



**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ ΚΑΙ ΣΤΟ ΝΕΟΓΝΟ**



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΡΙΩΝ:

ΖΟΥΚΗ ΒΑΡΒΑΡΑ

ΤΣΑΡΑ ΝΙΚΟΛΕΤΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: κα ΚΑΛΛΙΑ ΘΩΜΑΗ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΑΤΕΙΘ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2018

**«Αν θέλετε να βελτιώσετε την υγεία του λαού,
ασχοληθείτε με τους 9 μήνες πριν από την γέννηση
και 9 μήνες μετά από αυτήν.»
-Frederick Truby King**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	σελ.5
Περίληψη.....	σελ.6
Εισαγωγή.....	σελ.8
1. Κατάθλιψη.....	σελ.9
1.1. Ορισμός.....	σελ.11
1.2. Είδη κατάθλιψης.....	σελ.11
1.3. Ψυχικές διαταραχές.....	σελ.18
1.4. Συναισθηματικές διαταραχές.....	σελ.22
1.5. Αιτιολογία διαταραχών της διάθεσης.....	σελ.23
1.5.1. Βιολογικοί παράγοντες.....	σελ.23
1.5.2. Ψυχολογικοί παράγοντες.....	σελ.25
1.6. Θεραπείες κατάθλιψης.....	σελ.30
1.6.1. Βιολογικές θεραπείες.....	σελ.30
1.6.2. Ψυχολογικές θεραπείες.....	σελ.31
1.6.3. Άλλες θεραπείες.....	σελ.35
2. Μεταβολές του σώματος κατά την κύηση και τον τοκετό.....	σελ.38
2.1. Γεννητικό σύστημα.....	σελ.38
2.2. Μαστός.....	σελ.40
2.3. Ενδοκρινικό σύστημα.....	σελ.41
2.4. Αναπνευστικό σύστημα.....	σελ.43
2.5. Ουροποιητικό σύστημα.....	σελ.44
2.6. Καρδιαγγειακό σύστημα.....	σελ.45
3. Συναισθηματικές αλλαγές κατά την κύηση και τον τοκετό.....	σελ.47

3.1. Η ψυχολογία της γυναίκας στη εγκυμοσύνη.....	σελ.47
3.2. Περιγεννητικό stress και άγχος.....	σελ.51
4. Περιγεννητική Κατάθλιψη.....	σελ.56
4.1. Συμπτωματολογία.....	σελ.56
4.2. Παράγοντες κινδύνου.....	σελ.57
4.3. Ανίχνευση, Πρόληψη, Διάγνωση.....	σελ.60
4.4. Αντιμετώπιση και θεραπεία.....	σελ.61
5. Επιδράσεις και επιπτώσεις της περιγεννητικής κατάθλιψης στο έμβρυο.....	σελ.62
6. Επιλόχεια κατάθλιψη.....	σελ.66
6.1. Ορισμός.....	σελ.66
6.2. Επιδημιολογία.....	σελ.66
6.3. Συναισθηματικές μεταβολές κατά τη λοχεία.....	σελ.67
6.4. Αιτιολογικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου.....	σελ.68
7. Επιδράσεις και επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης στο νεογνό.....	σελ.69
8. Ο ρόλος της μαίας στην περιγεννητική και επιλόχειο κατάθλιψη.....	σελ.71
9. Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	σελ.82
10. Επίλογος.....	σελ.82
11. Βιβλιογραφία.....	σελ.84

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες και την ευγνωμοσύνη μας σε όσους μας συμπαραστάθηκαν και βοήθησαν στην ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας.

Ειδικότερα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας κυρία Θωμαή Καλλία για την επίβλεψη, τις συμβουλές της και την πολύτιμη βοήθεια της στην εκπόνηση της εργασίας μας.

Περίληψη

Η συγκεκριμένη εργασία πραγματεύεται το θέμα της περιγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης και τις επιπτώσεις της στο έμβρυο και το νεογνό αντίστοιχα. Στόχος της συγκεκριμένης εργασίας είναι να αναφερθούν αναλυτικά οι ψυχικές διαταραχές κυρίως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας, οι επιπτώσεις τους στο παιδί και η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία τους. Για την παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, κυρίως διαδικτυακές πηγές και πηγές από τη βιβλιοθήκη του ΣΕΥΠ στο Α.Τ.Ε.Ι Θεσσαλονίκης. Η επιλογή έγινε από βιβλία, γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις και συστηματικές μελέτες. Σύμφωνα με τα νεότερα δεδομένα, οι έρευνες και οι μελέτες για την περιγεννητική και επιλόχεια κατάθλιψη έχουν δείξει τις σοβαρές επιπτώσεις στη γυναίκα, το έμβρυο και το νεογνό όπως για παράδειγμα, έντονα αρνητικά συναισθήματα της γυναίκας και ανθυγιεινός τρόπος ζωής, προβλήματα στη σωματική και γνωστική ανάπτυξη του νέου οργανισμού και εκδήλωση ασθενειών. Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να ενημερώνονται και να εκπαιδεύονται συνεχώς, έτσι ώστε να λειτουργούν ως πρότυπα συμπεριφοράς και φροντίδας για τη μητέρα. Συμπερασματικά, η μαία/μαιευτής που βρίσκονται δίπλα στη γυναίκα, μπορούν να συνδράμουν ώστε να παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη για την αποτελεσματική αντιμετώπισης της περιγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης.

ABSTRACT

This research paper deals with the issue of perinatal and postnatal depression and its effects on the fetus and on the newborn baby, respectively. The aim of the study is to analyze the psychological disorders, mainly during pregnancy and lactation, their impact on the child and their early diagnosis and treatment. A review of the international literature was conducted, mainly by being based on online sources and sources from the Faculty of Health & Caring of ATEI Thessaloniki, Greece. The literature selection was accomplished via various books, general articles, reviews and systematic studies. According to the latest data, researches and studies on perinatal and postnatal depression have indicated severe effects on women, fetuses and newborn babies. At the same time, health professionals need to be constantly informed and educated to act as behaviour and care models for the mother. In conclusion, midwives on the side of every woman, can help to provide psychological support in order effective treatment of perinatal and postnatal depression to be achieved.

Εισαγωγή

Η περίοδος της κύησης δομεί και χτίζει τα θεμέλια για την ανάπτυξη του εμβρύου το οποίο εντός της μήτρας δέχεται τα πρώτα ερεθίσματα και δείχνει να αντιδρά ή να απαντά σε αυτά. Τα τελευταία χρόνια δίδεται έμφαση από τους ερευνητές στη μελέτη των επιδράσεων που έχει το έμβρυο κατά την περίοδο της κύησης, καθώς και ποιες είναι δυνατό να είναι οι επιδράσεις αυτές σε περίπτωση που η μητέρα αντιμετωπίζει ψυχικά προβλήματα.

Η περιγεννητική και επιλόχεια κατάθλιψη είναι από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές, οι οποίες μπορούν να αντιμετωπιστούν από τους γενικούς γιατρούς στην πρωτοβάθμια φροντίδα, τους μαιευτήρες- γυναικολόγους και τις μαίες/μαιευτές. Οι διαταραχές αυτές της ψυχικής υγείας έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία του εμβρύου και του νεογνού που μπορεί να το ακολουθούν μέχρι και στην ενήλικη ζωή του. Η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και η περίοδος της λοχείας δεν είναι απλά ένα βιολογικό-σωματικό γεγονός, αλλά μία σύνθετη διαδικασία στην οποία εμπλέκονται βιολογικοί, ψυχικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Η σπουδαιότητα του θέματος είναι μεγάλη καθώς η περιγεννητική και επιλόχεια κατάθλιψη έχει υψηλή επίπτωση στον γυναικείο πληθυσμό χωρίς ωστόσο να λαμβάνει την απαραίτητη προσοχή από τις ίδιες και από τους επαγγελματίες υγείας. Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι να αναγνωριστούν οι ψυχικές διαταραχές που μπορεί να συνοδεύουν τη μητρότητα, να αναλυθεί η συμπτωματολογία, η αιτιολογία, καθώς φυσικά και η αντιμετώπιση-θεραπεία τους και να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στις επιδράσεις και επιπτώσεις των καταθλιπτικών διαταραχών της εγκυμοσύνης και της λοχείας στο παιδί.

Στην εργασία αυτή, αρχικά θα εξεταστεί λεπτομερώς το θέμα της καταθλιπτικής διαταραχής, τα είδη της, η αιτιολογία εμφάνισης της καθώς και οι μέθοδοι θεραπείας της. Στη συνέχεια, θα αναφερθούν οι βασικές μεταβολές που συμβαίνουν στο σώμα της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης που μπορεί να σχετίζονται, σε μεγάλο βαθμό με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Εκτενή αναφορά θα γίνει στις συναισθηματικές μεταβολές της κύησης, στην ψυχολογία της γυναίκας αυτήν την περίοδο, στο περιγεννητικό stress και άγχος, καθώς φυσικά και στην περιγεννητική και επιλόχεια κατάθλιψη. Ιδιαίτερη προσοχή θα δοθεί στις επιδράσεις και επιπτώσεις της περιγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης στο έμβρυο και το νεογνό. Καταλήγοντας, θα γίνει ανάλυση του ρόλου της μαίας στη φροντίδα της ψυχικής υγείας της γυναίκας και στη σωστή διαχείριση καταστάσεων περιγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης.

1. Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι η πιο γνωστή ψυχιατρική διαταραχή και το πιο συνηθισμένο ιατρικό πρόβλημα σε όλο τον κόσμο. Οι πρώτες περιγραφές της κατάθλιψης χρονολογούνται στην εποχή του «Πατέρα της Ιατρικής» Ιπποκράτη, τον 4ο αιώνα π.χ., ο οποίος περιέγραψε την μελαγχολία ως υπερβολική έκκριση μαύρης χολής από το σπλήνα, απ' όπου πήρε και το όνομα μελαγχολία (μαύρος + χολή) (Καλαϊτζή Χ. Και συν, 2014). Στην Παλαιά Διαθήκη, ο βασιλιάς Σαούλ, που παρουσίαζε κλασικά συμπτώματα κατάθλιψης, βασανίζεται από ένα κακό πνεύμα και τελικά αυτοκτονεί (Τοπάλης Σ., 2016). Επίσης οι Άγγλοι συγγραφείς Τσόσερ και Σαίξπηρ έγραψαν πολλά για της μελαγχολία. «Η κατάθλιψη είναι πολύ ελαφριά λέξη για να περιγράψει μια τόσο σοβαρή ασθένεια», αναφέρει ο συγγραφέας Γουίλιαμ Στάιρον, την περίοδο όπου ο ίδιος έπασχε από αυτή. Πολλοί καταξιωμένοι άνθρωποι στην ιστορία της ανθρωπότητας νόσησαν από την κατάθλιψη. Μερικοί από αυτούς είναι οι συνθέτες Λούντβιχ βαν Μπετόβεν, Ρόμπερτ Σούμαν, Τζον Λένον, Ίλις Τσαϊκόφσκι, οι ζωγράφοι Βίνσεντ βαν Γκογκ, Τζόρτζια Ο' Κιφ και οι συγγραφείς Έντγκαρ Άλαω Ποέ, Βιρτζίνια Γουλφ, Σύλβια Πλαθ κ.α (<https://www.psychologynow.gr/psychology-art/exhibitions/2814-erga-diasimon-zografon-pou-epasxan-apo-katathlipsi.html>). Η θεωρία συσχετισμού δημιουργικότητας και θλίψης, ήταν γνωστή στους αρχαίους Έλληνες. Σε μια μελέτη, διαπιστώθηκε ότι οι καλλιτέχνες προσβάλλονται από κατάθλιψη στο διπλάσιο, απ' ότι άτομα άλλων ομάδων. Σύμφωνα με παγκόσμιες εκτιμήσεις, η κατάθλιψη είναι η τέταρτη πιο σημαντική αιτία ανικανότητας και η τέταρτη πιο δαπανηρή νόσος. Η λειτουργική ανικανότητα των καταθλιπτικών ασθενών είναι όμοια με εκείνη των καρδιοπαθών και παραμένουν περισσότερο καιρό κλινήρεις από άλλους ασθενείς με υπέρταση, διαβήτη, αρθρίτιδα ή χρόνια πνευμονοπάθεια (Παπανικολάου Π., 2009). Στην ανάπτυξη της κατάθλιψης σημαντικό ρόλο παίζει ένας πολύπλοκος συνδυασμός παραγόντων, όπως είναι η γενετική, οι μεταβολές στη λειτουργία του οργανισμού και του εγκεφάλου, καθώς και το στρες. Ωστόσο μερικές φορές μπορεί να συμβεί χωρίς προφανή αιτία. Βέβαια, για πολλούς αιώνες οι άνθρωποι πίστευαν ότι η κατάθλιψη προκύπτει λόγω σωματικής και πνευματικής αδυναμίας και δεν αντιμετωπιζόταν σαν πρόβλημα υγείας. Η κατάθλιψη αφορά άμεσα ή έμμεσα όλη την ανθρωπότητα, αφού υπολογίζεται ότι το 10% με 25% του γενικού πληθυσμού θα εκδηλώσει κάποια στιγμή της ζωής του έντονα συμπτώματα (Μωραΐτου Μ., 2007). Διακρίσεις στην κατάθλιψη δεν υπάρχουν, αφού μπορεί να επηρεάζει τον οποιοδήποτε

ανεξαρτήτου ηλικίας, φύλου ή φυλής, εθνικότητας, επαγγέλματος ή εισοδήματος. Μια εξαίρεση γίνεται για τις γυναίκες, οι οποίες φαίνεται να έχουν διπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης σε σχέση με τους άντρες και αυτό οφείλεται εν μέρη σε βιολογικά αίτια (γεννητική παράγοντες, ορμόνες), σε κοινωνικά ή πολιτιστικά αίτια (ευθύνες οικογένειας, κακοποίηση) και σε ψυχολογικά αίτια (διαφορετικός τρόπος έκφρασης συναισθημάτων, σε αντίθεση με τους άντρες). Στη διάρκεια της ζωής τους, οι γυναίκες έχουν 20% πιθανότητα να παρουσιάσουν μείζον ή δυσθυμική κατάθλιψη, ενώ οι άντρες εμφανίζουν πιθανότητα 10%. Στους παντρεμένους και σε όσους έχουν μια υγιή μακροχρόνια σχέση, τα ποσοστά εμφάνισης μειώνονται, σε αντίθεση με τα διαζευγμένα ή χωρισμένα ζευγάρια που εκεί τα ποσοστά αυξάνονται. Υπολογίζεται ότι η πρώτη εμπειρία κατάθλιψης σε ένα άτομο συμβαίνει κατά μέσο όρο στις ηλικίες 25-44 ετών (Δασκαλόπουλος Θ., 2018). Ωστόσο είναι πλέον γνωστό πως η εμφάνισή της σε παιδιά και εφήβους, έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Σύμφωνα με έρευνες, ένα ποσοστό του 3% των παιδιών και εφήβων έχουν κατάθλιψη.

Ειδικότερα στοιχεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2012), κατάθλιψη είναι συχνότερη σε άγαμους, διαζευγμένους και σε κατοίκους των αγροτικών περιοχών. Υπολογίζεται πως το 6% του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως και 550 χιλιάδες στην Ελλάδα. Παγκοσμίως οι γυναίκες αντιμετωπίζουν κατάθλιψη δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες. Κατά την διάρκεια της ζωής τους στο 20% των γυναικών και στο 15% των ανδρών θα εμφανιστεί καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το 10% των γυναικών και το 5,8% ανδρών θα νοσήσουν σε ένα έτος. Εκτός από τις βιολογικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διαφορετικά στρεσογόνα γεγονότα της ζωής των γυναικών (τοκετοί, ανατροφή παιδιών, κλιμακτήριος) αλλά και το γεγονός ότι παραδέχονται ευκολότερα ότι είναι καταθλιπτικές, είναι οι παράγοντες που διαμορφώνουν τα παραπάνω ποσοστά [World Health Organization(W.H.O),2012]. Αν ένα παιδί ή έφηβος παρουσιάσει ένα επεισόδιο κατάθλιψης, η εμφάνιση για δεύτερο ξεπερνά το 50%. Συγγραφείς του Παγκόσμιου Ιδρύματος Μελέτης Ασθενειών προβλέπουν ότι μέχρι το 2020 η κατάθλιψη θα αποτελεί τη δεύτερη σοβαρότερη απειλή για την υγεία μετά τις καρδιοπάθειες. Με τη βοήθεια της επιστήμης και την κατάλληλη θεραπεία περίπου 8 στα 10 καταθλιπτικά άτομα παρουσιάζουν βελτίωση.

1.1. Ορισμός

Στην Ιατρική η κατάθλιψη είναι μια πολύ σοβαρή ασθένεια που επηρεάζει τις πράξεις, την σκέψη, τα συναισθήματα και διαφέρει από την απλή θλίψη, τη στεναχώρια ή το άγχος. Όμως η λέξη κατάθλιψη μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων, που είτε είναι παθολογικές είτε φυσιολογικές. Τέτοιες καταστάσεις είναι μια φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα (π.χ πένθος), μια ψυχική διαταραχή (π.χ κάποιο είδος κατάθλιψης που αναφέρονται παρακάτω) ή τα συμπτώματα μιας έντονης και παρατεταμένης θλίψης (π.χ καταθλιπτικό συναισθήματα)(Δασκαλόπουλος Θ., 2018). Η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα ενός πολύπλοκου συνδυασμού παραγόντων που προκαλούν αλλαγές στην λειτουργία του εγκεφάλου. Στην ψυχιατρική για να θεωρηθεί ότι ένας ασθενής πάσχει από κατάθλιψη πρέπει να εμφανίζει συγκεκριμένα σημεία και συμπτώματα, όπως έντονη θλίψη, απώλεια του ενδιαφέροντος, αδυναμία αντίδρασης, διαταραχές ύπνου και όρεξης, υπερδιέγερση ή επιβράδυνση, κούραση, απώλεια ενέργειας, έντονα συναισθήματα ενοχής, δυσκολία συγκέντρωσης και σκέψεις θανάτου (Παπανικολάου Π., 2009). Επιπλέον για να διακριθεί ότι πάσχει πραγματικά ο ασθενής πρέπει να παρουσιάζει από συγκεκριμένα συμπτώματα σχετιζόμενα με την διάθεση, τη συμπεριφορά και την σκέψη, τη δυσκολία να ανταπεξέλθει στην καθημερινότητα, τα οποία διαρκούν περισσότερο από δύο εβδομάδες. Αντίθετα με την μελαγχολία, η κατάθλιψη εξασθενεί το άτομο, διότι το αίσθημα λύπης και άσημης διάθεσης συνοδεύονται από επιπλέον συναισθήματα όπως άγχος, θυμό, απελπισία, ενοχές, που επιμένουν για παρατεταμένο χρονικό διάστημα.

1.2. Είδη κατάθλιψης

Μείζον καταθλιπτική διαταραχή(ΜΚΔ) ή αλλιώς μονοπολική διαταραχή

Ονομάζεται η διαταραχή στην οποία ο ασθενής αναφέρει τουλάχιστον δυο μείζον καταθλιπτικά επεισόδια, με μεσοδιάστημα 2 μηνών χωρίς συμπτώματα. Είναι η πιο συνηθισμένη μορφή κατάθλιψης. Το καταθλιπτικό επεισόδιο είναι η κατάσταση εκείνη που χαρακτηρίζεται από καταθλιπτικό συναίσθημα και διαρκεί τουλάχιστον 2 εβδομάδες [National Center For Biotechnology Information (NCBI), January 2017]. Υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης ενός

μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου σε όλη την διάρκεια της ζωής ανέρχεται στο 6%, ενώ ο κίνδυνος εμφάνισης οποιασδήποτε διαταραχής είναι 8% στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (Πολυζόπουλος Ε., 2018). Η επίπτωση στις γυναίκες είναι πολύ μεγαλύτερη σε σχέση με τους άντρες. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι η καταθλιπτική διάθεση για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, η έλλειψη ευχαρίστησης (ανηδονία), αϋπνία ή υπερυπνία, μείωση ή αύξηση της όρεξης για φαγητό, απογοήτευση, αίσθημα συνεχούς κοπώσεως και απώλεια ενεργητικότητας, αίσθημα αναξιότητας και ενοχής, ψυχοκινητική διέγερση - ανησυχία, καθώς και σκέψεις αυτοκτονίας. Μετά το πρώτο μείζον επεισόδιο, η πιθανότητα επανεμφάνισης ξεπερνά το 50%, ενώ η εμφάνιση για ένα τρίτο επεισόδιο υπολογίζεται περίπου στο 70%. Ανάλογα με το πόσα συμπτώματα έχει ένα άτομο, η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται ως ήπια, μέτρια ή σοβαρή. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας πάνω από 350 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο υποφέρουν από αυτή την ψυχική διαταραχή. Επίσης κάθε άνθρωπος έχει 10%-15% πιθανότητα να νοσήσει κατά την διάρκεια της ζωής του. Σε περίπτωση που δεν θεραπευτούν τα επεισόδια της μείζον κατάθλιψης, τότε διαρκούν από 6 έως 18 μήνες. Οι κύριες αιτίες εκδήλωσης αυτής της κατάθλιψης είναι οι αγχώδεις διαταραχές και οι σημαντικές απώλειες (Δασκαλόπουλος Θ., 2018).

Δυσθυμική Διαταραχή (δυσθυμία)

Είναι μια χρόνια καταθλιπτική διάθεση ήπιας μορφής, όπου το άτομο την έχει κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και διαρκεί τουλάχιστον δύο χρόνια έως πέντε (NCBI, January 2017). Στα παιδιά και τους εφήβους η διάθεση είναι ευερέθιστη και μπορεί να διαρκέσει τουλάχιστον ένα έτος. Ο ασθενής με δυσθυμία νιώθει απαισιοδοξία για την ζωή και έτσι δημιουργείται μια αίσθηση ανεπάρκειας, δηλαδή παρόλο που ανταπεξέρχεται στις καθημερινές του δραστηριότητες, νιώθει πάντα ότι κάτι τον κρατάει από το να μπορεί να νιώσει καλύτερα (Δασκαλόπουλος Θ., 2018). Αυτά τα άτομα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν μείζον καταθλιπτική διαταραχή(ΜΚΔ). Τα συμπτώματα που εμφανίζονται στην δυσθυμία είναι ίδια με της ΜΚΔ αλλά πιο ήπια. Απαιτείται η παρουσία δύο από τα παρακάτω συμπτώματα για να γίνει η διάγνωση: απελπισία, αίσθημα έλλειψης ελπίδας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αϋπνία ή υπερυπνία, υπερφαγία ή μειωμένη όρεξη, μειωμένη ενεργητικότητα ή κόπωση, αδυναμία συγκέντρωσης ή δυσκολία στη λήψη αποφάσεων. Πολλοί άνθρωποι παρουσιάζουν δυσθυμία

μετά την ηλικία των 50 ετών. Επιπλέον το 75% των ατόμων με δυσθυμία έχουν ταυτόχρονα και άλλα προβλήματα υγείας (Kelso J., 2016)

Εποχική κατάθλιψη ή εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (Seasonal Affective Disorder SAD)

Είναι μια καταθλιπτική διαταραχή που εκδηλώνεται σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους του έτους όταν υπάρχει λιγότερη ηλιακή ακτινοβολία, όπως τους φθινοπωρινούς ή τους χειμερινούς μήνες και υποχωρεί την άνοιξη, γι' αυτό περιγράφεται και ως μελαγχολία του χειμώνα (NCBI, 2017). Ωστόσο πολλά άτομα παρουσιάζουν καλοκαιρινή κατάθλιψη, η οποία ξεκινά αργά την άνοιξη ή νωρίς το καλοκαίρι (Goldberg J., 2018). Η μέση ηλικία εμφάνισης είναι τα 20 έως 30 έτη, ενώ είναι 4 έως 8 φορές συχνότερη στις γυναίκες παρότι στους άντρες. Τα συμπτώματα είναι ήπιας συχνότητας και συνήθως περιλαμβάνουν τα εξής: μειωμένη ενέργεια και κόπωση, απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες, αυξημένη ανάγκη για ύπνο, αυξημένη κατανάλωση υδατανθράκων ή σοκολάτας. Τα συμπτώματα της SAD βελτιώνονται με τη θεραπεία με φως, όμως όταν δεν είναι επαρκείς χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπεία (Δασκαλόπουλος Θ., 2018).

Οξεία και χρόνια κατάθλιψη

Η διαφορά μεταξύ της οξείας και της χρόνιας κατάθλιψης είναι στην διάρκεια των συμπτωμάτων. Έτσι αν τα συμπτώματα εμφανίζονται για σύντομα καθορισμένα χρονικά διαστήματα τότε είναι οξεία, ενώ αν συνεχίζονται για χρονική περίοδο πάνω από έξι μήνες τότε χαρακτηρίζεται χρόνια κατάθλιψη (Μενεδιάτου Α., 2010). Οι χρόνιες μορφές της κατάθλιψης υπολογίζονται περίπου στο 12%-35% των καταθλιπτικών διαταραχών. Σύμφωνα με τα σύγχρονα ταξινομικά συστήματα (DSM-IV), για να θεωρηθεί χρόνιο ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο πρέπει να πληρούνται τα κριτήρια συνεχώς τουλάχιστον για δύο χρόνια. Μετά το πρώτο καταθλιπτικό μείζον επεισόδιο, ο κίνδυνος εμφάνισης για δεύτερο είναι 50% και έπειτα μετά το τρίτο η εμφάνιση για τέταρτο ανέχεται περίπου στο 90% (Goldberg J., 2018).

Ψυχωσική κατάθλιψη ή παραληρητική

Σε αυτή τη μορφή κατάθλιψης το άτομο έχει χάσει την ικανότητα ελέγχου της πραγματικότητας

και υπάρχουν διαταραχές ως προς την αντίληψη, ακουστικές, οπτικές, σωματικές ή απτικές ψευδαισθήσεις, διαταραχή του περιεχομένου της σκέψης, όπως παραληρητικές ιδέες (εξωπραγματικές ιδέες που ο ασθενής υποστηρίζει ακράδαντα και αδυνατεί να πιστέψει ότι έχουν ψευδή υπόσταση) και σύγχυση (NIH, 2018). Πιθανό επίσης ο ασθενής να αναπτύξει ψευδείς πεποιθήσεις αναξιότητας και ενοχής, σε τέτοιο βαθμό ώστε να θεωρεί πως πρέπει να τιμωρήσει τον εαυτό του με θάνατο (Παπανικολάου Π., 2009). Επιπλέον αυτά τα άτομα αποσύρονται από τις κοινωνικές και επαγγελματικές τους υποχρεώσεις, καθώς και από τον υπόλοιπο κόσμο και εμφανίζουν αδυναμία εκτέλεσης καθημερινών καθηκόντων (Goldberg J., 2018). Η έναρξη εμφάνισης των συμπτωμάτων αρχίζει μετά από κάποιο ψυχοτραυματικό γεγονός, όπως απώλεια περιουσίας, εγκατάλειψη συζύγου ή αναπηρική βλάβη (Μενεδιάτου Α., 2010)

Αγχώδης κατάθλιψη

Είναι η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, στην οποία ο ασθενής βιώνει έντονο βασανιστικό άγχος μεγάλης διάρκειας, υπερκινητικότητα, εσωτερική ανησυχία, δυσκολία στην συγκέντρωση, ευερεθιστότητα, κόπωση, καθώς και διαταραχές ύπνου. Όλα αυτά τα συμπτώματα προκαλούν στον ασθενή έντονη δυσφορία, της οποίας δεν μπορεί να ελέγξει (Δασκαλόπουλος Θ., 2018).

Άτυπη κατάθλιψη

Σε αυτή την κατηγορία τα συμπτώματα είναι αντίστροφα από τα συνηθισμένα βιολογικά συμπτώματα που συναντώνται σε άλλα είδη κατάθλιψης, δηλαδή βουλιμία αντί για ανορεξία, υπερυπνία αντί για αϋπνία, υπερβολική ευαισθησία στην απόρριψη και υποχώρηση του καταθλιπτικού συναισθήματος όταν συμβαίνουν ευχάριστα γεγονότα. Επιπλέον μπορεί να συνυπάρχουν φοβίες, έντονο άγχος, απώλεια της αίσθησης του χιούμορ με συνέπεια απόσυρση από την κοινωνία, τη δουλειά και μειωμένες σχολικές αποδόσεις (Lojko D. et al, 2017).

Ενδογενής και αντιδραστική κατάθλιψη

Η ενδογενής κατάθλιψη προέρχεται μέσα από τον ίδιο τον ασθενή, δηλαδή από βιολογικούς παράγοντες και διαταράσσουν το αυτόνομο νευρικό σύστημα, με αποτέλεσμα να εκδηλώνονται διαταραχές στον ύπνο και στην ενέργεια του ατόμου. Αντιστοιχεί με την μείζον κατάθλιψη.

Παράγοντας εκδήλωσης της αντιδραστικής κατάθλιψης είναι το περιβάλλον του ασθενή, όταν επιδρούν ψυχοπιεστικά στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή του ατόμου. Το καταθλιπτικό συναίσθημα σε αντίθεση με την ενδογενή κατάθλιψη είναι πιο ήπιο. Συνήθως αντιστοιχεί με την δυσθυμική διαταραχή (Πολυζόπουλος Ε., 2018).

Μελαγχολική κατάθλιψη ή μελαγχολία

Όταν η κατάθλιψη έχει κυριεύσει το σύνολο των σκέψεων του ατόμου και αφορά κάθε γεγονός στη ζωή του, το οποίο το βιώνει ως κάτι δυσάρεστο, τότε ονομάζεται μελαγχολία. Ο ασθενής σε αυτή την περίπτωση δεν ανταπεξέρχεται στις δραστηριότητες, ούτε χαίρεται με κάποιο ευχάριστο γεγονός (Δασκαλόπουλος Θ., 2018). Άλλα χαρακτηριστικά που παραπέμπουν σε μελαγχολική κατάθλιψη είναι η πρώιμη πρωινή αφύπνιση με έντονο καταθλιπτικό συναίσθημα, αβάσιμη ενοχή, απαισιοδοξία, απελπισία, απώλεια βάρους λόγω ανορεξίας και έντονη ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση (Μενεδιάτου Α., 2010).

Διπολική διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη

Η διπολική διαταραχή διακρίνεται σε δύο είδη: α) την διπολική διαταραχή τύπου 1, όπου ο ασθενής αναφέρει ένα σαφές μανιακό επεισόδιο (άνοδος συναισθηματικού επιπέδου διάρκειας μίας εβδομάδας με συμπτώματα όπως ιδεοφυγή, αίσθημα μεγαλείου, διάσπαση προσοχής, διέγερση και επιθετικότητα) και έχει συχνότητα όμοια με εκείνη της σχιζοφρένειας και β) την διπολική διαταραχή τύπου 2, στην οποία ο ασθενής αναφέρει ένα τουλάχιστον μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και ένα υπομανιακό επεισόδιο (συναισθηματική άνοδος, κοινωνική λειτουργικότητα και ευερεθιστότητα ταυτόχρονα, ευδιαθεσία χωρίς προφανή λόγο). Η διπολική διαταραχή τύπου 1 είναι τελείως ξεχωριστή κατάσταση από την διπολική διαταραχή τύπου 2 (Παπανικολάου Π., 2009). Επίσης οι ασθενείς με τύπου 2 διαταραχή δεν θα γίνουν ποτέ μανιακοί, παρ' ότι παθαίνουν πολλά υπομανιακά επεισόδια (NCBI, 2017). Οι επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν είναι βίαιη συμπεριφορά απέναντι σε άλλους και αυτοκτονικές τάσεις, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια μανιακού επεισοδίου σε διπολική διαταραχή τύπου 1 (Δασκαλόπουλος Θ., 2018). Άλλος ένας τύπος διπολικής διαταραχής που συναντάται στην βιβλιογραφία είναι η εποχιακού τύπου, δηλαδή έξαρση των συμπτωμάτων τους μήνες Οκτώβριο - Νοέμβριο και μείωση αυτών Φεβρουάριο - Απρίλιο εμφάνιση της διπολικής διαταραχής αναφέρεται ότι βρίσκεται μεταξύ 1%

- 2,5% (Πολυζόπουλος Ε., 2018).

Σχιζοφρένεια

Είναι μια χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή που πλήττει περισσότερους από 21 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (W.H.O, 2018). Η πιθανότητα να εμφανίσει κάποιος έστω και μια φορά στην ζωή του σχιζοφρένεια, υπολογίζεται στο ποσοστό 1%. Η συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας ποικίλει, διότι περιλαμβάνει σχεδόν ολόκληρη την ψυχιατρική συμπτωματολογία. Στην ακμή της νόσου τα συμπτώματα που εκδηλώνονται είναι ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, ασυναρτησίες, διαταραχή του προσανατολισμού και μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο (Priebe S. et al, 2013). Η συχνότητα εμφάνισης και στα δύο φύλα είναι η ίδια, όμως από μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί φαίνεται ότι στους άντρες η εκδήλωση συμπτώματος σχιζοφρένειας ξεκινάει σε μικρότερη ηλικία. Ένα παιδί έχει 12% πιθανότητες να νοσήσει εάν πάσχει ο ένας από τους δύο γονείς, ενώ αν και οι δυο γονείς πάσχουν τότε το ποσοστό εμφάνισης ανέρχεται στο 40%. Σημαντικό να αναφερθεί είναι το γεγονός, ότι στην αρχή της εκδήλωσης των ψυχικών διαταραχών, δεν εμφανίζεται όλοι η κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας. Στις περιπτώσεις αυτές η νόσος εισβάλλει βραδέως, γι' αυτό η εκτίμηση της πρέπει να είναι προσεχτική ώστε να μην γίνει λάθος διάγνωση. Υπολογίζεται ότι το 30% των σχιζοφρενών που νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρική κλινική, η διάγνωση στο ιστορικό τους ήταν η κατάθλιψη (Ruddy R. & Brown K., 2007). Τα βασικά κριτήρια για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι η εμφάνιση διαταραχών αντίληψης (ψευδαισθήσεις), διαταραχές του λόγου (ιδεόρροια, παραλήρημα), έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, συναισθηματική αβουλία και απάθεια. Η διάγνωση της νόσου απαιτεί παραμονή των συμπτωμάτων για διάστημα μεγαλύτερο του ενός μήνα. Η σχιζοφρένεια περιλαμβάνει κάποιους τύπους, όπως ο παρανοειδής (έντονες παραληρηματικές ιδέες μεγαλείου, ερωτομανίες, ζηλοτυπίες), ο κατατονικός (διαταραχή ψυχοκινητικότητας, κατατονία), ο αποδιοργανωτικός (ακατάπαυστη ομιλία, ιδεοφυγή και ιδεόρροια, αδιαφορία προσωπικής υγιεινής, σπάνια ψευδαισθήσεις) και ο ηβηφρενικός που εμφανίζεται στην εφηβεία, αναίτια γέλια, ρηκό και απρόσφορο συναίσθημα, παραληρηματικές ιδέες ερωτομανιακού περιεχομένου, ενασχόληση με την σεξουαλικότητα χωρίς φραγμούς, παραμέληση προσωπικής υγιεινής (Παπανικολάου Π., 2009).

Περιγεννητική κατάθλιψη

Είναι η κατάθλιψη που εμφανίζεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Παρ' όλο που η εγκυμοσύνη είναι ένα ευχάριστο γεγονός, πολλές αντί να νιώθουν υγιείς και αισιόδοξες, αντίθετα τους καταβάλλει η θλίψη, το άγχος και ο φόβος. Το 15% των γυναικών θα παρουσιάσουν κατάθλιψη κατά τη διάρκεια την εγκυμοσύνης. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται στις γυναίκες που έχουν εμφανίσει κατάθλιψη στο παρελθόν [International Federation of Gynecology and Obstetrics, (FIGO), October 2018]. Άλλοι παράγοντες κινδύνου που πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι η μοναχική ζωή, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, οι συζυγικές συγκρούσεις, η νεαρή ηλικία καθώς και η περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη (Lowdermilk D. et al, 2010)

Επιλόχειος κατάθλιψη

Λίγες μέρες μετά την γέννηση, οι περισσότερες από τις μισές μητέρες νιώθουν μελαγχολία, θυμό, νευρικότητα και άγχος (Κωστοπούλου Μ., 2014). Φυσιολογικά αυτά τα συμπτώματα υποχωρούν μετά την πρώτη εβδομάδα, αν όμως δεν υποχωρήσουν και επιμείνουν για μεγαλύτερο διάστημα, τότε αυτή η συναισθηματική διαταραχή ονομάζεται μεταγεννητική ή επιλόχειος κατάθλιψη και επηρεάζει το 25% των γυναικών (Beydoun H. et al, 2012). Αυτό το είδος κατάθλιψης συνήθως οφείλεται σε μια μετάλλαξη ή ανεπάρκεια των γεννητικών ορμονών που επηρεάζει την εγκεφαλική δραστηριότητα στις περιοχές που ρυθμίζουν την σκέψη (Ρούσος Δ.Σ., 2016).

Κατάθλιψη Αναπαραγωγικής ηλικίας

Πριν από την εφηβεία τα κορίτσια και τα αγόρια έχουν τον ίδιο ρυθμό εμφάνισης κατάθλιψης, όμως αυτό αλλάζει κατά την διάρκεια της εφηβείας διότι αρχίζουν να γίνονται εμφανείς κάποιες αλλαγές. Επειδή αυτό το χάσμα μεταξύ των δύο φύλων αρχίζει μετά την εφηβεία και υποχωρεί μετά την εμμηνόπαυση, οι επιστήμονες πιστεύουν ότι παίζουν ρόλο ορισμένοι ορμονικοί παράγοντες [National Institute for Health and Care Excellence (NICE), April 2018]. Τα ποσοστά εμφάνισης κατάθλιψης στα κορίτσια μεταξύ 11 έως 13 ετών αυξάνονται δραματικά, ενώ μέχρι την ηλικία των 15 ετών τα κορίτσια έχουν διπλάσιες πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη. Οι μεταβολές στη διάθεση των γυναικών επηρεάζονται από την παραγωγή γεννητικών ορμονών

κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας, του έμμηνου κύκλου, της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της εμμηνόπαυσης. Οι ορμονικές αυτές αλλαγές σε συνδυασμό με άλλους ιατρικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της γυναικείας κατάθλιψης (Κωστοπούλου Μ., 2014).

Κατάθλιψη στην εμμηνόπαυση

Τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης ξεκινούν πριν το τέλος την εμμηνόρροιας και μπορεί να διαρκέσουν ακόμη και ένα χρόνο μετά. Στην μεταβατική αυτή περίοδο, υπάρχουν διακυμάνσεις των ορμονικών επιπέδων με αποτέλεσμα να παρατηρούνται αλλαγές τόσο στο σώμα της γυναίκας, όσο και στα συναισθήματα. Έτσι εμφανίζει κυρίως εξάψεις, μεταπτώσεις της διάθεσης και δυσκολίες στον ύπνο. Η εμμηνόπαυση και η περίοδος πριν από αυτή και προκαλούν κατάθλιψη, όμως σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες υγείας και συνθηκών ζωής, έχουν αυξημένο ποσοστό να εμφανίσουν κατάθλιψη, ειδικά όταν αυξομειώνονται τα επίπεδα των ορμονών (Κωστοπούλου Μ., 2014).

Κατάθλιψη των ηλικιωμένων

Η κατάθλιψη στα ηλικιωμένα άτομα σχετίζεται κυρίως με αυξημένο κίνδυνο πρόωρου θανάτου. Αυτό συνήθως παρατηρείται σε άτομα με καρδιοπάθειες ή αρρυθμίες. Άλλες αλλαγές που σχετίζονται με την εμφάνισή της σε αυτές τις ηλικίες είναι η απώλεια ενδιαφέροντος σε δραστηριότητες, η αυξημένη χρήση αλκοόλ, η κοινωνική απομόνωση και το αυξημένο άγχος. Η αξιολόγηση της κατάθλιψης σε αυτή την ηλικιακή ομάδα πρέπει να γίνεται προσεκτικά, διότι όσο αυξάνονται τα χρόνια, τόσο πιο δύσκολα εντοπίζεται. Η κατάθλιψη που δεν εντοπίζεται και δεν θεραπεύεται έχει σοβαρές συνέπειες στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (Δασκαλόπουλος Θ., 2018).

1.3. Ψυχικές διαταραχές

Άγχος

Για να περιγράψει κάποιος το άγχος, πρέπει να γίνει μία αναφορά στην Αρχαία Ελληνική

γλώσσα όπου υπήρχε το ρήμα “άγχω” δηλαδή να πιέσω δυνατά το λαιμό, πνίγω, στραγγαλίζω και το ρήμα “άγχομαι” δηλαδή πνίγομαι, αυτοκτονώ με αγχόνη. Το άγχος αποτελεί δηλαδή μια συναισθηματική κατάσταση αυξημένης ανησυχίας και προσμονής. Παρά την αρνητική του σημασία, στις μέρες μας το άγχος αποτελεί αμυντικό μηχανισμό του ανθρώπινου ψυχισμού, ο οποίος βοηθά ώστε να ξεπεραστούν οι δυσκολίες της ζωής [Anxiety And Depression Association of America(ADAA), 2018]. Αυτό επιτυγχάνεται με την κινητοποίηση των ψυχικών και βιολογικών δεξιοτήτων του ατόμου. Η κινητικότητα αυτή επιτυγχάνεται με την έκκριση κατεχολαμινών (αδρεναλίνης, νοραδρεναλίνης) από τους ενδοκρινείς αδένες, με αποτέλεσμα το άγχος να βοηθάει στην ψυχική και σωματική επιβίωση του ατόμου. Υπάρχουν όμως δύο περιπτώσεις, όπου το άγχος είτε υπερβαίνει τα όρια της ευνοϊκής λειτουργίας, είτε εμφανίζεται χωρίς να υπάρχει κανένας λόγος απειλής του ατόμου. Σε αυτές τις περιπτώσεις το άγχος χαρακτηρίζεται ελεύθερο ή διάχυτο, το οποίο συναντάται σχεδόν σε όλες τις ψυχικές διαταραχές (Παπανικολάου Π., 2009).

Φόβος

Αποτελεί μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση αυξημένης εγρήγορσης, που συνοδεύεται με την προσμονή επικείμενων κακών. Όταν ο φόβος συνοδεύεται με συγκεκριμένα ενδεχόμενα, είτε είναι υπαρκτά, είτε εξωπραγματικά, τότε αυτό ονομάζεται φοβία. Στις περιπτώσεις που το άτομο εκλύεται σε κάποια από τις φοβίες του, τότε αρχίζει να νιώθει έντονο άγχος και τρόμο, που ορισμένες φορές μπορεί να οδηγήσει σε κρίση πανικού. Οι συχνότερες φοβίες που συναντώνται είναι η αγοραφοβία, η κλειστοφοβία, η υψοφοβία, η ζωοφοβία, η κοινωνική και η ιατρική φοβία (σύνδρομο άσπρης μπλούζας) (Παπανικολάου Π., 2009).

Πανικός

Στην Αρχαία Ελληνική γλώσσα, η φράση πανικός φόβος ή μόνο πανικός, δηλώνει τον παράλογο και αδικαιολόγητο φόβο, που προέρχεται από το θεό Πάνα (ο οποίος ήταν το θορυβοποιό στοιχείο της νύχτας στα βουνά και τις κοιλάδες). Με τις φασαρίες και τα πειράγματά του, τρώμαζε τους ανυποψίαστους περαστικούς (Παπανικολάου Π., 2009). Ο πανικός αποτελεί μια κατάσταση, στην οποία ο φόβος εμφανίζεται κατά επεισόδια με χαρακτηριστικά μεγάλης έντασης και συνοδεύεται από έντονη διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Κρίση Πανικού

Μια κρίση πανικού, είναι ένα ξαφνικό κύμα συντριπτικού φόβου, που έρχεται χωρίς προειδοποίηση και χωρίς οποιοδήποτε προφανή λόγο. Είναι εντονότερο από το απλό και κοινό συναίσθημα του άγχους που οι περισσότεροι άνθρωποι περιγράφουν συμπτώματα μιας κρίσης πανικού μπορεί να περιλαμβάνουν: ταχυκαρδία, δυσκολία στην αναπνοή (σαν να μη μπορεί να πάρει ανάσα) ή αίσθημα ασφυξίας, ζάλη, ίλιγγος, αίσθημα αστάθειας, λιποθυμίας ή ναυτίας, φόβος στα όρια του τρόμου που σχεδόν παραλύει, πνίξιμο η κόμπος στο λαιμό, πόνος στο στήθος, τρόμος των άκρων, τινάγματα, σπασμούς, έντονος ιδρώτας, εξάψεις ή ρίγος, μούδιασμα και μυρμηγκιάσματα σε όλο το σώμα και αίσθημα τσιμπήματος στα δάκτυλα, καθώς και φόβος του πάσχοντα ότι θα τρελαθεί ή θα πεθάνει. Η συχνότερη φοβία που οι άνθρωποι με την διαταραχή πανικού αναπτύσσουν δεν προέρχονται από τους φόβους πραγματικών αντικειμένων ή των γεγονότων, αλλά κυρίως από το φόβο για μια ακόμα κρίση (Μάνος Ν., 2008).

Θλίψη

Η θλίψη είναι μια φυσιολογική δυσάρεστη συγκινησιακή κατάσταση, που προκαλείται από κάποιο δυσάρεστο γεγονός που συνέβη στην ζωή του ατόμου. Αποτελεί μια διαταραχή που σχετίζεται με την πτώση του συναισθηματικού επιπέδου (Παπανικολάου Π., 2009).

Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (ΓΑΔ), όπως ορίζεται στο Διαγνωστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV), είναι το κυρίως αγχώδες σύνδρομο, το οποίο μοιάζει περισσότερο με την κατάσταση της αγχώδους νεύρωσης που αναφέρθηκε πρώτη φορά από τον Freud το 1884 και να αναγνωρίστηκε από το DSM-II Κατά τη διάρκεια της διαταραχής ο ασθενής βιώνει για μεγάλα χρονικά διαστήματα έντονου άγχους για τουλάχιστον 6 μήνες, δυσκολία στη συγκέντρωση, εσωτερική ανησυχία, ένταση, ευερεθιστότητα, εύκολη κόπωση, μυϊκή αδυναμία και διαταραχή του ύπνου. Όλα αυτά τα συμπτώματα προκαλούν στον ασθενή έντονη δυσφορία που δεν μπορεί να ελέγξει, χωρίς βέβαια να οφείλονται σε καμία άλλη ψυχική διαταραχή ή να συνοδεύονται από καταθλιπτικά συναισθήματα. Η διαταραχή είναι δυο φορές πιο συχνή στις γυναίκες, σε σχέση με τους άντρες,

καθώς και η δεύτερη πιο συχνή ψυχική διαταραχή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επίσης προσβάλλει πιο συχνά την ηλικιακή ομάδα μεταξύ 35 με 49 ετών (Montgomery S. & Baldwin D., 2007).

Αγχώδης διαταραχή μετά από τραυματικό γεγονός (Post Traumatic Stress Disorder- P.T.S.D).

Είναι μια διαταραχή η οποία συμβαίνει μετά από κάποιο σοβαρό συμβάν, όπως ατύχημα, παρουσία του ατόμου σε σκηνές βίας, θύμα κακοποίησης ή βιασμού κ.α. Χαρακτηρίζεται από επανάληψη βιωμάτων, από σκηνές τραυματικού γεγονότος, οι οποίες κατακλύζουν τις σκέψεις του ασθενή. Αυτές οι επαναλήψεις μπορεί να συμβαίνουν αυτόματα όπως κατά την διάρκεια του ύπνου ή με αφορμή κάποιου ασήμαντου γεγονότος, που υπενθυμίζει τα αρχικά γεγονότα (Παπανικολάου Π., 2009).

Κυκλοθυμική Διαταραχή

Οι ασθενείς με κυκλοθυμία παρουσιάζουν μία κατάσταση ασταθούς διάθεσης που διαρκεί ημέρες, εβδομάδες ή μήνες, κατά την οποία εναλλάσσονται η κατάθλιψη, η ευερεθιστότητα, η χαρά και η σχετικά φυσιολογική διάθεση. Οι αλλαγές στη διάθεση γίνονται κάθε λίγες μέρες, με κύκλους που συνεχίζουν για τουλάχιστον δύο χρόνια. Πολλοί ασθενείς παραπονιούνται για ασαφή σωματικά ενοχλήματα, για εποχιακή διακύμανση της διάθεσης (π.χ. κατάθλιψη το χειμώνα) και για απρόβλεπτες μεταβολές της ενεργητικότητάς τους. Στο ένα τρίτο τουλάχιστον των περιπτώσεων, πριν από την έναρξη της διπολικής διαταραχής I ή II προηγείται κυκλοθυμία, η οποία συνήθως ξεκινά στη εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής. Το 40%-50% περίπου των ασθενών με διπολική διαταραχή παρουσιάζουν ταυτόχρονα καταθλιπτικά και μανιακά συμπτώματα. Τα μανιακά συμπτώματα στις μικτές καταστάσεις είναι συνήθως δυσφορικά και παίρνοντας τη μορφή της ευερεθιστότητας, του άγχους ή της δυσφορικής υπερδιέγερσης, αλλά όχι της υπερθυμίας (Πολυζόπουλος Ε., 2018).

1.4. Συναισθηματικές Διαταραχές

Νευρικός Κλονισμός

Ο όρος νευρικός κλονισμός περιγράφει ένα άτομο το οποίο περνά μια σοβαρή μορφή ψυχικής ασθένειας. Τα συμπτώματα εμφανίζονται ξαφνικά και είναι πολύ έντονα, εμφανή, τα οποία καθιστούν το άτομο ανίκανο να λειτουργήσει φυσιολογικά, σε σημείο που μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία. Όταν ένα άτομο περνά νευρικό κλονισμό, βιώνει ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης ή μανίας, με συμπτώματα ψευδαισθήσεων (Μενεδιάτου Α., 2010).

Πένθος

Μετά το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου εκδηλώνονται κάποιες συναισθηματικές, ψυχικές και σωματικές αντιδράσεις. Για περισσότερους ανθρώπους το πένθος είναι ένα φυσιολογικό μέρος της ζωής και όχι ψυχική διαταραχή. Όμως κάποια άτομα που πενθούν εμφανίζουν συμπτώματα ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, με συμπτώματα όπως λύπη, θυμό, αίσθημα ενοχής ή αϋπνία. Σε αυτή την περίπτωση είναι δύσκολο να διευκρινιστεί αν το άτομο βιώνει πένθος ή κατάθλιψη. Επίσης ένα άτομο όταν πενθεί μπορεί να θεωρήσει την καταθλιπτική του διάθεση φυσιολογική, ενώ για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων χρειάζεται βοήθεια ειδικού. Υπάρχουν πέντε φυσιολογικά στάδια που περνάει κάποιος κατά την διάρκεια του πένθους, τα οποία δεν εμφανίζονται πάντα διαδοχικά. Τα στάδια αυτά είναι η άρνηση, ο θυμός, η διαπραγμάτευση, η κατάθλιψη και η αποδοχή. Όταν το πένθος εκτείνεται τόσο, ώστε το άτομο να μη μπορεί να ανταπεξέλθει σε καθημερινές δραστηριότητες και παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα σε αυτή την κατάσταση, χωρίς βελτίωση, τότε χρειάζεται όμοια αντιμετώπιση με αυτή της κατάθλιψης. Αυτό το γεγονός συνήθως συμβαίνει όταν ο θάνατος ήταν ξαφνικός, απροσδόκητος ή βίαιος. Ορισμένα συμπτώματα όπως ενοχή, σκέψεις θανάτου, απαισιοδοξία, έντονη ψυχοκινητική επιβράδυνση, μειωμένη κινητικότητα, σε συνδυασμό με την διάρκεια τους πάνω από δύο μήνες μετά το πένθος, μπορεί να οδηγήσουν σε διάγνωση κατάθλιψης (Μενεδιάτου Α., 2010)

1.5. Αιτιολογία Διαταραχών της Διάθεσης

Οι διαταραχές της διάθεσης είναι βιοψυχοκοινωνικές διαταραχές, με συμμετοχή των τριών αυτών των τομέων στην αιτιολογία και στην έκβαση τους. Οι αιτιολογικοί παράγοντες μπορεί να γίνουν αντιληπτοί σε πολλά επίπεδα, από το ρόλο των κληρονομικών και κοινωνικών παραγόντων μέχρι τις μεταβολές στην έκφραση των γονιδίων και της κυτταρικής λειτουργίας. Ένα τεράστιο πλήθος πληροφοριών έχει συγκεντρωθεί σχετικά με τη φυσιολογία των διαταραχών της διάθεσης. Όταν ερμηνεύονται οι μελέτες για τους αιτιολογικούς παράγοντες των διαταραχών της διάθεσης, έχει σημασία να γίνει κατανοητό ότι είναι απίθανο να υπάρχει μία αιτία ακόμη και για την πιο αυστηρά καθορισμένη διαταραχή της διάθεσης.

1.5.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Κληρονομικότητα

Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι διαταραχές της διάθεσης έχουν οικογενειακή επιβάρυνση. Αυτοί οι παράγοντες αλληλοεπιδρούν με γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή και με περιβαλλοντικές επιδράσεις για να οδηγήσουν στη νόσο. Τα δεδομένα που υποστηρίζουν τις γενετικές επιδράσεις στις διαταραχές της διάθεσης υποδηλώνουν ότι αυτές οι διαταραχές είναι ολιγογονιδιακές (Μενεδιάτου Α., 2010).

Οικογενειακό Ιστορικό

Οι μελέτες δείχνουν ότι οι συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς, αδέρφια, παιδιά), ενός ατόμου με κατάθλιψη, έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, απ'ότι τα άτομα χωρίς οικογενειακό ιστορικό. Ωστόσο δεν είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να εμφανίσει κάποιος κατάθλιψη. Οι συγγενείς των ανθρώπων με διαταραχές της διάθεσης έχουν σταθερά τρεις με τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν διαταραχή της διάθεσης σε σχέση με τους συγγενείς των ατόμων της ομάδας ελέγχου. Εάν και οι δύο γονείς έχουν διαταραχή της διάθεσης ο κίνδυνος είναι δύο με τρεις φορές μεγαλύτερος. Εάν ο ένας γονέας έχει διπολική διαταραχή της διάθεσης, τότε ο κίνδυνος να αποκτήσει και το παιδί μονοπολική ή διπολική διαταραχή της διάθεσης είναι γύρω στο 28% (Πολυζόπουλος Ε., 2018). Επίσης, οι ασθενείς με διαταραχή της διάθεσης έχουν αυξημένη οικογενειακή συχνότητα κατάχρησης ουσιών και οι ασθενείς με κατάθλιψη ή άγχος

έχουν περισσότερους ασθενείς με κατάθλιψη, άγχος ή και τα δύο. Οι περισσότερες μελέτες υποδεικνύουν μεγαλύτερη οικογενειακή μεταβίβαση της διπολικής παρά της μονοπολικής διαταραχής. Επιπλέον, η ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων είναι μικρότερη στα άτομα με διπολική διαταραχή που έχουν ισχυρό οικογενειακό ιστορικό.

Μελέτες σε Δίδυμα

Μία άλλη προσέγγιση για την έρευνα της γενετικής συμμετοχής στις διαταραχές της διάθεσης είναι η μελέτη των διαφορών μεταξύ των μονοζυγωτών (όμοιοι) και των διζυγωτών (αδέρφια) διδύμων. Οι μονοζυγώτες δίδυμοι προέρχονται από το ίδιο ωάριο και έχουν τα ίδια γονίδια, ενώ οι διζυγώτες προέρχονται από διαφορετικά ωάρια και έχουν κοινό το 50% των γονιδίων, όπως και τα άλλα αδέλφια. Το μεγαλύτερο ποσοστό ομοιότητας μίας διαταραχής μεταξύ των μονοζυγωτών διδύμων σε σχέση με τους διζυγώτες δηλώνει τη γενετική επίδραση, επειδή ο ρόλος των ενδομήτριων και των περιβαλλοντικών επιδράσεων είναι ενδεχομένως παρόμοιος και στα δύο είδη διδύμων. Επειδή τα ποσοστά εμφάνισης των διαταραχών της διάθεσης σε μελέτες με δίδυμους είναι μικρότερα από 100%, φαίνεται ότι οποιοσδήποτε γενετικός παράγοντας και αν υπάρχει αλληλοεπιδρά με περιβαλλοντικές επιδράσεις για να αυξηθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης οξείας διαταραχής (Πολυζόπουλος Ε., 2018).

Βιογενείς Αμίνες

Οι βιολογικά ενεργές (βιογενείς) αμίνες, όπως η νορεπινεφρίνη, η 5-HT, η ντοπαμίνη και η ακετυλοχολίνη είναι νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου που παράγονται στο στέλεχος του εγκεφάλου. Επειδή αυτά τα συστήματα ρυθμίζουν τη βασική δραστηριότητα πολλαπλών νευρωνικών οδών, έχει διατυπωθεί η πρόταση ότι στις διαταραχές της διάθεσης εμφανίζεται ανώμαλη λειτουργία των βιογενών αμινών. Υποστηρίζει ότι οι μονοαμίνες, όπως η νορεπινεφρίνη και η 5-HT είναι ανεπαρκείς στην κατάθλιψη και ότι η θεραπευτική δράση των αντικαταθλιπτικών εξαρτάται από την αυξημένη συνοπτική διαθεσιμότητα αυτών των μονοαμινών. Η μονοαμινική υπόθεση βασίστηκε στην παρατήρηση ότι τα αντικαταθλιπτικά εμποδίζουν την αναστολή της επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης, της 5-HT και/ή της ντοπαμίνης (Πολυζόπουλος Ε., 2018).

Γενετικοί Παράγοντες

Οι γενετικοί παράγοντες είναι αιτία εμφάνισης πολλών ασθενειών. Τα γονίδια επηρεάζουν την ένταση και την εξέλιξη μιας ασθένειας. Η αύξηση του κινδύνου δεν προκύπτει μόνο από ένα ελαττωματικό γονίδιο αλλά από την αλληλεπίδραση πολλών γονιδίων μαζί. Σε μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, φάνηκε ότι τα υιοθετημένα παιδιά των οποίων οι βιολογικοί γονείς είχαν κατάθλιψη είναι πιο επιρρεπή στην ασθένεια, απ'ότι τα παιδιά χωρίς σχετικό οικογενειακό ιστορικό. Επίσης οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι που μοιράζονται τα ίδια γονίδια, έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη και οι δυο από ότι τα διζυγωτικά δίδυμα. Επιπλέον από τα μονοζυγωτικά δίδυμα, μόνο το 40% των περιπτώσεων έχει αποδειχθεί ότι και το άλλο θα παρουσιάσει κατάθλιψη (Hyman B. & Pedrick C., 2011)

1.5.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Με βάση τα βιολογικά δεδομένα, υπάρχει μικρή διαφωνία σχετικά με το εάν οι ειδικές ψυχολογικές προεκτάσεις των διαταραχών της διάθεσης υπάρχουν ή εάν είναι αιτιολογικές. Η απόδειξη ότι υπάρχει ένας συγκεκριμένος ψυχολογικός παράγοντας πρόκλησης θα απαιτούσε προοπτική παρακολούθηση ατόμων που έχουν αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη, για να διαπιστωθεί εάν εκείνοι με τον συγκεκριμένο παράγοντα είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν μία διαταραχή της διάθεσης. Το εύρημα ότι οι ασθενείς που έχουν ήδη παρουσιάσει ένα συναισθηματικό επεισόδιο μπορεί απλά να σημαίνει ότι αυτός ο παράγοντας είναι ένα υπολειμματικό σύμπτωμα του επεισοδίου αναφοράς και όχι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου. Ο ψυχολογικός παράγοντας θα μπορούσε να είναι δείκτης μίας μεταβολής της βιολογίας (Hyman B. & Pedrick C., 2011).

Θάνατος και άλλες απώλειες

Η απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου είναι ένα γεγονός της ζωής που έχει συνδεθεί με την κατάθλιψη. Η θλίψη όσο και η κατάθλιψη είναι αντιδράσεις στην απώλεια. Με βάση την εμπειρία από την ψυχανάλυση καταθλιπτικών ασθενών, ο Φρόυντ πίστευε ότι η θλίψη μετατρέπεται σε κατάθλιψη όταν το αίσθημα της στέρησης μεταβάλλεται σε αμφιθυμία για το πρόσωπο της απώλειας και δεν είναι ανεκτή η αρνητική πλευρά της αμφιθυμίας. Μία

ασυναίσθητη επίθεση έναντι της εσωτερικής άποψης για το χαμένο πρόσωπο που κλονίζει την αυτοεκτίμηση, εκδηλώνεται ως κατάθλιψη. Ο Φρόυντ πίστευε ότι η πρόωρες ανεπίλυτες απώλειες είναι πιο πιθανό να κάνουν τον ασθενή να μην μπορεί να αντιμετωπίσει τις απώλειες στην ενήλικη ζωή. Αργότερα, άλλοι ερευνητές σημείωσαν πως οτιδήποτε μπορεί να αντιπροσωπεύει ένα άτομο και την υπερεκτιμημένη ή αμφιθυμική άποψη που υπάρχει για αυτό-μία ομάδα, ένας ειδικός, μία αγαπημένη πεποίθηση ή μία άποψη, για παράδειγμα μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη (Παπανικολάου Π., 2009). Στην πλειοψηφία των μελετών που συγκρίνουν καταθλιπτικούς ασθενείς με υγιή άτομα ελέγχου, η απώλεια στην παιδική ηλικία (ιδίως η απώλεια ενός γονέα) έχει θετική συσχέτιση με την κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή. Επιπλέον, η κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να εκδηλωθεί μετά από απώλεια, χωρισμό ή απογοήτευση. Η κατάθλιψη από χωρισμό μπορεί να προληφθεί ή να αναστραφεί με τη χρήση αντικαταθλιπτικών. Ο χωρισμός από τη μητέρα στη βρεφική ηλικία αυξάνει επίσης τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης. Όπως και σε άλλες ψυχοδυναμικές θεωρίες, η καταθλιπτική διάθεση και η αλλαγές της βιολογίας θεωρείται ότι είναι απάντηση στην απώλεια ή στο φόβο της απώλειας. Ορισμένοι άνθρωποι βλέπουν την στιγμή την συνταξιοδότησης ως μια θετική αλλαγή στην ζωή τους, όμως για μερικούς δεν ισχύει το ίδιο, γι'αυτό θεωρούν αυτή την περίοδο απώλεια, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη (Πολυζόπουλος Ε., 2018)

Προβλήματα στις σχέσεις

Τα προβλήματα σε κάποια σχέση η στο γάμο μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα ο χωρισμός ή ένα διαζύγιο αυξάνουν κατά πολύ τις πιθανότητες εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης. Στις διαπροσωπικές σχέσεις τονίζονται τέσσερα βασικά διαπροσωπικά θέματα: η σταθερή θλίψη, οι διαφωνίες μεταξύ συντρόφων και μελών της οικογένειας σχετικά με το ρόλο και τις ευθύνες των σχέσεων, μετάβαση σε νέους ρόλους, όπως ο ρόλος του γονέα ή του συνταξιούχου και τα ελλείμματα κοινωνικών ικανοτήτων που είναι απαραίτητες για τη διατήρηση μίας σχέσης (Πολυζόπουλος Ε., 2018)

Προηγούμενες Εμπειρίες

Τα άτομα που κατά το παρελθόν έχουν βιώσει κάποια τραυματική εμπειρία, παρ' όλο που μπορεί να την έχουν ξεπεράσει, έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη. Τέτοιες

καταστάσεις μπορεί να είναι πόλεμος ή μάρτυρας ενός εγκλήματος, παιδική κακοποίηση, ενδοοικογενειακή βία. Οι επιστήμονες έχουν επιχειρήσει να εξηγήσουν την σύνδεση μεταξύ του τραύματος του παρελθόντος και της κατάθλιψης. Έχει σχέση με τον τρόπο που αντιδρά το σώμα στον κίνδυνο και το στρες. Όταν το σώμα αντιμετωπίζει ένα κίνδυνο είτε αυτός είναι φανταστικός, είτε πραγματικός, προσπαθεί να ανταπεξέλθει για να ξεφύγει από τον κίνδυνο. Αυτή η αντίδραση οφείλεται στην έκκριση ορμονών, οι οποίες με την σειρά τους επηρεάζουν την λειτουργία του εγκεφάλου. Το υπερβολικό στρες μπορεί να προκαλέσει μακροχρόνιες σωματικές και ψυχικές συνέπειες.

Τα προβλήματα που παρουσιάζονται στο οικογενειακό περιβάλλον ενός παιδιού μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη. Αυτά τα προβλήματα είναι η ενδοοικογενειακή βία, οι τσακωμοί ανάμεσα στους γονείς, η κακοποίηση, η ασθένεια ενός γονέα και η απώλεια ενός γονέα λόγω διαζυγίου ή θανάτου. Οι γυναίκες που κακοποιήθηκαν ως παιδιά, έχουν τετραπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή τους. Υπολογίζεται ότι το 6-15% των γυναικών έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση κατά τη παιδική τους ηλικία. Στα αγόρια η παιδική σεξουαλική κακοποίηση συμβαίνει σπανιότερα, αλλά είναι εξίσου μια τραυματική εμπειρία που κατά την ενηλικίωση μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη.

Ένας επιπλέον σημαντικός παράγοντας για την εμφάνιση την κατάθλιψης είναι το μετατραυματικό στρες. Τα άτομα που βιώνουν αυτού το είδους στρες αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον ύπνο, έχουν ξαφνικές συναισθηματικές εκρήξεις, αισθάνονται δυσαρέσκεια για τα πάντα, έχουν υπερβολικά ανταντακλαστικά φόβου, προβλήματα μνήμης και συγκέντρωσης. Επίσης, έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν και άλλες ψυχικές ασθένειες. Συνήθως το μετατραυματικό στρες και η κατάθλιψη προκαλούνται συγχρόνως

Ιατρικές Παθήσεις και Φάρμακα

Οι ασθένειες και οι παθήσεις που προκαλούν συμπτώματα κατάθλιψης είναι πολλές. Μπορεί να είναι είτε άμεσες όπως οι ορμονικές παθήσεις, είτε έμμεσες όπως η αρθρίτιδα που προκαλεί πόνο και μειώνει την διάθεση. Ο θυρεοειδής είναι ένας αδένας που παράγει και απελευθερώνει ορμόνες που βοηθούν στην ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος, του καρδιακού ρυθμού και του μεταβολισμού. Στον υποθυρεοειδισμό απελευθερώνεται μικρότερη ποσότητα ορμονών και ο

μεταβολισμός επιβραδύνεται. Αυτό μπορεί να προκαλέσει στον ασθενή συμπτώματα κατάθλιψης. Διαταραχές των παραθυρεοειδών αδένων και των επινεφριδίων είναι επίσης υπεύθυνες για την κατάθλιψη. Άλλες ασθένειες που προκαλούν κατάθλιψη είναι οι εξής: καρδιοπάθειες, εγκεφαλικό, καρκίνος, νόσος Αλτσχάιμερ και Πάρκινσον, αποφρακτική άπνοια ύπνου, χρόνιοι πόνοι, νεφρική ανεπάρκεια, ρευματοειδής αρθρίτιδα, AIDS, όγκοι στον εγκέφαλο ή τραυματισμοί, πνευμονικές ασθένειες, διαβήτης, σκλήρυνση κατά πλάκας, επιληψία και ανεπάρκεια βιταμινών. Η μακροχρόνια χρήση ορισμένων φαρμάκων, καθώς και η απότομη διακοπή τους ειδικά των κορτικοστεροειδών, μπορεί να οδηγήσει και κατάθλιψη. Αυτά τα φάρμακα είναι τα εξής: κορτικοστεροειδή, βρογχοδιασταλτικά, διεγερτικά, ιντερφερόνη, υπνωτικά (π.χ διαζεπάμη, χλωροδιαζεποξείδιο), αντισυλληπτικά, ισοτρετινοΐνη (ακμή), προπρανολόνη (υπέρταση) και ταμοξιφένη (φάρμακο κατά του καρκίνου) (Goldberg J., 2018).

Έλλειψη αυτοεκτίμησης και έκφρασης

Οι ασθενείς που έχουν τάση κατάθλιψης είναι υπέρμετρα φιλόδοξα, τυπικά άτομα με μη ρεαλιστικές ιδέες υψηλού εγώ. Η κατάθλιψη αντιπροσωπεύει την απώλεια αυτοεκτίμησης και της ζωντάνιας, που προκύπτει από την αποτυχία να φτάσει σε υψηλά εσωτερικά πρότυπα που είναι σημαντικά για την άποψη που έχει ο ασθενής για τον εαυτό του. Αυτή η θεωρία τονίζει τον κεντρικό ρόλο του ατόμου ως δύναμη οργάνωσης και καθοδήγησης όλων των πνευματικών λειτουργιών. Χωρίς συνοχή, οι πνευματικές δραστηριότητες είναι αποσπασματικές και αναποτελεσματικές. Χωρίς αίσθηση ζωτικότητας, υπάρχει ανεπαρκής φυσική τροφοδοσία της αισιοδοξίας και η χρήσιμη δέσμευση με προκλήσεις. Σε αυτό το πλαίσιο, η κατάθλιψη οργανώνεται γύρω από μία αίσθηση προσωπικής υποτίμησης. Η προ νοσηρή προσωπικότητα των καταθλιπτικών ασθενών είναι τελειοθηρική, συμπεριλαμβανομένων των υψηλών απαιτήσεων που έχουν από τον εαυτό τους και από τους άλλους. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι ένα σύμπτωμα της κατάθλιψης, αλλά δεν έχει προς το παρόν αποδειχθεί ότι είναι μία αιτία της. Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς δυσκολεύονται να εκφράσουν ανοικτά το θυμό τους, είτε γιατί δεν έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους είτε γιατί φοβούνται την εγκατάλειψη από το αγαπημένο πρόσωπο από το οποίο εξαρτώνται έντονα. Ωστόσο, φαίνεται απίθανη η άμεση μετατροπή του θυμού σε κατάθλιψη σε τέτοια άτομα, διότι πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς είναι εμφανώς ευερέθιστοι. Μία πιο πιθανή εξήγηση είναι ότι η εξάρτηση, η ευαισθησία στην απώλεια και η

έλλειψη θετικότητας οδηγεί τους καταθλιπτικούς ανθρώπους να κρύβουν το θυμό τους ή ακόμη τη διαφωνία τους με την άποψη των άλλων, μέχρι αυτός ο θυμός να τους κατακλύσει και τότε εισβάλλει στις καθημερινές αλληλεπιδράσεις. Αυτό το πρόβλημα μπορεί να συνδέεται με την αύξηση της έντασης όλων των συναισθηματικών εμπειριών στην κατάθλιψη (Hyman B. & Pedrick C., 2011).

Γνωσιακή Θεωρία

Η γνωσιακή θεωρία ή αλλιώς λογική συγκινησιακή θεραπεία, υποστηρίζει ότι η αρνητική σκέψη είναι μάλλον η αιτία και όχι το αποτέλεσμα της κατάθλιψης (Μαδιανός Μ. & Οικονόμου Μ., 2014). Σύμφωνα με τη γνωσιακή θεωρία, οι πρώιμες εμπειρίες οδηγούν στην ανάπτυξη συνολικά αρνητικών υποθέσεων που ονομάζονται σχήματα. Τα καταθλιπτικά σχήματα περιλαμβάνουν υποθέσεις, όπως:

1. Εάν δεν είμαι τέλειος, τότε είμαι αποτυχημένος
2. Εάν κάτι δεν γίνεται τελείως σωστά, τότε είναι άχρηστο
3. Εάν δεν βρίσκομαι σε πλήρη έλεγχο, τότε είμαι ανίσχυρος
4. Εάν κάποιος δεν με αγαπά συνεχώς, τότε κανείς δεν με αγαπά
5. Εάν δεν είμαι τελείως ευτυχισμένος, τότε είμαι πλήρως δυστυχισμένος
6. Εάν εξαρτώμαι από οποιονδήποτε για οτιδήποτε, τότε είμαι πλήρως εξαρτημένος

Πολλές ενδείξεις υπέρ της γνωσιακής θεωρίας της κατάθλιψης προέρχονται από την απόδειξη ότι η ψυχοθεραπεία που βασίζεται σε γνωσιακή θεωρία (δηλ. γνωσιακή θεραπεία) είναι αποτελεσματική στη μείζονα κατάθλιψη. Ωστόσο, η γνωσιακή θεραπεία είναι αποτελεσματική ακόμη και όταν οι ασθενείς δεν εκφράζουν αρνητικές απόψεις και κάθε ψυχοθεραπεία ή κάθε αντικαταθλιπτικό μπορεί να αναστρέψει την κατάθλιψη είτε εκφράζεται αρνητική σκέψη είτε όχι. Επιπλέον, η σκέψη όλα ή τίποτα είναι χαρακτηριστική σε πολλές άλλες καταστάσεις (π.χ. στις διαταραχές της προσωπικότητας), εκτός της κατάθλιψης (Πολυζόπουλος Ε., 2018).

1.6. Θεραπείες Κατάθλιψης

Η κατάθλιψη μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη συμβατική ιατρική, συμπεριλαμβανομένων των αντικαταθλιπτικών και ορισμένων τύπων ψυχοθεραπείας. Εκτός από τη συμβατική θεραπεία πολλοί άνθρωποι έχουν στραφεί προς τις συμπληρωματικές θεραπείες για την υγεία. Η συμπληρωματικές θεραπείες έχουν οφέλη αλλά κινδύνους γι'αυτό πρέπει να ληφθούν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με την υγεία.

1.6.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Στις βιολογικές θεραπείες περιλαμβάνονται τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Οι κύριες φαρμακολογικές κατηγορίες που χρησιμοποιούνται είναι: μεικτοί αναστολείς όπως 5HT2 και 5HT3, σεροτονίνη και νορεπινεφρίνη, αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης με κύριους αντιπροσώπους, τρικυκλικά, τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά, καθώς και αναστολείς μονοαμινοξειδάσης. Άλλα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ως θεραπεία της κατάθλιψης είναι τα ακόλουθα :

1. Αντιεπιληπτικά: Χρησιμοποιούνται ως σταθεροποιητικά της διάθεσης στην διπολική διαταραχή και ως συμπληρωματική θεραπεία στην μείζονα κατάθλιψη και στο μανιακό επεισόδιο.
2. Αντιψυχωτικά φάρμακα: Χρησιμοποιούνται στις διπολικές διαταραχές και συγκεκριμένα στην μανία και στην ψυχωτική κατάθλιψη.
3. Λίθιο: Από τα παλαιότερα φάρμακα για την αντιμετώπιση της μανίας και ως σταθεροποιητικό της διάθεσης.
4. Βενζοδιαζεπίνες: Αποτελεσματικές στην ύφεση των συμπτωμάτων της μανίας
5. Θυρεοειδική ορμόνη: Χρησιμοποιείται ως ενισχυτική αγωγή στα αντικαταθλιπτικά

Όταν χρησιμοποιούνται οι βιολογικές θεραπείες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κάποιες παρατηρήσεις. Έτσι, πριν από την εφαρμογή της οποιας θεραπείας είναι απαραίτητο να γίνεται πλήρης καταγραφή των συμπτωμάτων του ασθενούς και να βαθμολογούνται (π.χ με Hamilton, PANS) (Davidson J., 2010). Επίσης όλες οι θεραπείες πρέπει να εφαρμόζονται σε επαρκές

δασολογικό σχήμα. Επιπλέον το φάρμακο πριν από την αλλαγή(λόγω ασθενούς ανταπόκρισης), πρέπει να έχει δοκιμασθεί σε όλο το θεραπευτικό εύρος και για επαρκές χρονικό διάστημα. Παρ'όλο που ο συνδυασμός φαρμάκων ίδιας κατηγορίας είναι συνηθισμένη πρακτική, είναι καλύτερο να εφαρμόζεται μονοθεραπεία για να ελέγχεται καλύτερα η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών αγωγών. Οι βιολογικές θεραπείες πρέπει να εφαρμόζονται για επαρκές χρονικό διάστημα μετά την αποδρομή των συμπτωμάτων (Hyman B. & Pedrick C., 2011). Σε πρωτοεμφανιζόμενο επεισόδιο το χρονικό διάστημα χορήγησης της θεραπείας πρέπει να είναι τουλάχιστον δυο μήνες. Όσο περισσότερο υπάρχουν στο ιστορικό του ασθενούς τα συμπτώματα, τόσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα που πρέπει να εφαρμόζεται η φαρμακευτική αγωγή. Το πιο σημαντικό στην θεραπεία των συναισθηματικών διαταραχών δεν είναι μόνο η αντιμετώπιση του παρόντος επεισοδίου, αλλά η αποφυγή των υποτροπών. Για τον σκοπό αυτό είναι απαραίτητη η διατήρηση της φαρμακευτικής αγωγής για όσο χρόνο χρειάζεται και η ψυχοθεραπευτική υποστήριξη του ασθενούς με κατάλληλη ψυχοθεραπεία. Η τακτική παρακολούθηση του ασθενούς μετά την αποθεραπεία του διασφαλίζει την έγκαιρη αναγνώριση σημείων υποτροπής.

1.6.2.ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία είναι επίσης μια αποτελεσματική θεραπεία για την κατάθλιψη ,στην οποία αυτό που θεραπεύεται είναι η ψυχική ασθένεια που περιλαμβάνει συζήτηση, αντιμετώπιση των σκέψεων, συναισθημάτων και την αλλαγή της συμπεριφοράς (Goldberg J., 2018). Στην ψυχοθεραπεία περιλαμβάνονται πολλές μορφές όπως: διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, γνωσιακή θεραπεία, οικογενειακή και συμπεριφορική θεραπεία. Έχει αποδειχθεί ότι η γνωστική - συμπεριφορική θεραπεία (CBT), συμπεριλαμβανομένης μιας έκδοσης που ονομάζεται επίλυση προβλημάτων θεραπεία, μπορεί να είναι ένα ιδιαίτερα χρήσιμο είδος της ψυχοθεραπείας για τη θεραπεία των ηλικιωμένων ενηλίκων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Ωστόσο, αν η κατάθλιψη είναι σοβαρή ή αν συνυπάρχουν και άλλες σοβαρές ασθένειες συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα. (Μενεδιάτου Α., 2010). Όμως για τους παλαιότερους ενηλίκους, η ψυχοθεραπεία είναι εξίσου

πιθανό να είναι μια αποτελεσματική πρώτη θεραπεία για την κατάθλιψη όπως παίρνοντας ένα αντικαταθλιπτικό. Μερικοί παλαιότεροι ενήλικες προτιμούν να πάρουν τη συμβουλευτική ή την ψυχοθεραπεία για την κατάθλιψη παρά να προσθέσουν περισσότερα φάρμακα σε εκείνοι που παίρνουν ήδη για άλλους λόγους. Η διάρκεια της ψυχοθεραπείας μπορεί να είναι από μερικές συνεδρίες μέχρι αρκετούς μήνες. Αυτό εξαρτάται από τη σοβαρότητα της κατάθλιψης και από την μορφή της θεραπείας. Η μακροχρόνια θεραπεία ή αλλιώς ψυχοδυναμική θεραπεία μπορεί να διαρκέσει πάνω από 6 μήνες έως και πολλά χρόνια (Piet J. et al, 2011).

Γνωσιακή Θεραπεία

Τα αρνητικά συναισθήματα στην κατάθλιψη είναι αντίδραση στην αρνητική σκέψη, η οποία προκύπτει από την δυσλειτουργική συνολική αρνητική στάση. Σε αυτό βασίζεται η γνωσιακή θεωρία. Ο θεραπευτής και ο ασθενής πρέπει να εργαστούν μαζί έτσι ώστε να ξεχωρίσουν τις αρνητικές σκέψεις και να αναπτύξουν πιο ρεαλιστικές προϋποθέσεις. Η θεραπεία βασίζεται στη συστηματική παρακολούθηση των αρνητικών σκέψεων, την αναγνώριση της σχέσης μεταξύ της γνώσης, την παραγωγή δεδομένων που απορρίπτουν ή υποστηρίζουν την αρνητική σκέψη, την προδιάθεση στην εμφάνιση της αρνητικής σκέψης συνολικά. Ο ασθενής σε συνεργασία με τον θεραπευτή, μπορούν να κρατούν ένα ημερολόγιο στο οποίο θα καταγράφονται οι καταθλιπτικές αντιδράσεις και της αρνητικές σκέψεις την ώρα που συμβαίνουν, με σκοπό να βρεθούν και να αποκλειστούν. Στην πορεία της θεραπείας ο ασθενής μαθαίνει να αναγνωρίζει και να μειώνει τα λάθη πληροφόρησης-διαδικασίας, όπως η έντονη προσωποποίηση, η υπεργενίκευση και το σκεπτικό ότι όλα τα γεγονότα είναι αρνητικά. Όταν η γνωσιακή θεραπεία συνδυαστεί με κατάλληλη αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή, τότε η θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική, σε αντίθεση με το να χρησιμοποιηθούν ξεχωριστά και μεμονωμένα (Piet J. et al, 2011)

Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία (ΔΨΘ)

Η Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία έχει σχεδιαστεί για να βελτιώσει την κατάθλιψη, ενισχύοντας την ποιότητα του διαπροσωπικού κόσμου του ασθενούς. Όταν ξεκινά η θεραπεία πρέπει να γίνει μία εξήγηση της διάγνωσης και των θεραπευτικών απόψεων. Στο πρώτο βήμα πρέπει να εξυπηρετεί η κατάθλιψη είναι μία ιατρική νόσος. Η οξεία πορεία της θεραπείας επιτυγχάνεται σε διάστημα 12-16 εβδομάδων (Goldberg J.,2018). Επίσης, έχει δημιουργηθεί ένα πρωτόκολλο για

την διαπροσωπική ψυχοθεραπεία συντήρησης. Σημαντικό επίσης θεωρείται αν μέσω οργανωμένων εργασιών η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία βοηθήσει τον ασθενή να δουλέψει προς συγκεκριμένους στόχους που σχετίζονται με οποιοδήποτε από τα τέσσερα διαπροσωπικά προβλήματα (αμφισβήτηση των ρόλων, ανεπίλυτος θυμός, μεταφορά σε νέους ρόλους και ελλείμματα των κοινωνικών καθηκόντων). Μερικοί γιατροί πιστεύουν ότι η ΔΨΘ είναι κάτι παραπάνω από μία ειδική μορφή εκφραστικής (ψυχοδυναμικής) ψυχοθεραπείας, και ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο θεραπειών. Σε αντίθεση με την ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία ακολουθεί μία οργανωμένη προσέγγιση, που αναγράφεται σε εγχειρίδιο και περιλαμβάνει συγκεκριμένη δουλειά στο σπίτι. Εντοπίζεται κυρίως στο παρόν. Ιδιαίτερα σε νέους ασθενείς, η Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι πιο αποδεκτή από άλλες θεραπείες όπως η φαρμακοθεραπεία, η γνωσιακή ή η συμπεριφορική θεραπεία (Μενεδιάτου Α., 2010)

Οικογενειακή Θεραπεία

Η οικογένεια συμμετέχει με καθοριστικό ρόλο στην διαπροσωπική ψυχοθεραπεία. Η θεραπεία που εστιάζεται στην οικογένεια είναι μια ψυχο-εκπαιδευτική θεραπεία, που βοηθάει και στην επίλυση της διπολικής διαταραχής. Ο στόχος αυτής της θεραπείας είναι να μεταβληθούν οι αλληλεπιδράσεις μέσα στην οικογένεια, που παρεμποδίζουν τη συμμόρφωση και προάγουν τις συναισθηματικές υποτροπές. Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους, οι οποίοι ακολουθούν μια σειρά μέτρων, που εστιάζουν στην εκπαίδευσή τους, τόσο για τη διπολική διαταραχή, όσο και για τα συμπτώματα του ασθενούς, αναπτύσσουν ένα σχέδιο πρόληψης της εξάρσης, επίλυση των οικογενειακών προβλημάτων και ενίσχυση της επικοινωνίας των ασθενών με τους συγγενείς τους. Μία μελέτη απέδειξε ότι η οικογενειακή θεραπεία ως συμπληρωματική ανοικτή θεραπεία με σταθεροποιητές οδήγησε σε λιγότερες εξάρσεις και σε μεγαλύτερα διαστήματα μεταξύ των εξάρσεων (Πολυζόπουλος Ε., 2018). Στην καθημερινή πράξη, η συμμετοχή της οικογένειας είναι σημαντική για τους περισσότερους ασθενείς με διαταραχή της διάθεσης, παρ'όλο που γίνεται ειδική οικογενειακή θεραπεία.

Συμπεριφορική Θεραπεία

Οι θεραπείες της κατάθλιψης που προέρχονται από βασικές αρχές κλασικών καταστάσεων, της θεωρίας κοινωνικής εκμάθησης και της εκμάθησης αδυναμίας περιλαμβάνουν την προσέγγιση κοινωνικής εκμάθησης, τη θεραπεία αυτοελέγχου, την εκπαίδευση σε κοινωνικά καθήκοντα και τη θεραπεία επίλυσης οργανωμένων προβλημάτων. Οι συμπεριφορικές θεραπείες χρησιμοποιούν την εκπαίδευση, την καθοδήγηση, την εργασία στο σπίτι και την κοινωνική ενίσχυση των επιτυχών προσεγγίσεων της μη καταθλιπτικής συμπεριφοράς, σε ένα χρονικά περιορισμένο σχήμα, συνήθως διάρκειας 8-16 εβδομάδων. Οι καταθλιπτικές συμπεριφορές, όπως είναι η παθητικότητα και ο αρνητισμός επισημαίνονται, ενώ ανταμείβονται συμπεριφορές που δεν ταιριάζουν στην κατάθλιψη, όπως η δραστηριότητα, η ευχαρίστηση και η επίλυση προβλημάτων. Η ανταμοιβή μπορεί να είναι οτιδήποτε επιδιώκει ο ασθενής από προσοχή μέχρι επαίνους, να του επιτραπεί να αποσυρθεί ή να παραπονεθεί ή χρήματα. Αναθέτονται στον ασθενή μικρά καθήκοντα, τα οποία σταδιακά αποκτούν πιο απαιτητικές πλευρές εκμάθησης αδυναμίας. Η εκπαίδευση στα κοινωνικά καθήκοντα μαθαίνει τον ασθενή την αυτό-ενίσχυση, τη θετική συμπεριφορά και τη χρήση κοινωνικών ενισχύσεων, όπως η επαφή με τα μάτια και οι φιλοφρονήσεις (Πολυζόπουλος Ε., 2018).

Συμπληρωματικές Ψυχοθεραπείες

Εκτός από τις συνηθισμένες θεραπείες για την κατάθλιψη, υπάρχουν κάποιες ακόμη που μπορούν να λειτουργήσουν συμπληρωματικά, οι οποίες είναι η γιόγκα και τεχνικές χαλάρωσης, η άσκηση, η φωτοθεραπεία και ορισμένα διαιτητικά συμπληρώματα. Οι τεχνικές χαλάρωσης μπορούν να είναι χρήσιμες στη διαχείριση του άγχους που συνδέεται με τις ασθένειες ή τις ιατρικές διαδικασίες, την αϋπνία, τον πόνο εργασίας, τη χημειοθεραπεία-προκληθείσα ναυτία, και την κροταφογναθικής κοινή δυσλειτουργία. Επίσης η φωτοθεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική στην εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (Μενεδιάτου Α., 2010).

Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία

Κάποτε, η εκτεταμένη και συχνά ανοργάνωτη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία ήταν η κλασική ψυχοθεραπεία για την κατάθλιψη και μερικές αναφορές περιπτώσεων φαίνεται να δείχνουν ότι ήταν αποτελεσματική στην κατάθλιψη. Με την αύξηση της εμπειρίας, η χρήση έμμεσων

ψυχοδυναμικών προσεγγίσεων, ως θεραπεία για την κατάθλιψη (σε αντίθεση με την παθολογία του χαρακτήρα) βρίσκεται υπό αυξανόμενη αμφισβήτηση (Πολυζόπουλος Ε., 2018). Η ερώτηση παραμένει ανοικτή, διότι δεν έχουν γίνει μελέτες με ομάδα ελέγχου της παρατεταμένης ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας ή της ψυχανάλυσης στις διαταραχές της διάθεσης. Ωστόσο, φαίνεται απίθανο μία θεραπεία, η οποία μπορεί να διαρκέσει χρόνια να είναι καλύτερη από άλλες στην οξεία κατάθλιψη, η οποία συνήθως υφίσταται χωρίς θεραπεία σε λιγότερο χρόνο. Οι μελέτες της αποτελεσματικότητας της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας στην επίλυση αντιθέσεων και συμπεριφορών, που προδιαθέτουν σε υποτροπή θα είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχίας, αλλά είναι αδύνατο να βρεθούν πόροι για τόσο δαπανηρές μελέτες.

Οι σύντομες ψυχοθεραπείες έχουν εφαρμοστεί στις καταθλιπτικές διαταραχές, αλλά δεν έχουν μελετηθεί τόσο αυστηρά όσο οι γνωσιακή θεραπεία και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία. Η δυναμική ψυχοθεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην κατάθλιψη, ιδίως εάν η νόσος είναι χρόνια ή περιπλέκεται με παθολογικό χαρακτήρα (Goldberg J., 2018).

1.6.3. ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Υπάρχουν και κάποιες άλλες θεραπείες για την κατάθλιψη οι οποίες είναι οι εξής: η πνευμονογαστρική νευρική διέγερση (VNS), η επαναλαμβανόμενη διακρανιακή μαγνητική διέγερση (rTMS), η μαγνητική θεραπεία κατάσχεσης (MST), η βαθιά εγκεφαλική διέγερση (DBS) και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) (Goldberg J., 2018).

Η Πνευμονογαστρική νευρική διέγερση (VNS) λειτουργεί μέσα από μια συσκευή που εμφυτεύεται κάτω από το δέρμα οι οποία στέλνει ηλεκτρικούς παλμούς μέσω του αριστερού πνευμονογαστρικού νεύρου (Goldberg J., 2018). Τα πνευμονογαστρικά νεύρα φέρνουν τα μηνύματα από τον εγκέφαλο στα σημαντικότερα όργανα του σώματος (π.χ. καρδιά, πνεύμονες και έντερα) και στις περιοχές του εγκεφάλου που ελέγχουν τη διάθεση, τον ύπνο, και άλλες λειτουργίες (National Institute of Mental Health-NIMH, 2016).

Στην επαναλαμβανόμενη Διακρανιακή μαγνητική διέγερση (rTMS) χρησιμοποιείται ένα μαγνήτης για να ενεργοποιηθεί ο εγκέφαλος (Goldberg J., 2018). Η rTMS αναπτύχθηκε για πρώτη φορά το 1985 και έχει χρησιμοποιηθεί ως θεραπεία για την κατάθλιψη, την ψύχωση, το

άγχος, και άλλες ψυχικές διαταραχές. Σε αντίθεση με την ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT), στην οποία η ηλεκτρική διέγερση είναι πιο γενικευμένη, η rTMS μπορεί να στοχεύσει σε μια συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου. Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι η εστίαση σε ένα συγκεκριμένο σημείο στον εγκέφαλο, μειώνει την πιθανότητα για ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι παρενέργειες που μπορεί να προκύψουν κατά την διάρκεια της εκτέλεσης της rTMS είναι δυσφορία του ασθενή όταν τοποθετείται ο μαγνήτης, κνησμός στο τριχωτό της κεφαλής, στο σαγόνι ή στο πρόσωπο και ήπιος πονοκέφαλος ή ζαλάδα. Η διάρκεια μιας συνεδρίας με rTMS είναι από 30' έως 60' και δεν απαιτεί αναισθησία (NIMH, 2016).

Στην Μαγνητική θεραπεία κατάσχεσης (MST) χρησιμοποιείται μαγνητική ενέργεια όπως και στην rTMS για να ενισχύσει ένα συγκεκριμένο σημείο του εγκεφάλου (Goldberg J., 2018). Όμως ο ασθενής για την εκτέλεση της θεραπείας πρέπει να λάβει αναισθησία, διότι δεν επιτρέπεται η μετακίνηση του κατά την εκτέλεση της θεραπείας. Η MST έχει παρόμοια αποτελεσματικότητα με την ηλεκτροθεραπεία (ECT) αλλά με λιγότερες παρενέργειες (NIMH, 2016).

Η Βαθιά εγκεφαλική διέγερση (DBS) αναπτύχθηκε για πρώτη φορά ως θεραπεία για τη νόσο του Πάρκινσον για να μειώσει τον τρόμο, την δυσκαμψία, τα προβλήματα με το βάδισμα και τις ανεξέλεγκτες κινήσεις (Goldberg J., 2018). Στην DBS, ένα ζεύγος ηλεκτροδίων τοποθετείται στον εγκέφαλο του ασθενούς με χειρουργική επέμβαση. Χρησιμοποιείται τοπική αναισθησία διότι ο ασθενής πρέπει να είναι ξύπνιος κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. Η διέγερση είναι συνεχής και η συχνότητα και το επίπεδο της προσαρμόζονται στο κάθε άτομο. Η DBS έχει μελετηθεί ως θεραπεία για την κατάθλιψη ή ψυχαναγκαστική διαταραχή. Οι παρενέργειες που μπορεί να προκύψουν σχετίζονται με την διαδικασία της χειρουργικής επέμβασης. Έτσι μπορεί να δημιουργηθεί αιμορραγία ή εγκεφαλικό επεισόδιο, λοίμωξη, αποπροσανατολισμός, αλλαγές στην διάθεση, διαταραχές κινητικότητας, ζαλάδες και προβλήματα με το ύπνο (NIMH, 2016).

Η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική και ασφαλής θεραπεία στην σοβαρή κατάθλιψη, στην μανία (η θεραπευτική ανταπόκριση φτάνει στο 90% και 80% αντίστοιχα), στην διπολική διαταραχή ή τη σχιζοφρένεια, αλλά και σε άλλες μορφές ψυχικών διαταραχών που δεν έχουν καλή ανταπόκριση σε φαρμακευτική αγωγή (Goldberg J., 2018). Οι συνεδρίες που απαιτούνται κυμαίνονται από 10 έως 15. Στην ECT διεγείρεται ο εγκέφαλος με ηλεκτρική ενέργεια, όπου αυτό επιτυγχάνεται με τρεις τρόπους :

1. επεμβατικά, με εμφυτευμένα ηλεκτρόδια στον εγκέφαλο που στέλνουν απευθείας την ηλεκτρική ενέργεια
2. μη επεμβατικά, με ηλεκτρόδια που τοποθετούνται απευθείας στο τριχωτό της κεφαλής
3. με την χρήση μαγνητικών πεδίων που εφαρμόζονται στο κεφάλι του ασθενούς

Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με ECT είναι οι εξής: πονοκέφαλος, στομαχικές διαταραχές, μυϊκοί πόνοι, απώλεια μνήμης. Μερικοί άνθρωποι μπορεί να εμφανίσουν προβλήματα μνήμης, ιδιαίτερα των αναμνήσεων γύρω από το χρόνο της θεραπείας. Μερικές φορές τα προβλήματα μνήμης είναι πιο σοβαρά, αλλά συνήθως βελτιώνονται με το πέρασμα των ημερών και εβδομάδων (NIMH, 2016).

2. Μεταβολές του σώματος κατά την κύηση και τον τοκετό

2.1. Γεννητικό σύστημα: Μήτρα (μεταβολές στο μέγεθος, στο σχήμα και στη θέση):

Η φαινομενική μεγέθυνση της μήτρας κατά το πρώτο τρίμηνο προκαλείται από τα υψηλά επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης. Η αρχική μεγέθυνση της μήτρας προκύπτει από την αυξημένη αγγείωση και τη διαστολή των αιμοφόρων αγγείων, την υπερπλασία και την υπερτροφία καθώς και την ανάπτυξη του φθαρού. Κατά την έβδομη εβδομάδα της κύησης η μήτρα έχει μέγεθος ενός μεγάλου αυγού κότας, κατά τη δέκατη εβδομάδα κύησης έχει το μέγεθος ενός πορτοκαλιού (το διπλάσιο από το μέγεθος της μη εγκύμονος μήτρας) και κατά τη δωδέκατη εβδομάδα κύησης γκρέιπφρουτ. Μετά τον τρίτο μήνα, η μεγέθυνση της μήτρας είναι κυρίως το αποτέλεσμα της μηχανικής πίεσης που ασκείται από το αναπτυσσόμενο έμβρυο. Καθώς η μήτρα μεγεθύνεται, αλλάζει επίσης σε σχήμα και θέση. Κατά τη σύλληψη η μήτρα έχει σχήμα ανάποδου αχλαδιού. Κατά τη διάρκεια του δευτέρου τριμήνου, καθώς τα μυϊκά τοιχώματα δυναμώνουν και γίνονται πιο ελαστικά, η μήτρα γίνεται σφαιρική. Αργότερα καθώς το έμβρυο μεγαλώνει, η μήτρα γίνεται μεγαλύτερη και περισσότερο ωοειδής και ανυψώνεται εκτός της πυέλου, μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα. Η κύηση μπορεί να είναι εμφανής μετά τη δέκατη τέταρτη εβδομάδα, παρόλο που αυτό εξαρτάται σε κάποιο βαθμό από το ύψος και το βάρος τη γυναίκας. Η μεγέθυνση της κοιλιάς μπορεί να είναι λιγότερο εμφανής στις άτοκες γυναίκες με καλό τόνο των κοιλιακών μυών. Η στάση του σώματος επίσης επηρεάζει τον τύπο και το βαθμό της μεγέθυνσης της κοιλιάς. Καθώς η μήτρα μεγαλώνει, μπορεί να ψηλαφηθεί πάνω από την ηβική σύμφυση κάποια στιγμή μεταξύ της δωδέκατης και δέκατης τέταρτης εβδομάδας κύησης. Η μήτρα ανυψώνεται σταδιακά στο επίπεδο του ομφαλού κατά την 22^η και 24^η εβδομάδα της κύησης και σχεδόν φτάνει στην ξιφοειδή απόφυση κατά το τέλος της κύησης. Μεταξύ της 38^{ης} και 40^{ης} εβδομάδας, του ύψους του πυθμένα της μήτρας κατέρχεται, καθώς το έμβρυο αρχίζει την κάθοδο και την εμπέδωση στην πυέλο. Επίσης η θέση του εμβρύου, η παρουσία περισσότερου αμνιακού υγρού ή περισσότερα από ένα έμβρυο, η παχυσαρκία της μητέρας και οι διαφορετικές εξεταστικές τεχνικές μπορούν να μειώσουν τον προσδιορισμό της

ηλικίας κύησης. Αλλαγή συμβαίνει και στη συσταλτικότητα της μήτρας όπου μετά τον τέταρτο μήνα της κύησης αρχίζουν να γίνονται αντιληπτές μέσω των κοιλιακών τοιχωμάτων και καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης οι ακανόνιστες και ανώδυνες συστολές Braxton- Hicks οι οποίες διευκολύνουν και την αιμάτωση της μήτρας. Καθώς η μήτρα αυξάνει σε μέγεθος, τόσο αυξάνει και η ροή του αίματος. Σε φυσιολογική τελειόμηνη κύηση ο ρυθμός ροής του αίματος διαμέσου της μήτρας είναι περίπου 500ml/min και η κατανάλωση του οξυγόνου της μήτρας αυξάνει, ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί στις ανάγκες του εμβρύου. Επίσης η αιματηρή ροή της μήτρας μπορεί να αυξηθεί υπό την επίδραση των οιστρογόνων. (Λυκερίδου Α. & Δελτσίδου Α., 2013, Κρεατσάς Γ., 2009)

Τράχηλος: Η μαλακή υφή του άκρου του τραχήλου καλείται σημείο "Goodell". Μπορεί να παρατηρηθεί περίπου στην αρχή της 6^{ης} εβδομάδας σε φυσιολογικό τράχηλο που δεν έχει ουλές. Αυτό το σημείο προκαλείται από την αυξημένη αγγείωση, την ελαφρά υπερτροφία και την υπερπλασία των μυών και του συνδετικού ιστού του τραχήλου που είναι πλούσιο σε κολλαγόνο, ο οποίος γίνεται χαλαρός, οίδηματώδης, εξαιρετικά ελαστικός και διογκώνεται. Στην κύηση παρουσιάζεται στον τράχηλο μια βελούδινη υφή εξαιτίας των αδένων που βρίσκονται κοντά στο έξω στόμιο και που υπερπλάσσονται κάτω από το στρωματοποιημένο πλακώδες επιθήλιο. Ο τράχηλος γίνεται επίσης πιο εύθραυστος και μπορεί να εμφανιστεί μικρή ποσότητα αίματος κατά τη συνουσία με βαθιά διείδυση ή μετά από κολπική εξέταση. Επιπλέον, μπορεί να μετατοπιστεί το κυλινδροπλακώδες επιθήλιο εκτός των ορίων του τραχήλου με αποτέλεσμα να καθιστά δύσκολη μια παθολογική δοκιμασία τεστ Παπανικολάου. Το 3% από όλους τους καρκίνους του τραχήλου της μήτρας διαγιγνώσκονται κατά τη διάρκεια της κύησης γι' αυτό είναι σημαντική η προσεκτική εξέταση όλων των εγκύων. Ο τράχηλος την ατόκου είναι στρογγυλός όμως κατά τη διάρκεια του τοκετού σχεδόν πάντα παρουσιάζονται ρήξεις του. Ωστόσο, μετά τον τοκετό, με ή χωρίς ρήξεις ο τράχηλος γίνεται περισσότερο ωοειδής στο οριζόντιο επίπεδο και το εξωτερικό στόμιο μετατρέπεται σε μία εγκάρσια σχισμή. (Λυκερίδου Α. & Δελτσίδου Α., 2013).

Κόλπος και αιδοίο: Ο κόλπος προετοιμάζεται από τις ορμόνες της κύησης για τη διάταση του κατά τον τοκετό και την έξοδο του εμβρύου. Οι ορμόνες αυτές προκαλούν την πάχυνση του κολπικού βλεννογόνου, τη χάλαση του συνδετικού ιστού, την υπερτροφία των λείων μυών και την επιμήκυνση του κολπικού θόλου. Η αυξημένη αγγείωση καταλήγει σε ιώδη απόχρωση του κολπικού βλεννογόνου και του τραχήλου. Αυτή η απόχρωση αποκαλείται σημείο του Chadwick

και μπορεί να εμφανιστεί από την 6^η εβδομάδα αλλά παρατηρείται ευκολότερα κατά την 8^η εβδομάδα της κύησης (Blackburn, 2007). Η επίδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης στον τράχηλο προκαλούν την έκκριση άφθονου κολλικού υγρού το οποίο είναι λευκωπό εξαιτίας της παρουσίας πολλών επιθηλιακών κολλικών κυττάρων. Το pH των κολλικών εκκρίσεων γίνεται περισσότερο όξινο από το φυσιολογικό κατά τη διάρκεια της κύησης εξαιτίας της αυξημένης παραγωγής γαλακτικού οξέως. Το περίνεο μεγεθύνεται εξωτερικά κατά τη διάρκεια της κύησης εξαιτίας της αυξημένης αγγείωσης, της υπερτροφίας του περινέου και της εναπόθεσης λίπους. Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου της ατόκου συμπλησιάζουν και κρύβουν την είσοδο του κόλπου ενώ τα μεγάλα χείλη του αιδοίου των γυναικών που έχουν γεννήσει διαχωρίζονται μετά τον τοκετό μετά τον τοκετό και τον τραυματισμό του περινέου ή του κόλπου. (Λυκερίδου Α. & Δελτσίδου Α., 2013, Κρεατσάς Γ., 2009).

2.2. Μαστός: Κατά την εγκυμοσύνη οι μαστοί διογκώνονται λόγω της υπερπλασίας και υπερτροφίας των μαζικών αδένων με τη δράση των οιστρογόνων, της προγεστερόνης και της αυξητικής ορμόνης που παράγονται από τον πλακούντα. Το αίσθημα πληρότητας και βάρους καθώς και η αυξημένη ευαισθησία των μαστών που ποικίλλει από τους ήπιους νυγμούς μέχρι τον οξύ πόνο, αρχίζουν τις πρώτες εβδομάδες της κύησης. Η θηλή μεγαλώνει και στην άλω δημιουργούνται μικρές προεξοχές που ονομάζονται φυμάτια του Montgomery και οφείλονται στην υπερτροφία των σημηματογόνων αδένων. Η πλουσιότερη αιμάτωση προκαλεί διαστολή των αγγείων κάτω από το δέρμα, ενώ προηγουμένως ήταν ελάχιστα ορατά. Τα αιμοφόρα αγγεία γίνονται ευδιάκριτα και συχνά εμφανίζονται ως ένα διαπλεκόμενο κυανό δίκτυο, κάτω από την επιφάνεια του δέρματος. Η φλεβική συμφόρηση στους μαστούς είναι πιο εμφανής στις γυναίκες που κυοφορούν για πρώτη φορά. Κατά τη διάρκεια του 2^{ου} και του 3^{ου} τριμήνου η ανάπτυξη του μαζικού αδένου είναι υπεύθυνη για τη σταδιακή μεγέθυνση των μαστών. Από τον 3^ο με 4^ο μήνα της εγκυμοσύνης παράγεται από τα κύτταρα των κυψελίδων των μαστών το πύαρ (πρωτόγαλα). Παρόλο που η ανάπτυξη των μαζικών αδένων είναι λειτουργικά ολοκληρωμένη κατά το μέσον της κύησης, ο θηλασμός αναστέλλεται έως ότου επέλθει η πτώση των οιστρογόνων μετά τον τοκετό. (Βάρρας Μ. Και συν, 2009, Λυκερίδου Α. & Δελτσίδου Α., 2013).

2.3. Ενδοκρινικό Σύστημα: Οι εμφανείς ενδοκρινικές αλλαγές είναι σημαντικές για τη διατήρηση μιας ομαλής κύησης, για τη φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου και για την ανάρρωση κατά την περίοδο της λοχείας.

Ορμόνες της υπόφυσης και του πλακούντα: Κατά τη διάρκεια της κύησης, τα αυξημένα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης καταστέλλουν την έκκριση της θυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης με αποτέλεσμα να μη γίνεται ωρίμανση ωοθυλακίου και ωοθυλακιορρηξία. Αν και η πλειοψηφία των γυναικών έχει αμηνόρροια (απουσία έμμηνης ρύσης), τουλάχιστον το 20% εμφανίζει κάποια ελαφρά ανώδυνη σταγονοειδή αιμόρροια στις αρχές της κύησης. Οι περισσότερες γυναίκες που εμφανίζουν ελαφρά αιμόρροια κατά τη διάρκεια της κύησης φτάνουν ως το τέλος της κύησης και γενούν φυσιολογικά. Ωστόσο όλα τα περιστατικά αιμόρροιας θα πρέπει να αναφέρονται και να αξιολογούνται. Όταν γίνει η εμφύτευση, το γονιμοποιημένο ωάριο και οι χοριακές λάχνες παράγουν ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη (hCG) που συντηρεί την παραγωγή των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο μέχρι ο πλακούντας να αναλάβει την παραγωγή τους (Burton, Sibley, & Jauniaux, 2007). Η **προγεστερόνη** έχει βασικό ρόλο στη διατήρηση της κύησης καθώς προκαλεί χάλαση των λείων μυϊκών ινών, με αποτέλεσμα τη μειωμένη συσταλτικότητα της μήτρας και την πρόληψη αυτόματων εκτρώσεων. Η προγεστερόνη σε συνδυασμό με τα οιστρογόνα προκαλούν την εναπόθεση του λίπους στον υποδόριο ιστό της κοιλιάς, τη ράχη και το άνω μέρος των μηρών της γυναίκας. Αυτό το λίπος λειτουργεί ως απόθεμα ενέργειας για την κύηση και τη γαλουχία. Τα **οιστρογόνα** επίσης, βοηθούν στη μεγέθυνση των γεννητικών οργάνων, της μήτρας και των μαστών, αυξάνουν την αγγείωση προκαλώντας αγγειοδιαστολή, προκαλούν χάλαση στους συνδέσμους και στις αρθρώσεις της πυέλου, αλλάζουν τον μεταβολισμό των θρεπτικών συστατικών παρεμβαίνοντας στο μεταβολισμό του φυλλικού οξέος αυξάνοντας το συνολικό επίπεδο των πρωτεϊνών του σώματος και προάγοντας την κατακράτηση του νατρίου και του ύδατος από τα νεφρικά σωληνάκια. Επιπλέον, τα οιστρογόνα μπορεί να μειώσουν την έκκριση του υδροχλωρικού οξέος και της πεψίνης, που πιθανόν να ευθύνονται για πεπτικές διαταραχές, όπως η ναυτία. Η **προλακτίνη** του ορού παράγεται από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης και αυξάνεται προοδευτικά από το πρώτο τρίμηνο της κύησης μέχρι και το τέλος της. Είναι υπεύθυνη για την παραγωγή του μητρικού γάλακτος ωστόσο, τα υψηλά επίπεδα οιστρογόνων και προγεστερόνης, αναστέλλουν την έκκριση

γάλακτος με τη δέσμευση της προλακτίνης από τον ιστό του μαστού, μέχρι τον τοκετό. Η **ωκυτοκίνη** παράγεται από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης, σε αυξανόμενα ποσά, καθώς το έμβryo ωριμάζει. Η ορμόνη αυτή μπορεί να διεγείρει τις συστολές της μήτρας κατά τη διάρκεια της κύησης αλλά τα υψηλά επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης παρεμποδίζουν την έναρξη των συστολών μέχρι το τέλος της κύησης. Επίσης, η ωκυτοκίνη διεγείρει το αντανακλαστικό της ροής του γάλακτος ως απάντηση της απομύζησης του μαστού από το νεογνό. Η **ανθρώπινη χοριακή σωματομαμμοτροπίνη (hCS)** παράγεται από τον πλακούντα. Λειτουργεί ως αυξητική ορμόνη και συμβάλλει στη μεγέθυνση των μαστών. Επιπλέον, μειώνει τον μητρικό μεταβολισμό της γλυκόζης και αυξάνει την ποσότητα των λιπαρών οξέων για τις μεταβολικές ανάγκες.

Θυρεοειδής αδέννας: Κατά τη διάρκεια της κύησης παρατηρείται αύξηση της θυρεοειδικής δραστηριότητας και της παραγωγής ορμονών. Η αυξημένη δραστηριότητα αντανακλάται με τη μέτρια μεγέθυνση του θυρεοειδικού αδένα που προκαλείται από την υπερπλασία του αδενικού ιστού και την αυξημένη αγγειοβρίθεια. Η σφαιρίνη που δεσμεύει τη θυροξίνη αυξάνει από την 20^η εβδομάδα κύησης ως αποτέλεσμα των υψηλών επιπέδων οιστρογόνων. Το επίπεδο της ολικής (ελεύθερη και δεσμευμένη) θυροξίνης T4 αυξάνει μεταξύ της 6^{ης} και της 9^{ης} εβδομάδας κύησης. Η ελεύθερη T4 και η ελεύθερη τριωδοθυρονίνη (T3) επανέρχονται στα προ της κύησης επίπεδα μετά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Παρά τις αλλαγές που συμβαίνουν στην παραγωγή των ορμονών, η έγκυος σπάνια εμφανίζει υπερθυρεοειδισμό (Λυκερίδου Α. & Δελτσίδου Α., 2013, Κρεατσάς Γ., 2009, Ρούσος Δ., 2015).

Παραθυρεοειδής αδέννας: Οι παραθυρεοειδικές ορμόνες ελέγχουν το μεταβολισμό του ασβεστίου και του μαγνησίου. Η κύηση προκαλεί ελαφρό υπερπαραθυρεοειδισμό εξαιτίας των αυξημένων απαιτήσεων του εμβρύου σε ασβέστιο και βιταμίνη D. Μεταξύ της 15^{ης} και 35^{ης} εβδομάδας κύησης παρατηρείται το υψηλότερο επίπεδο των παραθυρεοειδικών ορμονών λόγω της αυξημένης ανάγκης ανάπτυξης του εμβρυϊκού σκελετού. Μετά τον τοκετό τα επίπεδα των ορμονών επανέρχονται στα φυσιολογικά τους επίπεδα.

Πάγκρεας: Το έμβryo για να αναπτυχθεί έχει ανάγκη από σημαντική ποσότητα γλυκόζης. Για να καλύψει τις ανάγκες του σε ενέργεια το έμβryo όχι μόνο εξαντλεί τα μητρικά αποθέματα γλυκόζης, αλλά παράλληλα μειώνει την ικανότητα της μητέρας να συνθέσει γλυκόζη χρησιμοποιώντας τα αμινοξέα της. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μειώνονται τα μητρικά επίπεδα

γλυκόζης στο αίμα. Η μητρική ινσουλίνη δεν διέρχεται από τον πλακούντα για να φτάσει στο έμβρυο. Έτσι λοιπόν, στις αρχές της κύησης το πάγκρεας μειώνει σταδιακά την παραγωγή του σε ινσουλίνη. Καθώς εξελίσσεται η κύηση, ο πλακούντας μεγαλώνει και παράγει μεγάλες ποσότητες ορμονών (οιστρογόνα, προγεστερόνη, hCS). Οι ορμόνες αυτές σε συνδυασμό με την παραγωγή της κορτιζόλης από τα επινεφρίδια μειώνουν την ικανότητα της μητέρας να χρησιμοποιεί την ινσουλίνη. Η μείωση της ικανότητας αυτής έχει ως αποτέλεσμα την εξασφάλιση άφθονης παρόχης γλυκόζης για τις ανάγκες της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας. Τα φυσιολογικά β κύτταρα των νησιδίων του Langerhans στο πάγκρεας μπορούν να ανταποκριθούν στην επιπρόσθετη ανάγκη για ινσουλίνη από τη μητέρα.

Αδένες των επινεφριδίων: Τα επινεφρίδια μεταβάλλονται ελάχιστα κατά τη διάρκεια της κύησης. Η έκκριση αλδοστερόνης αυξάνεται, καταλήγοντας σε επαναρρόφηση του πλεονάζοντος νατρίου από τα νεφρικά σωληνάκια. Τα επίπεδα κορτιζόλης επίσης αυξάνουν (Λυκερίδου Α. & Δελτσίδου Α., 2013).

2.4. Αναπνευστικό σύστημα: Κατά τη διάρκεια της κύησης παρατηρούνται αλλαγές του αναπνευστικού συστήματος για την κάλυψη των αναγκών της μητέρας σε οξυγόνο εξαιτίας της επιτάχυνσης του μεταβολικού ρυθμού και της ανάγκης αύξησης της ιστικής μάζας της μήτρας και των μαστών. Επιπλέον, το έμβρυο έχει ανάγκη κάλυψης σε οξυγόνο και αποβολής διοξειδίου του άνθρακα. Η αύξηση των οιστρογόνων προκαλεί χάλαση στους συνδέσμους του θωρακικού κλωβού κάνοντας έτσι ο θώρακας μεγαλύτερη έκπτυξη. Η εγκάρσια διάμετρος του θωρακικού κλωβού αυξάνει κατά 2 εκατοστά και η περίμετρος κατά 6 εκατοστά περίπου. Η πλευρική γωνία αυξάνεται και ο θωρακικός κλωβός διευρύνεται. Αυτές οι αλλαγές στον θώρακα πιθανόν να μην υποχωρήσουν μετά τον τοκετό. Το διάφραγμα μετατοπίζεται μέχρι και 4 εκατοστά και η κοιλιακή αναπνοή αντικαθίσταται από θωρακική, η οποία επιτυγχάνεται κυρίως με το διάφραγμα παρά με τους μεσοπλεύριους μύες. Τα αυξημένα επίπεδα των οιστρογόνων καθιστούν την αναπνευστική οδό περισσότερο αγγειοβριθή. Η συμφόρηση που αναπτύσσεται στα τριχοειδή δημιουργεί οίδημα και υπεραιμία στη μύτη, στο φάρυγγα, στην τραχεία και στους βρόγχους. Η συμφόρηση αυτή στους ιστούς της αναπνευστικής οδού προκαλεί σύννηθη νοσήματα στην κύηση, όπως η συμφόρηση της μύτης και των ιγμορείων, η ρινορραγία, οι αλλαγές στη φωνή αλλά η έντονη φλεγμονώδης αντίδραση που μπορεί να εξελιχθεί σε ήπια λοίμωξη του

αναπνευστικού. Λόγω της αυξημένης αγγείωσης μπορεί να προκληθεί οίδημα του τυμπανικού υμένα και της ευσταχιανής σάλπιγγας με αποτέλεσμα να εμφανιστούν συμπτώματα μείωσης της ακοής, ωτοαλγίες ή και αίσθημα πληρότητας στα αυτιά. Η πνευμονική λειτουργία δεν επηρεάζεται κατά τη διάρκεια της κύησης, ωστόσο οι νόσοι του αναπνευστικού συστήματος μπορεί να είναι πιο σοβαρές κατά τη διάρκεια εκείνης της περιόδου. Οι αυξημένες απαιτήσεις σε οξυγόνο αποτελούν σημαντικό παράγοντα γι' αυτή την κατάσταση (Λυκερίδου Α. & Δελτσίδου Α., 2013, Κρεατσάς Γ., 2009).

2.5. Ουροποιητικό σύστημα: Οι αλλαγές στη δομή των νεφρών κατά τη διάρκεια της κύησης οφείλονται στην ορμονική δραστηριότητα (οιστρογόνα, προγεστερόνη), στην πίεση από τη μήτρα που μεγεθύνεται και στην αύξηση του όγκου του αίματος. Κατά τη 10^η εβδομάδα κύησης οι ουρητήρες και η νεφρική πύελος διαστέλλονται. Η διαστολή των ουρητήρων είναι περισσότερο εμφανής πάνω από την είσοδο της πυέλου διότι πιέζονται μεταξύ της μήτρας και της εισόδου της πυέλου. Στις περισσότερες γυναίκες οι ουρητήρες έχουν φυσιολογικό μέγεθος κάτω από την είσοδο της πυέλου. Στα λεία μυϊκά τοιχώματα των ουρητήρων συμβαίνει υπερπλασία, υπερτροφία και χάλαση μυϊκού τόνου. Οι ουρητήρες επιμηκύνονται, γίνονται ελικοειδείς και σχηματίζουν μονές ή διπλές καμπύλες. Κατά το τελευταίο τρίμηνο της κύησης, η νεφρική πύελος και οι ουρητήρες διαστέλλονται περισσότερο στη δεξιά πλευρά παρά στην αριστερή διότι η καθώς η μήτρα μεγαλώνει μετατοπίζεται προς τα δεξιά από το σιγμοειδές κόλον. Αυτές οι αλλαγές που συμβαίνουν στη νεφρική πύελο και στους ουρητήρες έχουν ως αποτέλεσμα να παραμένει περισσότερος όγκος ούρων και ο ρυθμός ροής τους να επιβραδύνεται. Αυτό με τη σειρά του έχει ως συνέπεια αφενός να υπάρχει μία καθυστέρηση μεταξύ του χρόνου που σχηματίζονται τα ούρα και του χρόνου που κατέρχονται στην κύστη και αφετέρου τα λιμνάζοντα ούρα να αποτελούν εξαιρετικό υλικό για την ανάπτυξη μικροοργανισμών. Τα ούρα της εγκύου περιέχουν περισσότερα θρεπτικά συστατικά, συμπεριλαμβανομένης της γλυκόζης, αυξάνοντας συνεπώς το pH. Αυτό καθιστά και τις εγκύους περισσότερο ευάλωτες σε λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος. Συμπτώματα όπως η ενόχληση στην κύστη, η νυκτουρία, η συχνουρία και η έπειξη για ούρηση αναφέρονται αρκετά συχνά στις αρχές της κύησης. Τα συμπτώματα αυτά είναι πιθανό να εμφανιστούν και προς το τέλος της κύησης ειδικά μετά την εμφάνιση της αίσθησης της ελάττωσης της πίεσης (Λυκερίδου Α. & Δελτσίδου Α., 2013).

2.6. Καρδιαγγειακό σύστημα: Κατά την εγκυμοσύνη γίνονται σημαντικές αλλαγές στο καρδιαγγειακό σύστημα της μητέρας τόσο ως προς την ανατομία όσο και τη φυσιολογία. Αυτές οι προσαρμογές προστατεύουν τη φυσιολογική λειτουργία της γυναίκας, καλύπτουν τις μεταβολικές απαιτήσεις που φέρνει η κύηση στο σώμα της αλλά και τις αναπτυξιακές ανάγκες του εμβρύου. Λόγω του αυξημένου όγκου του αίματος και της αυξημένης καρδιακής παροχής είναι πιθανό να εμφανισθεί δευτεροπαθώς ελαφρά καρδιακή υπερτροφία. Η καρδιά επανέρχεται στο φυσιολογικό της μετά τον τοκετό. Καθώς το διάφραγμα μετατοπίζεται προς τα πάνω από τη διογκωμένη μήτρα, η καρδιά ανυψώνεται και στρέφεται προς τα αριστερά. Η καρδιακή ώση, ένα σημείο μέγιστης έντασης (point of maximal intensity- PMI) , μετατοπίζεται προς τα πάνω και πλάγια περίπου κατά 1 με 1,5 εκατοστό. Ο βαθμός μετατόπισης εξαρτάται από τη διάρκεια της κύησης, το μέγεθος και τη θέση της μήτρας. Επίσης, στην εγκυμοσύνη συμβαίνει συχνά αλλαγή των ακροαστικών ευρημάτων της καρδιάς εξαιτίας της αλλαγής της θέσης της, της αύξησης του όγκου του αίματος και της καρδιακής παροχής. Τα συστολικά και διαστολικά φυσιόμετρα μπορεί να ακούγονται πάνω από την περιοχή των πνευμόνων. Ωστόσο, οι αλλαγές αυτές εξαφανίζονται μετά τον τοκετό. Ο σφυγμός της εγκύου αυξάνεται κατά 10 με 15 παλμούς το λεπτό μεταξύ της 14^{ης} έως και της 20^{ης} εβδομάδα κύησης και παραμένει αυξημένος σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Υπάρχει πιθανότητα η έγκυος να εμφανίσει ταχυπαλμία ενώ σε δίδυμες κυήσεις, η καρδιακή συχνότητα της μητέρας αυξάνεται μέχρι και 40%. Είναι πιθανό οι έγκυες να εμφανίσουν φλεβοκομβική αρρυθμία, πρώιμες κολπικές και πρώιμες κοιλιακές συστολές εξαιτίας της διατάραξης του καρδιακού ρυθμού. Σε γυναίκες με προϋπάρχον καρδιακό νόσημα χρειάζεται στενή ιατρική και μαιευτική παρακολούθηση καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης (Λυκερίδου Α. & Δελτσίδου Α., 2013, Ρούσος Δ., 2015).

Αρτηριακή πίεση: Η συστολική αρτηριακή πίεση παραμένει συνήθως σταθερή στα επίπεδα που ήταν πριν από την κύηση, ενώ υπάρχει πιθανότητα να εμφανίσει μικρή μείωση κατά τη διάρκεια της κύησης. Η διαστολική αρτηριακή πίεση μειώνεται κατά το πρώτο τρίμηνο μέχρι και την 24^η με 32^η εβδομάδα ενώ στη συνέχεια αυξάνεται σταδιακά και μετά τον τοκετό επανέρχεται στα επίπεδα πριν από την κύηση. Κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης συμβαίνει κάποιος βαθμός συμπίεσης της κάτω κοίλης φλέβας αν η γυναίκα ξαπλώσει σε ύπτια θέση. Αυτό ονομάζεται σύνδρομο της κάτω κοίλης φλέβας. Σε αυτή την περίπτωση η γυναίκα μπορεί να

εμφανίσει μία πτώση της συστολικής αρτηριακής της πίεσης μεγαλύτερη από 30mmHg ενώ μετά απο 4 με 5 λεπτά παρατηρείται αντανακλαστική βραδυκαρδία, η καρδιακή παροχή μειώνεται στο μισό και η γυναίκα αισθάνεται λιποθυμία (Λυκερίδου Α. & Δελτσίδου Α., 2013).

Όγκος και σύσταση του αίματος: Ο όγκος του αίματος αρχίζει να αυξάνεται τη 10^η με 12^η εβδομάδα της κύησης , η τιμή του φθάνει στο υψηλότερο επίπεδο κατά την 32^η με 34^η εβδομάδα και αρχίζει να μειώνεται κατά την 40^η εβδομάδα κύησης. Αυξάνεται περίπου κατά 1500 ml ή 40-45% . Η αύξηση αυτή συνίσταται σε 1000 ml πλάσματος και 450 ml ερυθρά αιμοσφαίρια (RBCs). Η αύξηση του όγκου του αίματος είναι μεγαλύτερη σε πολύδυμη κύηση (Blackburn, 2007). Γενικά, η αύξηση του όγκου του αίματος λειτουργεί προστατευτικά και βοηθάει στην κάλυψη αναγκών του υπερτροφικού αγγειακού συστήματος, της μεγεθυσμένης μήτρας, στην επαρκή ενυδάτωση του εμβρύου και των μητρικών ιστών και στην παροχή αποθέματος ώστε να αναπληρωθεί η απώλεια αίματος κατά τον τοκετό και τη λοχεία. Κατά τη διάρκεια της κύησης, τα ερυθρά αιμοσφαίρια αυξάνονται (φυσιολογικές τιμές 4,2 με 5,4 εκατ./mm) καθώς και η μάζα τους κατά 20% έως 30% περίπου (Blackburn, 2007). Επειδή όμως η αύξηση του πλάσματος υπερβαίνει την αύξηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων, υπάρχει μείωση στις φυσιολογικές τιμές της αιμοσφαιρίνης (12 με 16g/dl αίματος) και στις τιμές του αιματοκρίτη (37% με 47%). Αύτη η κατάσταση αναφέρεται ως υδραιμία ή φυσιολογική αναιμία. Η πτώση της αιμοσφαιρίνης κάτω των 11g/dl θεωρείται παθολογική και μπορεί να ευθύνεται σε σιδηροπενική αναιμία (Samuels, 2007). Ο αριθμός των λευκοκυττάρων αυξάνεται κατά το 2^ο τρίμηνο και φθάνει στη μέγιστη τιμή του το 3^ο τρίμηνο της κύησης (5000-15000) ενώ ο αριθμός των λεμφοκυττάρων παραμένει ο ίδιος κατά τη διάρκεια της κύησης (15-40). (Λυκερίδου Α. & Δελτσίδου Α., 2013, Ρούσος Δ., 2015).

3. Συναισθηματικές αλλαγές κατά την κύηση και τον τοκετό

3.1. Η Ψυχολογία της Γυναίκας στην Εγκυμοσύνη

Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης της γυναίκας, συμβαίνουν μεγάλες συναισθηματικές, ψυχοκοινωνικές και σωματικές μεταβολές. Το 33% (1/3) των εγκύων εμφανίζουν υποτροπιάζουσες ή εμφανίζουν ακόμα και για πρώτη φορά ψυχικές διαταραχές. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι απαραίτητη η παρέμβαση του γιατρού, καθώς μπορεί να επηρεαστεί και το περιβάλλον του εμβρύου σε μεγάλο βαθμό. Από την άλλη οι σωματικές αλλαγές τις γυναίκας, πιο εμφανής από τις ψυχικές, διαταράσσουν και την ψυχική υγεία της γυναίκας. Σύμφωνα με έρευνες, υπολογίζεται ότι κατά μέσο όρο, μία έγκυος γυναίκα προσλαμβάνει 13 κιλά. Ταυτόχρονα αυξάνεται και η περίμετρος της μέσης της για την φιλοξενία του εμβρύου καθώς και οι μαστοί της γυναίκας διογκώνονται για την προετοιμασία του θηλασμού. Όλες οι παραπάνω σωματικές αλλαγές, οδηγούν την γυναίκα σε υποτίμηση της εμφάνισής της, επιβαρύνοντας την ψυχική της κατάσταση. Το φαινόμενο αυτό συναντάται εξίσου και σε μη εγκύους γυναίκες και έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση κατάθλιψης σε μεγάλο αριθμό γυναικών. Είναι σαφές ότι μια γυναίκα στην εγκυμοσύνη, συναντάει και προβλήματα στον επαγγελματικό τομέα. Το 75% (3/4) των γυναικών κατά την αναπαραγωγική ηλικία, εργάζονται μέχρι και τον τελευταίο μήνα τις εγκυμοσύνης, πολλές φορές προκαλώντας ακόμα και επιπλοκές. Παρόλο που προβλέπεται η άδεια μητρότητας (τοκετού και λοχείας), μόνο το 25% (1/4) κάνουν χρήση της. Ωστόσο, αυτό το ποσοστό που το αξιοποιούν, το κάνουν λόγω άγχους και όχι για να προετοιμαστούν για την μητρότητα. Παράλληλα, το άγχος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης σχετίζεται πολλές φορές και με τον πρόωρο τοκετό και άλλες επιπλοκές. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, ανησυχίες για το σώμα τους, άγχος, stress κ.α, χρειάζονται στενή παρακολούθηση της ψυχικής τους υγείας. Καθοριστικό ρόλο στην υγεία της εγκύου, έχει και ο τρόπος ζωής που ακολουθεί. Η σωστή διατροφή κατά την διάρκεια της κύησης είναι βασικός παράγοντας τόσο για αυτήν αλλά και για το βρέφος. Οι ενεργειακές ανάγκες του σώματος κατά την εγκυμοσύνη για την ανάπτυξη των μαστών, της μήτρας του λιπώδους και εμβρυϊκού – πλακουντιακού ιστού είναι μεγάλες και πρέπει να καλύπτονται. Σε συνδυασμό με

την άσκηση έχει αποδεδειγμένα ψυχολογικά οφέλη όπως αύξηση αυτοεκτίμησης, μειωμένο άγχος, αυξημένο επίπεδο διάθεσης κ.α. (Van den Akker O., 2016).

Το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, συμβαίνουν μεγάλες αλλαγές στην γυναίκα χωρίς να γίνονται απαραίτητα και αντιληπτές. Τα μεικτά συναισθήματα, (στρες, κυκλοθυμία, ενθουσιασμός, ανησυχία κτλ.) δημιουργούν μια ασταθή ψυχολογική διάθεση στη γυναίκα που οδηγεί σε ξεσπάσματα, καταθλιπτικά συναισθήματα καθώς και άλλες μορφές ψυχικής αστάθειας. (Αθανασίου, Β., 2014).

Κατά το δεύτερο τρίμηνο, σταδιακά υποχωρεί το έντονο άγχος, παραχωρώντας την θέση του σε άλλες ψυχικές διαταραχές. Οι σταδιακές αλλαγές του σώματος δημιουργούν ανασφάλειες και αναταραχές. Ειδικά οι γυναίκες που εγκυμονούν για πρώτη φορά, πολλές φορές φοβούνται ακόμα και την αποδοχή και την προσαρμογή του συντρόφου τους στις αλλαγές του σώματος και στις καθημερινά αυξανόμενες απαιτήσεις τους. Προβληματίζονται για την ελκυστικότητα τους τόσο σαν γυναίκες όσο και σαν σύντροφοι. Καθώς η μείωση της διάθεσης εμετού συνεχίζεται, ταυτόχρονα αυξάνεται και η επιθυμία για σεξουαλική επαφή, λόγω της κολπικής λίπανσης και την αυξημένη ροή αίματος στον πύελο. Για αυτόν τον λόγο είναι πολύ σημαντική η ψυχολογική στήριξη από τον σύντροφο καθώς και η επικοινωνία – διάλογος μεταξύ του ζευγαριού. (Αθανασίου, Β., 2014).

Στο τρίτο τρίμηνο, καθώς και κατά την αναμονή του τοκετού, εμφανίζεται ξανά το έντονο άγχος, ενώ πρωτοεμφανίζεται η ανησυχία για την μητρότητα που θα ακολουθήσει. Το αυξημένο βάρος και η δυσκολία του ύπνου, καθιστά την γυναίκα σε μια καθημερινή σωματική καθώς και ψυχική κόπωση ενώ παράλληλα χρειάζεται και την επιβεβαίωση σχετικά με την εξωτερική της εμφάνιση. (Αθανασίου, Β., 2014).

Σύμφωνα με την ψυχολόγο Laura M. Glynn από το πανεπιστήμιο του Chapman «Η εγκυμοσύνη αποτελεί κρίσιμη περίοδο για την ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος των μητέρων». Η έρευνα που διεξάχθηκε σχετικά με αυτό, θεωρεί ότι οι αναπαραγωγικές ορμόνες προετοιμάζουν τον εγκέφαλο της γυναίκας για την επικείμενη μητρότητα. Επίσης, η έρευνα θεωρεί πως το άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι μια δοκιμασία για την ίδια την γυναίκα, ώστε να προετοιμαστεί για την διαχείριση του άγχους καθώς και για τις απαιτητικές ανάγκες του βρέφους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι οι γυναίκες ξυπνούν στον ύπνο τους για την φροντίδα του παιδιού, ενώ οι άντρες δεν το αντιλαμβάνονται.

Η περίοδος της εγκυμοσύνης μπορεί να χαρακτηρίζεται από εμετούς και ναυτίες, ενώ τα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να συσχετιστούν μαζί της, είναι το άγχος, η πίεση και η κατάθλιψη. Οι Bowen et al. (2013) έκαναν μια σχετική έρευνα με δείγμα 648 γυναικών από τον Καναδά, όπου εξέτασαν τον επιπολασμό, την σοβαρότητα και τους ψυχοκοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της ναυτίας, καθώς και του εμετού στα πρώτα και στα τελευταία στάδια της εγκυμοσύνης. Η έρευνα έδειξε πως ο επιπολασμός είναι μεγαλύτερος στα πρώτα στάδια. Η σοβαρότητα συνδέθηκε επίσης και με το πρώτο στάδιο της εγκυμοσύνης, καθώς και η χρήση αντιεμετικών, το επάγγελμα και τα συμπτώματα μεγάλης κατάθλιψης ήταν παράμετροι που επηρέασαν την σοβαρότητα. (Bowen, A. et al, 2013).

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, η ψυχολογία της γυναίκας αλλάζει. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογία της γυναίκας είναι πάρα πολλοί. Κάθε γυναίκα περνάει από ξεχωριστά στάδια, ανάλογα την περίπτωση. Οι εξωτερικοί παράγοντες (ηλικία, μόρφωση, κοινωνικό περιβάλλον, προηγούμενες εμπειρίες – ανάλογα βιώματα κ.α) έχουν ιδιαίτερη επίδραση στην ψυχολογία μιας γυναίκας. Αν η γυναίκα θα γίνει για πρώτη φορά μητέρα, ή αν έχει ήδη αποβάλλει, ή έχει υποβληθεί σε άμβλωση κτλ., είναι κάποιοι παράγοντες που καθορίζουν την αντίληψη και την σκέψη της γυναίκας. Για παράδειγμα, γυναίκες που έχουν ήδη αποβάλλει, αντιδρούν με πιο ψύχραιμο τρόπο στην απώλεια του παιδιού που είχαν μέσα τους ενώ ορισμένες περνούν από μια μορφή κατάθλιψης και απόλυτης απογοήτευσης. Από την άλλη όμως, όσες γυναίκες έχουν αποβάλλει, νιώθουν μεγαλύτερο άγχος και φόβο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ παράλληλα τα επίπεδα προσκόλλησης με το έμβρυο είναι μικρότερα σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έχουν βιώσει παρόμοιες καταστάσεις. (Armstrong, D. et al, 1998). Η εγκυμοσύνη από μόνη της, θέτει πολλές προκλήσεις, τόσο στην ψυχολογία όσο και στο σώμα της, καθώς την φέρνει αντιμέτωπη με πολλές πρωτόγνωρες καταστάσεις. Είναι απαραίτητη η ηρεμία και η καλή διαχείριση του στρες με σκοπό να κατασταλεί η αρνητική επίδραση στην γυναίκα και το παιδί, αλλά τόσο και στο κοινωνικό περιβάλλον. Η γυναίκα πρέπει να προσαρμοστεί δυναμικά στις διάφορες αλλαγές και να αποφεύγει την έντονη ψυχολογική πίεση. Για παράδειγμα, το να σταματήσει μια γυναίκα το κάπνισμα, αποτελεί από μόνο του μία δυσκολία. Στην περίπτωση της εγκύου καπνίστριας, η πρόκληση αυτή είναι ακόμη πιο δύσκολη και απαιτητική, καθώς υπάρχουν σοβαρές συνέπειες. Το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη δεν είναι μόνο μια κακιά συνήθεια, αλλά και σε πολλές των περιπτώσεων, θεωρείται ότι είναι ένα

σημάδι κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, τα πολλά και μεικτά καταθλιπτικά συναισθήματα οδηγούν σε αυξημένο κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη. (De Wilde, et al 2013).

Το σχετικό άγχος που προκαλείται λόγω της εγκυμοσύνης, η έκθεση σε σεξουαλική ή σωματική βία και η τυχόν εργασιακή πίεση συνδέονται με το εντατικό κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη. Το κάπνισμα κατά την κύηση είναι ικανό να οδηγήσει μέχρι και σε πρόωρη γέννηση, χαμηλό βάρος του βρέφους ή ακόμα και ασθένειες ή αδυναμίες στο ίδιο το βρέφος. (Bonsel, G.J., et al, 2009). Η έρευνα των De Wilde (2013) δείχνει ότι οι καπνίστριες που σταμάτησαν το κάπνισμα πριν την εγκυμοσύνη, ανέφεραν λιγότερο συναισθηματικό φόρτο κατά την διάρκεια, αλλά ακόμα και μετά την εγκυμοσύνη, σε σύγκριση με καπνίστριες που μόλις ξεκίνησαν. (De Wilde, et al, 2013). Αυτή η έρευνα, επιβεβαίωσε άλλα πορίσματα σχετικών ερευνών, όπως, ότι τα καταθλιπτικά συναισθήματα μειώνονται σε περίπτωση που η γυναίκα σταματήσει το κάπνισμα. (Berlin, I., et al, 2010, Busch, et al, 2011).

Καπνίστριες της έρευνας, που είχαν απολυτήριο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είχαν κατώτερο ποσοστό καταθλιπτικών συναισθημάτων αλλά όχι κατάθλιψη. Καπνίστριες με χαμηλότερο βαθμό εκπαίδευσης, είχαν μεγαλύτερα ποσοστά, ενώ παράλληλα είχαν και μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης. Για πολλές γυναίκες το κάπνισμα είναι ένας τρόπος διαφυγής ή και αντιμετώπισης αρνητικών συναισθημάτων. Το χαμηλό κοινωνικό ή οικονομικό επίπεδο αυξάνει, σε συνδυασμό με την χαμηλή μόρφωση, τα ποσοστά καπνίσματος στις εγκύους γυναίκες. Συνεπώς, η ψυχολογία των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εξαρτάται από πολλούς προσωπικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες. (Valbø, A. et al, 2002, Badger G.J., et al, 2006, De Wilde, et al, 2013).

Ωστόσο υπάρχουν και οι σωματικοί παράγοντες, που ασκούν εξίσου μεγάλη επιρροή στην ψυχολογία μιας γυναίκας. Το πρόσθετο βάρος και άλλες αλλαγές στο σώμα της εγκύου είναι εξίσου σοβαρές αιτίες κατάθλιψης ή ψυχικών διαταραχών. Σε μια διαπολιτισμική έρευνα που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο και στο Ισραήλ, με δείγμα 110 γυναίκες διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες του Ισραήλ είχαν περισσότερες ψυχικές διαταραχές και μορφές κατάθλιψης. Αυτό οφείλεται στην αλλαγή του σώματος, καθώς η αρχική μορφή (πριν την εγκυμοσύνη) σε σχέση με τον τελευταίο μήνα έχει μεγάλες διαφορές. Σύμφωνα με την έρευνα, η συνολική αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης στις γυναίκες της Βρετανίας ήταν παρόμοια με την αξιολόγηση αυτοεκτίμησης των μη εγκύων. Επίσης διαπιστώθηκε ότι στο Ισραήλ, οι γυναίκες με κανονικό βάρος είχαν

έντονη τάση για περιορισμένη διατροφή. (Feltbower, et al, 2013). Σε άλλες περιπτώσεις, η συνέχιση του καπνίσματος θεωρείται από πολλές γυναίκες ότι αποφέρει χάσιμο βάρους (συγκεκριμένα η νικοτίνη) οπότε επιλέγουν να μην το σταματήσουν στην εγκυμοσύνη (Bailey B. et al, 2013).

Κάποιες άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες αισθάνονται πιο όμορφα με το σώμα τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης όταν βρίσκονται συχνά σε σεξουαλική επαφή. Ωστόσο, η επικοινωνία αναδείχτηκε ως περισσότερο σημαντική για την σεξουαλική ικανοποίηση. (Radoš, et al. 2013). Τέλος, η βοήθεια της οικογένειας, των φίλων και του συντρόφου έχουν πρωταρχικό ρόλο και βοηθούν στην καταπολέμηση του άγχους που παρουσιάζει η γυναίκα λόγω της δυσαρέσκειας με το σώμα της. Μια έρευνα έδειξε ότι οι διατροφικές συνήθειες κατά την εγκυμοσύνη, δεν είναι αυτές που προκαλούν στις γυναίκες τη δυσαρέσκεια με το σώμα τους. Η ίδια έρευνα αναφέρει ότι οι γυναίκες με διατροφικές διαταραχές καθώς και οι γυναίκες χωρίς διατροφικές διαταραχές δεν ήταν ικανοποιημένες με το σώμα τους, είτε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είτε και μετά από αυτήν. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες με διατροφικές διαταραχές, είχαν έτσι και αλλιώς δυσαρέσκεια (η οποία παρέμεινε) το οποίο όμως έχει ψυχολογική αιτιολόγηση στις περισσότερες περιπτώσεις. Οι γυναίκες που δεν παρουσίαζαν διατροφικές διαταραχές, η δυσαρέσκεια αυξήθηκε στα μέσα της κύησης και παρέμεινε ακόμη και μετά την εγκυμοσύνη σε εξίσου υψηλά επίπεδα. Αντίθετα, οι γυναίκες με διατροφικές διαταραχές, μείωσαν τα ποσοστά δυσαρέσκειας μετά τον έκτο μήνα κατόπιν εγκυμοσύνης. Και στις δύο περιπτώσεις η μεγαλύτερη δυσαρέσκεια παρατηρήθηκε κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης καθώς τότε το βάρος του σώματός τους αυξήθηκε περισσότερο καθώς και οι σωματικές αλλαγές ήταν πλέον αισθητές και ορατές. (Abraham, S. et al, 2014).

3.2. Περιγεννητικό Στρες και Άγχος

Προτού αναλυθούν ορισμένες καταστάσεις και περιστατικά που συσχετίζονται με το στρες στην εγκυμοσύνη και με άλλους παράγοντες, είναι σημαντικό να δοθεί ο ορισμός του στρες και του άγχους έτσι ώστε να διαπιστωθούν οι σημασιολογικές διαφορές μεταξύ τους. Στον προφορικό λόγο καθημερινά δεν φαίνεται να γίνεται διάκριση στη σημασία μεταξύ στρες και άγχους. Οι λέξεις στρες και άγχος χρησιμοποιούνται εναλλάξ και αναφέρονται σε καταστάσεις, στιγμές και σκέψεις που μας προκαλούν φόβο, ανησυχία και μια δυσφορία, που συνοδεύεται από

υπερένταση, σωματική επιβάρυνση και γενικά ψυχική πίεση. Ωστόσο, η διαφορά στη σημασία των δύο λέξεων βρίσκεται στο ότι το στρες υπάρχει και στις καλές και στις κακές στιγμές της ζωής ενός ατόμου, είναι μια αντίδραση σε καταστάσεις από τις οποίες απειλείται και πιέζεται σωματικά και ψυχικά, π.χ. εργασία, εξετάσεις και άλλα καθήκοντα, και στο ότι γενικά γνωρίζει ή μπορεί να αναγνωρίσει ποιος είναι ο λόγος που εμφανίζεται το στρες. Όταν βρίσκεται ένα άτομο σε στρες, παράγεται αδρεναλίνη, η οποία ενεργοποιεί τους αμυντικούς μηχανισμούς του σώματος και προκαλεί διαστολή των ματιών, ταχυκαρδία, αύξηση πίεσης του αίματος και ένταση των μυών. Αν η αδρεναλίνη παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα (αν δηλ. το στρες είναι χρόνιο) μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη, αύξηση της πίεσης και άλλες αρνητικές αλλαγές και συνέπειες όπως πονοκεφάλους, πόνους στο στήθος, ταχυκαρδίες, εξανθήματα και έλλειψη ύπνου (ADAA, 2018). Οποιαδήποτε κατάσταση κάνει τα άτομα να αισθάνονται τσαντισμένοι, θυμωμένοι, νευρικοί ή ακόμα και αγχωμένοι μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα το στρες. Το άγχος είναι ένα από τα αρνητικά επακόλουθα του στρες. Όταν υπάρχει άγχος, το άτομο διακατέχεται από φόβο που συνοδεύεται από ανησυχίες και ταραχή, το οποίο τον κάνει να απομονώνεται και να είναι νευρικό.

Το άγχος είναι το αίσθημα του φόβου και της ανησυχίας, το οποίο συχνά συνοδεύεται από αισθήματα μιας καταστροφής και αποτυχίας. Σε αντίθεση με το στρες, του οποίου η πηγή είναι αναγνωρίσιμη, το άγχος πολλές φορές εκδηλώνεται χωρίς να γνωρίζουν το λόγο. Ότι η πηγή της ταραχής του άγχους δεν γίνεται πάντα αντιληπτή, επιτείνει την δυσφορία που αισθάνονται. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι το στρες παρέρχεται με το που εξαφανιστεί ο παράγοντας που το προκαλεί, ενώ το άγχος είναι το «στρες» που παραμένει ακόμα και όταν φύγει η κατάσταση κλπ. από το οποίο προκαλείται. Για αυτό τον λόγο το άγχος θεωρείται μια ψυχική διαταραχή, ενώ το στρες όχι.

Συνεπάγεται ότι το άγχος πολλές φορές είναι ασυνείδητο και συνεπώς απροσδιόριστο από το άτομο που βρίσκεται υπό την επήρειά του. Το άγχος συνίσταται στο ότι το άτομο αντιδρά υπερβολικά σε μια κατάσταση, διαδικασία ή σε ένα περιστατικό, το συνοδευόμενο στρες των οποίων είναι ήπιας μορφής. Όταν η επίδραση του άγχους φτάσει σε σημείο να επιφέρει προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα και στην επίτευξη στόχων και να προκαλεί διαταράξεις στην συναισθηματική ηρεμία του ατόμου, τότε το άγχος θεωρείται παθολογικό και συνεπώς συντρέπει κάποια αγχώδης διαταραχή (Μάνος, Ν., 2008).

Καθώς το άγχος πολλές φορές είναι ασυνείδητο χρειάζεται συνεπώς κάποιου είδους αντιμετώπιση - θεραπεία ή τακτική, ούτως ώστε να περάσει στο συνειδητό και να ξεπεραστεί αποτελεσματικά, καθώς τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές σπανίως αναζητούν αντιμετώπιση - θεραπεία. Μπορεί ευλόγως η εγκυμοσύνη να συνιστά μια διαδικασία στην οποία πολλές φορές η έγκυος βρίσκεται υπό άγχος χωρίς όμως να γνωρίζει την ακριβή αιτία και πολύ συχνά παραμένει άπραγη εναποθέτοντας την επίλυση του αγχογόνου προβλήματος στον χρόνο, στον Θεό κλπ. Παρακάτω εξετάζονται ορισμένες περιπτώσεις όπου το άγχος συσχετίζεται με συγκεκριμένα γεγονότα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Περιορίζεται δηλαδή το φάσμα του άγχους σε γεγονότα που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και την επικείμενη μητρότητα. Τα υψηλά επίπεδα άγχους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν συσχετιστεί με πρόωρες γεννήσεις (λιγότερες από 37 εβδομάδες) και χαμηλό βρεφικό βάρος (χαμηλότερο από 2.500 γραμμάρια), τα οποία συνιστούν κύριες αιτίες για βρεφική θνησιμότητα, βρεφική νοσηρότητα και προβλήματα υγείας στην παιδική ηλικία, στην εφηβεία και μετά (Glover, V., et al 2002), (Mathews, T.J. et al, 2006). Αρκετές έρευνες έχουν αξιολογήσει το περιγεννητικό άγχος το οποίο είναι γενικό ή δεν σχετίζεται με την εγκυμοσύνη. Ενώ παλαιότερες έρευνες συμπεριλάμβαναν το περιγεννητικό στρες της μητέρας, δεν το προσδιόριζαν επακριβώς. Δεν διερευνούσαν την πηγή του στρες της μητέρας ουσιαστικά και η βάση τους ήταν μια γενικευμένη κατάσταση άγχους. Σε πιο πρόσφατες έρευνες, το κέντρο εστίασης μετατοπίστηκε ειδικά στο στρες και στο άγχος το οποίο είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την εγκυμοσύνη. Οι έρευνες με τέτοιο κέντρο εστίασης ορίζουν το σχετιζόμενο με την εγκυμοσύνη άγχος ως το σύνολο των στρεσογόνων γεγονότων ή συνθηκών σε συνδυασμό με τη συναισθηματική κατάσταση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι προσεγγίσεις με βάση το σχετιζόμενο με την εγκυμοσύνη στρες και άγχος διερευνούν το στρες που πηγάζει από ένα εύρος σχετιζόμενων με την εγκυμοσύνη θεμάτων, όπως σωματικά συμπτώματα, ανησυχίες για την επικείμενη μητρότητα, καταπίεση της σχέσης, σωματικές αλλαγές, αγωνία για τις ωδίνες και τον τοκετό, ανησυχίες για την υγεία του παιδιού (Misra, D.P., et al , 2001). Οι Cannella και συν (2008.) βρήκαν ότι το σχετιζόμενο με την εγκυμοσύνη στρες μπορεί να επηρεάσει πολύ περισσότερο την έκβαση της γέννησης από ότι το γενικό στρες. Μια άμεση επίπτωση του ειδικού αυτού στρες είναι η πρόωρη γέννηση. Έμμεσα προκαλεί χαμηλό βρεφικό βάρος στη γέννηση, αν συνδυαστεί με κάπνισμα. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, ότι το στρες που έχει ως πηγή του την εγκυμοσύνη επηρεάζει περισσότερο την έκβαση της

γέννησης απ' ότι το γενικό στρες ή άλλα συμβάντα στη ζωή των εγκύων. Το ειδικό αυτό στρες συσχετίστηκε με το κάπνισμα, με την κατανάλωση καφεΐνης και τη μη υγιεινή διατροφή. Όταν το άγχος είναι παθολογικό και συνεπώς συντρέχει κάποια αγχώδης διαταραχή, τότε αυξάνεται το ενδεχόμενο της αρνητικής έκβασης. Πολλές γυναίκες αρχίζουν να έχουν κάποια αγχώδη διαταραχή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι γυναίκες με ιστορικό κάποιας αγχώδους διαταραχής προ της εγκυμοσύνης παρουσιάζουν επιδείνωση στην διαταραχή τους κατά την εγκυμοσύνη. Εκτός από τις δυσμενείς εκβάσεις για το έμβρυο και για το βρέφος, οι αγχώδεις διαταραχές στην εγκυμοσύνη συσχετίζονται και με επιλόχειο κατάθλιψη (Vythilingum, B., 2008).

Άσχετα με το αν υπάρχει κάποια αγχώδης διαταραχή, η ζωή της γυναίκας συνοδεύεται από μία σειρά αγχογόνων καταστάσεων που οφείλονται στην εγκυμοσύνη και την επικείμενη μητρότητα. Το άγχος και το στρες δεν περιορίζονται, όπως είναι φυσικό, μόνο σε μια αιτιολογία που έχει να κάνει αποκλειστικά με τη γέννηση και την επικείμενη μητρότητα, αλλά εκτείνονται και σε γεγονότα στην ζωή της εγκύου, τα οποία βιώνονται εντονότερα λόγω της εγκυμοσύνης, όμως δεν προκαλούνται από αυτήν όσον αφορά την αιτιολογία τους, π.χ. μείωση μισθού, κάποιο δυσάρεστο γεγονός που συνέβη σε κάποιο κοντινό της πρόσωπο, ανησυχία για την εξέλιξη μιας κατάστασης κ.ο.κ. Συνεπώς, το άγχος και το στρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά εμφανίζει μια διφυΐα, καθώς μπορεί να πηγάζει από ένα σχετιζόμενο με την εγκυμοσύνη γεγονός ή από μια ανάλογη ανησυχία ή από ένα συμβάν κλπ. που έχει να κάνει με την εξωτερική πραγματικότητα στο περιβάλλον της εγκύου.

Το ψυχοκοινωνικό στρες της μητέρας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης πολλές φορές συνιστά υπαίτιο παράγοντα για τη δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού της συστήματος. Συγκεκριμένα, διαταράσσει τις φλεγμονώδεις διαδικασίες και είναι ένδειξη για πρόωρη γέννηση, προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού και προβλήματα υγείας (Christian, L.M., 2015, Bogossian, F., et al, 2015). Η πρόωρη γέννηση και το χαμηλό βρεφικό βάρος στην γέννηση είναι υπαίτιοι παράγοντες για εγκεφαλική παράλυση, διαταραχές όρασης και ακοής, 26 αναπτυξιακές υστερήσεις και βρεφική θνησιμότητα (CDC, 2018).

Οι προσωπικές καταστάσεις της καθεμίας εγκύου ασκούν ιδιαίτερη επίδραση στο συναισθηματικό της κόσμο και είναι αρκετά συχνά συνδεδεμένες με στρες. Η μετανάστευση είναι παραδείγματος χάριν ένα θέμα που συμβάλλει στην δημιουργία στρεσογόνων

καταστάσεων. Μια έρευνα βρήκε ότι μετανάστριες στην Ισπανία έχουν μεγαλύτερη αντίληψη του στρες και είναι περισσότερο ευάλωτες σε αυτό από ότι οι Ισπανίδες (García-García, I., et al, 2013). Επιπλέον, μια αρνητική έκβαση εγκυμοσύνης (πρόωρη γέννηση, χαμηλό βρεφικό βάρος κλπ.), η οποία προωθείται από το στρες παντός μορφής μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για την μετάβαση της γυναίκας προς τη μητρότητα και για την αλληλεπίδραση της μητέρας με το βρέφος, η οποία είναι ζωτικής σημασίας για την βέλτιστη ανάπτυξη του παιδιού (Giurgescu, C., et al, 2013). Από αυτό προκύπτει ότι η μητέρα που είναι εκτεθειμένη σε υψηλά και έντονα επίπεδα στρες είναι πολύ πιθανό να έχει μια διαταραγμένη σχέση με το βρέφος της.

4. Περιγεννητική Κατάθλιψη

4.1. Συμπτώματα περιγεννητικής κατάθλιψης

Εξαιτίας των ορμονικών, σωματικών και ψυχολογικών αλλαγών που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της κύησης, η γυναίκα αλλάζει σε εξαιρετικά ευαίσθητη και ευερέθιστη, κουράζεται πιο εύκολα και αισθάνεται μεγαλύτερη εξάντληση εξαιτίας της αύξησης του σωματικού βάρους. Αγχώνεται, πιέζεται και εκφράζει συχνά τα συναισθήματά της με τρόπο υπερβολικό απ'οτι συνήθως. Εύκολα ξεσπάσει σε κλάματα. Η αυτοπεποίθηση της ελαττώνεται κυρίως όταν οι αλλαγές στο σώμα της γίνονται εμφανείς και όταν προστίθενται επιπλέον κιλά. Ανησυχεί για την εξωτερική της εμφάνιση, για το αν θα συνεχίσει να θεωρείται ελκυστική από τον σύντροφο της και για το αν θα διαταραχθεί η σχέση τους λόγω των αλλαγών της εξωτερικής εμφάνισης και της γενικότερης κατάστασής της. Το άγχος για την έκβαση της εγκυμοσύνης και την μητρότητα στη συνέχεια είναι σχεδόν αναπόφευκτο. Πόνοι στο στήθος, ναυτίες, εμετοί, κράμπες, αυξομειώσεις της θερμοκρασίας, ιδρώτας, διαταραχές της όρεξης και στον ύπνου είναι συνήθη φαινόμενα κατά την διάρκεια της κύησης. Αυτά τα συμπτώματα της εγκυμοσύνης θα μπορούσαν να θεωρηθούν συμπτώματα ενός καταθλιπτικού ανθρώπου. Η κατάθλιψη και η εγκυμοσύνη έχουν πολλά κοινά σημεία και για αυτό ο ιατρός ή η μαία θα πρέπει να μπορεί να διακρίνει αν τα συμπτώματα οφείλονται μόνο στην εγκυμοσύνη ή αν οφείλονται και σε κάποια καταθλιπτική διαταραχή. (Engeldinger, J., et al, 2013).

Επιπλέον, συμπτώματα που μπορούν να αποδείξουν την ύπαρξη κάποιας καταθλιπτικής διαταραχής είναι τα αισθήματα και οι σκέψεις ενοχής. Αρκετά συχνό φαινόμενο είναι οι γυναίκες με κατάθλιψη να αισθάνονται ότι είναι ανίκανες να γίνουν μητέρες. Αυτά τα αισθήματα ενοχής και φοβίας πιθανόν να αυξήσουν την ανησυχία τους για την έκβαση της εγκυμοσύνης. (Heringhausen, et al, 2009). Οι γυναίκες με περιγεννητική κατάθλιψη συχνά θεωρούν τον εαυτό τους ένοχο για οποιαδήποτε διαταραχή συμβεί στο έμβρυο, κάτι το οποίο αυξάνει τα αισθήματα της ανικανότητας για μητρότητα. Αν προκληθεί κάποια βλάβη στο έμβρυο είτε από φαρμακευτική αγωγή είτε από παράλειψη αντιμετώπισης και θεραπείας της κατάθλιψης της μητέρας μπορεί να οδηγήσουν την μητέρα να αισθάνεται ενοχές. Η πεποίθηση που υφίσταται πως η εγκυμοσύνη και η μητρότητα είναι από τις πιο όμορφες και μοναδικές στιγμές στη ζωή της

γυναίκας, την κάνουν να αισθάνεται εντελώς ανίκανη για μητέρα, της ρίχνουν περισσότερο την αυτοεκτίμηση και την κάνουν να νιώθει επιπλέον ενοχές και τύψεις. Σύμπτωμα κατάθλιψης αποτελεί και η ανηδονία, δηλαδή η απώλεια της ευχαρίστησης σε δραστηριότητες όπως το φαγητό, σεξ, χόμπι, συναναστροφή με κόσμο, κοινωνικές εκδηλώσεις, κλπ.) που πριν θα αποτελούσαν ευχαρίστηση για την γυναίκα.

Ένα γενικό πρόβλημα που υφίσταται στην περιγεννητική κατάθλιψη αλλά και μετά τη γέννα είναι ότι η γυναίκα τείνει να παραμελεί τον εαυτό της, να μην κάνει τους ιατρικούς ελέγχους για εκείνη και το παιδί της, ακόμα και να καταφεύγει στη χρήση ουσιών. Το γεγονός ότι παραμελεί τον εαυτό της και το παιδί της, την εμποδίζει στο να ζητήσει βοήθεια για την κατάσταση της. (Friedman, 2015).

Οι γυναίκες λοιπόν με συμπτώματα κατάθλιψης δεν ζητούν βοήθεια γιατί πολλές φορές μπορεί και να αγνοούν ότι πάσχουν από κατάθλιψη ή επειδή φοβούνται να μιλήσουν γι' αυτό. Μπορεί ακόμα και να ντρέπονται για την κατάσταση τους και να θεωρούν τους εαυτούς τους ανάξιες. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι περισσότερο επικίνδυνη κατά τη διάρκεια της κύησης παρά από κάθε άλλη στιγμή στη ζωή της γυναίκας, εάν δεν αντιμετωπιστεί. (Friedman, 2015).

4.2. Παράγοντες Εμφάνισης Περιγεννητικής Κατάθλιψης

Η εγκυμοσύνη είναι μία περίοδο στη ζωή της γυναίκας, κατά την οποία οι γυναίκες είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην ανάπτυξη κατάθλιψης, καταθλιπτικών συναισθημάτων καθώς και αγχωδών διαταραχών (Conde A., et al, 2009). Η ταχεία αναγνώριση των συμπτωμάτων και η άμεση αναζήτηση βοήθειας είναι απαραίτητα για να αποφευχθούν οι αρνητικές συνέπειες της κατάθλιψης. Τα συμπτώματα που αισθάνεται η ασθενής θα πρέπει να εξεταστούν προσεκτικά και αν διαπιστωθεί αν αυτά συνδέονται αποκλειστικά με την εγκυμοσύνη ή αν έχουν σχέση με κάποια καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή. Πρέπει επίσης να εξεταστούν οι παράγοντες, οι οποίοι οδηγούν στην ανάπτυξη καταθλιπτικών συναισθημάτων ή την επιδείνωση μιας ήδη υπάρχουσας καταθλιπτικής διάθεσης. Οι παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη έχουν ιδιαίτερο χαρακτήρα και ανάλογα με την ασθενή και την περίοδο της εγκυμοσύνης που διανύει παρουσιάζουν διαφορές. Όσο πιο σύντομη είναι η αναγνώριση των παραγόντων που ευθύνονται για την κατάθλιψη, τόσο πιο γρήγορη και αποτελεσματική θα είναι και η αντιμετώπιση της. Σε γενικές γραμμές, οι παράγοντες κινδύνου υφίστανται σε προσωπικό-βιωματικό, διαπροσωπικό,

οικογενειακό, οικονομικό, επαγγελματικό, κοινωνικό, πολιτισμικό και διαπολιτισμικό επίπεδο. Συνήθως οι παράγοντες απαντώνται σε παραπάνω από ένα επίπεδο και δημιουργείται μία γενική εικόνα σχετικά με την μορφή που έχουν οι παράγοντες. Εντός του προσωπικού-βιωματικού επιπέδου, συγκαταλέγεται και ο τρόπος ζωής της γυναίκας. Οι κακές συνήθειες όπως το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης και η κατάχρηση ουσιών ανήκουν σε αυτό το επίπεδο. Έχει αποδειχθεί πως οι έγκυες που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κάνουν κατάχρηση ουσιών είναι πολύ πιθανόν να παρουσιάσουν περιγεννητική κατάθλιψη. Η κατάθλιψη σε συνδυασμό με τις παραπάνω καταχρήσεις μπορούν να αυξήσουν περισσότερο τον κίνδυνο για χαμηλό βρεφικό βάρος και χαμηλή βαθμολογία στην κλίμακα Apgar (Bonsel et al, 2010).

Επίσης, η ηλικία της γυναίκας είναι ένας παράγοντας ο οποίος μπορεί να θεωρηθεί ως αιτία για την ύπαρξη μιας καταθλιπτικής διάθεσης. Στη σημερινή εποχή η ηλικία της μητρότητας έχει αλλάξει τουλάχιστον στις δυτικές κοινωνίες, έτσι λοιπόν μπορεί να φανταστεί κανείς ότι η εγκυμοσύνη στις έφηβες γυναίκες πολλές φορές θεωρείται ανεπιθύμητη, είναι πολλές φορές μη-προγραμματισμένη, προκύπτει εκτός γάμου και αντιμετωπίζεται με κριτική εκ μέρους από τους γονείς και την κοινωνία. Οι έφηβες μητέρες με κατάθλιψη συχνά αναφέρουν ότι δεν έχουν πια επαφή με τον πατέρα του παιδιού, δέχονται κριτική από την οικογένειά τους και σχεδόν μηδαμινή κοινωνική υποστήριξη, κάτι που αυξάνει την ένταση της κατάθλιψής τους (Buzi et al 2015).

Το μορφωτικό επίπεδο αποτελεί παράγοντα ο οποίος εξηγεί τις μη-προγραμματισμένες εγκυμοσύνες. Γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο διατρέχουν τον διπλάσιο και παραπάνω κίνδυνο για μη προγραμματισμένες εγκυμοσύνες (Bennett et al, 2006), καθώς δεν έχουν λάβει την απαραίτητη ενημέρωση για πρόληψη ώστε να είναι σε μπορούν να προλάβουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες.

Ένας παράγοντας που παρατηρείται συχνά σε γυναίκες με κατάθλιψη είναι ο φόβος που κάποιες γυναίκες αισθάνονται σχετικά με την εγκυμοσύνη, με την έκβαση της, την μητρότητα, με την υγεία του εμβρύου κλπ. Επιπλέον, δυσάρεστα γεγονότα που έχουν συμβεί προ της εγκυμοσύνης συνιστούν σημαντικούς παράγοντες που σημαδεύουν την γυναίκα ψυχολογικά και μπορεί να οδηγήσουν σε μια καταθλιπτική διάθεση. Ως δυσάρεστα γεγονότα αναφέρονται ατυχήματα ή τραυματισμοί στην γυναίκα ή σε κάποιο κοντινό της άτομο, ο θάνατος κάποιου κοντινού ατόμου,

διαζύγιο ή χωρισμός, ανεργία, διαπροσωπικές διαμάχες στον χώρο της εργασίας κ.οκ. (Rubertsson, et al, 2003).

Το αν η γυναίκα ζει μακριά από την χώρα καταγωγής της είναι ένας παράγοντας που επίσης θα πρέπει να ληφθεί υπόψη, επειδή μπορεί να προκαλέσει καταθλιπτική διάθεση. Το θέμα «μετανάστευση» καλύπτει όλους τους παράγοντες που ευθύνονται για καταθλιπτική διάθεση στις έγκυες γυναίκες που μεταναστεύουν σε άλλη χώρα. Ο λόγος που τις περισσότερες φορές γίνεται η μετανάστευση είναι οικονομικός, γεγονός που υποδηλώνει οικονομικές δυσκολίες. Ως μετανάστριες οι έγκυες γυναίκες πρέπει να προσαρμοστούν στα δεδομένα της χώρας που τις φιλοξενεί. Η γλώσσα, η επικοινωνία, η ένταξη στην κοινωνία αποτελούν προκλήσεις για κάθε μετανάστη. Υπάρχουν αναπόφευκτα κοινωνικές και πολιτισμικές διαφορές, η προσαρμογή στις οποίες δεν είναι πάντα εύκολη, ιδιαίτερα εάν η χώρα φιλοξενίας δεν έχει μεριμνήσει ανάλογα. Έχει παρατηρηθεί ότι οι μετανάστριες που ανήκουν σε κάποια εθνική μειονότητα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης από ότι οι γηγενείς γυναίκες ή από ότι οι γυναίκες που προέρχονται από χώρες με παραπλήσιο πολιτισμό. (Eberhard-Gran, et al, 2015).

Σε κοινωνικό και οικογενειακό επίπεδο έχει διαπιστωθεί ότι οι έγκυες που δεν έχουν την υποστήριξη από τον σύντροφό τους, από την οικογένειά τους, από την κοινωνία παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα οποία συνεχίζονται και στην επιλόχεια περίοδο. Σε μονογονεϊκές οικογένειες, τα ποσοστά της συχνότητας της κατάθλιψης αυξάνονται διότι λείπει από τις οικογένειες αυτές το συναισθηματικό στήριγμα, το οποίο η έγκυος χρειάζεται απαραίτητως για να αντιμετωπίσει στρεσογόνες καταστάσεις που έρχονται κατά την εγκυμοσύνη. Το πόσα παιδιά έχει ήδη φέρει η γυναίκα στον κόσμο και ζουν στο σπίτι της παίζει επίσης σημαντικό ρόλο. Είναι αποδεδειγμένο ότι η περιγεννητική κατάθλιψη εμφανίζεται ακόμη πιο συχνά στις γυναίκες που έχουν ήδη φέρει άνω τους ενός τέκνου στον κόσμο (Costigan et al, 2008).

Μια σημαντική πηγή από την οποία γίνεται να ανιχνευτούν και άλλοι παράγοντες που μπορούν να εξηγήσουν μια καταθλιπτική διάθεση είναι το ιατρικό ιστορικό της εγκύου. Ένα ιστορικό προηγούμενης καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής αποτελεί ένδειξη για την ανάπτυξη καταθλιπτικής διάθεσης. Σημασία πρέπει ωστόσο να δίνεται και σε άλλες πιθανές διαταραχές. Για παράδειγμα, οι γυναίκες με επιληψία είναι περισσότερο ευάλωτες σε αγχώδεις ή

καταθλιπτικές διαταραχές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης από ότι οι γυναίκες με άλλες χρόνιες ασθένειες ή χωρίς επιληψία (Berle et al, 2015).

4.3. Ανίχνευση, Πρόληψη και Διάγνωση Περιγεννητικής Κατάθλιψης

Θα πρέπει να ληφθούν υπόψη αρκετά σημεία ώστε να γίνει η διάγνωση τυχόν αγχωδών ή καταθλιπτικών διαταραχών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Θα ήταν χρήσιμο να γίνεται ένας προληπτικός έλεγχος για αγχώδεις και για καταθλιπτικές διαταραχές, διότι μπορεί αυτές να συνυπάρχουν. Στην αρχή θα πρέπει να γίνεται έλεγχος των συμπτωμάτων και να καθορίζεται το αν τα συγκεκριμένα συμπτώματα οφείλονται στην εγκυμοσύνη ή σε κάποια άλλη διαταραχή, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι οι διαταραχές αυτές έχουν κοινά συμπτώματα με την εγκυμοσύνη. (Arthurs et al, 2014).

Σε κάποιες χώρες, ο προληπτικός έλεγχος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και κατά την επιλόχειο περίοδο είναι υποχρεωτικός. Για παράδειγμα στη Νότια Ουαλία, μια πολιτεία στην Αυστραλία όπου οι γυναίκες περνούν από ψυχοκοινωνική αξιολόγηση για την ανίχνευση κατάθλιψης πριν και μετά από την γέννηση του παιδιού τους. Ο πρώτος έλεγχος της ψυχοκοινωνικής κατάστασης της γυναίκας γίνεται στην πρώτη επίσκεψη της για τον πρώτο γενικό προγεννητικό έλεγχό (περίπου στην 12η με 16η εβδομάδα κύησης) και έξι με οκτώ εβδομάδες μετά την γέννηση. Ο πρώτος έλεγχος και η πρώτη αξιολόγηση διεξάγονται συνήθως από τις μαίες εντός του νοσοκομειακού χώρου και ο δεύτερος έλεγχος, μετά τη γέννηση από εξειδικευμένες νοσηλεύτριες με επίσκεψη στο σπίτι της γυναίκας (Kemp et al, 2013).

Σχετικά με την ανίχνευση και τη διάγνωση αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών πριν της γέννησης, χρησιμοποιείται μια σειρά κλιμάκων. Οι κλίμακες αυτές αρχικά χρησιμοποιούνταν για τη διάγνωση κατάθλιψης ή άγχους στην περίοδο της λοχείας ή για τη διάγνωση των διαταραχών αυτών σε άτομα και των δύο φύλλων και δεν σχετίζονταν με την εγκυμοσύνη. Την τελευταία περίπου δεκαετία, οι ερευνητές έχουν προσαρμόσει τις κλίμακες αυτές στην προγεννητική περίοδο καθώς οι έρευνες στην προγεννητική κατάθλιψη και το άγχος έχουν πολλαπλασιαστεί. Μια διαδεδομένη κλίμακα είναι η Κλίμακα του Εδιμβούργου για την Επιλόχειο Κατάθλιψη (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS). Η κλίμακα αυτή είναι σε μορφή ερωτηματολογίου, το οποίο η γυναίκα απαντάει σε ερωτήσεις για την συναισθηματική της κατάσταση τις προηγούμενες επτά ημέρες. Αν και η κλίμακα αυτή χρησιμοποιείται για να

διαπιστωθεί η ύπαρξη ή και όχι της επιλόχειας κατάθλιψης, είναι αρκετά έγκυρη για την ανίχνευση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (Adams et al, 2015). Επιπλέον έγκυρες κλίμακες για την ανίχνευση της περιγεννητικής κατάθλιψης είναι ο Κατάλογος Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory), η Κλίμακα Κατάθλιψης στην Εγκυμοσύνη (Pregnancy Depression Scale, PDS) η οποία βασίζεται στην Κλίμακα Αξιολόγησης Hamilton για την Κατάθλιψη και η Κλίμακα Κατάθλιψης του Κέντρου Σπουδών Επιδημιολογίας, (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), (Breedlove, 2011).

4.4. Αντιμετώπιση και Θεραπεία

Ιδιαίτερα σημαντικό ώστε να επιλεγθεί ο κατάλληλος τρόπος αντιμετώπισης των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών, είναι η έγκυρη διάγνωση των συμπτωμάτων. Δεν υπάρχει μια ενιαία αντιμετώπιση - θεραπεία που να αποτελεί πρότυπο για όλες τις περιπτώσεις. Κάθε αντιμετώπιση - θεραπεία πρέπει να είναι διαμορφωμένη στις προσωπικές ανάγκες της κάθε γυναίκας. Θα πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπόψη όλοι οι παράγοντες που εξετάστηκαν μέχρι στιγμής για να σχεδιαστεί η κατάλληλη αντιμετώπιση. Ο ειδικός θα πρέπει να σχεδιάσει και να εφαρμόσει την κατάλληλη αντιμετώπιση-θεραπεία για την εξασφάλιση της υγείας και της μητέρας και του εμβρύου. Σημαντικό ρόλο παίζει και η σοβαρότητα του προβλήματος γι' αυτό και η θεραπεία ενδέχεται να είναι περίπλοκη και να χρειάζεται την τεχνογνωσία και την καθοδήγηση περισσότερων διαφορετικών ειδικών, π.χ. αν η έγκυος έχει ιστορικό κατάθλιψης, έχει αναπτύξει σακχαρώδη διαβήτη, είναι υπέρβαρη, πάσχει από αϋπνία και αντιμετωπίσει προβλήματα στην οικογενειακή της κατάσταση. Υπάρχουν συγκεκριμένες κατηγορίες θεραπειών, η καθεμία εκ των οποίων έχει ως βάση της την πιθανή αιτιολογία των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών, δηλ. τους γενετικούς παράγοντες, τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και τους νευρολογικούς παράγοντες. Λόγω του ευρέος φάσματος των διαταραχών γίνεται συχνά συνδυασμός των διαφόρων θεραπειών για να επιτευχθεί η καλύτερη αντιμετώπιση. Επομένως, η προσοχή βρίσκεται στην ανεύρεση μιας εξατομικευμένης αντιμετώπισης - θεραπείας, προσαρμοσμένης στις ιδιαίτερες συνθήκες της εγκύου, η οποία πρέπει να εγγυάται όσο το δυνατόν λιγότερες αρνητικές συνέπειες για το βρέφος και τη μητέρα, να ελαττώνει αποτελεσματικά το άγχος και τα συμπτώματα της κατάθλιψης αλλά και να αποκλείει τον κίνδυνο

της υποτροπής. Γενικά, οι ψυχιατρικές θεραπείες είναι οι σωματικές θεραπείες, οι ψυχοθεραπείες και ο συνδυασμός αυτών (Μάνος, 2008).

5. Επιδράσεις και Επιπτώσεις Περιγεννητικής Κατάθλιψης στο Έμβρυο

Η προγεννητική περίοδος της ζωής είναι ιδιαίτερα σημαντική και καθορίζει την υγεία, τη νοημοσύνη, την ψυχική και κοινωνική ιδιοσυγκρασία του ανθρώπου, ακόμη και στην ενήλικη ζωή του. Σε αυτή τη σύντομη περίοδο των εννέα μηνών χτίζεται, από τις ρίζες του, από την αρχή όλος ο οργανισμός της νέας ύπαρξης: όλα τα όργανα, ανάμεσα σε αυτά και τα πιο ευγενή: το νευρικό σύστημα, ο εγκέφαλος, το κυκλοφορικό, η καρδιά και το οστεϊκό σύστημα. Δύσκολα ή καθόλου δεν μπορούν να καλυφθούν ατέλειες της πρώτης δόμησής τους. (Ελληνική Εταιρία Προγεννητικής Αγωγής, 2011).

Το αίμα της μητέρας, είναι η πρώτη ύλη της δόμησης του παιδιού (μέσα από την πλακούντια κυκλοφορία), πρέπει λοιπόν να του προσφέρει όλα τα χρήσιμα στοιχεία. Σημαντική είναι γι' αυτό η υγιεινή διατροφή της εγκύου αλλά και η εσωτερική της γαλήνη και χαρά. Άλλες ορμόνες εκκρίνονται στο αίμα όταν ο άνθρωπος είναι χαρούμενος, αισιόδοξος και ευτυχής όπως: οι ενδορφίνες, η ωκυτοκίνη και οι « ορμόνες της αγάπης », που επιτρέπουν τη σωστή διάπλαση του εμβρύου και άλλες που καταστρέφουν στοιχεία όταν ο άνθρωπος είναι δυστυχής, όπως για παράδειγμα η αδρεναλίνη και οι κατεχολαμίνες. Μέσα από τις ορμόνες της μητέρας (που κατακλύζουν το έμβρυο μέσα από την πλακούντια κυκλοφορία) επαναλαμβάνονται σε αυτό οι ίδιες ψυχικές καταστάσεις της και του δημιουργούν ήδη προδιαθέσεις για μια ίδια ψυχοσύνθεση, λυπημένη, απαισιόδοξη, νωχελική, τεμπέλικη ή αισιόδοξη, εργατική, δημιουργική, ως πρώτα ισχυρά εντυπώματα. Όπως βεβαιώνει λοιπόν ο Michel Odent, «Δεν υπάρχει σπουδαιότερη προτεραιότητα από την ορθή διατροφή και την ευδιάθετη ψυχική κατάσταση της εγκυμονούσας».

Το παιδί στη μήτρα όμως δομείται, όχι μόνο με το αίμα και τις ορμόνες αλλά και με τις ενέργειες της μητέρας του, που παράγονται από τις εναλλασσόμενες εντυπώσεις, σκέψεις, συγκινήσεις και βιώματα της. Η λύπη και η αγωνία της διαταράσσουν την αρμονική δόμηση των οργάνων του, ενώ η χαρά, η γαλήνη, η αγάπη, η ελπίδα και η αισιοδοξία της αποτελούν το πιο

κατάλληλο δομικό υλικό για το σχηματισμό προπαντός του εγκεφάλου αλλά και του νευρικού του συστήματος, του ενδοκρινικού και του ανοσοποιητικού. Τα θετικά συναισθήματα και εντυπώσεις της μητέρας τροφοδοτούν αδιάλειπτα με όλα τα μέταλλα και ιχνοστοιχεία το έμβρυο ώστε να δομηθεί τέλεια και ολοκληρωμένα ο σκελετός του, τα όργανα του και τα εγκεφαλικά κέντρα. Αντίθετα όταν κυριαρχούν τα αρνητικά συναισθήματα στη μητέρα, η τροφοδοσία του εμβρύου είναι ασυνεχής και η ροή των στοιχείων στα κέντρα και τα όργανα του είναι διακοπτόμενη, με αποτέλεσμα την ελλιπή δόμησή. Αν για ένα χρονικό διάστημα η τροφοδοσία του εμβρύου δεν είναι συνεχής, αυτό οδηγεί αναπόφευκτα σε ατελή έως και προβληματική ανάπτυξη του νέου οργανισμού και ασθένειες μπορεί να εκδηλωθούν αργά ή γρήγορα (Ελληνική Εταιρία Προγεννητικής Αγωγής, 2011).

Έρευνες απέδειξαν ότι το έμβρυο είναι μία έλλογη συνειδητή ύπαρξη, ήδη από την πρώτη γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζώαριο. Έχει αισθήσεις, συναισθήματα και μνήμη. Όλα όσα σκέπτεται, αισθάνεται και δέχεται μέσα της η μητέρα και μέσα από αυτήν ο πατέρας και το περιβάλλον, το έμβρυο τα αισθάνεται και τα ζει την ίδια στιγμή μαζί της. Επιπλέον, είναι αποδεδειγμένο ότι το έμβρυο αισθάνεται το χάδι της μητέρας, του πατέρα επάνω στην κοιλιά, ότι ακούει τους ήχους, τη μουσική, τον καρδιακό, τη φωνή της μητέρας, του πατέρα.. (Α. Α. Tomatis, 2000).

Ο σύγχρονος νέος κλάδος της Επιγενετικής έχει τελείως απομακρυνθεί από την παλαιά αντίληψη της μονοκρατορίας των γονιδίων και ήδη δέχεται ότι το περιβάλλον της μήτρας, δηλαδή οι σκέψεις, τα συναισθήματα, τα βιώματα μητέρας και πατέρα, αλλά και οι ήχοι, οι εικόνες, η μουσική, η διατροφή και η φυσική ζωή της μητέρας, υπερισχύει στη διαμόρφωση της υγείας, του χαρακτήρα, των ιδιοτήτων, ικανοτήτων, χαρισμάτων του παιδιού που θα γεννηθεί. Πιστεύεται λοιπόν, ότι το περιβάλλον κι όχι τα γονίδια καθορίζουν την φυσική και ψυχοπνευματική ιδιοσυγκρασία του παιδιού (Ελληνική Εταιρία Προγεννητικής Αγωγής, 2011).

Η κακή ψυχική κατάσταση της εγκύου επηρεάζει αδιαμφισβήτητα και τη διατροφή της. Η διατροφή της εγκύου επιδρά σημαντικά στην υγεία του παιδιού από την εμβρυϊκή μέχρι και την ενήλικη ζωή του. Πολυάριθμες μελέτες αποδεικνύουν ότι το έμβρυο επηρεάζεται από την έκθεση της μητέρας του σε διάφορους παράγοντες, μεταξύ των οποίων και οι διατροφικοί. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να οδηγήσει το παιδί σε μόνιμες μεταβολές, όπως αλλαγές στον μεταβολισμό και

στο σύστημα των ορμονών του, γεγονός που το καθιστά ευάλωτο σε διάφορα νοσήματα στην ενήλικη ζωή του (Geraghty, 2015).

Μελέτες έχουν δείξει ότι το χαμηλό βάρος γέννησης του παιδιού σχετίζεται με υπέρταση, αντίσταση στην ινσουλίνη, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, δυσλιπιδαιμία και κεντρική παχυσαρκία στην ενήλικη ζωή. Ενώ άλλες μελέτες έχουν καταλήξει στο ότι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (Tobias DK et al, 2012), το μεταβολικό σύνδρομο (Krakowiak P et al 2012), καθώς και τα καρδιαγγειακά νοσήματα στους ενήλικες μπορεί να ευθύνονται στην εμβρυϊκή υπεργλυκαιμία ή υπερινσουλιναίμια, ως αποτέλεσμα της υπερβολικής σίτισης της μητέρας στην εγκυμοσύνη. Η παχυσαρκία της μητέρας λόγω της υπερβολικής και μη υγιεινής διατροφής της στην εγκυμοσύνη έχει αρνητικές συνέπειες στο έμβρυο και στην μετέπειτα ζωή του. Οι πιο συνηθισμένες επιπλοκές είναι: (Χαράτση Ε., & Χρέλιας Γ., 2013).

1. Αιφνίδιος ανεξήγητος θάνατος
2. Συγγενείς καρδιοπάθειες
3. Συγγενείς ανωμαλίες του κεντρικού νευρικού συστήματος (δισχιδής ράχη)
4. Άλλες ανωμαλίες (υδροκεφαλία, ατρησία πρωκτού, υποσπαδία, πολυκυστικοί νεφροί, ομφαλοκήλη, διαφραγματοκήλη)
5. Μακροσωμία
6. Μεταβολικό σύνδρομο και αυξημένος κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου στο μέλλον

Η υποθρεψία της μητέρας στην εγκυμοσύνη και ο χαμηλός δείκτης μάζας του σώματος της σχετίζεται επίσης με πολλές επιπλοκές κατά την κύηση, όπως το ολιγοϋδράμνιο, η υπολείπουσα ανάπτυξη του εμβρύου και το χαμηλό βάρος γέννησης του (WHO, 2016). Επίσης, η ανεπαρκής πρόσληψη τροφής της μητέρας στην εγκυμοσύνη αυξάνει τον κίνδυνο για πρόωρο τοκετό, για νεογνό με χαμηλό βάρος γέννησης για την ηλικία της κύησης (Li, N., et al, 2013).

Η κακή ψυχική κατάσταση της μητέρας στην εγκυμοσύνη μπορεί, πέρα από την ανθυγιεινή διατροφή, να την οδηγήσει και σε άλλες ανθυγιεινές συνήθειες όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και την χρήση ουσιών, γεγονός που έχει σοβαρές επιπτώσεις και στη δική υγεία και αλλά και στο εμβρύο. Τα έμβρυα των εγκύων που καπνίζουν έχουν 2,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συγγενείς ανωμαλίες, όπως λαγώχειλο λυκόστομα και ανωμαλίες του κεντρικού νευρικού συστήματος. Κατά τη διάρκεια της κύησης, με τη συνηθισμένη εξέταση των υπερήχων έχει παρατηρηθεί σημαντική μείωση των αναπνευστικών κινήσεων του εμβρύου. Επιπλέον, το

σύνδρομο του αιφνίδιου νεογνικού θανάτου είναι σύνηθες στις περιπτώσεις που η έγκυος μητέρα κάπνιζε στην εγκυμοσύνη (Οι επιπτώσεις του καπνού στην σύλληψη, ηλεκτρ. άρθρο). Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με μια πληθώρα πιθανών προβλημάτων κατά τη διάρκεια της κύησης αλλά και μετά τον τοκετό. Οι επιπτώσεις από την κατάχρηση αλκοόλ στο παιδί μπορεί να είναι: (EMCDDA, 2012).

- (α) χαμηλό βάρος του βρέφους κατά τη γέννηση,
- (β) αποβολή
- (γ) περιγεννητική θνησιμότητα
- (δ) εμβρυϊκή νοσηρότητα
- (ε) πρόωρο τοκετό
- (στ) αναπτυξιακή ανεπάρκεια του εμβρύου
- (ζ) νεογνικό στερητικό σύνδρομο
- (η) αναπτυξιακές δυσκολίες κατά την παιδική ηλικία.

Η χρήση ουσιών κατά την εγκυμοσύνη αυξάνει κατά πολύ την πιθανότητα διακοπής της κύησης κατά τα πρώιμα στάδια αυτής, καθώς και την πιθανότητα ρήξης του πλακούντα. Επιπλέον, σε έγκυες που κάνουν χρήση ουσιών έχει βρεθεί αυξημένος αριθμός θνησιγένειας, νεογνικού θανάτου και βρεφικού συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου. Οι πιθανότητες για πρόωρα και μακροσωμικά νεογνά αυξάνονται. Επίσης, η χρήση κοκαΐνης, οπιοειδών και άλλων ναρκωτικών ουσιών κατά την κύηση, μπορεί συχνά να οδηγήσει σε στερητικό σύνδρομο των νεογνών. Τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου στα νεογνά είναι: σημάδια ευερεθιστότητας του κεντρικού νευρικού συστήματος, γαστρεντερικές δυσλειτουργίες, αναπνευστικά προβλήματα και άλλα πιο ήπια συμπτώματα όπως φτέρνισμα και πυρετός (EMCDDA, 2012).

6. Επιλόχεια Κατάθλιψη και Νεογνό

6.1. Ορισμός

Η Επιλόχεια Κατάθλιψη είναι μια καταθλιπτική διαταραχή της ψυχικής υγείας του ατόμου. Είναι από τις πιο συχνές διαταραχές που αντιμετωπίζονται από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και από τους μαιευτήρες – γυναικολόγους ιατρούς. Σύμφωνα με την ιατρική βιβλιογραφία η Επιλόχεια Κατάθλιψη αναφέρθηκε πρώτη φορά το 1858, αλλά είχε αναγνωριστεί ήδη από την εποχή του Ιπποκράτη, το 400 π.Χ, ο οποίος υπέθεσε ότι οι καταθλίψεις κατά τη διάρκεια της λοχείας οφείλονταν στη συλλογή αίματος στους μαστούς, στα δίδυμα και στα νόθα. Η Επιλόχεια Κατάθλιψη συμβαίνει, σύμφωνα με τα αποτελέσματα διεθνών ερευνών, στο 10 – 15 % των λεχωϊδων και ξεκινάει τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό. Η διάρκεια της είναι συνήθως για μήνες και απαιτεί ψυχολογική και φαρμακευτική παρέμβαση. Παράγοντες που έχουν συνδεθεί με την Επιλόχεια Κατάθλιψη είναι η κληρονομικότητα, η ύπαρξη προηγούμενων επεισοδίων κατάθλιψης, οι ορμονικές μεταβολές, η ύπαρξη ψυχοπαιστικών συνθηκών και γεγονότων, οι κοινωνικές παράμετροι, κλπ (Eby, L. & Brown, N., 2010)

6.2. Επιδημιολογιά

Σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης υπολογίζεται ότι μια νέα μητέρα έχει πάρα πολλές πιθανότητες να εμφανίσει αυτή τη διαταραχή. Υπολογίζεται ότι μια στις δέκα λεχωϊδες εμφανίζει επιλόχεια κατάθλιψη χωρίς προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό ενώ αν υπάρχει ιστορικό κατάθλιψης τότε το ποσοστό ανέρχεται μία στις τέσσερις λεχωϊδες. Εάν έχει προηγηθεί επιλόχεια κατάθλιψη μετά από προηγούμενο τοκετό τότε μία στις δύο λεχωϊδες εμφανίζει αυτό το είδος κατάθλιψης. Γενικά το ποσοστό εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης κυμαίνεται από 10-20% των λεχωϊδων. Για τις ενήλικες μητέρες, το ανώτερο ποσοστό ανέρχεται σε 26%. Το 60% των γυναικών αυτών, είναι το πρώτο τους καταθλιπτικό επεισόδιο. Στις πρωτοτόκες ο κίνδυνος εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης είναι διπλάσιος. Οι γυναίκες που πριν την εγκυμοσύνη εμφάνιζαν διαρκή προβλήματα ψυχικής υγείας, πρέπει κατά τη διάρκεια αυτής να αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερη προσοχή. Στις γυναίκες αυτές, υπάρχει πολύ μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ένα νέο επεισόδιο ψυχικής διαταραχής μετά τον τοκετό παρά για όλη

την υπόλοιπη διάρκεια της ζωής της. Οι γυναίκες εμφανίζουν δεκαέξι φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εισαχθούν σε ψυχιατρική κλινική εξαιτίας της επιλόχειου ψύχωσης, δέκα φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή και πενταπλάσιο κίνδυνο να εμφανίζουν μη ψυχωσική κατάθλιψη μετά τον τοκετό και να παραπεμφθούν σε ψυχίατρο. (Μωραΐτου, Μ., 2004)

6.3. Συναισθηματικές Αλλαγές κατά τη Λοχεία

Τα συμπτώματα της επιλόχειου κατάθλιψης συνήθως εμφανίζονται δύο με τρεις εβδομάδες έως και μερικούς μήνες μετά τον τοκετό. Αν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα η κατάσταση μπορεί να διαρκέσει μέχρι και δύο χρόνια. Συχνά προηγείται επεισόδιο επιλόχειας ακεφιάς (postpartum blue). Σύμφωνα με τη μελέτη των Kumar και Robson (1984), η περίοδος που είναι πιο πιθανό οι γυναίκες να εκδηλώσουν επιλόχεια κατάθλιψη είναι οι πρώτοι δύο με τρεις μήνες μετά τον τοκετό. Σύνηθες είναι οι γυναίκες που ταλαιπωρούνται από επιλόχεια κατάθλιψη να μην αντιλαμβάνονται ότι πάσχουν από τη διαταραχή. Αυτό αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στη διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης καθώς οι γυναίκες αδυνατούν να αξιολογήσουν τον εαυτό τους και δεν εκφράζουν εύκολα να συμπτώματα τους αν δεν τις ρωτήσουν (Μωραΐτου, Μ., 2004).

Συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης στη γυναίκα μπορεί να είναι έντονη θλίψη, άρνηση ενασχόλησης με το παιδί ή επιθετικότητα προς αυτό, διαταραχές ύπνου, διαταραχές διατροφής και απρόσμενες διακυμάνσεις βάρους, απώλεια ευχαρίστησης σε πράγματα που προηγουμένως την ευχαριστούσαν και ιδιαίτερη ευσυγκινησία. Συμπτώματα που διαρκούν περισσότερο από 2 εβδομάδες και εμφανίζονται έως και 6 μήνες μετά τον τοκετό είναι αυτά βγάζουν τη διάγνωση και συνήθως είναι τα εξής: (Χριστοδούλου, Γ. & συν., 2000) έλλειψη καλής διάθεσης, συχνά κλάματα, άγχος και συναισθηματικές μεταπτώσεις, έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που προηγουμένως της έδιναν ευχαρίστηση. Αλλαγές και δυσκολία στον ύπνο, ελάττωση ενεργητικότητας, αδράνεια, ατονία. Ιδιαίτερα συχνό σύμπτωμα είναι η απουσία ενδιαφέροντος για το νεογνό και για τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες. Έλλειψη αυτοπεποίθησης και ικανότητας. Μειωμένο ενδιαφέρον για το σεξ. Αισθήματα απόρριψης. Μείωση ή απώλεια της όρεξης με αποτέλεσμα και του βάρους. Η μητέρα νόθει ότι αδυνατεί να ανταπεξέλθει στις

καθημερινές υποχρεώσεις της φροντίδας για το νεογνό ή και για τα υπόλοιπα παιδιά. Αισθήματα ενοχής. Δυσκολία συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων. Πονοκέφαλοι, ταχυπαλμία, πόνοι στο στήθος, μούδιασμα ή ζαλάδα είναι συχνά σωματικά συμπτώματα λόγω άγχους. Σκέψεις για αυτοκαταστροφή, για θάνατο ή αυτοκτονία. Σκέψεις πρόκλησης βλάβης στο μωρό ή τα άλλα παιδιά της. Μπορεί να αισθάνεται έντονο φόβο ότι θα προκαλέσει βλάβη στο μωρό. Μπορεί να έχει ψευδαισθήσεις, δηλαδή να ακούει ήχους, φωνές ή να βλέπει πρόσωπα και πράγματα που δεν υπάρχουν. Μία μητέρα που είναι καταθλιπτική, δεν μπορεί να ασχοληθεί με το μωρό της ώστε να ανταποκριθεί στις ανάγκες του, ενώ μπορεί να της προκαλούν εκνευρισμό αυτές οι ανάγκες με πιθανότητα μέχρι και να το κακοποιήσει. Ιδιαίτερα αξιοσημείωτο είναι ότι συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης παρουσιάζονται όχι μόνο σε βιολογικές μητέρες αλλά και σε αυτές που υιοθετούν ένα παιδί, όπως και στους άνδρες μετά τη γέννηση του παιδιού τους. Η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να έχει επιπτώσεις σε όλη την οικογένεια (Ιατράκη, Γ.Μ., 2009).

6.4. Αιτιολογικοί Παράγοντες και Παράγοντες Κινδύνου

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η αιτιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης είναι πολυπαραγοντική. Σύμφωνα με τις σχετικές έρευνες, πιθανοί παράγοντες που εμπλέκονται στην αιτιολογία της νόσου είναι γενετικοί, βιολογικοί, ψυχοκοινωνικοί, γνωστικοί, και εκείνοι που συνδέονται με διάφορες στρεσογόνες καταστάσεις της ζωής. Οι αιτιολογικοί παράγοντες που ενδεχομένως συμμετέχουν στην εμφάνιση μιας επιλόχειας κατάθλιψης μπορεί είναι πολλοί, τα συμπεράσματα όμως της έρευνας δεν συμφωνούν πάντοτε, γιατί σε αντίθεση με τους παράγοντες κινδύνου η αιτιολογία της κατάθλιψης μετά τον τοκετό παραμένει αινιγματικό (Μωραΐτου, Μ., 2004). Συνοψίζοντας και όπως υποστήριξε ο Inwood (1999), οι κυριότεροι παράγοντες που φαίνεται να παίζουν ρόλο στην εμφάνιση της νόσου είναι :

1. Η ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού της γυναίκας ιδιαίτερα, προηγούμενα επεισόδια επιλόχειας κατάθλιψης ή διπολικής διαταραχής.
2. Η εγκυμοσύνη και ειδικά στις πρωτοτόκες, καθώς φυσικά και η διατήρηση μιας ανεπιθύμητης απο την μητέρα κύησης.
3. Η απουσία κοινωνικής υποστήριξης σε συνδιασμό με την εξάρτηση της λεχωίδος από τον σύντροφο και τους γονείς και το αίσθημα ανικανότητας.
4. Η κακή σχέση ιδιαίτερα με τον πατέρα του παιδιού αλλά και με τους γονείς.

7. Επιδράσεις και Επιπτώσεις Επιλόχειας Κατάθλιψης στο Νεογνό

Η επιλόχεια κατάθλιψη της μητέρας μπορεί να εμφανίσει σοβαρές επιπτώσεις και στο νεογνό. Μελέτες υποστηρίζουν πως η μη έγκυρη αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης έχει έντονες επιπλοκές στη σωματική και ψυχική υγεία του παιδιού αλλά και διαφορετικές στα κορίτσια από τα αγόρια. Τα κορίτσια εμφανίζουν έντονη επιθετικότητα και υπερκινητικότητα ενώ αγόρια έχουν καθυστερημένη σωματική και γνωστική ανάπτυξη. Επίσης μελέτες έχουν δείξει ότι τα αγόρια είναι πιο ευάλωτα στις επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης (Kurstjens, S., & Wolke, D., 2001). Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα αγόρια που μεγαλώνουν με μια καταθλιπτική μητέρα εμφανίζουν μειωμένη απόδοση στις επιδόσεις στο σχολείο. Με την έγκυρη και σωστή αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης τα παραπάνω προβλήματα μπορούν να εξαλειφθούν (Cooper, P.J., et al, 2003).

Έρευνες που έγιναν σε λεχωίδες σε υποανάπτυκτες χώρες έδειξαν ότι τα τέκνα των μητέρων που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη είναι λιποβαρή σε σύγκριση με αυτών των μητέρων που δεν πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη. Αυτό συμβαίνει διότι η ίδια η μητέρα νιώθει κούραση, δυσκολία συγκέντρωσης, απώλεια ενδιαφέροντος για τις καθημερινές δραστηριότητες με συνέπειες να μην έχει την διάθεση να θηλάσει το μωρό της (Patel, V., et al, 2003).

Μία μητέρα που πάσχει από επιλόχειο κατάθλιψη δεν μπορεί να δημιουργήσει ποιοτική σχέση με το παιδί της. Η έλλειψη φροντίδας και ενασχόλησης με το παιδί είναι σημαντικοί παράγοντες εμφάνισης μελλοντικών ψυχικών διαταραχών (Weich et al., 2009), (Stewart & Shrader-Mcmillan, 2011), (Santos, 2014). Εφόσον οι μητέρες με επιλόχειο κατάθλιψη αδυνατούν να αναλάβουν τη φροντίδα του παιδιού τους, δυσκολεύονται και στον θηλασμό (Hahn-Holbrook et al., 2013), (Bauer et al., 2014), (Borra et al., 2014). Αυτή η δυσχερής σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ μητέρας και παιδιού δεν καλύπτει τις συναισθηματικές του ανάγκες σε αυτό το πρώιμο αναπτυξιακό του στάδιο. Τα βρέφη των οποίων η μητέρα πάσχει από επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζουν συχνά διαταραχές με τον θηλασμό, αποφευκτικές συμπεριφορές π.χ. αποστροφή του βλέμματος και του σώματος, δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθημάτων, προβλήματα στη σίτιση και στην ανάπτυξη (Lanes et al., 2011). Οι διαταραχές του άγχους της μητέρας μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη του παιδιού. Διαταραχές όπως η ιδεοψυχαναγκαστική,

ενδέχεται να προκαλέσουν έντονες δυσχέρειες στο δέσιμο μητέρας- παιδιού (Brandes et al., 2004).

Σχετική έρευνα έδειξε ότι τα βρέφη των γυναικών που στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης εμφάνιζαν πιο υψηλά κορτιζόλης, έκλαιγαν συχνότερα, εμφάνιζαν εκφράσεις δυσφορίας στο πρόσωπο τους, και εμφάνιζαν δύσκολη ψυχοσύνθεση κυρίως το πρώτο δίμηνο της ζωής τους (de Weerth et al, 2006). Επιπλέον, τα βρέφη των γυναικών που πάσχουν από σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή εμφανίζουν σοβαρές επιπλοκές και κυρίως πρόωρο τοκετό και χαμηλό βάρος γέννησης (Howard, 2005), (Jablensky et al., 2005).

Τα παιδιά των γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη δημιουργούν ανασφαλή και αποφευκτικό δεσμό, αντιμετωπίζουν δυσκολίες γνωστικές, λεκτικές, συναισθηματικές και κοινωνικές κατά την πορεία της ανάπτυξής τους (Davey et al., 2011), (Lanes et al., 2011). Πιο συγκεκριμένα τα παιδιά των γυναικών που εμφάνισαν ψυχική διαταραχή κατά την εγκυμοσύνη και κατά τη διάρκεια της λοχείας, είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν ψυχιατρικές διαταραχές στην ηλικία των έξι ετών αλλά και σε πιο μεγάλη ηλικία. (Santos I. S, 2014).

Εκτός από τις συνέπειες των ψυχιατρικών συμπτωμάτων της μητέρας στο παιδί, τα παιδιά αυτών των καταστάσεων είναι συνήθως εκτεθειμένα και σε άλλους παράγοντες κινδύνου όπως χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας, μονογονεϊκές οικογένειες, βία και κακοποίηση από κάποιον σύντροφο, η μικρή (εφηβική) ηλικία της μητέρας κ.λ.π, γεγονότα που επιβαρύνουν την κατάσταση (Santos I. S, 2014).

8. Ο ρόλος της μαίας στην περιγεννητική και επιλόχεια κατάθλιψη

Ο επίσημος ορισμός της μαίας υιοθετήθηκε το 1972 από τη Διεθνή Συνομοσπονδία Μαιών (International Confederation of Midwives–ICM, 2016) και τη Διεθνή Ομοσπονδία Γυναικολόγων/Μαιευτήρων (International Federation of Gynecology and Obstetrics –FIGO) και το 1973 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), ενώ αναθεωρείται σε ανά ταχτά χρονικά διαστήματα στα παγκόσμια συνέδρια των μαιών - μαιευτών.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) υποστηρίζει την παροχή «εξειδικευμένης φροντίδας σε κάθε γέννηση» από διαπιστευμένο επαγγελματία υγείας, όπως η μαία, ο γιατρός ή η νοσοκόμα που έχει εκπαιδευτεί για τη διαχείριση των απλών εγκυμοσύνων, των παραδόσεων και της άμεσης μεταγεννητικής περιόδου. Οι ειδικευμένοι βοηθοί γέννησης πρέπει επίσης να είναι σε θέση να προσδιορίσουν τις επιπλοκές και να λάβουν έγκαιρη βοήθεια έκτακτης ανάγκης. Οι μαίες παρέχουν όλες αυτές τις υπηρεσίες και πολλά άλλα. Ωστόσο, δεν παραδίδουν μόνο μωρά. Παρέχουν επίσης ολοκληρωμένες υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην προώθηση της υγείας στις κοινότητές τους. Ως μέλη των κοινοτήτων τους, είναι επίσης σε θέση να παρέχουν πολιτισμικά ευαίσθητη φροντίδα που είναι πιο πιθανό να έχει μόνιμο αντίκτυπο. Ο ρόλος της μαίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) πρέπει να είναι διακριτός, αυτόνομος, και απαραίτητος. Οι αρμοδιότητες της μαίας επίσης πρέπει να έχουν στόχο την υγεία των γυναικών και των οικογενειών τους. Η φροντίδα που παρέχει στην κοινότητα είναι ολιστική και αποδεδειγμένα αποτελεσματική για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στη γυναίκα και την οικογένειά την (WHO, 2010). Η συνεργασία της μαίας με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας της Π.Φ.Υ, προσφέρει υψηλή παροχή υπηρεσιών υγείας στη γυναίκα, στο νεογνό και την οικογένεια. Η μαία αναγνωρίζεται ως υπεύθυνη και ικανή επαγγελματίας, η οποία συνεργάζεται με τις γυναίκες προκειμένου να παρέχει την απαιτούμενη υποστήριξη, φροντίδα και συμβουλευτική κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας, διεξάγει τοκετούς με δική της ευθύνη και φροντίζει το νεογνό και το βρέφος.

Η φροντίδα αυτή περιλαμβάνει προληπτικά μέτρα, την προώθηση του φυσικού τοκετού, την έγκαιρη ανίχνευση επιπλοκών στη μητέρα και το παιδί και εκτίμηση για την κατάλληλη ιατρική

ή άλλη βοήθεια όπως υποστήριξη σε ψυχολογικό, σωματικό, συναισθηματικό και πνευματικό επίπεδο, καθώς επίσης και την εφαρμογή επειγόντων μέτρων. Το έργο της περιλαμβάνει την προγεννητική εκπαίδευση και την προετοιμασία για γονεϊκότητα, αλλά μπορεί να επεκταθεί στην υγεία των γυναικών (γυναικολογικά θέματα), στη σεξουαλική ή αναπαραγωγική υγεία και στην παιδιατρική φροντίδα. Η μαία μπορεί να ασκεί το λειτούργημά της σε οποιαδήποτε δομή, όπως το σπίτι, η κοινότητα, τα νοσοκομεία, οι κλινικές και οι μονάδες υγείας (ICM, 2014, International Code of Ethics for Midwives). Επιπλέον οι μαίες είναι υποχρεωμένες να διατηρούν το ιατρικό απόρρητο, το δικαίωμα της ιδιωτικότητας και την ελευθερία έκφρασης του ασθενή, ώστε να κερδίσουν την εμπιστοσύνη του.

Οι μαίες και οι επισκέπτες υγείας συναντούν καθημερινά κλινικές καταστάσεις, οι οποίες απαιτούν υψηλό επίπεδο διαπροσωπικής συμμετοχής. Οι μαίες καλούνται να απαντούν σε ερωτήσεις και να παρέχουν υποστήριξη σε γονείς που αφορούν την υγεία του αγέννητου παιδιού τους, αλλά πολύ συχνά να παρέχουν γενετική συμβουλευτική τόσο πριν, όσο και μετά τη γέννηση (Παπαθανασίου Ι., 2012).

Πρόληψη

Οι έννοιες-κλειδιά που καθορίζουν τον μοναδικό ρόλο της μαίας στην κοινότητα είναι: η σχέση συνεργασίας με τις γυναίκες για την προώθηση της αυτοφροντίδας και την προαγωγή της υγείας των μητέρων, των βρεφών και των οικογενειών τους, ο σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια για τις γυναίκες ως άτομα με πλήρη ανθρώπινα δικαιώματα, η συνηγορία υπέρ των γυναικών, ώστε να ακουστούν οι φωνές τους, η πολιτισμική ευαισθησία, η οποία περιλαμβάνει συνεργασία με τις γυναίκες και τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για να ξεπεραστούν οι πολιτιστικές πρακτικές που βλάπτουν τις γυναίκες και τα βρέφη και η έμφαση στην προαγωγή υγείας και την πρόληψη νοσημάτων, πάντα όμως υπό το όρο ότι η εγκυμοσύνη αποτελεί ένα φυσικό γεγονός της ζωής (ICM, 2014). Η κατάθλιψη της λοχείας πρέπει να αναλύεται από τις μαίες για να προετοιμάζονται οι νέοι γονείς σε περίπτωση που συναντήσουν πιθανά προβλήματα κατά την διάρκεια της λοχείας. Η μαία πρέπει να παρακολουθεί με προσοχή τη νέα μητέρα για συμπτώματα κατάθλιψης και να διενεργεί περαιτέρω έλεγχο αν κρίνει ότι είναι απαραίτητο. Η οικογένεια πρέπει να εκπαιδευτεί ώστε να αναγνωρίζει τα συμπτώματα και να απευθύνεται για

αναζήτηση βοήθειας. Αν πριν την έξοδο της γυναίκας από το νοσοκομείο, διαπιστωθεί από την μαία ότι η γυναίκα διατρέχει κίνδυνο κατάθλιψης, τότε μπορεί να αναζητήσει σύμβουλο ψυχικής υγείας.

Εξίσου σημαντικό στα πλαίσια της πρόληψης είναι οι επισκέψεις στο σπίτι από μαίες και ειδικούς σε θέματα υγείας κατά την περίοδο της λοχείας. Οι επισκέψεις μπορούν να μειώσουν τις επιπλοκές και την επίπτωση της επιλόχειας κατάθλιψης. Επιπλέον η επίσκεψη στο σπίτι ή μια τηλεφωνική επικοινωνία με τη μητέρα έστω και μια φορά πριν την επίσκεψη στο νοσοκομείο, μπορούν να σώσουν τη ζωή της και του νεογνού της. Η μαία μπορεί να συνεργαστεί με το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον της γυναίκας, για να τους μάθει πως να βοηθούν την γυναίκα με την φροντίδα του νεογνού και να αναγνωρίζουν σημεία κατάθλιψης. Το αντίστροφο πρέπει να γίνει και στην περίπτωση που ο σύντροφος βιώνει καταστάσεις άγχους, φόβου, έτσι ώστε να γνωρίζει πως να αναγνωρίσει και να διαχειριστεί μια τέτοια κατάσταση.

Η μαία που ασχολείται με τη φροντίδα της γυναίκας πρέπει να κάνει συχνά τηλεφωνήματα ή επισκέψεις στο σπίτι για εκτίμηση και να δίνει συμβουλές. Οι κοινοτικές υπηρεσίες που μπορούν να φανούν χρήσιμες είναι αυτές που αφορούν την προσωρινή φροντίδα ή φροντίδα του παιδιού, όπως οι υπηρεσίες οικιακής βοήθειας, κοινωνικής πρόνοιας, πρόγραμμα δωρεάν γευμάτων στο σπίτι, τα κέντρα καθοδήγησης γονέων, τα προγράμματα ημερησίας εξόδου της μητέρας, οι ομάδες τηλεφωνικής υποστήριξης και άλλα υποστηρικτικά προγράμματα (Κάτσης Π., Μπράτης Π., 2016). Η μαία με κάποιες παρεμβάσεις και με ένα σχέδιο φροντίδας μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη της κατάθλιψης της λοχείας. Οι υπηρεσίες που μπορεί να προσφέρει η μαία και ο μαιευτή στην κοινότητα περιλαμβάνει:

- Προώθηση της φυσικής και ψυχικής υγείας της μητέρας, του νεογνού και της οικογένειας ως μονάδων της κοινωνίας.
- Ολιστική περιγεννητική φροντίδα στην κοινότητα (κύηση, τοκετός, λοχεία) με αποτέλεσμα την προαγωγή ασφαλούς μητρότητας και ικανοποίηση των ιδιαίτερων αναγκών.
- Εφαρμογή διεθνών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών για την παρακολούθηση και κλινική αξιολόγηση της πορείας της κύησης, του τοκετού και της λοχείας, βελτίωση της ποιότητας του δικτύου υπηρεσιών υγείας και των περιγεννητικών δεικτών

νοσηρότητας και θνησιμότητας, μείωση του ποσοστού καισαρικής τομής, αύξηση του ποσοστού μητρικού θηλασμού κ.ά.

- Προγεννητικό έλεγχο και έγκαιρη επισήμανση των παρεκκλίσεων από τη φυσιολογική φυσική και ψυχική πορεία με άμεση παραπομπή, όπου είναι αναγκαίο.
- Ομάδες εγκύων για προετοιμασία για την γονεϊκότητα (ψυχοπροφυλακτική, ανώδυνος τοκετός), προαγωγή του φυσικού τοκετού και ενθάρρυνση των επιστημονικά αποδεκτών μεθόδων για τη φροντίδα και τη διατροφή του νεογνού και προώθηση της ανάπτυξης μιας υγιούς σχέσης γονέων – νεογνού.
- Συνταγογράφηση (εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων, φαρμάκων) τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης, του τοκετού και της λοχείας, αλλά και σε οποιαδήποτε περίοδο της ζωής της γυναίκας με στόχο την προαγωγή της υγείας των γυναικών και παιδιών τους. (Βιβιλάκη, Β., 2007)

Διάγνωση

Όταν υπάρχει υποψία κατάθλιψης αυτό που πρέπει να κάνει η μαία είναι να ρωτήσει την γυναίκα για το πώς αισθάνεται. Για παράδειγμα αν έχει σκεφτεί ποτέ να βλάψει τον εαυτό της ή το μωρό της. Υπάρχουν 4 κριτήρια για την εκτίμηση της βαρύτητας ενός σχεδίου αυτοκτονίας: 1) η μέθοδος αυτοκτονίας, 2) η διαθεσιμότητα του παράγοντα, 3) η εξειδίκευση της μεθόδου και 4) το πόσο θανατηφόρα είναι αυτή. Έχει προσδιορίσει η γυναίκα τη μέθοδο; Είναι διαθέσιμη η συγκεκριμένη μέθοδος; Πόσο συγκεκριμένο είναι το σχέδιο; Εάν η μέθοδος είναι συγκεκριμένη και λεπτομερής και με εύκολη πρόσβαση, οι κίνδυνοι αυτοκτονίας αυξάνονται. Πόσο θανατηφόρα είναι η μέθοδος; Η πιο θανατηφόρα μέθοδος είναι ο πυροβολισμός και ακολουθεί ο απαγχονισμός. Η λιγότερο θανατηφόρα είναι διατομή των φλεβών. Η γυναίκα μπορεί επίσης να λάβει υπερβολική δόση φαρμάκων (Λυκερίδου, Α., Δελτσίδου, Α., 2013). Τα βήματα που ακολουθεί η μαία/τής για την εκτίμηση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι τα εξής:

- Παρατηρεί για σημεία κατάθλιψης.
- Ακούει προσεκτικά και δείχνει ενδιαφέρον για την γυναίκα, διότι είναι πιθανό να μην ενημερώσει από μόνη της για την κατάστασή της.

- Χρησιμοποιεί κατάλληλα ερωτηματολόγια να προσδιοριστεί το επίπεδο διάθεσης, του ύπνου, της όρεξης, της κόπωσης και την ικανότητα συγκέντρωσης της.
- Χρησιμοποιεί εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου για να εκτιμήσει τα συμπτώματα της κατάθλιψης. (Lintner & Gray, 2006)

Επίσης κάποιες παραμέτρους που πρέπει να προσέξει η μαία για την διάγνωση της κατάθλιψης στην λοχεία, είναι οι ακόλουθες:

- Περιστασιακή χαμηλή αυτοεκτίμηση της μητέρας που σχετίζεται με εντάσεις που συνδέονται με τις αλλαγές των ρόλων.
- Μειωμένη ικανότητα αντιμετώπισης των υποχρεώσεων της οικογένειά της.
- Κίνδυνος διαταραχής της γονεϊκής λειτουργίας, που σχετίζεται με ανικανότητα προσκόλλησης μητέρας-νεογνού
- Κίνδυνος βλάβης του νεογνού που σχετίζεται με την κατάθλιψη της μητέρας (παραμέληση των αναγκών του παιδιού για υγιεινή, διατροφή και ασφάλεια) και την απέκκριση ψυχοτρόπων φαρμάκων στο μητρικό γάλα (Κάτσης Π., Μπράτης Π., 2016).

Οι γυναίκες οι οποίες έχουν μέτρια έως βαριά κατάθλιψη της λοχείας πρέπει να παραπέμπονται σε ψυχοθεραπευτή, όπως η εξειδικευμένη μαία/νοσηλεύτρια ψυχικής υγείας, για αξιολόγηση και θεραπεία, ώστε να αποφευχθούν οι επιδράσεις της κατάθλιψης της λοχείας στη γυναίκα και στις σχέσεις της με τον σύντροφό της, το νεογνό και τα άλλα παιδιά της (Lintner & Gray, 2006). Πιθανόν να απαιτείται εισαγωγή στο ψυχιατρείο. Η απόφαση αυτή λαμβάνεται όταν απειλείται η ασφάλεια της μητέρα ή των παιδιών.

Στα πλαίσια της ανίχνευσης της επιλόχειας κατάθλιψης χρησιμοποιούνται από της μαίες/τές και άλλους επαγγελματίες υγείας, αυτοσυμπληρούμενα διαγνωστικά εργαλεία/κλίμακες. Αυτές οι κλίμακες περιλαμβάνουν σημαντικές πτυχές της λοχείας και βασικές διαστάσεις για την εμπειρία της μητρότητας και είναι οι εξής:

- EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)
- MAMA (Maternal Adjustment and Maternal Attitudes)

- SOC (Sense of Coherence).

Το EPDS μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ανεξάρτητη μεταβλητή, γιατί είναι ευρέως χρησιμοποιημένο εργαλείο για την εκτίμηση συμπτωμάτων στην λοχεία. Επίσης δεν υπάρχει κάποιο άλλο αντίστοιχο εργαλείο για την εκτίμηση της επιλόχειας κατάθλιψης στην ελληνική γλώσσα.

Κλίμακα Λοχειακής Κατάθλιψης του Εδιμβούργου [Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)]

Μετάφραση: Αγγελική Α. Λεονάρδου, Ιωάννης Μ. Ζέρβας, Θάλεια Δραγώνα Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Διευθ. Καθ. Γ. Παπαδημητρίου

Οδηγίες για τους χρήστες:

-Ζητείται από τη μητέρα να υπογραμμίσει την απάντηση που είναι πιο κοντά στο πως νιώθει τις 7 τελευταίες μέρες.

-Πρέπει να συμπληρωθούν και οι 10 κατηγορίες.

-Πρέπει να υπάρξει μέριμνα ώστε να αποφευχθεί η πιθανότητα η μητέρα να συζητήσει τις απαντήσεις της με άλλους.

-Η μητέρα πρέπει να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο η ίδια, εκτός αν δεν μιλά καλά ελληνικά ή έχει δυσκολία στην ανάγνωση.

- Το EPDS μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ελέγξει 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.

Όνομα:

Διεύθυνση:

Ηλικία του νεογνού:

Οδηγίες:

Σας παρακαλούμε να σημειώσετε με √ την απάντηση που ταιριάζει περισσότερο στο πως νιώθατε ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΕ, όχι μόνο στο πως νιώθετε αυτή τη στιγμή.

Εδώ σας δίνουμε ένα παράδειγμα:

Ένιωθα χαρούμενη

Ναι, συνεχώς	
Ναι, τον περισσότερο καιρό	√
Όχι πολύ συχνά	
Όχι, καθόλου	

Αυτό σημαίνει: Ένιωθα χαρούμενη τον περισσότερο καιρό κατά τη διάρκεια της εβδομάδας που πέρασε.

Παρακαλούμε συμπληρώστε τις υπόλοιπες ερωτήσεις με τον ίδιο τρόπο.

ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ:

1. Μπορούσα να γελάω και να βλέπω την αστεία πλευρά των πραγμάτων

Τόσο, Όσο μπορούσα πάντα	
Όχι πάρα πολύ πια	
Σίγουρα όχι και τόσο πια	
Καθόλου	

2. Προσδοκούσα διάφορα πράγματα με ευχαρίστηση

Τόσο, όσο μου συνέβαινε πάντα	
Κάπως λιγότερο από προηγουμένως	
Σίγουρα λιγότερο από προηγουμένως	
Καθόλου	

3.* Κατηγορούσα χωρίς λόγο τον εαυτό μου για ό,τι πήγαινε στραβά

Ναι, τον περισσότερο καιρό	
----------------------------	--

Ναι, αρκετά συχνά	
Όχι πολύ συχνά	
Όχι, καθόλου	

4. Ήμουν αγχωμένη ή ανήσυχη χωρίς συγκεκριμένο λόγο

Όχι, καθόλου	
Σπάνια	
Ναι, μερικές φορές	
Ναι, πολύ συχνά	

5.*Ενιωθα φόβο, πανικό χωρίς σπουδαίο λόγο

Ναι, πολύ συχνά	
Ναι, μερικές φορές	
Όχι πολύ	
Όχι, καθόλου	

6. *Δεν μπορούσα να ανταποκριθώ στις υποχρεώσεις μου

Ναι, τον περισσότερο καιρό δεν μπορούσα καθόλου να ανταπεξέλθω	
Ναι, μερικές φορές δεν τα κατάφερα τόσο καλά όσο παλιά	
Όχι, τον περισσότερο καιρό τα κατάφερα αρκετά καλά	
Όχι, τα κατάφερα τόσο καλά όπως πάντα	

7. *Ημουν τόσο κακόκεφη που είχα δυσκολία στον ύπνο

Ναι, τον περισσότερο καιρό	
Ναι, μερικές φορές	
Όχι, πολύ συχνά	
Όχι, καθόλου	

8. *Ένιωθα θλιμμένη ή δυστυχισμένη

Ναι, τον περισσότερο καιρό	
Ναι αρκετές συχνά	
Όχι, πολύ συχνά	
Όχι, καθόλου	

9. *Ημουν τόσο κακόκεφη που έκλαιγα

Ναι, τον περισσότερο καιρό	
Ναι αρκετές συχνά	
Μόνο μερικές φορές	
Όχι, καθόλου	

10.*Μου πέρασε η σκέψη να κάνω κακό στον εαυτό μου

Ναι, αρκετές συχνά	
Μερικές φορές	
Σχεδόν ποτέ	

Οι απαντήσεις βαθμολογούνται με 0, 1, 2, 3 με αύξουσα σειρά σύμφωνα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Οι ερωτήσεις που έχουν αστερίσκο (*) βαθμολογούνται αντίστροφα (3, 2, 1, 0). Η συνολική βαθμολόγηση προκύπτει από την απλή άθροιση και των δέκα απαντήσεων.

Η συνολική βαθμολόγηση ίση ή μεγαλύτερη του 10 αξιολογείται ως θετική (για τον κίνδυνο εμφάνισης ή/και παρουσίας κατάθλιψης) και χρήζει συμπληρωματικής ψυχιατρικής αξιολόγησης.

Η χρήση της κλίμακας είναι ελεύθερη με την προϋπόθεση της αναφοράς της πηγής προέλευσής της. Πηγή: Cox, et al, (1987).

Αντιμετώπιση

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η παρακολούθηση συνεδριών ψυχικής και σωματικής προετοιμασίας της εγκύου, βοηθά στη μείωση των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης. Σκοπός των μαθημάτων ψυχοσωματικής προετοιμασίας είναι να δοθούν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για θέματα που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό, και την λοχεία. Η μαία μπορεί να δώσει στην λεχωίδα με συμπτώματα κατάθλιψης, ένα κατάλογο που θα περιλαμβάνει οδηγίες αυτοφροντίδας, όπως συμβουλές διατροφής(μειωμένη όρεξη για φαγητό σε περιόδους κατάθλιψης), αποδοχής και κατανόησης από την οικογένεια, χαλάρωσης και πνευματικότητας (π.χ χαλαρωτικό μασάζ, άκουσμα αγαπημένης μουσικής), άσκησης (αερόβια, κολύμπι, γιόγκα).Επίσης αυτές οι οδηγίες μπορούν να δοθούν στα πλαίσια των μαθημάτων ψυχοσωματικής, εφόσον το επιθυμεί και η γυναίκα. (Μωραΐτου, Μ., 2007). Επίσης οι μαία πρέπει να παροτρύνει την μητέρα για την προσκόλληση με το νεογνό και την σωματική επαφή, διότι είναι η καλύτερη προσαρμογή από την ενδομήτρια στην εξωμήτρια ζωή (Ευτοκία, 2018). Οι γονείς πρέπει να ενθαρρύνονται να αγγίζουν το μωρό τους σε όλες τις δραστηριότητες φροντίδας. Οι στιγμές τρυφερής επαφής της μητέρας με το νεογνό είναι το όλες αυτές που έχουν γίνονται γύρω από την φροντίδα του, δηλαδή πλύσιμο, αλλαγμα, θηλασμός, χάρδια, αγκαλιές. Όλες μαζί βοηθούν το νεογνό να χτιστεί ο συναισθηματικός κόσμος του, το αίσθημα ασφάλειας και η καλή σχέση με το πρώτο του περιβάλλον. Αυτό είναι απαραίτητο για την φυσιολογική κοινωνική εξέλιξη του ατόμου. Η σωματική επαφή ειδικά τους πρώτους μήνες της ζωής δεν χρειάζεται όρια (Κάτσης Π., Μπράτης Π., 2016).

Πολλές φορές οι γυναίκες με ψύχωση της λοχείας αποτελούν επείγουσα ψυχιατρική περίπτωση και πρέπει να παραπέμπονται σε ψυχίατρο άμεσα, διότι ο ψυχίατρος μπορεί να χορήγησει φαρμακευτική αγωγή (π.χ ψυχοτρόπα όπως SSRI, TCAs, αναστολείς της MAO) αν κρίνεται απαραίτητο και είναι σε θέση να εκτίμησει αν χρειαστεί διακομιδή στο νοσοκομείο. Σε περίπτωση η γυναίκα εμφανίσει αυτοκτονικό ιδεασμό ή επιβλαβείς παραληρητικές ιδέες για το νεογνό και δεν επιθυμεί καμία θεραπεία, τότε κρίνεται απαραίτητη η νομική παρέμβαση για την εισαγωγή της σε νοσοκομείο. Εναλλακτικές μορφές θεραπείας μπορεί να είναι η γιόγκα, το μασάζ, τεχνικές χαλάρωσης, η ηλεκτροθεραπεία, η οποία χρησιμοποιείται στις γυναίκες που δεν παρουσιάζουν βελτίωση με τα αντικαταθλιπτικά και η ψυχοθεραπεία, είτε με την μορφή της ομαδικής, είτε με την ατομική θεραπεία (αυτοφροντίδα) σε συνδυασμό με τα αντικαταθλιπτικά. (Λυκερίδου, Α., Δελτσίδου, Α., 2013)

Η μαία επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με βάση την καλή φυσική κατάσταση της μητέρας και του νεογνού της, την ικανότητα της μητέρας και της οικογένειάς της να διαχειριστούν αποτελεσματικά την κατάσταση και του κάθε μέλους της οικογένειας να προσαρμόζεται σωστά στην παρουσία του νεογνού.

9. Συμπεράσματα-Προτάσεις

Από την παρούσα ανασκόπηση έγινε προσπάθεια να αναζητηθούν οι επικρατέστερες επιπτώσεις της περιγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης στην υγεία των γυναικών και των νεογνών. Όσον αφορά τη μητέρα, η κατάθλιψη στην εγκυμοσύνη και τη λοχεία επηρεάζει ολοκληρωτικά την ψυχική της κατάσταση και προκαλεί έντονες αλλαγές στη διάθεση της. Κυριεύεται από άγχος, φόβο, ανησυχία, ανασφάλειες που αφορούν την εξωτερική της εμφάνιση και την ικανότητα της σχετικά με τη μητρότητα, ενώ παράλληλα αποστασιοποιείται από το νεογνό.

Από την άλλη πλευρά φάνηκε ότι εμφανίζονται αρνητικές επιδράσεις στην υγεία των βρεφών τωρινά και μεταγενέστερα. Αυτές αφορούν σοβαρά προβλήματα στη σωματική, στη γνωστική και στην ψυχική ανάπτυξη τους. Μάλιστα, πολλές επιπλοκές από αυτές ακολουθούν το νεογνό μέχρι και την ενήλικη ζωή του.

Θα πρέπει να γίνουν περισσότερες μελέτες προκειμένου να εξαχθούν πιο ακριβή και αξιόπιστα στοιχεία. Ωστόσο είναι φανερό ότι η ψυχική κατάσταση της γυναίκας παίζει καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη του βρέφους.

Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση των διαταραχών μπορούν να συμβάλλουν σε σημαντικό βαθμό στην περιστολή αυτών των αρνητικών επιδράσεων που επιφέρουν ταλαιπωρία και υποβάθμιση στην κοινωνική, ψυχική και σωματική υγεία των μελών της οικογένειας, καθώς και να μειώσουν τα κόστη του συστήματος υγείας και να βελτιώσουν την ποιότητα και την ικανοποίηση των ανθρώπων.

Παράλληλα η ιατρικοκοινωνική υποστήριξη των γυναικών και των βρεφών και των οικογενειών τους μπορεί να συμβάλει στην αποτελεσματική θεραπεία και μείωση όλων αυτών των επιπτώσεων.

Θα ήταν καλό να γίνει κατανοητό ότι μακριά από το στίγμα κάθε ψυχικής διαταραχής υπάρχει η παραδοχή και ασπίδα προστασίας από τη διάγνωση και την τεκμηριωμένη και οργανωμένη θεραπευτική φροντίδα.

Η ανθρωποκεντρική φροντίδα υγείας ορίζει ότι οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να εφαρμόζουν φροντίδα κατάλληλη με τις ανάγκες κάθε ανθρώπου. Η μαία και ο μαιευτής στην περίοδο αυτή της μετάβασης της μητρότητας με τον υποστηρικτικό τους ρόλο έναντι των γυναικών μπορούν να συμβάλλουν μέσω της επικαιροποιημένης τους γνώσης στην έγκαιρη ανίχνευση των ύποπτων

συμπτωμάτων και τη θεραπευτική φροντίδα των γυναικών με την καθοδήγηση των ειδικών ψυχικής υγείας.

Στο επίπεδο της πρόληψης θα πρέπει να τονιστεί στην κοινότητα η ανάγκη ευαισθητοποίησης των ανθρώπων για την περίοδο της κύησης και της λοχείας, τον κίνδυνο που ελλοχεύει η περίοδος για την ψυχική υγεία των γυναικών καθώς και την ανάγκη εδραίωσης ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος για αυτές και τους συντρόφους τους. Τα προγεννητικά μαθήματα, οι επισκέψεις κατοίκων στη λοχεία συμβάλλουν στην πρόληψη και την πρόωμη αντίχνευση αυτών των διαταραχών.

10.Επίλογος

Οι επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών κατά την κύηση και τη λοχεία στην υγεία της γυναίκας και το νεογνού μπορεί να έχουν σειρά από αρνητικά αποτελέσματα, τα οποία μπορεί σε μεγάλο βαθμό να προληφθούν ή να περιοριστούν με την κατάλληλη εξατομικευμένη και τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας. Η μαία και ο μαιευτής έχοντας την προσβασιμότητα σε αυτόν το πληθυσμό, είναι σε θέση να συδράμμουν καίρια για αυτή την επιδίωξη, έχοντας κατάλληλα εκπαιδευτεί στην πρόωμη αντίχνευση ύποπτων συμπτωμάτων και στους παραγοντες υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση των διαταραχών. Συγκεκριμένη στην προγεννητική και επιλόχεια κατάθλιψη έχουν αναπτυχθεί εργαλεία που μπορεί να συμβάλουν στη διάγνωση των γυναικών υψηλού κινδύνου και στην παραπομπή τους σε ειδικούς ψυχικής υγείας.

11.Βιβλιογραφία

Ελληνική

1. Eby, L. & Brown, N., 2010. Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία. 2η Έκδοση. Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Δ.Λαγός.
2. Montgomery, S. & Baldin, D. (2007). Κλινικός Οδηγός για τη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή. [χ.τ.]: Βογιονάκη.σελ.1-18
3. Pignarre, P. (2007). Πως η κατάθλιψη έγινε επιδημία. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.σελ.11-13
4. Αθανασίου, Β., 2014. Πως αλλάζει η ψυχολογία της γυναίκας στην εγκυμοσύνη.
5. Τοπάλης, Αρχ. Σ. (2016, 23 Νοεμβρίου). Τα εμπόδια της μετανοίας: Ωραιοπάθεια, Φαρισαϊσμός. Η ΑΛΛΗ ΟΨΙΣ. Ανακτήθηκε 30 Οκτωβρίου, 2018, από: <https://alopsis.gr>
6. Ιατράκη, Γ.Μ., 2009. Γυναικολογίας – Μαιευτικής. Αθήνα: Εκδόσεις Δεσμός.
7. Καλαϊτζή, Χ., Μαριόλης, Α., Χριστοδούλου, Χ. (2014). Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Ανακτήθηκε 15 Οκτωβρίου, 2018, από <http://www.cancer-society.gr>
8. Κρεατσάς, Γ. (2008). Μάθετε για την Εγκυμοσύνη. [χ.τ.]: Π.Χ Πασχαλίδης.σελ.143-145
9. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ, Δρ. Βάρρας Μιχαήλ, Θεοδωρή- Λακαφώση Βασιλική, Ζουρμπάκη Ανδρομάχη, ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΚΔΟΣΕΩΣ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ ΑΘΗΝΑ, 2009).
10. Μάνος, Ν., 2008. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
11. Μενεδιάτου, Α. (2010, 23 Σεπτεμβρίου). Τύποι Κατάθλιψης. Ελληνική Εταιρεία Διαταραχών Διάθεσης-ΜΑΖΙ. Ανακτήθηκε 1 Οκτωβρίου, 2018, από: <http://mazi.org.gr/Κατάθλιψη/Τύποι-κατάθλιψης>
12. Μωραΐτου, Μ., 2004. Το βίωμα της Μητρότητας. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα.
13. Μωραΐτου, Μ., 2007. Ψυχοσωματική Ετοιμασία για τη Μητρότητα. Αθήνα : Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
14. Νοσηλευτική Μητρότητας, Αικατερίνη Λυκερίδου, Άννα Δελτσίδου, Ιατρικές Εκδόσεις

Λαγός Δημήτριος, (2013).

15. Παπανικολάου, Π. (2009). Νευρολογία - Ψυχιατρική. Αθήνα: ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΚΔΟΣΕΩΝ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ.σελ.157-257
16. Πολυζόπουλος, Ε. (2018). Institute of Mental Health for Children and Adults. Ανακτήθηκε 15 Σεπτεμβρίου, 2018, από <http://www.inpsy.gr/el/digital-library/arthra/arthra-ellinika/268-2013-04-24-18-40-10>
17. Προγεννητική Αγωγή για υγιή παιδιά και ειρηνική κοινωνία. Η αγωγή του παιδιού αρχίζει απο τη σύλληψη. Ελληνική Εταιρία Προγεννητικής Αγωγής, Αθήνα 2011.
18. Ρούσος, Δ. (2016). Μαιευτική και Γυναικολογία. [χ.τ.]: ΤΖΙΟΛΑ.ΣΕΛ.285-290
19. Χαράτση Ε., & Χρέλιας, Γ. Οι επιπτώσεις της μητρικής παχυσαρκίας στην κύηση. Συστηματική ανασκόπηση, Ελληνική Επιθεώρηση Αθηροσκλήρωσης, 2013.
20. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ, Olga B.A. van den Akker, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. (2016)
21. Βασδέκη Δ., (2018) Διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλουν στην πρόληψη της επιλόχειας κατάθλιψης, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής αγωγής και αθλητισμού, Διπλωματική εργασία, ανακτήθηκε από:
<http://ir.lib.uth.gr/bitstream/handle/11615/44216/8409.pdf?sequence=1>

Ξένη

1. Abraham, S. και Coker, E., 2014. Body weight dissatisfaction: A comparison of women with and without eating disorders. Eating Behaviors. Διαθέσιμο στο PubMed.
2. Adams, M.G., Allweiss, S., Kim, J.J., La Porte, L.M., Saleh, M.P., Silver, R.K. και Zhou, Y., 2015. Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on depression screens. Διαθέσιμο στο PubMed.
3. Arthurs, E., Azoulay, L., Ciofani, L., Coronado-Montoya, S., Coyne, J.C., Delisle, V.C., Feeley, N., Gilbody, S., Leavens, A., Levis, B., Roseman, Schinazi, M., Smith, C., J., Stewart, D.E., Thombs, B.D., Zelkowitz, P., 2014. Depression screening and patient

- outcomes in pregnancy or postpartum: a systematic review. Διαθέσιμο στο PubMed.
4. Badger G.J., Bernstein I.M., Heil S.H., Higgins S.T., Mongeon J.A. και Solomon L.J., 2006. Psychological symptoms following smoking cessation pregnant smokers. Διαθέσιμο στο PubMed.
 5. Bailey B. Correll, J.A. και Dalton, W.T., 2013. Weight concerns, body image, and smoking continuation in pregnant women in rural Appalachia, Διαθέσιμο στο PubMed.
 6. Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Iemmi, V., & Adelaja, B. (2014). Costs of perinatal mental health problems. London School of Economics and Political Science
 7. Bennett, M., Culhane, J.F., Elo, I.T. και McCollum, K.F., 2006. Unintended rapid repeat pregnancy and low education status: any role for depression and contraceptive use. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Διαθέσιμο στο PubMed.
 8. Berle, J.Ø., Bjørk, M.H., Daltveit, A.K., Engelsen, B.A., Gilhus, N.E., Reiter, S.C., Spigset, O. και Veiby, G., 2015. Depression and anxiety in women with epilepsy during pregnancy and after delivery: a prospective population-based cohort study on frequency, risk factors, medication, and prognosis. Διαθέσιμο στο PubMed.
 9. Berlin, I., Chen, H. και Covey, L.S., 2010. Depression mood, suicide ideation and anxiety in smokers who do and smokers who do not manage to stop smoking after a target quit day, διαθέσιμο στο PubMed.
 10. Beydoun, H., Beydoun, M., Kaufman, J., Lo, B., Zonderman, A.(2012, 12 Σεπτεμβρίου). Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. Social Science & Medicine. Ανακτήθηκε 17 Οκτωβρίου, 2018, από: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.025>.
 11. Blackburn, S.T. (2007). Maternal, fetal, and neonatal physiology: A clinical perspective (3rd ed.). St. Louis: Saunders.
 12. Blalock J.A., Brown V.L., Cinciripini P.M., Dolan-Mullen P., KaramHage M., Lam C., McCullough J.P., Minnix J.A., Robinson J.D., Schreindorfer L., Stotts A.L. και Wetter D.W., 2010. Effects of an intensive depression-focused intervention for smoking cessation in pregnancy, Διαθέσιμο στο PubMed.
 13. Bonsel, G.J., Cuijpers, P., Goedhart G., και van der Wal, M.F., 2009. Psychosocial problems and continued smoking during pregnancy, διαθέσιμο στο PubMed.

14. Bonsel, G.J., Goedhart, G., Hesselink, A.E., Snijders, A.C., van Poppel, M.N. και Vrijkotte, T.G., 2010. Maternal depressive symptoms in relation to perinatal mortality and morbidity: results from a large multiethnic cohort study. Διαθέσιμο στο PubMed.
15. Borra, C., Iacovou, M., & Sevilla, A. (2014). New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. *Maternal and child health journal*, 19(4), 897-907.
16. Bowen, A., Kramer, J., Muhajarine, N. και Stewart, N., 2013. Nausea and Vomiting of Pregnancy: Prevalence, Severity and Relation to Psychosocial Health, διαθέσιμο στο PubMed.
17. Brandes, M., Soares, C. N., & Cohen, L. S. (2004). Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. *Archives of Women's Mental Health*, 7(2), 99- 110.
18. Breedlove, G. και Fryzelka, D., 2011. Depression screening during pregnancy. *Journal of Midwifery and Women's Health*. Διαθέσιμο στο PubMed.
19. Busch, A.M., Kahler, C.W., Leventhal, A.M. και Spillane N.S., 2011. Time-Varying Smoking Abstinence Predicts Lower Depressive Symptoms Following Smoking Cessation Treatment, διαθέσιμο στο PubMed.
20. Buzi, R.S., Kozinetz, C.A., Smith, P.B., Peskin, M.F. και Wiemann, C.M., 2015. A Socio ecological Framework to Assessing Depression Among 83 Pregnant Teens. *Maternal and Child Health Journal*. Διαθέσιμο στο PubMed.
21. Cannella, D.L., DeVincent, C., Graham, J.E., Lobel, M., Meyer, B.A. και Schneider, J., 2008. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. Διαθέσιμο στο PubMed.
22. Christian, L.M., 2015. Stress and immune function during pregnancy: An emerging focus in mind-body medicine./ Bogossian, F., Pritchard, M., Staneva, A. και Wittkowski, A., 2015. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth: The Australian College of Midwives*. Διαθέσιμο στο PubMed.
23. Conde A., Costa R., Figueiredo, B., Pacheco, A. και Teixeira, C., 2009. *Journal of Affective Disorders*. Διαθέσιμο στο PubMed.
24. Cooper, P.J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H., 2003. Controlled trial of the short – and long term effect of psychological treatment of postpartum depression. Διαθέσιμο στο PubMed.

25. Costigan, K.A., Dipietro, J.A. και Sipsma, H.L., 2008. Continuity in self report measures of maternal anxiety, stress, and depressive symptoms from pregnancy through two years postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. Διαθέσιμο στο PubMed.
26. Davidson, J. (2010, 1 Ιανουαρίου). Major Depressive Disorder Treatment Guidelines in America and Europe. *The Journal of Clinical Psychiatry*. Ανακτήθηκε 30 Οκτωβρίου, 2018, από: <https://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2010/v71e01/v71e0104.aspx>
27. De Wilde, K.S., Boudrez, H.L., Laevens H.H., Maes, L.R., Temmerman, M. και Trommelmans, L.C., 2013. Smoking patterns, depression, and sociodemographic variables among Flemish women during pregnancy and the postpartum period, διαθέσιμο στο PubMed.
28. DeLuca, R.S., Lobel, M., Sears, S., και Stanton, A.L., 2002. Psychosocial aspects of selected issues in women's reproductive health: current status 87 and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
29. Eberhard-Gran, M., Holme, I., Jenum, A., Martinsen, E.W., Shakeel, N., Sletner, L. και Slinning, K., 2015. A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
30. EMCDDA (2012). Pregnancy, childcare, and the family: Key issues for Europe's response to drugs-Selected Issue 2012. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (Διατίθεται σε ηλεκτρονική μορφή στην ιστοσελίδα <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/children>).
31. Engeldinger, J., Nylen, K.J., O'Hara, M.W., Watson, D. και Williamson, J.A., 2013. Validity of somatic symptoms as indicators of depression in 88 pregnancy. Διαθέσιμο στο PubMed.
32. Feltbower, R.G., Hetherington, M.M., Rudolf, M. και Shloim, N., 2013. Relationship between body mass index and women's body image, self esteem and eating behaviours in pregnancy: A cross-cultural study. Διαθέσιμο στο PubMed.
33. Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2006). Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behavior and Development*, 29(3), 445-455
34. Friedman, S.H., 2015. The ethics of treating depression in pregnancy. *Journal of Primary Health Care*.
35. García-García, I., Peralta-Ramírez, M.I. και Pérez Ramírez, F., 2013. The migration process as a stress factor in pregnant immigrant women in Spain. Διαθέσιμο στο PubMed.

36. Geraghty, A. A., Lindsay, K. L., Alberdi, G., McAuliffe, F. M., & Gibney, E. R. (2015). Nutrition During Pregnancy Impacts Offspring's Epigenetic Status— Evidence from Human and Animal Studies. *Nutrition and Metabolic Insights*.
37. Giurgescu, C., κ.α., 2013. Stressors, Resources, and Stress Responses in Pregnant African American Women: A Mixed-Methods Pilot Study. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. Διαθέσιμο στο PubMed.
38. Glover, V., Heron, J. και O'Connor, T.G., 2002. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Διαθέσιμο στο PubMed.
39. Goldberg, J. (2018, 16 Οκτωβρίου). Types of Depression. WebMD. Ανακτήθηκε 21 Σεπτεμβρίου, 2018, από: <https://www.webmd.com/depression/guide/depression-types#3>.
40. Hahn-Holbrook, J., Haselton, M. G., Schetter, C. D., & Glynn, L. M. (2013). Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology. *Archives of women's mental health*, 16(5), 411-422
41. Heringhausen, J.E. και Marcus, S.M., 2009. Depression in Childbearing Women: When Depression Complicates Pregnancy. Διαθέσιμο στο PubMed.
42. Hyman, B. & Pedrick, C., (2011). Obsessive-Compulsive disorder. [χ.τ.]: Twenty-First Century Books. Ανακτήθηκε 12 Οκτωβρίου, 2018, Δικτυακός τόπος: www.lernerbooks.com.
43. International Federation of Gynecology and Obstetrics- FIGO. (8 Οκτωβρίου, 2018). New approaches to postpartum depression. Ανακτήθηκε 12 Οκτωβρίου, 2018, από <https://www.figo.org/news/new-approaches-postpartum-depression-0016075>.
44. Kelso, J. (2016, 9 Νοεμβρίου). The Depression that Stays Hidden: Dysthymia or Persistent Depressive Disorder. MHA Lancaster. Ανακτήθηκε 10 Οκτωβρίου, 2018, από: <https://www.mhalancaster.org/wp-content/themes/customtheme/assets/img/logoWhite.png>.
45. Kemp, L., Meade, T., Rollans, M. και Schmied, V., 2013. Digging over that old ground: an Australian perspective of women's experience of psychosocial assessment and depression screening in pregnancy and following birth. Διαθέσιμο στο PubMed.
46. Krakowiak P, Walker CK, Bremer AA, et al. Maternal metabolic conditions and risk for autism and other neurodevelopmental disorders. *Pediatrics*. 2012.

47. Kurstjens, S., & Wolke, D., 2001. Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. Διαθέσιμο στο PubMed.
48. Lanes, A., Kuk, J. L., & Tamim, H. (2011). Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11(1), 302
49. Li, N., Liu, E., Guo, J., Pan, L., Li, B., Wang, P., Liu, J., Wang, Y., Liu, G., Baccarelli, A.A., Hou, L., Hu, G. (2013). Maternal pregnancy body mass index and gestational weight gain on pregnancy outcomes.
50. Lobel, M. και Yali, A.M 1999. Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. Διαθέσιμο στο PubMed.
51. Lojko, D. & Rybakowski J. (2017, 20 Σεπτεμβρίου). Atypical depression: current perspectives. National Center for Biotechnology Information. Ανακτήθηκε 25 Οκτωβρίου, 2018, από: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29033570?report=abstract>
52. Lowdermilk, D. (2010). *Maternity Nursing*. Canada: [χ.ε.]. Ανακτήθηκε 30 Σεπτεμβρίου, 2018, Δικτυακός τόπος: https://books.google.gr/books?id=A9XsAwAAQBAJ&pg=PA745&lpg=PA745&dq=Lintner+%26+Gray,+2006&source=bl&ots=jVOQ0aIF2e&sig=ZZf3rP52qU2hfoWPYzvYQV0CIiQ&hl=&sa=X&ved=2ahUKEwjF9vL_7XeAhUoPewKHfPbATsQ6AEwCXoECAIQAQ#v=onepage&q=Lintner%20%26%20Gray%2C%202006&f=false.
53. Mathews, T.J. και MacDorman, M.F., 2006. Infant mortality statistics from the 2003 period linked birth/infant death data set. *National Vital Statistics Reports*. Διαθέσιμο στο PubMed.
54. Misra, D.P., O'Campo, P. και Strobino, D., 2001. Testing a sociomedical model for preterm delivery. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. Διαθέσιμο στο PubMed.
55. NCBI. (12 Ιανουαρίου, 2017). National Center For Biotechnology Information. Ανακτήθηκε 10 Σεπτεμβρίου, 2018, από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279288/>.
56. NIMH. (3 Ιουνίου, 2016). National Institute of Mental Health. Ανακτήθηκε 10 Σεπτεμβρίου, 2018, από <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/brain-stimulation-therapies/brain-stimulation-therapies.shtml>.

57. Patel, V., DeSouza, N., & Rodrigues, M., 2003. Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. Archives of disease in childhood. Διαθέσιμο στο PubMed.
58. Piet, J., Hougaard, E. (2011, 9 Αυγούστου). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review. Ανακτήθηκε 30 Οκτωβρίου, 2018, από: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002>.
59. Priebe, S. Savill M., Reininghaus U., Wykes T., Bentall R., Lauber C., McCrone P., Röhrich F., Eldridge S. (2013, 14 Ιανουαρίου). Effectiveness and cost-effectiveness of body psychotherapy in the treatment of negative symptoms of schizophrenia – a multi-centre randomised controlled trial. BMC Psychiatry. Ανακτήθηκε 21 Σεπτεμβρίου, 2018, από: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-26>.
60. Radoš, S.N., Šunjić, M. και Vraneš H.S., 2013. Limited role of body satisfaction and body image self-consciousness in sexual frequency and satisfaction in pregnant women. Διαθέσιμο στο PubMed.
61. Rubertsson, C., Waldenstrom, U. και Wickberg B 2003. Depressive mood in early pregnancy: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. Journal of Reproductive and Infant Psychology.
62. Ruddy, R. & Brown, K. (2007, 24 Ιανουαρίου). Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. PubMed. Ανακτήθηκε 21 Σεπτεμβρίου, 2018, από: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17253555>.
63. Santos, I. S., Matijasevich, A., Barros, A. J., & Barros, F. C. (2014). Antenatal and postnatal maternal mood symptoms and psychiatric disorders in pre-school children from the 2004 Pelotas Birth Cohort. Journal of affective disorders, 164, 112-117
64. Stewart-Brown, S. L., & Schrader-Mcmillan, A. (2011). Parenting for mental health: what does the evidence say we need to do? Report of Workpackage 2 of the DataPrev project. Health Promotion International, 26(suppl 1), i10-i28.
65. Stress. (2018). Anxiety And Depression Association of America-ADAA. Ανακτήθηκε 30 Οκτωβρίου, 2018, από <https://adaa.org/understanding-anxiety/related-illnesses/stress>
66. Tobias DK, Zhang C, Chavarro J, et al. Pregnancy adherence to dietary patterns and lower risk of gestational diabetes. Am J Clin Nutr. 2012.

67. Valbø, A. και Zhu S.H., 2002. Depression and smoking during pregnancy. Διαθέσιμο στο PubMed.
68. Vythilingum, B., 2008. Anxiety disorders in pregnancy. Current Psychiatry Reports. Διαθέσιμο στο PubMed.
69. Weich, S., Patterson, J., Shaw, R., & Stewart-Brown, S. (2009). Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. The British Journal of Psychiatry, 194(5), 392-398
70. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience Publication date: 2016.

Ιστοσελίδες

1. Anxiety and Depression Association of America, ανακτήθηκε από : <http://www.adaa.org/understanding-anxiety/related-illnesses/stress>
2. Center of disease and control, ανακτήθηκε από : <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/PretermBirth.htm>
3. <http://www.inpsy.gr/el/digital-library/arthra/arthra-ellinika/268-2013-04-24-18-40-10>
4. International Confederation of Midwives, ανακτήθηκε από : <http://www.internationalmidwives.org>
5. World Health Organization, ανακτήθηκε από: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia
6. <https://books.google.gr/books?id=2qa3G-KMC84C&printsec=frontcover&dq=depression&hl=el&sa=X&ved=0ahUKewj3nJeKn4veAhWO26QKHdZ3CuoQ6AEIPjAD#v=onepage&q=depression&f=false>
7. Midwifery today Journal, ανακτήθηκε από: <https://midwiferytoday.com/mt-articles/international-code-of-ethics-for-midwives/>
8. International Federation of Gynecology and Obstetrics, ανακτήθηκε από: <https://www.google.gr/search?q=International+Federation+of+Gynecology+and+Obstetrics+%E2%80%93+FIGO&ie=&oe>

9. National Institute of Health and Care Excellence, ανακτήθηκε από:
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/Key-priorities-for-implementation>
10. The National Institute of Mental Health, ανακτήθηκε από :
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder/index.shtml>
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/brain-stimulation-therapies/brain-stimulation-therapies.shtml>
11. Ευτοκία, Σωματείο προαγωγής του Φυσικού Τοκετού, ανακτήθηκε από: [Οι eiptoseis του kapnou sti silipsi Eutokia.gr](http://www.eutokia.gr)
12. Ευτοκία, Σωματείο προαγωγής του Φυσικού Τοκετού <http://www.eutokia.gr/2018/06/o-rolos-tis-maias-ti-meta-ton-toketo/#.W9i3pfZuLIU>
13. Depression, Medscape, ανακτήθηκε από: <https://www.medscape.com/resource/depression>