο. Οι άνθρωποι επανέρχονται μετά από το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Πολλοί δεν βιώνουν ποτέ ένα άλλο ψυχωτικό επεισόδιο.

Τύποι Ψυχώσεων

Όταν κάποιος έχει ψύχωση, συνήθως δίνεται διάγνωση μιας συγκεκριμένης ψυχωτικής ασθένειας. Η διάγνωση σημαίνει την αναγνώριση μιας ασθένειας από τα συμπτώματα. Έτσι η διάγνωση εξαρτάται πάντα από ό,τι έφερε στην επιφάνεια την ασθένεια και από το πόσο καιρό διαρκούν τα συμπτώματα της. Σε κάποιον που βιώνει για πρώτη φορά την ψύχωση, μπορεί να είναι δύσκολο να γίνει μια ακριβής διάγνωση, επειδή πολλοί από τους παράγοντες που κρύβονται κάτω από την ασθένεια μπορούν να παραμείνουν ασαφείς. Εντούτοις, είναι χρήσιμο να γίνουν κατανοητοί μερικοί από τους διαγνωστικούς όρους που μπορεί να ακούσετε.

Ψύχωση προκαλούμενη από ουσίες

Η χρησιμοποίηση ή η διακοπή της χρήσης κάποιων ουσιών συμπεριλαμβανομένου και του οινοπνεύματος μπορεί να προκαλέσει ψυχωτικά συμπτώματα. Μερικές φορές αυτά τα συμπτώματα θα εξαφανιστούν γρήγορα καθώς η επίδραση της ουσίας εξασθενεί.

Οργανική ψύχωση ψύχωση προκαλούμενη από ιατρική κατάσταση

Τα ψυχωτικά συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν εξ αιτίας ενός τραυματισμού στο κεφάλι ή μιας φυσικής ασθένειας που διαταράσσει τις λειτουργίες του εγκεφάλου, όπως η εγκεφαλίτιδα, το AIDS ή ένας όγκος. Συνήθως υπάρχουν και άλλα συμπτώματα παρόντα, όπως τα προβλήματα μνήμης.

Βραχεία αντιδραστική ψύχωση

Τα ψυχωτικά συμπτώματα μπορούν να προκύψουν ξαφνικά σε αντίδραση σε σημαντική πίεση στη ζωή κάποιου, όπως ένας θάνατος στη οικογένεια ή άλλη σημαντική αλλαγή των περιστάσεων. Τα συμπτώματα μπορούν να είναι σοβαρά, αλλά η αποκατάσταση γίνεται γρήγορα σε μερικές μόνο ημέρες.

Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια ασθένεια στην οποία οι αλλαγές στη συμπεριφορά ή τα συμπτώματα είναι παρόντα για μια περίοδο τουλάχιστον έξι μηνών. Τα συμπτώματα, η δριμύτητα και η διάρκεια τους ποικίλλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο. Αντίθετα με παλαιότερες απόψεις, η σχιζοφρένεια είναι μια αρκετά κοινή ασθένεια, και πολλοί άνθρωποι με σχιζοφρένεια ζουν ολοκληρωμένες ζωές ακολουθώντας φαρμακευτική αγωγή.

Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή

Αυτή η διάγνωση δίνεται συνήθως όταν τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας διαρκέσουν για λιγότερο από έξι μήνες. Η κλινική εικόνα δεν είναι "χαρακτηριστική" είτε μιας διαταραχής διάθεσης είτε της σχιζοφρένειας, αλλά το πρόσωπο έχει τα ταυτόχρονα ή διαδοχικά συμπτώματα και των δύο ασθενειών.

Διπολική διαταραχή (μανιακή κατάθλιψη)

Η διπολική διαταραχή είναι μια «διαταραχή διάθεσης». Η ψύχωση εμφανίζεται ως τμήμα μιας γενικότερης διαταραχής στη διάθεση, η οποία χαρακτηρίζεται από τις ακραίες εξάρσεις (μανία) και τα χαμηλότατα σημεία διάθεσης (κατάθλιψη). Τα ψυχωτικά συμπτώματα τείνουν να ταιριάζουν με την διάθεση του προσώπου. Εάν είναι κατ'

ασυνήθιστο τρόπο συγκινημένοι ή ευτυχείς, μπορούν να θεωρήσουν ότι είναι ξεχωριστοί έχουν ξεχωριστές ικανότητες και ότι μπορούν να εκτελέσουν καταπληκτικούς άθλους. Εάν είναι θλιμμένοι, μπορούν να ακούσουν φωνές να τους προτρέπουν να διαπράξουν αυτοκτονία.

Μείζων κατάθλιψη

Επίσης μια "διαταραχή διάθεσης". Είναι μια βαριά κλινική κατάθλιψη μαζί με ψυχωτικά συμπτώματα αλλά χωρίς περιόδους μανίας ή εξάρσεις που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ασθένειας.

Τι προκαλεί ψύχωση.

Έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες. Οι ενδείξεις αυτή τη στιγμή είναι ότι η ψύχωση προκαλείται από έναν ανεπαρκώς κατανοητό συνδυασμό βιολογικών παραγόντων, οι οποίοι δημιουργούν μια ευπάθεια στην ψύχωση κατά τη διάρκεια της εφηβείας ή της πρόωρης ενήλικης ζωής. Τα συμπτώματα μπορούν να προκύψουν σε αντίδραση στην πίεση άγχος ή την κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, ή μπορεί να είναι βιολογικά προδιαγεγραμμένο να προκύψουν σε ένα ορισμένο στάδιο ανάπτυξης ανεξάρτητα από την εμπειρία ζωής. Μερικοί παράγοντες μπορούν να είναι περισσότερο ή λιγότερο σημαντικοί σε ένα άτομο σε σχέση με κάποιο άλλο.

2.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η Διαταραχή προσωπικότητας περιλαμβάνει όλες εκείνες τις καταστάσεις που η προσωπικότητα δεν έχει εξελιχθεί φυσιολογικά. Παρόλο που δεν είναι νόσος με την αυστηρή έννοια του όρου, συχνά οι διαταραχές προσωπικότητας εκδηλώνονται με ποικίλες ψυχολογικές καταστάσεις όπως κατάθλιψη, βραχεία ψυχωτικά επεισόδια, χρήση τοξικών ουσιών κλπ

Γενικά χαρακτηριστικά

- Οι Διαταραχές της Προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από άκαμπτες και δυσπροσαρμοστικές απαντήσεις στο στρες.
- Εξαιτίας της ύπαρξης Διαταραχής της Προσωπικότητας επηρεάζεται όλη η ζωή του ατόμου - ιδιαίτερα οι σχέσεις του - με αποτέλεσμα σημαντική αναπηρία στις τρεις βασικές διαστάσεις της ζωής - αγάπη, εργασία, διασκέδαση.
- Συχνά το άτομο αποδίδει τα προβλήματα του στο περιβάλλον κι όχι στον εαυτό του.
- Συνήθως το άτομο δεν είναι ψυχωτικό. Αν επισυμβεί ψύχωση συνήθως είναι της μορφής της Βραχείας Ψυχωτικής Διαταραχής, της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής Με Ψυχωτικά Στοιχεία ή με μορφή παροδικών ψυχωτικών συμπτωμάτων.
- Συχνά τα άτομα με Διαταραχή της Προσωπικότητας δεν έχουν ή δυσκολεύονται ν' αποκτήσουν εναισθησία στα δυσπροσαρμοστικά σχήματα της συμπεριφοράς τους, οπότε δύσκολα προσέρχονται για θεραπεία και δύσκολα επίσης θεραπεύονται.
- Πολλές επιλοκές συνοδεύουν τις Διαταραχές της Προσωπικότητας. Οι πιο κοινές είναι: κατάθλιψη, αυτοκτονία, βία και αντικοινωνική συμπεριφορά, παροδικά ψυχωτικά συμπτώματα, βραχεία ψυχωτικά επεισόδια, κατάχρηση ουσιών.

Είδη διαταραχών της προσωπικότητας

1. Παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητας

Βασικό χαρακτηριστικό της παρανοειδούς προσωπικότητας είναι η καχυποψία για τους ανθρώπους και η επιθυμία των ατόμων να μείνουν «ελεύθεροι» από σχέσεις, στις οποίες φοβούνται ότι μπορεί να χάσουν τη δυνατότητα να αυτο-ορίζονται. Περιμένουν ότι οι άλλοι θα τους ξεγελάσουν και θα τους κακομεταχειριστούν και συνεχώς προσπαθούν να διακρίνουν πιθανά σημάδια τέτοιας συμπεριφοράς. Συχνά αντιδρούν εχθρικά και θυμωμένα σε συμπεριφορές τις οποίες αντιλαμβάνονται ως προσβολές. Επίσης, συχνά ζηλεύουν υπερβολικά για την πίστη των συντρόφων τους.

Έχει υποστηριχθεί ότι συχνά υποτιμάται η ανάγκη αυτών των ανθρώπων για αυτονομία και ανεξαρτησία. Πηγή του άγχους είναι το άγχος της προσκόλλησης, με τον τρόπο της απώλειας του προσωπικού ελέγχου και της ανεξαρτησίας. Όσο αφορά τις γνωστικές λειτουργίες, η χαρακτηριστική έλλειψη εμπιστοσύνης των ατόμων αυτών χρωματίζει τις σκέψεις, τις αντιλήψεις και τις αναμνήσεις τους. Έχουν μια έντονη ενασχόληση με τις υποψίες τους, και επίσης επιλέγουν, μεγεθύνουν και διαστρεβλώνουν τις πράξεις των άλλων, ώστε να επιβεβαιώνουν τις προσδοκίες τους. Όσο αφορά τη *διάθεση και τη συμπεριφορά*, το βασικό χαρακτηριστικό της παρανοειδούς προσωπικότητας αφορά την αμυντική εγρήγορση και τη συχνά καλυμμένη εχθρότητά τους.

2. Σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας

Το βασικό χαρακτηριστικό της σχιζοειδούς διαταραχής προσωπικότητας είναι ένα ιδιαίτερα περιορισμένο φάσμα συναισθημάτων, το οποίο συνδυάζεται με έντονη κοινωνική αποστασιοποίηση. Βασικό χαρακτηριστικό είναι η ανικανότητα να σχηματίσουν διαπροσωπικές σχέσεις και η μειωμένη τους αντιδραστικότητα όσο αφορά οποιαδήποτε μορφή διέγερσης. Τα συναισθήματά τους είναι απρόσφορα και γενικά φαίνεται να τους λείπει η ζωντάνια και η πρωτοβουλία. Συχνά είναι αδιάφοροι όσο αφορά τη συναισθηματική αντίδραση των άλλων, η οποία φαίνεται να μην πηγάζει από αδιαφορία αλλά από μια ανικανότητα για ενσυναίσθηση. Όσο αφορά τα «γνωστικά λάθη» των σχιζοειδών, κατά τον Beck περιλαμβάνουν τα εξής: «Οι πυρηνικές τους πεποιθήσεις αποτελούνται από ιδέες όπως «είμαι βασικά μόνος», «οι στενές σχέσεις με άλλους ανθρώπους δε φέρνουν ευχαρίστηση και είναι μπερδεμένες», «μπορώ να τα καταφέρω καλύτερα εάν δε με εμποδίζουν οι άλλοι άνθρωποι», «οι στενές σχέσεις είναι ανεπιθύμητες γιατί εμπλέκονται και εμποδίζουν την ελευθερία της δράσης μου» (Beck & Freeman, 1990: 51).

3. Σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας

Τα εμφανή χαρακτηριστικά της σχιζότυπης ΔΠ περιλαμβάνουν μια ποικιλία από επίμονα και έντονα εκκεντρικά χαρακτηριστικά που αφορούν τη συμπεριφορά, τη σκέψη και την αντίληψη, και μια έντονη τάση κοινωνικής απομόνωσης, απόσυρσης και αποξένωσης. Έχει υποστηριχθεί (Millon, 1969) ότι αυτά τα «περίεργα» συμπτώματα από τη μία πλευρά συνεισφέρουν και από την άλλη πλευρά είναι το αποτέλεσμα μια πιο θεμελιώδους κοινωνικής απομόνωσης και προσωπικής αποξένωσης. Όσο αφορά την *κλινική εικόνα* διακρίνονται τρεις κατηγορίες χαρακτηριστικών. Το βασικό άγχος χαρακτηρίζεται ως *άγχος αποπροσωποποίησης*. Όσο αφορά τις γνωστικές λειτουργίες, αυτές μπορούν να χαρακτηριστούν ως αυτιστικές και διαζευκτικές. Όσο αφορά τη *συμπεριφορά*, βασικό χαρακτηριστικό είναι η κοινωνική απόσυρση και η φτωχή συναισθηματική ζωή.

4. Μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας

Βασικό χαρακτηριστικό της διαγνωστικής αυτής κατηγορίας είναι η αστάθεια στις σχέσεις, στη διάθεση και στην εικόνα του εαυτού. Ο Morey (1991) περιγράφει τη διαταραχή ως ένα σύνδρομο με τέσσερα βασικά στοιχεία: δυσκολίες στην εδραίωση μια ασφαλούς ταυτότητας, έλλειψη εμπιστοσύνης, παρορμητική και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, δυσκολία στον έλεγχο του θυμού και άλλων συναισθημάτων. Η κλινική εικόνα των ατόμων με διάγνωση μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας μπορεί να κατανοηθεί σε συνάρτηση με τρεις άξονες.

Όσο αφορά:

- α) Το βασικό άγχος αυτό είναι το άγχος του αποχωρισμού
- β) Τη γνωστική τους λειτουργία, η σκέψη χαρακτηρίζεται διχοτομική, και βρίσκονται σε σύγκρουση όσο αφορά τις ανάγκες εξάρτησης
- γ) Το συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο λειτουργίας, συνήθως χαρακτηρίζονται από καταθλιπτική και αυτό-υποτιμητική διάθεση, με έντονες ταλαντεύσεις στη συναισθηματική τους διάθεση και στη συμπεριφορά κατά τη διάρκεια κάποιων περιόδων.

5. Δραματική διαταραχή προσωπικότητας

Η διάγνωση της δραματικής διαταραχής προσωπικότητας αναφέρεται σε ανθρώπους που είναι ιδιαίτερα δραματικοί, εκφράζουν με υπερβολικό τρόπο τα συναισθήματά τους και επιζητούν συνεχώς να βρίσκονται στο κέντρο της προσοχής και του ενδιαφέροντος.

6. Ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας

Η διάγνωση της ναρκισσιστικής διαταραχής προσωπικότητας αφορά ανθρώπους που έχουν μια μεγαλειώδη εικόνα για τη μοναδικότητα και τις ικανότητές τους, και φαντασίες μεγάλης επιτυχίας. Απαιτούν την αποκλειστική και συνεχή προσοχή και τον θαυμασμό των άλλων. Έχουν δύσκολες διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς συνήθως έχουν έλλειψη ενσυναισθητικής κατανόησης, δείχνουν έντονο φθόνο, είναι αλαζονικοί και συχνά εκμεταλλεύονται και χρησιμοποιούν τους άλλους, θεωρώντας ότι οι άλλοι, κατά κάποιον τρόπο, τους χρωστούν.

7. Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας

Ο ενήλικας με διάγνωση αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας έχει συχνά παραβατική συμπεριφορά, είναι παρορμητικός, βίαιος και ριψοκίνδυνος. Χαρακτηριστικό είναι ότι ενώ έχει συνείδηση των πράξεών του δεν αισθάνεται και/ ή δεν εκφράζει μετάνοια ή καμία ενσυναίσθηση για τις ανάγκες και τα συναισθήματα των άλλων.

8. Αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας

Η αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από την κοινωνική απόσυρση λόγω του έντονου φόβου απόρριψης. Βασικό χαρακτηριστικό αυτής της κατηγορίας είναι η υπερευαίσθησία σε κάθε πιθανότητα απόρριψης, ταπείνωσης, ή ντροπιάσματος μέσα στις διαπροσωπικές σχέσεις.

9. Εξαρτημένη διαταραχή προσωπικότητας

Το βασικό χαρακτηριστικό της εξαρτημένης διαταραχής προσωπικότητας είναι η εξάρτηση από τους άλλους ανθρώπους και μια αδυναμία (που συνήθως εκφράζεται με τη μορφή φόβου) να πάρει το άτομο την ευθύνη των επιλογών και των αποφάσεών του. Η διάγνωση για την εξαρτημένη διαταραχή προσωπικότητας αναφέρεται σε δύο τύπους συμπτωμάτων: (α) συμπεριφορές εξάρτησης και (β) δυσκολίες στη δημιουργία δεσμών.

10.Καταναγκαστική ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας

Το βασικό χαρακτηριστικό της καταναγκαστικής ψυχαναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας είναι η υπερβολική εμμονή με την τάξη, την τελειομανία, τον έλεγχο, τις λίστες, τους κανόνες και τα προγράμματα, στο βαθμό που συχνά χάνεται το κύριο σημείο της δραστηριότητας. Τα άτομα με διάγνωση καταναγκαστικής ψυχαναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας είναι συνήθως άκαμπτα και τυπικά στις σχέσεις τους με τους άλλους, και γενικά δεν δείχνουν να παίρνουν ικανοποίηση από τη ζωή.

2.6 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Τι εννοούμε με τον όρο κατάθλιψη στην καθημερινή γλώσσα

Η λέξη κατάθλιψη έχει πολλές διαφορετικές σημασίες. Άλλα εννοούμε όταν την χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας γλώσσα και άλλα όταν την χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε ένα κλινικό σύνδρομο που απαιτεί θεραπεία. Στην καθομιλουμένη όταν λέμε ότι "σήμερα έχω κατάθλιψη", "είμαι στεναχωρημένος", "νιώθω λυπημένος", "δεν έχω κέφι", "αυτός ο άνθρωπος σου φέρνει κατάθλιψη" ή "νιώθω μελαγχολικά", στην ουσία αναφερόμαστε σε μια κατάσταση που έχει να κάνει με την διάθεσή μας. Η διάθεση είναι ένα συναίσθημα και γι' αυτό συνήθως χρησιμοποιούμε τον όρο "νιώθω" για να το περιγράψουμε. Η διάθεσή μας είναι καταθλιπτική ή μελαγχολική όταν είμαστε λυπημένοι για κάτι. Το αντίθετό της είναι η χαρά. Ωστόσο τις περισσότερες φορές δεν νιώθουμε ούτε το ένα ούτε το άλλο, αλλά μάλλον είμαστε σε μια ουδέτερη κατάσταση. Μπορούμε λοιπόν να δούμε ότι υπάρχει μια κλίμακα διαβάθμισης που στο ένα άκρο έχει την χαρά και στο άλλο την λύπη. Όσο πιο κοντά βρισκόμαστε προς την τελευταία τόσο πιο στεναχωρημένοι νιώθουμε, τόσο πιο μελαγχολικά και καταθλιπτικά αισθανόμαστε. Η κατάθλιψη λοιπόν όπως την χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας γλώσσα έχει μια ποιοτική συνιστώσα αλλά και μια ποσοτική, η οποία μπορεί να εκτείνεται από το ελαφρύ αίσθημα λύπης έως την απέραντη κατάρθεια και δυστυχία. Η ποσοτική αυτή συνιστώσα εξαρτάται προφανώς από την ένταση του ερεθίσματος που προκάλεσε την διάθεση αυτή. Π.χ. εάν κάποιος φοιτητής αποτύχει στις εξετάσεις ενός μαθήματος είναι φανερό ότι θα νιώσει λυπημένος, εάν κάποιος χωρίσει με τη φίλη του ή το φίλο του μάλλον θα νιώσει περισσότερο λυπημένος, ενώ εάν χάσει κάποιο αγαπημένο του οικογενειακό πρόσωπο ίσως στην αρχή νιώσει δυστυχισμένος. Αυτό βεβαίως είναι ένα παράδειγμα διότι στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν απόλυτα ερεθίσματα αλλά μόνο σχετικά, εξαρτώνται δηλαδή από την ιδιαίτερη σημασία που αποδίδει κανείς στο ερέθισμα. Αυτό πάντως που είναι κοινό σε όλες τις περιπτώσεις είναι ότι κατάθλιψη, λύπη, μελαγχολία προκαλείται από ερεθίσματα που γενικά εκλαμβάνονται από τον άνθρωπο ως απώλεια κάποιου σημαντικού πράγματος. Η κατάθλιψη όπως χρησιμοποιούμε τον όρο καθημερινά είναι μια πανανθρώπινη εμπειρία. Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει ζήσει την συναισθηματική αυτή εμπειρία. Ανεξάρτητα αν κάποιοι άνθρωποι χρησιμοποιούν αυτό τον όρο για να εκφράσουν διαφορετικό βαθμό λύπης (άλλοι ακόμη και για την μικρού βαθμού λύπη και άλλη μόνο για πιο έντονες καταστάσεις), ωστόσο όλοι καταλαβαίνουμε την σημασία της. Ως τέτοια εμπειρία, η κατάθλιψη συνήθως είναι μικρής διάρκειας και αυτοπεριοριζόμενη. Είμαστε στεναχωρημένοι για μικρό χρονικό διάστημα και πολύ εύκολα, όταν συμβεί κάτι ευχάριστο, η διάθεσή μας επανέρχεται. Οι διακυμάνσεις αυτές της διάθεσης είναι απόλυτα φυσιολογικές και συμβαίνουν πολλές φορές κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι: **η κατάθλιψη είναι μια άσχημη διάθεση που είναι η φυσιολογική απάντηση σε ένα ερέθισμα που συνήθως έχει να κάνει με μια αίσθηση απώλειας, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ο χωρισμός, η απώλεια της εργασίας, η μη επίτευξη των στόχων μας, η απώλεια ενός υλικού αγαθού κ.λ.π.**

Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις δεν διαρκούν πολύ, συνήθως δεν επηρεάζουν την γενική λειτουργικότητα και δραστηριότητα του ατόμου, εύκολα μεταβάλλονται και τροποποιούνται και συνήθως αυτοπεριορίζονται.

Τι εννοούμε με τον όρο Κατάθλιψη στην Ψυχολογία:

Ο όρος Κατάθλιψη στην Ψυχολογία υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή μια διαταραχή η οποία προκαλεί έναν συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν συναντάτε σε άλλη νόσο (οι γιατροί συνηθίζουν να ονομάζουν αυτούς τους συνδυασμούς συμπτωμάτων, που εμφανίζονται μαζί, ως σύνδρομο). Ένα από τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του συνδρόμου της κατάθλιψης είναι η άσχημη διάθεση και γι' αυτό το σύνδρομο ονομάστηκε έτσι. Δεν είναι όμως το μοναδικό σύμπτωμα ενώ μερικές φορές μπορεί και να απουσιάζει. Σαν αρρώστια, η κατάθλιψη έχει κάποιους προδιαθεσικούς και αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της, έχει επίσης συγκεκριμένη πορεία, πρόγνωση και θεραπεία.

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης

Τα

κύρια συμπτώματα που μπορεί να εμφανίζει κάποιος όταν έχει κατάθλιψη είναι τα ακόλουθα:

[1] **Μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε μέρα.** Π.χ., μια μητέρα έχασε το ενδιαφέρον της να φροντίσει το μικρό της παιδί, να καθαρίσει το σπίτι της, να βγει έξω να ψωνίσει με μια φίλη της, να ντυθεί όμορφα, πράγματα που πριν την ευχαριστούσαν πολύ. Η αλλαγή αυτή στην συμπεριφορά της είχε γίνει πολύ αντιληπτή από το στενό της περιβάλλον.

[2] **Καταθλιπτική Διάθεση,** κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε ημέρα όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των άλλων (π.χ., ο ασθενής κλαίει συχνά και φαίνεται πολύ στεναχωρημένος). Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω από αυτό το σύμπτωμα πήρε και την γενικότερη ονομασία της η διαταραχή αυτή.

[3] **Δυσκολία στον ύπνο.** Η διαταραχή αυτή του ύπνου μπορεί να έχει πολλές μορφές. Π.χ., μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, ξυπνούν δηλαδή πολλές φορές κατά την διάρκεια της νύχτας. Χαρακτηριστικό όμως της κατάθλιψης είναι ότι οι ασθενείς ξυπνούν από πολύ πρωί, π.χ. από τις 4 η ώρα και δεν ξανακοιμούνται. Αυτή η πρόωγη αφύπνιση όπως λέγεται εμφανίζεται πιο συχνά στην κατάθλιψη.

[4] **Διαταραχές στην όρεξη για φαγητό.** Συνήθως η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια της όρεξης για φαγητό με αποτέλεσμα απώλεια βάρους, π.χ., ένας ασθενής 75 κιλών μπορεί να έχει χάσει σ' ένα μήνα πάνω από 5 κιλά. Σε μια μικρή ομάδα ασθενών προκαλείται το αντίθετο σύμπτωμα, δηλαδή υπερφαγία.

[5] **Απώλεια του ενδιαφέροντος για σεξ.** Τυπικό σύμπτωμα της κατάθλιψης η απώλεια του ενδιαφέροντος για την ερωτική πράξη. Ας σημειωθεί ότι εδώ αναφερόμαστε στην διάθεση για σεξ και όχι στο αν γίνεται ή όχι η ερωτική πράξη. Π.χ., μια γυναίκα με κατάθλιψη μπορεί να κάνει έρωτα με τον σύζυγό της γιατί εκείνος το θέλει, αλλά η ίδια αν ερωτηθεί θα πει ότι δεν το επιθυμεί καθόλου και δεν της προκαλεί καμιά ευχαρίστηση.

[6] **Απώλεια των δυνάμεων** και της ενεργητικότητας. Ο ασθενής με κατάθλιψη νιώθει σαν να τον έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις του, αισθάνεται κουρασμένος όλη την ώρα και γι' αυτό πολλές φορές κάθεται στην καρέκλα και δεν κάνει τίποτα. Μερικοί ασθενείς μπορεί από την άλλη να εμφανίζουν έντονη ανησυχία και άγχος, σαν κάτι κακό να πρόκειται να συμβεί.

[7] **Αδυναμία συγκέντρωσης, σκέψης, μνήμης ή λήψης αποφάσεων.** Ο ασθενής με κατάθλιψη δεν μπορεί να συγκεντρωθεί εύκολα. Το μυαλό του φαίνεται να είναι απασχολημένο με άλλες ιδέες και σκέψεις.

[8] **Ιδέες ενοχής, αυτομομφής και αναξιότητας.** Ο ασθενής με κατάθλιψη τυπικά πιστεύει ότι ο ίδιος φταίει για την τροπή που έχει πάρει η ζωή του, όλα είναι δικό του λάθος. Νιώθει ότι η κατάσταση που περνάει είναι σαν ένα είδος τιμωρίας για πράγματα που έκανε στο παρελθόν. Μπορεί να νιώθει ότι δεν αξίζει τίποτα σαν άνθρωπος, ότι είναι ένα μηδενικό.

[9] **Ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον.** Ο ασθενής με κατάθλιψη χρωματίζει το μέλλον του με μαύρα χρώματα. Πιστεύει ότι πολύ δύσκολα θα αλλάξει η κατάσταση της ζωής του.

[10] **Ιδέες αυτοκτονίας.** Μερικές φορές ο ασθενής νιώθει τόσο απελπισμένος και αβοήθητος που μπαίνουν στο μυαλό του ιδέες αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη.

[11] **Γενικά σωματικά συμπτώματα.** Πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη αναφέρουν μια ποικιλία από σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, πόνους γενικά στο σώμα τους, προβλήματα από το γαστρεντερικό κ.λ.π. Πολλές φορές τα συμπτώματα αυτά τους οδηγούν σε διάφορους γιατρούς ή στα νοσοκομεία. Χαρακτηριστικό είναι ότι ύστερα από την εξέταση τα συμπτώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν και αποδίδονται από τον γιατρό σε άγχος ή κόπωση.

Δεν είναι ανάγκη να έχει κανείς όλα τα παραπάνω συμπτώματα για να θεωρηθεί ότι πάσχει από κατάθλιψη. Οι ειδικοί θεωρούν ότι 5 ή περισσότερα συμπτώματα, εκ των οποίων τουλάχιστον ένα από τα δύο πρώτα, φτάνουν για να μπει η διάγνωση της κατάθλιψης.

Διαφορά φυσιολογικού καταθλιπτικού συναισθήματος από την κλινική κατάθλιψη
Ένα από τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι και το καταθλιπτικό συναισθημα. Η διαφορά αυτού του συναισθήματος από το φυσιολογικό είναι ότι στην κατάθλιψη το καταθλιπτικό συναισθημα έχει μεγάλη ένταση και είναι μόνιμο. Δεν επηρεάζεται από τις καταστάσεις που ζει ο ασθενής, π.χ., ο ασθενής δεν θα γελάσει και δεν θα αισθανθεί παροδικά καλύτερα όταν συμβεί κάτι χαρούμενο. Επίσης, στην κατάθλιψη το συναισθημα μπορεί να είναι χειρότερο το πρωί σε σχέση με το βράδυ, ενώ στους φυσιολογικούς ανθρώπους, που απλά νιώθουν στεναχωρημένοι, η διάθεση είναι συνήθως καλύτερη όταν σηκώνονται το πρωί.

Η συχνότητα της Κατάθλιψης

Από έρευνες που έχουν γίνει υπολογίζεται ότι σε μια δεδομένη χρονική στιγμή 5% του πληθυσμού εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ κατά την διάρκεια ενός έτους 10% του πληθυσμού θα εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης. Κατά την διάρκεια της ζωής 20%

των γυναικών και 12% των ανδρών εμφανίζουν συμπτώματα συμβατά με κατάθλιψη. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα νούμερα αυτά περιλαμβάνουν όλες τις μορφές κατάθλιψης από τις ελαφριές μέχρι τις σοβαρές.

Η διαφορά της συχνότητας της κατάθλιψης στα δύο φύλα

Οι γυναίκες εμφανίζουν κατάθλιψη δύο φορές σχεδόν πιο συχνά απ' ότι οι άνδρες. Η διαφορά αυτή δεν έχει πλήρως εξηγηθεί. Κατ' αρχάς ένα μέρος της μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες μπορεί να παραδέχονται πιο εύκολα από τους άνδρες τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα στις σχετικές εργασίες. Η διαφορά όμως είναι αρκετά μεγάλη και έτσι πιστεύεται ότι συνδυασμός βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων συμβάλλει στην μεγαλύτερη συχνότητα.

Τα αίτια της Κατάθλιψης

Το πρώτο που πρέπει να ξεκαθαρίσουμε είναι ότι δεν υπάρχει ένας και μοναδικός λόγος που να εξηγεί την διαταραχή αυτή (όπως συνήθως συμβαίνει και με πολλές άλλες ασθένειες). Έρευνες ετών έχουν επισημάνει μερικούς παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό στη νόσηση από κατάθλιψη. Μπορεί κανείς να θεωρήσει την καταθλιπτική διαταραχή ως το τελικό κοινό αποτέλεσμα μίας ποικιλίας παραγόντων που δρουν πάνω στην ιδιοσυστασία κάθε ατόμου και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του πλαίσιο. Εάν δούμε την κατάθλιψη μ' αυτόν τον τρόπο τότε οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιολογία της, είτε καθαρά βιολογικές είτε καθαρά ψυχοκοινωνικές, παύουν να φαίνονται ότι αντικρούουν η μία την άλλη αλλά μάλλον ότι συμπληρώνουν η μία την άλλη.

Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης είναι:

[1] Γενετικοί παράγοντες:

Ο κίνδυνος να πάθει κανείς κατάθλιψη όταν έχει στενούς συγγενείς που πάσχουν, ιδιαίτερα από σοβαρές ή χρόνιες μορφές, είναι αυξημένος. Ένα μέρος του αυξημένου αυτού κινδύνου θεωρείται ότι οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που κληρονομούνται. Το πιο παραδεκτό μοντέλο για την γενετική επίδραση στην κατάθλιψη θεωρεί ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μεταβίβαση χαρακτηριστικών (π.χ. χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, βιολογικών χαρακτηριστικών κ.λ.π.) που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να πάθει κατάθλιψη. Δηλαδή, ένα άτομο που έχει κληρονομήσει αυτά τα χαρακτηριστικά έχει μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα άλλο να πάθει κατάθλιψη όταν δράσουν και άλλοι παράγοντες του περιβάλλοντος (βιολογικοί, ψυχολογικοί ή κοινωνικοί).

[2] Βιολογικοί παράγοντες:

α) Μερικές μη ψυχιατρικές παθήσεις έχουν βρεθεί ότι μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη δευτεροπαθώς. Το κοινό τους χαρακτηριστικό είναι ότι δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) και επηρεάζουν την λειτουργία των περιοχών εκείνων του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Οι παθήσεις αυτές περιλαμβάνουν παθήσεις του Κ.Ν.Σ. όπως η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας, και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

[3] Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες:

Παράγοντες που δρουν νωρίς στην ζωή : Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα που

α)

σαν παιδιά είχαν ζήσει κάποιο γεγονός σημαντικής απώλειας (π.χ. θάνατος γονιού, χωρισμός γονιών κ.λπ.) έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη σαν ενήλικοι. β) Παράγοντες που δρουν αργότερα στην ενήλικη ζωή όπως:

Τα γεγονότα ζωής: Μια σειρά γεγονότων ζωής, είτε ψυχολογικών (π.χ. θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο), είτε κοινωνικών (π.χ. οικονομική ύφεση, συνθήκες διαμονής) είτε ακόμη ψυχοκοινωνικών (π.χ. απώλεια εργασίας, μετανάστευση), φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη. Ο τρόπος σκέψης: Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους προβλήματα φαίνεται να ευνοεί σε μερικές περιπτώσεις την δημιουργία κατάθλιψης.

«Η μητρική αγάπη στην βρεφική και την παιδική ηλικία είναι τόσο σημαντική για την ψυχική υγεία όσο οι βιταμίνες και οι πρωτεΐνες για την σωματική υγεία»

«Ποιος αμφιβάλλει ότι όσο περισσότερο και όσο ωραιότερα χαμογελάει το βρέφος τόσο περισσότερο το αγαπούν και το φροντίζουν; Είναι ευτύχημα για την επιβίωσή τους που η φύση έχει φτιάξει έτσι τα μωρά ώστε να μαγεύουν και να σκλαβώνουν τις μητέρες τους»

John Bowlby

ΜΕΡΟΣ 2^ο

Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Η ψυχολογία της αναπαραγωγικής περιόδου ασχολείται με την μελέτη, περιγραφή και εξήγηση των αλλαγών στη σκέψη και τη συμπεριφορά των γονέων πριν, κατά τη

διάρκεια, και μετά τον τοκετό. Μελετά τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς και της νόησης που αλλάζουν, πώς αυτά εμφανίζονται και πώς επηρεάζουν τους γονείς κατά την αναπαραγωγική περίοδο. Πολλά κοινωνικά προβλήματα όπως η επιθετικότητα, οι σχολικές δυσκολίες, η αντικοινωνικότητα, η εγκληματικότητα, οι ψυχικές διαταραχές κλπ, έχουν άμεση σχέση και με την αναπαραγωγική περίοδο. Βασικό ερώτημα διαχρονικά ήταν το κατά πόσο η ανάπτυξη του ανθρώπου είναι αποτέλεσμα βιολογικής ωρίμανσης ή μάθησης. Σήμερα έχουμε καταλήξει στη θέση ότι η ανάπτυξη είναι αποτέλεσμα τόσο γενετικών όσο και περιβαλλοντικών επιδράσεων οι οποίες αλληλεπιδρούν.

Η διαδικασία της γενετικής μετάδοσης των χαρακτηριστικών είναι πολύπλοκη και αποτελεί θέμα της γενετικής. Τα γονίδια ελέγχουν την ανάπτυξη κάθε ανθρώπινου χαρακτηριστικού, από το χρώμα των μαλλιών μέχρι την δημιουργικότητα. Τα χαρακτηριστικά είναι προϊόν πολύπλοκης αλληλεξάρτησης του γενετικού υλικού με τις επιδράσεις του περιβάλλοντος.

Για όλες τις γυναίκες, η γέννηση ενός μωρού είναι μια επίπονη διαδικασία αλλά ταυτόχρονα από τις πιο όμορφες στιγμές στη ζωή τους. Οι λόγοι για τους οποίους σε μια τόσο ευχάριστη στιγμή για τις ίδιες αλλά και τους γύρω τους αισθάνονται «πεσμένες» ψυχολογικά είναι πολύ δύσκολο να γίνουν κατανοητοί. Τα ψυχολογικά προβλήματα της λοχείας είναι συχνά και μπορεί να εμφανιστούν ποικιλοτρόπως, από απλό προβληματισμό και άγχος για την αντιμετώπιση των νέων συνθηκών έως και τη σοβαρή εκδήλωση της επιλόχειου κατάθλιψης. Οι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνισή τους περιλαμβάνουν:

- Την αλλαγή του σώματος της γυναίκας μετά τη γέννα
- Μία γενικότερη ανασφάλεια που μπορεί να νιώσει η νέα μητέρα
- Το αίσθημα της γενικότερης αλλαγής
- Την πίεση για ανάληψη ευθυνών ως νέα μητέρα
- Διαταραχές ύπνου και υπερένταση
- Την έλλειψη ελεύθερου χρόνου
- Οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα
- Πρόσφατα γεγονότα που ίσως επηρέασαν την ψυχολογία της γυναίκας
- Οργανικά αίτια όπως η απότομη μείωση των επιπέδων σημαντικών ορμονών (κορτιζόλη, θυροξίνη)
- Ηλικία της μητέρας (η πιο νεαρή πιθανά να βιώσει αρνητικά συναισθήματα)
- Το ιστορικό ψυχικών διαταραχών (ατομικό και οικογενειακό)

Η γυναίκα αυτή την περίοδο έχει γενικά κακή διάθεση, νιώθει κόπωση και ατονία, άγχος για τις νέες της υποχρεώσεις, ανασφάλεια, ενώ συχνά την κυριεύουν αισθήματα αναξιοσύνης και ενοχής. Συχνά, έχει ξεσπάσματα λόγω συναισθηματικής φόρτισης, ενώ την ακολουθεί η αίσθηση ότι τίποτα δεν τη γεμίζει. Επιπλέον, μπορεί να εμφανίσει γενικά συμπτώματα όπως πονοκέφαλο, μούδιασμα, πόνους στο στήθος, ταχυπαλμία και μειωμένο ενδιαφέρον για σεξ. Σε πιο βαριές μορφές, η γυναίκα έχει εντονότερα αισθήματα ενοχής, μπορεί να παρουσιάσει διατροφικές διαταραχές και προβλήματα ύπνου, αδυναμία συγκέντρωσης και αίσθηση απόρριψης από το σύντροφο. Ως προς το μωρό, είτε εκδηλώνει φόβο και εμμονή, είτε αδιαφορία, ή ακόμη και επιθετικότητα. Τα τελευταία συμπτώματα καθιστούν τη διάγνωση της κατάθλιψης πολύ πιθανή και επιβάλλουν την άμεση συμβουλή ειδικού.

Τα απλά συμπτώματα είναι εύκολα αντιμετωπίσιμα και συνήθως δεν διαρκούν περισσότερο από 2-3 εβδομάδες. Απλή αναγνώρισή τους από τη μεριά της μητέρας και υποστήριξη αυτής από το σύζυγο και το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον είναι αρκετά ώστε να ανταπεξέλθει στις νέες συνθήκες και να ξεπεράσει τα εμπόδια. Στην περίπτωση που τα συμπτώματα επιμένουν, και ειδικά εάν επηρεάζουν την καθημερινή δραστηριότητα της μητέρας, η συμβουλή ειδικού είναι απαραίτητη.

Η ψυχοθεραπεία είναι μια από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Ο θεραπευτής θα βοηθήσει τη νέα μητέρα να αντιληφθεί το νέο ρόλο της ώστε να ξεπεράσει τα συναισθηματικά εμπόδια και σιγά -σιγά να αντιληφθεί την όμορφη αυτή στιγμή στη ζωή της και να απολαύσει τον ερχομό του παιδιού της στην οικογένεια. Είναι σημαντικό, αρχικά για μια γυναίκα να απελευθερώσει τις σκέψεις και τους φόβους της σε ένα έμπιστο και εχέμυθο περιβάλλον ώστε να απενοχοποιήσει τα συναισθήματα που βιώνει και να κατανοήσει πως είναι απολύτως φυσιολογικά για ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών. Με αυτό τον τρόπο μαθαίνει με τη βοήθεια του θεραπευτή να διαχειρίζεται και να αντιμετωπίζει καταστάσεις που μέχρι σήμερα δε μπορούσε, αποφορτίζοντας σημαντικά τον εαυτό της από τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν στη νέα αρχή που κάνει στη ζωή της. Σε αυτή τη δύσκολη περίοδο για τη νέα μητέρα θα είναι καλό τα κοντινά της πρόσωπα να στηρίζουν την προσπάθειά της ώστε να τη βοηθήσουν και εκείνοι με τον τρόπο τους να επανέλθει στην καθημερινότητά της. Δυστυχώς σε μερικές γυναίκες, ακόμα και μετά τη συμβουλευτική, το πρόβλημα παραμένει. Αυτές είναι που πρέπει να παραπεμφθούν σε ειδικό για περαιτέρω αντιμετώπιση.

Συμπερασματικά, οι νέες μητέρες είναι σωστό να ενημερώνονται έγκαιρα για την περίοδο της λοχείας και τις ιδιαιτερότητές της ώστε να προετοιμάζονται κατάλληλα. Ταυτόχρονα, οι ίδιες οι γυναίκες, το οικογενειακό τους περιβάλλον, αλλά και οι μαιευτήρες και μαίες θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν έγκαιρα τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων για να τα αντιμετωπιστούν όσο το δυνατό συντομότερα και αποτελεσματικά.

Επιρροή της ψυχοσωματικής κατάστασης της εγκύου στη ψυχολογία του εμβρύου

Με την προγεννητική και περιγεννητική ψυχολογία εμβαθύνεται και εμπλουτίζεται η έννοια και η σημασία του ρόλου των γονέων και ιδιαίτερα της μητέρας, η οποία, με τα συναισθήματα και τις συγκινήσεις της, καθοδηγεί την ψυχική συγκρότηση και καλή ανάπτυξη του παιδιού της ήδη από τη μήτρα. Η ψυχοσωματική ισορροπία της εγκύου είναι μείζονος σημασίας για το έμβρυο διότι κάθε δυσλειτουργία στην προγεννητική και περιγεννητική περίοδο μπορεί να το επηρεάσει δυσμενώς. Αντιθέτως, η ομαλή επικοινωνία της μητέρας και του εμβρύου είναι καθοριστική για την αρμονική ανάπτυξή του.

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης συντελούνται αλλαγές οι οποίες επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά το έμβρυο και την μετέπειτα πορεία του. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι αρνητικές προθέσεις και το άγχος κατά την εγκυμοσύνη έχουν συσχετισθεί με την γέννηση παιδιών χαμηλού βάρους, την προωρότητα, την συναισθηματική ανάπτυξη και τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού. Η ψυχοσωματική ισορροπία της εγκύου είναι μείζονος σημασίας για το έμβρυο διότι κάθε δυσλειτουργία στην προγεννητική και περιγεννητική περίοδο μπορεί να το επηρεάσει δυσμενώς. Αντιθέτως, η ομαλή επικοινωνία της μητέρας και του εμβρύου είναι καθοριστική για την αρμονική ανάπτυξή του. Η προγεννητική και περιγεννητική ψυχολογία είναι μία διακλαδική επιστήμη η οποία εξετάζει την ενδομήτρια εμπειρία του ανθρώπου και ερευνά τον αντίκτυπο που αυτή έχει στη ζωή του. Ακόμη, αποκαλύπτει όλα όσα καταγράφονται στη συνειδητότητά του από τη σύλληψη έως και το τέλος του θηλασμού, περίπου 3-4 χρονών και τα οποία ενεργοποιούνται στη ζωή του, καθώς μεγαλώνει, καθορίζοντας τη συμπεριφορά ως ενήλικα, τη σωματική υγεία, την ψυχική ισορροπία, την ποιότητα των σχέσεων που δημιουργεί και την πορεία της εξέλιξής του ως άνθρωπο. Η έρευνα στο χώρο της προγεννητικής ψυχολογίας, έχει

γυρίσει την ιστορία της ζωής πίσω στη στιγμή της σύλληψης και πέρα από αυτή, απευθείας στις σκέψεις των γονέων και τα σχέδιά τους να αποκτήσουν παιδί. Πρόσφατη έρευνα στο αναδυόμενο πεδίο της προγεννητικής και περιγεννητικής ψυχολογίας συστήνει ότι ο δεσμός γονέα –παιδιού μπορεί και θα έπρεπε να ξεκινήσει από την στιγμή της σύλληψης.

Οι περισσότεροι επιστήμονες μέχρι τα μέσα του 20^{ου} αιώνα αγνοούσαν την σημασία της ζωής μέσα στη μήτρα. Η θεωρία της «αυτοψυχογνωσίας» καθώς και οι κλινικές έρευνες που τη στηρίζουν έφτασε στα ακόλουθα γενικά συμπεράσματα: Ο άνθρωπος δε γεννιέται άγραφο χαρτί «*tabula rasa*». Η συνείδηση διαμορφώνεται μέσα στη μήτρα. Το έμβρυο έχει συνείδηση του περιβάλλοντός του από την στιγμή της σύλληψης. Φυσιολογικές, συναισθηματικές και περιβαλλοντολογικές επιρροές κατά την περίοδο της ανάπτυξης του εμβρύου διαμορφώνουν την βάση πάνω στην οποία τα παιδιά θα αναπτυχθούν. Για την εμβρυϊκή συνείδηση η μητρική αποδοχή ή απόρριψη αποτελούν μηνύματα– ερεθίσματα που κατά κανόνα αφήνουν τα ίχνη τους στα ανθρώπινα κύτταρα. Ψυχαναλυτές υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι δεν συνειδητοποιούν πάντα την επιθυμία τους για τεκνοποίηση. Θεωρείται ότι δεν υπάρχει ιδανική χρονική στιγμή για την εγκυμοσύνη και δεν αποδεικνύεται απόλυτα ότι είναι καλύτερα για το παιδί να συλληφθεί και να γεννηθεί μόνον εάν και όποτε είναι επιθυμητό.

Αντίθετα, κανείς δεν μπορεί να πει εκ των προτέρων πως στην περίπτωση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, είναι προτιμότερο να μην έχει γεννηθεί αυτό το παιδί, παρά να έρθει σε μια κακή στιγμή. Είναι γνωστό ότι πολλά παιδιά, που δεν ήταν από την αρχή επιθυμητά, αγαπήθηκαν το ίδιο, ίσως και περισσότερο από τα άλλα. Τα «παιδιά Ογκίνο», που γεννήθηκαν με τη μέθοδο Ογκίνο, δεν έγιναν όλα, ιδιαίτερα δυστυχισμένοι ενήλικες. Η μέθοδος Ογκίνο, ήταν μία από τις πρώτες μεθόδους αντισύλληψης. Τελειοποιήθηκε από ένα Ιάπωνα γιατρό και βασιζόταν στον υπολογισμό των γόνιμων ημερών του γυναικείου κύκλου, κατά τις οποίες θα έπρεπε να υπάρχει αποχή από σεξουαλικές επαφές. Ο υπολογισμός δεν ήταν σίγουρος και τα παιδιά που «προέκυψαν» από αυτή τη μέθοδο, ονομάστηκαν «παιδιά Ογκίνο». Αντιθέτως, οι προθέσεις των γονέων για την επικείμενη εγκυμοσύνη είναι προγνωστικές για την φυσική και συναισθηματική υγεία των παιδιών τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Γυναίκες δηλαδή που αναφέρουν ότι η εγκυμοσύνη τους ήταν ανεπιθύμητη εκδηλώνουν συμπεριφορές που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία του εμβρύου, όπως η καθυστερημένη λήψη προγεννητικής φροντίδας. Ακόμη, οι αρνητικές προθέσεις για την εγκυμοσύνη ή και το άγχος για την ίδια την εγκυμοσύνη έχουν συσχετισθεί με την γέννηση παιδιών χαμηλού βάρους ή με την προωρότητα. Το πρώτο βήμα για την προσαρμογή στο ρόλο της μητέρας, είναι η αποδοχή της εγκυμοσύνης και η ενσωμάτωσή της στον τρόπο ζωής της γυναίκας. Ο βαθμός αποδοχής εκφράζεται από την ετοιμότητα της γυναίκας να μείνει έγκυος και τη συναισθηματική της αντίδραση. Ο συναισθηματικός δεσμός με το παιδί ξεκινά κατά την προγεννητική περίοδο, καθώς οι γυναίκες προετοιμάζονται για τη μητρότητα μέσω της φαντασίας και της ονειροπόλησης. Σκέφτονται τον εαυτό τους ως μητέρες και φαντάζονται τις μητρικές ιδιότητες που επιθυμούν να αποκτήσουν. Οι μέλλοντες γονείς επιθυμούν να είναι εγκάρδιοι στοργικοί και κοντά στο παιδί τους. Προσπαθούν να προβλέψουν τις αλλαγές που θα φέρει το παιδί στη ζωή τους και αναρωτιούνται πώς θα τα βγάλουν πέρα με τη φασαρία, την ακαταστασία, τη μειωμένη ελευθερία κινήσεων και τις φροντίδες που θα πρέπει να παρέχουν. Η σχέση μητέρας-παιδιού εξελίσσεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ως αναπτυξιακή διεργασία. Το αναπτυξιακό αυτό πρότυπο περιλαμβάνει τρεις φάσεις. Κατά την πρώτη φάση η γυναίκα αποδέχεται το βιολογικό γεγονός της κύησης. Στη δεύτερη φάση η γυναίκα αποδέχεται το αναπτυσσόμενο έμβρυο ως ξεχωριστό από αυτήν άτομο που θα το

αναθρέψει. Κατά την τρίτη φάση, η γυναίκα προετοιμάζεται ρεαλιστικά για τη γέννηση και τη μητρότητα. Η γυναίκα πρέπει να αναπτυχθεί σε πολλούς τομείς για να γίνει μητέρα. Το αναμενόμενο παιδί αντιπροσωπεύει τη σύνθεση τριών μοναδικών στοιχείων: τη σχέση της μητέρας με τον σύντροφό της, τη σχέση της μητέρας με το παιδί ως αντιπροσώπου του εαυτού της και τη σχέση με το μοναδικό άτομο, το αγέννητο παιδί. Καθώς το σώμα της εγκύου προσαρμόζεται στις φυσιολογικές απαιτήσεις του εμβρύου, πρέπει να προσαρμοστεί και στην ιδέα του να γίνει μητέρα και στην ενσωμάτωση ενός άλλου ανθρώπου στην οικογενειακή και κοινωνική της σφαίρα.

Οι ερευνητές εισηγούνται ότι με την πρόοδο της εγκυμοσύνης, η έγκυος ταυτίζεται με τη «μητέρα», την πρωτόγονη ανάμνηση του όντος που ανάθρεψε και αυτήν. Επίσης προοδευτικά η έγκυος τείνει να αξιολογεί το σύντροφο σχετικά με την καταλληλότητά του ως «πατέρα» και κρίνει την πρόσφατή του συμπεριφορά ίσως σύμφωνα με το τι θεωρεί η ίδια ιδανικό πατέρα. Η συμπεριφορά μιας εγκύου επηρεάζει το έμβρυο με τρόπο που καθορίζει το πώς βλέπει τον εαυτό του και το περιβάλλον μέσα στη μήτρα. Τα θετικά συναισθήματα που λαμβάνει το έμβρυο θα το στηρίζουν σε όλη την υπόλοιπη πορεία του και θα ενδυναμώσουν την προσωπικότητά του.¹⁸ Σύμφωνα με έρευνα του Vedona και συν., η λεκτική επικοινωνία που αναπτύσσει η μητέρα με το έμβρυο είναι παράγοντας που σχετίζεται με την γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού. Το παιδί, για να ξεκινήσει θετικά την καινούργια του ζωή στον κόσμο, έχει ανάγκη από συναισθηματική τροφή (μηνύματα αγάπης, αποδοχής και αισιοδοξίας), που μόνο από τη μητέρα του μπορεί να πάρει, μια μητέρα όμως ανοικτή προς τον κόσμο και συναισθηματικά διαθέσιμη. Η αντιμετώπιση μιας συγκινησιακής σύγκρουσης, μέσω της έκφρασης των συναισθημάτων και της εκφόρτισης, οδηγεί προς μια καλύτερη ψυχοσωματική ισορροπία και μια βαθύτερη ελκρινεία στη σχέση, προς όφελος και του εμβρύου, το οποίο, από τώρα και ιδιαίτερα τώρα, δέχεται πολλά συγκινησιακά μηνύματα της μητέρας και βιώνει τις αλλαγές του. Η ομαλή επικοινωνία της μητέρας και του εμβρύου είναι καθοριστική για την αρμονική ανάπτυξή του. Η εμβρυϊκή ζωή είναι το ίδιο σημαντική όπως και οι εννιά μήνες μετά τη γέννα. Εάν οι επιρροές είναι θετικές μπορεί τότε ο άνθρωπος να ευεργετηθεί κατά την ανάπτυξή του ή αν είναι αρνητικές μπορεί να στιγματιστεί ανεπανόρθωτα η ενήλικη ζωή του. Είναι σκόπιμο να γίνει αναφορά στην

ιδιαίτερη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ γονέα και παιδιού, καθώς είναι η πρώτη σχέση την οποία βιώνουν και η οποία δίνει μια αρχική αίσθηση του αν ο κόσμος που ζουν είναι ασφαλής ή όχι. Επίσης, αυτή η σχέση γονέα –παιδιού φαίνεται να επηρεάζει διάφορους παράγοντες στο ίδιο το παιδί όπως την ανάπτυξη του εγκεφάλου, την λειτουργία του νευρικού συστήματος, την αυτοπεποίθησή του, την νοημοσύνη του, και την ικανότητα του να διαχειρίζεται το στρες. Προβλήματα που μπορεί να υπάρχουν σε αυτόν τον μοναδικό δεσμό μπορεί να προκαλέσουν επιθετικότητα σε παιδιά σχολικής ηλικίας, ασθένειες στην ενήλικη ζωή, τάση για εγκληματικότητα και αυτοκτονία.

Επιδράσεις των συναισθηματικών αλλαγών της μητέρας στο έμβρυο

Η εγκυμοσύνη είναι για μια γυναίκα ίσως η σημαντικότερη και ομορφότερη περίοδος της ζωής της και μια εκπληκτική εμπειρία. Οι αλλαγές που συντελούνται τόσο σε σωματικό επίπεδο, όσο και στο ψυχικό και συναισθηματικό κόσμο της μέλλουσας μητέρας, είναι τεράστιες. Η εγκυμοσύνη αποτελεί μια κρίσιμη φάση στη ζωή μιας γυναίκας, όπου αλλάζουν οι ισορροπίες, οι ευθύνες, η σωματική εικόνα, οι διαπροσωπικές σχέσεις και οι ρόλοι. Όλες αυτές οι αλλαγές που συντελούνται σε σύντομο χρονικό διάστημα και αφορούν όλα τα επίπεδα (κοινωνικό, ψυχικό, σωματικό), την οδηγούν προς μια πιο εύθραυστη συγκινησιακή ισορροπία και η μέλλουσα μητέρα

ανακαλύπτει τον εαυτό της ιδιαίτερα ευαίσθητο και εύκολο στις συγκινήσεις και τις παρεξηγήσεις. Ανάλογα με τον χαρακτήρα της εγκύου και το περιβάλλον της, τα ενδεχόμενα αρνητικά συναισθήματα, που μπορεί να βιώνει κατά καιρούς, συνοδεύονται συχνά από ενοχές, επειδή δε νιώθει χαρούμενη και ικανοποιημένη. Η αντιμετώπιση των εσωτερικών εντάσεων αποτελεί θέμα ζωτικής σημασίας και η επαφή με δυσάρεστες καταστάσεις πιθανόν να είναι αιτία δημιουργίας αρνητικών συναισθημάτων. Στην περίπτωση της εγκύου, οι εσωτερικές αλλαγές εξαιτίας μιας παρατεταμένης έντασης επηρεάζουν και το έμβρυο, βάζοντας το σε μια κατάσταση ταραχής. Ακόμα, τυχόν εκδήλωση σημείων εσωστρέφειας για να αποφύγει την αντιμετώπιση των συγκρούσεων, εσωτερικών και εξωτερικών, την οδηγεί προς μια κατάσταση συγκινησιακής απομόνωσης, η οποία επηρεάζει ιδιαίτερα το έμβρυο.

Η στέρηση συγκινησιακών μηνυμάτων που προέρχεται από αυτό το κλείσιμο, εξαιτίας μιας κατάστασης μελαγχολίας, άρνησης ή συγκρατημένης επιθετικότητας, δρα στον ψυχικό κόσμο του εμβρύου όπως μια στέρηση τροφής στη σωματική του ευεξία. Πολλές μελέτες πραγματεύονται την συσχέτιση του μητρικού στρες και της μακροπρόθεσμης ανάπτυξης ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς στο παιδί. Έρευνα του Huizink έδειξε ότι το άγχος της εγκύου κατά την διάρκεια του πρώτου μισού της εγκυμοσύνης είναι προγνωστικός παράγοντας προβληματικής συμπεριφοράς και κακής ανάπτυξης του παιδιού. Αυτό διαπιστώθηκε ειδικά για συγκεκριμένες ανησυχίες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης όπως ο φόβος για την υγεία του μωρού και για τον πόνο κατά τον τοκετό. Σε ανάλογα συμπεράσματα, που αφορούν τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του άγχους, κατέληξε και μεταγενέστερη έρευνα του Huizink που έγινε σε βρέφη 8 μηνών καθώς και έρευνα των Anhalt και συν., και Gutteling και συν., που εστίασε στην επίδραση του μητρικού στρες στην συναισθηματική ανάπτυξη και συμπεριφορά του παιδιού. Ακόμη, σε έρευνα των Van den Berg και Van den Berg και συν., όπου μελετήθηκαν 70 μητέρες και τα μωρά τους από το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης έως την ηλικία των 9 ετών φάνηκε αρχικά ότι τα έμβρυα των εγκύων, οι οποίες είχαν έντονο άγχος, είχαν περισσότερη σωματική κινητικότητα, κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο στην 36^η εβδομάδα κύησης. Στους 7 μήνες μετά τον τοκετό αυτή η ομάδα των βρεφών είχε ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στην συμπεριφορά όπως: κλάμα, γκρίνια, ακανόνιστες βιολογικές λειτουργίες και ιδιόρρυθμη ιδιοσυγκρασία. Στην ηλικία των 9 ετών αυτά τα παιδιά (ειδικά τα αγόρια) ήταν ακόμη περισσότερο δραστήρια, είχαν διάσπαση προσοχής και επιθετικότητα. Σε αντίστοιχα συμπεράσματα σχετικά με τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του μητρικού άγχους στο παιδί καταλήγουν και άλλες μελέτες. Τα υψηλά ποσοστά μητρικού άγχους συσχετίζονται με την εμφάνιση παχυσαρκίας κατά την παιδική ηλικία. Ακόμη, το μητρικό άγχος κατά την προγεννητική περίοδο είναι σημαντικός προγνωστικός δείκτης προωρότητας, σύμφωνα με μελέτη του Glynn και συν., καθώς επίσης συσχετίζεται με την εμφάνιση παραγόντων που επηρεάζουν δυσμενώς το περιγεννητικό αποτέλεσμα.

Η περιγεννητική περίοδος ως περίοδος αλλαγής

Η απόφαση μιας γυναίκας να φέρει στον κόσμο ένα παιδί, αποτελεί ένα κομβικό γεγονός, μια τεράστια αλλαγή στη ζωή της και μάλιστα, μια αλλαγή χωρίς επιστροφή. Η εγκυμοσύνη και η απόκτηση παιδιού είθισται να περιγράφονται ως ευτυχείς εμπειρίες, ως επιτυχία της ίδιας της γυναίκας αλλά και του ζευγαριού. Μια πιο προσεκτική προσέγγιση, όμως, αναδεικνύει μια σειρά αμφιθυμικών συναισθημάτων και προβληματισμών, ικανών να τη μετατρέψουν σε μια δυσάρεστη εμπειρία. Σε όλη τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου η γυναίκα έρχεται αντιμέτωπη με μια σειρά από σημαντικά ερωτήματα: πόσο

επιθυμητή είμαι από τον σύζυγο; Εγώ θα τον επιθυμώ; Πόσο θα αλλάξει η σχέση μας ως ζευγάρι; Θα είμαι καλή μητέρα; Θα μπορώ να μεγαλώσω το παιδί μου σωστά ή κάποια στιγμή θα δω στη ζωή του τα λάθη που διέπραξα στην ανατροφή του; Θα μπορώ να συνεχίσω την καριέρα μου ή θα κλειστώ σε ένα σπίτι, έχοντας μόνο τον ρόλο της μητέρας; Θα έχω βοήθεια από το σύζυγο σε πρακτικά θέματα; Η μητέρα μου θα μου σταθεί; Μήπως όλοι θα με κατακρίνουν για τα λάθη που κάνω στην ανατροφή του παιδιού; Γιατί οι άλλες γυναίκες τα καταφέρνουν καλύτερα (γεννούν με φυσιολογικό τοκετό, θηλάζουν περισσότερο, κ.λ.π);

Η εγκυμοσύνη δεν αποτελεί μόνο ένα βιολογικό – σωματικό γεγονός, αλλά μια πολύπλοκη διαδικασία, στην οποία εμπλέκονται βιολογικοί, ψυχικοί, κοινωνικοί – περιβαλλοντικοί παράγοντες. Η γυναίκα καλείται να προσαρμοστεί σε μια πληθώρα πρωτόγνωρων καταστάσεων και συνθηκών ζωής και καθημερινότητας: θα πρέπει να φροντίσει ώστε η ίδια και το έμβρυο να παραμείνουν ασφαλείς, πράγμα που προϋποθέτει τη συγκατάθεσή της σε μια σειρά «θυσιές» - αλλαγές στο μέχρι τότε τρόπο ζωής της. Οι αλλαγές ενδέχεται να είναι καλοδεχούμενες, ίσως όμως να απομακρύνουν για ένα μεγάλο διάστημα τη γυναίκα από σημαντικά ενδιαφέροντα εργασιακά, κοινωνικά ή άλλου τύπου. Η έγκυος καλείται να συνάψει ένα δεσμό με το έμβρυο που κυοφορεί, να διασφαλίσει την αποδοχή του από το οικογενειακό περιβάλλον και να προετοιμαστεί για τον τοκετό. Καλείται, τέλος, να αποδεχθεί τις αλλαγές στην εικόνα του σώματός της και να τροποποιήσει διάφορες πτυχές στη σχέση με το σύντροφο και πατέρα του παιδιού. Οι προαναφερθείσες προσαρμοστικές προκλήσεις είναι μόνο ενδεικτικές, από τη στιγμή που κάθε γυναίκα κουβαλάει τη δική της ιστορία, τις σχέσεις και τον τρόπο ζωής, άρα και διαφορετικές ανάγκες.

Αναμενόμενες αλλαγές στην ψυχολογία της γυναίκας

Οι οργανικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης νοσηματοδοτούνται από τις ιδιαίτερες σκέψεις, φαντασιώσεις, προσδοκίες και συναισθήματα της κάθε γυναίκας. Οι αναπαραστάσεις της για την εγκυμοσύνη, τη μητρότητα και το παιδί, προέρχονται εξ' ολοκλήρου από το δικό της ψυχικό κόσμο. Για κάθε γυναίκα οι αλλαγές έχουν διαφορετική βαρύτητα και σημασία, εξαρτώμενη άμεσα από την προσωπική της ιστορία.

Ακόμα και μια επιθυμητή και προσδοκώμενη εγκυμοσύνη δημιουργεί αμφιθυμία, από τη στιγμή που η έλευση μιας νέας ζωής σηματοδοτεί μια τεράστια αλλαγή στον τρόπο ζωής της μητέρας, του πατέρα και των υπολοίπων παιδιών (εφόσον υπάρχουν).

Την πρώτη περίοδο της εγκυμοσύνης, μέχρι και τους 4 ½ περίπου μήνες, όταν η γυναίκα αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις κινήσεις του παιδιού, κάποιες γυναίκες νιώθουν πληρότητα, ικανοποίηση και ευχαρίστηση. Νιώθουν τότε την ανάγκη να αποσυρθούν από τον εξωτερικό κόσμο, γιατί έχουν τη διάθεση να ασχοληθούν με τον εαυτό τους. Άλλες πάλι νιώθουν μια ελαφριά κατάθλιψη αυτή την περίοδο και αυξάνουν τη σωματική τους δραστηριότητα για να νιώσουν καλύτερα. Οι πιο δραστήριες δυσκολεύονται να αποδεχτούν ότι χρειάζονται τη βοήθεια των άλλων. Συχνά ζηλεύουν το γεγονός ότι ο σύζυγος μπορεί να συνεχίσει την καριέρα του, τη στιγμή που εκείνες αναγκάζονται να διακόψουν την ενασχόληση με τα ενδιαφέροντα και την εργασία τους. Η δεύτερη περίοδος της εγκυμοσύνης αρχίζει όταν γίνονται αντιληπτές οι πρώτες κινήσεις του εμβρύου. Τα συμπτώματα της ναυτίας υποχωρούν και η γυναίκα νιώθει ευεξία. Συχνά παρατηρούνται δυσκολίες ως προς την αποδοχή των σωματικών αλλαγών. Ενώ κάποιες γυναίκες προσπαθούν να προσαρμοστούν στην ιδέα μιας επιπλέον δέσμευσης, για άλλες η εγκυμοσύνη δημιουργεί μια αίσθηση ελευθερίας, με λιγότερες υποχρεώσεις και περισσότερο ελεύθερο χρόνο για τον εαυτό τους. Την περίοδο αυτή η γυναίκα συχνά επεξεργάζεται θέματα που έχουν να κάνουν με τη μητέρα της, την αυτονομία (τη δική της αλλά και του παιδιού που θα αποκτήσει) και γενικότερα, με ζητήματα που αφορούν τη σχέση μητέρας παιδιού. Οι ρόλοι αλλάζουν: από κόρη κάποιας

άλλης γυναίκας, η έγκυος προετοιμάζεται να αναλάβει τη φροντίδα ενός παιδιού από τη θέση της μητέρας.

Η τρίτη περίοδος είναι το στάδιο πριν τον τοκετό, όπου η γυναίκα νιώθει συχνά κόπωση. Η ανάγκη της για ασφάλεια και προστασία αυξάνεται. Παρατηρούνται διακυμάνσεις του συναισθήματος, από χαρά στην προοπτική του παιδιού, μέχρι και άγχος για τη διαδικασία του τοκετού, την υγεία της ίδιας και του παιδιού. Για αρκετές γυναίκες ο τοκετός αναμένεται με ανυπομονησία, εφόσον η στιγμή αυτή σημαίνει την πιο ενεργή στάση ζωής και την έξοδο από την παθητικότητα.

Έπειτα από τον τοκετό η γυναίκα έρχεται και πάλι αντιμέτωπη με μια αλλαγή στη σωματική εικόνα της. Ταυτόχρονα καλείται να αναγνωρίσει την ατομικότητα του παιδιού, το οποίο δεν αποτελεί πια τμήμα του σώματός της. Η γυναίκα μπορεί να νιώθει κάπως μπερδεμένη, στην περίπτωση που δεν νιώθει άμεσα το ξύπνημα της μητρικής αγάπης. Συχνά μετά τη γέννα νιώθει μια μικρή απογοήτευση, όπως νιώθει κανείς μετά από την επίτευξη κάποιου μεγάλου και πολυαναμενόμενου κατορθώματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ιδιαίτερα σημαντική η κατανόηση και συμπαράσταση του συζύγου και της οικογένειας.

Τονίζουμε ότι οι παραπάνω αλλαγές είναι απόλυτα φυσιολογικές και αναμενόμενες.

Ψυχικές διαταραχές σχετιζόμενες με την αναπαραγωγική λειτουργία

Η κατάθλιψη είναι συχνότερα απαντώμενη ψυχική νόσος στις γυναίκες, τόσο σε δείγματα κλινικού, όσο και γενικού πληθυσμού, σε όλες τις φυλετικές ομάδες και κοινωνικές τάξεις. Οι Διαταραχές της Διάθεσης που συνδέονται με την αναπαραγωγή, όπως η Προεμμηνορροιακή Δυσφορική Διαταραχή, η Επιλόχεια Κατάθλιψη ή η Περιεμμηνοπαυσιακή Κατάθλιψη, είναι δυνατόν να προκαλέσουν σημαντική δυσλειτουργικότητα στις γυναίκες. Γενετικοί, ορμονικοί, στρεσογόνοι και άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες, εμφανίζεται να παίζουν ρόλο στην καταγωγή και εξέλιξη των διαταραχών αυτών.

Οι γυναίκες βιώνουν μεγάλο άγχος και πίεση σε σχέση με θέματα αναπαραγωγικής υγείας. Τα ψυχοπαθολογικά αυτά φαινόμενα που συνδέονται με το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας, σχετίζονται άμεσα με ψυχολογικούς συντελεστές, όπως η ιδιοσυγκρασία της ίδιας της γυναίκας, ο τρόπος και οι συνθήκες ζωής της, το κοινωνικό της περιβάλλον, η σχέση της με το σύντροφό της και άλλους κοινωνικούς παράγοντες.

Αναλυτικότερα οι Ψυχικές διαταραχές σχετιζόμενες με την αναπαραγωγική λειτουργία των γυναικών είναι:

- Προεμμηνορροιακό σύνδρομο
- Ψυχιατρικές διαταραχές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης
- Επιλόχειες διαταραχές
- Εμμηνόπαυση



Η λοχεία ως περίοδος Ψυχολογικών αλλαγών

Η γέννηση ενός παιδιού και η προσαρμογή στο νέο μητρικό ρόλο αποτελούν μείζονες στρεσογόνους παράγοντες. Στην περίοδο που ακολουθεί τον τοκετό η μητέρα πρέπει να ανταπεξέλθει σε μεγάλες ψυχοκοινωνικές αλλαγές σε όλους σχεδόν τους τομείς της ζωής της, με ποικίλες επιβαρύνσεις, αλλαγές ρόλων, σύγκρουση ρόλων, απώλειες και αμφιθυμίες. Έτσι το πέρασμα στη μητρότητα, εκτός από μια βιολογικά στρεσογόνα κατάσταση, μπορεί να αποτελεί ένα μείζονα ψυχοκοινωνικό στρεσογόνο παράγοντα. Ίσως σε αυτό να βρίσκεται και η εξήγηση, γιατί η ψύχωση στη λοχεία εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες που γίνονται για πρώτη φορά μητέρες. Οι προηγούμενοι ρόλοι εγκαταλείπονται, με αποτέλεσμα να απαιτείται από τη γυναίκα να πενήσει για την απώλειά τους. Παράλληλα νέοι ρόλοι, με πρώτον αυτόν της μητρότητας, έρχονται να διεκδικήσουν από τη γυναίκα σε αυτή τη φάση της ζωής της να προσαρμοστεί και να τους εκπληρώσει με επάρκεια.

Επιλόχειες διαταραχές

Λοχειακή Δυσφορία

Είναι παροδική, αυτοπεριοριζόμενη ψυχολογική διαταραχή, αφορά το 50 -70% των λεχωίδων, συμβαίνει μέσα στις πρώτες 10 ημέρες από τον τοκετό, συνήθως την 3^η-5^η ημέρα, αλλά δε χρειάζεται ειδική παρέμβαση τα χαρακτηριστικά της συμπτώματα είναι: κλάμα, ευσυγκινησία, ευμετάβλητη διάθεση, ευερεθιστότητα, καταθλιπτικά συμπτώματα, ανησυχία για την ικανότητα φροντίδας του βρέφους.

Επιλόχεια κατάθλιψη

Συμβαίνει στο 10-15% των νέων μητέρων και η έναρξη της είναι συνήθως 6-8 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Ιδιαιτερότητες της κατάθλιψης στη λοχειακή περίοδο: Ως προς το περιεχόμενο της κατάθλιψης: Συναισθηματική αστάθεια, Συχνά αίσθημα ενοχής (δεν είμαι αρκετά καλή μητέρα,) ιδεοληψίες ότι μπορεί να βλάψουν το παιδί, παράλογες ανησυχίες για την υγεία του παιδιού, απουσία θετικών συναισθημάτων για το νεογνήτο (τις κάνει να ζητούν βοήθεια). Οι Παράγοντες κινδύνου για την επιλόχεια κατάθλιψη είναι: τα ψυχοπαιστικά γεγονότα ζωής, το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, η νεαρή ηλικία της μητέρας, η κακή συζυγική σχέση, η απουσία κοινωνικής στήριξης. Οι επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης είναι: Στο συναισθηματικό δεσμό μητέρας-βρέφους, οι καταθλιπτικές μητέρες δεν απαντούν με κατάλληλο τρόπο στα μωρά τους, είναι αποσυρμένες ή επιθετικές, αυτό έχει μακροχρόνιες επιδράσεις στην ανάπτυξη του παιδιού. Το δέσιμο μητέρας-βρέφους επηρεάζεται από την κατάθλιψη: δεν μπορούν λόγω

της κατάθλιψης να δεθούν με το παιδί, αυτό ενοχοποιεί τις μητέρες και επιδεινώνει την κατάθλιψη, έτσι δημιουργείται φαύλος κύκλος, στην ψυχική υγεία των πασχουσών γυναικών και σε όλο το οικογενειακό σύστημα.

Τουλάχιστον τα 2/3 των λοχειακών καταθλίψεων δεν αναγνωρίζονται γιατί δε συνειδητοποιούν ότι πάσχουν από κάποια αρρώστια, νιώθουν ντροπή και ότι απέτυχαν σαν μητέρες και έχουν φόβους στιγματισμού ή ότι θα χωριστούν από το παιδί. Οι οικείοι δε το καταλαβαίνουν, ενώ αρκετοί ειδικοί δεν έχουν την εκπαίδευση ή τα μέσα να το αναγνωρίσουν και αποδίδουν τα συμπτώματα σε 'φυσιολογική' κόπωση από τον τοκετό και τη φροντίδα του παιδιού.

Επιλόγεια ψύχωση

Θορυβώδης συμπτωματολογία, αϋπνία, σύγχυση – διαταραχές μνήμης, ευμετάβλητη συμπεριφορά, ψευδαισθήσεις, παραλήρημα (συνήθως διωκτικό) κίνδυνος αυτοκτονίας, αλλά και βρεφοκτονίας.

Λοχειακή Ψυχική Διαταραχή

Είναι προβλέψιμη, αναγνωρίσιμη και θεραπεύσιμη. Αναγκαιότητα η πρόληψή της.

Συμπτώματα προεμμηνορυσιακού συνδρόμου

Άγχος, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, κεφαλαλγία, κοιλιακό φούσκωμα, ευαισθησία στο στήθος, κατακράτηση υγρών και αύξηση βάρους.

Συμπτώματα προεμμηνορυσιακής δυσφορικής διαταραχής

Τουλάχιστον πέντε από τα ακόλουθα συμπτώματα: πεσμένη διάθεση, ευμετάβλητη διάθεση, ένταση, ευερεθιστότητα, μείωση ενδιαφερόντων, δυσκολία συγκέντρωσης, κόπωση, μεταβολές σε όρεξη / ύπνο, σωματικά συμπτώματα. Έναρξη των συμπτωμάτων 1–2 εβδομάδες πριν την έμμηνο ρύση. Τουλάχιστον ένα σύμπτωμα αφορά τη διάθεση και μειώνει τη λειτουργικότητα. Ποσοστό : 2% - 8% γυναικών.

Περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές

Η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και ο ερχομός ενός νέου μέλους στην οικογένεια, επιδρούν σε τέτοιο βαθμό, ώστε η ζωή ποτέ πια δεν είναι ίδια για αυτούς που γίνονται γονείς. Πολλές φορές τη χαρά συνοδεύουν, με έναν παράδοξο και ιδιαίτερο τρόπο, συναισθήματα απελπισίας και εγκλωβισμού και η αίσθηση ότι το ταξίδι της μητρότητας είναι χωρίς επιστροφή. Οι έγκυες και οι νέες μητέρες ντρέπονται για αυτό που νιώθουν, με αποτέλεσμα συχνά να υποφέρουν μοναχικά και σιωπηρά τα συμπτώματα σοβαρών ψυχικών διαταραχών. Η εγκυμοσύνη συνιστά μια από τις πιο πολυσύνθετες εμπειρίες στη ζωή μιας γυναίκας. Πρόκειται για μια μεταβατική περίοδο, κατά την οποία η γυναίκα καλείται να αντιμετωπίσει μια σειρά πρωτόγνωρες και κομβικές αλλαγές στη σωματική εικόνα, την αντίληψη του εαυτού, την καθημερινότητα, τις σχέσεις. Ο ερχομός ενός παιδιού σηματοδοτεί την έναρξη μιας διαφορετικής ζωής (Deutsch, 1945. Bibring, 1959. Pines, 1972. Condon, 1987. Raphael-Leff, 2001).

Παραδείγματα από την κλινική πράξη αλλά και τον γενικό πληθυσμό γυναικών που διανύουν την περιγεννητική περίοδο, αναδεικνύουν περιπτώσεις όπου, η εγκυμοσύνη και η απόκτηση παιδιού δεν αποτελεί εξ ορισμού ένα πολυπόθητο και χαρμόσυνο γεγονός, όπως θα αναμενόταν. Οι γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο είναι ευάλωτες να εμφανίσουν συμπτώματα

από όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών (Brockington, 2005).

Συναισθηματικές και άλλες ψυχικές διαταραχές, κυρίως κατάθλιψη αλλά και υπέρμετρο άγχος που δυσκολεύει τη ζωή της εγκύου και καθιστά επώδυνα συγκρουσιακή τη μετάβασή της προς τη μητρότητα, προβλήματα στη σχέση με τον σύντροφο ή το σύζυγο, αυτοκτονίες, παραμέληση, κακοποίηση νεογνών, ακόμα και βρεφοκτονία, αποτελούν παραδείγματα μιας ανυπόφορης πλευράς της εμπειρίας.

Φυσιολογικές αλλαγές κατά την περιγεννητική περίοδο

Φυσιολογικές αλλαγές κατά την κύηση

Η εγκυμοσύνη συνιστά μια περίοδο αλλαγών, μια πρόκληση, που έχει χαρακτηριστικά αναπτυξιακής κρίσης. Υποστηρίζεται ότι σε όλες τις εγκυμοσύνες παρατηρείται ένας μικρότερος ή μεγαλύτερος βαθμός σύγκρουσης ή αμφιθυμίας της γυναίκας για την ικανότητά της να φέρει εις πέρας ικανοποιητικά την εγκυμοσύνη, ένας βαθμός άγχους για τον επερχόμενο τοκετό, την υγεία και τη φυσιολογική ανάπτυξη του βρέφους, την επάρκεια και την ικανότητά της γυναίκας να διαχειριστεί και να ανταπεξέλθει στην καινούργια κατάσταση (Rofe et al., 1993).

Στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τα συναισθήματα της γυναίκας καθορίζονται από τις σωματικές αλλαγές που αντιμετωπίζει. Οι έγκυες συχνά παραπονιούνται για συναισθηματική δυσφορία, ευερεθιστότητα, άγχος και ευμετάβλητη διάθεση, η οποία μπορεί να επιδεινώνεται από τη ναυτία, την ευαισθησία στο στήθος και άλλες σωματικές αλλαγές. Σε μικρότερη συχνότητα υπάρχουν αναφορές για πόνους, εφιάλτες και αϋπνία. Στην πορεία της κύησης, περαιτέρω σωματικές αλλαγές, οι διαφοροποιήσεις στην ερωτική διάθεση και το άγχος για τον τοκετό, επηρεάζουν την ψυχολογία της. Προς το τέλος της εγκυμοσύνης και, όταν αυτή είναι αρκετά προχωρημένη, συχνά παρατηρείται μείωση των κοινωνικών συναναστροφών και απορρόφηση με τις ετοιμασίες για τον τοκετό και τη φροντίδα του μωρού. Οι διαταραχές ύπνου που λαμβάνουν χώρα στο τελευταίο τρίμηνο, φαίνεται να συνδέονται με τη σωματική κατάσταση της γυναίκας (τη δυσκολία να βρει μια βολική και αναπαυτική θέση ύπνου, λόγω της μεγάλης κοιλιάς που έχει ή της αυξημένης ανάγκης για ούρηση) και λιγότερο συχνά με άγχος ή κατάθλιψη.

Οι ορμονικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα κατά την περίοδο της κύησης προετοιμάζουν τη μετάβαση στη μητρότητα, όχι μόνο σε σωματικό επίπεδο, δημιουργώντας δηλαδή ένα πρόσφορο έδαφος για τη φιλοξενία και ανάπτυξη του εμβρύου, αλλά και ψυχικά. Οι αλλαγές αυτές ενισχύουν τη γυναίκα για να γίνει περισσότερο «δοτική» και να μπορέσει να θηλάσει και να φροντίσει το βρέφος, όταν αυτό γεννηθεί. Ωστόσο, η αλληλεπίδραση οιστρογόνων και προγεστερόνης, καθώς και άλλων λιγότερο γνωστών ορμονών έχει κατηγορηθεί ότι προξενεί αυξημένη ψυχική ευαισθησία, τάση για εκδήλωση φόβου και συναισθηματικής εγρήγορσης της γυναίκας, για τη δική της ασφάλεια, αλλά και για του παιδιού (Lothian, 2008).

Πολύ νέες σε ηλικία γυναίκες, χωρίς σύντροφο και υποστηρικτικό πλαίσιο ή γυναίκες που δεν είχαν βιώσει επαρκώς τη μητρική φροντίδα ως παιδιά, ενδέχεται να έχουν ανάγκες που έρχονται σε σύγκρουση με αυτές των παιδιών τους. Άλλες γυναίκες που εκδηλώνουν μεγαλύτερο βαθμό δυσκολιών είναι όσες είχαν βιώσει απώλεια κύησης στο παρελθόν, όσες κατέφυγαν σε υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, αυτές που έχουν κυήσεις υψηλού κινδύνου και όσες γενούν με επείγουσα καισαρική (Cathwell, 2006).

Κάποιες βιώνουν ελάχιστες συναισθηματικές αλλαγές, ενώ ενδέχεται να

εκδηλώνουν σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τα σωματικά συμπτώματα που συνοδεύουν την κύηση (Rofe, 1993). Φαίνεται ότι οι γυναίκες με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο εμφανίζουν λιγότερο άγχος, πονοκεφάλους, ζαλάδες και αϋπνία κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου, σε σχέση με γυναίκες χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Αντίστοιχα, υπάρχουν διαφορές στα επίπεδα δυσφορίας που μπορεί να βιώνει μια έγκυος ανάλογα με το αν κυοφορεί το πρώτο της παιδί ή έχει και άλλα παιδιά.

Η διάκριση μεταξύ παθολογικών και φυσιολογικών αλλαγών, είναι ιδιαίτερα σημαντική στον χώρο της ψυχικής υγείας της περιγεννητικής περιόδου και υποδεικνύεται από την κρισιμότητα των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών. Παρόλο που τα προαναφερθέντα συμπτώματα καταγράφονται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό στην πλειονότητα των κυήσεων, συνήθως δεν έχουν μεγάλη ένταση ούτε μεγάλη διάρκεια.

Φυσιολογικές αλλαγές κατά τη λοχεία: Baby Blues

Τις πρώτες δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό, πολύ συχνά οι γυναίκες βιώνουν μια σειρά σωματικών αλλά και ψυχικών συμπτωμάτων που αναφέρονται ως «επιλόχεια δυσφορία» (baby blues, όπως έχει επικρατήσει να λέγεται) και δεν συνιστούν ψυχιατρική διαταραχή.

Η επιλόχεια δυσφορία αφορά στην εκδήλωση ήπιων συμπτωμάτων θλίψης, κλάματος, άγχους, σύγχυσης, διαταραχών ύπνου και ευερεθιστότητας, που εμφανίζονται στο 26% - 85% των γυναικών μετά τον τοκετό. Στα συμπτώματα δεν περιλαμβάνεται αυτοκτονικός ιδεασμός, ενώ δεν απαιτείται θεραπευτική παρέμβαση, εφόσον υποχωρούν μέχρι και τη δεύτερη εβδομάδα μετά τον τοκετό (Milgrom et al., 2008. Norhayati et al., 2015). Η διάθεση της γυναίκας αυτή την περίοδο χαρακτηρίζεται από ευμεταβλητότητα, απότομες εναλλαγές και υπερευαισθησία (Kendell et al., 1981. Ballinger, 1982. O'Hara, 1995. Buttner et al., 2012).

Σαφή προσδιοριστικά κριτήρια για την επιλόχεια δυσφορία δεν υπάρχουν, για αυτό άλλωστε και το εύρος της επικράτησης είναι τόσο μεγάλο, ανάλογα με την αυστηρότητα των κριτηρίων που χρησιμοποιούνται (Buttner et al., 2012). Σύμφωνα με τον Buttner, οι O'Hara και συνεργάτες, πρότειναν μία σειρά διαγνωστικών κριτηρίων που περιλαμβάνουν δυσφορική διάθεση, κλάμα, συναισθηματική αστάθεια, άγχος, αϋπνία, απώλεια όρεξης και ευερεθιστότητα (Handley Blues Criteria). Ένα σημαντικό διακριτικό της επιλόχειας δυσφορίας από την επιλόχεια κατάθλιψη, εκτός από την ένταση των συμπτωμάτων, είναι και η ταυτόχρονη παρουσία θετικών συναισθημάτων της γυναίκας, όπως ενθουσιασμός, αυτοπεποίθηση, κινητοποίηση, αποφασιστικότητα, ηρεμία, ενδιαφέρον, τα οποία δεν συνάδουν με την ανηδονία που χαρακτηρίζει το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο.

Η αιτιολογία της επιλόχειας δυσφορίας δεν είναι σαφώς προσδιορισμένη. Ο Bloch και οι Glover και Kammerer, την αποδίδουν στην απότομη μείωση των επιπέδων της εστραδιόλης και της προγεστερόνης μετά τον τοκετό (Buttner et al., 2012). Οι Sacher et al., (2010) εντόπισαν ότι τα μειωμένα επίπεδα οιστρογόνων τις πρώτες 3 – 4 μέρες μετά τον τοκετό, σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα MAO-A (μονοαμίνη οξειδάσης A), που συνδέεται με την απορρύθμιση της διάθεσης. Ωστόσο, η υπόθεση αυτή δεν επιβεβαιώνεται επαρκώς από ερευνητικά δεδομένα (Cathwell, 2006).

Παρόλο που τα συμπτώματα της επιλόχειας δυσφορίας είναι ήπια, παροδικά και δεν συνιστούν ψυχική διαταραχή, ενδέχεται να αποτελούν ένδειξη ευαλωτότητας για τη

μετέπειτα εκδήλωση επιλόχειων συναισθηματικών διαταραχών. Αποτελέσματα αρκετών ερευνών συνδέουν την επιλόχεια δυσφορία με την εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης (Buttner et al., 2012. Henshaw et al., 2004. Watanabe et al., 2008. Reck et al., 2009). Επίσης, έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες που βιώνουν προεμμηνορυσιακά συμπτώματα έχουν αυξημένη πιθανότητα να εκδηλώσουν επιλόχεια δυσφορία (Henshaw et al., 2004. Bloch et al., 2005. Buttner et al., 2012).

Περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές (ΠΨΔ)

Ο όρος «περιγεννητικές» συνιστά ένα χρονικό προσδιοριστή που αναφέρεται στις ψυχικές διαταραχές, οι οποίες εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια της κύησης, έως και ένα έτος μετά τον τοκετό. Το χρονικό περίγραμμα εμφάνισης μετά τον τοκετό δεν προσδιορίζεται με ακρίβεια, εφόσον αρχικά εντοπιζόταν στην περίοδο τεσσάρων εβδομάδων έως και τριών μηνών μετά τον τοκετό, ενώ η σύγχρονη βιβλιογραφία καταλήγει στο ότι οι καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές ενδέχεται να εμφανιστούν ακόμα και ένα έτος μετά τον τοκετό. Αποτελέσματα διαχρονικών ερευνών συγκλίνουν στο ότι 10 – 20% των γυναικών συνιστούν πληθυσμό υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχών, υποφέρουν ήδη από κάποια συμπτώματα ή τέλος, εμφανίζουν ευαλωτότητα που παραμένει σταθερή μέχρι και 25 χρόνια μετά τον τοκετό (Schmied, 2013). Σύμφωνα με τον Brockington (Nice, 2007, σελ. 55) οι γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο⁵ είναι πιθανό να εμφανίσουν διαταραχές από όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών, με πιο συχνή την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές, που πλήττουν το 20% των γυναικών (O'Hara et al., 2014). Όποια και αν είναι η διάγνωση, οι διαταραχές που εκδηλώνονται στην ανωτέρω περίοδο καλούνται «περιγεννητικές».

Οι περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές συνιστούν μια σημαντική αιτία για τη μείωση της λειτουργικότητας στις γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο. Οι διαταραχές επηρεάζουν πολλούς τομείς της ζωής της γυναίκας, του παιδιού και όλης της οικογένειας, οδηγώντας σε μακροχρόνιες επιπτώσεις (Williams et al., 2014).

Διαγνωστικά συστήματα και περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές

Τις τελευταίες δεκαετίες το ερευνητικό ενδιαφέρον για τις περιγεννητικές διαταραχές, έχει αυξηθεί σημαντικά, με την επιλόχεια κατάθλιψη να βρίσκεται πάντοτε στο επίκεντρο.

Σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα DSM-IV TR (APA, 2000, σσ. 422-423), τα συμπτώματα των διαταραχών με επιλόχεια έναρξη δεν διαφέρουν από τα συμπτώματα των επεισοδίων που λαμβάνουν χώρα σε οποιαδήποτε άλλη περίοδο. Ο προσδιοριστής «με επιλόχεια έναρξη» τοποθετείται στο παρόν ή πιο πρόσφατο επεισόδιο (παραδείγματος χάρη, μείζονος κατάθλιψης, μανιακό, υπομανιακό ή στη βραχεία ψυχωτική διαταραχή), για να επισημάνει ότι η εμφάνιση του επεισοδίου συντελέστηκε σε διάστημα τεσσάρων εβδομάδων μετά τον τοκετό. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Beck and Indman, (2005), η επιλόχεια κατάθλιψη έχει βιολογική βάση, επομένως διαφορετική αιτιολογία σε σχέση με την κατάθλιψη. Άλλοι ερευνητές εντοπίζουν τη διαφορά της επιλόχειας από τη μη επιλόχεια κατάθλιψη στο περιεχόμενο των ιδεοψυχαναγκασμών, που στην πρώτη περίπτωση αφορούν την πρόκληση κακού στο παιδί (Wisner et al., 2008).

Στο DSM-V, ενώ τα διαγνωστικά κριτήρια για την κατάθλιψη παραμένουν ίδια, ο χρονικός προσδιοριστής που αφορά την επιλόχεια έναρξη έχει διευρυνθεί,

συμπεριλαμβάνοντας και την περίοδο της κύησης. Συγκεκριμένα, η έναρξη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μπορεί να λάβει χώρα είτε την περίοδο της κύησης, είτε στο διάστημα τεσσάρων εβδομάδων μετά τον τοκετό. Σε αντίθεση με το DSM, οι περισσότεροι ειδικοί πρεσβεύουν ότι η έναρξη της επιλόχειας κατάθλιψης μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια ενός έτους μετά τον τοκετό (Gaynes et al., 2005).

Το ICD-10 (WHO, 1992), προτρέπει τους κλινικούς να αποδίδουν τη διάγνωση «επιλόχεια» σε μια ψυχική ασθένεια, μόνο όταν δεν εμπίπτει σε καμία άλλη κατηγορία. Επισημαίνει δε, ότι αρκετοί ειδικοί θεωρούν την επιλόχεια ψύχωση εξαιρετικά σπάνια και τη διαφορική της διάγνωση από τις συναισθηματικές διαταραχές ή τη σχιζοφρένεια σχεδόν ανέφικτη, στοιχεία που δεν δικαιώνουν μια αυθύπαρκτη οντότητα. Σύμφωνα με το ICD-10, υπάρχουν τρεις υποκατηγορίες :

F53.0: ήπιες ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές που σχετίζονται με τη λοχεία και δεν ταξινομούνται κάπου αλλού.

F53.1: σοβαρές ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές που σχετίζονται με τη λοχεία και δεν ταξινομούνται κάπου αλλού.

F53.2: άλλες ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές που σχετίζονται με τη λοχεία και δεν ταξινομούνται κάπου αλλού.

F53.3: άτυπη επιλόχεια ψυχική διαταραχή.

Παρόλη την περιορισμένη χρήση του, ο προσδιοριστής «επιλόχεια έναρξη» μπορεί να συμπεριληφθεί σε διάφορες διαταραχές που λαμβάνουν χώρα επιλόχεια, όπως αυτές που εμπίπτουν στο φάσμα των αγχωδών διαταραχών (π.χ. διαταραχή πανικού, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή).

Περιγεννητική Κατάθλιψη

A. Επιλόχεια κατάθλιψη

Η επιλόχεια **κατάθλιψη** έχει μελετηθεί πιο συστηματικά, σε σύγκριση με τις λοιπές περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές, με αποτέλεσμα να υπάρχουν σαφώς περισσότερα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με αυτή. Το ερευνητικό ενδιαφέρον για την καταθλιπτική συμπτωματολογία οφείλεται στη μεγαλύτερη πληθυσμιακή επικράτησή της, σε συνδυασμό με τη συγκέντρωση πορισμάτων που υποδεικνύουν ότι η επιλόχεια κατάθλιψη είναι πιθανό να προκαλέσει μακροπρόθεσμα σημαντικές επιπτώσεις σε ολόκληρη την οικογένεια. Οι σοβαρές μορφές της διαταραχής καθιστούν τη γυναίκα ανεπαρκή να φροντίσει τον εαυτό της και το παιδί, με αποκορύφωμα τις περιπτώσεις που της αφαιρείται δια νόμου η επιμέλεια των παιδιών (Howard, 2005).

Το DSM-5 (APA, 2013) ορίζει την επιλόχεια κατάθλιψη σαν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο μέτριας έως σοβαρής μορφής που αρχίζει τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό. Εναλλακτικά, η Διεθνής ταξινόμηση νοσημάτων και προβλημάτων υγείας (WHO, 2009) την ορίζει ως μια μέτριας μορφής ψυχική και συμπεριφορική διαταραχή που ξεκινά έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό. Τα διαγνωστικά κριτήρια του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, αναγράφονται παρακάτω.

Διαγνωστικά Κριτήρια Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου

Σύμφωνα με το DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) τα κριτήρια για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, ανεξάρτητα από τον χρονικό προσδιοριστή έναρξης, είναι τα εξής:

- Ένα από τα επόμενα πρέπει να είναι παρόν για τουλάχιστον 2 εβδομάδες:

- Καταθλιπτική διάθεση.
- Ανηδονία (απώλεια της ευχαρίστησης ή του ενδιαφέροντος)
- Τουλάχιστον **πέντε ή περισσότερα** από τα παρακάτω έχουν υπάρξει κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου δύο εβδομάδων:
 - Καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.
 - Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν σε όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας.
 - Αλλαγές στην όρεξη (με σημαντική πρόσληψη ή απώλεια βάρους).
 - Διαταραχές στον ύπνο, με αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα.
 - Κόπωση ή απώλεια ενέργειας σχεδόν κάθε μέρα.
 - Αισθήματα αναξιότητας ή απρόσφορης ενοχής σχεδόν κάθε μέρα.
 - Σκέψεις θανάτου, αυτοκτονικός ιδεασμός, απόπειρα αυτοκτονίας ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας.

Τα συμπτώματα προκαλούν σημαντική υποκειμενική έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους τομείς της λειτουργικότητας.

Πέραν των διαγνωστικών κριτηρίων που προαναφέρθηκαν, οι **συνοδές κλινικές εκδηλώσεις** της επιλόχειας κατάθλιψης περιλαμβάνουν εναλλαγές στη διάθεση, υπερβολική ανησυχία για το βρέφος και την πρόκληση βλάβης σε αυτό ή σε άλλους, υπερβολικό κλάμα, αίσθημα αμφιβολίας, ενοχές, δυσκολία συγκέντρωσης και μνήμης, επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου που μπορεί να περιλαμβάνουν και αυτοκτονικό ιδεασμό (Patel et al., 2012. Norhayati et al., 2015). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε οι διαστάσεις που σημείωσαν την υψηλότερη συσχέτιση με την επιλόχεια κατάθλιψη είναι η συναισθηματική αστάθεια, η διανοητική σύγχυση, το άγχος και η ανασφάλεια (Beck & Indman, 2005). Αρκετές γυναίκες που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη έχουν αναφέρει ιδεοληψίες, με τη μορφή επίμονων και επαναλαμβανόμενων σκέψεων, παρορμήσεων ή εικόνων, που βιώνονται ως ακατάλληλες και παρεμβατικές, ενώ ταυτόχρονα προκαλούν μεγάλο άγχος ή δυσφορία. Παραδείγματος χάρη, αρκετές γυναίκες έχουν ιδέες ή εικόνες ότι προκαλούν κακό στο βρέφος με κάποιο αιχμηρό αντικείμενο. Οι Wisner και συνεργάτες (1999) αναφέρουν ότι οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη υποφέρουν συχνότερα από ιδεοληψίες, συγκρινόμενες με όσες πάσχουν από κατάθλιψη σε άλλη χρονική περίοδο. Παρόλο που δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στη συχνότητα ή την ένταση των συμπτωμάτων ανάμεσα στις δύο ομάδες, παρατηρήθηκε διαφορά στο περιεχόμενο των ιδεοληψιών. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη αναφέρουν ιδεοληψίες με σημαντικά πιο επιθετικό και βίαιο περιεχόμενο (Wisner, 2008, σελ. 40-41). Σε έρευνα τους, οι Jennings και Pepper (Jennings et al., 1999), περιγράφουν επιθετικές ιδεοληψίες σε ποσοστό 41% γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη και στο 6,5% λεχωίδων που δεν πάσχουν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή.

Σύμφωνα με τα πορίσματα των ερευνών της διεθνούς βιβλιογραφίας η επιλόχεια κατάθλιψη πλήττει ακόμα και ποσοστό μεγαλύτερο του 20% των γυναικών (Poşan, 2013). Οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν στο ότι κατά τη διάρκεια των δύο ή τριών πρώτων μηνών μετά τον τοκετό, εκδηλώνονται τα περισσότερα επεισόδια επιλόχειας κατάθλιψης (O'Hara & Swain, 1996. Gaynes et al., 2005. Wisner et al., 2010. O'Hara & Wisner, 2014). Οι Gavin και συνεργάτες σε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποίησαν το 2005 αναφέρουν ότι το 19% των επεισοδίων ήπιας κατάθλιψης και το 7,2% σοβαρότερων επεισοδίων εμφανίζονται το διάστημα των τριών πρώτων μηνών μετά τον τοκετό, εύρημα που έρχεται σε αντίθεση με το διάστημα που προτείνει το DSM-V για τη διάγνωση (Gavin et al., 2005)

Παράλληλα, σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο από τους Dave και συνεργάτες το 2010 στα ιατρικά αρχεία περισσότερων των 17.000 ζευγαριών και για μια περίοδο πάνω από 12 έτη, η διάγνωση της κατάθλιψης και η συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικών ήταν κατά 14% πιο συχνή ένα έτος μετά τον τοκετό, και 6% πιο συχνή το επόμενο έτος (στο O'Hara et al., 2014).

Παρόλο που ένα ποσοστό γυναικών που κυμαίνεται στο 20% αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης στο διάστημα έξι έως δώδεκα μηνών μετά τον τοκετό, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα από μικρότερο αριθμό ερευνών, που υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα της κατάθλιψης συναντώνται πιο συχνά στην εγκυμοσύνη και πέντε χρόνια μετά τον τοκετό και όχι στη λοχεία. Μάλιστα κάποιοι ερευνητές καταλήγουν ότι δεν είναι η λοχεία που συνιστά περίοδο αυξημένου ρίσκου για την εμφάνιση κατάθλιψης, αλλά η περιγεννητική περίοδος και κυρίως η κύηση. Κάποιες έρευνες από το 2000 και μετά εμφανίζουν υψηλότερα σκορ κατά το τελευταίο τρίμηνο της κύησης από ότι στη λοχεία (Johanson et al., 2000).

B. Κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης

Τα τελευταία χρόνια οι ερευνητές έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους στα συμπτώματα που εμφανίζονται πριν τον τοκετό. Από ανασκόπηση σχετικών ερευνών, φαίνεται ότι τα ποσοστά των γυναικών που εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κυμαίνονται από 8% έως και 51%, ενώ τα ποσοστά αυτών που εκδηλώνουν μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο κυμαίνονται από 10% - 17% (Bennett et al., 2004). Πιο συγκεκριμένα, καταγράφεται ένα ποσοστό 3.8% στο τέλος του πρώτου τριμήνου, 4.9% στο τέλος του δεύτερου τριμήνου, και ένα ποσοστό 3.1% στο τέλος του τρίτου τριμήνου. Επιπλέον, μεγαλύτερος αριθμός γυναικών εμφανίζουν κατάθλιψη τον δεύτερο και δωδέκατο μήνα μετά τον τοκετό, αντίστοιχα (5,7% και 5,6%), (Gavin et al., 2005). Σύμφωνα με τον Hubner-Liebermann, (2012), συμπτώματα κατάθλιψης εντοπίζονται στο 18,4% των εγκύων, αλλά τα κριτήρια για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο πληρούνται για το 12,7% των εγκύων. Σύμφωνα με το DSM- V ένα ποσοστό 3-6% των εγκύων θα εμφανίσουν μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο κατά την κύηση ή τις εβδομάδες ή μήνες μετά τον τοκετό. Ένα ποσοστό 50% των επεισοδίων περιγεννητικής κατάθλιψης αρχίζουν στην πραγματικότητα πριν τον τοκετό (APA,2013), παρατήρηση που συμφωνεί με τα αποτελέσματα των σύγχρονων ερευνών που τονίζουν την αναγκαιότητα της πρόληψης στις έγκυες. Σε άλλη έρευνα το ποσοστό της ήπιας προγεννητικής κατάθλιψης υπολογίζεται σε 18,4% και της μείζονος σε 12,7% (Gavin et al., 2005). Σύμφωνα με έρευνα μετανάλυσης που πραγματοποιήθηκε το 2014 από τους O'Hara και συνεργάτες, φαίνεται ότι 7,4% των εγκύων έχουν κατάθλιψη στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, όσο περίπου είναι και το ποσοστό της κατάθλιψης στον γενικό πληθυσμό των γυναικών, 12,8% στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης και 12% στο τρίτο τρίμηνο. Η αύξηση που παρατηρείται στα δύο επόμενα τρίμηνα της κύησης είναι πολύ μεγάλη, γεγονός που καθιστά επιτακτική την ανάγκη για πρόληψη. Μάλιστα, οι γυναίκες χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό των εγκύων γυναικών (Bennett, 2004). Οι Fisher και συνεργάτες εντόπισαν ότι το ποσοστό της κατάθλιψης στην κύηση ήταν μεγαλύτερο στις χώρες με χαμηλό και μέσο κατά κεφαλήν εισόδημα (15,6%) (Fisher και συν., 2012).

Παρατηρούμε ότι το εύρος των ποσοστών επικράτησης της προγεννητικής κατάθλιψης είναι τόσο μεγάλο (από 8% έως και 51% σε διάφορες έρευνες) που αντανακλά τα κενά που υπάρχουν στην κατανόηση της διαταραχής.

Ακόμα και αν λάβουμε υπόψη τους περιορισμούς των ερευνών από τις οποίες προκύπτουν τα προηγούμενα ποσοστά, οι αριθμοί υποδηλώνουν την αναγκαιότητα

κατανόησης του φαινομένου, προκειμένου να υιοθετηθούν στρατηγικές πρόληψης και παρέμβασης για την ελαχιστοποίηση των συνεπειών.

Υποκλινική κατάθλιψη

Η επιλόχεια κατάθλιψη αλλά και η υποκλινική κατάθλιψη, η παρουσία δηλαδή συμπτωμάτων που δεν επαρκούν για να τεθεί η διάγνωση, συνιστούν σημαντικά ζητήματα για τη δημόσια υγεία. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον για τη λειτουργικότητα και τις δυσκολίες των ατόμων που υποφέρουν από συμπτώματα, χωρίς να πληρούν κριτήρια διάγνωσης. Τα άτομα αυτά είτε δεν συμπληρώνουν τον αριθμό των πέντε κριτηρίων που θέτει ως προϋπόθεση το DSM, είτε δεν υποφέρουν για διάστημα δύο εβδομάδων τουλάχιστον ή δεν εμφανίζουν σημαντική μείωση στη λειτουργικότητα (Weinberg et al., 2001).

Δεν είναι πολλές οι έρευνες που έχουν ασχοληθεί με υποκλινικά συμπτώματα κατά την περιγεννητική περίοδο. Στα πορίσματα διαχρονικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε το 2001 σε δείγμα 465 γυναικών, αναφέρεται ότι η ύπαρξη συμπτωμάτων όπως η καταθλιπτική διάθεση κατά την εγκυμοσύνη, σκέψεις θανάτου μετά τον τοκετό και η δυσκολία στην έλευση του ύπνου, αποτελούν μια πρόδρομη φάση επερχόμενης κατάθλιψης. Οι ερευνητές εφιστούν την προσοχή των επαγγελματιών υγείας σε αυτά τα συμπτώματα, ακόμα και όταν δεν πληρούνται άλλα κριτήρια της διαταραχής (Chaudron et al., 2001).

Οι γυναίκες με υποκλινική κατάθλιψη βιώνουν αρνητικά συναισθήματα, άγχος, σημαντική κοινωνική, εργασιακή και οικονομική έκπτωση, ευερεθιστότητα, κακή κατάσταση υγείας, χαμηλό αυτοσυναίσθημα, μειωμένη αυτοπεποίθηση και αίσθηση ανεπάρκειας αναφορικά με τον γονεϊκό ρόλο, καθώς και μειωμένη λειτουργικότητα (Weinberg et al., 2001). Υποστηρίζεται ότι η διαταραχή στο δεσμό με το βρέφος σε γυναίκες με επιλόχεια αγχώδη διαταραχή, δεν εξηγείται από τη διαταραχή αυτή καθ' αυτή, όσο από τα συνοδά υποκλινικά καταθλιπτικά συμπτώματα (Tietz et al., 2014).

Η παρουσία υποκλινικών συμπτωμάτων, όταν αυτά δεν τυγχάνουν θεραπείας, φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης επεισοδίων μείζονος κατάθλιψης στο μέλλον (Davey et al., 2011). Σύμφωνα με τον NICE (2004), σε περιπτώσεις ήπιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων, συνιστάται μια περίοδος αναμονής με προσεκτική παρακολούθηση. Οι Wynter et al., προτείνουν ότι η παραπομπή των γυναικών με υποκλινικά συμπτώματα σε ειδικούς ψυχικής υγείας μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη σοβαρότερων διαταραχών διάθεσης ή αγχωδών διαταραχών (Wynter et al., 2013).

Περιγεννητικές αγχώδεις διαταραχές

Η παθολογία από το φάσμα των αγχωδών διαταραχών είναι συχνή κατά την περιγεννητική περίοδο, με πιο συνήθεις τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, την ιδεοψυχαναγκαστική, τη διαταραχή πανικού, και το κοινωνικό άγχος.

Η κλινική εικόνα των αγχωδών διαταραχών σε πληθυσμό που διανύει την περιγεννητική περίοδο, είναι η ίδια με αυτή στον γενικό πληθυσμό. Η διαφορά έγκειται στο ότι οι ανησυχίες, το περιεχόμενο δηλαδή των αγχωδών σκέψεων, εστιάζεται στην εγκυμοσύνη ή στην υγεία του κνήματος και αργότερα του βρέφους.

Παραδείγματος χάρη, οι γυναίκες μπορεί να ανησυχούν μήπως κάνουν κακό στο κύημα με τον τρόπο ζωής και τις συνήθειές τους, μήπως αποβάλλουν, μήπως δεν είναι καλές μητέρες, μήπως το παιδί αρρωστήσει ή σταματήσει να αναπνέει, κλπ.. Συχνά παρατηρούνται εισβολές σκέψεων ή εικόνων που αφορούν την πρόκληση βλάβης στο παιδί ή παρατηρείται μεγάλο άγχος μόλυνσης και προσβολής από κάποια ασθένεια,

με συνοδές καταναγκαστικές συμπεριφορές.

Οι αγχώδεις διαταραχές κατά την περιγεννητική περίοδο δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς, παρόλο που έρευνες υποδεικνύουν ότι η επικράτησή τους είναι ίσως και μεγαλύτερη από αυτή της κατάθλιψης, σε ποσοστό που υπερβαίνει το 10%. Υπάρχουν ευρήματα για μεγαλύτερα ποσοστά ιδεοψυχαναγκαστικής και γενικευμένης αγχώδους διαταραχής σε γυναίκες που διανύουν την περίοδο της λοχείας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Ross et al., 2006).

Σε αρκετές περιπτώσεις οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη συνυπάρχουν (ποσοστό 30-40%). Υποστηρίζεται ότι το διαρκές άγχος μπορεί να επιφέρει καταθλιπτικό συναίσθημα. Επίσης, οι αγχώδεις διαταραχές συχνά συνοδεύονται από συναισθήματα ανεπάρκειας που οδηγούν σε καταθλιπτική συμπτωματολογία. Τα συμπτώματα στα οποία παρουσιάζεται συχνότερα επικάλυψη μεταξύ των δύο νοσολογικών οντοτήτων, είναι οι διαταραχές ύπνου και συγκέντρωσης, η ένταση, η υπερβολική ανησυχία, ο φόβος και οι κρίσεις πανικού. Τα ευρήματα πιο πρόσφατων ερευνών αναφέρουν συννοσηρότητα αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών σε υψηλότερο ποσοστό κατά την περιγεννητική περίοδο, σε σύγκριση με άλλες περιόδους (Ross et al., 2003).

Σε αρκετές περιπτώσεις δεν πληρούνται τα κριτήρια για να τεθεί η διάγνωση της αγχώδους διαταραχής. Παρόλα αυτά, τα συμπτώματα ενδέχεται να προκαλέσουν δυσφορία και δυσλειτουργικότητα στη γυναίκα, όπως συμβαίνει και με τα υποκλινικά συμπτώματα της κατάθλιψης. Τα ποσοστά επικράτησης των αγχωδών διαταραχών διαφοροποιούνται στις διαθέσιμες έρευνες (O'Hara et al., 2014).

Παρόλο που η επικράτηση των αγχωδών διαταραχών είναι αρκετά υψηλή κατά την περιγεννητική περίοδο, δεν διαγιγνώσκονται τόσο συχνά όσο η κατάθλιψη. Τα αίτια αυτού του φαινομένου εντοπίζονται στην πεποίθηση ότι το άγχος κατά το διάστημα της περιγεννητικής περιόδου είναι αναμενόμενο και φυσιολογικό (Ross et al., 2003). Επίσης, δεν έχουν δημιουργηθεί ακόμα ψυχομετρικά εργαλεία που να μετρούν τα συμπτώματα του άγχους ειδικά σε αυτή την περίοδο. Η μέτρησή τους πραγματοποιείται με τα συνήθη ψυχομετρικά εργαλεία (State-Trait Anxiety Inventory).

Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (ΓΑΔ)

Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή περιγράφεται σαν ένα επίμονο και υπερβολικό άγχος για γεγονότα ή δραστηριότητες, το οποίο προκαλεί σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους τομείς της καθημερινότητας. Το άτομο μπορεί να ανησυχεί για τη δουλειά, τα οικονομικά, τα παιδιά ή για θέματα υγείας. Το άγχος δεν εντοπίζεται σε κάποια συγκεκριμένη πηγή. Η ΓΑΔ είναι πιο συχνή σε γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό των γυναικών που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία (Williams et al., 2014).

Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΔΨΔ)

Το βασικό χαρακτηριστικό της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής είναι οι επαναλαμβανόμενοι ψυχαναγκασμοί ή/και καταναγκασμοί, που είναι αρκετά σοβαροί ώστε να προκαλούν υποκειμενική ενόχληση, να απαιτούν αρκετό από τον χρόνο του ατόμου ή να προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητάς του. Η ΙΔΨΔ είναι πιο συχνή στις γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό των γυναικών. Δεν έχει μελετηθεί αρκετά ως ανεξάρτητη διαταραχή,

σε σύγκριση με την περιγεννητική κατάθλιψη. Εμφανίζεται στο 2% του γενικού πληθυσμού, αλλά δεν έχει μελετηθεί επαρκώς η επικράτησή της στον πληθυσμό γυναικών που διανύουν την περιγεννητική περίοδο. Οι Wenzel και συνεργάτες εντόπισαν ότι, ποσοστό 2,6% από 147 γυναίκες πληρούσαν τα κριτήρια της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής οκτώ εβδομάδες μετά τον τοκετό, και 5,4% ανέφεραν υποκλινικά επίπεδα της διαταραχής (Zambaldi et al., 2009). Στην έρευνα των Zambaldi και συνεργατών, 9% των γυναικών 2-26 εβδομάδες μετά τον τοκετό πληρούσαν τα κριτήρια της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, σύμφωνα με το DSM-IV. Σύμφωνα με πιο πρόσφατη έρευνα, η επικράτηση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής είναι 2,1% κατά την κύηση και 2,4% κατά την περιγεννητική περίοδο, ποσοστά που υπερβαίνουν την επικράτηση της διαταραχής στον γενικό πληθυσμό (Russell et al., 2013, στο Bauer et al., 2014). Το εύρημα υποδεικνύει ότι η εν λόγω διαταραχή μπορεί να πυροδοτηθεί κατά την περιγεννητική περίοδο. Διαχρονικές μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι παρατηρείται αύξηση της επίπτωσης της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, καθώς και αύξηση των υποτροπών προϋπαρχόντων ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων και επιδείνωση παρόντων (Maina et al., 1999. Abramowitz et al., 2003. Fairbrother et al., 2007. Labad, 2005. Williams, 1997, στο Zambaldi et al., 2009), κυρίως στην περίοδο της λοχείας (Epperson et al., 1995, στο Brandes et al., 2004). Ένα ποσοστό 38,9% των γυναικών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή εμφανίζουν συννοσηρότητα με καταθλιπτικά επεισόδια (Zambaldi et al., 2009). Αγχώδη και ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα είναι παρόντα σε γυναίκες που υποφέρουν από συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης. Το περιεχόμενο των ιδεοληπιών στις περιπτώσεις που έχουν περιγραφεί είναι έντονα βίαιο και επιθετικό, και παίρνει τη μορφή εισβολής σκέψεων εμπρόθετης πρόκλησης βλάβης στο παιδί (σκέψεις μαχαιρώματος, εικόνες σεξουαλικής κακοποίησης, ιδέες πνιγμού του παιδιού). Οι σκέψεις αυτές δεν ακολουθούνται από καταναγκαστικές συμπεριφορές (Sichel et al., 1993 στο Zambaldi et al., 2009). Σε άλλη έρευνα όμως που μελέτησε την εξέλιξη των συμπτωμάτων γυναικών, με επιλόχειας έναρξης ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και ιδεοληψίες επιθετικού περιεχομένου, το 71% ανέφεραν ιδέες μόλυνσης και το 57% ανέφερε καταναγκασμούς ελέγχου (Arnold, 1999). Ιδέες με επιθετικό περιεχόμενο, μόλυνσης και καταναγκαστικές συμπεριφορές ελέγχου, καθαριότητας και πλυσίματος, επιβεβαιώνονται και από την έρευνα των Zambaldi και συνεργατών (2009). Κάποιοι ερευνητές εισηγούνται ότι τα ιδεοληπτικά συμπτώματα ενδέχεται να είναι φυσιολογικό εύρημα σε πληθυσμό νέων γονιών. Οι Abramowitz και συνεργάτες (2003) παρατήρησαν ότι το 69% των νέων μητέρων και το 58% των νέων πατέρων αναφέρουν την εμπειρία ανεπιθύμητων παρεμβατικών σκέψεων για το βρέφος. Επίσης, 49,5% από 91 λεχώιδες αναφέρουν ιδέες εμπρόθετης πρόκλησης βλάβης στο νεογνό, ενώ όλες αναφέρουν παρεμβατικές ιδέες βλάβης από ατύχημα (Fairbrother & Woody, 2008). Η συννοσηρότητα καταθλιπτικών και ιδεοληπτικών συμπτωμάτων, οδηγούν κάποιους ερευνητές να προτείνουν μια θεώρηση των καταθλιπτικών και αγχώδων συμπτωμάτων ως εμπίπτοντα σε ένα ευρύτερο φάσμα περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών.

Διαταραχή πανικού

Η Διαταραχή Πανικού περιγράφεται ως ένα αδικαιολόγητο επίπεδο φόβου που προκαλείται από την προσδοκία ή παρουσία μιας συγκεκριμένης κατάστασης, και η οποία οδηγεί σε απρόσμενες και επαναλαμβανόμενες κρίσεις πανικού. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η Διαταραχή Πανικού είναι πιο συχνή στις γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό των γυναικών. Τα λιγοστά ευρήματα δεν ταυτοποιούν παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνιση

διαταραχής πανικού και καταγράφουν ένα ποσοστό 6% που συσσωρεύεται μέχρι και τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό (Sholomskas et al., 1993 στο (NICE, 2007).

Διαταραχή μετατραυματικού άγχους μετά τον τοκετό (PTSD)

Τα τελευταία χρόνια κάποιοι ερευνητές έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους στην αιτιολογία της Διαταραχής Μετατραυματικού Άγχους μετά τον τοκετό. Η PTSD συνίσταται στην εκδήλωση επίμονων συμπτωμάτων έπειτα από ένα τραυματικό γεγονός (φυσική καταστροφή, σεξουαλική ή ψυχολογική βία, ατύχημα, κλπ.). Η ύπαρξη ενός μη επιλυμένου τραύματος στο ατομικό ιστορικό, μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα εκδήλωσης της διαταραχής. Η διαταραχή είναι λιγότερο συχνή κατά την περιγεννητική περίοδο, σε σύγκριση με τις προαναφερθείσες αγχώδεις διαταραχές (Williams et al., 2014).

Η επικράτηση της PTSD κυμαίνεται από 5%, κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα μετά τον τοκετό, έως και 2,9% εννέα μήνες μετά τον τοκετό (Denis et al., 2011). Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στο συγκεκριμένο πεδίο αναδεικνύει ότι, ποσοστό 30% των γυναικών βιώνουν τον τοκετό σαν ένα τραυματικό γεγονός (Creedy et al., 2000. Soet et al., 2003) και περίπου 1%-6%, των γυναικών εκδηλώνουν τα συμπτώματα της PTSD αμέσως μετά την εμπειρία του τοκετού (Zaers et al., 2008). Άλλες έρευνες αναφέρουν ότι, ποσοστό 2% εμφανίζει μετατραυματική διαταραχή αμέσως μετά τον τοκετό (Ayers 2004, Olde et al., 2006 στο Bauer et al., 2014). Ο πόνος κατά τον τοκετό θεωρείται προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση ΔΜΑ (Menage, 1993. Melender, 2002. Soet et al., 2003).

Έχει επίσης βρεθεί, ότι οι γυναίκες που έχουν βιώσει συναισθήματα κατάθλιψης και άγχους κατά τη διάρκεια της κύησης, είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν μετατραυματική διαταραχή στην πορεία της περιγεννητικής περιόδου (Van Son et al., 2005 και Zaers et al., 2008 στο Bauer et al., 2014). Τα καταθλιπτικά συμπτώματα, σχετίζονται με την υποκειμενική εκτίμηση μιας έντονα δυσφορικής εμπειρίας, που καταλήγει σε αρνητική εντύπωση αυτής (Denis et al., 2011).

Οι γυναίκες που χρειάζεται να διακομισθούν σε μονάδα νοσηλείας, επειδή η εγκυμοσύνη τους θεωρείται υψηλού κινδύνου, είναι επίφοβες για την εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής. Σε αρκετές περιπτώσεις, μια κύηση υψηλού κινδύνου συνδέεται άμεσα με αυξημένο κίνδυνο για την υγεία του εμβρύου ή και της μητέρας (Creedy et al., 2000. Maggioni et al., 2006). Επομένως, δεν προκαλεί έκπληξη η σχέση της με την εμφάνιση διαταραχής μετατραυματικού άγχους.

Επιλόχεια συμπτώματα μπορεί να εκδηλωθούν, ως αποτέλεσμα της διάστασης ανάμεσα στο προσδοκώμενο είδος τοκετού και σε αυτό που συντελέστηκε στην πραγματικότητα. Στις περισσότερες των περιπτώσεων οι γυναίκες προσδοκούν να γεννήσουν φυσιολογικά. Ωστόσο, κάποιες ψυχικά εύθραυστες γυναίκες δεν επιθυμούν φυσιολογικό τοκετό, παρόλο που δεν συντρέχει ιατρικός λόγος. Έρευνα σε 1700 γυναίκες δείχνει ότι η διαταραχή μετατραυματικού στρες εμφανίζεται σε όσες επιθυμούν να γεννήσουν με καισαρική τομή, αλλά τελικά γεννούν με φυσιολογικό τοκετό (Garthus-Niegel, 2014).

Η ασυμβατότητα ανάμεσα στην προσδοκώμενη και την πραγματική εμπειρία (Quine et al., 1993. Maggioni et al., 2006. Melender, H.L., 2002. Denis et al., 2011), τα έντονα συναισθήματα απώλειας ελέγχου (Hodnett, 2002. Soet et al., 2003. Maggioni et al., 2006. Denis et al., 2011), η υποκειμενική εκτίμηση για την ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης (Czarnocka και Slade, 2000. Melender, 2002), προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες που είχε βιώσει η γυναίκα (Rhodes και Hutchinson, 1994. Soet et al., 2003),

και η πιθανή εκτίμηση της αλληλεπίδραση και της φροντίδας που είχε η γυναίκα από το προσωπικό του μαιευτηρίου (Wijma et al., 1997. Creedy et al., 2000. Soet, Brack & DiIorio, 2003. Maggioni et al., 2006. Denis et al., 2011), αποτελούν παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής.

Γυναίκες που γεννούν για πρώτη φορά (Wijma et al., 1997), καθώς και γυναίκες που δεν έχουν παρακολουθήσει στην κύηση μαθήματα προετοιμασίας για τον τοκετό και τη γονεϊκότητα, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν ΜΔΑ (Denis et al., 2011). Η αίσθηση της απώλειας του ελέγχου καθώς και μια αίσθηση έξωθεν ελέγχου, συνάδουν με την αβοηθητικότητα που συχνά αναφέρουν τα άτομα που πάσχουν από διαταραχή μετατραυματικού άγχους. Τα μαθήματα προετοιμασίας εξοπλίζουν τις γυναίκες με γνώσεις για το τι πρόκειται να περιμένουν, αυξάνοντας την αίσθηση ελέγχου.

Τοκοφοβία

Ο όρος «Τοκοφοβία» αφορά τον παθολογικό φόβο και την αποφευκτική συμπεριφορά για τον τοκετό. Η τοκοφοβία είναι πιο έντονη στις πρωτοτόκες, παρά στις γυναίκες που δεν έχουν άλλα παιδιά (Melender και Lauri, 1999. Alehagen et al., 2001). Πάνω από 20% των εγκύων αναφέρουν φόβο, και ένα ποσοστό 6% περιγράφουν επίπεδα φόβου που πλήττουν τη λειτουργικότητά τους. Ένα ποσοστό 13% των γυναικών αποφεύγουν να μείνουν έγκυες, εξαιτίας της τοκοφοβίας (Bhatia & Jhanjee, 2012).

Συχνά, ο φόβος για τον πόνο αναφέρεται ως το κύριο αίτιο της τοκοφοβίας. Άλλα αίτια που αναφέρουν οι γυναίκες είναι η απουσία εμπιστοσύνης στους γιατρούς και τους υπόλοιπους επαγγελματίες που απαρτίζουν την ομάδα που θα επιτελέσει τον τοκετό, απουσία εμπιστοσύνης της γυναίκας στον εαυτό της και της ικανότητάς της να ανταπεξέλθει και τέλος, φόβος θανάτου. Άλλες έρευνες αναφέρουν τον φόβο μήπως γεννηθεί ένα παιδί με αναπηρίες, προβλήματα υγείας, παραμορφώσεις, κλπ. Οι γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση ή βιασμό, ενδέχεται να αναβιώνουν την εμπειρία άγχους τη στιγμή που το σώμα τους αναγκαστικά υφίσταται μια τόσο ακραία συνθήκη πόνου. Οι γυναίκες που έχουν ήδη βιώσει έναν τραυματικό τοκετό, φοβούνται για ενδεχόμενη επανάληψη της τραυματικής εμπειρίας. Στην Αγγλία ένα ποσοστό 7% εγκύων, ζήτησαν να γεννήσουν με καισαρική τομή, χωρίς να υπάρχουν οι ιατρικές ενδείξεις, γεγονός που ισχυροποιεί την υπόθεση της τοκοφοβίας (Hofberg & Ward, 2003).

Η τοκοφοβία διακρίνεται σε δευτερογενή, πρωτογενή, καθώς και σαν συνοδό σύμπτωμα άλλης ψυχικής διαταραχής, όπως η κατάθλιψη.

Η **πρωτογενής τοκοφοβία** αφορά την εκδήλωση συμπτωμάτων πριν ακόμα η γυναίκα μείνει έγκυος, στην εφηβεία ή στην αρχή της ενηλικίωσης. Η γυναίκα εμφανίζει αποφευκτική συμπεριφορά απέναντι στην εγκυμοσύνη, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να φτάσει ακόμα και σε άμβλωση.

Η **δευτερογενής τοκοφοβία** εμφανίζεται ως συνέπεια μιας τραυματικής εμπειρίας που αφορά προηγούμενη εγκυμοσύνη, αποβολή, εμβρυικό θάνατο ή τραυματικό τοκετό. Η δευτερογενής τοκοφοβία από κάποιους ταξινομείται ως νοσολογική υποκατηγορία της μετατραυματικής διαταραχής άγχους.

Ψυχωτικές Διαταραχές

Η επιλόχεια ψύχωση εμφανίζεται σε μία ή δύο στις 1000 λεχωίδες, τις πρώτες δύο έως τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό (Kumar, 1994. Kumar et al., 1995. Okano et al., 1998. Sit et al., 2006). Τα συμπτώματα έχουν αιφνίδια έναρξη (Brockington, et al., 1981 στο Sit et al., 2006) και συχνά εμφανίζονται σχεδόν αμέσως μετά τον τοκετό, όταν ακόμα η γυναίκα βρίσκεται στο μαιευτήριο, με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες

υγείας (μαιευτήρες, μαίες, κλπ.) να είναι οι πρώτοι που έρχονται σε επαφή με τη λεχωίδα που βρίσκεται σε επεισόδιο (Wisner et al., 1994).

Οι εκδηλώσεις του ψυχωτικού επεισοδίου συνήθως περιλαμβάνουν παραληρηματικές ιδέες συνήθως παρανοϊκού τύπου ή μεγαλείου, εναλλαγές στη διάθεση, σύγχυση, έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και δραματική αλλαγή σε σχέση με το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητάς. Ο Brockington περιέγραψε την κλινική εικόνα της επιλόχειας ψύχωσης, δίνοντας έμφαση σε συμπτώματα όπως απόσυρση, παραδοξότητα στο συναίσθημα, ακουστικές ψευδαισθήσεις, σύγχυση, κατατονία ή υπερδιέγερση, ευμεταβλητότητα, λογόρροια και ευερεθιστότητα. Οι θεματικές των παραληρηματικών ιδεών μπορεί να εντοπίζονται στην ταυτότητα του παιδιού ή σε μια αίσθηση ότι το παιδί γίνεται διωκτικό (Sit et al., 2006). Ο βαθμός της σύγχυσης που εκδηλώνουν οι λεχωίδες με ψυχωτικό επεισόδιο είναι αρκετά μεγαλύτερος από τις γυναίκες που εκδηλώνουν ψύχωση σε διαφορετική χρονική περίοδο, με αποτέλεσμα να είναι υπό συζήτηση η διάκριση της εν λόγω διαταραχής και η ανάξειξή της σε διαφορετική νοσολογική οντότητα (Wisner et al., 1994).

Μολονότι η επιλόχειες ψυχωτικές διαταραχές είναι σημαντικά πιο σπάνιες σε σχέση με την κατάθλιψη ή τις αγχώδεις, οι επιπτώσεις τους στην ασφάλεια της γυναίκας και του παιδιού μπορεί να είναι δραματικές, γεγονός που καθιστά επείγουσα την άμεση παρέμβαση και θεραπεία (Wisner et al., 1994. NICE, 2007).

Σχιζοφρένεια

Σύμφωνα με το DSM-V για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας χρειάζεται να πληρείται τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω κριτήρια:

- Παραληρητικές ιδέες.
- Ψευδαισθήσεις.
- Αποδιοργανωμένος λόγος.
- Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά.
- Αρνητικά συμπτώματα, όπως κοινωνική απόσυρση, έλλειψη κινητοποίησης, διαταραχές ύπνου ή συναισθηματική επιπέδωση.

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει σημειωθεί μια αύξηση στα ποσοστά κυήσεων σε γυναίκες με σχιζοφρένεια, ως αποτέλεσμα διαφόρων παραγόντων, όπως η αποασυλοποίηση, η αλλαγή στάσεων απέναντι στα άτομα με ψυχιατρική διαταραχή, η χρήση άτυπων αντιψυχωτικών που δεν επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη γονιμότητα και τέλος, η βελτίωση της προγεννητικής φροντίδας (Gentile, Salvatore, 2010). Υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό 50-60% των γυναικών που πάσχουν από σχιζοφρένεια μένουν έγκυες. Από αυτές, το 50% θα είναι μη προγραμματισμένες ή μη επιθυμητές κυήσεις, ένα ποσοστό πολύ υψηλότερο από αυτό στον γενικό πληθυσμό (Pregnancy, Wikipedia, 2015). Οι γυναίκες με σχιζοφρένεια που μένουν έγκυες είναι συνήθως μεγαλύτερης ηλικίας από τον γενικό πληθυσμό των εγκύων γυναικών, έχουν λιγότερη κοινωνική υποστήριξη και είναι πιθανό να υιοθετούν ανθυγιεινές συμπεριφορές (κάπνισμα, κακή διατροφή, αλκοόλ, χρήση ουσιών, κλπ.), και να μην υποβάλλονται στις συνιστώμενες εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου (Matevosyan, 2011. Williams et al., 2014).

Διπολική διαταραχή

Η Διπολική Διαταραχή χαρακτηρίζεται από αποδιοργανωτικές μεταπτώσεις στη διάθεση, κατά τις οποίες οι ασθενείς βιώνουν εναλλαγές από επεισόδια μανίας ή υπομανίας, σε επεισόδια βαριάς κατάθλιψης. Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων αυτών, ο ασθενής εμφανίζει διογκωμένη αυτοεκτίμηση, ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, λογόρροια ή πίεση λόγου, διάσπαση προσοχής, αυξημένη κινητικότητα και δραστηριότητα ή υπερβολική εμπλοκή σε δραστηριότητες και συναισθηματική αστάθεια. Είναι επίσης πιθανόν να συνυπάρχουν παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις (στη μανία) (APA, 2013).

Η διπολική διαταραχή είναι μία από τις πιο σοβαρές ψυχικές διαταραχές που πλήττουν τις γυναίκες στην περιγεννητική περίοδο. Μάλιστα, αποτελέσματα των ερευνών τείνουν όλο και περισσότερο να υποστηρίζουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (72% - 88%) των γυναικών που εκδηλώνουν κάποιο ψυχωτικό επεισόδιο αμέσως μετά τον τοκετό, πάσχουν από διπολική ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, ενώ μόνο 12% πάσχουν από σχιζοφρένεια (Wisner et al., 1995. Brockington, 1996 στο Sit et al., 2006).

Διαφορική διάγνωση: Επιλόχεια κατάθλιψη ή διπολική διαταραχή II;

Στο τέλος της δεκαετίας του 1950 τα αποτελέσματα των ερευνών άρχισαν να καταγράφουν μη ψυχωτικές εκδηλώσεις, με τη μορφή κυρίως συναισθηματικής δυσφορίας που εμφανιζόταν μετά τον τοκετό, και μάλιστα σε μεγάλο ποσοστό των γυναικών (Henshaw et al., 2009). Το 1968 πολλά από τα συμπτώματα χαρακτηρίστηκαν ως «άτυπα» (Henshaw et al., 2009).

Ο διάλογος για την αυτονομία των κλινικών οντοτήτων οδηγεί στην παράθεση διαφορετικών προεξάρχοντων συμπτωμάτων που χαρακτηρίζουν τα καταθλιπτικά επεισόδια με επιλόχεια έναρξη, σε αντίθεση με τα καταθλιπτικά επεισόδια που επισυμβαίνουν σε άλλες χρονικές περιόδους. Αρκετές έρευνες που επιδιώκουν να ιεραρχήσουν τα προεξάρχοντα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης, καταλήγουν ότι αυτά αφορούν κυρίως το άγχος και την ευερεθιστότητα και όχι τόσο την καταθλιπτική διάθεση. Μάλιστα, εξαιτίας αυτού, κάποιοι προτείνουν τη χρήση του όρου «επιλόχεια διαταραχή της διάθεσης» αντί «επιλόχεια κατάθλιψη». Από τις αναλύσεις περιπτώσεων προκύπτει ότι οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό αγχώδη συμπτωματολογία σε σχέση με τις γυναίκες που εκδηλώνουν κατάθλιψη σε διάφορη της λοχείας χρονική περίοδο, καθώς και ότι χρειάζονται περισσότερο χρόνο ανάκαμψης (Henshaw et al., 2009).

Από τη στιγμή που κάποια κλινικά χαρακτηριστικά με τα οποία εμφανίζεται συνήθως η διαταραχή στη λοχεία δεν συγκροτούν την κλασσική εικόνα του καταθλιπτικού επεισοδίου (για παράδειγμα, συχνά παρατηρείται ευερεθιστότητα, άγχος, με παράλληλη διατήρηση της λειτουργικότητας, με «μηχανικό τρόπο» φροντίδας του παιδιού, κλπ.), προκύπτουν ενδοιασμοί στο να συμπεριληφθούν οι διαταραχές της λοχείας κάτω από την ομπρέλα της επιλόχειας κατάθλιψης. Από την άλλη, το DSM-IV TR, δεν συμπεριλαμβάνει τα υπομανιακά επεισόδια στις διαταραχές που δύνανται να φέρουν τον προσδιοριστή «με επιλόχεια έναρξη».

Εν όψει της έκδοσης του DSM-V, οι μελέτες επέσειαν την προσοχή στην ελλιπή διάγνωση υπομανίας, στην ενδεχόμενη σύγχυση επομένως μιας διπολικής με μια μονοπολική διαταραχή, με επικίνδυνες συνέπειες για τη μητέρα και το βρέφος. Είχε αρχίσει, επομένως, να καταγράφεται μια σημαντική τάση υπέρ της συμπερίληψης της υπομανίας στις διαταραχές που μπορούν να φέρουν τον προσδιοριστή «με επιλόχεια έναρξη» (Sharma και Burt, 2011).

Τα συμπτώματα της επιλόχειας υπομανίας δεν διαφέρουν από την υπομανία

που εκδηλώνεται σε οποιαδήποτε άλλη περίοδο της ενήλικης ζωής και συνοψίζονται σε ανεβασμένη διάθεση (ευφορία), αυξημένη στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα, μεγαλύτερη ομιλητικότητα, φυγή ιδεών, ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, διάσπαση προσοχής και ευερεθιστότητα. Η αύξηση της επίπτωσης (Incidence) των μανιακών, καταθλιπτικών και ψυχωτικών συμπτωμάτων κατά την περίοδο της λοχείας τονίζεται ιδιαίτερα. Η επικράτηση (prevalence) της επιλόχειας υπομανίας σε μη κλινικούς πληθυσμούς κυμαίνεται από 9,6% έως και 20,4% την τρίτη μέρα μετά τον τοκετό. Η γέννηση ενός παιδιού φαίνεται να αποτελεί εκλυτικό παράγοντα για τα υπομανιακά συμπτώματα, εφόσον η επικράτηση της υπομανίας είναι οκταπλάσια την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό σε σχέση με την περίοδο της κύησης (Heron et al., 2009). Πρέπει, ωστόσο, να σημειώσουμε ότι τα ποσοστά των περιπτώσεων μειώνονται σημαντικά οκτώ εβδομάδες μετά τον τοκετό. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα συμπτώματα αυτά συνδέονται με όψιμη (subsequent) εμφάνιση καταθλιπτικού ή μανιακού επεισοδίου (αυτόθι). Τα συμπτώματα ήπιας υπομανίας μετά τον τοκετό είναι πιθανό να προσδιορίζουν διεργασίες μιας μεταβατικής – προσαρμοστικής περιόδου για αρκετές γυναίκες (Heron et al., 2009), κάτι που θέτει το ζήτημα του κινδύνου για υπερδιάγνωση της διπολικής διαταραχής.

ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Η υπογονιμότητα ορίζεται ως η αδυναμία ενός σεξουαλικά ενεργού ζεύγους να επιτύχει κύηση μετά από ελεύθερες επαφές διάρκειας:

A) ενός έτους, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ)

B) δύο ετών, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ανθρώπινης Αναπαραγωγής και Εμβρυολογίας (European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE). Ο ορισμός του ΠΟΥ έχει βασιστεί σε μελέτες, που δείχνουν ότι η πιθανότητα επίτευξης

κύησης από ένα ζεύγος που έχει σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλάξεις είναι 20% κάθε μήνα, ενώ στη διάρκεια ενός έτους η πιθανότητα φθάνει το 85-90%. Περισσότερα από τα μισά ζευγάρια που θα αποτύχουν να έχουν αυτόματη σύλληψη το πρώτο έτος, τελικά θα επιτύχουν εγκυμοσύνη μέσα στην επόμενη τριετία.

Στείρωση: ονομάζουμε την απόλυτη αδυναμία σύλληψης.

Μηνιαίο ποσοστό γονιμότητας: ονομάζουμε την πιθανότητα σύλληψης σε έναν εμμηνορρυσιακό κύκλο. Ο άνθρωπος δεν είναι ιδιαίτερα γόνιμο θηλαστικό. Υπολογίζεται ότι στους ανθρώπους το ΜΠΓ είναι 20%, ενώ στους μπαμπούνους είναι 80% και στα κουνέλια 90%.

Επιδημιολογία

Σήμερα η συχνότητα των υπογόνιμων ατόμων παγκοσμίως υπολογίζεται σε περισσότερα από 72 εκατομμύρια άτομα, ενώ περισσότερα από 40 εκατομμύρια άτομα αναζητούν ιατρική βοήθεια. Συγκεκριμένα, στην Αυστραλία 1:6 ζευγάρια έχουν απευθυνθεί σε ειδικό ιατρό για τη σύλληψη ενός παιδιού. Τα αίτια της υπογονιμότητας έχουν μελετηθεί επιδημιολογικά ανάμεσα στα δύο φύλα. Η υπογονιμότητα κατά 1/3 αφορά στη γυναίκα, κατά 1/3 στον άνδρα και κατά 1/3 σε αμφότερους τους συντρόφους, ενώ σε ένα ποσοστό 10-20% η αιτία παραμένει άγνωστη

Η ψυχολογία της υπογονιμότητας

Είναι σημαντικό να ερμηνεύσουμε την έκταση των ψυχολογικών και συναισθηματικών συνεπειών που αντιμετωπίζουν τα άτομα, όταν οι προσδοκίες, οι αξίες και τα πιστεύω τους δοκιμάζονται από δυσκολίες στην επίτευξη της αναπαραγωγής.

Η επιθυμία απόκτησης παιδιών είναι περίπλοκη, καθώς εμπλέκει μια σειρά συνειδητών και ασυνειδητών κινήτρων που ωθούν τους ανθρώπους να αναπαράγονται, και κάτω από τις πλέον αντίξοες συνθήκες όπως για παράδειγμα στη διάρκεια πολέμων ή λοιμών.

Η απόκτηση ενός παιδιού είναι συνυφασμένη με την συνέχιση του κύκλου της ανθρώπινης ζωής. Εκλαμβάνεται ως ανανέωση της ζωής, ως μία μορφή αθανασίας. Ένας υποψήφιος δότης σπέρματος έλεγε: «Να έχει κανείς παιδιά είναι παρηγοριά, είναι χαρά, είναι τρυφερότητα. Πεθαίνουμε αργότερα όταν έχουμε γίνει γονείς, δεν πεθαίνουμε μόνοι. Η εργασία μας αποκτά νόημα, γιατί τα οφέλη που αποκομίζουμε προορίζονται για κάποιον, το παιδί είναι προέκταση του εαυτού μας. Μπορεί και να υποδηλώνει ότι θα έχει κανείς μία υποστήριξη όταν γεράσει. Εγώ έχασα τον πατέρα μου πολύ νέος και επιθυμώ δικαίως να γίνω πατέρας». Από τα λεγόμενα εύκολα συμπεραίνει κανείς πως ένα μωρό καλείτε να εκπληρώσει και να επανορθώσει τα πάντα, να καλύψει όλα τα κενά, την μοναξιά, την απώλεια.

Η επιθυμία απόκτησης παιδιού πρωτοεμφανίζεται στο κορίτσι γύρω στους δεκαοχτώ πρώτους μήνες της ζωής. Αφετηρία είναι η ταύτιση με την τρυφερή μητέρα της βρεφικής ηλικίας που την ωθεί να επιθυμεί να γίνει και η ίδια μητέρα. Για τους άνδρες η επιθυμία αυτή προέρχεται από μία ταύτιση με τον δικό τους πατέρα.

Σημαντικό στοιχείο στην επιθυμία απόκτησης παιδιών αποτελεί, επίσης, η προσαρμογή στις κοινωνικές και οικογενειακές επιταγές. Για τους περισσότερους άνδρες και γυναίκες η σύλληψη και η γέννηση ενός παιδιού αντικατοπτρίζει την αντίληψη που είχαν σε όλη τους τη ζωή για τη θηλυκότητα και τον ανδρισμό, την ταυτότητα του φύλου τους και τελικά το νόημα της ζωής.

Η κύηση και η απόκτηση ενός παιδιού αντικατοπτρίζουν την έννοια της «παραγωγικότητας» του Erickson και συχνά αποτελούν τα θεμέλια στα οποία ένα ζευγάρι χτίζει μια σχέση. Οι Benedek και Bibring περιέγραψαν πως με την κύηση το άτομο εισέρχεται σε μια νέα αναπτυξιακή φάση και ότι η στέρηση της ευκαιρίας για

απόκτηση παιδιού, λόγω της υπογονιμότητας, μπορεί να προκαλέσει διακοπή της ανάπτυξης, η οποία οδηγεί σε στασιμότητα.

Μια σύντομη αναδρομή στη μυθολογία καταδεικνύει πως η στειρότητα συσχετιζόταν με τη τιμωρία. Ο Λάιος, βασιλιάς της Θήβας, έλαβε χρησμό από το μαντείο των Δελφών να μείνει άτεκνος. Εκείνος παράκουσε τον χρησμό με αποτέλεσμα να τον φονεύσει ο γιός του Οιδίποδας. Αλλά και στην Παλαιά Διαθήκη η στειρότητα θεωρείται μειονεξία και ταυτίζεται με την τιμωρία. Τα ζευγάρια που αποκτούν πολλά παιδιά θεωρούνται ευλογημένα σε αντίθεση με εκείνα που παραμένουν άτεκνα.

Όταν οι προσπάθειες για την απόκτηση ενός παιδιού αποτυγχάνουν, η ζωή «μπαίνει στην αναμονή» και πολλά υπογόνιμα άτομα μένουν σε μια βαθιά αίσθηση ανοχής, αυτοκατηγορίας και ανεπάρκειας. Συχνά παρουσιάζεται μια άκαρπη, αλλά συνεχής ανασκόπηση των γεγονότων του παρελθόντος τα οποία εκλαμβάνονται ως αιτίες που οδήγησαν στην υπογονιμότητα. Ενοχοποιούνται τα ίδια τα άτομα π.χ. στις περιπτώσεις όπου οι γυναίκες έχουν υποστεί έκτρωση ή είχαν μια εξωσυζυγική σχέση, οι ενοχές εντοπίζονται στη πράξη αυτή.

Ψυχολογικοί λόγοι υπογονιμότητας

Η υπογονιμότητα είναι φαινόμενο που αφορά ολόένα και περισσότερα ζευγάρια, τα οποία επιθυμούν αλλά δεν μπορούν να αποκτήσουν παιδί. Τα αίτια του φαινομένου αυτού ποικίλουν και αφορούν τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες. Η ανωοθυλακιορρηξία, οι ορμονικές διαταραχές, το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών, τα σαλπιγγικά προβλήματα, τα προβλήματα στη μήτρα αλλά και στη βλέννα του τραχήλου είναι τα γυναικεία αίτια υπογονιμότητας. Αντίστοιχα ο τρόπος ζωής, οι ορμονικές διαταραχές, τα ανοσολογικά προβλήματα, η απόφραξη, ο τραυματισμός των όρχεων είναι μερικά από τα ανδρικά αίτια υπογονιμότητας. Πέρα όμως από οργανικά προβλήματα σημαντικό ρόλο στην υπογονιμότητα παίζει και ο ψυχολογικός παράγοντας. Όταν οι αιτίες υπογονιμότητας δεν μπορούν να διευκρινιστούν, τότε το πρόβλημα αποδίδεται στον ψυχολογικό παράγοντα. Η προσεκτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τα αίτια της υπογονιμότητας μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως το πρόβλημα αυτό έχει ψυχολογικές επιπτώσεις αλλά όχι ψυχολογικές αιτίες. Σε περιόδους αυξημένου στρες η γυναίκα έχει στον κύκλο της αλλαγές και δυσκολίες. Διάφορα ψυχολογικά προβλήματα, μεγάλο άγχος ή μια ζωή πολύ ακατάστατη ενδέχεται να την εμποδίσουν να έχει καλή συχνότητα ωορρηξίας. Η ψυχολογία δηλαδή μπορεί να επηρεάσει την ωορρηξία.

Υπάρχουν, κάποιες απόψεις και θεωρίες που υποστηρίζουν ότι η γονιμότητα ενδέχεται να επηρεαστεί από την αμφιθυμία, δηλαδή την αβεβαιότητα του ζευγαριού σχετικά με το αν πραγματικά θέλει ένα παιδί ή εξαιτίας κάποιας υποσυνείδητης εχθρότητας εκ μέρους ενός από τους δύο. Τέλος, κάτι που πολύ σπάνια αναφέρεται ως παράγοντας δυσκολίας σύλληψης και που όμως συμβαίνει συχνά, είναι ότι τα ζευγάρια που δεν τα πάνε καλά μεταξύ τους δεν έχουν συχνές σεξουαλικές επαφές.

Όλα τα ιατρικά προβλήματα είναι πολυπαραγοντικά και η απομόνωση του ψυχολογικού τομέα αποτελεί επιστημονικό λάθος. Σε περιόδους αυξημένου στρες η γυναίκα έχει στον κύκλο της αλλαγές και δυσκολίες. Διάφορα ψυχολογικά προβλήματα, μεγάλο άγχος ή μια ζωή πολύ ακατάστατη ενδέχεται να την εμποδίσουν να έχει καλή συχνότητα ωορρηξίας. Επίσης η πίεση της δουλειάς και η κούραση παίζουν σημαντικό ρόλο στην ικανότητα σύλληψης. Παρ' όλα αυτά οι ειδικοί εξηγούν πως πρόκειται συνήθως για παροδικούς παράγοντες.

Η γυναίκα τα τελευταία χρόνια -και η Ελληνίδα ακόμα περισσότερο από ότι παλαιότερα- έχει κάνει μια στροφή προς την καριέρα, έχει αναβαθμίσει το κοινωνικό και το

μορφωτικό της επίπεδο και ως εκ τούτου έχει αναλάβει πολλές υποχρεώσεις που σίγουρα την απομακρύνουν από την επιθυμία της να δημιουργήσει οικογένεια. Καθήκοντα που παλαιότερα θεωρούνταν καθαρά αντρικά απασχολούν τη σύγχρονη γυναίκα και συχνά την οδηγούν σε σωματοποίηση του άγχους της, που εκφράζεται με γυναικολογικά προβλήματα. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η υπερπρολακτιναιμία (η υπερπαραγωγή προλακτίνης) που αναστέλλει την ωοθυλακιωρρηξία και οδηγεί σε μία μορφή υπογονιμότητας. Σημαντικό πάντως είναι να σημειώσουμε πως γενικά οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας, επειδή έχουν πολύ άγχος, πιεστικές υποχρεώσεις και δουλεύουν άστατες ώρες, όταν ηρεμήσουν και ρίξουν τους ρυθμούς τους, παρουσιάζουν αποκατάσταση του ορμονικού τους προφίλ και καταφέρνουν εύκολα να συλλάβουν.

Υπάρχουν κάποιες απόψεις και θεωρίες που υποστηρίζουν ότι η γονιμότητα ενδέχεται να επηρεαστεί από την αμφιθυμία, με άλλα λόγια την αβεβαιότητα του ζευγαριού σχετικά με το αν πραγματικά θέλει ένα παιδί. Το άγχος και η κατάθλιψη μπορούν να επηρεάσουν τη γενική κατάσταση του ανθρώπινου οργανισμού. Τέλος, κάτι που πολύ σπάνια αναφέρεται ως παράγοντας δυσκολίας σύλληψης και όμως συμβαίνει συχνά, είναι ότι τα ζευγάρια που δεν τα πάνε καλά μεταξύ τους δεν έχουν συχνές σεξουαλικές επαφές.

Ψυχολογικές επιπτώσεις κατά τη διάγνωση της υπογονιμότητας

Όταν γίνει διάγνωση υπογονιμότητας, ο «ασθενής» βιώνει ένα οξύμωρο πένθος: Για αυτόν πεθαίνει η δυνατότητα δημιουργίας της ζωής. Η διαδικασία αυτή του πένθους μπορεί να κρατήσει από λίγες ημέρες έως δύο- τρεις μήνες ή και περισσότερο. Εξαρτάται από τις συνθήκες, την θέληση που έχει το άτομο για να κάνει παιδί, τους βαθμούς επιτυχίας που έχει στους άλλους τομείς της ζωής του, στο χαρακτήρα και την ιδιοσυγκρασία, στην καλή ή κακή ποιότητα σχέσης που έχει καταρχάς με το σύντροφο και με την ευρύτερη οικογένεια γενικότερα.

Το πρώτο στο στάδιο είναι αυτό του σοκ και της άρνησης. Είναι η περίοδος που αρχίζουν να αναζητούν μια δεύτερη γνώμη ή να αρνούνται την πραγματικότητα (αυτό δε μπορεί να συμβαίνει σε μένα). Μπορεί η γυναίκα να επαναλαμβάνει την εμπειρία ξανά και ξανά (πως το ανακάλυψε, τι αισθάνθηκε όταν της το ανακοίνωσε ο γιατρός, τι φοβάται) να ξεχνά πράγματα και να μην μπορεί να σκεφθεί σωστά.

Το δεύτερο στάδιο είναι αυτό της σφοδρής επιθυμίας και διαπραγματεύσης. Η γυναίκα ή ο άνδρας θέλουν αυτό που έχασαν άμεσα. Διαπραγματεύονται το τι μπορούν να δώσουν για να αποκτήσουν αυτό που θέλουν. Μπορεί η διαπραγματεύση να γίνει με το Θεό (Θεέ μου αν πάω στην εκκλησία, θα με βοηθήσεις να μείνω έγκυος;), με το γιατρό (αν κάνω περισσότερη γυμναστική και αλλάξω τις διατροφικές μου συνήθειες, θα μπορέσω να μείνω έγκυος;), με τις συνθήκες της καθημερινότητας (αν αλλάξω δουλειά, σπίτι, αντιμετώπιση ... θα μείνω έγκυος;). Συχνά αισθάνονται θυμό και λύπη.

Το τρίτο στάδιο είναι το στάδιο της αποδοχής και της κατάθλιψης. Η γυναίκα ή ο άνδρας συνειδητοποιούν την απώλεια. Μπορεί να γίνουν απαθείς και καταθλιπτικοί. Η ενέργειά τους είναι ξοδεμένη και δεν αισθάνονται τίποτα για κανένα πράγμα. Κλείνονται στον εαυτό τους, αποκόπτουν όλες τις γέφυρες επικοινωνίας με το περιβάλλον, κλαίνει συχνά, πιστεύουν ότι τίποτε δεν αξίζει και ότι η ζωή δεν έχει κανένα νόημα. Τέλος το τέταρτο στάδιο είναι αυτό της ανάνηψης, όπου ο άνδρας ή η γυναίκα προσαρμόζονται στην απώλεια. Σταματάνε να ζούνε στο παρελθόν και μέσα σε σενάρια για το τι θα γινόταν αν τα πράγματα ακολουθούσαν τον επιθυμητό δρόμο. Αποδέχονται την πραγματικότητα και ξαναοργανώνουν τη ζωή τους σύμφωνα με τις νέες πραγματικές συνθήκες.

Η διάγνωση της υπογονιμότητας αποτελεί για το άτομο που την υφίσταται έναν πολλαπλό θάνατο. Συνειδητά ή υποσυνειδητά το άτομο χάνει:

- i. Την αναπαραγωγική του ικανότητα. Η απώλεια είναι σίγουρα σωματική, ψυχολογική αλλά και διανοητική. Το άτομο αισθάνεται κατά κανόνα ευνουχισμένο.
- ii. Την σεξουαλικότητά του, τη θηλυκότητα ή την αρρενωπότητα.
- iii. Τη βιολογική, κοινωνική και οικογενειακή αναγνώριση.
- iv. Τις προσδοκίες που είχε εναποθέσει στη δημιουργία ενός παιδιού.
- v. Την αναμενόμενη μορφή της σχέσης με το σύζυγο. Η ζωή τους με τα παιδιά.
- vi. Η επίτευξη της επιτυχίας. Η μη πραγματοποίηση της τεκνοποίησης ισοδυναμεί με αποτυχία.

Ψυχολογικές επιπτώσεις κατά τη θεραπεία της υπογονιμότητας

Τα στάδια του πένθους ισχύουν για όλες τις απώλειες της ζωής. Έτσι και κατά τη διάρκεια που τα ζευγάρια βρίσκονται σε προγράμματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, βιώνουν μια κατάσταση διαδοχικών κύκλων ελπίδας και πένθους. Ελπίδας στη πρώτη φάση του κύκλου όπου ακολουθείται μια θεραπεία π.χ. στη γυναίκα ορμονοθεραπείας, για τη δημιουργία ικανών για γονιμοποίηση ωοθυλακίων και πενθούν στη δεύτερη φάση όταν η θεραπεία αποτυγχάνει. Η αποτυχία επίτευξης της εγκυμοσύνης που επανέρχεται κάθε μήνα έχει ονομασθεί μηνιαίο πένθος, και βιώνεται σαν το θάνατο ενός βρέφους. Τα άτομα που μπαίνουν στη διαδικασία εφαρμογής υποβοηθούμενης αναπαραγωγής πολλές φορές αναρωτιούνται, «γιατί μου συμβαίνει εμένα αυτό;», νιώθουν συναισθήματα αδικίας και είναι πολύ πιθανόν να αναπτύξουν θυμό και κατάθλιψη. Αυτό συμβαίνει κυρίως σε διάφορα στάδια της θεραπείας τους, καθώς συσσωρεύονται οι απογοητεύσεις. Ίσως είναι προτιμότερο τα ζευγάρια να μην εμπλέκονται σε τέτοιες διερευνήσεις μέχρι όταν είναι έτοιμα να σταματήσουν τελείως κάθε θεραπευτική προσπάθεια. Οι ερωτήσεις για τους λόγους που έχει κανείς για να γίνει γονιός ενεργοποιούνται από τέσσερις παράγοντες:

- α. Την απειλή μήπως δεν γίνουν γονείς.
- β. Το κόστος των συνεχών θεραπευτικών προσπαθειών.
- γ. Το κοινωνικό στίγμα της στειρότητας.
- δ. Το κοινωνικό στίγμα της διαδικασίας της υιοθεσίας σαν εναλλακτική λύση.

Με την έναρξη οποιασδήποτε θεραπείας, η οποία πάντα εστιάζεται στο σώμα, στα άτομα, τόσο ο άνδρας όσο και η γυναίκα, κυριολεκτικά απορροφάται όλο τους το είναι και μπαίνουν σε ένα δρόμο μονομανίας. Τα άτομα που μπαίνουν στη διαδικασία μιας εξωσωματικής γονιμοποίησης ή κάποιας παρεμφερούς διαδικασίας μοιάζουν πάρα πολύ με τα άτομα που είναι εθισμένα στα τυχερά παιχνίδια. Πιστεύουν ότι αυτή τη φορά μπορεί να μην ήταν τυχερή, αλλά την επόμενη σίγουρα θα γυρίσει η τύχη και θα κερδίσουν (το παιδί). Το αποτέλεσμα είναι ότι κάθε «αποτυχία» θεραπεία δημιουργεί το μηνιαίο πένθος (που περιγράψαμε παραπάνω), που δρα αθροιστικά και συσσωρευτικά στο ήδη υπάρχον πένθος της υπογονιμότητας. Όσο δε προχωρά η θεραπεία και δεν υπάρχουν θετικά αποτελέσματα, τόσο περισσότερο:

- Αυξάνεται η κατάθλιψη.
- Αυξάνεται η μονομανία για την επιτυχία των παιδιών και η ανάγκη για μυστικότητα γύρω από τις θεραπείες.

- Αυξάνεται η απομόνωση. Η γυναίκα και ο άνδρας είναι αναγκασμένοι να «τρέχουν» απίθανες ώρες για τις εξετάσεις αίματος, υπερήχους κ.τ.λ. ενώ η κατάθλιψη και η μονομανία περιορίζουν σταδιακά τα ενδιαφέροντά τους και τις σχέσεις τους με τους άλλους ανθρώπους. Η μυστικότητα δε τους εμποδίζει να έρχονται σε επαφή με τους φίλους, για να μην αντιληφθούν αυτοί τι ακριβώς συμβαίνει.
- Ελαττώνεται το ενδιαφέρον- ιδιαίτερα της γυναίκας- για άλλες δραστηριότητες, ακόμη και της επαγγελματικής της. Γενικά η επαγγελματική ζωή συχνά επηρεάζεται προς το χειρότερο.
- Αυξάνεται η έλλειψη αυτοπεποίθησης, αυτοσεβασμού και ελαττώνεται η αίσθηση της επιτυχίας στη ζωή.
- Ελαττώνεται η ικανότητα της γυναίκας να αναγνωρίζει και να εκφράζει τα όποια συναισθήματα προκαλούνται από τη θεραπεία. (Ωραιοπούλου 2003)

Ψυχολογικές αντιδράσεις των ανδρών στην υπογονιμότητα σε αντιδιαστολή με τις αντιδράσεις των γυναικών

Έρευνες για τις διαφορές των δύο φύλων στις ψυχολογικές αντιδράσεις προς την υπογονιμότητα δείχνουν ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες σε σχέση με τους άνδρες. Σε μια ανασκόπηση των εμπειρικών ερευνών για τις διαφορές μεταξύ των δυο φύλων, ο Wright και οι συνεργάτες του συμπέραναν ότι οι γυναίκες έχουν μια τάση να επηρεάζονται περισσότερο από τους άνδρες από την εμπειρία της ατεκνίας και της θεραπείας της, ακόμη και όταν η διάγνωση της υπογονιμότητας δεν αφορά της ίδιες ή είναι αμφιλεγόμενη. Ωστόσο, οι γυναίκες είναι αυτές οι οποίες θα ζητήσουν πιο εύκολα πληροφορίες ή βοήθεια και που θα βρουν πιθανή κοινωνική υποστήριξη από άλλες πηγές έξω από το γάμο.

Η διάγνωση της υπογονιμότητας φαίνεται ότι αποτελεί παράγοντα της ψυχολογικής προσαρμογής των ανδρών στην ατεκνία, γιατί, αν η υπογονιμότητα οφείλεται στους ίδιους, παρουσιάζουν πιο έντονες αρνητικές αντιδράσεις, μεταξύ των οποίων, αίσθηση στίγματος, απώλειας και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Επίσης, οι άνδρες τείνουν να κάνουν περισσότερα αυτοσαρκαστικά σχόλια, εάν η ατεκνία οφείλεται στον ανδρικό παράγοντα. Όσον αφορά την αντιμετώπιση των ψυχολογικών επακόλουθων της υπογονιμότητας, πιο συχνά οι άνδρες χρησιμοποιούν μηχανισμούς άμυνας όπως είναι η άρνηση, η απομάκρυνση, η αποφυγή του προβλήματος και το κλείσιμο στον εαυτό τους, ενώ σπάνια θα αναζητήσουν κοινωνική υποστήριξη ή συμβουλευτική αγωγή. Μια διαχρονική έρευνα για την ανδρική υπογονιμότητα έδειξε ότι η «στρατηγική» αντιμετώπισης της υπογονιμότητας σε αρχικά στάδια είχε άμεσο αντίκτυπο στη μετέπειτα προσαρμογή: οι άνδρες που βρήκαν υποκατάστατο φροντίζοντας ένα αντικείμενο ή κάποιο παιδί (π.χ. αναλαμβάνοντας μια ομάδα νέων στην Εκκλησία) κατά την περίοδο αυτή, είχαν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν πατέρες, ενώ εκείνη που χρησιμοποίησαν εγωκεντρικά υποκατάστατα (π.χ. Body building) δεν μπόρεσαν να αποκτήσουν παιδί ως τη μέση ηλικία.

Οι γυναίκες συνδέονται με την «ανάγκη για σχέσεις» και οι άντρες με την «αυτονομία». Αυτή η διχοτόμος επιβεβαιώνεται περισσότερο μέσα από τον τρόπο με τον οποίο άτεκνοι άνδρες και άτεκνες γυναίκες περιγράφουν συνήθως την εμπειρία της υπογονιμότητας και τις αντιδράσεις τους απέναντι σ' αυτήν: οι γυναίκες έχουν την ανάγκη να εκφράσουν τη θλίψη τους στους άλλους, ενώ οι άνδρες καταπιέζουν τα συναισθήματά τους και απομονώνονται, προκειμένου να φανούν «δυνατοί και αρρενωποί». Τόσο στην ψυχολογία όσο και στην ψυχολογία της υπογονιμότητας αυξάνονται οι ενδείξεις ότι οι άνδρες και οι γυναίκες

διαφέρουν ως προς τις ψυχολογικές οπτικές γωνίες τους και τις αντιδράσεις τους απέναντι σε διάφορες εμπειρίες, συμπεριλαμβανομένης και της υπογονιμότητας.

Η ψυχολογία των γυναικών ήταν αρχικά βασισμένη σε προσαρμογές των θεωριών της ανδρικής ψυχολογίας και έδινε έμφαση στη σημασία της αυτοσυνειδητοποίησης των γυναικών. Όλες οι ψυχολογικές θεωρίες υποστηρίζουν, με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, ότι «η ικανότητα αναπαραγωγής μιας γυναίκας διαμορφώνει την ψυχική της ζωή». Η μητρότητα και η αναπαραγωγή, ως βάσεις της ζωής και της ταυτότητας μιας γυναίκας, θεωρούνταν ισχυροί παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη του εαυτού, την προσωπική ολοκλήρωση και τις επιλογές ζωής. Αυτή η θεωρητική προσέγγιση αποτέλεσε τη βάση για τις θεωρίες ψυχογενούς υπογονιμότητας και κυρίως ενέτεινε τις επιπτώσεις της υπογονιμότητας στις γυναίκες, μειώνοντας τις δυνατότητες επιλογής των γυναικών οι οποίες δεν μπορούσαν να κάνουν παιδιά.

Αυτό που παραμένει αδιευκρίνιστο είναι κατά πόσο επηρεάζετε το ζευγάρι ως ενότητα. Ως ομάδα, τα υπογόνιμα ζευγάρια αναφέρουν φυσιολογικά επίπεδα συζυγικής σχέσεις. Ωστόσο ορισμένα ζευγάρια μιλούν για επιδείνωση της συζυγικής λειτουργίας, ενώ άλλα δήλωσαν ότι η κρίση της υπογονιμότητας βελτίωσε τη συζυγική επικοινωνία και κατά συνέπεια και τη συζυγική επαφή. Άλλοι πάλι θεώρησαν ότι μπορεί να επηρεαστεί η σεξουαλική σχέση του ζευγαριού, αλλά η ικανοποίηση από το γάμο παραμένει αναλλοίωτη.

Ψυχολογικές διαταραχές ατόμων με προβλήματα υπογονιμότητας

I. Συναισθηματικές διαταραχές

Οι αντιδράσεις της θλίψης είναι κοινές σε άνδρες και γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία υπογονιμότητας, δεδομένου ότι η υπογονιμότητα σημαίνει απώλεια σε πολλά επίπεδα: από την απώλεια της αίσθησης του εαυτού και της πίστης στις δημιουργικές δυνάμεις του σώματος ως την απώλεια της ευκαιρίας να αποκτήσει και να αναθρέψει κάποιος το βιολογικό του παιδί. Αρκετές έρευνες έδειξαν ότι πολλές γυναίκες θεωρούν τη θεραπεία της υπογονιμότητας την πιο δυσάρεστη εμπειρία της ζωής τους – πιο οδυνηρή και από την απώλεια αγαπημένου προσώπου ή από ένα διαζύγιο. Αλλά και πολλοί άνδρες, επίσης, αναφέρουν σημαντική συναισθηματική ένταση εξαιτίας της διάγνωσης και της θεραπείας της υπογονιμότητας. Παρ' όλα αυτά, οι έρευνες δείχνουν ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δυο φύλων στη συχνότητα, στην ένταση και στη διάρκεια των αντιδράσεων θλίψης και οι περισσότερες συμφωνούν στο ότι οι γυναίκες υποφέρουν πιο πολύ από τους άνδρες ύστερα από μια διάγνωση υπογονιμότητας.

Επομένως, είναι σημαντικό να μπορούν οι κλινικοί να κάνουν διάγνωση διακρίνοντας την αναμενόμενη αντίδραση θλίψης που εμφανίζεται στους περισσότερους ασθενείς με προβλήματα υπογονιμότητας, από τη λιγότερο συνηθισμένη και σοβαρή επιπλοκή της παθολογικής θλίψης. Διακρίνουμε τη φυσιολογική θλίψη που χαρακτηρίζεται απ' το συνήθη συνδυασμό συμπτωμάτων, ο οποίος περιλαμβάνει τον αρχικό κλονισμό και το μούδιασμα, που ακολουθούνται από επίμονη λύπη και στεναχώρια, συχνό θυμό και επιθετικότητα, ενοχές και αυτοκατηγορία. Οι αντιδράσεις θλίψης συνήθως εντάσσονται στις Διαταραχές Προσαρμογής. Είναι φυσιολογικό για τους ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας να νιώθουν θλίψη και μάλιστα λέγετε ότι η διεργασία πένθους παίζει σημαντικό ρόλο στη τελική λύση της κρίσης που προκαλεί η υπογονιμότητα. Αντίθετα, η παθολογική θλίψη θεωρείται ψυχιατρική ασθένεια και απαιτεί άμεση αξιολόγηση και αντιμετώπιση. Η παθολογική θλίψη είναι, ανάλογη με την κατάθλιψη σοβαρής μορφής και χαρακτηρίζεται από συμπτώματα, όπως διαταραχές στην όρεξη και στον ύπνο, ψυχοκινητικές διαταραχές, ανηδονία, αυτοκτονική ιδεοποίηση και προβλήματα μνήμης και συγκέντρωσης. Η παθολογική θλίψη μπορεί να περιλαμβάνει και ψυχωτικά χαρακτηριστικά, όπως παρανοϊκές ή σωματικές παραισθήσεις και υπερβολικές σκέψεις τιμωρίας.

II. Διαταραχές άγχους

Πολλές έρευνες αναφέρουν ότι τα επίπεδα άγχους είναι αυξημένα τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας. Οι διαταραχές άγχους, και κυρίως οι φοβίες, είναι πολύ συνήθεις στο γενικό πληθυσμό. Η συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων φοβιών, σε ένα εξάμηνο, κυμαίνεται μεταξύ 4,5% και 11,8%. Η φοβία προς το αίμα και τις σύριγγες μπορεί να βλάψει σοβαρά τη θεραπεία της υπογονιμότητας. Τα ζευγάρια, των οποίων ο ένας ή και οι δύο πάσχουν από τις συγκεκριμένες φοβίες, μπορεί να προβάλλουν σημαντικές δυσκολίες ως προς τις ενέσεις και να αντιμετωπίσουν σοβαρές συναισθηματικές εντάσεις κατά την προετοιμασία και την ανάρρωση από χειρουργικές επεμβάσεις και άλλες ιατρικές διαδικασίες. Κατά το σχεδιασμό της θεραπείας, οι γιατροί πρέπει να εξετάσουν τόσο το ατομικό όσο και το οικογενειακό ιστορικό ως προς τις φοβίες του αίματος και των ενέσεων, γιατί οι διαταραχές άγχους έχουν έντονη γενετική βάση.

III. Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής

Η ψυχογενής ανορεξία και η βουλιμία είναι πολύ συχνές αιτίες δυσλειτουργιών στην ωορρηξία, οι διατροφικές διαταραχές συχνά παραβλέπονται στην αξιολόγηση γυναικών οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας. Οι ενεργείς διαταραχές διατροφής συνδέονται όχι μόνο με νοσηρότητα, συμπεριλαμβανομένης και της καθυστέρησης της ενδομήτριας ανάπτυξης, καθώς και αυξημένων συγγενών δυσπλασιών. Οι γυναίκες που παρουσιάζουν ανωμαλίες στον έμμηνο κύκλο τους, πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά για την παρουσία υποκείμενης διαταραχής στην πρόσληψη τροφής, η οποία πρέπει να αντιμετωπιστεί πριν από την έναρξη της θεραπείας της υπογονιμότητας.

IV. Διαταραχές της προσωπικότητας

Μελέτες που έγιναν σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες με τη χρήση σταθμισμένων ψυχομετρικών τεστ, όπως το Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας της Μινεσότα και το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenk, δεν βρήκαν αυξημένη συχνότητα διαταραχών προσωπικότητας που να προϋπήρχαν σε γυναίκες που κάνουν θεραπεία υπογονιμότητας. Παρόλ' αυτά, λόγω της εμφάνισης αυτών των ασθενειών στο γενικό πληθυσμό, είναι πιθανό οι γιατροί να συναντήσουν υπογόνιμα άτομα με διαταραχές προσωπικότητας, τα οποία μπορεί να δυσκολέψουν το έργο της θεραπευτικής ομάδας.

V. Σεξουαλικές διαταραχές που επιφέρει η υπογονιμότητα

Το stress της υπογονιμότητας και των θεραπευτικών προσπαθειών μπορεί να είναι μια βασική αιτία για μια ποικιλία σεξουαλικών προβλημάτων. Για τους άνδρες περιγράφεται:

- ο Η αναστολή της εκσπερμάτισης (όπου ένας άνδρας αδυνατεί να εκσπερματίσει ενδοκολπικά)
- ο Πρόβλημα στυτικής δυσλειτουργίας μεγάλου βαθμού
- ο Πρόωρη εκσπερμάτιση
- ο Απώλεια της επιθυμίας με αποτέλεσμα μεγάλη αραίωση των σεξουαλικών επαφών.

Επίσης, ένα ιδιαίτερο πρόβλημα είναι η παροδική στυτική δυσλειτουργία την ημέρα που πρέπει να δώσει δείγμα σπέρματος είτε για διαγνωστικούς λόγους είτε για σπερματέγχυση ή εξωσωματική γονιμοποίηση. Σε μια πρόσφατη μελέτη το ποσοστό αυτό των ανδρών έφτασε στο 11% των ατόμων του δείγματος. Από την πλευρά των γυναικών τα προβλήματα είναι πιο σπάνια και περιλαμβάνουν καταστάσεις που είναι εμφανή η αιτία της υπογονιμότητας όπως ο κολπικός σπασμός.

Τα σεξουαλικά προβλήματα μπορεί να προκαλούνται από το έντονο άγχος που βιώνει το άτομο είτε κατά τη διάρκεια της διερεύνησης είτε κατά τις θεραπευτικές προσπάθειες για να επιτευχθεί η σύλληψη. Επίσης, μπορεί να είναι άμεσες οι επιδράσεις των ιατρικών χειρισμών π.χ. πόνος κατά τη συνουσία εξαιτίας χειρουργικής επέμβασης ή πρόσφατης εξέτασης στον κόλπο τα οποία μπορεί να πυροδοτήσουν ένα φόβο που συνεχίζει να υπάρχει και μετά της άρσης της αρχικής αιτίας του πόνου.

Οι άνδρες πιθανόν να επηρεάζονται από τις διαδικασίες λήψης δείγματος σπέρματος και όπως αναφέρθηκε να εμφανιστεί δυσκολία στην απόκτηση και διατήρηση της στύσης. Πολλές φορές το περιβάλλον στο οποίο καλούνται να δώσουν το δείγμα απέχει πολύ από το να είναι ιδανικό, μικρές τουαλέτες, όχι πολύ καθαρές, θορυβώδεις, χωρίς την αίσθηση της ιδιωτικότητας. Για μερικούς άνδρες αν συμβεί κάποια αποτυχία ενεργοποιείτε ο φαύλος κύκλος του φόβου αποτυχίας ο οποίος ξαναφέρει αποτυχία η οποία με τη σειρά της αυξάνει το φόβο αποτυχίας κ.ο.κ.

Όταν το σεξ γίνεται με αποκλειστικό στόχο τη σύλληψη και μάλιστα με ιατρική εντολή, είναι λογικό να αφαιρεθεί και να μηδενιστεί από αυτό κάθε απόλαυση και επιθυμία.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε πως ασφαλώς τα περισσότερα ζευγάρια που υποβάλλονται σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν παρουσιάζουν σεξουαλικά προβλήματα. Ευκαιριακά όμως οι διαδικασίες και εξετάσεις που απαιτούνται κατά τη διερεύνηση αλλά και κατά τις θεραπευτικές προσπάθειες, όπως επίσης και οι ενδεχόμενες επανειλημμένες αποτυχίες, μπορεί να εκλύσουν κάποια προβλήματα στη σεξουαλική λειτουργία των ζευγαριών αλλά και να θέσουν υπό δοκιμασία τις γενικότερες σχέσεις τους. (www.health.in.gr/news/article)

Στρατηγικές αντιμετώπισης των υπογόνιμων ζευγαριών

Οι υπογόνιμες γυναίκες:

- Απομακρύνονται από καταστάσεις που τους υπενθυμίζουν την υπογονιμότητα
- Λαμβάνουν μέτρα για την επανάκτηση του ελέγχου
- Προσπαθούν να αυξήσουν την αυτοεκτίμηση με το να γίνουν οι καλύτερες (π.χ. έλεγχος σωματικού βάρους και εμφάνιση)
- Αναζητούν το κρυμμένο νόημα της υπογονιμότητας
- Υποτάσσονται στα συναισθήματα
- Εκμυστηρεύονται το πρόβλημά τους σε άλλους.

Οι υπογόνιμοι άνδρες:

- Υποκαθιστούν τον εαυτό τους, φερόμενοι στον εαυτό τους σαν να ήταν μοναχοπαίδι τους (π.χ. ασχολούνται με τη γυμναστική, την υγιεινή διατροφή)

- Υποκαθιστούν ένα αντικείμενο, φερόμενοι απέναντί του σαν να είναι το καμάρι τους (π.χ. πατρική αφοσίωση στο σπίτι, στο κατοικίδιο ζώο, στον κήπο ή στο αυτοκίνητο) και
- Υποκαθιστούν ένα παιδί ή άλλο κατάλληλο άτομο, ενασχολούμενοι «δι' αντιπροσώπου» με δραστηριότητες ανατροφής παιδιών άλλων ανθρώπων (π.χ. επικεφαλής ομάδας νέων, διδασκαλία στο κατηχητικό).

Κανένας από τους άνδρες που χρησιμοποίησαν εγωκεντρικά υποκατάστατα δεν ήταν αναπαραγωγικός και γονέας έως τη μέση ηλικία. Οι ενδεχόμενες διαφορές των δύο φύλων στην αντιμετώπιση της υπογονιμότητας πρέπει να εξεταστούν περαιτέρω σε σχέση με τον αντίκτυπό τους στην ατομική και συζυγική λειτουργία, καθώς και σε σχέση με τις επιπτώσεις τους στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε άνδρες και γυναίκες. (www.health.in.gr/news/article)

Ο ρόλος του υγειονομικού προσωπικού και των κέντρων προσέγγισης της υπογονιμότητας

Μια ποικιλία από ιατρικές επιλογές προσφέρονται στα ζευγάρια που υφίστανται την αξιολόγηση και θεραπεία της υπογονιμότητας. Η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας γίνεται σε ειδικά κέντρα τα οποία προσφέρουν ποικιλία υπηρεσιών και εξειδικευμένους επιστήμονες. Ένας αριθμός προγραμμάτων προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη ενώ ψυχιατρικές καταστάσεις αντιμετωπίζονται με παραπομπές ή από το ιατρικό προσωπικό.

Η έντονη φύση της θεραπείας της υπογονιμότητας μπορεί να οδηγεί σε στενές σχέσεις μεταξύ προσωπικού και των ατόμων με υπογονιμότητα. Αυτό δίνει την ευκαιρία στο προσωπικό να ασχοληθεί με τα ψυχολογικά θέματα μόλις αναδυθούν είτε άμεσα είτε με παραπομπή. Για να μπορεί να το κάνει αυτό, το προσωπικό θα πρέπει να αισθάνεται άνετα στο χειρισμό των συναισθηματικών καταστάσεων, να κατανοεί την έκταση της προσέγγισης και να διακινεί της περιπτώσεις που μπορεί να χειριστεί μόνο του στη συγκεκριμένη στιγμή. Το προσωπικό θα πρέπει να έχει αξιολογηθεί και εκπαιδευτεί από κάποιο επαγγελματία ψυχικής υγείας ώστε να είναι σε θέση να προσφέρουν οδηγίες και να αναπτύξουν επιδεξιότητες στο χειρισμό των ψυχολογικών κρίσεων.

Το προσωπικό συμμετέχει στην επίτευξη θετικού αποτελέσματος και έτσι μπορεί να μοιράζεται τις συναισθηματικές μεταβολές των ατόμων που υφίστανται τη θεραπεία για την υπογονιμότητα. Αυτό ωστόσο, γίνεται κάποια φορά, πρόβλημα όταν το ζευγάρι αισθάνεται ότι ματαίωσε τις προσπάθειες του προσωπικού να επέλθει εγκυμοσύνη ή με την απόφασή του να διακόψει την θεραπεία. Τα ζευγάρια μπορεί ακόμα να αισθάνονται αδυναμία να εκφράσουν τη θλίψη τους επειδή η απογοήτευση του προσωπικού σε μια αποτυχία είναι τόσο έντονη και φανερή. Οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να προσφέρουν ψυχολογική υποστήριξη στα ζευγάρια με στειρότητα και να συμβουλεύουν το προσωπικό που από απροσεξία πιέζει υπερβολικά τα άτομα.

Ποιοι χρειάζονται ψυχοθεραπευτική παρέμβαση

Τα μέλη των ζευγαριών που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της υπογονιμότητας είναι κατά κανόνα φυσιολογικά από ψυχιατρικής πλευράς και μπορούν συνήθως να ανταπεξέλθουν στο στρες της υπογονιμότητας. Όπως αναφέρουν διάφορες μελέτες, γενικά δεν διαπιστώθηκαν υψηλά επίπεδα στρες στα άτομα με υπογονιμότητα. Παρόλο που οι γυναίκες κατά μέσο όρο δεν παρουσιάζουν κλινικά σημαντική απορύθμιση, μπορεί να αισθάνονται αρκετή πίεση από την υπογονιμότητά τους και ζητούν συμβουλές για να την αντιμετωπίσουν. Για παράδειγμα

μια έρευνα έδειξε πως το 49% των γυναικών και το 15% των ανδρών δήλωσαν ότι η υπογονιμότητα ήταν πολύ δυσάρεστη και αποτελούσε την «πιο συνταρακτική εμπειρία της ζωής τους». Παρά τη φυσιολογική βαθμολογία της ψυχολογικής δοκιμασίας 18% των γυναικών με υπογονιμότητα που μελετήθηκαν από τον Paulson και τους συνεργάτες του ζητούν ψυχολογική βοήθεια κατά τη διαδικασία της διερεύνησης αυτής. Άλλοι ερευνητές βρήκαν ότι το 50% των ζευγαριών που περιμένουν για in vitro γονιμοποίηση (IVF) ζήτησαν ψυχολογική συμβουλευτική υποστήριξη. Το 66% των γυναικών και το 40% των ανδρών ανέφερε κατάθλιψη μετά από αποτυχημένη IVF θεραπεία. Το 24% των γυναικών και το 13% των ανδρών πιστεύουν ότι η ψυχολογική συμβουλευτική υποστήριξη θα μπορούσε να είναι επιβοηθητική μετά από ανεπιτυχή IVF θεραπεία.

Όσα αναφέρθηκαν παραπάνω δείχνουν ότι μεγάλο ποσοστό ζευγαριών ή ατόμων με υπογονιμότητα ιδίως αυτά που η υπογονιμότητά τους δεν αντιμετωπίζεται σε μικρό σχετικά διάστημα, αναγκάζονται να βρίσκονται για μεγάλα διαστήματα σε έντονα ψυχοπρεστικές συνθήκες τόσο από την ταλαιπωρία των ιατρικών εξετάσεων, την αγωνία για το αποτέλεσμα όσο και λόγω των οικονομικών δαπανών από το συνήθως υψηλό κόστος της διαδικασίας αντιμετώπισης της υπογονιμότητας. (Βότση 2004)

Θεραπευτικοί στόχοι

Στο παρελθόν, η θεραπεία στηριζόταν στην πεποίθηση ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες εμπόδιζαν την γονιμοποίηση και κατά συνέπεια οι θεραπευτικές μέθοδοι προσπαθούσαν να αυξήσουν τις ευκαιρίες για σύλληψη. Με τη βελτίωση των διαγνωστικών μεθόδων έγινε σαφές ότι ο αριθμός των περιπτώσεων που δεν ανευρίσκεται οργανική αιτία, είναι μικρός. Αυτό δεν αποκλείει την πιθανότητα οι ψυχολογικοί παράγοντες να έχουν επιπρόσθετη επίδραση. Ψυχολογικές έρευνες υποδεικνύουν διάφορους μηχανισμούς μέσω των οποίων το στρες μπορεί να επηρεάζει τις αναπαραγωγικές ορμόνες και το ανοσοβιολογικό σύστημα, καθώς επίσης να έχει τοπική επίδραση στην ωοθήκη και σαλπιγγική λειτουργία.

Συγκεκριμένα το στρες θα μπορούσε να προκαλέσει δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, επηρεάζοντας την εμφύτευση ή την φυσιολογική έκκριση κατεχολαμίνης, η οποία επηρεάζει τη λειτουργία των σαλπίγγων. Ωστόσο, αυτές είναι εξαιρετικά σπάνιες αιτίες υπογονιμότητας. Αυτό που γνωρίζουμε είναι ότι το ψυχολογικό στρες πάντοτε συνοδεύει την υπογονιμότητα και ότι δεν είναι σπάνιες οι σοβαρές δυσλειτουργίες του.

Οι περισσότερες τρέχουσες ψυχολογικές προσεγγίσεις ακολουθούν τη θέση ότι τα ζευγάρια με υπογονιμότητα και υφιστάμενα θεραπευτικές παρεμβάσεις κλονίζονται από το στρες. Έτσι οι ψυχολογικές μέθοδοι είναι χρήσιμες για να τα βοηθήσουν

- ☐ να χειριστούν το στρες,
- ☐ να τονώσουν την συναισθηματική τους διάθεση και
- ☐ να διευκολύνουν στη ρύθμιση των διαφόρων προβλημάτων που ανακύπτουν από την υπογονιμότητα.

Τέσσερις είναι οι ψυχολογικοί στόχοι τους οποίους πρέπει να εκπληρώσουν τα ζευγάρια ώστε να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την υπογονιμότητα:

- α) Να εκφράσουν λεκτικά τα συναισθήματά τους.
- β) Να θρηνήσουν.
- γ) Να αξιολογήσουν τους λόγους για τους οποίους θέλουν να γίνουν γονείς.
- δ) Να πάρουν αποφάσεις.

Έξι στρατηγικές αντιμετώπισης της υπογονιμότητας

Οι Davis και Dearman διατύπωσαν έξι στρατηγικές αντιμετώπισης της υπογονιμότητας:

□ Αύξηση της απόστασης ανάμεσα στο ζευγάρι και σε ότι υπενθυμίζει την υπογονιμότητα. Οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό μπορούν να στηρίζουν τους ασθενείς βοηθώντας τους να εντοπίσουν δραστηριότητες της ζωής τους που δεν συνδέονται με την υπογονιμότητα. Ορισμένοι ανακουφίζονται μιλώντας με άλλους για την υπογονιμότητα ενώ άλλοι όχι. Είναι σημαντικό να σεβαστεί κανείς τη διαφορά και να μη κάνουμε τους ασθενείς να νιώθουν ενοχές που βρίσκουν τους δικούς τους τρόπους αποστασιοποίησης από το πρόβλημα.

□ Επανάκτηση του ελέγχου της ζωής τους, που μπορεί να σημαίνει παροχή πληροφοριών στους ασθενείς και εντοπισμό τρόπων υποστήριξης, καθώς και βοήθεια να κάνουν σχέδια, με χρονικά πλαίσια, για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας.

□ Παροχή γραπτών θεραπευτικών σχεδίων, μακροπρόθεσμων θεραπευτικών στόχων ή αποφάσεων ή διαβεβαίωση των ασθενών ότι θα ενημερωθούν εάν και όταν θεωρηθεί απίθανη η επιτυχία. Αυτό μπορεί να σημαίνει απώλεια βάρους, βελτίωση της εμφάνισης τους, διακοπή συνηθειών, όπως το κάπνισμα ή μεγαλύτερη δημιουργικότητα στο σεξ. Το προσωπικό πρέπει να ενθαρρύνει τους ασθενείς να εντοπίζουν τομείς της ζωής τους στους οποίους μπορούν να επιβληθούν ή να αποκτήσουν τον έλεγχο, ώστε να ανανεωθεί η αυτοεκτίμησή τους και να επιδιώκουν δραστηριότητες που απολαμβάνουν.

□ Ανακάλυψη ενός κρυφού νοήματος στην υπογονιμότητα. Αυτό μπορεί να εμπλέκει τη θρησκεία, την πίστη ή την πνευματικότητα όπως ορίζεται από τον ασθενή. Μπορεί να εμπλέκει ακόμη την αποστασιοποίηση και την εκτίμηση των θετικών πτυχών, όπως, για παράδειγμα, την απόκτηση περισσότερων πληροφοριών σχετικά με την αιτιολογία της υπογονιμότητας μετά από ένα αποτυχημένο κύκλο εγκυμοσύνης ή καλύτερη επικοινωνία με το σύζυγο.

□ Αναγνώριση των συναισθημάτων. Οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό μπορούν να βοηθήσουν αποδίδοντας αξία στα συναισθήματα και στις αντιδράσεις, όπως το κλάμα, η αποφυγή δυσάρεστων καθηκόντων (π.χ. οικιακά).

Μοίρασμα του φορτίου, πιθανόν με τον/την σύζυγο, την οικογένεια, τους φίλους, τους γιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό, τον σύμβουλο υπογονιμότητας ή και την ομάδα υποστήριξης. (www.health.in.gr/news/article)

Θεραπευτικές μέθοδοι

Οι σύμβουλοι υπογονιμότητας ως επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, συνήθως χρησιμοποιούν, ποικίλες θεραπευτικές μεθόδους και σπάνια υιοθετούν μία μονομερή προσέγγιση.

Η ατομική συμβουλευτική είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση της προσωπικής συναισθηματικής κατάπτωσης και δυσλειτουργίας, είτε αυτή προτιμήθηκε είτε επιδεινώθηκε από την υπογονιμότητα. Βοηθάει στη δημιουργία μιας ασφαλούς και έμπιστης σχέσης με το θεραπευτή, για την ανακούφιση από τον πόνο της υπογονιμότητας ή από προηγούμενα ψυχολογικά τραύματα.

Η συμβουλευτική ζευγαριών είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση προβλημάτων της σχέσης ή του γάμου και κυρίως προβλημάτων που αφορούν την επικοινωνία, τη λήψη αποφάσεων και τη λύση συγκρούσεων. Είναι μια ιδιαίτερα κατάλληλη προσέγγιση στην υπογονιμότητα, η οποία είναι συνήθως «πρόβλημα ζευγαριών» και η οποία προκαλεί θλίψη για κοινές απώλειες και των δύο συντρόφων, διακοπή των σεξουαλικών σχέσεων και έντονο στρες για το ζευγάρι (π.χ. αυξημένες οικονομικές ανάγκες, παρατεταμένη ιατρική θεραπεία).

Η ομαδική συμβουλευτική βοηθά τα άτομα και τα ζευγάρια που χρειάζονται επιβεβαίωση ή προσωπική προοπτική, ώστε να προαχθεί η ψυχολογική ανάπτυξή τους. Τα μέλη της ομάδας αλληλοβοηθούνται στην ομαλοποίηση της υπογονιμότητας και το μοίρασμα των εμπειριών καθώς και τον περιορισμό των συναισθημάτων απομόνωσης και στιγματισμού.

Προσέγγιση του ζεύγους με υπογονιμότητα

Οι πρώτες συνεδρίες αξιολόγησης κατά τη λήψη του ψυχολογικού ιστορικού είναι σημαντικές για την ανάπτυξη μιας καλής σχέσης μεταξύ θεραπευμένων και θεραπευτών. Μεγάλη σημασία έχει η δημιουργία μιας άνετης και εμπιστευτικής ατμόσφαιρας.

Η αξιολόγηση της ψυχολογικής κατάστασης του ζευγαριού είναι απαραίτητη για:

ο Να προετοιμάσει τους ασθενείς για τη θεραπεία στην οποία πρόκειται να υποβληθούν.

ο Να τεθούν ζητήματα που οι ασθενείς μπορεί να μην είχαν σκεφθεί μέχρι τότε και αυτά να συζητηθούν πριν από την θεραπεία.

ο Να εντοπιστούν οι ασθενείς που θα μπορούσαν να ωφεληθούν από την ψυχολογική θεραπεία είτε πριν είτε κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

ο Να εξετασθούν οι ασθενείς για τυχόν προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία ή κοινωνική δυσλειτουργία που θα μπορούσε να δυσκολέψει ή να επηρεάσει τη θεραπεία της υπογονιμότητας.

Το προσωπικό οφείλει να έχει την ευαισθησία να αντιλαμβάνεται πότε ο ασθενής έχει άγχος και να τον διευκολύνει να χαλαρώσει. Ξεκινά με τις λιγότερο «ενοχλητικές ερωτήσεις» και όταν δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης προχωρά στις πιο προσωπικές. Η στάση του σώματος και οι εκφράσεις του προσώπου του γιατρού έχουν επίσης μεγάλη σημασία για τον ασθενή. Ένα ζεστό, ήπιο χαμόγελο και μια ελαφριά κίνηση της κεφαλής του γιατρού μπορεί να δώσει θάρρος στον ασθενή να συνεχίσει να μιλά.

Τι να πείτε και τι να μη πείτε σε ένα ζευγάρι με πρόβλημα γονιμότητας

☐ ☐ Μην προσπαθείτε να μειώσετε το πρόβλημα λέγοντας «μην ανησυχείτε, τουλάχιστον έχετε ο ένας τον άλλο» ή «πάλι καλά, δεν έχετε καρκίνο».

☐ ☐ Ακούστε τι έχει να πει το ζευγάρι για την εμπειρία του κι εκφράστε τη συμπάθεια και την κατανόησή σας για τις δυσκολίες του.

☐ ☐ Μην πείτε στο ζευγάρι που μόλις είχε μια αποβολή ότι έτσι ήταν γραφτό να γίνει, ότι δεν πειράζει, αρκεί αυτοί να είναι καλά ή ότι την επόμενη φορά είστε σίγουροι ότι όλα θα πάνε καλά.

☐ ☐ Εκφράστε τη λύπη σας και δώστε την υποστήριξή σας στη δύσκολη στιγμή.

☐ ☐ Θα πρέπει να συνειδητοποιήσετε ότι το ζευγάρι μόλις έχασε ένα μοναδικό παιδί, κι ακόμα κι αν υπάρξει μια μελλοντική εγκυμοσύνη, την παρούσα στιγμή το γεγονός αυτό τους στεναχωρεί. Μη διστάσετε να χρησιμοποιήσετε λέξεις όπως «απώλεια, πένθος, στενοχώρια».

☐ ☐ Μη δίνετε ιατρικές συμβουλές ή ονόματα γιατρών αν δε σας ρωτήσουν.

☐ ☐ Προτείνετε στο ζευγάρι να σας μιλήσει, εάν το επιθυμεί και προθυμοποιηθείτε να βοηθήσετε με την υποστήριξη σας στη διάρκεια των διαδικασιών (είτε μιλώντας στο τηλέφωνο, είτε συνοδεύοντας στα ιατρικά ραντεβού).

☐ ☐ Μην υποθέτετε ότι τα νέα ιατρικά επιτεύγματα που διαβάζετε στις εφημερίδες και τα περιοδικά θα λύσουν το πρόβλημα του συγκεκριμένου ζευγαριού. Η νέα μέθοδος μπορεί να είναι μόνο πειραματική ή άσχετη με το συγκεκριμένο πρόβλημα του ζευγαριού.

☐ ☐ Ρωτήστε το ζευγάρι αν έχουν να σας προτείνουν άρθρα ή βιβλία που θα σας βοηθήσουν να καταλάβετε καλύτερα το πρόβλημά τους.

☐ ☐ Μην λέτε ιστορίες αποτυχίας ή επιτυχίας άλλων ζευγαριών.

☐ ☐ Ρωτήστε το ζευγάρι αν θέλει να το φέρετε σε επαφή με άλλους που είχαν ένα παρόμοιο πρόβλημα και βρήκαν λύση.

☐ ☐ Μην περιμένετε να θέλει το ζευγάρι να πηγαίνει με χαρά σε βαφτίσια ή παιδικά πάρτι ή παρόμοια γεγονότα. Αν δεν πηγαίνει ή δε δείχνει ενθουσιασμό κατανοήστε τη θέση τους και μην κάνετε σχόλια.

Η απόκτηση ενός παιδιού είναι σίγουρα το πιο ευλογημένο δώρο προς τον άνθρωπο. Είναι η συνέχιση του κύκλου της ζωής του. Επόμενο είναι λοιπόν με τη διάγνωση της υπογονιμότητας ο «ασθενής» να βιώνει ένα πένθος το οποίο διακρίνεται στα εξής στάδια :

του σοκ και της άρνησης, της σφοδρής επιθυμίας και διαπραγμάτευσης, της αποδοχής και της κατάθλιψης και τέλος της ανάνηψης. Η μόνη τους ελπίδας είναι η θεραπεία. Είναι λογικό λοιπόν όταν αποτυγχάνει η θεραπεία να αναπτύσσονται συναισθήματα όπως κατάθλιψη, μονομανία, απομόνωση και έλλειψη διάθεσης. Παρ' όλα αυτά στο θέμα της υπογονιμότητας έχουμε διαφορετικές ψυχολογικές αντιδράσεις ανάμεσα στον άνδρα και στη γυναίκα. Ο άνδρας προτιμά την απομόνωση ενώ η γυναίκα την αναζήτηση της βοήθειας σε τρίτους. Στην ψυχοπαθολογία των υπογόνιμων ζευγαριών που διακρίνεται σε διαταραχές άγχους, προσωπικότητας, πρόσληψης τροφής, σεξουαλικές και συναισθηματικές διαταραχές έρχεται το υγειονομικό προσωπικό να παρέμβει με την εμπειρία που έχει. Ένα μεγάλο ποσοστό των υπογόνιμων ζευγαριών αναζητά βοήθεια, έτσι θέτονται θεραπευτικοί στόχοι και στρατηγικές αντιμετώπισης της υπογονιμότητας οι οποίες αποσκοπούν στην αποφυγή της υπενθύμισης της υπογονιμότητας, στην επανάκτηση του ελέγχου της ζωής τους, στο μοίρασμα φορτίου, στην αναγνώριση συναισθημάτων και στην ανακάλυψη ενός κρυφού νοήματος στην υπογονιμότητα.

Ηθική και κοινωνική διάσταση

Η τεράστια εξέλιξη στο χώρο της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, οδήγησε την επιστημονική κοινότητα σε σκεπτικισμό, σχετικά με τα ηθικά διλήμματα τα οποία αναπόφευκτα προκύπτουν αλλά και σχετικά με τις μελλοντικές εφαρμογές των μεθόδων που χρησιμοποιούνται. Οι τοποθετήσεις πάνω σε αυτά τα ζητήματα πολλές, αξίζει όμως να αναφέρουμε τις κυριότερες.

Ας εξετάσουμε το «θεμελιώδες» ηθικό θέμα: επιτρέπεται να δημιουργούμε «παιδιά του σωλήνα»; Πολλοί λένε ότι αυτό είναι ανήθικο, διότι υπάρχουν τόσα πολλά εγκαταλελειμμένα παιδιά. Όμως, τι είδους «αριθμητικό» επιχείρημα είναι αυτό, όταν αναλογιστούμε ότι κάθε 3 δευτερόλεπτα πεθαίνει ένα παιδί από αστία, κάπου στον Κόσμο μας;

Τα περισσότερα ηθικά προβλήματα συγκεντρώνονται, στην ετερόλογη μορφή τεχνητής γονιμοποίησης (όταν χρησιμοποιείται σπέρμα άλλου άνδρα και όχι του συζύγου). Για την ομόλογη (όταν επιτυγχάνεται με τη χρησιμοποίηση σπέρματος του συζύγου) θα μπορούσε κανείς να επισημάνει τον κίνδυνο να υποτιμηθεί το βαθύτερο νόημα του γάμου που είναι

τελικά η ψυχοσωματική ένωση των συζύγων με αποτέλεσμα το «όνειδος» της ατεκνίας να αχρηστεύει το γάμο και να βραχυκυκλώνει τη συζυγία.

Στην περιοχή όμως της ετερόλογης τεχνητής γονιμοποίησης τα πράγματα δεν είναι τόσο απλά. Η τεχνητή γονιμοποίηση με ξένο σπέρμα φέρνει στο γάμο ένα ξένο στοιχείο, που στο στείρο γονέα του καταγράφει ακριβώς τη στειρώση του. Το παιδί έχει δικαίωμα να είναι καρπός της αμοιβαίας αγάπης των γονέων του. Αυτό δε συμβαίνει στην ετερόλογη γονιμοποίηση. Ένας δότης δε μπορεί να διεκδικήσει το τίτλο του πατέρα. Σπάει ο πνευματικός σύνδεσμος των συζύγων. Πέρα από αυτό όμως το παιδί έχει δικαίωμα να γνωρίζει τον πατέρα του. Κάτι τέτοιο όμως στη μέθοδο αυτή αποκλείεται συνειδητά.

Με προβληματισμό θα αντιμετωπίζαμε και το ζήτημα της παρένθετης μητέρας. Αποτελεί βέβαια μια σχετικώς σπάνια υποπερίπτωση ιατρικής παρέμβασης μέχρι τώρα στην ανθρώπινη τεκνοποιητική διαδικασία, εγείρει όμως ηθικούς και νομικούς προβληματισμούς. (Γιαννοπούλου 2001)

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Η ψυχική και η σωματική φύση του γυναικείου φύλου, είναι προσαρμοσμένες για το σημαντικότερο γεγονός της ύπαρξής, την τεκνοποίηση. Ωστόσο, η γέννα, αυτό το κορυφαίο ανθρώπινο γεγονός, μπορεί να προκαλέσει έντονες συναισθηματικές διαταραχές σε κάποιες γυναίκες. Αρκετές γυναίκες βιώνουν αισθήματα αναξιότητας, στεναχώριας και έντονης λύπης, μετά από τη γέννηση του παιδιού τους. Για τις περισσότερες γυναίκες, τα συμπτώματα αυτά είναι ήπιας μορφής και υποχωρούν από μόνα τους. Αλλά περίπου 10% των γυναικών, αναπτύσσουν μια πιο σοβαρή μορφή συναισθηματικής διαταραχής που λέγεται **"κατάθλιψη μετά τον τοκετό"** ή **"επιλόχεια κατάθλιψη"**. Αυτή η κατάθλιψη όμως, παρά τη σοβαρότητά της, **υπακούει καλά στη θεραπεία**. Είναι **μύθος πως η επιλόχεια κατάθλιψη εκδηλώνεται μετά τον τοκετό. Περίπου 50% των περιπτώσεων αρχίζει πριν από αυτόν**. Ορθότερο λοιπόν είναι να μιλάμε για **περιγεννητική κατάθλιψη**. Η κατάθλιψη αποτελεί μια από τις συχνότερες επιπλοκές της εγκυμοσύνης. Ήδη από την εγκυμοσύνη, 80% των γυναικών βιώνουν κάποια συναισθηματικά προβλήματα, όπως αναστάτωση, άγχος, μοναξιά, ανασφάλεια, φόβο. Η **κατάθλιψη μετά τον τοκετό**, είναι πιθανότατα συχνότερη από 15%, γιατί δεν καταφεύγουν όλες οι γυναίκες που υποφέρουν στη βοήθεια ενός ψυχιάτρου και έτσι δεν γίνεται η διάγνωση. Λιγότερες από μια στις πέντε ακολουθούν θεραπευτική αγωγή. Ωστόσο, **η απουσία της ψυχιατρικής φροντίδας, παρατείνει την δυσάρεστη αυτή πάλη της γυναίκας με την κατάθλιψη, που μπορεί έτσι να υποφέρει άδικα για περισσότερο από ένα χρόνο, προκαλώντας σοβαρότατο πρόβλημα στην ίδια, στην οικογένειά της και ειδικά στο νεογέννητο μωρό**. Γνωρίζουμε πλέον ότι τα παιδιά διαφόρων ηλικιών, που έχουν τουλάχιστον ένα γονέα που πάσχει από κατάθλιψη, παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες να χρειαστούν υπηρεσίες υγείας όπως επισκέψεις σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, πιο πολλές εισαγωγές σε νοσοκομείο, αυξημένη συχνότητα επισκέψεων στον παιδίατρο τους ή άλλο ειδικό ιατρό. Λιγότερο από 80% των περιστατικών ανιχνεύονται από τους γυναικολόγους, ακόμα και σε μητέρες με προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης μετά τον τοκετό (Hatton DC, 2007). Ωστόσο η ανίχνευση της κατάθλιψης των γονιών από τους γυναικολόγους και τους παιδίατρους κατά τις επισκέψεις ρουτίνας για τη φροντίδα της μητέρας ή των παιδιών, θα μπορούσε να γίνεται εύκολα με ένα απλό ερωτηματολόγιο και να έχει ωφέλιμες επιδράσεις για

όλους. Αρχικά για τους γονείς τους ίδιους, οι οποίοι δεν θα έμεναν χωρίς φροντίδα για μια πάθηση που μπορεί να αντιμετωπιστεί με επιτυχία. Σίγουρα θα ήταν βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, πολύ ευεργετικό για τα παιδιά και τέλος για την κοινωνία γενικότερα, λόγω μείωσης όλων των δαπανών που σχετίζονται με την κατάθλιψη των γονιών και των προβλημάτων που δημιουργούνται στα παιδιά.

Αίτια της επιλόχειας κατάθλιψης

Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τους οποίους μια γυναίκα εμφανίζει **κατάθλιψη πριν και μετά τον τοκετό**. Δεν έχει εντοπιστεί μια μοναδική εξήγηση και φαίνεται πως αρκετοί παράγοντες συντελούν στην εμφάνιση της κατάθλιψης, πριν και μετά την εγκυμοσύνη.

Ο κοινός παρονομαστής στα **αίτια της κατάθλιψης**, πριν και μετά τον τοκετό, μοιάζει να είναι το βιολογικό υπόστρωμα της νέας μητέρας:

- **Το γυναικείο φύλο** χρειάζεται διπλάσιο χρόνο από το ανδρικό, για να αναπληρώσει τα αποθέματα **σεροτονίνης** στον εγκέφαλο, μετά από κάποιο έντονο στρες. Η **σεροτονίνη** (η μείωσή της, για την ακρίβεια) είναι ένας από τους νευροδιαβιβαστές που συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Αυτό πιθανότατα εξηγεί και το γεγονός πως η **κατάθλιψη**, ανεξάρτητα από την εγκυμοσύνη, είναι δυο φορές συχνότερη στο γυναικείο πληθυσμό.
- **οι έντονες ορμονικές αλλαγές** πριν και μετά την εγκυμοσύνη, μπορούν να προκαλέσουν χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο και έτσι να εμφανιστεί κατάθλιψη.
- **το ιστορικό κατάθλιψης**, μανιοκατάθλιψης ή άλλων ψυχικών διαταραχών, στην ίδια ή την οικογένειά της. Η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που "τρέχει" σε μερικές οικογένειες

Αίτια Κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι παρακάτω παράγοντες μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης της κατάθλιψης:

- Ιστορικό με κατάθλιψη στην ίδια, ή επιλόχεια κατάθλιψη. Όσες μητέρες παρουσίασαν ήδη επιλόχεια κατάθλιψη, έχουν 50% πιθανότητα να την εμφανίσουν ξανά σε επόμενη γέννα.
- Ιστορικό κατάχρησης ουσιών.
- Οικογενειακό ιστορικό ψυχικής ασθένειας συνεισφέρει με σοβαρό ποσοστό στα αίτια κατάθλιψης.
- Μικρή υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους.
- Ανησυχία και για το έμβρυο. Μπορεί να νιώθουν ανάμεικτα συναισθήματα για το μωρό που μεγαλώνει στην κοιλιά τους και αυτό τους δημιουργεί συμπλέγματα ενοχής.
- Προβλήματα με την προηγούμενη εγκυμοσύνη ή γέννηση.
- Συζυγικά ή οικονομικά προβλήματα προστίθενται στα αίτια κατάθλιψης.
- Πολύ νεαρές σε ηλικία μητέρες.
- Ένα έντονο στρεσογόνο γεγονός της ζωής, όπως ένας θάνατος στην οικογένεια.

Αίτια Κατάθλιψης μετά από τον τοκετό.

Η κατάθλιψη μετά από την εγκυμοσύνη λέγεται **κατάθλιψη μετά τον τοκετό** ή **επιλόχεια κατάθλιψη**. Στην εμφάνιση της συντελούν:

- Μετά από την εγκυμοσύνη, οι ορμονικές αλλαγές στο σώμα μιας γυναίκας μπορούν να προκαλέσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνονται πολύ δύο ορμόνες, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. **Στις πρώτες 24 ώρες μετά από τον τοκετό, το ποσοστό αυτών των ορμονών μειώνεται γρήγορα**, στα κανονικά προ εγκυμοσύνης επίπεδά τους. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι αυτή η **ταχεία αλλαγή στα επίπεδα των ορμονών, μπορεί να οδηγήσει στην επιλόχεια κατάθλιψη**, ακριβώς όπως και οι μικρότερες αλλαγές στις ορμόνες μπορούν να έχουν επιπτώσεις στις διαθέσεις μιας γυναίκας πριν αρχίσει την εμμηνορροϊκή περίοδό της (το γνωστό προεμμηνορροϊακό σύνδρομο).
- Περιστασιακά, **τα επίπεδα ορμονών του θυρεοειδή αδένος** μπορούν επίσης να μειωθούν μετά από τη γέννα. Ο θυρεοειδής είναι ένας μικρός αδένας στο λαιμό που βοηθά στη ρύθμιση του μεταβολισμού (τον τρόπο με τον οποίο το σώμα, χρησιμοποιεί και αποθηκεύει την ενέργεια από τα τρόφιμα). Τα χαμηλά επίπεδα ορμονών του θυρεοειδή, μπορούν να προκαλέσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης συμπεριλαμβανομένης της καταθλιπτικής διάθεσης, του μειωμένου ενδιαφέροντος για τα πράγματα, της οξυθυμίας, της κούρασης, της δυσκολίας συγκέντρωσης, των προβλημάτων του ύπνου, και της αύξησης του βάρους. **Μια απλή εξέταση αίματος (T3, T4, TSH), μπορεί να δείξει εάν ο θυρεοειδής αδένος προκαλεί την "επιλόχεια κατάθλιψη" μιας μητέρας.**
- Το συναίσθημα της έντονης κόπωσης μετά από εργώδη φυσιολογικό τοκετό.
- Η κακή αρχιτεκτονική του ύπνου, σύντομος και ρηχός ύπνος, εμποδίζει συχνά μια νέα μητέρα να ανακτήσει τις δυνάμεις της μετά τη γέννα, για εβδομάδες.
- Συναίσθημα συντριβής με το βάρος του νέου, ή επιπλέον μωρού που πρέπει να φροντίζει και αμφιβολία για τη δυνατότητά της να είναι καλή μητέρα.
- Αίσθημα πίεσης από τις αλλαγές στη ρουτίνα της εργασίας και του σπιτιού. Μερικές φορές, οι γυναίκες σκέφτονται ότι πρέπει να είναι "οι τέλειες μαμάδες", το οποίο φυσικά δεν είναι ρεαλιστικό και προσθέτει επιπλέον άγχος, που συμβάλλει στα αίτια κατάθλιψης.
- Φοβικά συναισθήματα απώλειας: φόβος απώλειας της ταυτότητας της νέας μητέρας, ποια είναι τώρα και ποια ήταν πριν το νέο μωρό, φόβος απώλεια ελέγχου του μητρικού ρόλου, φόβος απώλειας της προ-εγκυμοσύνης σιλουέτας, φόβος απώλεια της αίσθησης να είναι ελκυστική.
- Μείωση του ελεύθερου χρόνου και μείωση του ελέγχου στην διάθεση του χρόνου. Η ανάγκη για μεγαλύτερη παραμονή μέσα στο σπίτι που βιώνεται σαν "εγκλωβισμός", για μακρύτερες χρονικές περιόδους και μείωση του διαθέσιμου χρόνου για την εργασία και τη διασκέδαση, συνεισφέρουν στη εμφάνιση της κατάθλιψης, σε ορισμένες γυναίκες.
- Ευαισθησία και πόνος στην περιοχή του περινέου και του κόλπου, μπορεί να δημιουργήσουν πρόβλημα στη σεξουαλική επαφή. Το διάστημα της σωματικής ανάρρωσης μετά από καισαρική τομή μπορεί να είναι μεγαλύτερο από ότι μετά από ένα φυσιολογικό τοκετό, γεγονός που προστίθεται στα αίτια κατάθλιψης.

Επιλόχεια κατάθλιψη- Συμπτώματα

Πρέπει να ξεχωρίσουμε ευθύς εξ αρχής την **κατάθλιψη μετά τον τοκετό** (**επιλόχεια κατάθλιψη**), από την **συναισθηματική δυσφορία** των 2 πρώτων εβδομάδων.

Τις πρώτες δύο εβδομάδες από τον τοκετό, μπορεί να παρατηρηθεί σε αρκετές νέες μητέρες, μια **παροδική συναισθηματική δυσφορία**, με έντονα αρνητικά συναισθήματα. Εμφανίζεται λίγο μετά τον τοκετό, στις μισές περίπου γυναίκες, κορυφώνεται 3-5 ημέρες μετά τη γέννα και εξαφανίζεται σε 2 εβδομάδες. Η μητέρα κλαίει πιο εύκολα από ότι συνήθως, παρουσιάζει προβλήματα ύπνου και νιώθει εκνευρισμό και λύπη. Η κατάσταση αυτή είναι πολύ συχνή και αναμενόμενη και *δεν θεωρείται απαραίτητα ασθένεια*. Σε μερικές μητέρες ωστόσο, είναι η απαρχή της επερχόμενης επιλόχειας κατάθλιψης.

Μια σειρά συμπτωμάτων όπως τα παρακάτω, που διαρκούν περισσότερο από 2 εβδομάδες και εμφανίζονται έως και 6 μήνες μετά τον τοκετό, βάζουν τη διάγνωση:

- Κακή διάθεση, συχνά κλάματα και συναισθηματικές μεταπτώσεις.
- Έλλειψη ικανοποίησης και ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που κάποτε πρόσφεραν ευχαρίστηση (ανηδονία).
- Προβλήματα στον ύπνο.
- Μείωση ενεργητικότητας, ατονία, αδράνεια. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι η απουσία ενδιαφέροντος για το νεογνό και για τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες.
- Μείωση ή απώλεια της όρεξης, και άρα και του βάρους.
- Αισθήματα μειωμένης αυτοπεποίθησης και ικανότητας, αναξιότητας. Η μητέρα αισθάνεται ότι δεν μπορεί να τα βγάλει πέρα με τις καθημερινές υποχρεώσεις της φροντίδας για το μωρό που μόλις γεννήθηκε ή και για τα υπόλοιπα παιδιά.
- Αισθήματα ενοχής.
- Δυσκολία συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων.
- Μειωμένο ενδιαφέρον για το σεξ.
- Αισθήματα απόρριψης.
- Άγχος (ανησυχία ή και εκνευρισμός, θυμός).
- Σωματικά συμπτώματα άγχους, όπως συχνόι πονοκέφαλοι, πόνοι στο στήθος, ταχυπαλμία, μούδιασμα ή ζαλάδα.
- Αυτοκαταστροφικές σκέψεις, σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας.
- Σκέψεις πρόκλησης βλάβης στο μωρό ή τα άλλα παιδιά της. Η μητέρα μπορεί να ανησυχεί για την υγεία του μωρού και την μελλοντική ανάπτυξή του. Μπορεί να κάνει αρνητικές σκέψεις σχετικά με το μωρό και να φοβάται ότι μπορεί να του προκαλέσει βλάβη.
- Σκέψεις ότι το μωρό της μπορεί να είναι αμαρτωλό (κακό).
- Ψευδαισθήσεις: Η μητέρα μπορεί να ακούει ήχους, φωνές ή να βλέπει πρόσωπα ή πράγματα που δεν υπάρχουν.

Η θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης

Η **κατάθλιψη μετά τον τοκετό** (**επιλόχεια κατάθλιψη**), είναι μια συχνή πάθηση με βαρύ αντίκτυπο σε όλη την οικογένεια. Είναι μια σοβαρή νόσος και εξαρτάται πολύ από την βιολογική κατασκευή της νέας μητέρας. Αυτά σημαίνουν ότι η χειρότερη εξέλιξη, η αυτοκτονία, είναι μια υπαρκτή πιθανότητα, η ζημιά στην ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού θεωρείται σίγουρη, με την παιδοκτονία σαν μια σπανιότατη δραματική εξέλιξη. Η επιλόχεια κατάθλιψη, δεν είναι μια ήπια πάθηση που μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο με

φιλική κουβέντα, χρώματα, αρώματα και άλλες άστοχες έως ανόητες προσεγγίσεις. Η οικογένεια πρέπει να ανεβάσει το επίπεδο συναγερμού, σε υψηλά επίπεδα. Εάν η επιλόχεια κατάθλιψη μείνει αθεράπευτη, μπορεί να κάνει πολύ καιρό (περισσότερο από ένα χρόνο) να περάσει, ενώ υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να επανέλθει η κατάθλιψη μετά τον τοκετό, είτε στο κοντινό μέλλον, είτε και μετά από νέα εγκυμοσύνη. Γνωρίζουμε ότι τα νήπια από τον τρίτο μήνα της ηλικίας τους, είναι σε θέση να ανιχνεύσουν τη συναισθηματική ποιότητα που επιδεικνύεται από τις μητέρες τους και να τροποποιήσουν τις συναισθηματικές αποκρίσεις τους προς αυτήν. Οι γνωστικές δεξιότητες, η γλωσσική ανάπτυξη και η προσοχή, επηρεάζονται αρνητικά από τη μητρική κατάθλιψη. Αυτά τα συμπεράσματα υπογραμμίζουν τη σημασία της έγκαιρης ανίχνευσης και της θεραπείας της κατάθλιψης μετά τον τοκετό, ήδη πριν από τον τρίτο μήνα μετά τη γέννα. Μόνο για την παροδική δυσφορία μετά τον τοκετό, μπορεί να μην είναι αναγκαία η εφαρμογή κάποιας ειδικής θεραπείας, επειδή η κατάσταση συχνά βελτιώνεται από μόνη της. Εάν όμως τα συμπτώματα δε μειωθούν μέσα σε 2 εβδομάδες, χρειάζεται βοήθεια από ειδικό.

Επιλόχεια κατάθλιψη ή Baby blues;

Η Α.2 γέννησε πριν τέσσερις μέρες. Ένιωθε ένα ρίγος στην ιδέα ότι είχε γίνει μητέρα και ήταν φοβισμένη σε σχέση με τις υποχρεώσεις της απέναντι στο παιδί. Ταυτόχρονα, ένιωθε πολύ τυχερή που είχε ελάχιστες μόνο ενοχλήσεις από τον τοκετό. Ο σύζυγός της ήταν πολύ υποστηρικτικός και τη βοηθούσε με το παιδί, έτσι ώστε η Α. δεν ήταν τόσο εξουθενωμένη όπως άλλες γυναίκες. Παρατήρησε, όμως, κάποια περίεργα συναισθήματα και αντιδράσεις: συνήθως χωρίς λόγο, ξέσπαγε σε κλάμα με το παραμικρό, όταν για παράδειγμα άκουγε κάποιο τραγούδι ή έβλεπε κάτι στην τηλεόραση, ή ενοχλούνταν αδικαιολόγητα, όταν ο σύζυγος της σχολίαζε, καθόλου επικριτικά, ότι το σπίτι τώρα με το μωρό είναι ακατάστατο.

Η Α. περνάει μια περίοδο baby blues, που αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση στις αλλαγές μετά τη γέννα, φάση που βιώνουν πολλές νέες μητέρες. Τα baby blues είναι ένα όνομα για τις αλλαγές στη διάθεση που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες κατά τη λοχεία. Γίνονται ευαίσθητες, ευσυγκίνητες και ευερέθιστες, αντιδρούν πιο έντονα και βιώνουν ως πιο «βαθιά» τα συναισθήματά τους, από ότι συνήθιζαν στο παρελθόν. Η διάθεσή τους αλλάζει συχνά, αλλά δεν νιώθουν θλίψη διαρκώς, απεναντίας, μπορούν να ευχαριστηθούν τη σχέση με το παιδί τους. Οι γυναίκες με baby blues δεν χρειάζεται να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας για διάγνωση, αλλά χρειάζονται κατανόηση, υποστήριξη, ξεκούραση και αρκετό ύπνο. Οι γυναίκες που βιώνουν τα baby blues, όπως και όλες οι λεχωίδες, χρειάζονται συνεχή υποστήριξη, παρακολούθηση και συμβουλευτική στη διάρκεια της λοχείας από εξειδικευμένες μαίες. Σημαντική είναι επίσης η υποστήριξη από το σύζυγο και το οικογενειακό τους περιβάλλον. Αν όλα αυτά τους παρέχονται, οι αλλαγές στη διάθεση θα υποχωρήσουν σύντομα, έπειτα από μερικές μέρες.

Αλλαγές στη διάθεση εμφανίζονται σε πολύ μεγάλο ποσοστό γυναικών (κάποιες έρευνες αναφέρουν ακόμα και 85% του πληθυσμού των εγκύων) μετά τον τοκετό. Τα συμπτώματα αυτά είναι πιο ήπια και διαρκούν λιγότερο, συγκρινόμενα με τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Συγκεκριμένα, η γυναίκα ενδέχεται να:

- ⌚ είναι καταβεβλημένη
- ⌚ νιώθει σωματική εξάντληση
- ⌚ νιώθει ευερεθιστότητα, απογοήτευση, άγχος
- ⌚ υποφέρει από εναλλαγές στο συναίσθημα και από θλίψη

☉ ξεσπάει σε κλάμα

☉ αντιμετωπίζει δυσκολίες με τον ύπνο της.

Τα συμπτώματα αυτά συνήθως εμφανίζονται ανάμεσα στην τρίτη και την πέμπτη μέρα μετά τον τοκετό, και υποχωρούν μέσα σε λίγες μέρες. Μια σειρά από προϋπάρχουσες δυσκολίες φαίνεται να σχετίζονται με την εμφάνιση baby blues, όπως η προγεννητική κατάθλιψη ή ύπαρξη κατάθλιψης στο ιστορικό της γυναίκας, καθώς και έντονα προεμμηνορροιακά συμπτώματα. Παρόλο που τα συμπτώματα των baby blues είναι συνήθη και παροδικά και δεν απαιτούν άμεση παρέμβαση από ειδικό ψυχικής υγείας, όταν διαρκούν περισσότερο από 2 εβδομάδες και προκαλούν την ενόχληση της γυναίκας, η εκτίμηση τους από κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας είναι πολύ σημαντική. Η παράταση των συμπτωμάτων αυξάνει τον κίνδυνο για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης αλλά και αγχωδών διαταραχών^{4,5}.

Περιγραφή των συνηθέστερων ψυχικών διαταραχών στην περιγεννητική περίοδο

Ψυχικές διαταραχές στην περιγεννητική περίοδο, κυρίως μετά τη λοχεία, έχουν παρατηρηθεί και καταγραφεί ήδη από την εποχή του Ιπποκράτη, ενώ πιο συστηματικές έρευνες έγιναν μόλις τον 19^ο αιώνα.

Οι ψυχικές διαταραχές που συνδέονται περισσότερο με την εγκυμοσύνη και την περίοδο της λοχείας είναι η κατάθλιψη και η επιλόχεια ψύχωση. Ο όρος επιλόχεια κατάθλιψη χρησιμοποιείται πλέον ευρύτατα και σε αρκετές περιπτώσεις καταχρηστικά, συγκαλύπτοντας μια σειρά βαρύτερων διαταραχών που ενέχουν σοβαρότερους κινδύνους⁸. Η ευρύτατη χρήση του όρου συνοδεύεται από την αντίληψη ότι η επιλόχεια κατάθλιψη είναι διαφορετική από την «κοινή» κατάθλιψη. Συχνές τέτοιες παρερμηνείες αφορούν την υποτίμηση των συμπτωμάτων, με επακόλουθο οι ενδιαφερόμενοι να μη ζητούν την κατάλληλη βοήθεια, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο πρόκλησης βλάβης στον εαυτό τους και στο βρέφος. Οι συχνότεροι μύθοι που περιβάλλουν τη διαταραχή είναι οι εξής:

Τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης:

- είναι «φυσιολογικά»
- είναι λιγότερο σοβαρά από την «κανονική» κατάθλιψη
- περνούν μόνα τους, χωρίς τη δημιουργία προβλημάτων
- προέρχονται από τις ορμονικές αλλαγές
- δεν υπάρχει κίνδυνος να εμφανιστούν ξανά μετά το πέρας της λοχείας
- δεν εμφανίζονται τόσο συχνά πριν τον τοκετό

Είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι οι γυναίκες στην περιγεννητική περίοδο είναι πιθανό να πάσχουν ή και να αναπτύξουν ασθένειες από όλο το φάσμα της ψυχοπαθολογίας, όπως και κάθε άλλος ενήλικος. Παρακάτω επιχειρείται μια σύντομη αναφορά των συχνότερων ψυχικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο:

- Κόπωση, εξάντληση ή απώλεια ενεργητικότητας σχεδόν κάθε μέρα.
- Ελαττωμένη ικανότητα να σκεφτεί, να συγκεντρωθεί ή να λάβει αποφάσεις.
- Αίσθημα αναξιοσύνης, ενοχής και αυτομομφής.

Επιδημιολογικά στοιχεία για την περιγεννητική κατάθλιψη

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι ο επιπολασμός, δηλαδή η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης είναι 100-150 στις 1000 κύσεις.

το πρώτο τρίμηνο της κύησης 3,8%

το τέλος του δεύτερου τριμήνου 4,9%

το τέλος του τρίτου τριμήνου 3,1%

ον πρώτο χρόνο μετά τη γέννα 1% - 5,7%, με τις υψηλότερες συγκεντρώσεις στους 2 μήνες (5,7%) και στους 6 μήνες (5,6%).

Συνοπτικά, θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για:

2,7% κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

7% στους πρώτους δύο μήνες μετά τον τοκετό

5% στους 6 μήνες

1,9% στον πρώτο χρόνο

Μπορεί να σκέφτεται να κάνει κακό στον εαυτό του ή να έχει ιδέες αυτοκτονίας, συμπτώματα που χρήζουν άμεσης εκτίμησης και παρέμβασης.

Συχνά αυξημένο άγχος ή και κρίσεις πανικού συνυπάρχουν με τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Το καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να είναι ήπιο, μέτριο ή σοβαρό, ανάλογα με τον αριθμό των συμπτωμάτων και τον βαθμό έκπτωσης του ατόμου στην επαγγελματική του λειτουργικότητα ή στις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες και τις σχέσεις με τους άλλους. Ένα καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να συνοδεύεται από **ψυχωτικά στοιχεία**, δηλαδή από παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, γεγονός που αυξάνει τη σοβαρότητα της κατάστασης. Μια στις τρεις γυναίκες βιώνουν συμπτώματα κατάθλιψης, σε κάποιο στάδιο της κύησης, χωρίς να πληρούνται όλα τα κριτήρια για τη διάγνωση της διαταραχής. Σε κάθε περίπτωση, συνιστάται η εκτίμηση από ειδικό ψυχικής υγείας, ο οποίος θα προσδιορίσει το είδος της παρέμβασης που χρειάζεται, ανάλογα με την κρισιμότητα της κατάστασης.

Οι Barnett και Fowler προτείνουν κάποια συμπληρωματικά συμπτώματα που παρουσιάζονται ειδικά μετά τον τοκετό. Τα συμπτώματα αυτά είναι τα εξής:

- Υπερβολική και συχνά αδικαιολόγητη απογοήτευση από τον τοκετό, τον θηλασμό ή άλλες πλευρές της μητρότητας.
- Μειωμένο ενδιαφέρον για κοινωνικές επαφές.
- Μειωμένη ερωτική διάθεση.

Συνέπειες των ψυχικών διαταραχών στην περιγεννητική περίοδο για την πάσχουσα, το παιδί και την οικογένεια

Σε αρκετές περιπτώσεις γυναικών η ψυχική διαταραχή μπορεί να μη γίνει αντιληπτή και να παραμείνει αθεράπευτη. Τα αίτια μιας τέτοιας παράβλεψης ποικίλουν. Είναι πολύ πιθανό η γυναίκα να μην αναφέρει ότι αντιμετωπίζει δυσκολίες, αν δεν τις υποβληθούν συγκεκριμένες ερωτήσεις. Δυστυχώς οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δεν είναι εκπαιδευμένοι στον τομέα αυτόν. Άλλες γυναίκες αποκρύπτουν τα συμπτώματά τους, προσπαθώντας να ανταποκριθούν στο ρόλο της «τέλειας» μητέρας και συζύγου. Παρόλα αυτά ένας ειδικός ψυχικής υγείας ή ένας εκπαιδευμένος επαγγελματίας υγείας άλλης ειδικότητας (πχ. μαία), μπορεί να υποψιαστεί την ψυχική διαταραχή ακούγοντας τα συχνά παράπονα της γυναίκας: άγχος, αρνητικά συναισθήματα για το παιδί, δυσκολία να νιώσει ότι έχει έναν ικανοποιητικό δεσμό μαζί του. Η γυναίκα μπορεί να παραπονιέται για απουσία σεξουαλικής διάθεσης, ένταση στον γάμο της, ανησυχία για την επιστροφή της στην εργασία, δυσκολίες να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις της με το σπίτι και τη φροντίδα του παιδιού, κοινωνική απομόνωση, έλλειψη αυτοπεποίθησης, φόβο ότι δεν είναι αρκετά καλή μητέρα, καθώς και μια σειρά σωματικών συμπτωμάτων, πόνους στην πλάτη, πονοκεφάλους, κλπ.²² Τα προηγούμενα «παράπονα», καθώς και διαταραχές στον ύπνο και στην όρεξη, αίσθημα κόπωσης ή λήθαργος, μπορεί κάλλιστα να αποτελούν συμπτώματα ψυχικής διαταραχής, τα οποία ο μη ειδικός ενδέχεται να τα παρερμηνεύσει.

Οι ψυχικές διαταραχές κατά την κύηση αλλά και μετά είναι πιθανό να επιφέρουν σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία, στην ποιότητα ζωής της γυναίκας, του εμβρύου ή του βρέφους, καθώς και μια σειρά επιπτώσεων που αφορούν τις σχέσεις, την εργασία και τη γενικότερη λειτουργικότητα.

Οι σοβαρές ψυχικές παθήσεις έχουν συσχετισθεί με απόπειρες αυτοκτονίας, επιπλοκές κατά την κύηση, πρόωρο τοκετό, λιποβαρή βρέφη. Αν μάλιστα αφεθούν χωρίς την κατάλληλη παρέμβαση, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος επιδείνωσης των συμπτωμάτων. Οι συνέπειες της ψυχικής πάθησης δεν περιορίζονται μόνο σε αυτή την περιγεγραμμένη περίοδο, αλλά φαίνεται πως δρουν μακροπρόθεσμα. Παραδείγματος χάρη, η μητέρα μπορεί να μην είναι σε θέση να φροντίσει επαρκώς για την ψυχοσωματική υγεία του παιδιού της, με αποτέλεσμα καθυστερήσεις στην γνωστική ανάπτυξη του, αλλά και σε άλλες αναπτυξιακές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες. Σε σοβαρές περιπτώσεις δεν αποκλείεται να σημειωθούν φαινόμενα παραμέλησης ή και κακοποίησης. Η μητέρα που πάσχει από κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή αδυνατεί να συνάψει συναισθηματικό δεσμό με το παιδί της, δεν νιώθει συναισθήματα για αυτό ή ενδέχεται να αρνείται ότι είναι δικό της. Δεν λείπουν οι περιπτώσεις που η μητέρα γίνεται εχθρική και επιθετική με το παιδί, το εγκαταλείπει μόνο του και φεύγει από το σπίτι.

Πέραν των συνεπειών που πλήττουν άμεσα το παιδί, υπάρχουν πλείστες άλλες, όπως για παράδειγμα η κοινωνική απομόνωση. Η πλειονότητα των **αυτοκτονιών** κατά την περιγεννητική περίοδο λαμβάνουν χώρα 6 εβδομάδες πριν τον τοκετό (περίπου 60%) και 12 εβδομάδες μετά. Παρόλο που η αυτοκτονία είναι η πιο κοινή αιτία θανάτου στην περιγεννητική περίοδο και οι γυναίκες που πάσχουν από κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή εμφανίζουν υψηλά ποσοστά αυτοκτονιών, τα ποσοστά αυτά χαμηλότερα από τα αντίστοιχα του γενικού γυναικείου πληθυσμού. Τα ποσοστά αυξάνονται στην περίπτωση γυναικών που βίωσαν πρόσφατα διακοπή κύησης πληροφορίες για τον τύπο και την ένταση των συμπτωμάτων που μπορεί να βιώνουν, από φόβο ότι θα κριθούν ακατάλληλες ως μητέρες και θα τους πάρουν το παιδί. Στην περίπτωση που μια γυναίκα υποφέρει από ψυχικής φύσης συμπτώματα, υπάρχουν μια σειρά **θεραπευτικές παρεμβάσεις** που μπορεί να τη βοηθήσουν. Τόσο η ψυχοθεραπεία όσο και η φαρμακευτική αγωγή είναι αποτελεσματικές στη θεραπεία των περισσότερων ψυχικών διαταραχών. Μερικές φορές δε, σε πιο σοβαρές περιπτώσεις, απαιτείται ο συνδυασμός αυτών, και η παράλληλη ευαισθητοποίηση, ενημέρωση και συμβουλευτική του υποστηρικτικού δικτύου της γυναίκας. Οι πιο ήπιες δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσει μια γυναίκα κατά την περιγεννητική περίοδο, ενδέχεται να υποχωρήσουν με συμβουλευτική, υποστηρικτική, συμμετοχή σε ομάδες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης εγκύων, κλπ., με την επίβλεψη πάντα ειδικά εκπαιδευμένων επαγγελματιών. Η επιλογή, επομένως, της θεραπείας που θα ακολουθηθεί, εξαρτάται από την περίπτωση, δηλαδή από την εκτίμηση των αναγκών, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι επιπτώσεις της λήψης ψυχιατρικών φαρμάκων κατά τη διάρκεια της κύησης και του θηλασμού, δεν έχουν ακόμα σαφώς επιβεβαιωθεί και κατανοηθεί. Ωστόσο, θα πρέπει ανάλογα με την περίπτωση να εκτιμάται ο κίνδυνος, αφενός των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων, αφετέρου της ψυχικής νόσου, αν αυτή αφεθεί αθεράπευτη.

Στρατηγικές Αντιμετώπισης Στρεσογόνων Καταστάσεων

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων συνιστούν αποδεδειγμένα ακρογωνιαίό λίθο καθ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης και αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για να αποφευχθούν καταστάσεις οι οποίες δύνανται να έχουν βλαβερές συνέπειες για την ανάπτυξη του εμβρύου και συνεπώς του παιδιού που αναμένεται να γεννηθεί. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχωτικών καταστάσεων για την μητέρα έχουν αποτελέσει αντικείμενο διεπιστημονικής έρευνας. Για πάρα πολύ καιρό, οι στρατηγικές αυτές εξετάζονταν από την προοπτική των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων του ατόμου και συνεπώς θεωρούνταν ότι παρέμεναν σταθερές στο πέρασμα του χρόνου και σε διάφορες συνθήκες. Ωστόσο ο Lazarus (1999) πρότεινε μια άλλη προοπτική, βάση της οποίας οι στρατηγικές αυτές συνιστούν μια διαδικασία και υπάγονται σε αλλαγές και διακυμάνσεις ανάλογα με τις συνθήκες, τη σοβαρότητα των προς αντιμετώπιση

καταστάσεων και το πόσο απειλούμενο αισθάνεται το άτομο από την κατάσταση. Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται από μια έγκυο πρέπει αλλάζουν καθ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι στρατηγικές διακρίνονται σε στρατηγικές με κέντρο εστίασης τα συναισθήματα (emotion-focused) και σε στρατηγικές με κέντρο εστίασης το (προς επίλυση) πρόβλημα (problem-focused). Η πρώτη κατηγορία έχει να κάνει με τον έλεγχο ενός συναισθήματος το οποίο περιβάλλει μια αγχωτική στιγμή ή κατάσταση και συνήθως περιλαμβάνει την έκφραση των συναισθημάτων σε άλλα άτομα, την θετική εκτίμηση καταστάσεων και ούτω καθεξής. Η δεύτερη κατηγορία κατευθύνεται προς την ελάττωση των αγχωτικών καταστάσεων και συμπεριλαμβάνει τον σχεδιασμό επίλυσης του προβλήματος, την αναζήτηση σχετικών πληροφοριών και την εύρεση λύσεων για τα προβλήματα (Buitelaar et al., 2002). Σύμφωνα με τους Lazarus και Folkman (1984) η διάκριση αυτή δεν θα πρέπει να θεωρείται ως μια διχοτόμηση των δύο κατηγοριών, καθώς οι δύο κατηγορίες βρίσκονται σε ένα βαθμό αλληλεξάρτησης και μπορεί ή να ενισχύσει η μία την άλλη ή να παρακωλύσει η μία την άλλη στην όλη διαδικασία αντιμετώπισης ενός προβλήματος. Ορισμένες στρατηγικές τέτοιου είδους είναι παραδείγματος χάριν η προετοιμασία για την κατάσταση της μητρότητας, η συμπεριφορά αποφυγής αγχωτικών καταστάσεων, η θετική ερμηνεία των συμβάντων και η προσευχή (Bryant et al., 2006). Έχει παρατηρηθεί πως η αποφυγή αντιμετώπισης των προβλημάτων αποτελεί και αυτή μια στρατηγική, η οποία όμως δεν είναι αποτελεσματική. Στην έρευνα των Giurgescu κ.α., η οποία είχε τυχαίο δείγμα 105 γυναικών, παρατηρήθηκε πως οι γυναίκες χρησιμοποιούσαν πιο συχνά την προσευχή για να αντιμετωπίσουν τυχόν καταστάσεις οι οποίες τις προκαλούσαν στρες και άγχος. Οι γυναίκες που δεν τυγχάνουν κοινωνικής υποστήριξης συχνά αποφεύγουν να αντιμετωπίσουν τις προβληματικές καταστάσεις που τις απασχολούν και τις προκαλούν στρες και άγχος. Μακροχρόνια, η αποφυγή δεν συνιστά αποτελεσματική στρατηγική. Μπορεί να επιφέρει μια ελάττωση των επιπέδων του στρες και του άγχους βραχυπρόθεσμα, αλλά δεν εγγυάται μακροπρόθεσμα ουσιαστικά αποτελέσματα, καθώς το πρόβλημα παραμένει χωρίς να έχει επιλυθεί (Buitelaar κ.α., 2002). Η κατάσταση της εγκυμοσύνης είναι επίσης μια οπτική γωνία, από την οποία μπορεί να ελεγχθεί και να εξακριβωθεί η κατάλληλη στρατηγική αντιμετώπισης. Η στρατηγική με την οποία η γυναίκα προετοιμάζεται για την επικείμενη μητρότητα χρησιμοποιείται με συχνότητα μεσαίου βαθμού. Έχει αποδειχθεί πως αυτή η στρατηγική, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως στρατηγική με κέντρο εστίασης το πρόβλημα, δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική όταν οι γυναίκες έχουν κύηση υψηλού κινδύνου. Σε μια σχετική έρευνα, η οποία περιλάμβανε συμμετέχουσες με κύηση υψηλού κινδύνου, οι Lobel και Yali (1999) εξέτασαν τη σχέση που υφίσταται μεταξύ του άγχους και των ανησυχιών που πηγάζαν από την εγκυμοσύνη στο δεύτερο στάδιο της εγκυμοσύνης και των στρατηγικών που επιστρατεύονταν οι γυναίκες. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η στρατηγική της προετοιμασίας για την μητρότητα επέφερε μια αύξηση στο άγχος και τις ανησυχίες των γυναικών. Αυτή η αύξηση εξηγείται από την κατάσταση που βρίσκονταν οι γυναίκες, οι οποίες ήταν ήδη επηρεασμένες και απειλούμενες από τον υψηλό κίνδυνο που διέτρεχαν κατά την εγκυμοσύνη τους. Η προετοιμασία για την μητρότητα ενδέχεται να τόνισε την απειλή υπό την οποία βρίσκονταν λόγω της επισφαλούς εγκυμοσύνης τους, να μεγέθυνε ακόμα περισσότερο το συνειδητό κίνδυνο και συνεπώς να τις προκάλεσε άγχος και ανησυχίες για την έκβασή της. Η κατάσταση της υγείας κατά την εγκυμοσύνη αποτελεί ένα θέμα το οποίο απασχολεί τις περισσότερες γυναίκες, άσχετα με το αν αυτή είναι καλή ή όχι. Ιδιαίτερα, γυναίκες με προβλήματα υγείας βρίσκονται αντιμέτωπες με αγχωτικές και πιεστικές σκέψεις και καταστάσεις, οι οποίες οφείλονται στην ίδια την κατάσταση της εγκυμοσύνης, όπως σημειώθηκε και παραπάνω. Οι Harvey κ.α. (2014), διενέργησαν μια έρευνα στην οποία συμμετείχαν 30 γυναίκες από την περιοχή του Winnipeg (Καναδάς) με σακχαρώδη διαβήτη κύησης. Παρατήρησαν πως οι γυναίκες δυσκολεύονταν να ακολουθήσουν τα προγράμματα

διατροφής που τους υπεδείκνυε ο κλινικός τους διατροφολόγος, θεωρώντας τα ως πρόκληση. Τα εμπόδια και οι προκλήσεις έρχονταν στην επιφάνεια όταν οι προσωπικές τους διατροφικές συνήθειες και προτιμήσεις έπρεπε να κατασταλούν και αντί αυτών να ακολουθηθεί το υποδεδειγμένο πρόγραμμα διατροφής, ούτως ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος που πηγάζει από τον διαβήτη. Επιπροσθέτως, προκλήσεις προέκυπταν όταν έτρωγαν σε κάποιο άλλο διαφορετικό κοινωνικό περιβάλλον όπου η επιλογή και οι ποσότητες του φαγητού δεν ήταν ελεγχόμενες και οι αποφάσεις τους για την επιλογή του φαγητού επηρεάζονταν από τα άτομα με τα οποία έβγαιναν έξω για φαγητό. Συνεπώς, απέφευγαν να βγουν έξω για φαγητό με άτομα για να μην αισθανθούν άβολα. Η έλλειψη της ενημέρωσης, η έλλειψη δεξιοτήτων διαχείρισης της διατροφής και η έλλειψη ενός εξατομικευμένου προγράμματος διατροφής συνιστούν επίσης παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν την πίεση και το άγχος των γυναικών με διαβήτη κύησης. Η πίεση και το άγχος αυξανόταν όταν οι γυναίκες ανέφεραν πως πρέπει να ακολουθήσουν το αυστηρό πρόγραμμα διατροφής.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που επιστράτευαν οι γυναίκες της έρευνας αυτής ήταν ο περιορισμός των υδατανθράκων από φόβο να μην κάνουν ενέσεις ινσουλίνης. Οι γυναίκες αυτές έκαναν μη-ισορροπημένες διατροφές από φόβο να μην φτάσουν σε σημείο να κάνουν ινσουλίνη. Πίστευαν πως το πρόγραμμα διατροφής που τις είχε υποδείξει ο διατροφολόγος τους θα οδηγούσε σε αύξηση των επιπέδων της γλυκόζης και συνεπώς θα έπρεπε να υποβληθούν σε θεραπεία ινσουλίνης. Έτσι ακολουθούσαν ένα ελαττωματικό και στερητικό πρόγραμμα διατροφής που δεν τις το είχε προτείνει κανένας ειδικός. Μια άλλη στρατηγική ήταν μια απλή διατροφή η οποία έχει αποτελέσματα. Οι γυναίκες που επιστράτευαν την στρατηγική αυτή άσχιζαν να φτάσουν τα απαιτούμενα επίπεδα γλυκόζης επειδή ανησυχούσαν για την υγεία του βρέφους, ενώ δεν θεωρούσαν σημαντικό τον «Οδηγό Διατροφής για τον Διαβήτη» (Diabetes Food Guide) και τα ισορροπημένα γεύματα. Γυναίκες που ακολουθούσαν αυστηρά το πρόγραμμα διατροφής δήλωσαν πως θα κάνουν κραιπάλη φαγητού και θα φάνε τις απαγορευμένες τροφές αφότου γεννήσουν, κάτι το οποίο αποτελούσε και την στρατηγική τους. Όλες οι γυναίκες αυτές βρίσκονταν υπό μεγάλη ψυχολογική πίεση λόγω και της εγκυμοσύνης και της κατάστασης της υγείας τους. Η γρήγορη διατροφική προσαρμογή στις ανάγκες της νέας κατάστασης αποτέλεσε πρόκληση συνοδευόμενη από άγχος και πίεση. Αν και οι γυναίκες ήταν μορφωμένες, η έλλειψη της ενημέρωσης σχετικά με τη διατροφή και τον διαβήτη και η έλλειψη των ανάλογων δεξιοτήτων διαχείρισης της διατροφής τους επέφερε σημαντική μείωση στην αποτελεσματικότητα των γυναικών ως προς την εκ νέου γρήγορη προσαρμογή τους σε άλλες διατροφικές συνήθειες. Ορισμένες στρατηγικές που χρησιμοποίησαν τις οδήγησαν να αισθάνονται ότι στερούνται κοινωνικά και σωματικά την απόλαυση του φαγητού. Οι αρνητικές αυτές

στρατηγικές παρέκαμπταν το υποδεδειγμένο πρόγραμμα διατροφής. Οι γυναίκες φαίνεται να νόμιζαν ότι έλεγχαν την κατάσταση ακόμα και κατά αυτό τον τρόπο, δηλ. μη εφαρμόζοντας το πρόγραμμα. Αποφυγή επομένως, ήταν η γενική στρατηγική που εφαρμόζαν η οποία όπως φάνηκε δεν είχε καλά αποτελέσματα, καθώς ήταν κυρίαρχο το αίσθημα της στέρησης. Σε μια άλλη μακροχρόνια έρευνα των (Kitayama, κ.α., 2003) οι στρατηγικές αντιμετώπισης που διερευνήθηκαν ήταν α) η προσωπική επιρροή που μπορεί να ασκήσει κανείς στην έκβαση ενός συμβάντος ή μιας κατάστασης, β) η αποδοχή οποιασδήποτε έκβασης, είτε θετικής είτε αρνητικής, και γ) η αίσθηση της «κοινωνικής διαβεβαίωσης», ένας συνδυασμός κοινωνικής υποστήριξης και της αίσθησης ότι κυρίως ο στενός κύκλος της εγκύου (φίλοι, σύζυγος, κλινικός κ.α.) της προσφέρει βοήθεια και δείχνει κατανόηση στην κατάστασή της. Από αυτήν την έρευνα προκύπτει ότι οι προτιμότερες και συχνά χρησιμοποιούμενες στρατηγικές αντιμετώπισης ποικίλουν ανάλογα με το πολιτισμικό και γεωγραφικό χώρο στον οποίο ζει η έγκυος. Το αμερικάνικο- ευρωπαϊκό δείγμα γυναικών τοποθέτησε υψηλότερα την αποδοχή των

εκβάσεων ως στρατηγική αντιμετώπισης, ενώ το δείγμα των γυναικών από την Ιαπωνία έδειξε μεγαλύτερη προτίμηση στην «κοινωνική διαβεβαίωση» ως στρατηγική αντιμετώπισης. Αυτό το αποτέλεσμα εξηγείται εάν λάβει κανείς υπ' όψιν τις κεντρικές αξίες και αντιλήψεις που εμποτίζουν την εκάστοτε κοινωνία. Το ανθρωποκεντρικό μοντέλο αντίληψης που επικρατεί στις ΗΠΑ ορίζει το άτομο ως ανεξάρτητη και μοναδική προσωπικότητα, διαφορετική και ξεχωριστή από τους άλλους, και με προσωπικά χαρακτηριστικά και στάσεις που κατευθύνουν την συμπεριφορά (Hazel και Kitayama, 1991). Φαίνεται, επομένως, λογικό να υποθέσει κανείς ότι και οι στρατηγικές αντιμετώπισης που θα επιλέξει η έγκυος στις ΗΠΑ θα είναι κατά κύριο λόγο «εγωκεντρικές» (Kitayama et al., 2003). Εν προκειμένω, οι γυναίκες στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη είναι πολύ πιθανόν να επιλέξουν είτε να επηρεάσουν την έκβαση των ορισμένων καταστάσεων μόνες τους είτε να αποδεχθούν την έκβαση. Εν αντιθέσει, η ιαπωνική κοινωνία και ο ιαπωνικός πολιτισμός διακατέχονται από ένα μοντέλο στο οποίο τα άτομα δεν δρουν ανεξάρτητα αλλά βασίζονται σε ένα είδος αλληλεξάρτησης. Το άτομο θεωρείται ως μια διαπερατή οντότητα αλληλένδετα συνδεδεμένη με τις ανθρώπινες σχέσεις, του οποίου η συμπεριφορά δεν ορίζεται ως ανεξάρτητη, αλλά ως εξαρτημένη από καταστάσεις περιστάσεις και κοινωνικές συμβάσεις (Hazel & Kitayama, 1991). Ως εκ τούτου, οι γυναίκες της Ιαπωνίας θα επιζητήσουν την κοινωνική υποστήριξη και θα επιλέξουν να μείνουν δίπλα σε άτομα μαζί με τα οποία μοιράζονται στιγμές και εμπειρίες. Η έρευνα των Kitayama κ.α., (2003) δείχνει ότι η αποδοτικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων και συμβάντων είναι εξαρτώμενη από το εκάστοτε κοινωνικό-πολιτισμικό σύστημα αξιών και αντιλήψεων. Στην Ιαπωνία η στρατηγική της κοινωνικής και οικογενειακής υποστήριξης και κατανόησης είναι πολύ πιο αποτελεσματική και έχει πολύ πιο θετική επίδραση στην ψυχοσωματική υγεία της εγκύου από ότι στις ΗΠΑ, όπου η έγκυος θα επιλέξει ατομοστραφείς στρατηγικές μη εξαρτώμενες από τον κοινωνικό ιστό, αλλά από τον εαυτό της, κάτι το οποίο είναι εξίσου αποδοτικό, όπως προκύπτει και από την εν λόγω έρευνα. Πέρα από το κοινωνικό-πολιτισμικό υπόβαθρο, υπάρχουν πολλοί άλλοι παράγοντες που φαίνεται να ασκούν επίδραση στην επιλογή στρατηγικών αντιμετώπισης αγχωτικών καταστάσεων. Το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία, το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο και το εάν η έγκυος κάνει κατάχρηση ουσιών επηρεάζουν σημαντικά τις μορφές των στρατηγικών επίλυσης αγχωτικών καταστάσεων. Έχει παρατηρηθεί πώς οι έφηβες και όσες κάνουν κατάχρηση ουσιών καταφεύγουν συχνά σε νευρικές, αρνητικές και επιθετικές στρατηγικές, οι οποίες αρκετές φορές είναι ο υπαίτιος παράγοντας για ενδεχόμενη εμφάνιση επιλόχειου κατάθλιψης και άλλες αρνητικές εκβάσεις (Huizink, κ.α., 2002). Από την έρευνα των Buitelaar κ.α. προέκυψε ότι το 48.4% των γυναικών με κανονική εγκυμοσύνη χρησιμοποιούσαν στρατηγικές με συναισθηματικό κέντρο εστίασης, το 32.2% το στρατηγικές με κέντρο εστίασης το πρόβλημα και το 18.4% χρησιμοποιούσε και τις δύο κατηγορίες. Η συχνότητα προσφυγής στις στρατηγικές αυτές κυμαινόταν ανάλογα με το στάδιο της εγκυμοσύνης. Έτσι, παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες χρησιμοποιούσαν συχνότερα στρατηγικές με συναισθηματικό κέντρο εστίασης στο πρώτο στάδιο της εγκυμοσύνης τους (2002, Το πρώτο στάδιο είναι η περίοδος κατά την οποία οι περισσότερες γυναίκες βασίζονται στις στρατηγικές της πρώτης κατηγορίας. Αυτό συμβαίνει κυρίως στις γυναίκες που για πρώτη φορά γίνονται μητέρες, γεγονός το οποίο συνιστά κάτι πρωτοφανές για εκείνες και συχνά τις ωθεί να εκφράζουν τα συναισθήματά τους. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι δεν έχουν σχετική προηγούμενη εμπειρία και ανάλογα βιώματα, συμπεριλαμβανομένης όλης της αναπροσαρμογής σε έναν πιο «προσεγμένο» τρόπο ζωής για χάρη του βρέφους. Στο δεύτερο και τρίτο στάδιο παρουσίασαν λιγότερο συχνή προσφυγή στις στρατηγικές αυτές. Στις έγκυες που προτιμούσαν στρατηγικές με κέντρο εστίασης το προς επίλυση πρόβλημα τα ποσοστά αυξάνονταν ελάχιστα στο δεύτερο και

τρίτο στάδιο της εγκυμοσύνης. Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, το μορφωτικό επίπεδο συσχετίζεται επίσης με την επιλογή των στρατηγικών. Στην ανωτέρω έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο και λιγότερο καταθλιπτική συμπτωματολογία επέλεξαν στρατηγικές αντιμετώπισης των αγχωτικών καταστάσεων, οι οποίες βασίζονταν στην έκφραση των συναισθημάτων τους (πρώτη κατηγορία). Όσον αφορά στην ψυχολογία των γυναικών αυτών, χαρακτηρίζονταν από μια σταθερότερη προσωπικότητα, ήταν λιγότερο νευρωτικές και αγχώδεις. Η έρευνα αυτή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι στρατηγικές με συναισθηματικό κέντρο εστίασης βοήθησαν αποτελεσματικά στην ελάττωση προβλημάτων υγείας και ψυχολογικών προβλημάτων, όπως ναυτίας, μεταβολών στην όρεξη, πονοκεφάλων, συναισθηματικής αστάθειας κλπ. Οι γυναίκες με εσωτερική έδρα ελέγχου χρησιμοποιούσαν λιγότερο συχνά στρατηγικές με συναισθηματικό κέντρο εστίασης. Καθώς η έδρα του ελέγχου τους είναι εσωτερική, είναι αναμενόμενο να πιστεύουν ότι μπορούν να ελέγξουν μόνες τους (ή οφείλουν να ελέγξουν) τη ζωή τους. Αισθάνονται λιγότερη ανάγκη να εκφράσουν τα συναισθήματά τους σε στενούς φίλους και στην οικογένειά τους και συνεπώς δεν καταφεύγουν σε στρατηγικές της πρώτης κατηγορίας. Αν και η αποδοτικότητα της εκάστοτε στρατηγικής ποικίλει από άτομο σε άτομο και από περίπτωση σε περίπτωση, η έρευνα έδειξε πως η πιο αποδοτική στρατηγική για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που επιφέρουν άγχος και δυσφορία είναι η στρατηγική με συναισθηματικό κέντρο εστίασης. Η στρατηγική αυτή απεδείχθη αποτελεσματική ως προς τη μείωση των αγχογόνων καταστάσεων και στη μείωση ορισμένων προβλημάτων υγείας και συμβάλλουσα στην ευεξία της γυναίκας, ενώ οι στρατηγικές της δεύτερης κατηγορίας δεν είναι εξίσου αποτελεσματικές, όπως προκύπτει και από τη έρευνα των McQueeney, Stanton και Sigmon (1997).

Η Περιγεννητική Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη και τα συναισθήματα της κατάθλιψης αποτελούν ένα συχνό φαινόμενο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και μετά από την εγκυμοσύνη, το οποίο πολλές φορές παραμένει αδιάγνωστο. Αρκετοί είναι οι παράγοντες που προωθούν μια καταθλιπτική διάθεση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι οποίοι – όπως θα διαπιστωθεί και παρακάτω – είναι ιδιαίτεροι και διαφέρουν από περίπτωση σε περίπτωση. Σύμφωνα με μια έρευνα, περίπου το 15% των γυναικών αντιμετωπίζουν κατάθλιψη ή παρουσιάζουν καταθλιπτικά συναισθήματα, ενώ βρίσκονται στο στάδιο της εγκυμοσύνης (Meltzer-Brody et al., 2011). Πριν γίνει λόγος για το θέμα και τις ιδιαιτερότητες της κατάθλιψης στην εγκυμοσύνη, θεωρείται απαραίτητο να παρατεθεί ένας σύντομος ορισμός της κατάθλιψης, ούτως ώστε να τεθεί το εννοιολογικό πλαίσιο αναφοράς ενόψει των διαφόρων ορισμών της κατάθλιψης στην σχετική βιβλιογραφία. Σε γενικές γραμμές, «η κατάθλιψη είναι η δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση του ατόμου που συνοψίζεται σε μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος, προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών» (Δασκαλόπουλος, <http://psi-gr.tripod.com/depression.html>). Η κατάθλιψη συγκαταλέγεται στην κατηγορία των συναισθηματικών διαταραχών ή των διαταραχών διάθεσης. Η κατάθλιψη σχηματίζει μια διακριτή κατηγορία, αυτή των καταθλιπτικών διαταραχών που είναι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η δυσθυμική διαταραχή και η καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, το μανιακό επεισόδιο, το μεικτό και το

υπομανιακό επεισόδιο είναι τα κριτήρια βάσει των οποίων το DSM-IV ταξινομεί τις διαταραχές αυτές (Μάνος, 2008).Ενώ παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον να εξεταστεί η καθεμία διαταραχήδιάθεσης ξεχωριστά, το κέντρο βαρύτητας θα πρέπει να περιοριστεί αποκλειστικάστην κατάθλιψη, δηλ. στις καταθλιπτικές υποκατηγορίες και την αιτιολογία καιτα συμπτώματα αυτών, λόγω της σχετικότητάς της με τον σκοπό της εργασίας.Μέχρι στιγμής προκύπτουν από την σχετική βιβλιογραφία τρεις ομάδες αιτιολογικών παραγόντων που συντείνουν στην ανάπτυξη των διαταραχών διάθεσης: οι γενετικοί (π.χ. η συχνότητα της μείζονος καταθλιπτικής διάθεσης είναι 1,5-3 φορές μεγαλύτερη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με αυτήν την διαταραχή από ότι στον γενικό πληθυσμό), οι ψυχοκοινωνικοί (π.χ. άτομα που έχουν χάσει κάποιον γονιό στην παιδική τους ηλικία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης κατάθλιψης) και οι νευρο-βιολογικοί (π.χ. ανεπάρκεια σεροτονίνης σε ορισμένους καταθλιπτικούς ασθενείς). Τα συμπτώματα που συνοδεύουν την κατάθλιψη παρουσιάζουν αρκετά μεγάλη πολυμορφία και πρέπει συνεπώς να γίνει εκτενής έλεγχος ούτως ώστε να γίνει σωστή διάγνωση. Λύπη, απογοήτευση, απώλεια της ευχαρίστησης σε δραστηριότητες από τις οποίες ο ασθενής αντλούσε ευχαρίστηση, άγχος, κόπωση, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης, διαταραχές στην όρεξη και στον ύπνο, εκνευρισμός, ανησυχία, τράβηγμα μαλλιών και δέρματος, ξέσπασμα σε κλάματα, έκπτωση του ενδιαφέροντος για την οικογενειακή, επαγγελματική, κοινωνική και προσωπική ζωή, σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απόσπαση της συγκέντρωσης, ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες (ψύχωση), καθώς και σωματικά ενοχλήματα όπως ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, δυσκολία της αναπνοής, πόνος στο στήθος κλπ. είναι μια σειρά από τα συνοδά συμπτώματα της κατάθλιψης (Μάνος, 2008). Σε κοινωνίες όπου η ενημερότητα των ανθρώπων για την κατάθλιψη και τα συμπτώματα αυτής βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο και πολλές φορές είναι και ανύπαρκτη – ιδιαίτερα σε αγροτικές περιοχές – δεν δίδεται προσοχή στο φαινόμενο και στη σοβαρότητα της κατάθλιψης και πολλές φορές τα συμπτώματα θεωρούνται ασήμαντα. Πολλοί είναι αυτοί οι οποίοι λόγω της ανεπαρκούς ενημέρωσης δεν αναζητούν ιατρική συμβουλή, ανάμεσα στους οποίους βρίσκονται και αρκετές έγκυες. Καθώς τα σωματικά τουλάχιστον συμπτώματα της κατάθλιψης συμπίπτουν με αυτά της εγκυμοσύνης, οι μέλλουσες μητέρες αποδίδουν τα συμπτώματα αυτά κυρίως στην εγκυμοσύνη χωρίς να γνωρίζουν ότι μπορεί να έχουν κατάθλιψη.Επιπροσθέτως, η εγκυμοσύνη συνδέεται με ψυχολογικές μεταπτώσεις, οι οποίες απαντώνται και στην κατάθλιψη, γεγονός το οποίο αποτρέπει τις γυναίκες να υποπτευθούν ότι έχουν κατάθλιψη. Αυτό σε συνδυασμό με τις εσφαλμένες και ευρέως διαδεδομένες αντιλήψεις ότι η γυναίκα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης περνάει από την δική της «φάση» ή «κρίση» είναι περαιτέρω λόγοι για τους οποίους η έγκυος δεν επισκέπτεται κάποιον ειδικό, ιδιαίτερα αν δεν έχει λάβει την παρότρυνση και την υποστήριξη από την οικογένειά της ή τον κύκλο των φίλων της.

Συμπτώματα κατάθλιψης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης

Λόγω των ορμονικών, σωματικών και ψυχολογικών αλλαγών που επισυμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η γυναίκα γίνεται ιδιαιτέρως ευαίσθητη και ευερέθιστη, αδιαθετεί, κουράζεται πιο εύκολα και αισθάνεται μεγαλύτερη κόπωση λόγω του αυξανόμενου βάρους. Στρεσάρεται και εκφράζει συχνά τα συναισθήματά της με τρόπο υπερβολικό. Ξεσπάει σε κλάματα. Η αυτοεκτίμησή της μειώνεται κυρίως όταν οι αλλαγές στο σώμα της γίνονται αισθητές και όταν προστίθενται επιπλέον κιλά. Ανησυχεί για την εξωτερική της εμφάνιση, για το αν θα παραμείνει

ελκυστική στα μάτια του συντρόφου της και για το αν θα διαταραχθεί η σχέση της λόγω της κατάστασής της. Το άγχος για την έκβαση της εγκυμοσύνης και την επικείμενη μητρότητα είναι σχεδόν αναπόφευκτο. Κράμπες, πόνοι στο στήθος, ναυτίες, εμετοί, αυξομειώσεις της θερμοκρασίας, ιδρώτας, διαταραχές στην όρεξη και στον ύπνο είναι αρκετά συνήθη φαινόμενα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτά τα μερικά συμπτώματα της εγκυμοσύνης θα μπορούσαν κάλλιστα να αποτελούν τα συμπτώματα ενός καταθλιπτικού ασθενούς. Η κατάθλιψη και η εγκυμοσύνη μοιράζονται κοινά σημεία και για αυτό ο κλινικός θα πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνει εάν τα συμπτώματα πηγάζουν μόνο από την εγκυμοσύνη ή εάν οφείλονται και σε κάποια καταθλιπτική διαταραχή ή διάθεση (Engeldinger et al., 2013). Άλλα συμπτώματα που μπορούν να χρησιμεύσουν ως ενδείξεις για την ύπαρξη κάποιας καταθλιπτικής διαταραχής ή διάθεσης είναι τα αισθήματα ή οι σκέψεις ενοχής. Συχνά οι γυναίκες με κατάθλιψη αισθάνονται ότι είναι ανάξιες να γίνουν μητέρες, έχουν αισθήματα ενοχής και έλλειψης ελπίδας, τα οποία ίσως να αυξήσουν τους φόβους ή τις ανησυχίες τους ότι δηλ. η εγκυμοσύνη μπορεί να μην έχει καλή έκβαση κλπ. (Heringhausen και Marcus, 2009). Η αυτοεκτίμησή τους δηλαδή δεν πηγάζει από το γεγονός ότι αλλάζει το σώμα τους, αλλά από το γεγονός ότι θεωρούν τον εαυτό τους ανάξιο και ανήμπορο και έχουν ενοχές. Οι καταθλιπτικές έγκυες γυναίκες συχνά θεωρούν τον εαυτό τους υπαίτιο για οποιαδήποτε διαταραχή ή πρόβλημα προκαλείται στο έμβρυο, κάτι το οποίο αυξάνει τα αισθήματα της αναξιότητας. Οποιαδήποτε βλάβη προκληθεί στο έμβρυο είτε από φαρμακευτική αγωγή είτε από παράλειψη αντιμετώπισης - θεραπείας της κατάθλιψης μπορεί να οδηγήσουν την μητέρα να αισθάνεται ενοχές και τύψεις (Friedman, 2015). Η προσοχή τους διασπάται εύκολα και γίνεται όλο και πιο δύσκολο για αυτές να συγκρατήσουν πληροφορίες. Οι τάσεις και οι απόπειρες αυτοκτονίας καθώς και βρεφοκτονίας είναι σίγουρα μια προφανής ένδειξη ότι συντρέχει κάποια καταθλιπτική διαταραχή. Η γενική πεποίθηση ότι η εγκυμοσύνη και η μητρότητα είναι από τις πιο όμορφες και μοναδικές στιγμές στη ζωή της μητέρας ρίχνουν και άλλο την αυτοεκτίμησή της, την γεμίζουν με ενοχές (Friedman, 2015), την πείθουν ότι δεν είναι κατάλληλη να γίνει μητέρα, κάτι που σίγουρα μπορεί να οδηγήσει σε σκέψεις τέτοιας φύσεως. Ένα ακόμα σύμπτωμα που είναι πολλές φορές δυσδιάκριτο είναι η ανηδονία, δηλ. η απώλεια της ευχαρίστησης σε δραστηριότητες (φαγητό, σεξ, χόμπι, κοινωνικές εκδηλώσεις κλπ.) που αποτελούσαν παλαιότερα πηγή ευχαρίστησης για την γυναίκα. Η προβληματική κατάσταση που ανακύπτει όσον αφορά το σύμπτωμα της ανηδονίας είναι το ότι η γυναίκα (ή γενικά ο ασθενής της κατάθλιψης) δεν παραπονιέται για αυτό ή δεν το συναισθάνεται (Μάνος, 2008). Το σύμπτωμα της ανηδονίας μπορεί να παραβλεφθεί και να θεωρηθεί ως μια γενική αδιαθεσία που έχει ως πηγή την έκρυθμη συναισθηματική κατάσταση που φέρει η εγκυμοσύνη. Το γενικευμένο πρόβλημα που δημιουργείται από την κατάθλιψη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά και μετά, είναι το ότι η γυναίκα τείνει να παραμελεί τον εαυτό της, να καταφεύγει στην χρήση ουσιών, να αμελεί τους ιατρικούς ελέγχους και το παιδί της. Τα ίδια τα συμπτώματα εμποδίζουν πολλές φορές την γυναίκα να συμβουλευθεί κάποιον ειδικό ή να συζητήσει τα προβλήματά της με τους δικούς της (Friedman, 2015). Αυτό εξηγείται αν αναλογισθεί κανείς την ντροπή που αισθάνεται ένας άνθρωπος να εκφράσει την επιθυμία του να αυτοκτονήσει. Ακόμα και ο ίδιος ντρέπεται και νιώθει ενοχές για αυτές τις σκέψεις. Έτσι, οι γυναίκες με συμπτώματα κατάθλιψης δεν αναζητούν βοήθεια διότι πολλές φορές δεν γνωρίζουν ότι πάσχουν από κατάθλιψη ή επειδή φοβούνται ότι θα στιγματιστούν και θα αποδοκιμαστούν για τις «κακές» τους σκέψεις. Αντί τούτου κατηγορούν τον εαυτό τους για την αναξιότητά τους κλπ. υπό το βάρος της κοινωνικής κριτικής. Θεωρούν πως «είναι απλά έτσι» και δεν αποδίδουν την κατάσταση αυτή σε κάποια διαταραχή, αλλά στον εαυτό τους. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι περισσότερο επικίνδυνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρά από κάθε άλλη στιγμή στη ζωή της γυναίκας, εάν δεν

αντιμετωπιστεί/θεραπευτεί (Friedman, 2015). Είναι θλιβερό το γεγονός ότι 15% των ατόμων με σοβαρή μείζονα καταθλιπτική διαταραχή πεθαίνουν αυτοκτονώντας (ενώ ο κίνδυνος εμφάνισης αυτής της διαταραχής σε όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου ανέρχεται σε 10-25% για τις γυναίκες και σε 5-12% για τους άνδρες) (Μάνος, 2008). Γίνεται φανερό ότι οι γυναίκες διατρέχουν τον διπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξουν κατάθλιψη, ενώ ο κίνδυνος αυξάνεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, γεγονός που καθιστά απαραίτητη την ενημέρωση, τη σωστή διάγνωση και την κατάλληλη αντιμετώπιση - θεραπεία των ασθενών.

Παράγοντες Κινδύνου Περιγεννητικής Κατάθλιψης

Όπως ήδη λέχθηκε παραπάνω, η κατάθλιψη αποτελεί μάστιγα για αρκετές γυναίκες κατά τη διάρκεια της ζωής τους, η οποία παραμένει αδιάγνωστη ή για την οποία δημιουργούνται εσφαλμένες διαγνώσεις και συνεπώς εσφαλμένες θεραπείες αρκετές φορές. Η εγκυμοσύνη συνιστά την περίοδο στη ζωή της γυναίκας, κατά τη διάρκεια της οποίας οι γυναίκες είναι ιδιαιτέρως ευάλωτες στην ανάπτυξη κατάθλιψης και καταθλιπτικών συναισθημάτων καθώς και αγχωδών διαταραχών (Conde, et. al., 2009). Η περιγεννητική κατάθλιψη συσχετίζεται άμεσα με αρνητικές συνέπειες για την υγεία και την ανάπτυξη του εμβρύου, με επιπλοκές κατά τον τοκετό και με την επιλόχεια κατάθλιψη (Ajinkya, et. al., 2013).

Η γρήγορη αναγνώριση των συμπτωμάτων και η άμεση παρέμβαση είναι απαραίτητες για να αποφευχθούν τα αρνητικά συνεπακόλουθα της κατάθλιψης. Τα συμπτώματα της ασθενούς πρέπει να αναλυθούν επισταμένως και θα πρέπει επίσης να βρεθεί ο συσχετισμός τους, δηλαδή αν αυτά συνδέονται με την εγκυμοσύνη αποκλειστικά ή αν έχουν άμεση ή έμμεση σχέση με κάποια λανθάνουσα καταθλιπτική ή και αγχώδη διαταραχή. Κρίνεται απαραίτητο να τεθούν υπό ανάλυση και οι παράγοντες, οι οποίοι προωθούν την ανάπτυξη καταθλιπτικών συναισθημάτων ή την επιδείνωση μιας ήδη υπάρχουσας καταθλιπτικής διάθεσης.

Όπως διαπιστώνεται παρακάτω, οι παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη έχουν ιδιαίτερο χαρακτήρα και παρουσιάζουν μεγάλη απόκλιση ανάλογα με την περίπτωση της καταθλιπτικής ασθενούς που διανύει την περίοδο της εγκυμοσύνης. Οι παράγοντες που δύνανται να έχουν μια σχέση με την εμφάνιση της κατάθλιψης στην έγκυο και μέλλουσα μητέρα πρέπει να εντοπιστούν άμεσα μαζί με τα συμπτώματα, ούτως ώστε να μπορεί να γίνει σωστή διάγνωση και να ακολουθήσει μια σωστή αντιμετώπιση - θεραπεία εξατομικευμένη στις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά της εγκύου.

Μια διαδικασία, επομένως, προ της διάγνωσης είναι μεταξύ άλλων η ανίχνευση και η εξακρίβωση των παραγόντων εκείνων, που προδιαθέτουν την έγκυο αρνητικά προς την κατάθλιψη ή έστω προς την ανάπτυξη καταθλιπτικών συναισθημάτων. Σε γενικές γραμμές, οι παράγοντες κινδύνου υφίστανται σε προσωπικό-βιωματικό, διαπροσωπικό, οικονομικό, επαγγελματικό, οικογενειακό, κοινωνικό, πολιτισμικό και διαπολιτισμικό επίπεδο. Η διάκριση των παραγόντων σε κατηγορίες δεν αποσκοπεί στη διχοτόμησή τους – καθώς οι παράγοντες απαντώνται σε παραπάνω από ένα επίπεδο – αλλά στην δημιουργία μιας γενικής εικόνας σχετικά με την μορφή που έχουν οι παράγοντες.

Εντός του προσωπικού-βιωματικού επιπέδου, τοποθετούνται όλοι εκείνοι οι παράγοντες που αφορούν το άτομο και την προσωπικότητα της εγκύου,

συμπεριλαμβανομένων των βιωμάτων και των συνηθειών της. Η ηλικία της, οι κακές συνήθειες όπως το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και η κατάχρηση ουσιών. Είναι αποδεδειγμένο πως οι έγκυες που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κάνουν κατάχρηση ουσιών είναι πολύ πιθανόν να παρουσιάσουν καταθλιπτικά συναισθήματα. Η κατάθλιψη σε συνδυασμό με τις παραπάνω καταχρήσεις μπορούν να αυξήσουν περισσότερο τον κίνδυνο για χαμηλό βρεφικό βάρος και χαμηλή βαθμολογία στην κλίμακα Apgar (Bonsel et al., 2010).

Επιπλέον, η ηλικία συνιστά έναν παράγοντα ο οποίος μπορεί να θεωρηθεί ως υπόθεση για την ύπαρξη μιας καταθλιπτικής διάθεσης. Καθώς στις μέρες μας η ηλικία της μητρότητας έχει αλλάξει τουλάχιστον στις δυτικές κοινωνίες, μπορεί να φανταστεί κανείς ότι η εγκυμοσύνη στις έφηβες γυναίκες πολλές φορές θεωρείται ανεπιθύμητη, είναι πολλές φορές μη-προγραμματισμένη, προκύπτει εκτός γάμου, ξαφνικά και αντιμετωπίζεται από μια κριτική διάθεση εκ μέρους των γονέων και της κοινωνίας. Οι έφηβες μητέρες με κατάθλιψη συχνά αναφέρουν ότι δεν έχουν πια επαφή με τον πατέρα του παιδιού, δέχονται υψηλά επίπεδα κριτικής από την οικογένειά τους και χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης, κάτι που αυξάνει την ένταση της κατάθλιψής τους. Ο χώρος παίζει και εδώ ένα σημαντικό ρόλο. Όπως ήδη προαναφέρθηκε, οι Αφροαμερικάνες ζουν υπό μεγαλύτερη πίεση στις ΗΠΑ από ότι οι λευκού δέρματος γυναίκες.

Οι έφηβες Αφροαμερικάνες αναφέρουν εκτός από χαμηλή κοινωνική υποστήριξη, έλλειψη επαφής με τον πατέρα και κριτική ότι έχουν πέσει θύματα λεκτικής, σωματικής ή σεξουαλικής βίας και ρατσισμού (Buzi et al., 2015). Οι έφηβες έγκυες Αφροαμερικάνες ζουν αποδεδειγμένα υπό μεγαλύτερη πίεση και στρες, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες για αρνητικές εκβάσεις τοκετού και περιορισμένη πρόσβαση σε αποτελεσματική αντιμετώπιση - θεραπεία. Επίσης, το επίπεδο της ενημέρωσής τους σχετικά με την κατάθλιψη είναι χαμηλό διότι ερμηνεύουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα ως ενδείξεις στρες (Kinser και Masho, 2015). Βάσει αυτού του παραδείγματος, παρουσιάζεται ο πολυδιάστατος και ιδιαίτερος χαρακτήρας των παραγόντων της κατάθλιψης, οι οποίοι βρίσκονται σε στενή σύνδεση αναμεταξύ τους.

Το μορφωτικό επίπεδο σχηματίζει έναν ανεξάρτητο παράγοντα ο οποίος εξηγεί τις μη-προγραμματισμένες εγκυμοσύνες. Γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο διατρέχουν τον διπλάσιο και παραπάνω κίνδυνο για μη-προγραμματισμένες εγκυμοσύνες (Bennett et al., 2006), καθώς δεν έχουν λάβει προφανώς την απαραίτητη αγωγή υγείας ώστε να είναι σε θέση να προλάβουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες.

Ο φόβος που ορισμένες γυναίκες αισθάνονται σχετικά με την εγκυμοσύνη, με την έκβαση της γέννησης, την επικείμενη μητρότητα και με την υγεία του εμβρύου κλπ. είναι επίσης ένας παράγοντας που παρατηρείται συχνά σε γυναίκες με κατάθλιψη. Επιπροσθέτως, δυσάρεστα γεγονότα που έχουν συμβεί προ της εγκυμοσύνης δεν θα πρέπει να αφεθούν εκτός προσοχής, καθώς συνιστούν σημαντικούς παράγοντες που σημαδεύουν την γυναίκα ψυχολογικά και δύνανται να επιφέρουν μια καταθλιπτική διάθεση.

Ως δυσάρεστα γεγονότα συνοψίζονται ατυχήματα ή τραυματισμοί στην γυναίκα ή σε κάποιο κοντινό της άτομο, ο θάνατος κάποιου κοντινού ατόμου, διαζύγιο ή χωρισμός μετά από μακρόχρονη σχέση, ανεργία και δυσκολίες εύρεσης εργασίας, ανησυχίες για τα παιδιά (σε περίπτωση που έχει γεννήσει παραπάνω από ένα παιδί προηγουμένως), διαπροσωπικές διαμάχες στον χώρο

της εργασίας κλπ. (Rubertsson et al., 2003; Eberhard-Gran et al. 2015). Το αν η γυναίκα είναι μέλος κάποιας μειονότητας η οποία ζει μακριά από την χώρα καταγωγής της είναι ένας παράγοντας που επίσης θα πρέπει να ληφθεί υπόψη, επειδή δύναται να προωθήσει μια καταθλιπτική διάθεση. Το θέμα «μετανάστευση» καλύπτει όλους τους παράγοντες που ασκούν συχνά αρνητική επίδραση στις έγκυες γυναίκες που εγκαθίστανται σε μια άλλη χώρα. Τις περισσότερες φορές η μετανάστευση γίνεται για οικονομικούς λόγους, γεγονός που υποδηλώνει οικονομικές δυσκολίες, χρέη κλπ. Ως μετανάστριες οι έγκυες γυναίκες πρέπει να αναπροσαρμοστούν στα δεδομένα της χώρας που τις φιλοξενεί. Η γλώσσα, η επικοινωνία, η ένταξη στην κοινωνία και στους ρυθμούς και στο σύστημά της αποτελούν προκλήσεις για κάθε μετανάστη. Υπάρχουν αναπόφευκτα πολιτισμικές και κοινωνικές διαφορές, η προσαρμογή στις οποίες δεν είναι πάντα εύκολη, ιδιαίτερα εάν η χώρα φιλοξενίας δεν έχει μεριμνήσει ανάλογα.

Έχει παρατηρηθεί ότι οι μετανάστριες που ανήκουν σε κάποια εθνική μειονότητα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης από ότι οι γηγενείς γυναίκες ή από ότι οι γυναίκες που προέρχονται από χώρες με παραπλήσιο πολιτισμό. Γυναίκες από την Μέση Ανατολή και Νότια Ασία στο Όσλο είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης από ότι άλλες μειονότητες και τις γυναίκες από την Δυτική Ευρώπη (Eberhard-Gran et al., 2015). Συν των παραγόντων που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη παράγραφο, αυτό οφείλεται στο ότι οι γυναίκες αυτές είναι προσαρμοσμένες σε ένα σύστημα αξιών που βασίζεται στη συλλογικότητα. Καθώς οι δυτικές κοινωνίες βασίζονται σε πιο ατομιστικές αξίες, είναι δύσκολο για τις γυναίκες αυτές να κάνουν την πολιτισμική αυτή προσαρμογή, κάτι το οποίο τις θέτει υπό μεγάλη πίεση, η οποία έτσι και αλλιώς υπάρχει λόγω της μετανάστευσης και της εγκυμοσύνης. Ο τρόπος ζωής τον οποίο επιλέγει η έγκυος για να περάσει την εγκυμοσύνη της έχει επίσης πολιτισμικές αποχρώσεις και η στέρηση ενός τέτοιου τρόπου ζωής συνεπάγεται λύπη, στρες και ανησυχία. Ως παράδειγμα αναφέρονται οι χώρες της Ασίας και της Αφρικής όπου οι γυναίκες είναι συνηθισμένες σε άλλες πρακτικές εγκυμοσύνης και θέλουν να περνούν την εγκυμοσύνη τους κοντά στην οικογένειά τους και στους συγγενείς τους, τους οποίους στερούνται όταν είναι αναγκασμένες να μεταναστεύσουν. Μια τέτοια στέρηση είναι καταπιεστική και επιβλαβής για την ψυχική τους υγεία (Eberhard-Gran et al., 2015).

Σε κοινωνικό επίπεδο τίθεται το ερώτημα του αν η γυναίκα χαίρει κοινωνικής και οικογενειακής υποστήριξης, διότι έχει διαπιστωθεί ότι οι έγκυες που δεν έχουν την υποστήριξη από τον σύντροφό τους, από την οικογένειά τους, από την στενότερη τοπική κοινωνία παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα οποία συνεχίζονται και στην επιλόχεια περίοδο. Σε μονογονεϊκές οικογένειες, δηλ. σε οικογένειες με μόνο ένα γονέα, τα ποσοστά της συχνότητας της κατάθλιψης αυξάνονται διότι εκλείπει από τις οικογένειες αυτές το συναισθηματικό στήριγμα, το οποίο η έγκυος χρειάζεται απαραίτητως για να αντιμετωπίσει στρεσογόνες καταστάσεις που ανακύπτουν από την εγκυμοσύνη και την ζωή της.

Το πόσα παιδιά έχει ήδη φέρει η γυναίκα στον κόσμο και ζουν στο σπίτι της είναι ένας περαιτέρω παράγοντας, ο οποίος χρήζει προσοχής. Είναι αποδεδειγμένο ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι μεγαλύτερος στις γυναίκες που έχουν ήδη φέρει άνω τους ενός τέκνου στον κόσμο (Costigan et al., 2008). Εάν η εγκυμοσύνη σε αυτήν την περίπτωση είναι ανεπιθύμητη ή

μη-προγραμματισμένη, τότε αυξάνεται ο κίνδυνος της κατάθλιψης διότι, όπως έχει ερευνητικά αποδειχθεί, οι μη-προγραμματισμένες εγκυμοσύνες συνδέονται με μέτρια ή και σοβαρά συμπτώματα περιγεννητικής κατάθλιψης (Cibula και Fellenzer, 2014).

Από αυτό μπορεί να καταλάβει κανείς, ότι μια γυναίκα, ακόμα και αν έχει ήδη γεννήσει, ενδέχεται να μην είναι προετοιμασμένη για μια νέα εγκυμοσύνη. Συνεπώς οι ερωτήσεις σχετικά με το αν μια γυναίκα, η οποία έχει ήδη προηγουμένως γεννήσει, θεωρεί την νέα εγκυμοσύνη ανεπιθύμητη ή επιθυμητή κάθε άλλο παρά περιττή είναι, καθώς ενδέχεται αυτή η νέα εγκυμοσύνη να είναι τελείως ξαφνική και να συμβαίνει χρονικά σε ένα σημείο κατά το οποίο η γυναίκα σκόπευε να ασχοληθεί με άλλα σημαντικά θέματα ή το οποίο είναι συνδεδεμένο με διάφορες προκλήσεις (θάνατος συγγενικού προσώπου, βαριές ασθένειες σε δικό της άτομο, οικονομική δυσχέρεια κ.α.). Το ιατρικό ιστορικό της εγκύου είναι μια πολύτιμη πηγή στην οποία μπορεί κανείς να ανιχνεύσει και άλλους παράγοντες που μπορούν να εξηγήσουν μια καταθλιπτική διάθεση. Ένα ιστορικό προηγούμενης καταθλιπτικής ή αγχώδους ή άλλης διαταραχής συνιστά ένδειξη για την ανάπτυξη καταθλιπτικής διάθεσης. Παραδείγματος χάριν, οι γυναίκες με επιληψία είναι περισσότερο ευάλωτες σε αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά από ότι οι γυναίκες με άλλες χρόνιες ασθένειες ή χωρίς επιληψία (Berle et al., 2015), ενώ οι γυναίκες που έχουν αντιμετωπίσει διαταραχή μετατραυματικού στρες έχουν 50% υψηλότερο άγχος, το οποίο άγχος οφείλεται στην κατάθλιψη που εμφανίστηκε την τελευταία εβδομάδα της εγκυμοσύνης και εξελίχθηκε σε μια επιλόχεια κατάθλιψη (Baum et al., 2014).

Ανίχνευση, Πρόληψη και Διάγνωση

Η διάγνωση τυχόν αγχωδών ή καταθλιπτικών διαταραχών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης βασίζεται σε αρκετά σημεία που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη για να βγει ένα έγκυρο πόρισμα. Καλό θα ήταν να γίνεται ένας προληπτικός έλεγχος και για αγχώδεις και για καταθλιπτικές διαταραχές, διότι μπορεί αυτές να συνυπάρχουν. Σε πρώτο στάδιο, θα πρέπει να γίνεται έλεγχος ανίχνευσης των συμπτωμάτων και να καθορίζεται το εάν ορισμένα συμπτώματα οφείλονται στην εγκυμοσύνη ή σε κάποια διαταραχή, καθώς παρατηρήθηκε ότι οι διαταραχές αυτές μοιράζονται κοινά συμπτώματα με την εγκυμοσύνη. Η ανίχνευση μπορεί να ξεκινήσει από τον μαιευτήρα/γυναικολόγο τον οποίο επισκέπτεται η έγκυος για τους ελέγχους που είναι απαραίτητοι για την διασφάλιση μιας βέλτιστης υγείας για τη γυναίκα και το έμβρυο. Ωστόσο, δεν υπάρχει ομοφωνία στην σχετική κλινική βιβλιογραφία για το αν ο προληπτικός έλεγχος θα ήταν καλό να γίνεται από τον ιατρό της εγκύου (Arthurs et al., 2014). Προληπτικά ο ιατρός μπορεί να θέτει σχετικές ερωτήσεις στην έγκυο που αφορούν την ψυχική της υγεία, προσπαθώντας να διαπιστώσει ποιοι παράγοντες προκαλούν στρες στην γυναίκα. Πρέπει να τονιστεί ότι δυστυχώς είναι πάρα πολύ λίγοι οι γυναικολόγοι/μαιευτήρες, οι οποίοι κάνουν σχετικούς προληπτικούς ελέγχους. Δεν υπάρχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον από την πλευρά των γυναικολόγων να διεξάγουν ελέγχους για την πρόληψη και τη διάγνωση αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών. Αρκετοί δεν έχουν λάβει ανάλογη εκπαίδευση (ή δεν επιθυμούν να λάβουν) και δεν διαθέτουν την κατάλληλη τεχνογνωσία για να μπορέσουν να κάνουν αυτούς τους ελέγχους και να παραπέμψουν την γυναίκα σε κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο σε περίπτωση που διαγνώσουν συμπτώματα

κατάθλιψης ή άγχους (Carter et al., 2008).

Ο διάλογος και η ανάπτυξη της επικοινωνίας είναι αναγκαίες προϋποθέσεις για την εξακρίβωση της πηγής των συμπτωμάτων. Ο ιατρός πρέπει να αποκτήσει μια γενική εικόνα για το προφίλ της ψυχικής υγείας της εγκύου. Σε περίπτωση που παρατηρήσει πως ορισμένα συμπτώματα της γυναίκας υποδηλώνουν μια καταθλιπτική διάθεση, είναι απαραίτητο να την παραπέμψει σε έναν ψυχολόγο ή και σε ψυχίατρο, εάν κρίνει ότι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων είναι αρκετά αυξημένη. Σε περίπτωση που η γυναίκα δεν θέλει να επισκεφθεί τον γυναικολόγο για τους τυπικούς ελέγχους, ο στενός της οικογενειακός κύκλος θα πρέπει να την παροτρύνει να κάνει τους απαραίτητους ελέγχους. Όπως σημειώθηκε προηγουμένως, οι γυναίκες με κατάθλιψη τείνουν να παραμελούν τον εαυτό τους και να αμελούν τις επισκέψεις στον ιατρό τους (Friedman, 2015). Συνεπώς, ο γυναικολόγος θα πρέπει να ρωτήσει με τρόπο διακριτικό την έγκυο για ποιο λόγο δεν πήγε για να κάνει τον έλεγχό της, έχοντας το παραπάνω υπόψη. Πρέπει να τονιστεί ότι οι ερωτήσεις πρέπει να τίθενται με τρόπο διακριτικό και να δίνουν την εντύπωση ότι το άτομο που τις θέτει (ιατρός, μαία, νοσηλεύτρια) ενδιαφέρεται πραγματικά για την έγκυο και δείχνει κατανόηση. Σε ορισμένες περιοχές στον κόσμο, ο προληπτικός έλεγχος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και κατά την επιλόχειο περίοδο έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα. Ως παράδειγμα αναφέρεται η Νότια Ουαλία, μια πολιτεία στην Αυστραλία. Εκεί οι γυναίκες περνούν από ψυχοκοινωνική αξιολόγηση και προληπτικούς ελέγχους για την ανίχνευση κατάθλιψης και πριν και μετά από την γέννηση του παιδιού τους. Ο πρώτος έλεγχος λαμβάνει χώρα κατά την πρώτη επίσκεψη της γυναίκας για τον πρώτο γενικό προγεννητικό έλεγχό της (περίπου στην δωδέκατη με δέκατη έκτη εβδομάδα της εγκυμοσύνης) και έξι με οκτώ εβδομάδες μετά την γέννηση. Ο πρώτος έλεγχος και η πρώτη αξιολόγηση διεξάγονται συνήθως από τις μαίες εντός του κλινικού/νοσοκομειακού χώρου και ο δεύτερος επιλόχειος έλεγχος από εξειδικευμένες νοσηλεύτριες κατ' οίκον (Kemp et al., 2013).

Σε γενικές γραμμές, οι γυναίκες δεν έχουν κάποιο πρόβλημα με τις ερωτήσεις που τις θέτουν. Ωστόσο, είναι ορισμένες φορές απροετοίμαστες να απαντήσουν σε ερωτήσεις προσωπικού περιεχομένου (π.χ. σχετικά με το αν έχουν πέσει θύματα σεξουαλικής κακοποίησης ως παιδιά). Θα προτιμούσαν να είχαν λάβει πρωτύτερα σχετικές πληροφορίες. Κάποιες γυναίκες βρίσκουν τις ερωτήσεις αδιάκριτες ιδίως όταν δεν έχουν σχέση με την συζήτηση, και άλλες αισθάνονται κάπως αμήχανα, ιδίως όταν έχουν κάποιο ιστορικό αποβολής ή σεξουαλικής κακοποίησης. Άλλες στεναχωριούνται όταν αφηγούνται ξανά τα άσχημα βιώματά τους και θα το προτιμούσαν εάν οι μαίες ή νοσηλεύτριες ανέτρεχαν σε προηγούμενα ιατρικά αρχεία για να βρουν τις σχετικές αυτές πληροφορίες. Όμως, οι γυναίκες αισθάνονται ανακούφιση και είναι πρόθυμες να μιλήσουν πιο ανοικτά όταν οι μαίες/νοσηλεύτριες έχουν διακριτικότητα, λεπτότητα τρόπων και δείχνουν ευαισθησία και κατανόηση καθώς και θέληση να βοηθήσουν και να τις υποστηρίξουν, και όχι να τις «ανακρίνουν». Η πρόσφατη έρευνα που έγινε πάνω στις αντιλήψεις των γυναικών για τους ελέγχους ανίχνευσης έφερε στο φως τα συναισθήματα των γυναικών σχετικά με τους ελέγχους και την αξιολόγηση. Συνιστάται η εκ των προτέρων ενημέρωση των γυναικών σχετικά με το περιεχόμενο του ελέγχου και της αξιολόγησης, η ανάλογη μορφωτική προετοιμασία και η συνεχής εκπαίδευση και υποστήριξη των ειδικών που κάνουν τους ελέγχους έτσι ώστε ο έλεγχος και η αξιολόγηση να χαρακτηρίζεται από διακριτικότητα και ευαισθησία προς τις γυναίκες που καταθέτουν τα προσωπικά τους βιώματα (Kemp et al., 2013).

Όσον αφορά την ανίχνευση και τη διάγνωση αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών προ της γέννησης, χρησιμοποιείται μια σειρά διαφορετικών κλίμακων. Οι κλίμακες αυτές στην αρχική τους μορφή χρησιμοποιούνταν για την διάγνωση κατάθλιψης ή άγχους στην επιλόχεια περίοδο ή για την διάγνωση των διαταραχών αυτών σε άτομα και των δύο φύλλων και δεν σχετίζονταν με την εγκυμοσύνη. Την τελευταία περίπου δεκαετία, στην οποία ο αριθμός των ερευνών για την ανίχνευση κατάθλιψης και άγχους στο προγεννητικό στάδιο είναι ολοένα αυξανόμενος, οι ερευνητές έχουν προσαρμόσει τις κλίμακες αυτές στην προγεννητική περίοδο. Μια ευρέως διαδεδομένη κλίμακα είναι η Κλίμακα του Εδιμβούργου για την Επιλόχειο Κατάθλιψη (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS). Η κλίμακα αυτή είναι σχεδιασμένη σε μορφή ερωτηματολογίου, το οποίο η γυναίκα συμπληρώνει μόνη της και στο οποίο απαντάει σε ερωτήσεις για την συναισθηματική της κατάσταση τις περασμένες επτά ημέρες. Η κλίμακα αυτή, αν και χρησιμοποιείται για την ανίχνευση της επιλόχειας κατάθλιψης, είναι αρκετά έγκυρη για την ανίχνευση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (Breedlove και Fryzelka, 2011; Kemp et al., 2013; Adams et al., 2015). Περαιτέρω έγκυρες κλίμακες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανίχνευση της περιγεννητικής κατάθλιψης είναι ο Κατάλογος Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory) (Gavard et al., 1996), η Κλίμακα Κατάθλιψης στην Εγκυμοσύνη (Pregnancy Depression Scale, PDS) η οποία βασίζεται στην Κλίμακα Αξιολόγησης Hamilton για την Κατάθλιψη (Altshuler et al., 2008), η Κλίμακα Κατάθλιψης του Κέντρου Σπουδών Επιδημιολογίας, *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (Breedlove και Fryzelka, 2011). Επιπλέον, το άγχος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι μια μεταβλητή η οποία περιλαμβάνεται στις άνω παρατεθειμένες κλίμακες, καθώς αποτελεί αδιάσπαστο στοιχείο της εγκυμοσύνης και πάρα πολύ συχνά των καταθλιπτικών διαταραχών. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου το 24% των γυναικών πάσχει από τουλάχιστον μια αγχώδη διαταραχή στο προγεννητικό στάδιο και περίπου 9% από τις γυναίκες αυτές πάσχει από γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, μια διαταραχή που πολλές φορές εμφανίζει συννοσηρότητα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Frey et al., 2014). Μια κλίμακα με υψηλή αξιοπιστία ως προς την ανίχνευση της γενικής αγχώδους διαταραχής (ΓΑΔ) είναι η *GAD-7*, η οποία είναι αποδεδειγμένα ένα χρήσιμο εργαλείο για την ανίχνευση της ΓΑΔ σε έγκυες και έχει μικρότερη ευαισθησία και μεγαλύτερη προσδιοριστικότητα από ότι η κλίμακα του Εδιμβούργου, η οποία είναι επίσης έγκυρη για την ανίχνευση αγχωδών διαταραχών (Barrons et al., 2011; Frey et al., 2014). Εκτός τούτου, η *GAD-7* μπορεί να βοηθήσει και στην διάκριση του παθολογικού άγχους από το άγχος το οποίο είναι φυσιολογικό να αναπτύξει η έγκυος λόγω της εγκυμοσύνης (Frey et al., 2014). Μια άλλη αξιολογη κλίμακα για την ανίχνευση του άγχους και των σχετικών με αυτό διαταραχών οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι το Ερωτηματολόγιο Κατάστασης Άγχους, *State Anxiety Inventory* (Conde et al., 2014).

Θα πρέπει να λεχθεί εν κατακλείδι, ότι όλες σχεδόν οι έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν για την εκπόνηση της παρούσης έρευνας, οι παραπάνω κλίμακες είχαν την μορφή ερωτηματολογίων τα οποία συμπλήρωναν έγκυες γυναίκες με ίδια αναφορά, δηλ. μόνες τους (self-report), ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Εκτός από τα ερωτηματολόγια, τα οποία δεν έχουν διαδραστικά στοιχεία – δηλαδή δεν επιτρέπουν μια αμφίδρομη επικοινωνία – συχνά λάμβαναν χώρα συνεντεύξεις για να καταστεί δυνατή μια άμεση επικοινωνία μεταξύ της γυναίκας και των ερευνητών/ιατρών/νοσηλευτών κλπ. Αποδεδειγμένα η τακτική συμπλήρωση ερωτηματολογίων σε συνδυασμό με συνεντεύξεις αυξάνουν την

αξιοπιστία και την ακρίβεια της προγνωστικής και διαγνωστικής διαδικασίας (Breedlove και Fryzelka, 2011). Οι συνεντεύξεις πρέπει να διέπονται από διακριτικότητα και κατανόηση εκ μέρους του ερωτώντος προς την ερωτώμενη γυναίκα και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να δίνουν την εντύπωση μιας «ανάκρισης» με επίμονες, πιεστικές και αδιάκριτες ερωτήσεις.

Αντιμετώπιση – Θεραπεία

Η διάγνωση καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει να είναι όσο πιο εμπεριστατωμένη και έγκυρη γίνεται, ούτως ώστε να επιλεγθεί η κατάλληλη αντιμετώπιση - θεραπεία που ανταποκρίνεται περισσότερο στις ανάγκες και στα συμπτώματα της εγκύου ασθενούς γυναίκας. Πριν γίνει συγκεφαλαίωση της σχετικής βιβλιογραφίας, πρέπει να υπογραμμιστεί ότι δεν υπάρχει μια ενιαία, κοινώς εφαρμοζόμενη αντιμετώπιση - θεραπεία η οποία αποτελεί πανάκεια για όλες τις περιπτώσεις. Κάθε αντιμετώπιση - θεραπεία πρέπει να είναι εξατομικευμένη στις προσωπικές ανάγκες της κάθε γυναίκας και να ερείδεται σε ανοιχτό και ανεμπόδιο διάλογο μεταξύ της γυναίκας και του ειδικού ιατρού της. Όλοι οι παράγοντες που εξετάστηκαν μέχρι στιγμής θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη για να σχεδιαστεί η κατάλληλη αντιμετώπιση - θεραπεία. Ο ειδικός θα πρέπει να έχει ως γνώμονα για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της κατάλληλης αντιμετώπισης - θεραπείας την εξασφάλιση της υγείας και της μητέρας και του εμβρύου.

Επιπροσθέτως, η αντιμετώπιση - θεραπεία ενδέχεται να είναι περίπλοκη ανάλογα με την σοβαρότητα του προβλήματος και να χρειάζεται την τεχνογνωσία και την καθοδήγηση περισσότερων διαφορετικών ειδικών, π.χ. αν η έγκυος έχει ιστορικό κατάθλιψης, είναι υπέρβαρη, έχει αναπτύξει σακχαρώδη διαβήτη, πάσχει από αϋπνία και δεν έχει πλέον επαφή με τον πατέρα του παιδιού.

Υπάρχουν συγκεκριμένες κατηγορίες θεραπειών, η καθεμία εκ των οποίων έχει ως βάση της την πιθανή αιτιολογία των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών, δηλ. τους γενετικούς παράγοντες, τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και τους νευρολογικούς παράγοντες. Λόγω του ευρέος φάσματος των διαταραχών γίνεται συχνά συνδυασμός των διαφόρων θεραπειών για να επιτευχθεί η βέλτιστη αποτελεσματικότητα. Εν προκειμένω, το ενδιαφέρον είναι εστιασμένο στην ανεύρεση μιας εξατομικευμένης αντιμετώπισης - θεραπείας, προσαρμοσμένης στις ιδιαίτερες συνθήκες και το προφίλ της εγκύου, η οποία α) εγγυάται όσο το δυνατόν λιγότερες αρνητικές συνέπειες για το βρέφος και τη μητέρα, β) αποκλείει τον κίνδυνο της υποτροπής ή γ) ελαττώνει καθοριστικά τα επίπεδα του άγχους και τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Γενικά, οι ενδεχόμενες ψυχιατρικές θεραπείες είναι οι σωματικές θεραπείες, οι ψυχοθεραπείες (και γενικότερα οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες) και ο συνδυασμός αυτών (Μάνος, 2008).

Εντούτοις, υπάρχει μεγάλη απόκλιση στα πορίσματα ερευνών της σχετικής βιβλιογραφίας που αφορά την περιγεννητική περίοδο. Χρειάζονται απαραίτητως περισσότερες έρευνες, οι οποίες να εξετάζουν ενδελεχώς τις θεραπείες και την αποτελεσματικότητά τους και να λαμβάνουν συνάμα υπόψη το ιδιαίτερο προφίλ των γυναικών. Αν και υπάρχει έλλειψη στοιχείων όσον αφορά τις θεραπείες για τις αγχώδεις και τις καταθλιπτικές διαταραχές ή συμπτωμάτων αυτών στην περιγεννητική περίοδο – καθώς το ενδιαφέρον των ερευνητών έχει εστιασθεί στην επιλογή κατάθλιψη – υπάρχουν έρευνες που έχουν συνεισφέρει στην κατανόηση και στην αποτελεσματικότητα διαφόρων θεραπειών στο στάδιο προ της γέννησης του παιδιού.

Σίγουρο είναι το γεγονός ότι αν δεν εφαρμοστεί κάποια αντιμετώπιση - θεραπεία, αυξάνεται ο κίνδυνος των αρνητικών συνεπειών τόσο για το παιδί όσο και για τη μητέρα. Ορισμένες αρνητικές συνέπειες της περιγεννητικής κατάθλιψης είναι η επιλόχεια κατάθλιψη, η αυτοκτονία, η προεκλαμψία, η αυξημένη χρήση ουσιών, αλκοόλ, το κάπνισμα, η έλλειψη κινήτρου για την φροντίδα και την περιποίηση του παιδιού και της ίδιας της εγκύου, η απομάκρυνση ή η απομόνωση από την οικογένεια και άλλες πηγές υποστήριξης, το χαμηλό βάρος του παιδιού στην γέννηση, η καθυστέρηση στην ανάπτυξη, οι ανεπάρκειες στην γλωσσική έκφραση, ένα χαμηλότερο ποσοστό νοημοσύνης, μια χαμηλή συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη, συν χειρότερος συναισθηματικός έλεγχος και υψηλότερα ποσοστά συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους για το βρέφος κ.α. (Bobo et al., 2014).

Συνεπώς, κρίνεται απαραίτητη η εύρεση της κατάλληλης αντιμετώπισης - θεραπείας για να αποφευχθούν δυσάρεστες εκβάσεις στην ψυχοσωματική υγεία του παιδιού και της μέλλουσας μητέρας. Ο Μάνος (2008) παραθέτει βασισμένους στο DSM-IV και σε άλλη βιβλιογραφία τις μορφές των θεραπειών που υπάρχουν για τις ψυχικές διαταραχές. Όσον αφορά τις ψυχοθεραπείες, υπάρχουν οι ακόλουθες: η ψυχοδυναμική θεραπεία, η βραχεία ψυχοθεραπεία, η ομαδική ψυχοθεραπεία, η οικογενειακή θεραπεία, η συζυγική θεραπεία ή θεραπεία ζεύγους, η θεραπεία συμπεριφοράς, η ψυχοθεραπεία επικεντρωμένη στον πελάτη, η ύπνωση, η γνωστική θεραπεία, η διαπροσωπική θεραπεία, η θεραπεία περιβάλλοντος, η εργασιοθεραπεία και ο συνδυασμός θεραπειών. Ενώ η αποτελεσματικότητα των θεραπειών αυτών είναι αρκετά διερευνημένη σε άλλα δείγματα πληθυσμού, οι έγκυες δεν έχουν λάβει την ανάλογη προσοχή και διερεύνηση.

Από τις λίγες έρευνες που έχουν διενεργηθεί μέχρι στιγμής σχετικά με την αποτελεσματικότητα των άνω θεραπειών στην περιγεννητική περίοδο, υπάρχουν στοιχεία ότι σε γενικές γραμμές ορισμένες θεραπείες είναι αποτελεσματικές, άλλες περισσότερο και άλλες λιγότερο. Η διαπροσωπική θεραπεία και η γνωστική θεραπεία συνδυασμένη με θεραπεία συμπεριφοράς έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές έως ένα σημείο καθώς επέφεραν ελάττωση των καταθλιπτικών και αγχωδών συναισθημάτων. Η διαπροσωπική θεραπεία φαίνεται να είναι περισσότερο τελεσφόρα θεραπεία από τις άλλες, ωστόσο αυτό με επιφύλαξη. Θεραπείες που περιλαμβάνουν τουλάχιστον ένα στοιχείο διαπροσωπικής θεραπείας έχουν αποδεδειγμένα μεγαλύτερο εύρος επίδρασης από ότι οι θεραπείες που περιλαμβάνουν ένα στοιχείο θεραπείας συμπεριφοράς (Barber et al., 2011). Ωστόσο, η γνωστική θεραπεία σε συνδυασμό με θεραπεία συμπεριφοράς απέφερε σημαντικά αποτελέσματα. Υπήρξε αισθητή βελτίωση στην καταθλιπτική διάθεση των εγκύων γυναικών του δείγματος, οι οποίες έπασχαν από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Fedock et al., 2013). Άλλες θεραπείες όπως η διαπροσωπική θεραπεία, στην οποία συμμετέχει και βοηθάει ενεργά ο σύντροφος της εγκύου (Brandon et al., 2012), η σωματική άσκηση σε γυναίκες που πριν από την εγκυμοσύνη δεν ασκούσαν (Gaston και Prapavessis, 2013), η αερόβια γυμναστική (σωματική θεραπεία) με επίβλεψη (Escobar-Hurtado et al., 2012), η φωτοθεραπεία (σωματική θεραπεία) (Epperson, et al., 2004) έχουν αποδειχθεί ασφαλείς και για την μητέρα και για το βρέφος, έχουν επιφέρει θετικές αλλαγές στη διάθεση της καταθλιπτικής εγκύου και μείωσαν σημαντικά τα επίπεδα του άγχους και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Εκτός τούτου, η επαναληπτική διακρανιακή μαγνητική διέγερση (σωματική θεραπεία) απέβη ιδιαίτερος αποτελεσματική, καθώς όχι μόνο μείωσε τα καταθλιπτικά συμπτώματα και δεν έφερε κανένα απολύτως κίνδυνο για το

παιδί και την μητέρα, αλλά κατάφερε να βελτιώσει την καταθλιπτική διάθεση εγκύων που είχαν λάβει πρωτίτερα θεραπείες χωρίς όμως κάποια ουσιαστική θετική αλλαγή στην διάθεσή τους (Cerit et al., 2013).

Όσον αφορά την φαρμακοθεραπεία για τις αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (κυρίως αντικαταθλιπτικά και αγχολυτικά), τα υπάρχοντα στοιχεία αλληλοαναιρούνται ως ένα βαθμό καθώς άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει κάποιος κίνδυνος ούτε για την γυναίκα ούτε για το παιδί, ενώ άλλες έρευνες προτείνουν το αντίθετο. Σε γενικές γραμμές, δεν έχει βρεθεί ότι η χρήση των αντικαταθλιπτικών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει αρνητικές συνέπειες για την έγκυο και το έμβρυο (Bobo et al., 2014).

Αντιθέτως, η διακοπή της χρήσης των αντικαταθλιπτικών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης από καταθλιπτικές γυναίκες εκθέτει τις γυναίκες σε πέντε φορές μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής (Altshuler et al., 2006). Το βασικό ζητούμενο στην χρήση των αντικαταθλιπτικών και άλλης φαρμακοθεραπείας είναι ο αποκλεισμός των κινδύνων που προκύπτουν από τη μη-θεραπεία της κατάθλιψης και άλλων ψυχικών διαταραχών.

Αν και μικροί, οι κίνδυνοι που πηγάζουν από την χρήση αντικαταθλιπτικής φαρμακοθεραπείας (SSRIs, SNRIs) κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αφορούν και την μητέρα, καθώς υπάρχει αυξημένος κίνδυνος υπέρτασης, προεκλαμψίας και αιμορραγιών (Gadot και Koren, 2015), και το έμβρυο, καθώς υπάρχει αυξημένος κίνδυνος πνευμονικής υπέρτασης και κίνδυνος μικρών αλλαγών στην κινητική και κοινωνική προσαρμοστικότητα (Casper, 2015) όπως και χαμηλός κίνδυνος για καρδιακές ανωμαλίες (Shealy, 2015), αυτιστικό φάσμα και μακροπρόθεσμες νευρογνωστικές ανωμαλίες (Robinson, 2015). Η χρήση αγχολυτικών είναι εξίσου αμφιλεγόμενη (Campagne, 2007). Πριν ξεκινήσει ή συνεχιστεί κάποια φαρμακοθεραπεία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο ειδικός οφείλει να ενημερώσει πλήρως και επισταμένως την έγκυο για όλες τις παρενέργειες και αρνητικές συνέπειες που μπορεί να έχει η φαρμακοθεραπεία πάνω στην ίδια και στο βρέφος, ακόμα και αν ο κίνδυνος είναι πολύ μικρός. Η γυναίκα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένη για το τι δύναται να επιφέρει η φαρμακοθεραπεία που της χορηγείται. Θα πρέπει να τονιστούν επίσης και τα οφέλη που είναι συνυφασμένα με την φαρμακοθεραπεία. Σε κάθε περίπτωση, η φαρμακοθεραπεία θα έπρεπε να αποτελεί έσχατη λύση, διότι οι απόψεις δίστανται σχετικά με το αν η γυναίκα και το έμβρυο κινδυνεύει από μια τέτοια αντιμετώπιση - θεραπεία. Η έγκυος γυναίκα πρέπει να αποτελεί ένα αδιάσπαστο μέρος στην λήψη της απόφασης για το αν επιθυμεί να λάβει φαρμακοθεραπεία.

Καθώς η επιστημονική γνώμη πάνω σε αυτό το θέμα είναι διχασμένη, δεν μπορεί να αποδειχθεί πως η φαρμακοθεραπεία με αντικαταθλιπτικά είναι κάτι καλό ή κάτι κακό. Είναι σίγουρο πως όταν κρίνεται αναγκαία, θα πρέπει να χορηγείται διότι οι κίνδυνοι που προκύπτουν από την μη-θεραπεία των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών είναι αρκετά μεγάλοι. Η απόφαση περί χρήσης αντικαταθλιπτικών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης θα πρέπει να βασιστεί στο τι κίνδυνοι υφίστανται αν γίνει ή αν δεν γίνει η φαρμακοθεραπεία (Robinson, 2015).

Η αναζήτηση των εναλλακτικών λύσεων είναι πάντα επιθυμητή και πολλές φορές οδηγεί και στην κατάλληλη αντιμετώπιση - θεραπεία, διότι όλα είναι σχετικά και στην αντιμετώπιση - θεραπεία καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών στην εγκυμοσύνη. Σχετικά θα πρέπει να θεωρείται κάθε περίπτωση. Οι προσωπικές συνθήκες, η σοβαρότητα και το φάσμα της διαταραχής καθώς και

τα προσωπικά βιώματα είναι καθοριστικής σημασίας για την εντόπιση της «ρίζας» του προβλήματος και της επίλυσής του.

Συνεπώς, η γυναίκα πρέπει να συζητάει, να συναποφασίζει, να είναι πλήρως ενήμερη για όλες τις πτυχές της αντιμετώπισης - θεραπείας (Patel και Wisner, 2011). Η ειλικρινής και συχνή επικοινωνία είναι βασικός πυλώνας για την αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε αντιμετώπισης - θεραπείας καθώς μόνο μέσα από αυτήν μπορεί η έγκυος να ενημερώνεται, να εκφράσει τη δυσαρέσκειά της, τις προτιμήσεις της, τα παράπονά της και τα προβλήματά της, κάτι το οποίο συμβάλλει στην βελτίωση της αντιμετώπισης - θεραπείας και στην εξατομίκευση της αντιμετώπισης - θεραπείας στις ανάγκες της εγκύου.

Έρευνα για τις περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές στην Ελλάδα

Η έρευνα στο πεδίο των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών έχει αρχίσει να προσελκύει το ενδιαφέρον των ερευνητών τα τελευταία χρόνια. Ελάχιστες είναι οι έρευνες που έχουν γίνει, όλες ποσοτικές, με επίκεντρο την κατάθλιψη και μάλιστα στην επιλόχεια, με δύο μόνο εξαιρέσεις ερευνών, οι οποίες διεξάγονται πριν τον τοκετό. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα επιδημιολογικά στοιχεία για την Ελλάδα, το 50%-85% των νέων μητέρων αναπτύσσουν μια ελαφριά και παροδική μορφή επιλόχειας δυσφορίας (baby blues), το 10%-15% των νέων μητέρων αναπτύσσουν επιλόχεια κατάθλιψη και το 0,1%- 0,2% των νέων μητέρων αναπτύσσουν επιλόχεια ψύχωση (Δημόσια Διαβούλευση για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη, 2008), στοιχεία που συνάδουν με τα πορίσματα της παγκόσμιας βιβλιογραφίας. Σε παρόμοια αποτελέσματα καταλήγει και έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 402 ελληνίδων κατά τη διάρκεια της λοχείας, από τις οποίες ένα ποσοστό 19,8% εκδήλωσαν επιλόχεια κατάθλιψη σε διάστημα μέχρι και 6 μήνες μετά τον τοκετό (Gonidakis et al., 2008). Από έρευνα που διεξήχθη το 2008 με στόχο τη στάθμιση της EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) στην Ελλάδα, προκύπτει ότι η επικράτηση της επιλόχειας κατάθλιψης κυμαίνεται στο 12,4%, με το 7,4% των λεχωίδων να πληρούν κριτήρια ήπιας κατάθλιψης και το 5% κριτήρια μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (Leonardou et al., 2009).

Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο «Έλενα Βενιζέλου» σε 235 μητέρες, βρέθηκε συννοσηρότητα αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό. Το περιστασιακό άγχος εμφανίζεται περισσότερο στις πρωτότοκες, στις γυναίκες των οποίων το νεογνό χρειάστηκε να νοσηλευτεί στη μονάδα εντατικής θεραπείας και στις γυναίκες που βίωσαν αρνητική εμπειρία τοκετού. Το δομικό άγχος συνδέεται εμφανίζεται στις άγαμες μητέρες. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζονται στις νεαρότερες γυναίκες και σε όσες έχουν αρνητική εμπειρία από τον τοκετό. Οι ερευνητές προτείνουν τη συμπερίληψη στην ανίχνευση των αγχωδών συμπτωμάτων (Giakoumaki et al., 2009).

Οι παράγοντες κινδύνου που συνδέθηκαν με την εμφάνιση της διαταραχής στην Ελλάδα, είναι τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής κατά την κύηση, η εμφάνιση επιλόχειας δυσφορίας την έβδομη μέρα μετά τον τοκετό, η καταναγκαστική ενασχόληση με την καθαριότητα και η υποκειμενική εκτίμηση ότι το μωρό κλαίει υπερβολικά κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες με συμπτώματα επιλόχειας διαταραχής αναφέρουν πιο συχνά δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγο, ανεργία, καθώς και δυσκολίες που αφορούν τον ύπνο του βρέφους (Gonidakis et al., 2008).

Σε έρευνα που διεξήχθη σε 413 γυναίκες στο πλαίσιο εκπόνησης διδακτορικής διατριβής, το 16,2% των λεχωίδων ταυτοποιήθηκαν ως καταθλιπτικές τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό, με το ποσοστό να μειώνεται στο 12,4% κατά τη δεύτερη εκτίμηση (5^η – 6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό). Στην εμφάνιση συμπτωμάτων μετά τον τοκετό,

σημαντικό ρόλο παίζουν οι σχέσεις με τον σύζυγο και τη μητέρα, οι ύπαρξη οικονομικών, νομικών και σχετικών με την υγεία στρεσογόνων γεγονότων ζωής, και η φτώχη ικανοποίηση των γυναικών από την ποιότητα της ζωής τους. Επίσης, οι πρωτότοκες και όσες δεν θήλαζαν τα βρέφη τους ήταν πιο πιθανό να εμφανίσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία τις πρώτες μέρες της λοχείας. Από τους παράγοντες προσωπικότητας που ελέγχθηκαν, φάνηκε ότι οι γυναίκες με ανεπαρκή αίσθηση συνεκτικότητας και δύναμης του Εγώ, αλλά και αυτές με υψηλά επίπεδα επιθετικότητας, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να καταπονηθούν ψυχολογικά μετά τον τοκετό (Κώτση, 2009). Τα οικονομικά προβλήματα, η κατάθλιψη στο παρελθόν, η έλλειψη υποστήριξης και η μη ικανοποίηση από τη συζυγική σχέση, φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ενώ η ικανοποίηση από τη συζυγική σχέση αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης τέσσερις μήνες μετά τον τοκετό (Σταματίου και Παπαληγούρα, 2010). Η παρουσία κοινωνικής υποστήριξης υποστηρίζεται και από τους Kritsotakis και συνεργάτες (2013).

Σύμφωνα με τις έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε γυναίκες πριν τον τοκετό, η συναισθηματική ευεξία της γυναίκας κατά τη διάρκεια της κύησης επηρεάζει την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης (Koutra et al., 2014). Επίσης, οι ανησυχίες των ελληνίδων εγκύων αφορούν την υγεία του παιδιού, τον τοκετό και τα οικονομικά προβλήματα. Η επικράτηση αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην κύηση, καθιστούν ιδιαίτερα κρίσιμο το θέμα της έγκαιρης ανίχνευσης (Gourounti et al., 2012). Τέλος, έχουν γίνει κάποιες έρευνες για βιολογικούς παράγοντες που συνδέονται με την επιλόχεια κατάθλιψη. Το 2008 πραγματοποιήθηκε έρευνα για τη διερεύνηση της επίδρασης μηχανισμών του ανοσοποιητικού συστήματος στην εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης, που κατέλειξε σε ενδείξεις που χρειάζονται περεταίρω διερεύνηση (Boufidou et al., 2009). Βρέθηκε επίσης σχέση μεταξύ αυξημένων επιπέδων FT3 του θυρεοειδούς πριν τον τοκετό, με επιλόχειες διαταραχές στη διάθεση (Lambrinoudaki, 2010). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2011 βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στην υιοθέτηση υγιεινής διατροφής κατά την περίοδο της κύησης και στον μειωμένο κίνδυνο για εμφάνιση επιλόχειας διαταραχής (Chatzi et al., 2011).

Επιπτώσεις των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών

Οι επιπτώσεις των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών έχουν υπάρξει το αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνών στις αναπτυγμένες χώρες. Οι ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται αυτήν την περίοδο συνιστούν ένα μείζον ζήτημα Δημόσιας Υγείας, οι συνέπειες του οποίου ενδέχεται να είναι εξαιρετικά σοβαρές, μακροχρόνιες και δαπανηρές. Η κρισιμότητα των ψυχικών διαταραχών απασχολεί όχι μόνο τους ερευνητές και τους ειδικούς, αλλά και φορείς που εμπλέκονται στον σχεδιασμό εθνικών πολιτικών, εξαιτίας του ότι οι περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές λαμβάνουν χώρα σε μια κομβική στιγμή για τη ζωή της γυναίκας, του παιδιού, και όλης της οικογένειας, με κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις. Ειδικότερα, η απουσία επιτυχών παρεμβάσεων για την πρόληψη και θεραπεία των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών καταλήγει σε επιπτώσεις στην ίδια τη γυναίκα, στον συναισθηματικό δεσμό μητέρας – παιδιού, στην ψυχοκοινωνική, γνωστική ανάπτυξη και εκπαιδευτική σταδιοδρομία του παιδιού. Συχνά οι επιπτώσεις αυτές πλήττουν σοβαρά τη σχέση του ζευγαριού (Williams, 2014).

Το πρόβλημα καθίσταται ακόμα πιο επιτακτικό, εφόσον σύμφωνα με τα πορίσματα των ερευνών, οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με τις έγκυες, (παραδείγματος χάρη, μαιευτήρες – γυναικολόγοι και μαίες), δεν καταφέρνουν να διακρίνουν τις γυναίκες που βιώνουν κάποιου είδους δυσφορία (Hatton et al., 2007).

Ακόμα και σε ένα ιδιαίτερα ευαίσθητοποιημένο σύστημα υγείας όπως αυτό της Βρετανίας, περίπου οι μισές περιπτώσεις κατάθλιψης και αγχωδών διαταραχών δεν εντοπίζονται ώστε να τους παρασχεθεί η κατάλληλη βοήθεια (Bauer et al., 2014).

Επιπτώσεις των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών στην κύηση και στο έμβρυο

Η ανασκόπηση της έρευνας δείχνει ότι η **κατάθλιψη** κατά την κύηση μειώνει την κινητικότητα του εμβρύου (Dieter et al., 2001. Field et al., 2006. Stuart-Parrigon & Stuart, 2014), συντελεί στη γέννηση λιποβαρών βρεφών, λόγω της αυξημένης συγκέντρωσης κυρίως της κορτιζόλης, αλλά και της νορεπινεφρίνης (Halbreich, 2005. Field et al., 2006. Grote et al. 2010. Ibanez et al., 2012. Stuart-Parrigon & Stuart, 2014. Meltzer-Brody & Stuebe, 2014). Επίσης, τα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την κύηση έχουν συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού (Halbreich, 2005. Grote et al., 2010. Field, 2011. Fransson et al., 2011. Ibanez et al., 2012. Stuart-Parrigon & Stuart, 2014). Ανάλογες είναι και οι επιπτώσεις του **άγχους** κατά την κύηση, δεδομένης και της συχνής συννοσηρότητας καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών (Field, 2004). Τα έμβρυα των γυναικών με υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης είχαν μικρότερη εγκεφαλική, κοιλιακή, αμφιβρεγματική περίμετρο και χαμηλότερο βάρος (Field et al., 2006. Field, 2011). Επιπρόσθετα, στις περιπτώσεις έκθεσης του εμβρύου σε απόπειρες αυτοκτονίας της μητέρας, έχει καταγραφεί διανοητική καθυστέρηση και άλλες σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες (Gidai et al., 2010, Gentile, 2011. Petic et al., 2012, στο Meltzer-Brody & Stuebe, 2014). Οι Orr και συνεργάτες κατέγραψαν συσχέτιση μεταξύ σημαντικού άγχους και πρόωρου τοκετού (στο Bauer et al., 2014).

Έχει φανεί ότι οι γυναίκες που εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την κύηση **συμμετέχουν λιγότερο στα προγράμματα περιγεννητικής προετοιμασίας**, ενώ ταυτόχρονα **υιοθετούν συμπεριφορές επικίνδυνες για την υγεία του εμβρύου**, όπως το κάπνισμα και η χρήση ουσιών (Flynn et al., 2004), αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο την πιθανότητα **μαιευτικών επιπλοκών**.

Σύμφωνα με τα περιορισμένα ερευνητικά πορίσματα για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, οι γυναίκες με **νευρογενή ανορεξία** είναι πιο πιθανό να γεννήσουν λιποβαρή βρέφη, εύρημα που αποδίδεται κυρίως σε μια προγενέστερη της κύησης διαταραχή, καθώς και στον χαμηλό δείκτη μάζας σώματος κατά την κύηση (Kouba et al., 2005. Micali et al., 2007. Solmi et al., 2013. Bauer et al., 2014). Αυξημένο ποσοστό αποβολών φαίνεται να συνδέεται με το ιστορικό **νευρογενούς βουλιμίας**, διαταραχή που επίσης προϋπάρχει της κύησης (Micali et al., 2007. Bauer et al., 2014). Προς το παρόν, δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα για περιπτώσεις για διαταραχές πρόσληψης τροφής που εμφανίζονται για πρώτη φορά κατά την περιγεννητική περίοδο (Easter et al., 2013. Bauer et al., 2014. NICE 2014).

Οι επιπτώσεις των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών στο βρέφος και στο παιδί

Η ποιότητα της σχέσης μεταξύ μητέρας – παιδιού, ο βαθμός της ανάμειξης και ενασχόλησης με το παιδί, η ποιότητα της φροντίδας του, είναι σημαντικοί παράγοντες για την ευημερία και την ψυχική υγεία των παιδιών (Waldfoegel et al., 2010. Santos, 2014). Οι ελλείψεις στους παραπάνω τομείς επηρεάζουν σημαντικά την εμφάνιση μελλοντικών ψυχικών διαταραχών, (Weich et al., 2009. Stewart & Shrader-Mcmillan, 2011. Santos, 2014).

Οι μητέρες που υποφέρουν από **επιλόχεια κατάθλιψη** εμφανίζουν μειωμένη

λειτουργικότητα και ικανότητα να ανταπεξέλθουν στη φροντίδα του **βρέφους** (Misri et al., 2006. Lanes et al., 2011. Davey et al., 2011), ενώ αντιμετωπίζουν δυσκολίες και με τον θηλασμό (Hahn-Halbrook et al., 2013. Bauer et al., 2014. Borra et al., 2014). Ως εκ τούτου, το μοτίβο επικοινωνίας που αναπτύσσεται ανάμεσα στην καταθλιπτική μητέρα και το βρέφος δεν καλύπτει τις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού σε αυτό το πρώιμο αναπτυξιακό του στάδιο (Cooper & Murray, 1998). Οι περισσότερες έρευνες επισημαίνουν την ύπαρξη μειωμένης ανταπόκρισης, λεκτικής και οπτικής επικοινωνίας, απόσυρση και απεμπλοκή της μητέρας από το παιδί. Έχει επίσης παρατηρηθεί επιθετικότητα στις εκδηλώσεις της μητέρας προς το βρέφος (Barnes, 2006, Dennis & McQueen, 2009. Lanes et al., 2011). Εκτός από τα καταθλιπτικά συμπτώματα, φαίνεται πως η εμπειρία ενός **τραυματικού τοκετού** ασκεί αρνητικές επιπτώσεις στον συναισθηματικό δεσμό μητέρας – βρέφους (Allen, 1998. Soet et al., 2003. Davies et al., 2008. Bauer et al., 2014).

Τα βρέφη γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζουν πιο συχνά διαταραχές ύπνου, δυσκολίες με τον θηλασμό, αποφευκτικές συμπεριφορές (αποστροφή του βλέμματος και του σώματος), μειωμένη ρύθμιση του συναισθήματος, προβλήματα με τη σίτιση και προβλήματα κατά την ανάπτυξη (Stowe & Nemeroff, 1995. Lanes et al., 2011).

Το **άγχος** της μητέρας ενδέχεται να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη των παιδιών, ενώ διαταραχές όπως η **ιδεοψυχαναγκαστική**, ακόμα και σε υποκλινικό επίπεδο, αν παραμείνουν αδιάγνωστες και χωρίς θεραπεία ενδέχεται να προκαλέσουν σοβαρές δυσκολίες **στον δεσμό μητέρας – βρέφους** (Brandes et al., 2004). Οι μητέρες που υποφέρουν από ιδεοληψίες, είτε πληρούν τα κριτήρια της διαταραχής είτε όχι, συχνά φοβούνται να μείνουν μόνες τους με το παιδί, το αποφεύγουν ή πιστεύουν ότι είναι ανίκανες να το φροντίσουν (Fairbrother & Abramowitz, 2007). Οι γυναίκες που υποφέρουν από επιθετικές ιδεοληψίες, ανησυχούν μήπως πραγματοποιήσουν τις πράξεις αυτές, παρά τη θέλησή τους, αν παραμείνουν μόνες με το παιδί τους (Zambaldi et al., 2009). Σε άλλες περιπτώσεις η γυναίκα αποφεύγει να κάνει μπάνιο το παιδί της ή να χρησιμοποιήσει τα μαχαίρια της κουζίνας (Brandes et al., 2004).

Εκτός από τις επιπτώσεις που επιφέρουν τα ψυχικά συμπτώματα, το **νευροβιολογικό υπόβαθρο** των ΠΜΣ προκαλεί αρνητικές συνέπειες. Σε σχετική έρευνα, φάνηκε ότι τα βρέφη των γυναικών που σημείωσαν υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης, έκλαιγαν πιο συχνά, εμφάνιζαν περισσότερες εκφράσεις δυσφορίας στο πρόσωπό τους, και περιγράφονταν από τις μητέρες τους ως παιδιά με δύσκολη ιδιοσυγκρασία, κυρίως τους πρώτους δύο μήνες της ζωής τους (de Weerth, Zijl και Buitelaar, 2003, στο Field T. a.-R., 2006).

Σοβαρές είναι επίσης οι επιπτώσεις για τα βρέφη γυναικών που **πάσχουν από σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή**, καθώς και οι μαιευτικές επιπλοκές, με κυριότερες τα λιποβαρή έμβρυα, τον πρόωρο τοκετό και το μειωμένο βάρος του νεογέννητου (Hedegaard et al., 1993. Howard, 2005. Jablensky et al., 2005). Οι επιπτώσεις των ψυχωτικών διαταραχών είναι σοβαρότερες και μακροχρόνιες (Klerman, 1983. Rubovits, 1996), κυρίως στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, όπου η δυνατότητα επαρκούς φροντίδας του παιδιού, πλήττεται σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με άλλες διαταραχές (Hipwell & Kumar, 1996).

Οι επιπτώσεις του άγχους και της κατάθλιψης **στο παιδί** ενδέχεται να είναι **μακροπρόθεσμες**. Τα παιδιά αυτά των γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη συνάπτουν ανασφαλή και αποφευκτικό δεσμό και εμφανίζουν μειωμένες γνωστικές, συναισθηματικές, λεκτικές και κοινωνικές δεξιότητες στην πορεία της ανάπτυξής τους (Davey et al., 2011. Lanes et al., 2011). Συγκεκριμένα, τα παιδιά των γυναικών που εμφάνισαν συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης κατά την κύηση και στους πρώτους

μήνες μετά τον τοκετό, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν ψυχιατρικές διαταραχές στην ηλικία των 6 ετών, ή και σε μεγαλύτερη ηλικία (Santos, 2014), διαταραχές στη συναισθηματική ανάπτυξη (Cooper & Murray, 1996. Cooper & Murray, 1998. Hay et al., 2001), προβλήματα συμπεριφοράς (Schmied, 2013. Huizink et al., 2003. O'Connor et al., 2003. Van den Bergh et al., 2005. NICE, 2007), καθώς και καθυστέρηση στη γνωστική και γλωσσική ανάπτυξη (Field et al., 1988. Alpern et al., 1993. Leadbetter, 1994. O'Connor et al., 2002. Grace et al., 2003. Bennett et al., 2004. Davey et al., 2011. Bauer et al., 2014) και χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης (Blazer et al., 1994. Grace et al., 2003. Schmied, 2013. Deligiannidis και συν, 2014). Διαχρονική έρευνα έχει καταγράψει τις επιπτώσεις του περιγεννητικού άγχους στην ιδιοσυγκρασία του παιδιού στην ηλικία των δύο ετών (Blair et al., 2011 στο Bauer et al., 2014), αλλά και στην εκτελεστική λειτουργικότητά του (executive functioning) στην ηλικία 6-9 ετών (Buss et al., 2011, *αυτόθι*).

Εκτός από τις επιπτώσεις των ψυχιατρικών συμπτωμάτων καθ' αυτών, τα παιδιά μητέρων με κατάθλιψη είναι εκτεθειμένα σε παράπλευρους παράγοντες κινδύνου, όπως χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, μονογονεϊκές οικογένειες, βία και κακοποίηση από κάποιον σύντροφο, νεαρή ή εφηβική ηλικία της μητέρας, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας, χρήση ουσιών, κλπ. (Santos, 2014), που αυξάνουν την επιβάρυνση.

Σε διαχρονική έρευνα που διεξήχθη από την Pawlby, από την εγκυμοσύνη μέχρι και την ηλικία των 16 ετών του παιδιού, φάνηκε ότι τα 2/3 των γυναικών εξακολουθούσαν να έχουν κατάθλιψη για 17 χρόνια, με την πλειονότητα να έχει περισσότερες από μία υποτροπές. Αυτό σημαίνει, ότι τα παιδιά αυτών των γυναικών είχαν περισσότερες πιθανότητες να εκτεθούν στις συνθήκες της ψυχικής διαταραχής αρκετές φορές μέχρι την εφηβεία τους. Το 14% των εφήβων διαγνώστηκαν με κατάθλιψη στην ηλικία των 16 ετών. Όλοι αυτοί οι έφηβοι είχαν εκτεθεί στην κατάθλιψη της μητέρας. Ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης είναι 4,7 φορές μεγαλύτερος στους εφήβους που έχουν εκτεθεί στην μητρική κατάθλιψη σε σύγκριση με όσους δεν έχουν εκτεθεί (Pawlby et al., 2009).

Τα καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα της μητέρας κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, η μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη, καθώς και αγχογόνα γεγονότα ζωής κατά την κύηση, συνδέονται με **προβλήματα υγείας** στην παιδική ηλικία (Schmied, 2013). Οι (O'Connor et al., 2002. Ramchandani et al., 2006. Bauer et al., 2014) εντόπισαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης χρόνιου κοιλιακού άλγους σε παιδιά των οποίων οι μητέρες εμφάνισαν άγχος κατά την περιγεννητική περίοδο. Το άγχος της περιγεννητικής περιόδου έχει επίσης σχετιστεί με το παιδικό άσθμα στην ηλικία των 7 ετών (Cookson et al., 2009, Bauer et al., 2014).

Οι επιπτώσεις των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών στην γυναίκα

Η Confidential Enquiry into Maternal Deaths (CEMD), που αποτελεί το παρατηρητήριο των μητρικών θανάτων στο Ηνωμένο Βασίλειο (Lewis και Drife, 2004), αναφέρει ότι, μέχρι το 2005, οι ψυχιατρικές διαταραχές αποτελούσαν την κύρια αιτία θανάτων των μητέρων σε διάστημα ενός έτους μετά τον τοκετό, με περισσότερους από τους μισούς θανάτους να οφείλονται σε αυτοκτονία. Η πλειονότητα των αυτοκτονιών για τις έγκυες και τις λεχώιδες λαμβάνει χώρα την έκτη εβδομάδα πριν τον τοκετό και τη δωδέκατη μετά τον τοκετό. Σε αντίθεση με άλλες περιόδους, η αυτοκτονία κατά την περίοδο της λοχείας πραγματοποιείται από το 80% των γυναικών με βίαιο τρόπο, με τον απαγχονισμό να προηγείται και την πτώση από ύψος να

ακολουθεί σε συχνότητα. Ελάχιστες ήταν οι περιπτώσεις εμπρόθετου θανάτου από υπερκατανάλωση φαρμακευτικών σκευασμάτων, κάτι που αποτελεί τον «γυναικείο» τρόπο αυτοκτονίας σε άλλες χρονικές περιόδους πλην της λοχείας (Oates, 2009). Στη Μεγάλη Βρετανία η συχνότητα των αυτοκτονιών είναι 0,27 ανά 100.000 γεννήσεων. Παρόλα αυτά, μόνο 20% έως και 40% των γυναικών με καταθλιπτική διαταραχή αναζητούν βοήθεια επαγγελματιών ψυχικής υγείας (McGarry, 2009. Marcus, 2008, στο Hubner-Liebermann, 2012).

Στις πιο πρόσφατες παρατηρήσεις του CEMD καταγράφεται μείωση των αυτοκτονιών, με αποτέλεσμα να βρίσκονται πλέον στη δεύτερη θέση των θανάτων μέχρι και ένα έτος μετά τον τοκετό στο Ηνωμένο Βασίλειο (Lewis, 2007 στο Henshaw et al., 2009). Παρόλο που η αυτοκτονία διεκδικεί τα πρωτεία στα αίτια θανάτου κατά την περιγεννητική περίοδο, το ποσοστό των αυτοκτονιών είναι χαμηλότερο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό των γυναικών (Appleby, 1992 και Appleby et al., 1998 στο NICE, 2007), με τα ποσοστά να αυξάνονται σε νέες γυναίκες που είχαν την εμπειρία διακοπής της κύησης (Gissler et al., 2005).

Πρέπει να σημειωθεί ότι το 80% των μητέρων που αυτοκτόνησαν, είχαν ψυχιατρικό ιστορικό σοβαρής διαταραχής, επαφή στο παρελθόν με κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας ή εισαγωγή σε ψυχιατρικό τμήμα. Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου δεν είχαν εντοπισθεί κατά τη διάρκεια της κύησης, ώστε να πραγματοποιηθούν εγκαίρως οι κατάλληλες παρεμβάσεις. Οι γυναίκες αυτοκτόνησαν το πρώτο τρίμηνο μετά τον τοκετό, ενώ για καμία από αυτές δεν είχε γίνει αντιληπτή η ραγδαία επιδείνωση, ώστε να παραπεμφθεί σε κάποιον ειδικό (Henshaw et al., 2009).

Πέραν της αυτοκτονίας, που αποτελεί την σοβαρή επίπτωση των ΠΨΔ, μια από τις πιο σημαντικές επιπτώσεις των ΠΨΔ είναι η **παγίωση** αυτών και, εν τέλει η **χρονιότητα**. Σύμφωνα με τα πορίσματα των ερευνών, οι γυναίκες που εμφανίζουν κατάθλιψη και άγχος κατά την κύηση έχουν δεκαπλάσια πιθανότητα **υποτροπής** στο μέλλον σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Ο κίνδυνος αφορά όχι μόνο τις υποτροπές, αλλά και το ενδεχόμενο παγίωσης των **συναισθηματικών και αγχωδών ψυχικών διαταραχών** (McMahon et al., 2005. Dipietro, 2008. Davey et al., 2011. Meltzer-Brody & Stuebe, 2014). Οι συνέπειες δεν πλήττουν μόνο την ψυχική υγεία της γυναίκας, αλλά φαίνεται να συνδέονται τόσο με επιπλοκές στην εγκυμοσύνη και στον τοκετό, όσο και με δυσκολίες στην έναρξη και τη διάρκεια του θηλασμού (Lobel et al., 1992. Wadhwa et al., 1993. Lou et al., 1994. Bonari et al., 2004. Meltzer-Brody & Stuebe, 2014).

Για την πορεία και την ένταση των συμπτωμάτων, αποτελέσματα ερευνών αναφέρουν ότι η ένταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι μεγαλύτερη τους πρώτους μήνες μετά τον τοκετό, αλλά φθίνει σταδιακά για ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών. Σε αρκετές περιπτώσεις τα καταθλιπτικά συμπτώματα επιμένουν τον πρώτο ή και τον δεύτερο χρόνο μετά τον τοκετό, χωρίς ιδιαίτερη αλλαγή στην έντασή τους (Goodman, 2004). Μάλιστα, οι Campbell και Cohn (1997) βρήκαν ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης, είτε κλινικής είτε υποκλινικής, είναι παρόντα στο δείγμα ακόμα και δύο έτη μετά τον τοκετό (στο Goodman, 2004), ενώ άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι υπάρχει κίνδυνος παγίωσης της διαταραχής ή της επανεμφάνισής της σε επόμενη εγκυμοσύνη ή και λοχεία (Cox et al., 1987), ιδίως σε περιπτώσεις τραυματικού τοκετού, βίωμα που δημιουργεί αρνητικές επιπτώσεις στην επόμενη κύηση (Allen, 1998. Soet, et al., 2003. Davies et al., 2008. Bauer et al., 2014). Συγκεκριμένα, εμπειρίες όπως αυτή του πρόωρου τοκετού, της πρόκλησης και της καισαρικής τομής, είναι πιθανό να βιωθούν από τις γυναίκες ως τραυματικές. Η έρευνα στο συγκεκριμένο πεδίο δεν έχει καταλήξει στο αν η ύπαρξη προγεννητικής κατάθλιψης συνιστά αιτιολογικό παράγοντα για τη βίωση του τοκετού ως τραυματική εμπειρία ή αν η εμπειρία καθ' αυτή θα μπορούσε να είναι τραυματική, ανεξάρτητα με την ύπαρξη ή όχι

καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην κύηση.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία φάνηκε ότι οι γυναίκες που έχουν αποκτήσει μόνο ένα παιδί, εμφανίζουν σε πολύ υψηλότερο ποσοστό συμπτώματα κατάθλιψης, σε διάστημα τέσσερα χρόνια μετά τον τοκετό, παρά σε προηγούμενες φάσεις από τον τοκετό μέχρι και το διάστημα αυτό. Η έρευνα καταλήγει ότι η μητρική κατάθλιψη είναι πιο συχνή στα τέσσερα χρόνια μετά τον τοκετό σε σύγκριση με τους πρώτους 12 μήνες, στις γυναίκες με 1 παιδί (Woolhouse, 2014), συνηγορώντας προς την παγίωση και τη χρονιότητα, αν η διαταραχή δεν τύχει κατάλληλης παρέμβασης. Σε ανασκόπηση των διαχρονικών ερευνών που πραγματοποιήθηκε το 2013 φαίνεται ότι, στις περιπτώσεις μειζόνων επεισοδίων (κατάθλιψης ή άγχους) κατά την κύηση, υπάρχει 4 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος για παγίωση της διαταραχής και 8 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος για κακή κατάσταση γενικότερης υγείας σε 14, ακόμα και σε 25 έτη μετά τον τοκετό (Schmied, 2013).

Διαχρονική έρευνα σε γυναίκες που εκδήλωσαν το πρώτο επεισόδιο **ψύχωσης** μετά τον τοκετό υπολογίζει ότι υπάρχει πιθανότητα 9,7% υποτροπής για τα επόμενα δέκα χρόνια (Robertson et al., 2005, στο Bauer et al., 2014). Αυξημένο είναι επίσης το ποσοστό αυτοκτονιών και ο κίνδυνος όχι μόνο της υποτροπής, αλλά και της παγίωσης και της χρονιότητας της ψύχωσης (Hedegaard et al., 1993. Lewis et al., 2004. Howard, 2005. Jablensky et al., 2005). Φαίνεται ότι η σοβαρότητα του επεισοδίου που αντιμετωπίζει η γυναίκα επιδρά στην απόφασή της να κάνει δεύτερο παιδί. Στις περιπτώσεις για παράδειγμα της επιλόχειας ψύχωσης, ένα ποσοστό μεταξύ 40% και 70% των γυναικών αποφεύγουν να κάνουν δεύτερο παιδί, στην προσπάθειά τους να αποφύγουν μια υποτροπή (Bauer et al., 2014).

Έρευνες υποστηρίζουν τη σύνδεση των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών γενικότερα, όχι μόνο με τη χρονιότητα και τις υποτροπές στο εν λόγω φάσμα, αλλά και με επακόλουθες καρδιομεταβολικές ασθένειες, μέσω της αλληλεπίδρασης νευροενδοκρινολογικών μηχανισμών, διαταραχών στον ύπνο (Taveras et al., 2011) και των επιπτώσεων των ψυχικών διαταραχών στην υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας (Meltzer-Brody & Stuebe, 2014). Επιπλέον, σύγχρονες διαχρονικές έρευνες επισύρουν την προσοχή στη σχέση της προγεννητικής κατάθλιψης και του άγχους στη διατήρηση των κιλών της εγκυμοσύνης, έως και τρία χρόνια μετά τον τοκετό, με επιπτώσεις και στον μεταβολισμό της γυναίκας (Herring et al., 2008. Taveras et al., 2011. Bogaerts et al., 2013). Η σχέση των ΠΨΔ με τη γενική υγεία, συνιστά ένα πεδίο που χρήζει περαιτέρω έρευνας.

Επιπτώσεις στη σχέση με το σύντροφο και την οικογένεια

Οι επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών πλήττουν και τους συζύγους των γυναικών, οι οποίοι αφενός νιώθουν απόρριψη από τη σύζυγο, αφετέρου δυσκολεύονται να κατανοήσουν την κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Η σχέση του ζευγαριού υφίσταται ρήξη, που σε αρκετές περιπτώσεις δεν εξομαλύνεται (Chiariello και Orvaschel, 1995). Ακόμα και η εμπειρία ενός τραυματικού τοκετού ενέχει κίνδυνο για τις σχέσεις της οικογένειας (Allen, 1998. Soet et al. 2003. Davies et al. 2008).

Υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της απουσίας ικανοποίησης από τη συζυγική σχέση και της εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η αλληλεπίδραση του ζευγαριού, όταν ο ένας από τους δύο συντρόφους πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή εμπεριέχει περισσότερα επεισόδια συγκρούσεων και έντασης. Οι Gotlib και Hammen κατέγραψαν έναν αρνητικό τρόπο έκφρασης των συναισθημάτων, που φαίνεται να οδηγεί σε ένα φαύλο κύκλο απογοήτευσης (Hanley, 2009).

Η έρευνα για τις περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές έχει αρχίσει να στρέφεται στην ανίχνευση συμπτωμάτων και στους υποψήφιους πατέρες. Οι περισσότεροι άντρες

κατορθώνουν να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στη μετάβασή τους στην πατρότητα. Ωστόσο, ένα ποσοστό μέχρι και 30% των αντρών ενδέχεται να εμφανίσουν κάποια συμπτώματα από το καταθλιπτικό ή το αγχώδες φάσμα (Huang και Warner, 2005).

Αιτιολογία των Περιγεννητικών Ψυχικών Διαταραχών

Η αιτιογένεση των ψυχικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο είναι πολυπαραγοντική. Τόσο η επιδημιολογικές όσο και οι έρευνες μετα-ανάλυσης, αναδεικνύουν την πολύπλοκη αλληλεπίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων, βιωμάτων, κοινωνικών συνιστωσών, αλλά και υποκειμενικών, όπως για παράδειγμα ο τρόπος που η γυναίκα αντιλαμβάνεται αυτά που της συμβαίνουν, παράγοντες δηλαδή που αφορούν την προσωπικότητα (O' Hara & Swain, 1996. Ross et al., 2004. Bilszta et al., 2008). Στρεσογόνοι παράγοντες όπως οι ορμονικές διακυμάνσεις, η στέρηση ύπνου και η φροντίδα του νεογνού μπορεί να αποκαλύψουν μια λανθάνουσα ψυχική ευαλωτότητα και να πυροδοτήσουν την εκδήλωση κάποιας περιγεννητικής ψυχικής διαταραχής (Meltzer-Brody και Stuebe, 2014).

Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών βασίζεται στην ανίχνευση των παραγόντων εκείνων που ασκούν καθοριστική επίδραση στην γένεση και εμφάνιση των διαταραχών (risk factors). Οι παράγοντες κινδύνου συνιστούν προδιαθεσικούς παράγοντες, εφόσον σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης της διαταραχής, με μεγαλύτερη σοβαρότητα και διάρκεια των συμπτωμάτων. Από την άλλη, οι προστατευτικοί παράγοντες είναι αυτοί που αυξάνουν την ανθεκτικότητα των ατόμων στους παράγοντες κινδύνου και τις διαταραχές. Μπορούν να τροποποιούν, να βελτιώνουν ή να αλλάζουν την απάντηση του ατόμου στους περιβαλλοντικούς κινδύνους, που προδιαθέτουν σε ένα δυσπροσαρμοστικό αποτέλεσμα (WHO, 2004). Οι παράγοντες κινδύνου και οι υποστηρικτικοί παράγοντες μπορεί να είναι ατομικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοί, οικονομικοί ή περιβαλλοντικοί.

Εξαιτίας των σοβαρών επιπτώσεων που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές στην περιγεννητική περίοδο, ένας από τους πλέον επιθυμητούς στόχους είναι ο εντοπισμός των γυναικών που αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο να εκδηλώσουν ψυχικές διαταραχές, καθώς και όσων ήδη πάσχουν από αυτές. Από τη στιγμή που εντοπίζονται οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται σημαντικά με την εκδήλωση κάποιας διαταραχής, διευκολύνεται η δημιουργία αξιόπιστων και έγκυρων εργαλείων και παρεμβάσεων για την ανίχνευσή τους.

Τα τελευταία 30 χρόνια, η έρευνα για τους παράγοντες κινδύνου που συνδέονται κυρίως με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, είναι εκτεταμένη. Οι έρευνες μέχρι το 2003 ανιχνεύουν τους παράγοντες κινδύνου που συγκεντρώνουν οι γυναίκες πριν τον τοκετό (antenatal risk factors). Από το 2003 και μετά, στις έρευνες αρχίζουν να συμπεριλαμβάνονται παράγοντες κινδύνου που κάνουν για πρώτη φορά την εμφάνισή τους στον τοκετό ή και μετά από αυτόν, για παράδειγμα κάποιες επιπλοκές κατά τον τοκετό ή η εκτιμώμενη συμπεριφορά του νεογνού (Webster & Pritchard, 2003). Έχουν επίσης πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες μετα-ανάλυσης και ανασκοπήσεις, με στόχο κυρίως τη συσσώρευση των αποτελεσμάτων μεμονωμένων ερευνών και την ιεράρχηση των πιο σημαντικών παραγόντων για την εκδήλωση της διαταραχής. Παρ' όλες τις διαφορές στη μεθοδολογία, τα αποτελέσματα των ερευνών συνήθως συμφωνούν για την επικινδυνότητα συγκεκριμένων παραγόντων (O'Hara & Swain, 1996. Beck, 2001. Ross et al., 2004. Οι παράγοντες που έχουν μέση έως και ισχυρή συσχέτιση με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης είναι το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό κατάθλιψης, τα συμπτώματα κατάθλιψης ή και άγχους κατά την κύηση, ο νευρωτισμός, το χαμηλό αυτοσυναίσθημα, η επιλόχεια δυσφορία, τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, τα προβλήματα στη σχέση με τον σύζυγο και η απουσία

κοινωνικής στήριξης. Παράγοντες με μικρότερη συσχέτιση είναι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η απουσία συντρόφου, η ανεπιθύμητη κύηση, μαιευτικοί παράγοντες και η δύσκολη ιδιοσυγκρασία του βρέφους (O'Hara et al., 2014)

Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης σύμφωνα με τον Antenatal and Postnatal Mental Health, The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance

- Καταθλιπτική διάθεση κατά την κύηση Κατάθλιψη κατά την κύηση Προγεννητικό άγχος
- Κοινωνική υποστήριξη Πρόσφατα γεγονότα ζωής Ατομικό ιστορικό κατάθλιψης Ατομικό ψυχιατρικό ιστορικό Αυτοσυναίσθημα
- Άγχος για τη φροντίδα του βρέφους
- Σχέση με τον σύζυγο
- Νευρωτισμός
- Επιπλοκές κατά τον τοκετό
- Διαφωνίες στη συζυγική σχέση
- Μαιευτικοί παράγοντες
- Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες
- Οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης

Η πιο πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την επικράτηση και τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την επιλόχεια κατάθλιψη, δημοσιεύτηκε το 2015 από τους Norhayati και συνεργάτες. Συμπεριλήφθηκαν σε αυτήν 202 έρευνες που δημοσιεύθηκαν στα Αγγλικά από το 2005 έως και το 2014. Κατά τη δεκαετία αυτή πραγματοποιήθηκαν 191 έρευνες που χρησιμοποίησαν αυτοσυμπληρούμενα ψυχομετρικά εργαλεία, και η πλειοψηφία τους πραγματοποιήθηκε σε αναπτυγμένες χώρες. Σύμφωνα με την ανασκόπηση, οι παράγοντες με την ισχυρότερη προβλεπτική ισχύ για την εμφάνιση επιλόχειας διαταραχής είναι η προγεννητική κατάθλιψη, το άγχος, η ύπαρξη προηγούμενου ψυχιατρικού ιστορικού, οι δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγο, καθώς και στρεσογόνα γεγονότα ζωής. Οι προαναφερθέντες παράγοντες είναι εξίσου σημαντικοί στις αναπτυγμένες και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Τέλος, φαίνεται ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στην επιλόχεια κατάθλιψη και τη σεξουαλική, σωματική ή ψυχολογική βία (Norhayati et al., 2015).

Οι σύγχρονες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Αφρική, την Άπω ανατολή και τη Μέση Ανατολή, καταγράφουν παρόμοια ποσοστά εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης με τις Δυτικές κοινωνίες. Κάποια διαφοροποίηση παρατηρείται στους προβλεπτικούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων το φύλο του παιδιού, η πολυτοκία και οι δυσμενείς συνθήκες στέγασης (Gonidakis et al., 2008).

Μπορούμε να ταξινομήσουμε τους παράγοντες κινδύνου ως εξής:

1. Παρουσία συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής κατά την κύηση

Η πλειονότητα των ερευνών για τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης συγκλίνουν στο ότι η **παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης** (Gaillard et al., 2014) και **άγχους** (Grussu et al., 2009), **κατά τη διάρκεια της κύησης**

(Grant et al., 2008) αποτελούν τους παράγοντες με την ισχυρότερη προβλεπτική ισχύ (O' Hara, 1996. Robertson, 2004. Norhayati et al., 2015). Μάλιστα, η προγεννητική κατάθλιψη σε συνδυασμό με την ύπαρξη προηγούμενου ψυχιατρικού ιστορικού και με την απουσία υποστήριξης από τον σύντροφο, συνιστούν ένα παράγοντα με την υψηλότερη προβλεπτική ισχύ (Milgrom et al., 2008).

Εξαιτίας αυτού του ευρήματος, οι περισσότερες έρευνες προτείνουν ότι θα πρέπει να πραγματοποιείται ανίχνευση της **κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της κύησης και μάλιστα στο τελευταίο τρίμηνο**, που είναι ενδεικτικό (Josefsson et al., 2001).

Σε έρευνα που διεξήχθη από τους Records και Rice (2007), διαπιστώθηκε ότι στο τρίτο τρίμηνο της κύησης η καταθλιπτική διάθεση η οποία δεν πληροί διαγνωστικά κριτήρια μείζονος επεισοδίου, συνιστά υποτροπή συμπτωμάτων που εμφανίστηκαν αρχικά στο πρώτο τρίμηνο, ως αποτέλεσμα της παρουσίας δυσκολιών στη σχέση με τον σύζυγο και ελλειπών κοινωνικής υποστήριξης.

Η εμφάνιση συμπτωμάτων κατά την κύηση έχει συνδεθεί με χαμηλό αυτοσυναίσθημα, άγχος, απουσία επαρκούς κοινωνικής υποστήριξης, αρνητικές πεποιθήσεις, σημαντικά γεγονότα ζωής, χαμηλό εισόδημα και ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία (Leigh et al., 2008).

Ειδικά το **άγχος** κατά την περίοδο της κύησης αποτελεί ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Αποτελέσματα έρευνας δείχνουν ότι οι γυναίκες με υψηλά επίπεδα προγεννητικού άγχους έχουν 2,6 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη από όσες δεν βιώνουν άγχος, ακόμα και όταν ελεγχθούν οι παρεμβαλλόμενες μεταβλητές, όπως η προγεννητική κατάθλιψη (Austin et al., 2007). Μάλιστα, συχνά το προγεννητικό άγχος, ως παράγοντας κινδύνου, επικαλύπτει την κατάθλιψη (Heron et al., 2004).

Οι **δυσκολίες με τον ύπνο** αποτελούν σύμπτωμα της κατάθλιψης που ενδέχεται να προηγείται αυτής. Οι γυναίκες συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τον ύπνο κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, και συγκεκριμένα το τελευταίο τρίμηνο, αλλά και μετά τον τοκετό. Έχουν συστηματικές αφυπνίσεις, διακοπτόμενο ύπνο, στέρηση ύπνου που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και αργότερα με τη φροντίδα του βρέφους (Bei et al., 2010). Στον βαθμό που στην περιγεννητική περίοδο υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για την εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών, η στέρηση ύπνου ενδέχεται να επηρεάσει προς αυτή την κατεύθυνση. Ο κίνδυνος κατάθλιψης είναι διπλάσιος σε περιπτώσεις που τα άτομα πάσχουν από αϋπνία (Baglioni et al., 2011). Στην έρευνα του (Dørheim, 2014) φαίνεται ότι ο ύπνος και οι διαταραχές αυτού κατά την κύηση, με σημαντικότερη την αϋπνία, συνιστούν παράγοντες κινδύνου για την επανεμφάνιση κατάθλιψης κατά τη λοχεία, σε γυναίκες που είχαν αντιμετωπίσει κατάθλιψη στο παρελθόν, όχι όμως σε όσες δεν είχαν ψυχιατρικό ιστορικό.

2. Προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό

Η ύπαρξη προηγούμενου ατομικού ψυχιατρικού ιστορικού **συμπεριλαμβανόμενης και της κατάθλιψης**, αποτελεί έναν από τους παράγοντες με τη μεγαλύτερη προγνωστική ισχύ για την εμφάνιση διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο (O' Hara, 1996. Robertson, 2004. Boyce και Hickey, 2005. Chee et al., 2005). Σε ανασκόπηση των διαχρονικών ερευνών που πραγματοποιήθηκε το

2013, βρέθηκε ότι η ύπαρξη προηγούμενου ιστορικού κατάθλιψης συνιστά παράγοντα με πολύ υψηλή προγνωστική ισχύ για την εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης μετά τον τοκετό (Schmied et al., 2013). Υποστηρίζεται ότι οι γυναίκες που είχαν οποιοδήποτε ψυχιατρικό ιστορικό στο παρελθόν έχουν τετραπλάσια πιθανότητα να εκδηλώσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία μετά τον τοκετό (Dennis et al., 2006), ενώ ο κίνδυνος εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης φαίνεται να εξαρτάται από **τη σοβαρότητα και τη διάρκεια του προηγούμενου επεισοδίου** (Elliott et al. 2000). Επίσης, έχει βρεθεί ότι οι

γυναίκες που αντιμετωπίζουν προεμμηνορρυσιακά συμπτώματα έχουν αυξημένη πιθανότητα να εκδηλώσουν επιλόχεια κατάθλιψη (Ryan, 2005).

Η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού ψυχικής νόσου φαίνεται να σχετίζεται σε μικρό βαθμό με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, ενώ υπάρχουν έρευνες που δεν επιβεβαιώνουν την ισχύ της ως προβλεπτικού παράγοντα (Dennis et al., 2006).

3. Υποστηρικτικό Δίκτυο - Σχέση με τον Σύζυγο/Σύντροφο

Παρόλο που η αιτιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης είναι πολυπαραγοντική, η απουσία της κοινωνικής υποστήριξης αποτελεί παράγοντα που συνδέεται σταθερά και ανεξάρτητα με την επιλόχεια κατάθλιψη (Norhayati et al., 2015). Οι θετικές διαπροσωπικές σχέσεις φαίνεται ότι συγκροτούν ένα υποστηρικτικό δίκτυο που επηρεάζει σημαντικά την περιγεννητική ψυχική υγεία. Η υποστήριξη από το στενό οικογενειακό ή το ευρύτερο περιβάλλον, δρα ως διαμεσολαβητικός παράγοντας στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, είτε μειώνοντας τα καταθλιπτικά συμπτώματα καθ' αυτά, είτε μειώνοντας τις συνέπειες των ψυχοπαιστικών γεγονότων της ζωής (life events) και την ευαλωτότητα της γυναίκας. Η παρουσία υποστήριξης ακόμα και από φίλους, αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για την εμφάνιση επιλόχειας διαταραχής (Grussu et al., 2009).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι, κατά τη μετάβαση στη γονεϊκότητα, τα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης, σχετίζονται με καλύτερη ψυχική υγεία της μητέρας, επομένως και με την αναφορά λιγότερων καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Bilszta et al., 2008). Γενικά, η απουσία κοινωνικής υποστήριξης καθώς και **η υποκειμενική αίσθηση της κοινωνικής απομόνωσης** και της μειωμένης υποστήριξης από τον περίγυρο, είναι παράγοντες που ανιχνεύονται στις γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη, ενώ απουσιάζουν από τις γυναίκες που δεν εμφανίζουν αντίστοιχα συμπτώματα (O' Hara, 1996. Robertson, 2004. Deng, 2014). Η απουσία κοινωνικής υποστήριξης φαίνεται να αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, ανεξάρτητα με την εθνικότητα (Norhayati et al., 2015).

Σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας είναι και η παρουσία **ενδοοικογενειακής βίας** (Dennis & Vigod, 2013). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κίνα, φαίνεται ότι η απουσία υποστήριξης (πρακτικής βοήθειας, υλικής βοήθειας, αλλά και σεβασμού και συναισθηματικής υποστήριξης) μετά τον τοκετό, επιβαρύνει περισσότερο και συνδέεται πιο συστηματικά με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, σε σύγκριση με την απουσία υποστήριξης κατά την εγκυμοσύνη (Xie et al., 2009). Η ποιότητα στο γάμο και η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης είναι σημαντικοί παράγοντες για την εκτίμηση της επικινδυνότητας για την εμφάνιση κατάθλιψης (Diaz et al., 2007). Σε ανασκόπηση των ερευνών που πραγματοποιήθηκε από τον Norhayati et al., (2015) η ενδοοικογενειακή βία, η ανεργία και το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο του συζύγου, οι κακές συνθήκες διαβίωσης και η πολυγαμία, φαίνεται να αποτελούν επιπλέον παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την επιλόχεια κατάθλιψη στις **αναπτυσσόμενες χώρες**.

Ενδιαφέρον προκαλεί το εύρημα ότι, χαρακτηριστικά που αφορούν τον αστικό τρόπο ζωής, σε αντίθεση με τη ζωή στις παραδοσιακές κοινωνίες, εντείνουν την εκδήλωση επιλόχειων συμπτωμάτων. Μάλιστα, ανάμεσα στο 1980-90 είχε διατυπωθεί η υπόθεση ότι η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται πιο συχνά στις αστικές – δυτικές κοινωνίες, ως αποτέλεσμα της μεταστροφής από την παραδοσιακή και εκτεταμένη οικογένεια στην πυρηνική, καθώς και της ιατροποίησης του τοκετού, που απομακρύνει τις γυναίκες από τις συνήθειες και τα παραδοσιακά έθιμα ή τις τελετουργίες, τα οποία δρούσαν προστατευτικά στον τοκετό και τη λοχεία (Youn & Jeong, 2013). Για παράδειγμα, στις μη αστικές περιοχές της Κίνας η λεχωίδα παραμένει

στο κρεβάτι και ξεκουράζεται τις πρώτες τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό, ενώ οι δουλειές του σπιτιού και η φροντίδα του βρέφους διεκπεραιώνονται από τη μητέρα της γυναίκας ή άλλες συγγενείς. Η αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία που παρατηρείται στις αστικές περιοχές της Κίνας, αποδίδεται εν μέρει και στην απουσία υποστηρικτικού δικτύου (Deng, 2014).

Κάποιες έρευνες αναδεικνύουν τη σχέση με τη μητέρα του συζύγου σαν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης (Deng, 2014). Υπάρχουν ενδείξεις ότι, η ενθάρρυνση της παραμονής της λεχωίδα στο σπίτι, αλλά και η παρουσία στο σπίτι συγγενών προκειμένου να τη βοηθήσουν, ενδέχεται εν τέλει να μη δράσει υποστηρικτικά, αλλά να οδηγήσει στη δημιουργία συγκρούσεων και αμφιθυμίας αναφορικά με την ανατροφή του παιδιού. Αφενός οι συγγενείς βοηθούν τη νέα μητέρα, αφετέρου όμως μπορεί και να της προκαλούν δυσφορία, κυρίως αν δεν προϋπάρχει μια θετική διαπροσωπική σχέση μεταξύ τους (Chee et al., 2005).

Παρόλο που η Ελλάδα συμπεριλαμβάνεται στις Δυτικού τύπου οργανωμένες κοινωνίες, οι δεσμοί με το παραδοσιακό στοιχείο είναι ακόμα ισχυροί, όπως συμβαίνει και σε άλλες Δυτικές χώρες, για παράδειγμα την Ισπανία ή την Ιταλία. Τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό συχνά η λεχωίδα απολαμβάνει τη φροντίδα της μητέρας της ή και της πεθεράς της. Σε αρκετές περιπτώσεις οι γυναίκες αυτές διαμένουν στο σπίτι μαζί με το ζευγάρι για να βοηθούν τη λεχωίδα. Εξαιτίας του ότι οι γυναίκες νιώθουν ευάλωτες σωματικά αλλά και ψυχικά μετά τον τοκετό, η παρουσία ενός **υποστηρικτικού συντρόφου** λειτουργεί ψυχοπροφυλακτικά ενάντια στις δυσκολίες και την πίεση που δημιουργεί η μετάβαση στη μητρότητα (Bilszta et al., 2008). Τα προβλήματα στη σχέση με τον σύζυγο, που αποτελεί το κατεξοχήν θεμιτό υποστηρικτικό πλαίσιο για τη γυναίκα, φαίνεται ότι αυξάνουν τον κίνδυνο για προγεννητική (Eberhard-Gran et al., 2002) αλλά και για επιλόχεια κατάθλιψη (Boyce & Hickey, 2005.). Οι γυναίκες που εμφανίζουν κατάθλιψη μετά τον τοκετό, αναφέρουν μη ικανοποιητική σχέση με τους συζύγους (Ροζαν, 2013), τους οποίους θεωρούν ανεπαρκείς, όσον αφορά την παροχή πρακτικής και συναισθηματικής υποστήριξης (O'Hara, 1986). Η αρνητική αντίδραση του συντρόφου στην εγκυμοσύνη θεωρείται επίσης προβλεπτικός παράγοντας της εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις γυναίκες (Bilszta et al., 2008). Παρόλο που κάποια πορίσματα αναδεικνύουν την απουσία του συντρόφου, δηλαδή τη **μονογενεϊκή οικογένεια**, ως παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Webster et al., 1994), υπάρχουν ευρήματα που υποστηρίζουν ότι, η ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση είναι ο παράγοντας που δρα διαμεσολαβητικά στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην εγκυμοσύνη, και όχι τόσο η παρουσία ή η απουσία του συντρόφου αυτή καθ' αυτή (Bilszta et al., 2008).

4. Γεγονότα ζωής (Life events)

Σημαντική είναι, επίσης, και η σχέση σημαντικών **γεγονότων ζωής** και εμπειριών, όπως ο θάνατος αγαπημένου προσώπου, ο χωρισμός ή το διαζύγιο, η απόλυση από την εργασία, η αλλαγή τόπου κατοικίας, κλπ., με την εμφάνιση άγχους ή την έκλυση καταθλιπτικού επεισοδίου σε άτομα που δεν είχαν προηγούμενο ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής (O' Hara, 1996. Robertson, 2004).

Οι Boyce και Hickey (2005) επισημαίνουν την αθροιστική επίδραση περισσότερων του ενός στρεσογόνων γεγονότων ζωής που αντιμετώπισε η γυναίκα τον χρόνο που προηγήθηκε της κύησης. Σε πιο πρόσφατη έρευνα φάνηκε ότι, **τα γεγονότα ζωής που αφορούν την κύηση**, (παραδείγματος χάρι, οι ιατρικές εξετάσεις για την υγεία του εμβρύου, η πιθανότητα αναπτυξιακών ανωμαλιών, οι αιμορραγίες ή άλλες επιπλοκές που μπορεί να οδηγήσουν σε τερματισμό της κύησης), αυξάνουν τα επίπεδα του άγχους. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα φαίνεται ότι αυξάνονται όταν η γυναίκα έρχεται αντιμέτωπη με **γεγονότα ζωής που δεν αφορούν την κύηση**. Τα παραπάνω

δεν φαίνεται να επηρεάζονται από χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή παιδικά τραύματα (Meijer et al., 2014).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 3.011 γυναικών στη Σουηδία, φάνηκε ότι, δύο ή περισσότερα γεγονότα ζωής κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους όπως, μη επιθυμητή σύλληψη, προηγούμενη αποβολή ή αρνητική εμπειρία τοκετού, είναι προβλεπτικοί παράγοντες της επιλόχειας κατάθλιψης (Rubertsson, Waldenstrom, Wickberg, 2003). Τα οικονομικά προβλήματα εντοπίστηκαν επίσης σαν στρεσογόνα γεγονότα ζωής (Marcus et al., 2003; Seguin, Potvin, St. Denis, & Jacinthe, 1995, στο Records και Rice, 2007). Ωστόσο, κάποιοι ερευνητές θεωρούν ότι όλα τα άτομα βιώνουν στρεσογόνα γεγονότα ζωής, των οποίων η επίπτωση τελικά φαίνεται να επηρεάζεται από την προσαρμοστική ικανότητα του κάθε ατόμου καθώς και το υποστηρικτικό του δίκτυο, παράγοντες που φαίνεται να δρουν διαμεσολαβητικά (Marcus et al., 2003; Rubertsson & Waldenstrom, 2003; Seguin et al., 1995, στο Records και Rice, 2007). Τέλος, υποστηρίζεται ότι τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής είναι ισχυρός προγνωστικός παράγοντας όχι μόνο για την επιλόχεια, αλλά και για την προγεννητική κατάθλιψη (Eberhard-Gran et al., 2002).

5. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας

Η ευάλωτη προσωπικότητα θεωρείται σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης (Boyce & Hickey, 2005).

Ο **νευρωτισμός**, σαν στοιχείο της προσωπικότητας, έχει μικρή έως μέση προγνωστική ισχύ για την εμφάνιση επιλόχειων συναισθηματικών διαταραχών. Ο νευρωτισμός συνδέεται άμεσα με το άγχος, που δεν επιτρέπει στο άτομο να είναι λειτουργικό ως προς τις σχέσεις και την κοινωνικότητα. Αφορά άτομα που ανησυχούν αρκετά, είναι νευρικά, ντροπαλά, απαισιόδοξα, και διέπονται από μηρυκασμό στη σκέψη. Οι γυναίκες που, ως προσωπικότητες χαρακτηρίζονται από τα στοιχεία αυτά, είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν επιλόχεια διαταραχή (Robertson, 2004).

Η **αίσθηση αναποτελεσματικότητας και ανεπάρκειας** συνδέεται επίσης με την εμφάνιση επιλόχειων διαταραχών (Howell et al., 2006). Το 2005 πραγματοποιήθηκε έρευνα από τους Church και συνεργάτες, με στόχο τη διερεύνηση του διαμεσολαβητικού ρόλου που ενδέχεται να έχουν διάφορες δυσλειτουργικές αντιλήψεις σε παράγοντες που έχουν συνδεθεί με την επιλόχεια κατάθλιψη. Ως αποτέλεσμα βρέθηκε ότι δυσλειτουργικά γνωσιακά σχήματα ή οι στάσεις που αφορούν τη μητρότητα, δρουν ως διαμεσολαβητές ανάμεσα στην επιλόχεια κατάθλιψη και τα προβλήματα με το μωρό. Αντίστοιχα, βρέθηκε ότι γενικά δυσλειτουργικά γνωσιακά σχήματα (απόλυτος τρόπος σκέψης ή και τελειοθιρία) διαμεσολαβούν τη σχέση προηγούμενης και επιλόχειας κατάθλιψης. Τέλος, φαίνεται ότι η σχέση ευαλωτότητας και κατάθλιψης διαμεσολαβείται από δυσλειτουργικά γνωσιακά σχήματα γενικά ή και σχετικά με τη μητρότητα (Church et al., 2005).

6. Μαιευτικοί και Γυναικολογικοί Παράγοντες

Ο βαθμός συσχέτισης των μαιευτικών παραγόντων με την επιλόχεια κατάθλιψη είναι ασαφής και αμφιλεγόμενος. Σύμφωνα με πορίσματα ερευνών που έχουν διεξαχθεί σε **αναπτυγμένες χώρες**, η μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη και το είδος του τοκετού συνδέονται σημαντικά με την επιλόχεια κατάθλιψη (Chee et al., 2005). Αμφιλεγόμενα είναι τα πορίσματα των ερευνών που αφορούν το μέγεθος του πόνου κατά τη διάρκεια του τοκετού ή και τη μη προγραμματισμένη καισαρική. Αντίστοιχα, δεν επιβεβαιώνονται από όλες τις έρευνες παράγοντες που αφορούν την απουσία θηλασμού ή της πρόθεσης για θηλασμό, την πολυτοκία και το φύλο του παιδιού.

Τα αποτελέσματα των ερευνών από τις **αναπτυσσόμενες χώρες** είναι

αντιφατικά μόνο ως προς τους παράγοντες που αφορούν το είδος του τοκετού, την πολυτοκία και το φύλο του παιδιού. Η μη προγραμματισμένη κύηση, η μη επιθυμητή σύλληψη, το προηγούμενο ιστορικό απώλειας βρέφους, τα προβλήματα υγείας της εγκύου, φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Επίσης, οι γυναίκες των οποίων τα νεογνά αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, όσες δεν είναι εξοικειωμένες με τη φροντίδα των παιδιών ή δεν τα καταφέρνουν να θηλάσουν, αντιμετωπίζουν κίνδυνο για τη εμφάνιση κατάθλιψης (Norhayati et al., 2015). Ακολουθεί μια συνοπτική αναφορά των ερευνητικών πορισμάτων για τους συγκεκριμένους παράγοντες:

7. Προηγούμενες αμβλώσεις - αποβολές

Η διακοπή κύησης στο παρελθόν, με τη μορφή αμβλώσεως λόγω παθογένειας του εμβρύου, είτε αποβολής, είτε εμβρυικού θανάτου, φαίνεται να συνδέεται με την εμφάνιση θλίψης, μειωμένης διάθεσης και αυξημένου άγχους κατά τη διάρκεια μιας νέας κύησης, αλλά όχι και με την παρουσία ανάλογων συμπτωμάτων μετά τον τοκετό, τα οποία εν τέλει υποχωρούν. Οι γυναίκες με το προαναφερθέν μαιευτικό ιστορικό έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών ή αγχωδών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της νέας κύησης, ακόμα και έπειτα από τον έλεγχο παραγόντων που αφορούν προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό και δημογραφικούς παράγοντες (Chojenta, 2014).

8. Τοκετός

Ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε μικρό δείγμα γυναικών, συνδέει την ικανοποίηση από την εμπειρία του τοκετού με τα συμπτώματα κατάθλιψης τρεις έως έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η δυνατότητα επιλογής της γυναίκας όσον αφορά τον τοκετό αλλά και την παρεχόμενη φροντίδα από τις μαίες και το ιατρικό προσωπικό, φαίνεται να δρα προστατευτικά (Benoit et al., 2007). Σε διαχρονική έρευνα φάνηκε πως η αρνητική εμπειρία του τοκετού συνδέεται σημαντικά με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, αυξάνοντας τα επίπεδα δυσφορίας της νέας μητέρας (Chee et al., 2005).

9. Σωματικά συμπτώματα

Οι γυναίκες που εμφανίζουν **διαταραχές της διάθεσης κατά τη λοχεία**, αναφέρουν ότι υπέφεραν από περισσότερα σωματικά συμπτώματα και άγχος κατά τη διάρκεια της κύησης (Zelkowitz et al., 2008). Ανάλογα, οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη αναφέρουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα στην περίοδο της λοχείας, όπως για παράδειγμα αιμορραγία, πόνους από την καισαρική τομή, ακράτεια ούρων, πόνους στο στήθος, αιμορροΐδες, πονοκεφάλους, πόνους στην πλάτη και τη μέση και τριχόπτωση (Howell et al., 2006). Ανάλογα, οι επιπλοκές που μπορεί να λάβουν χώρα μέχρι και δύο μήνες μετά τον τοκετό, όπως για παράδειγμα φλεγμονές στο στήθος, στο περίνεο, ενδομητρίωση, υπέρταση, κλπ., φαίνεται να αποτελούν εξίσου παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης (Gaillard, 2014).

Από τη μέχρι τώρα έρευνα, δεν καθίσταται σαφές το κατά πόσο τα σωματικά συμπτώματα αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών ή συνιστούν συνοδά συμπτώματα και ενδείξεις της υπερευσθησίας των ψυχικά ευάλωτων γυναικών. Τα σωματικά συμπτώματα κατά την περιγεννητική περίοδο είναι ένα πεδίο που χρήζει περισσότερης διερεύνησης.

10. Διαταραχές Ύπνου

Αρκετές λεχωΐδες δεν έχουν τον χρόνο ή και τη δυνατότητα να κοιμηθούν. Εξαιτίας των αυξημένων απαιτήσεων φροντίδας του βρέφους, ο ύπνος της μητέρας συχνά διαταράσσεται τους πρώτους μήνες μετά τον τοκετό. Έχει υπολογιστεί ότι η αποδοτικότητα του ύπνου (sleep efficiency) στη λοχεία μειώνεται από το 84% που

υπολογίζεται στο τέλος της κύησης, σε 75%. Πρέπει να σημειωθεί ότι και τα δύο ποσοστά συνιστούν διαταραχή στον ύπνο, με κατώφλι για το μη φυσιολογικό, το 85% (Dørheim, 2014). Η προσωπική αίσθηση της λεχιάδας για ελλιπή ύπνο και η ενασχόλησή της με τις επιπτώσεις της στέρησης ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας, είναι αυτή που συνδέεται περισσότερο με τις επιλόχειες διαταραχές στη διάθεση, και όχι τόσο η αντικειμενική ποσότητα και ποιότητα ύπνου. Το εύρημα αυτό αποτελεί ένδειξη για τη σημασία της ψυχολογικής υποστήριξης που χρειάζονται οι γυναίκες, οι οποίες «δοκιμάζονται» από τις αυξημένες απαιτήσεις και τα νέα δεδομένα (Bei et al., 2010). Η έλλειψη ύπνου στη μητέρα έχει συσχετισθεί με την εκτίμησή της ότι βρέφος δεν είναι χαρούμενο (Tikotzky et al., 2010. Dørheim, 2014). Επίσης, ενδέχεται να επηρεάσει τις σχέσεις του ζευγαριού (Insana & Montgomery-Downs, 2012), συνθήκη που ωθεί σε αλυσιδωτή αντίδραση, εφόσον οι δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγο, συνιστούν παράγοντα κινδύνου για την επιλόχεια κατάθλιψη (O'Hara, 2009. Dørheim, 2014). Σύμφωνα με τον Dørheim, (2014) οι διαταραχές στον ύπνο αποτελούν πιο ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα από ό,τι οι αλλαγές στις ορμόνες. Ωστόσο, παρόλο που οι γυναίκες ανέφεραν περισσότερες νυχτερινές αφυπνίσεις διάρκειας άνω των τριάντα λεπτών, οι λεχιάδες τελικά αντιμετώπισαν μικρότερη δυσκολία να αποκοιμηθούν σε σχέση με τις έγκυες. Το εύρημα αποδίδεται στην αύξηση της ανοχής και της αντοχής στις αφυπνίσεις, οι οποίες οφείλονται στο βρέφος, σε σύγκριση με τις αφυπνίσεις και τη δυσκολία ύπνου στο τέλος της κύησης, που οφειλόταν σε άλλους παράγοντες.

11. Παράγοντες που σχετίζονται με το βρέφος

Προβλήματα υγείας του νεογνού. Ακόμα και αν δεν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου στο ιστορικό των γονιών, η νοσηλεία του νεογνού που βρίσκεται σε κατάσταση υψηλού κινδύνου στη μονάδα εντατικής θεραπείας μετά τον τοκετό, συνιστά από μόνη της παράγοντα ικανό να προκαλέσει κατάθλιψη και στους δύο γονείς, αλλά κυρίως στη μητέρα (Gönülal et al., 2014). Τα πορίσματα των ερευνών συμφωνούν ότι, σε περίπτωση που το νεογνό πάσχει από κάποιο πρόβλημα υγείας, ή είναι πρόωρο, είναι πιθανό η μητέρα να βιώσει καταθλιπτικά συμπτώματα (Norhayati et al., 2015). Από την άλλη, τα συμπτώματα της κατάθλιψης συνδέονται και με την αναφορά περισσότερων κολικών του βρέφους (Howell et al., 2006).

Θηλασμός. Ο θηλασμός ενέχει πλήθος πλεονεκτημάτων για το παιδί και τη μητέρα. Αναφορικά με το βρέφος, τα πλεονεκτήματα συνίστανται στην ισχυροποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος και τον περιορισμό νόσησης από μεταδοτικές ασθένειες, μειωμένες πιθανότητες για παχυσαρκία και μειωμένη αρτηριακή πίεση (Horta, Bahl, Martines, Victora, 2007. Duijts et al., 2010. Brion et al., 2011. Dias & Figueiredo, 2015). Ως προς τη μητέρα, τα πλεονεκτήματα περιλαμβάνουν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών ή του μαστού και μειωμένη αρτηριακή πίεση (Ebina & Kashiwakura, 2012, Gonzalez-Jimenez et al., 2013). Εξαιτίας των πλεονεκτημάτων αυτών ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για τη Δημόσια Υγεία και η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής, συνιστούν αποκλειστικό θηλασμό για τους 6 πρώτους μήνες του βρέφους (Cattaneo et al., 2005. WHO, 2007. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe, 2008. Eidelman, 2012). Σύμφωνα με τον Dias, αρκετές μελέτες εντοπίζουν την περιγεννητική κατάθλιψη ως σημαντικό παράγοντα που περιορίζει τόσο την πρόθεση της γυναίκας να θηλάσει, όσο και τη χρονική διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού. Η πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποιεί ο Dias, δείχνει ότι η κατάθλιψη κατά τη κύηση σχετίζεται με μικρότερη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού αλλά δεν επηρεάζει την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει. Από την άλλη, συχνά παρατηρείται αύξηση των

καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως αποτέλεσμα της διακοπής του θηλασμού (Dias & Figueiredo, 2015).

Τα πορίσματα έρευνας που διεξήχθη στην Αυστραλία σε δείγμα 449 γυναικών, δεν επιβεβαιώνουν τη σχέση καταθλιπτικών ή αγχωδών συμπτωμάτων πριν ή μετά τον τοκετό με δυσκολίες στον θηλασμό τις δύο πρώτες βδομάδες της λοχείας, ούτε με την επιθυμία της γυναίκας για πρόωρη διακοπή του θηλασμού. Τα παραπάνω φαίνεται να συνδέονται μόνο με την παρέμβαση του βαθμού δέσμευσης – επένδυσης στον θηλασμό που χαρακτηρίζει τις γυναίκες. Αναλυτικότερα, οι γυναίκες που δίνουν πολύ μεγάλη βαρύτητα στον θηλασμό, ως προϋπόθεση της μητρικής ταυτότητας, είναι πολύ πιο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα ψυχικών διαταραχών, αν σταματήσουν τον θηλασμό στους τρεις μήνες, σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν αντιλαμβάνονται τον θηλασμό ως ίδιον της μητρικής ταυτότητας. Οι γυναίκες που θεωρούν τον θηλασμό ως αναπόσπαστο στοιχείο του μητρικού ρόλου είναι πιθανό να θηλάσουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ακόμα και αν αντιμετωπίζουν δυσκολίες. Επίσης, οι γυναίκες με μικρό βαθμό επένδυσης στον θηλασμό εμφανίζουν αγχώδη συμπτώματα, ακόμα και αν συνεχίζουν να θηλάζουν. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι, αυτό που φαίνεται να καθορίζει την ψυχική ευημερία είναι η συμφωνία των αντιλήψεων για τον θηλασμό, ως προϋπόθεση της μητρικής ταυτότητας, με την απόφασή της αναφορικά με τον θηλασμό. Μια συμφωνία, δηλαδή, αντιλήψεων και συμπεριφοράς (Cook et al., 2007).

Ιδιοσυγκρασία του βρέφους. Σύμφωνα με τους Thomas & Chess ο όρος ιδιοσυγκρασία περιγράφει το στυλ της συμπεριφοράς του βρέφους και της αντίδρασής του στο περιβάλλον, στο (McGrath, 2008). Με βάση τη συγκεκριμένη ιδιοσυγκρασία κάθε βρέφους, θα πρέπει να αναπτυχθεί ένας συγχρονισμός ανάμεσα σε αυτό και τη μητέρα του. Όταν αυτός ο συγχρονισμός απουσιάζει, το βρέφος γίνεται αντιληπτό ως δύσκολο ή εξαιρετικά απαιτητικό από τη μητέρα του (Coplan O'Neil, & Arbeau, 2005, αυτόθι). Η ιδιοσυγκρασία του βρέφους αφορά την αντίληψη και την εκτίμηση που έχουν οι μητέρες για το παιδί τους. Πρόκειται λοιπόν για μια αναφορά των μητέρων. Η κατανόηση της αντίληψης της μητέρας για την ιδιοσυγκρασία του παιδιού της, μπορεί να μας δώσει πληροφορίες για τις προσδοκίες της και το κατά πόσον αυτές έχουν ικανοποιηθεί. Η ιδιοσυγκρασία του βρέφους φαίνεται ότι συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι προσδοκίες της γυναίκας από τη μητρότητα φαίνεται να επηρεάζουν τον τρόπο που εκείνη αντιλαμβάνεται το βρέφος και την ανταπόκρισή της στις ανάγκες του (Eastwood et al., 2012).

Οι περισσότερες γυναίκες καταφέρνουν να προσαρμοστούν στις ανάγκες του βρέφους και τις καινούργιες ευθύνες, και να συγχρονίζονται μαζί του, έτσι ώστε να υποστηρίζουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την ανάπτυξή του. Ωστόσο, οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη βιώνουν τη φροντίδα του παιδιού ως ανυπόφορη, τόσο που τους προκαλεί άγχος, πίεση και έντονη αίσθηση απομόνωσης (McGrath, 2008). Ήδη από το 1985 είχε διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη ένιωθαν ότι είχαν λιγότερη θετική αλληλεπίδραση με το βρέφος, σε σχέση με τις μη καταθλιπτικές (McGrath, 2008). Από τότε, αρκετές μελέτες ανέδειξαν μια σειρά χαρακτηριστικών της μητέρας που φαίνεται ότι επηρεάζουν τον τρόπο που αντιλαμβάνεται το μωρό της. Σε ανασκόπηση των σχετικών ερευνών που πραγματοποιήθηκε το 1993, φαίνεται ότι η αντίληψη της γυναίκας ότι έχει ένα δύσκολο μωρό, μπορεί να αποδοθεί στην επιλόχεια κατάθλιψη, κυρίως τον δεύτερο μήνα μετά τον τοκετό. Δεν είναι όμως σαφές αν αυτή η αντίληψη είναι εξολοκλήρου καθορισμένη από την κατάθλιψη ή αφορά μια αντικειμενικά δύσκολη ιδιοσυγκρασία του παιδιού (Mayberry & Affonso, 1993).

Από πιο σύγχρονες έρευνες υπάρχουν ενδείξεις ότι οι αρνητικές συναισθηματικές εκδηλώσεις μιας καταθλιπτικής μητέρας προκαλούν αντιδράσεις φόβου και εγκατάλειψης του βρέφους (Pauli-Pott, Mertsacker, & Beckman, 2004).

Αυτά τα αρνητικά συναισθήματα αλλάζουν την αντίληψη που έχει η μητέρα για το παιδί της, προκαλώντας της μεγαλύτερη δυσφορία για την ιδιοσυγκρασία του (Möhler, Parzer, Brunner, Wiebel, & Resch, 2006).

Ένα βρέφος που είναι δραστήριο και διεκδικητικό μπορεί να γίνεται αντιληπτό ως δύσκολο ως προς τη διαχείρισή του και την κάλυψη των αναγκών του, από μια γυναίκα που ταυτόχρονα παλεύει με την επιλόχεια κατάθλιψη (McGrath, 2008).

Το φύλο του βρέφους. Η προτίμηση για το φύλο του παιδιού διαφοροποιείται από πολιτισμό σε πολιτισμό. Παραδείγματος χάρη, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση της επιλόχειας κατάθλιψης σε περιπτώσεις που το νεογνό είναι κορίτσι στην Κίνα, ενώ στην Τουρκία τα αποτελέσματα των ερευνών είναι ανομοιογενή (Norhayati et al., 2015). Η απόκτηση παιδιού που δεν έχει το επιθυμητό φύλο φαίνεται να συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη (Boyce & Hickey, 2005). Το φύλο του παιδιού αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα, (Lee et al., 2014), σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών στην Αφρική, την Άπω και Μέση Ανατολή, όχι όμως στις αναπτυγμένες χώρες.

Κοινωνικοί – Δημογραφικοί Παράγοντες

Η επιδημιολογική έρευνα για τις ψυχικές διαταραχές και κυρίως τις συναισθηματικές, έχει εντοπίσει μια σειρά κοινωνικών παραγόντων που συνδέονται σημαντικά με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Economou et al., 2013). Πέραν των δημογραφικών στοιχείων όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση ή η κοινωνική υποστήριξη, με την κατάθλιψη συνδέονται παράγοντες, όπως το χαμηλό εισόδημα, συνθήκες που αφορούν την εργασία και την κοινωνική τάξη (Lamberg et al., 2010. Economou et al., 2013). Οι περισσότερες έρευνες για τους παράγοντες που σχετίζονται με τις περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές αφορούν αναπτυγμένες χώρες. Σε γενικές γραμμές, η έρευνα για τη σχέση ανάμεσα στα κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία και την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, καταλήγει σε αντικρουόμενα ευρήματα. Στις αναπτυγμένες χώρες η νεαρή ηλικία της μητέρας (κάτω από 25 ετών) φαίνεται να πενταπλασιάζει τις πιθανότητες εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό. Αντίστοιχα, ο παράγοντας της ηλικίας δεν φαίνεται να συνδέεται σταθερά και σημαντικά με την επιλόχεια κατάθλιψη, ούτε στην περίπτωση των αναπτυσσόμενων χωρών. Αναλόγως, σε αντικρουόμενα ευρήματα φαίνεται να καταλήγουν οι έρευνες για τη σχέση οικονομικών παραγόντων και των συνιστωσών τους, με την επιλόχεια κατάθλιψη, όπως για παράδειγμα το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, το χαμηλό εισόδημα και η ανεργία, τόσο για τις αναπτυγμένες όσο και για τις αναπτυσσόμενες χώρες (Norhayati et al., 2015). Η επιστροφή στην εργασία δεν θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου. Ωστόσο, η αμφιθυμία της γυναίκας για την επιστροφή στην εργασία της, έχει συσχετισθεί με μεγαλύτερο βαθμό κατάθλιψης (Sayil et al., 2007). Οι μητέρες που προτιμούν να επιστρέψουν στην εργασία τους αλλά παραμένουν στο σπίτι με το μωρό, εμφανίζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από τις μητέρες, των οποίων οι προτιμήσεις και οι αποφάσεις είναι σε συμφωνία (Koren-Karie, 2001).

Χώρες με χαμηλό εισόδημα: Η περίοδος της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Η περιγεννητική ψυχική υγεία των γυναικών που ζουν σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, πρόσφατα άρχισε να συγκεντρώνει το ερευνητικό ενδιαφέρον, αποσκοπώντας κυρίως στην πρόληψη των θανάτων κατά την κύηση (Fisher et al., 2012). Ωστόσο, η οικονομική δυσκολία των χωρών αυτών πλήττει και τον τομέα της έρευνας, με αποτέλεσμα να υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα σε σύγκριση με αυτά που απορρέουν από την ερευνητική δραστηριότητα σε αναπτυγμένες περιοχές. Επίσης, μέχρι σήμερα τουλάχιστον στις χώρες αυτές δεν έχει δοθεί η απαραίτητη προσοχή σε

άλλες περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές πέραν της κατάθλιψης, με αποτέλεσμα να μη συμπεριλαμβάνονται στην ανίχνευση. Για τις χώρες με χαμηλά εισοδήματα (Fisher et al., 2012), προκύπτει ότι οι παράγοντες που συνδέονται με αυξημένο ρίσκο για την εμφάνιση επιλόχειων διαταραχών είναι με φθίνουσα σειρά προβλεπτικής ισχύς, η κοινωνικοοικονομική δυσχέρεια, το νεαρό της ηλικίας, η μη επιθυμητή εγκυμοσύνη, η εκτός γάμου κύηση και μητρότητα, η απουσία ενσυναίσθησης και υποστήριξης από τον σύζυγο, η επιθετικότητα των γονιών του συζύγου, η βία από τη μεριά του συζύγου, σε κάποιες περιοχές η απόκτηση θήλεος και η ύπαρξη προηγούμενου ψυχιατρικού ιστορικού. Οι παράγοντες που δρουν προστατευτικά είναι η εκπαίδευση, η μόνιμη εργασιακή απασχόληση, το να μην ανήκει η γυναίκα σε κάποια μειονότητα και η εμπιστοσύνη στον σύντροφο. Οι παραπάνω παράγοντες έχουν προσελκύσει το ερευνητικό ενδιαφέρον ακόμα περισσότερο τα τελευταία χρόνια, κυρίως λόγω της εξάπλωσης της οικονομικής κρίσης (WHO, 2011. Goldman-Mellor et al., 2010 και Uutela, 2010, στο Economou et al., 2013).

Η Ελλάδα έχει πληγεί ιδιαίτερα από την οικονομική κρίση. Η ανεργία, η εργασιακή ανασφάλεια, η μείωση του εισοδήματος, η φτώχεια και η αύξηση των ψυχικών διαταραχών αποτελούν μερικές από τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης στη ζωή των Ελλήνων. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει υποστεί σοβαρές συνέπειες, κυρίως λόγω των περικοπών των κονδυλίων που αφορούν τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Επιπλέον, οι πολιτικές προαγωγής της υγείας, πρόληψης και παρεμβάσεων, περιορίζονται δραματικά (Ifanti et al., 2013). Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, οι Έλληνες εκτιμούν την υγεία τους σημαντικά επιβαρυνμένη σε σύγκριση με προηγούμενα έτη (Vandoros et al., 2013).

Η οικονομική δυσχέρεια, οι μειώσεις του εισοδήματος, οι κατασχέσεις περιουσιακών στοιχείων, οι εξώσεις, η απώλεια θέσεων εργασίας, η ανασφάλεια, η διατάραξη της οικογένειας, η κακή ποιότητα ζωής, αποτελούν τις επιμέρους εκφάνσεις της οικονομικής ύφεσης. Τα φαινόμενα αυτά έχουν συνδεθεί με διάφορες επιπτώσεις στην υγεία, αλλά κυρίως με την κατάθλιψη (Madianos et al., 2011). Η έρευνα των Μαδιανού και συνεργατών καταλήγει στο ότι, στην περίοδο της οικονομικής κρίσης που πλήττει την Ελλάδα, οι παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την κατάθλιψη έχουν πλέον διαφοροποιηθεί από τους συνήθεις, αυτούς δηλαδή που συνάδουν με τα πορίσματα της επιδημιολογίας, που ήθελε τις γυναίκες, χήρες ή διαζευγμένες καθώς και τις άνεργες γυναίκες να απαρτίζουν την υπ' αριθμόν ένα ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης.

Σύμφωνα με τα πορίσματα της έρευνας που διεξήχθη το 2011, οι παράγοντες κινδύνου διαφοροποιήθηκαν, με αποτέλεσμα στην πρώτη γραμμή να βρίσκονται οι νέοι, στους οποίους καταγράφονται υψηλότερα ποσοστά ανεργίας. Επίσης, ενώ σε άλλες περιόδους το να είναι κανείς έγγαμος συνιστούσε προστατευτικό παράγοντα για την κατάθλιψη, στην περίοδο της οικονομικής κρίσης, η συνθήκη αυτή αντιστρέφεται εφόσον οι οικονομικές δυσκολίες αυξάνουν το άγχος στους συντρόφους, ενώ παράλληλα δημιουργούν συναισθήματα θλίψης, πεσιμισμού και θυμού για το μέλλον. Τέλος, άτομα που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για κάποια πάθηση φαίνεται να πλήττονται ιδιαίτερα ψυχικά από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης. Οι μετρήσεις του επιπολασμού της κατάθλιψης σε περίοδο ενός μήνα εντός της κρίσης, έδειξαν ένα ποσοστό 8,2% σε σύγκριση με το αντίστοιχο του 2008 που ήταν μόλις 3,3% (Economou et al., 2013). Δεν υπάρχουν δεδομένα που να αφορούν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην περιγεννητική ψυχική υγεία.

Η νευροβιολογία των ψυχικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο

Η έρευνα στο πεδίο της βιολογικής βάσης των διαταραχών της διάθεσης τις τελευταίες δεκαετίες έχει επικεντρωθεί στην επίδραση των οιστρογόνων και άλλων γοναδικών στεροειδών (gonadal steroids) στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Η δυνατότητα των οιστρογόνων να τροποποιήσουν τη σεροτονεργική λειτουργία ενδέχεται να επιδρά σε μηχανισμούς που σχετίζονται με την κατάθλιψη και άλλες διαταραχές της διάθεσης. Το νευρο-ενδοκρινικό σύστημα και συγκεκριμένα, ο άξονας υποθάλαμος – υπόφυση, που επιδρά στη λειτουργία των επινεφριδίων, του θυρεοειδούς και των γοναδικών ορμονών, ερευνώνται ως πιθανοί προβλεπτικοί παράγοντες των διαταραχών της διάθεσης. Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στον άξονα υποθάλαμος – υπόφυση – γονάδες (HPG), εξαιτίας των φυλετικών διαφορών στην εμφάνιση κατάθλιψης σε διάφορες περιόδους της ζωής. Οι επιδημιολογικές μελέτες [Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) and the National Comorbidity Study (NCS)] περιγράφουν μεγαλύτερα ποσοστά επικράτησης της μείζονος κατάθλιψης σε γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες, σε κάθε ηλικιακό στάδιο, ξεκινώντας από την ηλικία των 10 ετών. Συγκεκριμένα, περιγράφουν ότι κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας η επικράτηση της κατάθλιψης είναι υψηλότερη σε σχέση με την περίοδο πριν την εμφάνιση της έμμηνης ρύσης και μετά την εμμηνόπαυση (Weissman et al., 1988, Kessler et al., 1993, στο Joffe & Cohen, 1998). Με την έναρξη της έμμηνης ρύσης ο γυναικείος εγκέφαλος εκτίθεται σε μηνιαίες διακυμάνσεις οιστρογόνων και προγεστερόνης μέχρι και την εμμηνόπαυση, χαρακτηριστικό που συμπίπτει με την περίοδο υψηλότερων ποσοστών επικράτησης της κατάθλιψης στις γυναίκες και, επομένως υποστηρίζει το επιχείρημα της φυλετικής διαφοροποίησης ως προς την ευαλωτότητα για την εμφάνιση διαταραχών της διάθεσης.

Οι νευροβιολογικές αιτιάσεις των επιλόχειων ψυχικών διαταραχών δεν απέχουν πολύ από τα αντίστοιχα μοντέλα για τις ψυχικές διαταραχές που λαμβάνουν χώρα σε άλλες χρονικές περιόδους. Πιο συγκεκριμένα, η αιτιολόγηση συμπεριλαμβάνει παράγοντες βιολογικούς, ψυχοκοινωνικούς και περιβαλλοντικούς. Οι γυναίκες που εκδηλώνουν μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο με επιλόχεια έναρξη, διαφέρουν ως προς την ευαισθησία τους στις αποσταθεροποιητικές επιπτώσεις που ασκεί η απότομη μείωση των αναπαραγωγικών ορμονών μετά τον τοκετό. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο εγκέφαλος εκτίθεται σε εκατονταπλάσια αύξηση επιπέδων οιστραδιόλης, τα οποία μειώνονται πολύ απότομα τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό. Οι Harris και συνεργάτες (στο Hanley, 2009) βρήκαν ότι οι μητέρες που έπασχαν από επιλόχεια κατάθλιψη σημείωσαν μεγαλύτερη πτώση στα επίπεδα προγεστερόνης σε σχέση με τις υγιείς μητέρες, εύρημα που δεν επιβεβαιώνεται από άλλες έρευνες (Bloch et al. 2000). Τα επίπεδα της κορτιζόλης αυξάνονται σημαντικά κατά τη διάρκεια της κύησης, με αποκορύφωμα τη στιγμή του τοκετού. Έχει προταθεί η υπόθεση ότι αυτά τα αυξημένα επίπεδα προδιαθέτουν τη μητέρα σε συναισθήματα άγχους κατά την εγκυμοσύνη, ενώ η απότομη μείωσή τους με τον τοκετό προξενεί συναισθήματα θλίψης. Έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι, δεν είναι η πτώση των επιπέδων των ορμονών αυτή καθαυτή το αίτιο της εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης, όσο η ιδιαίτερη ευαισθησία που εμφανίζουν κάποιες γυναίκες στις αυξομειώσεις των επιπέδων των ορμονών (Bloch et al. 2003, O'Hara et al., 2014).

Επίσης, έρευνες υποστηρίζουν την αντιστρόφως ανάλογη συσχέτιση ανάμεσα στις αλλαγές στα επίπεδα της οιστραδιόλης και το ένζυμο οξειδάση μονοαμίνης. Το ένζυμο αυτό προκαλεί διάσπαση νευροδιαβιβαστών, όπως η σεροτονίνη, η ντοπαμίνη και η νορεπινεφρίνη, που διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στη διάθεση. Τα επίπεδα της οξειδάσης μονοαμίνης ήταν αυξημένα κατά 43% σε διάστημα 4-6 ημερών μετά τον τοκετό, με αποτέλεσμα την ταχύτερη μείωση στα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών. Το διάστημα αυτό συμπίπτει με αυτό της εμφάνισης της επιλόχειας δυσφορίας (baby blues) (Sacher et al., 2010, στο O'Hara et al., 2014).

Τέλος, έχει υποστηριχθεί ότι υπάρχει γονιδιακό υπόβαθρο στις επιλόχειες διαταραχές. Συγκεκριμένα, οι γενετικές παραλλαγές σε συγκεκριμένα χρωμοσώματα μπορεί να αυξήσουν την ευαισθησία στη διάθεση, υπό την επίδραση στεροειδών ορμονών μετά τον τοκετό, κυρίως όσον αφορά την επιλόχεια ψύχωση και τη διπολική διαταραχή (Jones & Craddock, 2007). Μειωμένα επίπεδα οκυτοκίνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν εντοπισθεί σε γυναίκες μετά τον τοκετό, εύρημα που ενδέχεται να σχετίζεται με **δυσκολίες στο δεσμό μητέρας – βρέφους** (Skrundz et al., 2011. Stuart-Parrigon & Stuart, 2014).

Αν και δεν έχουν εντοπισθεί ακόμα με ακρίβεια οι νευροβιολογικοί μηχανισμοί της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής, υπάρχουν ευρήματα που μοιάζουν κατά πολύ με αυτά των διαταραχών της διάθεσης. Συγκεκριμένα, οι διακυμάνσεις στα επίπεδα γοναδικών στεροειδών, που επηρεάζουν τη διάθεση κάποιων γυναικών (Steiner et al., 2003), επιδρούν και στη σεροτονινεργική λειτουργία, αυξάνοντας τον κίνδυνο για εκδήλωση ΙΔΨ διαταραχής. Οι Leckman και συνεργάτες βρήκαν αυξημένα επίπεδα οκυτοκίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό ασθενών με ΙΔΨ διαταραχή (Leckman et al. 1994, στο Zambaldi et al., 2009). Επειδή η οκυτοκίνη παίζει σημαντικό ρόλο για τη συσταλτικότητα της μήτρας μετά τον τοκετό και για τον θηλασμό, είναι πιθανό η ΙΔΨ διαταραχή να πυροδοτείται από την αυξημένη συγκέντρωση αυτής (McDougle et al., 1999).

Οι γυναίκες με ιστορικό προηγούμενης κατάθλιψης είναι πιο ευάλωτες για υποτροπή κατά τη διάρκεια περιόδων στις οποίες συντελούνται μεγάλες ενδοκρινικές αλλαγές. Πολλές γυναίκες που υποφέρουν από επιλόχεια κατάθλιψη και προεμμηνορροϊκό σύνδρομο (PMS) ή προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή (PMDD), έχουν ιστορικό κατάθλιψης (Endicott, 1993. Joffe & Cohen, 1998). Ωστόσο, δεν έχουν όλες οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη ή PMDD προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό ή και το αντίστροφο, δηλαδή δεν εμφανίζουν όλες οι γυναίκες με ψυχιατρικό ιστορικό επιλόχεια κατάθλιψη. Η μέχρι τώρα έρευνα δεν αναδεικνύει κάποια ορμονική διαταραχή που θα μπορούσε να αιτιολογήσει την εμφάνιση διαταραχών διάθεσης. Συνεπώς, είναι πιθανό κάποιες ομάδες γυναικών να είναι ευάλωτες στην εμφάνιση συμπτωματολογίας, όταν βρίσκονται υπό την επίδραση φυσιολογικών ορμονικών μεταπτώσεων (Schmidt et al., 1998).

Η σχέση με τη γονεϊκή οικογένεια

Υπάρχουν ενδείξεις από παλαιότερες έρευνες που επισημαίνουν τη σχέση της ψυχικής αναπαράστασης που έχουν τα άτομα για την ανατροφή τους από τη γονεϊκή οικογένεια με την εμφάνιση κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή. Οι αναπαραστάσεις συγκροτούνται από την εμπειρία της σχέσης με κάποιον άλλον, κυρίως τις πρώιμες σχέσεις, και από την επίπτωση αυτού του βιώματος στον εαυτό (Stern, 1995). Ο κόσμος των αναπαραστάσεων περιγράφεται σαν ένα μοντάζ από εικόνες και λέξεις, αλλά και της συναισθηματικής τους επίπτωσης. Μια αρνητική υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου για τους γονείς του, παραδείγματος χάρι ότι υπήρξαν αδιάφοροι, το παραμελούσαν ή δεν ήταν τρυφεροί και στοργικοί κατά την παιδική ηλικία, φαίνεται να συμβάλλει στη διαμόρφωση μιας ευάλωτης προς την κατάθλιψη, το άγχος και τα υποκλινικά συμπτώματα, προσωπικότητας (Beck, 1967, Blatt, Wein, Chevron, & Quinlan, 1979 στο Mayes & Leckman, 2007). Επίσης, έχει φανεί ότι οι γυναίκες που είχαν βιώσει στα παιδικά τους χρόνια τις δικές τους μητέρες ως μη φροντιστικές, εμφανίζουν περισσότερες διακυμάνσεις στη διάθεση και δυσφορικό συναισθήμα κατά την περιγεννητική περίοδο (Mayes et al., 2007). Οι ψυχικές αναπαραστάσεις για τη μητρότητα αλλά και για τον εαυτό ως παιδί, φαίνεται ότι έρχονται στο προσκήνιο κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Μάλιστα, από τον τέταρτο μέχρι και τον όγδοο μήνα της

κύησης, αναδύονται περισσότερες αναπαραστάσεις που αφορούν το βρέφος, αλλά και τον εαυτό ως μητέρα (Pajulo et al., 2001). Η αναπαράσταση του εαυτού ως μητέρας, φαίνεται να συγκροτείται από τη συμβολή της αναπαράστασης του εαυτού ως γυναίκας αλλά και την αναπαράσταση της μητέρας της γυναίκας. Από τον όγδοο μήνα και μετά οι αναπαραστάσεις φθίνουν, για να δομηθούν εκ νέου μετά τον τοκετό, συμπεριλαμβάνοντας αυτή τη φορά και το πραγματικό παιδί. Μάλιστα, το είδος του δεσμού που θα συνάψει η γυναίκα με το παιδί της, φαίνεται να επηρεάζεται από την επιθυμία για απόκτηση παιδιού αλλά και τη θέση που είχε η ίδια στη γονεϊκή της οικογένεια (Pajulo et al., 2001). Οι γυναίκες που είχαν δυσάρεστες εμπειρίες στη σχέση με τις δικές τους μητέρες φαίνεται να αντιμετωπίζουν συναισθηματικές συγκρούσεις και αμφιθυμία όταν γίνονται οι ίδιες μητέρες (Pajulo et al., 2001). Οι γυναίκες που δεν είχαν την εμπειρία μιας επαρκούς σωματικής και συναισθηματικής φροντίδας κατά την παιδική ηλικία, δυσκολεύονται να δομήσουν μια αναπαράσταση του εαυτού τους ως μητέρας που φροντίζει ένα παιδί (Lyons-Ruth & Block, 1996). Η μη διαθεσιμότητα της μητέρας δημιουργεί την εντύπωση στο παιδί ότι το ίδιο δεν αξίζει τη φροντίδα της. Ως εκ τούτου, οι εμπειρίες που ανακαλεί μια γυναίκα από τα παιδικά της χρόνια, έχουν συνδεθεί σε εμπειρικές έρευνες με την ποιότητα της σχέσης που θα αναπτύξει με το παιδί της (Fonagy, Steele & Steele, 1991). Οι γυναίκες που εκδηλώνουν επιλόχεια κατάθλιψη περιγράφουν συχνά **προβληματικές σχέσεις με τη μητέρα τους**. Αναφέρουν ότι η μητέρα τους δεν εκδήλωνε ενδιαφέρον και δεν αντλούσε ικανοποίηση από τη φροντίδα τους. Οι γυναίκες αυτές, όσο και να το επιθυμούν, δυσκολεύονται να εκδηλώσουν συναισθήματα αγάπης και τρυφερότητας στο δικό τους παιδί, στο βαθμό που οι ίδιες ως βρέφη είχαν βιώσει τη μητρική απόρριψη. Κάποιες περιγράφουν ότι η μητέρα τους υπήρξε σωματικά ή συναισθηματικά βίαιη κατά την παιδική ηλικία. Αυτές οι γυναίκες καταβάλλουν τεράστια προσπάθεια να μη μοιάσουν στη μητέρα τους, χωρίς να αντιλαμβάνονται ότι η κινητήριος δύναμη της συμπεριφοράς τους είναι αυτό ακριβώς το μητρικό πρότυπο, το οποίο έχει ενδοβληθεί. Οι γυναίκες αυτές μάχονται διαρκώς να εξουδετερώσουν οποιοδήποτε χαρακτηριστικό εκλαμβάνουν ως ομοιότητα με τη μητέρα τους (Blum, 2007). Επίσης, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν ότι οι γυναίκες που είχαν βιώσει τη μητέρα τους ως απορριπτική, ενδέχεται και οι ίδιες να υιοθετήσουν απορριπτική στάση απέναντι στα δικά τους παιδιά. Αντίστοιχα, απορριπτική μπορεί να είναι και μια γυναίκα που έχει μια εξιδανικευμένη εικόνα των γονιών της (Main & Goldwyn, 1984). Οι έγκυες που ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών, έχουν σε σημαντικό βαθμό αρνητικότερες αναπαραστάσεις για το παιδί τους, για το σύντροφο, για τον εαυτό τους ως μητέρα και για τη δική τους μητέρα (Pajulo et al., 2001). Ο κόσμος των αναπαραστάσεων δεν περιλαμβάνει μόνο την εμπειρία της μητέρας από τις αλληλεπιδράσεις της με το παιδί της στον παρόντα χρόνο, αλλά επίσης και τις φαντασιώσεις, τις ελπίδες, τους φόβους, τα όνειρα, τις αναμνήσεις από την παιδική της ηλικία, τα πρότυπα γονεϊκότητας και τις προσδοκίες για το μέλλον του παιδιού της.

Ψυχαναλυτική θεώρηση των ψυχικών διαταραχών την περιγεννητική περίοδο

Παρόλο που η βιβλιογραφία για το θέμα των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών και κυρίως της επιλόχειας κατάθλιψης είναι εξαιρετικά πλούσια, οι ψυχαναλυτικές αναφορές για το εν λόγω θέμα είναι ελάχιστες. Στο άρθρο Psychodynamics of Postpartum Depression, ο Lawrence Blum πραγματοποιεί μια ανασκόπηση των αναφορών της ψυχαναλυτικής γραμματείας στο πεδίο της επιλόχειας κατάθλιψης (Blum, 2007). Η ανασκόπηση αρχίζει με την αναφορά σε μία όχι και τόσο γνωστή περίπτωση του Freud. Πρόκειται για μια γυναίκα η οποία, έπειτα από τη γέννηση του πρώτου της παιδιού, εμφάνισε απώλεια όρεξης, εμετούς, αϋπνία και άγχος. Δεν

μπορούσε να φροντίσει και να ταΐσει το παιδί, με αποτέλεσμα να το δώσει σε μια τροφό να το θηλάσει. Τρία χρόνια μετά, έπειτα από τη γέννηση του δεύτερου παιδιού της, η γυναίκα εμφάνισε τα ίδια συμπτώματα και ζήτησε τη βοήθεια του Freud. Στην περίπτωση αυτή, που αποτελεί μια από τις πρώτες θεραπευτικές παρεμβάσεις στις οποίες ο Freud εφάρμοζε ακόμα τεχνικές ύπνωσης, λαμβάνεται υπόψη η ανάγκη της ίδιας της γυναίκας για φροντίδα, σε μια περίοδο που είθισται η προσοχή όλων να είναι στραμμένη στις ανάγκες του παιδιού. Όταν δε αυτή η ανάγκη παραγνωρίζεται, ενδέχεται να εμφανιστεί θυμός. Αν και ο Freud, ως γιατρός στα πρώτα βήματα της πορείας του, είχε υπόψη του το βιολογικό - ορμονικό υπόβαθρο των συμπτωμάτων, αναδεικνύει με την παρέμβασή του την ψυχολογική διάσταση της διαταραχής, θέτοντας τις βάσεις για την ανάπτυξη της ψυχαναλυτικής θεωρίας (Blum, 2007). Η Helene Deutsch αποτελεί τον πρώτο εκπρόσωπο της ψυχανάλυσης που ασχολήθηκε τόσο εκτεταμένα με τη μητρότητα, παρόλο που δεν μίλησε για την επιλόχεια κατάθλιψη καθ' αυτή. Κάποιες από τις παρατηρήσεις της φαίνονται αναχρονιστικές (Blum, 2007), ωστόσο κάποιες άλλες είναι εξαιρετικά χρήσιμες ακόμα και στον σύγχρονο κλινικό. Η Deutsch επεσήμανε τη δυσκολία στην ανάληψη του μητρικού ρόλου σε γυναίκες που δεν είχαν λάβει αγάπη κατά την παιδική τους ηλικία, είτε από την ίδια τη μητέρα τους είτε από κάποιο μητρικό υποκατάστατο (1945). Ο Orens το 1955 παρουσίασε μια περίπτωση επιλόχειας κατάθλιψης, δίνοντας έμφαση στις ψυχοσεξουαλικές συγκρούσεις, και συγκεκριμένα το άγχος ευνουχισμού στις γυναίκες. Η Rose το 1962 ανέφερε την περίπτωση μιας γυναίκας, για την οποία η κατάθλιψη βασιζόταν σε μια ασυνείδητη ανάγκη τιμωρίας για οιδιποδειακού τύπου επιθυμίες που συνδέονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Το 1978 ο Blum περιέγραψε μια περίπτωση επιλόχειας κατάθλιψης, με βάση την οποία ανέδειξε τα καθοριστικά σημεία στην πρώιμη σχέση της ασθενούς με τη μητέρα της, καθώς και το τραυματικό καθεστώς που είχε για την ασθενή η γέννηση της αδερφής της. Οι βασικές προβληματικές που ανέκυψαν στην εν λόγω κλινική περίπτωση αφορούσαν στοματικές – εξαρτητικές ανάγκες, δυσκολία διαχείρισης του θυμού, και συγκρουσιακή ταύτιση με τη μητέρα. Σύμφωνα με τον Blum (2007) ο Freud, το 1993 παρουσίασε τη θέση του ότι η άλυτη συμβιωτική σχέση της γυναίκας με τη μητέρα της διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Ο ίδιος, το 1998, παρουσίασε την περίπτωση μιας ασθενούς, της οποίας η προβληματική κινούνταν γύρω από θέματα εξάρτησης και θυμού απέναντι στη μητέρα της, η οποία την είχε παραμελήσει, ενώ η ίδια η ασθενής τοποθετούνταν υποστηρικτικά ως προς αυτήν. Ο Blum (2007), προτείνει τρεις βασικές θεματικές που αναδύονται στην ψυχανάλυση γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη, και τις οποίες περιγράφει ως συγκρούσεις. Πρόκειται για τις **εξαρτητικές ενδοψυχικές συγκρούσεις**, τις **συγκρούσεις που αφορούν τον θυμό**, και τις **συγκρούσεις που αφορούν τη μητέρα**. Οι **εξαρτητικές συγκρούσεις**, που περιγράφονται ήδη στην κλινική περίπτωση του Freud, αφορούν την ανάγκη της λεχωίδας να λάβει η ίδια φροντίδα και υποστήριξη, τη στιγμή που καλείται να φροντίσει ένα νεογνό. Εξαιτίας αυτού, οι ανάγκες της, που σε κάποιες περιπτώσεις παίρνουν τη μορφή ανταγωνισμού και ζήλειας προς το βρέφος, βιώνονται συγκρουσιακά από τη γυναίκα, ως ανώριμες και ενοχλητικές. Η αίσθηση ευαλωτότητας και η ανάγκη βοήθειας είναι περισσότερο ανυπόφορες σε γυναίκες που είχαν συνηθίσει να είναι σε μεγάλο βαθμό δραστήριες, αυτόνομες, δυναμικές και ανεξάρτητες. Αν η γυναίκα δεν μπορέσει να αντέξει τις εξαρτητικές τάσεις, τόσο του βρέφους όσο και τις δικές της, πιθανόν να βρεθεί σε κίνδυνο για την εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης. Σύμφωνα με τον Blum (2007), η αμφιθυμία και η εσωτερική σύγκρουση της λεχωίδας απέναντι στην ανάγκη της για εξάρτηση και αναζήτηση βοήθειας από τους συγγενείς της, επισημάνθηκε και από τους Gilman (1965) και τη Raphael-Leff (1996) στις αναφορές τους σε περιπτώσεις επιλόχειας κατάθλιψης. Η Raphael-Leff μάλιστα κατέδειξε και

συναισθήματα μίσους προς τον πατέρα του παιδιού, από τη μεριά της γυναίκας.

Οι συγκρούσεις που αφορούν το θυμό αναφέρθηκαν επίσης στην περίπτωση του Freud, όπου η ασθενής αδυνατούσε να εκφράσει τα συναισθήματα θυμού της και ένιωθε ενοχές για αυτά. Οι γυναίκες που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη συχνά νιώθουν ότι δεν έχουν το δικαίωμα να εκφράσουν τον θυμό τους, φοβούνται και νιώθουν ενοχές. Σε κάποιες περιπτώσεις ο θυμός των γυναικών στρέφεται απέναντι στο βρέφος, το οποίο θεωρείται υπεύθυνο για την αναστάτωση που έχει επέλθει στη ζωή της γυναίκας, για τη στέρηση του ύπνου και άλλων ευχάριστων ενασχολήσεων και δραστηριοτήτων, για το ότι απολαμβάνει προσοχής και φροντίδας, ενώ η μητέρα του όχι. Αυτό που διακυβεύεται στην περίπτωση των συναισθημάτων θυμού, είναι το κατά πόσο η γυναίκα θα καταφέρει να συνειδητοποιήσει και να αποδεχθεί τα συναισθήματα αυτά και να τα χρησιμοποιήσει για να ζητήσει βοήθεια, ώστε να εξοικονομήσει χρόνο για τον εαυτό της. Αν αυτό δεν επιτευχθεί, οι γυναίκες εκδηλώνουν μια υπερενασχόληση με τα συναισθήματα θυμού, που μπορεί να πάρει τη μορφή ιδεοψυχαναγκαστικών σκέψεων με περιεχόμενο την πρόκληση βλάβης στην ίδια ή στο παιδί. Καταναγκασμοί συχνά εμφανίζονται ως άμυνα απέναντι στις επιθετικές ενορμήσεις. Παρόλο που ο υπερβολικός έλεγχος και η καταστολή του θυμού ενδέχεται να επιφέρουν προβλήματα, η απώλεια του ελέγχου μπορεί να είναι επικίνδυνη, στις περιπτώσεις παρορμητικών εκδηλώσεων με τη μορφή acting out. Σε ακραίες περιπτώσεις η γυναίκα μπορεί να στρέψει τις ευχές θανάτου ή βλάβης στον εαυτό της, με αποτέλεσμα όχι μόνο την κατάθλιψη και τους ιδεοψυχαναγκασμούς, αλλά και απόπειρες αυτοκτονίας. Τέλος, αρκετές γυναίκες που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη, χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερα αυστηρό “υπερεγώ”, έχουν πολύ υψηλές προσδοκίες, και θεωρούν τον εαυτό τους τόσο κακό, ώστε προσπαθούν να προστατεύσουν τους άλλους από αυτόν.

Οι αναπαραστάσεις γυναικών με ψυχικές διαταραχές την περιγεννητική περίοδο.

Οι αναπαραστάσεις αποτελούν τις εσωτερικές εικόνες του εαυτού και των αντικειμένων, που καθορίζουν την ψυχική λειτουργία (Jacobson, 1964, στο Fordham, 1965). Συνίστανται σε μια ενσωμάτωση της σωματικής και αισθητηριακής εμπειρίας με το ψυχικό της αποτύπωμα (DeMijolla, 2005). Οι Cramer & Stern, (1988) και οι Robert-Tissot et al., (1996), αναφέρουν ότι, οι αναπαραστάσεις ενέχουν αξιοσημείωτη κλινική σημασία στη διαμόρφωση της εμπειρίας της εγκυμοσύνης και της μητρότητας αλλά και στην αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας που στοχεύει στη σχέση μητέρας – βρέφους. Οι παθογενείς αναπαραστάσεις αφορούν άλυτες συγκρούσεις του γονιού από την παιδική του ηλικία, που σταδιακά παγιώνονται σε ψυχικές δομές (Blatt, et al. 1997). Η Raphael-Leff (2001) θεωρεί ότι ο τρόπος που η έγκυος φαντάζεται το παιδί που πρόκειται να γεννηθεί, αλλά και οι προσδοκίες που τρέφει για αυτό και για τον εαυτό της ως μητέρα, πηγάζουν από ασυνείδητες αναπαραστάσεις του εαυτού της ως παιδιού, καθώς και της αναπαράστασης που έχει για σχέση με τη δική της μητέρα. Στη βάση αυτή αναζωπυρώνονται συγκρούσεις που αφορούν τη δική της ανατροφή και τη σχέση με τους γονείς της. Η ψυχαναλυτική κλινική προτείνει ότι η καταθλιπτική μητέρα δεν έχει μια θετική εσωτερικευμένη αναπαράσταση, αλλά μια απειλητική εικόνα της μητρότητας ή και του παιδιού, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να πάρει και η ίδια τη θέση της μητέρας απέναντι στο παιδί της (Likierman, 2003).

Η Tracey (2000), μίλησε για αναπαραστάσεις μιας δυνάδας «νεκρής μητέρας» και «νεκρού βρέφους», που έχουν τις ρίζες τους σε πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, στον πόνο μιας πρώιμης εγκατάλειψης και απώλειας. Οι απωθημένες αναπαραστάσεις δραστηριοποιούνται με την έλευση του νεογέννητου και «ακινητοποιούν» τη νέα μητέρα, καθιστώντας τη δυστυχημένη και μη λειτουργική (Esman, 1996).

Οι αναπαραστάσεις για τον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους έχουν μελετηθεί και συσχετισθεί με την ψυχοπαθολογία, όχι μόνο από την πλευρά της ψυχαναλυτικής θεωρίας αλλά και της γνωστικής ψυχολογίας. Η έρευνα φαίνεται να επιβεβαιώνει την υπόθεση ότι σε αρκετές περιπτώσεις ψυχοπαθολογίας ο ασθενής διατηρεί μια διαστρεβλωμένη εικόνα του εαυτού και των αντικειμένων. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Sidney και συνεργάτες(2001)., η βελτίωση της κλινικής εικόνας των ασθενών με σχιζοφρένεια και μαιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας σχετίζεται με την θετικότερη περιγραφή του εαυτού και των σημαντικών άλλων.

Η υποκειμενική αιτιολόγηση και εκτίμηση των γυναικών για τα συμπτώματα ψυχικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο

Η ανασκόπηση της έρευνας αναδεικνύει μια γενικότερη τάση απόδοσης των αιτιών των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών σε παράγοντες που προκύπτουν από τον συσχετισμό των συμπτωμάτων που τις απαρτίζουν, με αντικειμενικούς παράγοντες, οι οποίοι προκύπτουν από τη διεθνή έρευνα. Ελάχιστες είναι οι έρευνες στις οποίες οι ίδιες οι πάσχουσες καλούνται να αιτιολογήσουν τη φύση των συμπτωμάτων τους. Οι ποιοτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούν ως επί τω πλείστον τη συνέντευξη για εργαλείο τους, αναζητούν τις πηγές της δυσφορίας των γυναικών και στην υποκειμενική αιτιολόγηση, δηλαδή στην εμπειρία και το βίωμα των γυναικών για την περιγεννητική περίοδο, αλλά και στην ψυχική αναπαράσταση που οι γυναίκες διατηρούν για τη σχέση με τον εαυτό και τους άλλους, στο παρελθόν και την παρούσα φάση.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον (Raymond, 2009) οι βασικές θεματικές που αναδύονται από τις απαντήσεις εγκύων με **καταθλιπτικά συμπτώματα**, είναι α) το αίσθημα μοναξιάς, εξαιτίας της απουσίας συναισθηματικής υποστήριξης από τον σύντροφο, την οικογένεια και τους φίλους, εξαιτίας συγκρούσεων ή αποστασιοποίησης του συντρόφου, ή τέλος υπό τη μορφή μιας υποκειμενικής αίσθησης, ανεξάρτητα από την παρουσία υποστηρικτικού δικτύου και β) η εσωτερική ανάγκη που νιώθει η γυναίκα να είναι καλή μητέρα (Raymond, 2009).

Μια από τις λίγες ποιοτικές έρευνες για τις περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές που έχουν διεξαχθεί στην κύηση, αναφέρει στο ότι οι έγκυες βιώνουν μια αίσθηση απώλειας του εαυτού τους, απώλειας ελέγχου και ανησυχούν ιδιαίτερα για τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η δική τους ψυχική διαταραχή στο παιδί (Bennett et al., 2007). Επίσης, η δυσκολία στη σχέση με το σύζυγο φαίνεται να αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς αιτιολογικούς παράγοντες, στον οποίον αποδίδουν την καταθλιπτική συμπτωματολογία τους οι ίδιες οι γυναίκες, μαζί με το αίσθημα αναξιοσύνης και αυτομομφής, που το θεωρούν υπαίτιο για την κατάθλιψη (Niemi et al., 2010).

Δύο από τις πλέον σημαντικές ποιοτικές έρευνες στον τομέα, έχουν διεξαχθεί, από τη Beck το 1992 και το 1993. Στην προσπάθεια μετασύνθεσης των ευρημάτων δεκαοχτώ ποιοτικών ερευνών για την επιλόχεια κατάθλιψη η ίδια ερευνήτρια συμπέρανε ότι η γυναίκα είναι κατακλυσμένη από άγχος και ευθύνες αναφορικά με το μωρό, σε βαθμό που χάνει τον έλεγχο και νιώθει ότι τρελαίνεται. Η συγγραφέας παραλληλίζει την επιλόχεια κατάθλιψη με χαμαιλέοντα, επειδή η κλινική της εικόνα διαφοροποιείται ανάλογα με τη γυναίκα, με αποτέλεσμα να παρατηρείται θλίψη, άγχος, ιδεοψυχαναγκαστικές ιδέες, θυμός, ενοχές, πανικός, κλπ., ανάλογα κάθε φορά με την περίπτωση. Η αίσθηση της μοναξιάς, της απουσίας κατανόησης, αλλά και μια αίσθηση ότι η γυναίκα αποτελεί εξαίρεση, εφόσον καμία άλλη μητέρα δεν νιώθει άσχημα για το παιδί της και τη ζωή της, περιγράφονται πολύ συχνά. Τέλος, πολύ συχνή είναι και η αίσθηση απώλειας του εαυτού και της παλιάς ζωής και η σύγχυση στη σκέψη (Beck, 2002). Σε ποιοτική έρευνα που διενεργήθηκε το 2002 σε τριάντα γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με **επιλόχεια κατάθλιψη** (Ugarriza, 2002), παρόλο που καμία από

αυτές δεν αποδίδει τα συμπτώματα σε αμιγώς ορμονικά αίτια, οκτώ αιτιολογούσαν εν μέρει τη διαταραχή ως αποτέλεσμα ορμονικών αλλαγών. Οι μισές από αυτές είχαν υιοθετήσει αυτή την άποψη επειδή αποτελούσε την αιτιολόγηση του μαιευτήρα τους. Έξι μητέρες θεωρούσαν την κατάθλιψη απόρροια της αλλαγής του ρόλου τους, της τεράστιας αλλαγής στη ζωή τους ή ακόμα και της παύσης της εργασίας τους. Πέντε μητέρες απέδιδαν τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα στην αποτυχία τους να θηλάσουν, αλλά και στην απουσία ενθάρρυνσης και συμπαράστασης από το περιβάλλον για να διευκολυνθεί ο θηλασμός. Τέσσερις μητέρες τοποθετούσαν την έναρξη των συμπτωμάτων στη μη προγραμματισμένη καισαρική, ενώ επιθυμούσαν να γεννήσουν φυσιολογικά. Ακόμα μικρότερος αριθμός γυναικών ανέφεραν ότι δεν μπορούσαν να κατανοήσουν την κατάθλιψή τους, ενώ την απέδιδαν σε έναν συνδυασμό παραγόντων και γεγονότων, όπως για παράδειγμα στο ότι διέκοψαν την εργασία τους, σε κάποια ασθένεια, στην έλλειψη ύπνου, στην αίσθηση μοναξιάς, στο γεγονός ότι το παιδί γεννήθηκε πρόωρα ή στους επίμονους κολικούς. Ενδιαφέρον προκαλεί η αίσθηση απώλειας που αναφέρεται ως αποτέλεσμα των αλλαγών της ζωής, απώλειας ενός παλιού τρόπου ζωής, κοινωνικών σχέσεων ή και τη μείωση του κοινού χρόνου με τον σύζυγο, στην περίπτωση που αυτός αναγκάζεται να εργαστεί πολλές ώρες ή σε δεύτερη εργασία. Από έρευνα που διεξήχθη με σκοπό την ποιοτική και σε βάθος προσέγγιση της εμπειρίας της **περιγεννητικής κατάθλιψης και του άγχους**, προκύπτουν δύο κομβικές θεματικές: πρώτον, η αίσθηση απώλειας του εαυτού, η οποία προκαλείται από αλλαγές στις καθημερινές δραστηριότητες, τους κοινωνικούς ρόλους και την εμφάνιση, και δεύτερον, η ματαίωση, που προκαλείται από δυσαρέσκεια με την εγκυμοσύνη και απογοήτευση από την εμπειρία της μητρότητας, από μια δύσκολη εγκυμοσύνη, από δυσκολίες με τη φροντίδα του παιδιού και συγκρούσεις με τον σύντροφο, που οδηγούν σε ασυμφωνία με τις προσδοκίες της γυναίκας, σε αμφισβήτηση του εαυτού και δυσαρέσκεια (Highet et al., 2014).

Από την πιο πρόσφατη ποιοτική έρευνα για τον τρόπο που αιτιολογούν οι γυναίκες την επιλόχεια κατάθλιψη, προκύπτουν οι εξής αιτιολογικές αποδόσεις: κοινωνικές προσδοκίες που ασκούν πίεση στις γυναίκες, προβλήματα υγείας, προσωπικότητα και το προηγούμενο ιστορικό προβλημάτων ψυχικής υγείας, υγεία του παιδιού και προκλήσεις που δημιουργεί η ιδιοσυγκρασία του, δυσαρέσκεια της γυναίκας από τη φροντίδα και την υποστήριξη που έλαβε από το προσωπικό στο μαιευτήριο, απουσία επικοινωνίας και υποστήριξης από άτομα του στενού κύκλου, μετάβαση στην γονεϊκότητα σαν περίοδος σημαντικών αλλαγών, μη ικανοποιημένες προσδοκίες για τον τρόπο τοκετού, και άλλοι ψυχοπιεστικοί παράγοντες ζωής (Habel et al., 2015).

Πέραν της αιτιολόγησης οι γυναίκες, περιγράφοντας την εμπειρία τους, αναφέρουν αμφιβολίες για το αν είναι καλές μητέρες, για την επίπτωση της ψυχικής τους κατάστασης στο παιδί, συναισθήματα ντροπής και ενοχής για τις σκέψεις να προκαλέσουν κακό στο παιδί τους και σοβαρές επιπτώσεις στη σχέση με τον σύζυγό τους (Ugarriza, 2002). Τα ευρήματα μιας από τις πρώτες ποιοτικές έρευνες σε γυναίκες με ήπια συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους **κατά την κύηση**, υποστηρίζουν την ύπαρξη συναισθημάτων απώλειας, τα οποία ακολουθούν την αλλαγή της καθημερινότητας και τις περικοπές στις συνήθειες δραστηριότητες. Φαίνεται ότι οι γυναίκες εμφανίζουν αγχώδη συμπτώματα, τα οποία συνδέονται με αποβολή που είχαν στο παρελθόν, ενώ παρατηρείται μια τήρηση ψυχικής απόστασης από το παιδί που κυοφορούν. Τέλος, αναφέρονται άγχη για την υγεία μελών της οικογένειας (Furber et al., 2009). Μια από τις ελάχιστες **διαχρονικές έρευνες** που έχουν πραγματοποιηθεί στο πεδίο της περιγεννητικής ψυχικής υγείας με **μεικτό** μεθοδολογικό σχεδιασμό, υποστηρίζει αφενός τη σχέση της επιλόχειας κατάθλιψης τρεις με τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό, με τη δυσαρέσκεια από την εμπειρία του τοκετού και αφετέρου, καταλήγει σε δύο βασικές πηγές δυσαρέσκειας: την ανατροπή του επιδιωκόμενου

τρόπου τοκετού και την ανεπαρκή υποστήριξη από το μαιευτικό προσωπικό (Benoit et al., 2007).

Θεραπεία των ψυχικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο

Η περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές, με πιο συχνές την κατάθλιψη και τις αγχώδεις, επιφέρουν πολύ σοβαρές επιπτώσεις στη λειτουργικότητα της γυναίκας και στη δυνατότητά της να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της περιόδου που διανύει, να φροντίσει το βρέφος ή άλλα παιδιά της οικογένειας, κλπ. Ακόμα και τα υποκλινικά συμπτώματα φαίνεται ότι επιδρούν στη γενική λειτουργικότητα της γυναίκας και την ανάπτυξη του παιδιού. Η έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση προλαμβάνει την κλιμάκωση των συμπτωμάτων και βελτιώνει σημαντικά τη λειτουργικότητα της γυναίκας (NICE, 2007). Παρόλο που η κλινική εικόνα των ψυχικών διαταραχών δεν διαφοροποιείται κατά την περιγεννητική περίοδο, η διαχείριση αυτών διαφοροποιείται σημαντικά, εξαιτίας των επιπτώσεων των ψυχοδραστικών ουσιών στο έμβρυο και αργότερα το βρέφος.

Φαρμακευτική Θεραπεία

Η περιγεννητική περίοδος είναι ίσως η μοναδική κατά την οποία η φαρμακευτική αγωγή δεν συνιστά θεραπεία εκλογής, ακόμα και στις πιο βαριές ψυχικές διαταραχές (Nice, 2014). Οι πιθανές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η φαρμακευτική αγωγή στην ανάπτυξη του εμβρύου κατά την κύηση ή οι επιπτώσεις στο βρέφος κατά τον θηλασμό, οδηγούν τις γυναίκες να προτιμούν θεραπείες διάφορες της φαρμακευτικής (Bishop et al., 2011). Κάθε απόφαση χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής κατά την περιγεννητική περίοδο, θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα προσεκτικής στάθμισης επιπτώσεων – αποτελεσματικότητας, καθώς υπάρχουν πιθανότητες πρόκλησης βλάβης στο έμβρυο ή το βρέφος. Υπάρχουν ενδείξεις για πρόκληση συγγενών δυσπλασιών ή άλλων ανωμαλιών (NICE, 2007). Πρέπει να επισημανθεί ότι οι κλινικές δοκιμές στο πεδίο είναι σχεδόν απαγορευτικές. Επίσης, δεν είναι ακόμα γνωστές οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις σε βρέφη που έχουν εκτεθεί σε αντικαταθλιπτικά μέσω του θηλασμού. Από τα μέχρι τώρα γνωστά πορίσματα, φαίνεται ότι τα βρέφη που έχουν εκτεθεί σε αντικαταθλιπτικές ψυχοδραστικές ουσίες σε ηλικία μεγαλύτερη των δέκα εβδομάδων, επηρεάζονται λιγότερο από τις ανεπιθύμητες ενέργειες, σε σύγκριση με νεότερα βρέφη (Wisner et al., 1996). Από την άλλη, οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές που παραμένουν αθεράπευτες, ενέχουν με τη σειρά τους σοβαρότατους κινδύνους. Συγκεκριμένα, η σοβαρή κατάθλιψη κατά την κύηση συνδέεται με μαιευτικές επιπλοκές, λιποβαρή ή και θνησιγενή βρέφη, απόπειρες αυτοκτονίας (Bonari et al., 2004). Αντίστοιχα, έχει καταγραφεί αυξημένο ποσοστό αυτοκτονιών, σοβαρή επιδείνωση της διαταραχής, μαιευτικές επιπλοκές, λιποβαρή βρέφη, πρόωρος τοκετός, αλλά και μειωμένη ανάπτυξη των εμβρύων, σε γυναίκες που πάσχουν από σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή, χωρίς να λαμβάνουν κάποια θεραπεία (Howard, 2005. Jablensky et al., 2005). Πορίσματα των ερευνών σε γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη δείχνουν ότι, παρόλο που αρκετές από αυτές αποφεύγουν τη θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή, οι επιπτώσεις ενός καταθλιπτικού επεισοδίου που παραμένει αθεράπευτο είναι πιο σοβαρές για το παιδί (Udechuku et al., 2010. Davalos, Yadon, Tregellas, 2012. Stuart-Parrigon και Stuard, 2014).

Σε κάποιες περιπτώσεις, άλλου τύπου θεραπευτικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι αποτελεσματικές. Παρόλα αυτά, σε περιπτώσεις σοβαρής ψυχικής διαταραχής, η φαρμακευτική παρέμβαση επιφέρει πολύ σημαντική ύφεση των συμπτωμάτων, επιτρέποντας ψυχική ευεξία και λειτουργικότητα (NICE, 2007).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη φαρμακευτική αγωγή στην περιγεννητική περίοδο, συνιστούν διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής κατά την κύηση και αντικατάσταση με ψυχοθεραπεία ή αντικαταθλιπτική αγωγή με μειωμένες

ανεπιθύμητες ενέργειες. Η **φλουοξετίνη** (fluoxetine) που ανήκει στους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), έχει τη χαμηλότερη γνωστή επικινδυνότητα κατά την κύηση. Σε όλες τις περιπτώσεις, οι ψυχοδραστικές ουσίες των αντικαταθλιπτικών ανιχνεύονται στο μητρικό γάλα. Οι **βενζοδιαζεπίνες** είναι απαγορευτικές κατά την περιγεννητική περίοδο, εξαιτίας σοβαρών επιπτώσεων στο έμβρυο (παραδείγματα: χάρη σχιστίες χείλους και υπερώας), ή υποτονία (floppy baby syndrome) στα νεογνά. Μοναδική εξαίρεση για τη χορήγηση αποτελούν οι καταστάσεις εξαιρετικού άγχους ή ευερεθιστότητας και για βραχεία μόνο θεραπεία.

Η θεραπεία με κάποια **αντιψυχωτικά** αυξάνει τα επίπεδα προλακτίνης, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα σύλληψης. Η κλοζαπίνη (clozapine) έχει συνδεθεί με την ακοκκιοκυτταραιμία στο βρέφος και είναι απαγορευτική για την κύηση και τον θηλασμό. Το ίδιο ισχύει και για το λίθιο. Το ενδεχόμενο χορήγησης των υπόλοιπων ψυχοδραστικών ουσιών θα πρέπει να συνεκτιμάται κάθε φορά με το ατομικό ιστορικό και την αναγκαιότητα χορήγησης της αγωγής. Σε περιπτώσεις σοβαρών ψυχωτικών διαταραχών ή αυξημένου κινδύνου για υποτροπή, συνιστάται η επανέναρξη αγωγής με τις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης, και μόνο όταν η γυναίκα δεν σχεδιάζει να θηλάσει (NICE, 2007).

Στις περιπτώσεις που η φαρμακευτική αγωγή είναι αναπόφευκτη, είναι εξαιρετικά σημαντική η εγκαθίδρυση θεραπευτικής συμμαχίας και η ύπαρξη εμπιστοσύνης μεταξύ της ασθενούς και του θεράποντος ειδικού ψυχικής υγείας, ο οποίος θα κληθεί να κατευθύνει την ασθενή στη σωστή απόφαση, συνεκτιμώντας τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα.

Ψυχοθεραπεία

Εξαιτίας των ιδιαιτεροτήτων που προαναφέρθηκαν, οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις αποτελούν τη θεραπεία εκλογής κατά την περιγεννητική περίοδο. Πρόσφατες μετα-αναλύσεις στο πεδίο της επιλόχειας κατάθλιψης, δείχνουν ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία μειώνεται σημαντικά με την ψυχοθεραπεία. Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και η διαπροσωπική θεραπεία εμφάνισαν την πιο αυξημένη αποτελεσματικότητα, με την διαπροσωπική θεραπεία να υπερτερεί ελάχιστα. Ωστόσο, η ατομική ψυχοθεραπεία είναι σημαντικά πιο αποτελεσματική σε σύγκριση με την ομαδική (Sokol et al., 2011). Σε άλλη έρευνα μεταανάλυσης δεν βρέθηκαν ουσιαστικές διαφορές μεταξύ των θεραπευτικών παρεμβάσεων, γεγονός που υποδηλώνει την ύπαρξη γενικών διαμεσολαβητικών παραγόντων, που οδηγούν στη βελτίωση των συμπτωμάτων, κοινών σε όλες τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις (Cuijpers et al, 2008).

Παρόλο που η ψυχοθεραπεία είναι ο ενδεδειγμένος τρόπος παρέμβασης, δεν υπάρχουν ακόμα ερευνητικά δεδομένα για την πορεία της ψυχικής υγείας των γυναικών που είχαν υποβληθεί σε ψυχοθεραπεία για επιλόχεια κατάθλιψη, μετά το πέρας ενός έτους από τον τοκετό (Cuijpers et al, 2008. Sokol, Epperson, & Barber, 2011).

Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες

Σε αρκετές περιπτώσεις οι γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο στρέφονται σε εναλλακτικές μορφές θεραπείας, δηλαδή σε πρακτικές προαγωγής υγείας, πρόληψης και θεραπείας ασθενειών, που δεν θεωρούνται οι συνήθεις και καθιερωμένες παρεμβάσεις για τη δυτική ιατρική. Παρόλο που η χρήση εναλλακτικών μεθόδων είναι ιδιαίτερα εκτεταμένη τα τελευταία χρόνια σε άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, οι έρευνες που βασίζονται σε σωστά μεθοδολογικά σχεδιασμένες τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές είναι περιορισμένες.

Το 2014 οι Deligiannidis και συνεργάτες πραγματοποίησαν ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την αποτελεσματικότητα και τις επιπτώσεις εναλλακτικών θεραπειών, όπως η κατανάλωση ωμέγα-3 λιπαρών, φυλλικού οξέος, S-αδενοσυλμεθειονίνης, φωτοθεραπεία, άσκηση, μασάζ και βελονισμός. Όπως προκύπτει από αποτελέσματα ερευνών, η κατανάλωση **ωμέγα-3 λιπαρών** έχει σημαντικά αντικαταθλιπτικά οφέλη στις συναισθηματικές διαταραχές γενικότερα. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, μάλιστα, συνιστά την κατανάλωσή τους από τους ασθενείς. Εξαιτίας της ετερογένειας στον σχεδιασμό των ερευνών από τις οποίες προκύπτουν τα πορίσματα για την περιγεννητική περίοδο, αλλά και του μικρού αριθμού ερευνών, προτείνεται η χρήση τους ως συμπληρωματική θεραπεία και όχι ως μονοθεραπεία (Freeman, 2006. Deligiannidis et al., 2014). Ανάλογα είναι και τα ευρήματα για τη χρήση **φυλλικού οξέος**, ενώ δεν υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες για τη **αδενοσυλμεθειονίνη**.

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι η **φωτοθεραπεία** είναι αποτελεσματική για την εποχική και μη εποχική κατάθλιψη (Eastman et al., 1998. Golden et al., 2005), και μάλιστα αρκετά καλά ανεκτή. Ωστόσο, αυξάνει τον κίνδυνο για μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο στα άτομα με διπολική διαταραχή (Golden et al., 2005. Sit et al., 2007). Σε μικρό δείγμα εγκύων, οι βαθμολογίες στις κλίμακες καταθλιπτικής συμπτωματολογίας βελτιώθηκαν σημαντικά, έπειτα από φωτοθεραπεία τριών εβδομάδων, ενώ δεν αναφέρθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες,

πέραν της ναυτίας (Oren et al., 2002). Η φωτοθεραπεία συνιστάται στην περιγεννητική περίοδο, με πολύ στενή ταυτόχρονη παρακολούθηση, ακόμα και σε άτομα που δεν έχουν διαγνωσθεί στο παρελθόν με διπολική διαταραχή, γιατί υπάρχει ο κίνδυνος συμπτωμάτων μανίας, υπομανίας, διαταραχών στον ύπνο και ευερεθιστότητας (Deligiannidis et al., 2014). Αρκετές μελέτες δείχνουν τη συμβολή της **αερόβιας άσκησης και της σωματικής δραστηριότητας** στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά και τον περιορισμό κινδύνου εμφάνισης αυτών (Krogh et al., 2011. Mota-Pereira et al., 2011), εύρημα που επιβεβαιώνεται από μικρό αριθμό ερευνών που πραγματοποιήθηκαν για την περιγεννητική περίοδο (Costa, Rippen, Dritsa, 2003. Robledo-Colonia et al., 2012). Το **μασάζ** φαίνεται ότι συμβάλλει αποτελεσματικά στη μείωση προγεννητικών και επιλόχειων καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Field et al., 2009), μειώνει τα επίπεδα της κορτιζόλης και αυξάνει τα επίπεδα της σεροτονίνης και της ντοπαμίνης (Field et al., 2004). Φαίνεται να δρα αθροιστικά στη βελτίωση που προέρχεται από την ψυχοθεραπεία (Field et al., 2009) και μπορεί να χρησιμοποιηθεί και συμπληρωματικά σε γυναίκες με ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα. Τέλος, υπάρχουν ελλιπή στοιχεία για τον **βελονισμό**, παρόλο που οι ενδείξεις είναι ενθαρρυντικές για τη συμπληρωματική θετική του επίπτωση. Οι κλινικές δοκιμές που αφορούν τη θεραπεία με βελονισμό είναι δύσκολο να σχεδιαστούν και αποτελούν ερευνητική πρόκληση, εφόσον δεν έχει επινοηθεί ένας επαρκής τρόπος για να δημιουργηθεί ομάδα ελέγχου στις τυφλές μετρήσεις (Deligiannidis et al., 2014).

Ανίχνευση των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών

Στον οδηγό του NICE (2007) σημειώνεται, ότι εξαιτίας των σοβαρών και χρόνιων επιπτώσεων που έχουν οι ψυχικές διαταραχές κατά την περιγεννητική περίοδο, όχι μόνο για την πάσχουσα αλλά και για το παιδί και όλη την οικογένεια, καθίσταται πλέον πιο πειστικό το ερώτημα της πρόβλεψης της εμφάνισης της διαταραχής. Οι δοκιμασίες διαλογής (screening) ουσιαστικά συνιστούν ένα εγχείρημα πρόβλεψης και ανίχνευσης. Ο όρος *πρόβλεψη* αναφέρεται στην αναγνώριση και τον εντοπισμό παρόντων ή παρελθόντων παραγόντων κινδύνου, που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών ή την πιθανότητα υποτροπής παρελθούσας διαταραχής. Ο όρος *ανίχνευση* αναφέρεται στον εντοπισμό παρούσας διαταραχής. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών στοχεύει στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης (επίπτωση – incidence), της επικράτησης (επιπολασμός – prevalence), των υποτροπών των ψυχικών διαταραχών, του χρόνου που δαπανάται για τα συμπτώματα ή τις συνθήκες κινδύνου για τις ψυχικές διαταραχές, προλαμβάνοντας ή επιβραδύνοντας και αναβάλλοντας τις υποτροπές, μειώνοντας ταυτόχρονα τις επιπτώσεις της διαταραχής στον ασθενή, την οικογένεια και την κοινωνία (WHO, 2004). Οι παρεμβάσεις για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών μπορούν να διαχωριστούν ανάλογα με τον πληθυσμό στόχο, στις εξής κατηγορίες (Mrazek & Haggerty, 1994):

A) Παρεμβάσεις που στοχεύουν στον γενικό πληθυσμό, σε πληθυσμό δηλαδή που δεν έχει επιλεγεί με βάση την ύπαρξη παραγόντων κινδύνου. Αυτού του είδους οι παρεμβάσεις είναι επιθυμητές για όλους. Τα προγράμματα προγεννητικής φροντίδας που δρουν προληπτικά, όχι μόνο για τη σωματική αλλά και για την ψυχική υγεία, είναι ένα παράδειγμα τέτοιων παρεμβάσεων.

B) Επιλεκτικές παρεμβάσεις, που στοχεύουν σε άτομα ή υποομάδες του πληθυσμού, που εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο για την εκδήλωση ψυχικών

διαταραχών σε σχέση με τον μέσο όρο. Οι ομάδες υψηλού κινδύνου ταυτοποιούνται με βάση βιολογικούς, ψυχολογικούς ή κοινωνικούς παράγοντες, που έχουν συσχετιστεί με την έναρξη ψυχικών διαταραχών. Παράδειγμα τέτοιας παρέμβασης είναι οι επισκέψεις επαγγελματιών υγείας στο σπίτι για την υποστήριξη γονέων με λιποβαρή νεογνά.

Γ) Συνιστώμενες προληπτικές παρεμβάσεις, που στοχεύουν σε άτομα υψηλού κινδύνου τα οποία εκδηλώνουν ήπιες αλλά εντοπίσιμες ενδείξεις ή συμπτώματα, προπομπούς ψυχικής διαταραχής, που συνιστούν προδιάθεση, ωστόσο δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για την ταυτοποίηση της διαταραχής. Παράδειγμα τέτοιας παρέμβασης είναι τα προγράμματα σε παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς, σύμφωνα με τις αναφορές των γονιών τους. Τέτοιου είδους παρεμβάσεις συχνά φέρουν τον τίτλο «πρώιμη παρέμβαση» και συνιστώνται, ακόμα και αν το κόστος τους είναι υψηλό.

Ο προσδιορισμός των κρίσιμων περιόδων, κατά τη διάρκεια των οποίων η παρέμβαση για τη μείωση των επιπτώσεων των συναισθηματικών και αγχωδών ψυχικών διαταραχών στην ίδια τη γυναίκα αλλά και στα παιδιά, αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς στόχους των ερευνών γύρω από την περιγεννητική ψυχική υγεία (Santos, 2014). Οι έρευνες δείχνουν ότι η έγκαιρη ανίχνευση συμπτωμάτων κατάθλιψης ή άγχους προγεννητικά και η άμεση παρέμβαση για την υποστήριξη της γυναίκας ως προς τη μετάβαση στη γονεϊκότητα, είναι αποτελεσματική ακόμα και όταν πραγματοποιείται από μη ειδικούς ψυχικής υγείας και βοηθά σημαντικά στην ανάπτυξη μιας υγιούς σχέσης μητέρας – παιδιού, ούτως ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης διαταραχής στα παιδιά (Rahman et al., 2013. Santos, 2014).

Παρόλο που τα συμπτώματα των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών είναι αντικείμενο έρευνας εδώ και πολλές δεκαετίες, τα πορίσματα δείχνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με τις έγκυες, (παραδείγματος χάρη, μαιευτήρες – γυναικολόγοι και μίες), δεν καταφέρνουν να διακρίνουν τις γυναίκες που βιώνουν κάποιου είδους δυσφορία (Hatton et al., 2007). Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι οι γυναίκες προσπαθούν να ελέγξουν και να μην εκφράσουν τα αρνητικά συναισθήματα σε μια περίοδο χαράς, σύμφωνα με την κοινωνική προσδοκία. Επίσης, τα περισσότερα μαθήματα ψυχοεκπαίδευσης δεν προετοιμάζουν για τις δυσάρεστες εκφάνσεις της γονεϊκότητας. Τέλος, οι επαγγελματίες υγείας δεν παίρνουν την πρωτοβουλία να ρωτήσουν και να ανιχνεύσουν τέτοιου είδους προβλήματα στις γυναίκες (Millis & Kornblith, 1992, Abramowitz et al. 2003).

Εκτός της δυσκολίας διάκρισης των γυναικών που πάσχουν από κάποια περιγεννητική ψυχική διαταραχή από τους επαγγελματίες υγείας, πρέπει να επισημανθεί και η δυσκολία που έχουν οι ίδιες οι γυναίκες να ζητήσουν βοήθεια. Η συστηματική ανασκόπηση σαράντα ποιοτικών ερευνών που πραγματοποιήθηκε από τους Dennis και Chung-Lee (2006) εντοπίζει τα αίτια του φαινομένου σε παράγοντες που αφορούν την ίδια τη γυναίκα αλλά και σε χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας. Τα αποτελέσματα είναι ενδεικτικά της ψυχικής ευαισθησίας και των ιδιαίτερων αναγκών των γυναικών κατά την περιγεννητική περίοδο, και εξαιρετικά χρήσιμα για τους επαγγελματίες υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες διστάζουν να ζητήσουν τη βοήθεια κάποιου επαγγελματία και να μιλήσουν για καταθλιπτικά συναισθήματα, παρόλο που οι επαφές με επαγγελματίες υγείας κατά την περιγεννητική περίοδο είναι ιδιαίτερα συχνές. Αρκετές γυναίκες αναφέρουν ότι δεν γνωρίζουν που μπορούν να απευθυνθούν για βοήθεια ή δεν είναι ενήμερες για τις θεραπευτικές δυνατότητες και εναλλακτικές που υπάρχουν. Δεν λείπουν οι περιπτώσεις

γυναικών των οποίων η δυσφορία εκφράζεται με σωματοποίηση, όπως για παράδειγμα, πονοκεφάλους, διαταραχές στον ύπνο, κόπωση σφίξιμο στο στήθος, κλπ. Οι γυναίκες αυτές, ενδέχεται να μη μπορούν να μεταφράσουν τη συμπτωματολογία τους ως απόρροια ψυχικής διαταραχής.

Κάποιες γυναίκες δε γνωρίζουν ότι πάσχουν από κατάθλιψη ή το αρνούνται, υποβιβάζοντας μάλιστα τα συμπτώματα. Άλλες θεωρούν ότι αυτό που τους συμβαίνει είναι φυσιολογική συνέπεια της μητρότητας. Οι τελευταίες αποδίδουν τα συμπτώματα σε άλλα αίτια και όχι στην κατάθλιψη.

Οι γυναίκες που αναγνωρίζουν ότι έχουν επιλόχεια κατάθλιψη δεν είναι πρόθυμες να αποκαλύψουν τα συναισθήματά τους στους συντρόφους, στην οικογένεια, στους φίλους ή σε επαγγελματίες υγείας. Η αιτιολόγηση αυτού του φαινομένου είναι πολλαπλή. Κάποιες γυναίκες θεωρούν ότι μπορούν να ανταπεξέλθουν μόνες τους με τα συναισθήματά τους, άλλες θεωρούν ότι θα θεωρηθούν απεχθείς αν τα αποκαλύψουν, άλλες φοβούνται ότι θα στιγματισθεί η οικογένειά τους και οι ίδιες θα θεωρηθούν υπεύθυνες για τα προβλήματα που θα προκληθούν. Επίσης, κάποιες ανησυχούν μήπως οι υπηρεσίες πρόνοιας τις απομακρύνουν από το παιδί τους. Επομένως, το κοινωνικό στίγμα είναι η κυριότερη αιτία μη αποκάλυψης της συναισθηματικής τους κατάστασης.

Οι μητέρες με κατάθλιψη δεν έχουν αρκετό χρόνο ώστε να απευθυνθούν σε κάποια υπηρεσία υγείας ή δεν μπορούν να είναι συνεπείς στα ραντεβού τους. Τέλος, κάποιες γυναίκες θεωρούν ότι η κατάθλιψη είναι σημάδι εσωτερικής αδυναμίας και όχι μια ψυχική ασθένεια. Η εκπαίδευση και η ευαισθητοποίηση των γυναικών σε θέματα που αφορούν τις περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές, καθώς και η υποκειμενική εκτίμηση της γυναίκας ότι έχει στενή επαφή με κάποιον επαγγελματία υγείας φαίνεται ότι προωθούν αρκετά την αναζήτηση βοήθειας. Εκτός από εμπόδια που απορρέουν από την ίδια τη γυναίκα, η βιβλιογραφική ανασκόπηση δείχνει ότι τα μέλη της οικογένειας δεν είναι συχνά σε θέση να προσφέρουν βοήθεια και υποστήριξη. Ακόμα περισσότερο, σε κάποιες περιπτώσεις η οικογένεια αποθαρρύνει τη γυναίκα από την αναζήτηση βοήθειας, επειδή η αποκάλυψη τόσο προσωπικών θεμάτων πέραν των οικογενειακών πλαισίων θεωρείται ανάρμοστη. Οι ίδιοι οι επαγγελματίες δεν είναι πάντοτε σε θέση να εκτιμήσουν σωστά την κατάσταση ή στερούνται των απαραίτητων γνώσεων. Το είδος της σχέσης που θα δημιουργηθεί ανάμεσα στον επαγγελματία υγείας και τη γυναίκα, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό και τη συμμόρφωση της γυναίκας στη θεραπευτική παρέμβαση που χρειάζεται. Αρκετές ποιοτικές μελέτες αναδεικνύουν την τάση κάποιων επαγγελματιών να «ομαλοποιούν» (normalize) τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Επίσης, φαίνεται ότι οι γυναίκες διστάζουν να λάβουν θεραπεία αν οι επαγγελματίες δεν αφιερώνουν τον απαραίτητο χρόνο να ακούσουν τα συναισθήματά τους ή υποβιβάζουν τη σημασία τους. Δεν λείπουν και οι γυναίκες που αναφέρουν ότι οι ειδικοί υπήρξαν κατευθυντικοί, αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο τα συναισθήματα αναξιοσύνης και ενοχής, στις περιπτώσεις που ένιωθαν αδύναμες να ανταπεξέλθουν. Για την πλειονότητα των γυναικών σημασία έχει να μπορούν απλώς να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους, σε κάποιον επαγγελματία με ενσυναίσθηση, που δεν θα γίνεται καθόλου επικριτικός στο άκουσμα της αμφιθυμίας ή άλλων αρνητικών για τη μητρότητα συναισθημάτων, να έχουν τον χρόνο που χρειάζονται για να εκφραστούν, να αναγνωρίζεται η δυσκολία τους και ταυτόχρονα να εισπράττουν τη διαβεβαίωση ότι δεν είναι οι μοναδικές που νιώθουν έτσι, ώστε να μη βιώνουν αποκλεισμό (Dennis & Chung-Lee, 2006). Εξαιτίας της κρισιμότητας του φαινομένου, διεξάγονται καμπάνιες ευαισθητοποίησης του γενικού πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας και γίνονται συστηματικές

προσπάθειες για την ένταξη της ανίχνευσης στους ελέγχους ρουτίνας των εγκύων από μαίες και μαιευτήρες, αλλά και από παιδιάτρους, οι οποίοι είναι οι κατεξοχήν επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με τις νέες μητέρες μετά τον τοκετό.

Η ανασκόπηση των ερευνών που πραγματοποιήθηκε για τις ανάγκες του οδηγού του National Collaborating Centre for Mental Health, καταλήγει στο ότι το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό σοβαρής ψυχικής διαταραχής, συμπεριλαμβανόμενης της σχιζοφρένειας, της διπολικής διαταραχής, προηγούμενης επιλόχειας ψύχωσης ή σοβαρής και παρατεταμένης κατάθλιψης στην περίοδο της λοχείας, μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης επεισοδίων της διαταραχής μετά την παρούσα κύηση (NICE, 2007).

Ψυχομετρικά Εργαλεία

Προκειμένου να ανιχνευτούν συμπτώματα από όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών, τα οποία δύναται να εμφανιστούν, όχι μόνο στη λοχεία, αλλά ακόμα και στην κύηση και έξι μήνες μετά τον τοκετό, συνήθως επιλέγονται από τους ψυχολόγους τα παρακάτω ψυχομετρικά εργαλεία:

1. Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS, (Cox και συν., 1987). Πρόκειται για κλίμακα ανίχνευσης της κατάθλιψης που χορηγείται πλέον σε όλη την περιγεννητική περίοδο, παρόλο που αρχικά είχε κατασκευαστεί για να μετρά τα καταθλιπτικά συμπτώματα μετά τον τοκετό. Αποτελείται από 10 δηλώσεις που περιγράφουν καταθλιπτικά συμπτώματα, με τέσσερις πιθανές απαντήσεις, κλιμακούμενης βαθμολογίας (από 0-3), με μέγιστη βαθμολογία το 30 για το σύνολο των δηλώσεων. Βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 12 δηλώνει κίνδυνο επιλόχειας κατάθλιψης, ενώ από 8 έως 11 δηλώνει υποκλινικά συμπτώματα. (Cox και συν., 1987). Η EPDS χορηγείται ευρύτατα και θεωρείται πλέον το κύριο εργαλείο για την ανίχνευση των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών, όχι μόνο στις γυναίκες αλλά και στους συντρόφους τους. Μάλιστα, το εργαλείο αυτό, εφόσον περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν αγχώδη, καταθλιπτική συμπτωματολογία, διαταραχές στην ενεργητικότητα, στον ύπνο, στην πρόσληψη τροφής, κλπ., συμπτώματα τα οποία απαντώνται σε πλήθος διαταραχών, φαίνεται ότι είναι σε θέση να ανιχνεύσει γυναίκες που εμπίπτουν στο φάσμα και άλλων διαταραχών, πέραν της κατάθλιψης, όπως της διπολικής, ιδεοψυχαναγκαστικής, άλλων αγχωδών, σωματόμορφων διαταραχών ή διαταραχών πρόσληψης τροφής (Lydsdottir, 2014). Ωστόσο, ερευνητές υποστηρίζουν ότι η EPDS αποτελεί ένα εργαλείο ανίχνευσης για τη γενικευμένη δυσφορία κατά την περιγεννητική περίοδο και όχι ειδικά της κλινικής κατάθλιψης, εντοπίζοντας ως επί των πλείστον τις γυναίκες που βρίσκονται σε κίνδυνο για την εκδήλωση της διαταραχής. Επομένως, το να ερμηνευθεί η υψηλή βαθμολογία της EPDS ως ένδειξη κατάθλιψης μπορεί να αποτελέσει εσφαλμένη διάγνωση (Gawlik και συν., 2013).

2. Beck Depression Inventory (BDI), (Beck και Beamesderfer, 1974). Πρόκειται για κλίμακα που μετράει την ένταση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η BDI δημιουργήθηκε από τον Beck με σκοπό να μετρήσει τις γνωστικές, συμπεριφορικές και σωματικές εκδηλώσεις της κατάθλιψης του ατόμου, καθώς και τη βαρύτητά της κατάθλιψης κατά το χρονικό διάστημα της τελευταίας εβδομάδας. Περιλαμβάνει 21 θέματα, βαθμολογούμενα από 0-3. Το εύρος της συνολικής βαθμολογίας είναι 0 έως 63. Παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και ικανοποιητική αξιοπιστία (Cronbach's α :0.84). Η κλίμακα του Beck αποτελεί κλίμακα διαστημάτων και δίνει έμφαση στα

ψυχολογικά και όχι στα σωματικά συμπτώματα. Βαθμολογία από 0 έως 9 θεωρείται φυσιολογική, από 10 έως 16 αντιστοιχεί στην ήπια κατάθλιψη, από 17 έως 29 στη μέτρια κατάθλιψη και από 30 και πάνω, στη σοβαρή κατάθλιψη.

3. State-Trait Anxiety Inventory, (STAI), (Spielberger, 1983). Πρόκειται για κλίμακα αξιολόγησης του άγχους, που διακρίνεται σε δύο υποκλίμακες. Η πρώτη αφορά στο περιστασιακό άγχος (state), όταν αυτό προκαλείται από αγχογόνες καταστάσεις, και η δεύτερη στο δομικό άγχος (trait) όταν αυτό πρόκειται για στοιχείο της προσωπικότητας. Οι δύο υποκλίμακες απαρτίζονται από 20 ερωτήματα κάθε μια. Οι απαντήσεις έχουν τέσσερις διαβαθμίσεις, από το «1=καθόλου» μέχρι το «4=πολύ». Η υποκλίμακα μέτρησης του περιστασιακού άγχους περιγράφει το υποκειμενικό αίσθημα έντασης, νευρικότητας, αναστάτωσης φόβου που τα άτομα νιώθουν την περίοδο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Η υποκλίμακα μέτρησης του δομικού άγχους περιγράφει το άγχος γενικά στη ζωή του κάθε ατόμου. Η βαθμολόγηση των ερωτηματολογίων γίνεται με την άθροιση όλων των ερωτημάτων και το σκορ του κάθε ερωτηματολογίου κυμαίνεται από 20 έως 80. Όσο πιο υψηλό είναι το σκορ τόσο μεγαλύτερο είναι το άγχος που βιώνει το άτομο. Η αξιοπιστία εσωτερικής εγκυρότητας των ερωτηματολογίων κρίνεται ικανοποιητική (Cronbach's α State = 0.92 και Cronbach's α Trait = 0.89).

4. SCL-90-R, Symptom Checklist-90-R (Derogatis, 1977). Πρόκειται για μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα ανίχνευσης διαστάσεων της ψυχοπαθολογίας, μέσω της μέτρησης των υποκειμενικών ενοχλήσεων και συμπτωμάτων. Επιπλέον, μετρά την εξέλιξη και την έκβαση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, έπειτα από φαρμακευτικές ή ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και χρησιμοποιείται ευρύτατα για ερευνητικούς σκοπούς. Αποτελείται από 90 ερωτήσεις που αφορούν ποικίλες ενοχλήσεις, στις οποίες ο αποκρινόμενος επιλέγει από τις εξής κλιμακούμενες απαντήσεις: «καθόλου», «λίγο», «μέτρια», «πολύ», «πάρα πολύ». Οι επιλογές αυτές βαθμολογούνται αντίστοιχα από μηδέν έως τέσσερα και η μέγιστη συνολική βαθμολογία είναι το 360. Η προσαρμογή σε ελληνικό πληθυσμό πραγματοποιήθηκε από τους Ντόνια και συνεργάτες, το 1991. Η ψυχοπαθολογία δύναται να παρουσιαστεί μέσα από 9 υποκλίμακες συμπτωμάτων:

1. Σωματοποίηση (Somatization)
2. Ψυχαναγκαστικότητα – Καταναγκαστικότητα (Obsessive-Compulsive)
3. Διαπροσωπική ευαισθησία (Interpersonal Sensitivity)
4. Κατάθλιψη (Depression)
5. Άγχος (Anxiety)
6. Θυμός- Επιθετικότητα (Hostility)
7. Φοβικό Άγχος (Phobic Anxiety)
8. Παρανοειδής ιδεασμός (Paranoid ideation)
9. Ψυχωτισμός (Psychoticism)

Τέλος, περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις που δεν συνυπολογίζονται στους ανωτέρω δείκτες και αφορούν άλλα συμπτώματα, όπως διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κλπ.

ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Ψυχολογικά προβλήματα κατά την εξωσωματική γονιμοποίηση

Κάθε πρόγραμμα Εξωσωματικής Γονιμοποίησης απαιτεί από τις γυναίκες συχνές εξετάσεις αίματος και καθημερινές ενέσεις με αποτέλεσμα το καθημερινό πρόγραμμα όσων συμμετέχουν στη διαδικασία αυτή να ανατρέπεται σημαντικά.

Οι γυναίκες που συμμετέχουν σε προγράμματα Εξωσωματικής Γονιμοποίησης στην πλειοψηφία τους αναφέρουν ως πιο δύσκολη φάση του προγράμματος εκείνη που εκτείνεται από την ολοκλήρωση της διαδικασίας μετά την εμβρυομεταφορά μέχρι την ημέρα της διαπίστωσης της επίτευξης της εγκυμοσύνης. Σε αυτό το διάστημα πολλές δεν κατορθώνουν να ελέγξουν την φαντασίωση τους και αισθάνονται έγκυες. Πολλές γυναίκες μετά από ένα αρνητικό αποτέλεσμα βιώνουν μια έντονη θλίψη. Η θλίψη αυτή δεν διαρκεί το ίδιο για κάθε γυναίκα. Εξαρτάται από την προσωπικότητα του κάθε ατόμου, από την υποστήριξη που έχει, καθώς και από τον αριθμό των προσπαθειών που έχει επιχειρήσει.

«Πόσα, αλήθεια, μπορείς να υποφέρεις για ένα παιδί; Πέρα από τα φάρμακα, αυτός ο αγώνας με το ρολόι στο χέρι για να πιάσουμε το ωάριο την ώρα ακριβώς που θα σκάσει ... και ατέλειωτοι υπέρηχοι κάθε μέρα. Και η ακόμα πιο ατέλειωτη αναμονή των δεκαπέντε ημερών, για να δεις τελικά αν αυτό το κυτταρικό μπαλάκι αποφάσισε να ριζώσει στη μήτρα σου και να παραμείνει στο σώμα σου. Και το ολοκληρωτικό πάγωμα όταν δεις τα πρώτα σημάδια αίματος ...».

Επιδράσεις του μητρικού θηλασμού στην ψυχική υγεία της μητέρας

Ο συνεχιζόμενος μητρικός θηλασμός προσφέρει συναισθηματική ασφάλεια στο παιδί, δίνει περαιτέρω ώθηση στην ψυχοκινητική του ανάπτυξη, δημιουργεί παιδιά πιο ασφαλή και ανεξάρτητα σε βάθος χρόνου, ενώ παρέχει ανείπωτη απόλαυση στη μητέρα.

Είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι αφήνοντας το νεογέννητο στην αγκαλιά της μητέρας προάγουμε την εδραίωση του αποκλειστικού θηλασμού, βοηθάμε το μωρό να θηλάσει για περισσότερους μήνες, ενώ παράλληλα ενισχύουμε το δέσιμο μητέρας-βρέφους και την αλληλεπίδρασή τους. Η μητέρα αποκτά μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και διαβάζει καλύτερα τα σημάδια του μωρού της, ενώ αυτό επιδεικνύει μεγαλύτερη ωριμότητα στη συμπεριφορά και στο νευρικό του σύστημα, με λιγότερο κλάμα. Η μητρότητα είναι επιβεβαιωτική της γυναικείας ταυτότητας και η γαλουχία μπορεί να βιωθεί ως η απόλυτη εμπειρία του να είσαι γυναίκα.

Ο μητρικός θηλασμός προάγει το δέσιμο μεταξύ μητέρας-παιδιού, βοηθά τη μητέρα να ευχαριστηθεί τη μητρότητα, προάγει τον αυτοσεβασμό της και επιδρά θετικά στη σεξουαλική σχέση με το σύζυγο. Έρευνες και παρατηρήσεις έχουν αποδείξει ότι τα βρέφη που έχουν συνεχή ή μεγάλη σωματική επαφή με τη μητέρα τους αναπτύσσονται ταχύτερα. Ακόμη, έχει δείχθει ότι οι οικογενειακές και οι κοινωνικές σχέσεις, καθώς και η συνεχής λεκτική επικοινωνία, βοηθούν τα βρέφη να αναπτυχθούν ταχύτερα και ομαλότερα. Ένας ακόμη πολύ σημαντικός λόγος είναι η ανάπτυξη της συναισθηματικής σχέσης ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί της, που αρχίζει από το πρώτο βλέμμα που ανταλλάσσουν αμέσως μετά τον τοκετό. Με πρότυπο αυτή τη συγκεκριμένη σχέση θα αναπτυχθεί ολόκληρος ο συναισθηματικός κόσμος του παιδιού.

Σύμφωνα με έρευνες, παιδιά που έχουν θηλάσει μεγαλύτερο χρονικό διάστημα φαίνεται ότι έχουν ισχυρότερες οικογενειακές σχέσεις, έναντι εκείνων που έχουν

θηλάσει για μικρό χρονικό διάστημα ή δεν έχουν θηλάσει καθόλου. Επίσης, με το θηλασμό αναπτύσσεται ένα μεγάλο συναισθηματικό δέσιμο ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί, γεγονός τεράστιας σημασίας, αφού η συναισθηματική ανάπτυξη και η ψυχική υγεία του ατόμου φαίνεται ότι εξαρτάται από το εν λόγω δέσιμο. Ο Sigmund Freud, πατέρας της ψυχανάλυσης, θεωρούσε ότι οι εμπειρίες της ζωής του νεογέννητου μωρού είναι καθοριστικές για τη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Κατά τη διάρκεια του θηλασμού, το στήθος, το γεμάτο μυρωδιές και αγάπη γάλα αναπτύσσει δεσμό ανάμεσα στο μωρό και τη μητέρα. Το μωρό αγαπά τον άνθρωπο που ικανοποιεί τις βιολογικές του ανάγκες για επιβίωση. Αυτή η αγάπη, αυτός ο δεσμός προκαθορίζει και τις μετέπειτα σχέσεις του σε όλη του τη ζωή.

Χρειάζεται απρόσκοπτη επαφή με το μωρό, καθώς η ισχυρή σύνδεση των γονέων με το μωρό ενισχύεται από το θηλασμό. Τα ευρήματα των επιστημόνων υποστηρίζουν την ύπαρξη μιας ευαίσθητης περιόδου στις πρώτες ώρες της ζωής, κατά τη διάρκεια της οποίας η στενή επαφή μητέρας και παιδιού μπορεί να επιφέρει μακροπρόθεσμες θετικές επιδράσεις στο δέσιμό τους.

Η επιστήμη έχει αποδείξει επίσης ότι, όταν μωρά και μητέρες κρατούνται χωριστά, βλάπτεται η αυτοπεποίθηση της μητέρας ως προς τη φροντίδα του μωρού της, η μεταξύ τους αλληλεπίδραση και ο σύνδεσμός τους. Η μητέρα δεν μαθαίνει να διαβάζει τα σημάδια, τη γλώσσα του μωρού της. Έρευνες από την Αμερική δείχνουν ότι μητέρες που θηλάζουν το μωρό τους μέσα στο πρώτο δίωρο παρουσιάζουν λιγότερο άγχος, καλύτερη ψυχική διάθεση, βραδείς καρδιακούς παλμούς και μειωμένα επίπεδα κορτιζόλης (ορμόνης του stress) στο αίμα τους. Η διακοπή του θηλασμού αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αύξηση του άγχους και της κατάθλιψης της μητέρας, καθώς έγκυες με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης που διακόπτουν νωρίς το θηλασμό βρίσκονται σε επί πλέον κίνδυνο για την επιδείνωση των ανωτέρω ψυχικών διαταραχών.

Κάποιες άλλες επιστημονικές έρευνες παρέχουν ενδείξεις ότι ακόμη και λίγες βρεφικές φιάλες (μπιμπερό) χορηγούμενες στο παιδί κατά τις πρώτες κρίσιμες ημέρες είναι πιθανόν να μειώσουν την αυτοπεποίθηση της μητέρας και να αποδυναμώσουν το ρόλο της. Επί πλέον, ο μη θηλασμός συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα άγχους και έντονη αρνητική διάθεση από πλευράς της μητέρας, σε αντίθεση με τις μητέρες εκείνες που θηλάσαν τα μωρά τους. Σύμφωνα με επί πλέον έρευνες, ο μητρικός θηλασμός σχετίζεται με χαμηλά ποσοστά εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίζονται να είναι λιγότερο καταθλιπτικές, ενώ αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα ο οποίος μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε μια καλά ελεγχόμενη αντίδραση στο stress, μειώνοντας κατ' επέκταση τη επίπεδά του.

Επιστήμονες εξέτασαν 49 κλινικές έρευνες σχετικές με την προστασία της μητέρας μέσω του θηλασμού από την επιλόχεια κατάθλιψη, δημοσιευμένες κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα, δημοσιευμένα στο περιοδικό *Pediatrics* τον Απρίλιο του 2009: Στις 6 εβδομάδες της ζωής του βρέφους, μητέρες που δίνουν μπιμπερό έχουν διπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης, σε σχέση με γυναίκες που θηλάζουν το μωρό τους. Στις 6–8 εβδομάδες της ζωής του μωρού, μητέρες που εμφανίζουν κατάθλιψη είναι πιθανότερο να δίνουν μπιμπερό, παρά να θηλάζουν. Μητέρες με συμπτώματα κατάθλιψης αμέσως μετά τη γέννηση του μωρού έχουν αυξημένο κίνδυνο να μην αρχίσουν το θηλασμό ή να μη θηλάσουν αποκλειστικά. Καταθλιπτικές μητέρες τείνουν να θηλάζουν το μωρό τους για μικρότερο χρονικό διάστημα και να βιώνουν μεγαλύτερα προβλήματα στο θηλασμό. Από αυτά συμπεραίνεται ότι ένας

σημαντικός τρόπος για να εξασφαλιστεί η ψυχική υγεία της μητέρας μετά από τον τοκετό είναι η προτροπή να θηλάσει το μικρό της. Η πράξη του θηλασμού μειώνει το άγχος, προσφέρει αίσθημα ευεξίας και καλής διάθεσης και μειώνει τις ορμόνες του stress, δηλαδή την κορτιζόλη και την αδρεναλίνη. Αν η μητέρα λάβει τη σωστή βοήθεια από ειδικό και θηλάσει επιτυχημένα και αποτελεσματικά, βελτιώνεται η ψυχολογία της και αισθάνεται ότι έχει τον έλεγχο στο μέγεθος του μωρού της.

Η νεογέννητη μητέρα, όταν θηλάζει, αισθάνεται συναισθηματική πληρότητα, νιώθει αυτοπεποίθηση και σιγουριά, είναι ήρεμη, γαλήνια και χωρίς συναισθηματικές ενοχές. Αντλεί ευχαρίστηση από το θηλασμό, νιώθει πραγματικά ολοκληρωμένη, αισθάνεται πιο δυνατή, με μεγαλύτερη υπομονή, μεταμορφώνεται με το συνεχιζόμενο θηλασμό, γίνεται πιο δεκτική, πιο προσαρμόσιμη, εμποτισμένη για μήνες με τις ορμόνες της αγάπης. Η μητέρα μαθαίνει να αφουγκράζεται το μωρό της και να το προστατεύει, μαθαίνει να επικοινωνεί βαθιά μαζί του. Ο μητρικός θηλασμός προάγει το δέσιμο μεταξύ μητέρας-παιδιού, βοηθά τη μητέρα να απολαύσει τη μητρότητα, προάγει τον αυτοσεβασμό της και οδηγεί σε τόνωση της αυτοπεποίθησης και της ενδυνάμωσης του γονεϊκού ρόλου.

Οι ορμόνες που περιέχει το μητρικό γάλα διαδραματίζουν εξ ίσου σημαντικό ρόλο στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του νεογέννητου. Το άγγιγμα και το γλείψιμο της μητρικής θηλής επιταχύνει την απελευθέρωση της ωκυτοκίνης, γεγονός που είναι ιδιαίτερα σημαντικό για πολλούς λόγους. Η ωκυτοκίνη προκαλεί συστολές στη μήτρα και έτσι διευκολύνεται η απόπτωση του πλακούντα και μειώνεται η αιμορραγία της μητέρας μετά από τον τοκετό, ενώ, παράλληλα, επιταχύνεται η έκκριση του μητρικού γάλακτος από το στήθος. Επίσης, η ωκυτοκίνη διευκολύνει την έκκριση ορμονών οι οποίες βοηθούν τη μητέρα να αισθανθεί ήρεμη και χαλαρή και, όπως κάποιοι αναφέρουν, να «αγαπήσει το μωρό της». Οι μητέρες νιώθουν μια απερίγραπτη χαρά όταν πρωτοβλέπουν το μωρό τους. Οι πατέρες, συχνά μοιράζονται αυτή την ευτυχία και το δέσιμο της μάνας με το παιδί αρχίζει.

Σύμφωνα με άλλες αναφορές, η ωκυτοκίνη που βρίσκεται μέσα στο μητρικό γάλα ενισχύει τα συναισθήματα ηρεμίας και παρηγοριάς στο μωρό, οδηγεί τη μητέρα σε μια κατάσταση ηρεμίας και κοινωνικής δεκτικότητας, τη γεμίζει με θετικά συναισθήματα και ευφορία, μειώνει το άγχος της, επιτείνει τα συναισθήματα αγάπης, τη μητρική συμπεριφορά και το δέσιμό της με το παιδί και αυξάνει την αντοχή της στον πόνο. Επί πλέον, μέσα στο γάλα υπάρχει μια φυσική ηρεμιστική ουσία, η καλεομορφίνη, που ανήκει στην κατηγορία των ενδορφινών, οι οποίες είναι αναλγητικά παραγόμενα από τον ίδιο τον οργανισμό. Η έλλειψή τους είναι από τις βασικές αιτίες του πονοκεφάλου. Μια άλλη σημαντική ορμόνη της γαλουχίας, η προλακτίνη, παράγεται επίσης στον εγκέφαλο της μητέρας. Και αυτή προσφέρει στη μητέρα μια αίσθηση ευφορίας και θετικότητας.

Τραυματικός τοκετός

Όταν μιλάμε για τραυματικό τοκετό, περιγράφουμε ουσιαστικά συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες που βιώνονται μετά τον τοκετό. Η διαταραχή μετατραυματικού στρες, είναι μια αντίδραση έντονου άγχους που ακολουθεί ένα τραυματικό γεγονός. Η διαταραχή εμφανίζεται όταν κάποιος έχει την εμπειρία ή είναι μάρτυρας γεγονότων απειλητικών για τη ζωή. Ως τραυματικά γεγονότα αναγνωρίζονται συνήθως οι φυσικές καταστροφές, σοβαρά ατυχήματα, πόλεμος, βίαιες προσωπικές επιθέσεις όπως βιασμός, κακοποίηση. Όμως τραυματική εμπειρία μπορεί να είναι οποιαδήποτε εμπειρία συνεπάγεται την απειλή του θανάτου ή σοβαρού τραύματος του ατόμου ή κάποιου κοντινού τους προσώπου (π.χ

του μωρού), οπότε, εφόσον η γέννα μπορεί να επισύρει τα παραπάνω, μπορεί να ειπωθεί κι ως τραυματικό γεγονός.

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες μετά τον τοκετό περιλαμβάνει τα εξής συμπτώματα:

α) Αναβίωση του γεγονότος μέσα από flashbacks (αναδρομές στο παρελθόν) ή εφιάλτες

β) Συμπτώματα αποφυγής (συμπεριλαμβανομένης της αμνησίας του γεγονότος ή μερών του), προβλήματα στη δημιουργία δεσμού με το παιδί, απροθυμία για σεξουαλική επαφή για ν' αποφευχθεί άλλη εγκυμοσύνη κι αποφυγή όλων των θεμάτων που αφορούν τον τοκετό και την εγκυμοσύνη.

γ) Συμπτώματα αυξημένης διέγερσης όπως εφίδρωση, τρέμουλο, εκνευρισμός, διαταραχές του ύπνου.

Παράγοντες που συντελούν στο να θεωρηθεί ο τοκετός τραυματικός

Κάποιες γυναίκες βιώνουν εμπειρίες κατά τη διάρκεια του τοκετού, που θα τραυμάτιζαν οποιονδήποτε. Για κάποιες άλλες γυναίκες δεν είναι τόσο κάποιες δραματικές εξελίξεις που επιφέρουν τον ψυχολογικό τραυματισμό αλλά άλλοι παράγοντες όπως π.χ η αίσθηση απώλειας ελέγχου, η απώλεια αξιοπρέπειας, η εχθρική ή δύσκολη συμπεριφορά των ανθρώπων γύρω (π.χ του προσωπικού), η αίσθηση ότι δεν εισακούονται κι ότι δεν ξέρουν τι ακριβώς συμβαίνει. Η έρευνα γύρω από τους παράγοντες που καταστούν τη γέννα τραυματική εμπειρία είναι περιορισμένη και κατά κύριο λόγο επικεντρωμένη στο είδος του τοκετού. Κάποιοι από αυτούς είναι: Εκτενής τοκετός ή γρήγορος και επώδυνος τοκετός, ανεπαρκής αναλγησία, αίσθηση απώλειας ελέγχου, επείγουσες διαδικασίες, όπως επείγουσα καισαρική, απρόσωπη μεταχείριση ή προβλήματα με τη συμπεριφορά του προσωπικού, έλλειψη πληροφόρησης ή εξήγησης, έλλειψη ιδιωτικότητας κι απώλεια αξιοπρέπειας, φόβος για την ασφάλεια του μωρού, μωρό που γεννιέται νεκρό, γέννηση ενός μωρού με αναπηρία, προηγούμενο τραύμα (π.χ κακοποίηση στην παιδική ηλικία).

Εάν συνοψίζαμε τα θέματα που αναδύονται μετά από μια εμπειρία τραυματικού τοκετού, είναι τα εξής:

- 1) Να με φροντίσουν-ζητούσα πολλά;
- 2) Να επικοινωνήσουν μαζί μου-γιατί αγνοήθηκε αυτό;
- 3) Να μου προσφέρουν ασφαλή φροντίδα: προδόθηκα κι ένιωσα ανίσχυρη
- 4) Ο σκοπός αγιάζει τα μέσα: Με ποιο κόστος και για ποιόν;

Η επιλόχεια διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι πολύ διαφορετική από την επιλόχεια κατάθλιψη εάν και κάποια συμπτώματα τους συμπίπτουν. Το να γίνει σωστή διάγνωση είναι πολύ σημαντικό στην προκειμένη περίπτωση, έτσι ώστε να χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπεία. Υπολογίζεται ότι το 2% των γυναικών έχουν την εμπειρία ενός τραυματικού τοκετού. Ετικέτες όπως «αδύναμη» καθώς και συμβουλές όπως «ξεπέρασε το και να είσαι ευγνώμων που το μωρό σου είναι καλά», δε βοηθούν αλλά αντίθετα δημιουργούν τύψεις και μεγαλύτερη εσωτερική αναταραχή.

Η ψυχική στήριξη της γυναίκας κατά τη διάρκεια του τοκετού

Η σημασία της ψυχικής στήριξης της γυναίκας κατά τη διάρκεια του τοκετού έχει αναγνωριστεί από τους μαιευτήρες εδώ και πολλά χρόνια και διάφοροι μελετητές έχουν διατυπώσει θεωρίες, σχετικές με τον τρόπο παροχής της ψυχικής στήριξης της επιτόκου. Οι θεωρίες αυτές ονομάζονται ψυχοπροφυλακτικές μέθοδοι. Η εφαρμογή στοιχείων των ψυχοπροφυλακτικών αυτών μεθόδων κατά τη διάρκεια του τοκετού, μπορεί να βελτιώσει την γενικότερη εμπειρία του τοκετού τόσο για την επίτοκο, όσο και για το σύντροφό της, ο οποίος συχνά πλέον παρίσταται.

Το μακρινό 1933 ο Βρετανός Μαιευτήρας Grantly Dick-Read περιέγραψε τη μέθοδο του «φυσικού τοκετού» (natural birth). Ο ιατρός αυτός πίστευε πως ο πόνος του τοκετού είναι προϊόν του φόβου της επιτόκου. Σύμφωνα με τη μέθοδό αυτή η διδασχία των φυσιολογικών διαδικασιών του τοκετού και της ανατομίας του γεννητικού συστήματος, βοηθάει στη δημιουργία μιας ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης μέσα στην αίθουσα τοκετών. Η εμπιστοσύνη, που η επίτοκος αισθάνεται απέναντι στον ιατρό, αλλά και στο σώμα της, το οποίο γνωρίζει, σε συνδυασμό με τεχνικές χαλάρωσης, θεωρητικά μπορεί να βοηθήσουν στην βελτίωση της εμπειρίας του τοκετού και να επιτρέψουν στη γυναίκα να αισθανθεί λιγότερο πόνο.

Πιο «εκλεπτυσμένη» και πιο διαδεδομένη είναι η μέθοδος, η οποία διατυπώθηκε από τον Γάλλο Fernand Lamaze το 1951. Ο Lamaze διατύπωσε τη θεωρία του μετά από μία επίσκεψη στη Ρωσία, όπου και ήρθε σε επαφή με το έργο του μεγάλου Ρώσου επιστήμονα και διανοητή Ivan Pavlov. Η περιγραφή του έργου του Pavlov είναι (δυστυχώς) εκτός του σκοπού του κειμένου αυτό. Η μέθοδος Lamaze αρχικά ονομάστηκε, ίσως με κάποια δόση υπεραισιοδοξίας, «ανώδυνος τοκετός», ενώ αργότερα μετονομάστηκε σε «τοκετό χωρίς φόβο». Σύμφωνα με τον Lamaze αν μπορούσαμε να βοηθήσουμε την επίτοκο να επικεντρώσει την προσοχή της σε συγκεκριμένα είδη αναπνοής ή ακόμα και σε σημεία του τοίχου, τότε η αίσθηση του πόνου του τοκετού θα μειωθεί σημαντικά.

Ο μαιευτήρας Robert Bradley εξέλιξε το 1947 την ομώνυμη μέθοδο τοκετού, η οποία διαδόθηκε μέσω του της έκδοσης του βιβλίου του «Husband – Coached Childbirth» το 1967. Η μέθοδος αυτή υπογραμμίζει την αξία της συνεργασίας της επιτόκου με το σύντροφό της κατά τη διάρκεια του τοκετού. Στα πλαίσια της μεθόδου αυτής τα ζευγάρια διδάσκονται τη μηχανική τοκετού και μαθαίνουν τι είναι η διαφραγματική αναπνοή. Η μέθοδος Bradley δεν επικεντρώνεται στην αναλγησία, στη μείωση δηλαδή του πόνου, αλλά στο πώς θα βελτιωθεί η αντοχή της επιτόκου στις ωδίνες του τοκετού.

Μέθοδοι προετοιμασίας τοκετού

Οι περισσότεροι υποστηρικτές των μεθόδων τοκετού με προετοιμασία, έχουν ως κοινό ότι ο φόβος και η ένταση ενισχύουν τον πόνο και την απώλεια αυτοελέγχου. Σκοπός των μαθημάτων είναι η μητέρα να αποκτήσει γνώσεις για τη διαδικασία του τοκετού. Με αυτόν τον τρόπο:

- ♦ ενισχύεται η αυτοπεποίθηση
- ♦ μαθαίνεται η αυτοκυριαρχία
- ♦ εκπαίδευση στις αναπνοές
- ♦ το ζευγάρι συμμετέχει μαζί ενεργά

Το κλειδί για τις μεθόδους είναι ότι ο πόνος δεν εξαλείφεται πλήρως με τη σωστή προετοιμασία σωματική και ψυχική αλλά ελέγχεται.

Οι πιο σημαντικές:

Μέθοδος Lamaze / ψυχοπροφυλακτική μέθοδος

Βασισμένη σύμφωνα με τα πειράματα του Ρώσου Pavlov ο οποίος ανέφερε για πρώτη φορά την εξαρτημένη μάθηση. Σύμφωνα με τον Lamaze ο πόνος είναι ένα εξαρτημένο αντανακλαστικό.

- ♦ *Ενημέρωση της γυναίκας σχετικά με τον τοκετό. Η άγνοια προκαλεί φόβο. Ο φόβος με την σειρά του προκαλεί άγχος και απώλεια αυτοκυριαρχίας.*
- ♦ *Εστιασμός προσοχής σε συγκεκριμένο σημείο*
- ♦ *Η γυναίκα διδάσκεται να χαλαρώνει συγκεκριμένους μύες*
- ♦ *Προτιμάτε η θωρακική αναπνοή με διάφορες μορφές ανάλογα με την ένταση των συστολών.*

Μέθοδος Dickread

- ♦ *Μείωση του φόβου και της έντασης με ενίσχυση των γνώσεων σχετικά με την διαδικασία του τοκετού*
- ♦ *Φυσικές ασκήσεις για την προετοιμασία του σώματος*
- ♦ *Χαλάρωση*
- ♦ *Αναπνοές : κατά βάση κοιλιακές για το μεγαλύτερο μέρος του τοκετού και επιφανειακές στο τέλος του πρώτου σταδίου.*

Μέθοδος Bradley

- ♦ *Αρμονική συνεργασία με το σώμα*
- ♦ *Κοιλιακές αναπνοές*
- ♦ *Μεγάλη σημασία στον περιβάλλοντα χώρο με ησυχία χωρίς πολλά φώτα*
- ♦ *Ο σύζυγος έχει ενεργό ρόλο στον τοκετό. Βοηθά στις αναπνοές και στην χαλάρωση της επιτόκου.*

Η συμμετοχή του πατέρα στον τοκετό

Τα τελευταία χρόνια πολλά μαιευτήρια έχουν κάνει αποδεκτή την παρουσία του πατέρα στον τοκετό. Προετοιμασία για τον τοκετό χρειάζεται και ο σύντροφος της γυναίκας. Με την πολύτιμη παρουσία του μπορεί να έχει ενεργό ρόλο στον τοκετό. Με διάφορους τρόπους πρακτικούς όπως το μασάζ στην οσφύ, η βοήθεια στην εναλλαγή θέσεων της γυναίκας, υπενθύμιση στις αναπνοές μαζί με την μαία και το πιο σημαντικό δείχνοντας στοργή στην γυναίκα του. Παρακολουθώντας μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής ο πατέρας μαθαίνει να έχει ενεργό ρόλο στον τοκετό. Με αυτόν τον τρόπο το ζευγάρι λειτουργεί σαν αναπόσπαστο κομμάτι σε ένα τόσο υπέροχο και σημαντικό γεγονός..

Οι μέθοδοι αυτοί δίνουν έμφαση στην αξία της πληροφόρησης της εγκύου και του συντρόφου της σχετικά με τη διαδικασία του τοκετού, ώστε να μειωθεί ο φόβος και να βελτιωθεί η γενικότερη εμπειρία του τοκετού, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από την επίτοκο.

Η ψυχολογική υποστήριξη κατά τον τοκετό είναι σημαντική και βασίζεται στη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ της επιτόκου και του συντρόφου της με τον θεράποντα ιατρό. Η σχέση αυτή χτίζεται σταδιακά καθ' όλη τη διάρκεια της παρακολούθησης της εγκυμοσύνης.

Η ενημέρωση του ζεύγους από το Μαιευτήρα είναι σημαντική σε όλα τα στάδια της κύησης. Έτσι όσο πλησιάζει ο τοκετός η ενημέρωση αυτή συνήθως επικεντρώνεται στα θέματα αυτής καθεαυτής της διαδικασίας του τοκετού και απαντώνται κατά τον καλύτερο δυνατόν τρόπο οι απορίες.

Υπνοθεραπευτικός Ανώδυνος τοκετός

Η χρησιμοποίηση της ύπνωσης για έναν ανώδυνο τοκετό έχει μια πολύ μακρόχρονη και πολύ επιτυχημένη ιστορία. Η πρώτη καταγραφή, αναφέρεται στη δεκαετία του 1920 στη Ρωσία. Ο Dr Platanov, ήταν γνωστός για τη χρήση κλινικής ύπνωσης με πολύ μεγάλη επιτυχία. Ο Ferdinand Lamaze έμαθε ύπνωση όταν επισκέφτηκε τη Ρωσία για να μάθει Υπνοθεραπεία και μετέφερε τις καινούργιες γνώσεις του στην Γαλλία όπου και ζούσε. Εκεί δημιούργησε τη μέθοδο Lamaze η οποία χρησιμοποιείται μέχρι σήμερα. Ονόμασε την τεχνική του «Τοκετός χωρίς πόνο μέσω της ψυχολογικής μεθόδου». Τα τελευταία χρόνια, ο ρόλος της ύπνωσης κατά τη διάρκεια του τοκετού, αποτελεί συχνά θέμα για πολλές επιστημονικές έρευνες. Στο British Journal of Anaesthesia, Ιούλιος 2007, εμπεριέχεται η πιο ολοκληρωμένη έρευνα, σχετικά με αυτό. Αυτή η έρευνα αντιπροσωπεύει την πιο ολοκληρωμένη αναθεώρηση όλων των ερευνών που έχουν γίνει μέχρι σήμερα, σχετικά με τη χρήση ύπνωσης αντί αναισθητικού κατά τη διάρκεια του τοκετού. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η ύπνωση μπορεί να μειώσει τη χρήση του αναισθητικού (επισκληριδίου και άλλων αναλγητικών) κατά τη διάρκεια του τοκετού. Εκτός από την αναλγησία και τα αποτελέσματα τοπικής αναισθησίας που επιτεύχθηκαν σε εγκύους οι οποίες ήταν δεκτικές στην μέθοδο της ύπνωσης, υπάρχουν και άλλοι τρεις λόγοι, που δικαιολογούν τη μείωση της χρήσης αναλγητικών φαρμάκων κατά τη διάρκεια του τοκετού που έγινε με την βοήθεια της ύπνωσης. Ο πρώτος λόγος είναι, ότι η έγκυος που έχει εκπαιδευτεί σε αυτο-ύπνωση είναι αυτοδύναμη, έχει μάθει να στηρίζεται στον εαυτό της και έχει την αίσθηση ότι αυτή έχει τον έλεγχο. Ο δεύτερος λόγος είναι ότι οι γυναίκες αυτές, μπορούν να χρησιμοποιήσουν τη μέθοδο της ύπνωσης για χαλάρωση, μειώνοντας έτσι το φόβο και το άγχος, που έχουν σαν αποτέλεσμα τη μείωση της ανάγκης για χρήση αναλγητικών. Τέλος, με τη χαλάρωση που δημιουργείται όταν χρησιμοποιείται η μέθοδος της ύπνωσης, μπορεί να ελαχιστοποιηθεί ο πόνος που προκαλείται από τις έντονες συσπάσεις της μήτρας, ώστε η επίλοχος γυναίκα να μην χρειάζεται να ζητά τη χρήση φαρμακευτικής ανελγησίας.

Η ψυχολογία της γυναίκας μετά τη γέννα

Η περίοδος που διανύει μια γυναίκα μετά τη γέννα – η λοχεία – είναι τόσο σημαντική όσο και κρίσιμη για τη θεμελίωση της σωματικής αλλά και ψυχικής υγείας του βρέφους. Προϋπόθεση για την ομαλή διεξαγωγή αυτής της τόσο κρίσιμης περιόδου είναι όχι μόνο το περιβάλλον, πρακτικό και συναισθηματικό, της μητέρας αλλά και η συναισθηματική ετοιμότητά της να φέρει στον κόσμο ένα παιδί. Η λοχεία είναι μια κατ' εξοχήν φορτισμένη περίοδος με προσδοκίες αναφορικά με το νεογέννητο, ανησυχία, αγωνία και συχνά σωματική εξάντληση. Φαντάζεται λοιπόν κανείς το πόσο απαραίτητη είναι η πρωτότερη ετοιμότητα της γυναίκας να γίνει μητέρα. Οι περισσότεροι από εμάς περιμένουμε τη μητέρα να είναι πανευτυχής για τη γέννηση του παιδιού της και να επιδεικνύει ακλόνητο μητρικό ένστικτο που αλάνθαστα θα την οδηγή στις σωστές κινήσεις και αποφάσεις όσον αφορά το νεογέννητο μωρό της. Η εικόνα που έχουμε είναι αρκετά ρομαντική και συχνά απωθούμε υποσυνείδητα οτιδήποτε δεν ταιριάζει σε αυτήν

την ιδανική αντίληψη της μητρότητας. Όμως, οι περισσότερες μητέρες ομολογούν πως το δέσιμο με το παιδί τους δεν είναι τόσο ακαριαίο και άμεσο όσο περιμένουμε και πως συχνά ‘γονατίζουν’ από τη σωματική κούραση και εύχονται κάποιος να τις αποδέσμευε από το ρόλο της μητρότητας έστω και για κάποιες ώρες. Επίσης συχνά μια μητέρα θα εκνευριστεί από ένα ανήσυχο μωρό, ενδέχεται να έχει και αρνητικές σκέψεις για αυτό, όπως και να είναι γενικότερα ευερέθιστη αυτήν την περίοδο. Σαφώς και οι ορμονολογικές αλλαγές παίζουν σημαντικό ρόλο στη διάθεση, αν και δεν είναι αποκλειστικά υπεύθυνες για μια τόσο σοβαρή διαταραχή όπως η επιλόχεια κατάθλιψη παρά μόνο συνεργούν με άλλους παράγοντες και συνεισφέρουν στην ένταση της νόσου.

Η Μαία, ο μαιευτής και οι νέοι γονείς

Η Μαία και ο Μαιευτής είναι εξειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας που μπορούν να δώσουν επιστημονικές, υπεύθυνες συμβουλές στους μελλοντικούς γονείς γύρω από τα θέματα γονεϊκότητας, μόνοι τους ή και σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας, εφόσον χρειαστεί η συνδρομή τους. Το ζευγάρι μπορεί να αναζητήσει Μαία και Μαιευτή πριν κιόλας την εγκυμοσύνη ή και αμέσως μετά την επιβεβαίωσή της. Στην πρώτη περίπτωση θα δώσουν όλες τις επιστημονικές οδηγίες για τη διατήρηση ή την αποκατάσταση της υγείας, με σκοπό οι μελλοντικοί γονείς να έχουν ένα καλό γενικό επίπεδο υγείας πριν από τη σύλληψη. Στη δεύτερη περίπτωση η Μαία και ο Μαιευτής, σε συνεργασία με το ζευγάρι, θα σχεδιάσουν από κοινού πρόγραμμα παρακολούθησης της εγκυμοσύνης το οποίο, πέρα από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, μπορεί να περιλαμβάνει και συναντήσεις με σκοπό την προετοιμασία του ζευγαριού για τη γονεϊκότητα. Κατά τις συναντήσεις αυτές, η Μαία και ο Μαιευτής θα δίνουν όλες τις απαραίτητες συμβουλές και επιστημονικές γνώσεις στο ζευγάρι, ώστε η εγκυμοσύνη να αποτελέσει αυτό που πραγματικά είναι: μια μοναδική στιγμή στη ζωή του ζευγαριού. Οι συναντήσεις αυτές μπορεί επίσης να περιλαμβάνουν συμβουλές για τη σωστή διατροφή, τη χαλάρωση, την παρακολούθηση της κυήσεως, τη γυμναστική, την προετοιμασία του δωματίου του μωρού, την περιποίηση και φροντίδα του μετά τη γέννηση και πολλά άλλα θέματα που απασχολούν τους νέους γονείς. Κατά τη διάρκεια του τοκετού η Μαία και ο Μαιευτής θα βρίσκονται διαρκώς δίπλα στην επίτοκο γυναίκα παρέχοντάς της κάθε δυνατή φροντίδα και ανακούφιση από τις ωδίνες ενώ θα είναι εκείνοι που θα «εκτελέσουν», όπως συχνά λέγεται, το φυσιολογικό τοκετό, βοηθώντας τη γυναίκα να φέρει στο φως το μωρό της, το οποίο οι ίδιοι θα φροντίσουν. Μετά τον τοκετό θα βοηθήσουν τη μητέρα και τον πατέρα στη φροντίδα του μωρού τους και θα παρέχουν φροντίδα, συμβουλές και ενημέρωση για την εγκατάσταση του Μητρικού Θηλασμού. Το έργο όμως των Μαιών και Μαιευτών δεν περιορίζεται μόνο στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία. Στην πραγματικότητα καλύπτει ένα ευρύ φάσμα της υγείας της γυναίκας και του παιδιού, καθώς είναι εκείνοι οι επιστήμονες που προσφέρουν σημαντική βοήθεια στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου, στην καταπολέμηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, στην αντισύλληψη και στον οικογενειακό προγραμματισμό. Η σχέση, λοιπόν, της γυναίκας και του συντρόφου της με τη Μαία και το Μαιευτή, ξεκινά από πριν τη σύλληψη, επεκτείνεται στην περίοδο της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας και φτάνει μέχρι και μετά το τέλος της αναπαραγωγικής λειτουργίας της γυναίκας. Για το λόγο αυτό πάντοτε, σε όλες τις κοινωνίες και σε όλες τις εποχές, η σχέση της γυναίκας και του ζευγαριού με τη Μαία και το Μαιευτή ήταν και είναι μια ουσιαστική σχέση σεβασμού κι εκτίμησης.

Μητρική φροντίδα

Τα πειράματα του Harlow (1958, 1965, 1971) και των συνεργατών του έδειξαν πόσο σπουδαίο ρόλο παίζει η μητρική αγκαλιά στην ανάπτυξη του βρέφους. Στα πειράματα αυτά, νεογέννητα πιθηκάκια τοποθετήθηκαν σε κλουβιά με δύο ειδών μητέρες, μια συρμάτινη, στην οποία είχε τοποθετηθεί ένα μπουκάλι με γάλα απ' το οποίο ταιζόταν το πιθηκάκι και μια υφασμάτινη, από την οποία το πιθηκάκι δεν μπορούσε να τραφεί. Διαπιστώθηκε ότι τα πιθηκάκια περνούσαν όλο τους τον ελεύθερο χρόνο στην υφασμάτινη μητέρα και πήγαιναν στη συρμάτινη μόνο όταν πεινούσαν. Ωστόσο φαίνεται ότι η μητέρα παρέχει πολύ περισσότερα στο βρέφος από τη ζεστασιά της αγκαλιάς της: μόνο δύο πιθηκάκια ανέπτυξαν κοινωνικές συμπεριφορές μεγαλώνοντας (δηλαδή πλησίαζαν τα άλλα πιθηκάκια, έπαιζαν μαζί τους και απομακρύνονταν σε περίπτωση κινδύνου). Ο Harlow συμπέρανε ότι ο δεσμός μητέρας και βρέφους είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη φυσιολογική κοινωνική του ανάπτυξη (Harlow, 1958). Και άλλες έρευνες που έχουν γίνει συνιστούν ότι η μητρική φροντίδα επιδρά στην κοινωνική και συγκινησιακή ανάπτυξη του απογόνου. Μελέτες νεαρών πιθήκων (bonnet and pigtail macaques) που μεγάλωσαν μαζί με τη μητέρα τους, έδειξαν ότι οι νεαροί απόγονοι μητέρων που άγγιζαν και αγκάλιαζαν συχνότερα τα μικρά τους επεδείκνυν εντονότερες εξερευνητικές συμπεριφορές και είχαν περισσότερες κοινωνικές επαφές με τους ομοίους τους (Champagne et al., 2005)

Έκθεση της εγκυμονούσας μητέρας σε stress (προγεννητικό stress).

Ένα ακόμη πειραματικό μοντέλο που έχει μελετηθεί σε πιθήκους είναι η έκθεση της μητέρας σε stress κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σύμφωνα με τους Shneider et al. οι απόγονοι μητέρων (του γένους Macaca) που εκτέθηκαν σε ήπιο stress (θόρυβος) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν μικρότερο βάρος κατά τη γέννηση. Επηρεάστηκε η σωματική και η κινητική τους ανάπτυξη. Επίσης μπορούσαν να διατηρήσουν την προσοχή τους σε κάτι για μικρότερο χρονικό διάστημα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (Schneider et al., 1992a). Όταν οι απόγονοι αυτοί εξετάστηκαν σε ηλικία έξι μηνών σε ένα καινούριο περιβάλλον εμφάνισαν μειωμένες εξερευνητικές συμπεριφορές (Schneider et al., 1992b). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώθηκαν και σε πιθήκους pigtail (Buitelaar et al., 2003). Ο Shneider (1992a) διαπίστωσε επίσης ότι υπήρξε καθυστέρηση στην απόκτηση της έννοιας της μονιμότητας του αντικειμένου στις δοκιμασίες του Piaget. Η έννοια της μονιμότητας του αντικειμένου αναφέρεται στην ικανότητα του βρέφους να κατανοήσει ότι το αντικείμενο είναι κάτι σταθερό και μόνιμο και όχι κάτι παροδικό που εξαφανίζεται όταν δεν βρίσκεται στο οπτικό του πεδίο. Η μονιμότητα του αντικειμένου αποκτάται σταδιακά κατά την ανάπτυξη του βρέφους. Ο Shneider (1999) έδειξε ότι αυτά τα αποτελέσματα είναι πιο έκδηλα όταν το stress εφαρμοστεί στην αρχή της εγκυμοσύνης, αν και μπορούν να εμφανιστούν και μετά από stress αργότερα κατά την κύηση. Για να διαπιστώσει σε ποια περίοδο της κύησης η έκθεση σε stress έχει τις μεγαλύτερες επιπτώσεις σε πιθήκους Rhesus, σύγκρινε τις επιπτώσεις του απρόβλεπτου stress (θόρυβος) στην αρχή της κύησης, με το stress στη μέση και προς το τέλος της κύησης και με την ομάδα ελέγχου που δεν εκτέθηκε σε stress. Το stress στην αρχή της κύησης συσχετίστηκε με χαμηλότερο 65 βάρος γέννησης σε σχέση με τις άλλες δύο καταστάσεις, με περισσότερα κινητικά ελλείμματα και μειωμένα επίπεδα δραστηριότητας σε σχέση με το stress στο μέσο ή στο τέλος της κύησης (Buitelaar et al., 2003). Ο ίδιος ερευνητής επιχείρησε να επιβεβαιώσει αυτά τα ευρήματα και σε πιθήκους squirrel, οι οποίοι όμως

υπέστησαν κοινωνικό προγεννητικό stress, δηλαδή αλλαγή στις συνθήκες διαβίωσης και συγχρωτισμό με άγνωστα άτομα του ίδιου είδους. Παράλληλα σύγκρινε το χρόνιο stress (σε όλη τη διάρκεια της κύησης) με το stress στο οποίο εκτέθηκαν τα ζώα μόνο κατά το μέσο της κύησης. Οι απόγονοι που εκτέθηκαν σε χρόνιο προγεννητικό stress είχαν καθυστερημένη κινητική ανάπτυξη σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η κινητική ανάπτυξη αυτών που εκτέθηκαν σε stress στο μέσο της κύησης ήταν βελτιωμένη σε σχέση με την ομάδα που εκτέθηκε στο χρόνιο stress αλλά χειρότερη σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Επίσης το χρόνιο stress επηρέασε λειτουργίες όπως η προσοχή και η ικανότητα προσανατολισμού (Schneider et al., 1993). Όταν οι πίθηκοι συμμετείχαν σε ηλικία 18,5 μηνών σε μια δοκιμασία που εξέταζε το άγχος αποχωρισμού, οι πίθηκοι που είχαν εκτεθεί σε προγεννητικό stress δεν διέφεραν από την ομάδα ελέγχου στις συμπεριφορές εξερεύνησης ή στην κινητικότητα. Ωστόσο διέφεραν στις κοινωνικές τους συμπεριφορές (Clarck et al., 1993). Στα πρωτεύοντα παρόμοιες επιπτώσεις με αυτές ενός ήπιου στρεσογόνου παράγοντα κατά τη διάρκεια της κύησης προκαλούνται από την έκθεση κατά την ενδομήτριο ζωή σε φλοιοεπινεφριδιοτρόπο ορμόνη για μια περίοδο δύο εβδομάδων (Schneider et al., 1992c). Στους πιθήκους Rhesus, απογόνους μητέρων που υπέστησαν stress κατά την εγκυμοσύνη, έχει βρεθεί ότι μετά από έκθεση σε στρεσογόνο παράγοντα αυξάνουν 66 κυρίως τα επίπεδα ACTH παρά κορτιζόλης. Φαίνεται ότι υπάρχουν μεταβολές στη ρύθμιση της λειτουργίας του υποθαλαμο-υποφυσιακού άξονα στον απόγονο, πιθανώς λόγω της επίδρασης των αυξημένων κορτικοειδών της μητέρας που διέρχονται μέσω του πλακούντα στην κυκλοφορία του εμβρύου. Έχει αναφερθεί μείωση των υποδοχέων κορτικοστεροειδών στον ιππόκαμπο και αυξημένα επίπεδα CRH στην αμυγδαλή των απογόνων. Τόσο ο ιππόκαμπος όσο και η αμυγδαλή συμμετέχουν στη ρύθμιση της λειτουργίας του υποθαλαμο-υποφυσιακού άξονα. Έχει γίνει η υπόθεση ότι η έκθεση σε αυξημένα επίπεδα κορτικοειδών κατά την ενδομήτριο ζωή, επηρεάζει τη λειτουργία του ιππόκαμπου και της αμυγδαλής και κατ' επέκταση τη ρύθμιση του υποθαλαμο-υποφυσιακού άξονα αργότερα στη ζωή. Όσον αφορά τον ιππόκαμπο, η χορήγηση ενός συνθετικού κορτικοειδούς, της δεξαμεθαζόνης, στις έγκυες μητέρες είχε νευροτοξική επίδραση στους νευρώνες του ιπποκάμπου των νεογνών. Όταν χορηγήθηκε στην αρχή της κύησης προκάλεσε σοβαρές παραμορφώσεις στον εγκεφαλικό φλοιό, ενώ όταν χορηγήθηκε στο τέλος της κύησης επηρέασε τα πυραμιδικά κύτταρα του ιπποκάμπου στα οποία βρίσκονται οι υποδοχείς γλυκοκορτικοειδών. Οι απόγονοι που εκτέθηκαν κατά την ενδομήτριο ζωή στη δεξαμεθαζόνη είχαν μειωμένο μέγεθος ιπποκάμπου. Όσον αφορά την αμυγδαλή, ενδεχομένως τα αυξημένα επίπεδα κορτικοειδών ευοδώνουν τη σύνθεση CRH στην αμυγδαλή. Τα αυξημένα επίπεδα CRH σχετίζονται με αυξημένη συγκινησιακότητα και περισσότερες αγχώδεις συμπεριφορές (Buitelaar et al., 2003).

Επαρκής μητρική φροντίδα

Ένα ζεστό, υποστηρικτικό περιβάλλον θέτει τις κατάλληλες βάσεις για τη διασφάλιση της ψυχοσωματικής υγείας του παιδιού, τόσο στην παιδική ηλικία, όσο και αργότερα στην ενήλικη ζωή. Ιδιαίτερη σημασία για την ομαλή ψυχοσωματική και νοητική ανάπτυξη του παιδιού έχει η φροντίδα που δέχεται από τη μητέρα του. Το συχνό άγγιγμα του παιδιού από τη μητέρα είναι αναγκαίο για τη φυσιολογική ψυχοσωματική του ανάπτυξη (De Bellis, 2005). Η μητρική φροντίδα μπορεί να δράσει προστατευτικά σε παιδιά τα οποία διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης ελλειμμάτων στην ανάπτυξή τους. Για παράδειγμα, κάποιες μελέτες έδειξαν ότι το χαμηλό βάρος γέννησης σχετίζεται με συμπτώματα διάσπασης προσοχής και

υπερκινητικότητας σε παιδιά σχολικής ηλικίας, αλλά όχι όταν τα παιδιά έχουν ζεστές, υποστηρικτικές σχέσεις με τις μητέρες τους (Jaffee, 2007). Ακόμη, ο Jacobson (2004) διαπίστωσε ότι η κατανάλωση αλκοόλ από την έγκυο μητέρα έχει αρνητικές συνέπειες στο δείκτη νοημοσύνης του παιδιού, αλλά μόνο σε οικογένειες όπου οι γονείς παρείχαν λίγα ερεθίσματα στο παιδί και δεν ήταν δεκτικοί συγκινησιακά. Ένα περιβάλλον πλούσιο σε ερεθίσματα μπορεί να προωθήσει τη γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών, ακόμα κι όταν διατρέχουν τον κίνδυνο να εμφανίσουν καθυστέρηση στη γλωσσική ανάπτυξη. Ο χρόνος που η μητέρα περνά μιλώντας στο 77 μωρό της είναι προβλεπτικός του λεξιλογίου που θα αναπτύξει το παιδί. Επιπλέον, ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά να μάθουν να ελέγχουν τη συμπεριφορά τους και τις συγκινήσεις τους. Τα παιδιά που είναι ντροπαλά κι αποσυρμένα αναπτύσσουν την ικανότητα να προσεγγίζουν τους άλλους και τα παιδιά που είναι ατίθασα και παρορμητικά μαθαίνουν να ελέγχουν τη συμπεριφορά τους όταν έχουν ζεστές, υποστηρικτικές σχέσεις με τη μητέρα τους. Η Jaffee (2007) μελέτησε παιδιά τα οποία είχαν χαρακτηρίστηκαν «μέτριου έως υψηλού νευροαναπτυξιακού κινδύνου» στη βρεφική ηλικία, με βάση τις επιδόσεις τους στην κλίμακα Bayley Infant Neurodevelopmental Screener. Αυτή η κλίμακα χρησιμοποιείται για την εκτίμηση βασικών λειτουργιών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, των αισθήσεων, της προσοχής, της λεπτής και αδρής κινητικότητας, των δεξιοτήτων στην ομιλία, των γνωσιακών διεργασιών (μνήμη, μάθηση, σκέψη, συλλογιστική σκέψη). Τα παιδιά αξιολογήθηκαν 18 μήνες μετά με τη χρήση των εργαλείων Preschool Language Scale (που μετρά τη γλωσσική ανάπτυξη κι αξιολογεί την ακουστική κατανόηση και την επικοινωνία) και Children's problem behaviors (που αξιολογεί τις ικανότητες των παιδιών, τη συμπεριφορά, τη σκέψη, την προσοχή, την κοινωνικότητα, την επιθετικότητα, το άγχος κλπ.) Προβλεπόταν ότι θα εμφάνιζαν δυσκολίες στη συμπεριφορά και φτωχές γλωσσικές ικανότητες, ωστόσο κάποια από αυτά ήταν πολύ βελτιωμένα σε σχέση με το αναμενόμενο. Συγκεκριμένα, τα παιδιά των οποίων το περιβάλλον (και συγκεκριμένα η σχέση με τη μητέρα τους) βελτιώθηκε κατά τη διάρκεια αυτών των 18 μηνών, είχαν βελτιωμένη συμπεριφορά και γλωσσικές ικανότητες σε σχέση με το αναμενόμενο. 78 Διαπιστώθηκε ότι οι συνθήκες του περιβάλλοντος μπορούσαν να προβλέψουν τη βελτίωση στη λειτουργικότητα του παιδιού και όχι το αντίστροφο (τα χαρακτηριστικά του παιδιού δεν προέβλεπαν αλλαγές του περιβάλλοντος).

Προγεννητικό stress

Οι περισσότερες μελέτες σχετικά με το προγεννητικό stress της εγκύου αφορούν τις επιπτώσεις του στο νεογέννητο κατά τη γέννηση. Έχει συσχετιστεί με πρόωρο τοκετό, χαμηλότερο βάρος γέννησης του νεογνού, συγγενείς ανωμαλίες, μικρότερη περίμετρο κεφαλής (που μπορεί να είναι ένας προβλεπτικός δείκτης ελλειμμάτων στη γνωσιακή ανάπτυξη) κ.α. Ωστόσο ένας ολοένα αυξανόμενος αριθμός μελετών υποστηρίζει ότι οι αρνητικές συγκινήσεις της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη (άγχος, κατάθλιψη κ.λ.π.) επιδρούν στη συμπεριφορά και την ανάπτυξη του παιδιού μετά τη νεογνική περίοδο. Για παράδειγμα οι De Weerth et al. (2003) συσχέτισαν τα υψηλά επίπεδα κορτιζόλης της μητέρας κατά την κύηση με τη «δύσκολη» συμπεριφορά του μωρού τους πρώτους 5 μήνες της ζωής. Τα μωρά των μητέρων με αυξημένη κορτιζόλη έκλαιγαν περισσότερο, ήταν πιο νευρικά κ.λ.π. Ο Huizink (2003) συσχέτισε το stress της εγκυμονούσας μητέρας με φτωχή κινητική και γνωσιακή ανάπτυξη του παιδιού σε ηλικία οκτώ μηνών. Το stress της εγκύου αξιολογήθηκε με βάση τους καθημερινούς καυγάδες κατά την πρώιμη εγκυμοσύνη όπως εκτιμήθηκαν από την Everyday problems list ή το άγχος της μητέρας που

αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο Pregnancy Related Anxieties Questionnaire Revised (χρησιμοποιήθηκαν οι υποκλίμακες αξιολόγησης του φόβου για τη γέννα και του φόβου για τη γέννηση μωρού με αναπηρία). Η κινητική και γνωσιακή ανάπτυξη του παιδιού εκτιμήθηκε με βάση τη δοκιμασία γνωσιακής και ψυχοκινητικής αξιολόγησης Bayley scale-mental developmental index (χρησιμοποιείται για την εκτίμηση των αισθητηριακών-αντιληπτικών λειτουργιών, της απόκτησης της έννοιας της «μονιμότητας του αντικειμένου», της μνήμης, της μάθησης, της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων, της 80 λεκτικής επικοινωνίας κ.α.). Χρησιμοποιήθηκε επίσης η δοκιμασία Psychomotor Developmental Index (χρησιμοποιείται για την εκτίμηση του ελέγχου του σώματος, του συντονισμού των μεγάλων μυϊκών ομάδων, της λεπτής κινητικότητας των χεριών και των δακτύλων). Μελέτες έδειξαν ότι τα παιδιά μητέρων που είχαν άγχος κατά την εγκυμοσύνη, που τους συνέβησαν στρεσογόνα γεγονότα ζωής κατά την εγκυμοσύνη ή που εκτέθηκαν σε δεξαμεθαζόνη (συνθετικό ανάλογο της κορτιζόνης) κατά την ενδομήτριο ζωή εμφάνιζαν περισσότερες συμπεριφορές άγχους και κατάθλιψης κι ήταν πιο αποσυρμένα (de Weerth et al., 2003). Οι O' Connor et al (2002) διαπίστωσαν ότι το stress της μητέρας κατά την κύηση μπορεί να «προβλέψει» συμπεριφορικά και συγκινησιακά προβλήματα σε παιδιά ηλικίας τεσσάρων ετών. Επίσης τα υψηλά επίπεδα άγχους της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη αποτελούσαν προβλεπτικό παράγοντα για σημαντικές δυσκολίες στην προσοχή παιδιών ηλικίας 18 έως 32 μηνών. Έχει επίσης αναφερθεί ότι εννιάχρονα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν υψηλά επίπεδα άγχους κατά την εγκυμοσύνη είχαν περισσότερα ελλείμματα προσοχής σε σχέση με συνομήλικά τους παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν χαμηλά επίπεδα άγχους κατά την εγκυμοσύνη. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα επίπεδα άγχους της μητέρας έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση του συνδρόμου διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας στα παιδιά (King et al., 2005). Οι αρνητικές επιπτώσεις όπως συμπτώματα του συνδρόμου ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, οι συμπεριφορικές και συγκινησιακές διαταραχές επιμένουν σε όλη την παιδική ηλικία, ακόμη και στην εφηβεία. Και άλλα γνωσιακά ελλείμματα μπορεί να υπάρχουν π.χ. καθυστέρηση στη γλωσσική ανάπτυξη, χειρότερες επιδόσεις στο σχολείο (Mennes et al., 2006). 81 Ο Van den Bergh (2005) διαπίστωσε ότι στην ηλικία των 14-15 ετών, τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν αυξημένο άγχος κατά την εγκυμοσύνη (12η έως 22η εβδομάδα) απαντούσαν πιο παρορμητικά σε δοκιμασίες ελέγχου κατανομής της προσοχής (divided attention). Εκτιμήθηκε ότι ενώ δεν υπήρχε διαφορά με την ομάδα ελέγχου στην εξωγενή αναστολή της απάντησης (όταν δινόταν στους εφήβους ένα σήμα stop για να σταματήσουν, δηλαδή ένα εξωγενές ερέθισμα), παρατηρήθηκε δυσλειτουργία της ενδογενούς αναστολής της απάντησης. Η Mennes (2006) εξέτασε εφήβους 17 ετών των οποίων οι μητέρες είχαν αυξημένα επίπεδα άγχους κατά την εγκυμοσύνη (12η έως 22η εβδομάδα). Διαπίστωσε ότι η μνήμη εργασίας, η εξωγενής αναστολή της απάντησης και ο οπτικός προσανατολισμός της προσοχής δεν είχαν επηρεαστεί. Ωστόσο υπήρχε μειωμένη ικανότητα ενδογενούς αναστολής της απάντησης από τους εφήβους που είχαν εκτεθεί σε υψηλά επίπεδα προγεννητικού stress σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, οι έφηβοι που είχαν εκτεθεί σε υψηλά επίπεδα προγεννητικού stress αντιμετώπιζαν δυσκολίες όταν έπρεπε να επιτελέσουν ταυτόχρονα δύο γνωσιακές διεργασίες (όπως διαπιστώθηκε από τη διπλή δοκιμασία, όπου ζητήθηκε από τους εφήβους να εντοπίσουν οπτικούς στόχους ενώ μετρούσαν τόνους). Σύμφωνα με τους ερευνητές, το γνωσιακό προφίλ αυτών των εφήβων υποδεικνύει δυσλειτουργία του κορχομετωπιαίου φλοιού. Οι επιπτώσεις του προγεννητικού stress στη γνωσιακή ανάπτυξη οφείλονται στην επίδρασή του στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο κατά την

ενδομήτριο ζωή. Έχει υποτεθεί ότι σημασία έχει η χρονική στιγμή κατά τη διάρκεια της κύησης που θα επιδράσει το στρεσογόνο ερέθισμα. Κάποιες έρευνες δείχνουν ότι τα χειρότερα αποτελέσματα σχετίζονται με στρεσογόνους παράγοντες που επιδρούν στο μέσο της κύησης. Αυτά τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι στις επιδράσεις του προγεννητικού 82 stress παίζει ρόλο και ο υποθαλαμο-υποφυσιακός άξονας του εμβρύου, ο οποίος γίνεται λειτουργικός και ως εκ τούτου μπορεί να ενεργοποιηθεί μόνο μετά το μέσον της κύησης. Υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι η επίδραση του stress της μητέρας στο έμβρυο δεν είναι τόσο έντονη κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης, αν και υποστηρίζεται ότι το stress του τρίτου τριμήνου σχετίζεται με γυναικολογικές επιπλοκές κατά τον τοκετό. Σύμφωνα με τη μελέτη των King και Laplante (2005), οι επιβλαβείς συνέπειες του stress είναι εντονότερες όταν η μητέρα εκτίθεται σε stress νωρίς κατά την κύηση. Σε αυτή τη μελέτη συμμετείχαν παιδιά των οποίων οι μητέρες ήταν έγκυες κατά τη διάρκεια μεγάλης χιονοθύελλας που έπληξε την περιοχή του Κεμπέκ, στον Καναδά, όπου κατοικούσαν. Η χιονοθύελλα προκάλεσε μεγάλες καταστροφές: πολίτες αποκλείστηκαν για ώρες ή ημέρες, υπήρξε διακοπή της ηλεκτροδότησης, αυξημένος αριθμός νοσηλειών στα νοσοκομεία της περιοχής κ.λ.π. Διαπιστώθηκε ότι υπήρχε επίδραση του προγεννητικού stress στις γνωσιακές και γλωσσικές ικανότητες των παιδιών σε ηλικία δύο ετών. Ο Laplante (2004) έδειξε ότι τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν εκτεθεί σε υψηλά επίπεδα stress είχαν χειρότερες επιδόσεις στην κλίμακα Bayley, και καταλάβαιναν (αλλά δεν έλεγαν ακόμη) λιγότερες λέξεις σε σχέση με τα παιδιά μητέρων που είχαν εκτεθεί σε χαμηλότερα επίπεδα stress κατά την εγκυμοσύνη. Πιο ειδικά, τα νήπια των οποίων οι μητέρες διένυαν το πρώτο ή δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης όταν συνέβη η χιονοθύελλα είχαν χειρότερες επιδόσεις σε σχέση με τα νήπια που οι μητέρες τους διένυαν το τρίμηνο τρίμηνο της κύησης.

Η ψυχολογία της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Αν και η εγκυμοσύνη είναι συχνά μεγάλη χαρά, στην πραγματικότητα δεν είναι για όλες τις γυναίκες. Μία τουλάχιστον στις δέκα έγκυες γυναίκες υποφέρει από κρίσεις κατάθλιψης.

Κατάθλιψη ή άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Εδώ και χρόνια, ειδικοί πίστευαν εσφαλμένα ότι οι ορμόνες που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προστατεύουν από την κατάθλιψη, αφήνοντάς τες περισσότερο ευάλωτες σε κατάθλιψη μόνον αφού είχε γεννηθεί το μωρό όπου τα επίπεδα ορμονών πέφτουν απότομα. Τώρα, πιστεύουν ότι η ταχεία αύξηση στα επίπεδα ορμονών στην αρχή της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη. Ορμονικές αλλαγές μπορεί επίσης να σας κάνουν να αισθάνεστε μεγαλύτερη ανησυχία από τα συνηθισμένα επίπεδα. Ανησυχία είναι μια άλλη κατάσταση όπου μπορεί και πρέπει να αντιμετωπίσετε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η κατάθλιψη και το άγχος μπορεί να μη διαγνωσθούν αμέσως επειδή οι γυναίκες κρύβουν συχνά τα συναισθήματά τους, και μπορεί να το αποδώσουν σε προσωρινή μελαγχολία που συχνά συνοδεύει την εγκυμοσύνη. Έρευνες έχουν δείξει, ότι η κατάθλιψη και το άγχος μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο για πρόωρο τοκετό και να μειώσουν την ικανότητά για τη φροντίδα του εαυτού και του αναπτυσσόμενου μωρού.

Συμπτώματα της κατάθλιψης

Ορισμένα από τα συμπτώματα, όπως η κούραση ή η αϋπνία, είναι συνηθισμένα στις

υγιείς γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αλλά όταν αυτά τα συμπτώματα συνυπάρχουν με το αίσθημα της θλίψης ή απελπισίας ή γενικότερα με την ανυπαρξία ικανότητάς της εγκύου να 'λειτουργήσει', τότε είναι πολύ πιο πιθανό αυτό που συμβαίνει να είναι κατάθλιψη. Εάν αντιμετωπίζετε τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα για περισσότερο από δύο εβδομάδες, καλέστε το γιατρό σας αμέσως και μιλήστε μαζί του για το αν θα πρέπει να σας παραπέμψει σε ψυχοθεραπευτή.

- Αίσθημα ότι τίποτα δεν σας ικανοποιεί
- Αίσθηση "κενού" για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας
- Δυσκολία συγκέντρωσης
- Ακραία ευερεθιστότητα ή ταραχή ή ακραία ευσυγκινησία
- Αϋπνία ή υπνηλία καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας
- Ακραία ή ατελείωτη κόπωση
- Βουλιμία ή ανορεξία
- Αισθήματα ενοχής ή απελπισίας

Τέλος, όταν οι κύκλοι της κατάθλιψης εναλλάσσονται με περιόδους ένα ασυνήθιστα καλής διάθεσης συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης δραστηριότητας, μειωμένης διάθεσης για ύπνο ή φαγητό, ακατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά ή κακή κρίση - είναι σημάδια μιας σοβαρής κατάστασης που ονομάζεται Διπολική διαταραχή, η οποία απαιτεί άμεση προσοχή.

Πώς μπορεί να γίνει πρόληψη κατάθλιψης και άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;

Η κατάθλιψη και άγχος είναι βιοχημικές συνθήκες, οπότε ενδέχεται να μην μπορέσετε να τα αποφύγετε εντελώς αν υπάρχει κάποια προδιάθεση σε αυτά. Όμως, προσέχοντας τη συναισθηματική κατάσταση του εαυτού σας μπορεί να σας βοηθήσει να απαλύνετε τα συμπτώματα και να διατηρήσετε το ηθικό σας σε υψηλά επίπεδα.

• **Ιεραρχείστε αυτά που έχετε να κάνετε.** Αντισταθείτε στην παρόρμηση να κάνετε όσες περισσότερες υποχρεώσεις μπορείτε πριν έρθει το μωρό. Ίσως νομίζετε ότι πρέπει να κάνετε εγγραφή στο νηπιαγωγείο, να καθαρίσετε το σπίτι, ή γενικότερα να λειτουργείτε με τον ίδιο τρόπο όπως και πριν την άδεια μητρότητας αφήσετε. Βάλτε τον εαυτό σας σε πρώτη προτεραιότητα γιατί δεν θα έχετε πολύ χρόνο για τον εαυτό σας αφού γεννηθεί το μωρό. Διαβάστε ένα βιβλίο, πάρτε πρωινό στο κρεβάτι ή κάνετε μια ωραία βόλτα όπου σας ευχαριστεί. Επιλέξτε γενικότερα να κάνετε πράγματα που σας ευχαριστούν. Η φροντίδα του εαυτού σας είναι σημαντική γιατί έτσι εν μέρει προσέχετε και το μωρό σας.

• **Καλή σχέση με το σύντροφό σας.** Βεβαιωθείτε ότι διαθέτετε αρκετό χρόνο με το σύντροφό σας και κάνετε ότι μπορείτε για την ενίσχυση αυτής της σχέσης έτσι ώστε όταν έρθει το μωρό, να έχετε ισχυρό υπόβαθρο.

• **Συζητήστε.** Επικοινωνήστε τους φόβους και ανησυχίες σας για το μέλλον σας στην οικογένειά σας ή στους φίλους σας

• **Διαχείριση του άγχους.** Μην αφήσετε την απογοήτευση και το άγχος να σας κυριεύσει. Βρείτε τρόπους να αυτοκυριαρχηθείτε, κάνοντας κάποια άσκηση, τρώγοντας καλά και κοιμάστε αρκετές ώρες.

Επιλόχεια κατάθλιψη

Περίπου το ήμισυ των γυναικών που πάσχουν από κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αναπτύσσουν επιλόχεια κατάθλιψη, αλλά αν καταφέρετε να την αντιμετωπίσετε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να μειώσετε τις πιθανότητες να σας συμβεί. Παρακάτω είναι μερικές οδηγίες που μπορείτε να ακολουθήσετε:

- Συνηθίστε από τώρα να φροντίζετε τον εαυτό σας έτσι ώστε να γίνει μέρος της καθημερινότητάς σας. Σχεδιάστε από τώρα πλάνο της καθημερινότητάς σας έτσι ώστε να έχετε ελεύθερο χρόνο ξεκούρασης όταν το μωρό έρθει.
- Συζητήστε με το σύντροφό σας σχετικά με τον καταμερισμό των οικιακών ευθυνών και φροντίδα του μωρού.
- Ζητήστε βοήθεια από φίλους, μέλη της οικογένειας, σας, παιδίατρο, μαία έτσι ώστε να έχετε εξασφαλίσει ένα δίκτυο υποστήριξης όταν έρθει το μωρό.

Χρήσιμοι Σύνδεσμοι

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ: www.minedu.gov.gr

ΣΕΜΜ ΑΘΗΝΩΝ: www.semma.gr

ΣΕΜΜ ΘΕΣ/ΚΗΣ: www.maies.gr

ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ: www.lib.teithe.gr

υπουργείο υγείας: www.yyka.gov.gr

WHO.int.eu

ICM (international confederation midwife)

www.waba.org.my

www.rcog.org

www.em.europe.eu

ΣΥΛΛΟΓΟΙ ΜΑΙΩΝ ΣΥΝΔΕΣΕΙΣ

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ: 2651099604

ΘΡΑΚΗΣ: 2554023038, email: pengyka@yahoo.gr

ΚΡΗΤΗΣ: sylogosmaionkritis.blogspot.com

ΝΑΥΠΛΙΟ: 2752098151 , www.semau.wordpress.com

ΑΙΓΑΙΟΥ: 2281086666, email: semaigaiou@yahoo.gr

ΛΑΡΙΣΣΑΣ: 2410560378

ΠΑΤΡΑΣ: 2610438689, email: mkiourti@med.uoa.gr

Μαία, Μαμή:

Μέσα από τα βάθη της ελληνικής μυθολογίας η Μαία αποτελούσε μια ιδιαίτερη μορφή. Σύμφωνα με τον μύθο η Μαία ήταν μία από τις Πλειάδες, τις 7 κόρες του Άτλαντα και της Πλειόνης. ..προστάτευσε τον Αρκάδα από την μανία της θεάς Ήρας που μετέτρεψε την μητέρα του Καλλιστώ σε αρκούδα. Ενώ ο μήνας Μάιος πήρε την ονομασία του από την Μαία της ελληνικής μυθολογίας. ... συμβάλλει στη πιο σημαντική στιγμή της ζωής της γυναίκας, που αγωνίζεται να φέρει το παιδί της στο κόσμο. Η Μαία ως συνοδοιπόρος της γυναίκας, της εγκυμονούσας, της επιτόκου, της λεχώνας και μητέρας προσφέρει τις γνώσεις και την αγάπη της για τη ζωή.

Διεθνής Ορισμός της Μαίας

Η Μαία είναι το πρόσωπο που, έχοντας γίνει τακτικά αποδεκτή σε ένα πρόγραμμα σπουδών, νόμιμα αναγνωρισμένων στη χώρα στην οποία βρίσκεται και το οποίο στηρίζεται πάνω στις Ουσιώδεις δεξιότητες της βασικής μαιευτικής πρακτικής της ICM και στο πλαίσιο των Παγκόσμιων προτύπων μαιευτικής εκπαίδευσης της ICM, έχει αποκτήσει τα νόμιμα προσόντα για να εγγραφεί και/ή να αποκτήσει τη νόμιμη άδεια άσκησης της μαιευτικής ώστε να μπορεί να χρησιμοποιεί τον τίτλο της «Μαίας» και που επιδεικνύει ικανότητες στην άσκηση της μαιευτικής. Η Μαία αναγνωρίζεται ως υπεύθυνος και υπόλογος επαγγελματίας που εργάζεται σε στενή επαφή με τις γυναίκες για να δώσει την απαραίτητη υποστήριξη, περίθαλψη και συμβουλή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας, αναλαμβάνει με πλήρη ευθύνη την εκτέλεση τοκετών και την περίθαλψη του νεογνού και του βρέφους. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει προληπτικά μέτρα, την προώθηση του φυσικού τοκετού, την ανίχνευση επιπλοκών στη μητέρα και στο παιδί και εκτίμηση για την κατάλληλη ιατρική ή άλλη βοήθεια καθώς επίσης και την εφαρμογή επειγόντων μέτρων. Η Μαία έχει σημαντικό ρόλο στη συμβουλευτική και στην εκπαίδευση σε θέματα υγείας, όχι μόνο για τη γυναίκα αλλά επίσης μέσα στην οικογένεια

και στην κοινωνία. Αυτή η δραστηριότητα πρέπει να περιλαμβάνει προγεννητική εκπαίδευση και προετοιμασία γονεϊκότητας και μπορεί να επεκταθεί στην υγεία των γυναικών, στη σεξουαλική ή αναπαραγωγική υγεία και στη φροντίδα του παιδιού. Η Μαία μπορεί να εξασκήσει το επάγγελμά της σε οποιεσδήποτε συνθήκες, περιλαμβανομένων του σπιτιού, της κοινότητας, των νοσοκομείων, των κλινικών και των μονάδων υγείας. Το επάγγελμα της μαίας περιλαμβάνει την απασχόλησή της σε:

α) Πρωτοβάθμια φροντίδα: Κέντρα υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, Κοινοτικά Ιατρεία, Υγειονομικοί σταθμοί, Μαιευτικά και Γυναικολογικά Ιατρεία Ι.Κ.Α και Ιατρεία άλλων Δημοσίων Επιχειρήσεων και Οργανισμών. Στο Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), στις μονάδες μεταφοράς επειγόντων μαιευτικών, γυναικολογικών και νεογνικών περιστατικών, στα Κέντρα και τα τμήματα Οικογενειακού Προγραμματισμού. β) Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα: Σε γενικά και ειδικά Νοσοκομεία, σε Μαιευτικά Τμήματα: Αίθουσα Τοκετών, Εξωτερικά Μαιευτικά Ιατρεία, Τμήματα Λεχωίδων, Τμήμα Προγεννητικού Ελέγχου, Μονάδες Εγκυμοσύνης Υψηλού Κινδύνου. Γυναικολογικά τμήματα: Όγκολογικά, Εξωτερικά Γυναικολογικά Ιατρεία, Χειρουργεία, Κέντρα Υπογονιμότητας, Τμήμα Μαστού Νεογνολογικά Τμήματα: Τμήματα Νοσηλείας Νεογνών 1ου, 2ου και 3ου επιπέδου (Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών)

Ο Δεκάλογος της μαίας

1. Έχε πάντα την επίτοκο και το έμβρυο στη σκέψη και τότε να σαι βέβαιη, πως η επιτυχία θα σε στέψει.
2. Εξωτερικά την έγκυο μάθε να εξετάζεις, αλλά και τον τράχηλο πρέπει να τον κοιτάζεις.
3. Ο τοκετός θέλει υπομονή--- αυτό να το θυμάσαι--- αν θέλεις ύστερα απ' αυτόν ήσυχη να κοιμάσαι.
4. Η μήτρα είν' εκδικητική σ' αυτόν που την προκαλεί, με ρήξη και ατονία της ξέρει να τιμωρεί.
5. Χειρισμούς Kristeller και Crede ποτέ μην προτιμάς στον τοκετό αν δεν θέλεις να μη καρδιοχτυπάς.
6. Τον καρδιοτοκογράφο να μπορείς να χειριστείς, αλλά και το κοιλιοσκόπιο να μην το αγνοείς.
7. Το θυλάκιο πριν σπάσεις πολύ να το σκεφτείς και διαστολή με δάκτυλα μην αποπειραθείς.
8. Τον πλακούντα με βία ποτέ να μην τον βγάλεις, γιατί είναι αίτιο σοβαρό επιπλοκής μεγάλης.
9. Έχε τα χέρια καθαρά με γάντια καλυμμένα, αλλά και τα νύχια σου άβαφα και κομμένα.
10. Σαν κίνδυνο αντιληφθείς εμβρύου ή επιτόκου το γιατρό να φέρεις ευθύς και επιτόπου.

Κατά παραλλαγή του G. Leopold(1846- 1912) και του K. Λούρου (1863 -19657)
υπό Νίκου Α. Παπανικολάου

Βιβλιογραφία

- Abramowitz, J. S., Meltzer-Brody, S., Leserman, J., Killenberg, S., Rinaldi, K., Mahaffey, B.L., & Pedersen, C. (2010). Obsessional thoughts and compulsive behaviors in a sample of women with postpartum mood symptoms. *Archives of women's mental health*, 13(6), 523-530.
- Abramowitz, J., Schwartz, S. A., Moore, K. M. and Luenzmann, K. R. (2003). Obsessive- compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. *Journal of anxiety disorders*, 17(4), pp. 461-478.
- Alehagen, S., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Fear during labor. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 80(4), 315-320.
- Allen, S. (1998). A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2-3), pp. 107-131.
- Alpern, L., & Lyons-Ruth, K. (1993). Preschool children at social risk: Chronicity and timing of maternal depressive symptoms and child behavior problems at school and at home. *Development and Psychopathology*, 5(03), 371-387.
- American Psychiatric Association, APA and American Psychiatric Association and others. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington: DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)*. Arlington, Virginia:: American Psychiatric Publishing.
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., & Zampino, F. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13(2), 167-182.
- Apter, G., Devouche, E., Garez, V., Valente, M., Genet, M. C., Gratier, M., & Belaisch-Allart, J. (2013). Pregnancy, somatic complaints and depression: a French population-based study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 171(1), 35-39.
- Arnold, L. M. (1999). A case series of women with postpartum-onset obsessive-compulsive disorder. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 1(4), p. 103.
- Aslan, P. A. (2014, February 26). Prevalence of depressive disorders and related factors in women in the first trimester of their pregnancies in Erzurum, Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Austin, M. P., & Lumley, J. (2003). Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(1), 10-17.

- Austin, M. P., Tully, L., & Parker, G. (2007). Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of affective disorders*, 101(1), 169-174.
- Austin, M.P. (2004). Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: where to from here? *Archives of Women’s Mental Health*, 7(1), pp. 1-6.
- B. Horta, R. B. (2007). *Evidence on the Long-Term Effects of Breastfeeding: Systematic Reviews and Meta-Analyses*. Geneva : World Health Organization.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of affective disorders*, 135(1), 10-19.
- Ballinger, C. B. (1982). Emotional disturbance during pregnancy and following delivery. *Journal of psychosomatic research*, 26(6), pp. 629-634.
- Barnes, D. L. (2006). Postpartum depression: Its impact on couples and marital satisfaction. *Journal of Systemic Therapies*, 25(3), 25-42.
- Barnett, B. E. (1983). Life event scales for obstetric groups. *Journal of psychosomatic research*, 27(4), pp. 313-320.
- Baron R, Kenny D. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), pp. 1173-1182.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173. .
- Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Iemmi, V., & Adelaja, B. (2014). Costs of perinatal mental health problems. London School of Economics and Political Science.
- Beck, C.T. (1992). The lived experience of postpartum depression: a phenomenological study. *Nursing research*, 41(3), pp. 166-171.
- Beck, C.T. (1993). Teetering on the edge: A substantive theory of postpartum depression. *Nursing research*, 42(1), pp. 42-48.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing research*, 50(5), 275-285.
- Beck, C.T. (2002). Postpartum depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12(4), pp. 453-472.
- Beck, C.T. (2002). Revision of the postpartum depression predictors inventory.

- Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(4), pp. 394-402.
- Beck, C.T. & Indman, P. (2005). The many faces of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(5), pp. 569-576.
- Behrends, R.S. (1985). Internalization and psychological development throughout the life cycle. *The psychoanalytic study of the child*.
- Bei, B., Milgrom, J., Ericksen, J., & Trinder, J. (2010). Subjective perception of sleep, but not its objective quality, is associated with immediate postpartum mood disturbances in healthy women. *Sleep*, 33(4), 531-538.
- Bennett, H. A. (2004). Depressive symptoms among women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, 13(1), pp. 119-119.
- Bennett, H. A., Boon, H. S., Romans, S. E., & Grootendorst, P. (2007). Becoming the best mom that I can: women's experiences of managing depression during pregnancy—a qualitative study. *BMC women's health*, 7(1), 13.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 698-709.
- Benoit, C., Westfall, R., Treloar, A. E., Phillips, R., & Mikael Jansson, S. (2007). Social factors linked to postpartum depression: A mixed-methods longitudinal study. *Journal of Mental Health*, 16(6), 719-730.
- Bhatia, M. S., & Jhanjee, A. (2012). Tokophobia: A dread of pregnancy. *Industrial psychiatry journal*, 21(2), 158.
- Bibring, G. L. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *The psychoanalytic Study of the Child*, 14, pp. 113-121.
- Bilszta, J. L. (2008). Single motherhood versus poor partner relationship: outcomes for antenatal mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(1).
- Bishop, J. L. (2011). The use of complementary and alternative medicine in pregnancy: data from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *Complementary therapies in medicine*, 19(6), pp. 303-310.
- Bjelanović, V., Babić, D., Orešković, S., Tomić, V., Martinac, M., & Juras, J. (2012). Pathological pregnancy and psychological symptoms in women. *Collegium antropologicum*, 36(3), 847-852.
- Blatt, S. A. (2001). Mental representation, severe psychopathology, and the therapeutic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49(1), pp. 113-159.
- Blatt, S. J. (1975). Disturbances of object representations in schizophrenia. *Psychoanalysis & Contemporary Science*.
- Blatt, S. J. (1987). Internalization, separation-individuation, and the nature of

- therapeutic action. *The International Journal of Psychoanalysis*.
- Blatt, S. J. (1997). Mental representations in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Review of General Psychology*, 1(4), pp. 351-374.
- Blazer, D. G. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 15, pp. 24-27.
- Bloch, M., Daly, R. C., & Rubinow, D. R. (2003). Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive psychiatry*, 44(3), 234-246.
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2005). Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 9-18.
- Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L., & Rubinow, D. R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*.
- Blum, H. P. (1978). Reconstruction in a case of postpartum depression. *The Psychoanalytic study of the child*.
- Blum, L. (2007). Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic Psychology*, 24(1), pp. 45-62.
- Bogaerts, A. F. (2013). Anxiety during early pregnancy predicts postpartum weight retention in obese mothers. *Obesity*, 21(9), pp. 1942-1949.
- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., Koren, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry*, 49(11), pp. 726-735.
- Borra, C., Iacovou, M., & Sevilla, A. (2014). New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. *Maternal and child health journal*, 19(4), 897-907.
- Boufidou, F., Lambrinoudaki, I., Argeitis, J., Zervas, I. M., Pliatsika, P., Leonardou, A. A., & Nikolaou, C. (2009). CSF and plasma cytokines at delivery and postpartum mood disturbances. *Journal of affective disorders*, 115(1), 287-292.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*. USA: SAGE.
- Boyce, P., Hickie, I., & Gordon, P. (1991). Parents, partners or personality? Risk factors for post-natal depression. *Journal of Affective Disorders*, 21(4), 245-255.
- Boyce, P., & Hickey, A. (2005). Psychosocial risk factors to major

- depression after childbirth. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(8), 605-612.
- Brandes, M., Soares, C. N., & Cohen, L. S. (2004). Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. *Archives of Women's Mental Health*, 7(2).
- Brent, R. L. (1990). Environmental teratogens. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 66(2), pp. 123-163.
- Brion, M. J. A., Lawlor, D. A., Matijasevich, A., Horta, B., Anselmi, L., Araújo, C. L., ... & Smith, G. D. (2011). What are the causal effects of breastfeeding on IQ, obesity and blood pressure? Evidence from comparing high-income with middle-income cohorts. *International journal of epidemiology*, dyr020..
- Brockington, I. (2005). A Historical Perspective on the Psychiatry of Motherhood. Στο S. M. Riecher-Rössler A, *Perinatal Stress, Mood and Anxiety Disorders. From Bench to Bedside*. (Τόμ. Bibliotheca Psychiatrica, No. 173, pp. 1-5). Karger.
- Bucholtz, M. (2000). The politics of transcription. *Journal of pragmatics*, 32(10).
- Buttner, M. (2012). The structure of women's mood in the early postpartum. *Assessment*, 19(2), pp. 247-256.
- Bydlowski, M. (2009). *Το χρέος της ζωής. Ψυχαναλυτική διαδρομή της μητρότητας*. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.
- Carroll, J. C. (2005). Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 173(3), pp. 253-259.
- Casey, P., Maracy, M., Kelly, B. D., Lehtinen, V., Ayuso-Mateos, J. L., Dalgard, O. S., & Dowrick, C. (2006). Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN. *Journal of affective disorders*, 92(2), 291-297.
- Cathwell, R. C. (2006). Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Puerperium. *Current Obstetrics and Gynaecology*, 16, pp. 14-20.
- Cattaneo, A., Yngve, A., Koletzko, B., & Guzman, L. R. (2005). Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public health nutrition*, 8(01).
- Chan, S., & Levy, V. (2004). Postnatal depression: a qualitative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese women. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 120-123.
- Chatzi, L., Melaki, V., Sarri, K., Apostolaki, I., Roumeliotaki, T., Georgiou, V., ... & Kogevinas, M. (2011). Dietary patterns during pregnancy and the risk of postpartum depression: the mother-child 'Rhea' cohort in Crete,

- Greece. *Public health nutrition*, 14(09), 1663-1670.
- Chaudron, L. H. (2001). Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(2), pp. 103-112.
- Chee, C. Y. (2005). Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: a transcultural study in Singapore. *Journal of affective disorders*, 89(1), pp. 157-166.
- Chiariello, M. A. (1995). Patterns of parent-child communication: Relationship to depression. *Clinical Psychology Review*, 15(5), pp. 395-407.
- Chojenta, C., Harris, S., Reilly, N., Forder, P., Austin, M. P., & Loxton, D. (2014). History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. *PloS one*, 9(4), e95038.
- Church, N. F., Brechman-Toussaint, M. L., & Hine, D. W. (2005). Do dysfunctional cognitions mediate the relationship between risk factors and postnatal depression symptomatology? *Journal of affective disorders*, 87(1), 65-72.
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2009). The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum a prospective study. *Journal of Health Psychology*, 14(1), 27-35.
- Cochrane, R., & Robertson, A. (1973). The life events inventory: a measure of the relative severity of psycho-social stressors. *Journal of psychosomatic research*, 17(2), 135-139.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, R. L. (1988). *Psychiatric consultation in childbirth settings*. Springer Science & Business Media.
- Commission, E. (2009). *Economic crisis in Europe: causes, consequences and responses*. Luxemburg: European Communities.
- Condon, J. T. (1987). Altered cognitive functioning in pregnant women: a shift towards primary process thinking. *British journal of medical psychology*, 60(4), pp. 329-334.
- Cooke, M., Schmied, V., & Sheehan, A. (2007). An exploration of the relationship between postnatal distress and maternal role attainment, breast feeding problems and breast feeding cessation in Australia. *Midwifery*, 23(1), 66-76.
- Cookson, H., Granell, R., Joinson, C., Ben-Shlomo, Y., & Henderson, A. J.

- (2009). Mothers' anxiety during pregnancy is associated with asthma in their children. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 123(4), 847-853..
- Cooper, P. J., Murray, L., Hooper, R., & West, A. (1996). The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychological Medicine*, 26(03), 627-634.
- Costa, D. D., Rippen, N., Dritsa, M., & Ring, A. (2003). Self-reported leisure-time physical activity during pregnancy and relationship to psychological well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24(2), 111-119.
- Cox, J. L. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), pp. 782-786.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*, 27(2), 104-111.
- Creswel, J. C. (2011). Choosing a Mixed Methods Research Design.
- Creswel, *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (pp. 58-109). SAGE.
- Crowell, J. A. (1989). Assessment of mothers' working models of relationships: Some clinical implications. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), pp. 173-184.
- Cuijpers, P. B. (2008). Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 64(1), pp. 103-118.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2004). *Statistics without maths for psychology*. Pearson Education.
- Daniel, S.N. (2006). *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-infant Psychotherapy*. London: Karnac Books.
- Davalos, D. B. (2012). Untreated prenatal maternal depression and the potential risks to offspring: a review. *Archives of women's mental health*, 15(1), pp. 1-14.
- Davé, S. P. (2010). Incidence of maternal and paternal depression in primary care: a cohort study using a primary care database. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 164(11), pp. 1038-1044.
- Davey, H. L., Tough, S. C., Adair, C. E., & Benzies, K. M. (2011). Risk factors for

- sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. *Maternal and child health journal*, 15(7), 866-875.
- Davies, J., Slade, P., Wright, I., & Stewart, P. (2008). Post-traumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Mental Health Journal*, 29(6), 537-554.
- De Choudhury, M., Counts, S., & Horvitz, E. (2013, April). Predicting postpartum changes in emotion and behavior via social media. In *Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems* (pp. 3267-3276). ACM.
- Deligiannidis, K. M. (2014). Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), pp.85-95.
- DeMijolla, A. (2005). *International Dictionary of Psychoanalysis*. USA: Macmillan Reference
- Deng, A. W., Xiong, R. B., Jiang, T. T., Luo, Y. P., & Chen, W. Z. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum depression in a population-based sample of women in Tangxia Community, Guangzhou. *Asian Pacific journal of tropical medicine*, 7(3), 244-249.
- Dennis, C. L., & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123(4), e736-e751.
- Dennis, C. L., & Vigod, S. (2013). The Relationship Between Postpartum Depression, Domestic Violence, Childhood Violence, and Substance Use Epidemiologic Study of a Large Community Sample. *Violence against women*, 19(4), 503-517.
- Deutsch, H. (1945). *The psychology of women*. Vol. 2. Motherhood.
- Dias, C. C., & Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *Journal of affective disorders*, 171, 142-154.
- Diaz, M. A., Le, H. N., Cooper, B. A., & Muñoz, R. F. (2007). Interpersonal factors and perinatal depressive symptomatology in a low-income Latina sample. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(4), 328.
- Dipietro, J. A. (2008). Continuity in self-report measures of maternal anxiety, stress, and depressive symptoms from pregnancy through two years postpartu. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), pp. 115-124.
- Dorheim, S. K., Bjorvatn, B., & Eberhard-Gran, M. (2014). Can insomnia in pregnancy predict postpartum depression? A longitudinal, population-based study. *PloS one*, 9(4), e94674.

- Dugoua, J. J., Mills, E., Perri, D., & Koren, G. (2006). Safety and efficacy of St. John's wort(hypericum) during pregnancy and lactation. *Can J Clin Pharmacol*, 13(3), e268-76.
- Duijts, L., Jaddoe, V. W., Hofman, A., & Moll, H. A. (2010). Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*, 126(1), e18- e25.
- Easter, A., Bye, A., Taborelli, E., Corfield, F., Schmidt, U., Treasure, J., & Micali, N. (2013). Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy?. *European eating disorders review*, 21(4), 340-344.
- Eastman, C. I. (1998). Bright light treatment of winter depression: a placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 55(10), pp. 883-889.
- Eastwood, J. G. (2012). Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), p. 148.
- Ebina, S., & Kashiwakura, I. (2012). Influence of breastfeeding on maternal blood pressure at one month postpartum. *International journal of women's health*, 4, 333.
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Patelakis, A., & Stefanis, C. N. (2013). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of affective disorders*, 145(3), 308-314.
- Eidelman, A. I. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), pp. e827- e841.
- Elliott, S. A., Leverton, T. J., Sanjack, M., Turner, H., Cowmeadow, P., Hopkins, J., & Bushnell, D. (2000). Promoting mental health after childbirth: a controlled trial of primary prevention of postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(3), 223-241.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115.
- Endicott, J. (1993). The menstrual cycle and mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 29(2), 193-200.
- EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. (2008). *Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Promoting, Protecting and Supporting Breastfeeding: A Blueprint for Action (Revised)*. Luxembourg : European Commission Directorate Public Health.
- Fairbrother, N., & Abramowitz, J. S. (2007). New parenthood as a risk factor for the development of obsessional problems. *Behaviour research and therapy*, 45(9), 2155-2163.
- Fairbrother, N., & Abramowitz, J. S. (2007). New parenthood as a risk factor for

- the development of obsessional problems. *Behaviour research and therapy*, 45(9), 2155-2163.
- Fairbrother, N., & Woody, S. R. (2008). New mothers' thoughts of harm related to the newborn. *Archives of women's mental health*, 11(3), 221-229.
- Faravelli, C., & Ambonetti, A. (1983). Assessment of life events in depressive disorders. *Social psychiatry*, 18(2), 51-56.
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: a review. *Infant Behavior and Development*, 34(1), 1-14.
- Field, T., Deeds, O., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Gauler, A., Sullivan, S., ... & Nearing, G. (2009). Benefits of combining massage therapy with group interpersonal psychotherapy in prenatally depressed women. *Journal of bodywork and movement therapies*, 13(4), 297-303.
- Field, T., Diego, M. A., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2004). Massage therapy effects on depressed pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(2), 115-122.
- Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2006). Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behavior and Development*, 29(3), 445-455.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., & Figueiredo, B. (2009). Pregnancy massage reduces prematurity, low birthweight and postpartum depression. *Infant Behavior and Development*, 32(4), 454-460.
- Field, T., Figueiredo, B., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Deeds, O., & Ascencio, A. (2008). Massage therapy reduces pain in pregnant women, alleviates prenatal depression in both parents and improves their relationships. *Journal of bodywork and movement therapies*, 12(2), 146-150.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., ... & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child development*, 59, 1569-1579.
- Fisher, J., Mello, M. C. D., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2), 139-149.
- Flynn, H. A., Davis, M., Marcus, S. M., Cunningham, R., & Blow, F. C. (2004). Rates of maternal depression in pediatric emergency department and relationship to child service utilization. *General hospital psychiatry*, 26(4), 316-322.
- Fordham, M. (1965). The Self and the Object World: By Edith Jacobson. *International Journal of Psycho-Analysis*, 46, pp. 525-529.
- Fransson, E., Örténstrand, A., & Hjelmstedt, A. (2011). Antenatal depressive

symptoms and preterm birth: a prospective study of a Swedish national sample. *Birth*, 38(1), 10-16.

Freeman, M. P. (2006). Omega-3 fatty acids and perinatal depression: a review of the literature and recommendations for future research. *Prostaglandins, leukotrienes and essential fatty acids*, 75(4), 291-297.

Furber, C. M., Garrod, D., Maloney, E., Lovell, K., & McGowan, L. (2009). A qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy. *International journal of nursing studies*, 46(5), 669-677.

Gaillard, A., Le Strat, Y., Mandelbrot, L., Keïta, H., & Dubertret, C. (2014). Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry research*, 215(2), 341-346.

Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Knoph, C., Simonsen, T. B., Torgersen, L., & Eberhard-Gran, M. (2014). The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 191.

Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5, Part 1), 1071-1083.

Gawlik, S., Waldeier, L., Müller, M., Szabo, A., Sohn, C., & Reck, C. (2013). Subclinical depressive symptoms during pregnancy and birth outcome—a pilot study in a healthy German sample. *Archives of women's mental health*, 16(2), 93-100.

Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., ... & Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes: summary.

Gentile, S. (2010). Antipsychotic therapy during early and late pregnancy. A systematic review. *Schizophrenia bulletin*, 36(3), pp. 518-544.

Gentile, S. (2011). Suicidal mothers. *Journal of Injury and Violence Research*, 3(2), p. 90. Giakoumaki, O., Vasilaki, K., Lili, L., Skouroliahou, M., & Liosis, G. (2009). The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(1), 21-28.

Gidai, J., Acs, N., Bánhid, F., & Czeizel, A. E. (2010). Congenital abnormalities in children of 43 pregnant women who attempted suicide with large doses of nitrazepam. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 19(2), 175-182.

Gissler, M., Berg, C., Bouvier-Colle, M. H., & Buekens, P. (2005). Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987–2000. *The European Journal of Public Health*, 15(5), 459-463.

Gjerdingen, D., Fontaine, P., Crow, S., McGovern, P., Center, B., & Miner, M. (2009). Predictors of mothers' postpartum body dissatisfaction. *Women & health*, 49(6-7), 491-504.

Golden, R. N., Gaynes, B. N., Ekstrom, R. D., Hamer, R. M., Jacobsen, F. M., Suppes, T., ...& Nemeroff, C. B. (2005). The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: a review and meta-analysis of the evidence. *American Journal of Psychiatry*.

Gonidakis, F., Rabavilas, A. D., Varsou, E., Kreatsas, G., & Christodoulou, G. N. (2008). A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece. *Comprehensive psychiatry*, 49(3), 275-282.

Gönülal, D., Yalaz, M., Altun-Köroğlu, Ö., & Kültürsay, N. (2014).

Both parents of neonatal intensive care unit patients are at risk of depression. *Turk J Pediatr*, 56, 171-6.

Goodman, J. H. (2004). Postpartum depression beyond the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(4), pp. 410-420.

Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., Lykeridou, K., Griva, F., & Vaslamatzis, G. (2012). Prevalence of women's worries, anxiety, and depression during pregnancy in a public hospital setting in Greece. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*, 40(4), 581-583.

Grace, S. L., Evindar, A., & Stewart, D. E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 6(4), 263-274.

Grant, K. A., McMahon, C., & Austin, M. P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *Journal of affective disorders*, 108(1), 101-111.

Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S., & Katon, W. J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of general psychiatry*, 67(10), 1012-1024.

Grussu, P., & Quatraro, R. M. (2009). Prevalence and risk factors for a high level of postnatal depression symptomatology in Italian women: a sample drawn from ante-natal classes. *European Psychiatry*, 24(5), 327-333.

Habel, C., Feeley, N., Hayton, B., Bell, L., & Zelkowitz, P. (2015). Causes of women's postpartum depression symptoms: Men's and women's perceptions. *Midwifery*.

Hahn-Holbrook, J., Haselton, M. G., Schetter, C. D., & Glynn, L. M. (2013). Does breastfeeding offer protection against maternal depressive

- symptomatology?. *Archives of women's mental health*, 16(5), 411-422.
- Halbreich, U. (2005). The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions—the need for interdisciplinary integration. *American journal of obstetrics and gynecology*, 193(4), 1312-1322.
- Halbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, 91(2), 97-111.
- Hanley, J. (2009). *Perinatal Mental Health, A Guide for Health Professionals and Users*. A John Wiley & Sons, Ltd., Publication.
- Hatton, D. C., Harrison-Hohner, J., Matarazzo, J., Edwards, P., Lewy, A., & Davis, L. (2007). Missed antenatal depression among high risk women: a secondary analysis. *Archives of women's mental health*, 10(3), 121-123.
- Hay, D. F., Asten, P., Mills, A., Kumar, R., Pawlby, S., & Sharp, D. (2001). Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(07), 871-889.
- Hedegaard, M., Henriksen, T. B., Sabroe, S., & Secher, N. J. (1993). Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *Bmj*, 307(6898), 234-239.
- Hendrick, V., Altshuler, L., Strouse, T., & Grosser, S. (2000). Postpartum and nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depression and anxiety*, 11(2), 66-72.
- Henshaw, C., Cox, J. L., & Barton, J. (2009). *Modern management of perinatal psychiatric disorder*. RCPsych Publications.
- Henshaw, C., Foreman, D., & Cox, J. (2004). Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3-4), 267-272.
- Heron, J., Haque, S., Oyebode, F., Craddock, N., & Jones, I. (2009). A longitudinal study of hypomania and depression symptoms in pregnancy and the postpartum period. *Bipolar disorders*, 11(4), 410-417.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V., & ALSPAC Study Team. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of affective disorders*, 80(1), 65-73.
- Gillman, M. W. (2008). Association of postpartum depression with weight retention 1 year after childbirth. *Obesity*, 16(6), 1296-1301.
- Hewitt, C. E., Gilbody, S. M., Brealey, S., Paulden, M., Palmer, S., Mann, R., & Richards, D. (2009). Methods to identify postnatal depression in primary

care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis.

- Highet, N., Stevenson, A. L., Purtell, C., & Coo, S. (2014). Qualitative insights into women's personal experiences of perinatal depression and anxiety. *Women and Birth*, 27(3), 179-184.
- Hipwell, A. E., & Kumar, R. (1996). Maternal psychopathology and prediction of outcome based on mother-infant interaction ratings (BMIS). *The British Journal of Psychiatry*, 169(5), 655-661.
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 186(5), S160-S172.
- Hofberg, K., & Ward, M. R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate medical journal*, 79(935), 505-510.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213-218.
- Howard, L. (2005). Postnatal Depression. *Clinical Evidence*, 14, pp. 1764-1775.
- Howell, E. A., Mora, P., & Leventhal, H. (2006). Correlates of early postpartum depressive symptoms. *Maternal and Child Health Journal*, 10(2), 149-157.
- Huang, C. C., & Warner, L. A. (2005). Relationship characteristics and depression among fathers with newborns. *Social Service Review*, 79(1), 95-118.
- Hübner-Liebermann, B., Hausner, H., & Wittmann, M. (2012). Recognizing and treating peripartum depression. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(24), 419.
- Huizink, A. C., Robles de Medina, P. G., Mulder, E. J., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2003). Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(6), 810-818.
- Ibanez, G., Charles, M. A., Forhan, A., Magnin, G., Thiebaugeorges, O., Kaminski, M., & EDEN Mother-Child Cohort Study Group. (2012). Depression and anxiety in women during pregnancy and neonatal outcome: data from the EDEN mother-child cohort. *Early human development*, 88(8), 643-649.
- Ifanti, A. A., Argyriou, A. A., Kalofonou, F. H., & Kalofonos, H. P. (2013). Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care. *Health Policy*, 113(1), 8-12.
- Jablensky, A. V., Morgan, V., Zubrick, S. R., Bower, C., & Yellachich, L. A. (2005). Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 79-91.

- Johanson, R., Chapman, G., Murray, D., Johnson, I., & Cox, J. (2000). The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21(2), 93-97.
- Johnson, R. B. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of mixed methods research*, 1(2), pp. 112-133.
- Jones, I., & Craddock, N. (2007). Searching for the puerperal trigger: molecular genetic studies of bipolar affective puerperal psychosis. *Psychopharmacology bulletin*, 40(2), 115.
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., & Sydsjö, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 80(3), 251-255.
- Kaid, L. L. (n.d.). Content analysis, in P. E. Barker, *Measurement of communication behavior*(pp. 197-217). New York: Longman.
- Katherine L. Wisner, B. L. (2008). Postpartum Disorders: Phenomenology, Treatment Approaches, and Relationship to Infanticide. Στο M. G. Spinelli, *Infanticide: Psychosocial and legal perspectives on mothers who kill* (pp. 35-60). American Psychiatric Pub.
- Kelly, R. H., Russo, J., & Katon, W. (2001). Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *General Hospital Psychiatry*, 23(3), 107-113.
- Kempe, M. (1996). *The Book of Margery Kempe*. Ανασύρθηκε από το διαδίκτυο, <http://www.luminarium.org/medlit/kempebk.htm>.
- Kendell, R. E., McGuire, R. J., Connor, Y., & Cox, J. L. (1981). Mood changes in the first three weeks after childbirth. *Journal of affective disorders*, 3(4), 317-326.
- Kimberly, N.A. (2002). *The Content Analysis Guidebook*. SAGE.
- Klainin, P., & Arthur, D. G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *International journal of nursing studies*, 46(10), 1355-1373.
- Klerman, G. L. (1983). Children of parents with major affective disorder: A review. *Am J Psychiatry*, 140, 825-832.
- Kouba, S., Hällström, T., Lindholm, C., & Hirschberg, A. L. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstetrics & Gynecology*, 105(2), 255-260.
- Koutra, K., Vassilaki, M., Georgiou, V., Koutis, A., Bitsios, P., Chatzi, L., & Kogevinas, M. (2014). Antenatal maternal mental health as determinant of postpartum depression in a population based mother–child cohort (Rhea

- Study) in Crete, Greece. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(5), 711-721.
- Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., & Kupfer, D. (2014). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*.
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis, An Introduction to its Methodology*. Sage.
- Kritsotakis, G., Vassilaki, M., Melaki, V., Georgiou, V., Philalithis, A. E., Bitsios, P., & Koutis, A. (2013). Social capital in pregnancy and postpartum depressive symptoms: Aprospective mother-child cohort study (the Rhea study). *International journal of nursing studies*, 50(1), 63-72.
- Krogh, J., Nordentoft, M., Sterne, J. A., & Lawlor, D. A. (2011). The effect of exercise in clinically depressed adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(4), 529.
- Κώτση, Κ., (2009). *Επιδημιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης και διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου*. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Ιωάννινα.
- Kumar, R. (1994). Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 29(6), 250-264..
- Kumar, R., Marks, M., Platz, C., & Yoshida, K. (1995). Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions. *Journal of affective disorders*, 33(1), 11-22.
- Lamberg, T., Virtanen, P., Vahtera, J., Luukkaala, T., & Koskenvuo, M. (2010). Unemployment, depressiveness and disability retirement: a follow-up study of the Finnish HeSSup population sample. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(2), 259-264.
- Lambrinouadaki, I., Rizos, D., Armeni, E., Pliatsika, P.,
- Leonardou, A., Sygelou, A., & Papadias, C. (2010). Thyroid function and postpartum mood disturbances in Greek women. *Journal of affective disorders*, 121(3), 278-282..
- Lanes, A., Kuk, J. L., & Tamim, H. (2011). Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11(1), 302.
- Lee, D. T., Yip, A. S., Leung, T. Y., & Chung, T. K. (2000). Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J*, 6(4), 349-54.
- Lee, D. T., Yip, A. S., Chiu, H. F., Leung, T. Y., & Chung, T. K. (2014). A psychiatric epidemiological study of postpartum Chinese women. *American Journal of Psychiatry*.
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC psychiatry*, 8(1), 24.

- Leonardou, A. A., Zervas, Y. M., Papageorgiou, C. C., Marks, M. N., Tsartsara, E. C., Antsaklis, A., ... & Soldatos, C. R. (2009). 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*, 27(1), 28-39.
- Lewis, G. et al. (2004). *Why Mothers Die: 2000-2002: the Sixth Report of the Confidential Enquiries Into Maternal Deaths in the United Kingdom*.
- Likierman, M. (2003). Post natal depression, the mother's conflict and parent-infant psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 29(3), 301-315.
- Linde, K., Berner, M., Egger, M., & Mulrow, C. (2005). St John's wort for depression. *The British Journal of Psychiatry*, 186(2), 99-107.
- Lobel, M., Dunkel-Schetter, C., & Scrimshaw, S. C. (1992). Prenatal maternal stress and prematurity: a prospective study of socioeconomically disadvantaged women. *Health Psychology*, 11(1), 32.
- Lothian, J. A. (2008). The journey of becoming a mother. *The Journal of perinatal education*, 17(4), 43.
- Lou, H. C., Hansen, D., Nordentoft, M., Pryds, O., Jensen, F., Nim, J., & Hetnmingen, R. (1994). Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 36(9), 826-832.
- Lydsdottir, L. B., Howard, L. M., Olafsdottir, H., Thome, M., Tyrfinngsson, P., & Sigurdsson, J. F. (2014). The mental health characteristics of pregnant women with depressive symptoms identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(4), 393-398.
- Lyons-Ruth, K., & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 257-275.
- MacLean, L. M., Meyer, M., & Estable, A. (2004). Improving accuracy of transcripts in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 14(1), 113-123.
- MacQueen, K. M., McLellan-Lemal, E., Bartholow, K., & Milstein, B. (2008). Team-based codebook development: structure, process, and agreement. *Handbook for team-based qualitative research*, 119-135. AltaMira Press.
- Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T., & Stefanis, C. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(10), 943-952.

- Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: a two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), 81-90.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1984). Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experience: Implications for the abused-abusing intergenerational cycle. *Child Abuse & Neglect*, 8(2), 203-217.
- Maina, G., Albert, U., Bogetto, F., Vaschetto, P., & Ravizza, L. (1999). Recent life events and obsessive-compulsive disorder (OCD): the role of pregnancy/delivery. *Psychiatry Research*, 89(1), 49-58.
- Mamelle, N., Gerin, P. A. U. L., Measson, A., Munoz, F., & Collet, P. (1987). Assessment of psychological modifications during pregnancy: contribution of Derogatis Symptom check-list (SCL 90-R). *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 7(1), 39-50.
- Matevosyan, N. R. (2011). Pregnancy and postpartum specifics in women with schizophrenia: a meta-study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 283(2), 141-147.
- Mayberry, L. J., & Affonso, D. D. (1993). Infant temperament and postpartum depression: a review. *Health care for women international*, 14(2), 201-211.
- Mayes, L. C., & Leckman, J. F. (2007). Parental representations and subclinical changes in postpartum mood. *Infant Mental Health Journal*, 28(3), 281-295.
- McDougle, C. J., Barr, L. C., Goodman, W. K., & Price, L. H. (1999). Possible role of neuropeptides in obsessive compulsive disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 24(1), 1-24.
- McGrath, J. M., Records, K., & Rice, M. (2008). Maternal depression and infant temperament characteristics. *Infant Behavior and Development*, 31(1), 71-80.
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., & Tennant, C. (2005). 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*, 84(1), 15-24.
- Melender, H. L. (2002). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(4), 256-263.
- Melender, H. L., & Lauri, S. (1999). Fears associated with pregnancy and childbirth—experiences of women who have recently given birth. *Midwifery*, 15(3),
- Mellor, R., Chua, S. C., & Boyce, P. (2014). Antenatal depression: an artefact of sleep disturbance?. *Archives of women's mental health*, 17(4), 291-302.
- Meltzer-Brody, S., & Stuebe, A. (2014). The long-term psychiatric and medical

- prognosis of perinatal mental illness. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 49-60.
- Menage, J. (1993). Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures: A consecutive series of 30 cases of PTSD. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11(4), 221-228.
- Micali, N., Simonoff, E., & Treasure, J. (2007). Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 255-259.
- Midmer, D. (2005). *Antenatal Psychosocial Health Assessment, Provider's Guide*. The ALPHA Group, Department of Family & Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Toronto.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., ... & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of affective disorders*, 108(1), 147-157.
- Misri, S., Reebye, P., Milis, L., & Shah, S. (2006). The impact of treatment intervention on parenting stress in postpartum depressed mothers: a prospective study. *American journal of orthopsychiatry*, 76(1), 115-119.
- Möhler, E., Parzer, P., Brunner, R., Wiebel, A., & Resch, F. (2006). Emotional stress in pregnancy predicts human infant reactivity. *Early human development*, 82(11), 731-737.
- Moretti, M. E., Maxson, A., Hanna, F., & Koren, G. (2009). Evaluating the safety of St. John's Wort in human pregnancy. *Reproductive Toxicology*, 28(1), 96-99.
- Mota-Pereira, J., Silverio, J., Carvalho, S., Ribeiro, J. C., Fonte, D., & Ramos, J. (2011). Moderate exercise improves depression parameters in treatment-resistant patients with major depressive disorder. *Journal of psychiatric research*, 45(8), 1005-1011.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders:: Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academies Press.
- Μωραΐτου, Μ., Γαλανάκης, Μ. (2006). Συγκριτική αξιολόγηση της κλίμακας Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS) με την κλίμακα του Beck (BDI) σε δείγμα ελληνίδων λεχωίδων. Ανασύρθηκε από το διαδίκτυο, [http://eureka.lib.teithe.gr:8080/bitstream/handle/10184/5016/Galanakis_Moraitou_Co mparative_Assessment_Of.pdf?sequence=3](http://eureka.lib.teithe.gr:8080/bitstream/handle/10184/5016/Galanakis_Moraitou_Co%20mparative_Assessment_Of.pdf?sequence=3).
- Najman, J. M., Andersen, M. J., Bor, W., O'Callaghan, M. J., & Williams, G. M. (2000). Postnatal depression—myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35(1), 19-27.
- Namey, E. G. (2008). Data Reduction Techniques for Large Qualitative Data Sets.

- Στο G. M. Guest, *Handbook for Team-Based Qualitative Research* (pp. 137-162). AltaMira Press.
- National Collaborating Centre for Mental Health, (2007). *Antenatal and Postnatal Mental Health, The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance*. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, (2014). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Newton, R. W., Webster, P. A., Binu, P. S., Maskrey, N., & Phillips, A. B. (1979). Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature labour. *BMJ*, 2(6187), 411-413.
- Ng, R. C., Hirata, C. K., Yeung, W., Haller, E., & Finley, P. R. (2010). Pharmacologic treatment for postpartum depression: a systematic review. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 30(9), 928-941.
- NI Dieter, Tiffany Field, Maria Hernandez-Reif, Nancy A. Jones, JP Lecanuet, FA Salman, Mercedes Redzepi, J. (2001). Maternal depression and increased fetal activity. *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 21(5), 468-473.
- Niemi, M. E., Falkenberg, T., Nguyen, M. T., Nguyen, M. T., Patel, V., & Faxelid, E. (2010). The social contexts of depression during motherhood: a study of explanatory models in Vietnam. *Journal of affective disorders*, 124(1), 29-37.
- Norhayati, M. N., Hazlina, N. N., Asrenee, A. R., & Emilin, W. W. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of affective disorders*, 175, 34-52.
- O' Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-a meta- analysis. *International review of psychiatry*, 8(1), 37-54.
- O'Hara, M. W. (2013). *Postpartum depression: Causes and consequences*. Springer-Verlag. Oates, M. (2009). Foreword. Στο H. Carol, *Modern Management of Perinatal Psychiatric Disorder* (pp. xvi-xx). Glasgow, UK.: The Royal College of Psychiatrists .
- Ochs, E. (1979). Transcription as theory. *Developmental pragmatics*, 10(1), 43-72.
- O'Connor, M. J., Kogan, N., & Findlay, R. (2002). Prenatal alcohol exposure and attachment behavior in children. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(10), 1592- 1602.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Glover, V., & Alspac Study Team. (2002). Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *Journal of the American Academy of*

Child & Adolescent Psychiatry, 41(12), 1470-1477.

- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., & Glover, V. (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(7), 1025-1036.
- O'Hara, M. W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry*, 43(6), 569-573.
- O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of clinical psychology*, 65(12), 1258-1269.
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3-12.
- Okano, T., Nomura, J., Kumar, R., Kaneko, E., Tamaki, R., Hanafusa, I., ... & Matsuyama, A. (1998). An epidemiological and clinical investigation of postpartum psychiatric illness in Japanese mothers. *Journal of Affective Disorders*, 48(2), 233-240.
- Oliver, D. G., Serovich, J. M., & Mason, T. L. (2005). Constraints and opportunities with interview transcription: Towards reflection in qualitative research. *Social forces*, 84(2), 1273-1289.
- Oren, D. A., Wisner, K. L., Spinelli, M., Epperson, C. N., Peindl, K. S., Terman, J. S., & Terman, M. (2002). An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. *American journal of Psychiatry*.
- Orens, M. H. (1955). Setting a termination date—an impetus to analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*.
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Piha, J., & Helenius, H. (2001). Prenatal maternal representations: Mothers at psychosocial risk. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 529-544.
- Patel, M., Bailey, R. K., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N. C., & Osiezagha, K. (2012). Postpartum depression: a review. *Journal of health care for the poor and underserved*, 23(2), 534- 542.
- Parker, I. (1992). *Discourse dynamics: critical analysis for social and individual psychology*. Routledge.
- Pauli-Pott, U., Mertesacker, B., Bade, U., Bauer, C., & Beckmann, D. (2000). Contexts of relations of infant negative emotionality to caregiver's reactivity/sensitivity. *Infant behavior and development*, 23(1), 23-39.
- Pawlby, S., Hay, D. F., Sharp, D., Waters, C. S., & O'Keane, V. (2009). Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring:

- prospective longitudinal community-based study. *Journal of affective disorders*, 113(3), 236-243.
- Paykel, E. S., Prusoff, B. A., & Uhlenhuth, E. H. (1971). Scaling of life events. *Archives of General Psychiatry*, 25(4), 340-347.
- Petrou, S., Cooper, P., Murray, L., & Davidson, L. L. (2002). Economic costs of post-natal depression in a high-risk British cohort. *The British Journal of Psychiatry*, 181(6), 505- 512.
- Phillips, J., Sharpe, L., Matthey, S., & Charles, M. (2009). Maternally focused worry. *Archives of women's mental health*, 12(6), 409-418.
- Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45(4), 333-343.
- Poçan, A. G., Aki, Ö. E., Parlakgümüs, A. H., Gereklioglu, Ç., & Dolgun, A. B. (2013). The incidence of and risk factors for postpartum depression at an urban maternity clinic in Turkey. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 46(2), 179-194.
- Porta, M. (2008). *A Dictionary of Epidemiology Fifth Edition*. Oxford University Press. Pregnancy. Ανάκτηση 7 29, 2015, από Wicimedia <http://en.wikipedia.org/wiki/Pregnancy>.
- Priest, M.-P. A. (2005, September). *blackdoginstitute*. Ανάκτηση Αύγουστος 9, 2011, από <http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/PNRQCLINICIANS.pdf>
- Quine, L., Rutter, D. R., & Gowen, S. (1993). Women's satisfaction with the quality of the birth experience: a prospective study of social and psychological predictors. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11(2), 107-113.
- Rahman, A., Fisher, J., Bower, P., Luchters, S., Tran, T., Yasamy, M. T., ... & Waheed, W. (2013). Interventions for common perinatal mental disorders in women in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 593-601I.
- Ramchandani, P. G., Richter, L. M., Stein, A., & Norris, S. A. (2009). Predictors of postnatal depression in an urban South African cohort. *Journal of affective disorders*, 113(3),
- Ramchandani, P. G., Stein, A., Hotopf, M., Wiles, N. J., & ALSPAC Study Team. (2006). Early parental and child predictors of recurrent abdominal pain at school age: results of a large population-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6), 729-736.
- Raphael-Leff, J. (2001). *Pregnancy: The inside story*. Karnac Books.
- Rayburn, W. F., Christensen, H. D., & Gonzalez, C. L. (2000). Effect of antenatal exposure to Saint John's wort (*Hypericum*) on neurobehavior of developing mice. *American journal of obstetrics and gynecology*, 183(5), 1225-1231.

- Rayburn, W. F., Christensen, H. D., & Gonzalez, C. L. (2000). Effect of antenatal exposure to Saint John's wort (*Hypericum*) on neurobehavior of developing mice. *American journal of obstetrics and gynecology*, 183(5), 1225-1231.
- Raymond, J. E. (2009). 'Creating a safety net': Women's experiences of antenatal depression and their identification of helpful community support and services during pregnancy. *Midwifery*, 25(1), 39-49.
- Reck, C., Stehle, E., Reinig, K., & Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM- IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of affective disorders*, 113(1), 77-87.
- Records, K., & Rice, M. (2007). Psychosocial correlates of depression symptoms during the third trimester of pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(3), 231-242.
- Reid, A. J., Biringer, A., Carroll, J. D., Midmer, D., Wilson, L. M., Chalmers, B., & Stewart, D. E. (1998). Using the ALPHA form in practice to assess antenatal psychosocial health. *Canadian Medical Association Journal*, 159(6), 677-684.
- Rhodes, N., & Hutchinson, S. (1994). Labor experiences of childhood sexual abuse survivors. *Birth*, 21(4), 213-220.
- Riecher-Rössler, A., & Steiner, M. (Eds.). (2005). *Perinatal stress, mood and anxiety disorders: from bench to bedside* (Vol. 173). Karger Medical and Scientific Publishers.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital psychiatry*, 26(4), 289-295.
- Robledo-Colonia, A. F., Sandoval-Restrepo, N., Mosquera-Valderrama, Y. F., Escobar- Hurtado, C., & Ramírez-Vélez, R. (2012). Aerobic exercise training during pregnancy reduces depressive symptoms in nulliparous women: a randomised trial. *Journal of physiotherapy*, 58(1), 9-15.
- Rofé, Y., Littner, M. B., & Lewin, I. (1993). Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. *Journal of clinical psychology*, 49(1), 3-12.
- Rose, G. J. (1962). Unconscious birth fantasies in the ninth month of treatment. *Journal of the American Association*, 10, 677-688.
- Ross, L. E., Evans, S. G., Sellers, E. M., & Romach, M. K. (2003). Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6(1), 51-57.
- Ross, L. E., McLean, L. M., & Psych, C. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *depression*, 6(9).
- Ross, L. E., Sellers, E. M., Gilbert Evans, S. E., & Romach, M. K. (2004). Mood

- changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 457-466.
- Rubertsson, C., Waldenström, U., & Wickberg, B. (2003). Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(2), 113-123.
- Rubovits, P. (1996). Project CHILD: An intervention program for psychotic mothers and their young children. Στο M. J. Göpfert, *Parental Psychiatric Disorder: Distressed Parents and their Families*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ryan, D., Milis, L., & Misri, N. (2005). Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 51(8), 1087-1093.
- Sacher, J., Wilson, A. A., Houle, S., Rusjan, P., Hassan, S., Bloomfield, P. M., ... & Meyer, J. H. (2010). Elevated brain monoamine oxidase A binding in the early postpartum period. *Archives of general psychiatry*, 67(5), 468-474.
- Saldana, J. (2013). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. Sage.
- Santos, I. S., Matijasevich, A., Barros, A. J., & Barros, F. C. (2014). Antenatal and postnatal maternal mood symptoms and psychiatric disorders in pre-school children from the 2004 Pelotas Birth Cohort. *Journal of affective disorders*, 164, 112-117.
- Σαραφίδου, Γ. (2011). *Συνάνθρωση Ποσοτικών και Ποιοτικών Προσεγγίσεων - Η Εμπειρική Έρευνα*. Gutenberg.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey. *Journal of consulting and clinical psychology*, 46(5), 932.
- Savarimuthu, R. J. S., Ezhilarasu, P., Charles, H., Antonisamy, B., Kurian, S., & Jacob, K. S. (2009). Post-partum depression in the community: a qualitative study from rural South India. *International journal of social psychiatry*, 56(1), 94-102.
- Sayil, M., Güre, A., & Uçanok, Z. (2007). First time mothers' anxiety and depressive symptoms across the transition to motherhood: associations with maternal and environmental characteristics. *Women & health*, 44(3), 61-77.
- Sayil, M., Güre, A., & Uçanok, Z. (2007). First time mothers' anxiety and depressive symptoms across the transition to motherhood: associations with maternal and environmental characteristics. *Women & health*, 44(3), 61-77.
- Schegloff, E. A. (1997). Whose text? Whose context? *Discourse & Society*, 8(2), pp. 165-187.

- Schmidt, P. J., Nieman, L. K., Danaceau, M. A., Adams, L. F., & Rubinow, D. R. (1998). Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *New England Journal of Medicine*, 338(4), 209-216.
- Schmied, V., Johnson, M., Naidoo, N., Austin, M. P., Matthey, S., Kemp, L., ... & Yeo, A. (2013). Maternal mental health in Australia and New Zealand: A review of longitudinal studies. *Women and Birth*, 26(3), 167-178.
- Seldana, J. (2013). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. Sage.
- Shakespeare, J., Blake, F., & Garcia, J. (2004). Breast-feeding difficulties experienced by women taking part in a qualitative interview study of postnatal depression. *Midwifery*, 20(3), 251-260.
- Sharma, V. και Burt, V.K. (2011). DSM-V: modifying the postpartum-onset specifier to include hypomania. *Archives of women's mental health*, 14(1), pp. 67--69.
- Sit, D., Rothschild, A. J., & Wisner, K. L. (2006). A review of postpartum psychosis. *Journal of women's health*, 15(4), 352-368.
- Sit, D., Wisner, K. L., Hanusa, B. H., Stull, S., & Terman, M. (2007). Light therapy for bipolar disorder: a case series in women. *Bipolar disorders*, 9(8), 918-927.
- Skrundz, M., Bolten, M., Nast, I., Hellhammer, D. H., & Meinschmidt, G. (2011). Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. *Neuropsychopharmacology*, 36(9), 1886-1893.
- Sockol, L. E. (2011). A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clinical psychology review*, 31(5), 839-849.
- Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36-46.
- Solmi, F., Sallis, H., Stahl, D., Treasure, J., & Micali, N. (2013). Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa. *Epidemiologic reviews*, mxt004.
- Σταματίου, Ε. Παπαληγούρα, Ζ. (2010). Επιλόχεια κατάθλιψη σε Ελληνίδες μητέρες: Επιδράσεις των στρεσογόνων γεγονότων ζωής, της κοινωνικής στήριξης και της συζυγικής σχέσης. *Ψυχολογία*, 17(2), pp. 215-230.
- Steiner, M., Dunn, E., & Born, L. (2003). Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *Journal of affective disorders*, 74(1), 67-83.
- Stemler, S. (2001). An overview of content analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 7(17), 137-146.
- Stewart-Brown, S. L., & Schrader-Mcmillan, A. (2011). Parenting for mental

- health: what does the evidence say we need to do? Report of Workpackage 2 of the DataPrev project. *Health Promotion International*, 26(suppl 1), i10-i28.
- Stowe, Z. N., & Nemeroff, C. B. (1995). Women at risk for postpartum-onset major depression. *American journal of obstetrics and gynecology*, 173(2), 639-645.
- Stuart-Parrigon, K., & Stuart, S. (2014). Perinatal Depression: An Update and Overview. *Current psychiatry reports*, 16(9), 1-9.
- Stuebe, A. M., Horton, B. J., Chetwynd, E., Watkins, S., Grewen, K., & Meltzer-Brody, S. (2014). Prevalence and risk factors for early, undesired weaning attributed to lactation dysfunction. *Journal of Women's Health*, 23(5), 404-412.
- Summerfield, D., & Veale, D. (2008). Proposals for massive expansion of psychological therapies would be counterproductive across society. *The British Journal of Psychiatry*, 192(5), 326-330.
- Surkan, P. J., Peterson, K. E., Hughes, M. D., & Gottlieb, B. R. (2006). The role of social networks and support in postpartum women's depression: a multiethnic urban sample. *Maternal and Child Health Journal*, 10(4), 375.
- Swallow, B. L., Lindow, S. W., Masson, E. A., & Hay, D. M. (2004). Psychological health in early pregnancy: relationship with nausea and vomiting. *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 24(1), 28-32.
- Theriot, N. (1989). Diagnosing Unnatural Motherhood: Nineteenth-century Physicians and 'Puerperal Insanity'. *American Studies*, 69-88.
- Τζέμος, Ι. (1984). *Διατριβή: Η σταθεροποίηση του ερωτηματολογίου Beck σε ελληνικό πληθυσμό*. Ανάκτηση από <http://thesis.ekt.gr/>.
- Tietz, A., Zietlow, A. L., & Reck, C. (2014). Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: the crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour. *Archives of women's mental health*, 17(5), 433-442.
- Tikotzky, L., Chambers, A. S., Gaylor, E., & Manber, R. (2010). Maternal sleep and depressive symptoms: links with infant Negative Affectivity. *Infant Behavior and Development*, 33(4), 605-612.
- Tracey, N. (2000). Thinking about and working with depressed mothers in the early months of their infant's life. *Journal of child psychotherapy*, 26(2), 183-207.
- Turner, C. T., & Papinczak, T. A. (2000). An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. *Breastfeeding Review*, 8(1), 25.

- Udechuku, A., Nguyen, T., Hill, R., & Szego, K. (2010). Antidepressants in pregnancy: a systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(11), 978-996.
- Uebersax, J. (2006). *The tetrachoric and polychoric correlation coefficients. Statistical Methods for Rater Agreement*. Ανάκτηση 10.9. 2014, από <http://john-uebersax.com/stat/tetra.htm>.
- Ugarriza, D. N. (2002). Postpartum depression women's explanation of depression. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3), 227.
- Van den Bergh, B. R., Mennes, M., Oosterlaan, J., Stevens, V., Stiers, P., Marcoen, A., & Lagae, L. (2005). High antenatal maternal anxiety is related to impulsivity during performance on cognitive tasks in 14-and 15-year-olds. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(2), 259-269.
- Vandoros, S., Hessel, P., Leone, T., & Avendano, M. (2013). Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *The European Journal of Public Health*, ckt020.
- Vesga-Lopez, O. a. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of general psychiatry*, 65(7), pp. 805-815.
- Wadhwa, P. D., Sandman, C. A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C., & Garite, T. J. (1993). The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *American journal of obstetrics and gynecology*, 169(4), 858-865.
- Waldfogel, J., Craigie, T. A., & Brooks-Gunn, J. (2010). Fragile families and child wellbeing. *The Future of children/Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation*, 20(2), 87.
- Watanabe, M., Wada, K., Sakata, Y., Aratake, Y., Kato, N., Ohta, H., & Tanaka, K. (2008). Maternity blues as predictor of postpartum depression: a prospective cohort study among Japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(3), 211-217.
- Webster, J., Hall, L., Somville, T., Schneider, P., Turnbull, R., & Smith, P. (2006). Prospective testing of the brisbane postnatal depression index. *Birth*, 33(1), 56-63.
- Webster, J., Pritchard, M. A., Creedy, D., & East, C. (2003). A simplified predictive index for the detection of women at risk for postnatal depression. *Birth*, 30(2), 101-108.
- Webster, M. L., Thompson, J. M., Mitchell, E. A., & Werry, J. S. (1994). Postnatal depression in a community cohort. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 28(1), 42-49.
- Weich, S., Patterson, J., Shaw, R., & Stewart-Brown, S. (2009). Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life:

- systematic review of prospective studies. *The British Journal of Psychiatry*, 194(5), 392-398.
- Weinberg, M. K., Tronick, E. Z., Beeghly, M., Olson, K. L., Kernan, H., & Riley, J. M. (2001). Subsyndromal depressive symptoms and major depression in postpartum women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 87.
- Whooley, M. A. (1997). Case-finding instruments for depression. *Journal of general internal medicine*, 12(7), 439-445.
- Wijma, K., Söderquist, J., & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of anxiety disorders*, 11(6), 587-597.
- Wikipedia (2015). https://en.wikipedia.org/wiki/Margery_Kempe. (n.d.). Ανασύρθηκε από το διαδίκτυο στις 6/2/2015.
- Wilkie, G. L., & Deligiannidis, K. M. (2014). Effects of perinatal depression and anxiety on labor and delivery outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 123, 82S-83S.
- Williams, J. et al. (2014). *Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period*. BC Reproductive Mental Health Program.
- Wisner, K. L. (2008) *Symposium: Clinical Issues in Perinatal Mental Health Care: Initial Results from an NIMH-funded Study of Screening for Postpartum Depression*. International Marce Society Biannual Meeting. Sydney, Australia.
- Wisner, K. L., Moses-Kolko, E. L., & Sit, D. K. (2010). Postpartum depression: a disorder in search of a definition. *Archives of women's mental health*, 13(1), 37-40.
- Wisner, K. L., Peindl, K., & Hanusa, B. H. (1994). Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing. *Journal of affective disorders*, 30(2), 77-87.
- Wisner, K. L., Peindl, K. S., & Hanusa, B. H. (1995). Psychiatric episodes in women with young children. *Journal of affective disorders*, 34(1), 1-11.
- Wisner, K., Peindl, K., Gigliotti, T., Hanusa, B. (1999). Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60:176-180.
- Wisner, K. L., Perel, J. M., & Findling, R. L. (1996). Antidepressant treatment during breast-feeding. *American Journal of Psychiatry*, 153(9), 1132-1137.
- Woolhouse, H., Gartland, D., Mensah, F., & Brown, S. J. (2015). Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: implications for primary health care. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(3), 312-321.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and*

Behavioural Disorders. Clinical Discriptions and Diagnostic Guidelines. WHO.

World Health Organization. (2004). *Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options : summary report / a report of the.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, (2011). *Impact of Economic Crises on Mental Health.* Geneva: WHO

World Health Organization, & UNICEF. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding.* World Health Organization.

Wynter, K., Rowe, H., & Fisher, J. (2013). Common mental disorders in women and men in the first six months after the birth of their first infant: A community study in Victoria, Australia. *Journal of affective disorders*, 151(3), 980-985.

Youn, J. H., & Jeong, I. S. (2013). Predictors of postpartum depression: Prospective cohort study. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 43(2), 225-235.

Zaers, S., Waschke, M., & Ehlert, U. (2008). Depressive symptoms and symptoms of post- traumatic stress disorder in women after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(1), 61-71.

Zambaldi, C. F., Cantilino, A., Montenegro, A. C., Paes, J. A., de Albuquerque, T. L. C., & Sougey, E. B. (2009). Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 50(6), 503-509.

Zelkowitz, P., Saucier, J. F., Wang, T., Katofsky, L., Valenzuela, M., & Westreich, R. (2008). Stability and change in depressive symptoms from pregnancy to two months postpartum in childbearing immigrant women. *Archives of women's mental health*, 11(1), 1-11.