



ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ (Σ.Ε.Υ.Π.)

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διαστάσεις της προγεννητικής προσκόλλησης και η επίδρασή της
στη μετέπειτα ανάπτυξη του παιδιού**

Αποστολοπούλου Βασιλική	A.M: 14438
Βαβέσου Μελαχροινή-Μαρκέλλα	A.M: 14933
Βορνίτου Άννα	A.M: 14835
Καραστάθη Σοφία	A.M: 14725
Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Μάντζιου Στρατούλα	

Ιωάννινα, 2016

Ιωάννινα, 2016

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σχέση μητέρας-βρέφους είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι συμβάλλει στην διαμόρφωση της προσωπικότητας του παιδιού. Η σχέση αυτή αρχίζει όταν η μητέρα είναι έγκυος. Η παρούσα εργασία, λοιπόν, θα αναφερθεί στις διαστάσεις της προγεννητικής προσκόλλησης και την επίδρασή της στην μετέπειτα ανάπτυξη του παιδιού. Η συναισθηματική επένδυση του εμβρύου από την μητέρα θεωρείται ότι είναι προάγγελος της ποιότητας της σχέσης της με το βρέφος. Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζει την ανάπτυξη της προγεννητικής προσκόλλησης αφορά στην ποιότητα των πρώιμων εμπειριών της μητέρας, δηλαδή των εσωτερικευμένων αναπαραστάσεων της. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που έχει διερευνηθεί σε σχέση με την προγεννητική προσκόλληση είναι το ιστορικό προγεννητικής απώλειας. Επίσης, η παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας έχει εμπλακεί στην αναστολή της ανάπτυξης της προγεννητικής μητρικής προσκόλλησης, καθώς παρουσιάζονται σημαντικά μειωμένα τα συναισθήματα της προσκόλλησης σε γυναίκες με κατάθλιψη. Στην παρούσα εργασία επισημαίνεται η σημαντικότητα των πρώιμων παρεμβατικών προγραμμάτων και αναλύονται συμβουλευτικά παρεμβατικά προγράμματα. Τέλος, παρατίθενται κλίμακες οι οποίες αξιολογούν την προγεννητική προσκόλληση και συμπληρώνουν με τη παρουσία στοιχείων τα ευρήματα της εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	
---------------	--

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ.....	7
1.1 Το σύστημα συμπεριφορών προσκόλλησης.....	8
1.2 Η ευαίσθητη περίοδος του πρώτου ενάμιση χρόνου κατά την απομάκρυνση από τους γονείς.....	10
1.3 Η σημασία της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης.....	13
1.4 Ατομικές διάφορες στην προσκόλληση - η μέθοδος του ξένου.....	14
1.5 Η υπόθεση της μητρικής ευαισθησίας.....	17
1.6 Τα Ενεργά Μοντέλα Δεσμού.....	18
1.7 Η επίδραση της προσκόλλησης στις μετέπειτα σχέσεις.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ – ΕΜΒΡΥΟΥ	
2.1 Ορισμός προγεννητικής προσκόλλησης.....	23
2.2 Η προγεννητική προσκόλληση υπό το πρίσμα του συστήματος της φροντίδας.....	24
2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη της προγεννητικής προσκόλλησης.....	25
2.4 Η επιρροή των προγεννητικών μητρικών αναπαραστάσεων στη γονεϊκή λειτουργία.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
ΠΡΩΙΜΑ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ	
3.1 Η γονεϊκή συμπεριφορά ως παράγοντας της ψυχικής υγείας των βρεφών.....	35
3.2 Πρόληψη και πρώιμες παρεμβάσεις.....	39
3.3 Στοιχεία των προγραμμάτων των πρώιμων παρεμβάσεων.....	43
3.4 Πρώιμες παρεμβάσεις και κοινωνικά δίκτυα.....	45
3.5 Αποτελεσματικότητα των πρώιμων παρεμβάσεων.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΜΗΤΡΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΑΠΩΛΕΙΑ	
4.1 Ο ρόλος της μητρικής ευαισθησίας.....	48
4.2 Σχηματισμός μητρικής ταυτότητας.....	49
4.3 Προγεννητική απώλεια και επόμενη εγκυμοσύνη.....	51
4.4 Αποφυγή συναισθηματικού δεσμού στην επόμενη κύηση.....	52
4.5 Συναισθηματικές διαταραχές λόγω της προγεννητικής απώλειας.....	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ.....	56
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΧΕΣΗ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	60
6.1 Ορισμοί	61
6.1.1 Ορισμός κατάθλιψης	61
6.1.2 Προγεννητική κατάθλιψη	61
6.1.3 Ορισμός επιλόχειας κατάθλιψης	63
6.2 Αίτια κατάθλιψης	65
6.3 Επιπτώσεις κατάθλιψης στην προγεννητική περίοδο	67
6.4 Μητρική προσκόλληση και κατάθλιψη σε προχωρημένη εγκυμοσύνη.....	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	70
----------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Η ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	
8.1 Εισαγωγή.....	73
8.2 Κλίμακες Αξιολόγησης Προγεννητικής Προσκόλλησης.....	77
8.3 Κλίμακα Μητρικής Εμβρυακής Προσκόλλησης (Maternal Fetus Attachment Scale).....	79
8.4 Κλίμακα Προγεννητικής Μητρικής Προσκόλλησης (Maternal Antenatal Attachment Scale).....	80
8.5 Κλίμακα Διερεύνησης Προγεννητικής Προσκόλλησης (Prenatal Attachment Inventory).....	81
8.6 Η Προσκόλληση Πατέρα-Εμβρύου (Paternal fetal attachment).....	82
8.6.1 Κλίμακα Πατρικής Προγεννητικής Προσκόλλησης (Paternal Antenatal Attachment Scale).....	83
8.7 Αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων των MFAS, MAAS, PAI και PAAS.....	84
8.8Επίλογος.....	85

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	87
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	95
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	96

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αν και η ηλικία του ανθρώπου αρχίζει να μετρά από τη στιγμή της γέννησής του τα γεγονότα που συμβαίνουν πριν από τον τοκετό, κατά την διάρκεια της ενδομήτριας περιόδου ανάπτυξης, είναι τεράστιας σημασίας. Το ενδομήτριο περιβάλλον έχει σημαντικότερη επίδραση στην ανάπτυξη όχι μόνο του εμβρύου αλλά και στη βιοσωματική και ψυχολογική ανάπτυξη του ανθρώπου μετά τη γέννησή του.

Από τη στιγμή της σύλληψης η ανθρώπινη ύπαρξη αποτελεί μια πραγματικότητα. Ίσως είναι δύσκολο να φανταστούμε το πρώτο κύτταρο, το ζυγωτή, ως ανθρώπινο ον. Ωστόσο ακόμη και στην αρχική φάση της κύησης αλλά και στις σαράντα εβδομάδες που διαρκεί, το έμβρυο αποκτά όλα τα ανθρώπινα χαρακτηριστικά και στοιχειώδης μορφές ανθρώπινης συμπεριφοράς. Επηρεάζεται δε από το περιβάλλον του, την ίδια του την ταχύτατη ανάπτυξη και τη σωματική και ψυχική υγεία της μητέρας του (Δημήτριου, 2012).

Στόχος, λοιπόν, της παρούσας εργασίας είναι, μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία, να παρουσιάσει τις διαστάσεις της προγεννητικής προσκόλλησης και την επίδρασή της στην μετέπειτα ανάπτυξη του παιδιού. Ως παιδαγωγοί προσχολικής ηλικίας, μέσα από τη συγκεκριμένη εργασία θέλουμε να τονίσουμε την σημαντικότητα της προγεννητικής και μεταγεννητικής περιόδου για την ολόπλευρη ανάπτυξη του παιδιού.

Συγκεκριμένα, στο 1^ο κεφάλαιο της εργασίας θα παρουσιάσουμε τις βασικές έννοιες της θεωρίας της προσκόλλησης, τη σημασία της για την σχέση μητέρας-βρέφους και την επίδρασή της στις μετέπειτα σχέσεις του ατόμου. Στο 2^ο κεφάλαιο θα εστιάσουμε στις διαστάσεις της προγεννητικής προσκόλλησης μητέρας-εμβρύου. Σε αυτό το κεφάλαιο θα τονιστούν οι προγεννητικές αναπαραστάσεις της μητέρας καθώς είναι αυτές οι οποίες επηρεάζουν την γονεϊκή της συμπεριφορά προς το βρέφος μεταγεννητικά. Στο 3^ο κεφάλαιο, στη συνέχεια, θα αναφερθούμε στη σημασία της πρόληψης για την ψυχική υγεία των βρεφών και στα πρώιμα παρεμβατικά προγράμματα, ενώ στο 5^ο και 7^ο αναλύονται συγκεκριμένα παρεμβατικά προγράμματα. Ειδικότερα στο κεφάλαιο πέντε παρουσιάζονται προγράμματα σχετικά με την αντιμετώπιση της προγεννητικής απώλειας και στο κεφάλαιο εφτά για την

αντιμετώπιση της προγεννητικής κατάθλιψης. Στο 4^ο κεφάλαιο δίνεται έμφαση στην προγεννητική μητρική ευαισθησία και την προγεννητική απώλεια. Το 6^ο κεφάλαιο τονίζει τη σχέση προγεννητικής και περιγεννητικής προσκόλλησης με την κατάθλιψη. Τέλος στο 8^ο κεφάλαιο αναλύονται οι κλίμακες αξιολόγησης της προγεννητικής προσκόλλησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας, κρίνουμε σκόπιμο, πριν μιλήσουμε για την προγεννητική προσκόλληση, να αναφερθούμε γενικά στη θεωρία της προσκόλλησης. Θα παρουσιάσουμε τα βασικά χαρακτηριστικά της θεωρίας, πώς και από ποιούς θεμελιώθηκε, τη σημασία της προσκόλλησης για την σχέση μητέρας-παιδιού και την επίδρασή της στις μετέπειτα σχέσεις.

Είναι πάνω από τέσσερις δεκαετίες από τη σύλληψη της θεωρίας προσκόλλησης (**attachment theory, 1969**) από τον Βρετανό ψυχαναλυτή John Bowlby. Ο όρος προσκόλληση αναφέρεται στον ισχυρό συναισθηματικό δεσμό που αναπτύσσεται μεταξύ του βρέφους και της μητέρας του ή / και των άλλων ατόμων του στενού περιβάλλοντος κατά το πρώτο έτος της ζωής του. Η στενή αυτή σχέση χαρακτηρίζεται από αμοιβαία στοργή και τη μεγάλη επιθυμία των ατόμων να βρίσκονται μαζί (Δημητρίου, 2012).

Η θεωρία βασίζεται σε μία από τις πιο διαδεδομένες ιδέες που έχουν ταυτιστεί σχεδόν με την κοινωνική αναπαράσταση¹ της ψυχολογίας του 20ού αιώνα: Ότι οι εμπειρίες και οι σχέσεις που έχει το παιδί στην βρεφική και νηπιακή ηλικία επηρεάζουν σημαντικά την εξέλιξη της προσωπικότητας σε όλο το φάσμα της ζωής του, κάτι που είναι γνωστό και αποδεκτό από τη μεγαλύτερη μερίδα ψυχολόγων και ειδικών εδώ και πολύ καιρό. Με άλλα λόγια η θεωρία προσκόλλησης προωθεί μια συστημική - αναπτυξιακή προσέγγιση για τη σημασία των σχέσεων στα αρχικά στάδια της ζωής και την επίδρασή τους στη μετέπειτα ανάπτυξη του ατόμου.

Η σημαντική συνεισφορά του Bowlby ξεκίνησε με την έκθεση για τα αποτελέσματα της μητρικής στέρησης που συνέταξε για την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1951, τα αποτελέσματα της οποίας προξένησαν μεγάλο ενδιαφέρον. Σε αυτήν ανέπτυξε με στοιχεία τις επιπτώσεις της ιδρυματοποίησης στην εξέλιξη της ζωής του ατόμου. Η

1 Η έννοια της "κοινωνικής αναπαράστασης" αναφέρεται σε ιδέες/γνωστικά σχήματα που υιοθετούνται από άτομα ενός συγκεκριμένου πολιτισμικού πλαισίου ή ομάδας. Αυτά τα γνωστικά σχήματα επιδρούν στις στάσεις και συμπεριφορές του ατόμου.

έκθεση για τα αρνητικά αποτελέσματα της μητρικής στέρησης στην ανάπτυξη του ανθρώπου, επέφερε πολλές αλλαγές στην οργάνωση της παροχής φροντίδας στο βρέφος και τη μητέρα (τις πρώτες ώρες και μέρες μετά τον τοκετό και στη λειτουργία και δομή των σχετικών οργανισμών των ιδρυμάτων). Για παράδειγμα, πριν από τη δημοσίευση της έκθεσης ήταν σύνηθες να μην επιτρέπεται στη μητέρα η εκτεταμένη επαφή με το βρέφος, μέρες ίσως και εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η έκθεση υποστήριξε τη σημασία του ψυχολογικού δεσμού μητέρας και βρέφους και τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η απουσία επαφής τους. Η έκθεση αποτέλεσε την απαρχή της εμπειρικής προσέγγισης και ενασχόλησης με το θέμα των σχέσεων στην παιδική ηλικία που έμελλε να συνεχιστεί για πολλά χρόνια από τον ίδιο και τους μετέπειτα μαθητές του (Καφέτσιος, 2005).

1.1 Το σύστημα συμπεριφορών προσκόλλησης.

Η διαπίστωση που οδήγησε τον Bowlby στην αναγνώριση της σημασίας της προσκόλλησης είναι απλή όσο και σημαντική και σχετίζεται με την χωρική εγγύτητα. Παρατήρησε κάτι κοινότοπο για τους ανα τον κόσμο γονείς, αλλά παραμελημένο ως τότε από τους ειδικούς της ψυχικής υγείας: Ότι δηλαδή το βρέφος διαμαρτύρεται όταν οι γονείς απομακρύνονται ή όταν ξένα πρόσωπα βρίσκονται στο γύρω χώρο. Όταν ξεκινούσε την διάσημη πλέον τριλογία του, "Attachment and Loss", ο Bowlby έθετε βασικά ερωτήματα όπως: Γιατί η έλλειψη της μητρικής επαφής οδηγεί σε μείωση της ικανότητας δημιουργίας κοινωνικών σχέσεων; Γιατί ο συναισθηματικός δεσμός με τους φροντιστές (γονείς, παππούδες, μεγαλύτερα αδέρφια ή άλλους φροντιστές) έχει μια τέτοια επίδραση στη βρεφική ηλικία και στη μετέπειτα ανάπτυξη του ατόμου; Μέσα από την εξέταση ενός μεγάλου αριθμού πρωτογενών πηγών από την κλινική ψυχανάλυση ως τη συγκριτική ψυχολογία έβγαλε το συμπέρασμα ότι η βασική αίσθηση ενός ατόμου για ασφάλεια, αυτοεκτίμηση, αξία και ευεξία προέρχεται από την ποιότητα της σχέσης με τους φροντιστές στα πρώτα στάδια της ζωής.

Στην εξήγηση των κινήτρων που οδηγούν σε αυτές τις σχεσιακές συμπεριφορές, συμπεριφορές προσκόλλησης του βρέφους, ο Bowlby προϋπέθεσε την ύπαρξη ενός συστήματος συμπεριφορών του συστήματος προσκόλλησης (attachment behavioural

system). Υποστήριξε δηλαδή ότι το βρέφος γεννιέται με την έμφυτη ανάγκη για προσκόλληση με ένα άτομο (ή άτομα) που θα του παρέχει ασφάλεια. Αυτή η τάση, που λειτουργεί ως ένα είδος ενστίκτου, παρατηρείται σε όλα τα είδη των θηλαστικών και οδηγεί στην προσκόλληση στο άτομο ή σε άτομα που θα του εξασφαλίσουν ασφάλεια και προστασία. Απώτερος στόχος της τάσης προσκόλλησης, όπως και όλων των έμφυτων τάσεων, είναι η εξελικτική ικανότητα προσαρμογής στο περιβάλλον (evolutionary adapttness).

Σύμφωνα, λοιπόν, με την εξελικτική προσέγγιση το σύστημα προσκόλλησης αποτελεί ένα από τα κεντρικά συστήματα συμπεριφοράς που έχουν σκοπό τον πολλαπλασιασμό των πιθανοτήτων επιβίωσης στον άνθρωπο και στα θηλαστικά εν γένει. Το σύστημα συμπεριφορών προσκόλλησης λειτουργεί επανατροφοδοτικά με την έννοια ότι ενεργοποιείται και απενεργοποιείται ανάλογα με τις συνθήκες (π.χ. παρουσία ή απουσία του γονέα). Συνδέεται με ένα σύνολο μηχανισμών που ρυθμίζουν τη σχέση του οργανισμού με το περιβάλλον: γνωστικών (π.χ. αντίληψη), συγκινησιακών (π.χ. εγρήγορση) και συμπεριφορικών (π.χ. κλάμα) (Καφέτσιος, 2005).

Σύμφωνα, λοιπόν, με τον ορισμό του Bowlby για την προσκόλληση το παιδί αναζητά φροντίδα από κάποιον που ορίζεται περισσότερο ικανός, κάποιον μεγαλύτερης ηλικίας και σοφότερο. Το σύστημα συμπεριφορών προσκόλλησης αναπτύσσεται από μια γενετική προδιάθεση που αλληλεπιδρά με το περιβάλλον για να παράγει συμπεριφορές οι οποίες, σε απάντηση στο πραγματικό ή αντιληπτό άγχος ή κίνδυνο, θα συμβάλουν στην προσέγγιση και επαφή προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η σωματική και ψυχολογική προστασία και ασφάλεια. Το συμπεριφορικό σύστημα προσκόλλησης διαμορφώνεται από την γνωστική λειτουργία, την επιρροή και τις εμπειρίες αλληλεπίδρασης με τον φροντιστή. Επιπλέον, το παιδί έχει μια σειρά από αλλά συμπεριφορικά συστήματα τα οποία αλληλεπιδρούν με το σύστημα προσκόλλησης. Ένα από αυτά είναι το εξερευνητικό σύστημα, στο οποίο το παιδί χρησιμοποιεί το άτομο της σύνδεσης ως ασφαλή βάση απ' όπου μπορεί να εξερευνήσει τον κόσμο. Το σύστημα προσκόλλησης υποστηρίζει το εξερευνητικό σύστημα καθώς ένα ασφαλές προσκολλημένο/ συνδεδεμένο βρέφος μπορεί να εξερευνήσει τον κόσμο με ασφάλεια, γνωρίζοντας ότι η μορφή θα παρέχει ασφάλεια και ανακούφιση αν χρειαστεί (Walsh,

2010).

1.2 Η ευαίσθητη περίοδος του πρώτου ενάμιση χρόνου κατά την απομάκρυνση από τους γονείς

Ο Bowlby και οι συνεργάτες του μελέτησαν νήπια που αποχωρίζονται τους γονείς τους για να τοποθετηθούν σε ιδρύματα, είτε βραχυπρόθεσμα (νοσοκομεία) είτε μακροπρόθεσμα (ορφανοτροφεία). Κατά την απομάκρυνση από τους γονείς παρατηρήθηκε χαρακτηριστική διαδοχή συμπεριφορών δεσμού στα ακόλουθα στάδια: έντονη διαμαρτυρία (protest), απόγνωση (despair), άρνηση και τελικά συναισθηματική αποδέσμευση (detachment). Η θεωρία για να εξηγήσει κατά πόσο τέτοιες συμπεριφορές εξαρτώνται από το εξελικτικό στάδιο στο οποίο βρίσκεται το παιδί κάνει λόγο για τα στάδια προσκόλλησης. Το αρχικό στάδιο προσκόλλησης τοποθετείται στους πρώτους 3 μήνες και αφορά αυτό το είδος αλληλεπίδρασης της μητέρας με το βρέφος όπου συγχρονίζονται οι κινήσεις, η οπτική επαφή και ο συντονισμός του συναισθήματος. Το επόμενο στάδιο προσκόλλησης τοποθετείται στο τέλος του ένατου μήνα, όπου παρατηρείται αποφυγή ξένων ατόμων, και συμπεριφορές που υποδηλώνουν άγχος στην παρουσία ξένων. Το τελευταίο στάδιο στην εξέλιξη της προσκόλλησης βρίσκεται στο τέλος του πρώτου έτους, όταν το βρέφος συνειδητά πια επιδιώκει την παρουσία της μητέρας (Καφέτσιος, 2005).

Οι Harry και Margaret Harlow (1958) θέλησαν να εξετάσουν το περίπλοκο ψυχολογικό φαινόμενο της προσκόλλησης και ειδικότερα τις επιπτώσεις της μητρικής αποστέρησης από την οπτική της συγκριτικής ψυχολογίας. Χρησιμοποίησαν πιθήκους rhesus που έχουν κάποιες ομοιότητες με τους ανθρώπους: είναι θηλαστικά, τα βρέφη τους γεννιούνται σε κατάσταση που απαιτεί εντατική μητρική φροντίδα και διαθέτουν πολύπλοκα νοητικά και συναισθηματικά συστήματα (Δημητρίου, 2012).

Έτσι, σε έναν αριθμό μελετών σε βρέφη πιθήκων rhesus (αμφιβόλου δεοντολογίας πρέπει να σημειωθεί), νεογέννητα πιθηκάκια πέρασαν διαφορετικά χρονικά διαστήματα (έως έξι μήνες) σε απομόνωση. Μετά το διάστημα της απομόνωσης τα μικρά ενώθηκαν ξανά με την υπόλοιπη κοινωνική ομάδα και οι ερευνητές παρατήρησαν τη συμπεριφορά τους σε σχέση με συνομηλίκους που μεγάλωσαν κανονικά μαζί με τη μητέρα τους. Τα πιθηκάκια που μεγάλωσαν σε απομόνωση

παρουσίασαν αφύσικη κοινωνική και σεξουαλική συμπεριφορά. Ανεξάρτητα από το φύλο, παρουσίασαν έλλειψη κοινωνικότητας, φοβικές συμπεριφορές στα θηλυκά και επιθετικότητα στα αρσενικά. Στη σεξουαλική τους συμπεριφορά προς τα θηλυκά (που είχαν ανατραφεί κανονικά), τα αρσενικά ήταν φοβικά και αδέξια (Καφέτσιος, 2005). Όταν ενηλικιώθηκαν, στην περίπτωση κατά την οποία αποκτούσαν παιδιά γίνονταν εξαιρετικά κακές μητέρες και αγνοούσαν, απέρριπταν ή ακόμη κακοποιούσαν βάνανυσα τα μικρά τους. Το γεγονός δηλαδή ότι οι ίδιες είχαν βιώσει τη μητρική στέρηση αντικατοπτριζόταν άμεσα στη συμπεριφορά τους απέναντι στα δικά τους παιδιά. Πολλοί ψυχολόγοι πιστεύουν ότι κάτι παρόμοιο συμβαίνει και με τους ανθρώπους – οι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους είχαν συνήθως οι ίδιοι εμπειρίες κακοποίησης και απόρριψης στην παιδική τους ηλικία (Δημητρίου, 2012).

Μία άλλη πλευρά των ερευνών των Harlow και Harlow κατέδειξε τη σημασία του ρόλου της μητέρας στα πρώτα χρόνια της ζωής ως μορφή που παρέχει θαλπωρή και ζεστασιά στο βρέφος μέσω της απτικής επαφής. Κατασκεύασαν, λοιπόν, δύο διαφορετικά ομοιώματα μητέρων-πιθήκων. Τα ομοιώματα αυτά διέφεραν ως προς το εξωτερικό περίβλημα, καθώς το ένα ήταν φτιαγμένο από γυμνό σύρμα, ενώ το άλλο ήταν καλυμμένο από χοντρό βαμβακερό ύφασμα (το ένα έδινε κατά κάποιον τρόπο ζεστασιά και θαλπωρή, ενώ το άλλο όχι). Και στα δύο ομοιώματα υπήρχαν προσαρμοσμένα μπιμπερό τροφοδοσίας (άρα και οι δύο <<μητέρες>> μπορούσαν να ικανοποιήσουν βασικές βιολογικές ανάγκες, π.χ. πείνα). Όταν το πιθηκάκι είχε ελεύθερη επιλογή ανάμεσα στις δύο <<μητέρες>>, περνούσε τον περισσότερο χρόνο του πάνω στην <<πάνινη>> - επενδυμένη- μητέρα. Όταν η τροφοδοσία γινόταν μόνο από την <<συρμάτινη>> μητέρα, το πιθηκάκι πήγαινε σ' αυτήν μόνο όταν πεινούσε και επέστρεφε γρήγορα πίσω στην <<πάνινη>> μητέρα. Αν μπορούσαν να φτάσουν στο μπιμπερό του συρμάτινου ομοιώματος χωρίς να μετακινηθούν από την <<πάνινη>> μητέρα, τότε προσπαθούσαν να τεντωθούν μέχρι εκεί απλώς για να πάρουν την τροφή τους. Επίσης, όταν το πιθηκάκι βρισκόταν σε ένα καινούριο περιβάλλον με αντικείμενα που του προκαλούσαν φόβο και άγχος, έτρεχε αυθόρμητα φοβισμένο και σκαρφάλωνε πάνω στην <<πάνινη>> μητέρα και λίγο αργότερα άρχιζε πάλι να εξερευνά. Σε αυτή την περίπτωση αν υπήρχε μόνο η <<συρμάτινη>> μητέρα,

την αγνοούσαν εντελώς και κρύβονταν μόνα τους σε μια γωνιά του δωματίου.

Από τις παρατηρήσεις αυτές φάνηκε ότι τον πρώτο λόγο στη δημιουργία της σχέσης μητέρας-βρέφους δεν διαδραματίζει τόσο η ικανοποίηση των βιολογικών αναγκών, όσο η απτική ανακούφιση, το αίσθημα ζεστασιάς και θαλπωρής που αντλούσαν τα πιθηκάκια από το <<πάνινο>> παρά από το <<συρμάτινο>> ομοίωμα μητέρας. Οι μελετητές εξήγησαν τα αποτελέσματα των πειραμάτων ως απόδειξη ότι το ένστικτο της τροφής δεν αποτελεί το πιο σημαντικό σύστημα για τα θηλαστικά. Παρόλο που πρέπει να λαμβάνονται τα πορίσματα των ερευνών με ζώα με επιφυλάξεις, οι έρευνες των Harlow δείχνουν ότι η σωματική εγγύτητα (contact comfort) ίσως να αποτελεί πρωταρχική βασική ανάγκη κατά την βρεφική ηλικία, ανεξάρτητη από τις βιολογικές ανάγκες. Δείχνουν, επίσης, ότι η στέρηση της φυσικής εγγύτητας και της απτικής επαφής μπορεί να έχει βαρυσήμαντες αρνητικές συνέπειες στην περαιτέρω κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του ανθρώπου (Δημητρίου, 2012).

Περίπου την ίδια χρονική περίοδο που οι Harlow και οι συνεργάτες τους διεξήγαν τα πειράματα τους στις Ηνωμένες Πολιτείες, στον ευρωπαϊκό χώρο ένα νέο θεωρητικό κίνημα βρισκόταν σε εξέλιξη. Με πρωτεργάτες τους Konrad Lorenz και Nikko Tinbergen έμπαιναν οι θεμέλιοι λίθοι της ηθολογίας, της μελέτης των διαστάσεων της συμπεριφοράς που οι ρίζες τους βρίσκονται στο εξελικτικό και βιολογικό υπόβαθρο. Οι επιστήμονες αυτοί υποστήριζαν ότι κάθε είδος γεννιέται με κάποιους προκαθορισμένους και σταθερούς τρόπους δράσης, οι οποίοι τίθενται σε λειτουργία όταν βρεθούν κάτω από τις κατάλληλες περιβαλλοντικές συνθήκες. Οι αρχικές τους θεωρητικές εισηγήσεις βασίζονταν στο φαινόμενο της αποτύπωσης (imprinting). Οι επιστήμονες παρατήρησαν ότι είδη πτηνών (πάπιες, χήνες, κοτόπουλα κ.α.) περπατούν αμέσως μετά την εκκόλαψή τους και ακολουθούν το πρώτο κινούμενο ζώο που θα βρεθεί μπροστά του και κατά κάποιο τρόπο προσκολλάται σε αυτό. Συνήθως το πρώτο κινούμενο ζώο που βλέπουν είναι και η βιολογική μητέρα. Ασφαλώς οι ερευνητές αναγνωρίζουν τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στα ζώα και τους ανθρώπους. Επειδή τα βρέφη δεν είναι ικανά κατά τη γέννηση να ακολουθήσουν τη μητέρα τους, όπως συμβαίνει με τα παπάκια ή τα χηνάκια, υπάρχει κάποια άλλη διαδικασία που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της προσκόλλησης στον άνθρωπο. Οι

ερευνητές υποστηρίζουν, δηλαδή, ότι είναι βιολογικά εξοπλισμένα με ένα μηχανισμό που τα βοηθάει να μάθουν να αναγνωρίζουν τη μητέρα τους σε ελάχιστο χρονικό διάστημα και να συνδέονται με αυτήν με ένα ισχυρό δεσμό (Δημήτριου, 2012).

Η έννοια της αποτύπωσης έπαιξε κύριο ρόλο στη σκέψη του Bowlby για την κατανόηση των αρχών της εξελικτικής επιστήμης και των συμπεριφορικών συστημάτων. Η έννοια της αποτύπωσης αναφέρεται σε ένα σύνολο διαδικασιών με τις οποίες οι προτιμήσεις διαφόρων ειδών καθορίζονται από τις εμπειρίες. Η μάθηση αποτελεί πρωταρχικό στοιχείο αυτών των διαδικασιών και η ικανότητα για μάθηση σε συγκεκριμένες "εύπλαστες" (sensitive) περιόδους είναι γενικά προκαθορισμένη. Για παράδειγμα, σε πολλά είδη θηλαστικών τα νεογνήνητα έχουν την έμφυτη ικανότητα να αναγνωρίσουν τις γονικές μορφές (μητέρα, πατέρα) και να τους ακολουθούν όπου και αν βρίσκονται. Μία από τις πιο σημαντικές επιπτώσεις των συμπεριφορών αποτύπωσης είναι ότι ο νέος οργανισμός αποφεύγει ξένους, πιθανώς εχθρικούς, οργανισμούς. Ο νεογνήνητος οργανισμός "προκαταλαμβάνεται" προς τα που θα στραφεί σε περίπτωση κινδύνου και τι ερεθίσματα να αποφύγει.

Τα παραπάνω στοιχεία από έρευνες και παρατηρήσεις οδήγησαν στην υπόθεση της μητρικής αποστέρησης (maternal deprivation), ότι δηλαδή η έλλειψη της μητέρας στην αρχή της ζωής έχει ανεπανόρθωτα αποτελέσματα για την ψυχική εξέλιξη του ατόμου (Καφέτσιος, 2005).

1.3 Η σημασία της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης

Η θεωρία του Bowlby για την προσκόλληση εστιάζεται στη διαπροσωπική αλληλεπίδραση και στην επίδραση των διαφόρων εκφάνσεων αλληλεπίδρασης στην κοινωνική και συναισθηματική εξέλιξη του ατόμου. Μία βασική θεωρία της προσκόλλησης είναι ότι οι σχέσεις βασίζονται σε μια σειρά συμπεριφορών, πολλές φορές επαναλαμβανομένων, στα πλαίσια της αλληλεπίδρασης με "σημαντικά πρόσωπα" (important other). Με την λέξη "αλληλεπίδραση" εννοείται μία σειρά από συναλλαγές μεταξύ της μητέρας και του βρέφους. Τα μέλη της δυάδας αυτής αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν το ένα το άλλο με έναν κυκλικό τρόπο. Ήδη από την αρχή του δεύτερου μήνα τα παιδιά χρησιμοποιούν οπτική επαφή για την έναρξη και τη

ρύθμιση της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης. Προτιμούν γονείς που κινούνται και μιλούν από γονείς που δεν αναγνωρίζουν την παρουσία τους. Δείχνουν καθαρή προτίμηση στην ανθρώπινη φωνή από άλλον τύπο ήχου. Στρέφουν την προσοχή τους σε πρόσωπα και εκφράσεις προσώπου και όχι σε άλλα συμμετρικά σχήματα (Τσιάντης & Δραγώνα, 2000).

Ακόμη, έχει επισημανθεί η έννοια του "συναισθηματικού ή συγκινησιακού συντονισμού" (affect attunement), κατά την οποία μητέρα και βρέφος προσφέρουν ερεθίσματα ο ένας στον άλλο για τη βέλτιστη ρύθμιση του επιπέδου διέγερσης. Στη διάρκεια αυτών των μη λεκτικών διαπροσωπικών επαφών η μητέρα και το βρέφος συντονίζονται "ψυχοβιολογικά" (Καφέτσιος, 2005).

Έχει επίσης προταθεί ότι η περιγραφή της αμοιβαίας αλληλεπίδρασης πρέπει να συμπεριλαμβάνει όχι μόνο τι κάνουν τα μέλη της δυάδας αλλά με ποιό τρόπο το κάνουν. Στις ανθρώπινες σχέσεις έχει μεγαλύτερη σημασία η ποιοτική διάσταση, δηλαδή όχι μόνο αν γίνεται κάτι, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο γίνεται. Στην αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους έχει μεγάλη σημασία και ο τρόπος με τον οποίο το βρέφος φροντίζεται. Για παράδειγμα, μία μητέρα θηλάζει το βρέφος της ενώ παράλληλα είναι αφοσιωμένη σε αυτό, το χαίρεται, το κοιτάζει, του ψιθυρίζει λόγια τρυφερά. Αντίθετα, μια άλλη το θηλάζει ενώ παράλληλα βλέπει τηλεόραση ή μιλάει στο τηλέφωνο. Στην δεύτερη περίπτωση η ποιότητα της αλληλεπίδρασης είναι υποδεέστερη και δεν καλύπτονται οι συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού (Τσιάντης & Δραγώνα, 2000).

1.4 Ατομικές διαφορές στην προσκόλληση - η μέθοδος του ξένου

Ακολουθώντας πολύ κοντά τη σκέψη του Bowlby η μαθήτρια του Mary Salter Ainsworth μελέτησε συστηματικές διαφορές στον τρόπο με τον οποίο το σύστημα της προσκόλλησης παίρνει μορφή από την ποιότητα της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης με το γονέα και διαμορφώνεται στη βάση ατομικών διαφορών. Η έρευνα της εστιάστηκε στις συμπεριφορές της μητέρας και του βρέφους. Στη βάση επαναλαμβανόμενων αλληλεπιδράσεων με το γονέα, διαμορφώνονται οι ατομικές διαφορές στο σύστημα της προσκόλλησης του βρέφους. Η συχνότητα, αλλά κυρίως η

ποιότητα της αντίδρασης της μητέρας στις συμπεριφορές του μικρού παιδιού είναι αυτή που καθορίζει τη μορφή της προσκόλλησης με κάποιο βαθμό προβλεψιμότητας.

Οι μαθητές του Bowlby, με πρωτοστάτη την Ainsworth, έφεραν σε πέρας με επιτυχία το δύσκολο έργο της εμπειρικής τεκμηρίωσης αυτών των ιδεών. Η **μέθοδος του ξένου (Strange situation)** εισήγαγε τη θεωρία σε μια νέα εποχή, καθώς επέτρεψε τη μέτρηση των ατομικών διαφορών στην προσκόλληση. Με βάση τη παρατήρηση των συμπεριφορών του βρέφους, η Ainsworth και οι συνεργάτες της κατάφεραν να ποσοτικοποιήσουν τους τύπους οργάνωσης προσκόλλησης που απορρέουν από διαφορές στην ποιότητα της σχέσης του γονέα και του μικρού παιδιού. Η ημιπειραματική αυτή μέθοδος που εφάρμοσαν στηρίζεται στην παρατήρηση των συμπεριφορών του παιδιού (γύρω στους 18 μήνες) απέναντι στη μητέρα όταν διεγείρεται το σύστημα προσκόλλησης. Η δοκιμασία του ξένου (πίνακας 1) αποτελείται από **επτά επεισόδια**, κατά τα οποία η μητέρα εγκαταλείπει επανειλημμένα το παιδί σε ένα δωμάτιο με παιχνίδια. Στο έκτο επεισόδιο, ένα άγνωστο άτομο εισέρχεται στο δωμάτιο, ενώ ο γονέας εγκαταλείπει το παιδί για ακόμη μία φορά μόνο του. Τόσο οι επαναλαμβανόμενοι αποχωρισμοί από τη μητέρα όσο και η παρουσία του ξένου διεγείρουν το σύστημα προσκόλλησης και προκαλούν συναισθήματα άγχους (Καφέτσιος, 2005).

Πίνακας 1: Η δοκιμασία του ξένου

		Επτά επεισόδια
1	30 δευτερόλεπτα	Η μητέρα και το βρέφος στο δωμάτιο, το βρέφος εξερευνά το δωμάτιο για 3 λεπτά.
2	3 λεπτά	Ο ξένος εισέρχεται στο δωμάτιο για 1 λεπτό, συζητά με τη μητέρα για 1 λεπτό και κάθεται στο έδαφος για να παίξει με το βρέφος για 1 λεπτό.
3	3 λεπτά	Η μητέρα εγκαταλείπει το παιδί μόνο του στο δωμάτιο, ο ξένος παίζει μαζί του και αποσύρεται για 3 λεπτά.
4	3 λεπτά	Η μητέρα επιστρέφει στο δωμάτιο, ο ξένος φεύγει διακριτικά, η μητέρα ηρεμεί το βρέφος και κάθεται κάτω για 3 λεπτά.
5	3 λεπτά	Η μητέρα φεύγει από το δωμάτιο και το παιδί είναι μόνο του για 3 λεπτά.

6	3 λεπτά	Ο ξένος επιστρέφει και αποπειράται να ηρεμήσει το βρέφος και μετά αποσύρεται για 3 λεπτά.
7	3 λεπτά	Η μητέρα επιστρέφει, ο ξένος φεύγει διακριτικά, η μητέρα ηρεμεί το βρέφος και κάθεται κάτω (εδώ τελειώνει η δοκιμασία ύστερα από περίπου 20 λεπτά).

Το πιο σημαντικό μέρος της όλης δοκιμασίας είναι το έβδομο και τελικό επεισόδιο, όταν ο γονέας μπαίνει ξανά στο δωμάτιο. Εκεί παρατηρούνται τρεις ευδιάκριτοι τύποι συμπεριφοράς του βρέφους απέναντι στο γονέα που αντιστοιχούν στις τρεις μορφές προσκόλλησης (attachment patterns): **A/ Άγχους-αποφυγής, B/Ασφαλής, Γ/Άγχους-αμφιθυμικού/εμμονής**. Αυτό που είναι ενδιαφέρον στη μέθοδο του ξένου είναι ότι με την επακριβή παρατήρηση της συμπεριφοράς του βρέφους σε κατάσταση άγχους φανερώνεται η ποιότητα της σχέσης με τους γονείς ως απόρροια του ιστορικού αλληλεπίδρασης (Καφέτσιος, 2005).

Σε περίληψη, το λεπτομερές σύστημα παρατήρησης των συμπεριφορών του μικρού παιδιού που ανέπτυξε η Ainsworth έχει ως εξής: Παιδιά που κατηγοριοποιούνται ως B/ασφαλή, παρουσιάζουν το άγχος τους κλαίγοντας και όταν επιστρέφει ο γονέας τον χρησιμοποιούν ως ασφαλή βάση (secure base) για να ανακουφιστούν. Αυτός ο τύπος προσκόλλησης χαρακτηρίζεται από καλή επικοινωνία μεταξύ του παιδιού και του γονέα, όπου το παιδί εκφράζει τα αρνητικά συναισθήματα. Παιδιά που κατηγοριοποιούνται ως A/άγχους-αποφυγής, παρουσιάζουν συμπεριφορές συναισθηματικής, αλλά και φυσικής απομάκρυνσης από τους γονείς. Στη μέθοδο του ξένου παρατηρείται αδιαφορία κατά την επιστροφή του γονέα στο δωμάτιο και αποκλειστική εστίαση στο παιχνίδι. Συναισθηματικά δείχνουν να μην συναισθάνονται άγχος, γεγονός που ερμηνεύεται ως αποκοπή των συναισθηματικών πλευρών της προσκόλλησης. Τέλος, ο τύπος Γ/άγχους-αμφιθυμικού/εμμονής συσχετίζεται με αμφιθυμικές συμπεριφορές που συνοδεύονται από παρατεταμένη διαμαρτυρία και έκφραση θυμού. Στη μέθοδο του ξένου το νήπιο δείχνει να θέλει να προσεγγίσει το γονέα, αλλά την ίδια στιγμή τον αποφεύγει.

Πιο πρόσφατα, σε περαιτέρω αναλύσεις των αρχικών μαγνητοταινιών από τη δοκιμασία του ξένου έχει εντοπιστεί και ένας τέταρτος τύπος. Αυτός ο τέταρτος τύπος

που ονομάστηκε Δ/αποδιοργάνωσης, παρουσιάζεται σε παιδιά με γονείς που είναι μπερδεμένοι συναισθηματικά και συνήθως έχουν προσωπική ιστορία τραύματος, εγκατάλειψης ή θανάτου του γονέα σε μικρή ηλικία. Έχει υποστηριχθεί ότι ο τέταρτος αυτός τύπος προσκόλλησης συσχετίζεται με προσωπικό ιστορικό κακοποίησης, απόρριψης και έλλειψης φροντίδας από το γονέα.

Η εγκυρότητα της δοκιμασίας του ξένου ως σταθμισμένης μεθόδου προέρχεται κυρίως από τη σύγκρισή της με συμπεριφορές στο σπίτι και αλλού σε μία μακροχρόνια έρευνα (14-16 παρατηρήσεις στο φυσικό περιβάλλον με τους γονείς). Γενικά οι τύποι προσκόλλησης συσχετίζονται με τη συναισθηματική ευαισθησία του γονέα, φροντίδα και κατάλληλη ανταπόκριση όταν το παιδί χρειάζεται φροντίδα (Καφέτσιος, 2005).

1.5 Η μητρική ευαισθησία

Όπως γίνεται αντιληπτό από το προηγούμενο μέρος, ο τρόπος επίδρασης του συναισθήματος στην αλληλεπίδραση μητέρας και βρέφους παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση ατομικών διαφορών στον τύπο της προσκόλλησης. Η υπόθεση της μητρικής ευαισθησίας (maternal sensitivity hypothesis) που προτάθηκε αρχικά από την Ainsworth αφορά στον τρόπο με τον οποίο η μητέρα ρυθμίζει κατάλληλα τα αρνητικά συναισθήματα που δημιουργούνται στη βάση εμπειριών από τις παιδικές μνήμες-γονικές σχέσεις της ίδιας της μητέρας. Συγκεκριμένα, η μητρική ευαισθησία αφορά την ικανότητα της μητέρας να αντιληφθεί, να ερμηνεύσει και να αντιδράσει κατάλληλα στα σήματα του βρέφους (π.χ κλάμα).

Η συναισθηματικά ευαίσθητη μητέρα είναι κατάλληλα συντονισμένη στα ανεπαίσθητα μηνύματα του παιδιού και δεν στρεβλώνει τα μη λεκτικά μηνύματα του βρέφους με βάση τις δικές της ανάγκες και "προβολές". Γονείς με ασφαλή σχήματα προσκόλλησης είναι σε θέση να επεξεργάζονται συναισθηματικού τύπου πληροφορίες ελεύθερα και ως εκ τούτου να εμπλέκονται σε ανοιχτού τύπου επικοινωνία με το νήπιο. Τα ανασφαλή σχήματα προσκόλλησης μπορεί να οδηγήσουν στη μη συνειδητοποίηση της συναισθηματικής πληροφορίας, είτε με την αποστροφή της προσοχής από την πηγή της πληροφορίας (π.χ. συναισθηματική έκφραση του παιδιού) είτε με συναισθηματικά "στεγνές" συμπεριφορές.

Ο τρόπος με τον οποίο ο συναισθηματικά ευαίσθητος γονέας κατανοεί συμπεριφορές του νηπίου έχει σχέση και με τις ίδιες τις μη λεκτικές συμπεριφορές. Για παράδειγμα, το κλάμα είναι ένα από τα πιο συχνά "σήματα" που πρέπει να ερμηνεύσουν σωστά οι γονείς, καθώς έχει διαχωριστεί σε τρία είδη. Το βασικό κλάμα συνδέεται με το αίσθημα πείνας, και αποτελείται από τρία μέρη: κανονικό, δυνατό κλάμα, σιγή και συριστική αναπνοή. Έχει παρατηρηθεί να εκδηλώνεται τόσο πρώιμα όσο μισή ώρα μετά τη γέννα. Το κλάμα θυμού αποτελείται από συντομότερες παύσεις, εξαιτίας της συσσώρευσης ποσότητας αέρα. Τέλος, το κλάμα πόνου είναι δυνατό κλάμα. Γονείς που είναι συναισθηματικά ευαίσθητοι καταλαβαίνουν πιο συχνά την ακριβή σημασία του κλάματος του παιδιού και έτσι είναι σε θέση να κοινωνικοποιήσουν καλύτερα το παιδί με βάση το συναίσθημά τους.

Σχετικά με τη λειτουργία του συναισθήματος στην αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού έχει καταγραφεί ότι σε ζεύγη γονέων-παιδιών που είχαν κατηγοριοποιηθεί ως ασφαλή, ο γονέας δεν αποπειράται να διακόψει το παιδί, ενώ αυτό έχει καλή διάθεση και ανταποκρίνεται γρήγορα και με κατανόηση. Αντίθετα, σε ανασφαλή ζεύγη ο γονέας εκφράζει ενδιαφέρον όταν το παιδί είναι χαρούμενο, αλλά αποσύρεται και αδιαφορεί όταν η διάθεση του παιδιού είναι άσχημη (Καφέτσιος, 2005).

1.6 Τα Ενεργά Μοντέλα Δεσμού

Τα ενεργά μοντέλα δεσμού (Attachment Working Models) αναφέρονται σε μνήμες, προσδοκίες και συναισθήματα άμεσα συνδεδεμένα με σημαντικές διαπροσωπικές σχέσεις, που είναι συνήθως σχέσεις προσκόλλησης. Ο Bowlby πρότεινε μια αναπαραστατική δομή που εμπλέκει άμεσα τον εαυτό και τον άλλον. Με βάση τον ορισμό του Bowlby το 1973: " Τα ΕΜΔ βασίζονται σε δύο μεταβλητές: α) Αν και κατά πόσο το άτομο πιστεύει ότι η μορφή προσκόλλησης/ το σημαίνον πρόσωπο είναι ο τύπος του ανθρώπου που γενικά ανταποκρίνεται σε εκκλήσεις για υποστήριξη και βοήθεια και β) αν και κατά πόσο, πιστεύει ότι ο ίδιος είναι σε θέση να ανταποκριθεί σε εκκλήσεις για υποστήριξη και βοήθεια".

Τα ΕΜΔ προϋποθέτουν δυναμικές διεργασίες, όπου πληροφορίες από το περιβάλλον και τον οργανισμό, σχετικές με τις εμπειρίες προσκόλλησης, επιλέγονται,

επεξεργάζονται και αναπαρίστανται στη μνήμη. Επιπλέον, είναι "δυναμικά" γιατί συμπεριλαμβάνουν συνθέτες, ενιαίες αναπαραστάσεις για τον εαυτό, τους άλλους και τις σχέσεις, που συνδέονται με κεντρικές συναισθηματικές διεργασίες, όπως τη ρύθμιση του συναισθήματος.

Η σημασία των ενεργών σχημάτων δεσμού αναδείχτηκε μέσα από μία εργασία στην οποία εξετάστηκε ο αναπαραστατικός κόσμος παιδιών ηλικίας έξι ετών, καθώς υπήρχαν πληροφορίες για τον τύπο προσκόλλησης των παιδιών αυτών όταν ήταν μικρότερα (στα δύο τους χρόνια συμμετείχαν στη δοκιμασία του ξένου). Το δείγμα τους αποτελείτο από 40 γονείς και το παιδί τους, ηλικίας έξι ετών. Κατά την άφιξη στο εργαστήριο όλη η οικογένεια φωτογραφήθηκε και παρακολούθησαν μια ταινία μικρού μήκους για ένα παιδί δύο ετών που αποχωρίζεται τους γονείς του. Στη συνέχεια του πειράματος οι γονείς αποχώρησαν από το δωμάτιο για να πάρουν μέρος στη Συνέντευξη Δεσμού Ενηλίκων² (Adult Attachment Interview). Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης με τους γονείς έδειξαν στο παιδί φωτογραφία της οικογένειας και του ζήτησαν να εκφράσει τα συναισθήματά του. Επίσης το ρώτησαν πώς νιώθει όταν αποχωρίζεται τους γονείς του και μελέτησαν τις αντιδράσεις του σε ένα τεστ άγχους αποχωρισμού (φωτογραφίες παιδιών που αποχωρίζονται τους γονείς) (Καφέτσιος, 2005).

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι τα ενεργά μοντέλα δεσμού στην ηλικία των έξι ετών σχετίζονται με την ποιότητα της προσκόλλησης στη βρεφική ηλικία. Επίσης βρέθηκε ότι τα ενεργά μοντέλα δεσμού οργανώνουν συνειδητά ή ασυνειδητά γνωστικά και συναισθηματικά σχήματα σχετικά με τις σχέσεις προσκόλλησης. Για παράδειγμα, κατά την επάνοδο των γονιών στο εργαστήριο όπου το παιδί είχε μείνει μόνο, παιδιά με τύπο προσκόλλησης αποφυγής (όπως είχαν κατηγοριοποιηθεί τέσσερα χρόνια πριν) εμφάνισαν την τάση να μην δείχνουν ότι προσέχουν τους γονείς. Παιδιά με τύπο προσκόλλησης εμμονής είχαν την τάση να

² Η Συνέντευξη Δεσμού των Ενηλίκων είναι ένα ερευνητικό εργαλείο, το οποίο προσφέρει τη δυνατότητα ταξινόμησης των ενηλίκων εσωτερικευμένων αναπαραστάσεων για τις πρώιμες εμπειρίες. Η ταξινόμηση προκύπτει με βάση τις αναμνήσεις των πρώιμων εμπειριών του ερωτώμενου, τη συνοχή με την οποία τις οργανώνει λεκτικά, καθώς και τα συναισθήματα, τις σκέψεις, αλλά και τις άμυνες οι οποίες συνοδεύουν αυτές τις αναμνήσεις.

ελέγχουν τη συμπεριφορά του ενός ή του άλλου γονέα με τη δημιουργία ενόχων στους γονείς ή με αγχώδη συμπεριφορά υπερβολικής προσκόλλησης.

Στο τεστ άγχους αποχωρισμού τα Ασφαλή παιδιά αναγνώριζαν συναισθήματα μοναξιάς, θλίψης και φόβου λεκτικά, όταν ο πειραματιστής τούς περιέγραφε εικόνες αποχωρισμού. Αντίθετα, παιδιά που είχαν κατηγοριοποιηθεί με Ανασφαλή τύπο δεσμού όταν ήταν 18 μηνών, απέφευγαν να συζητήσουν τα συναισθήματά τους για τις εικόνες αποχωρισμού και γενικά δεν έδειχναν άνεση στην έκφραση των συναισθημάτων τους. Ένα, λοιπόν, από τα ευρήματα της έρευνας ήταν ότι ο τύπος προσκόλλησης με τη μητέρα στην ηλικία των 18 μηνών συσχετιζόταν σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο με την ανοιχτή έκφραση των συναισθημάτων στην ηλικία των έξι ετών (Καφέτσιος, 2005).

Σε μετέπειτα έρευνες, το ενδιαφέρον στράφηκε στην πιθανότητα της μεταβίβασης του τύπου προσκόλλησης από τη μία γενιά στην άλλη. Συγκεκριμένα, σε μελέτη στις αρχές της δεκαετίας του 1990, ο τύπος προσκόλλησης 100 εγκύων γυναικών μεσοαστικής τάξης στο Λονδίνο αξιολογήθηκε με τη μέθοδο της AAI-(Adult Attachment Interview). Έπειτα από δύο χρόνια περίπου, ο τύπος προσκόλλησης των βρεφών τους (γύρω στους 18 μήνες) αξιολογήθηκε με τη μέθοδο του ξένου. Η αντιστοιχία των τύπων προσκόλλησης της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη με τον τύπο προσκόλλησης του παιδιού στη δοκιμασία του ξένου ήταν της τάξης του 85%. Με βάση αυτά τα αποτελέσματα οι συγγραφείς συζήτησαν την επίπτωση που έχουν οι αναπαραστάσεις των γονέων στη συμπεριφορά τους προς τα βρέφη και την πιθανότητα ανασφαλή σχήματα προσκόλλησης να μεταβιβάζονται από τη μία γενιά στην άλλη αν δε μεσολαβούν εμπειρίες που μπορούν να οδηγήσουν στην αλλαγή.

Περίληπτικά, τα ΕΜΔ αναφέρονται σε γενικευμένες αναπαραστάσεις και συναισθήματα που προσδιορίζουν πόσο προσιτός είναι ο γονέας και αν το σύστημα βρίσκεται σε κατάσταση "αίσθησης ασφαλείας" (felt security). Οι αναπαραστάσεις αυτές βασίζονται στην ιστορία αλληλεπίδρασης του συστήματος προσκόλλησης του βρέφους με συμπεριφορές του γονέα που πηγάζουν από προσωπικές αναπαραστάσεις προσκόλλησης. Για παράδειγμα, αν ο γονέας /τροφός είναι ο ίδιος ασφαλής και έχει καλή πρόσβαση σε μνήμες και συναισθήματα προσκόλλησης, αντιλαμβάνεται σωστά

τις συμπεριφορές του βρέφους και απαντά σε αυτές με ανάλογη φροντίδα. Τότε και το παιδί αναπτύσσει αντίστοιχα ένα ασφαλές ΕΜΔ για τον εαυτό του και τους άλλους. Τα ΕΜΔ λοιπόν, στηρίζονται σε επαναλαμβανόμενα σχήματα διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων στα πλαίσια των οποίων το παιδί μαθαίνει να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τους άλλους και να ελέγχει ανάλογα τα συναισθήματά του. Τα ΕΜΔ είναι σχετικά σταθερές δομές και επηρεάζουν τις σχέσεις πέρα από τη βρεφική ηλικία σε όλο το φάσμα της ζωής (Καφέτσιος, 2005).

1.7 Η επίδραση της προσκόλλησης στις μετέπειτα σχέσεις

Η σημασία των πρωταρχικών σχέσεων στη βρεφική και παιδική ηλικία και οι επιδράσεις τους στις σχέσεις που διαμορφώνει το άτομο σε μετέπειτα στάδια της εξέλιξης του αναγνωρίστηκε από πολύ νωρίς από τους θεωρητικούς της ψυχανάλυσης (π.χ Freud, Erikson). Ο Bowlby πρότεινε την αξιολόγηση των τύπων προσκόλλησης σε κάθε φάση του κύκλου ανάπτυξης του ατόμου. Είχε την πεποίθηση ότι η προσκόλληση διαμορφώνει την εξέλιξη της προσωπικότητας και την κοινωνική ταυτότητα του ατόμου. Όπως προκύπτει από την βιβλιογραφική ανασκόπηση οι τύποι προσκόλλησης των νηπίων επιδρούν στις ψυχολογικές λειτουργίες σε μετέπειτα στάδια της παιδικής ηλικίας και στην ενηλικίωση. Σε αυτό το μέρος του κεφαλαίου θα αναφερθούν ορισμένα σημαντικά ευρήματα για τις επιδράσεις των τύπων προσκόλλησης στην ύστερη παιδική ηλικία (Καφέτσιος, 2005).

Παιδιά που κατηγοριοποιήθηκαν ως ασφαλή όταν ήταν βρέφη (με βάση τη μέθοδο του ξένου) βρέθηκαν να διαφέρουν σημαντικά από αντίστοιχα ανασφαλής παιδιά (τύπου αποφυγής και τύπου εμμονής) ως προς διαπροσωπικές (interpersonal) και ενδοατομικές (intrapersonal) ψυχολογικές λειτουργίες. Σε μελέτες παρατήρησης στο εργαστήριο τα παιδιά αυτά έχουν δείξει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση κατά την επίλυση προβλημάτων και πιο αποτελεσματική συμμετοχική συμπεριφορά με τις μητέρες τους στην ηλικία των δύο ετών. Επίσης, παιδιά ηλικίας δυόμισι ετών διαπιστώθηκε ότι παίζουν το ρόλο του αρχηγού της ομάδας συνομηλίκων περισσότερο από ο,τι ανασφαλής παιδιά. Στην ηλικία των τριών χρόνων οι συνομήλικοι είναι πιο θετικοί στην έκφραση των συναισθημάτων τους απέναντι σε ασφαλή παιδιά. Οι ίδιοι συνομήλικοι

τείνουν να είναι πιο επιθετικοί σε παιδιά με τύπο προσκόλλησης εμμονής και αρνητικοί απέναντι σε παιδιά με τύπο αποφυγής. Στην ηλικία των τεσσάρων ή πέντε ετών, ανασφαλή παιδιά εμφανίζουν συμπεριφορικά προβλήματα, όπως υπερδιέγερση, κοινωνική απομόνωση και διαταραχές της προσοχής

Η αναπτυξιακή έρευνα έχει αποκαλύψει τη στενή σύνδεση ανάμεσα στην οργάνωση δεσμού και το θετικό και αρνητικό συναίσθημα. Τα ασφαλή παιδιά εκδηλώνουν μεγαλύτερο ενθουσιασμό, θετικό συναίσθημα και επιμονή σε προβληματικές καταστάσεις. Οι θεωρητικοί της προσκόλλησης προτείνουν ότι συναισθηματικού τύπου στρατηγικές που "μαθαίνονται" στο πλαίσιο της αλληλεπίδρασης με τους γονείς μεταφέρονται αργότερα και στις σχέσεις με τους συνομηλίκους και τους φίλους.

Πιο πρόσφατες έρευνες καταδεικνύουν την επίδραση της προσκόλλησης στις σχέσεις στην εφηβεία. Δέκα χρόνια μετά την παρατήρηση των βρεφών με τη μέθοδο του ξένου (στους 12 και 18 μήνες) οι μελετητές ζήτησαν σε 47 από αυτά τα παιδιά να συμμετάσχουν σε μια κατασκήνωση. Με αυτόν τον τρόπο δόθηκε η δυνατότητα στους ερευνητές να παρατηρήσουν και να καταγράψουν τη συμπεριφορά των παιδιών. Τα αποτελέσματα της έρευνας υποστήριξαν τις υποθέσεις για το γεγονός ότι η προσκόλληση στη βρεφική ηλικία μπορεί να επηρεάσει τις σχέσεις του νέου ατόμου δέκα χρόνια μετά. Νέοι έφηβοι που ως βρέφη είχαν κριθεί ασφαλή, επέδειξαν πιο συναισθηματική υγιή συμπεριφορά, μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και ικανότητες στις διαπροσωπικές σχέσεις από ό,τι παιδιά με ανασφαλή τύπο προσκόλλησης.

Έρευνα των Crossman & Crossman (1991) παρακολούθησε ομάδα παιδιών από την ηλικία του ενός έτους έως την ηλικία των δέκα ετών. Στο τέλος της έρευνας συμμετείχαν σε μια συνέντευξη για συναισθήματα που σχετίζονται με εμπειρίες προσκόλλησης. Βρήκαν ότι, σε σχέση με τα ανασφαλή παιδιά, τα ασφαλή είχαν περισσότερες πιθανότητες να στραφούν προς τους άλλους όταν αισθάνονταν άσχημα (συναισθήματα φόβου, θλίψης ή θυμού). Τα παιδιά τύπου εμμονής δεν έδειξαν τέτοια συμπεριφορά. Οι λειτουργίες συνέπειας ανάμεσα στους τύπους προσκόλλησης του αρχικού σταδίου και σε μετέπειτα φάσεις της ανάπτυξης εξηγήθηκαν με αναφορά στα ενεργά μοντέλα δεσμού ως σταθερές γνωστικές και συναισθηματικές δομές (Καφέτσιος, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ - ΕΜΒΡΥΟΥ

2.1 Ορισμός προγεννητικής προσκόλλησης

Η σχέση ανάμεσα σε μια μητέρα και ένα βρέφος είναι εξαιρετικά σημαντική για την ανάπτυξη του παιδιού, τόσο η θεωρία όσο και οι ερευνητικές μελέτες δείχνουν ότι αυτή η μοναδική σχέση ξεκινά πριν από τη γέννηση του παιδιού (Bielawska-Batorowicz, Siddiqui, 2008).

Οι γονείς κατά περίοδο της κύησης αναπτύσσουν μια συναισθηματική επένδυση προς το αγέννητο βρέφος τους. Από τη δεκαετία του 1980 αυτός ο συναισθηματικός δεσμός έχει οριστεί ως **προγεννητική προσκόλληση (antenatal or prenatal attachment)**. Η συναισθηματική αυτή επένδυση των γονιών και κυρίως της μητέρας προς το έμβρυο είναι μια σταδιακή διαδικασία κατά τη διάρκεια της οποίας αρχίζει να γίνεται αισθητή η ύπαρξη του εμβρύου ως άτομο. Η μητέρα συνδέεται συναισθηματικά μαζί του όλο και περισσότερο με την έννοια της «πρωτογενούς μητρικής ανησυχίας». Η στοργική αυτή σχέση είναι μοναδική και διαφοροποιείται από κάθε άλλου είδους μητρική σχέση, καθώς δεν επηρεάζεται από την παρουσία άλλων παιδιών (Vedova et al., 2008).

Η προγεννητική προσκόλληση αναφέρεται γενικά στην σχέση μητέρας- εμβρύου, η οποία αναπτύσσεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και η οποία συνδέεται με τον σχηματισμό της γνωστικής αναπαράστασης του εμβρύου. Περιλαμβάνει φανταστικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ της μητέρας και του εμβρύου. Η μητέρα αποδίδει στο έμβρυο χαρακτηριστικά σωματικά και ψυχολογικά και παρέχει πληροφορίες σχετικά με αυτά σε άλλους ανθρώπους. Η προγεννητική προσκόλληση εκδηλώνεται με την συμπεριφορά των γονέων, η οποία αποδεικνύει τη δέσμευση στο αγέννητο παιδί, δηλαδή την καλή διατροφή της μητέρας, την αποχή από τις βλαβερές ουσίες και την προετοιμασία του οικιακού περιβάλλοντος για τον ερχομό του βρέφους. Επίσης περιλαμβάνει έντονα συναισθήματα προς το αγέννητο παιδί. Οι γνωστικές, αυτές, διαδικασίες, οι συμπεριφορές και τα συναισθήματα της εγκύου θεωρούνται δείκτες της προγεννητικής προσκόλλησης (Bielawska-Batorowicz & Siddiqui, 2008).

2.2 Η προγεννητική προσκόλληση υπό το πρίσμα του συστήματος της φροντίδας

Η σχέση της μητέρας με το έμβρυο εστιάζει στην ανάπτυξη των συναισθημάτων της αγάπης και της προστασίας. Καθώς, λοιπόν, η μητέρα δημιουργεί έναν ισχυρό συναισθηματικό δεσμό προς το αγέννητο παιδί της φαίνεται διαισθητικό να θέλουμε να αναφερθούμε σε αυτόν με τον όρο "προσκόλληση", όπως μία γενιά ερευνητών έχει κάνει. Ο Bowlby πρότεινε ότι υπάρχει μια ισχυρή υπόθεση για τον περιορισμό του όρου προσκόλληση στη τυπική συμπεριφορά του παιδιού προς τον γονέα, καθώς το συμπεριφορικό σύστημα είναι υπεύθυνο γι' αυτή την συμπεριφορά. Για το λόγο αυτό να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση του όρου "προσκόλληση" όταν περιγράφεται η συμπληρωματική συμπεριφορά και το συμπεριφορικό σύστημα του γονέα προς το αγέννητο παιδί. Αυτό το συμπληρωματικό σύστημα συμπεριφοράς είναι γνωστό ως σύστημα φροντίδας (caregiving system). Αρκετές μελέτες έχουν αρχίσει να κάνουν σημαντικές διακρίσεις μεταξύ του όρου προσκόλλησης, της φροντίδας, της αγάπης και άλλων ειδών σχέσεων, αλλά δεν έχουν αναλύσει τί είναι ή προγεννητική σχέση εάν αυτή δεν είναι προσκόλληση (Walsh, 2010).

Υπάρχει, λοιπόν, μια αίσθηση στη διαθέσιμη βιβλιογραφία ότι η ορολογία της προσκόλλησης δεν είναι ακριβής για να περιγράψει τον τρόπο με τον οποίο οι γονείς αισθάνονται για το αγέννητο παιδί τους. Υποστηρίζεται ότι η κινητήρια δύναμη των μητρικών αναπαραστάσεων, των συναισθημάτων και στάσεων απέναντι στην εγκυμοσύνη είναι το γονεϊκό σύστημα φροντίδας. Το σύστημα φροντίδας έχει περιγραφεί από τους Goerge και Solomon (1996) ως ένα σύστημα συμπεριφοράς αμοιβαίο στο σύστημα προσκόλλησης. Η κύρια λειτουργία του συστήματος φροντίδας είναι να παρέχει προστασία, άνεση και φροντίδα και σύμφωνα με τους Solomon και Goerge έχει τις ρίζες του στις πρώιμες ατομικές εμπειρίες προσκόλλησης της μητέρας, ενοποιείται κατά τη μετάβαση στη μητρότητα. Μελέτες για την διερεύνηση της προσκόλλησης μητέρας-εμβρύου φαίνεται να περιλαμβάνουν αυτές τις έννοιες φροντίδας. Για παράδειγμα, σε μελέτη βρέθηκε πως το συντριπτικό συναίσθημα που είχαν οι έγκυες γυναίκες ήταν μια έμφυτη επιθυμία για προστασία του εμβρύου (Walsh, 2010).

Αποκλίσεις στην ορολογία καθιστούν δύσκολη την κατανόηση των εννοιών, άλλα

υπάρχει τόσο πολύ κέρδος από την αναζήτηση μεταξύ των διαφόρων κλάδων προκειμένου να διευρυνθεί η γνώση σχετικά με το δεσμό μητέρας-εμβρύου. Η διεθνής βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι έχουν ανακαλυφθεί πολλά γύρω από αυτή την πολύπλοκη προγεννητική σχέση. Εξαιτίας όμως αυτών των αποκλίσεων στην ορολογία, έχουν καλέσει τους ερευνητές σε όλους τους κλάδους για ορθότερη σαφήνεια στη σύλληψη, τον ορισμό και την αξιολόγηση της προγεννητικής σχέσης, ώστε να μπορούμε καλύτερα να κατανοήσουμε και να προωθήσουμε την προγεννητική σχέση μητέρας-εμβρύου (Walsh, 2010).

2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη της προγεννητικής προσκόλλησης

Οι παράγοντες οι οποίοι έχουν εξεταστεί σε σχέση με τον προγεννητικό δεσμό ταξινομούνται και παρουσιάζονται σε δύο κατηγορίες: σε αυτούς που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και σε αυτούς που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της εγκύου.

Α) Χαρακτηριστικά της εγκυμοσύνης και η σχέση τους με την προγεννητική προσκόλληση.

Η θεωρητική πρόταση ότι τα συναισθήματα της προγεννητικής προσκόλλησης εντείνονται καθώς προχωράει η εγκυμοσύνη υποστηρίζεται από μεγάλο αριθμό ερευνών, οι οποίες είτε έχουν συγκρίνει ομάδες εγκύων που βρίσκονται σε διαφορετικά τρίμηνα κύησης, είτε έχουν διεξαγάγει επαναληπτικές μετρήσεις του προγεννητικού δεσμού στο ίδιο δείγμα γυναικών κατά τη διάρκεια της κύησης τους.

Α.1) Έχει βρεθεί, λοιπόν, ότι η έναρξη των εμβρυικών κινήσεων και η αντίληψή τους από τη μέλλουσα μητέρα αυξάνει τα συναισθήματα της προγεννητικής μητρικής προσκόλλησης. Το εύρημα αυτό προτείνει ότι η αντίληψη των εμβρυικών κινήσεων αποτελεί σημαντικό διαμεσολαβητικό παράγοντα για την παρατηρούμενη συσχέτιση μεταξύ της εβδομάδος κύησης και της έντασης της προγεννητικής προσκόλλησης. Το συμπέρασμα αυτό ενισχύεται από μια έρευνα η οποία εξέτασε τις αντιδράσεις εγκύων γυναικών και των συντρόφων τους στο υποθετικό σενάριο της διακοπής της κύησης λόγω αποβολής. Στη συγκεκριμένη μελέτη τα γονεϊκά συναισθήματα θλίψης για την πιθανή απώλεια του εμβρύου βρέθηκαν αυξημένα κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης

και μετά την έναρξη των εμβρυικών κινήσεων.

A.2) Μια σημαντική τεχνολογική εξέλιξη στον προγεννητικό έλεγχο και την ιατρική παρακολούθηση της εγκυμοσύνης αποτέλεσε η χρήση του υπερήχου, ο οποίος έχει προταθεί ότι μπορεί να επιταχύνει την πορεία της φυσιολογικής ανάπτυξης της προγεννητικής προσκόλλησης μητέρας-εμβρύου. Σε μία μελέτη εξετάστηκαν δύο ομάδες εγκύων γυναικών: γυναίκες οι οποίες περίμεναν τα αποτελέσματα αμνιοπαρακέντησης, και εκείνες που περίμεναν τα αποτελέσματα λήψης τροφοβλάστη για πιθανή διάγνωση χρωμοσωμικών ανωμαλιών. Και οι δύο ομάδες γυναικών οι οποίες είχαν ήδη κάνει υπέρηχο πριν από την προαναφερόμενη εξέταση δήλωσαν ότι, ενώ το υπερηχογράφημα είχε εντείνει τα συναισθήματα δεσμού με το έμβρυο, ταυτοχρόνως, είχε προκαλέσει ανησυχία για την πιθανότητα θετικής διάγνωσης μετά την εξέταση. Και στις δύο ομάδες γυναικών παρατηρήθηκε ότι ο προγεννητικός μητρικός δεσμός αυξήθηκε ακόμα περισσότερο αφότου είχαν επιβεβαιωθεί ότι τα αποτελέσματα των εξετάσεών τους για χρωμοσωμική ανωμαλία του εμβρύου ήταν αρνητικά.

Επίσης μία μελέτη, στην οποία εξετάστηκαν οι επιπτώσεις του υπερηχογραφήματος στα συναισθήματα μητέρων οι οποίες είχαν δει αναπαράσταση του εμβρύου τους στο μόνιτορ του υπερήχου και κατόπιν απέβαλαν ή διέκοψαν την κύησή τους λόγω διάγνωσης χρωμοσωμικών ανωμαλιών, προτείνει ότι το υπερηχογράφημα μπορεί πραγματικά να επηρεάσει την πορεία της προγεννητικής προσκόλλησης. Οι μητέρες αυτές ανέφεραν ότι, ενώ το υπερηχογράφημα είχε βοηθήσει να αποδεχτούν την απώλεια του παιδιού τους, συγχρόνως είχε εντείνει το θρήνο τους (Τσαρτσάρα, 2006).

Συμπερασματικά τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών προτείνουν ότι η αντίληψη των εμβρυικών κινήσεων και το υπερηχογράφημα μπορεί να εντείνουν τον προγεννητικό μητρικό δεσμό. Τα συμβάντα αυτά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πιθανό να παρεμβάλλονται στην ανάπτυξη της προγεννητικής προσκόλλησης μέσω της διαμόρφωσης προσδοκιών της εγκύου και νοητικών αναπαραστάσεων για το έμβρυο οι οποίες το μεταβάλλουν από ένα ασαφές αντικείμενο σε πραγματικό και αναπτυσσόμενο βρέφος.

B) Χαρακτηριστικά της εγκύου και η σχέση τους με την προγεννητική προσκόλληση.

B.1) Η συγκρότηση της μητρικής ταυτότητας αποτελεί το αποκορύφωμα των ψυχικών διεργασιών της εγκυμοσύνης καθώς επιτρέπει στη μέλλουσα μητέρα να ενσωματώσει επιτυχώς το κυοφορούμενο παιδί στην ήδη υπάρχουσα ταυτότητά της και στο οικογενειακό της περιβάλλον. Όπως προκύπτει από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, απαραίτητη προϋπόθεση για τη συγκρότηση της μητρικής ταυτότητας αποτελεί η ικανότητα της εγκύου να "συνδεθεί" με το έμβρυο. Η προγεννητική προσκόλληση είναι μια πολύπλοκη διαδικασία, η οποία μπορεί να επηρεάζεται από μία σειρά γεγονότων και επακόλουθων ψυχικών διεργασιών. Μεταξύ αυτών συμπεριλαμβάνεται η αρχική επιβεβαίωση και αποδοχή της εγκυμοσύνης και η αναγνώριση της ύπαρξης του εμβρύου ως ξεχωριστής οντότητας μέσω των πρώτων εμβρυικών κινήσεων (Τσαρτσάρα, 2006).

B.2) Ένα από τα πιο ενδιαφέροντα χαρακτηριστικά της εγκύου που έχει συσχετιστεί από κάποιες μελέτες με την προγεννητική προσκόλληση είναι η μητρική ηλικία. Οι μελέτες αυτές καταδεικνύουν ότι η προγεννητική μητρική προσκόλληση είναι μειωμένη σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Παρότι άλλες μελέτες δεν έχουν εντοπίσει συσχέτιση μεταξύ της μητρικής ηλικίας και της προγεννητικής προσκόλλησης με το έμβρυο, έχει προταθεί ότι οι μεγαλύτερες ηλικιακά ομάδες μητέρων αποφεύγουν να συνδεθούν με το έμβρυο επειδή ανήκουν σε ομάδα υψηλής επικινδυνότητας και, κατά συνέπεια έχουν αυξημένες ανησυχίες για την έκβαση της κύησής τους. Ωστόσο η σχέση μεταξύ της ηλικίας της μητέρας και της προγεννητικής προσκόλλησης μπορεί να είναι πιο περίπλοκη και να επηρεάζεται από τρίτους παράγοντες οι οποίοι διαφέρουν από μητέρα σε μητέρα (Bielawska-Batorowicz & Siddigui, 2008).

B.3) Ένας τέτοιος διαμεσολαβητικός παράγοντας μπορεί να αφορά στο κατά ποσό οι έγκυες μεγαλύτερων ηλικιακά ομάδων έχουν βιώσει τη μητρότητα ή είναι πρωτότοκες. Η τάση των πολύτοκων μητέρων να παρουσιάζουν μειωμένο προγεννητικό δεσμό μπορεί να συσχετίζεται με το ότι έχουν συνδέσει την εμπειρία της μητρότητας όχι μόνο με τα δευτερογενή κοινωνικά οφέλη που παρέχει, αλλά και με πιθανές απώλειες που προκαλεί. Μεταξύ αυτών μπορεί να περιλαμβάνονται η έλλειψη ελεύθερου χρόνου για τον εαυτό τους ή η απόσυρση από τις απαιτήσεις μιας επαγγελματικής καριέρας λόγω

των αυξημένων ευθυνών για φροντίδα και ενασχόληση με τα παιδιά τους (Bielawska-Batorowicz & Siddigui, 2008).

Σε μια ενδιαφέρουσα, μεθοδολογικά, μελέτη διερευνήθηκε ο βαθμός στον οποίο η προγεννητική μητρική προσκόλληση πρωτότοκων και πολύτοκων μητέρων στο τέλος της κύησης τους επηρεάζει συναισθήματα τρυφερότητας και μητρικής στοργής προς το νεογέννητο στους 4 μήνες. Το ενδιαφέρον της έρευνας αυτής έγκειται στην επαναληπτική αξιολόγηση των μητρικών συναισθημάτων, η οποία έγινε στους 8 μήνες μεταγεννητικά. Η ένταση του προγεννητικού δεσμού βρέθηκε να αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα μόνο των συναισθημάτων των πρωτότοκων μητέρων για το βρέφος τους στους 4 μήνες μεταγεννητικά, αλλά όχι στους 8 μήνες. Όπως προκύπτει, η ένταση της προγεννητικής προσκόλλησης διαφοροποιείται μεταξύ πρωτότοκων και πολύτοκων μητέρων. Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι παρουσιάζεται αυξημένη μεταξύ των πρωτότοκων μητέρων. Το δεύτερο εύρημα της έρευνας, ότι η προγεννητική προσκόλληση είναι πιθανό να προβλέπει μόνο πολύ πρώιμα συναισθήματα μητέρας-βρέφους, δεν είναι περίεργο. Δεδομένου ότι στο μεταγεννητικό δεσμό μητέρας-βρέφους, υπεισέρχονται οι παράγοντες της αμοιβαίας αλληλεπίδρασης και της προσωπικότητας του βρέφους, που απουσιάζουν από τον προγεννητικό δεσμό, είναι πιθανό τα συναισθήματα αλλά και οι προσδοκίες της μητέρας να διαφοροποιούνται διαμέσου της γνωριμίας και της αλληλεπίδρασής της με το βρέφος κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών της ζωής του (Τσαρτσάρα, 2006).

Ωστόσο άλλες έρευνες δεν έχουν εντοπίσει διαφορές μεταξύ πρωτότοκων και πολύτοκων μητέρων ως προς την προγεννητική τους προσκόλληση. Επομένως δεν είναι σαφές κατά ποσό η ύπαρξη παιδιών μπορεί να λειτουργεί ως παράγοντας ο οποίος διευκολύνει ή παρεμποδίζει την ανάπτυξη της προγεννητικής προσκόλλησης.

B.4) Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας ο οποίος έχει διερευνηθεί σε σχέση με την προγεννητική προσκόλληση είναι το ιστορικό περιγεννητικής απώλειας της μητέρας. (Ο συγκεκριμένος παράγοντας αναλύεται εκτενέστερα στο 4^ο κεφάλαιο της εργασίας). Παράλληλα, τονίζεται ότι μία περιγεννητική απώλεια μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις και στην φροντίδα ενός επόμενου βρέφους. Συγκεκριμένα έχει προταθεί ότι το παιδί που γεννιέται μετά από προγεννητική απώλεια ανήκει σε ομάδα υψηλού

κινδύνου για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας, ιδίως όταν η μητέρα δεν έχει διεργαστεί επιτυχώς τα συναισθήματα πένθους της (Bielawska-Batorowicz & Siddigui, 2008).

Μελέτες των Armstrong και Hutti (1998), που εξέτασαν τις επιπτώσεις του ιστορικού περιγεννητικής απώλειας, συμπεριλαμβανομένης της αποβολής, στην προγεννητική μητρική προσκόλληση, κατέδειξαν ότι οι γυναίκες που είχαν χάσει παιδί σε προηγούμενη κύηση ανέφεραν σημαντικά μειωμένη προγεννητική προσκόλληση (Τσαρτσάρα, 2006).

Σε μία άλλη μελέτη εξετάστηκε η επίδραση του ιστορικού πρώιμης προγεννητικής απώλειας (αποβολής μέχρι την 24η εβδομάδα της κύησης) στο δεσμό μητέρας-εμβρύου κατά την επόμενη κύηση. Η προγεννητική προσκόλληση αξιολογήθηκε στα πρώιμα στάδια της εγκυμοσύνης και κατά το τρίτο τρίμηνο, σε ένα δείγμα 61 εγκύων γυναικών, εκ των οποίων οι 39 είχαν ιστορικό προηγούμενης αποβολής. Τα ευρήματα κατέδειξαν ότι οι γυναίκες με ιστορικό αποβολής απέφευγαν να συνδεθούν συναισθηματικά με το έμβρυο κατά τα δύο πρώτα τρίμηνα της εγκυμοσύνης τους, δεν ανακοίνωναν την εγκυμοσύνη τους σε τρίτους και ανέφεραν σημαντικά μειωμένο δεσμό με το έμβρυο, σε σύγκριση με εκείνες οι οποίες δεν είχαν παρόμοια εμπειρία. Ωστόσο, η αναστολή της ανάπτυξης του προγεννητικού μητρικού δεσμού παρατηρήθηκε να υποχωρεί κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, όπου και παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των επιπέδων του άγχους και ανησυχιών τους για την έκβαση της εγκυμοσύνης. Επιπρόσθετες συνεντεύξεις με τις γυναίκες οι οποίες είχαν ιστορικό προγεννητικής απώλειας πρότειναν ότι η αποφυγή για συναισθηματική επένδυση του εμβρύου κατά τα δύο πρώτα τρίμηνα της κύησης -τα οποία περικλείουν και το μεγαλύτερο κίνδυνο για αποβολή- μπορεί να αποτελεί μηχανισμό άμυνας και "αυτο-προστασίας" στο ενδεχόμενο μιας επαναληπτικής απώλειας του εμβρύου και των συναισθημάτων πένθους που μια τέτοια απώλεια θα επανέφερε.

B.5) Ένα ακόμη χαρακτηριστικό της εγκύου που επηρεάζει την δημιουργία προγεννητικού δεσμού είναι η παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (το οποίο θα αναλυθεί εκτενέστερα στο 6^ο κεφάλαιο). Τα συναισθήματα προσκόλλησης παρουσιάζονται σημαντικά μειωμένα σε γυναίκες οι οποίες αναφέρουν μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Το εύρημα αυτό είναι σημαντικό, δεδομένων των

ερευνών οι οποίες υποστηρίζουν ότι η προγεννητική κατάθλιψη αποτελεί προγνωστικό παράγοντα της μεταγεννητικής μητρικής κατάθλιψης.

B.6) Τέλος, ένας ακόμη παράγοντας ο οποίος καθορίζει τη δημιουργία της προγεννητικής προσκόλλησης αφορά την κοινωνική στήριξη και την ποιότητα της σχέσης της εγκύου με το σύντροφό της. Καταδεικνύεται ότι μεγαλύτερη κοινωνική στήριξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και σχέσεις αμοιβαιότητας με το σύντροφο συσχετίζονται με μεγαλύτερη συναισθηματική επένδυση στο έμβρυο. Ακόμη, η κοινωνική στήριξη και οι ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις αποτελούν παράγοντες προστασίας κατά της εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών και ιδιαίτερα της κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες οι οποίες αναφέρουν καλύτερη ποιότητα και ικανοποίηση από τις σχέσεις τους, λιγότερες διαπροσωπικές συγκρούσεις και περισσότερη συναισθηματική στήριξη από σημαντικά πρόσωπα έχουν πολύ λιγότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν κατάθλιψη σε περιόδους κρίσεων (Τσαρτσάρα, 2006).

2.4 Η επιρροή των προγεννητικών μητρικών αναπαραστάσεων στη γονεϊκή λειτουργία

Όπως αναφέρθηκε και στο 1^ο κεφάλαιο, ο Bowlby χρησιμοποίησε την έννοια των εσωτερικευμένων μοντέλων εργασίας <<working model>> για να περιγράψει τη διαδικασία κατά την οποία τα άτομα κατασκευάζουν και αναθεωρούν τα ψυχικά πρότυπα, ή τις αναπαραστάσεις του διαπροσωπικού τους περιβάλλοντος. Υποστήριξε ότι οι αναπαραστάσεις αυτές χρησιμεύουν ως οδηγοί στο πλαίσιο των σχέσεων, διευκολύνουν δηλαδή την οργάνωση των εισερχόμενων πληροφοριών, επιτρέποντας στο άτομο να επιλέξει από προηγούμενες συμπεριφορές. Με άλλα λόγια, ο Bowlby τόνισε τη σημασία που έχουν οι πρώιμες αναπαραστάσεις για τον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους στη στάση και τη συμπεριφορά του ατόμου σε σημαντικές σχέσεις που θα ακολουθήσουν. Με την ενηλικίωση τα μοντέλα εργασίας, τα οποία βασίζονται στις πρώιμες εμπειρίες προσκόλλησης του ατόμου, υποστηρίζεται ότι έχουν παγιωθεί και ότι λειτουργούν με ένα σχετικά σταθερό, συνεπή και ασυνείδητο τρόπο. Οι ενήλικες μεταβαίνοντας στη μητρότητα κάνουν μία κρίσιμη στροφή από τη μέθοδο

συμπεριφοράς της προσκόλλησης, η οποία υποστηρίζει τον στόχο να προστατεύονται, στην ενεργοποίηση της μεθόδου συμπεριφοράς της φροντίδας, που έχει ως στόχο την προστασία του εμβρύου (Dayton et al., 2010).

Μία πολύ σημαντική διάσταση της προγεννητικής προσκόλλησης είναι αυτή των εσωτερικευμένων αναπαραστάσεων και προσδοκιών της εγκύου για το επερχόμενο βρέφος και για τις συμπεριφορές της προς αυτό. Υποστηρίζεται ότι η εγκυμοσύνη αποτελεί κρίσιμη αναπτυξιακή περίοδο επειδή ευνοεί την αναβίωση αναμνήσεων των πρώιμων αλληλεπιδράσεων της μέλλουσας μητέρας με τους δικούς της γονείς, και κυρίως με τη μητέρα της. Η επιτυχής διεργασία των ενδοψυχικών συγκρούσεων, οι οποίες εκπηγάζουν από την αναβίωση αυτών των πρώιμων εμπειριών, θεωρήθηκε ότι καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την ικανότητα της εγκύου να αποδεχτεί το έμβρυο και να το επενδύσει συναισθηματικά. Δύο διαφορετικά είδη ευρημάτων προτείνουν συνδυαστικά ότι η ποιότητα των πρώιμων εμπειριών αλλά και οι στάσεις και προσδοκίες για τη μητρότητα επηρεάζουν την προγεννητική μητρική προσκόλληση. Το πρώτο εύρημα καταδεικνύει ότι οι γυναίκες οι οποίες ανακαλούν πιο ζεστές σχέσεις με τη μητέρα τους και έχουν βιώσει λιγότερη απόρριψη στις σχέσεις με τους γονείς τους παρουσιάζουν μεγαλύτερη συναισθηματική επένδυση στο έμβρυο. Το δεύτερο εύρημα καταδεικνύει ότι μικρότερος βαθμός προσαρμογής στην εγκυμοσύνη και λιγότερο θετικές αντιλήψεις απέναντι στη μητρότητα, την ανατροφή και τη φροντίδα των παιδιών συσχετίζονται με μειωμένη συναισθηματική επένδυση του εμβρύου. Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίχθηκε ότι οι εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις και αναμνήσεις διαμορφώνουν τις προσδοκίες της εγκύου για το μελλοντικό μητρικό ρόλο αλλά και για τα πρότυπα της αλληλεπίδρασής της με το βρέφος (Τσαρτσάρα, 2006).

Λαμβάνοντας υπόψη ότι οι εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις καθοδηγούν τη συμπεριφορά σε ένα ασυνείδητο επίπεδο τότε οι προγεννητικές αναπαραστάσεις έχουν επιπτώσεις στους τρόπους με τους οποίους η μητέρα αλληλεπιδρά με το νεογέννητο βρέφος της στις πρώτες στιγμές της σύνδεσης. Η ικανότητα του γονέα να ρυθμίζει τα δικά του συναισθήματα και τις δικές του συμπεριφορές, να ανέχεται ένα φάσμα από συναισθηματικές επιδείξεις από το βρέφος και να μην είναι αποκομμένος από αυτές είναι το κλειδί για την υγιή ανάπτυξη του βρέφους. Η ευαίσθητη ανατροφή των παιδιών

εξαρτάται λοιπόν από την ικανότητα των γονέων να παρέχουν μία συναισθηματικά οργανωμένη απάντηση στις συμπεριφορές του παιδιού. Υποστηρίζεται ότι οι γονείς οι οποίοι είναι ικανοί να ρυθμίζουν τα συναισθήματα τους είναι σε καλύτερη θέση να παρακολουθήσουν τις συμπεριφορές του παιδιού και στη συνέχεια να τροποποιήσουν τις δικές τους συμπεριφορές ώστε να ανταποκριθούν στις φυσικές και συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού. Επίσης ο Schore (2003) δήλωσε ότι "η βρεφική έρευνα προτείνει ότι το βρέφος προσκολλάται στο φροντιστή, ο οποίος αυξάνει τις ευκαιρίες για θετικές επιρροές και ελαχιστοποιεί τις αρνητικές". Αυτό υποδηλώνει πως ο γονέας πρέπει να ρυθμίζει τις δικές του επιρροές και συμπεριφορές για να έχει ένα διαμορφωμένο αποτέλεσμα στο βρέφος (Dayton et al., 2010).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση, ερευνητικές ομάδες έχουν αναπτύξει ολοκληρωμένα μέτρα τα οποία αποδίδουν μια ολοκληρωμένη εικόνα αυτών των αναπαραστάσεων. Το μοντέλο εργασίας στη συνέντευξη του παιδιού – Working Model of the Child Interview (WMCi) σχεδιάστηκε για χρήση στις προγεννητικές και βρεφικές περιόδους και αποδίδει τρεις τύπους προγεννητικών εσωτερικευμένων αναπαραστάσεων της μητέρας. Οι τύποι των αναπαραστάσεων διακρίνονται σε έναν ισορροπημένο και δύο μη ισορροπημένους (**Balanced and two Nonbalanced types: disengaged or distorted**). Συγκεκριμένα, η μητέρα η οποία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης εκφράζει μία ισορροπημένη αναπαράσταση (balanced representation), μεταγεννητικά θα είναι σε θέση να δεχτεί ένα μεγάλο εύρος συναισθημάτων, θετικών και αρνητικών, τα οποία θα βιώνονται και θα εκφράζονται από το παιδί της. Ακόμη, η ίδια θα έχει την τάση να περιγράφει μία θετική συναισθηματική σύνδεση με το παιδί της. Αντίθετα, η μητέρα η οποία έχει χαρακτηριστεί από μη ενεργοποιημένες/μη εμπλεκόμενες αναπαραστάσεις (disengaged representation), παρουσιάζει μία σχέση με το παιδί της όπου η συναισθηματική της εμπλοκή είναι απενεργοποιημένη. Αντιλαμβάνεται και περιγράφει το παιδί της με έναν αυστηρό και στερεότυπο τρόπο και φαίνεται ότι δεν έχει την συναισθηματική ικανότητα να ανταποκριθεί στις ατομικές ανάγκες και στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του. Επιπλέον, η μητέρα η οποία έχει υπέρ-ενεργοποιημένες/παραμορφωμένες αναπαραστάσεις (distorted representation) φαίνεται ότι δεν είναι σε θέση να αντιληφθεί τα πραγματικά συναισθηματικά σήματα

του βρέφους. Η σχέση της με το ίδιο χαρακτηρίζεται από μία συναισθηματική αστάθεια και μία ανικανότητα να συγκεντρωθεί στα πραγματικά ατομικά χαρακτηριστικά του (Dayton et al., 2010).

Επίσης, όπως προκύπτει από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, ερευνητές θέλησαν να εξετάσουν τη σταθερότητα των αναπαραστάσεων (ισορροπημένες, μη ισορροπημένες) στην πάροδο του χρόνου (προγεννητικά και μεταγεννητικά) σχετικά με τις μεταγεννητικές γονεϊκές συμπεριφορές. Βρήκαν ότι οι μητέρες οι οποίες είχαν αποδεδειγμένα μη ισορροπημένες προγεννητικές αναπαραστάσεις, αλλά των οποίων οι αναπαραστάσεις μετατοπίστηκαν σε ισορροπημένες μεταγεννητικά, ήταν λιγότερο πιθανό να παρέχουν ευαίσθητη φροντίδα στα παιδιά τους απ' ότι οι μητέρες που διατηρούσαν ισορροπημένες αναπαραστάσεις σε αμφότερα χρονικά σημεία. Επίσης, μητέρες οι οποίες αρχικά είχαν ισορροπημένες αναπαραστάσεις, αλλά αργότερα έγιναν μη ισορροπημένες, ήταν περισσότερο ευαίσθητες στις μεταγεννητικές γονεϊκές συμπεριφορές τους απ' ότι εκείνες οι γυναίκες που διατηρούσαν μη ισορροπημένες γονεϊκές αναπαραστάσεις σε αμφότερα χρονικά σημεία (Dayton et al., 2010).

Έχει προταθεί ότι οι εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις της μητέρας, αλληλεπιδρούν με τα συναισθήματα της προγεννητικής προσκόλλησης και οργανώνουν την ποιότητα των συμπεριφορών της προς το νεογέννητο. Η θεωρία της προσκόλλησης υποστηρίζει την υπόθεση της μεταβίβασης των τύπων προσκόλλησης στην επόμενη γενιά. Συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι μητέρες οι οποίες έχουν ισορροπημένες αναπαραστάσεις κατά την προγεννητική περίοδο και οργανωμένες αναμνήσεις των πρώιμων εμπειριών τους έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν βρέφη με ασφαλή προσκόλληση. Αντίθετα, μητέρες που έχουν μη ισορροπημένες αναπαραστάσεις και αδυναμία ανάκλασης αναμνήσεων από την παιδική τους ηλικία είναι περισσότερο πιθανό να έχουν βρέφη με ανασφαλή προσκόλληση. Ο τρόπος, λοιπόν, με τον οποίο οι μητέρες οργανώνουν τις πρώιμες εμπειρίες τους και τα σχήματα που έχουν για τους εαυτούς τους, κατά την προγεννητική περίοδο, μπορεί να επηρεάζει το είδος της σχέσης τους με το βρέφος μεταγεννητικά.

Συμπερασματικά, μια σημαντική πρόοδος για την κατανόηση του δεσμού μητέρας-βρέφους ήταν η στροφή στην εξέταση του προγεννητικού δεσμού. Η ανάπτυξη της

προγεννητικής προσκόλλησης επηρεάζεται από την ποιότητα των πρώιμων εμπειριών της μητέρας, αλλά και από τις στάσεις της απέναντι στη μητρότητα. Επιπλέον, οι μητρικές αναπαραστάσεις κατά την προγεννητική περίοδο επηρεάζουν την ποιότητα της σχέσης με το βρέφος (Τσαρτσάρα, 2006). Ειδικότερα οι εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις της μητέρας από την παιδική της ηλικία σχετίζονται με τις τωρινές γονεϊκές της συμπεριφορές προς το βρέφος και γενικά με την ικανότητα της να ανταποκριθεί στις συναισθηματικές εκφράσεις, ψυχολογικές ανάγκες και στα ατομικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του παιδιού. Εν κατακλείδι, οι εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις είναι το μέσον για τη διαγενεακή μεταφορά των συναισθημάτων σε διαπροσωπικές σχέσεις (Dayton et al., 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΡΩΙΜΑ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

3.1 Η γονεϊκή συμπεριφορά ως παράγοντας της ψυχικής υγείας των βρεφών

Τα τελευταία χρόνια έχει τονισθεί η ανάγκη πιο ενδεδειγμένης έρευνας στη βρεφική ηλικία για τη διερεύνηση ψυχοπαθολογικών χαρακτηριστικών, που παρουσιάζονται στην παιδική ή στην ενήλικη ζωή και έχει αρχίσει να παρατηρείται μία ιδιαίτερη έμφαση και στροφή της έρευνας από την παιδική στη βρεφική ηλικία.

Η ανάπτυξη των νευροεπιστημών συμπίπτει με την απήχηση της θεωρίας του Bowlby ως προς τη σημασία του πρώτου, αρχέγονου, δεσμού που αναπτύσσεται μεταξύ βρέφους και φροντιστή. Όπως επισημαίνεται και στο 1^ο κεφάλαιο, η χρονική περίοδος κατά την οποία δημιουργείται η προσκόλληση του βρέφους με το φροντιστή είναι ουσιώδους σημασίας, λόγω της εγκεφαλικής ωρίμανσης του μη λεκτικού δεξιού εγκεφαλικού ημισφαιρίου, η λειτουργία του οποίου είναι κυρίαρχη κατά τα πρώτα τρία χρόνια της ζωής και παίζει σημαντικό ρόλο και κατά τη διάρκεια της υπόλοιπης ζωής στην κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη.

Ο όρος «**ψυχική υγεία βρεφών**» είναι πολυδιάστατος και τα ουσιώδη χαρακτηριστικά του είναι τα εξής: (α) σοβαρά προβλήματα βρεφών είτε ελαχιστοποιούνται, είτε δεν λαμβάνονται υπόψη γιατί η αντιμετώπισή τους είναι πράγματι δύσκολη, (β) η θέση των βρεφών πρέπει να κατανοείται πάντα μέσα σ' ένα αναπτυξιακό πλαίσιο και (γ) το περιβάλλον φροντίδας του βρέφους είναι μέγιστης σημασίας (Μάντζιου, 2007).

Η θεωρία της προσκόλλησης, εστιάζοντας στις πρώιμες εμπειρίες, συμβάλλει στην κατανόηση και στην προάσπιση της ψυχικής υγείας των βρεφών. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, σύμφωνα με τη θεωρία του Bowlby, η ρύθμιση των συναισθημάτων στη βρεφική ηλικία έχει ζωτική σημασία για την ανάπτυξη της προσωπικότητάς του και λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο των σχέσεων μεταξύ

φροντιστή-βρέφους. Στο πλαίσιο αυτής της διαδικασίας, μία από τις σημαντικότερες πλευρές είναι η μετάβαση από τη σχεδόν απόλυτη εξάρτηση του βρέφους από το φροντιστή στη μετέπειτα αυτόνομη λειτουργία του. Διαστάσεις της γονεϊκής ρύθμισης για τις εσωτερικές εντάσεις και διεγέρσεις του βρέφους έχουν περιγραφεί λεπτομερώς από τον Alan Sroufe (1995), στο Πανεπιστήμιο Minnesota, όπως προκύπτει από την βιβλιογραφική ανασκόπηση (Μάντζιου, 2007). Η ρύθμιση των συναισθημάτων αρχίζει από τις πρώτες εβδομάδες της ζωής και καταλήγει σε μια σύμπραξη με τον άλλον κατά την προσχολική ηλικία, όπου πλέον το παιδί έχει εσωτερικεύσει μοντέλα ουσιαστικού αυτοέλεγχου, βασιζόμενο στο μοντέλο της δυαδικής ρύθμισης μεταξύ φροντιστή-βρέφους, το οποίο αποτελεί ένα πρότυπο στάδιο για το είδος της αυτορρύθμισης που αποκτά στη συνέχεια το βρέφος.

Μέσα από περίπλοκες διαδικασίες κινήσεων, ρυθμιστικών προσαρμογών, αυξήσεων και μειώσεων της εσωτερικής διέγερσης, ο γονέας μαζί με το βρέφος κατευθύνουν την πορεία τους προς θετικές εκβάσεις, όπως το χαμόγελο και τα γουργουρητά ευχαρίστησης που μεσολαβούν ανάμεσα σε σύντομες περιόδους αλληλεπίδρασης. Αυτές οι διαδικασίες των κινήσεων οργανώνονται σε παιγνιώδεις αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους, κατά τις οποίες το βρέφος μπορεί να επιβραδύνει ή να επιταχύνει την έκβαση του παιχνιδιού (π.χ., αποστρέφοντας το βλέμμα του, ενεργοποιώντας περισσότερο τη διέγερσή του) και ο γονέας μπορεί να «κλιμακώνει» και να «αποκλιμακώνει» τη διέγερση μεταβάλλοντας την ένταση, τη μορφή ή το ρυθμό, ή ακόμα σταματώντας τη διέγερση στιγμιαία. Τα παιχνίδια πρόσωπο με πρόσωπο είναι σημαντικά και αποτελούν πρωταρχικό μέρος της ρύθμισης του συναισθήματος. Ο γονέας είναι σημαντικός γιατί είναι εκείνος που κατευθύνει την αλληλεπίδραση και χτίζει την αμοιβαιότητα, την οποία το βρέφος βιώνει εκ των υστέρων (Μάντζιου, 2007).

Ο τρόπος με τον οποίο ο γονέας κλιμακώνει ή αποκλιμακώνει τη διέγερση επηρεάζει την όλη αλληλεπίδραση. Η προσοχή του βρέφους εξασφαλίζεται αρχικά με ήπιους τρόπους. Στη συνέχεια, ενώ βαθμιαία ο γονέας αυξάνει βαθμιαία τη διέγερση κουνώντας το κεφάλι του, αλλάζοντας την έκφραση του προσώπου του

ή και τη φωνή του προκειμένου να παρατείνει το ενδιαφέρον του παιδιού και να αυξήσει ή για να αποκλιμακώσει τη διέγερση. Ο ευαίσθητος γονέας κατανοεί τη συναισθηματική κατάσταση του βρέφους και ανταποκρίνεται σ' αυτή με τρόπους που ενθαρρύνουν, ενισχύουν και ρυθμίζουν την αντίδραση του βρέφους.

Βρέφη ευαίσθητων και ανταποκριτικών φροντιστών, τα οποία είναι αφενός σίγουρα ότι θα δεχθούν βοήθεια στη ρύθμιση των συναισθημάτων τους και, αφετέρου, αισθάνονται απελευθερωμένα από αποδιοργανωτικά χαρακτηριστικά έντονης συναισθηματικής εγρήγορσης, αναπτύσσουν στρατηγικές ρύθμισης με τις οποίες είναι σε θέση να κατανενάσουν τα αγχωτικά τους συναισθήματα και να εξερευνούν το περιβάλλον τους ευκολότερα. Τα βρέφη που συμμετέχουν σε άρτια ρυθμισμένες σχέσεις, αργότερα καθίστανται ικανά να αντιμετωπίζουν τις παρορμήσεις τους και να διατηρούν οργανωμένη συμπεριφορά μπροστά σε καταστάσεις υψηλής έντασης.

Όταν ο φροντιστής δεν είναι σε θέση να διευθετήσει την ένταση, το βρέφος νοηματοδοτεί τη συγκεκριμένη πληροφορία, με αποτέλεσμα τη συνέχιση της ανησυχίας του. Τέτοιου είδους δυσλειτουργίες οδηγούν πιθανώς τα βρέφη στην απορρόφηση των ίδιων των συναισθημάτων τους, αλλά και γενικότερα στη δυσκολία να βιώσουν συναισθήματα ή να χρησιμοποιήσουν πληροφορίες που περιέχουν συναίσθημα για να οργανώσουν τις αντιδράσεις τους. Είναι πιθανόν επίσης να δυσκολευτούν στο μέλλον να μοιραστούν προσωπικές σχέσεις και συναλλαγές, οι οποίες να ικανοποιούν το άτομο και να υποστηρίζουν ισορροπημένες συναισθηματικές καταστάσεις (Μάντζιου, 2007).

Επιπλέον ένας φροντιστής με αρνητική ενεργοποίηση συναισθήματος αποδιοργανώνει το βρέφος και το καθιστά ανήσυχο και ανίκανο να πραγματευθεί την πληροφορία που του παρέχεται. Αυτή η έντονη και αποδιοργανωμένη ενεργοποίηση εκ μέρους του φροντιστή, συχνά οδηγεί στην ολική συμμετοχή του στο να ηρεμήσει το βρέφος. Το βρέφος μαθαίνει να είναι σε διαρκή επαγρύπνηση και να βιώνει αρνητικά τα μηνύματα του φροντιστή, τα οποία πολλές φορές μπορεί να περιέχουν εκφοβιστικές αντιδράσεις. Τέτοιου είδους αντιδράσεις εκ μέρους-των φροντιστών μπορεί να οδηγήσουν σε «κρυμμένα τραύματα» του βρέφους, που να

συνοδεύονται από σωματικές αντιδράσεις, οι οποίες συνήθως σχετίζονται με ακραίες αντιδράσεις άγχους. Το βρέφος συνδέει τις απειλητικές καταστάσεις που βιώνει περισσότερο με τα συναισθήματα του φροντιστή και τη διαθεσιμότητά του, παρά με αυτά καθ' αυτά τα απειλητικά χαρακτηριστικά του πραγματικού γεγονότος.

Έχουν παρατηρηθεί σημαντικές ατομικές διαφορές ως προς το είδος των συναλλαγών των φροντιστών με τα βρέφη. Παραδείγματος χάριν, σε αντίθεση με φροντιστές οι οποίοι συντονίζουν την αλληλεπίδραση προκειμένου να ωθήσουν το βρέφος προς την απόκτηση μεγαλύτερης ικανότητας ανοχής στην ένταση και στην εσωτερική αυτορρύθμιση, υπάρχουν και φροντιστές που μονίμως υπερδιεγείρουν το βρέφος, χωρίς να είναι αποτελεσματικοί ή είναι ασυνεπείς και ασταθείς ως προς την αλληλεπίδραση μαζί του.

Η κατανόηση των διαδικασιών, στις οποίες προβαίνει το παιδί, δεν θεωρούνται απαραίτητα ως δεδομένα ή γνωστά γεγονότα για τους φροντιστές. Όπως φαίνεται, είναι δύσκολο να κατανοήσουν τη σημασία και τη διάσταση του ρόλου τους στη ρύθμιση των εντάσεων του βρέφους και δεν απαιτείται να γνωρίζουν τις υποβόσκουσες λειτουργίες της συμπεριφοράς τους και τα δικά τους κίνητρα, π.χ. ο γονέας δεν γνωρίζει ότι η παρουσία του ή η απουσία του προκαλεί τόσο δραστικές αλλαγές στις αντιδράσεις του βρέφους ενώπιον ξένων ατόμων. Επίσης, δεν γνωρίζει πως ακόμη και να κρατά το χέρι του βρέφους ή να το έχει αγκαλιά, σε σύγκριση με το να το έχει λίγα μέτρα μακριά του, μπορεί να έχει αξιοσημείωτες συνέπειες (Μάντζιου, 2007).

Συμπερασματικά, η έννοια της «ασφαλούς βάσης» αποτελεί το σημείο εκκίνησης για τη μελέτη της ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς στη βρεφική και στην ενήλικη ηλικία. Ο μη ευαίσθητος φροντιστής δεν μπορεί να προάγει την αίσθηση της ασφαλούς βάσης. Η συμπεριφορά της ασφαλούς βάσης αναφέρεται στη συμπεριφορά του παιδιού να χρησιμοποιεί το φροντιστή ως μια βάση ασφάλειας και να αντλεί από αυτόν σιγουριά και εμπιστοσύνη σε περιπτώσεις κινδύνου. Η επαναλαμβανόμενη εμπειρία της αίσθησης του βρέφους για μη

διαθέσιμη προστασία έχει βαθύτατες επιδράσεις στη διαδικασία της εσωτερίκευσης του ρόλου της φιγούρας του δεσμού ως προστάτη. Όταν, λοιπόν, τα εσωτερικευμένα μοντέλα εργασίας ενσωματώνουν σιωπηλά χαρακτηριστικά μη προστασίας, η ικανότητα του παιδιού για την ανάπτυξη αξιόπιστων μηχανισμών αυτοπροστασίας και αυτορρύθμισης τίθενται σε κίνδυνο.

Τα οργανωτικά πρότυπα συμπεριφοράς του φροντιστή, που δεν συνεισφέρουν στην υιοθέτηση προστατευτικών μηχανισμών του βρέφους, μπορούν να τροποποιηθούν εάν εφαρμοστούν σ' αυτά υποστηρικτικά πλαίσια που θα οδηγήσουν σε ευαίσθητες και ανταποκριτικές συναλλαγές μεταξύ τους. Έτσι θα μπορέσει ο φροντιστής να είναι σταθερά παρών, αξιόπιστος, συνεπής, αναγνωρίσιμος και προσιτός και, ως εκ τούτου, πηγή ασφάλειας και σιγουριάς για το βρέφος.

Κατάλληλες παρεμβάσεις φαίνεται πως μπορούν να διασφαλίσουν την ψυχική υγεία των βρεφών με την ενίσχυση των γνώσεων εκ μέρους των φροντιστών και τη μεταβολή του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν τη συμπεριφορά των βρεφών. Ο Bowlby στη δεκαετία του 1970, είχε παραδεχθεί ότι η εξειδικευμένη βοήθεια που δίνεται στους γονείς κατά τους κρίσιμους μήνες, δηλαδή πριν και μετά από τη γέννηση του παιδιού, αλλά και στα πρώτα χρόνια της ζωής του, μπορεί να συμβάλει ώστε η μητέρα να κατανοήσει τις ανάγκες του παιδιού της (Μάντζιου, 2007).

3.2 Πρόληψη και πρώιμες παρεμβάσεις

Ο όρος «**πρώιμη παρέμβαση**» τοποθετείται στη χρονική περίοδο της εγκυμοσύνης και στην περίοδο μετά τον τοκετό και έχει στραφεί σε θέματα τόσο της εγκυμοσύνης όσο και της πρώιμης βρεφικής και παιδικής φροντίδας και ανάπτυξης. Εξάλλου οι πρώιμες φάσεις της ανάπτυξης είναι οι πιο καθοριστικές για τη μελλοντική εξέλιξη του παιδιού. Οι παρεμβάσεις στη βρεφική ηλικία έχουν καθαρά προληπτικό χαρακτήρα και αποτελούν ένα από τα πλέον δραστικά μέσα εξασφάλισης της δυνατότητας του παιδιού για υγιή κοινωνικο-συναισθηματική ζωή (Τσιάντης & Δραγώνα, 2000).

Η πρόληψη έχει διακριθεί σε τρία επίπεδα, αυτά είναι: η πρωτογενής πρόληψη, η δευτερογενής και η τριτογενής. Με την πρωτογενή πρόληψη στόχος είναι η αποφυγή εμφάνισης ή παγίωσης παθολογικών καταστάσεων ή καθυστερήσεις στην ανάπτυξη. Οι δραστηριότητες στο επίπεδο της πρωτογενούς πρόληψης απαιτούν συστηματικές παρεμβάσεις ή και κοινωνικές αλλαγές στους τρόπους με τους οποίους φροντίζονται τα παιδιά. Επίσης οι προληπτικές δραστηριότητες έχουν ως στόχο την εξάλειψη των συνθηκών που οδηγούν στο να εμφανιστεί αργότερα μία διαταραχή. Για παράδειγμα, με την παροχή υψηλού και ικανοποιητικού επιπέδου φροντίδας σε έγκυες και χωρίς ασφάλιση γυναίκες μπορούμε να μειώσουμε τη συχνότητα των πρόωρων τοκετών και, ως αποτέλεσμα αυτής αυτής της παρέμβασης, να γεννηθούν λιγότερα βρέφη με διάφορες παθολογικές καταστάσεις που οδηγούν σε διαταραχή ή αναπηρία.

Η δευτερογενής πρόληψη συμπεριλαμβάνει όλα τα μέτρα και τις δραστηριότητες που έχουν ως στόχο την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία μιας ασθένειας και τη χρησιμοποίηση κατάλληλων μεθόδων θεραπείας ή άλλων μέτρων που αποβλέπουν στο να ανακόψουν την πρόοδο της νόσου, να αποτρέψουν την χρονιότητά της καθώς και τη μεταδοσή της σε άλλους. Για παράδειγμα, στα μικρά παιδιά που αναπτύσσουν συχνά λοιμώξεις στο μέσον ους είναι δυνατόν να επηρεαστεί η ανάπτυξη της ομιλίας. Με την κατάλληλη θεραπεία της λοίμωξης, όχι μόνο το παιδί ακούει καλά, αλλά και δεν αναπτύσσονται διαταραχές στην ομιλία.

Η τριτογενής πρόληψη έχει ως στόχο να περιορίσει τις αναπηρίες που παρουσιάζονται όταν η ασθένεια είναι δύσκολο να θεραπευτεί. Αυτό που επιτυγχάνεται είναι η μείωση των επιπτώσεων της ασθένειας, ενώ παράλληλα διευκολύνεται η ανάπτυξη του στο μέγιστο δυνατό βαθμό. Για παράδειγμα, στο παιδί που γεννιέται με βαρηκοΐα του προσφέρεται η δυνατότητα να ακούει καλύτερα με ακουστικά ή εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας.

Ενώ η διάκριση αυτή χρησιμοποιείται αποτελεσματικά κυρίως για σωματικές καταστάσεις, είναι σαφές ότι αυτή η κατάταξη είναι ανεπαρκής για να καλύψει θέματα

ψυχικής υγείας των βρεφών. Για το λόγο αυτό έχουν προταθεί τροποποιήσεις, περισσότερο κατάλληλες για τη βρεφική ηλικία που περιλαμβάνουν τα εξής επίπεδα:

α) Συνολικές προληπτικές παρεμβάσεις, οι οποίες πρέπει να είναι αποτελεσματικές με ικανοποιητικό κόστος για το γενικό πληθυσμό. Σε αυτές ανήκουν η προγεννητική και περιγεννητική φροντίδα.

β) Επιλεκτικές προληπτικές παρεμβάσεις οι οποίες είναι αποτελεσματικές με ικανοποιητικό κόστος μόνο σε μία υποομάδα του πληθυσμού, για τον οποίο η επικινδυνότητα για να αναπτυχθεί ασθένεια είναι πιθανή.

γ) Ενδεικτικά προληπτικά μέτρα, τα οποία εφαρμόζονται σε ομάδες που είναι ασυμπτωματικές σε σχέση με τη νόσηση, αλλά οι οποίες εμφανίζουν έναν ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου που δικαιολογούν πολύ δαπανηρές και εκτεταμένες παρεμβάσεις.

δ) Ένας άλλος τρόπος θεώρησης της πρόληψης είναι σε σχέση με τον τύπο των προγραμμάτων – παρεμβάσεων που αναπτύσσονται για ομάδες με ειδικούς τύπους προβλημάτων. Οι τρεις τύποι προγραμμάτων είναι οι εξής:

1. Υψηλού κινδύνου, δηλαδή παιδιά που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν διαταραχές.

2. Ανάλογα με το επίπεδο ανάπτυξης ή ηλικίας και

3. Προγράμματα που εφαρμόζονται όχι σε συγκεκριμένες κατηγορίες παιδιών αλλά σε έναν πληθυσμό παιδιών που, π.χ. , κατοικούν σε μία συγκριμένη περιοχή ή που πηγαίνουν σε ένα σχολείο (Τσιάντης & Δραγώνα, 2000).

Η αξία της ανάπτυξης προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης έχει αναγνωριστεί σε πολλές χώρες από πολύ νωρίς με την ανάπτυξη των προγραμμάτων πρόνοιας και παιδικής προστασίας. Παράλληλα τα τελευταία χρόνια έχουν σημειωθεί σημαντικές πρόοδοι στην αναπτυξιακή παιδιατρική και την αναπτυξιακή ψυχολογία σε τομείς σχετικούς με την ψυχική υγεία του βρέφους και του παιδιού. Μεταξύ αυτών είναι: η αναγνώριση της μεγάλης σημασίας που έχουν για την ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου οι πρώιμες σχέσεις και αλληλεπιδράσεις μητέρας-βρέφους, η σημασία της σωματικής υγείας του παιδιού στην ανάπτυξη και η επισήμανση ότι η ύπαρξη

συναισθηματικών, γνωστικών και κοινωνικών ερεθισμάτων από το περιβάλλον διευκολύνουν την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού.

Η γνώση αυτή σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη του παιδιού είχε ως αποτέλεσμα να προσελκυστούν ειδικοί ψυχικής υγείας σε θέματα σχετικά με την πρόληψη στην πρώιμη ηλικία. Οι ειδικοί αυτοί άρχισαν να αναπτύσσουν προγράμματα πρώιμων παρεμβάσεων που είχαν ως στόχο τη διευκόλυνση της πρώιμης ανάπτυξης του παιδιού και την ευημερία της οικογένειας. Έτσι άρχισε να γίνεται μία μετατόπιση των ενδιαφερόντων της αναπτυξιακής ψυχολογίας: από μία προσέγγιση που ήταν στατική και επικεντρωμένη στα παιδιά σε μία προσέγγιση δυναμική και προσανατολισμένη στην οικογένεια. Τρία είναι τα ουσιαστικά χαρακτηριστικά αυτής της προσέγγισης:

- α) Η ποιότητα της σχέσης γονιών-παιδιών.
- β) Ο βαθμός στον οποίο η οικογένεια παρέχει στο παιδί τις απαραίτητες και ποικίλες γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές εμπειρίες μαζί με το κατάλληλο κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον.
- γ) Οι τρόποι με τους οποίους η οικογένεια εξασφαλίζει στο παιδί τις προϋποθέσεις για υγεία και ασφάλεια.

Κεντρική θέση σε αυτή την προσέγγιση κατέχει η οικογένεια με αναφορά στην ποιότητα των αμοιβαίων αλληλεπιδράσεων μητέρας-βρέφους. Επιπλέον χρειάζεται να τονιστεί ότι ο βαθμός στον οποίο η οικογένεια προωθεί την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού εξαρτάται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά και την ψυχική υγεία των γονέων, την ποιότητα της συζυγικής σχέσης, τις οικονομικές δυνατότητες της οικογένειας, την ιδιοσυγκρασία του παιδιού καθώς και την κοινωνική υποστήριξη που έχει η οικογένεια. Στο βαθμό που αυτά τα οικογενειακά χαρακτηριστικά ενθαρρύνουν την ομαλή λειτουργία της οικογένειας, η ανάπτυξη του παιδιού θα προχωρήσει ομαλά. Η ομαλή ή όχι ανάπτυξη του παιδιού μπορεί επίσης να επηρεαστεί από διάφορους πιθανούς στρεσογόνους παράγοντες στην οικογένεια λόγω αναπηρίας του παιδιού ή της ύπαρξης άλλων βιολογικών παραγόντων κινδύνου. Επίσης, απειλή για τη λειτουργία της οικογένειας αποτελεί η ελλιπής πληροφόρηση για τις υπηρεσίες και τα

προγράμματα που υπάρχουν, από τα οποία η οικογένεια μπορεί να ζητήσει βοήθεια (Τσιάντης & Δραγώνα, 2000).

3.3 Στοιχεία των προγραμμάτων των πρώιμων παρεμβάσεων

Τα προγράμματα πρώιμης παρέμβασης μπορεί να ακολουθούν διαφορετικές προσεγγίσεις ανάλογα με το στρες που προκαλείται στην οικογένεια από την ύπαρξη παραγόντων κινδύνου (βιολογικών ή περιβαλλοντικών). Σε γενικές γραμμές όμως τα στοιχεία των προγραμμάτων παρέμβασης περιλαμβάνουν: την προσφορά παροχών, την κοινωνική υποστήριξη και την πληροφόρηση και τις υπηρεσίες προς τις οικογένειες (πίνακας 1).

πίνακας 1

Στοιχεία Προγραμμάτων Παρέμβασης		
Προσφορά Παροχών	Κοινωνική Υποστήριξη	Πληροφόρηση και Υπηρεσίες
-Δυνατότητα για πρόσβαση σε υπηρεσίες και συντονισμός των υπηρεσιών	-Ομάδες αυτοβοήθειας γονέων -Συμβουλευτική οικογένειας	-Συγκεκριμένα προγράμματα παρέμβασης (στο σπίτι, σε υπηρεσίες)
-Συμπληρωματικές παροχές, οικονομική βοήθεια, ανακουφιστική φροντίδα	-Κινητοποίηση 1.οικογένειας 2.κοινοτικών δικτύων 3.φίλων της οικογένειας	-Παρέμβαση στους γονείς (για θέματα υγείας και ασφάλειας του παιδιού) -Προληπτική συμβουλευτική, τεχνικές επίλυσης προβλημάτων -Ατομικές θεραπείες

Προκειμένου να αναπτυχθούν προγράμματα παρέμβασης πρέπει να είναι ανεπτυγμένο ένα σύστημα από υπηρεσίες στην κοινότητα, κατάλληλα διαρθρωμένες, για να είναι δυνατόν να εφαρμόζεται ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα παρέμβασης. Με άλλα λόγια, στη βάση των προγραμμάτων βρίσκονται οι υπηρεσίες που παρέχουν βασική φροντίδα για θέματα διατροφής, κατοικίας, ιατρικής φροντίδας και

εκπαίδευσης. Στη συνέχεια της ιεράρχησης των προγραμμάτων βρίσκεται η ανάπτυξη μια σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ των γονιών και των μελών της ομάδας παρέμβασης. Η σχέση εμπιστοσύνης θα διευκολύνει την οικογένεια να αποκτήσει την απαραίτητη πληροφόρηση για τα διάφορα αναπτυξιακά στάδια και τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του παιδιού. Στην κορυφή της ιεράρχησης των προγραμμάτων βρίσκονται οι εξειδικευμένες υπηρεσίες, οι οποίες είναι σχεδιασμένες να αντιμετωπίσουν με επάρκεια τις προκλήσεις κάθε σταδίου ανάπτυξης (μία συντονισμένη και ισότιμη αντιμετώπιση για τα σωματικά, αισθητηριακά, κινητικά, γνωστικά, συναισθηματικά, οικογενειακά θέματα) (Τσιάντης & Δραγώνα, 2000).

Προγράμματα, τα οποία ευαισθητοποιούν τους γονείς και γενικά αυτούς που φροντίζουν τα παιδιά στις βασικές αρχές φροντίδας και την επικοινωνία στα προσχολικά χρόνια, επικεντρώνονται στους εξής τομείς:

- ανάπτυξη του εμβρύου και φροντίδα της εγκύου,
- άγχη στην περίοδο της εγκυμοσύνης και του τοκετού,
- προσαρμογή στους νέους ρόλους και τις αλλαγές που προκύπτουν από τη γέννηση,
- συναλλαγή μητέρας-βρέφους,
- ανάπτυξη του παιδιού που καλύπτει διάφορα θέματα όπως, π.χ. ιδιοσυγκρασία, ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη, αναπτυξιακές δεξιότητες.

Τα προγράμματα αυτά έχουν μεγαλύτερες δυνατότητες να επηρεάσουν όλη την οικογένεια καθώς έχουν ως στόχο την εκπαίδευση των γονιών σε θέματα φροντίδας, σχέσεων και ανάπτυξης των βρεφών. Όταν εφαρμόζονται με κατ' οίκον επισκέψεις από επαγγελματίες υγείας για αρκετό διάστημα έχει φανεί ότι φέρνουν θετικά αποτελέσματα. Τα προγράμματα αυτά παρέχουν τη δυνατότητα να υπάρχει συνέχεια της φροντίδας μαζί με την ανάπτυξη μιας συνεργατικής σχέσης με τους γονείς. Οι δύο αυτοί παράμετροι, δηλαδή η φροντίδα και η επάρκεια των επαγγελματιών υγείας φαίνεται να αποτελούν τις βασικές αρχές για την ανάπτυξη αποτελεσματικών προγραμμάτων παρέμβασης (Τσιάντης & Δραγώνα, 2000).

Η παροχή συμβουλευτικής από επαγγελματίες υγείας στους γονείς σε σχέση με τις ανάγκες και τις δυνατότητες των παιδιών, ανάλογα με το εξελικτικό στάδιο που διανύουν, διευκολύνει την τροποποίηση των συστημάτων αξιών και τις αναπαραστάσεις των γονιών για τα παιδιά τους. Πιο συγκεκριμένα, έχει καταδειχτεί ότι οι γονείς έχουν συστήματα αξιών και <<πιστεύω>> για την ομαλή ανάπτυξη καθώς και για το πότε πρέπει να εμφανιστούν ορισμένα χαρακτηριστικά στο ρεπερτόριο της συμπεριφοράς των παιδιών. Με βάση αυτά οι γονείς ενδέχεται να υιοθετήσουν εξωπραγματικές προσδοκίες και ερμηνείες για τη συμπεριφορά των παιδιών τους. Μία κατάλληλη παρέμβαση στο επίπεδο του συστήματος αξιών των γονιών και των αναπαραστασέων τους μπορεί να μεταβάλει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν τη συμπεριφορά των παιδιών, διευκολύνοντάς τους ώστε να αποκτήσουν ρεαλιστικές προσδοκίες και ενισχύοντας την ομαλή ανάπτυξη των παιδιών τους.

3.4 Πρώιμες παρεμβάσεις και κοινωνικά δίκτυα

Ένα άλλο θέμα το οποίο έχει σημασία για την εφαρμογή προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης αναφέρεται στο ποιοί κάνουν χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Είναι γνωστό ότι πολύ συχνά οι πληθυσμοί που κάνουν χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι αυτοί που έχουν τις μικρότερες ανάγκες. Πρακτικά οι ομάδες υψηλού κινδύνου δεν έρχονται σε επαφή με τις υπηρεσίες, είτε επειδή δεν τις γνωρίζουν, είτε επειδή βρίσκουν αρκετή υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον, είτε από άρνηση του προβλήματος (ως μηχανισμό άμυνας), για να αποφύγουν τον κοινωνικό στιγματισμό ή τον προσωπικό ψυχικό πόνο. Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας, που καθορίζει τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από αυτούς που τις χρειάζονται, εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο το κοινωνικό περιβάλλον των ατόμων αλληλεπιδρά με το περιβάλλον των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Εξαρτάται δηλαδή από τη μεταξύ τους σχέση. Επισημαίνεται ότι η χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από αυτούς που έχουν ανάγκη εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού δικτύου των ατόμων. Με άλλα λόγια κατά πόσο το κοινωνικό δίκτυο δίνει τη δυνατότητα

πρόσβασης και ροής της πληροφόρησης (κοινωνικό δίκτυο ως σύστημα επικοινωνίας) και κατα πόσο το κοινωνικό δίκτυο λειτουργεί σαν παράγοντας που βοηθάει στην επίλυση των προβλημάτων του κόσμου ενώ παράλληλα τον υποστηρίζει (το κοινωνικό δίκτυο ως υποστηρικτικό σύστημα) (Τσιάντης & Δραγώνα, 2000).

3.5 Αποτελεσματικότητα των πρώιμων παρεμβάσεων

Ένα θέμα που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων είναι η ένταση και η διάρκεια της παρέμβασης που απαιτείται προκειμένου να υπάρξει αποτέλεσμα. Σχετικά με το θέμα αυτό έχουν διατυπωθεί τρεις θέσεις: α) Η μία είναι αυτή που υποστηρίζει το ιατρικό μοντέλο της ανοσοποίησης, ότι δηλαδή ακόμα και μία σύντομη παρέμβαση μπορεί να έχει ένα αποτέλεσμα που θα διαρκέσει. β) Η δεύτερη υποστηρίζει ότι τα διάφορα ελλείμματα στην ανάπτυξη του παιδιού μπορεί να αντιμετωπιστούν αν η παρέμβαση διατηρείται για μεγάλο χρονικό διάστημα. γ) Η τρίτη θέση είναι αυτή που υποστηρίζει ότι πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή στην απαιτούμενη "δόση" παρέμβασης κάθε φορά. Από τα αποτελέσματα διαφόρων μελετών έχει διαπιστωθεί ότι καθεμία από τις παραπάνω θέσεις μπορεί να είναι αποτελεσματική για συγκεκριμένες κατηγορίες προβλημάτων. Για παράδειγμα έχει βρεθεί από προγράμματα παρεμβάσεων για αντικοινωνικά παιδιά ότι οι παρεμβάσεις όχι μόνο πρέπει να διατηρούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα, αλλά επίσης ότι πρέπει να τροποποιούνται ανάλογα με το στάδιο της εξέλιξης για να διατηρείται η βελτίωση στη συμπεριφορά. Παράλληλα απαιτείται εργασία με γονείς σε θέματα πειθαρχίας για αντικοινωνικά παιδιά.

Σχετικά, λοιπόν, με την αποτελεσματικότητα των πρώιμων παρεμβάσεων έχουν διατυπωθεί οι εξής θέσεις:

1. Θεωρείται ότι οι πρώιμες φάσεις της ανάπτυξης είναι οι πιο καθοριστικές για την μελλοντική εξέλιξη του παιδιού και επομένως ότι οι πρώιμες παρεμβάσεις στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής είναι πιο αποτελεσματικές.
2. Υποστηρίζεται ότι στην ανάπτυξη του παιδιού υπάρχουν κρίσιμες φάσεις και ότι η παρέμβαση είναι πιο αποτελεσματική σε αυτές τις φάσεις.
3. Εάν διατηρείται μια παθολογική συμπεριφορά καθώς το παιδί μεγαλώνει ή,

ακόμη, αν διατηρείται και η συνέχεια της επίδρασης των διαφόρων αιτιολογικών διαδικασιών, τότε η παρέμβαση πρέπει να διατηρείται για μεγάλο διάστημα.

Σε θέματα κακοποίησης των παιδιών έχουν διατυπωθεί τα παρακάτω συμπεράσματα με βάση την εφαρμογή πρώιμων προληπτικών παρεμβάσεων (πίνακας 2 και 3) (Τσιάντης & Δραγώνα, 2000).

Πίνακας 2

Βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα των προγραμμάτων που αφορούν στην εγκυμοσύνη, στην περιγεννητική και τη βρεφική περίοδο.

ΠΑΙΔΙΑ -καλύτερη σωματική υγεία -καλύτερη διατροφή για γονείς -μικρότερος αριθμός γεννήσεων βρεφών με χαμηλό βάρος -λιγότερα προβλήματα διατροφής -λιγότερα ατυχήματα και επείγοντα περιστατικά -μικρότερη συχνότητα κακοποίησης παιδιών
ΓΟΝΕΙΣ -καλύτερη υποστήριξη από το κοινωνικό δίκτυο -μεγαλύτερη εμπιστοσύνη -βελτιωμένες ικανότητες για γονεϊκή φροντίδα -καλύτερη συναλλαγή γονέα-παιδιού -σταθερότερες συζυγικές σχέσεις -μικρότερη κακοποίηση/ παραμέληση των παιδιών -μεγαλύτερο μεσοδιάστημα μεταξύ των περιόδων εγκυμοσύνης -συχνότερη και πιο σωστή χρησιμοποίηση των υπηρεσιών

Πίνακας 3

Μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα των προγραμμάτων που αφορούν στην εγκυμοσύνη, στην περιγεννητική και τη βρεφική περίοδο.

ΠΑΙΔΙΑ -λιγότερη επιθετικότητα και καταστροφικότητα στο σχολείο -λιγότερες διαταραχές διαγωγής -καλύτερες στάσεις για το σχολείο -καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα -μεγαλύτερη συχνότητα προ-κοινωνικών στάσεων
ΓΟΝΕΙΣ -συχνότερη σχολική εκπαίδευση από τις μητέρες -συχνότερη αποφοίτηση από το λύκειο από τις μητέρες -μεγαλύτερη συχνότητα επαγγελματικής απασχόλησης των γονέων (μείωση ή εξάλειψη ανεργίας)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΜΗΤΡΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΑΠΩΛΕΙΑ

4.1 Ο ρόλος της προγεννητικής μητρικής ευαισθησίας

Η μητρική ευαισθητοποίηση για το έμβρυο φαίνεται να είναι ζωτικής σημασίας για τη δημιουργία προσκόλλησης της μητέρας στο αγέννητο βρέφος. Η μητρική αυτή ευαισθησία και η αγάπη έχουν τις ρίζες τους στην εγκυμοσύνη. Αυτή η σχέση αυξάνεται σταδιακά κατά την πρόοδο της εγκυμοσύνης. Η έννοια της προγεννητικής μητρικής ευαισθησίας, ξεκίνησε από την ιδέα ότι κατά τη στιγμή της γέννησης μια μητέρα έχει ήδη βιώσει για πέντε μήνες ή περισσότερο φυσική ή κιναισθητική ευαισθητοποίηση του εμβρύου και για ακόμη μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που είχε μια διανοητική γνώση του παιδιού της.

Οι εμβρυικές κινήσεις διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της προγεννητικής προσκόλλησης μητέρας-εμβρύου και στη μετέπειτα σχέση μητέρας-βρέφους. Επιπλέον έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχουν οργανωμένες αισθητικές, κινητικές συμπεριφορές του εμβρύου καθώς και ακουστική ικανότητα αλλά και ικανότητα μάθησης από τον πέμπτο μήνα της κύησης, που ενισχύουν την προγεννητική προσκόλληση. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου της εγκυμοσύνης, το έμβρυο αρχίζει να εμφανίζει έντονη δραστηριοποίηση και οι μητέρες φαίνεται να αναγνωρίζουν και να ανταποκρίνονται σε αυτό με όλο και πιο συγχρονισμένο τρόπο.

Η πρώτη αίσθηση του εμβρύου δημιουργεί στη μητέρα μια πληθώρα συναισθημάτων. Νιώθει αγάπη για το βρέφος που κυοφορεί, αρχίζει να ονειρεύεται γι' αυτό και να λέει στους άλλους τι κάνει το έμβρυο μέσα της.

Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα αυξημένο αίσθημα αγάπης προς αγέννητο παιδί της. Οι γυναίκες που εκφράζονται με μεγαλύτερη αγάπη προς το αγέννητο μωρό τους εμφανίζονται να έχουν περισσότερη εμπιστοσύνη στο νέο τους ρόλο, και έδειξαν καλύτερη προσαρμογή μετά τον τοκετό από εκείνες που εξέφρασαν δυσκολίες όσον στο ρόλο τους ως μέλλουσες μητέρες (Siddiqui & Hagglof , 2000).

Η θεωρία της προσκόλλησης υποθέτει ότι οι ευαίσθητες απαντήσεις από τη μητέρα

στις ανάγκες του βρέφους παρέχουν τη βάση για μια ασφαλής σχέση βρέφους-μητέρας, και έτσι επιτρέπει στο παιδί να αναπτύξει θετικά μοντέλα εσωτερικής αναπαράστασης του εαυτού του και των άλλων. Αυτά τα μοντέλα θα ενσωματωθούν στη δομή της προσωπικότητας του ατόμου και φαίνεται να έχουν μια τάση για σταθερότητα. Μια γυναίκα που έχει βιώσει ευαίσθητη ανταπόκριση από τη μητέρα της κατά την παιδική ηλικία πρόκειται να γίνει ευαίσθητη στο δικό της μητρικό ρόλο, ακόμη και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Κατά συνέπεια, εάν η μητρική ευαισθησία απέναντι στο παιδί γίνονται αντιληπτή ως μέρος μιας συνεχούς προσαρμογής, τότε μπορεί να λεχθεί ότι μια μητέρα που έχει μια στοργική σχέση με το αγέννητο μωρό της θα συνεχίσει να είναι στοργική και ευαίσθητη προς το μωρό της μετά τη γέννηση (Siddiqui & Hagglof , 2000).

Επίσης, έχει ερευνηθεί η πιθανή συσχέτιση μεταξύ της μητρικής προγεννητικής προσκόλλησης κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης και της αλληλεπίδρασης μητέρας-βρέφους σε περίπου 12 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες που βιώνουν έντονη αγάπη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης για το αγέννητο βρέφος τους και φαντάζονται περισσότερα για αυτά, σε γενικές γραμμές επιτυγχάνουν καλύτερη αλληλεπίδραση με το βρέφος μετά τη γέννησή του. Υπάρχει μια συνέχεια της ήδη υπάρχουσας στοργικής σχέσης, η οποία προέκυψε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Από την άλλη, μητέρες που αναπτύσσουν λιγότερο συναισθηματικούς δεσμούς με το έμβρυο αναπτύσσουν και μια αίσθηση απόστασης, ακόμη και από τη στιγμή της γέννησης του παιδιού και παραμένουν σε χαμηλά συναισθηματικά επίπεδα απέναντι στο παιδί ακόμα και δύο μήνες μετά τον τοκετό (Siddiqui & Hagglof , 2000).

4.2 Σχηματισμός μητρικής ταυτότητας

Η διαδικασία του σχηματισμού της μητρικής ταυτότητας είναι συνυφασμένη με τη διαδικασία ανάπτυξης ενός συναισθηματικού δεσμού με το αγέννητο βρέφος. Το να γίνει μια γυναίκα μητέρα είναι μία διαδικασία κατά την οποία η μητέρα επαναπροσδιορίζει τον εαυτό της για τον εαυτό της και για τους άλλους, είναι μια εξελικτική «κρίση» της ταυτότητας μιας γυναίκας.

Οι μητέρες που εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά προγεννητικής προσκόλλησης είναι

εκείνες που εμφανίζουν μια διαφοροποίηση του εαυτού τους από το έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτό το συναίσθημα περιγράφει μια μέλλουσα μητέρα που βιώνει το έμβρυο ως άτομο ανεξάρτητο της. Η μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης βασίζεται σε μια εξιδανικευμένη τρίτου προσώπου εικόνα του εαυτού ως μητέρα ενός παιδιού. Αυτή η εικόνα αλλάζει σταδιακά κατά την περίοδο μετά τον τοκετό, μέσω μιας διαδικασίας εσωτερίκευσης σε μια εικόνα του εαυτού ως μητέρα ενός συγκεκριμένου παιδιού. Αυτή η διαδικασία συνήθως διαρκεί αρκετούς μήνες μετά τη γέννηση του παιδιού. Μια πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι ο ρυθμός αυτός (Siddiqui & Hagglof, 2000).

Η προσκόλληση της γυναίκας στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ένας δείκτης της αρμοδιότητάς της στη βρεφική διατροφή και φροντίδα. Επίσης σχετίζεται με την ευαισθησία της και την αλληλεπίδρασή της με το νεογέννητο. Η χαμηλή προγεννητική προσκόλληση σχετίζεται με την έλλειψη προγεννητικής φροντίδας της μητέρας για τον εαυτό της και το βρέφος της, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε κίνδυνο επιπλοκών κατά τη γέννα. Επομένως η προγεννητική προσκόλληση θεωρείται μια καλή ένδειξη της ποιότητας της επόμενης σχέσης μεταξύ μητέρας και παιδιού και σχετίζεται με τη θετική πρακτική για την υγεία, όπου μπορεί να επηρεάσει την έκβαση της εγκυμοσύνης (Della Vedova et al., 2008).

Η πρώιμη σχέση μητέρας βρέφους είναι κρίσιμης σημασίας, διότι αποτελεί τη βάση για τη μελλοντική κοινωνική, συναισθηματική και νοητική ανάπτυξη του παιδιού. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, έχουν επισημανθεί πολλές πτυχές της σχέσης μητέρας-βρέφους. Είναι τα λεγόμενα αυτό-επιβαλλόμενα καθήκοντα της μητέρας που σχετίζονται με τη διασφάλιση ασφάλειας για τον εαυτό της και το μωρό, με το «δέσιμο» με το παιδί και με το δόσιμο εαυτού. Οι συμπεριφορές της μητέρας, όπως η ευαισθησία, η αποδοχή και η συνεργασία έχουν συσχετιστεί με τη δημιουργία και τη διατήρηση μιας θετικής σχέσης με το μωρό της. Η προγεννητική προσκόλληση και πρώιμη σχέση μητέρας-βρέφους διαμορφώνει την μετέπειτα ικανότητα του ενήλικου πια ατόμου να ρυθμίζει το συναίσθημά του σε καταστάσεις κοινωνικο-συναισθηματικού στρες (Τσαρτσαρά, 2006).

4.3 Προγεννητική απώλεια και επόμενη εγκυμοσύνη.

Μητρικός θρήνος και αποβολή.

Ως θρήνος ορίζεται η συναισθηματική αντίδραση που προκύπτει από την απώλεια ενός προσώπου, πράγματος ή ιδέας, που ήταν σημαντικά συναισθηματικά επενδεδυμένο/η και επομένως αποτελούσε μέρος των πεποιθήσεων και υποθέσεων του ατόμου (τμήμα των νοητικών κατασκευών του ατόμου) για τον κόσμο του.

Οι γυναίκες που χάνουν το παιδί τους σε πρώιμα στάδια της κύησης μπορεί να θρηνούν τόσο, όσο και εκείνες που βιώνουν ενδομήτριο θάνατο ή απώλεια νεογνού. Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η αναγνώριση του μητρικού θρήνου για την εξωτερίκευση του πένθους από την μητέρα που βίωσε την προγεννητική απώλεια μετά την αποβολή.

Η αποβολή ορίζεται ως μη εσκεμμένη απώλεια του κυήματος/εμβρύου, «προγεννητική απώλεια» και είναι ένα πολυσήμαντο γεγονός με ιατρικές και ψυχοκοινωνικές προεκτάσεις. Μπορεί να σηματοδοτεί απώλεια (εξιδανικευμένου) μελλοντικού παιδιού, συναισθηματικά επενδυμένου η/και τμήματος εαυτού. Ακόμη σηματοδοτεί την αμφισβήτηση θηλυκής ταυτότητας και της 'ικανότητας' για αναπαραγωγή, καθώς και την ακύρωση βασικών πεποιθήσεων για δυνατότητα πρόβλεψης και ελέγχου γεγονότων της ζωής καθώς και της αναπτυσσόμενης μητρικής ταυτότητας.

Η αρχική αντίδραση της γυναίκας που βίωσε προγεννητική απώλεια είναι το ψυχικό μούδιασμα και το σοκ. Αρνείται να το συνειδητοποιήσει και να το δεχτεί διότι έχει επενδύσει συναισθηματικά στην ιδέα του μελλοντικού παιδιού. Ο θυμός, η ευσυγκινησία και η σύγχυση επικρατούν στη συνέχεια σε μεγάλο βαθμό. Θεωρεί τον εαυτό της υπεύθυνο γι' αυτό που συνέβη και κυριαρχούν τα συναισθήματα της μειονεξίας, της αυτό-μορφής και της υπερβολικής ενοχής. Ακόμη μια από τις πιο συχνές αντιδράσεις των γυναικών αυτών είναι να νιώθουν αποτυχία και ντροπή αναφορικά με το αίσθημα της θηλυκότητας, διότι η αποβολή σημασιοδότησε γι' αυτές το ενδεχόμενο αναπαραγωγικής ανεπάρκειας. Έτσι όλα αυτά οδηγούν στην υπερβολική ενασχόληση με την ιδέα της εγκυμοσύνης και στο αν τελικά θα μπορέσει να κυοφορήσει και να επιτύχει την ομαλή έκβαση αυτής της εγκυμοσύνης. (Τσαρτσάρα , 2006)

4.4 Αποφυγή συναισθηματικού δεσμού στην επόμενη κύηση.

Ο τοκετός είναι μια σημαντική χαρούμενη εμπειρία για τις περισσότερες οικογένειες, αλλά εκείνοι οι γονείς που έχουν υποστεί προηγουμένως μια προγεννητική απώλεια μπορούν να δουν τις επόμενες εγκυμοσύνες με φόβο και μια γενική διστακτικότητα να προβλέψουν θετικά αποτελέσματα (Armstrong, 2002).

Ο φόβος της αποβολής και οι σχετικές ανησυχίες αποτελούν βίωμα όλων των εγκύων ανεξαρτήτως προηγουμένου ιστορικού αναπαραγωγής, αν και αυτός ο φόβος είναι σαφώς εντονότερος στις εγκύους με ιστορικό αποβολής ή σε εκείνες που έχουν αντιμετωπίσει δυσκολίες υπογονιμότητας. Θεωρείται ότι το άγχος και οι ανησυχίες αναφορικά με την έκβαση της κύησης στις εγκύους και ιδιαίτερα σε εκείνες με ιστορικό προγεννητικής απώλειας πηγάζει από τον φόβο της αποβολής. Ο φόβος αυτός φαίνεται ότι διακινεί συναισθήματα ματαιώσης τα οποία προκύπτουν από την αντίληψη μιας επειλούμενης θηλυκής ταυτότητας και το κοινωνικό στίγμα που μπορεί να επιφέρει η ακούσια στέρηση της εμπειρίας της μητρότητας.

Η εμπειρία του προγεννητικού δεσμού σε γυναίκες με ιστορικό αποβολής συνδέεται με την αποφυγή συναισθηματικής επένδυσης του εμβρύου ως αμυντικός μηχανισμός (Τσαρτσάρα, 2006).

Γυναίκες που έχουν βιώσει προγεννητική απώλεια, στην επόμενη εγκυμοσύνη αποφεύγουν να δεθούν συναισθηματικά με το έμβρυο. Η αυτομορφή και τα συναισθήματα μειονεξίας καθώς και ενοχής είναι από τις πιο συνήθεις αντιδράσεις των γυναικών μετά την εμπειρία της προγεννητικής απώλειας. Βιώνουν συνεχώς και ιδιαίτερα το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, έντονο άγχος και ανησυχία αλλά και αβεβαιότητα για την έκβαση της εγκυμοσύνης. Σε πολλές περιπτώσεις οι γυναίκες αυτές αποφεύγουν να ανακοινώσουν την εγκυμοσύνη σε τρίτους έως και το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Η προγεννητική απώλεια, σχετίζεται με τις διαταραχές που προκύπτουν στην προγεννητική προσκόλληση μητέρας-εμβρύου στην επόμενη εγκυμοσύνη, σχετικά με τις συμπεριφορές της μητέρας ως προς "τη φαντασία για τη φροντίδα του μωρού", "την ανυπομονησία να δω το βρέφος" και "τη διαφοροποίηση εαυτού (της μητέρας) από το

έμβρυο”.

Αυτό υποδεικνύει ότι υπάρχει σύνδεση ανάμεσα στις τραυματικές εμπειρίες του παρελθόντος, από τους γονείς, με τις πρώιμες σχέσεις προσκόλλησης γονέα- βρέφους. Καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη του προγεννητικού συναισθηματικού δεσμού, διαδραματίζουν οι παράγοντες της ανάληψης του ρόλου της μητέρας, η διαφοροποίηση της μητέρας από το έμβρυο, η αλληλεπίδρασή της με το έμβρυο και η απόδοση χαρακτηριστικών καθώς και το δόσιμο του εαυτού της σε αυτό.

Η εμπειρία της προγεννητικής απώλειας καθιστά αδρανείς αυτούς τους παράγοντες στην επόμενη εγκυμοσύνη, εξαιτίας της συναισθηματικής δυσφορίας που επιφέρει στον ψυχισμό της μητέρας (Mehran et al., 2013).

Ψυχολογικές διαταραχές που σχετίζονται με προγεννητική απώλεια μπορεί να υπάρχουν και στη προγεννητική προσκόλληση μητέρας-εμβρύου και να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε αυτή τη συναισθηματική σχέση, καθώς και στη μετέπειτα σχέση μητέρας-βρέφους.

Η σωματική ανάπτυξη του εμβρύου και η μετατροπή μιας γυναίκας σε μητέρα συμβαίνουν ταυτόχρονα. Ο μετασχηματισμός μιας γυναίκας σε μητέρα σημαίνει αναγνώριση του ρόλου της, της ταυτότητας του αναπτυσσόμενου εμβρύου της, καθώς και της σχέσης μεταξύ της ίδιας και του εμβρύου.

Η ανάπτυξη αυτής της σχέσης είναι κρίσιμη διότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ προγεννητικής και μεταγεννητικής προσκόλλησης, καθώς και λόγω του ότι η βέλτιστη προσκόλληση στη νηπιακή ηλικία είναι ένα αναπόσπαστο συστατικό για τη μελλοντική ανάπτυξη του παιδιού (Mehran et al., 2013).

4.5 Συναισθηματικές διαταραχές λόγω της προγεννητικής απώλειας

Όπως ήδη έχουμε αναφέρει, η προγεννητική απώλεια είναι ένα τραυματικό γεγονός στη ζωή των οικογενειών. Μπορεί να έχει μια σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη των αρνητικών συναισθημάτων, όπως τα καταθλιπτικά συμπτώματα και ειδικά το άγχος και για τους δυο γονείς σε επόμενες κυήσεις

Έχει ερευνηθεί και διαπιστωθεί από τον Armstrong (2002),ότι η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και άγχους στην εγκυμοσύνη, σχετίζονται άμεσα με την

ύπαρξη προηγούμενης προγεννητικής απώλειας.

Τα συμπτώματα αυτά είναι παρόντα στην εγκυμοσύνη μετά την προηγούμενη προγεννητική απώλεια, στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Είναι αυξημένα σε γυναίκες που θα συλλάβουν σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά την απώλεια, κυρίως μέχρι δώδεκα μήνες μετά.

Ενδιαφέρουσα είναι η διαπίστωση ότι σε πολλές γυναίκες, το χρονικό διάστημα μεταξύ της απώλειας και της επόμενης σύλληψης συνδέεται με το συναίσθημα της απελπισίας και με τη δυσκολία αντιμετώπισης αυτής της κατάστασης.

Η έννοια της προηγούμενης εγκυμοσύνης και η συναισθηματική επένδυση στο έμβρυο, συνδέεται με την αντιμετώπιση της προηγούμενης απώλειας. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ένταση της απόκρισης της θλίψης και την αντιμετώπιση της απώλειας, είναι "η πραγματική εγκυμοσύνη και το έμβρυο", "η αντιστοιχία μεταξύ της πραγματικής εμπειρίας απώλειας και το πρότυπο του επιθυμητού" καθώς και "η δυνατότητα των γονέων να λάβουν αποφάσεις για την αύξηση αυτής της αντιστοιχίας".

Σημαντική εμφάνιση θλίψης έχει παρατηρηθεί στους γονείς για τους οποίους η πραγματική εμπειρία της απώλειας ήταν πολύ διαφορετική από τον τρόπο που ήθελαν να είναι και οι οποίοι είδαν τον εαυτό τους ως ανίκανο να κάνει κάτι για να αλλάξει την κατάσταση αυτή (Armstrong, 2002).

Οι γονείς περνούν μια περίοδο θλίψης και πένθους μετά από την εμπειρία της προγεννητικής απώλειας. Το γονικό πένθος είναι μια διαρκής διαδικασία η οποία είναι σύνθετη και ατομική, όπως και η θλίψη αντίστοιχα είναι σοβαρή, περίπλοκη και διαρκής. Προκαλεί πολλές παραλλαγές στη συναισθηματική κατάσταση των γονιών για παρατεταμένο χρονικό διάστημα. Το πένθος μπορεί να οδηγήσει σε συναισθήματα κατάθλιψης και χαμηλής αυτοεκτίμησης, καθώς και στην απώλεια στήριξης από την οικογένεια και τους φίλους.

Οι γονείς με ιστορικό προγεννητικής απώλειας εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, απ' ότι οι γονείς που βιώνουν τη πρώτη τους εγκυμοσύνη. Επιπλέον, οι μητέρες εμφανίζουν πιο αυξημένα επίπεδα αυτών των συμπτωμάτων, σε σχέση με τους πατέρες. Αυτό οφείλεται στη φυσική σχέση που έχουν οι μητέρες με το αγέννητο παιδί τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Το άγχος της εγκυμοσύνης είναι υψηλότερο στην εγκυμοσύνη μετά από μια απώλεια, ειδικά όταν η μητέρα αποδίδει περισσότερο την προσωπικότητα του εμβρύου στην απώλεια. Επίσης το άγχος της εγκυμοσύνης αυξάνεται όταν η μητέρα αισθάνεται ότι είχε τον έλεγχο και την ευθύνη για την υγεία του εμβρύου.

Για τις γυναίκες με ιστορικό πρώιμης απώλειας εγκυμοσύνης, το άγχος στην επόμενη εγκυμοσύνη ήταν υψηλότερο σε πρώιμα στάδια της κύησης σε σχέση με το τέλος της εγκυμοσύνης. Έχει διαπιστωθεί ότι το άγχος μειώνεται καθώς η εγκυμοσύνη εξελίσσεται.

Οι γυναίκες-μητέρες συχνά βλέπουν την απώλεια της εγκυμοσύνης ως απειλή. Η εκτίμηση αυτής της κατάστασης ως απειλή προβλέπει έντονο το συναίσθημα του άγχους στην εγκυμοσύνη και συσχετίζεται με τη προσωπικότητα του εμβρύου και την ηλικία κύησης με το έμβρυο της προηγούμενης κύησης που είχε οδηγηθεί στην απώλεια.

Έτσι οι γονείς μπορεί να αρχίσουν να αμφισβητούν την ικανότητά τους να διατηρήσουν μια εγκυμοσύνη και να φέρουν με επιτυχία ένα παιδί στη ζωή κατά τη διάρκεια του χρονικού διαστήματος, μετά από μία προγεννητική απώλεια. Έχει αναγνωριστεί η σημασία της κατανόησης του αντίκτυπου της προηγούμενης προγεννητικής απώλειας σε μια επόμενη εγκυμοσύνη (Debackere et al, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ

Η παρέμβαση της κοινωνικής υποστήριξης έχει θεραπευτική επίδραση στη συναισθηματική ευημερία των γυναικών που έχουν προηγουμένως βιώσει προγεννητική απώλεια.

Σε πολλές περιπτώσεις όπου υπάρχει πένθος από προγεννητική απώλεια, η κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη είναι όχι μόνο αποδεκτή, αλλά και ζωτικής σημασίας. Είναι αξιοσημείωτο το πόσο συχνά για τους γονείς που έχουν ζήσει την εμπειρία της αποβολής, ότι η στήριξη αυτή όχι μόνο δεν υπάρχει αλλά αντικαθίσταται και από αρνητική στάση. Τα ταμπού και οι προκαταλήψεις που δημιουργούνται για το θέμα της προγεννητικής απώλειας, μπορεί να κάνουν τους ανθρώπους να ενεργούν διαφορετικά. Οι συγγενείς και οι φίλοι μπορεί να αποφεύγουν τους γονείς. Αυτές οι αντιλήψεις έχουν αφήχηση στην κοινωνία και στο σύνολό της.

Για πολλούς γονείς η απώλεια του βρέφους τους μπορεί κάλλιστα να είναι η πρώτη τους εμπειρία θανάτου. Δεν έχουν όμως μόνο να αντιμετωπίσουν την δικιά τους θλίψη, αλλά και τις απροσδόκητες αντιδράσεις των ανθρώπων γύρω τους. Διότι δεν αργούν να συνειδητοποιήσουν ότι οι αποβολές και οι άλλες απώλειες εγκυμοσύνης, δεν θεωρούνται από τους άλλους που δεν το έχουν βιώσει, ως σημαντική συναισθηματική εμπειρία. Έτσι γίνεται ακόμη πιο έντονη η ανάγκη των γονιών αυτών, για αναγνώριση του νεκρού εμβρύου ως πρόσωπο και ως εκ τούτου για τη νομιμοποίηση του πένθους.

Η κοινωνική υποστήριξη σε γενικές γραμμές έχει μεγάλες συνέπειες για τη διαδικασία του πένθους που δημιουργείται από προγεννητική απώλεια. Η έλλειψη συμπαράστασης σε τέτοια περίπτωση από φίλους και συγγενείς, έχει χαρακτηριστεί ως παράγοντας για την εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών και άλλων συναισθηματικών προβλημάτων. Ένας άλλος παράγοντας για την εμφάνιση τέτοιων διαταραχών, είναι η χαμηλή οικειότητα και η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των γονέων.

Ένα πολύτιμο στοιχείο της κοινωνικής υποστήριξης είναι ότι βοηθάει στην αποκατάσταση της συναισθηματικής υγείας της γυναίκας, από τις δύο πρώτες μέρες μετά την προγεννητική απώλεια αλλά και σε μακροπρόθεσμη βάση (Rajan & Oakley, 2010).

ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΑΠΩΛΕΙΑ

A. Εστιάζει στο άλυτο πένθος

Μια από τις πιο σημαντικές μορφές της παρέμβασης στην προγεννητική απώλεια, είναι ότι εστιάζει στο άλυτο πένθος και τις ανησυχίες που η επόμενη εγκυμοσύνη είναι βέβαιο ότι θα φέρει. Την εξωτερίκευση αυτή του πένθους, που έχουν ανάγκη να βιώσουν οι γονείς αναλαμβάνουν οι ομάδες στήριξης και παρέμβασης. Ενθαρρύνουν τους γονείς να εξωτερικεύσουν το πένθος τους, να διατηρήσουν την αυτοεκτίμησή τους και την ταυτότητά τους. Επιτρέπουν στις γυναίκες που έχουν βιώσει προγεννητική απώλεια, να θρηνήσουν, σε ένα συναισθηματικό και υποστηρικτικό περιβάλλον, στο πλαίσιο συζητήσεων τόσο με οικεία πρόσωπα όσο και με ειδικούς.

Η σιωπηλή προσωπική πίεση για να μην θρηνήσει το ζευγάρι για το βρέφος που δεν ήρθε στη ζωή, τους ωθεί να μην εξωτερικεύουν την θλίψη τους. Τους δημιουργεί την ιδέα ότι το αγέννητο παιδί δεν είναι πρόσωπο για το οποίο αξίζει να θρηνούν και ότι το κλάμα δεν είναι αξιοπρεπής συμπεριφορά. Όλα αυτά καταστέλλουν τη φυσική διαδικασία της θλίψης και συμβάλλουν στην κατάσταση παθολογικού πένθους το οποίο μπορεί να προκαλέσει σοβαρή μακροπρόθεσμη κλινική κατάθλιψη.

Έτσι αν και το πένθος θεωρείται ως μια ιδιωτική διαδικασία, στη πραγματικότητα συνδέεται έντονα με τις σχέσεις του ατόμου με τους άλλους ανθρώπους, τόσο αυτών που βρίσκονται κοντά στους παθόντες, όσο και στην ευρύτερη κοινωνία. Ίσως από τα πιο δύσκολα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες που βιώνουν προγεννητική απώλεια είναι η κοινή παραδοχή ότι δεν είναι απαραίτητο να θρηνήσουν για κάτι που δεν είχε καμιά "πραγματική" ύπαρξη και η εγκυμοσύνη δεν θεωρείται ως η αρχή της ζωής ενός ατόμου, επειδή το έμβρυο δεν είναι κοινωνικό ον. Το πένθος πρέπει λοιπόν να αναγνωριστεί σαν φυσικό και υγιεινό, αν και είναι μια επώδυνη διαδικασία (Rajan & Oakley, 2010).

B. Παροχή βοήθειας στις οικιακές εργασίες

Καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει το να ανταποκρίνεται η παρέμβαση στις ατομικές ανάγκες τις κάθε γυναίκας καθώς και του ζευγαριού, για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Σε μια εγκυμοσύνη ιδίως μετά από μια προγεννητική απώλεια, μπορεί να προσφέρει βοήθεια στις οικιακές εργασίες, στα ψώνια ή και στο μαγείρεμα, έτσι ώστε να ελαφρύνει το φορτίο της γυναίκας αυτής και να της επιτρέψει να αντιμετωπίσει καλύτερα την εγκυμοσύνη. Επιπλέον η στήριξη από τους φίλους, τους συγγενείς και τους επαγγελματίες υγείας, θα ενισχύσει το ηθικό της και θα δώσει μια πιο θετική προοπτική (Rajan & Oakley, 2010).

Γ. Η παρέμβαση σε οικείο περιβάλλον

Όπως έχει τονιστεί, ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο κατέχει η προσαρμογή της παρέμβασης στην κάθε περίπτωση, με εξιδανικευμένο τρόπο. Για την επίτευξη αυτού σκοπού σημαντικό είναι η παρέμβαση να πραγματοποιείται σε ένα περιβάλλον οικείο, έτσι ώστε οι γονείς να εμπιστεύονται τους ειδικούς. Οι γυναίκες κυρίως που βίωσαν την απώλεια του αγέννητου παιδιού τους, έχουν ανάγκη να αναγνωριστούν και να κατανοηθούν τα συναισθήματά τους. Η παρέμβαση λοιπόν μπορεί να πραγματοποιηθεί με επισκέψεις ή ακόμα και με τηλεφωνικές κλήσεις.

Σε αυτές τις επισκέψεις οι ειδικοί ενθαρρύνουν τις γυναίκες αυτές να μιλούν για την απώλεια, για τη συγκίνηση, για τη θλίψη τους και γενικά τα συναισθήματά τους μέσα από μια ανοιχτή και ειλικρινή συζήτηση.

Έχει προκύψει από έρευνα των Tsartsara & Johnson, ότι η παρέμβαση που δεν πραγματοποιείται σε οικείο περιβάλλον για τις γυναίκες που έχουν βιώσει την προγεννητική απώλεια, δεν έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα για τις γυναίκες αυτές.

Διαπιστώθηκε μετά από την έρευνά τους για την παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες με ιστορικό προγεννητικής απώλειας, σε γενικό νοσοκομείο στο Ηνωμένο Βασίλειο, ότι δεν υπήρχε βελτίωση στη συναισθηματική δυσφορία των γυναικών αυτών. Το περιβάλλον δεν ήταν οικείο. Οι γυναίκες σύγκριναν τον εαυτό τους με τις άλλες γυναίκες που ήταν στο νοσοκομείο και βίωναν μία υγιής εγκυμοσύνη, ένιωθαν πως είναι αρκετά μόνες καθώς και μειονεκτικά διότι στο νοσοκομείο αποστασιοποιούνταν από τις άλλες γυναίκες. Ακόμη ανεπαρκής ήταν η ενημέρωση των γιατρών και η εξήγηση για τα αίτια της αποβολής στους γονείς, αλλά και η ανακοίνωση της απώλειας στους γονείς από τους γιατρούς γινόταν με τρόπο που απαξίωνε τα

συναισθήματα της θλίψης τους και τους δημιούργησε συναισθήματα άγχους και σύγχυσης (Tsartsara & Johnson, 2006).

Οι υπηρεσίες παρακολούθησης σε μια συμβουλευτική ομάδα πιο προσωπική και όχι στο νοσοκομείο, θα μπορούσε να είναι περισσότερο αποδεκτή από τις γυναίκες. Η επαγγελματική ευαισθησία, η κατανόηση των συναισθημάτων για την απώλεια της εγκυμοσύνης, οι διαπροσωπικές δεξιότητες, η εμπιστοσύνη, ο σεβασμός, η οικειότητα και η κοινή δράση στη σχέση ειδικού και πάσχων είναι καθοριστικοί παράγοντες για μια επιτυχής παρέμβαση.

Έτσι μετά από μια επιτυχής παρέμβαση, μειώνεται η διάρκεια του πένθους και ο κίνδυνος ψυχιατρικών και ψυχοσωματικών διαταραχών που προκύπτουν από την προγεννητική απώλεια. Ακόμη οι γυναίκες νιώθουν ότι έχουν τον έλεγχο της ζωής τους σε μόλις δύο εβδομάδες μετά την παρέμβαση. Έχει ενισχυθεί το ηθικό τους και αποκτούν μια πιο θετική προοπτική (Tsartsara & Johnson, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΧΕΣΗ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η περίοδος της τεκνοποίησης και της μετάβασης προς την μητρότητα αναγνωρίζεται ως μία δύσκολη περίοδο ζωής με απαιτητικές αλλαγές και προσαρμογές για τις γυναίκες. Κατά την διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, ένας μεγάλος αριθμός γυναικών έχει μάθει για τις ψυχολογικές αντιδράσεις και την δυσφορία μετά τον τοκετό και πιο συγκεκριμένα για την κατάθλιψη μεταξύ των νέων μητέρων. Η κατάθλιψη προσδιορίζεται από διάφορους διαλογής μέσων. Η καταθλιπτική διάθεση στις γυναίκες συνδέθηκε με την διάρκεια και την εμπειρία του θηλασμού στους δύο μήνες μετά τον τοκετό και την μητρική εμπειρία ένα χρόνο μετά. Η έλλειψη υποστήριξης συντρόφων και οι οικονομικές ανησυχίες ήταν πιο συχνές μεταξύ των γυναικών σε καταθλιπτική διάθεση. Αν η προγεννητική κατάσχεση σχετίζεται με τέτοιο υπόβαθρο, τότε οι παράγοντες δεν είναι γνωστοί. Για τους γονείς, η εγκυμοσύνη είναι μία θετική, συναρπαστική στιγμή γεμάτη με ψυχική προετοιμασία για την μητρότητα και την ευθύνη για έναν νέο άνθρωπο, μία νέα ζωή η οποία δημιουργήθηκε από το σώμα τους (Seimyr, 2009).

Η επιλόχεια κατάθλιψη έχει λάβει ιδιαίτερη προσοχή κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, όχι μόνο λόγω της επιζήμιας των επιπτώσεων στην ευημερία και στην λειτουργία της μητέρας, αλλά και λόγω των σοβαρών αρνητικών επιπτώσεων στο δεσμό μητέρας- παιδιού, πραγματοποίηση μητρικού ρόλου και κατάλληλη φροντίδα για το παιδί. Μητέρες με υψηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης οδηγείται στην λήψη προληπτικών μέτρων, όπως η προσφορά συμβουλευτικής και θεραπείας πριν και κατά την διάρκεια των μηνών μετά την παράδοση. Υπάρχουν πολλά προγράμματα που υποστηρίζουν τις μητέρες με διάφορους παράγοντες κινδύνου, όπως η ψυχική διαταραχή, η κατάχρηση ουσιών ή η εφηβική εγκυμοσύνη. Ωστόσο και γυναίκες χωρίς αυτούς τους προφανείς παράγοντες μπορούν να παρουσιάσουν επιλόχεια κατάθλιψη και πρέπει να προσδιορίζονται ως υψηλού κινδύνου το συντομότερο δυνατόν (Goecke, 2012).

6.1 ΟΡΙΣΜΟΙ

6.1.1 Ορισμός κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική νόσος που σαν κύρια χαρακτηριστικά έχει την κακή διάθεση, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και την απουσία ενδιαφέροντος-ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που φυσιολογικά είναι ευχάριστες. Συχνά, ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται για να περιγράψει κάθε είδους διαταράχτης διάθεσης. Κατάθλιψη είναι μία από τις πιο κοινές ψυχικές διαταραχές στην Ευρωπαϊκή Επικράτεια και εμφανίζεται ειδικότερα σε γυναίκες και άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, οι οποίοι βρίσκονται σε κίνδυνο να εμφανίσουν ένα ή περισσότερα επεισόδια κατά την διάρκεια της ζωής του. Η αιτιολογία της κατάθλιψης είναι πολυπαραγοντική. Οι επιρροές των βιολογικών παραγόντων, όπως οι γενετικές μεταβολές και των δύο φύλων καθώς και οι επιπτώσεις της αγχωτικής ζωής και η αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων έχουν τεκμηριωθεί. Η κατάθλιψη δείχνει μία τάση να υποτροπιάζουν περίπου τα δύο τρίτα των ασθενών. Η διάγνωση βασίζεται τόσο σε εμπειρίες του ίδιου του ασθενούς, όσο και σε συμπεριφορές του όπως καταγράφονται από συγγενείς και φίλους του, καθώς επίσης και σε κάποια εξέταση ψυχικής κατάστασης. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν μια κακή διάθεση, που επηρεάζει όλες τις πλευρές του βίου τους και αδυνατούν να αισθανθούν ικανοποίηση από δραστηριότητες που πιο πριν τους ήταν ευχάριστες, έχουν την τάση να γεμίζουν σκέψεις και συναισθήματα αρνητισμού, αυτοκριτικής, απελπισίας, μίσος για τον εαυτό τους. Σοβαρές περιπτώσεις καταθλιπτικών, μπορεί να έχουν συμπτώματα ψύχωσης, όπως παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις συχνά δυσάρεστες (Μάνου, 1997).

6.1.2 Προγεννητική κατάθλιψη

Προγεννητική είναι η κατάθλιψη που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της κύησης. Η προγεννητική κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί την επιδείνωση προϋπάρχουσων διαταραχών ή να εμφανίζεται για πρώτη φορά με την ευκαιρία της κύησης, σε μια προσωπικότητα που ενδέχεται να έχει μια σχετική προδιάθεση. Τα συμπτώματα της προγεννητικής κατάθλιψης είναι παρόμοια με τα συμπτώματα της κατάθλιψης.

Συνήθως οι έγκυες, αν και διαπιστώνουν αλλαγές στη συμπεριφορά τους και αναγνωρίζουν τα συναισθήματά τους, ντρέπονται να τα εκφράσουν και να ζητήσουν επιστημονική βοήθεια. Η έννοια της προγεννητικής προσκόλλησης με το αγέννητο παιδί αναπτύχθηκε στην θεωρία του Bowlby. Σε αντίθεση με την προσκόλληση ανάμεσα στην μητέρα και το παιδί μετά την γέννηση, η πτυχή της αμοιβαιότητας είναι ελλιπής σε μεγάλο βαθμό στη προγεννητική προσκόλληση. Σύμφωνα με τον Cranley η προγεννητική προσκόλληση ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο μια γυναίκα ξοδεύει τον χρόνο της με συμπεριφορές, οι οποίες αντιπροσωπεύουν την σχέση και την αλληλεπίδραση με το αγέννητο παιδί. Αυτή η σχέση θα μπορούσε να ξεκινήσει με την ανάπτυξη μιας νοητικής εικόνας του αγέννητου παιδιού, η οποία θα περιλαμβάνει γνώση για το κάθε παιδί, αλλά και συναισθήματα για αυτό. Τα πρώτα συναισθήματα μπορούν να εμφανιστούν από την 10η βδομάδα και πάνω. Αυτά γίνονται πιο έντονα με την πρόοδο της εγκυμοσύνης και φτάνουν στο μέγιστο κατά την διάρκεια του τρίτου τριμήνου. Η προγεννητική προσκόλληση σχετίζεται με την εμφάνιση της υγιεινής συμπεριφοράς, όπως η αποχή από το αλκοόλ και φροντίδα μετά την παράδοση, η επιλόχεια κατάθλιψη εξασθενεί. Έτσι, μια ισχυρή προγεννητική προσκόλληση μπορεί να αντιπροσωπεύει ένα προστατευτικό παράγοντα για την επιλόχεια κατάθλιψη. Επίσης, η προγεννητική κατάθλιψη αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την επιλόχεια και είναι πολύ σημαντική, λόγω της αρνητικής επιρροής, της ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου και της νευροβιολογικής συμπεριφοράς του παιδιού. Και οι δύο, η προγεννητική και η επιλόχεια κατάθλιψη έχουν συνδεθεί με προβληματική συμπεριφορά και χαμηλές αρμοδιότητες για τα αρσενικά παιδιά (Goecke, 2012).

Η μητρική ψυχολογική διεργασία ωρίμανσης συνδέεται με τα τρία τρίμηνα, τα οποία οι γυναίκες περνούν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα τρίμηνα αυτά χωρίζονται σε τρεις φάσεις, οι οποίες είναι η φάση της σύνταξης, της διαφοροποίησης και η φάση του διαχωρισμού.

Αρχικά, κατά την διάρκεια του πρώτου τριμήνου στην φάση της σύνταξης, η γυναίκα συνειδητοποιεί ότι είναι έγκυος, παίρνει μια απόφαση να αποδεχτεί και να συνεχίσει την εγκυμοσύνη ή να διακόψει την διαδικασία, αν η εναλλακτική λύση είναι διαθέσιμη. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης, η γυναίκα δέχεται το έμβρυο ως ένα

κομμάτι του εαυτού της και δεν το θεωρεί ως ένα άγνωστο σώμα ή έναν εισβολέα. Οι περισσότερες γυναίκες δημιουργούν ένα βέλτιστο περιβάλλον για το μέλλον του παιδιού του, με την αποχή από τις δραστηριότητες, που θα μπορούσαν να βλάψουν το έμβρυο και δεν τους νοιάζει για την υγεία του μωρού με την υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας που ενισχύει την ανάπτυξη του μωρού.

Έπειτα, κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου, ξεκινάει η φάση της διαφοροποίησης και οι γυναίκες βιώνουν τις κινήσεις του εμβρύου και αντιλαμβάνονται το αναμενόμενο μωρό ως ένα ξεχωριστό άτομο. Οι γυναίκες αρχίζουν να σκέφτονται για το μωρό και φαντασιώνονται για τα προσωπικά του χαρακτηριστικά. Η περιέργεια για το αγέννητο παιδί είναι μέρος αυτού του σταδίου.

Τέλος, κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου, η μέλλουσα μητέρα μπαίνει στην φάση του ψυχολογικού αποχωρισμού, προετοιμάζοντας τον εαυτό της για την γέννηση και την ολοκλήρωση του φυσικού διαχωρισμού από το μωρό. Οι γυναίκες ανυπομονούν να γεννήσουν, όμως με την εμφάνιση ανάμεικτων συναισθημάτων του άγχους και του φόβου, καθώς και ανακούφιση και χαρά. Ο τοκετός θα την απαλλάξει από την καλλιέργεια του σώματος και θα την επαναφέρει στο φυσιολογικό σχήμα του σώματος της. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει εξεταστεί η φύση για την επίτευξη του μητρικού ρόλου σε έγκυες γυναίκες και το συναισθηματικό δεσμό με το αγέννητο παιδί. Ακόμα, και ο συναισθηματικός δεσμός του μελλοντικού πατέρα με το αγέννητο παιδί έχει μελετηθεί από την πατρική – εμβρυική κλίμακα (Seimyr, 2009).

6.1.3 Ορισμός επιλόχειας κατάθλιψης

Η επιλόχεια κατάθλιψη, μία περίοδος κατάθλιψης που ακολουθεί τον τοκετό, συμβαίνει σε περίπου 10% νέων μητέρων. Αν και παίρνει πολλές μορφές, το κύριο σύμπτωμα της είναι ένα διαρκές, βαθύ αίσθημα λύπης και δυστυχίας που σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να διαρκέσει αρκετούς μήνες, ακόμα και χρόνια. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις, η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να αποβεί μοιραία. Η εμφάνιση της κατάθλιψης συνήθως είναι εντελώς ξαφνική. Πάντως ορισμένες μητέρες, όπως αυτές που κάποια στιγμή στο παρελθόν είχαν διαγνωσθεί ή αυτές που ένα μέλος της

οικογένειας τους έχει κατάθλιψη, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη. Επίσης, οι γυναίκες οι οποίες δεν είναι προετοιμασμένες για το εύρος των συναισθημάτων που συνοδεύουν την γέννηση ενός παιδιού – ορισμένα θετικά, άλλα αρνητικά – ίσως είναι πιο ευάλωτες στην επιλόχεια κατάθλιψη. Τέλος, είναι πιθανόν η επιλόχεια κατάθλιψη να προκαλείται από έντονες διακυμάνσεις στην παραγωγή ορμονών μετά τον τοκετό. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, η παραγωγή των θηλυκών ορμονών, οιστρογόνων και προγεστερόνης αυξάνεται σημαντικά. Ωστόσο, εντός των 24 πρώτων ωρών μετά τον τοκετό, επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα. Αυτή η απότομη αλλαγή μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση της κατάθλιψης. Όποιο και αν είναι το αίτιο, η μητρική κατάθλιψη επηρεάζει το νεογέννητο βρέφος. Τα νεογνά γεννιούνται με εκπληκτικές κοινωνικές ικανότητες και είναι πολύ καλά συντονισμένα με την συναισθηματική διάθεση της μητέρας τους. Όταν η μητέρα με κατάθλιψη συναλλάσσεται με το βρέφος της, είναι πιθανόν να μην ανταποκρίνεται με θερμά συναισθήματα και να δείχνει απόμακρη. Αυτή η έλλειψη θετικής αντίδρασης κάνει το βρέφος να παρουσιάζει λιγότερα θετικά συναισθήματα και να αποφεύγει την επαφή όχι μόνο με την μητέρα του, αλλά και με άλλους ενήλικες. Επιπλέον, τα παιδιά καταθλιπτικών μητέρων είναι πολύ πιο πιθανόν να παρουσιάσουν αντικοινωνική συμπεριφορά (Feldman, 2011).

Τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης συχνά προκαλούν σύγχυση και αμηχανία. Τα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνουν δυσκολίες στην συγκέντρωση, κόπωση, διαταραχές στον ύπνο, μειωμένη σεξουαλική ζωή, φόβος αποτυχίας και σκέψεις αυτοκτονίας. Συνήθως, τα συμπτώματα, όπως καταθλιπτική διάθεση, επεισοδιακό κλάμα, αλλαγές στην διατροφή, αλλαγές στον ύπνο, άγχος και ερεθιστικότητα μειώνονται ένα- ένα σε λίγες μέρες. Η έγκαιρη θεραπεία είναι σημαντική για τον κίνδυνο χρονιότητας της επιλόχειας ή της επανάληψη αυτής από μία άλλη παράδοση, η οποία είναι υψηλή (Goecke, 2012).

6.2 Αίτια κατάθλιψης

Οι ψυχιατρικές διαταραχές που εμφανίζονται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ή τον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό είναι εντυπωσιακές και μπορεί να έχουν καταστροφικές συνέπειες για την γυναίκα, τα παιδιά και άλλα μέλη της οικογένειας.

Η κατάθλιψη σχετίζεται με την ανατροφή των παιδιών, η οποία μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και μετά την γέννηση του παιδιού. Ειδικότερα στην προγεννητική κατάθλιψη περιλαμβάνονται κοινωνικοί παράγοντες, κοινωνικά-οικονομικά μειονεκτήματα, οικογενειακή κατάσταση και χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης που σχετίζονται με αγχωτικούς παράγοντες, όπως ο αριθμός των στρεσογόνων γεγονότων πριν από την εγκυμοσύνη, το ιστορικό της πριν από την κατάθλιψη, διαπροσωπικούς παράγοντες, όπως η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, έλλειψη υποστήριξης από τον σύντροφο και υψηλές συζυγικές συγκρούσεις, ενδοπροσωπικά χαρακτηριστικά, όπως υψηλού επιπέδου νευρωτισμού, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αναπαραγωγή, τα οποία σχετίζονται με παράγοντες, όπως εμμηνόρροια δυσφορία ή προεμμηνόρροια αλλαγή της διάθεσης, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, προηγούμενη αποβολή, εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου και αριθμός γεννήσεων (Vedova, 2011).

Μερικές φορές μπορεί να υπάρξει αυξημένος κίνδυνος ψυχιατρικών διαταραχών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, η οποία μπορεί να συνδέεται με μια συναισθηματική διαταραχή του παρελθόντος, που θα μπορούσε να επηρεάσει άσχημα κάποια διαταραχή μετά τον τοκετό. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν θετικό ιστορικό για τις διαταραχές διάθεσης σε σύγκριση με άλλες διαταραχές. Μετά τη παράδοση, ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος σε γυναίκες με άγχος και συγκινησιακές διαταραχές και είναι περισσότερες οι πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σύγκριση με εκείνες, οι οποίες δεν είχαν ποτέ διαταραχές πριν από την εγκυμοσύνη τους (Giardinelli, 2011).

Το προγεννητικό άγχος αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την επιλόχεια κατάθλιψη. Αναγνωρίζουν και αντιμετωπίζουν συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές, δεδομένου ότι η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να έχει δυσμενές αποτελέσματα τόσο στις γυναίκες όσο και στα παιδιά. Από

την άλλη πλευρά, το άγχος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν επιτρέπει καλές προσδοκίες σχετικά με την μητρότητα. Είναι σαφές ότι ο κίνδυνος με συναισθηματικές διαταραχές στις γυναίκες είναι τόσο υψηλός, εάν όχι υψηλότερος κατά τη περιγεννητική περίοδο. Υπάρχει μία σειρά από πολλούς παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την επιλόχεια κατάθλιψη, ιστορικό κατάθλιψης, προγεννητική κατάθλιψη, προγεννητικό άγχος, άγχος γεγονότων στην ζωή, χαμηλή αυτοεκτίμηση, χαμηλή κοινωνική υποστήριξη και χαμηλό εισόδημα. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι το νεαρό της ηλικίας, λιγότερα χρόνια εκπαίδευσης, ιστορίες κάποιων αποβολών ή τερματισμό εγκυμοσύνης και ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κατάχρησης. Η συνειδητοποίηση της υπογονιμότητας, η αποτελεσματική θεραπεία και ένα μεγάλο διάστημα της υπογονιμότητας αυξάνουν το στρες, το οποίο προκαλείται από το άγχος και την κατάθλιψη στην μεταγεννητική περίοδο (Giardinelli, 2011).

Επιπρόσθετα, όπως αναφερθήκαμε και προηγουμένως ένας από τους κύριους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της εγκυμοσύνης και της επιλόχειας κατάθλιψης είναι το άγχος. Αποτελεί τον παράγοντα που είναι στενά συνδεδεμένη με την ανάπτυξη της μεταγεννητικής κατάθλιψης. Η παρουσία ψυχιατρικών διαταραχών πριν από την εγκυμοσύνη είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχών άγχους και διάθεσης κατά την τελευταία περίοδο της εγκυμοσύνης και κατά την πρώτη περίοδο του τοκετού. Ένας από τους λόγους που θα μπορούσε να εξηγήσει το γεγονός είναι η διακοπή της θεραπείας της μητέρας στην αρχή της εγκυμοσύνης, φοβούμενη για την παρουσία τερατόγονων κινδύνων στο έμβryo. Δημιουργείται ένας συνδυασμός ανάμεσα στο ιστορικό ψυχικών διαταραχών, ιδιαίτερα της διάθεσης, άγχος, διαταραχές πρόσληψης τροφής και η πιθανότητα εμφάνισης συναισθηματικών συμπτωμάτων κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Τέλος, οι κοινωνικό – δημογραφικές μεταβλητές δείχνουν ότι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης μπορεί να αντιπροσωπεύει ένα προστατευτικό παράγοντα για διαταραχές διάθεσης και άγχους κατά την εγκυμοσύνη. Η έλλειψη υποστήριξης από τους συντρόφους είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συνδέεται με την εμφάνιση των διαταραχών της διάθεσης πριν και μετά την παράδοση. Η έλλειψη

καλής σχέσης με τον σύντροφο είναι ένας σοβαρός παράγοντας που σχετίζεται με την εμφάνιση διαταραχών. Γυναίκες που δεν είχαν προγραμματισμένη εγκυμοσύνη, βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν διαταραχές διάθεσης και άγχους. Η υποστήριξη της οικογένειας αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα για την ευημερία της μητέρας. Σε πολιτισμούς όπου η σχέση μητέρας – παιδιού είναι περισσότερο προστατευμένη, είναι μικρότερη η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Η κατάθλιψη στις μητέρες μετά τον τοκετό προέρχεται από παράγοντες, όπως πολλαπλές γεννήσεις, προχωρημένη εγκυμοσύνη και μία έντονη κατάσταση ανησυχίας σχετικά με την υγεία του παιδιού. Οι γυναίκες που έχουν μία γονιμοποίηση λιγότερη αξιόπιστη και την ικανότητα των συγγενών για την φροντίδα του μωρού, δεν έχουν ζητήσει σχεδόν ποτέ βοήθεια (Giardinelli, 2011).

6.3 Επιπτώσεις κατάθλιψης στην προγεννητική περίοδο

Οι επιπτώσεις της προγεννητικής κατάθλιψης είναι παρόμοιες με τις επιπτώσεις της κατάθλιψης. Οι επιπτώσεις από μια κατάθλιψη, που δεν αντιμετωπίστηκε θεραπευτικά, μπορεί να οδηγήσουν σε κινδύνους την έγκυο όπως, α) σε κακή διατροφή, β) σε άστατο ύπνο, γ) δυσκολία να ακολουθήσει οδηγίες για προγεννητική φροντίδα, δ) αυτοκαταστροφικές τάσεις, ε) επιδείνωση χρόνιας ιατρικής πάθησης και ζ) ανάπτυξη της εξάρτησης από τον καπνό, το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά. Επίσης, η κατάθλιψη σχετίζεται με την αύξηση του κινδύνου για εκλαμψία, ενώ ένα από τα αποτελέσματα της κατάθλιψης είναι και η πτώση των γνωστικών λειτουργιών. Οι επιπτώσεις της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της κύησης έχουν συνέπειες και στο έμβρυο. Οι έγκυες που παρουσίασαν προγεννητική κατάθλιψη είναι πιθανό να έχουν νεογνά με αυξημένη ευερεθιστότητα, διαταραχές ύπνου και μειωμένη ανταπόκριση. Η κατάθλιψη μπορεί, επίσης, να προκαλέσει σύγκρουση στις συζυγικές και οικογενειακές σχέσεις (Παπανικόλα, 2010).

Μερικές από τις επιπτώσεις κατάθλιψης -κόπωση, μεταβολή όρεξης και έλλειψη ενεργητικότητας- αλληλοεπικαλύπτονται από φυσιολογικά σημάδια της εγκυμοσύνης

ώστε τείνουν να αγνοούνται από μερικές εγκύους. Άλλες έγκυοι αισθάνονται άσχημα να αναφέρουν στον γιατρό τους την κατάθλιψή τους, αφού υποτίθεται ότι θα έπρεπε να χαίρονται που εγκυμονούν. Κατάθλιψη η οποία παραμένει χωρίς φροντίδα θεραπείας μπορεί να βλάψει τη σχέση της γυναίκας με τον σύζυγό της και τα άλλα της παιδιά. Η έλλειψη της ικανότητας ενός καταθλιπτικού ατόμου να καταφέρει να αντιμετωπίσει ακόμα και μικρά άγχη μπορεί να οδηγήσει σε ευερέθιστη και ανυπόμονη συμπεριφορά. Η κατάθλιψη μετά τη γέννηση όχι μόνο στερεί από τη γυναίκα τη χαρά να αποκτήσει και άλλο παιδί, αλλά μπορεί να επηρεάσει σοβαρά την ικανότητά της να θηλάσει και να φροντίσει το παιδί της και ωθεί μερικές γυναίκες να βλάψουν το παιδί τους.

Κατά την επιλόχεια κατάθλιψη οι γυναίκες με ήπια συμπτώματα, με την πάροδο του χρόνου μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ευημερία της μητέρας, τον μητρικό ρόλο, την αλληλεπίδραση μεταξύ μητέρας- παιδιού και έμμεσα την ανάπτυξη του παιδιού. Υπάρχει υποκειμενική μητρική ευημερία κατά την διάρκεια της κύησης που σχετίζεται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά την εγκυμοσύνη (Goecke, 2012).

6.4 Μητρική προσκόλληση και κατάθλιψη σε προχωρημένη εγκυμοσύνη

Η σημασία της ψυχολογικής προσαρμογής της γυναίκας με την εγκυμοσύνη και την μητρότητα έχει αναγνωριστεί σε ένα ψυχαναλυτικό τομέα. Με τις ψυχαναλυτικές συνεντεύξεις της κοινωνικής εγκύου γυναίκας, η πολυπλοκότητα της διαδικασίας μέσω της οποίας μια ενήλικη γυναίκα, γίνεται μητέρα , αποκαλύπτοντας την συναισθηματική αναταραχή της. Η εγκυμοσύνη έχει αρχίσει να θεωρείται περίοδος φυσιολογικής ωρίμανσης, την οποία δημιουργούνται ψυχολογικές αλλαγές. Πράγματι, η εγκυμοσύνη αντιμετωπίζει την γυναίκα με μια σειρά νέων ειδικών προσαρμοστικών καθηκόντων που οδηγεί στην αναβίωση των ανεπίλυτων συγκρούσεων από τις αναπτυξιακές φάσεις , οι οποίες απαιτούν νέες και διαφορετικές λύσεις. Η εγκυμοσύνη αντιπροσωπεύει μια περίοδο αυξημένης ψυχολογικής ευπάθειας , εφιστώντας την προσοχή προς τις συνθήκες που ενδέχεται να έχει αρνητική επιρροή στην λύση της ωρίμανσης. Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν τον τρόπο που μια γυναίκα ζει την εγκυμοσύνη της, όπως η ενδοψυχική

οργάνωση και τα χαρακτηριστικά της. Η ενδοψυχική οργάνωση της γυναίκας καθορίζει τον τρόπο που θα προσαρμοστούν στην εγκυμοσύνη. Οι πρώιμες σχέσεις είναι γνωστές για τον προσδιορισμό της ψυχικής δομής του ατόμου και υπάρχουν ενδείξεις ότι η ανατροφή των παιδιών επηρεάζεται από την ανάπτυξη του παιδιού.

Από γενιά σε γενιά, η αναπτυξιακή προοπτική, προσωπικής εμπειρίας της μητέρας να γίνει μητέρα άμεσα επηρεάζει τον σχηματισμό μητρικής ταυτότητας και ιδίως τις γυναίκες που θεωρούν τον εαυτό τους ως παραμελημένο δεν έχουν εμπιστοσύνη στην ικανότητα του να γαλουχήσουν. Επίσης, έχει ξεχωρίσει η σημασία της ψυχολογικής προσαρμογής στην εγκυμοσύνη, σχετικά με τον κίνδυνο να υποφέρουν από περιγεννητική κατάθλιψη ιδίως με την διαγενεακή επιρροή της σχέσης μητέρας – κόρης. Γυναίκες με προγεννητικά συμπτώματα διάθεσης σχετίζονται με κακή έκβαση της εγκυμοσύνης, όπως ο αυξημένος κίνδυνος πρόωρου τοκετού, χαμηλό βάρος γέννησης, προ – εκλαμψία και έλλειψη αυτό - κατευθυνόμενης προγεννητικής φροντίδας για τον εαυτό της και για το παιδί της (Vedova, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Μία από τις σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις των αλλαγών που τυχόν να προκύψουν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η κατάθλιψη. Επομένως η έγκαιρη και έγκυρη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων κατάθλιψης είναι καθοριστική τόσο για την μητέρα όσο και για το παιδί. Καθώς η κατάθλιψη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελεί μια μεγάλη απειλή για την υγεία των μητέρων, καθώς και αυξανόμενα στοιχεία δείχνουν ότι βλάπτει, επίσης, τα έμβρυα και τα βρέφη, επιβάλλεται να παρουσιαστούν οι τρόποι για την υγιή αντιμετώπιση τους (Goecke, 2012).

Οι μαιευτήρες θα πρέπει να γνωρίζουν περισσότερα για τα συμπτώματα της κατάθλιψης και για την θεραπεία των γυναικών. Επίσης, να ζητούν πληροφορίες για την προγεννητική προσκόλληση, η οποία εξελίσσεται ανάμεσα στην μητέρα και το παιδί. Ειδικές παρεμβάσεις, όπως η ψυχοθεραπεία θα μπορούσε να αντιμετωπίσει όχι μόνο τα καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά θα μπορούσε να προωθήσει την ευημερία της μητέρας και του παιδιού οδηγώντας στην προώθηση της προγεννητικής προσκόλλησης. Γενικά, στην θεραπεία της κατάθλιψης, η ψυχοθεραπεία φαίνεται πιο αποτελεσματική από τα εκπαιδευτικά προγράμματα για την ενημέρωση της κατάθλιψης πριν και μετά τον τοκετό. Επιπλέον, οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις μετά την παράδοση, θα πρέπει να αντιμετωπίσουν πιθανούς τραυματισμούς λόγω απώλειας ελέγχου και τραυματισμούς κατά την διάρκεια της παράδοσης (Goecke, 2012).

Έπειτα, αναδείχθηκε η χρήση του πρωινού φωτός ως μια αποτελεσματική μέθοδο για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Ωστόσο, αν και από τα δεδομένα της μελέτης αρχικά φάνηκε να υποστηρίζεται η υπόθεση ότι η θεραπεία εφαρμογής πρωινού φωτός έχει μια καταπραϋντική επίδραση στις έγκυες γυναίκες με συμπτώματα κατάθλιψης, στη συνέχεια φάνηκε ότι η μέθοδος ήταν αποτελεσματική κατά κύριο λόγο σε άτομα με εποχιακή κατάθλιψη. Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι για την μη εποχιακή κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη απαιτούνται περισσότερες μελέτες, προκειμένου να διευκρινιστεί το μέγεθος της αποτελεσματικότητας της μεθόδου (Oren et al., 2002).

Επίσης, μία άλλη μέθοδος αντιμετώπισης της κατάθλιψης είναι ο βελονισμός. Ο βελονισμός που γίνεται σε γυναίκες με συγκεκριμένα συμπτώματα κατάθλιψης προκαλεί μια αρκετά μεγάλη και κλινικά σημαντική βελτίωση στην κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Παρόλο που η θεραπεία βελονισμού σε άτομα με συμπτώματα κατάθλιψης και μη δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους στην λήξη της οξείας φάσης της θεραπείας, στον βελονισμό τα συγκεκριμένα συμπτώματα κατάθλιψης ήταν σε πλήρη ύφεση κατά την διάρκεια δέκα εβδομάδων μετά τον τοκετό. Επιπρόσθετα, η έγκαιρη θεραπεία της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προσφέρει προστασία έναντι της επιλόχιας κατάθλιψης. Η διαπίστωση αυτή υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα της θεραπείας της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όχι μόνο επειδή μπορεί να ανακουφίσει από την δυσφορία που βιώνουν οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά και επειδή μπορεί να προφυλάξει αυτή την ομάδα υψηλού κινδύνου από την κατάθλιψη μετά τον τοκετό (Manber et al., 2004).

Επίσης, διερευνήθηκε ο βαθμός αποτελεσματικότητας διάφορων τύπων θεραπείας για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό. Οι θεραπείες που αναλύθηκαν ήταν η ατομική ψυχοθεραπεία, η ψυχοδυναμική θεραπεία, συμβουλευτική, εκπαιδευτική θεραπεία, ομαδική θεραπεία με γνωστική συμπεριφορική, εκπαιδευτικά προγράμματα, φαρμακευτική αγωγή. Τελικά, φάνηκε ότι, η φαρμακοθεραπεία, και η ομαδική θεραπεία γνωσιακού - συμπεριφορικού τύπου είχαν την υψηλότερη αποτελεσματικότητα (Bledsoe et Grote, 2006).

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

αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Sharma et al., 2009).

Συνεπακόλουθα, οι γυναίκες προτιμούν τις εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπείες, παρά τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής για τη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού. Η ανάπτυξη και η βελτίωση των υφιστάμενων μη φαρμακευτικών τρόπων θεραπείας της κατάθλιψης κρίνονται απαραίτητες. Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να διεξαχθούν με περισσότερα διαθέσιμα μέτρα για την αντιμετώπιση της. Μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να εξετάσουν άλλες σημαντικές μεταβλητές του ενδιαφέροντος, όπως την επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα και την κοινωνική υποστήριξη. Επίσης, ορθό θα ήταν να αναπτυχθούν προγράμματα για να ενταχθεί αυτό το ζήτημα στην κατεύθυνση ψυχικής υγείας. Χρειάζεται να δημοσιοποιηθούν περισσότερες πληροφορίες για την κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη, για τα συμπτώματα, και τις θεραπείες. Η εγκυμοσύνη είναι μια μοναδική περίοδος κατά την οποία οι περισσότερες γυναίκες είναι σε συχνή επαφή με τους παρόχους νοσοκομειακής περίθαλψης. Θα πρέπει να προσφέρετε η ευκαιρία για εκπαίδευση σχετικά με την κατάθλιψη, τον εντοπισμό και αντιμετώπιση της. Χρειάζεται ευρύτερη χρήση των εργαλείων ελέγχου για τον καθορισμό της κατάθλιψης στην προγεννητική φροντίδα με έγκαιρη και με εύκολη πρόσβαση, φιλική προς τις γυναίκες εγκαταστάσεις επεξεργασίας. Πρέπει επίσης να διασφαλιστεί ότι επιβάλλεται να υπάρχει επίγνωση των βέλτιστων θεραπειών, τόσο φαρμακολογικών παραγόντων όσο, και εναλλακτικών στη διαχείριση της κατάθλιψης, ειδικότερα της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Και τέλος, πρέπει να διαθέτουν υποστήριξη για την καλύτερη έρευνα και αποδεικτικά στοιχεία, ούτως ώστε να δίνονται ασφαλείς συμβουλές στις εγκύους (Carter et al., 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Η ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ

8.1 Εισαγωγή

Οι γονείς αντιλαμβάνονται την εγκυμοσύνη ως μία θετική, συναρπαστική στιγμή, γεμάτη με πνευματική προετοιμασία για τη μητρότητα και την ευθύνη για ένα νέο άνθρωπο, μια νέα ζωή, που δημιουργήθηκε από το σώμα τους. Οι ερευνητές περιγράφουν τις μητρικές ψυχολογικές διεργασίες της ωρίμανσης ως παράλληλη διαδικασία η οποία συνδέεται με τα τρία τρίμηνα της γυναίκας τα οποία περνούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι τρεις φάσεις είναι η φάση της σύντηξης, της διαφοροποίησης, και του διαχωρισμού. Κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου, κατά τη φάση της σύντηξης, η γυναίκα αντιλαμβάνεται ότι είναι έγκυος και καλείται να λάβει μια απόφαση, να δεχθεί και να συνεχίσει την εγκυμοσύνη ή να διακόψει αυτή τη διαδικασία, αν η εναλλακτική λύση είναι διαθέσιμη. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης, δέχεται το έμβρυο ως μέρος του εαυτού της και δεν το θεωρεί ένα άγνωστο σώμα ή έναν εισβολέα. Οι περισσότερες γυναίκες δημιουργούν ένα βέλτιστο περιβάλλον για το παιδί τους, απέχοντας από δραστηριότητες που θα μπορούσαν να το βλάψουν, και νοιάζονται για την υγεία του με την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών που ενισχύουν την ανάπτυξη του εμβρύου. Κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου, ξεκινά η φάση της διαφοροποίησης, στην οποία οι γυναίκες βιώνουν τις κινήσεις του εμβρύου και αντιλαμβάνονται το αναμενόμενο παιδί ως ξεχωριστό άτομο. Οι γυναίκες αρχίζουν να σκέφτονται για το παιδί που έχουν μέσα τους και φαντασιώνονται για τα προσωπικά χαρακτηριστικά του. Η περιέργεια για το αγέννητο παιδί είναι ένα μέρος αυτού του σταδίου της εγκυμοσύνης. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου, η μέλλουσα μητέρα μπαίνει στην διαδικασία του ψυχολογικού διαχωρισμού, προετοιμάζοντας τον εαυτό της διανοητικά να γεννήσει και να ολοκληρώσει το φυσικό διαχωρισμό από το παιδί. Οι γυναίκες συχνά ανυπομονούν για την γέννηση έχοντας ανάμεικτα συναισθήματα, από την μια πλευρά άγχος και φόβο, και από την άλλη ανακούφιση και χαρά. Επιπλέον, η γέννα θα τις απαλλάξει από το ογκώδες σώμα και θα τις επαναφέρει στο φυσιολογικό τους σωματότυπο.

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει εξεταστεί η φύση της υιοθέτησης του μητρικού ρόλου από την εγκυμονούσα γυναίκα, καθώς και η συναισθηματική προσκόλληση στο έμβρυο (Seimyr et al, 2009).

Όπως είναι ήδη γνωστό η σχέση προσκόλλησης μεταξύ της εγκύου και του αναπτυσσόμενου εμβρύου της έχει αποδειχθεί ότι είναι σημαντική λόγω της πιθανής σύνδεσης της προγεννητικής προσκόλλησης με τη γονική συμπεριφορά τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και μετά τον τοκετό. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να εξεταστεί η ανάπτυξη της προγεννητικής προσκόλλησης και οι παράγοντες που επηρεάζουν την εξέλιξη της. Ο σκοπός της έρευνας του Doan & Zimmerman είναι να εξετάσει αυτή την εξέλιξη και να αναπτύξει ένα βασικό, ολοκληρωμένο, αναπτυξιακό μοντέλο που θα συνοψίσει τους σημαντικούς παράγοντες που καθορίζουν τις φάσεις που βιώνει η μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της.

Η εξελικτική πορεία της Προγεννητικής Προσκόλλησης αποδεικνύεται από τις εξής έρευνες:

Ο Doan και Zimmerman (2007) απέδειξαν μια αύξηση στα αποτελέσματα των μετρήσεων για την προγεννητική προσκόλληση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Άλλος ερευνητής, ο Leifer (1977), περιέγραψε το είδος της προόδου που σημειώθηκε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Δήλωσε ότι η προγεννητική προσκόλληση αναπτυσσόταν με ομαλό, διαδοχικό τρόπο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης παρατηρήθηκαν σχετικά χαμηλά επίπεδα προγεννητικής προσκόλλησης, τα οποία αυξάνονται, επιταχύνονται και στη συνέχεια εξελίσσονται σε προσκόλληση και προστατευτική συμπεριφορά στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο. Επιπλέον, έχει εξεταστεί ο βαθμός κατά τον οποίο οι γυναίκες μπορούν να αντιληφθούν την προσκόλληση στο έμβρυο. Είναι σαφές ότι οι γυναίκες και οι άνδρες μπορούν να φανταστούν τους εαυτούς τους να προσκολλούνται σε ένα φανταστικό παιδί. Ωστόσο, υπάρχει μια διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων στην ικανότητα να φανταστούν τον εαυτό τους έγκυο και προσκολλημένο στο έμβρυο. Επιπλέον, οι έφηβοι ποικίλλουν ως προς το βαθμό στον οποίο έχουν εξιδανικευμένες πεποιθήσεις για την εγκυμοσύνη. Για παράδειγμα, ο Condon, ο Donovan και ο Corkindale (2000) βρήκαν ότι το ένα τέταρτο έως το ένα τρίτο του δείγματος των εφήβων της Αυστραλίας

παρουσίασαν εξιδανικευμένες πεποιθήσεις για την εγκυμοσύνη (Doan & Zimmerman, 2008).

Οι παράγοντες που σχετίζονται με το επίπεδο της προγεννητικής προσκόλλησης, μπορούν να περιγραφούν ως συντονιστές στον καθορισμό της έντασης και της έκφρασης της προγεννητικής προσκόλλησης. Αρκετοί παράγοντες που έχουν εξεταστεί ως δυνητικοί σχετίζονται με την προγεννητική προσκόλληση, όπως οι δίδυμες κυήσεις, η κοινωνική υποστήριξη με τη χρήση των υπερήχων κατά τη διάρκεια απώλειας της κύησης ή θνησιγένειας σε μια ηλικία της μητέρας, τα σωματικά συμπτώματα και η εικόνα του σώματος από προηγούμενη εγκυμοσύνη καθώς και η κατάθλιψη και το άγχος.

Ο Doan & Zimmermann (2008), συνοψίζοντας αναφέρουν κάποιες από τις συνέπειες των ευρημάτων τους:

1. Μητέρες για πρώτη φορά τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα της προσκόλλησης μητέρας-εμβρύου από έμπειρες μητέρες.
2. Ο βαθμός της προσκόλλησης μητέρας-εμβρύου είναι υψηλότερος μετά την ευαισθητοποίηση κινήσεων του εμβρύου.
3. Υψηλής και χαμηλής κινδύνου έγκυες γυναίκες έχουν παρόμοια επίπεδα ανταπόκρισης στα μέτρα της προγεννητικής προσκόλλησης.
4. Έχει αποδειχθεί ότι ο τύπος προσκόλλησης της εγκύου έχει σχέση με το επίπεδο της εμβρυακής προσκόλλησης. Οι γυναίκες που είχαν ένα ασφαλές τύπο προσκόλλησης, με τους δικούς τους γονείς, είχαν υψηλότερα επίπεδα προγεννητικής προσκόλλησης και η προσκόλληση γινόταν νωρίτερα. Επιπλέον, ο Siddiqui, ο Hagglof και ο Eisemann (2000) ανέφεραν ότι όσες βίωσαν πιο συναισθηματική ζεστασιά από τις μητέρες και την απόρριψη από τον πατέρα τους, είχαν καλύτερη εγκαθίδρυση μιας στοργικής σχέσης με το αγέννητο παιδί τους.
5. Οι γυναίκες που έκαναν εξωσωματική γονιμοποίηση εκδηλώνονται στο ίδιο επίπεδο μητρικής εμβρυακής προσκόλλησης με εκείνες που δεν είχαν ιστορικό υπόγονιμότητας.

Στο ίδιο άρθρο αναφέρεται επίσης, ότι η Προγεννητική Προσκόλληση βασίζεται στις ακόλουθες συνιστώσες:

1. Η διαδικασία αυτή μπορεί να περιγραφεί από την άποψη τριών πτυχών, δηλαδή, όταν αρχίζει, στο επίπεδο της προγεννητικής προσάρτησης και στη μορφή έκφρασης (π.χ., γνωστικές, συναισθηματικές ή συμπεριφοριστικές).
2. Οι δεξιότητες και οι στρατηγικές που μπορεί να είναι το θεμέλιο για την προγεννητική προσκόλληση αρχίζουν στην παιδική ηλικία.
3. Οι προγενέστερες συνθήκες για την προγεννητική προσκόλληση, αρχίζουν στην παιδική ηλικία και θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν γνωστικές δεξιότητες και στρατηγικές. Οι συναισθηματικές δεξιότητες και στρατηγικές που συνδέονται με την ανάληψη προοπτικής και την ανησυχία εν-συναίσθησης, τη δυνατότητα να είναι ευαίσθητοι και να ανταποκρίνονται σε αυτά που δίνουν οι άλλοι, και την ικανότητα να διαχωρίσουν τον εαυτό τους από τους άλλους και να είναι σε θέση να εστιάσουν στις ανάγκες των άλλων. Επιπλέον, η θετική αντίληψη της σχέσης του ατόμου με τους γονείς και τον τύπο προσκόλλησης (π.χ., ασφαλής και άλλους) που αναπτύσσεται μέσα από βιώματα της παιδικής ηλικίας μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα κάποιου να συνδέεται με την ανάπτυξη του εμβρύου.
4. Κατά τη διάρκεια των εφηβικών και των πρώτων χρόνων της ενήλικης ζωής, τα επίπεδα δυνατοτήτων για προγεννητική προσκόλληση ίσως είναι διαφορετικά και εκφράζονται με μια ικανότητα με την οποία αντιλαμβάνονται θετικά ή φαντασιώνονται περίπου, πως είναι έγκυες ή με την ικανότητα να αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως προσκολλημένες σε ένα φανταστικό έμβρυο.
5. Όταν μια γυναίκα μείνει έγκυος, το επίπεδο της προγεννητικής προσκόλλησης μπορεί να σχετίζεται με παράγοντες της κατάστασης στη ζωή της, όπως το στάδιο της κύησης, αν έχει βιώσει την κίνηση του εμβρύου ή αν έχει δει μια εξαιρετικά υγιή εικόνα του αναπτυσσόμενου παιδιού, ή οι προηγούμενες εμπειρίες της με την εγκυμοσύνη και τη μητρότητα, τα οποία μπορούν να καθορίσουν το χρονοδιάγραμμα, την ένταση και τη μορφή έκφρασης της προγεννητικής προσκόλλησης.
6. Η προγεννητική προσκόλληση μπορεί να εκφραστεί από την άποψη της γνωστικής προσάρτησης (όπως την ικανότητα να αντιλαμβάνονται το έμβρυο ως ένα πρόσωπο ή να είναι σε θέση να διαφοροποιηθούν από αυτό), το συναισθηματικό δέσιμο (όπως την εν-συναίσθηση), τις συμπεριφορές προσκόλλησης (όπως να ανταποκρίνεται και να

αλληλεπιδρά με το έμβρυο) και τις πρακτικές αυτό-φροντίδας (όπως να διατηρούν τις καλές πρακτικές για την υγεία) (Doan & Zimmerman, 2008).

Ο Doan & Zimmerman σημειώνουν τις διαφορετικές προσεγγίσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί για να συζητήσουν την πολυδιάστατη φύση της κατασκευής, όμως, τα διάφορα ευρήματα δείχνουν ότι υπάρχει μια γνωστική, συναισθηματική και συμπεριφοριστική συνιστώσα. Για παράδειγμα:

Η Cranley (1981) εκπροσωπεί πολλαπλές διαστάσεις της προγεννητικής προσκόλλησης από τον εντοπισμό στοιχείων που περιγράφονται οι συμπεριφορές που αντιπροσωπεύουν το δεσμό και την αλληλεπίδραση με το αγέννητο παιδί. Τα συστατικά της μπορεί να περιγραφούν ως γνωστικά (π.χ., διαφοροποίησης του εαυτού από το έμβρυο αποδίδοντας χαρακτηριστικά και τις προθέσεις για το έμβρυο), συναισθηματικά (π.χ., δόσιμο του εαυτού) και συμπεριφοριστικά (π.χ., την αλληλεπίδραση με το έμβρυο και την ανάληψη του ρόλου) στη φύση τους. Στο μέτρο της προγεννητικής προσκόλλησης περιλαμβάνονται τα στοιχεία του καθενός από αυτά τα συστατικά.

Άλλοι ερευνητές κατά τον Doan και Zimmerman διαφέρουν από τα δεδομένα της Cranley, ενώ παράλληλα αναγνωρίζουν την αξία των γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφοριστικών ιδιοτήτων που έχουν οι παράγοντες τους (Doan & Zimmerman, 2008).

8.2 Κλίμακες Αξιολόγησης Προγεννητικής Προσκόλλησης

Η ιδέα ότι η οικοδόμηση μιας σχέσης με το παιδί δεν ξεκινάει κατά τη γέννηση, αλλά μπορεί να αρχίσει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εκφράστηκε το 1945 από τον Deutsch. Το 1988, ο Mercer και οι συνεργάτες του παρατήρησαν ότι υπήρχαν περισσότερα να μάθουν για τη Σχέση Μητέρας-Εμβρύου (Mother Fetal Relationship). Εκείνη την εποχή η κατασκευή των κλιμάκων για τη μέτρηση και την ποσοτικοποίηση της Σχέσης Μητέρας-Εμβρύου είχε δώσει αφορμή για εμπειρική έρευνα. Οι θεωρίες αυτές υποτίθεται ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, στην ανάπτυξη μιας σχέσης με το αγέννητο παιδί είναι ένα βασικό αναπτυξιακό έργο για την επιτυχή ψυχολογική προσαρμογή για όλες τις έγκυες γυναίκες.

Ωστόσο σήμερα έχουν αναπτυχθεί κλίμακες της Σχέσης Μητέρας-Εμβρύου (MFR). Όπως, η Κλίμακα Μητρικής Εμβρυακής Προσκόλλησης (Maternal Fetus Attachment Scale), η Κλίμακα Προγεννητικής Προσκόλλησης (Maternal Antenatal Attachment Scale) και η Διερεύνηση Προγεννητικής Προσκόλλησης (Prenatal Attachment Inventory) που χρησιμοποιούνται πιο συχνά στην έρευνα της Σχέσης Μητέρας-Εμβρύου (MFR) και οι οποίες έχουν χρησιμοποιηθεί σε διάφορους τομείς, όπως στην αναπτυξιακή ψυχολογία, στην αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία και στην ψυχολογία υγείας. Οι κλίμακες αυτές χρησιμοποιούνται επίσης, στην έρευνα η οποία είναι χρήσιμη για την κλινική μαιευτική, την γυναικολογία και την αναπαραγωγική ψυχολογία. Επιπλέον, όπως αναφέρεται από τους Bergh και Simons, έχουν δημοσιευθεί πολλά σχόλια σχετικά με τις κλίμακες αυτές, καθώς και κριτικές από το Muller (1992), τον Erickson (1996) και την Cannella (2005) που επικεντρώνονται κυρίως στην Κλίμακα Μητρικής Εμβρυακής Προσκόλλησης (MFAS), ενώ στον έλεγχο του Beck (1999) περιλαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με επιλεγμένα εργαλεία που διατίθενται για τη μέτρηση της προγεννητικής προσκόλλησης και την προσαρμογή στην εγκυμοσύνη. Επιπλέον, αν και ο όρος «προσκόλλησης μητέρας-εμβρύου» χρησιμοποιείται συχνά για να περιγράψει αυτή τη σχέση, που μετριέται με τις παραπάνω κλίμακες, προτείνεται να αποφεύγεται η χρήση του όρου «προσκόλληση» στο πλαίσιο αυτό. Είναι προφανές ότι, λόγω της έλλειψης αμοιβαιότητας μεταξύ της μητέρας και του εμβρύου, η έννοια του όρου «προσκόλληση» όπως ορίζεται από το Bowlby (1969) και την Ainsworth (1972), δεν μπορεί να μεταφερθεί στην προγεννητική περίοδο ζωής. Επιπλέον, ο τρόπος με τον οποίο αυτές οι κλίμακες κατασκευάζονται, μπορεί να μην είναι κατάλληλος για την αξιοποίηση των σημαντικών εννοιών των θεωριών αυτών (Bergh & Simons, 2009).

Η δομή του είδους των κλιμάκων της Σχέσης Μητέρας-Εμβρύου (MFR) βασίζεται στην ιδέα ότι η σχέση με το έμβρυο επηρεάζεται από συμπεριφορές, στάσεις, τρόπους, σκέψεις και συναισθήματα που εκφράζουν φροντίδα και δέσμευση στο έμβρυο, συμπεριλαμβανομένων: την ανατροφή του (να τρέφεται σωστά, να απέχει από το κάπνισμα και το αλκοόλ), να το ηρεμούν (χαϊδεύοντας την κοιλιά), να του μιλάνε, να προετοιμάζονται για αυτό (αγοράζοντας παιδικά ρούχα και έπιπλα), να μιλάνε με τον

σύντροφο για το παιδί και το μέλλον, να επιλέγουν ένα όνομα ή να παίρνουν πληροφορίες γύρω από την ανάπτυξη του μωρού. Επιπλέον, στις σκέψεις και στα συναισθήματα των μελλοντικών γονέων συμπεριλαμβάνονται: η προσπάθεια να φανταστούν πώς είναι η ανάπτυξη του μωρού, οι τρυφερές και στοργικές σκέψεις έναντι θυμωμένων και εξαγριωμένων συναισθημάτων, καθώς και να αισθάνονται συναισθηματικά κοντά στο έμβρυο αντί να βρίσκονται σε συναισθηματική απόσταση. Θεωρώντας δεδομένο ότι η γυναίκα είναι ενήμερη αυτών των συμπεριφορών, στάσεων, σκέψεων και συναισθημάτων, τα παραδέχεται και είναι ικανή να τα εκτιμήσει σύμφωνα με τη κλίμακα Likert (Bergh & Simons, 2009). Το ίδιο ισχύει και για την Προσκόλληση Πατέρα-Εμβρύου (PFA), η οποία με την Κλίμακα Πατρικής Προγεννητικής Προσκόλλησης (PAAS) αξιολογεί τον τρόπο συμπεριφοράς του πατέρα απέναντι στο έμβρυο (Habib & Lancaster, 2010).

8.3 Κλίμακα Μητρικής Εμβρυακής Προσκόλλησης (Maternal Fetus Attachment Scale)

Η κλίμακα Μητρικής Εμβρυακής Προσκόλλησης (Maternal Fetus Attachment Scale) αναπτύχθηκε από την Cranley (1981) για να μετρηθεί ο βαθμός στον οποίον οι εγκυμονούσες γυναίκες εμπλέκονται σε συμπεριφορές οι οποίες αντιπροσωπεύουν το δεσμό και την αλληλεπίδραση με το αγέννητο παιδί τους. Η κλίμακα αρχικά αποτελείτο από 37 είδη τύπου Likert, οργανωμένα μέσα σε έξι υπό-κλίμακες που στηρίχθηκαν στην εκτίμηση της εγκυρότητας του περιεχομένου από ειδικούς. Οι αναλύσεις του στοιχείου που πραγματοποιήθηκαν σε ένα δείγμα που αποτελείτο από 71 εγκυμονούσες γυναίκες οι οποίες διένυαν την τελευταία περίοδο της εγκυμοσύνης τους, κατέληξαν στην εξάλειψη 13 στοιχείων. Τα 24 εναπομείναντα στοιχεία αντιπροσωπεύουν 5 διαστάσεις συμπεριφορών της Σχέσης Μητέρας-Εμβρύου (MFR), τη διαφοροποίηση του εαυτού από το έμβρυο (4 στοιχεία), την αλληλεπίδραση με το έμβρυο (5 στοιχεία), την απόδοση χαρακτηριστικών στο έμβρυο (6 στοιχεία), τα συναισθήματα αυτοθυσίας (5 στοιχεία) και την αποδοχή μητρικού ρόλου (4 στοιχεία), τα οποία βαθμολογούνται σε 5 πόντους της κλίμακας Likert. Ένα στοιχείο είναι ότι, 'αισθάνομαι πως το σώμα μου είναι απαίσιο', το οποίο έχει αντίστροφο αποτέλεσμα και μερικές φορές

διαγράφεται επειδή δεν είναι ενδεικτικό των μητρικών συναισθημάτων. Επιπλέον, από τότε που ο Sjögren και οι συνεργάτες του (2004) χρησιμοποίησαν τη Κλίμακα Μητρικής Εμβρυακής Προσκόλλησης (MFAS) από τα πρώτα στάδια της εγκυμοσύνης και μετά, αυτοί αφαίρεσαν επτά στοιχεία που μπορούν να απαντηθούν μόνο όταν γίνει αισθητή η κινητικότητα του εμβρύου (Bergh & Simons, 2009). Η προσαρμοσμένη έκδοση με τα 17 στοιχεία παρατίθεται στον πίνακα 2 του παραρτήματος (Sjögren, et all, 2004).

Σχετικά με την ισχύ, υπάρχει προβληματισμός ότι η δημιουργία υπό-κλιμάκων της Κλίμακας Μητρικής Εμβρυακής Προσκόλλησης (MFAS) δεν βασίζεται σε εξερευνητική ή επαληθευτική παραγοντική ανάλυση. Το μέγεθος του δείγματος της Cranley δεν ήταν αρκετά μεγάλο για να διεξάγει παραγοντική ανάλυση (Bergh & Simons, 2009).

8.4 Κλίμακα Προγεννητικής Μητρικής Προσκόλλησης (Maternal Antenatal Attachment Scale)

Το νεότερο και πιο διαδεδομένο εργαλείο για την Προγεννητική Προσκόλληση αναπτύχθηκε από τον John Condon (1993), εστιάζοντας αποκλειστικά σε σκέψεις και συναισθήματα για το έμβρυο και αγνοώντας τις στάσεις σχετικά με τη φυσική κατάσταση της εγκυμοσύνης ή το ρόλο της μητέρας. Το εργαλείο αυτό, είναι η Κλίμακα Προγεννητικής Μητρικής Προσκόλλησης (MAAS), η οποία αποτελείται από 19 στοιχεία που αναφέρονται σε δύο διαστάσεις (όπως αναφέρεται παρακάτω), την Ποσότητα-Ένταση (8 στοιχεία) και την Ποιότητα (11 στοιχεία) (Πίνακας 2 του παραρτήματος, Condon, 1993) (Pisonia et all, 2014).

Η Κλίμακα Προγεννητικής Μητρικής Προσκόλλησης (MAAS), η οποία έχει χρησιμοποιηθεί από κάποιες πιο πρόσφατες έρευνες παρουσιάζει σχετικά υψηλή αξιοπιστία. Το ενδιαφέρον της κλίμακας αυτής έγκειται στο ότι αποτελείται από δυο υπό-κλίμακες, οι οποίες αξιολογούν δυο διαφορετικές διαστάσεις του προγεννητικού δεσμού. Η πρώτη διάσταση αφορά στην Ποσότητα-Ένταση της ενασχόλησης της εγκύου και σκέψεις για το κυοφορούμενο παιδί της, ενώ η δεύτερη στην Ποιότητα των

συναισθημάτων της προς το έμβρυο. Ο Condon (1993) πρότεινε ότι μητέρες οι οποίες εκδηλώνουν περισσότερα θετικά συναισθήματα τρυφερότητας και περισσότερες σκέψεις για το έμβρυο χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη επιθυμία για συναισθηματική εγγύτητα και προστασία του εμβρύου, καθώς και από συναισθηματικής απογοήτευσης στην πιθανότητα απώλειας του εμβρύου. Στην πλειονότητά τους οι έρευνες που έχουν χρησιμοποιήσει αυτή την Κλίμακα αξιολογούν τις διαβαθμίσεις του μητρικού δεσμού στις διαστάσεις Ποσότητα-Ένταση της μητρικής ενασχόλησης και Ποιότητα των μητρικών συναισθημάτων. Ωστόσο η κλίμακα παρέχει την δυνατότητα για ταξινόμηση του προγεννητικού δεσμού σε τέσσερις τύπους οι οποίοι προκύπτουν από διαφορετικούς συνδυασμούς των δυο αυτών διαστάσεων: μητέρες που χαρακτηρίζονται από θετικά συναισθήματα για το έμβρυο στη διάσταση της Ποιότητας των συναισθημάτων, καθώς και από υψηλού βαθμού ενασχόλησης στη διάσταση της Ποσότητας-Έντασης, θεωρούνται ότι αναπτύσσουν τον ικανοποιητικότερο τύπο δεσμού και κατηγοριοποιούνται ως θετικές-ανήσυχες. Μητέρες που χαρακτηρίζονται μεν από θετικά συναισθήματα για το έμβρυο, αλλά απασχολούνται λιγότερο από σκέψεις γι' αυτό, θεωρούνται ότι αναπτύσσουν θετικό-αδιάφορο τύπο δεσμού. Ο τρίτος τύπος προγεννητικού δεσμού, ο οποίος θεωρείται ότι υποδηλώνει κάποιας μορφής ενασχόλησης με την ιδέα του εμβρύου, αλλά χαρακτηρίζεται από έντονα συναισθήματα αμφιθυμίας απέναντι του, είναι ο αρνητικός-αγχώδης. Ο τελευταίος τύπος προγεννητικού δεσμού είναι ο αρνητικός-αδιάφορος. Αυτός ο τύπος θεωρείται ότι υποδηλώνει σχεδόν απουσία συναισθηματικής επένδυσης του εμβρύου και αποφυγή του, καθώς χαρακτηρίζεται από αρνητικά μητρικά συναισθήματα για την ύπαρξη του αλλά και από ελάχιστη ενασχόληση με την ιδέα του (Τσαρτσάρα, 2006).

8.5 Κλίμακα Διερεύνησης Προγεννητικής Προσκόλλησης (Prenatal Attachment Inventory)

Στο άρθρο των Bergh και Simons αναφέρεται ότι Muller (1993) εξέλιξε την Κλίμακα Διερεύνησης Προγεννητικής Προσκόλλησης (PAI) στηριζόμενος πάνω σε ένα δείγμα 336 εγκύων γυναικών χαμηλού δείκτη κινδύνου, όλες πέρα από την εικοστή εβδομάδα κύησης. Η αρχική Κλίμακα Διερεύνησης Προγεννητικής Προσκόλλησης (PAI)

αποτελείτο από 48 στοιχεία τα οποία βασίστηκαν στην προσαρμογή της γυναίκας στην κατάσταση κυοφορίας και στη θεωρητική προσήλωση αλλά και στο να περιγράψουν την ‘σχέση’ (σκέψεις, συναισθήματα) με το έμβρυο, τα οποία επανεξετάστηκαν από μια ειδική ομάδα για να αποδείξουν την ισχύ των περιεχομένων τους. Η τελική Κλίμακα Διερεύνησης Προγεννητικής Προσκόλλησης (PAI) αποτελείται από 21 στοιχεία του τύπου Likert, αναφερόμενα σε μία κλίμακα τεσσάρων βαθμών, που ποικίλουν από ‘σχεδόν πάντα’ έως ‘σχεδόν ποτέ’, τα οποία αναφέρονται στον πίνακα 3 του παραρτήματος (Barone et all.). Υπήρξε υποστήριξη για την εγκυρότητα της. Η εξερευνητική παραγοντική ανάλυση αποκάλυψε ότι ένα στοιχείο και υψηλότερα αποτελέσματα σχετικά με τη Κλίμακα Διερεύνησης Προγεννητικής Προσκόλλησης (PAI) συσχετίζονται με μια θετική προσαρμογή στην εγκυμοσύνη όπως εκτιμήθηκαν με τη Κλίμακα Μητρικής Προσαρμογής (Maternal Adjustment) και τη Κλίμακα Μητρικής Συμπεριφοράς (Maternal Attitude Scale) (Bergh & Simons, 2009).

8.6 Η Προσκόλληση Πατέρα-Εμβρύου (Paternal fetal attachment)

Ο Condon και οι συνεργάτες του (1993), όπως παρουσιάζεται στο άρθρο των Habib και Lancaster, περιέγραψαν μια εικόνα της Προσκόλλησης Πατέρα – Εμβρύου (PFA). Σύμφωνα με την έρευνά τους η προσκόλληση είναι μια υποκειμενική κατάσταση αγάπης για το αγέννητο παιδί, η εμπειρία ενός άντρα κατά τα πρώτα στάδια της πατρότητας και όχι μια νοοτροπία ή πεποίθηση γι’ αυτό (Habib & Lancaster, 2010).

Όπως έχει αναφερθεί από τους Habib και Lancaster, η εξέταση της Προσκόλλησης Πατέρα-Εμβρύου (PFA) είναι πιθανότατα χρήσιμη για την κατανόηση της ανατροφής των παιδιών συμπεριλαμβανομένης της πατρότητας. Συνεπώς, η προσκόλληση είναι μια εκδήλωση της πρώιμης μορφής πατρότητας πριν γεννηθεί το παιδί και ένα ενδεχόμενο για την προσκόλληση πατέρα – νεογνού και την μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Είναι πιθανό ένας άντρας να συνδέεται συναισθηματικά και ψυχολογικά με το παιδί του, ωστόσο ο δεσμός που αναπτύσσεται να διαφέρει από τη συμπεριφορική επαφή που έχει μαζί του. Παρ’ όλα αυτά δεν υπάρχουν εμπειρικές έρευνες που να έχουν εξετάσει την σχέση ανάμεσα στην πατρική ταυτότητα και την προσκόλληση πατέρα - εμβρύου κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μια πρόσφατη

έρευνα (σύμφωνα με τους Habib και Lancaster) απέδειξε πως υπάρχει μια σημαντική, θετική σχέση ανάμεσα στην Προσκόλληση Πατέρα-Εμβρύου (PFA) και στην πατρική κατάσταση κατά το τέλος του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης (Habib & Lancaster, 2010).

Η θεωρία της πατρικής ταυτότητας επισημαίνει ότι οι μελλοντικοί πατέρες προβληματίζονται αναφορικά με τον ρόλο τους μέσα στην οικογένεια και τη σπουδαιότητα που φέρει αυτός με την πάροδο του χρόνου. Καθώς η εγκυμοσύνη προχωρά προς την γέννα αυτές οι σκέψεις αυξάνονται σε ένταση και συχνότητα. Με άλλα λόγια μέχρι το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης η σημασία της πατρότητας για έναν άντρα αυξάνεται και σχετίζεται θετικά με την προσκόλληση του στο αγέννητο παιδί (Habib & Lancaster, 2010).

8.6.1 Κλίμακα Πατρικής Προγεννητικής Προσκόλλησης (Paternal Antenatal Attachment Scale)

Ο Condon (1993), όπως αναφέρεται στο άρθρο του Habib και Lancaster, προκειμένου να εξετάσει τα συναισθήματα, την στάση και τη συμπεριφορά του πατέρα απέναντι στο έμβρυο, κατασκεύασε την κλίμακα Πατρικής Προγεννητικής Προσκόλλησης (Paternal Antenatal Attachment Scale). Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελείται από 16 στοιχεία τα οποία προέκυψαν από αυστραλιανά δείγματα και παρουσιάζονται στον πίνακα 4 του παραρτήματος (Condon 1993). Ο Condon και οι συνεργάτες του (2008) επανεξέτασαν τα αποτελέσματα των ερευνών τους, σχετικά με την κατασκευή και την εγκυρότητα των κλιμάκων της γονικής προσκόλλησης, και ανακάλυψαν πως η Κλίμακα Πατρικής Προγεννητικής Προσκόλλησης είναι η μοναδική κλίμακα μέτρησης της πατρικής προσκόλλησης. Αποτελείται από δύο υπό-κλίμακες: την ποιότητα της προσκόλλησης, η οποία αναφέρεται στην φύση της συναισθηματικής εμπειρίας στη σκέψη του εμβρύου και στις στιγμές της προσκόλλησης, οι οποίες αναφέρονται στην ένταση της ενασχόλησης μαζί του (π.χ. όταν ο πατέρας ονειρεύεται το παιδί του). Η βαθμολογία των απαντήσεων των ερευνητικών υποκειμένων για κάθε στοιχείο της συγκεκριμένης κλίμακας κυμαίνεται από 1 έως 5 (Habib & Lancaster, 2010).

8.7 Αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων των MFAS, MAAS, PAI και PAAS

Όπως αναφέρεται στο άρθρο της Τσαρτσάρας οι έρευνες που έχουν αξιολογήσει τον προγεννητικό δεσμό αντιμετωπίζουν μεθοδολογικές δυσκολίες. Η πρώτη δυσκολία αφορά την χρησιμοποίηση διαφορετικών ερωτηματολογίων για τον προγεννητικό δεσμό, ενώ η δεύτερη δυσκολία αφορά στην αξιοπιστία και εγκυρότητα των ερωτηματολογίων του προγεννητικού δεσμού. Το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο, η Κλίμακα Μητρικής Εμβρυακής Προσκόλλησης (MFAS) παρουσιάζει τέτοιου είδους περιορισμούς. Μολονότι η κλίμακα κατασκευάστηκε με στόχο την αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο οι έγκυες εκδηλώνουν συμπεριφορές που εκφράζουν δεσμό και αλληλεπίδραση με το αγέννητο παιδί τους, έχει υποστηριχθεί ότι δεν μετρά τόσο συναισθήματα του προγεννητικού δεσμού όσο τον βαθμό αποδοχής από την έγκυο της μητρικής ταυτότητας. Επιπλέον η αξιοπιστία των επιμέρους υπό-κλιμάκων (διαφοροποίηση του εαυτού από το έμβρυο, αλληλεπίδραση με το έμβρυο, αποδοχή χαρακτηριστικών στο έμβρυο, συναισθήματα αυτοθυσίας και αποδοχή μητρικού ρόλου) της κλίμακας είναι χαμηλή. Παρά τους περιορισμούς που παρουσιάζει η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί για την κατασκευή και κατοχύρωση της εννοιολογικής εγκυρότητας πιο πρόσφατων κλιμάκων, όπως είναι η Κλίμακα Διερεύνησης Προγεννητικής Προσκόλλησης (PAI). Επομένως αν οι κλίμακες που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση του προγεννητικού δεσμού παρουσιάζουν προβλήματα αξιοπιστίας και εγκυρότητας, τότε και τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την χρήση τους είναι αμφιλεγόμενης πρακτικής αλλά και θεωρητικής σημασίας. (Τσαρτσάρα, 2006).

Βέβαια η γενική κλίμακα της Μητρικής Εμβρυακής Προσκόλλησης (MFAS) έχει δείξει ότι είναι αξιόπιστη σε διάφορα δείγματα εγκυμονούντων γυναικών, όμως από τις αρχικές υπό-κλιμακές της μόνο 2 δείχνουν μεγάλα ποσοστά εσωτερικής συνοχής. Πολύ λίγες ψυχομετρικές αναφορές είναι διαθέσιμες για να κρίνει κανείς τις ψυχομετρικές ιδιότητες της Μητρικής Προγεννητικής Προσκόλλησης (MAAS). Ενώ η Διερεύνηση Προγεννητικής Προσκόλλησης (PAI) είναι ένα πολλά υποσχόμενο, ψυχομετρικό αξιόπιστο εργαλείο, παρόλα αυτά, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να εξεταστούν οι διαστάσεις του. Καθώς οι ψυχομετρικές ιδιότητες της Σχέσης Μητέρας-Εμβρύου (MFR) εξετάστηκαν κυρίως σε δείγματα Καυκάσιων (φυλή ανθρώπων)

γυναικών μεσαίας τάξης με υψηλούς δείκτες μόρφωσης, η αξιοπιστία τους και η εγκυρότητα τους θα πρέπει να μελετηθεί σε ποικίλα και μεγαλύτερα δείγματα (Bergh & Simons, 2009). Αναφορικά με την Κλίμακα Πατρικής Προγεννητικής Προσκόλλησης (PAAS), σημειώνεται μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, πως έχει καλή εσωτερική συνοχή καθώς και ποικίλες βαθμολογίες. Αυτό επαληθεύεται και στην έρευνα των Habib και Lancaster σχετικά με την Πατρική-Εμβρυακή Προσκόλληση (PFA) (Habib & Lancaster, 2010).

Αν και η χρήση των συνδυασμένων ή εφαρμοσμένων κλιμάκων ίσως να εμποδίζει την πρόοδο σε ότι έχει σχέση με τη δομή αξιόπιστων εργαλείων της Σχέσης Μητέρας-Εμβρύου και της Σχέσης Πατέρα-Εμβρύου (MFR, PFR), η υιοθέτηση των προσαρμογών είναι μερικές φορές απαραίτητη ώστε να βελτιωθεί η εγκυρότητα της δομής (Bergh & Simons, 2009).

8.8 Επίλογος

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 25 ετών, η έρευνα που διεξήχθη σύμφωνα με τις κλίμακες της Σχέσης Μητέρας-Εμβρύου (MFR) αποκτά ιδιαίτερη σπουδαιότητα σε διάφορους τομείς. Για να ενισχυθεί η ποιότητα αυτής της έρευνας καθώς επίσης και οι κλινικές εφαρμογές της θα πρέπει οι ακόλουθες σκέψεις (μελέτες) και συστάσεις να ληφθούν υπ' όψιν. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των κλιμάκων της Σχέσης Μητέρας-Εμβρύου (MFR) θα πρέπει να εξεταστούν σε εκτεταμένα και ποικίλα δείγματα. Περισσότερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στις γυναίκες οι οποίες, εξαιτίας του συνδυασμού των παραγόντων κινδύνου όπως μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, αλόγιστη χρήση απαγορευμένων ουσιών (όπως, φάρμακα, ναρκωτικές ουσίες και άλλα), εφηβική ηλικία, τυχόν σύλληψη σε προχωρημένη ηλικία, κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης ή συναισθηματικά προβλήματα που οφείλονται στις οικογενειακές καταβολές δημιουργούν μια μη ιδανική σχέση μητέρας με το έμβρυο (MFR). Παρεμβατικές μελέτες θα πρέπει να διεξαχθούν ώστε να εξεταστούν οι μόνιμες επιδράσεις από έντονη έκθεση σε υπερήχους ή προγεννητικά ενημερωτικά μαθήματα παραδείγματος χάριν, καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο έλεγχος της επίδρασης των παρεμβάσεων ως προς το όφελος μιας πραγματικά απτής (υγιής) συμπεριφοράς φαίνεται να είναι ένας

ακόμη πιο σημαντικός στόχος. Οι εφαρμογές της καλής φυσικής κατάστασης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι σημαντικές για την εξέλιξη της μητέρας καθώς επίσης και του εμβρύου, παρόλα αυτά, δεν είναι ακόμη σαφές πως ακριβώς αλληλεπιδρούν αυτές στην Σχέση Μητέρας-Εμβρύου (MFR). Οι Κλίμακες Μητρικής Εμβρυακής Προσκόλλησης (MFAS), Μητρικής Προγεννητικής Προσκόλλησης (MAAS) και η Διερεύνηση Προγεννητικής Προσκόλλησης (PAI) επιδρούν ξεκάθαρα (συνειδητά) σε συμπεριφορές, στάσεις, σκέψεις και συναισθήματα. Άλλα εργαλεία, όπως η Μεθοδική Σημασιολογική Διαφοροποίηση (Semantic Differential Method), η Συνέντευξη Τύπων Δεσμού Ενηλίκων (the Adult Attachment Interview) και η Κλινική Εκδοχή του Σχεσιακού Ερωτηματολογίου (the Relationship Questionnaire-Clinical Version) έχουν χρησιμοποιηθεί ώστε να εξεταστούν εμπειρικά περισσότερο κεκαλυμμένες απόψεις της Σχέσης Μητέρας-Εμβρύου (MFR), παραδείγματος χάριν, τις εμπειρίες προσκόλλησης της ίδιας της μητέρας στο να δημιουργήσει μια σχέση με το αγέννητο παιδί της. Μέθοδοι όπως ομαδικές αναλύσεις πιθανόν να αποδειχθούν χρήσιμες στο να γίνει εφικτή η αναγνώριση υποκατηγοριών των γυναικών που μοιράζονται παρόμοιους τύπους σχέσης Μητέρας με το Έμβρυο (MFR) κάποια στιγμή ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Εκτός από ψυχολογικές μεταπτώσεις, θα πρέπει να μελετηθούν βιολογικές μεταβολές ή βίο-δείκτες (όπως την οξυτοκίνη (oxytocin) και νεύρο-βιολογικές μεταβολές.

Αν και η σχέση μητέρας-εμβρύου δεν είναι ιδιαίτερα κατανοητή ακολουθώντας αυτές τις καθοδηγητικές γραμμές, σε μελλοντική έρευνα ίσως να βοηθήσουν στην αποκάλυψη της φύσης της και στους μηχανισμούς που υποβόσκουν ακόμη περισσότερο (Bergh & Simons, 2009).

Το ίδιο ισχύει και για την Κλίμακα Πατρικής Προγεννητικής Προσκόλλησης (PAAS), η οποία παρόλο που έχει εξετάσει τη σπουδαιότητα των σχέσεων μεταξύ της ταυτότητας και της προσκόλλησης του πατέρα με το αγέννητο παιδί κατά τη διάρκεια της εμβρυακής περιόδου, αφήνει περιθώρια για περαιτέρω έρευνα (Habib & Lancaster, 2010).

Παράρτημα

1.Πίνακες

Πίνακας 1

Maternal Fetus Attachment Scale (items)

- ‘I imagine myself taking care of the baby.’
- ‘I have decided on a name for a baby boy.’
- ‘I try to picture what the baby will look like.’
- ‘I picture myself feeding the baby.’
- ‘I’m really looking forward to seeing what the baby looks like.’
- ‘I wonder if the baby can hear inside of me.’
- ‘I wonder if the baby thinks and feels inside of me.’
- ‘I wonder if the baby feels cramped in there.’
- ‘I eat meat and vegetables to be sure my baby gets a good diet.’
- ‘I do things to try to stay healthy that I would not do if I were not pregnant.’
- ‘I feel all the trouble of being pregnant is worth it.’
- ‘I give up doing certain things because I want to help my baby.’
- ‘I can hardly wait to hold the baby.’
- ‘I feel my body is ugly.’
- ‘I refer to my baby by a nickname.’
- ‘I talk to my unborn child’ (Sjögren, et al., 2004).

Πίνακας 1.1

Κλίμακα Μητρικής Εμβρυακής Προσκόλλησης (Maternal Fetus Attachment Scale)

Έχω αποφασίσει ένα όνομα για το παιδί αν είναι κορίτσι.

Φαντάζομαι τον εαυτό μου να προσέχει το μωρό.

Έχω αποφασίσει όνομα για το παιδί αν είναι αγόρι.

Προσπαθώ να φανταστώ πως θα μοιάζει το παιδί.

Φαντάζομαι τον εαυτό μου να ταΐζει το παιδί.
Ανυπομονώ να δω πως θα μοιάζει το παιδί.
Αναρωτιέμαι αν το παιδί ακούει μέσα μου.
Αναρωτιέμαι αν το παιδί σκέφτεται και νιώθει μέσα μου.
Αναρωτιέμαι αν το παιδί νιώθει πιασμένο μέσα μου.
Τρώω κρέας και λαχανικά για να είμαι σίγουρη ότι το παιδί έχει μια καλή διατροφή.
Κάνω πράγματα για να είμαι υγιής, που δεν θα τα έκανα αν δεν ήμουν έγκυος.
Νιώθω ότι όλος ο κόπος της εγκυμοσύνης το αξίζει.
Έχω σταματήσει να κάνω συγκεκριμένα πράγματα για να βοηθήσω το παιδί μου.
Ανυπομονώ να κρατήσω το παιδί.
Νιώθω ότι το σώμα μου είναι άσχημο.
Αναφέρομαι στο παιδί μου με ψευδώνυμο.
Μιλώ στο αγέννητο παιδί (Sjögren, et al., 2004).

Πίνακας 2

Maternal factor analysis: Two-factor rotated solution

- (19) Sadness/mixed feelings towards fantasized foetal loss
- (3) 'Positive'/negative feelings towards foetus
- (11) Happy/sad feelings about foetus
- (12) Absence/presence of desire to hurt or punish foetus
- (15) Anticipate positive/negative first impression of baby
- (13) Feeling emotionally close to/distant from foetus
- (16) Desire to hold baby immediately/later
- (9) Tender/irritable feelings towards foetus
- (10) Clear/vague mental picture of foetus
- (6) Concept of foetus as 'person'/'thing'
- (7) Foetus dependent for well-being
- (1) Frequent/infrequent thoughts of foetus
- (5) Frequent /infrequent picturing foetus in imagination
- (8) Frequent/infrequent talking to foetus

- (4) Strong/weak desire to read or get information about foetus
- (2) Strong/weak feelings accompanying thoughts of foetus
- (17) Frequent/ infrequent dreams about baby
- (18) Frequent/infrequent palpation of foetus
- (14) Frequent/infrequent concern re mother's diet (Condon, 1993)

Πίνακας 2.1

Παραγοντική Μητρική Ανάλυση

- (19)Λυπηρά / μπερδεμένα συναισθήματα στη σκέψη απώλειας του εμβρύου
- (3)Θετικά / αρνητικά συναισθήματα σχετικά με το έμβρυο
- (11)Χαρούμενα / λυπηρά συναισθήματα για το έμβρυο
- (12)Παρουσία / απουσία της επιθυμίας να βλάψει ή να τιμωρήσει το έμβρυο
- (15)Αναμενόμενη θετική / αρνητική πρώτη εντύπωση για το παιδί
- (13)Να αισθάνεται συναισθηματικά κοντά ή μακριά από το έμβρυο
- (16)Επιθυμία να κρατήσει το παιδί αμέσως-αργότερα
- (9)Τρυφερά / επιθετικά συναισθήματα προς το έμβρυο
- (10)Καθαρή / θολή νοητή εικόνα για το έμβρυο
- (6)Αντίληψη του εμβρύου ως πρόσωπο- πράγμα
- (7)Εξάρτηση του εμβρύου για να είναι καλά
- (1)Συχνές / σπάνιες σκέψεις για το έμβρυο
- (5)Συχνή / σπάνια απεικόνιση του εμβρύου στην φαντασία
- (8)Να μιλάει συχνά / σπάνια στο έμβρυο
- (4)Δυνατή / αδύναμη επιθυμία να διαβάσει ή να πάρει πληροφορίες για το έμβρυο
- (2)Δυνατά / αδύναμα συναισθήματα που συντροφεύουν τις σκέψεις για το έμβρυο
- (17)Συχνά / σπάνια όνειρα για το παιδί
- (18)Συχνή / σπάνια ψηλάφηση του εμβρύου
- (14)Συχνές / σπάνιες ανησυχίες για την μητρική διατροφή (Condon, 1993)

Πίνακας 3

Prenatal Attachment Inventory factorial structure and items

I. Affect

- (3) I enjoy feeling the baby move
- (13) I feel love for the baby
- (14) I try to imagine what the baby is doing in there
- (15) I like to sit with my arms around my tummy
- (18) I stroke the baby through my tummy
- (21) I get very excited when I think about the baby

II. Interaction

- (5) I let other people put their hands on my tummy to feel the baby move
- (8) I tell others what the baby does inside me
- (9) I imagine what part of the baby I'm touching
- (10) I know when the baby is asleep
- (11) I can make my baby move

III. Differentiation from fetus

- (1) I wonder what the baby looks like now
- (2) I imagine calling the baby by name
- (7) I plan the things I will do with my baby
- (12) I buy/make things for the baby

IV. Fantasy

- (16) I dream about the baby
- (17) I know why the baby is moving
- (19) I share secrets with the baby

V. Sensitivity to the fetus

- (4) I think that my baby already has a personality
- (6) I know things I do make a difference to the baby
- (20) I know the baby hears me (Barone et al, 2014).

Πίνακας 3.1

Διερεύνηση Προγεννητικής Προσκόλλησης (Prenatal Attachment Inventory)

Παράγοντας	Στοιχεία
1. Ασκώ επιρροή (affect)	(3) Απολαμβάνω την αίσθηση της κίνησης του μωρού
	(13) Αισθάνομαι αγάπη για το μωρό
	(14) Προσπαθώ να φανταστώ τι κάνει το παιδί μέσα μου
	(15) Μου αρέσει να κάθομαι αγκαλιάζοντας την κοιλιά μου
	(18) Χαϊδεύω το μωρό στη κοιλιά μου
2. Αλληλεπίδραση (interaction)	(21) Ενθουσιάζομαι στη σκέψη του μωρού
	(5) Επιτρέπω σε άλλους να αγγίζουν την κοιλιά μου ώστε να νιώσουν το μωρό να κινείται
	(8) Λέω στους άλλους πώς αντιδρά το μωρό μέσα στη κοιλιά μου
	(9) Φαντάζομαι πιο ακριβώς σημείο του μωρού αγγίζω
	(10) Γνωρίζω πότε το μωρό κοιμάται
	(11) Μπορώ να κάνω το μωρό να κινηθεί

3. Διαφοροποίηση από το έμβρυο (Differentiation from Fetus)	(1) Αναρωτιέμαι για το πώς είναι αυτή τη στιγμή το παιδί
	(2) Φαντάζομαι να φωνάζω το παιδί με κάποιο όνομα
	(7) Σχεδιάζω τα πράγματα που θα κάνω με το μωρό
	(12) Αγοράζω ή φτιάχνω αντικείμενα για το μωρό
4. Φαντασία (Fantasy)	(16) Φαντάζομαι / Ονειρεύομαι το μωρό
	(17) Γνωρίζω το λόγο για τον οποίο κινείται το μωρό
	(19) Μοιράζομαι μυστικά με το μωρό
5. Ευαισθησία για το έμβρυο (Sensitivity for the Fetus)	(4) Πιστεύω ότι το μωρό έχει ήδη δική του προσωπικότητα
	(6) Γνωρίζω ότι κάποια πράγματα που κάνω έχουν σημασία για το μωρό (επηρεάζουν το έμβρυο)
	(20) Ξέρω ότι το μωρό με ακούει (Barone et all, 2014).

Πίνακας 4

Paternal factor analysis: Two-factor rotated solution

- (7) Tender/irritable feelings towards foetus
- (3) 'Positive'/ negative feelings towards foetus
- (9) Happy/sad feelings about foetus
- (12) Anticipate positive/negative first impression of baby
- (11) Feelings emotionally close to/distant from foetus .
- (2) Strong/weak feelings accompanying thoughts of foetus
- (16) Sadness/mixed feelings towards fantasized foetal loss
- (1) Frequent /infrequent thoughts of foetus
- (6) Foetus as little person/thing
- (13) Hold neonate immediately/later
- (10) Frequent/infrequent thoughts of future child
- (15) Frequent/infrequent palpation of foetus
- (14) Frequent/infrequent dreams about baby
- (5) Frequent infrequent picturing foetus in imagination
- (4) Strong/weak desire to read or get information about foetus
- (8) Clear/vague ideas re baby's names (Condon, 1993)

Πίνακας 4.1

Παράγοντες Πατρικής Ανάλυσης

- (7)Τρυφερά / επιθετικά συναισθήματα προς το έμβρυο
- (3)Θετικά / αρνητικά συναισθήματα σχετικά με το έμβρυο
- (9)Χαρούμενα / λυπηρά συναισθήματα για το έμβρυο
- (12)Αναμενόμενη θετική / αρνητική πρώτη εντύπωση για το παιδί
- (11)Να αισθάνεται συναισθηματικά κοντά ή μακριά από το έμβρυο
- (2)Δυνατά / αδύναμα συναισθήματα που συντροφεύουν τις σκέψεις για το έμβρυο
- (16)Λυπηρά /μπερδεμένα συναισθήματα στη σκέψη απώλειας του εμβρύου
- (1)Συχνές / σπάνιες σκέψεις για το έμβρυο
- (6)Αντίληψη του εμβρύου ως πρόσωπο / πράγμα

- (13)Να κρατήσει το νεογνό αμέσως / αργότερα
- (10)Συχνές / σπάνιες σκέψεις για το μελλοντικό παιδί
- (15)Συχνή / σπάνια ψηλάφηση του εμβρύου
- (14)Συχνά / σπάνια όνειρα για το έμβρυο
- (5)Συχνή / σπάνια απεικόνιση του εμβρύου στην φαντασία
- (4)Δυνατή / αδύναμη επιθυμία να διαβάσει ή να πάρει πληροφορίες για το έμβρυο
- (8)Καθαρές / θολές ιδέες για το όνομα του παιδιού

2. Έννοιες

Mother Fetus Relationship (MFR): Σχέσης Μητέρας-Εμβρύου

Maternal Fetus Attachment Scale (MFAS): Κλίμακα Μητρικής Εμβρυακής Προσκόλλησης

Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS): Κλίμακα Προγεννητικής Μητρικής Προσκόλλησης

Prenatal Attachment Inventory (PAI): Διερεύνηση Προγεννητικής Προσκόλλησης

Paternal fetal attachment (PFA): Προσκόλληση Πατέρα-Εμβρύου

Paternal Antenatal Attachment Scale (PAAS): Κλίμακα Πατρικής Προγεννητικής Προσκόλλησης

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση που εντάχθηκε στην παρούσα εργασία, σχετικά με την προγεννητική προσκόλληση, αναδείχτηκε η σημαντικότητα της προγεννητικής περιόδου για την μετέπειτα σχέση μητέρας-βρέφους. Καθοριστικός είναι ο ρόλος της μητέρας ως προς τις ευαίσθητες απαντήσεις της στις ανάγκες τόσο του εμβρύου όσο και μετέπειτα του βρέφους για την υγιή ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξή του. Για να επιτευχθεί η συναισθηματική επένδυση στο έμβρυο αξιοσημείωτη είναι η εξάλειψη των παραγόντων, οι οποίοι αναφέρθηκαν στην εργασία, που καταστέλλουν την ανάπτυξη της προγεννητικής προσκόλλησης. Η εξάλειψη αυτή μπορεί να γίνει με την συμπαράσταση του οικογενειακού περιβάλλοντος αλλά και με την βοήθεια ειδικών αν αυτό χρήζει απαραίτητο. Εν κατακλείδι, υποστηρίζεται ότι ο τύπος των εσωτερικευμένων μοντέλων εργασίας, τα οποία έχει διαμορφώσει η μητέρα με βάση τα πρότυπα των πρώιμων εμπειριών της, αλληλεπιδρούν με τα συναισθήματα της προγεννητικής προσκόλλησης και οργανώνουν την ποιότητα των μητρικών συμπεριφορών της προς το νεογέννητο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Δημητρίου, Λ. (2012). *Τα πρώτα έξι χρόνια της ζωής*. Αθήνα: Πεδίο.
- Καφέτσιος, Κ. (2005). *Δεσμός συναίσθημα και διαπροσωπικές σχέσεις*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Μάνου Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. University studio press. Εκδ. Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών. Θεσσαλονίκη.
- Μάντζιου Τ. (2007). Διαστάσεις της ψυχικής υγείας βρεφών. *Ψυχολογικά Θέματα, Σύλλογος Ελλήνων Ψυχολόγων*, 11-13, 73-91.
- Τσαρτσάρα, Ε. (2006). Προγεννητικός δεσμός μητέρας εμβρύου: ερευνητικά δεδομένα και προβληματισμοί. *Παιδί και έφηβος Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, 8:1, 23-42.
- Τσιάντης, Γ., Δραγώνα, Θ. (2000). *Μωρά και μητέρες: Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και υγεία στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Armstrong, D., (2002). *Emotional Distress and Prenatal Attachment in Pregnancy After Perinatal Loss*, *Journal of Nursing Scholarship*, 34:4, 339-345.
- Baronea L., Lionettia F., & Dellagiuliaa A. (2014). *Maternal-fetal attachment and its correlates in a sample of Italian women: a study using the Prenatal Attachment Inventory*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32:3, 230-239.
- Bergh, B., & Simons, A. (2009). *A review of scale to measure the mother-foetus relationship*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27:2, 114-126.
- Bielawska- Batorowicz, E., & Siddiqui, A. (2008). A study of prenatal attachment with Swedish and Polish expectant mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36, 4, 373-384.
- Carter F.A, Carter J.D, Luty S.E, Wilson D.A, Frampton C.M, Joyce P.R, (2005). *Screening and treatment for depression during pregnancy: a cautionary note*. Australian and New Zealand journal of psychiatry.

Condon, J.T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.

Dayton, C. J., Levendosky, A. A., Davidson, W. S., & Bogat, G., A. (2010). The child as held in the mind of the mother: the influence of prenatal maternal representations on parenting behaviors. *Infant mental health journal*, 31, 2, 220-241.

Debackere, K., Hill, P., Kananaugh, K., (2008). *The Parental Experience of Pregnancy After Perinatal Loss*, *JOGNN*, 37, 525-537.

Doan H.Mck, Zimmerman A. (2008). Prenatal Attachment: A Developmental Model. *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 20, 12, 20-28.

Feldman R.S. (2011). *Εξελικτική ψυχολογία δια βία ανάπτυξη*. Εκδ. Gutenberg. Επιμέλεια: Ηλίας Γ. Μπεζεβέγκης.

Giardinelli L., Innocenti A., Benni L., Stefanini M.C., Lino G., Lunardi C., Svelto V., Afshar S., Bovani R., Castellini G., Faravelli C. (2012). *Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample*.

Goecke T.W., Voigt F., Faschingbauer F., Spangler G., Beckmann M.W., Betz A. (2012). *The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first- time mothers*.

Habib, C., & Lancaster, S. (2010). Changes in identity and paternal-foetal attachment across a first pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28:2, 128-142.

Hutti, M., Armstrong, D., Myers, J., (2013). *Evaluation of the Perinatal Grief Intesity Scale in the Subsequent Pregnancy After Perinatal Loss*, *JOGNN*, 42, 697-706.

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

Mehran, P., Simbar, M., Shams, J., Tehrani, F., Nasiri, N., (2013). *History of perinatal loss and maternal-fetal attachment behaviors*, *Women and Birth*, 26, 185-189.

Oren D.A, Wisner K.L, Spinelli M, Epperson C.N, Peindi K.S, Terman J.S, Terman

M, (2002). *An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression*. Am J Psychiatry.

Pisonia C., Garofolia F., Tziallaa C., Orcesib S., Spinilloc A., Politid P., Balottinbe U., Manzonif P., Stronati M.(2014). *Risk and protective factors in maternal–fetal attachment development*. *Early Human Development* 90,45–46.

Rajan, L. & Oakley, A., (2007). No pills for heartache: *The importance of social support foe women who suffer pregnancy loss*, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11:2, 75-87.

Seimyr L., Sjogren B., Welles-Nystrom B., Nissen E. (2009). *Antenatal maternal depressive mood and parental-fetal attachment at the end of pregnancy*.

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

Siddiqui, A. & Hagglof, B., (2000). *Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother infant interaction?*, *Early Human Development*, 59, 13-25.

Sjogren, B., Edman, G., Widstrom, AM., Mathiesen,AS., Uvnas-Moberg, K. (2004) *Maternal foetal attachment and personality during first pregnancy*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22:2, 57-69.

Tsartsara, E. & Johnoson, M., (2006). *Pregnancy Concerns and the fear of miscarriage: A miscarriage-specific implication or a social fear of failing in terms of womanhood?*, *Hellenic Journal of Psychology*, 3, 197-226.

Tsartsara, E. & Johnoson, M., (2006). *Women's experience of care at a specialized miscarriage unit: an interpretative phenomenological study*, *Clinical Effectiveness in Nursing*, 6, 55-65.

Vedova A. M., Ducceschi B., Cesana B. M., Imbasciati A. (2015). *Journal of reproductive and infant psychology*.

Vreeswijk, C., Janneke A., & Bakel H. (2012). *Parental Representations: A Systematic Review of the working model of the child interview*. *Infant Mental Health Journal*, 33(3), 314–328.

Walsh, J., (2010). *Definitions matter: if maternal-fetal relationships are not attachment, what are they?* *Arch Womens Ment Heaith*, 13, 449-451.

