



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΑΘΗΝΩΝ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»

---

*«Επιλόχεια κατάθλιψη»*

*Μεταπτυχιακή εργασία  
Παπαγεωργίου Ευγενία*

---

Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

Νοσοκομείο «Αττικόν»

Διευθύντρια: Καθηγήτρια Σοφία Καλανταρίδου





ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΑΘΗΝΩΝ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Γ' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ -ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Π. Γ. Ν «Αττικών»

*Διευθύντρια: Καθηγήτρια Σοφία Κаланταρίδου*

---

*«Επιλόχεια κατάθλιψη»*

*Μεταπτυχιακή εργασία  
Παπαγεωργίου Ευγενία*

---

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»

*Διευθύντρια: Καθηγήτρια Σοφία Κаланταρίδου*







Αφιερωμένη στους γονείς μου  
Γιώργο και Κατερίνα







## ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

### ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Παπαγεωργίου Ευγενία

 Καλαμών 9, Χαϊδάρι, Τ.Κ. 12461  
 210 5814322  
 6945029199  
 [tzenipapageorgiou@gmail.com](mailto:tzenipapageorgiou@gmail.com)

Ημερομηνία Γέννησης 09/12/1992  
Υπηκοότητα Ελληνική

### ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

09/2010 – 05/2015

Εκπαιδευτικό ίδρυμα

Τμήμα Μαιευτικής

Βαθμός πτυχίου : Λίαν Καλώς (7.06)

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ

2008 – 2010

Απολυτήριο Επαγγελματικού Λυκείου

Πτυχίο Βοηθού Νοσηλεύτη Δευτεροβάθμιας

Εκπαίδευσης

Εκπαιδευτικό ίδρυμα

1<sup>ο</sup> ΕΠΑΛ ΧΑΪΔΑΡΙΟΥ

### ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

11/2014 – 05/2015

Πρακτική Άσκηση στο Π.Γ.Ν Αττικών

02/2017 – 08/2018

Σύμβαση Έργου ( ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ ) στο Π.Γ.Ν  
Αττικών

Τμήμα: Αίθουσα Τοκετών

01/2020 έως σήμερα

Σύμβαση Ορισμένου Χρόνου (Ε.Ο.Δ.Υ) στο  
Π.Γ.Ν Αττικών

Τμήμα: Αίθουσα Τοκετών

### ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ



## ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Αγγλικά

*Certificate of proficiency in English (university of Michigan)*

Γαλλικά

*DELFL, diplôme d'études en langue française, A1 – A2*

### Σεμινάρια - Διαλέξεις

17 – 20 /10/2012

**12<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών & Μαιευτών**  
Με θέμα " Η Μαία στην καθ' ημέρα πράξη"

13/11/2012

"Μητρικός Θηλασμός: δώρο ζωής"

18/05/2013

**9η Ημερίδα Ενδοκρινολογίας της Γυναίκας** Με  
θέμα " Διαταραχές διατροφής και μεταβολισμού  
στη ζωή της γυναίκας"

19 – 20 /05/2017

Συμπόσιο << IVF & Family planning: versus or  
plus?>>

06/02/2018

" Hyperglycemia in pregnancy (HIP). Updated  
guidelines"

24/04/2018

" Μη επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος για  
την ανίχνευση χρωμοσωμικών ανωμαλιών και  
προεκλαμψίας στο 1<sup>ο</sup> τρίμηνο της κύησης"

13/06/2018

"Προγεννητική διάγνωση μονογονιδιακών  
νοσημάτων"

### ΓΝΩΣΕΙΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ

04/2017

**Intermediate A** ( Global Cert ) στις ενότητες :

- Επεξεργασία Κειμένου
- Υπολογιστικά Φύλλα
- Υπηρεσίες Διαδικτύου







## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο τμήμα της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, στα πλαίσια απόκτησης του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Εμμανουήλ Ζουμάκη, επίκουρο καθηγητή Μοριακής Βιοχημείας του ΕΚΠΑ για την καθοδήγηση που μου παρείχε με τις υποδείξεις, διορθώσεις και τη στήριξη του έως την περάτωση της συγγραφής της διπλωματικής εργασίας.

Θα ήθελα επίσης να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην καθηγήτρια και διευθύντρια της Γ' Μ/Γ κλινικής της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, κυρία Σοφία Καλανταρίδου και στον αναπληρωτή καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ κύριο Χαράλαμπο Χρέλια, για τη σημαντική συνεισφορά τους ως μέλη της τριμελούς επιτροπής.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την αμέριστη στήριξη και συμπαράσταση τους.







## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

|      |                                                    |    |
|------|----------------------------------------------------|----|
| 1.   | ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....                                     | 7  |
| 2.   | Η ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ .....                                 | 9  |
| 3.   | ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ .....            | 11 |
| 3.1. | ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....               | 12 |
| 3.2  | ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟΥΣ ΜΑΣΤΟΥΣ .....                      | 16 |
| 3.3  | ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ .....                       | 18 |
| 3.4  | ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....             | 19 |
| 3.5  | ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....            | 20 |
| 3.6  | ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....           | 22 |
| 3.7  | ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....            | 25 |
| 3.8  | ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....            | 25 |
| 3.9  | ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ.....                    | 26 |
| 3.10 | ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ .....                          | 27 |
| 4.   | ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ.....            | 30 |
| 4.1  | ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ .....                            | 31 |
| 4.2  | ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΗΣ ΜΕΛΛΟΥΣΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ..... | 34 |
| 4.3  | ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΟΥ ΜΕΛΛΟΝΤΑ ΠΑΤΕΡΑ .....  | 37 |
| 4.4  | Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ.....             | 39 |
| 5.   | ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ .....            | 41 |
| 5.1  | ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ.....             | 43 |
| 6.   | ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ .....              | 49 |
| 7.   | ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ .....                    | 51 |
| 7.1  | ΑΓΧΟΣ .....                                        | 51 |
| 7.2  | ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ .....                                    | 54 |

### ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

|    |                           |    |
|----|---------------------------|----|
| 8. | ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ..... | 60 |
|----|---------------------------|----|

|                                                          |     |
|----------------------------------------------------------|-----|
| 8.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....                                         | 60  |
| 8.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ .....                              | 61  |
| 8.3 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ .....                  | 62  |
| 8.4 ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ .....        | 64  |
| 8.4.1 Ο άξονας υποθαλάμου – υπόφυσης – επινεφριδίων..... | 65  |
| 8.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....                                       | 68  |
| 8.6 ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ .....                          | 70  |
| 9. ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ .....                        | 74  |
| 10. ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....                   | 75  |
| 10.1 ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΙΤΙΑ .....                                 | 76  |
| 10.1.1 Ορμονικές μεταβολές.....                          | 76  |
| 10.1.2 Προεμμηνορυσιακό σύνδρομο.....                    | 76  |
| 10.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΙΤΙΑ .....                               | 77  |
| 10.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΑΙΤΙΑ.....               | 79  |
| 10.4 ΤΑ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΑ ΣΥΜΒΑΝΤΑ ΩΣ ΑΙΤΙΑ.....               | 80  |
| 10.5 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ .....                 | 81  |
| 10.6 ΜΑΙΕΥΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ .....      | 82  |
| 10.7 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ .....       | 84  |
| 11. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....                                      | 87  |
| 11.1 ΣΤΟ ΝΕΟΓΝΟ .....                                    | 87  |
| 11.2 ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ .....                               | 89  |
| 12. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....                                        | 90  |
| 12.1 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ .....                                  | 90  |
| 12.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ.....                                   | 92  |
| 12.3 ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ – ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ.....                         | 95  |
| 12.4 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ .....                         | 96  |
| 13. ΠΡΟΛΗΨΗ .....                                        | 100 |
| 13.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ .....                           | 100 |
| 13.2 ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ.....                          | 101 |
| 13.3 ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ.....                            | 102 |

|                                                                                      |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>14. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ</b> | <b>103</b> |
| 14.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ .....                                                      | 105        |
| 14.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....                                          | 106        |
| 14.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ .....                                                     | 107        |
| 14.4 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ .....                                              | 108        |
| 14.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ .....                                  | 109        |
| <b>15. ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ</b> .....                       | <b>110</b> |
| 15.1 ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....                     | 112        |
| <b>16. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b> .....                                            | <b>116</b> |
| <b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....                                                                | <b>122</b> |
| <b>SUMMARY</b> .....                                                                 | <b>127</b> |
| <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....                                                            | <b>131</b> |



---

# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

---



## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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.<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup>

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.<sup>2</sup>

Ο κύριος στόχος της παρούσας εργασίας 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.

*«Πρέπει να προσέχει κανείς ιδιαίτερα τις γυναίκες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, ώστε η εγκυμοσύνη να μη θρεθεί 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)

## 2. 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).<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup>

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.<sup>5</sup>

Το πρώτο τρίμηνο εγκυμονεί για τη μέλλουσα μητέρα και τους μεγαλύτερους κίνδυνους 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.

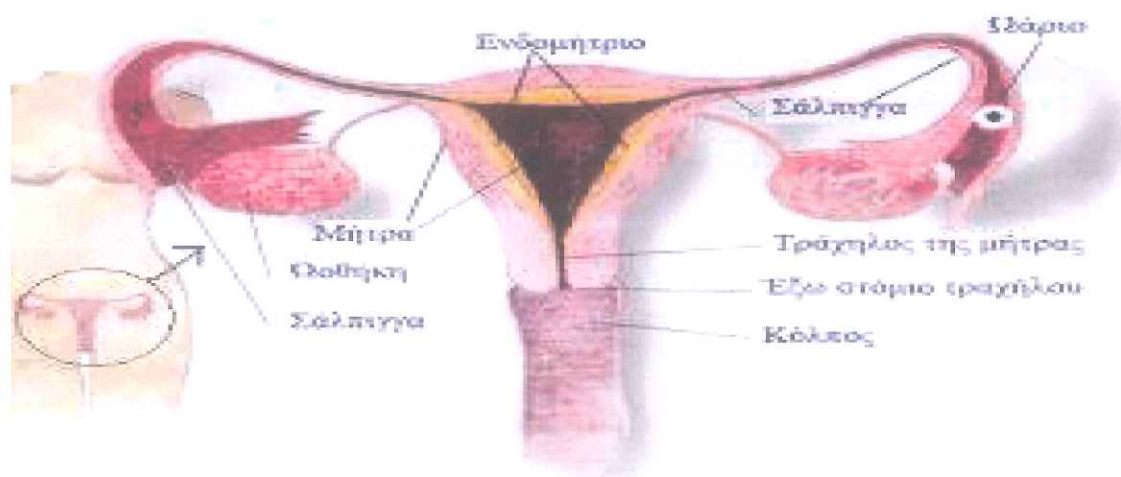
Πληθώρα παραδειγμάτων από την κλινική πράξη αλλά και τον γενικό πληθυσμό γυναικών που διανύουν την περιγεννητική περίοδο, αναδεικνύουν περιπτώσεις όπου, η εγκυμοσύνη και η απόκτηση παιδιού δεν αποτελεί εξ ορισμού ένα πολυπόθητο και χαρμόσυνο γεγονός, όπως θα αναμενόταν. Οι γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο είναι ευάλωτες να εμφανίσουν συμπτώματα από όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών. 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 βρεφοκτονία, αποτελούν παραδείγματα μιας ανυπόφορης πλευράς της εμπειρίας.<sup>6</sup>

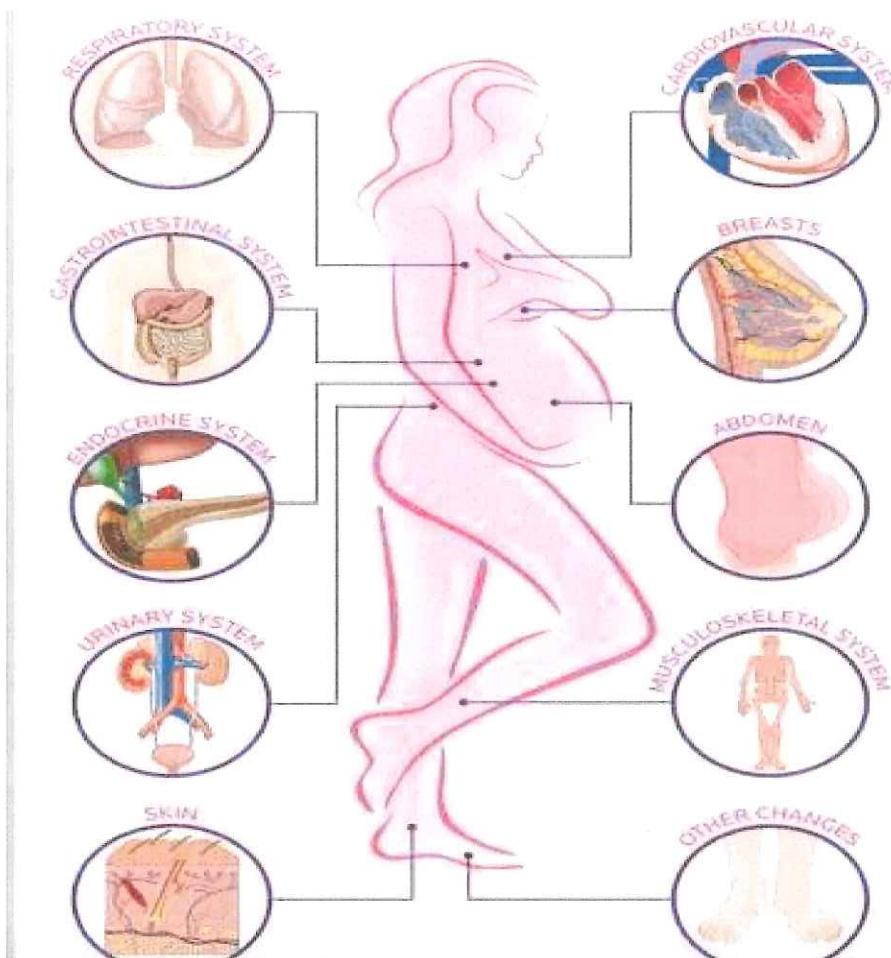
### 3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Κατά την διάρκεια της κύησης επισυμβαίνουν πολλές μεταβολές σε όλα τα συστήματα του οργανισμού της γυναίκας, ιδιαίτερα στο γεννητικό σύστημα. Σκοπός όλων αυτών των μεταβολών είναι η προσαρμογή της εγκύου στις απαιτήσεις της νέας αυτής κατάστασης και η δημιουργία ενός ιδανικού περιβάλλοντος για την ανάπτυξη του εμβρύου. Τέλος, οι μεταβολές αυτές συμβάλλουν στην προετοιμασία του οργανισμού της εγκύου για τον τοκετό και την λοχεία. Οι μεταβολές αυτές, λειτουργικές, βιοχημικές και ανατομικές, συστηματικές ή τοπικές είναι αναστρέψιμες. Κατά την διάρκεια της λοχείας ο οργανισμός της γυναίκας επανέρχεται κατά το πλείστον στην πρότερα κατάσταση.

Οι περισσότερες από τις μεταβολές αυτές, κυρίως οι ανατομικές, είναι αποτέλεσμα των δραματικών αλλαγών στο ορμονικό κλίμα που δημιουργείται στην κύηση και οι οποίες οφείλονται στην ορμονική δραστηριότητα του πλακούντα και των άλλων ενδοκρινών αδένων. Η γνώση των φυσιολογικών αλλαγών που παρατηρούνται στην κύηση είναι ουσιώδης και απαραίτητη για την κατανόηση των διαφόρων παθήσεων που εμφανίζονται κατά την εξέλιξη της.



Εικόνα 1. Αναπαραγωγικό σύστημα θήλεος (Ανατομία και Ιστολογία του Ανθρώπου, e-class, 2017)



Εικόνα 2. Αλλαγές κατά την κύηση (mazecordblood.com, 2018)

### 3.1. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τα γεννητικά όργανα εμφανίζουν αυξημένες και ευδιάκριτες διαφοροποιήσεις. 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 εβδομάδα της κύησης, αποτελώντας σημείο διάγνωσης της εγκυμοσύνης. Σημαντικές αλλαγές λαμβάνουν χώρα και στον υποβλεννογόνιο ιστό που

περιβάλλει τον κόλπο, 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 κοιλικού επιθηλίου αυξάνονται τόσο σε αριθμό όσο και σε μέγεθος, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη αποβολίδωση (απολέπιση) των κυττάρων και συνακόλουθα την εμφάνιση μέσα στον κόλπο του λευκόχρους παχύρρευστου εκκρίματος, το οποίο είναι χαρακτηριστικό στην εγκυμοσύνη και από το οποίο διαπιστώνονται οι ορμονικές μεταβολές στην κύηση. Το Ρh 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.<sup>7</sup>

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 (βλεννογόνο χιτώνας), το μυομήτριο, που αποτελεί τον παχύτερο χιτώνα της μήτρας και τον ορογόνο (εξωτερικό) χιτώνα.<sup>7</sup>

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.<sup>8</sup>

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.<sup>8</sup> Το σχήμα της μήτρας παραμένει απιοειδές μέχρι και την έκτη (6<sup>η</sup>) εβδομάδα της κύησης, αλλά μετά τη συμπλήρωση της δωδέκατης (12<sup>ης</sup>) εβδομάδας μετατρέπεται σε σφαιρικό. Μετά την εικοστή (20<sup>η</sup>) 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.



Εικόνα 3. Η εξέλιξη της κύησης (depositphotos.com, 2017)

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.

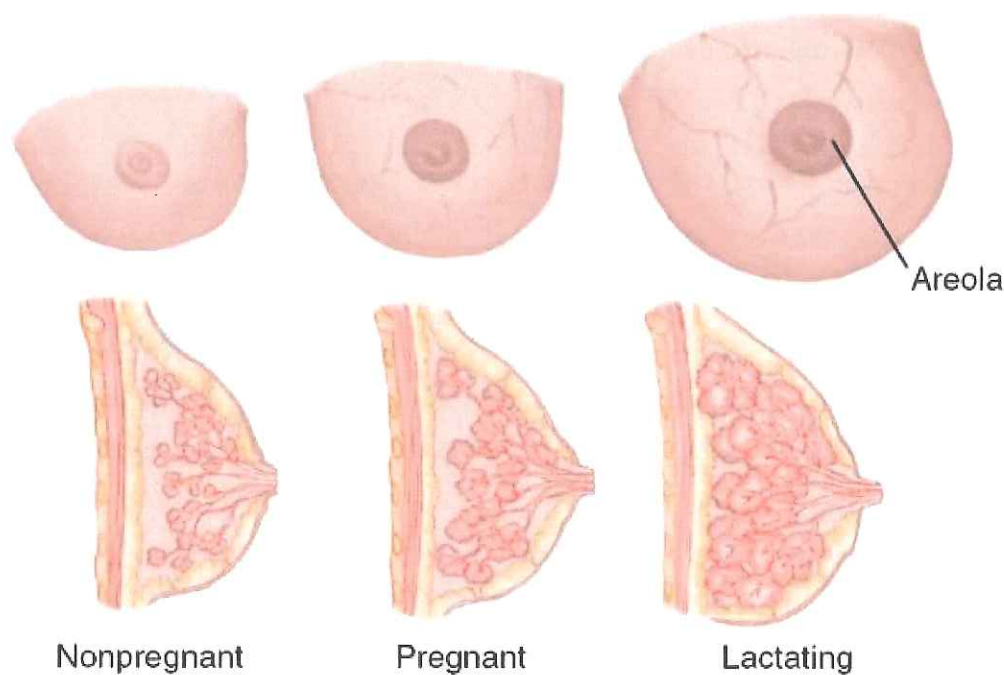
Με την πρόοδο της εγκυμοσύνης και σε προχωρημένα στάδια, η μήτρα στρέφεται προς τα δεξιά, τόσο ώστε να φθάνει τις 90 μοίρες. Η συσταλτικότητα της μήτρας όχι μόνο διατηρείται αλλά και σταδιακά αυξάνεται, οι δε συστολές έχουν μη χρονικά καθορισμένη εμφάνιση με χρονική διάρκεια περί τα τριάντα (30) δευτερόλεπτα. Η συσταλτικότητα γίνεται μετρήσιμη από την έβδομη (7<sup>η</sup>) 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 (36<sup>η</sup>) εβδομάδα είναι εύκολο να αντιληφθεί κανείς τις συσπάσεις της μήτρας από τα κοιλιακά τοιχώματα. Οι συσπάσεις αυτές, γνωστές ως προπαρασκευαστικές συσπάσεις Braxton-Hicks, ονομάζονται «νόθεες», 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. 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.

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.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι οι αλλαγές στον βλεννογόνο του τραχήλου. Οι ενδοτραχηλικοί αδένες υπερτρέφονται με αποτέλεσμα να εκκρίνουν περισσότερη βλέννα, ώστε να δημιουργείται ένα βλενώδες 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).

### 3.2 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟΥΣ ΜΑΣΤΟΥΣ

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. Παρατηρείται έντονη ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων καθώς και των λοβίων του μαζικού αδένος ως αποτέλεσμα των αυξημένων επιπέδων των οιστρογόνων, της προγεστερόνης και της προλακτίνης. Κατά την διάρκεια της κύησης και παρά τα αυξημένα επίπεδα προλακτίνης δεν παρατηρείται παραγωγή γάλακτος, διότι τα υψηλά επίπεδα των οιστρογόνων αναστέλλουν την δράση της προλακτίνης. Μετά την υστεροτομία η απότομη πτώση των επιπέδων των οιστρογόνων επιτρέπει την προλακτίνη να δράσει στον μαστό και με την συνεργεία και άλλων ορμονών να αρχίσει η διαδικασία της γαλουχίας.



Εικόνα 4. Αλλαγές στους μαστούς κατά την κύηση (Health magazine, 2017)



Εικόνα 5. Ο όγκος των μαστών κατά την κύηση (Health magazine, 2017)

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 τους 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.

### 3.3 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Η μηχανική διάταση του δέρματος της κοιλίας και των μαστών οδηγεί στο σχηματισμό ραβδώσεων. Συνήθως, οι ραβδώσεις παραμένουν και η πρόληψη μπορεί να επιτευχθεί με την χρήση ενυδατικών κρεμών. Αραχνοειδείς αγγειακοί σπίλοι και ερύθημα των παλαμών μπορούν επίσης να συμβούν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το χλόασμα και άλλες μελαγχρωστικές βλάβες συμβαίνουν ως αποτέλεσμα της αυξημένης δραστηριότητας της ορμόνης που διεγείρει τα μελανοκύτταρα. Κνησμό στο δέρμα εμφανίζεται σε ορισμένες γυναίκες και οφείλεται στην αυξημένη κατακράτηση χολικών αλάτων στο δέρμα λόγω της αύξησης των επιπέδων των οιστρογόνων.

Τα κοιλιακά τοιχώματα κατά τη διάρκεια της κύησης αναπότρεπτα παρουσιάζουν διάταση. Ειδικότερα, μετά τον τέταρτο μήνα, οπότε και η μήτρα μεγαλώνει και εξέρχεται της πυέλου, η διάμετρος της κοιλίας παρουσιάζει εμφανή αύξηση. Περί τον έκτο 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' ότι 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.

### 3.4 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

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 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<sup>3</sup>, 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 20<sup>η</sup> 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 κυήσεις 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 ελαττώνεται 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 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).<sup>4</sup>

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 κιρσούς 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.<sup>9</sup>

### **3.5 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

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 συνολικό 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 προσδευτικά από 40% έως 50 %. 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 32<sup>η</sup> έως και την 40<sup>η</sup> και τελευταία εβδομάδα της κύησης. Μέχρι το τέλος του έκτου μήνα ο αιματοκρίτης 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 προσδευτικά κατά την διάρκεια της κύησης σε τιμές από 1,4 lt έως 1,8 lt. Η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων (ΤΚΕ), τετραπλασιάζεται ως φυσιολογική μεταβολή στην κύηση, για το λόγο αυτό δεν αποτελεί αξιόπιστο διαγνωστικό σημείο για τη διαπίστωση λοιμώξεων.

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/mm<sup>3</sup>, αποκαθίστανται δε στις φυσιολογικές τιμές τους κατά την πρώτη εβδομάδα της λοχείας.<sup>10</sup>

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 μήνα. Ο αιματοκρίτης είναι η ποσοστιαία επί τοις εκατό αναλογία του όγκου των ερυθρών συστατικών του αίματος σε σχέση με το συνολικό όγκο του αίματος. Η ΤΚΕ αποτελεί δείκτη καλής λειτουργίας του οργανισμού. Εκτός εγκυμοσύνης, η υψηλή ΤΚΕ αποτελεί εύρημα αποδεικτικό και συμβατό με την ύπαρξη λοιμώξεων, καρκίνων και αυτοάνοσων νοσημάτων και φθάνουν στο ανώτερο σημείο την 30<sup>η</sup> εβδομάδα. Ήδη τον τρίτο μήνα παρουσιάζουν αύξηση μέχρι 15.000/mm<sup>3</sup>. Τα αιμοπετάλια γενικά ελαττώνονται κατά την εγκυμοσύνη, αλλά οι απόψεις για την αυξομείωσή τους δίστανται. Στην ουσία δεν είναι γνωστός ο τρόπος με τον οποίο λειτουργούν.<sup>10</sup>

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 παθογένεια και να μην συνιστώνται θεραπευτικές αγωγές, οι οποίες επίσης θα μπορούσαν να απειλήσουν την εγκυμοσύνη.<sup>9</sup>

### **3.6 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

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 σιελόρροια. 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. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι το άδειασμα του στομάχου και η διέλευση του από το έντερο καθυστερεί στην εγκυμοσύνη λόγω ορμονικών και μηχανικών παραγόντων. Για παράδειγμα μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της προγεστερόνης ή των μειωμένων επιπέδων της μοτιλίνης, ένα ορμονικό πεπτίδιο που είναι γνωστό ότι διεγείρει τις λείες μυϊκές ίνες.<sup>11</sup>

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 6<sup>η</sup> με διάρκεια έως και τη 14<sup>η</sup> 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.

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. 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 διάγνυσή της πρέπει να αποκλειστούν πρώτα οι παθήσεις της γαστρεντερίτιδας, ηπατίτιδας, πεπτικού έλκους, χολοκυστίτιδας και εμπύρετης ουρολοίμωξης.

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.<sup>12</sup>

### **3.7 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

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.

### **3.8 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

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 μήνα με σαφέστερη εμφάνιση στη δεξιά πλευρά. Η κατάσταση των ουρητήρων μπορεί να δυσχερανθεί σταδιακά μέχρι του σημείου της μηχανικής απόφραξης, η οποία προκαλείται από την πίεση της μεγάλης μήτρας. Έτσι, λόγω της μη ομαλής παροχέτευσης των ούρων αναπτύσσονται μικρόβια και προκαλούνται ουρολοιμώξεις.<sup>8</sup>

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 ανάσκηλη 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.<sup>8</sup>

### **3.9 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ**

Κατά την εξέλιξη της κύησης, και καθώς το κύημα αναπτύσσεται, παρατηρούνται μεταβολές του μεταβολισμού στην μητέρα, ώστε να μπορέσει αυτή να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις. Η κύηση μπορεί να θεωρηθεί ως μία αναβολική κατάσταση, που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού λίπους, του όγκου του αίματος, του εξωκυτταρίου και ενδοκυτταρίου υγρού, των μαστικών αδένων και της μήτρας. Όλες αυτές οι μεταβολές έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση των διαστάσεων της κοιλίας και του σωματικού βάρους. Ο μέσος όρος της αύξησης του βάρους κατά την κύηση υπολογίζεται σε 12,5 kgf με ρυθμό 1-1,5 kgf/μήνα. Η αιφνίδια και υπερβολική αύξηση του βάρους έχει σχέση με παθολογική κατακράτηση υγρών. Στην όλη αύξηση του σωματικού βάρους μικρότερη συμμετοχή έχουν οι πρωτεΐνες. Υπολογίζεται ότι από τα 12,5 kgf που θα αποκτηθούν κατά την κύηση τα 1.000gr είναι πρωτεΐνες. Το συνολικό λίπος του σώματος αυξάνει με κεντρική κυρίως κατανομή. Ως

προς τον μεταβολισμό των υδατανθράκων η κύηση μπορεί να θεωρηθεί ως μία διαβητογόνος κατάσταση.

| Αύξηση βάρους σε gr |            |             |             |               |
|---------------------|------------|-------------|-------------|---------------|
| Ιστοί & Έμβρυο      | 10 wks     | 20 wks      | 30 wks      | 40 wks        |
| Έμβρυο              | 5          | 300         | 1500        | 3400          |
| Πλακούντας          | 20         | 170         | 430         | 650           |
| Αμνιακό             | 30         | 350         | 750         | 800           |
| Μήτρα               | 140        | 320         | 600         | 970           |
| Μαστικός αδένας     | 45         | 180         | 360         | 405           |
| Αίμα                | 100        | 600         | 1300        | 1250          |
| Ενδιάμεσο υγρό      | 0          | 30          | 80          | 1680          |
| Αύξηση μητέρας      | 310        | 2050        | 3480        | 3345          |
| <b>Συνολικά</b>     | <b>650</b> | <b>4000</b> | <b>8500</b> | <b>12.500</b> |

*Hyttén F, Clinical Physiology in obstetrics, Oxford, Blackwell Scientific, 1980, p 221*

Εικόνα 6. Αύξηση του βάρους κατά την κύηση (Hyttén F, Clinical Physiology in Obstetrics, Oxford, Blackwell Scientific, 1980, p221)

### 3.10 ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

Οι περισσότερες μεταβολές που συμβαίνουν στην κύηση οφείλονται στην ορμονική έκκριση του πλακούντα. Εκτός από τον πλακούντα έντονη ορμονική δραστηριότητα παρατηρείται και στους ενδοκρινείς αδένες της γυναίκας.

#### ➤ Υπόφυση

Το μέγεθος της υπόφυσης, ιδιαίτερα του προσθίου λοβού, κατά την κύηση αυξάνει σημαντικά. Παρατηρείται εκσεσημασμένη αύξηση των κυττάρων που συνθέτουν προλακτίνη, με

αποτέλεσμα αύξηση των επιπέδων της. Αντίθετα, παρατηρείται σημαντική πτώση των συνθετικών ωοθυλακιοτρόπων ορμονών FSH και LH λόγω της επίδρασης των αυξημένων επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης που παράγει ο πλακούντας. Επιπλέον, η αύξηση των επιπέδων της προλακτίνης συμβάλλει στην πτώση των συνθετικών ωοθυλακιοτρόπων ορμονών μέσω της GnRH του υποθαλάμου. Η έκκριση της φλοιοτρόπου ορμόνης αυξάνει, ενώ παρατηρείται αναστολή της έκκρισης της αυξητικής. Η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη συνήθως δεν μεταβάλλεται. Τέλος, παρατηρείται αύξηση της διεγερτικής ορμόνης των μελανοκυττάρων. Ως προς την ορμονική δραστηριότητα του οπισθίου λοβού της υπόφυσης, παρατηρείται αύξηση της απελευθέρωσης της ωκυτοκίνης, κυρίως κατά την έναρξη του τοκετού και κατά τον θηλασμό.

#### ➤ Θυρεοειδής

Το μέγεθος του θυρεοειδούς κατά την κύηση διπλασιάζεται περίπου. Η αύξηση αυτή αποδίδεται στην εναπόθεση κολλοειδούς λόγω πτώσης των επιπέδων του ιωδίου. Η παρατηρούμενη αύξηση της T3 και T4 στο πλάσμα της εγκύου δεν υποδηλώνει υπερθυρεοειδισμό, μια και τα επίπεδα της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης και της ελεύθερης θυροξίνης παραμένουν σταθερά. Τα αυξημένα επίπεδα της T3 και T4 δεν επηρεάζουν την θυρεοειδική λειτουργία του εμβρύου, διότι οι ορμόνες αυτές δεν διαπερνούν τον πλακουντιακό φραγμό.

#### ➤ Επινεφρίδια

Τα κορτικοστεροειδή των επινεφριδίων αυξάνουν προοδευτικά κατά την διάρκεια της κύησης. Η αύξηση αυτή μπορεί να ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη των χαρακτηριστικών ραβδώσεων στο δέρμα τα εγκύου, την εμφάνιση γλυκοζουρίας και υπέρτασης. Αντίθετα, οι μεταβολές στην έκκριση της αδρεναλίνης και της νοραδρεναλίνης είναι ιδιαίτερα μικρές.

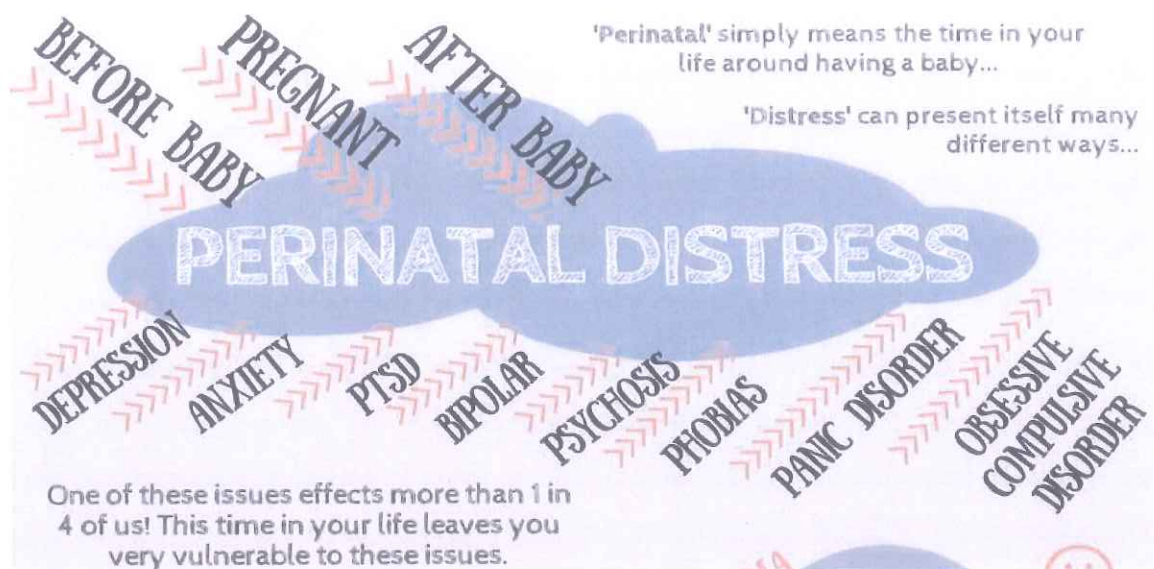
Γενικά, εκτός από την προλακτίνη, η οποία παρουσιάζει αύξηση της έκκρισης κατά την κύηση, οι υπόλοιπες ορμόνες διατηρούν τα επίπεδά τους μάλλον σταθερά μέχρι το τέλος της κύησης,

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.

#### 4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

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 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.

Η εγκυμοσύνη θεωρείται ότι είναι γενικά είναι ένας χρόνος ευτυχίας και συναισθηματικής ευεξίας για μια γυναίκα. Ωστόσο, για πολλές γυναίκες, η εγκυμοσύνη και η μητρότητα αυξάνουν την ευπάθειά τους σε ψυχιατρικές καταστάσεις όπως η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, οι διατροφικές διαταραχές και οι ψυχώσεις. Οι προϋποθέσεις αυτές συχνά δε διαγνώσκονται άμεσα επειδή αποδίδονται στην εγκυμοσύνη και θεωρείται ότι σχετίζονται με τις αλλαγές στο μητρικό σώμα αλλά την ιδιοσυγκρασία ή τη φυσιολογία του ατόμου. Επιπλέον, τέτοιες συνθήκες συχνά υποθεραπεύονται λόγω των ανησυχιών για πιθανές επιβλαβείς επιδράσεις μίας φαρμακευτικής αγωγής.



Εικόνα 7. Οι ψυχικές διαταραχές κατά την κύηση (Perinatal Awareness Week 2016 – [www.babywearingwithjess.com](http://www.babywearingwithjess.com)).

#### 4.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

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.<sup>13</sup>

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 που εμφάνισαν αιφνίδιο υψηλό πυρετό μετά τον τοκετό, πιθανότατα εξαιτίας λοίμωξης από το βακτήριο του Στρεπτόκοκκου Α και, ως επιπλοκή αυτού εκδήλωσαν παραλήρημα, μανία ή και μελαγχολία. Ο Ιπποκράτης απέδιδε την ασθένεια στη μεταφορά των λόχειων υγρών στον εγκέφαλο.<sup>6</sup>

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. 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 8. Margery Kempe (1373-1439)

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 17<sup>ο</sup> και τον 18<sup>ο</sup> 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.



Εικόνα 9. Felix Plater (October 28, 1536 – July 28, 1614)

Η Nancy Theriot στο κείμενό της «Nineteenth-century Physicians and Puerperal Insanity», περιλαμβάνει αναφορές πολυάριθμων άρθρων του 19<sup>ου</sup> αιώνα για το ζήτημα της «μη φυσιολογικής» μητρότητας, όπου βλέπουμε πόσο είχε αρχίσει να απασχολεί τους επιστήμονες της εποχής αυτή η παράδοση 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.

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.

Τον 20<sup>ο</sup> 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.

#### **4.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΗΣ ΜΕΛΛΟΥΣΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ**

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.<sup>14</sup>

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.

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.<sup>4</sup>

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.<sup>3</sup>

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.

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.<sup>14</sup>

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.

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.

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.<sup>14</sup>

#### **4.3 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΟΥ ΜΕΛΛΟΝΤΑ ΠΑΤΕΡΑ**

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.

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.

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.

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 τρομάξει, είναι όμως όχι μόνο φυσικό αλλά και απαραίτητο γιατί συμβάλλει στην δημιουργία του δεσμού με το μωρό που θα έρθει.

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.

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.<sup>15</sup>

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. 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.

#### **4.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ**

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.

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.<sup>16</sup>

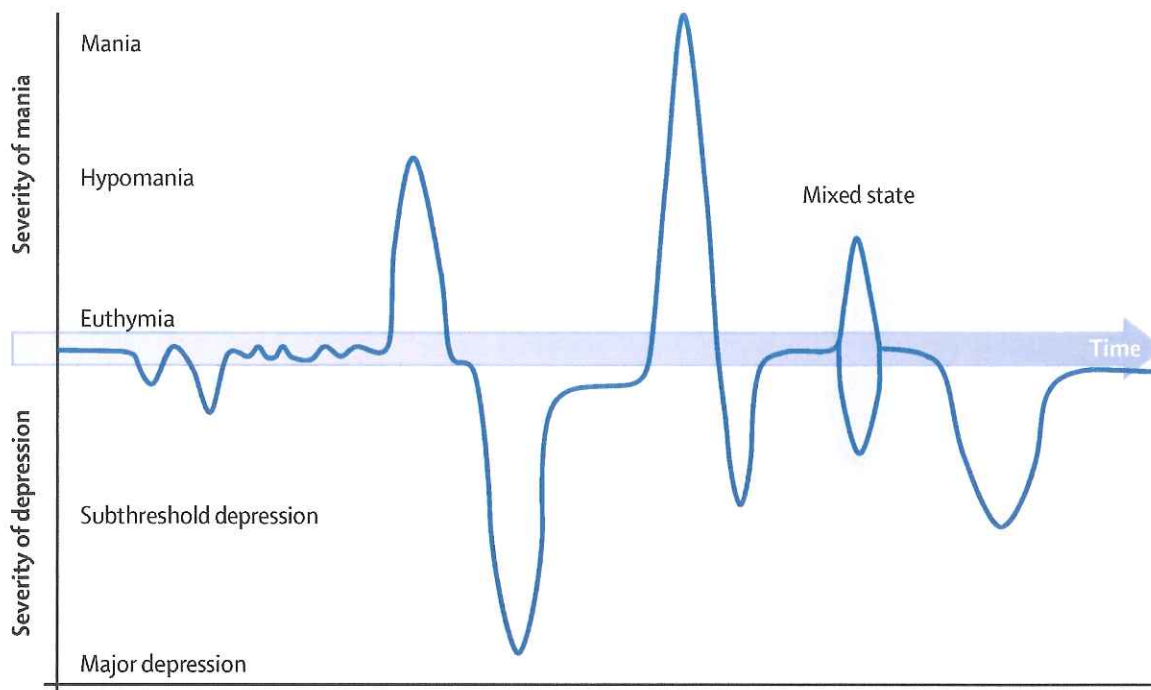
Γενικότερα τόσο οι έρευνες όσο και η καθημερινή εμπειρία δείχνουν ότι η παρουσία του πατέρα και η συναισθηματική στήριξη που προσφέρει, βοηθούν την μητέρα στον ρόλο της. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό σήμερα, όπου το υποστηρικτικό σύστημα της ευρείας οικογένειας του παρελθόντος, δεν υπάρχει. Επιπλέον 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.<sup>16</sup>

## 5. ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

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.<sup>17</sup>

Σύμφωνα με τον Brockington 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.<sup>18</sup>

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.<sup>19</sup> Στην παρούσα εργασία επικεντρωνόμαστε κυρίως σε εκδηλώσεις και συμπτώματα που εμπίπτουν στο φάσμα των καταθλιπτικών διαταραχών.



Εικόνα 10. Bipolar disorder (SEMINAR| VOLUME 387, ISSUE 10027, P1561-1572, APRIL 09, 2016)

Οι ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζονται κατά τη λοχεία εμφανίζονται συνήθως κατά τις 4 – 6 πρώτες εβδομάδες μετά τη εγκυμοσύνη και διακρίνονται στις εξής: θλίψη, κατάθλιψη και σε ψύχωση της λοχείας. Η θλίψη είναι περισσότερο συχνή καθώς παρουσιάζεται στο 50% – 85% των εγκύων και αποτελεί μία ήπια και αυτοπεριοριζόμενη διαταραχή. Ειδικότερα όμως η κατάθλιψη είναι εμφανής στο 10% – 20% των λεχώνων το οποίο παρουσιάζει επιλόχειο κατάθλιψη, ενώ το 60% παρουσιάζει και κάποια συναισθηματική διαταραχή. Η διάρκεια της ξεκινά από λίγες εβδομάδες αλλά μπορεί να υπάρξει για πολλούς μήνες και μάλιστα, με κίνδυνο επανεμφάνισης σε επόμενη λοχεία για το 50% – 65% των γυναικών που αντιμετώπισαν κατάθλιψη κατά την πρώτη εγκυμοσύνη.

Τα συμπτώματα αυτής είναι η κακή διάθεση, το κλάμα, η ευμετάβλητη διάθεση, η ευερεθιστότητα, το άγχος, η αϋπνία, αλλά και διαταραχές μνήμης και συγκέντρωσης. Επιπλέον, παρουσιάζεται κατά κύριο λόγο 3 – 4 ημέρες μετά τον τοκετό ενώ κορυφώνεται την 5η – 6η μέρα με επάνοδο στο φυσιολογικό μέσα σε 2 – 3 εβδομάδες.

## 5.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ

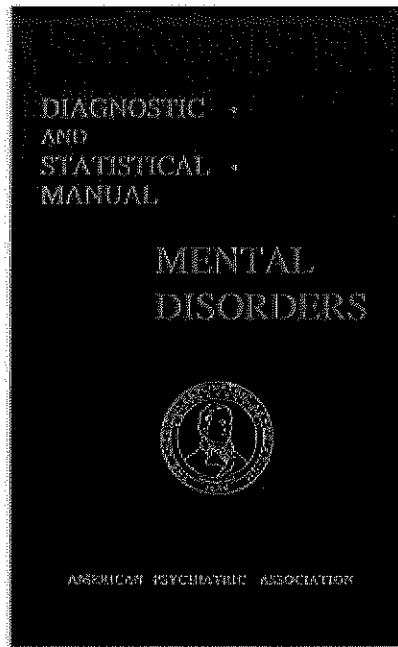
Η ταξινόμηση είναι η οργάνωση των επιμέρους στοιχείων μιας μελέτης με άξονα τις βασικές τους ομοιότητες και η ομαδοποίησή τους σύμφωνα με αυτά τα κοινά χαρακτηριστικά.

Οι σκοποί της ταξινόμησης είναι:

- Η διευκόλυνση της καταγραφής των ψυχικών διαταραχών και της οργάνωσής τους σε ένα ενιαίο σύστημα.
- Η διευκόλυνση της λήψης ορθολογικών αποφάσεων στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.
- Η δημιουργία ερευνητικού πλαισίου για την αιτιολογία, τη φύση και τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.
- Η απλοποίηση και βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ επιστημόνων από πολλούς τομείς, με διαφορετικές προσεγγίσεις, από διαφορετικά μέρη του κόσμου.
- Η παροχή πληροφοριών για την πρόγνωση, δηλαδή για την πρόβλεψη της πορείας μιας διαταραχής.

Η χρησιμότητα των συστημάτων ταξινόμησης έγκειται στο γεγονός ότι εξασφαλίζουν στους ειδικούς τη δυνατότητα να επικοινωνούν μεταξύ τους αποτελεσματικά, ενώ προσφέρουν στους ερευνητές ένα κοινό πλαίσιο το οποίο διευκολύνει τη διατύπωση θεωρητικών προσεγγίσεων για τη φύση των ψυχικών διαταραχών.

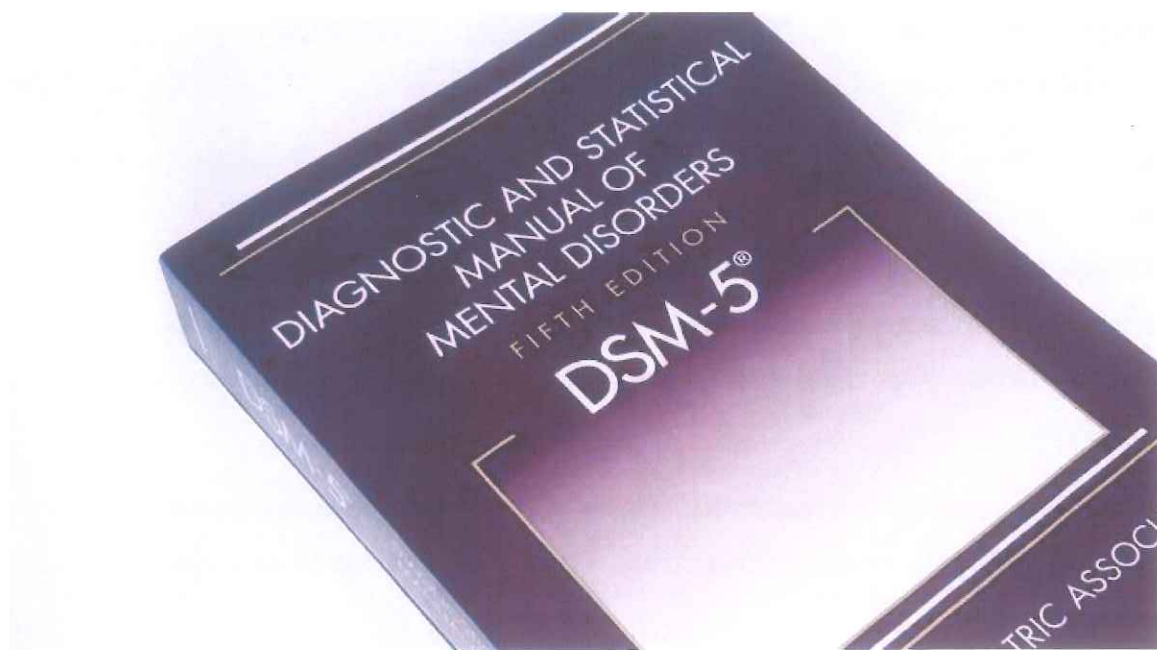
Το 1917 η Αμερικανική Ιατρο-Ψυχολογική Εταιρεία αναπτύσσει ένα διαγνωστικό σύστημα με 59 διαταραχές. Το 1921 η Αμερικανική Ιατρο-Ψυχολογική Εταιρεία μετονομάζεται σε American Psychiatric Association (APA). Το 1948 εκδίδεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η 6<sup>η</sup> έκδοση του ICD στο οποίο περιλαμβάνεται η ενότητα F για την ψυχική υγεία. Η APA επηρεάζεται από την έκδοση του ICD-6 και εκδίδει το DSM-I. 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. Αυτό αντανακλά κυρίως την ψυχοδυναμική άποψη και περιλαμβάνει 106 διαγνωστικές κατηγορίες.



Εικόνα 11. DSM-I (1952)

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 χαρακτηρολογικές διαταραχές. Η ορολογία και οι περιγραφές των διαταραχών σε αυτές τις εκδόσεις αντανakλούσαν 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. 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 επόμενη 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.<sup>20</sup>



Εικόνα 12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

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 κατάθλιψη, μανιακό, υπομανιακό ή στη βραχεία ψυχωτική διαταραχή), για να

επισημαίνει ότι η εμφάνιση του επεισοδίου συντελέστηκε σε διάστημα τεσσάρων εβδομάδων μετά τον τοκετό (APA, 2000).

Ωστόσο, σύμφωνα με τους Beck and Indman, 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.<sup>21</sup> 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.<sup>17</sup>

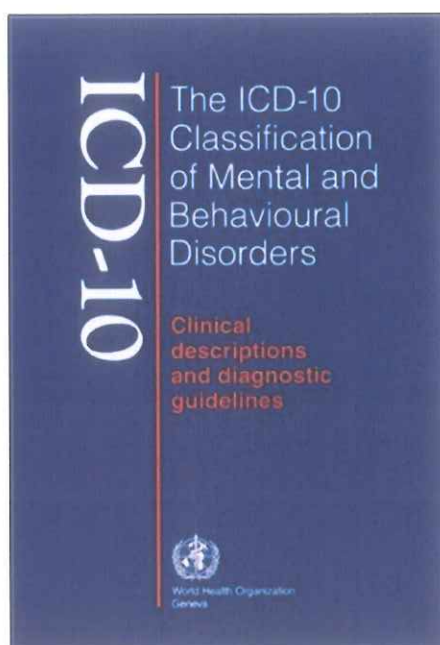
Στο DSM-V, ενώ τα διαγνωστικά κριτήρια για την κατάθλιψη παραμένουν ίδια, ο χρονικός προσδιοριστής που αφορά την επιλόχεια έναρξη έχει διευρυνθεί, συμπεριλαμβάνοντας και την περίοδο της κύησης. Συγκεκριμένα, η έναρξη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μπορεί να λάβει χώρα είτε την περίοδο της κύησης, είτε 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.<sup>22</sup>

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.<sup>17</sup>



Εικόνα 13. ICD-10

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.

**The EPDS is a 10-item questionnaire. Women are asked to answer each question in terms of the past seven days.**

|                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. I have been able to laugh and see the funny side of things</b> | As much as I always could (score of 0)<br>Not quite so much now (score of 1)<br>Definitely not so much now (score of 2)<br>Not at all (score of 3)                                                                                                              |
| <b>2. I have looked forward with enjoyment to things</b>             | As much as I ever did (score of 0)<br>Rather less than I used to (score of 1)<br>Definitely less than I used to (score of 2)<br>Hardly at all (score of 3)                                                                                                      |
| <b>3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong</b>  | Yes, most of the time (score of 3)<br>Yes, some of the time (score of 2)<br>Not very often (score of 1)<br>No, never (score of 0)                                                                                                                               |
| <b>4. I have been anxious or worried for no good reason</b>          | No, not at all (score of 0)<br>Hardly ever (score of 1)<br>Yes, sometimes (score of 2)<br>Yes, very often (score of 3)                                                                                                                                          |
| <b>5. I have felt scared or panicky for no very good reason</b>      | Yes, quite a lot (score of 3)<br>Yes, sometimes (score of 2)<br>No, not much (score of 1)<br>No, not at all (score of 0)                                                                                                                                        |
| <b>6. Things have been getting on top of me</b>                      | Yes, most of the time I haven't been able to cope at all (score of 3)<br>Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual (score of 2)<br>No, most of the time I have coped quite well (score of 1)<br>No, I have been coping as well as ever (score of 0) |
| <b>7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping</b> | Yes, most of the time (score of 3)<br>Yes, sometimes (score of 2)<br>Not very often (score of 1)<br>No, not at all (score of 0)                                                                                                                                 |
| <b>8. I have felt sad or miserable</b>                               | Yes, most of the time (score of 3)<br>Yes, quite often (score of 2)<br>Not very often (score of 1)<br>No, not at all (score of 0)                                                                                                                               |
| <b>9. I have been so unhappy that I have been crying</b>             | Yes, most of the time (score of 3)<br>Yes, quite often (score of 2)<br>Only occasionally (score of 1)<br>No, never (score of 0)                                                                                                                                 |
| <b>10. The thought of harming myself has occurred to me</b>          | Yes, quite often (score of 3)<br>Sometimes (score of 2)<br>Hardly ever (score of 1)<br>Never (score of 0)                                                                                                                                                       |

Source: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS Cox et al 1987).

(\*Developed as the Edinburgh Postnatal Depression Scale but can be used in both pregnancy and postnatal period to assess for possible depression and anxiety. Questions 3, 4 and 5 relate to possible symptoms of anxiety disorders)

Εικόνα 14. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS Cox et al., 1987)

## 6. ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Το ερώτημα για τον ρόλο της κληρονομικότητας στις ψυχικές διαταραχές είχε απασχολήσει από παλαιά την ιατρική σκέψη. Ήδη από τα τέλη του 19ου αιώνα, όταν ο γερμανός ψυχίατρος Kraepelin διαχώρισε τις μείζονες ψυχικές διαταραχές σε πρώιμη άνοια (σχιζοφρένεια) και μανιοκαταθλιπτική ψύχωση (συναισθηματική διαταραχή), εμπειρικές παρατηρήσεις ανέφεραν ότι οι διαταραχές αυτές εκδηλώνονταν συχνότερα στις οικογένειες των πασχόντων. Η συστηματική διερεύνηση του ρόλου των γενετικών παραγόντων στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών γίνεται τις τελευταίες δεκαετίες χάρη στην πρόοδο που έχει συντελεσθεί στη μεθοδολογία των μελετών και στη θέσπιση αυστηρότερων κριτηρίων για τη διάγνυσή τους, στη σύγκριση των αποτελεσμάτων με ομάδες υγιών μαρτύρων, στην εγκυρότερη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και κυρίως στην αλματώδη πρόοδο της μοριακής βιολογίας και στην εφαρμογή μοριακών τεχνικών που άνοιξε νέους ορίζοντες στη σύγχρονη ψυχιατρική γενετική. Οι πρόσφατες, μάλιστα, ανακοινώσεις για την ολοκλήρωση της χαρτογράφησης του ανθρώπινου γονιδιώματος (το σύνολο του γενετικού υλικού ενός οργανισμού) συντηρούν και αυξάνουν το επιστημονικό ενδιαφέρον των ερευνητών.<sup>23</sup>

Ως μέθοδοι για τη διερεύνηση της γενετικής συμμετοχής στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών εξακολουθούν να θεωρούνται οι κλασικές κλινικές μελέτες σε οικογένειες, σε διδύμους και σε υιοθετημένους, καθώς και οι μελέτες συσχέτισης και σύνδεσης των ψυχικών διαταραχών με γενετικούς δείκτες στο πλαίσιο της μοριακής γενετικής.<sup>24</sup>

Από τα αποτελέσματα των μελετών σε οικογένειες, διδύμους και υιοθετημένους, δεν αμφισβητείται σήμερα η καθοριστική επίδραση των γενετικών συντελεστών στην αιτιοπαθογένεια των μείζονων ψυχικών διαταραχών, χωρίς βέβαια να παραγνωρίζεται και ο σημαντικός ρόλος των περιβαλλοντικών παραγόντων στην εκδήλωσή τους. Η εφαρμογή όλο και περισσότερο εξελιγμένων μοριακών τεχνικών επιτρέπει την αισιοδοξία ότι τα προσεχή χρόνια θα υπάρξει ανακάλυψη σύνδεσης των διαταραχών αυτών με ειδικούς γενετικούς δείκτες. Θα πρέπει, επίσης, να τονισθεί ιδιαίτερα και η σημαντική πρόοδος που έχει συντελεσθεί στον τομέα της φαρμακογενετικής. Η πρόοδος αυτή μπορεί να βοηθήσει στην

ανακάλυψη της καταλληλότερης φαρμακοθεραπείας και της αποτελεσματικότερης δοσολογίας, στο πλαίσιο της προσανατολισμένης ιατρικής σε κάθε ασθενή. Τέλος, η πληρέστερη κατανόηση της αλληλεπίδρασης γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων αναμένεται ότι θα βοηθήσει στην αναγνώριση των ατόμων υψηλού κινδύνου και στην αποτελεσματικότερη πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση των μειζόνων ψυχικών διαταραχών. Τούτο ομοίως, θα συντελέσει, τόσο στην αύξηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας της ψυχιατρικής γενετικής συμβουλευτικής για τον οικογενειακό προγραμματισμό των ιδίων των ασθενών και των οικείων τους όσο και στην εξάλειψη του στίγματος που, δυστυχώς, συνοδεύει ακόμη και σήμερα την εκδήλωση ψυχικής νόσου.<sup>25</sup>

## 7. ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι ψυχικές διαταραχές που μπορεί να εμφανιστούν στην κύηση αλλά και στη λοχεία μπορούν να ταξινομηθούν στις παρακάτω κατηγορίες:

- ❖ Κατάθλιψη
- ❖ Διπολική διαταραχή ή Μανιακή καταθλιπτική ασθένεια
- ❖ Διαταραχές άγχους
  - Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD)
  - Διαταραχή μετα-τραυματικού στρες (PTSD)
  - Διαταραχή γενικευμένου άγχους (GAD)
  - Διαταραχή πανικού
  - Κοινωνική φοβία
- ❖ Σχιζοφρένεια

Το 2006, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) λαμβάνοντας υπόψη τις διαστάσεις του προβλήματος, εξέδωσε οδηγίες για την πολιτική αντιμετώπισης των ζητημάτων ψυχικής υγείας του γυναικείου φύλου, ενώ το 2009 το NICE (National Institute of Clinical Excellence) έδωσε τις κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη και την φροντίδα περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών για τις έγκυες γυναίκες, αλλά και τις λεχώνες.

### 7.1 ΑΓΧΟΣ

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).

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.<sup>26</sup>

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 κύησης 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.<sup>27</sup>

Σε αρκετές περιπτώσεις οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη συνυπάρχουν (ποσοστό 30-40%). Υποστηρίζεται ότι το διαρκές άγχος μπορεί να επιφέρει καταθλιπτικό συναισθήμα. 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.<sup>27</sup>

Παρόλο που η επικράτηση των αγχωδών διαταραχών είναι αρκετά υψηλή κατά την περιγεννητική περίοδο, δεν διαγιγνώσκονται τόσο συχνά όσο η κατάθλιψη. Τα αίτια αυτού του φαινομένου εντοπίζονται στην πεποίθηση ότι το άγχος κατά το διάστημα της περιγεννητικής περιόδου είναι αναμενόμενο και φυσιολογικό. 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-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.

## 7.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

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. 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.<sup>28</sup>

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%) (APA, 2013).

Η περίοδος της λοχείας συνδέεται άμεσα με την κατάθλιψη. Αμέσως μετά τον τοκετό δύναται να παρουσιαστούν ορισμένες καταθλιπτικές διαταραχές όπως:

- ✓ Η επιλόχεια κακοδιαθεσία – “Baby Blues”
- ✓ Η επιλόχεια μελαγχολία
- ✓ Η επιλόχεια κατάθλιψη
- ✓ Η επιλόχεια ψύχωση

Η επιλόχεια κακοδιαθεσία είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια αυτοπεριοριζόμενη, σχετικά ήπιας μορφής κατάθλιψη που αντιμετωπίζει το 30% με 80% των νέων μητέρων. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κατήφεια, άγχος, θλίψη, κόπωση, αϋπνία. Συνήθως ξεκινά 3 με 10 ημέρες μετά τον τοκετό και υποχωρεί εντός δύο εβδομάδων.<sup>43</sup> Αν δε γίνει έγκαιρη διάγνωσή της, υπάρχει πιθανότητα να εξελιχθεί σε επιλόχεια κατάθλιψη.<sup>29</sup>

Η επιλόχεια μελαγχολία είναι η πιο συχνή από τις τρεις, με συχνότητα που κυμαίνεται από 30-75%. Είναι μία ήπια και αυτοπεριοριζόμενη μορφή κατάθλιψης, η οποία δεν προκαλεί σοβαρές λειτουργικές διαταραχές ούτε στη συμπεριφορά ούτε στην καθημερινότητα της νέας μητέρας. Περίπου οι μισές από τις μητέρες βιώνουν μια βραχεία περίοδο δυσφορίας, που διαρκεί λίγες ώρες και συμβαίνει μεταξύ της τρίτης και πέμπτης μέρας. Η επιλόχεια μελαγχολία δεν έχει τάση να διαρκεί πολύ και είναι καλοήθης. Αν και δημιουργεί αμηχανία, η επιλόχεια μελαγχολία τείνει να εξαφανιστεί σε δεκαπέντε το πολύ μέρες, χωρίς να χρειάζεται ειδική θεραπεία, εκτός από υπομονή και υποστήριξη από το άμεσο περιβάλλον. Παρόλα αυτά δε θα πρέπει να θεωρείται ασήμαντη και να λαμβάνεται απήφιστα, ειδικά όταν τα συμπτώματα επιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα.



Εικόνα 15. Επιλόχεια μελαγχολία ( [psychologynow.gr](http://psychologynow.gr), 2018)

Η επιλόχεια ψύχωση είναι μια σπάνια κατάσταση, η οποία εμφανίζεται σε μόνο 1 στις 500 γεννήσεις, συνήθως 1 με 2 εβδομάδες μετά τη γέννα. Αποτελεί ένα ψυχιατρικά επείγον περιστατικό που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης, καθώς μπορεί να ξεκινήσει αργά και να επιδεινωθεί με το πέρασμα των ημερών ή εβδομάδων ή μπορεί να εμφανιστεί οξέως με δραματική μορφή. Η επιλόχεια ψύχωση ανήκει σε μία ομάδα διπολικών εγκεφαλικών διαταραχών με μεγάλη κληρονομικότητα και μια εγγενή τάση για ανάπτυξη επεισοδίων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Είναι μια κατάσταση απειλητική για τη ζωή και απαιτείται νοσοκομειακή περίθαλψη για την ασφάλεια της μητέρας ή του μωρού.<sup>30</sup>



Εικόνα 16. Επιλόχεια ψύχωση (singleparent.gr, 2019)

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι επίσης σχετικά συχνή, 10-15%, που είναι μια συχνότητα παρόμοια με αυτή που γενικού γυναικείου πληθυσμού. Αν και οι περισσότερες γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη βιώνουν καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τον 1<sup>ο</sup> μήνα μετά τον τοκετό, τα συμπτώματα μερικές φορές αναπτύσσονται από το τέλος της εγκυμοσύνης. Τα σημεία και συμπτώματα διαφοροποιούνται από αυτά της μείζονος κατάθλιψης.<sup>31</sup>



Εικόνα 17. Επιλόχεια κατάθλιψη (Eltherapy.gr, 2018)



---

# **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

---



## **8. ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

### **8.1 ΟΡΙΣΜΟΣ**

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια σύνθετη και ενδιαφέρουσα διαταραχή που συχνά φέρνει τη γυναίκα και την οικογένειά της μπροστά σε εκπλήξεις. Σε μια στιγμή που χαρακτηρίζεται από ευχαρίστηση και χαρά, η «επίθεση» της κατάθλιψης μπορεί να προκαλέσει «καταστροφή» και παραφωνία στη ζωή της γυναίκας. Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ετερογενή ομάδα καταθλιπτικών διαταραχών στην περίοδο της λοχείας. Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο το οποίο επισυμβαίνει εντός τεσσάρων εβδομάδων από τον τοκετό. Η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται σε ένα σημαντικό ποσοστό που κατ' άλλους κυμαίνεται από 10% μέχρι 20% των λεχωίδων, αλλά κάποιοι ανεβάζουν το ποσοστό στο 40% και στο 53%. Για το 60% των γυναικών αυτών είναι το πρώτο τους καταθλιπτικό επεισόδιο. Ο κίνδυνος εκδήλωσης είναι περίπου διπλάσιος στις πρωτοτόκες. Αν υπάρχει ατομικό ιστορικό μείζονος κατάθλιψης, τότε μια στις τέσσερις λεχωίδες παρουσιάζουν επεισόδια κατάθλιψης κατά τη λοχεία. Σε περίπτωση που έχει προηγηθεί επιλόχεια κατάθλιψη, τότε μια στις δύο λεχωίδες θα παρουσιάσουν ανάλογο επεισόδιο κατάθλιψης σε επόμενη περίοδο λοχείας. Η αναγνώριση και εκτίμηση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι σημαντική γιατί αποτελεί μια συχνή και σοβαρή νόσο που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού. Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί το γεγονός ότι υποδιαγνώσκεται αφού η ασθενής συχνά δεν αναζητά ψυχολογική βοήθεια. Για αυτό, είναι εξαιρετικής προληπτικής σημασίας η αναγνώριση της επιλόχειας κατάθλιψης από επαγγελματίες υγείας, που έρχονται σε επαφή με τη γυναίκα την περίοδο αυτή (όπως οι μαίες, οι γυναικολόγοι, οι παιδίατροι κ.α.) και η έγκυρη και αποτελεσματική θεραπεία της.

## 8.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Εκατοντάδες χρόνια πριν ο Ιπποκράτης διερεύννησε το φαινόμενο της κατάθλιψης και των σχετιζόμενων συμπτωμάτων των λεχωίδων και ανέφερε την περίπτωση γυναίκας που μετά τον τοκετό των διδύμων φαινόταν ανήσυχη και παρουσίαζε ταυτόχρονα παραλήρημα. Η ερμηνεία του για αυτό το περιστατικό ήταν μάλλον ασαφής, καθώς ισχυρίστηκε πως οφειλόταν σε διοχέτευση γάλακτος προς τον εγκέφαλο συνοδευόμενη με απότομη εισροή αίματος στο μαστό καθώς επίσης και σε ατελή αποβολή των λόχιων από τον οργανισμό.<sup>32</sup>

Τους προηγούμενους αιώνες, καθώς ήταν πλέον αντιληπτή η καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά την περίοδο της λοχείας, από περιγραφές νοσοκομείων αναφέρεται ότι υπήρχαν πτέρυγες με κάγκελα στα παράθυρα, σχεδιασμένες για χώρους νοσηλείας λεχωίδων. Ο λόγος τοποθέτησής τους ήταν η πρόληψη τυχόν «παρανοϊκών» ενεργειών από τις νέες μητέρες.

Οι μελέτες για την επιλόχεια κατάθλιψη συστηματοποιήθηκαν μετά το 1950 και οι Hamilton (1962-1982), Dean και Kentell (1981), Protheroe (1969) και Brockington et al (1982) περιέγραψαν λεπτομερέστερα τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου, ενώ η αρχική μελέτη της επιλόχειας κατάθλιψης ξεκίνησε από τον Esquirol (1845) και από τον Marce (1858).

Ως ορισμός η επιλόχεια κατάθλιψη αναγνωρίστηκε και εδραιώθηκε οριστικά με την κλασσική μελέτη του Pitt το 1968, η οποία πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο του Λονδίνου. Η μελέτη αυτή έδειξε πως σε ποσοστό 10% οι μητέρες που γέννησαν στη μαιευτική κλινική του νοσοκομείου τις πρώτες έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό εμφάνιζαν κατάθλιψη, χωρίς κατά την παρακολούθησή τους κατά τη διάρκεια της κύησης να παρουσίαζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Αργότερα, το 1971, σε έρευνά της η Dalton συμπέρανε ότι η συχνότητα ήπιας ή προσωρινής κατάθλιψης κατά την περίοδο της λοχείας άγγιζε το 34%. Τέλος, με αφορμή την αρχική μελέτη του Pitt ο Kumar το 1987 ερευνά ξανά την κατάθλιψη με περιγεννητική έναρξη.<sup>32</sup> Η μελέτη της επιλόχειας κατάθλιψης στην Ελλάδα ξεκίνησε από τη Δραγώνα (1989).

### 8.3 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης μετά τον τοκετό υπολογίζεται στο 15%<sup>33</sup>, 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. 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. Στην πραγματικότητα λοιπόν η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θεωρείται ότι είναι υποεκτιμημένη.<sup>34</sup>

Οι μικρότερες σε ηλικία μητέρες και εκείνες που βιώνουν στρες και σωματική κακοποίηση από τους συντρόφους τους, φαίνεται να εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης. Το CDC (Centers for Disease Control and Prevention) χρησιμοποιώντας το Σύστημα Παρακολούθησης Κινδύνου κατά την Κύηση (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System – PRAMS), εκτίμησε τον επιπολασμό της επιλόχειας κατάθλιψης. Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής, τα έτη 2004-2005, ο επιπολασμός των αυτοαναφερόμενων συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης σε 17 πολιτείες των ΗΠΑ, κυμαινόταν από 11,7% στο Μέιν έως 20,4% στο Νέο Μεξικό. Οι νεότερες μητέρες, εκείνες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και εκείνες που λάμβαναν υγειονομική φροντίδα ανέφεραν συχνότερα καταθλιπτική συμπτωματολογία.<sup>35</sup>

Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι η εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης αφορά σε 1 στις 10 λεχώιδες, οι οποίες όμως δεν είχαν προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό. Όταν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, τότε 25% των γυναικών θα εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη. Τέλος, οι γυναίκες με ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης σε ποσοστό 50% θα εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη σε επόμενη επιλόχειο περίοδο.<sup>37</sup>

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι το ποσοστό της επιλόχειας κατάθλιψης μπορεί να φθάσει και το 40% σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς και ερευνητές. Οι ενήλικες μητέρες βιώνουν

επιλόχεια κατάθλιψη σε ποσοστό 26% και στο 60% των περιπτώσεων το καταθλιπτικό επεισόδιο είναι το πρώτο που βιώνουν στη ζωή τους. Ο κίνδυνος ανάπτυξης επιλόχειας κατάθλιψης είναι περίπου διπλάσιος για τις πρωτοτόκες μητέρες.<sup>38</sup>

Για την Ελλάδα τα δεδομένα της πιο πρόσφατης έρευνας των Μωραΐτου και Σταλικά (2001), στην οποία συμμετείχαν 249 λεχωίδες που γέννησαν στα κρατικά νοσοκομεία δέκα διαφορετικών νομών, κατά την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό, δείχνουν πως το 38,69% των λεχωίδων παρουσίαζε διαφορετικής βαρύτητας κατάθλιψη (24,1% ήπια, 9,24% μέτρια και 5,52% σοβαρή κατάθλιψη). Το 47,42% αυτών ήταν πρωτοτόκες. Το 50% αυτών που παρουσίαζαν σοβαρής μορφής επιλόχεια κατάθλιψη ήταν επίσης πρωτοτόκες.

Ακόμα η μελέτη των Μωραΐτου και Σταλικά το 2003, στην οποία συμμετείχαν 97 πρωτοτόκες λεχωίδες, αποκάλυψε πως σε ποσοστό 44% η κατάθλιψη εμφανίστηκε την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό, σε ποσοστό 36% σε διάστημα 2 μηνών και σε διάστημα 6 μηνών σε ποσοστό 29,9%.<sup>32</sup>

Σε έρευνα που έγινε στον Ιρακινό πληθυσμό συγκρίθηκε το ποσοστό της επιλόχειας κατάθλιψης ανάμεσα σε γυναίκες που θήλαζαν και σε εκείνες που δε θήλαζαν. Συμμετείχαν 78 γυναίκες που θήλαζαν και 78 που δε θήλαζαν με τυχαία δειγματοληψία και εκτιμήθηκαν σε περίοδο 6 μηνών μετά τον τοκετό. Διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό της κατάθλιψης σύμφωνα με την Κλίμακα Κατάθλιψης της Λοχείας του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS), καθώς εμφάνιζαν κατάθλιψη σε ποσοστό 19,4% οι μητέρες που δε θήλαζαν, έναντι 2,5% εκείνων που θήλαζαν.<sup>41</sup>

Η κατάθλιψη είναι αδιάγνωστη και αθεράπευτη. Δεν είναι ξεκάθαρο αν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις έγκυες γυναίκες και σε αυτές που δεν είναι, σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης. Σε έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ από το 2005 έως το 2009, συμμετείχαν 375 έγκυες και 8.677 γυναίκες και διαπιστώθηκε πως οι έγκυες είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό αδιάγνωστη κατάθλιψη σε ποσοστό 65,9% έναντι των γυναικών που δεν ήταν έγκυες (58,6%). Οι μισές έγκυες με κατάθλιψη (49,6%) και το 47,4% αυτών που δεν ήταν έγκυες λάμβαναν θεραπεία. Τα εμπόδια για τη θεραπεία δε διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων

και περιλάμβαναν το κόστος (54,8%), την εναντίωση στη λήψη θεραπείας (41,7%) και το στίγμα της νόσου (26,3%).<sup>42</sup>

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες με διαρκή προβλήματα ψυχικής υγείας και που καθίστανται έγκυες μπορούν συνήθως να αναγνωριστούν πριν την σύλληψη ή κατά τη διάρκεια της κύησης, και για αυτές τις γυναίκες απαιτείται μια ιδιαίτερη προσέγγιση. Ο κίνδυνος εμφάνισης ενός νέου επεισοδίου ψυχικής διαταραχής (συνήθως συναισθηματικής διαταραχής) μετά τον τοκετό είναι αυξημένος σε σχέση με τον κίνδυνο για όλη την διάρκεια της ζωής της. Οι γυναίκες εμφανίζουν δεκαεξαπλάσιο κίνδυνο να εισαχθούν σε ψυχιατρική κλινική εξαιτίας επιλόχειου ψύχωσης, δεκαπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή, πενταπλάσιο κίνδυνο να εμφανίζουν μη ψυχωσική κατάθλιψη μετά τον τοκετό και να παραπεμφθούν σε ψυχίατρο.<sup>32</sup>

#### **8.4 ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Μια από τις υποθέσεις για την παθοφυσιολογία της κατάθλιψης περιλαμβάνει μείωση στην αποτελεσματικότητα της νευροδιαβίβασης της σεροτονίνης. Μειωμένη δράση της σεροτονίνης είναι πιθανόν να ευθύνεται για πολλά από τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Βάσει αυτής της υπόθεσης, έχουν αναπτυχθεί και οι βασικές θεραπείες της κατάθλιψης, οι οποίες περιλαμβάνουν τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα οποία δρουν ως μη επιλεκτικοί αναστολείς των μεταφορέων σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης, τους αναστολείς μοναμιτικής οξειδάσης (MAO) οι οποίοι αυξάνουν τα επίπεδα όλων των μοναμινών νευροδιαβιβαστών (νορεπινεφρίνη, ντοπαμίνη και σεροτονίνη), καθώς και οι επιλεκτικοί αναστολείς των μεταφορέων σεροτονίνης (selective serotonin re-uptake inhibitors, SSRI). Στην αιτιολογία της κατάθλιψης περιλαμβάνονται και γεγονότα έντονης θλίψης, τα οποία μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση της νόσου, όπως θάνατος αγαπημένων προσώπων ή διαζύγιο.<sup>45</sup>

Επιπλέον, υπάρχει και μια επιπλέον θεωρία για την εμφάνιση της κατάθλιψης η οποία εμπλέκει το ανοσοποιητικό σύστημα και τη δράση των κυτοκινών.

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 μοντέλα εμπλέκοντας διαδικασίες ορμονικής απορρύθμισης επηρεάζοντας την υποκείμενη παθογένεια της περιγεννητικής κατάθλιψης.

Νεότερες μελέτες εμπλέκουν τη λεπτίνη και την αδιπονεκτίνη με την επιλόχεια κατάθλιψη. Σε μια ελεγχόμενη μελέτη σε τρία κέντρα, 244 γυναίκες εκτιμήθηκαν την 10<sup>η</sup> ημέρα μετά τον τοκετό με την κλίμακα EPDS οπότε και παρουσίαζαν επιλόχεια κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα από τα δείγματα ορού που πάρθηκαν έδειξαν αυξημένα επίπεδα των δύο ουσιών στις γυναίκες αυτές.<sup>44</sup>

#### **8.4.1 Ο άξονας υποθαλάμου – υπόφυσης – επινεφριδίων**

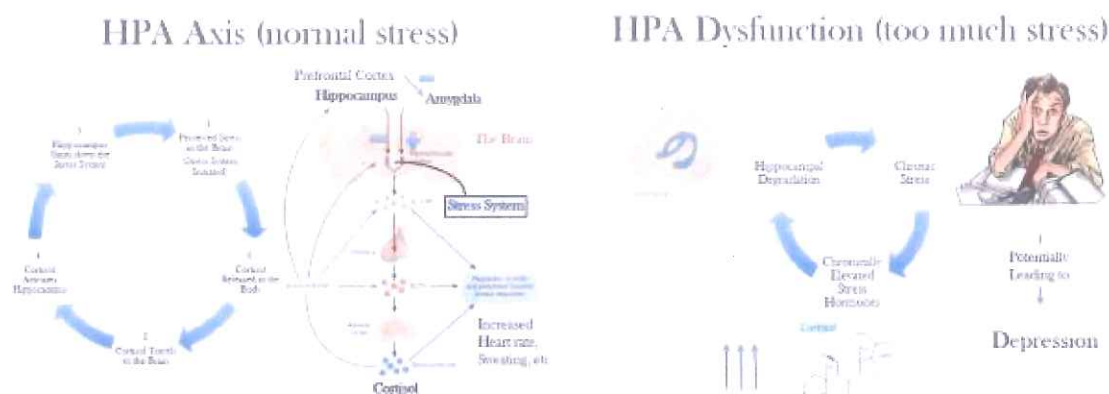
Ο κάθε μηχανισμός, ο οποίος πυροδοτείται από κάποια ερεθίσματα που προκύπτουν από το άγχος, είναι προσαρμοστικός, γεγονός που διευκολύνει και αποσκοπεί στην αποκατάσταση ενός φυσιολογικού τρόπου λειτουργίας. Ως εκ τούτου υπάρχουν κάποιες βιοχημικές μεταβολές, αλλά και μεταβολές ορμονών. Το στρες είναι εκείνο που συμβάλλει στην ενεργοποίηση του νευροενδοκρινικού ή αλλιώς άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA άξονας). Ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA) έχει εμπλακεί στην παθοφυσιολογία ποικιλίας διαταραχών της διάθεσης.

Ο άξονας αποτελείται από βρόχους διέγερσης και ανατροφοδότησης που εμπλέκουν τον εγκέφαλο, την υπόφυση και τα επινεφρίδια, ρυθμίζοντας έτσι την παραγωγή

γλυκοκορτικοειδών. Η κορτιζόλη απελευθερώνεται από τα επινεφρίδια, συνδέεται στον εγκέφαλο με υψηλή συγγένεια με υποδοχείς μεταλλοκορτικοειδών (MRs) και με χαμηλότερη συγγένεια με τους υποδοχείς γλυκοκορτικοειδών (GRs). Οι υποδοχείς γλυκοκορτικοειδών διανέμονται ευρέως σε ολόκληρο τον πρωτεύοντα εγκέφαλο, ενώ των μεταλλοκορτικοειδών εντοπίζονται σε μεγάλο βαθμό στον υπόκαμπο. Η ανάπτυξη της μείζονος κατάθλιψης θεωρείται ότι αντανακλά μια δυσλειτουργία των MRs και/ή GRs εντός του HPA άξονα.

Πάνω από το 40-60% των καταθλιπτικών ασθενών εμφανίζουν υπερκορτιζολαιμία ή άλλες διαταραχές του συστήματος HPA, όπως ισοπεδωμένο κιρκάδιο ρυθμό ή ανυψωμένο ναδίρ. Ωστόσο, υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι η αυξημένη δραστηριότητα του HPA άξονα συνδέεται στενά περισσότερο με συγκεκριμένους υποτύπους κατάθλιψης, όπως τα ψυχωτικά επεισόδια (PMD).<sup>98</sup>

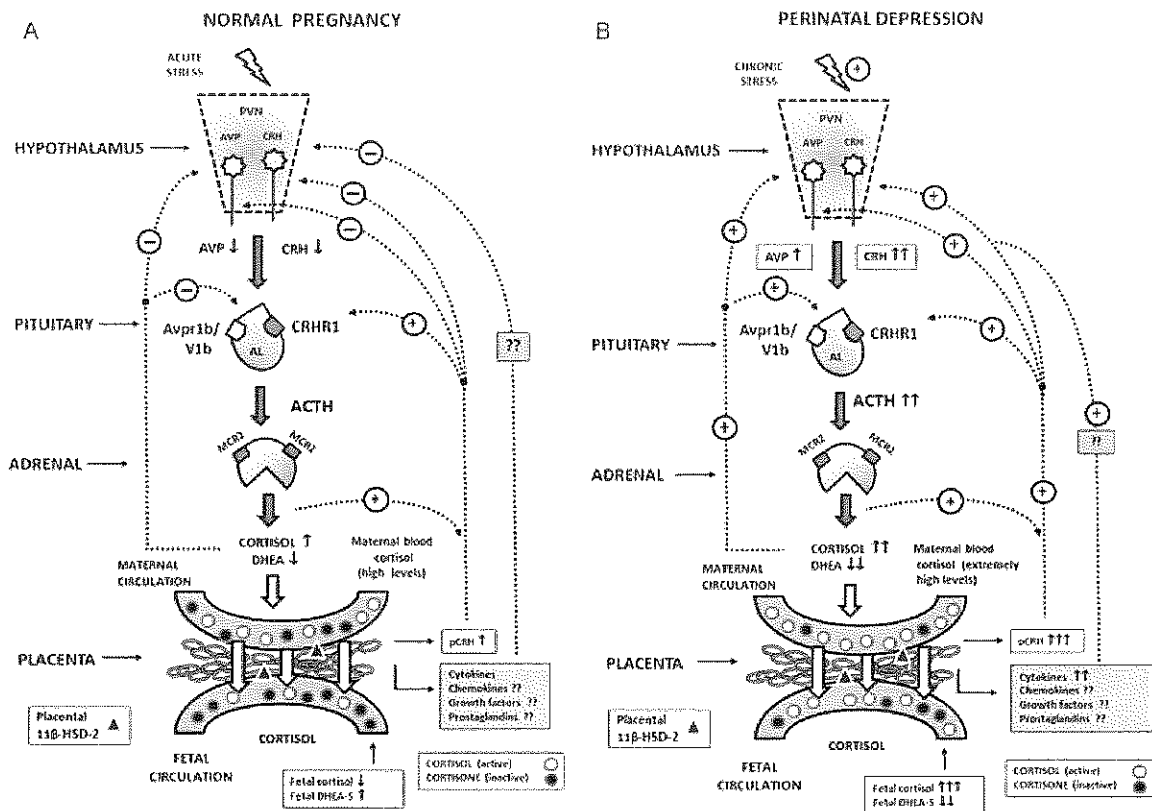
Η κορτικοεκλυτίνη (CRH) είναι μια πεπτιδική ορμόνη και νευροδιαβιβαστής 41 αμινοξέων, που στους ανθρώπους κωδικοποιείται από το γονίδιο της CRH. Η CRH δρα μέσω δύο υποδοχέων (CRHR1 και CRHR2) οι οποίοι εκφράζονται σε διάφορους ιστούς. Εκκρίνεται από τον παρακουιλιακό πυρήνα του υποθαλάμου (PVN) σε απάντηση στο στρες και μεταφέρεται μέσω του πυλαίου συστήματος υποθαλάμου-υπόφυσης στον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης (αδενοϋπόφυση), όπου προάγει την παραγωγή της αδρενοκορτικοτρόπος ορμόνης (ACTH) ως μέρος του HPA άξονα. Η ACTH με τη σειρά της προάγει τη βιοσύνθεση της κορτιζόλης στα επινεφρίδια από την χοληστερόλη. Συνεπώς, ο υποθάλαμος μέσω της παραγωγής της CRH, ελέγχει την έκκριση της υποφυσιακής ACTH και συνακόλουθα την επινεφριδιακή έκκριση γλυκοκορτικοειδών. Η σύνθεση νορεπινεφρίνης και επινεφρίνης μαζί με τα γλυκοκορτικοειδή είναι εκείνα που σχετίζονται με κάθε αλλαγή που συμβαίνει στο ανθρώπινο σώμα σε καταστάσεις στρες, ώστε να υπάρξει άμυνα του οργανισμού.



Εικόνα 18. Depression and the stress system (BLU MATTER PROJECT U OF T STUDENT CHAPTER, wordpress.com, 2018)

Τα γλυκοκορτικοειδή περνούν από τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και έπειτα από τη διαδικασία αυτή δημιουργείται ανάσχεση στον άξονα υποθαλάμου–υπόφυσης–επινεφριδίων λόγω της αρνητικής παλίνδρομης ρύθμισης στην υπόφυση, τον υποθάλαμο και τον ιππόκαμπο. Σε περιπτώσεις μείζονος κατάθλιψης έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει ανωμαλία στην αλληλουχία στρες και του άξονα HPA. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην υπάρχει φυσιολογική λειτουργία του μηχανισμού αρνητικής παλίνδρομης ρύθμισης και έτσι αυξάνονται τα επίπεδα γλυκοκορτικοειδών στον εγκέφαλο.<sup>100</sup> Η περίσσεια των ουσιών αυτών έχει αποδειχθεί πως παίζει κεντρικό παθοφυσιολογικό ρόλο στην κατάθλιψη.<sup>101</sup> Επιπλέον, οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζουν μια συνεχιζόμενη αμβλύτητα στην απόκριση της ACTH στη CRH, 6 έως 12 εβδομάδες μετά τον τοκετό σε σύγκριση με μη καταθλιπτικές γυναίκες, γεγονός που αντανακλά μια συνεχιζόμενη υπο-αντίδραση του άξονα HPA.<sup>102</sup>

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο πλακούντας παράγει CRH, που ακολουθείται από απότομη πτώση μετά τον τοκετό που αντικατοπτρίζει το περιβάλλον των αναπαραγωγικών ορμονών.<sup>99</sup> Η CRH που παράγεται από τον πλακούντα είναι ίδια με αυτή που παράγεται στον υποθάλαμο, με τη διαφορά ότι στον πλακούντα υπάρχουν δυο επιπλέον μορφές του πεπτιδίου με μεγαλύτερο μοριακό βάρος. Η CRH που παράγεται από τον πλακούντα εκκρίνεται κυρίως στο μητρικό πλάσμα με μικρή ποσότητα να περνά και στο έμβρυο.



Εικόνα 19. Αλληλεπίδραση μεταξύ του άξονα HPA και του ενδοκρινικού πλακούντα κατά τη διάρκεια της κανονικής εγκυμοσύνης (A) και κατά τη διάρκεια χρόνιου στρες που οδηγεί σε περιγεννητική κατάθλιψη (B). (Neurosci Bull June 1, 2015, 31(3): 338–350)

## 8.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης αποτελεί η σωστή και έγκαιρη διάγνωσή της. Το πρώτο βήμα είναι μια ολοκληρωμένη εξέταση από έναν οικογενειακό ιατρό, ούτως ώστε να διαπιστωθεί η πραγματική αιτία των συμπτωμάτων. Αυτό επιβάλλεται γιατί πολλές φορές οργανικά νοσήματα (υποθυρεοειδισμός) αλλά και φάρμακα μπορεί να είναι η αιτία για πολλά από τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Η διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης μερικές φορές είναι εξαιρετικά δύσκολη, διότι δεν μπορεί να διαγνωσθεί αμέσως, ιδιαίτερα όταν είναι μέτριας βαρύτητας και όταν η διαδικασία για

βοήθεια αποθαρρύνεται. Σ' αυτές τις περιπτώσεις διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα και κάποτε εμφανίζεται τόσο σοβαρή, ώστε να απαιτείται νοσοκομειακή νοσηλεία.

Η έναρξη των συμπτωμάτων συνήθως εγκαθίσταται 2-3 εβδομάδες έως μερικούς μήνες μετά τον τοκετό και, αν η κατάσταση δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα, μπορεί να διαρκέσει μέχρι και δύο χρόνια. Αρκετά συχνά έχει προηγηθεί επεισόδιο επιλόχειας κακοδιαθεσίας (postpartum blue). Κατά τη μελέτη των Kumar και Robson (1984), η περίοδος από τον 1<sup>ο</sup>-3<sup>ο</sup> μήνα μετά τον τοκετό φαίνεται να αποτελεί το χρονικό διάστημα όπου οι μητέρες είναι περισσότερο πιθανό να εκδηλώσουν σημεία και συμπτώματα επιλόχεια κατάθλιψης. Πολλές γυναίκες που ταλαιπωρούνται από επιλόχεια κατάθλιψη δεν αναγνωρίζουν ότι πάσχουν από τη διαταραχή. Ένα σημαντικό εμπόδιο στη διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι η δυσκολία των γυναικών να αξιολογήσουν τον εαυτό τους, ενώ συχνά δεν αναφέρουν τα συμπτώματα αν δεν ερωτηθούν. Οι μαίες και γυναικολόγοι – μαιευτήρες αλλά και όσοι περιβάλλουν τις έγκυες και λεχώνες οφείλουν να είναι ευαισθητοποιημένοι σε αυτά τα ζητήματα και να μπορούν να παραπέμψουν κατάλληλα τη νέα μητέρα σε κάποιον ειδικό όταν υπάρχει υπόνοια επιλόχειας κατάθλιψης.<sup>47</sup>

Για να γίνει διάγνωση της νόσου η λεχώιδα θα πρέπει να εμφανίζει κάποια από τα παρακάτω συμπτώματα:

- ❖ Καταθλιπτική διάθεση για μεγάλη χρονική διάρκεια
- ❖ Αϋπνία
- ❖ Μεγάλη απώλεια σωματικού βάρους, διαταραχές λήψης τροφής
- ❖ Ευερεθιστότητα
- ❖ Αδυναμία συγκέντρωσης, αποπροσανατολισμός, σύγχυση
- ❖ Απουσία ενδιαφέροντος για οτιδήποτε
- ❖ Απόσυρση και κοινωνική απομόνωση
- ❖ Αρνητικές σκέψεις
- ❖ Η λεχώιδα νιώθει τύψεις και ενοχές χωρίς λόγο.<sup>48,49</sup>

Όσες γυναίκες θεωρούνται ότι βρίσκονται σε κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης, πρέπει να επανεξετάζονται ανά τρίμηνο ή συχνότερα, και για διάστημα 6-12 εβδομάδων.

## 8.6 ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η κατάθλιψη της λοχείας διαρκεί περισσότερο από μερικές ημέρες ή εβδομάδες, μπορεί να εμφανιστεί οποιαδήποτε στιγμή, ενώ συχνά προκαλεί πιο σοβαρά συμπτώματα και είναι λιγότερο πιθανό να υποχωρήσει με το χρόνο. Θεωρείται πολύ σημαντικό να αντιληφθεί το οικογενειακό περιβάλλον της γυναίκας ότι η επιλόχεια κατάθλιψη είναι κάτι παραπάνω από το αίσθημα θλίψης, ανησυχίας ή άγχους. Χωρίς καθοδήγηση και εκπαίδευση, τα μέλη της οικογένειας και οι φίλοι μπορεί να αγνοούν ή ακόμη και να αρνούνται να ακούσουν τις σκέψεις μιας μητέρας όπως, ότι δεν είναι ικανή να φροντίσει το παιδί, να το προσέξει ή να του προσφέρει αγάπη.

Ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα που παρατηρούνται στην κατάθλιψη της λοχείας είναι οι ψυχαναγκαστικές ιδέες, που εμφανίζονται τυχαία σε όλη τη διάρκεια της ημέρας. Οι σκέψεις συνήθως εστιάζονται σε ένα θέμα, όπως στην έλλειψη ικανότητας να φροντίσει το παιδί, ότι δεν αξίζει να είναι μητέρα, στην ανικανότητα να προστατέψει το παιδί από τους κινδύνους της ζωής, στο φόβο και στην πίστη ότι το παιδί πονάει ή σε σωματικά προβλήματα που προκαλούν κόπωση.

Εκτός από τις ψυχαναγκαστικές σκέψεις, οποιοδήποτε από τα παρακάτω συμπτώματα που εμφανίζονται, εξαφανίζονται και στη συνέχεια επιστρέφουν ή παρατηρούνται τις περισσότερες ημέρες για μια παρατεταμένη περίοδο, μπορεί να υποδηλώνουν κατάθλιψη της λοχείας και είναι<sup>57</sup>:

- Ενοχικό σύνδρομο και έλλειψη αυτοπεποίθησης

Η μητέρα αισθάνεται ότι δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις καθημερινές υποχρεώσεις της, την φροντίδα του μωρού της, ενώ παράλληλα αισθάνεται ένοχη και ρίχνει ευθύνες στον εαυτό της για την κατάσταση στην οποία βρίσκεται χωρίς να ευθύνεται. Νιώθει ότι δεν είναι άξια για τίποτα, ενώ το αίσθημα ότι είναι αποτυχημένη την κυριεύει.

- Επαναλαμβανόμενος φόβος ή άγχος ότι πρόκειται να κάνει κακό στο παιδί

- Ελάχιστο ή κανένα ενδιαφέρον για το νεογνό (δε θέλει να το κρατήσει ή να το θηλάσει)
- Αίσθημα εκνευρισμού όταν το παιδί δεν ικανοποιείται ή δεν κοιμάται
- Καταθλιπτική διάθεση

Η μητέρα διατηρεί καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας κακή διάθεση και πολλές φορές ξεσπάει σε κλάματα χωρίς ουσιαστικά να υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος και υπαρκτός λόγος. Συχνά εμφανίζει ανικανότητα να κλάψει (μπορεί να δηλώσει ότι αισθάνεται πολύ απαθής για να κλάψει ή ότι δεν μπορεί να καταλάβει γιατί δεν κλαίει).

- Διαταραχές του ύπνου

Η αϋπνία μπορεί να εμφανιστεί με τις εξής μορφές:

- Η ασθενής ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί, αντίθετα από ό,τι συνήθιζε
- Η ασθενής δυσκολεύεται να αποκοιμηθεί
- Η ασθενής ξυπνάει από εφιάλτες και δυσκολεύεται να ξανακοιμηθεί

Η υπερυπνία είναι λιγότερο συχνή, όπου η καταθλιπτική μητέρα έχει κοιμηθεί πολλές ώρες, αλλά όταν ξυπνάει δε νιώθει ανανεωμένη και ξεκούραστη.

- Διαταραχές στην όρεξη για φαγητό και στο βάρος

Οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη είτε έχουν ανορεξία είτε εμφανίζουν υπερφαγικά επεισόδια με αποτέλεσμα μεταβολές του βάρους τους

- Ανηδονία και αίσθημα κενού

Η γυναίκα δεν ενδιαφέρεται να συμμετάσχει σε καθημερινές δραστηριότητες που την ευχαριστούσαν πριν εμφανιστεί η επιλόχεια κατάθλιψη, όπως η γυμναστική, η εργασία, κλπ.

- Έλλειψη ενέργειας, αίσθημα κόπωσης

Η καταθλιπτική γυναίκα συχνά αισθάνεται πολύ κουρασμένη.

- Έλλειψη συγκέντρωσης και αδυναμία λήψης αποφάσεων

Συνήθως η καταθλιπτική μητέρα μιλάει πολύ αργά. Στις ερωτήσεις καθυστερεί να απαντήσει και, όταν απαντήσει, χρησιμοποιεί μονολεκτικές απαντήσεις. Παρουσιάζει

αργή και χωρίς αυθορμητισμό σκέψη και δραστηριότητα. Οι κινήσεις του σώματος είναι αργές και οι χειρονομίες οι ελάχιστες δυνατές.

- Ψευδαισθήσεις

Η μητέρα μπορεί να ακούει ήχους, φωνές ή να βλέπει πρόσωπα ή πράγματα που δεν υπάρχουν. Σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να ακούει φωνές ότι το μωρό της είναι δαιμονισμένο και πρέπει να το σκοτώσει.

- Μειωμένη σεξουαλική διάθεση

Είναι το πρώτο ή ένα από τα πρώτα καταθλιπτικά συμπτώματα που εμφανίζονται. Η αποκατάσταση της σεξουαλικής λειτουργίας επιτυγχάνεται μόνο με την αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

- Αίσθημα απαισιοδοξίας

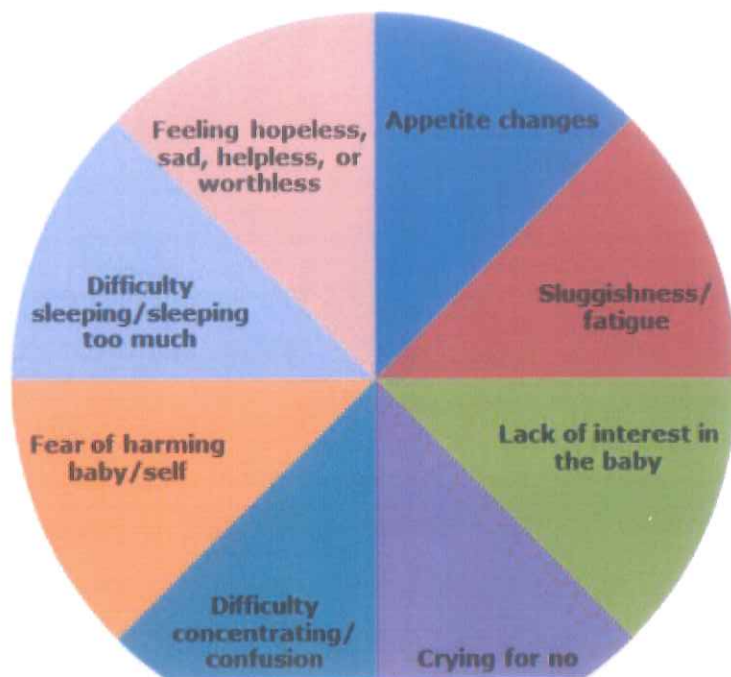
Μερικές φορές παρουσιάζουν υπερβολική ανησυχία, ένταση, εκνευρισμό ή διέγερση. Ο κόσμος, όπως τον αντιλαμβάνονται είναι αποπνικτικός και ανυπόφορος. Αισθάνονται ανήμπορες και απελπισμένες μέσα σ' αυτόν.

- Αυτοκτονικές τάσεις και σκέψεις

Μεγάλο ποσοστό των καταθλιπτικών γυναικών κάνει σκέψεις αυτοκτονίας, κάποιες αποπειρώνται αυτοκτονία και ένα μεγάλο ποσοστό αυτών, το επιτυγχάνουν τελικά.

- Σωματικά συμπτώματα

Μερικά από τα πιο κοινά προβλήματα που παρουσιάζουν είναι συχνοί πονοκέφαλοι, πόνοι στην πλάτη και τον αυχένα, μυικές κράμπες, ναυτία, έμετοι, υπόξινη γεύση στο στόμα, ξηροστομία και άλγος κατά τη διάρκεια της ούρησης.



Εικόνα 20. POSTPARTUM DEPRESSION: SYMPTOMS (Melissa Conrad Stöppler, MD, 2017)

## 9. ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι Sichel και Driscoll (1999) διατύπωσαν το μοντέλο του «σεισμού», σύμφωνα με το οποίο οι γυναίκες σε κρίσιμες χρονικές περιόδους τείνουν να είναι επιρρεπείς σε ψυχικές διαταραχές. Ένας «σεισμός» μπορεί να προβλεφθεί εξετάζοντας την ορμονική και αναπαραγωγική διαδικασία της γυναίκας καθώς και τις εμπειρίες της ζωής της και συνυπολογίζοντας τη γυναικεία φύση, αφού αυτός προκύπτει όταν ο εγκέφαλος δεν είναι σταθεροποιημένος, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων.

Η ζωή των γυναικών κατακλύζεται από stress το οποίο επιβαρύνεται από βιοχημικές συσσωρεύσεις και η κατάσταση αυτή δύναται να οδηγήσει σε επιλόχεια κατάθλιψη. Οι ορμονικές διαταραχές και τα στρεσογόνα γεγονότα μπορούν να επηρεάσουν τη βιοχημική ισορροπία του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα το ξέσπασμα ενός ψυχολογικού «σεισμού», όπως είναι και η επιλόχεια κατάθλιψη. Το παραπάνω μοντέλο ενοχοποιεί και τους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι περιλαμβάνουν προηγούμενο οικογενειακό ιστορικό ψυχικών διαταραχών, προηγηθέντα επεισόδια κατάθλιψης, ύπαρξη αρνητικών γεγονότων της ζωής, ορμονικές μεταβολές, άγχος για τον επικείμενο ερχομό ενός παιδιού, όπως επίσης και μελαγχολία κατά τη διάρκεια της λοχείας.

Μικρότερο κίνδυνο για ανάπτυξη επιλόχειας κατάθλιψης φαίνεται να έχουν οι γυναίκες που είχαν ευχάριστες εμπειρίες από την κύηση και τον τοκετό. Ακόμη γυναίκες ευάλωτες που είχαν καλή σχέση με τον σύντροφό τους και την αντιλαμβάνονταν ως τέτοια εμφάνιζαν επίσης μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης επιλόχειας κατάθλιψης.<sup>61</sup>

## 10. ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η αιτιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης είναι πολυπαραγοντική. Βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά τη λοχεία.



Εικόνα 21. Depression during Pregnancy (Donna E. Stewart, M.D., N Engl J Med 2011; 365:1605-1611)

## **10.1 ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΙΤΙΑ**

### **10.1.1 Ορμονικές μεταβολές**

Τα τελευταία 20 χρόνια το ενδιαφέρον έχει στραφεί στην βιολογική βάση της επιλόχειας κατάθλιψης. Η βιολογική αιτιολογία οφείλεται εν μέρει στις δραματικές ορμονικές αλλαγές που λαμβάνουν μέρος τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό. Τα επίπεδα προγεστερόνης, εστραδιόλης και ελεύθερης οιστρίολης πέφτουν δραματικά κατά 90-95%. Αν και αυτές οι αλλαγές διαδραματίζονται κυρίως την περίοδο κατά την οποία η λεχώρα αναφέρει συμπτώματα επιλόχειας μελαγχολίας, παρά επιλόχειας κατάθλιψης, θεωρείται ότι οι ορμονικές αλλαγές αποτελούν αιτιολογικό παράγοντα της επιλόχειας κατάθλιψης. Για παράδειγμα, έχει υποτεθεί ότι τα επίπεδα των ορμονών, όπως των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, της προλακτίνης και της κορτιζόλης είναι πολύ υψηλά ή πολύ χαμηλά κατά τη λοχεία ή ότι οι αλλαγές των επιπέδων αυτών των ορμονών συμβαίνουν πολύ γρήγορα ή πολύ αργά. Η υπόθεση αυτή σχετικά με την ορμονική δυσλειτουργία είναι παρόμοια με εκείνη κατά την προεμμηνορρυσιακή περίοδο και κατά την εμμηνόπαυση.

Κατά την κατάθλιψη παρατηρείται μείωση της ντοπαμίνης και δυσλειτουργίες του θυρεοειδούς αδένος (ανεπαρκής έκκριση θυροξίνης). Ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-φλοιού των επινεφριδίων ρυθμίζει την απόκριση στο στρες. Η δυσλειτουργία του συγκεκριμένου συστήματος οδηγεί σε υπερέκκριση κορτιζόλης και επακόλουθη αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.<sup>62</sup>

### **10.1.2 Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο**

Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου και εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς σύμφωνα με μελέτες, γυναίκες που εκδήλωσαν επιλόχεια κατάθλιψη, σε υψηλά ποσοστά εμφάνιζαν και προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο. Σύμφωνα με αυτή τη

συσχέτιση εξάγεται το συμπέρασμα ότι οι γυναίκες που εμφανίζουν δυσκολίες προσαρμογής ορμονικής φύσεως πριν την έμμηνο ρύση, αντιμετωπίζουν ακόμη μεγαλύτερη δυσκολία προσαρμογής έναντι στις ορμονικές μεταβολές που επισυμβαίνουν κατά την περίοδο της λοχείας.

Το παραπάνω συμπέρασμα υποστηρίζεται από το γεγονός ότι οι μεγάλες μεταβολές των καταμήνιων ορμονών κατά τη διάρκεια του μηνιαίου κύκλου της γυναίκας, έχουν ως επακόλουθο τις σημαντικές διακυμάνσεις στην διάθεση της γυναίκας. Ωστόσο σε αντιδιαστολή με την υπέρμετρη αύξηση των στεροειδών ορμονών κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και την ξαφνική μείωσή του μετά τον τοκετό, οι μεταβολές στις καταμηνιαίες ορμόνες είναι ασήμαντες. Οι μεταβολές αυτές συνεπώς κατά την λοχεία επηρεάζουν σε βάθος την ψυχολογία της γυναίκας και απαιτούν μεγάλη προσαρμοστικότητα από μέρους της.<sup>61</sup>

Κατά το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο η συμπτωματολογία περιλαμβάνει τόσο σωματικές όσο και ψυχικές και συμπεριφορικές μεταβολές, όπως είναι οι διαταραχές στην συγκέντρωση, καταθλιπτική διάθεση, ευερεθιστότητα και επιθετικότητα, η κεφαλαλγία και η κόπωση. Αυτή η συμπτωματολογία προκαλεί προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και οι γυναίκες αυτές φαίνεται να είναι ψυχικά ευάλωτες, με αυξημένα ποσοστά ατυχημάτων, αποπειρών αυτοκτονίας, νευρωσικών συμπτωμάτων και γενικότερης ψυχιατρικής επιβάρυνσης κατά την διάρκεια της λοχείας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Το πολιτιστικό υπόβαθρο καθώς και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας της κάθε γυναίκας επηρεάζουν τη συμπτωματολογία αυτή.<sup>70</sup>

## **10.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΙΤΙΑ**

Οι ερευνητές έχουν συμπεράνει ότι η επιλόχεια κατάθλιψη είναι συχνότερη μετά από μεγάλες αλλαγές όπως είναι οι πόλεμοι και οι οικονομικές καταστροφές, όπως είναι οι περίοδοι μεγάλων οικονομικών κρίσεων, που έχουν ως αποτέλεσμα την έλλειψη επαγγελματικής σταθερότητας, την οικονομική ανασφάλεια και την αλλαγή της κατοικίας. Ακόμη όμως και στην περίπτωση που υπάρχει προσοδοφόρα επαγγελματική δραστηριότητα η παρουσία ενός

νέου μέλους στην οικογένεια επιβαρύνει τον οικογενειακό προϋπολογισμό και αλλάζει τις κοινωνικές επαφές οι οποίες είτε εγκαταλείπονται είτε περιορίζονται αισθητά. Τα προβλήματα είναι ακόμη μεγαλύτερα στις άνεργες μητέρες που μεγαλώνουν μόνες τους το παιδί τους όσο και σε εκείνες με χαμηλό εισόδημα που ζουν στις πόλεις. Οι παραπάνω κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες, σύμφωνα με μελέτες, φαίνεται να αποτελούν στρεσογόνους παράγοντες και αυξάνουν τον κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας.<sup>63</sup>

Η κοινωνική στήριξη σε περιόδους έντονου άγχους, λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Η κοινωνική στήριξη είναι μια πολυπαραγοντική μεταβλητή. Πηγές στήριξης αποτελεί ο σύζυγος-σύντροφος, οι συγγενείς (ιδιαίτερα η μητέρα της γυναίκας), οι φίλοι και οι συνεργάτες. Παράλληλα, υπάρχουν και διαφορετικοί τύποι κοινωνικής στήριξης, όπως η ενημερωτική (όπου δίνεται πρακτική βοήθεια σε διάφορες δραστηριότητες) και η συναισθηματική στήριξη (με τη μορφή φροντίδας και εκτίμησης). Η έλλειψη συναισθηματικής, πρακτικής και ενημερωτικής στήριξης, η οποία ξεκινάει από την περίοδο της εγκυμοσύνης, προμηνύει την επιλόχεια κατάθλιψη.

Η σημαντική συμβολή της στήριξης του συντρόφου κατά τη μεταγεννητική περίοδο είναι εντυπωσιακή και έχει επιβεβαιωθεί από πολλούς ερευνητές. Οι ανύπαντρες γυναίκες που δεν έχουν τη συμπαράσταση του πατέρα του παιδιού τους κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, αλλά και ούτε και της πατρικής τους οικογένειας λόγω μη αποδοχής της εγκυμοσύνης τους, είναι πολύ πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη.

Μετά τον τοκετό, ο σύζυγος ή ο σύντροφος επίσης διέρχεται μια περίοδο προσαρμογής. Μια φτωχή συζυγική σχέση μπορεί να προδικάσει την ανάπτυξη επιλόχειας κατάθλιψης. Πολύ σοβαρά ψυχοκοινωνικά άγχη παρατηρούνται στη συζυγική προσαρμογή μετά τον τοκετό, όταν οι σύντροφοι δεν είναι υποστηρικτικοί και δε συμμετέχουν στην ανατροφή των παιδιών.<sup>68</sup>

Οι γυναίκες με χαμηλό εισόδημα, οι οποίες ήταν ικανοποιημένες από την κοινωνική στήριξη που δέχονταν κατά τη διάρκεια της κύησης, είχαν χαμηλότερες πιθανότητες να βιώσουν καταθλιπτική διάθεση κατά τη λοχεία. Ο ρόλος της οικογένειας και ειδικά της μητέρας της

λεχωίδας, επηρεάζει την πιθανότητα εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης στις νέες μητέρες. Η σχέση που έχει αναπτύξει η λεχωίδα με τη μητέρα της και ο τρόπος ανατροφής της, αποτελούν σημαντικές μεταβλητές του τρόπου που θα βιώσει η γυναίκα την μετάβαση στη μητρότητα. Ακόμη, η δυσλειτουργική σχέση μητέρας-κόρης, ωθεί τη νέα μητέρα να θεωρήσει τον εαυτό της μη ικανό να ανταπεξέλθει στον ρόλο της μητέρας την περίοδο της λοχείας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι μητέρες αναζητούν την αυξημένη στήριξη από το σύζυγό τους. Ωστόσο, όταν ο σύζυγος δεν ανταποκρίνεται σε αυτή την ανάγκη της μητέρας ή είναι υπερπροστατευτικός, οι πιθανότητες εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης αυξάνονται.

Η εχθρική σχέση μεταξύ μητέρας-κόρης ή η απώλεια της μητέρας κατά την παιδική ηλικία της γυναίκας, αποτελούν ακόμη μεγαλύτερους παράγοντες επικινδυνότητας εμφάνισης κατάθλιψης κατά τη λοχεία. Ωστόσο, παρατηρείται ένα μικρό ποσοστό λεχωίδων, οι οποίες δεν δέχονται την εμπλοκή, όχι μόνο της μητέρας τους, αλλά κανενός άλλου συγγενή στη σχέση που επιθυμούν να δημιουργήσουν οι ίδιες, μεταξύ αυτών, του συζύγου και του μωρού τους.<sup>64</sup>

Η στήριξη της λεχωίδας από άτομα εκτός της οικογένειάς της συμβάλλουν στην προσαρμογή της στο νέο ρόλο της μητέρας. Ένας μη υποστηρικτικός γάμος ή η έλλειψη ενός συντρόφου, καθιστά τη λεχωίδα πιο επιρρεπή στην επιλόχεια κατάθλιψη, γεγονός που την οδηγεί σε αναζήτηση βοήθειας από άλλους.

Όταν όμως, η κοινωνική στήριξη από το περιβάλλον δεν είναι η αναμενόμενη, τότε η λεχωίδα αδυνατεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του νέου ρόλου και οι πιθανότητες να έρθει αντιμέτωπη με την επιλόχεια κατάθλιψη, αυξάνονται.

### **10.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΑΙΤΙΑ**

Οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες που έχουν μελετηθεί ως προς την επιλόχεια κατάθλιψη είναι το εισόδημα, η εργασία, η μόρφωση και η ηλικία της λεχωίδας. Οι περισσότερες μελέτες υποστηρίζουν, ότι το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο συμβάλλει στην ανάπτυξη της επιλόχειας κατάθλιψης και ότι το υψηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο δρα προστατευτικά.

Άλλες έρευνες αναφέρουν μικρή επίδραση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου στην ψυχική κατάσταση της λεχιάδας. Επίσης, υποστηρίζεται, ότι μια στις πέντε γυναίκες θα αντιμετωπίσει συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης στη διάρκεια της ζωής της, ιδιαίτερα εκείνες που είναι έφηβες, με ανεπαρκή μόρφωση και χαμηλό εισόδημα. Το χαμηλό εισόδημα και η χαμηλή επαγγελματική καταξίωση, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες επικινδυνότητας εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης.<sup>65</sup>

Δεν είναι ξεκάθαρη η συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων και της εμφάνισης κατάθλιψης. Φαίνεται ότι πολύ λίγοι δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν την εμφάνισή της. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία σε γυναίκες διαφόρων εθνικοτήτων, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ τους στην επίπτωση της επιλόχειας κατάθλιψης.<sup>66,69</sup> Φαίνεται να υπάρχει όμως συσχέτιση ηλικίας, μορφωτικού επιπέδου και επιλόχειας κατάθλιψης. Η κατάθλιψη είναι πιο συχνή στις έφηβες και ο κίνδυνος αυξάνεται όταν η μητέρα είναι μικρότερη των 18 ετών και η εκπαίδευσή της έχει σταματήσει στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση.<sup>67</sup> Η εγκυμοσύνη κατά την εφηβεία αποτελεί αιτία διακοπής της εκπαίδευσης και συνήθως συνοδεύεται από ανεπαρκή κοινωνική στήριξη και συνήθως είναι άγαμες. Η διακοπή της εκπαίδευσης οδηγεί σε περιορισμένες επαγγελματικές ευκαιρίες και συνεπώς σε χρόνια οικονομική αστάθεια. Συμπερασματικά, η ηλικία ως παράγοντας επηρεάζει τις έφηβες μητέρες.

#### **10.4 ΤΑ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΑ ΣΥΜΒΑΝΤΑ ΩΣ ΑΙΤΙΑ**

Είναι γεγονός, ότι η εγκυμοσύνη και ο τοκετός αποτελούν από μόνοι τους παράγοντες που προκαλούν άγχος στη γυναίκα. Πολλοί ερευνητές θέλησαν να μελετήσουν τις επιπτώσεις των πρόσθετων αρνητικών και στρεσογόνων γεγονότων στη ζωή της μητέρας την περίοδο της λοχείας.

Έχει φανεί επίσης, ότι εμπειρίες όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η διάλυση μιας σχέσης ή ενός διαζυγίου, η απώλεια μιας θέσης εργασίας ή η μετακόμιση, προκαλούν στρες και σχετίζονται με τα καταθλιπτικά επεισόδια σε μητέρες, ακόμα και αν δεν

έχουν προηγούμενο ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής. Ακόμη, τα αρνητικά γεγονότα ζωής αποκτούν μεγαλύτερη βαρύτητα, όταν δημιουργούνται δυσκολίες στην ικανότητα της μητέρας να φροντίσει το μωρό της.

Η σχέση μεταξύ των γεγονότων της ζωής και την έναρξη της επιλόχειας κατάθλιψης είναι αρκετά ξεκαθαρισμένη. Η εγκυμοσύνη και η γέννηση θεωρούνται συχνά στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και μπορούν να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Ωστόσο, ορισμένοι ερευνητές έχουν μελετήσει τις επιπτώσεις διαφορετικών στρεσογόνων γεγονότων της ζωής που βιώνουν οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Αυτά τα γεγονότα φαίνεται να αντανakλούν επιπρόσθετη πίεση σε μια περίοδο που οι γυναίκες είναι ευάλωτες και μπορεί να έχουν αιτιολογικό χαρακτήρα στην εκδήλωση της επιλόχειας κατάθλιψης. Σύμφωνα με την έρευνα του Beck (2001), αποκαλύφθηκε μέτρια συσχέτιση μεταξύ του αντιληπτού άγχους της ζωής και της κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Αυξημένα επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους της ζωής συνδέθηκαν με την επιλόχεια καταθλιπτική συμπτωματολογία.

## **10.5 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί ότι μια συγκεκριμένη προσωπικότητα (ή στοιχεία προσωπικότητας) ή ένας συγκεκριμένος ψυχολογικός μηχανισμός προδιαθέτει ή προκαλεί την κατάθλιψη. Κατά ορισμένους θεωρητικούς, τα άτομα που είναι επιρρεπή σε κατάθλιψη χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονη αυτοκριτική. Κατά άλλους η αυτοκριτική είναι θυμός ή επιθετικότητα που στρέφεται εναντίον του εαυτού. Η διαπροσωπική απώλεια έχει τονιστεί ιδιαίτερα από τον (Φρόυντ και τους οπαδούς του) που σημείωσαν τις ομοιότητες και τις διαφορές ανάμεσα στο κοινό πένθος (που είναι φυσιολογική αντίδραση) και την κατάθλιψη που ακολουθεί την απώλεια είτε ενός αγαπημένου ατόμου ή ακόμα πιο εκτεταμένα στην απόκτηση ενός παιδιού. Η γνωστική θεωρία της κατάθλιψης, βέβαια, απομακρύνεται από την ψυχοδυναμική θεώρηση και αποδίδει την κατάθλιψη σε

αρνητική, λανθασμένη εκτίμηση που κάνει το άτομο για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον.

Απαισιόδοξα άτομα, με έλλειψη αυτοεκτίμησης, αρνητικό τρόπο σκέψης, εκδήλωση υπερβολικής ανησυχίας ή αισθήματα ανικανότητας και ελέγχου διάφορων γεγονότων της ζωής τους, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη. Επιπλέον, την νέα μητέρα κυριεύουν φοβικά συναισθήματα απώλειας. Φόβος απώλειας της ταυτότητας της νέας μητέρας, ποια είναι τώρα και ποια ήταν πριν την έλευση του μωρού, φόβος απώλειας ελέγχου του μητρικού ρόλου, φόβος απώλεια της προ-εγκυμοσύνης σιλουέτας και τέλος φόβος για την απώλεια της ελκυστικότητάς της ως γυναίκα.

Οι ερευνητές αναφέρουν ότι οι γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης πριν την εγκυμοσύνη θα αναπτύξουν κατάθλιψη τους πρώτους έξι μήνες μετά τον τοκετό. Επίσης, οι γυναίκες που βίωσαν στην παιδική τους ηλικία θάνατο ή αποχωρισμό μεγάλης διάρκειας από την μητέρα τους ή είχαν ελλιπείς σχέσεις μαζί της διαπιστώθηκε ότι εμφάνισαν ψυχικές διαταραχές την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό, οι οποίες είχαν διάρκεια αρκετών μηνών. Η επιλόχεια κατάθλιψη έχει συσχετιστεί με καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αναφέρεται επίσης ότι το 30% των εγκύων που έχουν εμφανίσει κατάθλιψη στο παρελθόν εμφανίζει και κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της λοχείας. Η αλληλεπίδραση των στρεσογόνων παραγόντων και της ευαλωτότητας της γυναίκας μπορεί να προκαλέσουν επιλόχεια καταθλιπτική συμπτωματολογία ή κάποιας ήπιας μορφής κατάθλιψη. Τέλος, οι ψυχικές διαταραχές-ισοδύναμα του νευρωτισμού κατά την κύηση αποτελούν προγνωστικό δείκτη εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης.<sup>71</sup>

#### **10.6 ΜΑΙΕΥΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Οι μαιευτικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των επιπλοκών κατά την εγκυμοσύνη, όπως η προεκλαμψία, η υπεραιμία, ο πρόωρος τοκετός, η καισαρική τομή και η υπερβολή αιμορραγία έχουν εξεταστεί ως δυνητικοί παράγοντες κινδύνου, για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα 16 ερευνών, όπου εξετάστηκαν 9.500 γυναίκες,

έδειξαν μικρή αλλά στατιστικώς σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη της επιλόχειας κατάθλιψης. Το είδος του τοκετού βρέθηκε να είναι καθοριστικός παράγοντας για την εκδήλωση της κατάθλιψης. Τα στοιχεία που υποστηρίζουν την σύνδεση επιλόχειας κατάθλιψης με την καισαρική επέμβαση είναι λίγα, αλλά έχουν αναφερθεί περισσότερες περιπτώσεις επιλόχειας κατάθλιψης, σε γυναίκες που υπεβλήθησαν εκτάκτως σε καισαρική τομή. Σύμφωνα με έρευνες, μια χειρουργική επέμβαση στον πρόωρο τοκετό καθιστά τη λεχρίδα ευαίσθητη στη θλίψη, στο μετατραυματικό άγχος και στην εμφάνιση κατάθλιψης.<sup>72</sup>

Ακόμη, οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό κολπικό τοκετό, είναι πιο πιθανό να βιώσουν βελτίωση στη διάθεση και μια μεγαλύτερου βαθμού ικανοποίηση. Αντίθετα, οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή είναι πιο πιθανό να βιώσουν μια πτώση της διάθεσης και της αυτοεκτίμησης. Παράλληλα, σύμφωνα με μια έρευνα, διαπιστώθηκε ποσοστό 35% επιλόχειας κατάθλιψης σε λεχρίδες που γέννησαν με καισαρική τομή και 16% αντίστοιχα σε λεχρίδες με φυσιολογικό τοκετό.

Η έρευνα του Fisher (1997) σε αντιδιαστολή με τις προηγούμενες δείχνει πως οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση επηρεάζει την ψυχολογική κατάσταση της λεχρίδας και την καθιστά ευάλωτη στη θλίψη, στο μετατραυματικό stress και στην επικείμενη κατάθλιψη. Παρατήρησε ακόμη πως οι γυναίκες που είχαν φυσιολογικό κολπικό τοκετό παρουσίαζαν υψηλού βαθμού αυτοεκτίμηση και βελτιωμένη διάθεση σε αντίθεση με εκείνες που γέννησαν με καισαρική τομή, ενώ αυτές που κατά τον τοκετό υποβλήθηκαν σε κάποια επεμβατική διαδικασία είχαν ενδιάμεσου βαθμού αυτοεκτίμηση και διάθεση ανάμεσα στις άλλες δύο ομάδες. Μετά τους δύο πρώτους μήνες από τον τοκετό παρουσίαζαν μεγαλύτερη κατάθλιψη οι μητέρες που γέννησαν με καισαρική τομή, αν και κατά τον τοκετό δεν αντιμετώπιζαν μεγαλύτερο άγχος από τις μητέρες με φυσιολογικό τοκετό. Επίσης έδειχναν να είναι λιγότερο ευχαριστημένες από την νοσοκομειακή φροντίδα που έλαβαν και από την εμπειρία του τοκετού, παρόλο που γέννησαν υγιή νεογνά. Τέλος ανέφεραν μεγαλύτερη ανασφάλεια και λιγότερη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους σχετικά με την φροντίδα του νεογνού, γεγονός που προκάλεσε δυσκολία προσαρμογής στη νέα πραγματικότητα για διάστημα από 3 εβδομάδες έως και 6 μήνες, το οποίο συνοδευόταν από έντονο αίσθημα κόπωσης.<sup>73</sup>

Όσον αφορά τη συσχέτιση της επιλόχειας κατάθλιψης με προηγούμενο ιστορικό αποβολής, οι απόψεις διίστανται. Υπάρχουν έρευνες οι οποίες δείχνουν ότι ένα ποσοστό των γυναικών που παρουσίασε επιλόχεια κατάθλιψη είχε ιστορικό αποβολής ενώ σύμφωνα με άλλες δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση. Τέλος, ο τοκετός ενός πρόωρου παιδιού μπορεί να αποτελέσει επιβαρυντικό παράγοντα για μεταγεννητικά ψυχιατρικά προβλήματα.

Η σύνδεση της επιλόχειας κατάθλιψης με τους παράγοντες αυτούς δεν είναι πλήρως επιβεβαιωμένη. Οι απόψεις διίστανται σχετικά με την αλληλεπίδραση των παραγόντων που αφορούν την αναπαραγωγή (π.χ. το διάστημα της εγκυμοσύνης και του τοκετού, οι μαιευτικές επιπλοκές, το ιστορικό προηγούμενων αποβολών) και της επιλόχειας κατάθλιψης. Υπάρχουν υποστηρικτές της άποψης ότι οι μαιευτικές επιπλοκές επηρεάζουν την διάθεση της γυναίκας και ενισχύουν την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης και άλλοι ερευνητές που απορρίπτουν αυτή την άποψη. Πολλές γυναίκες θεωρούν πως οι περιγεννητικές επιπλοκές αιτιολογούν την αδυναμία τους απέναντι στις απαιτήσεις της μητρότητας.

Η επιλόχεια κατάθλιψη επίσης σύμφωνα με έρευνα των France και Mikaib (1999), κατείχε ποσοστό 39% σε γυναίκες με ιστορικό προηγούμενων αποβολών. Στην συγκεκριμένη έρευνα βρέθηκε πως αυτές οι γυναίκες επιβαρύνονταν και από την έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, οι κακές σχέσεις με την μητέρα και τον σύζυγο καθώς και ο αριθμός των προηγούμενων αποβολών. Από τους ιατρογενείς επιβαρυντικούς παράγοντες έχει ενοχοποιηθεί η χρήση αναλγητικών πριν και μετά τον τοκετό για θεραπευτικό σκοπό στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης.

## **10.7 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ**

Φαίνεται επίσης πως το ίδιο το βρέφος και τα χαρακτηριστικά του είναι δυνητικοί αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης κατάθλιψης. Το γεγονός ότι ο μόνος τρόπος επικοινωνίας του νεογνού με το περιβάλλον του είναι το κλάμα καθώς και το ότι η νέα μητέρα καλείται να το φροντίζει συνεχώς προκαλεί άγχος σε αυτήν καθώς ανησυχεί για το αν μπορεί να ανταπεξέλθει στις νέες ευθύνες. Συνεπώς ένα δύστροπο νεογνό που δυσκολεύεται να προσαρμοστεί μπορεί να

καταστεί παράγοντας εκδήλωσης κατάθλιψης για τη μητέρα, αφού της προκαλεί αισθήματα ανεπάρκειας απέναντι στον νέο της ρόλο.

Έχει παρατηρηθεί μια σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ της επιλόχειας κατάθλιψης και των χαρακτηριστικών του βρέφους. Συγκεκριμένα, η κατάθλιψη της λεχωίδας τις πρώτες 5 ημέρες μετά τον τοκετό, μπορεί να προκαλέσει στο νεογνό μειωμένη προσοχή και αυξημένο φόβο προς τους ξένους, χαρακτηριστικά που με τη σειρά τους μπορούν να προκαλέσουν επιλόχεια κατάθλιψη, μέχρι και ένα χρόνο μετά τον τοκετό. Η αυξημένη δυσκολία του μωρού σε θέματα φαγητού, ύπνου και απέκκρισης διαταράσσει τις καθημερινές δραστηριότητες της μητέρας, όπως τον ύπνο κατά τη διάρκεια της νύχτας, το νοικοκυριό, την εργασία της και παράλληλα δεν υπάρχει ελεύθερος χρόνος για την ίδια. Αυτές οι αλλαγές στη ζωή της μητέρας, σε συνδυασμό με την έλλειψη κοινωνικής στήριξης, αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης.

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.

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 ανήσυχος, 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.

## 11. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Οι επιπτώσεις της κατάθλιψης κατά τη λοχεία είναι πολύ πιο δυσμενείς απ' ό,τι σε κάποια άλλη χρονική φάση της ζωής της γυναίκας, καθώς η λεχώιδα αντιμετωπίζει την επιπρόσθετη ευθύνη της φροντίδας του νεογνού της. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους μελετητές παρουσιάζουν οι επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης στο νεογνό και στην οικογένεια της. Η επιλόχεια κατάθλιψη εμποδίζει τη μητέρα να ανταποκριθεί κατάλληλα στις αυξημένες ανάγκες του νεογνού και αδυνατεί να το φροντίσει. Ακόμη, η σχέση που δημιουργείται μεταξύ μητέρας-παιδιού χαρακτηρίζεται από λιγότερη στοργή, ευαισθησία και αμοιβαιότητα. Αυτή η αρνητική συμπεριφορά της μητέρας, μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στη συναισθηματική, συμπεριφορική και γνωστική ανάπτυξη του παιδιού της.

Παράλληλα, η επιλόχεια κατάθλιψη πυροδοτεί προβλήματα στη σχέση της μητέρας με τον σύντροφό της, γεγονός που πολλές φορές οδηγεί στη διάλυση της οικογένειας. Ωστόσο, πρέπει να αναφερθούν οι συνέπειες τις επιλόχειας κατάθλιψης, οι οποίες δεν αφορούν αποκλειστικά τη σχέση της μητέρας με το νεογνό ή την οικογένειά της. Αυτές οι συνέπειες περιλαμβάνουν τον πιθανό αυτοτραυματισμό, την αυτοκτονία, τη μείωση της λειτουργικότητας και την πιθανή εξάρτηση από καπνό, αλκοόλ και ναρκωτικά.

### 11.1 ΣΤΟ ΝΕΟΓΝΟ

Η ψυχική εξέλιξη του νεογνού επηρεάζεται από τις πρώτες ημέρες της ζωής λόγω της επιλόχειας κατάθλιψης της μητέρας. Έχει παρατηρηθεί απορρύθμιση της συμπεριφοράς και της φυσιολογίας των νεογνών ίσως λόγω των ενδοκρινικών αλλαγών που υφίσταται η μητέρα. Η απορρύθμιση αυτή επηρεάζει την ψυχική αλληλεπίδραση μητέρας-παιδιού, αφού η μητέρα συνήθως αποσύρεται.<sup>74</sup>

Άμεσα οι επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης στο βρέφος εκδηλώνονται με απόσυρση, απάθεια και συνεχόμενο κλάμα του νεογνού και ακόμη παρατηρείται υπνηλία, μεγάλη

ευερεθιστότητα, μειωμένη εγρήγορση και εκφράσεις ευχαρίστησης. Ο ψυχικός μηχανισμός είναι ακόμη σε αρχικό στάδιο στα νεογνά, διαμορφώνεται μέσω της μητρικής παρεχόμενης φροντίδας, κάτι το οποίο εκλείπει σε μια καταθλιπτική μητέρα και έτσι παρατηρούνται διαταραχές σε διάφορους τομείς της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης του βρέφους.

Οι σοβαρές συνέπειες της επιλόχειας κατάθλιψης στην παιδική ανάπτυξη περιλαμβάνουν σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου, αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων και μεγαλύτερες πιθανότητες νοσηλείας. Μετά το πρώτο έτος της ζωής τους, τα παιδιά των καταθλιπτικών μητέρων παρουσιάζουν αυξημένη προσκόλληση στην μητέρα, αδυναμία ανάπτυξης σχέσεων με ξένους, θλίψη κατά τον αποχωρισμό τους από την μητέρα, αντικοινωνική συμπεριφορά και νοητικά ελλείμματα. Έχει ακόμα διαπιστωθεί ότι τα παιδιά αυτά αντιμετωπίζουν δυσκολία στη διατήρηση ισχυρών, σταθερών και ικανοποιητικών σχέσεων κατά την ενήλικη ζωή τους.<sup>74</sup>

Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι πολλά παιδιά με μητέρες που έπασχαν από επιλόχειο κατάθλιψη, είχαν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν και αυτά κατάθλιψη. Επιπρόσθετα, η επιλόχειος κατάθλιψη θεωρείται παράγοντας ανάπτυξης πρώιμης παιδικής ψύχωσης. Η βρεφική κατάθλιψη εκδηλώνεται με συναισθηματική ατονία, μειωμένη αλληλεπίδραση με την μητέρα, αποτυχία επικοινωνίας, άρνηση απάντησης στις προτροπές και έλλειψη πρωτοβουλιών, μειωμένη δραστηριότητα και φαντασία και παρουσιάζεται ακόμη ψυχοσωματική ευθραυστότητα κατά την οποία το παιδί εκφράζει την αρνητική εικόνα και την συναισθηματική ένδεια.



Εικόνα 22. Επιλόχεια κατάθλιψη (The mamagers 2019)

## 11.2 ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Καθώς η γυναίκα με επιλόχεια κατάθλιψη νιώθει απομονωμένη και αβοήθητη και πολλές φορές τύψεις για τη συμπεριφορά της, ο σύζυγος αντιμετωπίζει την παραμέληση αναπτύσσοντας ανταγωνιστική σχέση με το παιδί του και ταυτόχρονα αδυνατεί να κατανοήσει τις εκδηλώσεις της συντρόφου του. Παράλληλα οι ήδη υπάρχουσες διαφωνίες μεταξύ του ζευγαριού εντείνονται και οι συγκρούσεις γίνονται πολύ συχνές που μπορεί να διαρκέσουν ακόμη και χρόνια μετά την αποδρομή της κατάθλιψης.

Οι επιπτώσεις μπορούν να είναι φανερές και μετά από αρκετά χρόνια αφού επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση, την εκπαίδευση, την εργασιακή απασχόληση και γενικότερα τη ζωή της γυναίκας για πολύ καιρό μετά την αποδρομή των συμπτωμάτων. Παρά τις δυσμενείς επιπτώσεις της η επιλόχεια κατάθλιψη δεν εντοπίζεται αφού οι γυναίκες λόγω της μειωμένης στήριξης και των αισθημάτων ενοχής για την συμπεριφορά τους δεν αναζητούν βοήθεια.



Εικόνα 23. Η επιλόχεια κατάθλιψη και η οικογένεια (Flowmagazine, 2018)

## 12. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στις μέρες μας διατίθενται αποτελεσματικές θεραπείες με σκοπό την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, οι οποίες εξειδικεύονται ανάλογα με τον ασθενή. Στόχοι της θεραπείας είναι η απόλυτη υποχώρηση των επικείμενων συμπτωμάτων καθώς και η πρόληψη των δυνητικών υποτροπών. Οι στόχοι αυτοί επιτυγχάνονται μέσω πέντε κύριων οδών, δηλαδή με φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία ή συνδυασμός αυτών, καθώς επίσης και με την χρήση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ECT) και της φωτοθεραπείας. Οι ασθενείς που ακολουθούν τον συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας φαίνεται να έχουν τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα.<sup>75</sup>

### 12.1 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται συνδυαστικά με την φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης. Σκοπός της είναι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ατόμου, δηλαδή η ικανότητά του να συμβιώνει με την καταθλιπτική διαταραχή του, να διαχειρίζεται τα συμπτώματα της διαταραχής, τις αρνητικές σκέψεις και τις καθημερινές δυσκολίες που προκύπτουν. Οι κυριότερες μορφές ψυχοθεραπείας που ακολουθούνται είναι οι εξής:

- **ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η γνωστική θεραπεία στοχεύει στην αντικατάσταση των αρνητικών σκέψεων που δημιουργεί το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη, ακόμη και μέσα από αντικειμενικά ευχάριστα γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή του, με νέους τρόπους σκέψης. Έχει διαμορφωθεί από τον Aaron Beck πάνω στην κλινική εικόνα της κατάθλιψης. Αποτελείται συνολικά από 15-25 συνεδρίες, μια φορά την εβδομάδα. Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία είναι μια βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία, με στόχο την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου προσαρμογής του

ασθενούς στις στρεσογόνες καταστάσεις που αντιμετωπίζει στην καθημερινή του ζωή. Ο κύριος ρόλος της είναι εκπαιδευτικός και εστιάζεται στην ανεύρεση και διόρθωση διαστρεβλωμένων σκέψεων, υποθέσεων και συμπεριφορών.

Η θεραπευτική αυτή προσέγγιση, αποβλέπει στην τροποποίηση των αρνητικών «γνωσιών» του ασθενούς για τον εαυτό του, για τους άλλους και την αντικατάσταση των «γνωσιών» αυτών με άλλες που εκφράζουν μια πιο θετική αντίληψη. Σύμφωνα με τη γνωσιακή θεωρία, η κατάθλιψη οφείλεται στις αρνητικές «γνωσίες» και επομένως η θεραπεία συνίσταται στη θετικοποίηση των «γνωσιών» αυτών. Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία αποτελεί ένα πολύτιμο εφόδιο τόσο στην εδραίωση της θεραπευτικής σχέσης ψυχοθεραπευτή-ασθενή όσο και στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων που προκύπτουν.<sup>77</sup>

#### • ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Βασίζεται στη θεωρία της μάθησης, κατά την οποία εντοπίζονται οι λανθασμένες συμπεριφορές και με τη συνεργασία θεραπευτή και ασθενή αντικαθίστανται με λειτουργικότερους και θετικότερους τρόπους συμπεριφοράς. Χρησιμοποιείται συνδυαστικά με τη γνωστική θεραπεία καθώς αρχή της συμπεριφορικής θεραπείας είναι ότι οι σκέψεις και τα συναισθήματα του ασθενή ακολουθούν τη συμπεριφορά του.

#### • ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατά τη θεραπεία αυτή εντοπίζονται οι δυσλειτουργίες του ατόμου απέναντι στις διαπροσωπικές του σχέσεις (π.χ. κοινωνική απομόνωση, παρατεταμένο πένθος, δυσλειτουργική κοινωνική συμπεριφορά), οι οποίες αιτιολογούν ή επιβαρύνουν την κατάθλιψη και την αντιμετώπισή της. Πρόκειται για μορφή ψυχοθεραπείας που απευθύνεται ειδικά σε ασθενείς με κατάθλιψη. Αποτελείται από 12-16 συνεδρίες, δεν επικεντρώνεται στο χθες, όπως οι προηγούμενες ψυχοθεραπείες, αλλά στο σήμερα και έχει στόχο ψυχοεκπαιδευτικό, αποβλέπει δηλαδή στο να δώσει στον ασθενή την απαραίτητη

πληροφόρηση για την πάθησή του και να τον βοηθήσει να διαμορφώσει τις στρατηγικές που απαιτούνται για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες του.

Αφορά την έλλειψη σιγουριάς, την ανεπάρκεια των κοινωνικών δεξιοτήτων και τις παραμορφώσεις στον τρόπο σκέψης, οι οποίες μπορεί να αντιμετωπιστούν, αλλά μόνο σε σχέση με το νόημα ή τα αποτελέσματα που έχουν στο πλαίσιο των διαπροσωπικών σχέσεων.

## **12.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ**

Ο κάθε ασθενής είναι μοναδικός και έχει διαφορετική ανταπόκριση στη θεραπεία και θα πρέπει αυτή να γίνεται εξειδικευμένα. Η φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται είναι αποτελεσματική σε όλα τα είδη της κατάθλιψης. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς αναζητούν βοήθεια μόνο όταν τα συμπτώματα γίνουν αφόρητα, ενώ τα αποτελέσματα των αντικαταθλιπτικών αρχίζουν να φαίνονται μετά από 2-6 εβδομάδες, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Τα αυτοκτονικά σχέδια των ασθενών σε ορισμένες περιπτώσεις είναι πιθανό να τεθούν σε εφαρμογή στην αρχή της εκδήλωσης των θεραπευτικών αποτελεσμάτων των αντικαταθλιπτικών.<sup>75</sup>

Τα αντικαταθλιπτικά ασκούν τη δράση τους κυρίως στους νευροδιαβιβαστές σεροτονίνη (5-HT) και νοραδρεναλίνη (NA), οι οποίες επηρεάζουν τη διάθεση και ελάχιστα από αυτά στην ντοπαμίνη. Συγκεκριμένα, αυξάνουν άμεσα ή έμμεσα τη συγκέντρωση της σεροτονίνης ή της νοραδρεναλίνης στην συναπτική σχισμή και αναστέλλουν την επαναπρόσληψη από τον προσυναπτικό νευρώνα. Οι κύριες ομάδες αντικαταθλιπτικών είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO) και άλλα άτυπα αντικαταθλιπτικά.<sup>76</sup>

Το σοβαρό δίλημμα που προκύπτει στην ψυχιατρική θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης, αφορά τον θηλασμό. Εάν θηλάζει η μητέρα, το φάρμακο που θα πάρει περνά μέσα από το γάλα στο μωρό. Είναι σημαντική η απόφαση της μητέρας για θηλασμό και οποιαδήποτε κοινωνική πίεση με επακόλουθη διακοπή της γαλουχίας επιδρά αρνητικά στην διάθεση της

γυναίκας. Από αυτές τις ομάδες φαρμάκων κάποια αντικαταθλιπτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια, καθώς ο κίνδυνος για το μωρό είναι μικρός, έως ελάχιστος. Η σερτραλίνη και η παροξετίνη είναι τα φάρμακα πρώτης γραμμής στις γυναίκες που πρέπει ν' αρχίσουν θεραπεία για την κατάθλιψη μετά τον τοκετό και επιθυμούν κατά την ίδια περίοδο να συνεχίσουν τον θηλασμό. Η χρησιμοποίηση της φλουοξετίνης και της σιταλοπράμης, φαίνεται αντιθέτως να συνδέεται μ' έναν σχετικά υψηλότερο κίνδυνο δυσμενών γεγονότων. Αν η λεχώρα θέλει να θηλάσει υπάρχει και η επιλογή των αντικαταθλιπτικών νοτριπτυλίνης και δεσιπραμίνης. Είναι γνωστό ότι όλα τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα περνούν στο γάλα της μητέρας, όμως δεν έχει αποδειχθεί ότι προκαλούν σοβαρές βλαπτικές επιδράσεις στο νεογνό. Ωστόσο, δεν έχουν πραγματοποιηθεί μακροχρόνιες μελέτες για νευροσυμπεριφορικές και τερατογόνες επιδράσεις στο νεογνό. Πολλά από τα αντικαταθλιπτικά δρουν αυξάνοντας την ποσότητα των αμινών 5-υδροξυτροπαμίνη και νοραδρεναλίνη στον εγκέφαλο, υποστηρίζοντας έτσι την άποψη ότι οι αμίνες παίζουν σημαντικό ρόλο στην αλλαγή της διάθεσης. Τέλος σημαντική παρενέργεια των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών ανάμεσα σε άλλες είναι η καταστολή. Αυτό μπορεί να εμποδίσει την αποτελεσματική φροντίδα του νεογνού και να προκαλέσει ατυχήματα αφού μπορεί η μητέρα να αποκοιμηθεί κρατώντας το παιδί στην αγκαλιά της και να πέσει.

Συνιστάται η προφυλακτική φαρμακευτική θεραπεία σε γυναίκες υψηλού κινδύνου. Σύμφωνα με έρευνες τα ποσοστά νόσησης μειώνονται σημαντικά σε γυναίκες που λαμβάνουν προφυλακτική θεραπεία (6,7%), έναντι αυτών που δεν λαμβάνουν (62%).

- **Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά**

(ιμιπραμίνη, αμιτριπτυλίνη, χλωριμιπραμίνη)

Μετά την έναρξη της θεραπείας οι διαταραχές του ύπνου που σχετίζονται με την κατάθλιψη αποκαθίστώνται, αλλά περνούν αρκετές εβδομάδες πριν θεραπευτεί η κατάθλιψη. Η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να συνεχισθεί για 6 εβδομάδες πριν αποφασίσουμε ότι η θεραπεία απέτυχε. Το 80% των ατόμων με κατάθλιψη απαντά στη θεραπεία. Στις παρενέργειες αυτών των φαρμάκων περιλαμβάνονται: Ξηροστομία, προσωρινή σύγχυση και διαταραχές

λόγου, λήψη βάρους, θολότητα όρασης, δυσκοιλιότητα, στατική υπόταση, αδυναμία, κατακράτηση ούρων, ναυτία, εφίδρωση, τρόμος χεριών, ταχυπαλμία, αρρυθμία.

- **Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI)** (φλουοξετίνη, φλουβοξαμίνη, σιταλοπράμη, παροξετίνη)

Μπορούν να χρησιμοποιηθούν, εάν η ασθενής δεν ανταποκρίνεται στα τρικυκλικά. Είναι αποτελεσματικοί στην κατάθλιψη και έχουν λιγότερες αντιχολινεργικές και καρδιοτοξικές παρενέργειες. Κάποιες από τις παρενέργειες αυτών των φαρμάκων δύναται να είναι: Στομαχικές διαταραχές, διάρροια, ναυτία, εμετός, πονοκέφαλος, υπερκινητικότητα.

- **Εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (SNRI)**

(βενλαφαξίνη)

Έχουν συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα με τα προηγούμενα και ευρύτερο φάσμα δράσης, γιατί, εκτός από την αναστολή επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, ασκούν παρόμοια δράση και στη νοραδρεναλίνη. Στις παρενέργειες περιλαμβάνονται: διάρροια, ναυτία, εμετός, πονοκέφαλος, δερματικό εξάνθημα.

- **Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO)**

(ρανυλκυπρομίνη, φαινελζίνη, νιαλαμίδη)

Αυτά τα φάρμακα επιδρούν στο μεταβολισμό της αδρεναλίνης, νοραδρεναλίνης και 5-HT στον εγκέφαλο και οδηγούν σε συσσώρευση αυτών των ουσιών. Δεν έχει αποδειχθεί ακόμα η σύνδεση αυτής της δράσης με την αντικαταθλιπτική τους δράση. Προκαλούν αλλαγή της διάθεσης, αυξάνουν την ευδιαθεσία, την ενεργητικότητα στις μισές περίπου ασθενείς με κατάθλιψη. Χρησιμοποιούνται κυρίως στην άτυπη κατάθλιψη και σε καταστάσεις φοβίας.

Έχουν όμως ανεπιθύμητες ενέργειες που περιορίζουν τη χρήση τους και πρέπει να χορηγούνται μόνο σε άτομα που έχουν επίγνωση αυτών των ενεργειών. Στις συνηθέστερες παρενέργειες των αναστολέων της ΜΑΟ περιλαμβάνεται η πρόσληψη βάρους, η ορθοστατική υπόταση, η ξηροστομία, η διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας, η κεφαλαλγία και η αϋπνία ή αντίθετα υπερβολική υπνηλία. Επίσης προκαλούν νευρικότητα, συχνουρία και σπανιότερα ίκτερο. Προκαλούν συνέργεια με τα φάρμακα που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα, όπως τα βαρβιτουρικά, το οινόπνευμα, την κοκαΐνη, τη μορφίνη και ειδικά την πεθιδίνη. Προκαλούν όμως υπερλειτουργία των αγγειοσυσταλτικών όπως η αδρεναλίνη και η αμφεταμίνη και ενός αριθμού αγγειοσυσταλτικών π.χ. που χρησιμοποιούνται στο κρυολόγημα.

### **12.3 ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ – ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ**

Η εγκυμοσύνη είναι ένα κομμάτι αλληλένδετο τόσο με τη διατροφή όσο και με την ψυχοπαθολογία της γυναίκας. Το άγχος, η κατάθλιψη και τα ψυχοτραυματικά γεγονότα είναι χαρακτηριστικά συμπτώματα της εγκύου. Η γυναίκα σε αυτό το στάδιο βιώνει φοβίες, έμμενες, ιδέες και αναβιώσεις τραυματικών γεγονότων. Ωστόσο διάφοροι παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη κατάθλιψης όπως μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ανεπαρκής υποστήριξη και η νεαρή ηλικία.

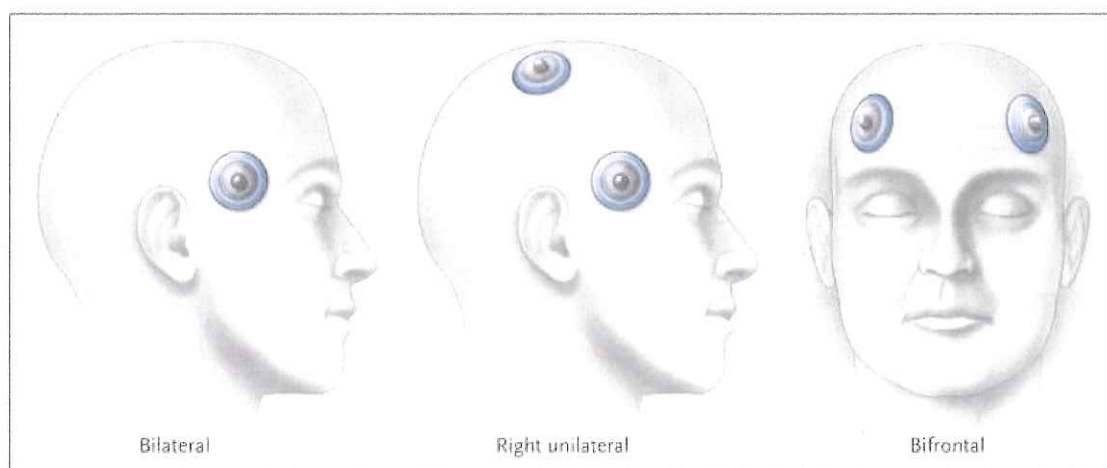
Η διατροφή συμβάλλει στις διαταραχές διάθεσης της γυναίκας, θετικά ή αρνητικά, καθώς επίσης επηρεάζει την έκβαση της εγκυμοσύνης και τη φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρυικού οργανισμού. Το σωματικό βάρος προ εγκυμοσύνης εκφράζεται μέσα από το BMI προ εγκυμοσύνης, την κατηγορία στην οποία ανήκει η κάθε γυναίκα, οι οποίες χωρίζονται σε ελλιποβαρείς, φυσιολογικές και παχύσαρκες. Με τον ερχομό του νέου μέλους η μητέρα βιώνει αισθήματα ευθύνης και αγωνίας.

Συμπτώματα όπως πτώση του θυμικού, ελαττωμένο ενδιαφέρον, διαταραχές ύπνου και όρεξης ή ιδέες αυτοκτονίας συνδέονται με την εξέλιξη επιλόχειας κατάθλιψης. Η σοβαρότερη ψυχική διαταραχή είναι η Επιλόχεια Ψύχωση που περιλαμβάνει επεισόδια μανιοκατάθλιψης με

μεσοδιαστήματα φυσιολογικής διάθεσης με κίνδυνο τα ατυχήματα, τις αυτοκτονίες και τις βρεφοκτονίες. Όλα όσα προαναφέρθηκαν μπορούν να βελτιωθούν με τη διατροφική παρέμβαση. Συγκεκριμένα πρόσληψη φολικού οξέος, τα  $\omega 3$  λιπαρά οξέα, η θειαμίνη, το σελήνιο<sup>82</sup>, ο σίδηρος, η βιταμίνη C και η βιταμίνη B12 βρέθηκε ότι βελτιώνουν τις διαταραχές διάθεσης.<sup>78</sup>

#### 12.4 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στις μέρες μας είναι μια ασφαλής και χωρίς ιδιαίτερες παρενέργειες θεραπεία. Διενεργείται με τη διοχέτευση ηλεκτρικού ρεύματος στον εγκέφαλο του ασθενούς για μερικά δευτερόλεπτα, κάτω από συνθήκες γενικής αναισθησίας και μυοχάλαση. Χρησιμοποιείται σπάνια, για τις περιπτώσεις στις οποίες απαιτείται ταχεία έναρξη του θεραπευτικού αποτελέσματος, στις βαριές καταθλίψεις με έντονη ψυχοκινητική επιβράδυνση και άρνηση λήψης τροφής καθώς και σε ειδικές ομάδες ασθενών (π.χ. έγκυες, ηλικιωμένοι), όπου η χορήγηση φαρμάκων δεν είναι ασφαλής ή προκαλεί πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες.



Εικόνα 24. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία στην κατάθλιψη (Electroconvulsive Therapy for Depression - Sarah H. Lisanby, M.D. N Engl J Med 2007; 357:1939-1945)

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ή αλλιώς ECT (electroconvulsive therapy) είναι μια ιατρική θεραπεία που γίνεται από γιατρούς. Στο άτομο δίνεται ένα γενικό αναισθητικό και ένα φάρμακο για την χαλάρωση των μυών. Όταν τα ανωτέρω επιδράσουν απόλυτα, ο εγκέφαλος του ατόμου τονώνεται με μια σύντομη, ελεγχόμενη σειρά ηλεκτρικών σφύξεων χρησιμοποιώντας ηλεκτρόδια που τοποθετούνται σε συγκεκριμένα σημεία της κεφαλής του ατόμου. Η τόνωση αυτή προκαλεί σπασμούς στον εγκέφαλο που διαρκούν μέχρι δύο λεπτά. Λόγω του μυοχαλαρωτικού και αναισθητικού φαρμάκου, το σώμα του ατόμου δεν κλονίζεται και το άτομο δε νοιώθει πόνο. Το άτομο ξυπνάει μετά από πέντε με δέκα λεπτά, όπως θα ξυπνούσε μετά από μια μικρή εγχείρηση. Η ECT συνήθως συνίσταται από έξι μέχρι 12 θεραπείες που χορηγούνται τρεις φορές την εβδομάδα σε διάστημα ενός μηνός περίπου και ο συνολικός αριθμός θεραπειών που χρειάζονται για να καλυτερέψει ένα άτομο διαφέρει από άτομο σε άτομο.

Η ECT είναι καλή για πολύ σοβαρή μορφή κατάθλιψης, μανίας, ορισμένες μορφές σχιζοφρένειας και ένα μικρό αριθμό άλλων ψυχιατρικών και νευρολογικών παθήσεων. Η θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν τα φάρμακα δεν επιδρούν. Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε άτομα που έχουν σοβαρές φαρμακολογικές παρενέργειες ή η ιατρική κατάσταση τους σημαίνει ότι δεν μπορούν να παίρνουν φάρμακα με ασφαλή τρόπο. Η ECT χρησιμοποιείται επίσης σε περιπτώσεις που απειλείται η ζωή του ατόμου όταν τα φάρμακα δεν λειτουργούν αρκετά γρήγορα.

Είναι ιδιαίτερα ωφέλιμη θεραπεία για όσα άτομα πάσχουν από πολύ σοβαρή κατάθλιψη. Η απόφαση για τη χορήγηση της ECT στηρίζεται σε μια διεξοδική σωματική και ψυχιατρική αξιολόγηση του ατόμου, που λαμβάνει υπόψη το είδος της ασθένειας, το βαθμό ταλαιπωρίας, το αναμενόμενο αποτέλεσμα και τα προγνωστικά του ατόμου αν δε χορηγηθεί η θεραπεία. Όταν είναι υψηλός ο κίνδυνος αυτοκτονίας ή όταν το σοβαρά άρρωστο άτομο δεν μπορεί να φάει ή να πει, η ECT μπορεί να διασώσει τη ζωή του.<sup>79</sup>

Η απόφαση για το αν θα γίνει η θεραπεία ή όχι σε έγκυες γυναίκες πρέπει να λαμβάνει υπόψη τους κινδύνους που σχετίζονται με τις εναλλακτικές θεραπείες, τους κινδύνους για τη μητέρα και το έμβρυο αν αποσυρθεί η ECT και οτιδήποτε επιπλοκές στην εγκυμοσύνη που θα

μπορούσαν να αυξήσουν τους κινδύνους της ECT ή του αναισθητικού φαρμάκου. Τα πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης θεραπείας διαφέρουν ανάλογα με τον χαρακτήρα και τη σοβαρότητα της ασθένειας, αλλά σε γενικές γραμμές βελτιώνει την ικανότητα σκέψης και επαναφέρει σε υγιέστερη κατάσταση τον ψυχικό κόσμο του ατόμου. Όλες οι θεραπείες περιέχουν κινδύνους και παρενέργειες - ακόμη και η έλλειψη θεραπείας περιέχει κινδύνους.

Οι κίνδυνοι και οι παρενέργειες της ECT περιλαμβάνουν τα παρακάτω:

- Πονοκέφαλος, ναυτία, έμετος.
- Μυϊκοί πόνοι είτε λόγω των μυοχαλαρωτικών φαρμάκων ή των μυϊκών κινήσεων που προκαλούνται από τους σπασμούς.
- Επίδραση στην ικανότητα της ευθυκρισίας σας κατά τις πρώτες 24 ώρες.
- Προσωρινή απώλεια μνήμης.
- Αμέσως μετά την ECT τα περισσότερα άτομα έχουν μια μικρή περίοδο σύγχυσης και δε θυμούνται τη θεραπεία αυτή καθ' εαυτή. Επίσης, ορισμένα άτομα παρουσιάζουν μερική απώλεια ανάμνησης γεγονότων που συνέβησαν ημέρες, εβδομάδες και μήνες πριν από τη θεραπεία. Αν και οι περισσότερες από αυτές τις αναμνήσεις συνήθως επιστρέφουν ο' ένα διάστημα ημερών ή μηνών μετά την ECT, ορισμένα άτομα παρουσιάζουν προβλήματα που διαρκούν μεγαλύτερο διάστημα μέχρι να επανέλθουν αυτές οι αναμνήσεις. Οι αναμνήσεις γεγονότων από το παρελθόν είναι πιθανό να επηρεάζονται πολύ λιγότερο από τη θεραπεία. Μολονότι οι συγκεκριμένες αναμνήσεις κατά το χρονικό διάστημα της ECT μπορεί να μην επανέλθουν, η συνολική μνήμη θα λειτουργεί καλύτερα κατά τις εβδομάδες και τους μήνες μετά τη θεραπεία. Ορισμένες άλλες παρενέργειες είναι λιγότερο συνήθεις και άλλες είναι πάρα πολύ σπάνιες:
- Ανώμαλες καρδιακές σφύξεις και ανώμαλος ρυθμός. Μπορεί να υπάρχει προσωρινή αύξηση στην πίεση αίματος και καρδιακές σφύξεις που συνοδεύεται από μια επιβράδυνση στις καρδιακές σφύξεις.

- Όπως συμβαίνει με οποιοδήποτε γενικό αναισθητικό, υπάρχει ένας πολύ μικρός κίνδυνος θανάτου (2,9 σε 10.000 αρρώστους), αλλά με τη σύγχρονη ECT και το σύντομο αναισθητικό, ο κίνδυνος είναι τώρα πάρα πολύ σπάνιος.

- Η καρδιακή προσβολή, η εγκεφαλική συμφόρηση ή τραύμα που σχετίζεται με τους μυϊκούς σπασμούς είναι επίσης πάρα πολύ σπάνια φαινόμενα.<sup>80</sup>

Όσον αφορά στην επιστροφή της νέας μητέρας στην εργασία της, οι συστάσεις των ειδικών οφείλουν να εξατομικεύονται, καθώς για κάποιες μητέρες η απουσία από την εργασία επιδρά θετικά στη μείωση του στρες και παρέχει τον απαιτούμενο χρόνο για την ύφεση της ψυχοπαθολογίας, ενώ άλλες γυναίκες απασχολούμενες αποκλειστικά με το βρέφος βιώνουν αισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης. Επίσης, το περιβάλλον της λεχωίδας (ο σύζυγος και οι γονείς) πρέπει να ενημερώνονται για το πρόβλημα και να συμμετέχουν στο θεραπευτικό σχεδιασμό, καθώς συχνά παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση και στην πορεία της επιλόχειας κατάθλιψης. Τέλος, ο γυναικολόγος της λεχωίδας και ο παιδίατρος που παρακολουθεί το βρέφος είναι ωφέλιμο να εμπλέκονται στο θεραπευτικό σχεδιασμό και στις κλινικές αποφάσεις. Μια τέτοια προσέγγιση ως ομάδα είναι πιθανότερο να βελτιώνει την έκβαση και να παρέχει μεγαλύτερη υποστήριξη στη μητέρα, η οποία σε μια τέτοια περίοδο κρίσης ενδεχομένως δυσκολεύεται να λάβει αποφάσεις τόσο για τη δική της υγεία όσο και για την υγεία του βρέφους.

## **13. ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η πρόληψη της κατάθλιψης είναι πιο πολύπλοκη από την πρόληψη άλλων ασθενειών. Εκείνο που εννοούμε με την πρόληψη της κατάθλιψης, είναι η αποφυγή της χρόνιας κατάθλιψης και των παγίδων που ο χρόνια καταθλιπτικός μπορεί να στήσει. Ουσιαστικά, η πρόληψη συνεπάγεται τη δημιουργία διαφόρων τύπων εκπαιδευτικών προγραμμάτων που ενισχύουν τις ικανότητες για μια πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των εντάσεων της ζωής. Αφού λοιπόν η κατάθλιψη θεωρείται πρόβλημα υγείας, η πρόληψή της μπορεί να καταταχθεί σε τρεις βαθμούς: την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια.<sup>81</sup>

### **13.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο την παρεμπόδιση της εκδήλωσης ενός ψυχικού νοσήματος με την καταπολέμηση των πρωταρχικών αιτίων. Αν λάβουμε υπ' όψη μερικές από τις βασικές αιτίες της κατάθλιψης όπως ευαισθησία στην απώλεια και στην απόρριψη, έλλειψη αυτοσεβασμού, δυσκολία στην έκφραση συναισθημάτων, συγκρούσεις που σχετίζονται με πολλαπλές εντάσεις και μακροχρόνια παραμονή σε καταθλιπτογενές περιβάλλον, είναι δυνατόν να καθοριστούν τα είδη προσεγγίσεων που απαιτούνται για την πρωτοβάθμια πρόληψη.

Η μείωση, επομένως των νέων περιπτώσεων μπορεί να επιδιωχθεί με δύο τρόπους:

- Μελέτη και εξακρίβωση των στρεσογόνων παραγόντων και συνθηκών ζωής, που συντελούν στην αύξηση της επικινδυνότητας για ψυχική νόσο.
- Εφαρμογή μέσων και μέτρων βοήθειας των ατόμων, ώστε να γίνουν πιο ανθεκτικά στις ψυχοβλαπτικές επιδράσεις. Νοσηλευτικές αρμοδιότητες με ευρύτατες προοπτικές είναι η αγωγή υγείας σε άτομα όλων των ηλικιών, η πληροφόρηση για τη φύση της κατάθλιψης, τις θεραπείες και τις διαθέσιμες υπηρεσίες.

Τα προληπτικά μέτρα στοχεύουν στη βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντος και στη μετάδοση γνώσεων στον πληθυσμό, σχετικά με την απόκτηση υγιεινών συνηθειών ανάπαυσης και ψυχαγωγίας. Η αγωγή υγείας είναι εξέχουσας σημασίας για την πρόληψη των περιγεννητικών διαταραχών, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι ο σύγχρονος τρόπος ζωής έχει απομακρύνει τις λεχωίδες από τις τελετουργίες, σχετικά με την μετάβαση στη μητρότητα και τις έχει επιβαρύνει με άγχος για την έκβαση της απαιτητικής περιόδου της λοχείας.

Επίσης, τα προληπτικά μέτρα αφορούν και σε ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα, που πραγματοποιούνται κατά την προγεννητική περίοδο και στοχεύουν στην ενημέρωση και των δύο γονέων για τις πιθανές επιλόχειες διαταραχές, που ενδέχεται να βιώσει η έγκυος, και την αναγκαιότητα της έγκαιρης αναζήτησης ιατρικής βοήθειας.<sup>81,83</sup>

### **13.2 ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η δευτεροβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο την πρόωπη επισήμανση και την έγκαιρη αντιμετώπιση ενός ψυχικού νοσήματος, ώστε να μειωθεί η διάρκεια της νόσησης και αποβλέπει στον περιορισμό της επικράτησης ή του επιπολασμού. Με τις φαρμακευτικές παρεμβάσεις μπορεί να μειωθεί τόσο η διάρκεια καθεμιάς φάσης όσο και η διάρκεια της νόσου στο σύνολό της. Επίσης, η νοσηλευτική υποστηρίζει ψυχοθεραπευτικά το άτομο και προλαμβάνει τη μεγαλύτερη ψυχική του αποδιοργάνωση.

Η κλίμακα εκτίμησης της επιλόχειας κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS) αποτελεί ένα από τα πλέον διακεκριμένα μέσα ανίχνευσης γυναικών υψηλού κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Η κλίμακα αυτή πρέπει να χρησιμοποιείται και σε γυναίκες που βίωσαν επιλόχεια μελαγχολία και τα συμπτώματά τους διήρκεσαν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 15 ημερών, διότι το γεγονός αυτό μπορεί να αποτελέσει ενδεικτικό παράγοντα επιλόχειας κατάθλιψης.

Ως ελάχιστη προφυλακτική θεραπεία, για γυναίκες που στο παρελθόν έχουν υποφέρει από επιλόχεια κατάθλιψη, για αυτές που έχουν οικογενειακό ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης και

για όσες σκοπεύουν να προβούν σε στείρωση μετά τον τοκετό, θα πρέπει να χορηγηθεί προληπτικά προγεστερόνη. Αντίστοιχα, για τις γυναίκες με ιστορικό κάποιας μορφής ψύχωσης, η προληπτική χρήση λιθίου και οιστραδιόλης κατά τη λοχεία χρήζουν περαιτέρω έρευνας για την αποτελεσματικότητά τους.<sup>81,83</sup>

### **13.3 ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η τριτοβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο, την μείωση της επικράτησης των φαινομένων έκπτωσης και αποργάνωσης, που συνοδεύουν μια ήδη εγκατεστημένη νόσο ή διαταραχή. Επιδιώκεται με τα προγράμματα από-ιδρυματισμού και κοινωνικής επανένταξης. Προλαμβάνονται, λοιπόν, η εγκατάσταση μόνιμης ψυχικής ανικανότητας, η καταστροφική ιδρυματοποίησή τους και η μακροχρόνια αποκοπή τους από την οικογένεια και τους κοινωνικούς δεσμούς.

Σημαντική θεωρείται η έγκαιρη ανίχνευση και κατάλληλη αντιμετώπιση των γυναικών εκείνων που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο. Οι κοινωνικοπολιτισμικές πεποιθήσεις που σχετίζονται με τη μητρότητα καθιστούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης δύσκολα αναγνωρίσιμα για τη νέα μητέρα, η οποία έχει την τάση να ελαχιστοποιεί και να ερμηνεύει την ψυχολογική της κατάσταση μέσα σε ένα ηθικό πλαίσιο.

Η έγκαιρη ανίχνευση των γυναικών αυτών θα επέτρεπε την εφαρμογή αποτρεπτικών μέτρων και την έγκαιρη έναρξη θεραπείας κατά τρόπο οικονομικά αποτελεσματικό, γεγονός που θα απάλλασσε από πολλά προβλήματα τόσο τη μητέρα όσο και το παιδί.<sup>84</sup>

## **14. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Καθώς η κύηση και ο τοκετός αποτελούν ένα τόσο σημαντικό γεγονός στην ζωή της γυναίκας και ταυτόχρονα μια πολύπλοκη και πολυδιάστατη κατάσταση κρίνεται απαραίτητη η συμμετοχή σε αυτήν μιας ομάδας επαγγελματιών υγείας, όπως γυναικολόγοι, μαίες, νοσηλεύτές, παιδίατροι, ψυχολόγοι.

Στόχος των επαγγελματιών υγείας είναι η πληροφόρηση και στήριξη της μητέρας ώστε να μπορέσει να συζητήσει στην συνέχεια σχετικά με τους φόβους και τις ανησυχίες της και να βοηθηθεί ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει την κατάσταση. Παρόλα αυτά, οι έγκυες δεν εκφράζουν πολλές φορές τα συναισθήματα και τους προβληματισμούς τους καθώς λόγω του περιορισμένου χρόνου των επισκέψεων με τους λειτουργούς υγείας και της τυπικής και επαγγελματικής σχέσης που δημιουργείται δεν αναπτύσσεται η απαραίτητη οικειότητα.

Το προσωπικό του νοσοκομείου συνειδητά ή όχι, για τις νέες μητέρες αποτελεί πηγή πληροφόρησης, ενθάρρυνσης και κοινωνικής επαφής. Η κοινωνική αυτή στήριξη από τους λειτουργούς υγείας είναι απαραίτητη και οφείλει να είναι αποτελεσματική και ποιοτική. Η αξιολόγηση της εγκύου κατά τη διάρκεια της κύησης σχετικά με τους φόβους της και τα ψυχολογικά της προβλήματα λειτουργεί προφυλακτικά έναντι σε μια επικείμενη επιπλοκή της εγκυμοσύνης.

Διαλέξεις και προγράμματα ενημέρωσης και προετοιμασίας των γονέων για τον τοκετό συνίσταται να πραγματοποιούνται από τα μαιευτικά ιδρύματα και να οργανώνονται από το αρμόδιο προσωπικό (ιατροί, νοσηλεύτές κ.α.) με σκοπό τη μείωση του άγχους. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τις φυσιολογικές μεταβολές που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στο σώμα της γυναίκας, τόσο στην εξωτερική της εμφάνιση όσο και στις βιολογικές της λειτουργίες, με τις συναισθηματικές μεταβολές και τις ψυχολογικές προσαρμογές που πρέπει να συμβούν και από τους δύο γονείς. Ακόμη χρειάζεται η πληροφόρηση των γονέων σχετικά με τον τοκετό, η

ξενάγηση στους χώρους της κλινικής με σκοπό την εξοικείωσή τους και η εκπαίδευση του πατέρα για την συμμετοχή στον τοκετό και την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια της λοχείας καθώς επίσης και η εκπαίδευση του ζευγαριού για την υπευθυνότητα που απαιτεί ο νέος τους ρόλος. Σε κάποιες περιπτώσεις οι γυναίκες δεν αποδέχονται την συμμετοχή στις ομάδες προγεννητικών μαθημάτων και έτσι καλύτερη μέθοδος προετοιμασίας για αυτές είναι η προσωπική επαφή με τον εκπαιδευτή, καθώς έτσι νιώθουν πιο οικεία και εκφράζουν ευκολότερα τους φόβους και τις ανησυχίες τους. Η πρώτη συνάντηση με τον εκπαιδευτή-νοσηλεύτη είναι πολύ σημαντική ώστε η γυναίκα να αποδεχθεί την μοναδικότητά της και ταυτόχρονα να ενταχθεί στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν όλες οι νέες μητέρες.<sup>74</sup>

Οι γυναίκες που ακολουθούν προγεννητική εκπαίδευση είναι λιγότερο φοβισμένες και πιο συνεργάσιμες και για αυτό το λόγο οι νοσηλεύτές θα πρέπει να επιδιώκουν την εκπαίδευση αυτή. Εκτός από την πρόληψη της επιλόχειας κατάθλιψης, η εκπαίδευση αυτή φαίνεται πως έχει επιπλέον θετικές επιδράσεις, αφού απαιτείται μικρότερη ποσότητα χορηγούμενων φαρμάκων κατά την παραμονή στο μαιευτήριο και τον τοκετό, συμβαίνουν σε μικρότερο βαθμό επιλόχειες λοιμώξεις και αιμορραγίες καθώς και τοξιναιμία της κύησης, μειώνεται η πιθανότητα διενέργειας καισαρικής τομής και τα νεογνά συγκεντρώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία Apgar από το πρώτο λεπτό. Επιπρόσθετα, τα μαθήματα έχουν θετική επίδραση και στην ψυχολογία της γυναίκας, αφού αντιμετωπίζει θετικότερα την εγκυμοσύνη και τον τοκετό της, έχει καλύτερη εικόνα για το σώμα και τον εαυτό της, διατηρεί καλές σχέσεις με τον σύντροφο και τέλος είναι καλύτερα προετοιμασμένη για το μητρικό ρόλο.

Πολλές φορές ο πατέρας επιθυμεί να συμμετέχει στον τοκετό και να είναι στο πλευρό της συζύγου του και αν το ίδιο επιθυμεί και η μητέρα, τότε οι νοσηλεύτές μπορούν να ενθαρρύνουν τον πατέρα να συμμετέχει στη διαδικασία του τοκετού. Με αυτόν τον τρόπο αφενός μειώνεται το άγχος της επιτόκου, η εμπειρία του τοκετού γίνεται πιο ευχάριστη και ταυτόχρονα ο πατέρας μαθαίνει να υποστηρίζει την γυναίκα, το οποίο είναι πολύ σημαντικό για τους πρώτους μήνες μετά τον τοκετό. Ακόμη το να παροτρύνεται η μητέρα από τους ειδικούς στο να έχει το νεογνό στο δωμάτιό της κατά την παραμονή στο μαιευτήριο (rooming in) ενισχύει τον δεσμό μητέρας-παιδιού.

Η περίοδος μετάβασης της γυναίκας στη μητρότητα είναι μια περίοδος κατά την οποία η γυναίκα είναι δεκτική σε καινούριες εικόνες, πληροφορίες και συναισθήματα. Οι ομαδικές συζητήσεις κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας βοηθούν τη μητέρα να αντικαταστήσει τις αρνητικές εμπειρίες από τη δική της σχέση με τους γονείς. Σε αυτό μπορεί να βοηθηθεί από την μαία ή την νοσηλεύτρια αφού αυτές είναι εκείνες που προσφέρουν φροντίδα στο νεογνό και πρακτική βοήθεια στη μητέρα και έτσι της δημιουργούν καινούριες εικόνες και συναισθήματα, συνεπώς πρότυπα συμπεριφοράς.

Όπως έχει αναφερθεί η πληροφόρηση είναι πολύ σημαντική για τη διάθεση της εγκύου, παρόλα αυτά σημαντικό είναι η πηγή που πληροφορεί να είναι έγκυρη και να δίνει κατανοητές πληροφορίες. Συνεπώς οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την περιγεννητική πληροφόρηση χρειάζεται να είναι μεταδοτικοί, να είναι άρτια καταρτισμένοι και να παρέχουν πληροφορίες και στήριξη όποτε οι γυναίκες το χρειάζονται έτσι ώστε να μην καταφεύγουν σε ακατάλληλους πληροφοριοδότες.

Ένας νέος κλάδος, η γενετική συμβουλευτική παρέχει πληροφορίες και κατευθύνσεις στους νέους γονείς μέσω συμβουλευτικών ομάδων και εκπαιδεύει τους γενετικούς συμβούλους και θα μπορούσε να βοηθήσει στην ομαλή μετάβαση στη μητρότητα. Το επικοινωνιακό αυτό μέσο βοηθά τους γονείς να κατανοήσουν ιατρικά θέματα όπως διάφορες νόσους, το πώς η κληρονομικότητα επηρεάζει την εμφάνιση ανωμαλιών, την ανάγκη για προγεννητικό έλεγχο και τέλος την επιλογή της καλύτερης δράσης για την αντιμετώπιση τυχόν δυσκολιών που αντιτίθενται στις αρχικές τους προσδοκίες.

#### **14.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ**

Όπως επιτάσσει η νοσηλευτική προσέγγιση σε όλες τις ασθένειες, έτσι και στην περίπτωση της επιλόχειας κατάθλιψης, το πρώτο βήμα της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η νοσηλευτική εκτίμηση. Αρχικά θα πρέπει να γίνει η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού από το νοσηλεύτη. Κατά τη διάρκεια λήψης του ιστορικού ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει υπ' όψιν του:

- Οικογενειακό ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης, ιστορικό σχετικά με την εργασία και τη μόρφωση
- Τα στρεσογόνα γεγονότα που της προκαλούν την αγχώδη κατάσταση
- Προηγούμενη καταθλιπτική συμπεριφορά ή καταθλιπτικό επεισόδιο σε προηγούμενη γέννα
- Εκτίμηση της κατάθλιψης με ειδικά εργαλεία πχ. η Κλίμακα Εκτίμησης της Κατάθλιψης της Λοχείας του Εδιμβούργου.

Στη συνέχεια ο νοσηλευτής θα πρέπει να:

- Δείξει ενδιαφέρον προς την λεχωίδα και να την ακούσει προσεκτικά γιατί από μόνη της μπορεί να μην αναφέρει καν για την κατάθλιψη της.
- Παρατηρήσει για σημεία κατάθλιψης. Παρατηρούμε αν η ασθενής έχει απαισιόδοξα σχέδια για το μέλλον και προσπαθούμε να τα αποτρέψουμε.
- Συνομιλήσει με την ασθενή και να καταγράψει τα επίπεδα διάθεσης, της όρεξης, του ύπνου, της ενέργειας και κόπωσης και την ικανότητα συγκέντρωσης.
- Ρωτήσει την αν έχει αποπειραθεί ποτέ να κάνει κακό στον εαυτό της ή το μωρό της.
- Να εκτιμήσει το οικογενειακό υπόβαθρο υποστήριξης της μητέρας. Εκτιμούμε τις γνώσεις της οικογένειας και πως αντιμετωπίζουν τη νέα μητέρα, τις γνώσεις σχετικά με την αυτοφροντίδα της λεχωίδας, καθώς και τα σημάδια υποτροπής της νόσου.<sup>85</sup>

## 14.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Καταγράφουμε όλα τα αισθήματά της κατά τη διάρκεια της ημέρας. Με αυτή τη διαδικασία ο νοσηλευτής κατανοεί καλύτερα το επίπεδο κινδύνου της κατάθλιψης και την επικινδυνότητα αυτοκτονίας της ασθενούς.
- Έπειτα εφαρμόζουμε εξατομικευμένη νοσηλευτική διάγνωση στη νέα μητέρα και επικεντρωνόμαστε στις ανησυχίες της. Πιο ειδικά:
  - Επικεντρωνόμαστε στο πόσο άγχος νιώθει η γυναίκα κατά τη διάρκεια της ημέρας.

- Αντιμετωπίζουμε τη μη σωστή ανταπόκριση της οικογένειας στο πρόβλημα της επιλόχειας κατάστασης της νέας μητέρας.
- Αξιολογούμε την ανταπόκριση της οικογένειας. Αξιολογούμε την καταβολή δυνάμεων της ασθενούς, την έλλειψη ελπίδας για καθημερινά πράγματα.
- Τέλος, αξιολογούμε την ελλειμματική γνώση, την έλλειψη αυτοεκτίμησης, τη διαταραχή ύπνου, την κοινωνική απομόνωση του ατόμου, τις πνευματικές ανησυχίες καθώς και τον κίνδυνο άσκησης βίας στον ίδιο τον εαυτό της καθώς και στο μωρό της.<sup>85</sup>

#### 14.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να καταλάβει την ψυχολογική κατάσταση της μητέρας.
- Να εκπαιδεύσει τις γυναίκες και να τους διδάξει πως η μητρότητα είναι μια συνολική ευτυχία και οικογενειακή ολοκλήρωση.
- Να ενθαρρύνει τις γυναίκες να αναπτύξουν το διάλογο και να μοιραστούν τις ανησυχίες τους με τους νοσηλευτές.
- Να ενημερώσει τη θηλάζουσα μητέρα σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού, να την παραπέμψει σε σύμβουλο θηλασμού για να ενημερωθεί για τη δράση των αντικαταθλιπτικών και αντιψυχωτικών φαρμάκων.
- Να ασκείται καθημερινά έτσι ώστε να τονωθούν οι χαλαρωμένοι από την εγκυμοσύνη και τον τοκετό μύς του περινέου.
- Να ενθαρρύνει την οικογένεια να απευθυνθεί στις υποστηρικτικές δομές της κοινότητας για την παροχή περισσότερων γνώσεων και υπηρεσιών.
- Να παραπέμψει την οικογένεια σε έναν σύμβουλο ψυχικής υγείας ώστε να τους παραχθούν εξειδικευμένες πληροφορίες από κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας.
- Να επισκέπτεται συχνά τη γυναίκα στο σπίτι της και να διατηρεί συχνή τηλεφωνική επικοινωνία μαζί της.

- Να εκτιμήσει τη μητέρα αν έχει αυτοκτονικές τάσεις.
- Να ενημερώσει την οικογένεια της λεχωΐδας σχετικά με την κατάθλιψη της λοχείας και να αποκλείσει τυχόν λανθασμένες πληροφορίες.<sup>85</sup>

#### 14.4 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ

- Αποδεχόμαστε την ασθενή ως ολότητα, αποφεύγοντας οποιαδήποτε πράξη μας που μπορεί να μην φέρει σε δύσκολη θέση.
- Διαχειριζόμαστε σωστά τη φαρμακευτική αγωγή που χορηγούμε στην ασθενή ακολουθώντας την ιατρική συμβουλή.
- Παρακολουθούμε την ασθενή τόσο για τα θεραπευτικά αποτελέσματα όσο και για τις επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν.
- Προάγουμε τη σωστή διατροφή της ώστε να ανταπεξέλθει η γυναίκα στις απαιτήσεις του μωρού της και της καθημερινότητάς της.
- Συμβάλλουμε στην πρόοδο του ύπνου της μητέρας δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες χαλάρωσης, βοηθώντας την ασθενή να αποβάλλει όλες τις αρνητικές σκέψεις.
- Εφαρμόζουμε προληπτικά μέτρα για τις αυτοκτονικές τάσεις της ασθενούς.
- Διδάσκουμε την ασθενή σχετικά με τη χορήγηση της φαρμακευτικής της αγωγής και τον αυτοέλεγχο.
- Ενθαρρύνουμε την ασθενή να βάζει εφικτούς στόχους ώστε να τους πετυχαίνει και να αισθάνεται αίσθημα χαράς και ευεξίας.
- Διευκολύνουμε τη βελτίωση της καταθλιπτικής πορείας της ασθενούς, αποδεχόμενοι όλα τα συναισθήματα που εκφράζει.<sup>85</sup>

#### 14.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τα παρακάτω κριτήρια για να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα πάνω στη νοσηλευτική διεργασία.

- Ο νοσηλευτής ενημερώνεται συνέχεια από την ασθενή και την οικογένειά της για την πρόοδο της ψυχικής υγείας.
- Η ασθενής νιώθει ενέργεια κατά τη διάρκεια της ημέρας ενώ το τη νύχτα παρουσιάζει ικανοποιητικά επίπεδα ύπνου.
- Η ασθενής δεν έχει αυτοκτονικές τάσεις και χαίρεται κάθε στιγμή της ημέρας που περνά με το μωρό της και τους δικούς της ανθρώπους.
- Η ασθενής εκφράζει ότι έχει μειωμένο άγχος ενώ εμφανίζει καλή ψυχολογική διάθεση, φροντίζει το μωρό της, ασχολείται μαζί του, ενώ αφιερώνει χρόνο στον εαυτό της και στο σύζυγό της.
- Εκτιμά τη βελτίωση της διάθεσης της ασθενούς π.χ. αν φροντίζει τον εαυτό της αν προσέχει το μωρό της και περνάει χρόνο μαζί του, αν οι σχέσεις με το σύζυγό της είναι όπως πριν.
- Η ασθενής, ο σύζυγός της καθώς και η οικογένεια της έχουν γνώσεις σχετικά με την επιλόχεια κατάθλιψη, τη θεραπεία της, τη φαρμακευτική αγωγή και τα συμπτώματα που μπορούν να εμφανιστούν σε μια επερχόμενη ψυχολογική κρίση.<sup>85</sup>

## 15. ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

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.<sup>86</sup>

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 λεχαιδών να πληρούν κριτήρια ήπιας κατάθλιψης και το 5% κριτήρια μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής.<sup>87</sup>

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.<sup>88</sup>

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.<sup>86</sup>

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 φτωχή 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.

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.<sup>89</sup> Επίσης, οι ανησυχίες των ελλήνιδων 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.<sup>90</sup>

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 περαιτέρω διερεύνηση.<sup>91</sup> Βρέθηκε επίσης σχέση μεταξύ αυξημένων επιπέδων FT3 του θυρεοειδούς πριν τον τοκετό, με επιλόχειες διαταραχές στη διάθεση.<sup>92</sup> 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.<sup>93</sup>

### **15.1 ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Η κοινωνική υποστήριξη είναι ένας παράγοντας ο οποίος βοηθάει πολλές φορές στην μείωση των καταθλιπτικών συναισθημάτων και του άγχους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.<sup>94</sup> 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.<sup>95</sup> 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 μη 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), στη βελτίωση του αισθήματος ότι το άτομο που ζητάει την βοήθεια αυτή ανήκει κάπου και στην βελτίωση της δεξιότητάς του (επαγγελματικής, κοινωνικής, επικοινωνιακής κλπ.).<sup>96</sup>

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 μαιές 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 λεχώιδες. 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.

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».

Όπως διαπιστώνεται, 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 καθιέρωσης 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.

## 16. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο αριθμός των ανθρώπων που υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές αυξάνεται ολοένα και περισσότερο παγκοσμίως. Επί του παρόντος, σε όλο τον κόσμο, περίπου τετρακόσια εκατομμύρια άτομα πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και / ή νευρολογικά ή ψυχολογικά προβλήματα, και δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που στιγματίζονται, βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό, ενώ συχνά οδηγούνται στο θάνατο μέσω της αυτοκτονίας.

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 φέρνει η εγκυμοσύνη και η μητρότητα. Αλλαγές στις συνήθειες, στις σχέσεις μεταξύ της γυναίκας και του κοινωνικού της κύκλου ή του συζύγου της 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 αγχώδων 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 ή 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 (ψυχ)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.

Είναι σημαντικό η κάθε νέα μητέρα που αντιμετωπίζει την πρόκληση της κατάθλιψης να αντιληφθεί, ότι όπως και στις άλλες μορφές της κατάθλιψης, έτσι και στην επιλόχεια κατάθλιψη, θα βοηθηθεί περισσότερο, αν έχει κάποιο πρόσωπο με το οποίο να μπορεί να μιλήσει για όσα την απασχολούν, και ταυτόχρονα λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, παρά αν κάνει μόνο ένα από τα δύο. Μιλώντας σε κάποιον ή κάποια για τη νέα πραγματικότητα που αντιμετωπίζει, είναι το πρώτο βήμα που θα της δώσει πίσω τον παλιό εαυτό της και θα αρχίσει να απολαμβάνει το ταξίδι της μητρότητας.



---

# ΠΕΡΙΛΗΨΗ

---



Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι μια συχνή νόσος που δύναται να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή της μητέρας και του νεογνού. Γενικώς η κατάθλιψη για πολλούς αιώνες απασχολεί τους δυτικούς πολιτισμούς καθώς η επίπτωσή της στις ανεπτυγμένες κοινωνίες είναι μεγάλη και μπορεί να επηρεάσει όλες τις ηλικιακές ομάδες. Έχει διαπιστωθεί ότι το 10-15% των γυναικών θα εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη κατά το πρώτο έτος μετά τον τοκετό. Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) το οποίο βρίσκεται στην Πέμπτη έκδοσή του, καθορίζει τα κριτήρια τα οποία πρέπει να πληρεί ένα άτομο ώστε να πάσχει από κατάθλιψη. Στους αιτιολογικούς παράγοντες της κατάθλιψης περιλαμβάνονται η γενετική προδιάθεση, οι εξωγενείς παράγοντες, τα νευρολογικά αίτια, οι ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες, διάφορα σωματικά νοσήματα, μεταβολικές και βιοχημικές μεταβολές. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα και σωματικές διαταραχές, όπως η αϋπνία ή υπερυπνία, η ανορεξία, η δυσκοιλιότητα, η ξηροστομία, η ψυχοκινητική επιβράδυνση, η ατημέλητη εμφάνιση και άλλα μη ειδικά συμπτώματα. Ακόμη σε μερικές περιπτώσεις οι ασθενείς παρουσιάζουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις καθώς επίσης αυτοκτονικό ιδεασμό ή αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν.

Η θεραπεία της κατάθλιψης βασίζεται στην φαρμακευτική αγωγή, την ψυχοθεραπεία και χρησιμοποιείται επίσης η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) και η φωτοθεραπεία. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) είναι η θεραπεία εκλογής και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία αποτελεί την προτιμότερη μορφή ψυχοθεραπείας για την επιλόχειο κατάθλιψη. Υπάρχουν πολλά χρήσιμα εργαλεία για την εκτίμηση της επιλόχειας κατάθλιψης και το σημαντικότερο από αυτά είναι η Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις έχουν σκοπό να εκπαιδεύσουν τη γυναίκα και το περιβάλλον της για τα σημεία και τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης, την αναγνώρισή της, για τη θεραπεία που θα ακολουθηθεί (π.χ. ψυχοτρόπα φάρμακα και ανεπιθύμητες ενέργειες), για την παρεχόμενη φροντίδα, ώστε οι νοσηλευτές να έχουν υποστηρικτικό ρόλο στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Η παροχή προληπτικής καθοδήγησης είναι πρωταρχικής σημασίας, αφού μέσω συζήτησης και συμμετοχής σε ομαδικά προγράμματα παρέχονται στην

έγκυο όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τον τοκετό και την μητρότητα, μειώνοντας έτσι το άγχος της. Η παρεχόμενη φροντίδα θα πρέπει να εστιάζει τόσο στην μητέρα όσο και στο σύνολο της οικογένειας. Η μητέρα της και ο σύντροφος είναι τα άτομα εκείνα που της προσφέρουν υποστήριξη και καθοδήγηση με σκοπό να προσαρμοστεί στη νέα πραγματικότητα. Τέλος απαραίτητη είναι η παρέμβαση των νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας στα επεισόδια εκδήλωσης βίας προς τον εαυτό της ή/και τους άλλους.



---

# SUMMARY

---



Postpartum depression is a common disease that can endanger the life of the mother and the newborn. In general, depression has been a concern for Western cultures for many centuries as its impact on developed societies is large and can affect all age groups. It has been found that 10-15% of women will experience postpartum depression in the first year after birth. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), which is published in its Fifth Edition, defines the criteria that a person must meet in order to suffer from depression.

Causes of depression include genetic predisposition, extrinsic factors, neurological causes, psychosocial stressors, various physical ailments, metabolic and biochemical changes. Symptoms of depression are depressed feelings and physical disorders, such as insomnia or hyperspace, anorexia, constipation, dry mouth, psychomotor retardation, disordered appearance, and other non-specific symptoms. Even in some cases patients present with delusional ideas or hallucinations as well as suicidal ideation or attempt to commit suicide.

Treatment of depression is based on medication, psychotherapy and electro-spasm therapy (ECT) and phototherapy are also used. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are the treatment of choice and interpersonal psychotherapy is the preferred form of psychotherapy for postpartum depression. There are many useful tools for assessing postpartum depression and the most important of these is the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Nursing interventions are designed to educate the woman and her environment about the signs and symptoms of postpartum depression, its recognition, the treatment to be followed (e.g. psychotropic drugs and side effects), the care provided, so that nurses have a supportive role in dealing with depression. Providing preventive guidance is paramount, as discussing and participating in group programs provides the pregnant woman with all the information necessary for childbirth and maternity, thereby reducing her anxiety.

The care provided should focus on both the mother and the family as a whole. Her mother and partner are those who provide support and guidance in order to adapt to the new reality. Finally, it is necessary for nurses and other health professionals to intervene in episodes of violence towards themselves and / or others.



---

# **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

---



1. O' Hara, M. W., & Swain, A. M.  
Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis.  
International review of psychiatry, 8(1), 37-54, 1996
2. Flynn, H. A., Davis, M., Marcus, S. M., Cunningham, R., & Blow, F. C. Rates of maternal depression in pediatric emergency department and relationship to child service utilization.  
General hospital psychiatry, 26(4), 316-322, 2004
3. Αντωνίου, Ε., Βιβιάκη, Β., Ρωμανίδου, Α., Ντάγκα, Δ., Βασιλάκη, Ε., Σουρανάκη, Ε., Κεφαλογιάννη, Α., Λεονταράκη, Ε.  
Η γυναίκα και το νεογνό στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.  
Εκδ. Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2007.
4. Λυκερίδου Α., Δελτσίδου Α.  
Νοσηλευτική Μητρότητας.  
Εκδ. Ιατρικές Λαγός, Αθήνα 2006.
5. Raphael-Leff, J.  
Pregnancy: The inside story.  
Karnac Books 2001
6. Brockington, I.  
A Historical Perspective on the Psychiatry of Motherhood.  
S. M. Riecher-Rössler A, Perinatal Stress, Mood and Anxiety Disorders. From Bench to Bedside. (Bibliotheca Psychiatrica, No. 173, pp. 1-5). Karger, 2005
7. Andersen, J., R., Genadry, R.  
Anatomy and Embryology.

- J.S. Berek, Berek & Novak's Gynecology, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007, p. 106-107.
8. Norwitz, E., R., Arulkumaran, I., M., Symonds et al.  
Oxford American Handbook of Obstetrics and Gynecology.  
Oxford University Press, 2007.
  9. Rusavy Z et al.  
Changes in capillary diameters in pregnancy-induced hypertension.  
Hypertens Pregnancy. (2015)
  10. Pipkin, F., B.  
Maternal Physiology.  
D.K. Edmonds, Dewhurst's Textbook of Obstetrics & Gynecology, Oxford: Wiley-Blacwell, p. 11, 2012
  11. Christofides ND, Ghatei MA, Bloom SR, Borberg C, Gillmer MD.  
Decreased plasma motilin concentrations in pregnancy.  
Br Med J (Clin Res Ed). 1982 Nov 20;285(6353):1453-4.
  12. Crean GP, Rumsey RD.  
Hyperplasia of the gastric mucosa during pregnancy and lactation in the rat.  
J Physiol. 1971 May;215(1):181-97.
  13. Diaz, M. A., Le, H. N., Cooper, B. A., Muñoz, R. F.  
Interpersonal factors and perinatal depressive symptomatology in a low-income Latina sample.  
Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 13(4), 328, 2007.

14. Κρεατσός, Γ.  
Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική.  
Εκδ. Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2014 – Δεύτερη έκδοση
15. Brazelton, T. B., Cramer, G.B.  
The earliest relationship. Parents, Infants and the drama of early attachment.  
Karnak Books, 1991
16. Τσιάντης Γ., Δραγώνα Θ.  
Μωρά και μητέρες. Θέματα Ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης και υγείας στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής.  
Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2008
17. Wisner, K. L.  
Symposium: Clinical Issues in Perinatal Mental Health Care: Initial Results from a NIMH-funded Study of Screening for Postpartum Depression.  
International Marce Society Biannual Meeting. Sydney, Australia, 2008
18. Friedman, S., H.  
The ethics of treating depression in pregnancy.  
Journal of Primary Health Care, 7(1), 81-83, 2015
19. Williams, J. et al.  
Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period.  
BC Reproductive Mental Health Program, 2014
20. Blashfield, R.K., Reynolds, S.M.  
An invisible college view of the DSM-5 personality disorder classification.

- J. Pers. Dis. 26:821–29, 2014
21. Beck CT, Indman P.  
The many faces of postpartum depression.  
J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005 Sep-Oct;34(5):569-76.
22. Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., & Gartlehner, G.  
Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes.  
Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005
23. Stefanis C.N., Stefanis S.C.  
"Schizophrenia: Historical roots and brief review of recent research  
developments".  
In: Schizophrenia, Biopsychosocial Approaches and Current Challenges, Second Edition,  
Informa healthcare, UK, 2009, p.p. 1-15.
24. Owen M.J., Craddock N., Jablensky A.  
The genetic deconstruction of psychosis  
Schizophrenia Bulletin, 33 (2007), 905-911
25. Stefanis C.N., Dikeos D.G., Papadimitriou G.N.  
Clinical strategies in genetic research  
In: Mendlewicz J, Papadimitriou GN (eds), Genetics of Mental Disorders Part I.  
Theoretical Aspects, Bailliere's Clinical Psychiatry, International Practice and Research,  
Bailliere Tindall,  
London, 1995, I: 1-18
26. Zainal, N. Z., Booth, S., Huppert, F. A.

The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: A meta-analysis.

PsychoOncology, 22, 1457-1465, 2013

27. Ross, D.F., Marsil, T.R., Benton, R. Hoffman, A.R., Warren, R.C.L., Lindsay, Metzger, R.

Children's susceptibility to misidentifying a familiar bystander from a lineup: When younger is better.

Law and Human Behavior, 30 pp. 249-257, 2006

28. Chinchilla-Ochoa D, Barriguete-Chávez Peón P, Farfán-Labonne BE, Garza-Morales S, Leff-Gelman P, Flores-Ramos M.

Depressive symptoms in pregnant women with high trait and state anxiety during pregnancy and postpartum.

Int J Womens Health. 2019 Apr 24; 11:257-265

29. Γαρύφαλλος Γ.

Κατάθλιψη και Συννοσηρότητα. Θεραπευτικές οδηγίες.

Hellenic Psychiatry General Hospital, 2007

30. Stegenga BT, King M, Grobbee DE et al.

Differential impact of risk factors for women and men on the risk of major depressive disorder.

Ann Epidemiol, 2012 Jun;22(6):388-96

31. Γκόλια Ι, Καρπούζα Β, Σταύρου Ε, Κανίστρας Α.

Ψυχωτικά επεισόδια κατά τη διάρκεια της κύησης. Ιατρικά και ηθικά διλήμματα που δημιουργούνται.

Εγκέφαλος, 2004

32. Μωραΐτου Μάρθα  
Το βίωμα της μητρότητας  
Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2004
33. Goodman, J.H., Chenausky, K.L., Freeman M.P.  
Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review.  
The Journal of Clinical Psychiatry, 75(10), p.115384, 2014
34. Marcus, S.M., Heringhausen, J.E.  
Depression in Childbearing Women: When Depression Complicates Pregnancy.  
Primary care. 36(1), p. 151-154, 2009
35. Reindolf Anokye, Enoch Acheampong, Amy Budu-Ainooson, Edmund Isaac Obeng and Adjei Gyimah Akwasi  
Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management  
Ann Gen Psychiatry. 2018; 17: 18
36. O'Hara MW, Stuart S, Watson D, Dietz PM, Farr SL, D'Angelo D.  
Brief scales to detect postpartum depression and anxiety symptoms.  
J Womens Health (Larchmt). 2012 Dec;21(12):1237-43
37. Σταμούλη Σ.Σ.  
Επιλόχεια κατάθλιψη  
Στο Χριστοδούλου Γ. Κονταξάκης Β.Π. Οικονόμου (Επ.Εκδ) Προληπτική Ψυχιατρική, Αθήνα, Βήτα Ιατρικές εκδόσεις, 2000
38. Affonso DD, De AK, Horowitz JA, Mayberry LJ.  
An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology.

- J Psychosom Res. 2000;49(3):207–216
39. McCue Horwitz S, Briggs-Gowan MJ, Storfer-Isser A, Carter AS. Prevalence, correlates, and persistence of maternal depression.
- J Women's Health. 2007;16(5):678–691
40. Chinawa JM, Odetunde OI, Ndu IK, Ezugwu EC, Aniwada EC, Chinawa AT, Ezenyirioha U.
- Postpartum depression among mothers as seen in hospitals in Enugu, South-East Nigeria: an undocumented issue.
- Pan Afr Med J. 2016;23(1):180
41. Tashakori A1, Behbahani AZ, Irani RD.
- Comparison of Prevalence of Postpartum Depression Symptoms Between Breastfeeding Mothers and Non-breastfeeding Mothers.
- Iran J Psychiatry. 2012 Spring;7(2):61-5
42. Ko JY, Farr SL, Dietz PM, Robbins CL.
- Depression and treatment among U.S. pregnant and nonpregnant women of reproductive age, 2005-2009.
- J Women's Health 2012 Jun 12
43. Jacobson, James L and Alan M. Jacobson
- Psychiatric Secrets
- 2nd ed. Philadelphia: Hanley & Belfus, 2001
44. Yildiz G, Senturk MB, Yildiz P, Cakmak Y, Budak MS, Cakar E.
- Serum serotonin, leptin, and adiponectin changes in women with postpartum depression: controlled study.
- Arch Gynecol Obstet. 2017 Apr;295(4):853-858

45. Aishwarya S, Rajendiren S, Kattimani S, Dhiman P, Haritha S, Ananthanarayanan PH.  
Homocysteine and serotonin: association with postpartum depression.  
Asian J Psychiatr. 2013 Dec;6(6):473-7
46. Klainin P, Arthur DG.  
Postpartum depression in Asian cultures: a literature review.  
Int J Nurs Stud. 2009 Oct;46(10):1355-73
47. Kent, A.  
Psychiatric Disorders in Pregnancy.  
Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine. Published by Elsevier Inc., 2008
48. Smith, R.P.  
Μαιευτική Γυναικολογία. 1η Έκδοση.  
Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2002
49. DSM-5  
Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders  
American Psychiatric Association, 2013
50. Docherty A, Najjar R, Combs S, Woolley R, Stoyles S.  
Postpartum depression screening in the first year: A cross-sectional provider analysis in Oregon.  
J Am Assoc Nurse Pract. 2019 Jul 31
51. Golenkov AV, Filonenko VA, Filonenko AV.  
Sleep disorders as one of the indicators of postpartum depression.  
Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova. 2019 ;119(4. Vyp. 2) :81-88

52. Szpunar MJ, Crawford JN, Baca SA, Lang AJ.  
Suicidal Ideation in Pregnant and Postpartum Women Veterans: An Initial Clinical Needs Assessment.  
Mil Med. 2019 Jul 9.
53. Lin YH, Chen CM, Su HM, Mu SC, Chang ML, Chu PY, Li SC.  
Association between Postpartum Nutritional Status and Postpartum Depression Symptoms.  
Nutrients. 2019 May 28;11(6).
54. Chinchilla-Ochoa D, Barriguete-Chávez Peón P, Farfán-Labonne BE, Garza-Morales S, Leff-Gelman P, Flores-Ramos M.  
Depressive symptoms in pregnant women with high trait and state anxiety during pregnancy and postpartum.  
Int J Womens Health. 2019 Apr 24; 11:257-265.
55. O'Brien AJ, Chesla CA, Humphreys JC.  
Couples' Experiences of Maternal Postpartum Depression.  
J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2019 May;48(3):341-350.
56. Øverland S, Woicik W, Sikora L, Whittaker K, Heli H, Skjelkvåle FS, Sivertsen B, Colman I.  
Seasonality and symptoms of depression: A systematic review of the literature.  
Epidemiol Psychiatr Sci. 2019 Apr 22:1-15.
57. Brummelte S, Galea LA  
Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care.  
Horm Behav. 2016 Jan; 77:153-66
58. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T.

- Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence.  
Obstet Gynecol. 2005; 106:1071–1083.
59. Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DK.  
Postpartum depression: a disorder in search of a definition.  
Arch Womens Ment Health. 2010; 13:37–40.
60. Aris-Meijer J, Bockting C, Stolk R, Verbeek T, Beijers C, van Pampus M, Burger H  
What If Pregnancy Is Not Seventh Heaven? The Influence of Specific Life Events during Pregnancy and Delivery on the Transition of Antenatal into Postpartum Anxiety and Depression.  
Int J Environ Res Public Health. 2019 Aug 9;16(16)
61. Νικηφόρος Β. Αγγελόπουλος  
Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία:Μια σύγχρονη ψυχιατρική. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, 2008
62. Seth S1, Lewis AJ2,3, Galbally M  
Perinatal maternal depression and cortisol function in pregnancy and the postpartum period: a systematic literature review.  
BMC Pregnancy Childbirth. 2016 May 31;16(1):124.
63. Nurbaeti I, Deoisres W, Hengudomsub P.  
Association between psychosocial factors and postpartum depression in South Jakarta, Indonesia.  
Sex Reprod Healthc. 2019 Jun; 20:72-76
64. Wszolek K, Żurawska J, Łuczak-Wawrzyniak J, Kopaszewska-Bachorz B, Głowińska A, Pięta B.

Postpartum depression - a medical or a social problem?

J Matern Fetal Neonatal Med. 2018 Dec 4;1-141

65. Field T.

Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A Review

Infant Behavior and Development, 2010

66. Ceballos M, Wallace G, Goodwin G.

Postpartum Depression among African-American and Latina Mothers Living in Small Cities, Towns, and Rural Communities.

J Racial Ethn Health Disparities. 2016 Oct 19

67. Alhasanat D, Fry-McComish J, Yarandi HN.

Risk for Postpartum Depression Among Immigrant Arabic Women in the United States: A Feasibility Study.

J Midwifery Womens Health. 2017 Jul;62(4):470-476.

68. Małus A, Szyluk J, Galińska-Skok B, Konarzewska B.

Incidence of postpartum depression and couple relationship quality.

Psychiatr Pol. 2016 Dec 23;50(6):1135-1146.

69. Liu CH, Giallo R, Doan SN, Seidman LJ, Tronick E.

Racial and Ethnic Differences in Prenatal Life Stress and Postpartum Depression Symptoms.

Arch Psychiatr Nurs. 2016 Feb;30(1):7-12.

70. Amiel Castro RT, Pataky EA, Ehlert U.

Associations between premenstrual syndrome and postpartum depression: A systematic literature review.

Biol Psychol. 2018 Nov 16:107612

71. Denis A, Luminet O.

Cognitive factors and post-partum depression: What is the influence of general personality traits, rumination, maternal self-esteem, and alexithymia?

Clin Psychol Psychother. 2018 Mar;25(2):359-367

72. Μπεργιαννάκη, Ι.Δ.

Ψυχολογικές και Ψυχιατρικές Διαταραχές συνδεόμενες με τη Λοχεία. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, 2000

73. Fisher J, Astbury J, Smith A.

Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study.

Aust N Z J Psychiatry. 1997 Oct;31(5):728-38.

74. Μωραΐτου Μάρθα

Το Βίωμα της Μητρότητας, Αθήνα

Εκδόσεις Βήτα. 2004

75. Eby L. Brown N.

Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία, 2η Έκδοση, Αθήνα

Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, 2010

76. Terje Simonsen, Jarle Aarbakke, Ian Kay, Iain Coleman, Paul Sinnott, Roy Lysaa

Νοσηλευτική Φαρμακολογία

Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2009

77. Heather, J.R., Jane, RW.F.  
Development of a universal psycho-educational intervention to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a multiple method approach.  
BMC Public Health, 2010
78. Lespérance F, Frasure-Smith N, St-André E, et al.  
The efficacy of omega-3 supplementation for major depression: a randomized controlled trial.  
J Clin Psychiatry. 2011; 72:1054–1062
79. Sarah H. Lisanby, M.D.  
Electroconvulsive Therapy for Depression  
N Engl J Med 2007; 357:1939-1945
80. Grohol, J.  
Risks and Side Effects of ECT.  
Psych Central. May 17, 2016
81. Elizabeth Werner, Maia Miller, Lauren M. Osborne, Sierra Kuzava, and Catherine Monk  
Preventing postpartum depression: Review and recommendations  
Arch Womens Ment Health. 2015 Feb; 18(1): 41–60
82. Mokhber N, et al.  
Effect of supplementation with selenium on postpartum depression: a randomized double-blind placebo-controlled trial.  
J Matern Fetal Neonatal Med. 2011; 24(1):104–108
83. Phipps MG, Raker CA, Ware CF, Zlotnick C.

Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in adolescent mothers.

Am J Obstet Gynecol. 2013; 208(3):192: e191–192. e196

84. Tandon SD, Perry DF, Mendelson T, Kemp K, Leis JA.

Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: a randomized controlled trial.

J Consult Clin Psych. 2011; 79(5):707

85. Lowdermilk, D.L., Perry, S.E. & Cashion, K.

Νοσηλευτική Μητρότητας, 8η Έκδοση. Αθήνα

Ιατρικές Εκδόσεις Δ. Λαγός, 2013

86. Gonidakis F., Rabavilas A. D., Varsoua, E., Kreatsasc, G., Christodoulou, G.

A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece.

Compr Psychiatry. 2008 May-Jun;49(3):275-82.

87. Chatzicharalampous C, Rizos D, Pliatsika P, Leonardou A, Hasiakos D, Zervas I, Alexandrou A, Creatsa M, Konidaris S, Lambrinoudaki I.

Reproductive hormones and postpartum mood disturbances in Greek women.

Gynecol Endocrinol. 2011 Aug;27(8):543-50

88. Giakoumaki O, Vasilaki K, Lili L, Skouroliahou M, Liosis G.

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, 2009

89. Koutra K, Vassilaki M, Georgiou V, Koutis A, Bitsios P, Chatzi L, Kogevinas M.

Antenatal maternal mental health as determinant of postpartum depression in a population-based mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece.

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014 May;49(5):711-21

90. Gourounti K, Lykeridou K, Taskou C, Kafetsios K, Sandall J.

A survey of worries of pregnant women: reliability and validity of the Greek version of the Cambridge Worry Scale.

Midwifery. 2012 Dec;28(6):746-53

91. Boufidou F, Lambrinoudaki I, Argeitis J, Zervas IM, Pliatsika P, Leonardou AA, Petropoulos G, Hasiakos D, Papadias K, Nikolaou C.

CSF and plasma cytokines at delivery and postpartum mood disturbances.

J Affect Disord. 2009 May;115(1-2):287-92

92. Lambrinoudaki I, Rizos D, Armeni E, Pliatsika P, Leonardou A, Sygelou A, Argeitis J, Spentzou G, Hasiakos D, Zervas I, Papadias C.

Thyroid function and postpartum mood disturbances in Greek women.

J Affect Disord. 2010 Mar;121(3):278-82

93. Chatzi L, Melaki V, Sarri K, Apostolaki I, Roumeliotaki T, Georgiou V, Vassilaki M, Koutis A, Bitsios P, Kogevinas M.

Dietary patterns during pregnancy and the risk of postpartum depression: the mother-child 'Rhea' cohort in Crete, Greece.

Public Health Nutr. 2011 Sep;14(9):1663-70

94. Elgar FJ, McGrath PJ, Waschbusch DA, Stewart SH, Curtis LJ.

Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems.

Clin Psychol Rev. 2004 Aug;24(4):441-59

95. Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C.

Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration.

Annu Rev Clin Psychol. 2015; 11:99-137

96. Cohen S, Gottlieb BH, Underwood LG.

Social relationships and health: challenges for measurement and intervention.

Adv Mind Body Med. 2001 Spring;17(2):129-41

97. Scarff JR.

Use of Brexanolone for Postpartum Depression.

Innov Clin Neurosci. 2019 Nov 1;16(11-12):32-35

98. Jennifer Keller, Rowena Gomez, Gordon Williams, Anna Lembke, Laura Lazzeroni, Greer M. Murphy Jr. and Alan F. Schatzberg.

HPA Axis in Major Depression: Cortisol, Clinical Symptomatology, and Genetic Variation Predict Cognition

Mol Psychiatry. 2017 April; 22(4): 527–536

99. Jerry Guintivano, Tracy Manuck and Samantha Meltzer-Brody.

Predictors of Postpartum Depression: A comprehensive review of the last decade of evidence.

Clin Obstet Gynecol. 2018 September; 61(3): 591–603

100. Constantine Tsigos, George P. Chrousos.

Hypothalamic–pituitary–adrenal axis, neuroendocrine factors and stress.

Journal of Psychosomatic Research 53 (2002): 865– 871

101. Krishnan, V., Nestler, E.J.

The molecular neurobiology of depression.

Nature 2008, 455, 894–902

102. Phillipe Leff Gelman, Mónica Flores-Ramos, Margarita López-Martínez, Carlos Cruz Fuentes, Juan Pablo Reyes Grajeda.

Hypothalamic-pituitary-adrenal axis function during perinatal depression

Neurosci Bull June 1, 2015, 31(3): 338–350





