



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



Διεύθυνση Προγράμματος: Καθηγητής Νικόλαος Παπαντωνίου

«Ο ΨΥΧΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ»

*Μεταπτυχιακή εργασία
Ιωάννας Ντάβου*

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

Διευθυντής: Καθηγητής Νικόλαος Παπαντωνίου



ΑΘΗΝΑ 2017

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

Γ' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Π. Γ. Ν «Αττικόν»

Διευθυντής: Καθηγητής Νικόλαος Παπαντωνίου

«Ο ΨΥΧΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ»

*Μεταπτυχιακή εργασία
Ιωάννας Ντάβου*

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»

Διεύθυνση Προγράμματος: Καθηγητής Νικόλαος Παπαντωνίου

ΑΘΗΝΑ 2017

Αφιερώνεται

Στις γυναίκες που μου εμπιστεύτηκαν την προετοιμασία τους κατά τη διάρκεια της κυοφορίας και με τίμησαν να παραστώ στο μεγαλείο του τοκετού.

Στη Μνήμη
του Ελευθέριου Τσαμανή
Αναπληρωτή Καθηγητή
του τμήματος Μαιευτικής
Τ.Ε.Ι Αθήνας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά τα μέλη της αξιοσέβαστης τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής και ιδιαιτέρως το Διευθυντή του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών κ. Παπαντωνίου Νικόλαο, Καθηγητή Μαιευτικής-Γυναικολογίας της Γ' Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών καθώς και τους Ομότιμους Καθηγητές της Μαιευτικής – Γυναικολογίας Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και μέλη της Συντονιστικής Επιτροπής του Μεταπτυχιακού Προγράμματος κ.Κασσάνο Δημήτριο και κ.Σαλαμαλέκη Εμμανουήλ για την ευκαιρία που μου δόθηκε να παρακολουθήσω το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών και την πολύτιμη προσφορά της γνώσης τους στον τομέα Παθολογία της Κύησης.

Ευχαριστώ θερμά τον κ.Γραμματικάκη Ιωάννη Επιμελητή Α' της Γ' Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν. Αττικών» για την συνεργασία καθ' όλη τη διάρκεια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Παθολογία της Κύησης» καθώς και για την επίβλεψη, καθοδήγηση, ενθάρρυνση και τις πολύτιμες υποδείξεις στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

Ευχαριστώ την κ. Πεχλιβάνη Φανή Αναπληρώτρια Καθηγήτρια και την κ. Παλάσκα Ερμιόνη Καθηγήτρια Εφαρμογών του τμήματος Μαιευτικής -Τ.Ε.Ι Αθήνας για τις πολύτιμες συμβουλές τους.

Εκφράζω την ευγνωμοσύνη στην οικογένειά μου για την αμέριστη στήριξη σε κάθε βήμα της ζωής μου.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Προσωπικές πληροφορίες

ΕΠΩΝΥΜΟ: Ντάβου
ΟΝΟΜΑ: Ιωάννα
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: Παρασκευάς
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Κώστα – Βάρναλη 96 Αιγάλεω Τ.Κ. 12244
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: 210- 5612383
ΚΙΝΗΤΟ: 6972360526
E-MAIL: ioanna818@gmail.com
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: 18/ 08/1964
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: Αθήνα
ΟΙΚΟΓ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Έγγαμη

Σπουδές

1996: Πτυχίο Παιδαγωγικών Σπουδών –ΠΑΤΕΣ- ΣΕΛΕΤΕ.
1987: Πτυχίο Μαιευτικής , Τμήμα Μαιευτικής ,ΤΕΙ- Αθήνας.
1983: Απολυτήριο 3^ο Λύκειο Αιγάλεω.

Γνώση Η/Υ

2016: Certificate MOODLE 3.0 «#Operation Teachers Enhancing and Advancing their competencies and Horizons for European Union (#OPTEACH4EU) » Seville Spain. iDEVELOP, Erasmus+, IKY.
2015: Πιστοποίηση Α επιπέδου «επιμόρφωση των εκπαιδευτικών για την αξιοποίηση και εφαρμογή των ΤΠΕ στη διδακτική πράξη». ΥΠΕΠΘ.
2012: Certified Computer User - CCU – ACTA.

Ξένες Γλώσσες

Αγγλικά - C1 TIE.

Επαγγελματική και Διδακτική Εμπειρία

1/9/2006 - σήμερα: Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση - Μόνιμη Εκπαιδευτικός
1^ο Εσπερινό ΕΠΑ.Λ Αιγάλεω.
1999 - 2006: Τοπική Μονάδα Υγείας Νίκαιας - Υπεύθυνη Μαία
Τμήμα Ψυχοπροφυλακτικής και του Κέντρου
Οικογενειακού Προγραμματισμού. Τ.Μ.Υ Ελευσίνας -
Μαία στο πρόγραμμα Προληπτικού Ελέγχου του
καρκίνου της μήτρας (Test-Pap).
1992 - 1997: Τ.Ε.Ι Αθήνας, Τμήμα Μαιευτικής,
Ωρομίσθια Καθηγήτρια Εφαρμογών,
Εργαστηριακός Συνεργάτης.
1988 - 1990: Ι.Κ.Α - Χαϊδαρίου , Γυναικολογικό - Μαιευτικό και
Παιδιατρικό Ιατρείο.
1987 - 1988: Θεραπευτήριο -Υγεία, Μαία.

Εκπαίδευση - Κατάρτιση

Φεβρουάριος 2014: Ανάπτυξη Προσωπικών Δεξιοτήτων, Ινστιτούτο
Επιμόρφωσης, Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και
Αυτοδιοίκησης, Διάρκεια 21 ώρες.

14-18/Απριλίου 2008:	2 ^ο Σεμινάριο Μητρικού Θηλασμού για Επαγγελματίες Υγείας (θεωρητική και Πρακτική άσκηση), Γ' Μαιευτική Γυναικολογική και Γ' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αττικό Νοσοκομείο.
Ιανουάριος 2008:	Εκπαιδευτικό Σεμινάριο Καρδιοτοκογραφίας, Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν «Αττικό».
31/10/2005 – 6/2/2006:	1 ^ο Μετεκπαιδευτικός Σεμιναριακός Κύκλος, «Φυσικός Τοκετός», διάρκεια 72 ώρες, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, διάρκεια 72 ώρες.
3/9/2004 - 19/11/2004:	Θεωρία και Πρακτική της Π.Φ.Υ. Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα του Γ' Πε.Συ.Π , Π.Γ.Ν «Αττικό», διάρκεια 36 ώρες.
Οκτώβριος 1997:	Εισαγωγική Εκπαίδευση Υγειονομικών Υπαλλήλων, Ι.Κ.Α
1994 - 1995:	Εισαγωγή στην Ψυχοσωματική, Γαλλικό Ινστιτούτο Αθηνών Ακαδημαϊκού Έτους 1994-1995 .
15/9/1994 - 24/9/1994:	Παιδαγωγική στην Κλινική Εκπαίδευση Μαιών – Μαιευτών, Τ.Ε.Ι - Αθήνας , Τμήμα Μαιευτικής.
26/4/1993 - 1/5/1993:	Φυσικός- Ενεργός Τοκετός, Τ.Ε.Ι - Αθήνας, Τμήμα Μαιευτικής.
1/10/1992 - 29/10/1992:	Μαθήματα Ψυχοπροφυλακτικής, Π.Γ.Ν. «Αλεξάνδρα» Τμήμα Ψυχοπροφυλακτικής.

Σεμινάρια - Συνέδρια - Συνεχής Επιμόρφωση

Νοέμβριος 2016:	Η αξιοποίηση της Τεχνολογίας στον Εκσυγχρονισμό της Διοίκησης.
Μάρτιος 2016:	Screening στην Κύηση. Ελληνική Εταιρεία Υπερήχων Στη Μαιευτική και Γυναικολογία.
Ιούνιος 2015:	Θρόμβωση και αντιπηκτική αγωγή κατά την κύηση Ελληνική Λεμφολογική Εταιρεία.
Νοέμβριος 2015:	Επεμβάσεις ενδομήτριας θεραπείας. Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική Ε.Κ.Π.Α
Οκτώβριος 2015:	Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Ανάσα.
Μάρτιος 2015:	G Visser, Optimal Fetal Growth and IUGR- Update on Tocolitics and antenatal corticosteroids Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική Ε.Κ.Π.Α.
Φεβρουάριος 2015:	Διατήρηση της γονιμότητας σε καρκίνο του μαστού. Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική Ε.Κ.Π.Α.
Ιανουάριος 2015:	4 ^ο Συνέδριο Καρκίνος του μαστού 2015.Τι άλλαξε, τι αλλάζει! Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική Ε.Κ.Π.Α.
Ιανουάριος 2015:	Εξατομικευμένες τεχνικές στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική Ε.Κ.Π.Α.
Δεκέμβριος 2014:	Φυσικός – Φυσιολογικός Τοκετός- VBAC 1 ^η Υ.Π.Ε Αττικής «Έλενα Βενιζέλου».
Δεκέμβριος 2014:	Αποτυχία στην Εξωσωματική γονιμοποίηση Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική Ε.Κ.Π.Α.

Δεκέμβριος 2014:	10 ^η Διακλινική ημερίδα – Ιογενείς Περιγεννητικές Λοιμώξεις. Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική Ε.Κ.Π.Α.
Νοέμβριος 2014:	Είναι μονόδρομος η μαιευτική Υστερεκτομή στην Αιμορραγία της υστεροτοκίας; Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική Ε.Κ.Π.Α.
Μάρτιος 2014:	1 ^ο Συμπόσιο Αντιπαραθέσεων στη Μαιευτική, Α' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών.
Δεκέμβριος 2011:	Υγεία και Παραγωγικές Διαδικασίες: Το ζήτημα της Διατροφής, Διευθύνσεις Β/θμιας Εκπ/σης Γ', Δ' Αθήνας και Πειραιά , Διάρκεια 16 ώρες.
Δεκέμβριος 2011:	Στηρίζομαι στα πόδια μου , Κέντρο πρόληψης Εξάρτησης Και Αγωγής Υγείας «Αρηξίς» -Τμήμα Αγωγής Υγείας της Β/θμιας Εκπ/σης Γ' Αθήνας, διάρκειας 20 ώρες.
Νοέμβριος 2011:	Δυναμική της Ομάδας, Κέντρο Πρόληψης Εξάρτησης και Αγωγής Υγείας «Αρηξίς» και Β/θμια Διεύθυνση Γ Αθήνας Διάρκεια 16 ώρες.
Μάρτιος 2011:	Πρώτες Βοήθειες, Τμήμα Αγωγής Υγείας Δ/νσης Δ/θμιας Εκπ/σης Γ' Αθήνας και Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός.
Δεκέμβριος 2010:	6 ^η Ετήσια Ημερίδα για το Μητρικό Θηλασμό , Συλλόγου Οι Φίλοι του Μητρικού Θηλασμού – Υπουργείο Υγείας.
Νοέμβριος 2009:	Ψυχική Υγεία – Διαπροσωπικές Σχέσεις και Διατροφή Διατροφικές Συνήθειες των μαθητών, Τμήμα Αγωγής Υγείας Δ/σης Π.Ε Γ' Αθήνας.
Δεκέμβριος 2007:	3 ^η Ετήσια Ημερίδα για το Μητρικό Θηλασμό, Συλλόγου Οι Φίλοι του Μητρικού Θηλασμού-Υπουργείο Υγείας.
Μάρτιος 2006:	Σεξουαλική και Αναπαραγωγική Υγεία των Νέων: Τύχη ή Επιλογή, Ελληνικός Σύνδεσμος Οικογενειακού Προγραμματισμού.
Δεκέμβριος 2006:	2 ^η Ετήσια Ημερίδα για τον Μητρικό Θηλασμό, Συλλόγου Οι φίλοι του Μητρικού θηλασμού-Υπουργείο Υγείας.
Δεκέμβριος 2005:	1 ^η Ετήσια Ημερίδα για τον μητρικό Θηλασμό, Συλλόγου Οι Φίλοι του Μητρικού θηλασμού – Υπουργείο Υγείας.
Οκτώβριος 2004:	Η Προγεννητική Αγωγή στην Υπηρεσία της Ειρήνης, Ελληνική Εταιρεία Προγεννητικής Αγωγής .
Οκτώβριος 2004:	Η Γέννηση δια μέσου των αιώνων- Σύγχρονες εμπειρίες, Ελληνική Μαιευτική Ψυχοπροφυλακτική Εταιρεία. 3 ^η Ημερίδα Ψυχοπροφυλακτικής «Η Γέννηση της Ζωής» Γ.Ν.Μ «Ελενας Βενιζέλου».
Ιούνιος 2000:	8 ^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών – Μαιευτών.
Οκτώβριος 1996:	10 th World Congress of Pediatrics Adolescent Medicine.
Μάιος 1995:	4 ^ο Μεσογειακό Συνέδριο Μαιευτικής Ψυχοπροφύλαξης.

	Μαιευτήριο «Έλενας Βενιζέλου».
Νοέμβριος 1994:	6 ^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Ελληνική Μαιευτική Εταιρεία.
Δεκέμβριος 1994:	Ναρκωτικά, ΤΕΙ-Αθήνας, Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής.
Απρίλιος 1994:	8 ^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιγεννητικής Ιατρικής.
Νοέμβριος 1993:	5 ^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Και Αντιμετώπισης του AIDS.
Νοέμβριος 1993:	Καρκίνος Αιδοίου-Κόλπου-Μήτρας, Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική –Γ.Π.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»
Απρίλιος 1993:	Α΄ Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιωτικών Μαιευτηρίων.
Μάρτιος 1990:	Σεξουαλική Αγωγή και Υγεία, Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού. Β΄ Ετήσιο Μετεκπαιδευτικό Συμπόσιο Μαιευτικής- Γυναικολογίας, Ν.Μ.Γ.Κ.Α «Έλενας Βενιζέλου»
Ιούνιος 1989:	Σεμινάριο Οικογενειακού Προγραμματισμού, Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική.
Μάρτιος 1989:	Α΄ Ετήσιο Μετεκπαιδευτικό Συμπόσιο Μαιευτικής Γυναικολογίας, Μ.Γ.Κ.Α «Έλενας Βενιζέλου»
Νοέμβριος 1988:	Κατακλίσεις, Νοσηλευτική Υπηρεσία Κ.Α.Τ
Σεμινάρια στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	
Μάρτιος 2017:	Εκπαιδευτικό ταξίδι στην ιστορία και στον πολιτισμό οι εκπαιδευτικές δράσεις της διεύθυνσης Μουσείων Του Υπουργείου Πολιτισμού Αθλητισμού.
Μάρτιος 2017:	Μαθησιακές Δυσκολίες και Σχολικό Άγχος στη Β/θμια Εκπαίδευση.
Φεβρουάριος 2017:	Η αξιοποίηση της δημιουργικής γραφής στα φιλολογικά μαθήματα και στα πολιτιστικά προγράμματα.
Φεβρουάριος 2017:	Αποκλίνουσες Συμπεριφορές- νέες τάσεις και Προσεγγίσεις διαχείρισης.
Νοέμβριος 2016:	Boys and Girls Plus.Κέντρο Πρόληψης Αρξίς.
Νοέμβριος 2011:	Εξοικονόμηση πόρων και ενέργειας μέσα από καθημερινές πρακτικές: Δίκτυα ανταλλαγών.
Σεπτέμβριος 2010:	Σεμινάριο Ορθοφωνίας.
Δεκέμβριος 2009:	Σχολική Βία , Αναγκαιότητα Πρόληψης και Τρόποι Παρέμβασης.
Νοέμβριος 2009:	Αντιμετώπιση Σεισμών.
Οκτώβριος 2009:	Το ζήτημα της ενέργειας στα προγράμματα της Περιβαλλοντικής Εκπαίδευσης .
Απρίλιος 2008:	Καλοκαιρινά Σχολεία Νεανικής Επιχειρηματικότητας.
Απρίλιος 2008:	Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών των ΤΕΕ, ΣΕΚ, ΕΠΑ.Λ ΕΠΑ.Σ στα νέα δεδομένα αναβάθμισης του Θεσμού.
Οκτώβριος 2008:	Πολιτιστικά Προγράμματα.
13/11/2006 - 7/12/2006:	Εισαγωγική Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών.

Περιεχόμενα

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	3
Εισαγωγή	5
1. Η ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	7
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ	8
3 .ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	24
3.1 Ιστορική Αναδρομή	25
3.2 Συναισθηματικές Αλλαγές Μέλλουσας Μητέρας	28
3.3 Συναισθηματικές Αλλαγές Του Μέλλοντα Πατέρα.....	30
3.4 Ο Ρόλος Του Πατέρα Κατά Την Εγκυμοσύνη.....	32
4. Το άγχος και η κατάθλιψη στην εγκυμοσύνη.....	32
4.1. Περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές (ΠΨΔ)	32
4.2 Άγχος.....	35
4.3. Κατάθλιψη	37
4.4 Ψυχωτικές Διαταραχές.....	41
5. ΜΕΘΟΔΟΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	42
5.1 Η Προσέγγιση Του Michel Odent.....	42
5.2 Η θεωρία Του Dick Read.....	45
5.3 Η Μέθοδος Lamage	46
5.4 Frederick Leboyer, Ο Τοκετός Χωρίς Βία.....	47
5.5 Η Μέθοδος Bradley	48
5.6 Μέθοδος αυτογενούς αναπνευστικής αγωγής (R.A.T.).....	48
ΣΚΟΠΟΣ - ΥΛΙΚΟ	51
1. Σκοπός και Υλικό	53
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	55
2. Αποτελέσματα.....	57
2.1 Κατάθλιψη.....	57
2.1.1 Κατάθλιψη κατά την κύηση	57
2.1.2 Η κατάθλιψη στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό και η ποιότητα ζωής αυτών.....	58
2.1.3 Παράγοντες Κινδύνου.....	64
2.1.3.1 Προηγούμενο ιστορικό	64
2.1.3.2 Άγχος κατά την κύηση.....	64
2.1.3.3 Ψυχολογική υποστήριξη από οικογένεια.....	66

2.1.3.4 Δημογραφικοί παράγοντες.....	68
2.1.3.5 Γυναικολογικοί και Μαιευτικοί παράγοντες	70
2.1.3.6 Μητρικός θηλασμός.....	71
2.1.3.7. Φύλο και συμπεριφορά του βρέφους.....	72
2.1.4 Ανίχνευση, Πρόληψη και Διάγνωση	73
2.1.5 Θεραπεία της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά από αυτήν	75
2.2 Περιγεννητικές αγχώδεις διαταραχές	77
2.2.1 Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (ΓΑΔ)	79
2.2.2 Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΔΨΔ).....	79
2.2.3 Διαταραχή πανικού	80
2.2.4 Διαταραχή μετατραυματικού άγχους μετά τον τοκετό (PTSD-Posttraumatic Stress Disorder)	81
2.2.5 Τοκοφοβία.....	82
2.3 Περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές στην Ελλάδα	83
2.3.1 Οργανισμοί Παροχής Κοινωνικής Υποστήριξης στην Ελλάδα.....	85
2.4 Κρισιμότητα των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών - Επιπτώσεις	87
2.4.1 Επιπτώσεις των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών στην κύηση και στο έμβρυο.....	88
2.4.2 Οι επιπτώσεις των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών στο βρέφος και στο παιδί.....	88
2.4.3 Οι επιπτώσεις των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών στην ίδια τη γυναίκα.....	91
2.4.4.Επιπτώσεις στη σχέση με τον σύντροφο και την οικογένεια.....	93
2.4.5 Επιπτώσεις στην Κοινωνία	93
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	95
Συμπεράσματα	97
Περίληψη	101
Summary	103
Βιβλιογραφία	105

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

«Πρέπει να προσέχει κανείς ιδιαίτερα τις γυναίκες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, ώστε η εγκυμοσύνη να μη βρεθεί ούτε με πολλές ηδονές, ούτε με πάθη, ούτε με λύπες, αλλά να ζεί κατά τον χρόνο αυτό, τιμώντας τον, με χαρά και καλή ψυχική διάθεση».

ΠΛΑΤΩΝ (Νόμοι, 792 Ε)

Ο κύριος στόχος της παρούσας έρευνας είναι να παρουσιάσει όσο πιο διεξοδικά γίνεται τις διαστάσεις του ψυχισμού της εγκύου και συγκεκριμένα την περιγραφή του περιγεννητικού στρες, του άγχους και της περιγεννητικής κατάθλιψης. Επιχειρείται η ανάδειξη και ο τονισμός των αναγκών για περισσότερη έρευνα και ενημέρωση όσον αφορά τα συμπτώματα, την πρόγνωση, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση - θεραπεία των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών που μπορεί να εμφανιστούν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. μέσα από την ανασκόπηση της σύγχρονης διεθνούς σχετικής βιβλιογραφίας, η οποία αντλήθηκε κυρίως από τη διαδικτυακή βάση βιβλιογραφικών δεδομένων από βάσεις επιστημονικών άρθρων όπως είναι η PubMed. Ουσιαστικά πρόκειται για μια προσπάθεια να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στα κλινικού και κοινωνικού ενδιαφέροντος ζητήματα αυτά, τα οποία πάρα πολύ συχνά συγχέονται και παραμελούνται επειδή η συμπτωματολογία τους είναι σε αρκετά σημεία κοινή με αυτήν της εγκυμοσύνης (Flynn et al., 2004).

Διαπιστώνεται ότι η ψυχική υγεία της εγκύου επηρεάζεται από πολλούς άλλους παράγοντες πέραν της εγκυμοσύνης, οι οποίοι ποικίλουν και διαφέρουν από περίπτωση σε περίπτωση. Η ανάλυση των παραγόντων κατέχει κύρια θέση στην εργασία αυτή για να αναδειχθεί το ευρύ φάσμα της αιτιολογίας της περιγεννητικής κατάθλιψης και του περιγεννητικού άγχους και στρες, αλλά και για να υπογραμμιστεί η σημαντικότητά της κατά την διαδικασία εύρεσης μιας κατάλληλης εξατομικευμένης αντιμετώπισης – θεραπείας (Flynn et al., 2004).

Η περίοδος της μετάβασης στη μητρότητα είναι αναμφισβήτητα μια σημαντική πτυχή της ζωής των γυναικών. Η κύηση και ο τοκετός είναι πολυσύνθετα γεγονότα, που συνοδεύονται από βιολογικές, κοινωνικές και συναισθηματικές αλλαγές. Αν και τις περισσότερες φορές συνοδεύονται από αισθήματα χαράς και ικανοποίησης, μπορεί μερικές φορές να προκαλέσουν ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες και κατά συνέπεια προβλήματα στην προσαρμογή στον γονεϊκό ρόλο. (Ο' Hara και Swain, 1996)

Ο τοκετός και η γέννηση σηματοδοτούν το τέλος της κύησης και την έναρξη ενός καινούργιου δεσμού μεταξύ μητέρας και παιδιού. Η διπλή αυτή σηματοδότηση γεννά ποικιλία συναισθηματικών αντιδράσεων στη γυναίκα, χωρίς να λείπουν το άγχος, ο φόβος και η ανασφάλεια. Το τέλος της κύησης σε μερικές γυναίκες προκαλεί άγχος και θλίψη, διότι σημαίνει το τέλος της ενιαίας συνύπαρξης με το παιδί, που τους δημιουργούσε ιδιαίτερο αίσθημα ικανοποίησης. Σε άλλες γυναίκες το άγχος

σχετίζεται με τις ανασφάλειες γύρω από την ικανότητα αγάπης και φροντίδας του μωρού που γεννιέται ή με απογοήτευση για κάποια χαρακτηριστικά του μωρού. (Flynn et al., 2004).

1. Η ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Εγκυμοσύνη είναι το χρονικό διάστημα της γενετήσιας εποχής της γυναίκας, που αρχίζει με την γονιμοποίηση του ωαρίου και τελειώνει με τον τοκετό. Λέγεται και κύηση ή κυοφορία. Το μωρό πριν τη γέννησή του ονομάζεται έμβρυο. Μία φυσιολογική εγκυμοσύνη διαρκεί περίπου 40 εβδομάδες από την τελευταία έμμηνο ρύση της γυναίκας (38 εβδομάδες μετά τη γονιμοποίηση του ωαρίου) (Αντωνίου και συν., 2007).

Το πρώτο τρίμηνο εγκυμονεί για τη μέλλουσα μητέρα και τους μεγαλύτερους κινδύνους για μία ενδεχόμενη αποβολή (έτσι ονομάζεται ο θάνατος από φυσιολογική αιτία ενός εμβρύου). Αυτό μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα υγείας του εμβρύου, της μητέρας ή σε κάποια βλάβη που προκλήθηκε μετά τη σύλληψη (Λυκερίδου και συν., 2006).

Η εγκυμοσύνη είναι για μία γυναίκα ίσως η σημαντικότερη και ομορφότερη περίοδος της ζωής της και μία εκπληκτική εμπειρία πρωταρχικά για την ίδια και σε μικρότερο βαθμό για τους οικείους της. Οι αλλαγές δε που συντελούνται τόσο σε σωματικό επίπεδο όσο και στο ψυχικό και συναισθηματικό κόσμο της μέλλουσας μητέρας είναι τεράστιες (Λυκερίδου και συν., 2006).

Αναγκαία είναι η προετοιμασία της γυναίκας και ο κατάλληλος προγραμματισμός της κύησης. Σημαντικό ρόλο σ' αυτήν ακριβώς τη στιγμή, παίζει η μαία-μαιευτής. Η προετοιμασία αυτή είναι αγωγή υγείας και ανήκει στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Η εγκυμοσύνη συνιστά μια από τις πιο πολυσύνθετες εμπειρίες στη ζωή μιας γυναίκας. Πρόκειται για μια μεταβατική περίοδο, κατά την οποία η γυναίκα καλείται να αντιμετωπίσει μια σειρά πρωτόγνωρες και κομβικές αλλαγές στη σωματική εικόνα, την αντίληψη του εαυτού, την καθημερινότητα, τις σχέσεις. Ο ερχομός ενός παιδιού σηματοδοτεί την έναρξη μιας διαφορετικής ζωής, που τίθεται με όρους μονιμότητας (Raphael-Leff, 2001).

Πληθώρα παραδειγμάτων από την κλινική πράξη αλλά και τον γενικό πληθυσμό γυναικών που διανύουν την περιγεννητική περίοδο, αναδεικνύουν περιπτώσεις όπου, η εγκυμοσύνη και η απόκτηση παιδιού δεν αποτελεί εξ ορισμού ένα πολυπόθητο και χαρμόσυνο γεγονός, όπως θα αναμενόταν. Οι γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο είναι ευάλωτες να εμφανίσουν συμπτώματα από όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών (Brockington, 2005).

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

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Diagram illustrating the female reproductive system with the following labeled parts:

- ΣΑΛΠΙΓΓΑ (Fallopian Tube)
- ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ (Uterine Cavity)
- ΠΥΘΜΕΝΑΣ (Cervix)
- ΣΑΛΠΙΓΓΑ (Fallopian Tube)
- ΟΡΟΓΟΝΟΣ ΧΙΤΩΝΑΣ (Ovarian Follicle)
- ΩΘΗΚΕΣ (Ovaries)
- ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ (Endometrium)
- ΜΥΟΜΗΤΡΙΟ (Myometrium)
- ΤΡΑΧΗΛΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ (Cervix)
- ΚΟΛΠΟΣ (Vagina)

Ειδικότερα: Ο κόλπος παρουσιάζει μεγάλη αιμάτωση λόγω της πλήρωσης από αίμα του φλεβικού αγγειακού δικτύου του κοιλιακού τοιχώματος, ενώ το χρώμα του γίνεται μωβ (ιώδες) ήδη από την έκτη (6) εβδομάδα της κύησης, αποτελώντας σημείο διάγνωσης της εγκυμοσύνης. Σημαντικές αλλαγές λαμβάνουν χώρα και στον υποβλεννογόνιο ιστό που περιβάλλει τον κόλπο¹, ώστε να υπάρξουν οι κατάλληλες συνθήκες για την μεγάλη διάταση που συμβαίνει κατά την ώρα της διέλευσης του εμβρύου από τον πυελογεννητικό σωλήνα. Τα τοιχώματα του κόλπου γίνονται πιο παχιά, ενώ η επιφάνειά τους είναι ανώμαλη και τραχιά. Τα κύτταρα του κοιλιακού επιθηλίου² αυξάνονται τόσο σε αριθμό όσο και σε μέγεθος, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη αποβολή (απολέπιση) των κυττάρων και

² Το επιθήλιο ή επιθηλιακός ιστός αποτελείται από κύτταρα τα οποία συνδέονται στενά μεταξύ τους και σχηματίζουν επιφάνειες, οι οποίες καλύπτουν εξωτερικά το σώμα ή επενδύουν εσωτερικά διάφορες κοιλότητες .

συνακόλουθα την εμφάνιση μέσα στον κόλπο του λευκόχρου παχύρρευστου εκκρίματος, το οποίο είναι χαρακτηριστικό στην εγκυμοσύνη και από το οποίο διαπιστώνονται οι ορμονικές μεταβολές στην κύηση. Το Ph του κόλπου ελαττώνεται και φτάνει το 4-5, γίνεται δηλαδή περισσότερο όξινο, δημιουργώντας έτσι ένα περιβάλλον, το οποίο προστατεύει από την ανάπτυξη παθογόνων μικροοργανισμών (με εξαίρεση τους μύκητες) και την εμφάνιση λοιμώξεων, οι οποίες θα μπορούσαν να βλάψουν το έμβρυο (Andersen et al., 2007).

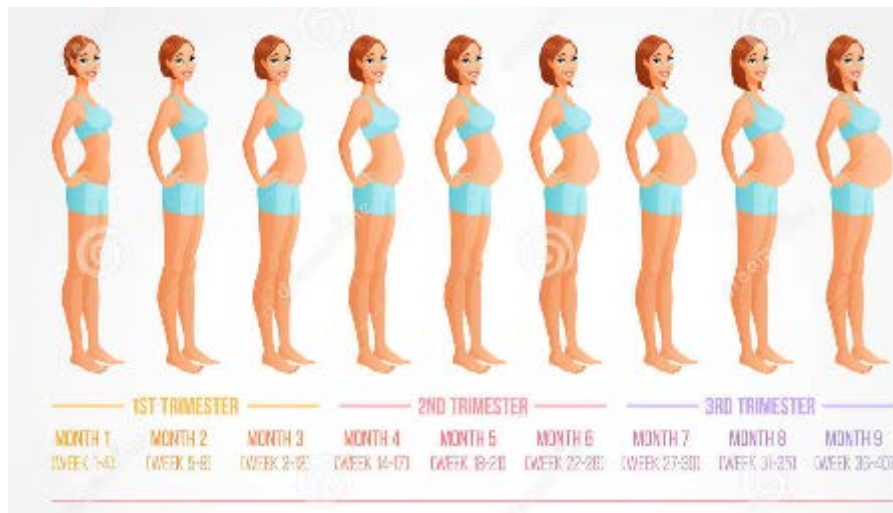
Η μήτρα είναι το όργανο που παρουσιάζει τις μεγαλύτερες και πιο αξιοσημείωτες μεταβολές κατά την κύηση. Η μήτρα αποτελεί ένα κοίλο όργανο σε σχήμα απιοειδές (δηλ. σαν αχλάδι), το οποίο βρίσκεται στην κορυφή του κόλπου. Αποτελείται από ένα κατώτερο κυλινδρικό τμήμα, τον τράχηλο, και από ένα ανώτερο τμήμα, το σώμα της μήτρας. Μεταξύ του τραχήλου και του σώματος της μήτρας υπάρχει ένα στενότερο τμήμα, ο ισθμός, δηλαδή η περιοχή που συνδέει τον τράχηλο με το σώμα της μήτρας, αποτελώντας ουσιαστικά μια μεταβατική ζώνη. Το τοίχωμα της μήτρας, από μέσα προς τα έξω, αποτελείται από το ενδομήτριο (βλεννογόνος χιτώνας), το μυομήτριο, που αποτελεί τον παχύτερο χιτώνα της μήτρας και τον ορογόνο (εξωτερικό) χιτώνα (Andersen et al., 2007).

Οι αλλαγές, οι οποίες εντοπίζονται στο μέγεθος, το βάρος, το σχήμα, τη σύσταση, τη θέση και τη συστατικότητα της, οφείλονται σε μεταβολές στην υφή του ενδομητρίου, του μυομητρίου και της αγγείωσης της μήτρας (Norwitz et al., 2007).

Ειδικότερα: Το μέγεθος της μήτρας είναι το πρώτο που επηρεάζεται, καθώς υφίσταται η ανάγκη να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις και την αύξηση του κυήματος. Συνεπώς, ενώ στην αρχή της κύησης έχει διάμετρο περί τα 7,5x5x2,5 cm καταλήγει στο τέλος να εμφανίζει διάμετρο περί τα 28x24x21 cm, ήτοι περί το τετραπλάσιο. Η αύξηση του μεγέθους είναι αποτέλεσμα της επίδρασης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες και τον πλακούντα και οφείλεται στην μυϊκή υπερτροφία της μήτρας. Το μέσο βάρος της μήτρας σε γυναίκα που δεν έχει τεκνοποιήσει υπολογίζεται σε 50-60 gr, ενώ σε πολυτόκο γυναίκα περί τα 100 gr. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και περί τα μέσα αυτής το βάρος φθάνει με σταδιακή αύξηση στα 300- 400 gr, ενώ στο τέλος φτάνει στα 1.100 gr. (Norwitz et al., 2007).

Το σχήμα της μήτρας παραμένει απιοειδές μέχρι και την έκτη (6η) εβδομάδα της κύησης, αλλά μετά τη συμπλήρωση της δωδέκατης (12ης) εβδομάδας μετατρέπεται σε σφαιρικό. Μετά την εικοστή (20η) εβδομάδα, στο μέσο της κύησης, η μήτρα αποκτά ωοειδές σχήμα για να προσαρμοστεί στις διαστάσεις του κυήματος, προς το τέλος δε της εγκυμοσύνης παρουσιάζει επιμήκυνση και κυλινδροειδή μορφή, παρακολουθώντας τη στάση του εμβρύου στο εσωτερικό της.

Οι παραπάνω μεταβολές στις διάφορες εβδομάδες της εγκυμοσύνης αποτυπώνονται σχηματικά στην παρακάτω εικόνα:



Εικόνα 2: Η εξέλιξη της εγκυμοσύνης. (Norwitz et al., 2007).

Η σύσταση της μήτρας με την πρόοδο της εγκυμοσύνης γίνεται πιο μαλακή, γεγονός που οφείλεται στην αυξημένη αιμάτωσή της μέσω του διογκωμένου αγγειακού συστήματος. Ο ισθμός της μήτρας επιμηκύνεται και μαλακώνει, όπως άλλωστε και ο τράχηλος της μήτρας. Προοδευτικά, καθώς εξελίσσεται ομαλά η κύηση, περί την δέκατη έκτη (16η) εβδομάδα το τοίχωμά της αποκτά ακόμα πιο μαλακή υφή, ώστε περί την εικοστή τέταρτη (24η) εβδομάδα να επιτρέπει την ψηλάφηση του εμβρύου. Αλλαγές παρατηρούνται και στη θέση της μήτρας. Στην έναρξη της εγκυμοσύνης παραμένει σε πρόσθια κλίση και κάμψη, η τελευταία όμως εξαφανίζεται με την επιμήκυνση του τραχήλου. Με την πρόοδο της εγκυμοσύνης και σε προχωρημένα στάδια, η μήτρα στρέφεται προς τα δεξιά, τόσο ώστε να φθάνει τις 90 μοίρες (Andersen et al., 2007).

Η συσταλτικότητα της μήτρας όχι μόνο διατηρείται αλλά και σταδιακά αυξάνεται, οι δε συστολές έχουν μη χρονικά καθορισμένη εμφάνιση με χρονική διάρκεια περί τα τριάντα (30) δευτερόλεπτα. Η συσταλτικότητα γίνεται μετρήσιμη από την έβδομη (7η) εβδομάδα και μετά, οπότε οι συστολές μπορεί να εμφανίζονται περίπου κάθε είκοσι (20) με τριάντα (30) λεπτά αλλά έχουν μικρή ένταση. Στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης, οι συσπάσεις εμφανίζονται πιο συχνά -ακόμη και κάθε 10'-15'- ούσες πιο αισθητές. Μετά την τριακοστή έκτη (36η) εβδομάδα είναι εύκολο να αντιληφθεί κανείς τις συσπάσεις της μήτρας από τα κοιλιακά τοιχώματα. Οι συσπάσεις αυτές, γνωστές ως προπαρασκευαστικές συσπάσεις Braxton-Hicks, ονομάζονται «νόθες», διότι δεν ταυτίζονται με τις γνήσιες συστολές του τοκετού, καθώς δεν φέρουν πόνο και δε γίνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα, όπως οι συσπάσεις του τοκετού. Η έγκυος τις αισθάνεται ως τέντωμα (τσίτωμα) άνευ πόνου. Με την έναρξη του τοκετού ξεκινούν οι γνήσιες συσπάσεις, οι οποίες είναι σε τακτά χρονικά διαστήματα, σύντομης επανάληψης, ήτοι κάθε 2'-3' και εμφανίζουν αυξανόμενης έντασης πόνο (Andersen et al., 2007).

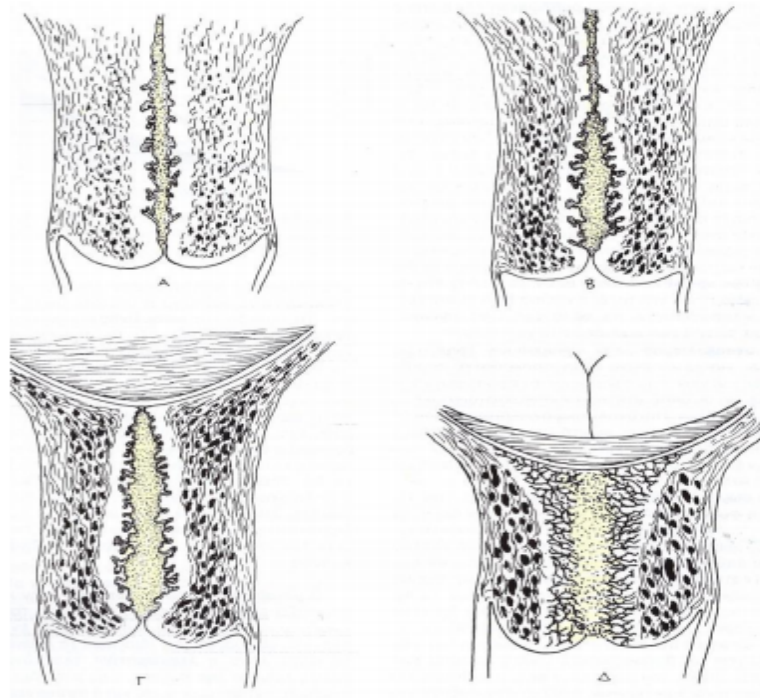
Στο μυομήτριο, παρουσιάζεται πολλαπλασιασμός του αριθμού των μυϊκών ινών³, αλλά η αύξηση της μάζας του οφείλεται στην υπερτροφία των κυττάρων του μυομητρίου λόγω της ορμονικής επίδρασης και του ερεθίσματος της διάτασης των μυϊκών ινών. Είναι πραγματικά αξιοσημείωτη η αύξηση του όγκου του μυομητρίου, η οποία φθάνει και το εκατονταπλάσιο, ενώ έκαστη μυϊκή ίνα γίνεται από 17 έως 40 φορές μεγαλύτερη! Ανάλογη αύξηση εμφανίζεται και στο δομικό ελαστικό ιστό γύρω από τις αρτηρίες αλλά και στο συνδετικό ιστό μεταξύ των μυϊκών στιβάδων, ώστε να προκύπτει ένα ανθεκτικό τοίχωμα, το οποίο μικραίνει σε πάχος (από 1 cm σε 0,5 cm), γεγονός που οφείλεται στη μεγαλύτερη ικανότητα διάτασης του μυομητρίου κατά την εγκυμοσύνη σε σχέση με την εκτός εγκυμοσύνης κατάσταση (Παπαδημητρίου, 1988).

Το ενδομήτριο κατά την κύηση μεταβάλλεται στο φθαρτό, το οποίο αποτελεί το χαρακτηριστικό και αποκλειστικά κατά την κύηση εμφανιζόμενο ενδομήτριο. Τέλος, χαρακτηριστικές είναι επίσης και οι αλλαγές, οι οποίες αφορούν στην αιμάτωση της μήτρας. Η αύξηση του μεγέθους της, η ανάπτυξη του πλακούντα και οι μεταβολικές υψής απαιτήσεις του κυήματος, έχουν ως αποτέλεσμα επιτακτικές και μεγάλες κυκλοφορικές ανάγκες για τη μήτρα, ώστε να εμφανίζεται υπερτροφία του αγγειακού της συστήματος, το οποίο περί τα τέλη της εγκυμοσύνης υποδέχεται σχεδόν το 1/6 του συνολικού όγκου αίματος της μητέρας. Ενδεικτικό των απαιτήσεων σε αίμα είναι το φαινόμενο της αύξησης της αιμάτωσης (αιματικής ροής) από 50 ml/min κατά τη δέκατη (10η) εβδομάδα σε 400-600 ml/min κατά τις τελευταίες εβδομάδες (δηλ. 10% του αίματος που φεύγει από τη καρδιά καταλήγει στη μήτρα) (Παπαδημητρίου, 1988).

Ο τράχηλος της μήτρας, ο οποίος αποτελείται από ινώδη συνδετικό ιστό και έχει ρόλο συγκράτησης του εμβρύου, γίνεται χρώματος γαλαζωπού (κυανού), μαλακός και οίδηματώδης, μεγαλώνει ως προς το εύρος και κονταίνει ως προς το μήκος, ενώ παράλληλα παρουσιάζει αυξημένη αιμάτωση, ελάττωση του κολλαγόνου, μεταβολή της βασικής του δομής (γεγονός που επιτρέπει την απαιτούμενη διάταση και διαστολή του) και υπερπλασία και υπερτροφία του συνδετικού ιστού με συνοδό χαλάρωση και αύξηση της απόστασης μεταξύ των μυϊκών του ινών (Andersen et al., 2007).

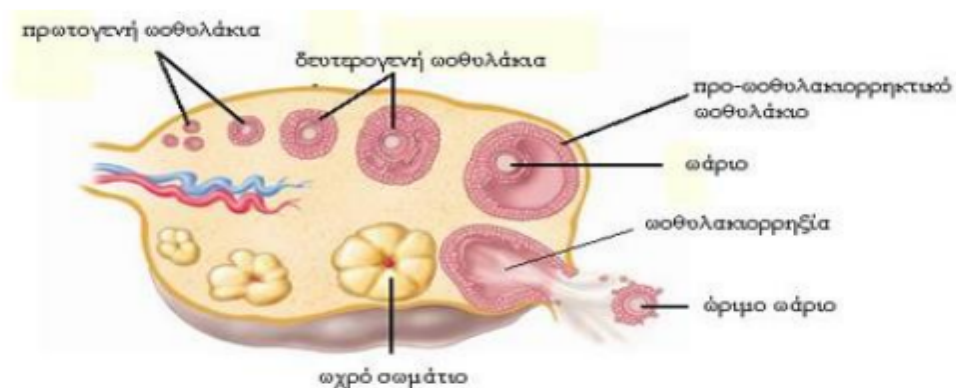
Ιδιαίτερης σημασίας είναι οι αλλαγές στον βλεννογόνο του τραχήλου. Οι ενδοτραχηλικοί αδένες υπερτρέφονται με αποτέλεσμα να εκκρίνουν περισσότερη βλέννα, ώστε να δημιουργείται ένα βλεννώδες βύσμα, το οποίο λειτουργεί σαν τοίχωμα (πώμα) του αυλού του τραχήλου, ώστε να προστατεύεται η μητρική κοιλότητα και το πολύτιμο περιεχόμενο από ανιούσες λοιμώξεις (λοιμώξεις που ανεβαίνουν από τον κόλπο μέσω του γεννητικού σωλήνα προς τη μήτρα) (Andersen et al., 2007).

³ Η αύξηση του αριθμού των κυττάρων ενός ιστού, η οποία συνήθως οδηγεί και στην αύξηση του όγκου του αντίστοιχου οργάνου, ονομάζεται υπερπλασία, ενώ η αύξηση του μεγέθους των κυττάρων ενός ιστού ονομάζεται υπερτροφία. .



Εικόνα 3: Οι αλλαγές στον βλεννογόνο του τραχήλου. (Παπαδημητρίου, 1998).

Στις ωοθήκες παρατηρείται μεγάλη αλλαγή στο ωχρό σωματίο. Το ωχρό σωματίο προέρχεται από ένα ώριμο και πρόσφατα ερρηγμένο ωοθυλάκιο και μιμείται όργανο ενδοκρινικής φύσης παράγοντας προγεστερόνη και οιστρογόνα. Η ύπαρξη και λειτουργία του ωχρού σωματίου εξαρτάται από το αν θα προκύψει γονιμοποίηση, καθώς σε διαφορετική περίπτωση υποστρέφει (συρρικνώνεται και εξαφανίζεται) κατά το τέλος του κύκλου της έμμηνης ρύσης (Αντωνίου και συν., 2007).



Εικόνα 4: Ωοθήκες- Στην παραπάνω εικόνα φαίνεται η ωρίμανση των ωοθυλακίων, η ωορρηξία, η δημιουργία του ωχρού σωματίου από το ερρηγμένο ωοθυλάκιο και η σταδιακή εκφύλιση του, γιατί δεν επήλθε γονιμοποίηση. (Παπαδημητρίου, 1998).

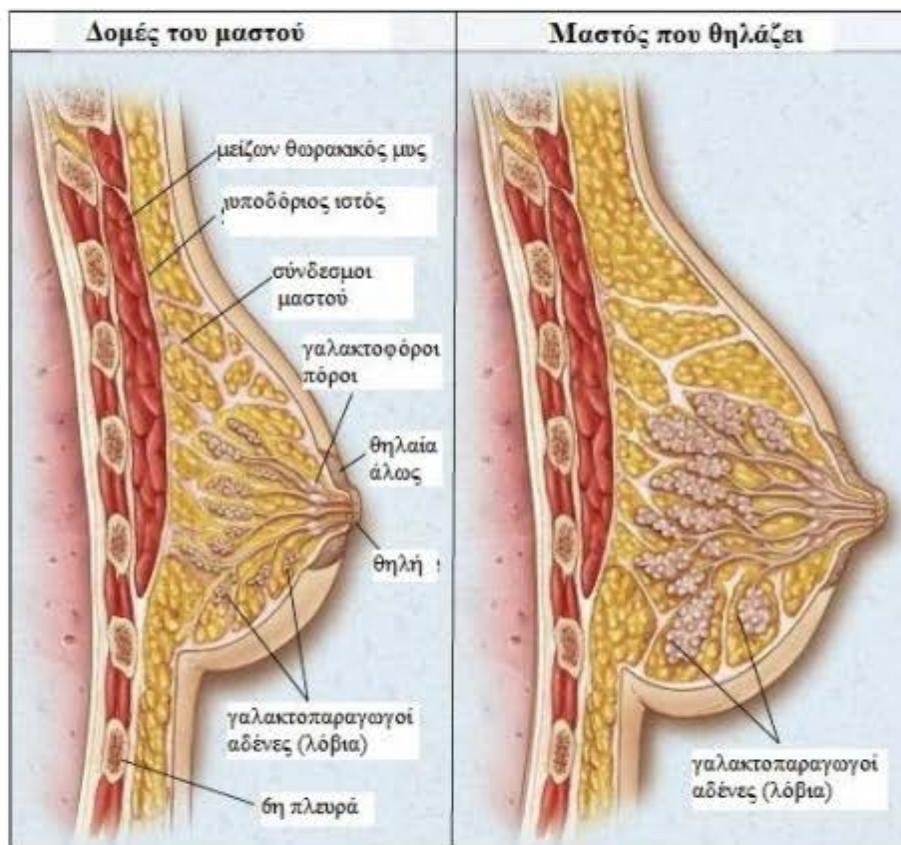
Τις πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης το ωχρό σωματίο παρουσιάζει αισθητή αύξηση του μεγέθους του, ώστε να γίνεται περίπου διπλάσιο με διάμετρο 2-2,5 cm, για να φτάσει περί την έκτη (6η) εβδομάδα να εμφανίζει τη μεγαλύτερη λειτουργική και ανατομική ανάπτυξη. Κατόπιν (8η έως 10η εβδομάδα) ακολουθεί

φθίνουσα πορεία μέχρι τον έκτο (6ο) μήνα της κύησης και εξαφανίζεται στο τέλος αυτής, οι δε ωθήκες καθίστανται ανενεργές κατά τη διάρκεια της κύησης. Στις σάλπιγγες εμφανίζεται υπεραιμία και επιμήκυνση, ενώ στους μαστούς είναι χαρακτηριστική η αύξηση του μεγέθους λόγω της υπερτροφίας, η υπερευαισθησία, η διόγκωση των θηλών, η υπεραιμία και το μελανό χρώμα (μελάγχρωση) της θηλής και της θηλαίας άλω (Παπαδημητρίου, 1998).



Εικόνα 5: Οι αλλαγές στο στήθος. (Παπαδημητρίου, 1998).

Στο τέλος του πρώτου τριμήνου και στην αρχή του δεύτερου τριμήνου της κύησης μπορεί να εμφανιστεί εκροή από το μαστό του πρωτογάλατος, το οποίο είναι παχύ, στιλπνό και με άφθονες πρωτεΐνες. Το πρωτόγαλα παράγεται στα λόβια του μαστού, από τα οποία ξεκινούν γαλακτοφόροι πόροι και αγωγοί μεταφέροντας το γάλα στη θηλή. Οι αγωγοί του γάλατος αυξάνουν λόγω της εκτίναξης των οιστρογονικών επιπέδων, ενώ η ανάπτυξη των λοβίων (χώρος παραγωγής του πρωτογάλατος/ μητρικού γάλατος) οφείλεται στην προγεστερόνη και την προλακτίνη. Η τελευταία συντελεί στην δημιουργία των απαραίτητων για τη σύνθεση των πρωτεϊνών και της λακτόζης του γάλατος ενζύμων και είναι υπεύθυνη για την ενεργοποίηση και δραστηριοποίηση των κυττάρων των λοβιακών κυττάρων. Βέβαια κατά τη διάρκεια της κύησης η δράση της προλακτίνης αναστέλλεται μέσω της παράλληλης (και πολυεπίπεδης) δράσης της προγεστερόνης και των οιστρογόνων, ώστε να μην υπάρχει πρόωρη παραγωγή γάλατος, αλλά με το πέρας του τοκετού και την άμεση απομείωση των ποσοστών τόσο της προγεστερόνης όσο και των οιστρογόνων, η προλακτίνη σταματά την ανασταλτική της δράση και εκκινά την παραγωγή του γάλατος. Όσο διαρκεί ο θηλασμός, τόσο διεγείρονται οι γαλακτοπαραγωγοί αδένες (λόβια) και συνεχίζει η παραγωγή και έκκριση του γάλατος (Andersen et al., 2007).



Εικόνα 6: Αλλαγές στο μαστό λόγω θηλασμού. (Παπαδημητρίου, 1998).

ii) Δέρμα- Κοιλιακή χώρα- Σωματικό βάρος Η κύηση έχει εμφανή επίδραση και στο δέρμα της γυναίκας, στο οποίο εναποτίθεται μελαχρωστική (μελανό χρώμα). Το φαινόμενο αυτό διαπιστώνεται στο μαστό (όπως ήδη αναφέρθηκε), στη λευκή γραμμή που ξεκινά από τον ομφαλό και καταλήγει στο εφηβαίο, καθώς και γύρω από τον ομφαλό αλλά είναι συχνή επίσης στο μέτωπο, τα μάγουλα και τη μύτη, με αποτέλεσμα να γίνεται λόγος για τη «μάσκα της εγκυμοσύνης» ή το «χλόασμα», κλινικό εύρημα της κύησης (Norwitz et al., 2007).

Τα κοιλιακά τοιχώματα κατά τη διάρκεια της κύησης αναπότρεπτα παρουσιάζουν διάταση. Ειδικότερα, μετά τον τέταρτο (4ο) μήνα, οπότε και η μήτρα μεγαλώνει και εξέρχεται της πυέλου, η διάμετρος της κοιλίας παρουσιάζει εμφανή αύξηση. Περί τον έκτο (6ο) μήνα ο ομφαλός εξέχει χαρακτηριστικά και το κοιλιακό δέρμα τεντώνει πολύ. Αυτή η απότομη, ταχεία και εξαιρετικά μεγάλη αύξησης της τάσης του δέρματος έχει ως συνέπεια τη διάσπαση του κάτω από δέρμα συνδετικού ιστού και την εμφάνιση των γνωστών ραβδώσεων της κύησης, οι οποίες συναντώνται συχνότερα στο κάτω μέρος της κοιλιάς, στο άνω τμήμα των μηρών με επέκταση προς τους γλουτούς, και στους μαστούς. Το χρώμα τους είναι αρχικά κοκκινωπό, αργότερα όμως, λόγω της επούλωσης και της ανάπτυξης του διαρραγέντος συνδετικού ιστού, γίνεται λευκό. Το φαινόμενο των «ραγάδων» είναι πολύ συχνό στις γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει, από αυτές δε εκείνες που είναι αγύμναστες ή πήραν πάρα πολλά κιλά στην εγκυμοσύνη, δημιούργησαν ραβδώσεις κύησης σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό απ' ό τι οι γυναίκες που έκαναν αθλητισμό, χορό και γενικά είχαν

γυμνασμένο σώμα. Συνέπεια της διάτασης των κοιλιακών τοιχωμάτων είναι και ο αποχωρισμός (διάσταση) των κοιλιακών μυών, ώστε να εμφανίζεται το φαινόμενο (κυρίως σε πολύτοκες γυναίκες) της τελείας απώθησης των μυών στα πλάγια των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Βέβαια, από τα σημαντικότερα ζητήματα που απασχολούν την έγκυο είναι και το θέμα της αύξησης του σωματικού βάρους. Μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια κυμαίνεται μια αύξηση του βάρους της γυναίκας της τάξης των 9 έως 12 kg ή 1-1,5kg το μήνα, ενώ η ξαφνική και μεγάλη αύξηση του βάρους οφείλεται σε κατακράτηση υγρών, τα οποία πρέπει να αποβληθούν. Συνήθως, στο πρώτο τρίμηνο της κύησης το σωματικό βάρος παραμένει σταθερό ή και παρουσιάζει μείωση λόγω των εμέτων και της πρωινής ναυτίας, γενικά πάντως κατά τους τρεις (3) πρώτους μήνες απαντάται μια αύξηση της τάξης των 1-2 kg, στο δεύτερο τρίμηνο 3,5- 5 kg και στο τελευταίο τρίμηνο 4,5-6 kg. Δεν υπάρχουν ενδείξεις, ότι το βάρος της γυναίκας πριν την εγκυμοσύνη διαδραματίζει κάποιο ρόλο στο πόσα κιλά θα πάρει κατά τη διάρκεια της. Το βάρος αυτό κατανέμεται κατά προσέγγιση ως εξής: 3.300 gr αναφέρονται στο έμβρυο, 650 gr στον πλακούντα και τους υμένες, 1.100 gr στην αύξηση του μυομητρίου, 700 gr στο αμνιακό υγρό, 400 gr στην αύξηση του βάρους των μαστών, 1.300 ml και 1.450 ml στον αυξημένο όγκο του αίματος και του εξωκυττάριου υγρού αντίστοιχα, ενώ το υπόλοιπο αφορά στη συσσώρευση λίπους και προϊόντων του μεταβολισμού στην εγκυμονούσα. Επειδή στην αύξηση του σωματικού βάρους της μητέρας συντελεί και το βάρος του εμβρύου, του πλακούντα και του αμνιακού υγρού, ενδεχομένως το μικρό σωματικό βάρος της εγκύου να προϋποθέτει για μικρό σωματικό βάρος του εμβρύου (Silvesides, 2007).

iii) Μεταβολισμός Μεγάλες ανακατατάξεις συμβαίνουν στο μεταβολισμό της εγκύου, ο οποίος υπερδραστηριοποιείται, ώστε να ανταπεξέλθει στις ολοένα και μεγαλύτερες ανάγκες της κύησης για πρόσληψη των απαραίτητων στοιχείων για τη δημιουργία και ανάπτυξη των εμβρυακών ιστών και οργάνων:

- Μεταβολισμός του σακχάρου: Η γλυκόζη που κυκλοφορεί στο αίμα της εγκύου είναι πολύ λιγότερη από εκείνη που κυκλοφορεί σε μη έγκυο γυναίκα, μάλιστα δε τα επίπεδά της πέφτουν ακόμη χαμηλότερα κατά το τελευταίο τρίμηνο. Κατ' αναλογία, τα επίπεδα της ινσουλίνης, της ορμόνης δηλαδή η οποία ευθύνεται για τη ρύθμιση της γλυκόζης και την εισαγωγή της στα κύτταρα, είναι υψηλότερα από ότι στην εκτός εγκυμοσύνης κατάσταση, ώστε να παρατηρείται το σχήμα χαμηλή γλυκόζη- υψηλή ινσουλίνη. Η ινσουλίνη εκτός από περισσότερη ποσοτικά είναι και δραστικότερη λειτουργικά, φαινόμενο που είναι απαραίτητο στην κύηση, επειδή ακριβώς η τελευταία έχει διαβητογόνο επίδραση. Σε μια φυσιολογική εγκυμοσύνη, λόγω της ροπής προς ανάπτυξη διαβήτη, η έγκυος παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση στην ινσουλίνη, ο οργανισμός της δηλαδή επιτρέπει στην ινσουλίνη να διασπά εύκολα και ανεμπόδιστα τη γλυκόζη του αίματος και να την οδηγεί στο φυσικό της χώρο, ήτοι τα κύτταρα. Για την παρακολούθηση του σακχάρου της εγκύου γίνεται η δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη περί τον 5ο μήνα της κύησης, ενώ είναι ευρέως γνωστή η πιθανότητα εμφάνισης διαβήτη της κύησης, ο οποίος όμως εξαφανίζεται μετά τον τοκετό (Silvesides, 2007).

Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης αποτελεί μια ιδιαίτερη νοσολογική οντότητα, η οποία εμφανίζεται στην έναρξη ή στη διάρκεια της κύησης και δεν

προϋπήρχε αυτής. Οι γυναίκες που θα αναπτύξουν σακχαρώδη διαβήτη αποτελούν μια ετερογενή ομάδα. Οι περισσότερες θα αναπτύξουν την διαταραχή αυτή του μεταβολισμού των υδατανθράκων στο δεύτερο ήμισυ της εγκυμοσύνης, λόγω της αύξησης της αντίστασης των ιστών στη δράση της ινσουλίνης. Η αυξημένη αυτή ινσουλινοαντίσταση οφείλεται στην αύξηση των ορμονών τόσο του πλακούντα όσο και των μητρικών ορμονών (κορτιζόλη και προλακτίνη). Συμπληρωματικά στην ορμονική αυτή μεταβολή δρα η αύξηση της πρόσληψης τροφής, η αύξηση του σωματικού βάρους, όπως επίσης και η μειωμένη σωματική δραστηριότητα (Chan et al., 2006). Αν ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης δεν αντιμετωπιστεί, είτε μόνο με διαιτητικές παρεμβάσεις είτε με συνδυασμό δίαιτας και ινσουλινοθεραπείας, μπορεί το έμβρυο να εμφανίσει μακροσωμία, δηλαδή αυξημένο βάρος κατά τη γέννηση και οργανομεγαλία. Επίσης, δυσχεραίνει το φυσιολογικό τοκετό λόγω δυσανολογίας πυέλου της μητέρας και του αυξημένου μεγέθους του εμβρύου, καθιστώντας την καισαρική τομή μονόδρομο. Είναι χαρακτηριστικό ότι ο σακχαρώδης διαβήτης εξαφανίζεται αμέσως μετά τον τοκετό, ακόμη και σε γυναίκες που χρειάστηκε να λάβουν πολλαπλές δόσεις ινσουλίνης και δεν έχει καμία επίπτωση στη μητέρα, εκτός από έναν σχετικά αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη κάποια στιγμή στο μέλλον (ADA, 2013).

- **Μεταβολισμός των πρωτεϊνών:** Οι πρωτεΐνες (λευκώματα) που κυκλοφορούν στο αίμα κατά το τέλος του πρώτου και στις αρχές του δεύτερου τριμήνου παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα, αλλά κατόπιν επέρχεται εξισορρόπηση. Ειδικότερα, η λευκωματίνη παρουσιάζει ελάττωση στους πρώτους μήνες της κύησης αλλά τα επίπεδά της παραμένουν σταθερά στη συνέχεια αυτής. Αντίθετο δρόμο ακολουθούν οι α1, α2 και β σφαιρίνες (πρωτεΐνες σχετιζόμενες με τα αντισώματα), οι οποίες αυξάνονται, ενώ οι γ σφαιρίνες σίγουρα παρουσιάζουν αύξησης αμέσως μετά τον τοκετό. Επίσης, στην εγκυμοσύνη εμφανίζονται για πρώτη φορά ένζυμα και ορμόνες πρωτεϊνικής υφής, η πιο γνωστή από τις οποίες είναι η β χοριακή γοναδοτροπίνη, η εμφάνιση της οποίας είναι ο ασφαλέστερος δείκτης ύπαρξης κύησης. Η χοριακή γοναδοτροπίνη μπορεί να ανιχνευτεί με σύγχρονες μεθόδους ακόμη και 8-10 ημέρες μετά τη γονιμοποίηση, συνεπώς πριν από την έμμηνη ρύση, και συντελεί στη διατήρηση της εγκυμοσύνης στα αρχικά στάδιά της. Τα επίπεδά της αυξάνουν ως και την 8η - 10η εβδομάδα της κύησης και στη συνέχεια ελαττώνονται και παραμένουν σταθερά ως τον τοκετό (Heine, 2006).

- **Μεταβολισμός του σιδήρου:** Οι ανάγκες για σίδηρο στην εγκυμοσύνη είναι ιδιαίτερα αυξημένες και επιτακτικές. Για το λόγο αυτό εξάλλου από την αρχή της κύησης χορηγούνται στις έγκυες σκευάσματα σιδήρου, ώστε να καλυφθούν οι μεγάλες απαιτήσεις του οργανισμού τους. Το πολύ συχνό φαινόμενο της σιδηροπενίας στις έγκυες γυναίκες, ακόμα και σε εύρωστες οικονομικά κοινωνίες, όπου δεν τίθεται ζήτημα πλήρους και ισορροπημένης διατροφής, αποδεικνύει την ιδιαίτερη σημασία της πρόσληψης και αξιοποίησης του σιδήρου από τον οργανισμό τους. Η συνολική ποσότητα σιδήρου που υπάρχει στον οργανισμό ανέρχεται σε 3-4 gr. Το 75% του σιδήρου αυτού κυκλοφορεί στο αίμα, ενσωματωμένο στην αιμοσφαιρίνη (λειτουργικός σίδηρος), ενώ το υπόλοιπο 25% αποτελεί τη φερριτίνη ή αιμοσιδηρίνη, το απόθεμα δηλαδή του οργανισμού σε σίδηρο, το οποίο είναι αποθηκευμένο στο ήπαρ, στον σπλήνα και το μυελό των οστών. Η ποσότητα του απορροφώμενου σιδήρου εξαρτάται από τις οργανικές ανάγκες, την ποιότητά του και την ικανότητα πρόσληψής του από το εντερικό επιθήλιο. Το μεγαλύτερο ποσοστό του

προσλαμβανόμενου σιδήρου πηγαίνει στα όργανα που τον έχουν ανάγκη, το υπόλοιπο αποθηκεύεται, ενώ μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό αποβάλλεται με τα κόπρανα. Λόγω ακριβώς της αυξημένης λήψης και του μεγαλύτερου μεταβολισμού του σιδήρου στην κύηση, εμφανίζεται αυξημένη και η τρανσφερίνη, ο μεταφορέας δηλαδή του σιδήρου (Heine, 2006).

Η ημερήσια απαιτούμενη ποσότητα σιδήρου στην κύηση είναι περίπου 3 mg, ενώ εκτός κύησης είναι 2 mg, σε όλη δε τη διάρκεια της εγκυμοσύνης απαιτούνται περί τα 900 με 1.100 mg σιδήρου περισσότερα από ότι εκτός της κύησης. Από αυτά τα 350- 450 mg αφορούν στη δόμηση της εμβρυακής αιμοσφαιρίνης, ενώ τα 550-650 mg αφορούν στην επιπλέον αιμοσφαιρίνη που χρειάζεται η έγκυος (Silvesides, 2007).

Η απώλεια του σιδήρου κατά τον τοκετό και τη λοχεία υπολογίζεται σε 300-400 mg, με τις ποσότητες αυτές να μεγαλώνουν στις περιπτώσεις που η αναφερθείσα απώλεια αίματος είναι πολύ μεγάλη, ενώ όσο διαρκεί ο θηλασμός υπάρχει επιπλέον καθημερινή ανάγκη περί το 0,5-1 mg. Μέρος του απαιτούμενου σιδήρου εξασφαλίζεται από την έλλειψη εμμήνου ρύσης (λόγω της γαλουχίας) και την επαναχρησιμοποίηση του σιδήρου που προέρχεται από την αποδόμηση της αιμοσφαιρίνης των γερασμένων και καταστρεφόμενων ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Σε κάθε περίπτωση το έμβρυο θα προσλάβει τον απαιτούμενο σίδηρο, ειδικά τους τελευταίους μήνες, ακόμη κι αν αυτό σημαίνει ότι η μητέρα θα εμφανίσει σιδηροπενία. Επίσης, είναι αυτονόητο, ότι σε διδυμες ή πολύδυμες εγκυμοσύνες οι ανάγκες σε σίδηρο πολλαπλασιάζονται. Από τον πλακούντα περνάει καθημερινά 0,4 mg σιδήρου τον τέταρτο (4ο) μήνα, ενώ η ποσότητα αυτή στα τέλη της κύησης γίνεται 5 mg ημερησίως (Silvesides, 2007).

- Μεταβολισμός του ασβεστίου: Οι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη του εμβρυακού σκελετού ανάγκες σε ασβέστιο, έχουν ως αποτέλεσμα ο οργανισμός να λειτουργεί προς την κατεύθυνση μεταφοράς και παροχής ασβεστίου στην περιοχή του πλακούντα. Η απαιτούμενη για το έμβρυο ποσότητα ασβεστίου τους τελευταίους 4,5 μήνες ανέρχεται σε 25-30 g με τις ανάγκες να παραμένουν υψηλές κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Ο μητρικός οργανισμός ανταποκρίνεται στην υψηλή ζήτηση με αύξηση της μάζας των οστών και την βελτιωμένη απορρόφηση ασβεστίου από το πεπτικό σύστημα. Για το λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητη η λήψη περί του 1,5 g ασβεστίου καθημερινά από την έγκυο, ώστε να μην παρουσιάσει οστικό πρόβλημα. Σχετικό με τη διαφοροποίηση του μεταβολισμού της γυναίκας στην περίοδο της κύησης είναι και το μεταβολικό σύνδρομο, το οποίο εμφανίζεται και συνίσταται σε αύξηση των λιπιδίων, δηλαδή σε αυξημένα τριγλυκερίδια (από 0,07 mmol/l σε 15 mmol/l την δέκατη έκτη (16η) εβδομάδα και σε 35 mmol/l στο τέλος της κύησης) και σε υψηλότερη της φυσιολογικής χοληστερόλη (από 50 mmol/l στην αρχή σε 80 mmol/l στο τέλος) (Pirkin, 2012).

iv) Αιμοποιητικό σύστημα

Ιδιαίτερα αξιοσημείωτες είναι οι μεταβολές στο αιμοποιητικό σύστημα. Ειδικότερα: Σημαντικές αλλαγές παρουσιάζονται στην πηκτικότητα του αίματος ήδη από τα πρώτα στάδια της εγκυμοσύνης. Παρουσιάζεται τάση για πήξη του αίματος, η οποία

όμως αποτελεί προστατευτικό ανάχωμα στην περίπτωση κατά την οποία η απώλεια αίματος από το αγγειακό σύστημα της μήτρας απειλήσει τη ζωή της επιτόκου. Πρόκειται, πάντως για αυξημένη θρομβωτική κατάσταση (αύξηση στο διπλάσιο του ινωδογόνου, παράγοντα πήξης, η οποία κατά τον τοκετό αγγίζει τα 4,0-6,0 g ανά λίτρο αίματος, αύξηση της προθρομβίνης και παράλληλη ελάττωση των αντιπηκτικών παραγόντων, όπως η αντιθρομβίνη).

Ο συνολικός όγκος του αίματος παρουσιάζει αύξηση της τάξης του 48% στις απλές κύσεις και 51% στις πολύδυμες, το οποίο μεταφράζεται σε 1.500-2.000 ml, με ποσοστό 70% να αφορά στην αύξηση του πλάσματος του αίματος και ποσοστό 30% στην αύξηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Το πλάσμα του αίματος (το υγρό μέσα στο οποίο βρίσκονται τα έμμορφα συστατικά του αίματος, (δηλ. ερυθρά αιμοσφαίρια, λευκά αιμοσφαίρια και αιμοπετάλια), το οποίο φυσιολογικά έχει όγκο 2.600 ml κατά μέσο όρο αυξάνεται προοδευτικά από 40% έως 50 % (περίπου). Αν παρατηρηθεί μικρή μόνο αύξηση του όγκου του πλάσματος, σημαίνει καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης, κατάσταση μη φυσιολογική για την κύηση. Οι τιμές αυτές φθάνουν στα υψηλότερα επίπεδα από την τριακοστή (32η) έως και την τεσσαρακοστή (40η) και τελευταία εβδομάδα της κύησης. Μέχρι το τέλος του έκτου (6ου) μήνα ο αιματοκρίτης⁴ παρουσιάζει ελάττωση της τάξης του 10%, γεγονός που οφείλεται στην γρηγορότερη αύξηση του πλάσματος του αίματος στην έναρξη της εγκυμοσύνης και στην καθυστερημένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Για το λόγο αυτό, ο αιματοκρίτης παρακολουθείται απαραίτητα κάθε μήνα από το γυναικολόγο με μικροβιολογική εξέταση. Η αύξηση του όγκου του αίματος παρέχει στην γυναίκα τη δυνατότητα να ανταπεξέλθει στην μεγάλη απώλεια αίματος κατά τον τοκετό και τη λοχεία και να αντισταθμίσει την τάση για υπόταση κατά τη διάρκεια της κύησης.

Ο συνολικός όγκος των ερυθρών αιμοσφαιρίων αυξάνεται προοδευτικά κατά την διάρκεια της κύησης σε τιμές από 1,4 lt έως 1,8 lt. Η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων (ΤΚΕ)⁵, τετραπλασιάζεται ως φυσιολογική μεταβολή στην κύηση, για το λόγο αυτό δεν αποτελεί αξιόπιστο διαγνωστικό σημείο για τη διαπίστωση λοιμώξεων⁶.

Μετά τον τοκετό, το πλάσμα του αίματος αρχίζει να ελαττώνεται, καθώς στη λοχεία παρατηρείται αυξημένη διούρηση. Παράλληλα, λιγοστεύει ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων, τα οποία λόγω γήρανσης καταστρέφονται, με αποτέλεσμα να μεγαλώνει η συνολική απώλεια αίματος στον τοκετό και τη λοχεία. Τα λευκά παρουσιάζονται αυξημένα από 20.000 έως 30.000/mm³, αποκαθίστανται δε στις φυσιολογικές τιμές τους κατά την πρώτη εβδομάδα της λοχείας (Pirkin, 2012).

Η υφή του αίματος (γλοιότητα) γίνεται πιο ρευστή κατά 20%, αντισταθμίζοντας την αύξηση των παραγόντων πήξης/θρόμβωσης (αύξησης του ινωδογόνου) και κάνοντας πιο εύκολη τη ροή του, ώστε να διευκολύνεται το απαιτούμενο καρδιακό έργο για τη μεταφορά του αίματος. Τα λευκά αιμοσφαίρια, η άμυνα του ανθρώπινου οργανισμού, αυξάνονται σταδιακά από το δεύτερο (2ο) μήνα

⁴ Ο αιματοκρίτης είναι η ποσοστιαία επί τοις εκατό αναλογία του όγκου των εμμόρφων συστατικών του αίματος σε σχέση με το συνολικό όγκο του αίματος.

⁵ Η ΤΚΕ αποτελεί δείκτη καλής λειτουργίας του οργανισμού

⁶ Εκτός εγκυμοσύνης, η υψηλή ΤΚΕ αποτελεί εύρημα αποδεικτικό και συμβατό με την ύπαρξη λοιμώξεων, καρκίνων και αυτοάνοσων νοσημάτων

και φθάνουν στο ανώτερο σημείο την τριακοστή (30η) εβδομάδα. Ήδη τον τρίτο (3ο) μήνα παρουσιάζουν αύξηση μέχρι $15.000/\text{mm}^3$. Τα αιμοπετάλια γενικά ελαττώνονται κατά την εγκυμοσύνη, αλλά οι απόψεις για την αυξομείωσή τους διίστανται. Στην ουσία δεν είναι γνωστός ο τρόπος με τον οποίο λειτουργούν (Pipkin, 2012).

Στο φυσιολογικό τοκετό υπάρχει απώλεια περί των 500 ml αίματος, με την τιμή αυτή να αυξάνεται μέχρι και στα 1.000 ml σε περίπτωση πολύδυμων ή καισαρικής τομής. Η απώλεια αυτή του αίματος (πλάσμα και έμμορφα συστατικά) κατά τον τοκετό αντισταθμίζεται από την απόδοση πίσω στην κυκλοφορία της ποσότητας του αίματος, η οποία κατά την κύηση είχε αποθηκευθεί στη μήτρα, προς κάλυψη των αναγκών της. Από τις ανωτέρω ποικίλες αλλαγές στο αιμοποιητικό σύστημα, τόσο στην εγκυμοσύνη όσο και τον τοκετό, γίνεται κατανοητό, ότι απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή και εμπειρία στην εκτίμηση τους, ώστε αφενός να μην παραβλέπονται παθολογικές καταστάσεις (λοιμώξεις, αιματολογικές διαταραχές κτλ.), οι οποίες θα βλάψουν την κύηση, αφετέρου δε να μην αποδίδονται σε παθολογία και να μην συνιστώνται αχρείαστες θεραπευτικές αγωγές, οι οποίες επίσης θα μπορούσαν να απειλήσουν την εγκυμοσύνη (Silvesides, 2007).

ν) Κυκλοφορικό σύστημα

Ανάλογες σε πληθώρα και σπουδαιότητα είναι οι ανακατατάξεις στο κυκλοφορικό σύστημα, οι οποίες -όπως και στο αιμοποιητικό σύστημα- σε συνθήκες εκτός εγκυμοσύνης θα χαρακτηρίζονταν με βεβαιότητα ως παθολογικές. Οι μεταβολές αυτές λαμβάνουν χώρα ήδη τις πρώτες δώδεκα (12) εβδομάδες της κύησης (πρώτο τρίμηνο), προλαβαίνοντας ακόμη και τις αλλαγές σ' αυτήν την ίδια τη μήτρα. Ειδικότερα, ο όγκος του αίματος που κυκλοφορεί κατά την εγκυμοσύνη σχεδόν διπλασιάζεται σε σύγκριση με την ποσότητα αίματος σε ένα οργανισμό που δεν εγκυμονεί. Η καρδιά μεγαλώνει από 70 σε 80 cm^3 , ενώ το διάφραγμα, λόγω της αύξησης του μεγέθους της μήτρας, ανεβαίνει προς τα πάνω (ο καρδιακός παλμός ακούγεται, έτσι, πιο πάνω και πλαγιότερα από το κανονικό). Αυξάνεται, επίσης, η ικανότητα του μυοκαρδίου να συστέλλεται, ενώ οι μυϊκές του ίνες γίνονται μακρύτερες. Η αύξηση του όγκου αίματος που διακινείται ανά λεπτό είναι της τάξης του 30% έως 40% (δηλ. 4,5 έως 6 lt/min) σε σχέση με τις τιμές εκτός κύησης και εμφανίζεται από το τέλος του πρώτου τριμήνου έως το μέγιστο επίπεδό της την εικοστή (20η) εβδομάδα. Το γεγονός αυτό είναι αποτέλεσμα της αύξησης τόσο της καρδιακής συχνότητας όσο και του όγκου παλμού, δηλαδή η καρδιά χτυπά πιο γρήγορα και στέλνει περισσότερο αίμα σε κάθε παλμό.

Εννοείται, ότι στις πολύδυμες κύσεις η αύξηση της καρδιακής λειτουργίας είναι μεγαλύτερη σε σχέση με την απλή κύηση. Μάλιστα κατά τον τοκετό, λόγω των συστολών, ο ανά λεπτό όγκος του αποστελλόμενου από την καρδιά αίματος αυξάνει κατά δύο λίτρα. Ενώ, όμως, το μεταφερόμενο ανά λεπτό αίμα είναι περισσότερο, η αρτηριακή πίεση ελαττώνεται⁷ κι επανέρχεται σε φυσιολογικές τιμές στο τέλος της κύησης. Αυτό συμβαίνει λόγω της ελάττωσης της αντίστασης των αγγείων έως και 50% συγκριτικά με την εκτός εγκυμοσύνης κατάσταση -γίνονται δηλαδή πιο χαλαρά- ώστε να αποφευχθεί η υπέρταση. Αντίθετο φαινόμενο παρατηρείται στη φλεβική

⁷ Στη φάση του τοκετού η αρτηριακή πίεση αυξάνει λόγω της ακόμη μεγαλύτερης αύξησης του ανά λεπτό όγκου αίματος, που μεταφέρεται από και προς την καρδιά, λόγω των συσπάσεων της μήτρας

πίεση των κάτω άκρων και των κοιλιακών φλεβών, όπου σημειώνεται αύξηση, καθώς η ολοένα μεγεθυνόμενη μήτρα πιέζει την κάτω κοίλη φλέβα και εμποδίζει την επαναφορά του αίματος στην καρδιά, με αποτέλεσμα το αίμα να παραμένει περισσότερο στα φλεβικά αγγεία αυξάνοντας παράλληλα την (φλεβική) πίεση. Το φαινόμενο αυτό είναι συχνότερο και εντονότερο στην ύπτια θέση της εγκύου (ανάσκελα), στην οποία ακόλουθα η αρτηριακή πίεση παρουσιάζει πτώση (αυξημένη συγκέντρωση αίματος στη φλεβική κυκλοφορία, που σημαίνει αύξηση της φλεβικής πίεσης, άρα λιγότερη συγκέντρωση αίματος στην αρτηριακή κυκλοφορία, που σημαίνει πτώση της αρτηριακής πίεσης/υπόταση) (Λυκερίδου και συν., 2006).

Σχεδόν στις μισές εγκύους παρατηρείται κατακράτηση νατρίου, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση περιφερικού οιδήματος, δηλ. πρηξίματος στα κάτω άκρα, το οποίο όμως δεν σημαίνει καρδιακό ή νεφρικό πρόβλημα. Οι ανωτέρω αποκλίσεις από την φυσιολογική -εκτός εγκυμοσύνης- κατάσταση προκαλούν πολύ συχνά δύσπνοια, ως απόρροια της ανοδικής μετατόπισης του διαφράγματος, ορθοστατική υπόταση (πτώση της αρτηριακής πίεσης στην όρθια θέση), ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών, φυσήματα, λόγω του μεγαλύτερου ανά λεπτό όγκου αίματος, μικρές ανωμαλίες στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, οίδημα και κίρσους των κάτω άκρων, φαινόμενα τα οποία παραπέμπουν σε καρδιακά προβλήματα. Συνεπώς, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή από το γυναικολόγο, ώστε να μην αποδοθούν σε καρδιακή παθολογία αλλά και να μπορεί να διαγιγνώσκει τις αποκλίσεις από τις φυσιολογικές κατά την κύηση κυκλοφορικές μεταβολές (Silvestres et al., 2007).

vi) Γαστρεντερικό σύστημα

Τα συμπτώματα της εγκυμοσύνης, τα οποία αφορούν στο γαστρεντερικό σύστημα είναι ευδιάκριτα και αρκετά ενοχλητικά: Εμφανίζεται αυξημένη δραστηριότητα στους σιελογόνους αδένες, η οποία μπορεί να φθάσει και σε έντονη σιελορροία. Επίσης, οι πόνοι λόγω κακής κατάστασης των δοντιών γίνονται πιο δυνατοί και ιδιαίτερα αισθητοί, λόγω της μεγαλύτερης αιμάτωσης των ούλων στην κύηση. Συχνό είναι το φαινόμενο της εμφάνισης τερηδόνας και περιοδοντικών φλεγμονών, λόγω της αλλαγής του Ph του στόματος. Επιπλέον, η έγκυος αντιλαμβάνεται διαφορετικά ορισμένες οσμές, ώστε πολύ συχνά να της προκαλούν αποστροφή οσμές που πριν την άφηναν αδιάφορη ή της άρεσαν ακόμη ή να της προκαλεί αηδία η οσμή του φαγητού καθώς μαγειρεύεται. Συναφής είναι και η διατάραξη του αισθητηρίου της γεύσης, ώστε η έγκυος είτε να απεχθάνεται τροφές που την ευχαριστούσαν είτε να προτιμά άλλες που ποτέ δεν έτρωγε. Τέλος, συνηθέστατη είναι η αύξηση της όρεξης, ώστε πολλές φορές να γίνεται λόγος για βουλιμία (Καλογερόπουλος, 1992).

Το πιο ενοχλητικό ίσως σύμπτωμα της εγκυμοσύνης γαστρεντερικής προέλευσης αποτελεί η ναυτία και οι έμετοι. Η συχνότητα της ναυτίας και των εμέτων είναι μεγάλη και απαντάται στο μισό περίπου αριθμό των εγκύων. Εμφανίζονται στο πρώτο κυρίως τρίμηνο (από την 6η με διάρκεια έως και τη 14η εβδομάδα), ενώ σπάνια παρουσιάζονται σε πιο προχωρημένες κύσεις, συμβαίνουν δε κυρίως το πρωί μετά το ξύπνημα (αν και αρκετές γυναίκες αναφέρουν τα συμπτώματα αυτά μετά τον μεσημεριανό ύπνο) και δεν αποτελούν απειλή για την εγκυμοσύνη ή την υγεία της εγκύου. Αυτές οι διαταραχές αποτελούν και στοιχείο

διάγνωσης της κύησης, αποδίδονται δε στην εμφάνιση, διαρκή αύξηση και λειτουργία της χοριακής γοναδοτροπίνης (Καλογερόπουλος, 1992).

Επίσης, το γαστρικό περιβάλλον είναι λιγότερο όξινο (δεν υπάρχει αρκετό υδροχλωρικό οξύ, ανωμαλία η οποία αποκαθίσταται με τη λήψη τροφής), λόγω της μειωμένης δραστηριότητας του γαστρικού βλεννογόνου, με αποτέλεσμα συχνά η έγκυος να αναζητά ξινές τροφές, οι οποίες ανακουφίζουν και την αίσθηση της ναυτίας. Πέρα από την αντίδραση στην αύξηση της χοριακής γοναδοτροπίνης, δεν υπάρχει επαρκής εξήγηση για την παρουσία των εμέτων και της ναυτίας. Φαίνεται, ότι συχνότερα επηρεάζονται γυναίκες με ψυχική αστάθεια, οι οποίες γενικά σε καταστάσεις άγχους εμφανίζουν γαστρεντερικές διαταραχές. Είναι συνηθισμένο οι γυναίκες αυτές να εμφανίζουν στοιχεία ανώριμης προσωπικότητας, ώστε στο μυαλό τους να κυριαρχεί η αλλοίωση της εξωτερικής τους εμφάνισης λόγω της κύησης, η απώλεια της ανεξαρτησίας και το αίσθημα της ανασφάλειας. Σ' αυτά τα αρνητικά συναισθήματα αντιδρούν υποσυνείδητα με την εκδήλωση εμέτων και ναυτίας (Καλογερόπουλος, 1992). Επικίνδυνη και βαριά κατάσταση αποτελεί η υπερέμεση της εγκυμοσύνης, η οποία όμως είναι σπάνια (1 στις 1.000 εγκυμοσύνες).

Στην υπερέμεση παρατηρείται αδυναμία διατήρησης τροφής στο στομάχι και επίμονοι έμετοι, οι οποίοι είναι ακόμη περισσότεροι στη δίδυμη κύηση. Οι πολυάριθμοι έμετοι μπορεί να οδηγήσουν σε αφυδάτωση, μείωση του όγκου του αίματος (λόγω της απώλειας υγρών), βιοχημικές ανωμαλίες, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, αβιταμίνωση έως και νεφρική και ηπατική ανεπάρκεια. Κλινικά συμπτώματα είναι η αισθητή απώλεια βάρους (5% του συνολικού βάρους), η ελάττωση των ούρων του 24/ώρου και η αύξηση του ειδικού βάρους τους (δηλ. πιο πυκνά ούρα), νευρικές διαταραχές με ψευδαισθήσεις και παραλήρημα και διαταραχές της όρασης. Η υπερέμεση της κύησης είναι σοβαρή κατάσταση και απαιτεί νοσηλεία για την αναπλήρωση υγρών, θρεπτικών στοιχείων και βιταμινών, για να τεθεί δε η διάγνωσή της πρέπει να αποκλειστούν πρώτα οι παθήσεις της γαστρεντερίτιδας, ηπατίτιδας, πεπτικού έλκους, χολοκυτίτιδας και εμπύρετης ουρολοίμωξης (Καλογερόπουλος, 1992).

Περαιτέρω, μπορεί να υπάρξει ερεθισμός του οισοφάγου και συμπτώματα γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης (ξυνίλες, κάψιμο στο στήθος, ρεψίματα και αναγωγές), ιδίως στο τέλος της εγκυμοσύνης, τα οποία οφείλονται στις αλλαγές του σχήματος, του μεγέθους και της θέσης του διαφράγματος και στην αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση. Γενικά, η κινητικότητα του στομάχου είναι χαμηλή (ελαττωμένη γαστρική έκκριση) με αποτέλεσμα οι τροφές να παραμένουν περισσότερο χρόνο στο στομάχι και να προκαλείται δυσφορία. Το λεπτό έντερο έχει ελαττωμένη κινητικότητα, με αποτέλεσμα η τροφή να παραμένει περισσότερο σ' αυτό και συνεπώς ν' αυξάνεται το ποσοστό απορρόφησης θρεπτικών ουσιών, βιταμινών και ηλεκτρολυτών, στοιχείων απαραίτητων στην κύηση. Το παχύ έντερο χαρακτηρίζεται επίσης από μειωμένη κινητικότητα, συχνότερα κατά τους τελευταίους μήνες, γεγονός που οφείλεται στην ασκούμενη από την διογκωμένη μήτρα πίεση, ώστε η πλειοψηφία των εγκύων να εμφανίζουν δυσκοιλιότητα. Αλλαγές συμβαίνουν και στο ήπαρ, οι οποίες αφορούν κυρίως την αύξηση της χολερυθρίνης, η οποία προκαλεί αυξημένο κνησμό στις εγκύους. Η χοληδόχος κύστη έχει χαμηλή δραστηριότητα και εμφανίζεται μεγαλύτερη στο μέγεθος, ενώ ακτινολογικά ευρήματα έδειξαν ότι υπάρχει καθυστέρηση και στην κένωσή της (Horan, 2007).

vii) Αναπνευστικό σύστημα

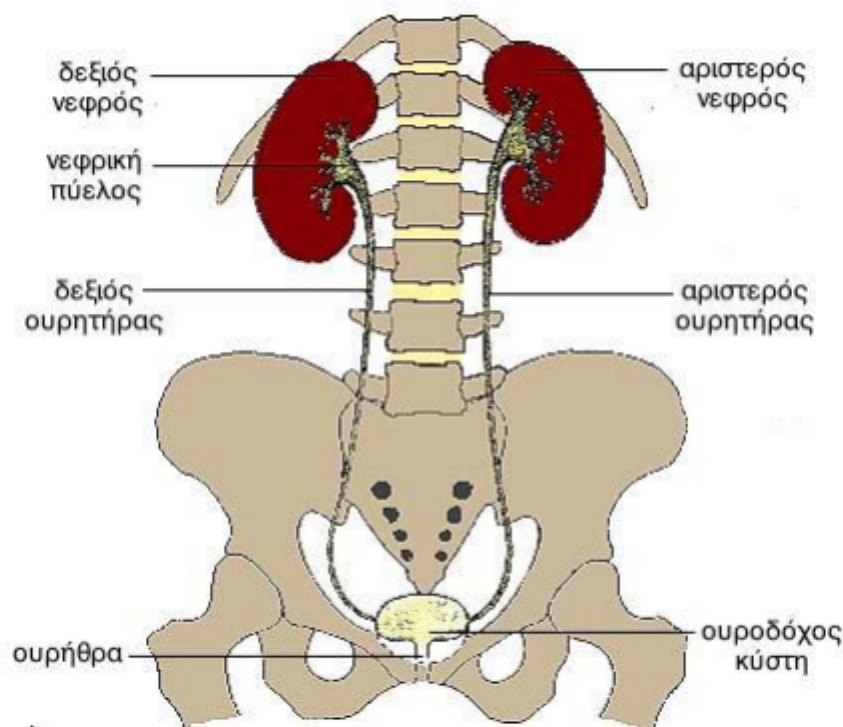
Οι ανατομικές αλλαγές στο σώμα της γυναίκας κατά την κύηση, έχουν άμεση επίπτωση στην αναπνευστική της λειτουργία. Η (κυρίως διαφραγματική και λιγότερο θωρακική) αναπνοή της εγκύου επηρεάζεται από την προς τα πάνω και δεξιά μετατόπιση του διαφράγματος περί τα 4 cm αλλά και από την μεγέθυνση του θώρακα, η οποία εξυπηρετεί την αύξηση της ζωτικής χωρητικότητας των πνευμόνων (ανώτατη ποσότητα αέρα που εκπνέεται από βαθιά εισπνοή). Η έκπτυξη (άνοιγμα/διαστολή) του διαφράγματος κατά την εισπνοή είναι μεγαλύτερη από ότι εκτός κύησης. Η ικανότητα εισπνοής παρουσιάζει σταδιακή αύξηση με την εξέλιξη της κύησης μέχρι και τους τελευταίους μήνες. Ο αναπνευστικός ρυθμός (συχνή, κανονική ή αργή αναπνοή) δεν μεταβάλλεται αλλά ο όγκος του αέρα που εισπνέει και εκπνέει η έγκυος αυξάνεται κατά ποσοστό 40% (βαθύτερη αναπνοή). Το μεγαλύτερο ποσοστό κατανάλωσης οξυγόνου στην εγκυμοσύνη εμφανίζεται στο τέλος της και αντιστοιχεί σε 32 ml/min, τιμή σαφώς υψηλότερη από την εκτός κύησης κατάσταση και συμβαδίζει με την αύξηση της μεταφοράς οξυγόνου από το αίμα (Horan, 2007).

viii) Ουροποιητικό σύστημα

Όπως παρατηρείται γενικά στην εγκυμοσύνη, έτσι και στη νεφρική λειτουργία αυξάνει η αιματική ροή από 30% έως 50% και παραμένει υψηλή μέχρι και το τέλος της κύησης. Η ευαίσθητη ουροδόχος κύστη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και δη από την αρχή της με συνέπεια την συχνουρία, είναι συχνότατο φαινόμενο. Ενδεχομένως να οφείλεται στην επιμήκυνση της ουρήθρας. Χαρακτηριστική είναι στην εγκυμοσύνη η διαστολή (διάταση) της νεφρικής πυέλου και των ουρητήρων, η οποία εμφανίζεται από το μέσο του τρίτου (3ου) μήνα με σαφέστερη εμφάνιση στη δεξιά πλευρά. Η κατάσταση των ουρητήρων μπορεί να δυσχερανθεί σταδιακά μέχρι του σημείου της μηχανικής⁸ απόφραξης, η οποία προκαλείται από την πίεση της μεγάλης μήτρας. Έτσι, λόγω της μη ομαλής παροχέτευσης των ούρων αναπτύσσονται μικρόβια και προκαλούνται ουρολοιμώξεις (Norwitz et al., 2007).

Επίσης, παρατηρούνται αυξομειώσεις των τιμών της κρεατινίνης στο αίμα, καθώς στην αρχή της κύησης η αύξηση της κάθαρσης της κρεατινίνης συνεπάγεται πτώση των τιμών της κρεατινίνης στο αίμα, ενώ στο τέλος της εγκυμοσύνης οι τιμές της κρεατινίνης αυξάνουν. Παράλληλα, εμφανίζεται μείωση των τιμών της ουρίας και του ουρικού οξέος συγκριτικά με το φυσιολογικό. Η αποβολή νατρίου από τον οργανισμό της εγκύου παρουσιάζει αύξηση έως και 60% αλλά υπάρχει επαναπορρόφηση του μεγαλύτερου ποσοστού, η οποία επιβοηθείται από την ανάσκελη θέση της εγκύου. Συχνά στις φυσιολογικές κυήσεις παρουσιάζεται απέκκριση σακχάρου με τα ούρα (σακχαρουρία) χωρίς σταθερό ρυθμό ανά ημέρα. Παρατηρείται επίσης αποβολή αμινοξέων, φυλλικού οξέος και των βιταμινών C, B6 και B12 (Norwitz et al., 2007).

⁸ Μηχανική είναι η απόφραξη που προκαλείται από άλλη -εκτός του ίδιου οργάνου- δομή, σε αντίθεση με τη λειτουργική απόφραξη, η οποία αφορά σε δυσλειτουργία του ίδιου του οργάνου.



Εικόνα 7: Ουροποιητικό σύστημα. (Παπαδημητρίου, 1998).

Μετά τον τοκετό το αποχετευτικό ουροποιητικό σύστημα (νεφρική πύελος, ουρητήρες, ουροδόχος κύστη, ουρήθρα) χρειάζεται δώδεκα (12) εβδομάδες για να επιστρέψει στο φυσιολογικό (Horan, 2007).

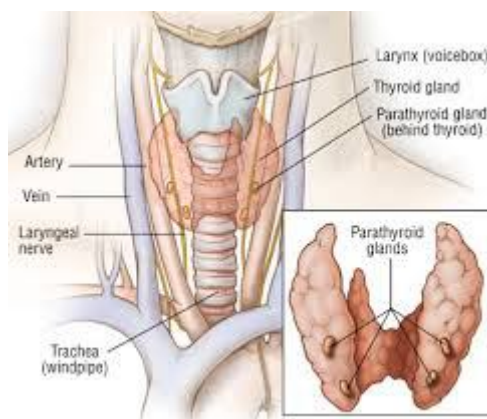
ix) Ενδοκρινικό σύστημα

Το βασικό χαρακτηριστικό είναι καταρχήν η μεγάλη παραγωγή ορμονών στο χώρο του πλακούντα, η οποία αφορά άμεσα στην εμβρυακή ανάπτυξη. Παράλληλα, σημειώνονται αξιοσημείωτες αλλαγές στα ενδοκρινικά όργανα της μητέρας:

- **Θυρεοειδής:** Στο πρώτο τρίμηνο το μέγεθος του θυρεοειδούς αδένος μεγαλώνει (αύξηση κατά 70% σε όλες τις εγκύους), αύξηση η οποία μπορεί να παραμείνει καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης. Παρά την αύξηση αυτή όμως δεν επηρεάζεται η λειτουργικότητά του. Εντοπίζονται αυξημένα επίπεδα παραγωγής και κυκλοφορίας των θυρεοειδικών ορμονών [T3 και T4 (θυροξίνη)] (έως 2-3 φορές μεγαλύτερα του φυσιολογικού), τα οποία όμως δεν οδηγούν σε υπερθυρεοειδισμό⁹.

Μεγάλης σπουδαιότητας είναι η αύξηση της καλσιτονίνης, δηλ. της ορμόνης που σχετίζεται με το μεταβολισμό του ασβεστίου και συγκεκριμένα με την εναπόθεσή του από το αίμα στα οστά, η κύρια λειτουργία της οποίας είναι η διατήρηση του ασβεστίου στα οστά.

⁹ Οι θυρεοειδικές ορμόνες κυκλοφορούν στο αίμα είτε ως ελεύθερα κλάσματα (τμήματα), τα οποία είναι δραστικά είτε ως δεσμευμένα από την ειδική σφαιρίνη (πρωτεΐνη) TBG τα οποία είναι ανενεργά.



Εικόνα 8: Αλλαγές στο θυροειδή κατά την εγκυμοσύνη. (Παπαδημητρίου, 1998).

- Φλοιός των επινεφριδίων: Από τις ορμόνες των επινεφριδίων αυξάνονται η αλδοστερόνη και η κορτιζόλη, γεγονός που οδηγεί σε κατακράτηση νατρίου και υγρών και σ' αυτές οφείλεται η αύξηση του όγκου του αίματος.

- Υπόφυση: Χαρακτηριστική είναι στην εγκυμοσύνη η αύξηση του μεγέθους της υπόφυσης, η οποία οφείλεται στον προοδευτικό (από τον τρίτο μήνα) κατά την εξέλιξη της κύησης πολλαπλασιασμό των λακτοτρόφων κυττάρων (10 φορές άνω του εκτός κύησης επιπέδου), που ευθύνονται για την παραγωγή της προλακτίνης (ορμόνη υπεύθυνη για την παραγωγή του μητρικού γάλατος). Ο αριθμός των κυττάρων αυτών είναι πολύ μικρός σε εκτός εγκυμοσύνης κατάσταση αλλά σε περίοδο κύησης ξεπερνά το 50% του συνολικού αριθμού των κυττάρων της υπόφυσης, αύξηση η οποία οφείλεται στην ολοένα αυξανόμενη δράση των οιστρογόνων (Silvesides, 2007).

Γενικά, εκτός από την προλακτίνη¹⁰, η οποία παρουσιάζει αύξηση της έκκρισης κατά την κύηση, οι υπόλοιπες ορμόνες διατηρούν τα επίπεδά τους μάλλον σταθερά μέχρι το τέλος της κύησης, με εξαίρεση τις γοναδοτροπίνες (FSH και LH), οι οποίες μειώνονται, καθώς ο ρόλος του είναι η λειτουργία του καταμήνιου κύκλου, η οποία έχει ανασταλεί στην κύηση. Είναι οι λεγόμενες ορμονικές διαταραχές τη κύησης. Βασικότερη λειτουργία της υπόφυσης κατά της εγκυμοσύνη είναι η παραγωγή και ελευθέρωση ωκυτοκίνης στο πρώτο στάδιο του τοκετού, ώστε να κάνει συσπάσεις η μήτρα, και κατά το θηλασμό για την ολοένα διέγερση του γαλακτοπαραγωγού μηχανισμού (Silvesides, 2007).

3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η εγκυμοσύνη μιας γυναίκας- το να περιμένει κανείς ένα παιδί ήταν και παραμένει σε μεγάλο βαθμό μια μυστηριώδης διαδικασία, ένα ταξίδι στο άγνωστο. Ο ρόλος της εγκυμοσύνης είναι πολλαπλός. Πρόκειται για μια περίοδο προετοιμασίας και για τους δύο γονείς, προετοιμασία σωματική όσο και ψυχολογική, η οποία λαμβάνει χώρα σε συνειδητό και ασυνείδητο επίπεδο. Κατά την διάρκεια των σαράντα περίπου εβδομάδων που διαρκεί η κύηση οι μελλοντικοί γονείς βιώνουν ένα πλήθος διαφορετικών και συχνά αντικρουόμενων συναισθημάτων και έχουν την

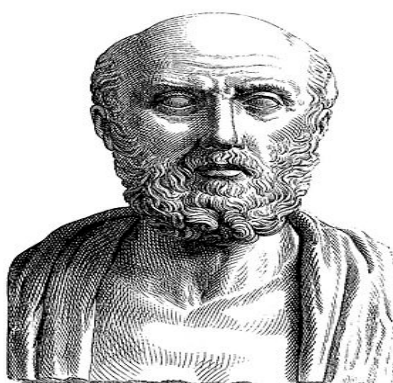
¹⁰ Σχήμα: Αύξηση οιστρογόνων → αύξηση λακτοτρόφων κυττάρων → αύξηση προλακτίνης

ευκαιρία να επεξεργαστούν μια σειρά από ζητήματα πρακτικά και συναισθηματικά. Η διαδικασία αυτή τους βοηθά να προετοιμαστούν για την υποδοχή του καινούργιου μέλους της οικογένειας και θέτει τις βάσεις για την δημιουργία μιας σχέσης μαζί του (Αντωνίου και συν., 2007).

3.1 Ιστορική Αναδρομή

Τα συναισθήματα θλίψης και θυμού μιας γυναίκας μετά τον τοκετό, οι μητέρες που καταλαμβάνονταν από «τρέλα» ή από «μανία», πάντοτε δημιουργούσαν την αίσθηση του παράδοξου και του ανοίκειου, εφόσον η αναμενόμενη συμπεριφορά για μια μητέρα ήταν και είναι η αφοσίωση και η υπέρμετρη εκδήλωση αγάπης απέναντι στο παιδί και τίποτα λιγότερο.

Χαρακτηριστικά παραδείγματα από την ελληνική μυθολογία γυναικών που δεν επιθυμούσαν τα παιδιά τους ήταν η Ρέα, που εγκατέλειψε τον Δία στην Κρήτη, η Ήρα που προσπάθησε να θανατώσει το ανάπηρο παιδί της, η Ινώ και η Μήδεια που θανάτωσαν τα παιδιά τους. Η Ινώ και η Μήδεια, οι μητέρες που προέβησαν σε «άμετρες» πράξεις απέναντι στα παιδιά τους, γοήτευσαν τον Ευριπίδη, ο οποίος δημιούργησε τις ομώνυμες τραγωδίες. Ειδικότερα ο μύθος της Μήδειας έχει αποτελέσει πηγή έμπνευσης, όχι μόνο καλλιτεχνών αλλά και θεωρητικών της ψυχανάλυσης, που έχουν ασχοληθεί με την ψυχολογία της γυναίκας (Diaz et al., 2007).



Εικόνα 9: Ιπποκράτης. (Αντωνίου και συν., 2007).

Οι πρώτες αναφορές της επιστημονικής γραμματείας σε ψυχικές διαταραχές που εκδηλώνονταν κατά την περιγεννητική περίοδο, είναι αυτές του Ιπποκράτη το 460 π.Χ., ο οποίος περιγράφει περιπτώσεις γυναικών στη Θάσο και την Κύζικο (Αντωνίου και συν., 2007) που εμφάνισαν αιφνίδιο υψηλό πυρετό μετά τον τοκετό, πιθανότατα εξαιτίας λοίμωξης από το βακτήριο του Στρεπτόκοκκου Α και, ως επιλοκή αυτού εκδήλωσαν παραλήρημα, μανία ή και μελαγχολία. Ο Ιπποκράτης απέδιδε την ασθένεια στη μεταφορά των λόχειων υγρών στον εγκέφαλο (Brockington, 2005).

Στον Μεσαίωνα οι διαταραχές μετά τον τοκετό θεωρούνταν ως επί το πλείστον ένα θρησκευτικό και όχι ένα ιατρικό πρόβλημα. Η μητέρα ήταν μια μάγισσα, ακάθαρτη που έπρεπε να εξαγνιστεί, μαζί με τη μαία, προκειμένου να της

επιτραπεί να παρακολουθήσει την Κυριακή λειτουργία (Henshaw et al., 2009). Η αυτοβιογραφία μιας μοναχής, αποτελεί μια λεπτομερή αναφορά για την επιλόχεια διαταραχή. Η Margery Kempe (1373-1439) γεννήθηκε στο Norfolk της Αγγλίας και, όπως οι περισσότερες γυναίκες της εποχής της δεν έτυχε μεγάλης εκπαίδευσης. Στην ηλικία των 20 ετών παντρεύτηκε έναν εφοριακό, με τον οποίο απέκτησε παιδιά. Στην ηλικία των 40 ετών αποφάσισε να εγκαταλείψει τα εγκόσμια και να αφιερωθεί στον Θεό. Έκτοτε, ταξίδευε στην Ιερουσαλήμ, την Ισπανία, την Ιταλία και τη Γερμανία για θρησκευτικούς σκοπούς.



Εικόνα 10: Margery Kempe. (Αντωνίου και συν., 2007).

Η επόμενη περίπτωση στη βιβλιογραφία που περιεγράφηκε από τον ιατρικό χώρο, ήταν το 1593 από τον Felix Plater, έναν Ελβετό γιατρό, γνωστό για τη δημοσίευση μιας συστηματικής παρατήρησης και ταξινόμησης των ψυχιατρικών διαταραχών. Τον 17ο και τον 18ο αιώνα περιεγράφηκαν γύρω στις 30 περιπτώσεις, εν είδει μικρής αναφοράς, ενώ το 1797 ο Friedrich Benjamin Osiander, ένας Γερμανός μαιευτήρας έγραψε την πρώτη πλήρη περιγραφή της επιλόχειας μανίας. Την ίδια περίοδο η κοινωνία αρχίζει να είναι πιο ενημερωμένη και ευαισθητοποιημένη στις διαταραχές που συνοδεύουν τη μητρότητα, επηρεασμένη και από βρεφοκτονίες εντός γάμου ή άλλες εκδηλώσεις έντονης βίας της μητέρας προς το παιδί (Brockington, 2005).



Εικόνα 11: Felix Plater. (Αντωνίου και συν., 2007).

Η Nancy Theriot στο κείμενό της «Nineteenth-century Physicians and Puerperal Insanity», περιλαμβάνει αναφορές πολυάριθμων άρθρων του 19ου αιώνα για το ζήτημα της «μη φυσιολογικής» μητρότητας, όπου βλέπουμε πόσο είχε αρχίσει να απασχολεί τους επιστήμονες της εποχής αυτή η παράδοξη και μη αναμενόμενη συμπεριφορά της λεχωίδας. Ο Milton Hardy, ιατρικός επιθεωρητής στο Utah State Insane Asylum, θεωρούσε πως η επιλόχεια παραφροσύνη (puerperal insanity) εκδηλώνεται στις κρίσιμες φάσεις της κυοφορίας, του τοκετού ή του θηλασμού με συμπτώματα μανίας ή μελαγχολίας και ταχεία αλληλουχία ψυχικών και σωματικών συμπτωμάτων (Theriot, 1989).



Εικόνα 12: Milton Hardy. (Αντωνίου και συν., 2007).

Το 1858 στο Παρίσι, ένας από τους μαθητές του Esquirol (ο οποίος στις μελέτες του είχε αναφερθεί σε αρκετές περιπτώσεις επιλόχειων διαταραχών), ο Louis Marce, πραγματοποιούσε τη διατριβή του στο θέμα των ψυχικών διαταραχών που έπονται του τοκετού. Το έργο του Marce παρέμεινε άγνωστο στους αγγλόφωνους ψυχιάτρους μέχρι το 1970, που ιδρύθηκε η εταιρεία Marce (Marcé Society). Ο Marce ολοκληρώνει τη διατριβή του με τη φράση: «Ο στόχος μας δεν είναι να μελετήσουμε

τις διάφορες ψυχικές διαταραχές ως αυτοσκοπό, αλλά κυρίως με τη βοήθεια των κλινικών αναφορών, να διερευνήσουμε τις βασικές τροποποιήσεις που υφίστανται αυτές οι διαταραχές». Η Marce Society ένας διεθνής πλέον οργανισμός, ο οποίος έχει αφιερωθεί στη μελέτη των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών, έχει εκδόσει μια πολύ σημαντική σειρά από περιπτώσεις γυναικών που πάσχουν από περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές, τα τελευταία 150 χρόνια (Henshaw et al., 2009).

Τον 20ο αιώνα πληθαίνουν οι αναφορές, ενώ πάντοτε προκαλεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον η αυτοκτονία ή και η βρεφοκτονία που λαμβάνουν χώρα μετά τον τοκετό. Στη Δανία το 1967 ο Harder δημοσιεύει τη μελέτη που πραγματοποίησε σε 92 ασθενείς, 84 εκ των οποίων ήταν γυναίκες, που δηλητηρίασαν τα παιδιά τους. Ογδόντα δύο από τους ασθενείς αυτοκτόνησαν. Μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο η ψυχιατρική στράφηκε σε πιο ήπιες και πιο συχνές ψυχικές διαταραχές. Τέλος, ο Main το 1948 ήταν ο πρωτοπόρος στην εισαγωγή του βρέφους στο ψυχιατρικό πλαίσιο όπου νοσηλεύεται η μητέρα με ψυχική διαταραχή. Από αυτόν δόθηκε η σκυτάλη στους επόμενους ώστε να αρχίσουν να δημιουργούνται μονάδες μητέρας – βρέφους, κυρίως στην Αγγλία και την Αυστραλία (Brockington, 2005).

3.2 Συναισθηματικές Αλλαγές Μέλλουσας Μητέρας

Διαπίστωση Της Εγκυμοσύνης

Παλιότερα οι μέλλουσες μητέρες περίμεναν σημάδια από το σώμα τους (όπως η απώλεια του έμμηνου κύκλου, η πρωινή ναυτία) για να βεβαιωθούν ότι είναι έγκυες. Σήμερα μαθαίνουν τα νέα από το γιατρό τους. Όπως όμως και αν το πληροφορηθούν οι μελλοντικοί γονείς νιώθουν ότι μπαίνουν σε μια νέα φάση της ζωής τους. Το αρχικό αίσθημα της ευφορίας που συνήθως ακολουθεί την ανακοίνωση των νέων, συνοδεύεται ή και αντικαθίσταται από ένα πλήθος άλλων συναισθημάτων (Κρεατσάς, 1998).

Νιώθουν ευθύνη για το νέο πλάσμα που θα φέρουν στον κόσμο. Αναρωτιούνται για το αν είναι πραγματικά έτοιμοι να γίνουν γονείς, για το πως θα μπορέσουν να αντεπεξέλθουν στον καινούργιο τους ρόλο, αν θα καταφέρουν να αποφύγουν τα λάθη των γονιών τους. Βασανίζονται συγχρόνως από έντονες αμφιβολίες για το αν πραγματικά θέλουν ένα παιδί και για το αν η παρούσα περίοδος είναι η κατάλληλη στιγμή να το αποκτήσουν. Αγωνιούν για τις πρακτικές και συναισθηματικές αλλαγές που θα ακολουθήσουν στην ζωή τους, για το πόσο θα αλλάξει η καθημερινότητα τους αλλά και η μεταξύ τους σχέση (Αντωνίου και συν., 2007).

Ειδικά για την έγκυο γυναίκα το βάθος και η ένταση αυτών των συναισθημάτων μπορεί να είναι εξαιρετικά έντονα και έχει ανάγκη από φροντίδα και στήριξη από τους γύρω της, τον σύζυγο της, μια φίλη που έχει περάσει μια εγκυμοσύνη, έναν γιατρό. Οι μέλλουσες μαμάδες αγωνιούν για πιθανά προβλήματα στην εγκυμοσύνη τους και τις συνέπειες που μπορεί να έχουν στο βρέφος. Θυμούνται οτιδήποτε έχουν κατά καιρούς ακούσει ή μάθει και φοβούνται μήπως συμβεί και στο μωρό τους. Αναρωτιούνται επίσης για τις αλλαγές που πρόκειται να συμβούν στο σώμα τους, στην σχέση τους με τον άντρα τους, στην ζωή τους γενικότερα.

Την περίοδο αυτή η γυναίκα πρέπει επίσης να αρχίσει να συμβιβάζεται με τις αλλαγές που θα συμβούν στο σώμα της και να αποδεχτεί το “ξένο” σώμα που κουβαλάει μέσα της. Έτσι κατά την περίοδο αυτή η μέλλουσα μητέρα μπορεί να έχει την τάση να αποσυρθεί στον εαυτό της. Μπορεί να ονειροπολεί κατά την διάρκεια της ημέρας, να αποσυρθεί από παλιές σχέσεις ή ενδιαφέροντα και δραστηριότητες που είχε. Μπορεί να νιώσει θυμωμένη με τον άντρα της και να αρχίσει ασυνείδητα να τον κατηγορεί για την κατάσταση της, με αποτέλεσμα εντάσεις στην μεταξύ τους σχέση (Λυκερίδου και συν., 2006).

Όλες οι μελλοντικές μαμάδες βιώνουν αυτή την αμφιθυμία (αντικρουόμενα συναισθήματα ευφορίας και άγχους), η οποία αν και φυσιολογική και απαραίτητη τους εκπλήσσει και τους απογοητεύει. Η αποδοχή όμως και η επεξεργασία όλων αυτών των συναισθημάτων συμβάλλει καθοριστικά στο να μπορέσει η μητέρα να προετοιμαστεί σωστά για τον νέο της ρόλο (Αντωνίου και συν., 2007).

Το Δεύτερο Στάδιο

Το δεύτερο στάδιο της εγκυμοσύνης ξεκινά περίπου στον πέμπτο μήνα, όταν η μητέρα νιώθει για πρώτη φορά τα σκιρτήματα του βρέφους στην κοιλιά της, απαλές αρχικά αισθήσεις που εξελίσσονται σε έντονη κινητικότητα

Από ψυχολογική άποψη το μωρό αρχίζει να “εκκολάπτεται”, μπορούμε να πούμε ότι η σχέση του μωρού με την μητέρα του, με τους γονείς του, αρχίζει στο σημείο αυτό. Η αίσθηση της πραγματικότητας του βρέφους σε συνδυασμό με τις εικόνες που η μητέρα βλέπει στον υπέρηχο αλλά και τις ορατές αλλαγές στο σώμα της, πυροδοτούν νέες φαντασιώσεις, σκέψεις, άγχη. Πρώτα πρώτα την περίοδο αυτή οι φαντασιώσεις της για το μωρό γίνονται πιο συγκεκριμένες. Δεν φαντάζεται το τέλειο μωρό, αλλά το τέλειο αγόρι ή το τέλειο κορίτσι. Εμφανίζεται η προτίμηση της για το ένα ή το άλλο φύλο, μπορεί όμως και να απωθεί τις πραγματικές της επιθυμίες για να μην θέσει σε κίνδυνο το βρέφος (Αντωνίου και συν., 2007).

Καθώς η μητέρα αναγνωρίζει, συνειδητοποιεί το βρέφος ως ένα ζωντανό ον, ανεξάρτητο από αυτή, βάζει ασυνείδητα τον εαυτό της στην θέση του, ταυτίζεται μαζί του και γυρνά πίσω σε εμπειρίες από την δική της παιδική ηλικία, από την σχέση της με την δική της μητέρα. Έχει έτσι την ευκαιρία να επεξεργαστεί συγκρούσεις αποχωρισμού και την σχέση της με την μητέρα της γενικότερα, και έτσι να μπορέσει να προχωρήσει σε μια νέα φάση στην προσωπική της πορεία στην ατομικοποίηση (Κρεατσάς, 1998).

Την περίοδο αυτή εξακολουθεί να ανησυχεί για την περίπτωση να γεννήσει ένα “ελαττωματικό μωρό”, για τα πιθανά προβλήματα που μπορεί να υπάρξουν και για το πώς θα μπορέσει να τα αντιμετωπίσει. Η εμπειρία της αμνιοκέντησης (που γίνεται για διαγνωστικούς λόγους) αλλά και των υπέρηχων έχουν μια περίπλοκη επίδραση στην διαδικασία της προσαρμογής της μητέρας στον νέο της ρόλο.

Η γυναίκα συχνά νιώθει περιέργεια, δέος και φόβο όταν βλέπει το μωρό στην οθόνη του υπέρηχου. Συχνά βιώνει ανάμικτα αισθήματα, μπορεί να αποστρέψει τα μάτια της από την οθόνη και να δει το έμβρυο ως κάτι το ατελές. Χρειάζεται

επαναλαμβανόμενες διαβεβαιώσεις από τον γυναικολόγο ότι το μωρό είναι φυσιολογικό και ότι όλα πάνε καλά (Κρεατσάς, 1998).

Η αναγνώριση του ρόλου του πατέρα είναι πολύ σημαντική την περίοδο αυτή. Η ύπαρξη του πατέρα, η αναγνώριση ότι το μωρό είναι αποτέλεσμα της κοινής τους επιθυμίας για παιδί, την καθησυχάζει ότι δεν είναι αποκλειστικά υπεύθυνη για τις όποιες επιτυχίες ή αποτυχίες μπορεί να υπάρξουν και για το ότι η ίδια μπορεί να είναι επαρκής, μπορεί να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις του καινούργιου της ρόλου (Λυκερίδου και συν., 2006).

Το Τελικό Στάδιο

Τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης οι γονείς βιώνουν το έμβρυο ως κάτι έντονα ξεχωριστό από τους ίδιους, αλλά και ως ολοένα και πιο πραγματικό. Την περίοδο αυτή συχνά επιλέγουν το όνομα του μωρού, αναδιαμορφώνουν το σπίτι για να το φιλοξενήσουν, αγοράζουν ρούχα και παιχνίδια για να το υποδεχτούν και κάνουν σχέδια για να πάρουν άδεια από την δουλειά τους, αρχίζουν στην ουσία να προσωποποιούν το βρέφος, να του δίνουν οντότητα. Την ίδια περίοδο το βρέφος παίζει τον δικό του ρόλο. Καθώς οι κινήσεις του και η κινητική του δραστηριότητα αρχίζουν να αποκτούν μια ρυθμικότητα και να εντάσσονται σε ένα μοτίβο, η μητέρα μπορεί να τα αναγνωρίσει και να στηριχτεί σε αυτά. Οι αντιδράσεις της αποτελούν μια πρώτη μορφή αλληλεπίδρασης. Σιγά σιγά θα αρχίσει να αποδίδει νόημα στα μοτίβα αυτά, αποδίδοντας έτσι στο μωρό της έναν χαρακτήρα, μια προσωπικότητα (Κρεατσάς, 1998).

3.3 Συναισθηματικές Αλλαγές Του Μέλλοντα Πατέρα

Όταν ένας άντρας μαθαίνει ότι η γυναίκα του είναι έγκυος, κατακλύζεται από ένα πλήθος αντικρουόμενων συναισθημάτων, πολλά από τα οποία του προκαλούν έκπληξη.

Ένα κυρίαρχο συναίσθημα την περίοδο αυτή μπορεί να είναι ένα αίσθημα αποκλεισμού. Ακόμα και αν το παιδί είναι επιθυμητό και ο πατέρας μοιράζεται την χαρά με συγγενείς και φίλους, σύντομα μπορεί να αρχίσει να νιώθει παραμελημένος. Η γυναίκα του αποτελεί το αποκλειστικό κέντρο της προσοχής συγγενών και φίλων και η ίδια εστιάζει όλη την προσοχή, την φροντίδα και την ενεργητικότητα της στο μωρό που θα έρθει. Όλοι ενδιαφέρονται και ανησυχούν για την κατάσταση της, ρωτάνε για την υγεία της. Όλοι θέλουν να την φροντίσουν και να την στηρίξουν με κάθε τρόπο, κανένας όμως δεν μοιάζει να πιστεύει ότι ανάλογη φροντίδα μπορεί να χρειάζεται και ο μελλοντικός πατέρας. Αντίθετα όλοι περιμένουν από εκείνον να φροντίζει και στηρίζει την γυναίκα του, βάζοντας τις δικές του ανάγκες σε δεύτερη μοίρα. Το συναίσθημα αυτό μπορεί επιπλέον να επηρεάζεται και να γίνεται εντονότερο από παρόμοια συναισθήματα που είχε βιώσει ο πατέρας στην παιδική του ηλικία, στα πλαίσια των σχέσεων στην οικογένεια του (Λυκερίδου και συν., 2006).

Η εγκυμοσύνη και ιδιαίτερα όταν πρόκειται για το πρώτο παιδί, αναγκάζει τον πατέρα να αποδεχθεί την μετάβαση από μια δυαδική σχέση (που είχε μέχρι τώρα με την γυναίκα του) σε μια τριαδική σχέση. Η μετάβαση αυτή αφυπνίζει αισθήματα

εκτοπισμού από έναν τρίτο τα οποία όλοι μας βιώνουμε στην παιδική μας ηλικία όταν ερχόμαστε αντιμέτωποι είτε με την σχέση οικειότητας μεταξύ των γονιών μας, είτε όταν ένα νέο αδερφάκι γεννιέται (Λυκερίδου και συν., 2006).

Το αίσθημα του αποκλεισμού περιπλέκεται από το πολύ έντονο συναίσθημα ευθύνης που βιώνει ο πατέρας. Νιώθει υπεύθυνος για την εγκυμοσύνη της γυναίκας του και αγχώνεται όταν την βλέπει να νιώθει άσχημα, να έχει ναυτίες και εμετούς, συμπτώματα τα οποία μπορεί να ερμηνεύει ως δικό του σφάλμα (Κρεατσάς, 1998).

Ένα άλλο συναίσθημα που μπορεί να αναδυθεί την περίοδο αυτή είναι ένα αίσθημα ανταγωνισμού ανάμεσα στους δύο γονείς, ανταγωνισμού για την φροντίδα του μωρού. Το συναίσθημα αυτό μπορεί να τους τρομάζει, είναι όμως όχι μόνο φυσικό αλλά και απαραίτητο γιατί συμβάλλει στην δημιουργία του δεσμού με το μωρό που θα έρθει (Κρεατσάς, 1998).

Η περίοδος της εγκυμοσύνης είναι και για τους άντρες όπως και για τις γυναίκες μια περίοδος προετοιμασίας. Έτσι όπως και στις μέλλουσες μητέρες έτσι και στους μελλοντικούς πατέρες, ένα πλήθος βασανιστικά ερωτήματα αναδύονται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης: Θα μπορέσω να είμαι ένας καλός πατέρας γι' αυτό το παιδί; θα μπορέσω να αποφύγω τα λάθη των γονιών μου; να είμαι το ίδιο καλός γονιός όπως αυτοί; θα μπορέσω να στηρίξω την γυναίκα μου, την οικογένεια μου σε αυτή την νέα κατάσταση; τι θα γίνει με την καριέρα μου; θα έχω χρόνο για τον εαυτό μου; Η επεξεργασία αυτών των ερωτημάτων βοηθά τον μελλοντικό πατέρα να προσαρμοστεί στην νέα κατάσταση και να προετοιμαστεί για τον καινούργιο του ρόλο. Επιπλέον μέσα από αυτή την διαδικασία και ιδιαίτερα προς το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης ένας άντρας επεξεργάζεται και ξεκαθαρίζει την σχέση του με τον δικό του πατέρα (Κρεατσάς, 1998).

Σε αντίθεση όμως με μια έγκυο γυναίκα, η οποία πρέπει να υποταχτεί σε μεγάλο βαθμό στην κατάσταση της εγκυμοσύνης, ένας άντρας έχει περισσότερες δυνατότητες διαφυγής, μπορεί να επιλέξει σε τι βαθμό θα εμπλακεί στην κατάσταση. Μερικές φορές τα συναισθήματα και τα ερωτήματα που αναδύονται είναι τόσο βασανιστικά, που οι άντρες στρέφονται στην δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες (Brazelton et al., 1991).

Σε γενικές γραμμές και σύμφωνα με τις μέχρι τώρα έρευνες, δύο είναι οι συνηθισμένες αντιδράσεις των αντρών κατά την εγκυμοσύνη της γυναίκας τους. Ορισμένοι αναγνωρίζουν την ύπαρξη αυτών αντικρουόμενων συναισθημάτων και καταφέρνουν να συναισθανθούν την συναισθηματική κατάσταση της γυναίκας τους. Ως αποτέλεσμα, νιώθουν την ανάγκη να φροντίσουν την έγκυο και το αναπτυσσόμενο έμβρυο (Κρεατσάς, 1998).

Αντίθετα ορισμένοι άντρες δεν αναγνωρίζουν αυτά τα συναισθήματα και συχνά νιώθουν απογοήτευση και πίκρα που η γυναίκα τους ασχολείται ολοένα και περισσότερο με το μωρό που θα έρθει και ολοένα και λιγότερο με τους ίδιους, συναισθήματα που κυριαρχούν κυρίως το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Μπορεί ασυνείδητα να ανταγωνίζονται τις γυναίκες τους και συχνά παρουσιάζουν συμπτώματα παρόμοια της εγκυμοσύνης, ναυτίες και γαστρεντερικές διαταραχές. Αντίθετα οι άντρες που κατορθώνουν με επιτυχία να μετουσιώσουν αυτές τις επιθυμίες μπορεί να νιώσουν έντονα δημιουργικοί κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

3.4 Ο Ρόλος Του Πατέρα Κατά Την Εγκυμοσύνη

Η διαδικασία της εγκυμοσύνης αλλά και αργότερα της ανατροφής του παιδιού, επηρεάζεται καθοριστικά από την στάση του πατέρα. Η συναισθηματική υποστήριξη που ο άντρας προσφέρει στην γυναίκα του κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, η παρουσία του κατά τον τοκετό την βοηθά να βιώσει την εγκυμοσύνη της σαν μια κυρίως θετική εμπειρία και συμβάλλει στο χτίσιμο μιας καλύτερης σχέσης με το παιδί της. Η παρουσία του πατέρα κατά την γέννα σχετίζεται με μειωμένη ανάγκη χορήγησης ηρεμιστικών στην εγκυμονούσα. Η ικανότητα της μητέρας να θηλάσει και αργότερα να ταΐσει το μωρό της επηρεάζεται από την στάση του πατέρα (Κρεατσάς, 1998).

Ο ρόλος του πατέρα είναι επίσης σημαντικός στην πρώιμη αλληλεπίδραση και στην δημιουργία του δεσμού με το μωρό που θα έρθει, αρκεί βέβαια να συμμετέχει όσο γίνεται πιο νωρίς στην διαδικασία της εγκυμοσύνης και στην συνέχεια στην φροντίδα του μωρού. Η συμβολή του μπορεί να είναι πρακτική: βοηθά ή αντικαθιστά την μητέρα στις ποικίλες δραστηριότητες που απαιτεί η φροντίδα ενός μωρού και συγχρόνως πλούσια συναισθηματική καθώς προσφέρει στο παιδί την ευκαιρία μιας σχέσης με ένα διαφορετικό πρόσωπο (Τσιάντης και συν., 2008).

Γενικότερα τόσο οι έρευνες όσο και η καθημερινή εμπειρία δείχνουν ότι η παρουσία του πατέρα και η συναισθηματική στήριξη που προσφέρει, βοηθούν την μητέρα στον ρόλο της. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό σήμερα, όπου το υποστηρικτικό σύστημα της ευρείας οικογένειας του παρελθόντος, δεν υπάρχει. Επιπλέον η εμπλοκή του πατέρα στην εγκυμοσύνη και την γέννα ενισχύει την δική του ταυτότητα, ως ενεργητικού μέρους της τριάδας, μειώνει το αίσθημα αποκλεισμού που βιώνει και τον προετοιμάζει να έχει έναν πιο άμεσο ρόλο όταν το μωρό γεννηθεί. Έτσι διατηρείται και ενισχύεται ο δεσμός με την γυναίκα του και συγχρόνως αρχίζει και βιώνει την χαρά της πατρότητας (Τσιάντης και συν., 2008).

4. Το άγχος και η κατάθλιψη στην εγκυμοσύνη

4.1. Περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές (ΠΨΔ)

Ο όρος «περιγεννητικές» συνιστά έναν χρονικό προσδιοριστή που αναφέρεται στις ψυχικές διαταραχές, οι οποίες εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια της κύησης, έως και ένα έτος μετά τον τοκετό. Το χρονικό περίγραμμα εμφάνισης μετά τον τοκετό δεν προσδιορίζεται με ακρίβεια, εφόσον αρχικά εντοπιζόταν στην περίοδο τεσσάρων

εβδομάδων έως και τριών μηνών μετά τον τοκετό, ενώ η σύγχρονη βιβλιογραφία καταλήγει στο ότι οι καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές ενδέχεται να εμφανιστούν ακόμα και ένα έτος μετά τον τοκετό. Αποτελέσματα διαχρονικών ερευνών συγκλίνουν στο ότι 10 – 20% των γυναικών συνιστούν πληθυσμό υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχών, υποφέρουν ήδη από κάποια συμπτώματα ή τέλος, εμφανίζουν ευαλωτότητα που παραμένει σταθερή μέχρι και 25 χρόνια μετά τον τοκετό (Wisner, 2008).

Σύμφωνα με τον Brockington (Nice, 2007) οι γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο είναι πιθανό να εμφανίσουν διαταραχές από όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών, με πιο συχνή την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές, που πλήττουν το 20% των γυναικών (O'Hara, 2014).

Όποια και αν είναι η διάγνωση, οι διαταραχές που εκδηλώνονται στην ανωτέρω περίοδο καλούνται «περιγεννητικές». Οι περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές συνιστούν μια σημαντική αιτία για τη μείωση της λειτουργικότητας στις γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο. Οι διαταραχές επηρεάζουν πολλούς τομείς της ζωής της γυναίκας, του παιδιού και όλης της οικογένειας, οδηγώντας σε μακροχρόνιες επιπτώσεις. Στην παρούσα έρευνα επικεντρώναστε κυρίως σε εκδηλώσεις και συμπτώματα που εμπίπτουν στο φάσμα των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών (Williams et al., 2014).

Η πρώτη έκδοση του εγχειριδίου DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) έγινε το 1952 από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία ως μια προσπάθεια υιοθέτησης μιας κοινής γλώσσας μεταξύ των κλινικών. Τόσο το DSM-I όσο και η αναθεώρησή του, το DSM-II (1968), αναγνώριζαν μόνο τρεις ευρείες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών, τις ψυχώσεις, τις νευρώσεις και τις χαρακτηρισολογικές διαταραχές. Η ορολογία και οι περιγραφές των διαταραχών σε αυτές τις εκδόσεις αντανάκλυσαν σε μεγάλο βαθμό την ψυχαναλυτική προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας, και η ταυτοποίηση των διαταραχών στηριζόταν περισσότερο στη γενική συναίνεση των ειδικών παρά σε ερευνητικά δεδομένα. Το DSM-III (1980) επέφερε τις σημαντικότερες αλλαγές στην ψυχιατρική ταξινόμηση μέχρι σήμερα.² Όρισε ειδικά περιγραφικά κριτήρια για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών απαλείφοντας κάθε αναφορά σε συγκεκριμένες θεωρίες ως προς την αιτιολογία τους, στηρίχθηκε σε μεγάλο βαθμό σε δεδομένα κλινικών και επιδημιολογικών μελετών για τον προσδιορισμό των διαταραχών, και εισήγαγε την πολυαξονική διάγνωση (εκτός από τις κλινικές-διαγνωστικές κατηγορίες επιπλέον παράλληλοι άξονες για την προσωπικότητα και τη νοημοσύνη, τις σωματικές νόσους, τις ψυχοκοινωνικές αντιξοότητες και τη γενική λειτουργικότητα). Τα γνωρίσματα αυτά της ψυχιατρικής ταξινόμησης διατηρήθηκαν και στην επομένη έκδοση του εγχειριδίου, DSM-IV (1994). Η γενική προσέγγιση του DSM-III για την ταξινόμηση –με αυστηρά περιγραφικά διαγνωστικά κριτήρια, αθεωρητική ως προς την αιτιολογία και βασιζόμενη σε εμπειρικά δεδομένα– διατηρήθηκε στο DSM-5, ενώ παράλληλα επιχειρούνται ορισμένες σημαντικές αλλαγές τόσο στη μεθοδολογία της ταξινόμησης όσο και σε διαγνωστικές κατηγορίες και κριτήρια (Blashfield, 2014).

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

συνιστούν διαφορετικές νοσολογικές οντότητες ή πρόκειται για τις ίδιες διαταραχές που εκδηλώνονται σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα DSM-IV TR, τα συμπτώματα των διαταραχών με επιλόχεια έναρξη δεν διαφέρουν από τα συμπτώματα των επεισοδίων που λαμβάνουν χώρα σε οποιαδήποτε άλλη περίοδο. Ο προσδιοριστής «με επιλόχεια έναρξη» τοποθετείται στο παρόν ή πιο πρόσφατο επεισόδιο (παραδείγματος χάρη, μείζονος κατάθλιψης, μανιακό, υπομανιακό ή στη βραχεία ψυχωτική διαταραχή), για να επισημάνει ότι η εμφάνιση του επεισοδίου συντελέστηκε σε διάστημα τεσσάρων εβδομάδων μετά τον τοκετό (APA, 2000).

Ωστόσο, σύμφωνα με τους Beck and Indman, (2005), κάποιοι ερευνητές, όπως για παράδειγμα ο Steiner, θεωρούν ότι η επιλόχεια κατάθλιψη έχει βιολογική βάση, επομένως διαφορετική αιτιολογία σε σχέση με την κατάθλιψη εν γένει. Άλλοι ερευνητές εντοπίζουν τη διαφορά της επιλόχειας από τη μη επιλόχεια κατάθλιψη στο περιεχόμενο των ιδεοψυχαναγκασμών, που στην πρώτη περίπτωση αφορούν την πρόκληση κακού στο παιδί (Wisner, 2008).

Στο DSM-V, ενώ τα διαγνωστικά κριτήρια για την κατάθλιψη παραμένουν ίδια, ο χρονικός προσδιοριστής που αφορά την επιλόχεια έναρξη έχει διευρυνθεί, συμπεριλαμβάνοντας και την περίοδο της κύησης. Συγκεκριμένα, η έναρξη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μπορεί να λάβει χώρα είτε την περίοδο της κύησης, είτε στο διάστημα τεσσάρων εβδομάδων μετά τον τοκετό. Επομένως, ο προσδιοριστής «με επιλόχεια έναρξη» γίνεται «με περιγεννητική έναρξη» (APA, 2013).

Σε αντίθεση με το DSM, οι περισσότεροι ειδικοί πρεσβεύουν ότι η έναρξη της επιλόχειας κατάθλιψης μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια ενός έτους μετά τον τοκετό (Gaynes et al., 2005). Το ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems),(WHO, 1992), προτρέπει τους κλινικούς να αποδίδουν τη διάγνωση «επιλόχεια» σε μια ψυχική ασθένεια, μόνο όταν δεν εμπίπτει σε καμία άλλη κατηγορία. Επισημαίνει δε, ότι αρκετοί ειδικοί θεωρούν την επιλόχεια ψύχωση εξαιρετικά σπάνια και τη διαφορική της διάγνωση από τις συναισθηματικές διαταραχές ή τη σχιζοφρένεια σχεδόν ανέφικτη, στοιχεία που δεν δικαιώνουν μια αυθύπαρκτη οντότητα. Σύμφωνα με το ICD-10, υπάρχουν τρεις υποκατηγορίες του κωδικού F53, ο οποίος περιγράφει τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές που σχετίζονται με τη λοχεία και δεν ταξινομούνται κάπου αλλού: F53.0: ήπιες ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές που σχετίζονται με τη λοχεία και δεν ταξινομούνται κάπου αλλού. F53.1: σοβαρές ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές που σχετίζονται με τη λοχεία και δεν ταξινομούνται κάπου αλλού. F53.2: άλλες ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές που σχετίζονται με τη λοχεία και δεν ταξινομούνται κάπου αλλού. F53.3: άτυπη επιλόχεια ψυχική διαταραχή. Παρόλη την περιορισμένη χρήση του, ο προσδιοριστής «επιλόχεια έναρξη» μπορεί να συμπεριληφθεί σε διάφορες διαταραχές που λαμβάνουν χώρα επιλόχεια, όπως αυτές που εμπίπτουν στο φάσμα των αγχωδών διαταραχών (π.χ. διαταραχή πανικού, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία αναγνωρίζουν τις ελλείψεις που έχει το ICD-10, και πρόκειται να προβούν σε αναθεωρήσεις του ταξινομικού συστήματος για τις περιγεννητικές διαταραχές στην έκδοση του ICD-11 (Wisner, 2008).

Η Κλίμακα Λοχειακής Κατάθλιψης του Εδιμβούργου-EPDS(Edinburgh Postnatal Depression Scale) μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ελέγξει την ψυχολογική κατάσταση σε γυναίκες 6-8 εβδομάδες μετά τη γέννα. Η κλινική εξέταση της υγείας του παιδιού, το check up μετά τη γέννα ή μια επίσκεψη στο σπίτι, μπορούν να δημιουργήσουν κατάλληλες ευκαιρίες για τη χορήγησή του.

4.2 Άγχος

Το άγχος μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι μια κατάσταση υπερβολικής εγρήγορσης του οργανισμού, ως αντίδραση σε απειλητικά ερεθίσματα. Οι άνθρωποι από τη φύση τους διαθέτουν κάποια συστήματα ενεργοποίησης τα οποία τους δίνουν την δυνατότητα να εντοπίζουν τα απειλητικά ερεθίσματα και να αντιδρούν σε αυτά, είτε αντιμετωπίζοντάς τα, είτε απομακρυνόμενοι από αυτά. Ενώ όμως τα συστήματα ενεργοποίησης λειτουργούν συνήθως προς όφελος του ατόμου, στις αγχώδεις διαταραχές παρατηρείται μια κατάσταση υπερβολικής εγρήγορσης που λειτουργεί σε βάρος του ατόμου.

Οι αγχώδεις διαταραχές εκφράζονται υπό τη μορφή υπερβολικού φόβου και άγχους. Ο φόβος είναι μια συναισθηματική απάντηση σε πραγματική επικείμενη απειλή, ενώ το άγχος είναι μια αντίδραση σε πιθανή μελλοντική απειλή. Αυτές οι δύο καταστάσεις επικαλύπτονται, αλλά επίσης διαφέρουν, με το φόβο πιο συχνά να συνδέεται με εξάρσεις διέγερσης που είναι απαραίτητες για μάχη ή φυγή, και το άγχος πιο συχνά να συνδέεται με την ένταση των μυών, την επαγρύπνηση για το μελλοντικό κίνδυνο και την επιφυλακτική ή αποφευκτική συμπεριφορά (APA, 2013).

Οι διαταραχές άγχους διαφέρουν από το φυσιολογικό άγχος καθώς έχουν εκσεσημασμένη εκδήλωση και επιμένουν, έχοντας διάρκεια τουλάχιστον 6 μηνών. Εμφανίζονται συχνότερα στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες σε αναλογία 2:1 (APA, 2013).

Υποκατηγορίες των αγχωδών διαταραχών είναι οι εξής (Σακκάς, 2008):

- Διαταραχές πανικού που χαρακτηρίζονται από εκδηλώσεις κρίσεων ακραίου πανικού σε καταστάσεις στις οποίες η πλειονότητα των ατόμων δεν αισθάνονται φόβο.
- Απλές φοβίες ή ειδικές, που χαρακτηρίζονται από έντονο φόβο σχετικά με συγκεκριμένα αντικείμενα ή καταστάσεις, που διαταράσσουν τη ζωή του ατόμου.
- Αγοραφοβία, που χαρακτηρίζεται από φόβο του ατόμου να βρεθεί σε κάποιο τόπο ή κατάσταση από όπου θα είναι δύσκολο να ξεφύγει ή από το φόβο ότι, μπορεί να μην υπάρχει βοήθεια αν την χρειαστεί.
- Κοινωνική φοβία, που χαρακτηρίζεται από επίμονο φόβο για τις κοινωνικές συναναστροφές με το άτομο να φοβάται ότι οι άλλοι θα τον περιεργαστούν προσεκτικά και ότι θα τον κρίνουν αρνητικά.
- Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από υπερβολική, μη ελεγχόμενη και μη ρεαλιστική ανησυχία για καθημερινά πράγματα όπως η υγεία, η οικογένεια, τα χρήματα ή το επάγγελμα

- Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από συνεχείς ανεπιθύμητες σκέψεις που έχουν ως αποτέλεσμα το άτομο να εκτελεί περίπλοκες τυποποιημένες επαναληπτικές ενέργειες στην προσπάθειά του να ελέγξει ή να εκδιώξει τις επίμονες σκέψεις.
- Μετατραυματική αγχώδης διαταραχή, η οποία έπεται ενός εξαιρετικά τραυματικού γεγονότος.

Στην περίπτωση των γυναικών που είναι σε κατάσταση εγκυμοσύνης, το άγχος είναι μια ψυχολογική κατάσταση που φαίνεται σχεδόν αναπόφευκτη, ενώ οι αγχώδεις διαταραχές είναι διαδεδομένες στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Οι αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής στη ζωή της εγκύου είναι λογικό να προκαλούν έντονο άγχος (Zainal et al. 2013).

Η κλινική εικόνα των αγχωδών διαταραχών σε πληθυσμό που διανύει την περιγεννητική περίοδο, είναι η ίδια με αυτή στον γενικό πληθυσμό. Η διαφορά έγκειται στο ότι οι ανησυχίες, το περιεχόμενο δηλαδή των αγχωδών σκέψεων, εστιάζεται στην εγκυμοσύνη ή στην υγεία του κυήματος και αργότερα του βρέφους. Παραδείγματος χάρη, οι γυναίκες μπορεί να ανησυχούν μήπως κάνουν κακό στο κύημα με τον τρόπο ζωής και τις συνήθειές τους, μήπως αποβάλλουν, μήπως δεν είναι καλές μητέρες, μήπως το παιδί αρρωστήσει ή σταματήσει να αναπνέει, κλπ.. Συχνά επίσης παρατηρούνται εισβολές σκέψεων ή εικόνων που αφορούν την πρόκληση βλάβης στο παιδί ή παρατηρείται μεγάλο άγχος μόλυνσης και προσβολής από κάποια ασθένεια, με συνοδές καταναγκαστικές συμπεριφορές.

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

Σε αρκετές περιπτώσεις οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη συνυπάρχουν (ποσοστό 30-40%). Υποστηρίζεται ότι το διαρκές άγχος μπορεί να επιφέρει καταθλιπτικό συναίσθημα. Επίσης, οι αγχώδεις διαταραχές συχνά συνοδεύονται από συναισθήματα ανεπάρκειας που οδηγούν σε καταθλιπτική συμπτωματολογία. Τα συμπτώματα στα οποία παρουσιάζεται συχνότερα επικάλυψη μεταξύ των δύο νοσολογικών οντοτήτων, είναι οι διαταραχές ύπνου και συγκέντρωσης, η ένταση, η υπερβολική ανησυχία, ο φόβος και οι κρίσεις πανικού. Τα ευρήματα πιο πρόσφατων ερευνών αναφέρουν συννοσηρότητα αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών σε υψηλότερο ποσοστό κατά την περιγεννητική περίοδο, σε σύγκριση με άλλες περιόδους, γεγονός που χρησιμοποιείται ως επιχείρημα για την ανάδειξη της περιγεννητικής κατάθλιψης σε διακριτή νοσολογική οντότητα. Σε αρκετές περιπτώσεις δεν πληρούνται τα κριτήρια για να τεθεί η διάγνωση της αγχώδους διαταραχής. Παρόλα αυτά, τα συμπτώματα ενδέχεται να προκαλέσουν δυσφορία και δυσλειτουργικότητα στη γυναίκα, όπως συμβαίνει και με τα υποκλινικά συμπτώματα της κατάθλιψης. Τα ποσοστά επικράτησης των αγχωδών διαταραχών διαφοροποιούνται στις διαθέσιμες έρευνες (Ross et al., 2006).

Παρόλο που η επικράτηση των αγχώδων διαταραχών είναι αρκετά υψηλή κατά την περιγεννητική περίοδο, δεν διαγιγνώσκονται τόσο συχνά όσο η κατάθλιψη. Τα αίτια αυτού του φαινομένου εντοπίζονται στην πεποίθηση ότι το άγχος κατά το διάστημα της περιγεννητικής περιόδου είναι αναμενόμενο και φυσιολογικό. Επίσης, δεν έχουν δημιουργηθεί ακόμα ψυχομετρικά εργαλεία που να μετρούν τα συμπτώματα του άγχους ειδικά σε αυτή την περίοδο. Η μέτρησή τους πραγματοποιείται με τα συνήθη ψυχομετρικά εργαλεία (παραδείγματος χάρι το State-Trait Anxiety Inventory -STAI). Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις ότι η EPDS έχει ευαισθησία στην ανίχνευση του άγχους. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του ενδιαφέροντος για την εν λόγω διαγνωστική κατηγορία (Zainal et al. 2010).

4.3. Κατάθλιψη

Η συνύπαρξη συμπτωματολογίας άγχους και κατάθλιψης συναντάται συχνά στην ιατρική πράξη. Τα περισσότερα από τα καταθλιπτικά άτομα είναι και αγχώδη. Το εάν το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν ένα συνεχές και αντιπροσωπεύουν δύο διαφορετικές εκφράσεις της ίδιας ψυχικής διαταραχής ή εάν αποτελούν δύο διαφορετικές καταστάσεις με σαφή και αποδεκτά όρια, αποτέλεσε αντικείμενο διχογνωμιών. Στην πρόσφατη βιβλιογραφία θεωρούνται χωριστές καταστάσεις που διαχωρίζονται με συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια (Μαργαρίτη & Αλεβίζος, 2008). Εντούτοις έχει παρατηρηθεί ότι το καταθλιπτικό συναίσθημα εμφανίζει ισχυρή θετική συσχέτιση με τη διάγνωση της κατάθλιψης, ενώ τα συμπτώματα του άγχους εμφανίζουν ισχυρή συσχέτιση με τη βαρύτητα της κατάθλιψης (Gibbons et al., 1993, Μαργαρίτη & Αλεβίζος, 2008).

Οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν κοινό χαρακτηριστικό το αίσθημα θλίψης, την αίσθηση εσωτερικού κενού, την ευερέθιστη διάθεση, που συνοδεύονται από σωματικές και γνωστικές διαταραχές και επηρεάζουν την λειτουργικότητα του ατόμου. Περίπου το 15% του γενικού πληθυσμού πάσχει από καταθλιπτικές διαταραχές, με το ποσοστό των γυναικών να είναι διπλάσιο από το ποσοστό των ανδρών (γυναίκες: 20%, άνδρες: 10%) (Πολυκανδριώτη & Κουτσοπούλου, 2014, APA, 2013).

Οι καταθλιπτικές διαταραχές περιλαμβάνουν (APA, 2013):

- την αποδιοργανωτική διαταραχή της διάθεσης
- τις μεγάλες καταθλιπτικές διαταραχές που περιλαμβάνουν και τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια,
- την επίμονη καταθλιπτική διαταραχή (δυσθυμία)
- την προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή
- την καταθλιπτική διαταραχή που προκαλείται από φάρμακα ή ουσίες
- την καταθλιπτική διαταραχή που οφείλεται σε άλλη ιατρική πάθηση

Η μείζον καταθλιπτική διαταραχή αντιπροσωπεύει την κλασσική κατάσταση σε αυτή την ομάδα διαταραχών. Τα συμπτώματα που περιλαμβάνονται στα διαγνωστικά κριτήρια (APA, 2013), είναι:

1. Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, και σχεδόν κάθε μέρα.
2. Σημαντικά μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση σε όλες, ή σχεδόν όλες, τις δραστηριότητες το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα
3. Σημαντική απώλεια βάρους, όταν δεν ακολουθείται κάποια δίαιτα ή αύξηση του σωματικού βάρους (μεταβολή του σωματικού βάρους άνω του 5%, σε διάστημα ενός μήνα), ή μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα.
4. Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα.
5. Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα
6. Κόπωση ή απώλεια ενέργειας σχεδόν κάθε μέρα
7. Αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ή ενοχής σχεδόν κάθε μέρα (όχι απλώς αυτο-μομφή ή η ενοχή για την αδιαθεσία).
8. Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα, σχεδόν κάθε μέρα
9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι απλώς φόβος θανάτου), επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός.

Για τη διάγνωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής πρέπει (APA, 2013):

- να υπάρχουν τουλάχιστον πέντε από τα παραπάνω συμπτώματα για μια περίοδο τουλάχιστον 2 εβδομάδων
- τα συμπτώματα αυτά να αντιπροσωπεύουν μια αλλαγή από την προηγούμενη λειτουργία του ατόμου
- τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα να είναι είτε η καταθλιπτική διάθεση είτε η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης.
- να μην περιλαμβάνονται συμπτώματα που σαφώς αποδίδονται σε άλλη ιατρική κατάσταση.
- τα συμπτώματα να προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή ή και σε άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.
- το επεισόδιο να μην οφείλεται στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας ή σε άλλη ιατρική κατάσταση.

Οι διαταραχές της διάθεσης, όπως η κατάθλιψη και η διπολική διαταραχή είναι μεταξύ των πιο κοινών νευροψυχιατρικών διαταραχών σε όλο τον κόσμο. Στην πραγματικότητα, η κατάθλιψη επηρεάζει περίπου 1 στα 5 άτομα, με τη συχνότητα να είναι υψηλότερη στις γυναίκες, παρά στους άνδρες (Gutierrez-Lobos et al, 2002; Sloan & Kornstein, 2003).

Είναι ένας από τους κυριότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην παγκόσμια επιβάρυνση της υγείας και μια από τις κύριες αιτίες αδυναμίας για εργασία και δραστηριότητα σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Όμως, συχνά αγνοούνται τα συμπτώματα από την οικογένεια ή και το ίδιο το άτομο καθώς εκλαμβάνονται ως φυσικό αποτέλεσμα της κατάστασης υγείας και των πολλαπλών απωλειών που βιώνουν τα άτομα όντας σε μια ιδιαίτερη φάση της ζωής τους. Όντως, οι πολλαπλές φυσιολογικές αλλαγές που μπορεί να αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτή την περίοδο, οι σωματικές αλλαγές που αυτά μπορεί να εμφανίζουν, η οι πιθανές αλλαγές στην συμπεριφορά των οικείων προσώπων είναι μερικοί από τους σημαντικότερους παράγοντες που μπορεί να πυροδοτήσουν τα σημαντικότερα καταθλιπτικά συμπτώματα στις εγκύους. Είναι όμως σημαντικό να εντοπιστεί τότε ένα άτομο εκδηλώνει καταθλιπτικά συμπτώματα ή αγχώδη συμπτώματα ή κάποια άλλη διαταραχή, ώστε εκείνο να λάβει την κατάλληλη υποστήριξη

Στην εργασία αυτή, θα ασχοληθούμε με το καταθλιπτικό σύνδρομο, το οποίο εμφανίζεται σε εγκύους. Αυτό μπορεί να εμφανισθεί είτε σαν πρωτογενής διαταραχή, είτε με την εικόνα μιας μείζονος κατάθλιψης, με όλα τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του καταθλιπτικού συνδρόμου (απώλεια ενδιαφέροντος, αβουλία, ενοχοποιητικές σκέψεις και αίσθημα μηδαμινότητας, διαταραχές του ύπνου, ψυχοκινητικές διαταραχές, μείωση της όρεξης κ.λπ), είτε σαν μία δυσθυμία με παρόμοια συμπτωματολογία, φαινομενικά όμως σημαντικά ελαφρύτερη, γι' αυτό το λόγο είναι και πιο ανεκτή από το περιβάλλον. Στις περιπτώσεις αυτές, το περιβάλλον της εγκύου θεωρεί μία τέτοια κατάσταση "φυσιολογική" γι' αυτήν και την κατάσταση της, συχνά δεν φροντίζει για ιατρική βοήθεια και όταν το κάνει, αυτό γίνεται μετά από μεγάλο αδρανές χρονικό διάστημα, χωρίς οποιαδήποτε στοιχεία χαράς ή ευχαρίστησης από κάποια δραστηριότητα της γυναίκας (Depp & Jeste, 2004).

Συχνή είναι, όμως, και η εμφάνιση ψευδονευρωτικών εικόνων, όπως μίας υποχονδριακής συμπεριφοράς, διαφόρων σωματικών ενοχλημάτων ή λειτουργικών διαταραχών, χωρίς την εμφανή παρουσία καταθλιπτικού συναισθήματος. Στις περισσότερες των περιπτώσεων αυτών, πρόκειται για συγκεκαλυμμένες καταθλίψεις που χαρακτηρίζονται σαν άτυπες. Παράλληλα, δεν θα πρέπει να αδιαφορούμε για τυχόν άλλη ή άλλες, ίσως λιγότερο έντονες, καταθλιπτικές φάσεις της γυναίκας στο παρελθόν, στα πλαίσια αναζωπύρωσης μίας μονοφασικής διαταραχής. Η διαγνωστική διαδικασία θα πρέπει λοιπόν να περιλαμβάνει όλες αυτές τις εξετάσεις, που θα μας αποκλείσουν την οργανικότητα της κατάθλιψης, όπως και το λεπτομερές ψυχιατρικό ιστορικό που θα μας δώσει τα απαραίτητα στοιχεία για την τελική ταξινόμηση του καταθλιπτικού συνδρόμου. Πολλές φορές, τα προβλήματα ψυχικής υγείας είναι αποτέλεσμα της δυσκολίας προσαρμογής του ατόμου στη νέα του καθημερινότητα και τον διαφορετικό τρόπο ζωής, παρά στην ηλικία αυτή καθαυτή.

Επιγραμματικά, τα συνήθη συμπτώματα της μείζονος κατάθλιψης που εμφανίζεται στα άτομα είναι:

- η θλίψη,
- η άρνηση,

- η απογοήτευση,
- η μεταβλητότητα της διάθεσης
- η απόσυρση από τις καθημερινές συνήθειες,
- η απάθεια,
- η πτώση της διάθεσης,
- η αλλαγή των συνηθειών του ύπνου και της διατροφής (αϋπνίες ή υπνηλία, απώλεια όρεξης),
- η απαισιοδοξία,
- ενοχές,
- η αίσθηση αβοηθητότητας,
- η μοναξιά,
- η απώλεια

Ενώ παράλληλα τα κύρια χαρακτηριστικά συμπτώματα του άγχους συνοψίζονται ως εξής (Livingston et al, 2005):

- στην ταραχή και την αγωνία για ασήμαντα γεγονότα,
- στην προσμονή ενός γεγονότος σε θέματα καθημερινότητας.

Τόσο στην περίπτωση του άγχους, όσο και στην περίπτωση της κατάθλιψης, ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει συνδυαστικά συμπτώματα, τα οποία είναι:

- η χαμηλή συγκέντρωση, ακόμη και για πράξεις τις καθημερινής ζωής,
- η απώλεια μνήμης, ακόμη και για τα πρόσφατα γεγονότα,
- η απώλεια ενδιαφερόντων και η άρνηση συμμετοχικότητας,
- τα πολλαπλά σωματικά ενοχλήματα, μερικές φορές και υποχονδριακά

Τα τελευταία συμπτώματα είναι παρόμοια με άλλες παθήσεις και γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό να γίνουν οι κατάλληλες εξετάσεις, ώστε να αποκλεισθεί η οργανική αιτία των προβλημάτων.

4.4 Ψυχωτικές Διαταραχές

Η επιλόχεια ψύχωση εμφανίζεται σε μία ή δύο στις 1000 λεχωίδες, τις πρώτες δύο έως τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό (Okano et al., 1998; Sit et al., 2007). Τα συμπτώματα έχουν αιφνίδια έναρξη (Brockington, et al., 1981; Sit et al., 2007) και συχνά εμφανίζονται σχεδόν αμέσως μετά τον τοκετό, όταν ακόμα η γυναίκα βρίσκεται στο μαιευτήριο, με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες υγείας (μαιευτήρες, μαίες, κλπ.) να είναι οι πρώτοι που έρχονται σε επαφή με τη λεχωίδα που βρίσκεται σε επεισόδιο (Wisner et al., 1994).

Οι εκδηλώσεις του ψυχωτικού επεισοδίου συνήθως περιλαμβάνουν παραληρηματικές ιδέες συνήθως παρανοϊκού τύπου ή μεγαλείου, εναλλαγές στη διάθεση, σύγχυση, έντονα αποδιοργανωμένα συμπεριφορά και δραματική αλλαγή σε σχέση με το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητάς. Ο Brockington περιέγραψε την κλινική εικόνα της επιλόχειας ψύχωσης, δίνοντας έμφαση σε συμπτώματα όπως απόσυρση, παραδοξότητα στο συναίσθημα, ακουστικές ψευδαισθήσεις, σύγχυση, κατατονία ή υπερδιέγερση, ευμεταβλητότητα, λογόρροια και ευερεθιστότητα. Οι θεματικές των παραληρηματικών ιδεών μπορεί να εντοπίζονται στην ταυτότητα του παιδιού ή σε μια αίσθηση ότι το παιδί γίνεται διωκτικό (Brockington, 1996 στο Sit et al., 2006).

Ο βαθμός της σύγχυσης που εκδηλώνουν οι λεχωίδες με ψυχωτικό επεισόδιο είναι αρκετά μεγαλύτερος από τις γυναίκες που εκδηλώνουν ψύχωση σε διαφορετική χρονική περίοδο, με αποτέλεσμα να είναι υπό συζήτηση η διάκριση της εν λόγω διαταραχής και η ανάξειξή της σε διαφορετική νοσολογική οντότητα (Brockington et al., 1981 στο Wisner et al., 1994). Μολονότι η επιλόχειες ψυχωτικές διαταραχές είναι σημαντικά πιο σπάνιες σε σχέση με την κατάθλιψη ή τις αγχώδεις, οι επιπτώσεις τους στην ασφάλεια της γυναίκας και του παιδιού μπορεί να είναι δραματικές, γεγονός που καθιστά επείγουσα την άμεση παρέμβαση και θεραπεία (Wisner et al., 1994. NICE, 2007, σ. 69).

5. ΜΕΘΟΔΟΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

5.1 Η Προσέγγιση του Michel Odent

Ο Michel Odent είναι ο διάσημος Γάλλος μαιευτήρας, ο οποίος εισήγαγε στο επαρχιακό μαιευτήριο του Πιτιβιέ, όλες τις προϋποθέσεις για τοκετό «σα στο σπίτι», δωμάτια ήσυχα, με ευχάριστο περιβάλλον, με πισίνες τοκετού και με την παρουσία του πατέρα.

Για τον M. Odent η γέννα δεν είναι ιατρική υπόθεση, είναι φυσική διαδικασία, είναι η τελευταία πράξη της ερωτικής σχέσης. Τίποτα δεν πρέπει να παρεμβάλλεται ανάμεσα στην επίτοκο και την έμφυτη ικανότητά της να γεννά, εκτός και εάν υπάρχει σοβαρός λόγος. Η μητέρα και το παιδί δεν αποχωρίζονται καθόλου μετά τη γέννα (Brazelton et al., 1991).

Αποδεικνύει, με επιστημονικές αποδείξεις ότι η κατάχρηση της τεχνολογίας κ των φαρμάκων αφενός αυξάνουν τις χειρουργικές επεμβάσεις, καισαρική τομή, εμφυτευτική, περινεοτομή, αφετέρου δε μείωσαν την περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα, ενώ δεν έχουν ακόμα προσδιοριστεί οι επιπτώσεις στην ψυχοσωματική υγεία του νεογνίου και της μητέρας.

Οι επίτοκες, κατά τον M. Odent, μπορούν να κινούνται, να γεννούν σε όποια θέση και στάση τις διευκολύνει. Οι μαίες παρακολουθούν και συμβάλλουν στη δημιουργία μιας ατμόσφαιρας που δημιουργεί αισθήματα ασφάλειας και οικειότητας στην επίτοκο.

Χρησιμοποιεί φυσικά μέσα για τη μείωση του πόνου του τοκετού και χρησιμοποίησε πρώτος το νερό ως μέσον για τη μείωση του πόνου και τη διευκόλυνση του τοκετού.

Ο στόχος του M. Odent και της αντιμαιευτικής του, είναι να δημιουργήσει τέτοιες συνθήκες ώστε όλες οι πρωτοβουλίες να περνάνε στη γυναίκα.

Η μαία έχει τον παραδοσιακό της ρόλο της βοηθού της γυναίκας που ακολουθεί τους φυσικούς ρυθμούς του τοκετού.

Η παρουσία του γιατρού είναι απαραίτητη όταν υπάρχει ανάγκη για μαιευτική επέμβαση.

Τα κυριότερα σημεία του ενεργού τοκετού του M. Odent είναι (Τσιάντης και συν., 2008):

❖ *Η προετοιμασία της εγκύου*

Κάθε έγκυος έχει τη δική της προσωπική, οικογενειακή, πολιτιστική ιστορία που θα επηρεάσει την εξέλιξη του τοκετού της. Η γυναίκα φτάνει στον τοκετό της φέρνοντας μαζί της τις εμπειρίες της ζωής της ολόκληρης φθάνοντας πίσω μέχρι τη δική της γέννηση, ο τρόπος που γεννήθηκε, ο χώρος, εάν θήλασε (Τσιάντης και συν., 2008).

Το πνευματικό και μορφωτικό επίπεδο, οι καθημερινές συνήθειες επηρεάζουν επίσης την εξέλιξη του τοκετού, π.χ. οι γυναίκες που γυμνάζονται είναι καλύτερα προετοιμασμένες όπως επίσης και οι γυναίκες απελευθερωμένες από το άγχος. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης γίνονται συναντήσεις.

Σκοπός των συναντήσεων αυτών είναι:

Τα ζευγάρια να γνωρίσουν το χώρο και να αισθανθούν σα στο σπίτι τους. Να ενημερωθούν και να λύσουν τις απορίες τους. Να αποβάλλουν τους φόβους τους. Επίσης να προετοιμαστούν σωματικά με γυμναστική ή γιόγκα. Στις συναντήσεις αυτές συμμετέχουν γιατροί, μαίες, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, δάσκαλοι της γιόγκα, μουσικοί, ζευγάρια που έχουν γεννήσει. Η μουσική, το τραγούδι, ο χορός είναι μερικά από τα μέσα που χρησιμοποιούνται για τη χαλάρωση και την ευεξία της μητέρας και του εμβρύου.

❖ *Οικείο περιβάλλον*

Η δημιουργία ευχάριστης ατμόσφαιρας και οικείου περιβάλλοντος ενθαρρύνει τις γυναίκες και τους συντρόφους τους να προσεγγίσουν τη γέννα ήρεμοι και με θετική στάση. Επίσης γεννούν πιο εύκολα εάν περιβάλλονται από δικά τους πρόσωπα.

Η πρώτη συνάντηση με τη μαία είναι σημαντική, η σπουδαιότητα του ρόλου της μαίας δεν περιγράφεται. Ανεξάρτητα με τις μαιευτικές πρακτικές οι γυναίκες έχουν φυσιολογικούς τοκετούς, όταν οι μαίες έχουν την ευθύνη του τοκετού.

Η επαφή αυτού που παρακολουθεί τον τοκετό με τη γυναίκα που γεννάει είναι συνήθως πολύ στενή και έντονη, ενδέχεται δε να δημιουργηθεί μια σχέση εξάρτησης τουλάχιστον για μερικές μέρες.

Στο χώρο πρέπει να επικρατεί διακριτικότητα, ημίφως, ηρεμία. Οι επίτοκες είναι ελεύθερες να μιλούν, να φωνάζουν, να κινούνται.

Ο Μ. Odent πιστεύει ότι «Ο χώρος που γεννάει η γυναίκα πρέπει να μοιάζει περισσότερο με ένα χώρο που θα μπορούσε να κάνει έρωτα, παρά με θάλαμο νοσοκομείου» (Birth Reborn 1980).

Η γυναίκα ενθαρρύνεται να ηρεμήσει και να χαλαρώσει χρησιμοποιώντας φυσικά μέσα, όπως το νερό γι' αυτό υπάρχει πάντα μία πισίνα στη διάθεση της γυναίκας (Τσιάντης και συν., 2008).

❖ *Φάρμακα*

Οι γυναίκες που κινούνται και ενεργούν σύμφωνα με τα ένστικτά τους, στη διάρκεια της γέννας, γεννούν συνήθως πιο γρήγορα και εύκολα. Η ενστικτώδης κατάσταση που βοηθά μία γυναίκα να γεννήσει αυθόρμητα, συνδέεται με μία ιδιαίτερη ορμονική ισορροπία.

Από την υπόφυση εκκρίνεται ωκυτοκίνη, η ορμόνη που βοηθά να αρχίσουν και να διατηρηθούν οι συστολές της μήτρας. Η έκκριση των αδρεναλιδοειδών ουσιών μπορεί να εμποδίσει την αποτελεσματικότητα της ωκυτοκίνης και να αυξήσει τον πόνο, όπως μπορεί να εμποδίσει και το θηλασμό. Αυτές οι ουσίες εκκρίνονται κυρίως

όταν ο άνθρωπος φοβάται, άγχεται, κρυώνει. Επομένως ένα ήσυχο περιβάλλον μέσα στο οποίο η γυναίκα μπορεί να χαλαρώσει στη διάρκεια της γέννας, είναι ευεργετικό. Αυτό ακριβώς το περιβάλλον βοηθά και στην έκκριση ενδορφινών, νευροορμονών, που ενεργούν σα φυσικά αναλγητικά, προστατεύουν από τον πόνο και διευκολύνουν τη γέννα (Τσιάντης και συν., 2008).

Καταστάσεις που προκαλούν έκκριση ενδορφινών είναι το τρέξιμο, η προσευχή, ο διαλογισμός, η γιόγκα, το κολύμπι ή το βύθισμα στο νερό, το χάδι, η ερωτική επαφή, επίσης ο θηλασμός ανεβάζει τα επίπεδα ενδορφινών.

Το γεγονός ότι η ισορροπημένη έκκριση ορμονών επηρεάζεται από τις εξωτερικές συνθήκες, είναι ένα σοβαρό επιχείρημα ότι η ιατρική παρέμβαση είναι πιθανό να ενοχλήσει τη φυσική πορεία του τοκετού (Τσιάντης και συν., 2008).

❖ *Θέσεις και στάσεις του σώματος κατά τη γέννα*

Η καθήλωση της γυναίκας στην ύπτια θέση, είναι το χαρακτηριστικό στα σύγχρονα μαιευτήρια, αντίθετα σήμερα πιστεύουμε ότι οι γυναίκες πρέπει να ενθαρρύνονται να διαλέξουν αυθόρμητα τη στάση που τις ευχαριστεί, μπορούν να κάθονται, να γονατίζουν, να σκύβουν και οι μαίες να είναι διακριτικά παρούσες.

Οι περισσότερες γυναίκες από ένστικτο προτιμούν να στέκονται ή να κάθονται σκυμμένες μπροστά ή να στηρίζονται σε κάποιο έπιπλο ή στο σύντροφο τους ή ακόμα πέφτουν στα τέσσερα ή να λικνίζονται σε κουνιστή πολυθρόνα.

Η στάση γονατιστή που η γυναίκα ακουμπά μπροστά σε ένα έπιπλο ή στο σύντροφο είναι στάση αυτοσυγκέντρωσης, θυμίζει στάση προσευχής και συνιστά μετάβαση σε μια διαφορετική κατάσταση συνείδησης. Από μηχανικής άποψης διευκολύνει την έξοδο του εμβρύου.

❖ *Η παρουσία του πατέρα στον τοκετό*

Τα τελευταία χρόνια όχι μόνο έχει γίνει αποδεκτή η παρουσία του πατέρα στον τοκετό, αλλά στα περισσότερα μαιευτήρια του κόσμου ο πατέρας ενθαρρύνεται να συμμετέχει σε ολόκληρη τη διαδικασία του τοκετού.

Στη Μ. Βρετανία το 80% των πατεράδων παρευρίσκονται στον τοκετό των παιδιών τους. Η παρουσία του συντρόφου στον τοκετό είναι εξαιρετικά χρήσιμη, διότι ο πατέρας έχει το χρόνο και γνωρίζει τον τρόπο να υποστηρίξει τη σύντροφό του¹¹.

Είναι απαραίτητο ο σύντροφος να γνωρίζει πολύ καλά το ρόλο του στον τοκετό και να έχει προετοιμαστεί γι' αυτόν. Εάν είναι απλός παρατηρητής ή ακόμα χειρότερα κριτής της συμπεριφοράς της γυναίκας του, η συμβολή του είναι αρνητική και μπορεί να προκαλέσει εκνευρισμό και άγχος στη γυναίκα του, εάν είναι φλύαρος δεν την αφήνει να συγκεντρωθεί. Ο σύντροφος μπορεί να υπενθυμίζει στη γυναίκα του τους τρόπους και τις τεχνικές χαλάρωσης, τις οδηγίες της μαίας, να κάνει μασάζ, να δροσίζει το πρόσωπο της γυναίκας του, να της προσφέρει νερό, να τη βοηθά να αλλάξει θέση, να της δείχνει στοργή, υποστήριξη (Τσιάντης και συν., 2008).

Τα περισσότερα ζευγάρια μιλούν για μία ανεπανάληπτη εμπειρία που τους οδήγησε στη γονεϊκότητα ενωμένους.

❖ *Η πρώτη επαφή μητέρας-παιδιού*

¹¹ Τσιάντης Γ., *Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας*. Τεύχη Α, Β, εκδ. Καστανιώτη 2004

Προσδιορίζει τη σχέση που θα έχουν έχει αποδειχθεί ότι η πρώτη ώρα μετά τη γέννα είναι σημαντική για τη αργότερα μεταξύ τους.

Τα παιδιά που έχουν γεννηθεί σένα ήρεμο περιβάλλον και είχαν πρώιμη επαφή με τη μητέρα τους, βρέθηκε μετά από χρόνια ότι είναι περισσότερο ήρεμα, έχουν λιγότερο άγχος, περισσότερη αυτοπεποίθηση, είναι πιο ισορροπημένα κοινωνικά, περισσότερο ανθεκτικά στις βιολογικές ασθένειες, μπορούν να πετύχουν τους στόχους τους ευκολότερα (Τσιάντης και συν., 2008).

Καθώς λοιπόν το σώμα του παιδιού γλιστρά έξω, η μαία προσέχει να μην αφήσει το παιδί να πέσει στο πάτωμα.

Η μητέρα απλώνει τα χέρια, αγγίζει το παιδί της και μόλις αυτό βγει αμέσως το φέρνει στην αγκαλιά της. Από αυτή τη στιγμή δε θα πρέπει να χωρίσουν για κανένα λόγο.

Κάθε μέλος του σώματος του νεογνού είναι σε επαφή με το σώμα της μητέρας και οι δύο κοιτάζονται στα μάτια.

Την ένταση αυτής της στιγμής μπορεί να νιώσει ο καθένας που είναι παρών στη γέννα.

Δε βιαζόμαστε να κόψουμε τον ομφάλιο λώρο για να μην διακόψουμε τις ευτυχισμένες στιγμές, συνήθως τον κόβουμε μετά την έξοδο του πλακούντα ή όταν τα αγγεία σταματήσουν να σφίγγουν.

Πολλές φορές πριν ακόμα γεννηθεί ο πλακούντας το νεογέννητο αρχίζει να θηλάζει, αυτό διευκολύνει την αποκόλληση και την έξοδο του πλακούντα, επίσης προκαλεί έκκριση ωκυτοκίνης που βοηθά τη μήτρα να συσπάται κι έτσι αποφεύγεται η αιμορραγία.

Ο M. Odent στο βιβλίο του (Birth Reborn) Αναγέννηση της γέννας αναφέρει «Η αναγέννηση της φυσικής γέννας είναι μία προσπάθεια εξανθρωπισμού της επιστήμης και της τεχνολογίας έτσι ώστε να εκπληρώσουν το σκοπό για τον οποίο δημιουργήθηκαν από τον άνθρωπο. Την εξυπηρέτηση δηλαδή των αναγκών του και τη βελτίωση των όρων ζωής».

Για να γίνει αυτό το ζευγάρι και ιδιαίτερα η γυναίκα, πρέπει να αλλάξουν τη στάση τους απέναντι στους γιατρούς, τις μαίες, και τη σύγχρονη τεχνολογία, που οφείλει να είναι κτήμα της ανθρωπότητας (Τσιάντης και συν., 2008)..

Να μη δέχονται άκριτα την κάθε μορφή παρέμβασης. Να διεκδικούν τη γνώση και το δικαίωμα να αποφασίζουν μόνες τους για τον τοκετό τους .Να αποδέχονται τις υπηρεσίες των ειδικών που όμως δε θα δικαιούνται να αλλοιώσουν τη φύση και τον ανθρώπινο χαρακτήρα της γέννας.

5.2 Η θεωρία Του Dick Read

“Δεν πόνεσε, δε θα έπρεπε να πονέσει, έτσι δεν είναι γιατρέ;”

Αυτά τα λόγια μιας γυναίκας αφρικανής, που ζούσε στο Ανατολικό Λονδίνο και την οποία ο D. Read τη βοήθησε να γεννήσει, έκαναν τον D. Read να σκεφτεί την προέλευση του πόνου στον τοκετό. Είχε παρατηρήσει ότι μερικές επίτοκες είχαν εξαιρετικά επώδυνους τοκετούς, άλλες ανέφεραν λίγο πόνο και άλλες καθόλου. Ποιοι παράγοντες έκαναν έναν τοκετό σχεδόν ανώδυνο; Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ηρεμία και η γνώση μαζί με την αποδοχή ότι ο τοκετός είναι φυσικό γεγονός, είναι οι κυριότεροι παράγοντες που έκαναν την επίτοκο να αισθάνεται λιγότερο πόνο. Κατά την άποψη του D. Read ο πολιτισμός είναι η κυριότερη αιτία που δημιούργησε το φόβο και την ένταση για τον τοκετό. Ο πόνος του τοκετού είναι πραγματικός. Ο D.

Read όπως και πολλοί άλλοι πίστεψε ότι η ένταση του πόνου μπορεί να μειωθεί, να διαφοροποιηθεί, να αλλάξει (Τσιάντης και συν. 2008).

Ο φόβος και η αναμονή του πόνου δημιουργεί στον οργανισμό μια προστατευτική αντίδραση έκκρισης ορμονών, που αυξάνει την ένταση του πόνου και μειώνει την ικανότητα της μήτρας να λειτουργεί, εμποδίζει την ομαλή διαστολή του τραχηλικού στομίου. Ο D. Read ονόμασε αυτή τη διαδικασία σύνδρομο του φόβου-έντασης-πόνου και κατέληξε ότι εάν εξαλειφθεί ο φόβος επιτυγχάνεται χαλάρωση και μείωση του πόνου (Τσιάντης και συν. 2008).

Με τον όρο “natural childbirth” φυσικός τοκετός εννοούσε τον τοκετό που καμία παρέμβαση δε διαταράσσει τη φυσική πορεία του. Έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στην πνευματική διάσταση του τοκετού.

Ο D. Read πίστευε ότι «κάθε γυναίκα στον τοκετό της θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να αισθανθεί τον προσωπικό της θρίαμβο της μητρότητας».

Το πρόγραμμα προετοιμασίας που προτείνει ο D. Read περιλαμβάνει πληροφόρηση, ασκήσεις αναπνοής, χαλάρωσης και ασκήσεις βελτίωσης της φυσικής κατάστασης.

Η σωστή αναπνοή και η χαλάρωση είναι απαραίτητα για κάθε άνθρωπο ιδιαίτερα για την έγκυο γυναίκα, στον τοκετό η σωστή αναπνοή δίνει στην μήτρα και το έμβρυο το απαραίτητο O₂.

Η χαλάρωση είναι απαραίτητη στον τοκετό, απελευθερώνει την ένταση, προωθεί την ηρεμία και το αίσθημα ασφάλειας.

Η έγκυος είναι απαραίτητο να ασκείται στην αναπνοή και χαλάρωση.

Οι ασκήσεις για τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης της εγκύου είναι κυρίως ασκήσεις που αφορούν το πυελικό έδαφος και τους μυς των κοιλιακών τοιχωμάτων. Ο D. Read αναφέρει τέσσερις προϋποθέσεις για την επιτυχία του τοκετού (Τσιάντης και συν. 2008).

1. Όλοι οι έφηβοι θα πρέπει να πληροφορούνται για τη διαδικασία του τοκετού.
2. Οι έγκυες γυναίκες θα πρέπει να πληροφορούνται για τη φυσιολογία του τοκετού.
3. Οι επαγγελματίες υγείας που παρευρίσκονται και έχουν την ευθύνη του τοκετού θα πρέπει να εκπαιδεύονται να αναγνωρίζουν την ένταση και το άγχος και να είναι ικανοί να χρησιμοποιούν τεχνικές εξάλειψης της έντασης.
4. Οι μαίες και οι γιατροί να θυμούνται το σύνδρομο Φόβος-Ένταση-Πόνος.

5.3 Η Μέθοδος Lamaze

Η περισσότερο γνωστή μέθοδος τοκετού χωρίς πόνο (έτσι αναφέρεται στη μέθοδο) αναπτύχθηκε από τον Fernand Lamaze μετά από μία επίσκεψη του στη Σοβιετική Ένωση. Οι Σοβιετικοί επιστήμονες στηριζόμενοι στις παρατηρήσεις του Ivan Pavlov για τα εξαρτημένα αντανακλαστικά, δημιούργησαν τη μέθοδο Ψυχοπροφυλακτική που σημαίνει μείωση του πόνου του τοκετού μέσω ψυχολογικής προετοιμασίας. Βασίζεται στη δημιουργία εξαρτημένων αντανακλαστικών (αναπνοής και την αποδοχή συνύπαρξης χαλάρωσης με σύσπαση), κατάλληλων για τον τοκετό. Έτσι οι επίτοκες κατά τη διάρκεια των συστολών, εφάρμοζαν ειδικές τεχνικές αναπνοών, στις οποίες είχαν εξασκηθεί επανειλημμένα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτές οι

τεχνικές αποσπούν την προσοχή της επιτόκου, έτσι ώστε να μειώνεται η αντίληψη του πόνου (Τσιάντης και συν., 2008).

Η προετοιμασία της εγκύου αρχίζει τον έβδομο μήνα και περιλαμβάνει 6-7 συνεδρίες στις οποίες συμμετέχουν το πολύ 6-8 ζευγάρια, οι έγκυες όμως πρέπει να ασκούνται καθημερινά ώστε να δημιουργήσουν τα αντανάκλαστικά.

Στην αρχή του πρώτου σταδίου (μέχρι τη διαστολή 3 εκ.) η θωρακική αναπνοή είναι αρκετή για να ανακουφίσει από την ενόχληση των συστολών, οι οποίες είναι αραιές και διαρκούν λιγότερο από 40 δευτ. του λεπτού.

Στη συνέχεια οι συστολές γίνονται συχνότερες κάθε 3-4 λεπτά και διαρκούν περίπου 40-45 δευτ., οι αναπνοές γίνονται πιο ρηχές και γρήγορες. Στην αρχή της συστολής η επίτοκος αρχίζει με βαθιά αργή αναπνοή και επιταχύνει την αναπνοή της όσο η συστολή γίνεται εντονότερη, επανέρχεται σταδιακά στη βαθιά αναπνοή καθώς η ένταση της συστολής μειώνεται.

Όταν η διαστολή του τραχήλου είναι περίπου 8 εκ. Και η επίτοκος μπαίνει στη μεταβατική φάση του Α σταδίου, ίσως χρειάζεται μια διαφορετική αναπνοή γρήγορη όπως το λαχάνιασμα. Την αναπνοή αυτή τη χρησιμοποιεί στην κορυφή της συστολής, όταν η τρίτη αναπνοή, η γρήγορη και ρηχή δεν είναι αρκετή να ανακουφίσει την επίτοκο (Τσιάντης και συν., 2008).

Η αναπνοή αυτή, το λαχάνιασμα αυξάνει το αίσθημα δίψας, γι' αυτό είναι απαραίτητο να παίρνει η επίτοκος υγρά από το στόμα.

Η εξώθηση γίνεται στην ύπτια θέση, η επίτοκος παίρνει βαθιά εισπνοή, κρατά τον αέρα και εξωθεί για 15 δευτ. και επαναλαμβάνει 2-3 φορές στη διάρκεια της συστολής.

Στην ψυχοπροφυλακτική η μαία καθοδηγεί την επίτοκο στην επιλογή των αναπνοών και την εξώθηση, επίσης είναι αποδεκτό να χρησιμοποιηθούν αναλγητικά ή παυσίπονα κατά τον τοκετό. Πολλοί πιστεύουν ότι η ψυχοπροφυλακτική είναι μέθοδος προετοιμασίας και εκπαίδευσης της εγκύου για τον τοκετό (Τσιάντης και συν., 2008).

5.4 Frederick Leboyer, Ο Τοκετός Χωρίς Βία

Για περίπου 50 χρόνια ο F. Leboyer βοηθά να γεννηθούν παιδιά με έναν τρόπο που τον ονομάζει «χωρίς βία». Είναι ο πρώτος που παρατήρησε ότι ο τοκετός και η γέννα όπως γίνεται στα μαιευτήρια είναι επώδυνη και τραυματική εμπειρία όχι μόνο για τη μητέρα αλλά και για το νεογέννητο. Θεωρεί ότι είναι καθήκον των μαιευτήρων και των μαιών να εξαλείψουν τη βία και να μειώσουν τον πόνο του νεογνού καθώς αυτό γεννιέται και αφήνει την ενδομήτρια ζωή για να συνεχίσει τη ζωή του εξωμήτρια.

Για να πετύχουμε αυτό θα πρέπει η γέννηση να γίνεται σ'ένα περιβάλλον το οποίο θα συγκεντρώνει τα πλεονεκτήματα της ασφάλειας του μαιευτηρίου και την ατμόσφαιρα του σπιτιού, χωρίς τις παρεμβάσεις όταν αυτές δεν είναι απολύτως απαραίτητες.

Τα κύρια σημεία της διδασκαλίας του F. Leboyer είναι:

Στο χώρο (δωμάτιο) που θα γεννηθεί το νεογνό θα πρέπει ο φωτισμός να είναι χαμηλός και να επικρατεί ησυχία. Οι παρόντες στον τοκετό θα πρέπει να είναι της αποδοχής της επιτόκου και να μην υπάρχουν άγνωστοι παρατηρητές. Το νεογέννητο πρέπει να τοποθετηθεί στην αγκαλιά της μητέρας του, ώστε να αναπτυχθεί ο απαραίτητος δεσμός μητέρας-νεογνού, μέσω της αφής και οσμής καταρχήν και στη συνέχεια μέσω της οπτικής επαφής εμπειρία (Brazelton et al., 1998).

Ο ομφάλιος λώρος θα πρέπει να κοπεί όταν τα αγγεία πάψουν να λειτουργούν ή όταν το νεογέννητο σταθεροποιήσει την αναπνοή του.

Το νεογέννητο θα πρέπει να έχει ένα μπάνιο ώστε αυτή η ήπια χαλαρωτική πρακτική να είναι η πρώτη του εμπειρία στην εξωμήτρια ζωή.

Το μπάνιο του νεογνού είναι μία από τις πρακτικές του Leboyer που δέχτηκε τις περισσότερες κριτικές. Για τα περισσότερα μαιευτήρια η χορήγηση του μπάνιου στο νεογνό, όπως το εφαρμόζει ο Leboyer, είναι πρακτικά δύσκολη. Πολλοί επίσης έχουν την άποψη ότι το μπάνιο δυσκολεύει το νεογνό να ρυθμίσει τη θερμοκρασία του.

Ο Leboyer μας δίδαξε ότι το νεογέννητο είναι μία προσωπικότητα ικανή να αισθανθεί, να ακούσει, να μυρίσει, να αντιληφθεί και χρειάζεται ξεστασιά, αγάπη, τρυφερή φροντίδα. Αφαίρεσε από τον τοκετό τις βίαιες τεχνικές, τους περιττούς χειρισμούς και επέβαλε την ηρεμία, την υπομονή, τη γαλήνη (Τσιάντης και συν., 2008).

5.5 Η Μέθοδος Bradley

Η μέθοδος Bradley που επίσης καλείται «μέθοδος τοκετού με την ενεργό συμμετοχή και καθοδήγηση του συζύγου», βασίστηκε στις παρατηρήσεις της συμπεριφοράς των ζώων κατά τον τοκετό. Δίνει έμφαση στην αρμονική συνεργασία με το σώμα, στον έλεγχο των αναπνοών, στις κοιλιακές αναπνοές και την προαγωγή της γενικής χαλάρωσης του σώματος (Τσιάντης και συν., 2008).

Ο σύζυγος ή ο σύντροφος συμμετέχει ενεργά βοηθώντας τη γυναίκα να χαλαρώσει και να εκτελέσει τις σωστές αναπνευστικές ασκήσεις. Η μέθοδος αυτή δίνει επίσης έμφαση στους περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως το σκοτάδι, η μοναξιά και η ησυχία, προκειμένου να καταστεί ο τοκετός μια πιο φυσική εμπειρία (Brazelton et al., 1998).

5.6 Μέθοδος αυτογενούς αναπνευστικής αγωγής (R.A.T.)

Μια άλλη μέθοδος για την ψυχοπροφυλακτική προετοιμασία της εγκύου είναι η Αυτογενής Αναπνευστική Αγωγή (Respiratory Autogenic Training). Με αυτή τη μέθοδο η έγκυος φτάνει σε πλήρη χαλάρωση. Η R.A.T. αναπτύχθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 60' στην Ιταλία, από τον καθηγητή Umberto Piscicelli. Αρχικά αναπτύχθηκε ως μέθοδος θεραπείας των ψυχοσωματικών ασθενειών και βασίζεται στις εμπειρίες από την πρακτική της ύπνωσης και του αυτογενούς Training του Schultz, από την ανανακλασιολογία, από την ψυχοθεραπεία της ομάδας, από τους νόμους της ψυχοδυναμικής και της οντογέννησης.

Η μέθοδος αυτή αντιμετωπίζει τον πόνο μέσω της ηρεμίας και της πλήρους ισορροπίας που φτάνει η γυναίκα με τις φυσικές της ικανότητες, όπως η αναπνοή και η χαλάρωση. Όταν η γυναίκα βρίσκεται σε κατάσταση ισορροπίας, το σώμα αποσπά τους μηχανισμούς αντίστασης και άμυνας που ωθούν σε καταστάσεις στρες και κόπωσης. Έτσι δεν μπορεί να επιβληθεί το άγχος και η ένταση, με αποτέλεσμα να υποφέρεται ο πόνος και να μπορεί η γυναίκα να επιβάλλεται. Πρέπει να μάθει να συγκεντρώνει την προσοχή της στο σώμα της, τεντώνοντας τους μυς σταδιακά, περισσότερο της γεννητικής περιοχής και να μπορεί να αισθάνεται την κατάσταση ηρεμίας που προκαλείται στον οργανισμό.

Το αντίθετο αποτέλεσμα, δηλαδή η αποτυχία, γίνεται όταν η γυναίκα μένει παθητική μπροστά στο συναίσθημα που νιώθει έντονα. Δηλαδή η προσοχή της δεν είναι στην αναπνοή και την χαλάρωση, αλλά υπερισχύει το σώμα, χάνοντας την εμπιστοσύνη της για να επιβληθεί στο στρες και έτσι ο πόνος αυξάνεται ανάλογα. Η εκπαίδευση στην αναπνοή είναι μέσο που χρησιμεύει όχι μόνο στο να αντιμετωπίσει η γυναίκα τον πόνο, αλλά και τα αισθήματα, τις φαντασιώσεις και τις προσδοκίες που συνδέονται με την μητρότητα.

Με τη μέθοδο αυτή η γυναίκα μπορεί να εδραιώσει μια σχέση με το περιβάλλον, τους μαιευτήρες, καθώς επίσης να παίρνει μέρος σε συζητήσεις, εκφράζοντας εμπειρίες, φόβους και συναισθήματα με άλλες μητέρες. Επίσης δίδεται μεγάλη σημασία στην κίνηση, αναζητώντας νέες θέσεις που βοηθούν την μητέρα να εξοικονομήσει ενέργεια για να επιβληθεί στο πόνο.

Έτσι γεννιέται η μέθοδος του ενεργού τοκετού που βοηθά την μητέρα να ζήσει σαν πρωταγωνίστρια την γέννηση του μωρού της.

Η εκμάθηση της μεθόδου R.A.T. επιτρέπει στην έγκυο να φτάσει στην κατάσταση της αυτογενούς αλλαγής εντός σχετικά μικρού χρονικού διαστήματος. Τα τμήματα προετοιμασίας μπορούν να τελειώσουν μέσα σε οχτώ με εννιά (8-9) εβδομάδες και μπορούν να προσαρμοστούν σε οποιαδήποτε στιγμή της εγκυμοσύνης και απαίτηση του περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα περιλαμβάνει επτά (7) ασκήσεις οι οποίες πραγματοποιούνται στις επτά πρώτες συναντήσεις. Αφού τις μάθουν οι έγκυες, θα πρέπει να τις τελειοποιήσουν στις εβδομάδες που προηγούνται του τοκετού. Οι ασκήσεις αυτές είναι οι ακόλουθες:

- I. *Άσκηση ενεργητικής και προοδευτικής χαλάρωσης:* Αποβλέπει στη χαλάρωση του μυϊκού τόνου και στην ελαστικότητα του σώματος με την αυτογενή χαλάρωση.
- II. *Άσκηση της φαντασίας για νοητική παράσταση του σώματος ως ολότητας και της ιδιοδεκτικότητας αυτού:* Αποβλέπει στην νοητική απόσπαση της γυναίκας από το σώμα της (διαχωρισμός), καθώς και στην δημιουργία αίσθησης της εσωτερικότητας του σώματος.
- III. *Άσκηση της φαντασίας για νοητική παράσταση του σώματος κατά τμήματα και ιδιοδεκτικότητας αυτού:* Η γυναίκα καλείται να αυτοσυγκεντρωθεί στα διάφορα μέρη του σώματος της και κατόπιν να αισθανθεί την εσωτερικότητα τους (κυρίως τα πόδια, τα χέρια και την κοιλιά). Τέλος, καλείται να φανταστεί ότι εξομοιώνεται με το έμβρυο το οποίο βρίσκεται εντός της μήτρας της.
- IV. *Άσκηση της αυτογενούς μεταλλαγής και του INFERT:* Με την άσκηση αυτή η γυναίκα φαντάζεται ότι το σώμα της είναι ένας χώρος γεμάτος, και αποτυπώνει την αίσθηση αυτή στη μνήμη της. Και οι τέσσερις αυτές ασκήσεις αποβλέπουν στην χαλάρωση και την διόρθωση ψυχοσωματικών μηχανισμών που προκαλούν πόνο κατά τον τοκετό.

- V. *Άσκηση αυτογενούς αναπνοής και της αναπνευστικής ιδιοδεκτικότητας*: Στοχεύει στην εκμάθηση και την εφαρμογή της αυτογενούς αναπνοής η οποία αντικαθιστά την ψυχοφυσική ένταση.
- VI. *Άσκηση των παράδοξων απαντήσεων και της συνήθειας*: Δίνονται στην γυναίκα μια σειρά από ερεθίσματα τα οποία αυξάνονται ενώ κλιμακώνεται η εκπαίδευση της.
- VII. *Άσκηση της εξαρτώμενης σήμανσης και της συνήθειας στη μητρική συστολή*: μεταξύ των ηχητικών ερεθισμάτων της προηγούμενης άσκησης παρεμβάλλεται ερέθισμα εξαρτώμενο με φύση σήμανσης, («η μήτρα συστέλλεται»), με σκοπό την παρουσία πραγματικών μυϊκών συστολών. Επίσης, βοηθούμε την γυναίκα ανάμεσα στις συχνές συστολές να κάνει θετικές φαντασιώσεις, και αυτό βοηθάει στην αποφυγή καταθλιπτικών αντιδράσεων.

Η μέθοδος της αυτογενούς αγωγής όμως έχει και κάποια περιοριστικά μέτρα όπως:

- Δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε όλες τις εγκύους.
- Τα τμήματα πρέπει να έχουν περιορισμένο αριθμό συμμετοχής.
- Απαιτείται μακροχρόνια εξάσκηση για την προετοιμασία.
- Η ανταπόκριση των διάφορων κλασικών ασκήσεων του Schultz δεν είναι η ίδια από όλες τις εγκύους, γιατί διαφέρουν στην ευαισθησία και στην ψυχολογική τους σύνθεση.
- Τέλος, στερείται ορισμένης καθοδήγησης η οποία προσαρμόζει την χαλάρωση στις διάφορες φάσεις και συνθήκες του τοκετού.

Πολλές γυναίκες που έχουν γεννήσει με αυτή τη μέθοδο περιγράφουν, ότι αυτό που αισθάνθηκαν εκείνη τη στιγμή ήταν πλήρης χαλάρωση. Οι συσπάσεις ερχόντουσαν σαν κύμα, στο οποίο δεν αντιστέκονταν αλλά το ακολουθούσαν. Αφέθηκαν να παρασυρθούν, τεντώνοντας τους μυς και έτσι ευνοήθηκε η προοδευτική διαστολή της μήτρας. Αυτό που προστατεύει και συντηρεί την πλήρη χαλάρωση, είναι η αυτογενής αναπνοή που γίνεται αργή και βαθιά. Όταν εξασκείται η συγκέντρωση στην αναπνοή, γίνεται αυθόρμητα από ένστικτο και καταφέρνει να αντιδράσει και στις πιο κρίσιμες στιγμές των ωδίνων.

ΣΚΟΠΟΣ - ΥΛΙΚΟ

1. Σκοπός και Υλικό

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η κριτική ανάλυση των μελετών που αναφέρονται στις ψυχικές διαταραχές που μπορεί να αντιμετωπίσει η έγκυος και περιλαμβάνει κυρίως το άγχος και την κατάθλιψη. Οι επιμέρους στόχοι της βιβλιογραφικής μελέτης περιλαμβάνουν:

- Με ποιο τρόπο μπορούν να εμφανιστούν οι ψυχικές διαταραχές σε μια έγκυο;
- Ποιες είναι οι επιπτώσεις των παραπάνω ψυχικών διαταραχών;
- Με ποιο τρόπο μπορεί να γίνει η θεραπεία τέτοιων ψυχικών διαταραχών;
- Στην Ελλάδα ποια είναι η συχνότητα εμφάνισης τέτοιων κρουσμάτων και ποια είναι η σχετική στάση της πολιτείας;

Για την ανάπτυξη της εργασία αυτής έγινε κριτική ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας. Η αναζήτηση έγινε κυρίως στις βάσεις δεδομένων PUBMED, χρησιμοποιώντας ως λέξεις κλειδιά τους όρους: εγκυμοσύνη και ψυχώσεις, εγκυμοσύνη και κατάθλιψη, εγκυμοσύνη και ψυχικές διαταραχές, εγκυμοσύνης και κατάθλιψη, εγκυμοσύνη και διαταραχές, περιγεννητικές διαταραχές, περιγεννητικό άγχος, περιγεννητική κατάθλιψη, depression during pregnancy, psychological symptoms during pregnancy. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν οι βιβλιογραφικές αναφορές των άρθρων που προέκυψαν από την αρχική αναζήτηση, για εντοπισμό περαιτέρω ερευνητικών μελετών.

Για την επιλογή του υλικού εφαρμόστηκαν τα παρακάτω κριτήρια εισόδου :

- Γλώσσα: Αγγλική ή Ελληνική
- Χρονολογία δημοσίευσης: από το 2000 έως το 2017.
- Σχεδιασμός μελετών : Ποσοτικές ή ποιοτικές ερευνητικές μελέτες.

Αντίστοιχα, τα κριτήρια αποκλεισμού αφορούσαν σε:

- Χρονολογία δημοσίευσης πριν από το 2000.
- Δημοσίευση σε περιοδικά: που δεν ακολουθούσαν σύστημα ανεξάρτητων κριτών.
- Δείγμα μελέτης: το οποίο είχε αξιολογηθεί βάσει άλλων παραγόντων σε σχέση με αυτούς που είχαν τεθεί στα κριτήρια εισόδου της παρούσας ανασκόπησης.
- Γλώσσα δημοσίευσης: πέραν της Ελληνικής ή της Αγγλικής

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2. Αποτελέσματα

2.1 Κατάθλιψη

2.1.1 Κατάθλιψη κατά την κύηση

Λόγω των ορμονικών, σωματικών και ψυχολογικών αλλαγών που επισυμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η γυναίκα γίνεται ιδιαιτέρως ευαίσθητη και ευερέθιστη, αδιαθετεί, κουράζεται πιο εύκολα και αισθάνεται μεγαλύτερη κόπωση λόγω του αυξανόμενου βάρους. Στρεσάρεται και εκφράζει συχνά τα συναισθήματά της με τρόπο υπερβολικό. Ξεσπάει σε κλάματα. Η αυτοεκτίμησή της μειώνεται κυρίως όταν οι αλλαγές στο σώμα της γίνονται αισθητές και όταν προστίθενται επιπλέον κιλά. Ανησυχεί για την εξωτερική της εμφάνιση, για το αν θα παραμείνει ελκυστική στα μάτια του συντρόφου της και για το αν θα διαταραχθεί η σχέση της λόγω της κατάστασής της. Το άγχος για την έκβαση της εγκυμοσύνης και την επικείμενη μητρότητα είναι σχεδόν αναπόφευκτο. Κράμπες, πόνοι στο στήθος, ναυτίες, εμετοί, αυξομειώσεις της θερμοκρασίας, ιδρώτας, διαταραχές στην όρεξη και στον ύπνο είναι αρκετά συνήθη φαινόμενα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Αυτά τα μερικά συμπτώματα της εγκυμοσύνης θα μπορούσαν κάλλιστα να αποτελούν τα συμπτώματα ενός καταθλιπτικού ασθενούς. Η κατάθλιψη και η εγκυμοσύνη μοιράζονται κοινά σημεία και για αυτό ο κλινικός θα πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνει εάν τα συμπτώματα πηγάζουν μόνο από την εγκυμοσύνη ή εάν οφείλονται και σε κάποια καταθλιπτική διαταραχή ή διάθεση (Engeldinger et al., 2013).

Άλλα συμπτώματα που μπορούν να χρησιμεύσουν ως ενδείξεις για την ύπαρξη κάποιας καταθλιπτικής διαταραχής ή διάθεσης είναι τα αισθήματα ή οι σκέψεις ενοχής. Συχνά οι γυναίκες με κατάθλιψη αισθάνονται ότι είναι ανάξιες να γίνουν μητέρες, έχουν αισθήματα ενοχής και έλλειψης ελπίδας, τα οποία ίσως να αυξήσουν τους φόβους ή τις ανησυχίες τους ότι δηλ. η εγκυμοσύνη μπορεί να μην έχει καλή έκβαση κλπ. (Heringhausen και Marcus, 2009). Η αυτοεκτίμησή τους δηλαδή δεν πηγάζει από το γεγονός ότι αλλάζει το σώμα τους, αλλά από το γεγονός ότι θεωρούν τον εαυτό τους ανάξιο και ανήμπορο και έχουν ενοχές.

Οι καταθλιπτικές έγκυες γυναίκες συχνά θεωρούν τον εαυτό τους υπαίτιο για οποιαδήποτε διαταραχή ή πρόβλημα προκαλείται στο έμβρυο, κάτι το οποίο αυξάνει τα αισθήματα της αναξιότητας. Οποιαδήποτε βλάβη προκληθεί στο έμβρυο είτε από φαρμακευτική αγωγή είτε από παράλειψη αντιμετώπισης - θεραπείας της κατάθλιψης μπορεί να οδηγήσουν την μητέρα να αισθάνεται ενοχές και τύψεις (Friedman, 2015). Η προσοχή τους διασπάται εύκολα και γίνεται όλο και πιο δύσκολο για αυτές να συγκρατήσουν πληροφορίες. Οι τάσεις και οι απόπειρες αυτοκτονίας καθώς και βρεφοκτονίας είναι σίγουρα μια προφανής ένδειξη ότι συντρέχει κάποια καταθλιπτική διαταραχή.

Η γενική πεποίθηση ότι η εγκυμοσύνη και η μητρότητα είναι από τις πιο όμορφες και μοναδικές στιγμές στη ζωή της μητέρας ρίχνουν και άλλο την αυτοεκτίμησή της, την γεμίζουν με ενοχές (Friedman, 2015), την πείθουν ότι δεν είναι κατάλληλη να γίνει μητέρα, κάτι που σίγουρα μπορεί να οδηγήσει σε σκέψεις τέτοιας φύσεως. Ένα ακόμα σύμπτωμα που είναι πολλές φορές δυσδιάκριτο είναι η ανηδονία, δηλ. η απώλεια της ευχαρίστησης σε δραστηριότητες (φαγητό, σεξ, χόμπι, κοινωνικές εκδηλώσεις κλπ.) που αποτελούσαν παλαιότερα πηγή ευχαρίστησης για την γυναίκα. Η προβληματική κατάσταση που ανακύπτει όσον αφορά το σύμπτωμα της ανηδονίας είναι το ότι η γυναίκα (ή γενικά ο ασθενής της κατάθλιψης) δεν παραπονιέται για αυτό ή δεν το συναισθάνεται (Μάνος, 2008). Το σύμπτωμα της ανηδονίας μπορεί να παραβλεφθεί και να θεωρηθεί ως μια γενική αδιαθεσία που έχει ως πηγή την έκρυθμη συναισθηματική κατάσταση που φέρει η εγκυμοσύνη.

Το γενικευμένο πρόβλημα που δημιουργείται από την κατάθλιψη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά και μετά, είναι το ότι η γυναίκα τείνει να παραμελεί τον εαυτό της, να καταφεύγει στην χρήση ουσιών, να αμελεί τους ιατρικούς ελέγχους και το παιδί της. Τα ίδια τα συμπτώματα εμποδίζουν πολλές φορές την γυναίκα να συμβουλευθεί κάποιον ειδικό ή να συζητήσει τα προβλήματά της με τους δικούς της (Friedman, 2015). Αυτό εξηγείται αν αναλογισθεί κανείς την ντροπή που αισθάνεται ένας άνθρωπος να εκφράσει την επιθυμία του να αυτοκτονήσει. Ακόμα και ο ίδιος ντρέπεται και νιώθει ενοχές για αυτές τις σκέψεις.

Έτσι, οι γυναίκες με συμπτώματα κατάθλιψης δεν αναζητούν βοήθεια διότι πολλές φορές δεν γνωρίζουν ότι πάσχουν από κατάθλιψη ή επειδή φοβούνται ότι θα στιγματιστούν και θα αποδοκιμαστούν για τις «κακές» τους σκέψεις. Αντί τούτου κατηγορούν τον εαυτό τους για την αναξιοτήτά τους κλπ. υπό το βάρος της κοινωνικής κριτικής. Θεωρούν πως «είναι απλά έτσι» και δεν αποδίδουν την κατάσταση αυτή σε κάποια διαταραχή, αλλά στον εαυτό τους. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι περισσότερο επικίνδυνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρά από κάθε άλλη στιγμή στη ζωή της γυναίκας, εάν δεν αντιμετωπιστεί/θεραπευτεί (Friedman, 2015).

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

2.1.2 Η κατάθλιψη στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό και η ποιότητα ζωής αυτών

Ο χρόνος του τοκετού αποτελεί την περίοδο εκείνη, κατά την οποία υπάρχει ο υψηλότερος κίνδυνος για τις γυναίκες νεαρής ηλικίας να αναπτύξουν κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής περιόδου (Marcus, 2009), καθώς διέρχονται από μια

περίοδο, όπου οι στεροειδικές και πεπτιδικές ορμόνες μπορεί να έχουν δραματικές διακυμάνσεις. Στην πραγματικότητα, λοιπόν, οι γυναίκες, μετά τον τοκετό, θεωρείται ότι βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν μείζονα κατάθλιψη. Οι ορμονικές διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας πιστεύεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης μετά τον τοκετό (PPD) υπολογίζεται στο 15% (Goodman, 2014), ωστόσο, ο πραγματικός αριθμός είναι πιθανόν υψηλότερος, λόγω της απροθυμίας των νέων γυναικών να παραδεχτούν την καταθλιπτική τους συμπεριφορά κατά τη διάρκεια του χρόνου που βιώνουν στιγμές απόλυτης ευτυχίας (Marcus, 2009). Επιπλέον, η κλινική εκτίμηση της κατάθλιψης, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή κατά την περίοδο μετά τον τοκετό, επιδεινώνεται, καθώς πολλά από τα τυπικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως οι αλλαγές στον τρόπο του ύπνου ή της όρεξης, έχουν επίσης κοινά χαρακτηριστικά, τόσο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, όσο και της λοχείας (Marcus, 2009). Στην πραγματικότητα λοιπόν η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θεωρείται ότι είναι υποεκτιμημένη (Marcus, 2009).

Οι γυναικείες αναπαραγωγικές στεροειδικές ορμόνες, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη, προέρχονται από ένα κοινό πρόδρομο μόριο αυτό της χοληστερόλης. Αυτές οι ορμόνες, εκτός από την αναπαραγωγική τους λειτουργία, έχει αποδειχθεί ότι παρουσιάζουν ισχυρές νευρορυθμιστικές επιπτώσεις σε μια σειρά μη αναπαραγωγικών συμπεριφορών όπως η διάθεση. Με την ανακάλυψη των οιστρογονικών υποδοχέων το 1962 από τους Jensen και Jacobson, δημιουργήθηκε ένας επιστημονικός οδηγός για τις κυτταρικές ενέργειες των στεροειδών ορμονών. Επιπλέον, αρχίζοντας με το έργο των Phoenix et al το 1959, παραθέτονται στοιχεία που υποδηλώνουν ότι ο περιγεννητικός έλεγχος των αναπαραγωγικών στεροειδών μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες στην ευαισθησία του εγκεφάλου. Αυτά τα δύο σημεία προσπάθησαν να προσδιοριστούν σε ζωικά μοντέλο εμπλέκοντας διαδικασίες ορμονικής απορρύθμισης επηρεάζοντας την υποκείμενη παθογένεια της περιγεννητικής κατάθλιψης.

Πολλές ποιοτικές μελέτες που έχουν τεκμηριώσει ότι η περιγεννητική κατάθλιψη είναι κοινή και επιζήμια. Επιπλέον, η αύξηση της επικράτηση έχει επίσης σημειωθεί σε γυναίκες χαμηλού εισοδήματος και αφορά δυσανάλογα τις διάφορες εθνικές ομάδες με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης στην Αφρική και την Λατινική Αμερική. Επιπλέον, η περιγεννητική περίοδο έχει τεκμηριωθεί ως μια εποχή υψηλού κινδύνου για την ψυχιατρική νοσηλεία, ιδιαίτερα σε γυναίκες με διπολική συναισθηματική διαταραχή και σε τα άτομα με θετικό ιστορικό (Munk-Olsen et al, 2006).

Πίνακας 1: Τα αποτελέσματα της έρευνας των Munk-Olsen et al.

Table 2. Diagnosis-Specific Risks of First-Time Hospital Admission 0 to 12 Months Postpartum Among Mothers Only*

Diagnoses	Time Since Birth of First Live-Born Child				
	Pregnancy†	0-30 d	31-60 d	3-5 mo	6-11 mo
Schizophrenia; schizophrenia-like and schizotypal disorders					
No. of cases	18	32	8	29	33
Rate per 1000 person-years	0.038	0.630	0.158	0.145	0.112
RR (95% CI)	0.33 (0.19-0.59)	5.65 (3.47-9.20)	1.42 (0.66-3.07)	1.30 (0.79-2.14)	1.00
Unipolar depressive disorders					
No. of cases	56	38	48	113	81
Rate per 1000 person-years	0.116	0.748	0.949	0.563	0.274
RR (95% CI)	0.44 (0.31-0.62)	2.79 (1.90-4.11)	3.53 (2.47-5.05)	2.08 (1.57-2.77)	1.00
Bipolar affective disorders					
No. of cases	2	26	7	11‡	
Rate per 1000 person-years	0.004	0.512	0.138	0.022‡	
RR (95% CI)	0.19 (0.04-0.86)	23.33 (11.52-47.24)	6.30 (2.44-16.25)	1.00‡	
Adjustment disorders					
No. of cases	93	41	31	76	94
Rate per 1000 person-years	0.193	0.807	0.613	0.379	0.318
RR (95% CI)	0.57 (0.43-0.76)	2.44 (1.69-3.53)	1.86 (1.24-2.80)	1.17 (0.86-1.58)	1.00
Puerperal disorders					
No. of cases	0	82	16	21‡	
Rate per 1000 person-years	0	1.614	0.316	0.042‡	
RR (95% CI)		38.01 (23.53-61.40)	7.45 (3.89-14.27)	1.00‡	
Other diagnoses					
No. of cases	168	68	35	109	172
Rate per 1000 person-years	0.349	1.339	0.692	0.543	0.581
RR (95% CI)	0.55 (0.45-0.69)	2.18 (1.65-2.89)	1.14 (0.79-1.63)	0.91 (0.71-1.15)	1.00

Abbreviations: CI, confidence interval; RR, relative risk.

*Adjusted for age and calendar time (5-year groups).

†Pregnancy period was defined as beginning 270 days before birth of child and ending on day of birth.

‡The categories of 3 to 5 months and 6 to 12 months were collapsed because of limited power.

Πηγή: Munk-Olsen et al, 2006

Ο κίνδυνος για αυτοκτονικές συμπεριφορές της μητέρας είναι σημαντικά αυξημένος κατά την περιγεννητική περίοδο μεταξύ των καταθλιπτικών γυναικών, ενώ η κατάθλιψη φαίνεται να οφείλεται για ένα ποσοστό της τάξεως του 20% του συνόλου των θανάτων (από αυτοκτονίες) μετά τον τοκετό, καθιστώντας την κατάσταση αυτή ως μία από τις κύριες αιτίες μητρικής θνησιμότητας κατά την περιγεννητική περίοδο. Η Περιγεννητική κατάθλιψη μπορεί να έχει καταστροφικές συνέπειες για τις πληγείσες γυναίκες, τα παιδιά και την οικογένειά (Feldman et al, 2009), και έχει συνδεθεί με την κακή έκβαση του τοκετού, όπως πρόωρου τοκετού και χαμηλό βάρος κατά την γέννηση. Επομένως, στην καταθλιπτική μητέρα είναι πιθανότερο να έχει βρέφος με κολικούς, να είναι παρεμβατική και σκληρή με το βρέφος της και να εμφανίζει άλλα προβλήματα συμπεριφοράς κυρίως κατά την ανατροφή των παιδιών. Επιπλέον, τα παιδιά που εκτίθενται σε περιγεννητική (είτε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή μετά τον τοκετό) κατάθλιψη της μητέρας έχουν υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης από τα βρέφη των οποίων οι μητέρες δεν είχαν κατάθλιψη. Είναι σημαντικό να τονίζουμε ότι η μητρική θεραπεία της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης φαίνεται να βοηθάει στην ομαλοποίηση των επιπέδων της κορτιζόλης των νηπίων. Τα ευρήματα αυτά μπορεί να εξηγήσουν εν μέρει τον μηχανισμό για την αυξημένη ευπάθεια στην ψυχοπαθολογία των παιδιών των μητέρων με περιγεννητική κατάθλιψη. Η Περιγεννητική κατάθλιψη μπορεί επίσης να επηρεάσει σημαντικά την σχέση του ζευγαριού. Η σχέση μεταξύ της μητέρας και του συντρόφου έχει προσδιοριστεί ως σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τόσο την ανάπτυξη όσο και έκβαση της PPD (Fisher et al, 2002).

Ήπια συμπτώματα μεταβολών της διάθεσης και του άγχους μπορεί να είναι κοινά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών ή και εβδομάδων μετά τον τοκετό. Στις αρχές της περιόδου του τοκετού ήπια συμπτώματα διάθεσης, για περίπου 2 εβδομάδες ή και λιγότερο είναι συχνά συμπτώματα και συνήθως υποχωρούν αυτόματα χωρίς επακόλουθα. Ωστόσο, εμμένουσα πιο σοβαρή και επίμονη αλλαγή διάθεσης και άγχος αποτελούν συμπτώματα που θα πρέπει να προκαλέσουν υποψίες για PPD. Η έναρξη της PPD είναι συνήθως εντός των πρώτων ημερών και μηνών μετά τον τοκετό, αν και μερικές γυναίκες αναφέρουν έναρξη των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της PPD ενδέχεται να περιλαμβάνουν σοβαρή ανησυχία, ταραχή, αυτοκτονικές σκέψεις και φόβους που μπορεί να οδηγήσουν σε έλλειψη ενδιαφέροντος για το νεογνό. Οι έμμονες ιδέες κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου είναι όλο και πιο τεκμηριωμένες μεταξύ πολλών γυναικών που ζητούν θεραπεία (Chaudron et al, 2010).

Αν και η παθογένεια της περιγεννητικής κατάθλιψη προς το παρόν είναι άγνωστη, εντούτοις είναι ένας σημαντικός τομέας της συνεχιζόμενης έρευνας. Οι έρευνες ανθρώπινων και των ζωικών μοντέλων της περιγεννητικής κατάθλιψης προσφέρουν πολλές υποσχέσεις για τη μελλοντική αναγνώριση της υποκείμενης παθοφυσιολογίας και την συνακόλουθη έγκαιρη αναγνώριση, πρόληψη και θεραπεία των γυναικών που κινδυνεύουν για PPD.

Οι γυναίκες με επιλόχειο κατάθλιψη, που δεν λαμβάνουν θεραπεία έχουν μειωμένη νοητική ικανότητα, αυξημένες δυσκολίες στο γάμο, ενώ είναι πιο πιθανόν να διαπράξουν παιδοκτονία καθώς και κακοποίηση των παιδιών τους (Pilowsky et al, 2006; Goodman, 2007). Επιπλέον, η κατάσταση γίνεται πιο περίπλοκη, καθώς ακόμα και αν διαγνωστεί κατάθλιψη, πολλές γυναίκες διστάζουν να λάβουν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, κατάσταση που οφείλεται στο γεγονός ότι δεν γνωρίζουν πολλά στοιχεία σχετικά με τη μακροπρόθεσμη συνέπεια της πρώιμης έκθεσης του βρέφους σε αντικαταθλιπτικά. Εκτός από τις καταστροφικές συνέπειες που μπορεί να έχει η κατάσταση αυτή στη μητέρα, τα παιδιά των μητέρων με κατάθλιψη, μπορεί επίσης να επηρεαστούν από το αρνητικό περιβάλλον.

Η μητρική κατάθλιψη είναι γνωστό ότι επιφέρει αλλαγές στην αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους καθώς και στην παιδική προσάρτηση, η οποία έχει σημαντική επίπτωση στην ανάπτυξη του παιδιού. Στην πραγματικότητα, τα παιδιά των μητέρων με PPD έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν κατάθλιψη, συναισθηματικές και αντικοινωνικές διαταραχές, ενώ επίσης παρουσιάζουν μειωμένη νοητική, κινητική και κοινωνική ικανότητα προσαρμογής (David et al, 2008). Έτσι, η κατάσταση της μητέρας κατά τη διάρκεια της κύησης και μετά τον τοκετό μπορεί να επηρεάσει αποφασιστικά τη συναισθηματική και γνωστική ικανότητα των απογόνων, ενώ επίσης μπορεί να συμβάλει στην μεγαλύτερη ευπάθεια σε νευροψυχιατρικές διαταραχές κατά την παιδική ηλικία (Pilowsky et al, 2006).

Παρά την προφανή ανάγκη της κατανόησης των διαφόρων μορφών κατάθλιψης στις γυναίκες και τις επιπτώσεις στους απογόνους, τα ζωικά μοντέλα που μελετώνται στις περιπτώσεις κατάθλιψης χρησιμοποιούν μόνο τα αρσενικά άτομα, επομένως δεν είναι πολλά στοιχεία γνωστά σχετικά με την συμβολή της γυναικείας φυσιολογίας στην ανάπτυξη της κατάθλιψης. Συχνά λοιπόν όπως είπαμε προτείνεται

ότι οι διακυμάνσεις των ορμονών παίζουν ρόλο στην αιτιολογία της γυναικείας κατάθλιψης, ιδίως κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής φάσης (Studd & Panay, 2009).

Ωστόσο, μέχρι σήμερα υπάρχει ισχυρή σύνδεση μεταξύ των οιστρογόνων, της προγεστερόνης ή και των ορμονών της εγκυμοσύνης όπως η προλακτίνη στην εξέλιξη της κατάθλιψης (Zonana & Gorman, 2005). Αυτό μπορεί εν μέρει να οφείλεται στο γεγονός ότι πολλές μελέτες δεν λαμβάνουν πάντοτε υπόψη τις πιθανές συγγυτικές μεταβλητές όπως η ηλικία ή ο θηλασμός. Για παράδειγμα, ο θηλασμός μπορεί να αλλάξει τα ανιχνεύσιμα επίπεδα των ορμονών της κορτιζόλης ή της ωκυτοκίνης (Tu et al, 2006) και ως εκ τούτου είναι σημαντικό να καθοριστεί ο χρόνος από την τελευταία σίτιση κατά τη μέτρηση των επιπέδων των ορμονών στο πλάσμα.

Επομένως ο κίνδυνος για τις γυναίκες να αναπτύξουν συναισθηματικές διαταραχές είναι υψηλότερος κατά την περίοδο μετά τον τοκετό και κατά τη διάρκεια της μετάβαση στην εμμηνόπαυση (Wood et al, 2008), επισημαίνοντας το ρόλο των ορμονών των γονάδων στην αιτιολογία της γυναικείας κατάθλιψης. Μια υπόθεση σχετικά με την αιτία της κατάθλιψης μετά τον τοκετό ήταν η υπόθεση απόσυρσης ωοθηκών-στεροειδών. Τα επίπεδα οιστρογόνων ανεβαίνουν λίγο πριν τον τοκετό πάνω από 1000 μονάδες, ενώ μειώνονται δραματικά μετά τη γέννησή και την απομάκρυνση του πλακούντα (Pawluski et al, 2009). Αυτή η απότομη πτώση της οιστραδιόλης και της προγεστερόνης φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην μετά τον τοκετό κατάσταση, προσδιορίζοντας ένα φαινόμενο το οποίο παρατηρείται στο 80% των γυναικών λίγο μετά τη γέννηση, που επηρεάζει την εμφάνιση της κατάθλιψης.

Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η χαμηλή ή ξαφνική πτώση της οιστραδιόλης ή/και των επιπέδων προγεστερόνης μπορεί να προκαλέσουν τις γυναίκες ώστε να είναι πιο ευάλωτες στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Αυτό είναι σύμφωνο με στοιχεία που αποδεικνύουν ότι οι γυναίκες που πάσχουν από σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών και έχουν χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για διαταραχές της διάθεσης (Kirchner et al, 2009). Επιπλέον, η συχνότητα και η σοβαρότητα της κατάθλιψης αυξάνεται κατά τη διάρκεια της περιεμμηνοπαυσιακής περιόδου και της έμμηνου ρύσεως, όταν οι τιμές των ωοθηκικών ορμονών μπορεί να μειωθούν δραματικά (Wood et al, 2008).

Σε μια μελέτη από τους Bloch et al. (2000) δοκιμάστηκε η υπόθεση ότι η απόσυρση των ωοθηκικών ορμονών θα μπορούσε να προκαλέσει καταθλιπτικά συμπτώματα στους ανθρώπους. Στην έρευνα τους ακολούθησαν την πρόκληση υπογοναδισμού σε γυναίκες με ή χωρίς ιστορικό κατάθλιψης μετά τον τοκετό, προσθέτοντας στην συνέχεια δόσεις οιστραδιόλης και προγεστερόνης για 8 εβδομάδες σε υψηλά επίπεδα. Μετά λοιπόν από την απόσυρση των δύο στεροειδών ορμονών από αυτές τις γυναίκες, το 62,5% των γυναικών εμφάνισε κατάθλιψη, αναπτύσσοντας σημαντικά συμπτώματα καταθλιπτικής διάθεσης, γεγονός που υποδηλώνει ότι η απόσυρση των ορμονών των ωοθηκών μπορεί να προκαλέσει καταθλιπτικά συμπτώματα σε ευπαθείς γυναίκες. Εκτός από τα οιστρογόνα, η απόσυρση της προγεστερόνης μπορεί να συμβάλει επίσης σημαντικά στην ανάπτυξη της PPD (Beckley & Finn, 2007), ενδεχομένως με τη μεσολάβηση και των GABA-A υποδοχέων (Beckley & Finn, 2009). Είναι ενδιαφέρον λοιπόν ότι ο επιπολασμός της

κατάθλιψης μειώνεται ελαφρώς σε γυναίκες μετά την ηλικία των 50 (μέση ηλικία της εμμηνόπαυσης), έτσι ώστε από την ηλικία των 60 ετών, ο σχετικός κίνδυνος των γυναικών να αναπτύξουν κατάθλιψη, σε σύγκριση με τους άνδρες να είναι περίπου 1,5, σε σύγκριση με το 2 ή 3 κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας, γεγονός που θα μπορούσε να οφείλεται στην μείωση των διακυμάνσεων στα επίπεδα οιστρογόνων σε αυτές τις γυναίκες.

Οι εντυπωσιακές ορμονικές αλλαγές λαμβάνουν χώρα κατά τη μετάβαση από την εγκυμοσύνη στην περίοδο του τοκετού. Το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα σε οιστρογόνα, σε υψηλά επίπεδα προγεστερόνης και σε υψηλά επίπεδα κορτιζόλης πλάσματος. Κατά τη στιγμή του τοκετού και κατά τη διάρκεια τη μετάβαση στην περίοδο μετά τον τοκετό, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη υπόκεινται σε ραγδαία πτώση, ενώ μειώνεται και η δραστηριότητα του άξονα HPA που οφείλεται σε καταστολή της κορτικοτροπίνης του υποθαλάμου (Jolley et al, 2007). Έτσι, είναι σημαντικό να αναθεωρήσουμε σύντομα την κανονική λειτουργία του άξονα HPA και πώς αυτός διαφέρει σε ασθενείς με κατάθλιψη (PPD) σε σύγκριση με γυναίκες χωρίς PPD. Σε κανονική λειτουργία του άξονα HPA, η παράδοση της CRH από τον πυρήνα του υποθαλάμου ενεργοποιεί την διέγερση της φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης (ACTH) από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης και κατά συνέπεια, προκαλεί αύξηση της παραγωγής κορτιζόλης από το φλοιό των επινεφριδίων. Αυτό το ορμονικό σύστημα ρυθμίζεται από την αρνητική ανατροφοδότηση μέσω της μεσολάβησης των υποδοχέων κορτιζόλης, στον υποθάλαμο και τον ιππόκαμπο (Jolley et al, 2007).

Οι Bloch et al παρατήρησαν ότι ευθυμικές γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό PPD με αυξημένη απάντηση σε χορηγούμενη κορτιζόλη, εμφανίζουν σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα όταν εκτίθενται σε ένα πρωτόκολλο που αποτελείται από υψηλές δόσεις στεροειδών των γονάδων, που ακολουθούνται από απότομη διακοπή. Αυτή η άμεση επίδραση στις γυναίκες με ιστορικό PPD έρχεται σε έντονη αντίθεση με την ομάδα των γυναικών που δεν είχαν ιστορικό PPD. Είναι ενδιαφέρον παράλληλα να τονίσουμε ότι ο άξονας HPA έχει επίσης βρεθεί στο επίκεντρο από πολλές πρόσφατες έρευνες με στόχο να προσδιοριστεί ένας βιοδείκτης, που να προσδιορίζει εκείνους που διατρέχουν κίνδυνο για περιγεννητική ή επιλόχεια κατάθλιψη. Ειδικότερα, τα αυξημένα επίπεδα του πλακούντα σε CRH είναι ένας εν δυνάμει υποψήφιος παράγοντας προς αναζήτηση (Rich-Edwards et al, 2008). Η αύξηση της παραγωγής του πλακουντιακού παράγοντα CRH (pCRH) σε όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί να μετρηθεί σε μητρικό περιφερικό αίμα και μέσα σε λίγες ώρες μετά τον τοκετό, ενώ τα επίπεδα του pCRH γρήγορα μεταβολίζονται και συνεπώς μπορεί να είναι μη ανιχνεύσιμα. Παρ' όλα αυτά, ο ρόλος της pCRH κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ως βιοδείκτης της μητρικής προγεννητικής κατάθλιψης δεν φαίνεται να είναι κλινικά χρήσιμη και αυτό γιατί μια πρόσφατη έρευνα δεν αποκάλυψε ευθεία σύνδεση μεταξύ της αυξημένης pCRH κατά την εγκυμοσύνη και του αυξημένου κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης (Rich-Edwards et al, 2008).

Επιπλέον, ενώ όπως εκτενώς αναφέραμε η απορυθμισμένη δράση του άξονα HPA σε ασθενείς με PPD είναι εξαιρετικά σημαντική, παράλληλες διαταραχές σε άλλα ενδοκρινικά συστήματα μπορεί επίσης να παίζουν ρόλο στην αιτιολογία εμφάνισης της PPD. Για παράδειγμα, μια μελέτη έδειξε ότι οι γυναίκες με χαμηλά

προγεννητικά επίπεδα συγκεντρώσεων θυροξίνης μπορεί να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης επιλόχειου κατάθλιψης (Petersen et al, 2007). 31 Σε γενικές γραμμές, οι ανθρώπινες μελέτες των αναπαραγωγικών διαταραχών της διάθεσης περιπλέκονται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου της έλλειψης ελέγχου του περιβάλλοντος του ασθενούς και του γενετικού υποβάθρου, την προβολή ηθικών ζητημάτων σχετικά με την διεξαγωγή έρευνας σε έγκυες και γυναίκες μετά τον τοκετό καθώς και την αδυναμία πρόσβασης του εγκεφαλικού ιστού που απαιτείται για την ανάλυση. Ως εκ τούτου, τα ζωικά μοντέλα έχουν χρησιμοποιηθεί με επιτυχία για την μελέτη της περιγεννητικής μητρικής συμπεριφοράς και τον προσδιορισμό της παθογένειας του περιγεννητικού άγχους, του στρες και της κατάθλιψης.

2.1.3 Παράγοντες Κινδύνου

2.1.3.1 Προηγούμενο ιστορικό

Το προηγούμενο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, αποτελούν ίσως τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για την κατάθλιψη κατά την κύηση (Brugha, et al., 1998). Το θετικό ατομικό και οικογενειακό ιστορικό διαπιστώθηκε ότι αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης κατά την κύηση, σύμφωνα με μετα-ανάλυση των O'Hara και Swain (1996) και με μελέτη του ΠΟΥ (WHO, 2008).

Στην Αυστραλία, οι Milgrom et al., σε έρευνα που πραγματοποίησαν κατά τα έτη 2002-2005, σε δείγμα 12.361 γυναικών, ανέδειξαν την ύπαρξη κατάθλιψης στην κύηση και της επιλόχειας κατάθλιψης σε ποσοστό 7,5%, με το προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης και την ελλιπή ψυχολογική υποστήριξη από το σύντροφο να αποτελούν τους βασικότερους παράγοντες κινδύνου.

Παρόμοια έρευνα πραγματοποίησαν οι Davey et al. στον Καναδά λίγα χρόνια αργότερα, όπου διαπίστωσαν ότι το θετικό ατομικό ιστορικό, η διακοπή του θηλασμού στις οκτώ εβδομάδες, καθώς επίσης και η γέννηση της μητέρας εκτός Καναδά, αύξαναν τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης (Davey et al., 2008).

2.1.3.2 Άγχος κατά την κύηση

Τη σχέση των διαφόρων στρεσογόνων γεγονότων με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης έχουν μελετήσει πολλοί ερευνητές. Σημαντικές και δυσάρεστες αλλαγές στο άμεσο περιβάλλον της εγκύου, όπως θάνατος αγαπημένου προσώπου, οικονομικά προβλήματα, έντονες διαμάχες με το σύζυγο ή χωρισμός, αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης της νόσου.

Σε πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 402 έγκυες και λεχωίδες σε μαιευτική κλινική της Αθήνας, με στόχο τη διερεύνηση του επιπολασμού της κατάθλιψης και την καταγραφή των κλινικών και λοιπών παραγόντων κινδύνου, διαπιστώθηκε ότι 19,8% των γυναικών παρουσίασε κατάθλιψη μέσα σε έξι μήνες.

Επίσης βρέθηκε θετική συσχέτιση της κατάθλιψης με διάφορα στρεσογόνα γεγονότα κατά την κύηση και με τα maternity blues κατά τη βδομάδα μετά τον τοκετό. (Πηγή: Gonidakis et al., 2008).

Οι Lee et al, σε μελέτη που πραγματοποίησαν το 2007, σε 357 έγκυες γυναίκες στο Χονγκ Κονγκ, διαπίστωσαν ότι το άγχος και η κατάθλιψη κατά την κύηση παρουσίαζαν θετική συσχέτιση μεταξύ τους και στην συνέχεια θετική συσχέτιση με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Την ίδια χρονιά, οι Tiwari et al., μελετώντας ένα δείγμα 3245 γυναικών στο Χονγκ Κονγκ, συμπέραναν ότι γυναίκες που είχαν υποστεί ψυχολογική κακοποίηση, εμφάνιζαν περισσότερες πιθανότητες για επιλόχεια κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης (Tiwari et al., 2007).

Οι Grussu και Quatraro, σε μελέτη τους στην Ιταλία σε δείγμα 297 γυναικών, διαπίστωσαν ότι το 13% των εγκύων παρουσίαζαν υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ το άγχος που βίωναν κατά την κύηση, αποτέλεσε ισχυρό παράγοντα κινδύνου για επιλόχεια κατάθλιψη 6-8 βδομάδες μετά τον τοκετό. Το άγχος και η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελούν παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης κατά τη λοχεία. Οι Netter et al (1995), μελέτησαν ένα δείγμα 108 γυναικών χαμηλού εισοδήματος σε διάφορες φάσεις της εγκυμοσύνης τους και περίπου 2 μήνες μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες που είχαν βιώσει στρεσογόνα γεγονότα και είχαν άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, είχαν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν κατά τη λοχεία, σε αντίθεση με εκείνες που ήταν ικανοποιημένες από την εγκυμοσύνη τους.

Το άγχος μπορεί να οφείλεται σε διάφορα δυσάρεστα γεγονότα όπως σε απώλεια αγαπημένου προσώπου ή εργασίας, ή σε κρίση στη συζυγική σχέση. Αυτές οι δυσάρεστες εμπειρίες έρχονται να προστεθούν στην ήδη στρεσογόνο περίοδο της ζωής της γυναίκας, την εγκυμοσύνη και τον τοκετό και συνδέονται με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης (Ho-Yen et al, 2007, Nakku et al., 2006).

Οι Hayworth et al (2014), μελέτησαν ομάδα γυναικών κατά τη διάρκεια της 36ης εβδομάδας κύησης και 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Το άγχος αλλά και η υψηλή εχθρικότητα φάνηκαν να έχουν θετική συσχέτιση με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Επίσης, γυναίκες που δεν είχαν τον απόλυτο έλεγχο της ζωής τους εμφάνισαν υψηλότερες πιθανότητες να νοσήσουν από επιλόχεια κατάθλιψη.

Οι Justin et al (2007), σε έρευνα που πραγματοποίησαν το 2005 στο Βασιλικό Νοσοκομείο του Σίδνεϋ της Αυστραλίας, σε δείγμα 748 λεχωίδων που βρίσκονταν στο τρίτο τρίμηνο κύησης, διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες με υψηλό σκορ στο ερωτηματολόγιο BMWS προ το τοκετού (Brief Measure of Worry Severity «γρήγορη μέτρηση σοβαρότητας της ανησυχίας»), είχαν 2,6 φορές περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από επιλόχεια κατάθλιψη, σε σχέση με εκείνες που σημείωσαν χαμηλά επίπεδα άγχους. Σύμφωνα με τους Nielsen et al (2000), μία στις τρεις γυναίκες που εμφανίζει κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης, θα εμφανίσει επιλόχεια κατάθλιψη.

Οι Bridge et al (1985), σε δείγμα 109 γυναικών που μελέτησαν κατά τη διάρκεια της κύησης, με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου HDHQ (Hostility and Direction of

Hostility Questionnaire), διαπίστωσαν ότι η επιθετικότητα κατά την κύηση έχει θετική συσχέτιση με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης.

Ο φόβος που ορισμένες γυναίκες αισθάνονται σχετικά με την εγκυμοσύνη, με την έκβαση της γέννησης, την επικείμενη μητρότητα και με την υγεία του εμβρύου κλπ. είναι επίσης ένας παράγοντας που παρατηρείται συχνά σε γυναίκες με κατάθλιψη. Επιπροσθέτως, δυσάρεστα γεγονότα που έχουν συμβεί προ της εγκυμοσύνης δεν θα πρέπει να αφεθούν εκτός προσοχής, καθώς συνιστούν σημαντικούς παράγοντες που σημαδεύουν την γυναίκα ψυχολογικά και δύνανται να επιφέρουν μια καταθλιπτική διάθεση. Ως δυσάρεστα γεγονότα συνοψίζονται ατυχήματα ή τραυματισμοί στην γυναίκα ή σε κάποιο κοντινό της άτομο, ο θάνατος κάποιου κοντινού ατόμου, διαζύγιο ή χωρισμός μετά από μακρόχρονη σχέση, ανεργία και δυσκολίες εύρεσης εργασίας, ανησυχίες για τα παιδιά (σε περίπτωση που έχει γεννήσει παραπάνω από ένα παιδί προηγουμένως), διαπροσωπικές διαμάχες στον χώρο της εργασίας κλπ¹².

Οι γυναίκες που έχουν βιώσει καταθλιπτικά συμπτώματα σε κάποια προηγούμενη χρονική περίοδο της ζωής τους, έχουν ιδιαίτερα αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη (Josefsson et al., 2002). Οι Cooper et al (1996), σε μελέτη επανεκτίμησης που πραγματοποίησαν πέντε χρόνια μετά, σε πρωτότοκες γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη ως υποτροπή προηγούμενου καταθλιπτικού συμπτώματος και σε γυναίκες που εμφάνιζαν πρώτη φορά κατάθλιψη ως λεχωίδες, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η πρώτη ομάδα διέτρεχε μεγάλο κίνδυνο να νοσήσει από κατάθλιψη στο μέλλον, αλλά όχι από επιλόχεια κατάθλιψη. Αντίθετα, η δεύτερη ομάδα είχε περισσότερες πιθανότητες να επανεμφανίσει συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης.

2.1.3.3 Ψυχολογική υποστήριξη από οικογένεια

Γυναίκες που δεν είχαν επαρκή υποστήριξη από το σύντροφό τους, είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη, σε σύγκριση με γυναίκες που δεν ήταν σε σχέση. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι συναισθηματικά προβλήματα και ιστορικό κατάθλιψης είναι σαφείς παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης, τόσο πριν όσο και μετά τον τοκετό. Στα συμπεράσματα αυτά κατέληξαν οι Bilszta et al. (2008), σε δείγμα 1578 γυναικών, με τη μέθοδο της EPDS.

Σε περιπτώσεις μη προγραμματισμένης εγκυμοσύνης όπου ο σύζυγος είχε αρνητική αντίδραση και στάση κατά την ανακοίνωση και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, παρουσιάστηκε αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου η γυναίκα θεωρούσε την εγκυμοσύνη επιθυμητή ενώ ο σύζυγος όχι (Brugha et al, 1998, Leathers & Kelley, 2000).

Αντίθετα, η πανεπιστημιακή εκπαίδευση και η ψυχολογική υποστήριξη του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος απέτρεψαν την εμφάνιση κατάθλιψης. Ακόμη και σε περιπτώσεις που οι έγκυες εμφάνιζαν κατάθλιψη, η ψυχολογική

¹² . Rubertsson, C., Waldenstrom, U. και Wickberg B 2003. Depressive mood in early pregnancy: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. Journal of Reproductive and Infant Psychology, [ηλ. περιοδικό] 21(2), σελ. 113-123.

υποστήριξη από το σύζυγο και το κοντινό τους περιβάλλον, σε συνδυασμό με την έναρξη του θηλασμού, οδηγούσαν στην υποχώρηση των συμπτωμάτων (Hammen, 1997).

Την επίδραση της συζυγικής σχέσης στην εμφάνιση κατάθλιψης επιβεβαιώνει και η μελέτη των Boyce et al. Σε δείγμα 149 γυναικών που εξετάστηκαν τόσο πριν όσο και μετά τον τοκετό, με τη χρήση εργαλείων PBI, IBM, IPSM πριν τον τοκετό και με τη χρήση EPDS μετά τον τοκετό, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που δέχονταν χαμηλή φροντίδα ή υπερβολικό έλεγχο από τους συντρόφους τους, είχαν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης (Boyce et al., 1991).

Οι Ege et al., το 2008 προσπάθησαν να διερευνήσουν σε ημιαγροτική περιοχή της ανατολικής Τουρκίας τη σχέση μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης και κατάθλιψης. Στην έρευνα συμμετείχαν 364 νέες υποψήφιες μητέρες και διαπιστώθηκε ότι υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ των δύο παραπάνω. Ωστόσο, η κατάθλιψη καταγράφηκε στο 33,2%, αποδεικνύοντας ότι υπάρχει θετική συσχέτιση με την ηλικία, την κοινωνική και οικονομική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, το αν ήταν επιθυμητή ή προγραμματισμένη η εγκυμοσύνη και με την ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού (Ege et al., 2008).

Στα ίδια συμπεράσματα κατέληξαν ένα χρόνο αργότερα οι Golbasi et al., όπου μελέτησαν ένα δείγμα 258 γυναικών χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης, σε ημιαστική περιοχή της ανατολικής Τουρκίας (Golbasi et al., 2009). Έγκυες που είχαν στενή σχέση και υποστήριξη από το σύντροφό τους, τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης όσο και κατά τη λοχεία, είχαν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη. Πολλές φορές ο σύντροφος χρειάζεται κάποιο χρόνο μετά τον τοκετό για να αποδεχθεί τη νέα πραγματικότητα και να προσαρμοστεί στο νέο ρόλο του πατέρα. Μπορεί να χρειαστεί κάποιο χρονικό διάστημα για να αρχίσει να συμμετέχει στη φροντίδα και ανατροφή του μωρού, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά τη σχέση των δύο συντρόφων και επομένως αποτελεί παράγοντα κινδύνου για επιλόχεια κατάθλιψη (Misri et al, 2000).

Ένας σύντροφος με ψυχικές διαταραχές, με έντονο άγχος ή με κατάθλιψη, επηρεάζει αρνητικά και την ψυχολογία της εγκύου και είναι πολύ πιθανόν να την οδηγήσει στην επιλόχεια κατάθλιψη ακόμη και μετά τους έξι πρώτους μήνες μετά τον τοκετό (Παππά&Σολδάτου, 1999).

Σύμφωνα με τους Dennis and Ross (2006), γυναίκες που εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης 8 εβδομάδες μετά τον τοκετό, είχαν λιγότερη στήριξη από το σύντροφό τους και έντονες συγκρούσεις στη μεταξύ τους σχέση, συγκριτικά με γυναίκες που δεν εμφάνισαν κατάθλιψη. Οι Kumar and Robson (1984), σε έρευνα που πραγματοποίησαν τόσο σε πρωτότοκες μητέρες, όσο και σε πολύτοκες μητέρας, διαπίστωσαν ότι οι συζυγικές συγκρούσεις και οι σοβαρές επιφυλάξεις ή αμφιβολίες που είχαν οι γονείς για το αν θέλουν να κάνουν παιδί, είχαν θετική συσχέτιση με την εμφάνιση κατάθλιψης.

Οι Boyce et al (1991), μελέτησαν δείγμα 149 γυναικών που δεν εμφάνιζαν δείγματα κατάθλιψης πριν τον τοκετό και επανέλαβαν τον έλεγχο κατά τη λοχεία. Οι

γυναίκες που δεν είχαν αυξημένη φροντίδα και στοργή από τους συζύγους τους και γενικά ήταν δυσαρεστημένες από το γάμος τους, καθώς και εκείνες που ήταν πιο ευαίσθητες, είχαν αυξημένες πιθανότητες να νοσήσουν.

Επίσης, αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης είχαν και όσες γυναίκες είχαν υπερβολικά ελεγκτικούς και υπερπροστατευτικούς συζύγους. Ο O'Hara (1986), σε δείγμα 99 γυναικών που μελέτησε από το τρίτο τρίμηνο κύησης έως και 9 εβδομάδες μετά τον τοκετό, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 12% των γυναικών που εμφάνισαν επιλόχεια κατάθλιψη, ανέφεραν μεταξύ άλλων ότι δεν είχαν σημαντική βοήθεια από τον σύζυγο στη φροντίδα του νεογνού και στις δουλειές του σπιτιού. Η λοχεία, είναι μια περίοδος δύσκολη για τη γυναίκα και θα πρέπει ο σύντροφός της να τη στηρίζει και να την υποστηρίζει ψυχολογικά. Να δείχνει κατανόηση αν είναι υπερβολικά ευαίσθητη ή δεν έχει την ίδια διάθεση με πριν για σεξουαλική επαφή.

Σε έρευνα όπου συμμετείχαν η μητέρα, ο πατέρας και το νεογνό τους, με αριθμό δείγματος 92 γυναίκες και 84 άνδρες, διαπιστώθηκε ότι η πατρική αποδοχή είχε θετική επίδραση στη μητέρα με κατάθλιψη, ενώ αντίθετα αποτελέσματα είχε η επιθετική έγγαμη συμβίωση καθώς επίσης και το γεγονός ότι τα νεογνά ήταν πολύ αντιδραστικά (Crockenberg&Leerkes, 2003).

Η θετική επίδραση που έχει η στήριξη του συντρόφου της στην ψυχολογία της εγκύου επιβεβαιώνεται από πολλούς ερευνητές όπως Goldstein et al (1996), Kumar et al, (1984), Hobfoll et al, (1995), Beck (1996), Seguin et al (1999).

2.1.3.4 Δημογραφικοί παράγοντες

Ο οικονομικός παράγοντας και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου, όπως αναφέρει ο ΠΟΥ, καθώς από σχετικές έρευνες που έγιναν σε Αμερική και Ευρώπη, διαπιστώθηκε μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης στις φτωχότερες χώρες (WHO, 2008).

Το Κέντρο Ελέγχου Διαταραχών των ΗΠΑ (Centre for Disease Control), εκτίμησε τον επιπολασμό της κατάθλιψης σε 17 πολιτείες των ΗΠΑ για τα έτη 2004-2005, μεταξύ 11,7% και 20,4%. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι γυναίκες νεαρότερης ηλικίας, με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και ασθενέστερης οικονομικής τάξης, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να νοσήσουν (CDC, 2008). Παρόμοια αποτελέσματα είχαν βρει και οι Kruckman και Smith, σύμφωνα με τους οποίους η οικονομική ανασφάλεια και η μετακόμιση συνδέθηκαν με την εμφάνιση κατάθλιψης (Kruckman&Smith, 1998). Η απουσία του πατέρα αποτελεί επιπρόσθετο παράγοντα κινδύνου (Brugha et al, 1998).

Επιπλέον, η ηλικία συνιστά έναν παράγοντα ο οποίος μπορεί να θεωρηθεί ως υπόθεση για την ύπαρξη μιας καταθλιπτικής διάθεσης. Καθώς στις μέρες μας η ηλικία της μητρότητας έχει αλλάξει τουλάχιστον στις δυτικές κοινωνίες, μπορεί να φανταστεί κανείς ότι η εγκυμοσύνη στις έφηβες γυναίκες πολλές φορές θεωρείται ανεπιθύμητη, είναι πολλές φορές μη-προγραμματισμένη, προκύπτει εκτός γάμου, ξαφνικά και αντιμετωπίζεται από μια κριτική διάθεση εκ μέρους των γονέων και της κοινωνίας. Οι έφηβες μητέρες με κατάθλιψη συχνά αναφέρουν ότι δεν έχουν πια

επαφή με τον πατέρα του παιδιού, δέχονται υψηλά επίπεδα κριτικής από την οικογένειά τους και χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης, κάτι που αυξάνει την ένταση της κατάθλιψής τους. Ο χώρος παίζει και εδώ ένα σημαντικό ρόλο. Όπως ήδη προαναφέρθηκε, οι Αφροαμερικάνες ζουν υπό μεγαλύτερη πίεση στις ΗΠΑ από ότι οι λευκού δέρματος γυναίκες. Οι έφηβες Αφροαμερικάνες αναφέρουν εκτός από χαμηλή κοινωνική υποστήριξη, έλλειψη επαφής με τον πατέρα και κριτική ότι έχουν πέσει θύματα λεκτικής, σωματικής ή σεξουαλικής βίας και ρατσισμού¹³.

Μελέτη που έγινε το 2008 σε 271 γυναίκες στη Βραζιλία, έδειξε ότι η κατάθλιψη εμφανίστηκε στο 20,7% των εγκύων, ποσοστό αρκετά υψηλότερο από αυτά που εμφανίζουν οι αναπτυγμένες χώρες και πιο κοντά σε αυτά των αναπτυσσόμενων χωρών. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, οι ανύπαντρες μητέρες είχαν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη, ενώ το κάθε έτος εκπαίδευσης μείωνε κατά 10% τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (Tannous et al., 2008). Την αρνητική συσχέτιση μεταξύ υψηλού επιπέδου μόρφωσης και εμφάνισης κατάθλιψης επιβεβαιώνει και η μελέτη των Davis et al. το 2003 στην Αυστραλία.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2008 στον Καναδά, οι Stewart et al. προσπάθησαν να διερευνήσουν αν οι γυναίκες που είχαν μεταναστεύσει στη χώρα διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης από αυτές που είχαν γεννηθεί στον Καναδά. Χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο EPDS, τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαίωσαν ότι οι πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης ήταν στατιστικά σημαντικότερες. Αυτό εξηγείται εύκολα, αν ληφθεί υπόψιν ότι οι μετανάστριες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην προσαρμογή στο νέο τόπο κατοικίας όπου μπορεί να υπάρχουν και πολιτισμικές διαφορές ή να μη γνωρίζουν τη γλώσσα, αποχωρίζονται από τους δικούς τους και νιώθουν πιο έντονο το συναίσθημα της μοναξιάς και της απομόνωσης. Μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης (26%), παρουσιάζουν οι έφηβες μητέρες (Troutman, 1990) και οι γυναίκες που ανήκουν σε οικονομικά ασθενέστερες τάξεις. Σε δείγμα 192 γυναικών οικονομικά ασθενών τάξεων που ζούσαν μέσα σε πόλεις, έγινε αξιολόγηση για κατάθλιψη δύο φορές κατά τη διάρκεια της κύησης και μία φορά μετά τον τοκετό. Τα ευρήματα έδειξαν ότι 27,6% και 24,5% των γυναικών εμφάνισαν κατάθλιψη πριν τον τοκετό και 23,4% μετά τον τοκετό. Τα ποσοστά αυτά ήταν διπλάσια σε σχέση με τα ποσοστά κατάθλιψης που εμφάνισαν γυναίκες μεσαίας οικονομικής τάξης (Hobfoll et al, 1995).

Οι έφηβες έγκυες Αφροαμερικάνες ζουν αποδεδειγμένα υπό μεγαλύτερη πίεση και στρες, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες για αρνητικές εκβάσεις τοκετού και περιορισμένη πρόσβαση σε αποτελεσματική αντιμετώπιση - θεραπεία. Επίσης, το επίπεδο της ενημέρωσής τους σχετικά με την κατάθλιψη είναι χαμηλό διότι ερμηνεύουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα ως ενδείξεις στρες¹⁴.

Βάσει αυτού του παραδείγματος, παρουσιάζεται ο πολυδιάστατος και ιδιαίτερος χαρακτήρας των παραγόντων της κατάθλιψης, οι οποίοι βρίσκονται σε

¹³ Buzi, R.S., Kozinetz, C.A., Smith, P.B., Peskin, M.F. και Wiemann, C.M., 2015. A Socioecological Framework to Assessing Depression Among 83 Pregnant Teens. *Maternal and Child Health Journal*

¹⁴ . Kinser, P. και Masho, S., 2015. "I just start crying for no reason": the experience of stress and depression in pregnant, urban, african-american adolescents and their perception of yoga as a management strategy. *Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, [ηλ. περιοδικό] 25(2), σελ. 142-8.

στενή σύνδεση αναμεταξύ τους. Το μορφωτικό επίπεδο σχηματίζει έναν ανεξάρτητο παράγοντα ο οποίος εξηγεί τις μη-προγραμματισμένες εγκυμοσύνες. Γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο διατρέχουν τον διπλάσιο και παραπάνω κίνδυνο για μη-προγραμματισμένες εγκυμοσύνες, καθώς δεν έχουν λάβει προφανώς την απαραίτητη αγωγή υγείας ώστε να είναι σε θέση να προλάβουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες¹⁵.

Σε μελέτη που έγινε το 2009 σε δημόσιο νοσοκομείο της Αθήνας, σε 235 μητέρες, με τη μέθοδο του EPDS και της τηλεφωνικής συνέντευξης στη συνέχεια, διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση της κατάθλιψης με το νεαρό της ηλικίας της γυναίκας και με την αρνητική εμπειρία που είχε από τον τοκετό (Giakoumaki et al., 2009). Η διεθνής βιβλιογραφία δεν αναφέρει θετική συσχέτιση του νεαρού της ηλικίας με την κατάθλιψη. Ορισμένες μελέτες όμως, διαπιστώνουν ότι γυναίκες που γίνονται μητέρες στην εφηβεία, καθώς και πρωτότοκες μητέρες άνω των 34 ετών, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη (Astbury et al, 1994, Mayberry et al, 2007, Paykel et al, 1980).

Όπως αναφέρουν στη μελέτη τους οι Reid et al (2007), στην περίπτωση των εγκύων που βρίσκονται στην εφηβεία, η κατάθλιψη οφείλεται σε μεγάλο ποσοστό στις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, στην ανεπαρκή κοινωνική υποστήριξη που δέχονται καθώς επίσης και στη χαμηλή αυτοεκτίμηση της εγκύου.

Οι Seguin et al (1999), μελέτησαν 68 εγκύους και λεχώιδες σε 4 νοσοκομεία στο Μόντρεαλ και παρατήρησαν ότι οι πρωτότοκες μητέρες που προέρχονταν από ασθενέστερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, εμφάνιζαν υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα. Τα ευρήματα των μελετών μπορούν να εξηγηθούν, αν αναλογιστεί κανείς ότι γυναίκες που ανήκουν σε κατώτερη κοινωνικοοικονομική τάξη, έχουν χαμηλότερο ή καθόλου εισόδημα και αυτό τους δημιουργεί άγχος και ανασφάλεια, καθώς οι απαιτήσεις με τον ερχομό του νεογνού αυξάνονται και ανησυχούν για το αν θα μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις αυξημένες οικονομικές ανάγκες.

2.1.3.5 Γυναικολογικοί και Μαιευτικοί παράγοντες

Σε έρευνα που διεξήχθη το 2008 σε 415 μητέρες στη Βρετανία, μελετήθηκε αν ο αριθμός προηγούμενων κύσεων και παιδιών, καθώς επίσης και η δυσκολία που βιώνει η μητέρα κατά την κύηση και τον τοκετό, επιδρούν στην εμφάνιση κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μία δύσκολη κύηση ή ένας δύσκολος τοκετός, αποτελούν παράγοντα κινδύνου επιλόχειας κατάθλιψης. Αντίθετα, ο αριθμός των κύσεων και ο αριθμός των παιδιών δεν έδειξαν να αλληλεπιδρούν με την εμφάνιση κατάθλιψης κατά την κύηση και μετά από αυτήν (Tuohy & McVey, 2008).

Σε διαφορετικά συμπεράσματα καταλήγει ελληνική έρευνα, σύμφωνα με την οποία, οι πρωτότοκες μητέρες εμφανίζουν διπλάσιες πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης και μετά από αυτήν σε σύγκριση με εκείνες που έχουν γεννήσει κι άλλα παιδιά (Μωραΐτου, 2004).

¹⁵ Bennett, M., Culhane, J.F., Elo, I.T. και McCollum, K.F., 2006. Unintended rapid repeat pregnancy and low education status: any role for depression and contraceptive use?. American Journal of Obstetrics and Gynecology, [ηλ. περιοδικό] 194(3), σελ. 749-54.

Ο πρόωρος τοκετός αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που έγινε το 2008 σε 206 γυναίκες στη Νιγηρία. (Ebeigbe, 2008). Τα αποτελέσματα της έρευνας, επιβεβαιώνει και η έρευνα των Logsdon et al (1997), οι οποίοι παρατήρησαν δείγμα 37 μητέρων πρόωρων νεογνών, τα οποία νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΝ (Μονάδα Εντατικής Νεογνών). Οι μητέρες αυτές εμφάνιζαν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης και χαμηλή αυτοεκτίμηση τόσο κατά τη νοσηλεία των νεογνών, όσο και μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Η κοινωνική υποστήριξη που δέχτηκαν οι μητέρες αυτές αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα αντιμετώπισης της κατάθλιψης.

Οι επιπλοκές κατά τη διάρκεια της κύησης και ο αριθμός των αποβολών συσχετίζονται θετικά με την κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης, ειδικά σε γυναίκες που έχουν παρουσιάσει καταθλιπτικά συμπτώματα στο παρελθόν (France & Mikaib, 2009, O'Hara et al, 2003). Οι γυναίκες που είχαν τραυματική εμπειρία από τον τοκετό τους, κυρίως λόγω έντονου πόνου και φόβου, εμφάνιζαν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης (Ballard et al., 1995). Ιδιαίτερα ανησυχητικά είναι τα αποτελέσματα της έρευνας των Gottval and Waldenstrom (2002), σύμφωνα με τα οποία, οι γυναίκες που βίωσαν δύσκολο τοκετό, καθυστερούν να αποκτήσουν επόμενο παιδί και γεννούν λιγότερα παιδιά συγκριτικά με τις γυναίκες που είχαν εύκολο τοκετό.

Γυναίκες με προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο, εμφανίζουν αυξημένες πιθανότητες να νοσήσουν από κατάθλιψη πριν και μετά τον τοκετό, καθώς οι μεγάλες διακυμάνσεις του επιπέδου των ορμονών τους προκαλούν αντίστοιχα μεγάλες διακυμάνσεις και στη διάθεσή τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι η καισαρική τομή δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς δεν παρατηρήθηκαν αυξημένα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης σε γυναίκες που απέκτησαν το παιδί τους με καισαρική, σε σχέση με εκείνες που γέννησαν φυσιολογικά (Cox et al., 1982, Nielsen et al., 2000, Johnstone et al., 2001, Μωραΐτου και Σταλίκας, 2004).

2.1.3.6 Μητρικός θηλασμός

Ο μητρικός θηλασμός φαίνεται ότι δρα προστατευτικά απέναντι στην εκδήλωση συμπτωμάτων επιλόχειας κατάθλιψης. Σε ανασκόπηση πάνω από 9000 περιλήψεων της διεθνούς βιβλιογραφίας, οι Ip et al (2007), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο θηλασμός συνεπάγεται μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης πολλών διαταραχών, τόσο στο νεογνό, όσο και στη μητέρα, σε ανεπτυγμένες χώρες. Αντίθετα, μητέρες που δεν θήλαζαν τα μωρά τους ή διέκοψαν απότομα το θηλασμό, είχαν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν καταθλιπτικά συμπτώματα.



Εικόνα13: Η Ψυχομάνα (1882-1883).Ν .Γύζης

Εθνική Πινακοθήκη-Μουσείο Αλεξάνδρου Σούτζου

2.1.3.7. Φύλο και συμπεριφορά του βρέφους

Μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε διάφορες αναπτυσσόμενες χώρες ή χώρες της «Ανατολής», έχουν δείξει ότι το φύλο του μωρού και συγκεκριμένα αν το μωρό γεννηθεί κορίτσι, προκαλούν απογοήτευση στο σύντροφο και κατάθλιψη στη λεχωίδα.

Στο συμπέρασμα αυτό κατέληξαν οι Patel et al (2002), σε έρευνα σε γυναίκες στην Ινδία, οι Xie et al (2007), σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε γυναίκες στην Κίνα και οι Dindar and Erdogan (2007) στην Τουρκία. Οι Patel et al (2002), μελέτησαν ομάδα γυναικών σε νοσοκομείο της Γκόα, στο τρίτο τρίμηνο κύησης, 6-8 εβδομάδες και 7 μήνες μετά τον τοκετό. Το 23% των λεχωίδων έδειξαν σημάδια κατάθλιψης και το φύλο του παιδιού ήταν καθοριστικός παράγοντας για την εμφάνισή της. Οι Xie et al (2007), μελέτησαν μια ομάδα γυναικών 18-40 ετών στην Κίνα, 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 17,3% εμφάνισε επιλόχεια κατάθλιψη, με τις μητέρες που γέννησαν αγόρι να αποτελούν το 12,2% και τις μητέρες που γέννησαν κορίτσι το 24,6% , ποσοστό σχεδόν διπλάσιο. Εκτός από το φύλο του μωρού, σε κατάθλιψη της λεχωίδας μπορεί να οδηγήσει και η συμπεριφορά του βρέφους. Ένα νεογνό που κλαίει συνέχεια, είναι πιο δύσκολο στη φροντίδα και μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη ψυχολογία της μητέρας, καθώς την κάνει να νιώθει ανεπαρκής στο νέο της ρόλο και αυτό της δημιουργεί άγχος (Hopkins et al, 1987, Cutrona and Troutman, 1986).

Οι διαταραχές ύπνου του νεογνού βρέθηκαν επίσης να έχουν θετική συσχέτιση με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Όταν το νεογνό έχει δυσκολία στον ύπνο, ξυπνάει πολλές φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας και είναι ανήσυχο, επηρεάζει τον ύπνο και της μητέρας και συμβάλλει στην κακή της ψυχολογία. Οι Hiscock and Wake (2001), μελέτησαν 738 μητέρες νεογνών 6 έως 12 μηνών στη Μελβούρνη της Αυστραλίας. Το 46% των γυναικών ανέφεραν ως πρόβλημα τον ύπνο του μωρού τους και αποδείχθηκε παράγοντας κινδύνου επιλόχειας κατάθλιψης

2.1.4 Ανίχνευση, Πρόληψη και Διάγνωση

Η διάγνωση τυχόν αγχωδών ή καταθλιπτικών διαταραχών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης βασίζεται σε αρκετά σημεία που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη για να βγει ένα έγκυρο πόρισμα. Καλό θα ήταν να γίνεται ένας προληπτικός έλεγχος και για αγχώδεις και για καταθλιπτικές διαταραχές, διότι μπορεί αυτές να συνυπάρχουν. Σε πρώτο στάδιο, θα πρέπει να γίνεται έλεγχος ανίχνευσης των συμπτωμάτων και να καθορίζεται το εάν ορισμένα συμπτώματα οφείλονται στην εγκυμοσύνη ή σε κάποια διαταραχή, καθώς παρατηρήθηκε ότι οι διαταραχές αυτές μοιράζονται κοινά συμπτώματα με την εγκυμοσύνη. Η ανίχνευση μπορεί να ξεκινήσει από τον μαιευτήρα/γυναικολόγο τον οποίο επισκέπτεται η έγκυος για τους ελέγχους που είναι απαραίτητοι για την διασφάλιση μιας βέλτιστης υγείας για τη γυναίκα και το έμβρυο. Ωστόσο, δεν υπάρχει ομοφωνία στην σχετική κλινική βιβλιογραφία για το αν ο προληπτικός έλεγχος θα ήταν καλό να γίνεται από τον ιατρό της εγκύου (Arthurs et al., 2014).

Προληπτικά ο ιατρός μπορεί να θέτει σχετικές ερωτήσεις στην έγκυο που αφορούν την ψυχική της υγεία, προσπαθώντας να διαπιστώσει ποιοι παράγοντες προκαλούν στρες στην γυναίκα. Πρέπει να τονιστεί ότι δυστυχώς είναι πάρα πολύ λίγοι οι γυναικολόγοι/μαιευτήρες, οι οποίοι κάνουν σχετικούς προληπτικούς ελέγχους. Δεν υπάρχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον από την πλευρά των γυναικολόγων να διεξάγουν ελέγχους για την πρόληψη και τη διάγνωση αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών. Αρκετοί δεν έχουν λάβει ανάλογη εκπαίδευση (ή δεν επιθυμούν να λάβουν) και δεν διαθέτουν την κατάλληλη τεχνογνωσία για να μπορέσουν να κάνουν αυτούς τους ελέγχους και να παραπέμπουν την γυναίκα σε κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο σε περίπτωση που διαγνώσουν συμπτώματα κατάθλιψης ή άγχους (Carter et al., 2008).

Ο διάλογος και η ανάπτυξη της επικοινωνίας είναι αναγκαίες προϋποθέσεις για την εξακρίβωση της πηγής των συμπτωμάτων. Ο ιατρός πρέπει να αποκτήσει μια γενική εικόνα για το προφίλ της ψυχικής υγείας της εγκύου. Σε περίπτωση που παρατηρήσει πως ορισμένα συμπτώματα της γυναίκας υποδηλώνουν μια καταθλιπτική διάθεση, είναι απαραίτητο να την παραπέμψει σε έναν ψυχολόγο ή και σε ψυχίατρο, εάν κρίνει ότι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων είναι αρκετά αυξημένη. Σε περίπτωση που η γυναίκα δεν θέλει να επισκεφθεί τον γυναικολόγο για τους τυπικούς ελέγχους, ο στενός της οικογενειακός κύκλος θα πρέπει να την παροτρύνει να κάνει τους απαραίτητους ελέγχους.

Όπως σημειώθηκε προηγουμένως, οι γυναίκες με κατάθλιψη τείνουν να παραμελούν τον εαυτό τους και να αμελούν τις επισκέψεις στον ιατρό τους

(Friedman, 2015). Συνεπώς, ο γυναικολόγος θα πρέπει να ρωτήσει με τρόπο διακριτικό την έγκυο για ποιο λόγο δεν πήγε για να κάνει τον έλεγχο της, έχοντας το παραπάνω υπόψη. Πρέπει να τονιστεί ότι οι ερωτήσεις πρέπει να τίθενται με τρόπο διακριτικό και να δίνουν την εντύπωση ότι το άτομο που τις θέτει (ιατρός, μαία, νοσηλεύτρια) ενδιαφέρεται πραγματικά για την έγκυο και δείχνει κατανόηση. Σε ορισμένες περιοχές στον κόσμο, ο προληπτικός έλεγχος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και κατά την επιλόχειο περίοδο έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα. Ως παράδειγμα αναφέρεται η Νότια Ουαλία, μια πολιτεία στην Αυστραλία. Εκεί οι γυναίκες περνούν από ψυχοκοινωνική αξιολόγηση και προληπτικούς ελέγχους για την ανίχνευση κατάθλιψης και πριν και μετά από την γέννηση του παιδιού τους. Ο πρώτος έλεγχος λαμβάνει χώρα κατά την πρώτη επίσκεψη της γυναίκας για τον πρώτο γενικό προγεννητικό έλεγχο της (περίπου στην δωδέκατη με δέκατη έκτη εβδομάδα της εγκυμοσύνης) και έξι με οκτώ εβδομάδες μετά την γέννηση. Ο πρώτος έλεγχος και η πρώτη αξιολόγηση διεξάγονται συνήθως από τις μαίες εντός του κλινικού/νοσοκομειακού χώρου και ο δεύτερος επιλόχειος έλεγχος από εξειδικευμένες μαίες κατ' οίκον (Kemp et al., 2013).

Σε γενικές γραμμές, οι γυναίκες δεν έχουν κάποιο πρόβλημα με τις ερωτήσεις που τις θέτουν. Ωστόσο, είναι ορισμένες φορές απροετοίμαστες να απαντήσουν σε ερωτήσεις προσωπικού περιεχομένου (π.χ. σχετικά με το αν έχουν πέσει θύματα σεξουαλικής κακοποίησης ως παιδιά). Θα προτιμούσαν να είχαν λάβει πρωτύτερα σχετικές πληροφορίες. Κάποιες γυναίκες βρίσκουν τις ερωτήσεις αδιάκριτες ιδίως όταν δεν έχουν σχέση με την συζήτηση, και άλλες αισθάνονται κάπως αμήχανα, ιδίως όταν έχουν κάποιο ιστορικό αποβολής ή σεξουαλικής κακοποίησης. Άλλες στεναχωριούνται όταν αφηγούνται ξανά τα άσχημα βιώματά τους και θα το προτιμούσαν εάν οι μαίες ή νοσηλεύτριες ανέτρεχαν σε προηγούμενα ιατρικά αρχεία για να βρουν τις σχετικές αυτές πληροφορίες.

Όμως, οι γυναίκες αισθάνονται ανακούφιση και είναι πρόθυμες να μιλήσουν πιο ανοικτά όταν οι μαίες/νοσηλεύτριες έχουν διακριτικότητα, λεπτότητα τρόπων και δείχνουν ευαισθησία και κατανόηση καθώς και θέληση να βοηθήσουν και να τις υποστηρίξουν, και όχι να τις «ανακρίνουν». Η πρόσφατη έρευνα που έγινε πάνω στις αντιλήψεις των γυναικών για τους ελέγχους ανίχνευσης έφερε στο φως τα συναισθήματα των γυναικών σχετικά με τους ελέγχους και την αξιολόγηση. Συνιστάται η εκ των προτέρων ενημέρωση των γυναικών σχετικά με το περιεχόμενο του Beck (Beck Depression Inventory) (Gavard et al., 1996), η Κλίμακα Κατάθλιψης στην Εγκυμοσύνη (Pregnancy Depression Scale, PDS) η οποία βασίζεται στην Κλίμακα Αξιολόγησης Hamilton για την Κατάθλιψη (Altshuler et al., 2008), η Κλίμακα Κατάθλιψης του Κέντρου Σπουδών Επιδημιολογίας, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Breedlove και Fryzelka, 2011).

Επιπλέον, το άγχος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι μια μεταβλητή η οποία περιλαμβάνεται στις άνω παρατεθειμένες κλίμακες, καθώς αποτελεί αδιάσπαστο στοιχείο της εγκυμοσύνης και πάρα πολύ συχνά των καταθλιπτικών διαταραχών. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου το 24% των γυναικών πάσχει από τουλάχιστον μια αγχώδη διαταραχή στο προγεννητικό στάδιο και περίπου 9% από τις γυναίκες αυτές πάσχει από γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, μια διαταραχή που πολλές φορές εμφανίζει συννοσηρότητα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Frey et al., 2014).

Μια κλίμακα με υψηλή αξιοπιστία ως προς την ανίχνευση της γενικής αγχώδους διαταραχής (ΓΑΔ) είναι η GAD-7, η οποία είναι αποδεδειγμένα ένα χρήσιμο εργαλείο για την ανίχνευση της ΓΑΔ σε έγκυες και έχει μικρότερη ευαισθησία και μεγαλύτερη προσδιοριστικότητα από ότι η κλίμακα του Εδιμβούργου, η οποία είναι επίσης έγκυρη για την ανίχνευση αγχωδών διαταραχών (Barrons et al., 2011; Frey et al., 2014).

Εκτός τούτου, η GAD-7 μπορεί να βοηθήσει και στην διάκριση του παθολογικού άγχους από το άγχος το οποίο είναι φυσιολογικό να αναπτύξει η έγκυος λόγω της εγκυμοσύνης (Frey et al., 2014). Μια άλλη αξιόλογη κλίμακα για την ανίχνευση του άγχους και των σχετικών με αυτό διαταραχών οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι το Ερωτηματολόγιο Κατάστασης Άγχους, State Anxiety Inventory (Conde et al., 2014).

Θα πρέπει να λεχθεί εν κατακλείδι, ότι όλες σχεδόν οι έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν για την εκπόνηση της παρούσης έρευνας, οι παραπάνω κλίμακες είχαν την μορφή ερωτηματολογίων τα οποία συμπλήρωναν έγκυες γυναίκες με ιδία αναφορά, δηλ. μόνες τους (self-report), ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Εκτός από τα ερωτηματολόγια, τα οποία δεν έχουν διαδραστικά στοιχεία – δηλαδή δεν επιτρέπουν μια αμφίδρομη επικοινωνία – συχνά λάμβαναν χώρα συνεντεύξεις για να καταστεί δυνατή μια άμεση επικοινωνία μεταξύ της γυναίκας και των ερευνητών/ιατρών/μαιών κλπ. Αποδεδειγμένα η τακτική συμπλήρωση ερωτηματολογίων σε συνδυασμό με συνεντεύξεις αυξάνουν την αξιοπιστία και την ακρίβεια της προγνωστικής και διαγνωστικής διαδικασίας (Breedlove και Fryzelka, 2011)

Οι συνεντεύξεις πρέπει να διέπονται από διακριτικότητα και κατανόηση εκ μέρους του ερωτώντος προς την ερωτώμενη γυναίκα και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να δίνουν την εντύπωση μιας «ανάκρισης» με επίμονες, πιεστικές και αδιάκριτες ερωτήσεις.

2.1.5 Θεραπεία της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά από αυτήν

Αν και έχει γίνει γενικά αποδεκτό ότι η εγκυμοσύνη δεν έχει προστατευτική δράση σχετικά με την εμφάνιση ή και υποτροπή της PPD, ο καλύτερος τρόπος για τη θεραπεία της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού παραμένει ένα καυτό ζήτημα. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν συνεχιζόμενες διαμάχες σχετικά με τη ενδεικνυόμενη θεραπεία, η χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι αρκετά κοινή, ενώ φαίνεται να είναι διπλάσια ή τετραπλάσια κατά την τελευταία δεκαετία, παρά την σταθερή συχνότητα εμφάνισης των ψυχιατρικών διαταραχών (Cooper et al, 2007; Andrade et al, 2009).

Επιπλέον, πρόσφατες εκθέσεις έχουν τεκμηριώσει ότι έως και το 13% του συνόλου των εγκύων γυναικών χρησιμοποιούν ένα αντικαταθλιπτικό φάρμακο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ειδικότερα, η επιλεκτική επαναπρόσληψη σεροτονίνης (SSRIs) είναι πρώτη γραμμής θεραπεία, που συχνά χρησιμοποιείται μεταξύ των εγκύων γυναικών (Cooper et al, 2007; Andrade et al, 2009).

Στη θεραπεία των καταθλιπτικών συνδρόμων τα τελευταία χρόνια έχουν επικρατήσει οι αναστολείς πρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI), με κύρια όμως μειονεκτήματα:

- ✓ την εμφάνισης παρενεργειών κυρίως έπειτα απο χρόνια χρήση
- ✓ τη πρόκληση καταστολής της όρεξης (κάποια από αυτά) σε εξασθενημένους ή υποσιτισμένους γηριατρικούς ασθενείς
- ✓ την σχετικά παρόμοια αποτελεσματικότητά τους σε σύγκριση με τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά
- ✓ η περιορισμένη αποτελεσματικότητά τους σε σχέση με ψυχολογικές παρεμβάσεις, ακόμη και σε οξείες φάσεις καταθλιπτικών.

Τελικά, έχει αποδειχθεί ότι η καλύτερη αντιμετώπιση του καταθλιπτικού ασθενή είναι ο συνδυασμός της φαρμακευτικής αγωγής με τις ανάλογες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, οι οποίες θα οδηγήσουν στο ιδανικότερο αποτέλεσμα κατά την θεραπευτική τεκμηρίωση. Η διακοπή της συντήρησης αντικαταθλιπτικής θεραπείας σε γυναίκες μετά τον τοκετό ασκεί επίσης υψηλό κίνδυνο εμφανίσεων υποτροπής και επανεμφάνισης. Επομένως η παραπομπή σε ψυχίατρο μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα της θεραπείας.

Η επιλογή του εάν και κατά πόσο πρέπει να συνταγογραφηθεί ένα φάρμακο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι δύσκολη και η συνταγογράφηση πρέπει να λαμβάνει υπόψη τους πιθανούς κινδύνους και τα οφέλη για το αγέννητο βρέφος και τη μητέρα. Μέχρι σήμερα, η βιβλιογραφία για την ασφάλεια των αντικαταθλιπτικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει αποφέρει αντικρουόμενα αποτελέσματα καθιστώντας δύσκολη την εφαρμογή των πρακτικών κλινικών συστάσεων προς μια κατεύθυνση. Όπως δήλωσε ο Rubinow το 2006 στο American Journal of Psychiatry η αντικαταθλιπτική αγωγή των εγκύων γυναικών, προκαλεί θεραπευτική σύγχυση η οποία προέρχεται εν μέρει από την απαίτηση για τον υπολογισμό των κινδύνων για δύο άτομα (Μητέρα και βρέφος), με τη συμμετοχή πολλών συμπληρωματικών παραγόντων (Weissman et al 2009), ωστόσο, παρά την απουσία μιας μεγάλης βάσης στοιχείων που μπορούν να καθοδηγήσουν τις συστάσεις της θεραπείας, ο γιατρός πρέπει προσεκτικά να συζητήσει τις επιλογές θεραπείας με τη γυναίκα που πάσχει από περιγεννητική κατάθλιψη, έτσι ώστε αυτή να κατανοήσει τον κίνδυνο και το όφελος της θεραπείας.

Κατά συνέπεια, η απόφαση για τη χρήση αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή το θηλασμό πρέπει να σταθμίζεται έναντι των πιθανών κινδύνων. Το όφελος πρέπει να προσεκτικά να συζητείται και να προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενούς. Μια πρόσφατη και χρήσιμη μελέτη για την ανάπτυξη και τη δημιουργία αποδεικτικών στοιχείων με βάση τις κατευθυντήριες γραμμές για την πρακτική θεραπεία της περιγεννητικής κατάθλιψη ήταν η δημοσίευση των Yonkers et al (2001).

Η ψυχοθεραπεία ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης όπως και η Ψυχανάλυση, έχει ως στόχο μέσω της διερεύνησης του εαυτού και της καλύτερης γνώσης του, να αλλάξει σταδιακά τα στοιχεία και τις συμπεριφορές που δημιουργούν πρόβλημα στον άνθρωπο και τη ζωή του. Όπως σε κάθε μορφή ψυχοθεραπείας, έτσι κι εδώ ο απώτερος στόχος της θεραπείας είναι η προαγωγή της ψυχικής ευημερίας του

ανθρώπου που αντιμετωπίζει ψυχολογικές δυσκολίες, είτε εξαιτίας ενός συγκεκριμένου προβλήματος είτε χωρίς να έχει ακόμη εντοπίσει τα βαθύτερα αίτια της συναισθηματικής του δυσκολίας (Dixon et al, 2011).

Ο όρος «ατομική θεραπεία» αναφέρεται σε όλες εκείνες τις θεραπείες που χρησιμοποιούν το λόγο και τη «συζήτηση» ως κύριο θεραπευτικό εργαλείο. Οι «συζητήσεις» στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας είναι δομημένες τόσο σε επίπεδο περιεχομένου όσο και σε επίπεδο χρόνου και χώρου και αποκαλούνται: συνεδρίες. Στην ατομική ψυχοθεραπεία οι συνεδρίες λαμβάνουν χώρα στο γραφείο του ψυχοθεραπευτή, διαρκούν 45- 50 λεπτά και συνήθως έχουν εβδομαδιαία συχνότητα. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, ψυχοθεραπευτής και θεραπευόμενος συνεργάζονται προκειμένου να επιτύχουν τους στόχους που έχει θέσει ο θεραπευόμενος (Dixon et al, 2011). Παράλληλα με την φαρμακευτική θεραπεία οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές συμπεριλαμβανομένου της ατομικής και διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας φαίνεται να έχουν σημαντική θέση στην αντιμετώπιση της περιγεννητικής κατάθλιψης. Σημαντικότερη από αυτές η ατομική ψυχοθεραπεία.

Η ψυχοθεραπεία έχει ως κύριο στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων που αναζητούν λύσεις και απαντήσεις στα προβλήματα και τα ερωτήματα που τους απασχολούν. Η ατομική ψυχοθεραπεία, η ψυχοθεραπεία ζεύγους και οικογένειας και η κλασσική ψυχανάλυση είναι μέθοδοι που χρησιμοποιούν ως κύρια μέσα τον διάλογο και την ανάλυση των σκέψεων και των συναισθημάτων προκειμένου να προσφέρουν μία καλύτερη κατανόηση του εαυτού μας και των άλλων.

Οι Γνωσιακές-Συμπεριφορικές θεραπείες θεωρούν ότι οι άνθρωποι δεν υποφέρουν τόσο από τα ίδια τα αντίξοα γεγονότα που μπορεί να προκύψουν στη ζωή, αλλά από τον τρόπο με τον οποίο τα ερμηνεύουν και τα αξιολογούν, ο οποίος καθορίζεται και από τις πεποιθήσεις που διατηρούν για τους εαυτούς τους, τους άλλους και τη ζωή (Dixon et al, 2011). Κατά συνέπεια, η ατομική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει συνεργατική δουλειά μεταξύ ψυχοθεραπευτή και θεραπευόμενου και συγκεκριμένες παρεμβάσεις που προτείνονται από τον ψυχοθεραπευτή με στόχο την αλλαγή των δυσλειτουργικών ή αλλιώς μη βοηθητικών πεποιθήσεων και συμπεριφορών του θεραπευόμενου. Με αυτό τον τρόπο και μέσω της καθοδήγησης του ψυχοθεραπευτή, ο θεραπευόμενος συμμετέχει ενεργά και αποκτά τη δύναμη να κάνει αλλαγές αντί να κάθεται παθητικά και να μιλά μια φορά την εβδομάδα στη συνεδρία του (Dixon et al, 2011). Για γυναίκες με σοβαρότερα συμπτώματα κατάθλιψης, ένας συνδυασμός θεραπευτικής αγωγής συνίσταται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.

2.2 Περιγεννητικές αγχώδεις διαταραχές

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

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

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

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

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

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

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

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του ενδιαφέροντος για την εν λόγω διαγνωστική κατηγορία.

2.2.1 Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (ΓΑΔ)

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

2.2.2 Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΔΨΔ)

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

Η ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή δεν έχει μελετηθεί αρκετά ως ανεξάρτητη διαταραχή, σε σύγκριση με την περιγεννητική κατάθλιψη. Εμφανίζεται στο 2% του γενικού πληθυσμού, αλλά δεν έχει μελετηθεί επαρκώς η επικράτησή της στον πληθυσμό γυναικών που διανύουν την περιγεννητική περίοδο. Οι Wenzel και συνεργάτες εντόπισαν ότι, ποσοστό 2,6% από 147 γυναίκες πληρούσαν τα κριτήρια της ιδιοψυχαναγκαστικής διαταραχής οκτώ εβδομάδες μετά τον τοκετό, και 5,4% ανέφεραν υποκλινικά επίπεδα της διαταραχής (στο Zambaldi et al., 2009). Στην έρευνα των Zambaldi και συνεργατών, 9% των γυναικών 2-26 εβδομάδες μετά τον τοκετό πληρούσαν τα κριτήρια της ιδιοψυχαναγκαστικής διαταραχής, σύμφωνα με το DSM-IV. Σύμφωνα με πιο πρόσφατη έρευνα, η επικράτηση της ιδιοψυχαναγκαστικής διαταραχής είναι 2,1% κατά την κύηση και 2,4% κατά την περιγεννητική περίοδο, ποσοστά που υπερβαίνουν την επικράτηση της διαταραχής στον γενικό πληθυσμό (Russell et al., 2013, στο Bauer et al., 2014). Το εύρημα υποδεικνύει ότι η εν λόγω διαταραχή μπορεί να πυροδοτηθεί κατά την περιγεννητική περίοδο.

Κάποιες διαχρονικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, καταλήγουν σε προκαταρκτικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία παρατηρείται αύξηση της επίπτωσης (incidence) της ιδιοψυχαναγκαστικής διαταραχής, καθώς και αύξηση των υποτροπών προϋπαρχόντων ιδιοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων και επιδείνωση παρόντων (Maina et al., 1999. Abramowitz et al., 2003. Fairbrother et al., 2007. Labad, 2005. Williams, 1997, στο Zambaldi et al., 2009), κυρίως στην περίοδο της λοχείας (Epperson et al., 1995, στο Brandes et al., 2004).

Ένα ποσοστό 38,9% των γυναικών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή εμφανίζουν συννοσηρότητα με καταθλιπτικά επεισόδια (Zambaldi et al., 2009). Αγχώδη και ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα είναι παρόντα σε γυναίκες που υποφέρουν από συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης.

Το περιεχόμενο των ιδεοληψιών στις περιπτώσεις που έχουν περιγραφεί είναι έντονα βίαιο και επιθετικό, και παίρνει τη μορφή εισβολής σκέψεων εμπρόθετης πρόκλησης βλάβης στο παιδί (σκέψεις μαχαιρώματος, εικόνες σεξουαλικής κακοποίησης, ιδέες πνιγμού του παιδιού). Οι σκέψεις αυτές δεν ακολουθούνται από καταναγκαστικές συμπεριφορές (Sichel et al., 1993 στο Zambaldi et al., 2009). Σε άλλη έρευνα όμως που μελέτησε την εξέλιξη των συμπτωμάτων γυναικών, με επιλόχειας έναρξης ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και ιδεοληψίες επιθετικού περιεχομένου, το 71% ανέφεραν ιδέες μόλυνσης και το 57% ανέφερε καταναγκασμούς ελέγχου (Arnold, 1999). Ιδέες με επιθετικό περιεχόμενο, μόλυνσης και καταναγκαστικές συμπεριφορές ελέγχου, καθαριότητας και πλυσίματος, επιβεβαιώνονται και από την έρευνα των Zambaldi και συνεργατών (2009).

Κάποιοι ερευνητές εισηγούνται ότι τα ιδεοληπτικά συμπτώματα ενδέχεται να είναι φυσιολογικό εύρημα σε πληθυσμό νέων γονιών. Οι Abramowitz και συνεργάτες (2003) παρατήρησαν ότι το 69% των νέων μητέρων και το 58% των νέων πατέρων αναφέρουν την εμπειρία ανεπιθύμητων παρεμβατικών σκέψεων για το βρέφος. Επίσης, 49,5% από 91 λεχωίδες αναφέρουν ιδέες εμπρόθετης πρόκλησης βλάβης στο νεογνό, ενώ όλες αναφέρουν παρεμβατικές ιδέες βλάβης από ατύχημα (Fairbrother & Woody, 2008).

Η συννοσηρότητα καταθλιπτικών και ιδεοληπτικών συμπτωμάτων, οδηγούν κάποιους ερευνητές να προτείνουν μια θεώρηση των καταθλιπτικών και αγχώδων συμπτωμάτων ως emπίπτοντα σε ένα ευρύτερο φάσμα περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών. Επίσης, συνιστούν τη συμπερίληψη, όχι μόνο καταθλιπτικής αλλά και αγχώδους συμπτωματολογίας, στους ελέγχους ρουτίνας που διενεργούνται στο πλαίσιο δράσεων ανίχνευσης (Abramowitz et al., 2010).

2.2.3 Διαταραχή πανικού

Η Διαταραχή Πανικού περιγράφεται ως ένα αδικαιολόγητο επίπεδο φόβου που προκαλείται από την προσδοκία ή παρουσία μιας συγκεκριμένης κατάστασης, και η οποία οδηγεί σε απρόσμενες και επαναλαμβανόμενες κρίσεις πανικού. Μολονότι υπάρχουν ενδείξεις ότι η Διαταραχή Πανικού είναι πιο συχνή στις γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό των γυναικών, η έρευνα στο πεδίο είναι εξαιρετικά περιορισμένη. Τα λιγοστά ευρήματα δεν ταυτοποιούν παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνιση διαταραχής πανικού και καταγράφουν ένα ποσοστό 6% που συσσωρεύεται μέχρι και τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό (Sholomskas et al., 1993 στο (NICE, 2007, σ. 207). Πιο σύγχρονη έρευνα αναφέρει ένα ποσοστό από 1,4% μέχρι και 9,1% κατά τη διάρκεια της κύησης, και 0,5% μέχρι και 2,9% μεταξύ 6 και 10 εβδομάδων μετά τον τοκετό. Η κοινωνική φοβία εμφανίζεται στο 2% - 6,4% των εγκύων και στο 0,2% έως 6,5% το πρώτο διάστημα μετά τον τοκετό (Wenzel et al., 2011 στο O'Hara, 2014).

2.2.4 Διαταραχή μετατραυματικού άγχους μετά τον τοκετό (PTSD- Posttraumatic Stress Disorder)

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

Η επικράτηση της PTSD κυμαίνεται από 5%, κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα μετά τον τοκετό, έως και 2,9% εννέα μήνες μετά τον τοκετό (Denis et al., 2011). Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στο συγκεκριμένο πεδίο αναδεικνύει ότι, ποσοστό 30% των γυναικών βιώνουν τον τοκετό σαν ένα τραυματικό γεγονός (Creedy et al., 2000. Soet et al., 2003) και περίπου 1%-6%, των γυναικών εκδηλώνουν τα συμπτώματα της PTSD αμέσως μετά την εμπειρία του τοκετού (Wijma et al., 1997, Zaers et al., 2008). Άλλες έρευνες αναφέρουν ότι, ποσοστό 2% εμφανίζει μετατραυματική διαταραχή αμέσως μετά τον τοκετό (Ayers 2004, Olde et al., 2006 στο Bauer et al., 2014). Ο πόνος κατά τον τοκετό θεωρείται προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση ΔΜΑ (Menage, 1993. Melender, 2002. Soet et al., 2003).

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

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

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

Η ασυμβατότητα ανάμεσα στην προσδοκώμενη και την πραγματική εμπειρία (Quine et al., 1993. Maggioni et al., 2006. Melender, H.L., 2002. Denis et al., 2011), τα έντονα συναισθήματα απώλειας ελέγχου (Hodnett, 2002. Soet et al., 2003. Maggioni et al., 2006. Denis et al., 2011), η υποκειμενική εκτίμηση για την ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης (Czarnocka και Slade, 2000. Melender, 2002), προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες που είχε βιώσει η γυναίκα (Rhodes και Hutchinson, 1994. Soet et al., 2003), και η πιθανή εκτίμηση της αλληλεπίδραση και της φροντίδας που είχε η γυναίκα από το προσωπικό του μαιευτηρίου (Wijma et al., 1997. Creedy et al., 2000. Soet, Brack & DiIorio, 2003. Maggioni et al., 2006. Denis et al., 2011), αποτελούν παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής.

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

2.2.5 Τοκοφοβία

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

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

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

αφορά την εκδήλωση συμπτωμάτων πριν ακόμα η γυναίκα μείνει έγκυος, στην εφηβεία ή στην αρχή της ενηλικίωσης. Η γυναίκα εμφανίζει αποφευκτική συμπεριφορά απέναντι στην εγκυμοσύνη, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να φτάσει ακόμα και σε άμβλωση. Η δευτερογενής τοκοφοβία εμφανίζεται ως συνέπεια μιας τραυματικής εμπειρίας που αφορά προηγούμενη εγκυμοσύνη, αποβολή, εμβρυικό θάνατο ή τραυματικό τοκετό. Η δευτερογενής τοκοφοβία από κάποιους ταξινομείται ως νοσολογική υποκατηγορία της μετατραυματικής διαταραχής άγχους .

2.3 Περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές στην Ελλάδα

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

Πίνακας 2: Τα αποτελέσματα της έρευνας των Gonidakis et al

	PPD group (%)	NPPD group (%)	χ^2		
			χ^2 value	df	P
Demographic and social variables					
Marital status (married)	97.5	98.3	0.2	1	.6
Evaluation of marriage (average/poor)	11.7	4.5	5.5	2	.05
Occupation (unemployed)	30.2	19	3.9	1	.05
Nationality (Greek)	75.9	65.2	3.3	1	.07
Medical data					
Treatment for conceiving difficulties	11.5	9.7	0.2	1	.6
History of a nonpsychotic mental disorder	17.7	9.3	4.5	1	.04
Pregnancy and delivery					
Unwanted pregnancy	11.4	14.4	0.5	1	.8
Negative mother's reaction at the announcement of pregnancy	24.1	20.3	1.2	2	.6
Mother's satisfaction with the infants sex	77.2	76.6	0.01	1	.9
Delivery by cesarean section	32.9	38.5	0.8	1	.4
Puerperium and follow-up					
Intention to breastfeed	86.1	91.4	1.9	1	.2
Support and advice from family	68.4	56.7	3.5	1	.06
Peer support	68.4	69.1	0.01	1	.9
Breastfeeding (first week)	78.4	83.9	0.6	1	.4
Breastfeeding (first month)	67.4	69.3	0.06	1	.8
Breastfeeding (third month)	40.8	45	0.3	1	.6
Breastfeeding (sixth month)	24.6	22.8	0.1	1	.8
Poor sleep (first week)	30.6	14	5.4	1	.02
Poor sleep (first month)	36.2	15.5	9.8	1	.002
Poor sleep (third month)	14	7.9	1.8	1	.2
Poor sleep (sixth month)	10.1	7.8	0.4	1	.5
Crying excessively (first week)	22.2	14	1.5	1	.2
Crying excessively (first month)	55.3	22.6	18.8	1	.001
Crying excessively (third month)	18	10.5	2.1	1	.2
Crying excessively (sixth month)	10.1	7.8	0.4	1	.5
Nominal variables.					

Nominal variables.

Πηγή: Gonidakis et al., 2008

Από έρευνα που διεξήχθη το 2008 με στόχο τη στάθμιση της EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) στην Ελλάδα, προκύπτει ότι η επικράτηση της επιλόχειας κατάθλιψης κυμαίνεται στο 12,4%, με το 7,4% των λεχωίδων να πληρούν κριτήρια ήπιας κατάθλιψης και το 5% κριτήρια μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (Leonardou et al., 2009).

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

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

Σε έρευνα που διεξήχθη σε 413 γυναίκες στο πλαίσιο εκπόνησης διδακτορικής διατριβής, το 16,2% των λεχωίδων ταυτοποιήθηκαν ως καταθλιπτικές τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό, με το ποσοστό να μειώνεται στο 12,4% κατά τη δεύτερη εκτίμηση (5η – 6η εβδομάδα μετά τον τοκετό). Στην εμφάνιση συμπτωμάτων μετά τον τοκετό, σημαντικό ρόλο παίζουν οι σχέσεις με τον σύζυγο και τη μητέρα, οι ύπαρξη οικονομικών, νομικών και σχετικών με την υγεία στρεσογόνων γεγονότων ζωής, και η φτώχη ικανοποίηση των γυναικών από την ποιότητα της ζωής τους. Επίσης, οι πρωτότοκες και όσες δεν θήλαζαν τα βρέφη τους ήταν πιο πιθανό να εμφανίσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία τις πρώτες μέρες της λοχείας. Από τους παράγοντες προσωπικότητας που ελέγχθηκαν, φάνηκε ότι οι γυναίκες με ανεπαρκή αίσθηση συνεκτικότητας και δύναμης του Εγώ, αλλά και αυτές με υψηλά επίπεδα επιθετικότητας, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να καταπονηθούν ψυχολογικά μετά τον τοκετό (Κώτση, 2009).

Τα οικονομικά προβλήματα, η κατάθλιψη στο παρελθόν, η έλλειψη υποστήριξης και η μη ικανοποίηση από τη συζυγική σχέση, φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ενώ η ικανοποίηση από τη συζυγική σχέση αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης τέσσερις μήνες μετά τον τοκετό (Σταματίου και Παπαληγούρα, 2010). Η παρουσία κοινωνικής υποστήριξης υποστηρίζεται και από τους Kritsotakis και συνεργάτες (2013).

Σύμφωνα με τις έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε γυναίκες πριν τον τοκετό, η συναισθηματική ευεξία της γυναίκας κατά τη διάρκεια της κύησης

επηρεάζει την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης (Koutra et al., 2014). Επίσης, οι ανησυχίες των ελληνίδων εγκύων αφορούν την υγεία του παιδιού, τον τοκετό και τα οικονομικά προβλήματα. Η επικράτηση αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην κύηση, καθιστούν ιδιαίτερα κρίσιμο το θέμα της έγκαιρης ανίχνευσης (Gourounti et al., 2012).

Τέλος, έχουν γίνει κάποιες έρευνες για βιολογικούς παράγοντες που συνδέονται με την επιλόχεια κατάθλιψη. Το 2008 πραγματοποιήθηκε έρευνα για τη διερεύνηση της επίδρασης μηχανισμών του ανοσοποιητικού συστήματος στην εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης, που κατέλειξε σε ενδείξεις που χρειάζονται περεταίρω διερεύνηση (Boufidou et al., 2009). Βρέθηκε επίσης σχέση μεταξύ αυξημένων επιπέδων FT3 του θυρεοειδούς πριν τον τοκετό, με επιλόχειες διαταραχές στη διάθεση (Lambrinoudaki, 2010). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2011 βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στην υιοθέτηση υγιεινής διατροφής κατά την περίοδο της κύησης και στον μειωμένο κίνδυνο για εμφάνιση επιλόχειας διαταραχής (Chatzi et al., 2011).

2.3.1 Οργανισμοί Παροχής Κοινωνικής Υποστήριξης στην Ελλάδα

Η κοινωνική υποστήριξη είναι ένας παράγοντας ο οποίος βοηθάει πολλές φορές στην μείωση των καταθλιπτικών συναισθημάτων και του άγχους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (Elgar et al., 2004). Η έλλειψη της κοινωνικής υποστήριξης είναι αδιαφιλονίκητα ένας παράγοντας που προωθεί αρνητικές εκβάσεις τόσο για την υγεία της μητέρας όσο και για την υγεία και ανάπτυξη του εμβρύου/παιδιού (Dunkel-Schetter et al., 2000).

Η αποτελεσματικότητα και η χρησιμότητά της εξαρτάται από πολλές άλλες μεταβλητές όπως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το μορφωτικό επίπεδο, την ηλικία, την καταγωγή κλπ. Κρίνεται αναγκαίο να υπάρχουν θεσμοί που παρέχουν κοινωνική υποστήριξη σε έγκυες και σε μητέρες, άσχετα με το αν ορισμένες γυναίκες μπορεί να μην χρησιμοποιήσουν αυτού του είδους την βοήθεια ή στρατηγική αντιμετώπισης. Είναι λογικό ορισμένες γυναίκες να χρειάζονται και ίσως να εξαρτώνται από την κοινωνική υποστήριξη και άλλες να μην την χρειάζονται καθόλου. Η κοινωνική υποστήριξη είναι μια διαδικασία στην οποία συμμετέχει αυτός που την παρέχει και αυτός που την δέχεται, είναι δηλ. μια διαδικασία αλληλεπίδρασης, η οποία μέσα από την παροχή υλικών και συναισθηματικών πόρων αποσκοπεί στην βελτίωση της αντιμετώπισης προβληματικών καταστάσεων, στην βελτίωση της εκτίμησης από τους άλλους (υπόληψης), στην βελτίωση του αισθήματος ότι το άτομο που ζητάει την βοήθεια αυτή ανήκει κάπου και στην βελτίωση της δεξιότητάς του (επαγγελματικής, κοινωνικής, επικοινωνιακής κλπ.) (Gottlieb, 2001, 307).

Αν και δεν υπάρχει ένας ενιαίος ορισμός περί κοινωνικής υποστήριξης, σε γενικές γραμμές η κοινωνική υποστήριξη νοείται σε τέσσερις διακριτές κατηγορίες υποστηρικτικής συμπεριφοράς: συναισθηματική, υλική/ απτή, ενημερωτική /πληροφοριακή, αξιολογική (το άτομο αξιολογεί την κατάστασή του με πληροφορίες και τη βοήθεια που του παρέχεται, συνειδητοποιώντας το τι χρειάζεται να κάνει για να αντιμετωπίσει το δικό του πρόβλημα).

Όσον αφορά την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες καθώς και την πρόληψη, διάγνωση και αντιμετώπιση - θεραπεία αυτών, πρέπει να καταβληθούν μεγάλες προσπάθειες στην Ελλάδα, ούτως ώστε να αυξηθεί η συνείδηση του γενικού πληθυσμού για αυτά τα θέματα και να γνωρίζουν οι μέλλουσες μητέρες που μπορούν να απευθυνθούν εάν παρουσιάζουν την ανάλογη συμπτωματολογία. Η δράση των οργανισμών, οργανώσεων, συλλόγων κλπ. είναι καθοριστική για την διάδοση των πληροφοριών, την εξάλειψη των προκαταλήψεων (π.χ. όποιος πηγαίνει στον ψυχολόγο είναι τρελός, «δεν είναι καλά στα μυαλά του») και την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας σε αυτά τα θέματα.

Αναφέρονται ορισμένοι οργανισμοί, προγράμματα κλπ. στην Ελλάδα, οι οποίοι παρέχουν κοινωνική υποστήριξη σε γυναίκες που την χρειάζονται. Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί ότι η δράση των οργανισμών αυτών θα πρέπει να γίνει πιο εντατική όσον αφορά την ενημέρωση των πολιτών πάνω στα ζητήματα αυτά. Σε πολλά νοσοκομεία έχουν δημιουργηθεί δωρεάν προγράμματα εκπαίδευσης εγκύων γυναικών, το οποίο μεταξύ άλλων προετοιμάζει τις γυναίκες ψυχικά και σωματικά για την ώρα του τοκετού, για τον θηλασμό και την φροντίδα του μωρού. Αν και δεν είναι γνωστά ο αριθμός προσέλευσης και το εύρος των θεμάτων που καλύπτεται από το πρόγραμμα, θεωρείται πως το πρόγραμμα αυτό είναι ουσιαστικό στην αντιμετώπιση του σχετικού με την εγκυμοσύνη άγχους και την επικείμενη μητρότητα. Ωστόσο, δεν λαμβάνει υπόψη την συναισθηματική κατάσταση της εγκύου προ της γέννας, τους παράγοντες που την προκαλούν στρες και πως αυτή μπορεί να το ξεπεράσει.

Βέβαια, οι συμμετέχουσες στο πρόγραμμα αυτό θα μπορούσαν να συμβουλευτούν τις μαίες που το διοργανώνουν, αλλά αυτό αποτελεί εικασία, καθώς αν όντως μια γυναίκα είχε καταθλιπτικά συναισθήματα, ίσως να μην ήθελε να συζητήσει για αυτά από φόβο στιγματισμού, π.χ. αν είχε τάσεις αυτοκτονίας κλπ. Συνεπώς, σε τέτοια προγράμματα θα ήταν καλό να ενσωματωθούν και ψυχομετρικά τεστ και ανάλογοι προληπτικοί έλεγχοι, όπως προλέχθηκε.

Το Κέντρο Βρεφών «Η ΜΗΤΕΡΑ» παρέχει επίσης υποστήριξη, βοήθεια και προστασία σε έγκυες και λεχωίδες (18 συνολικά). Στέγη, τροφή, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, συμβουλευτικές υπηρεσίες και ψυχολογική υποστήριξη είναι ορισμένες παροχές του κέντρου. Εντούτοις, ο αριθμός των γυναικών που έχει πρόσβαση στο πρόγραμμα αυτό είναι αρκετά περιορισμένος. Εκτός από αυτό, δεν αναφέρεται τίποτα στην επίσημη ιστοσελίδα περί κατάθλιψης κλπ.

Η «Αγκαλιά - Σύλλογος προστασίας αγέννητου παιδιού» παρέχει επίσης ουσιαστική υποστήριξη σε έγκυες γυναίκες και μητέρες σε γενικά ζητήματα συμπεριλαμβανομένων ψυχολογικών. Παρ' όλα αυτά δεν υπάρχει ουσιαστική συνεισφορά για την ενημέρωση σχετικά με την κατάθλιψη και το άγχος. Εν αντιθέσει, υπάρχουν σχετικά περισσότερες – όχι αρκετές – πληροφορίες σχετικά με το άγχος και την κατάθλιψη στην ιστοσελίδα του «Σωματείου για την Προαγωγή του Φυσικού Τοκετού Ευτοκία».

Η Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία (ΑμΚΕ) «ΦΑΙΝΑΡΕΤΗ» είναι ο φορέας που παρέχει μακράν τις περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την ψυχική υγεία της εγκύου γυναίκας, τις περιγεννητικές διαταραχές και είναι ιδιαίτερα

ευαισθητοποιημένος σε αυτά τα θέματα με προγράμματα και εκδηλώσεις, π.χ. «Συμβουλευτική και Υποστήριξη Μεταναστριών Εγκύων και Νέων Μητέρων».

Συγκεφαλαιωτικά, διαπιστώθηκε ότι ναι μεν υπάρχουν οργανισμοί, σεμινάρια, κλπ. που βοηθούν τις υποψήφιες μητέρες σε σημαντικά θέματα της εγκυμοσύνης (συμπεριλαμβανομένης της επιλόχειου κατάθλιψης), εκλείπει όμως ένας φορέας που να προωθεί πληροφορίες σχετικά με την προγεννητική κατάθλιψη και το άγχος και να παρέχει στήριξη στις γυναίκες που την έχουν ανάγκη.

Η σχετικά μεγάλη διαδικτυακή παρουσία των οργανισμών είναι ένα θετικό σημάδι, ωστόσο θα πρέπει οι οργανισμοί αυτοί να ευαισθητοποιηθούν και στα θέματα της κατάθλιψης προ της γέννησης, η οποία – όπως προκύπτει από τα παραπάνω – είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου επιλόχειας κατάθλιψης. Επίσης, για την ενημέρωση των πολιτών πάνω σε αυτό το θέμα χρειάζεται εκτός από παρουσία στο διαδίκτυο, και έμπρακτο ενδιαφέρον το οποίο εκδηλώνεται και σε εθνικό και σε τοπικό επίπεδο.

Χρειάζονται καμπάνιες ευαισθητοποίησης και σεμινάρια που παρέχονται από ειδικούς σε όλες τις πόλεις της Ελλάδας αλλά και στην επαρχία. Η ελληνική κυβέρνηση είναι επίσης ένας φορέας που θα πρέπει να εντατικοποιήσει τις προσπάθειες καθιερώσεως θεσμών που σχετίζονται με τα παραπάνω θέματα. Πρέπει να παράσχει οικονομικά κίνητρα για την δημιουργία τέτοιων οργανισμών, να εκδώσει σχετικό ενημερωτικό υλικό που να είναι διαθέσιμο σε όλες τις δημόσιες υπηρεσίες και πρέπει να εντάξει μαθήματα σχετικής ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης στο πρόγραμμα της εκπαίδευσης.

2.4 Κρισιμότητα των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών - Επιπτώσεις

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

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

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

2.4.1 Επιπτώσεις των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών στην κύηση και στο έμβρυο

Η ανασκόπηση της έρευνας δείχνει ότι η **κατάθλιψη** κατά την κύηση μειώνει την κινητικότητα του εμβρύου (Field et al., 2006), συντελεί στη γέννηση λιποβαρών βρεφών, λόγω της αυξημένης συγκέντρωσης κυρίως της κορτιζόλης, αλλά και της νορεπινεφρίνης (Halbreich, 2005; Field et al., 2006). Επίσης, τα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την κύηση έχουν συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού (Halbreich, 2005; Field, 2011).

Ανάλογες είναι και οι επιπτώσεις του **άγχους** κατά την κύηση, δεδομένης και της συχνής συννοσηρότητας καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών (Field, 2004). Τα έμβρυα των γυναικών με υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης είχαν μικρότερη εγκεφαλική, κοιλιακή, αμφιβρεγματική περίμετρο και χαμηλότερο βάρος (Field et al., 2006; Field, 2011). Επιπρόσθετα, στις περιπτώσεις έκθεσης του εμβρύου σε απόπειρες αυτοκτονίας της μητέρας, έχει καταγραφεί διανοητική καθυστέρηση και άλλες σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες (Gidai et al., 2010; Gentile, 2011; Petic et al., 2012). Οι Orr και συνεργάτες κατέγραψαν συσχέτιση μεταξύ σημαντικού άγχους και πρόωρου τοκετού (Bauer et al., 2014).

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

Σύμφωνα με τα περιορισμένα ερευνητικά πορίσματα για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, οι γυναίκες με νευρογενή ανορεξία είναι πιο πιθανό να γεννήσουν λιποβαρή βρέφη, εύρημα που αποδίδεται κυρίως σε μια προγενέστερη της κύησης διαταραχή, καθώς και στον χαμηλό δείκτη μάζας σώματος κατά την κύηση (Kouba et al., 2005; Micali et al., 2007; Solmi et al., 2013; Bauer et al., 2014).

Αυξημένο ποσοστό αποβολών φαίνεται να συνδέεται με το ιστορικό **νευρογενούς βουλιμίας**, διαταραχή που επίσης προϋπάρχει της κύησης (Micali et al., 2007; Bauer et al., 2014). Προς το παρόν, δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα για περιπτώσεις για διαταραχές πρόσληψης τροφής που εμφανίζονται για πρώτη φορά κατά την περιγεννητική περίοδο (Easter et al., 2013; Bauer et al., 2014; NICE 2014).

2.4.2 Οι επιπτώσεις των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών στο βρέφος και στο παιδί

Η ποιότητα της σχέσης μεταξύ μητέρας – παιδιού, ο βαθμός της ανάμειξης και ενασχόλησης με το παιδί, η ποιότητα της φροντίδας του, είναι σημαντικοί παράγοντες

για την ευημερία και την ψυχική υγεία των παιδιών (Waldfogel et al., 2010. Santos, 2014). Οι ελλείψεις στους παραπάνω τομείς επηρεάζουν σημαντικά την εμφάνιση μελλοντικών ψυχικών διαταραχών, (Weich et al., 2009; Stewart & Shrader-Mcmillan, 2011; Santos, 2014).

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

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

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

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

Οι επιπτώσεις του **άγχους** και της κατάθλιψης **στο παιδί** ενδέχεται να είναι **μακροπρόθεσμες**. Τα παιδιά αυτά των γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη συνάπτουν

ανασφαλή και αποφευκτικό δεσμό και εμφανίζουν μειωμένες γνωστικές, συναισθηματικές, λεκτικές και κοινωνικές δεξιότητες στην πορεία της ανάπτυξής τους (Davey et al., 2011). Συγκεκριμένα, τα παιδιά των γυναικών που εμφάνισαν συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης κατά την κύηση και στους πρώτους μήνες μετά τον τοκετό, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν ψυχιατρικές διαταραχές στην ηλικία των 6 ετών, ή και σε μεγαλύτερη ηλικία (Santos, 2014), διαταραχές στη συναισθηματική ανάπτυξη (Cooper & Murray, 1996), προβλήματα συμπεριφοράς (Schmied, 2013), καθώς και καθυστέρηση στη γνωστική και γλωσσική ανάπτυξη (Field et al., 1988; Alpern et al., 1993; Bauer et al., 2014) και χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης (Blazer et al., 1994. Grace et al., 2003. Schmied, 2013. Deligiannidis και συν, 2014). Διαχρονική έρευνα έχει καταγράψει τις επιπτώσεις του περιγεννητικού άγχους στην ιδιοσυγκρασία του παιδιού στην ηλικία των δύο ετών (Blair et al., 2011 στο Bauer et al., 2014), αλλά και στην εκτελεστική λειτουργικότητά του (executive functioning) στην ηλικία 6-9 ετών (Buss et al., 2011).

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

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

Πίνακας 3: Τα αποτελέσματα της έρευνας των Pawlby et al.

Logistic regression model with maternal depression in pregnancy and total number of depressive episodes (N=121)				
	95% CI for EXP (B)			
	B (SD)	Lower	EXP	Upper
(B)				
Included				
Constant	-3.33 (.58)			
Depression in pregnancy	.59 (.73)	.43	1.81	7.57
Total no of depressive time periods (range 0–5, pregnancy to 16 years)***	.55 (.23)	1.12	1.74	2.71
Note R ² = .12 (Cox and Snell) .22 (Nagelkerke); Model χ^2 (2) = 15.47, $p < .001$ ***.				

Πηγή: Pawlby et al., 2009

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

2.4.3 Οι επιπτώσεις των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών στην ίδια τη γυναίκα

Η Confidential Enquiry into Maternal Deaths (CEMD), που αποτελεί το παρατηρητήριο των μητρικών θανάτων στο Ηνωμένο Βασίλειο (Lewis και Drife, 2004), αναφέρει ότι, μέχρι το 2005, οι ψυχιατρικές διαταραχές αποτελούσαν την κύρια αιτία θανάτων των μητέρων σε διάστημα ενός έτους μετά τον τοκετό, με περισσότερους από τους μισούς θανάτους να οφείλονται σε αυτοκτονία. Η πλειονότητα των αυτοκτονιών για τις έγκυες και τις λεχωίδες λαμβάνει χώρα την έκτη εβδομάδα πριν τον τοκετό και τη δωδέκατη μετά τον τοκετό. Σε αντίθεση με άλλες περιόδους, η αυτοκτονία κατά την περίοδο της λοχείας πραγματοποιείται από το 80% των γυναικών με βίαιο τρόπο, με τον απαγχονισμό να προηγείται και την πτώση από ύψος να ακολουθεί σε συχνότητα. Ελάχιστες ήταν οι περιπτώσεις εμπρόθετου θανάτου από υπερκατανάλωση φαρμακευτικών σκευασμάτων, κάτι που αποτελεί τον «γυναικείο» τρόπο αυτοκτονίας σε άλλες χρονικές περιόδους πλην της λοχείας (Oates, 2009). Στη Μεγάλη Βρετανία η συχνότητα των αυτοκτονιών είναι 0,27 ανά 100.000 γεννήσεων. Παρόλα αυτά, μόνο 20% έως και 40% των γυναικών με καταθλιπτική διαταραχή αναζητούν βοήθεια επαγγελματιών ψυχικής υγείας (McGarry, 2009; Marcus, 2008, στο Hubner-Liebermann, 2012).

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

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

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

Για την πορεία και την ένταση των συμπτωμάτων, αποτελέσματα ερευνών αναφέρουν ότι η ένταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι μεγαλύτερη τους πρώτους μήνες μετά τον τοκετό, αλλά φθίνει σταδιακά για ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών. Σε αρκετές περιπτώσεις τα καταθλιπτικά συμπτώματα επιμένουν τον πρώτο ή και τον δεύτερο χρόνο μετά τον τοκετό, χωρίς ιδιαίτερη αλλαγή στην έντασή τους (Goodman, 2004). Μάλιστα, οι Campbell και Cohn (1997) βρήκαν ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης, είτε κλινικής είτε υποκλινικής, είναι παρόντα στο δείγμα ακόμα και δύο έτη μετά τον τοκετό (Goodman, 2004), ενώ άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι υπάρχει κίνδυνος παγίωσης της διαταραχής ή της επανεμφάνισής της σε επόμενη εγκυμοσύνη ή και λοχεία (Cox et al., 1987), ιδίως σε περιπτώσεις τραυματικού τοκετού, βίωμα που δημιουργεί αρνητικές επιπτώσεις στην επόμενη κύηση (Allen, 1998; Soet, et al., 2003; Davies et al., 2008; Bauer et al., 2014).

Συγκεκριμένα, εμπειρίες όπως αυτή του πρόωρου τοκετού, της πρόκλησης και της καισαρικής τομής, είναι πιθανό να βιωθούν από τις γυναίκες ως τραυματικές. Η έρευνα στο συγκεκριμένο πεδίο δεν έχει καταλήξει στο αν η ύπαρξη προγεννητικής κατάθλιψης συνιστά αιτιολογικό παράγοντα για τη βίωση του τοκετού ως τραυματική εμπειρία ή αν η εμπειρία καθ'αυτή θα μπορούσε να είναι τραυματική, ανεξάρτητα με την ύπαρξη ή όχι καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην κύηση. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία φάνηκε ότι οι γυναίκες που έχουν αποκτήσει μόνο ένα παιδί, εμφανίζουν σε πολύ υψηλότερο ποσοστό συμπτώματα κατάθλιψης, σε διάστημα τέσσερα χρόνια μετά τον τοκετό, παρά σε προηγούμενες φάσεις από τον τοκετό μέχρι και το διάστημα αυτό. Η έρευνα καταλήγει ότι η μητρική κατάθλιψη είναι πιο συχνή στα τέσσερα χρόνια μετά τον τοκετό σε σύγκριση με τους πρώτους 12 μήνες, στις γυναίκες με 1 παιδί (Woolhouse, 2014), συνηγορώντας προς την παγίωση και τη χρονιότητα, αν η διαταραχή δεν τύχει κατάλληλης παρέμβασης. Σε ανασκόπηση των διαχρονικών ερευνών που πραγματοποιήθηκε το 2013 φαίνεται ότι, στις περιπτώσεις μειζόνων επεισοδίων (κατάθλιψη ή άγχους) κατά την κύηση, υπάρχει 4 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος για παγίωση της διαταραχής και 8 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος για κακή κατάσταση γενικότερης υγείας σε 14, ακόμα και σε 25 έτη μετά τον τοκετό (Schmied, 2013).

Διαχρονική έρευνα σε γυναίκες που εκδήλωσαν το πρώτο επεισόδιο **ψύχωσης** μετά τον τοκετό υπολογίζει ότι υπάρχει πιθανότητα 9,7% υποτροπής για τα επόμενα δέκα χρόνια (Bauer et al., 2014). Αυξημένο είναι επίσης το ποσοστό αυτοκτονιών και ο κίνδυνος όχι μόνο της υποτροπής, αλλά και της παγίωσης και της χρονιότητας της

ψύχωσης (Hedegaard et al., 1993; Lewis et al., 2004; Howard, 2005. Jablensky et al., 2005). Φαίνεται ότι η σοβαρότητα του επεισοδίου που αντιμετωπίζει η γυναίκα επιδρά στην απόφασή της να κάνει δεύτερο παιδί. Στις περιπτώσεις για παράδειγμα της επιλόχειας ψύχωσης, ένα ποσοστό μεταξύ 40% και 70% των γυναικών αποφεύγουν να κάνουν δεύτερο παιδί, στην προσπάθειά τους να αποφύγουν μια υποτροπή (Bauer et al., 2014).

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

2.4.4.Επιπτώσεις στη σχέση με τον σύντροφο και την οικογένεια

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

Τα πορίσματα των ερευνών δείχνουν μια συστηματική σχέση ανάμεσα στην απουσία ικανοποίησης από τη συζυγική σχέση και την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η αλληλεπίδραση του ζευγαριού, όταν ο ένας από τους δύο συντρόφους πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή εμπεριέχει περισσότερα επεισόδια συγκρούσεων και έντασης. Οι Gotlib και Hammen κατέγραψαν έναν αρνητικό τρόπο έκφρασης των συναισθημάτων, που φαίνεται να οδηγεί σε έναν φαύλο κύκλο απογοήτευσης (Hanley, 2009).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η έρευνα για τις περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές έχει αρχίσει ήδη να στρέφεται στην ανίχνευση συμπτωμάτων και στους υπονήφιους ή και τους νέους πατέρες. Οι περισσότεροι άντρες κατορθώνουν να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στη μετάβασή τους στην πατρότητα. Ωστόσο, ένα ποσοστό μέχρι και 30% των αντρών ενδέχεται να εμφανίσουν κάποια συμπτώματα από το καταθλιπτικό ή το αγχώδες φάσμα (Huang και Warner, 2005).

2.4.5 Επιπτώσεις στην Κοινωνία

Οι περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές οδηγούν σε στιγματισμό, αποξένωση των μελών της οικογένειας από τον κοινωνικό περίγυρο, απόκρυψη του

προβλήματος, επαγγελματική έκπτωση, καθώς και γενικότερη έκπτωση της λειτουργικότητας (Chiariello & Orvaschel, 1995).

Το 2014, το Personal Social Services Research Unit, στο πλαίσιο της καμπάνιας για τις περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές με τον τίτλο «Everyone's Business Campaign», και σε συνεργασία με το London School of Economics, δημοσίευσε έκθεση για την επιβάρυνση και το κόστος που έχουν οι διαταραχές αυτές στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) του Ηνωμένου Βασιλείου και γενικότερα στην κοινωνία. Η έκθεση αυτή, σύμφωνα πάντα με τους συγγραφείς, αποτελεί προϊόν της πρώτης έρευνας στο ειδικό πεδίο του κόστους των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών. Σύμφωνα με αυτήν, το κόστος της κατάθλιψης, των αγχώδων διαταραχών και της ψύχωσης κατά την περιγεννητική περίοδο ανέρχεται στα 8,1 δισεκατομμύρια αγγλικές λίρες κάθε χρόνο. Αυτό το ποσό αντιστοιχεί σε 10.000 λίρες για κάθε γέννα. Από αυτό 1,2 δισεκατομμύρια λίρες επιβαρύνουν το Εθνικό Σύστημα Υγείας ετησίως, ενώ το προβλεπόμενο κόστος για να πραγματοποιηθούν οι απαραίτητες αλλαγές και να προσαρμοστεί το NHS στις εθνικές κατευθυντήριες, είναι 280 εκατομμύρια λίρες, ποσό που αντιστοιχεί σε 2.100 λίρες ανά γέννα. Κάθε μεμονωμένη περίπτωση περιγεννητικής κατάθλιψης κοστίζει στο NHS 74.000 λίρες, κάθε ασθενής με αγχώδη διαταραχή κοστίζει 35.000, ενώ κάθε ασθενής με ψύχωση, 53.000 λίρες, συνυπολογίζοντας σε αυτά τα ποσά τις οικονομικές επιπτώσεις που αφορούν τη γυναίκα και το παιδί. Οι γυναίκες με περιγεννητική κατάθλιψη χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, για αρκετά χρόνια μετά τον τοκετό (Bauer et al., 2014), ενώ το συνολικό κόστος για τη φροντίδα δυάδας μητέρας- βρέφους, ως προς τη χρήση των εν λόγω υπηρεσιών, είναι σημαντικά μεγαλύτερο σε σχέση με αυτό των μητέρων που δεν πάσχουν από κατάθλιψη (Petrone et al., 2002).

Σημαντική είναι και η χρήση υπηρεσιών υγείας από γυναίκες που βίωσαν έναν τραυματικό τοκετό (Allen, 1998; Soet et al., 2003; Davies et al. 2008; Bauer et al., 2014). Ωστόσο, τα δεδομένα για τη συγκεκριμένη διαταραχή είναι ανεπαρκή και δεν είναι δυνατό να διαχωριστεί η επίπτωση της από αυτή του αγχώδους φάσματος γενικότερα (Bauer et al., 2014).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπεράσματα

Έχοντας υπόψη όσα ελέχθησαν παραπάνω, η εγκυμοσύνη συνιστά ένα ιδιαίτερο φαινόμενο το οποίο θέτει αρκετές προκλήσεις στους ερευνητές, στους κλινικούς, στις μητέρες και στον ευρύτερο κύκλο τους. Είναι λογικό η γυναίκα να αντιμετωπίζει στρες και άγχος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης λόγω των σωματικών και των ορμονικών αλλαγών καθώς και των νέων δεδομένων που φέρει η εγκυμοσύνη και η μητρότητα. Αλλαγές στις συνήθειες, στις σχέσεις μεταξύ της γυναίκας και του κοινωνικού της κύκλου, του συζύγου της κ.α. θέτουν την γυναίκα σε μια διαδικασία αναπροσαρμογής που πολλές φορές δίνει την εντύπωση ότι η γυναίκα πρέπει να ζει περιορισμένα στην εγκυμοσύνη, ούτως ώστε να μην τεθεί σε κίνδυνο η υγεία του υπό ανάπτυξη εμβρύου. Είναι επομένως φυσιολογικό να υπάρχει και άγχος και στρες.

Έως ένα σημείο το άγχος και το στρες μπορεί να είναι ωφέλιμο για το έμβρυο. Ωστόσο, η γυναίκα πρέπει να αναζητήσει την βοήθεια ενός ειδικού ιατρού, όταν το άγχος αποκτά παθολογικό χαρακτήρα και το στρες δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί και όταν αρχίζουν να εμφανίζονται καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Για να καταστεί αυτό δυνατόν θα πρέπει να συμβάλλουν σημαντικοί παράγοντες, όπως ο γυναικολόγος της, η οικογένειά της, οι φίλοι της και η ίδια. Οι γυναίκες με κατάθλιψη έχουν την τάση να παραμελούν τους εαυτούς τους και να μην αναζητούν βοήθεια. Υπάρχουν επίσης προκαταλήψεις στην Ελλάδα που σχετίζονται με την επίσκεψη σε κάποιον ψυχολόγο και ψυχίατρο, οι οποίες προκαταλήψεις πολλές φορές επιδρούν αρνητικά στην λήψη της απόφασης να επισκεφτεί κανείς έναν ειδικό.

Άλλες προκαταλήψεις ή καλύτερα κοινωνικές αντιλήψεις είναι το ότι η εγκυμοσύνη είναι μια από τις καλύτερες στιγμές στη ζωή της γυναίκας, γεγονός το οποίο γεμίζει ενοχές την γυναίκα που παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης και παθολογικού άγχους, ιδιαίτερα εάν δεν λαμβάνει την υποστήριξη της οικογένειάς της. Για να εξαλειφθούν τέτοιες πεποιθήσεις θα πρέπει να αυξηθεί η ενημερότητα όλων των πολιτών πάνω στα θέματα άγχους, στρες και κατάθλιψης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είναι ένα θέμα που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής λόγω των πολλών κινδύνων που ελλοχεύουν για την υγεία της γυναίκας και του εμβρύου, αλλά και για την ζωή της. Η κυβέρνηση, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης καθώς και διάφοροι οργανισμοί και σύλλογοι σε εθνικό αλλά και σε τοπικό επίπεδο θα πρέπει να συνεισφέρουν στην διάδοση των πληροφοριών σχετικά με τα ευαίσθητα αυτά θέματα.

Εκτός από τους μη-ειδικούς, θα πρέπει να καταβληθούν εντατικές προσπάθειες και από τους ερευνητές και τους κλινικούς όσον αφορά την ανίχνευση των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών. Το ενδιαφέρον του γυναικολόγου ή της κλινικής όπου η γυναίκα κάνει τους τακτικούς σχετικούς με την εγκυμοσύνη ελέγχους θα πρέπει να στραφεί και στην ψυχική της υγεία. Ο γυναικολόγος, το μαιευτικό προσωπικό κλπ. θα πρέπει να είναι σε θέση να πραγματοποιούν προληπτικούς ελέγχους διαμέσου των έγκυρων κλιμάκων που έχουν αναπτυχθεί και βρίσκονται υπό συνεχή εξέλιξη για να μπορούν να προληφθούν και να διαγνωστούν τυχόν καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές και έπειτα να ακολουθήσει το συντομότερο δυνατόν η παραπομπή της γυναίκας σε κάποιον ψυχολόγο/ψυχίατρο.

Συνεπώς, συνιστά απαραίτητη προϋπόθεση η συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση του ιατρού ή του νοσηλευτικού και μαιευτικού προσωπικού, για να μπορέσουν να ανιχνεύσουν τα συμπτώματα και να διακρίνουν αν τα συμπτώματα έχουν ως αιτιολογία την εγκυμοσύνη ή κάποια καταθλιπτική/αγχώδη διαταραχή. Τα θεμέλια για μια εμπεριστατωμένη και άμεση διάγνωση θέτει ο διάλογος και η επικοινωνία που πρέπει να προωθήσει η μαία και ο ιατρός. Η έγκυος πρέπει να αισθάνεται και να εκφράζεται άνετα και χωρίς φόβο. Στην προετοιμασία για την συνέντευξη θα πρέπει να δοθεί βαρύτητα στο προφίλ της γυναίκας, στα προηγούμενα βιώματά της π.χ. αν έχει πέσει θύμα σεξουαλικής βίας, αν έχει υποβληθεί σε έκτρωση, αν έχει αποβάλλει, αν έχει υποστεί τραύμα κλπ. Καθώς για πολλές γυναίκες με αυτό το ιστορικό είναι δύσκολο να αφηγηθούν τα βιώματα αυτά.

Πληροφορίες για το ιστορικό της γυναίκας μπορεί να ζητηθούν από την ίδια, από συγγενείς και φίλους αλλά και από ψυχολόγους, νοσοκομεία κλπ. που επισκέφθηκε και νοσηλεύτηκε. Η διακριτικότητα, η κατανόηση, η συμπόνια είναι ιδιότητες που θα πρέπει να είναι φανερές στην συμπεριφορά του ερωτώντος (ιατρού, μαίας κλπ). Η μαία και ο γυναικολόγος διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ανίχνευση, πρόγνωση και διάγνωση καταθλιπτικών/αγχωδών διαταραχών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο οποίος ρόλος όμως δεν έχει αξιοποιηθεί και τονιστεί ακόμα ούτε στην πράξη ούτε στην εκπαίδευση.

Ιδιαίτερα μεγάλη πρόκληση αποτελεί η αντιμετώπιση θεραπεία των καταθλιπτικών/αγχωδών διαταραχών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν αρκετά αντικρουόμενα στοιχεία στην σχετική βιβλιογραφία όσον αφορά την φαρμακοθεραπεία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης σε περίπτωση κατάθλιψης και παθολογικού άγχους. Ορισμένες έρευνες προτείνουν ότι η χρήση των αντικαταθλιπτικών φέρει ελάχιστο κίνδυνο για την μητέρα και το παιδί, με άλλες έρευνες να τονίζουν ότι τα αντικαταθλιπτικά έχουν πολύ αρνητικές συνέπειες για το έμβρυο και την μετέπειτα εξέλιξή του.

Συνεπώς, θα πρέπει να γίνουν περισσότερες έρευνες για την αντιμετώπιση - θεραπεία των καταθλιπτικών/αγχωδών διαταραχών με φαρμακευτική αγωγή έτσι ώστε να μπορεί να εξακριβωθεί ο κίνδυνος. Η αποτελεσματικότητα αυτού του είδους των θεραπειών καθώς και άλλων μη-φαρμακευτικών θεραπειών στην περιγεννητική περίοδο θα πρέπει να διερευνηθεί περισσότερο με σχετικές έρευνες. Μέχρι να διαπιστωθούν με αρκετά μεγάλη ακρίβεια οι κίνδυνοι που κρύβει η φαρμακοθεραπεία με αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά κ.α. πρέπει ο ψυχίατρος, η κλινική κλπ. να ενημερώνει την γυναίκα πλήρως για όλες τις παρενέργειες, τους κινδύνους και τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα που φέρει η φαρμακοθεραπεία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η γυναίκα πρέπει να συναποφασίσει την αντιμετώπιση – θεραπεία της και να διατηρεί συνεχή επαφή με τον ιατρό της, ενημερώνοντάς τον για την πορεία της αντιμετώπισης - θεραπείας, για ενοχλήσεις και παρενέργειες. Η φαρμακοθεραπεία αποτελεί την έσχατη λύση και η χορήγησή της εξαρτάται από την σοβαρότητα, την συχνότητα και το ιστορικό της διαταραχής. Θα πρέπει πρώτα να αναζητηθεί η υποχώρηση και αντιμετώπιση - θεραπεία των καταθλιπτικών/αγχωδών συμπτωμάτων σε εναλλακτικές μορφές θεραπείας, οι οποίες πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητά τους.

Καθώς η κατάθλιψη, το άγχος και το στρες προωθούνται από πάρα πολλούς παράγοντες (προσωπικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς κλπ.), πρέπει να δίνεται προσοχή σε αυτούς τους παράγοντες. Είναι σημαντικό να βρεθεί ο βαθμός της επίδρασης των παραγόντων στην διάθεση της εγκύου και ποιες στρατηγικές συντείνουν στην διαχείριση του άγχους, του στρες και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που εγείρονται από ορισμένους παράγοντες. Διαπιστώθηκε πως η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης και των θεραπειών διαφέρει από άτομο σε άτομο, πως δεν υπάρχει μια γενική φόρμουλα αντιμετώπισης και θεραπείας που μπορεί να εφαρμοσθεί σε κάθε περίπτωση και πως κάθε αντιμετώπιση - θεραπεία θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη.

Σε αυτό το πλαίσιο, υπάρχει μέγιστη έλλειψη ερευνών που αφορούν τον χώρο της Ελλάδας. Πρέπει οπωσδήποτε να πραγματοποιηθούν πάρα πολλές έρευνες στον ελληνικό χώρο για να αποκτηθεί μια γενική εικόνα για το ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την έγκυο, ποιες στρατηγικές αυτή χρησιμοποιεί, για το αν η κοινωνική υποστήριξη λειτουργεί θετικά στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων, για το αν οι έγκυες γυναίκες από τις μειονότητες στην Ελλάδα αισθάνονται άγχος και κατάθλιψη λόγω της μετανάστευσης και για το αν η ένταξη στην ελληνική κοινωνία τις βοηθάει να μειώσουν την κατάθλιψη και το άγχος τους κλπ. Επομένως, η αντιμετώπιση - θεραπεία της κατάθλιψης και του παθολογικού άγχους στην εγκυμοσύνη έχει εκτός από (ψυ)ιατρικές και κοινωνικές προεκτάσεις.

Εν κατακλείδι, όσον αφορά τις ψυχικές διαταραχές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (περιγεννητικές) θα πρέπει να αυξηθούν τα επίπεδα της ενημέρωσης τόσο σε προσωπικό όσο και σε εθνικό και διεθνές επίπεδο για να προωθηθεί η πρόληψη και η διάγνωσή τους. Οι κυβερνήσεις, οι ερευνητικές ομάδες και οι διάφοροι οργανισμοί που δραστηριοποιούνται σε αυτούς τους τομείς θα πρέπει να εντείνουν της προσπάθειές τους και να ευαισθητοποιήσουν την κοινωνία σε αυτά τα ζητήματα.

Τα ζητήματα αυτά δεν έχουν λάβει μέχρι στιγμής την απαιτούμενη προσοχή ούτε από την κοινότητα των επιστημόνων ούτε από τις κοινωνίες των καθημερινών πολιτών. Η βοήθεια και η υποστήριξη των εγκύων γυναικών από την κοινωνία κρίνεται αναγκαία. Εξίσου αναγκαία είναι και η ενημέρωση των εγκύων σχετικά με τις καταθλιπτικές/αγχώδεις διαταραχές, ούτως ώστε να αποφευχθούν οι δυσμενείς και – μερικές φορές ολέθριες – συνέπειες που αυτές μπορεί να έχουν στην υγεία και στη ζωή του βρέφους και της γυναίκας.

Περίληψη

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη των παραγόντων κινδύνου και των αντιλήψεων των γυναικών, που σχετίζονται με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών ή συμπτωμάτων, σε πληθυσμό Ελληνίδων που διανύουν την περιγεννητική περίοδο. Η κύηση αποτελεί μια περίοδο πολλών κοινωνικών, οικονομικών, συναισθηματικών και φυσιολογικών αλλαγών επηρεάζοντας την ψυχική διάθεση της εγκύου. Είναι η περίοδος με τη μεγαλύτερη συγκέντρωση συμπτωμάτων κυρίως αγχώδων και καταθλιπτικών, αλλά και από το ευρύτερο φάσμα των ψυχικών διαταραχών, τα οποία σημειώνουν ύφεση μετά τον τοκετό. Τα ευρήματα αναδεικνύουν την κρισιμότητα του προβλήματος και υποστηρίζουν τον σχεδιασμό δράσεων πρόληψης και παρέμβασης, και τη δημιουργία εργαλείων ανίχνευσης, που δεν θα ανιχνεύουν μόνο τα υπάρχοντα συμπτώματα, αλλά και τους παράγοντες κινδύνου που έχουν υψηλή προβλεπτική ισχύ για την εμφάνιση συμπτωμάτων στο μέλλον. Μετά την κύηση συνεχίζει να υπάρχει σημαντικός κίνδυνος. Η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί ένα μείζον θέμα που απασχολεί ερευνητές και ιατρούς, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια. Οι έγκυες που λαμβάνουν την κατάλληλη υποστήριξη κατά τη διάρκεια της κύησης, έχουν καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία. Αντίθετα, οι γυναίκες που στερούνται υποστήριξης παρουσιάζουν περισσότερα συμπτώματα ψυχικών διαταραχών. Οι επιπτώσεις αυτές μεταφέρονται αργότερα στη ζωή του παιδιού και έτσι αρχίζει ένας φαύλος κύκλος σημαντικών προβλημάτων.

Η παρούσα εργασία, αρχικά κάνει μια ανασκόπηση των σημαντικότερων μελετών που έλαβαν χώρα τις τελευταίες δεκαετίες, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό. Μέσα από την ανασκόπηση πραγματοποιείται διερεύνηση των παραγόντων που καθορίζουν την ποιότητα ζωής των γυναικών που βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης και πώς αυτοί συσχετίζονται με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που βιώνουν και των πιθανών συσχετίσεων των παραπάνω με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Το ενδιαφέρον του γυναικολόγου ή της κλινικής όπου η γυναίκα κάνει τους τακτικούς σχετικούς με την εγκυμοσύνη ελέγχους θα πρέπει να στραφεί και στην ψυχική της υγεία. Ο γυναικολόγος, το μαιευτικό προσωπικό κλπ. θα πρέπει να είναι σε θέση να πραγματοποιούν προληπτικούς ελέγχους διαμέσου των έγκυρων κλιμάκων που έχουν αναπτυχθεί και βρίσκονται υπό συνεχή εξέλιξη για να μπορούν να προληφθούν και να διαγνωστούν τυχόν καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές και έπειτα να ακολουθήσει το συντομότερο δυνατόν η παραπομπή της γυναίκας σε κάποιον ψυχολόγο/ψυχίατρο. Τα παραπάνω έχουν ως στόχο την παροχή της βέλτιστης φροντίδας.

Λέξεις κλειδιά: περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές, υποκλινικά συμπτώματα, πρόληψη, παράγοντες κινδύνου, προβλεπτικοί παράγοντες

Summary

The purpose of this research is to study the risk factors and the women's perceptions related to the onset of mental disorders or symptoms in Greek population during perinatal period. Pregnancy is a period of many social, economic, emotional and physiological changes that affect the mood of the pregnant woman. Pregnancy is a period of time which can cause numerous symptoms including depression and anxiety but also many from the broader spectrum of mental disorders which diminish after birth. The findings of this study designate the importance of the problem and support the planning of prevention and intervention as well as the development of detection tools. These will not only detect the existing symptoms but also the risk factors which have high predictive value for the onset of symptoms in the future. The post pregnancy period continues to be hazardous/fragile. Postpartum depression is a major issue for both researchers and physicians, especially during the last years. Pregnant women who receive adequate support during pregnancy have better mental and physical health. On the contrary, women who lack support develop more symptoms of mental disorders. These effects are later transferred to the child's life and thus a vicious cycle of major problems begins.

The present thesis, firstly includes a systematic review of major studies that have taken place during recent decades, both in Greece and abroad. The purpose of this thesis is to investigate the factors that define the quality of life of women during pregnancy, the levels of depression and anxiety that patients experience and the possible correlations of the mentioned above with demographic characteristics. The interest of the gynecologist or the clinic where women make regular pregnancy-related checks should also be involved with their mental health. The gynecologist, obstetricians etc. should be able to perform proactive controls through the valid scales that have been developed and are constantly under development in order to prevent and diagnose any depressive and anxiety disorders so as for them to follow the referral of the woman to a psychologist / psychiatrist as soon as possible. The aim of the above is to ensure the best treatment possible.

Key words: perinatal mental disorders, subclinical symptoms, prevention, risk factors, predictive factors

Βιβλιογραφία

ADA (2013) *Clinical Practice Recommendations*. Gestational Diabetes Mellitus”. *Diabetes Care*, 36 (suppl 1) : p. 15-16.

Allen, S. (1998). A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2-3), pp. 107- 131.

Andersen, J., R., Genadry, R. (2007) *Anatomy and Embryology*. Στο J.S. Berek, Berek & Novak's Gynecology, Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2007, p. 106-107.

Astbury J, Brown S, Lumley J, Small R (1994) Birth events, birth experiences and social differences in postnatal depression. *Australian Journal of Public Health*. 18 (2), 176-84.

Αντωνίου, Ε., Βιβιλάκη, Β., Ρωμανίδου, Α., Ντάγκα, Δ., Βασιλάκη, Ε., Σουρανάκη, Ε., Κεφαλογιάννη, Α., Λεονταράκη, Ε. (2007). *Η γυναίκα και το νεογνό στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*. εκδ. Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF. (1995). Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 166, 525-528

Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Iemmi, V., & Adelaja, B. (2014). Costs of perinatal mental health problems. London School of Economics and Political Science.

Beck CT. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 45, 297-303

Beckley, E. H., & Finn, D. A. (2007). Inhibition of progesterone metabolism mimics the effect of progesterone withdrawal on forced swim test immobility. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 87, 412-419.

Blashfield, R.K., Reynolds, S.M. (2014) An invisible college view of the DSM-5 personality disorder classification. *J. Pers. Dis.* 26:821–29

Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L., & Rubinow, D. R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 157, 924-930.

Bogaerts, A. F. (2013). Anxiety during early pregnancy predicts postpartum weight retention in obese mothers. *Obesity*, 21(9), pp. 1942-1949.

Borra, C., Iacovou, M., & Sevilla, A. (2014). New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. *Maternal and child health journal*, 19(4), 897-907.

- Boyce P., Hickie I., Gordon P. (1991) Parents, partners or personality? Risk factors for post-natal depression. *Journal of Affective Disorders*, 21, (4), 245-255.
- Brandes, M., Soares, C. N., & Cohen, L. S. (2004). Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. *Archives of Women's Mental Health*, 7(2), 99- 110.
- Brazelton, T. B., Cramer, G.B. (1991). *The earliest relationship. Parents, Infants and the drama of early attachment*. Karnak Books.
- Brockington, I. (2005). A Historical Perspective on the Psychiatry of Motherhood. Στο S. M. Riecher-Rössler A, *Perinatal Stress, Mood and Anxiety Disorders. From Bench to Bedside*. (Τόμ. Bibliotheca Psychiatrica, No. 173, pp. 1-5). Karger
- Brugha, T. S., Sharp, H. M., Cooper, S. A., Weisender, C., Britto, D., Shinkwin, R., Sherrif, T. & Kirwan, P. H. (1998). The Leicester 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychological Medicine* 28, 63–79
- Chaudron LH, Szilagyi PG, Tang W, Anson E, Talbot NL, Wadkins HI, Tu X, Wisner KL. (2010) Accuracy of depression screening tools for identifying postpartum depression among urban mothers. *Pediatrics*. 125:609–617.
- Chiariello, M. A. (1995). Patterns of parent-child communication: Relationship to depression. *Clinical Psychology Review*, 15(5), pp. 395-407
- Cooper PJ, Murray L, Hooper R, West A. (1996) “The development and validation of a predictive index for postpartum depression”, *Psychological Medicine*, 26, 627-634
- Cox J.L, Connor Y., Kentell R.E. (1982) “Prospective Study of the Psychiatric Disorders of Childbirth”, *British Journal of Psychiatry*, 140, 111-117
- Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. (1987) “Detection of postnatal depression of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale”, *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786
- Crockenberg SC., Leerkes E.M. (2003). Parental acceptance, postpartum depression, and maternal sensitivity: mediating and moderating processes. *Journal of family psychology*, 17 (1), 80-93.
- Cutrona CE, Troutman BR. (1986) “Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression”, *Child Development*, 57, 1507-1518
- Davey CG, Yücel M, Allen, NB. (2008) The emergence of depression in adolescence: development of the prefrontal cortex and the representation of reward. *Neurosci Biobehav Rev*. 32:1–19.
- David F, Linster C, Cleland TA (2008) Lateral dendritic shunt inhibition can regularize mitral cell spike patterning. *J Comput Neurosci* 25:25-38

Davies, J., Slade, P., Wright, I., & Stewart, P. (2008). Post-traumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Mental Health Journal*, 29(6), 537-554.

Dennis C.L., Ross L. (2006) Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56, (6), 588-599.

Depp, C.A., Jeste, D.V. (2004). Bipolar disorder in older adults: A critical review. *Bipolar Disorders*, 6, 343-367.

Diaz, M. A., Le, H. N., Cooper, B. A., Muñoz, R. F. (2007). Interpersonal factors and perinatal depressive symptomatology in a low-income Latina sample. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(4), 328.

Dipietro, J. A. (2008). Continuity in self-report measures of maternal anxiety, stress, and depressive symptoms from pregnancy through two years postpartu. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), pp. 115-124.

Easter, A., Bye, A., Taborelli, E., Corfield, F., Schmidt, U., Treasure, J., & Micali, N. (2013). Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy?. *European eating disorders review*, 21(4), 340-344.

Ebeigbe PN, Akhigbe KO. (2008). Incidence and associated risk factors of postpartum depression in a tertiary hospital in Nigeria. *The Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 15 (1), 15-18.

Ege E, Timur S, Zincir H, Geckil E, Sunar-Reeder B. (2008). Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 34 (4), 585-593,

Fairbrother, N., & Abramowitz, J. S. (2007). New parenthood as a risk factor for the development of obsessional problems. *Behaviour research and therapy*, 45(9), 2155-2163.

Fisher, J.O., Mitchell, D.C., Smiciklas-Wright, H., Birch, L.L. (2002) Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *J Am Diet Assoc* **102**(1) 58-64.

Flynn, H. A., Davis, M., Marcus, S. M., Cunningham, R., & Blow, F. C. (2004). Rates of maternal depression in pediatric emergency department and relationship to child service utilization. *General hospital psychiatry*, 26(4), 316-322.

France L., Mikaib S.F. (1999). The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. *Journal of Social Science and Medicine*, 48 (11), 1613-1623.

Friedman, S., H. (2015). The ethics of treating depression in pregnancy. *Journal of Primary Health Care*, 7(1), σελ. 81-83.

Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., & Gartlehner, G. (2005). *Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes*. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

- Giakoumaki O, Vasilaki K, Lili L, Skouroliahou M, Liosis G. (2009). The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 30 (1), 21-28
- Gidai, J., Acs, N., Bánhidý, F., & Czeizel, A. E. (2010). Congenital abnormalities in children of 43 pregnant women who attempted suicide with large doses of nitrazepam. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 19(2), 175-182.
- Gissler, M., Berg, C., Bouvier-Colle, M. H., & Buekens, P. (2005). Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987–2000. *The European Journal of Public Health*, 15(5), 459-463.
- Golbasi Z, Kelleci M, Kisacik G, Cetin A. (2009). Prevalence and correlates of depression in pregnancy among Turkish women. *Maternal and Child Health Journal*, 14 (4), 485-491.
- Gonidakisa, F., Rabavilasb , A. D., Varsoua, E., Kreatsasc, G., Christodoulou, G. (2008) A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 275–282
- Goodman, J.H., Chenausky, K.L., Freeman M.P. (2014). Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(10), p.1153-84.
- Goodman, S.H., Gotlib, I.H. (2007) *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. American Psychiatric Association; Washington, DC.
- Gutiérrez-Lobos, K., Wölfl, G., Scherer, M., Schmidl-Mohl, B. (2002) The gender gap in depression reconsidered: The influence of marital and employment status on the female/male ratio of treated incidence rates. *Soc Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35: 202-210.
- Halbreich, U. (2005). The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions—the need for interdisciplinary integration. *American journal of obstetrics and gynecology*, 193(4), 1312-1322.
- Hammen, C. (1997). Depression. *London: Psychology Press*.
- Hanley, J. (2009). Perinatal Mental Health, A Guide for Health Professionals and Users. A John Wiley & Sons, Ltd., Publication.
- Hatton, D. C., Harrison-Hohner, J., Matarazzo, J., Edwards, P., Lewy, A., & Davis, L. (2007). Missed antenatal depression among high risk women: a secondary analysis. *Archives of women's mental health*, 10(3), 121-123.
- Hayward, M.W. & Marlow, N. (2014) Will dingoes really conserve wildlife and can our methods tell? *Journal of Applied Ecology*, 51, 835–838.
- Hedegaard, M., Henriksen, T. B., Sabroe, S., & Secher, N. J. (1993). Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *Bmj*, 307(6898), 234-239.

Heine, R. P. (2006). *Approach to the pregnant woman and prenatal care*. Στο M.H. Beers, R.S. Porter, T. V. Jones et al., *The Merck Manual of Diagnoses and Therapy*, New Jersey : Merck Research Laboratories, p. 2.

Heringhausen, J. E., Muzik, M., Marcus, S. M., Flynn, H. (2009). When Depression Complicates Childbearing: Guidelines for Screening and Treatment During Antenatal and Postpartum Obstetric Care. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 36(4), 771-788.

Herring, S. J., Rich-Edwards, J. W., Oken, E., Rifas-Shiman, S. L., Kleinman, K. P., & Gillman, M. W. (2008). Association of postpartum depression with weight retention 1 year after childbirth. *Obesity*, 16(6), 1296-1301.

Hinshaw, S. P. (2002). Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1086 – 1098

Hipwell, A. E., & Kumar, R. (1996). Maternal psychopathology and prediction of outcome based on mother-infant interaction ratings (BMIS). *The British Journal of Psychiatry*, 169(5), 655-661.

Hiscock H, Wake M. (2001) “Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study”, *Pediatrics*, 107 (6), 1317-1322

Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, Hulsizer Mr, Cameron RP. (1995) Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (3), 445-453.

Horan, C. (2007) Physiological changes in Pregnancy. V. Berghella, *Obstetric: Evidence- Based Guidelines*, London : Informa, p. 19.

Ho-Yen, S.D., Bondevik, G.T., Eberhard-Gran, M., Bjorvatn, B. (2007). Factors associated with depressive symptoms among postnatal women in Nepal. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 86, pp. 291–297.

Huang, C. C., & Warner, L. A. (2005). Relationship characteristics and depression among fathers with newborns. *Social Service Review*, 79(1), 95-118.

Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yatees AD, Harris MG. (2001) “Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples”, *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35 (1), 69-74

Josefsson, A., Angelsioo, L., Berg, G., Ekstrom, C. M., Gunnervik, C., Nordin, C. et al. (2002). Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics and Gynecology*, 99, 223-228.

Jolley, S.J., Dijk, H., Lamens, J.H., Fisher, Q.J., Manzocchi, T., Eikmans & Huang, Y. (2007). Faulting and fault sealing in production simulation models: Brent Province, northern North Sea. *Petroleum Geoscience*, 13, 321–340.

Justin, M. et al. (2008) *Blog Link Classification*. In *Proceedings*. Proceedings of the International Conference on Weblogs and Social Media.

Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. (2007) “Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries”, Evidence Report/Technology Assessment, (153),1-186

Καλογερόπουλος, Α. (1992). Μαιευτική, Θεσσαλονίκη. *University Studio Press*.

Kirchner, J. W. (2009). Catchments as simple dynamical systems: catchment characterization, rainfall–runoff modeling, and doing hydrology backward. *Water Resour. Res.*, 45, W02429

Klerman, G. L. (1983). Children of parents with major affective disorder: A review. *Am J Psychiatry*, 140, 825-832

Kouba, S., Hällström, T., Lindholm, C., & Hirschberg, A. L. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstetrics & Gynecology*, 105(2), 255-260.

Κρεατσάς, Γ. (1998) *Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική*. εκδ. Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Kruckman, L., Smith, S. (1998). An introduction to Postpartum Illness.

Kumar R., Robson, K.M. (1984) A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.

Lewis, G. et al. (2004). Why Mothers Die: 2000-2002: the Sixth Report of the Confidential Enquiries Into Maternal Deaths in the United Kingdom.

Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., Lyketsos, C. (2005) Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 162(11):1996–2021.

Logsdon MC, Davis DW, Birkimer JC, Wilkerson SA. (1997) Predictors of depression in mothers of preterm infants. *Journal of Social Behavior & Personality*, 12 (1), 73- 88.

Lou, H. C., Hansen, D., Nordentoft, M., Pryds, O., Jensen, F., Nim, J., & Hetnmingsen, R. (1994). Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 36(9), 826-832.

Marcus, S.M., Heringhausen, J.E. (2009). Depression in Childbearing Women: When Depression Complicates Pregnancy. *Primary care*. 36(1), σελ. 151-154.

Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercq E. (2007). Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 36 (6), 542-549

McGarry, J., Kim, H., Sheng, X., Egger, M., & Baksh, L. (2009). Postpartum Depression and Help-Seeking Behavior. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 54(1), 50-56.

McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., & Tennant, C. (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships,

defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *Journal of affective disorders*, 84(1), 15-24.

Meltzer-Brody, S., & Stuebe, A. (2014). The long-term psychiatric and medical prognosis of perinatal mental illness. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 49-60.

Micali, N., Simonoff, E., & Treasure, J. (2007). Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 255-259.

Misri S., Kostaras X., Fox D., Kostaras D. (2000). The impact of Partner Support in the Treatment of Postpartum Depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45 (6), 554-558.

Munk-Olsen, T., Munk, L., Carsten, B., (2006) New Parents and Mental DisordersA Population-Based Register Study. *JAMA*. 296(21):2582-2589.

Nakku, J.E., Nakasi, G., Mirembe, F. (2006) Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. *Afr. Health Sci.*, 6, pp. 207–214.

Netter, H. J., Wu, T.-T., Bockol, M., Cywinski, A., Ryu, W.-S., Tennant, B. C. & Taylor, J. M. (1995). Nucleotide sequence stability of the genome of hepatitis delta virus. *Journal of Virology* 69, 1687–1692.

Nielsen, J., Nielsen, F.C., Jakobsen, R.K., Cristiansen, J. (2000). The biphasic expression of IMP/Vg1-RBP is conserved between vertebrates and *Drosophila*. *Mech. Dev.* **96** (1):129-132.

Oates, M. (2009). Foreword. Στο H. Carol, *Modern Management of Perinatal Psychiatric Disorder* (pp. xvi-xx). Glasgow, UK.: The Royal College of Psychiatrists .

O'Connor, M. J., Kogan, N., & Findlay, R. (2002). Prenatal alcohol exposure and attachment behavior in children. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(10), 1592- 1602.

Okano, M., Xie, S., Li, E. (1998) Dnmt is not required for de novo and maintenance methylation of viral DNA in embryonic stem cells. *Nucleic Acids Res.* 26:2536–2540.

Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. (2002) “Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India”, *The American Journal of Psychiatry*, 159 (1), 43-47

Paykel ES, Emms EM, Fletcher J, Rassaby ES (1980) “Life events and social support in puerperal depression”, *The British Journal of Psychiatry*, 136, 339-346.

- Pilowsky DJ, Wickramaratne P, Rush AJ, Hughes CW, Garber J, Malloy E, (2006). Children of currently depressed mothers: A STAR* D ancillary study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 67:126–136.
- Pipkin, F., B. (2012). *Maternal Physiology*. Στο D.K. Edmonds, Dewhurst's Textbook of Obstetrics & Gynecology, Oxford : Wiley- Blackwell, p. 11
- Reid V, Meadows-Oliver M. (2007) "Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature", *Journal of Health Care*, 21 (5), 289-298.
- Santos, I. S., Matijasevich, A., Barros, A. J., & Barros, F. C. (2014). Antenatal and postnatal maternal mood symptoms and psychiatric disorders in pre-school children from the 2004 Pelotas Birth Cohort. *Journal of affective disorders*, 164, 112-117.
- Schmied, V., Johnson, M., Naidoo, N., Austin, M. P., Matthey, S., Kemp, L., ... & Yeo, A. (2013). Maternal mental health in Australia and New Zealand: A review of longitudinal studies. *Women and Birth*, 26(3), 167-178.
- Seguin L, Potvin L, St Denis M, Loiselle J. (1999). Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth*, 26 (3), 157-63.
- Solmi, F., Sallis, H., Stahl, D., Treasure, J., & Micali, N. (2013). Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa. *Epidemiologic reviews*, mxt004.
- Studd, J., Panay, N. (2009). Are oestrogens useful for the treatment of depression in women? Best practice & research. *Clin. Obstet Gynaecol.*, 23, pp. 63–71.
- Taveras, E. M., Rifas-Shiman, S. L., Rich-Edwards, J. W., Gunderson, E. P., Stuebe, A. M., & Mantzoros, C. S. (2011). Association of maternal short sleep duration with adiposity and cardiometabolic status at 3 years postpartum. *Obesity*, 19(1), 171-178.
- Tiwari R, et al. (2007). An acetylation/deacetylation cycle controls the export of sterols and steroids from *S. cerevisiae*. *EMBO J* 26(24):5109-19.
- Troutman B, Cutrona C. (1990). Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mother. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 69-78.
- Tuohy A, McVey C. (2008). Experience of pregnancy and delivery as predictors of postpartum depression. *Psychology, Health & Medicine*, 13 (1), 43-47.
- Λυκερίδου Α., Δελτσίδου Α. (2006). *Νοσηλευτική Μητρότητας*. εκδ. Ιατρικές Λαγός, Αθήνα.
- Μωραΐτου Μ., Σταλίκας Γ.Α.(2001) Μελαγχολία στη λοχεία. Ανέκδοτα Πρακτικά 8ου Συνεδρίου ΕΛ.Ψ.Ε. Αλεξανδρούπολη
- Norwitz, E., R., Arulkumaran, I., M. (2007) *Symonds et al., Oxford American Handbook of Obstetrics and Gynecology*. Oxford : Oxford University Press.
- Oakley, C. Warnes, *Heart Disease in Pregnancy*, Massachusetts USA : Blackwell Publishing, p. 10-12.
- O' Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *International review of psychiatry*, 8(1), 37-54.

Παπαδημητρίου, Κ. (1988) *Γενική Παθολογία και Παθολογική Ανατομική*. Λίτσας, Αθήνα, σ. 18.

Παππά Δ., Σολδάτου Μ. (1999) Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία της γυναίκας. Στο : Σολδάτος, Κ. (Επ. Εκδ.) *Άγχος και Κατάθλιψη : Εκδηλώσεις και Αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική*. Αθήνα : Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.

Petrou, S., Cooper, P., Murray, L., & Davidson, L. L. (2002). Economic costs of post-natal depression in a high-risk British cohort. *The British Journal of Psychiatry*, 181(6), 505- 512.

Piscicelli, U. (1982) Η Ψυχοπροφυλακτική στη Μαιευτική και τη μέθοδο του Αυτογενοῦς Αναπνευστικού «Training».Μετάφραση Δρος Θ. Γ Τσιώτα

Raphael-Leff, J. (2001). *Pregnancy: The inside story*. Karnac Books

Ross, D.F., Marsil, T.R., Benton, R. Hoffman, A.R., Warren, R.C.L., Lindsay, Metzger, R. (2006) Children's susceptibility to misidentifying a familiar bystander from a lineup: When younger is better. *Law and Human Behavior*, 30 pp. 249-257

Silvesides, C., K., Colman, J.,M. (2007) Physiological changes in pregnancy.

Sit, C.H.P., McManus, A., McKenzie, T. L., & Lian, J. (2007). Physical activity levels of children in special schools. *Preventive Medicine*, 45, 424-431.

Sloan, D.M., Kornstein, S.G. (2003) Gender differences in depression and response to antidepressant treatment. *Psychiatr Clin North Am*, 26(3):581-94

Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36-46.

Theriot, J.A., Mitchison, T.J. (1989) Actin microfilament dynamics in locomoting cells. *Nature*, 352:126–131.

Τσιάντης Γ., Δραγώνα Θ. (2008) *Μωρά και μητέρες. Θέματα Ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης και υγείας στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.

Tu Z, et al. (2006) An integrative approach for causal gene identification and gene regulatory pathway inference. *Bioinformatics* 22(14):e489-96.

Xie RH, He G, Liu A, Bradwein J, Walker M, Wen SW. (2007) “Fetal gender and postpartum depression in a cohort of Chinese women”, *Social Science and Medicine*, 65 (4), 680-684

Weich, S., Patterson, J., Shaw, R., & Stewart-Brown, S. (2009). Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *The British Journal of Psychiatry*, 194(5), 392-398.

Williams A., Marsden J., Strang J. (2014). Training family members to manage heroin overdose and administer naloxone: randomised trial of effects on knowledge and attitudes. *Addiction*; 109: 250–9.

Williams, J. et al. (2014). Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period. BC Reproductive Mental Health Program.

Wisner, K. L. (2008). *Symposium: Clinical Issues in Perinatal Mental Health Care: Initial Results from an NIMH-funded Study of Screening for Postpartum Depression*. International Marce Society Biannual Meeting. Sydney, Australia.

Wood, J. B., K. E. Pennoyer, C. D. Derby. (2008). Ink is a conspecific alarm cue in the Caribbean reef squid, *Sepioteuthis sepioidea*. *J. Exp. Mar. Biol. Ecol.* 367: 11–16.

Woolhouse, H., Gartland, D., Mensah, F., & Brown, S. J. (2015). Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: implications for primary health care. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(3), 312-321.

Zainal, N. Z., Booth, S., Huppert, F. A. (2013). The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 22, 1457-1465.

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

Zonana, J. E., & Gorman, J. M. (2005). The neurobiology of postpartum depression. *CNS Spectrums*, 10, 792–799.