

Πανεπιστήμιο Κρήτης
Σχολή Κοινωνικών Επιστημών
Τμήμα Ψυχολογίας

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ιχτενά-Κτενά Ηλέκτρα

A.M. 2053

Κρήτη, Ιούνιος 2010

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία πραγματεύεται ένα φαινόμενο, το οποίο επικεντρώνει όλο και περισσότερο την προσοχή τόσο του επιστημονικού κόσμου όσο και του ευρύ κοινού, τη λεγόμενη περιγεννητική κατάθλιψη. Οι δύο βασικοί άξονες που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τη μητρότητα είναι η προγεννητική και η επιλόχεια κατάθλιψη.

Το πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζει την προγεννητική κατάθλιψη, αναλύοντας την κλινική εικόνα, τους αιτιολογικούς παράγοντες, τα συμπτώματα και τη θεραπεία της διαταραχής. Το δεύτερο κεφάλαιο παραθέτει στοιχεία γύρω από την κλινική εικόνα, τους αιτιολογικούς παράγοντες, τα συμπτώματα και τη θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης. Στο ίδιο κεφάλαιο γίνεται μία σύντομη περιγραφή της επιλόχειας μελαγχολίας και επιλόχειας ψύχωσης. Εν συνεχεία, το τρίτο κεφάλαιο καταγράφει τα στάδια πρόληψης προκειμένου να ανιχνευθεί έγκαιρα η διαταραχή ή να περιοριστεί η συμπτωματολογία. Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά των μέσων διάγνωσης της περιγεννητικής κατάθλιψης. Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφεται η κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα όσον αφορά την κατάθλιψη των εγκύων και των λεχωίδων.

Λέξεις κλειδιά: εγκυμοσύνη, λοχεία, προγεννητική κατάθλιψη, επιλόχεια κατάθλιψη, επιλόχεια μελαγχολία, επιλόχεια ψύχωση.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	ii
Εισαγωγή.....	1
1. Προγεννητική κατάθλιψη.....	3
1.1 Κλινική εικόνα.....	4
1.2 Αιτιολογικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου.....	5
1.3 Επιπτώσεις.....	21
1.4 Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	30
2. Επιλόχεια κατάθλιψη.....	37
2.1 Επιλόχεια μελαγχολία.....	38
2.2 Επιλόχεια ψύχωση.....	41
2.3 Κλινική εικόνα.....	44
2.4 Αιτιολογικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου.....	46
2.5 Επιπτώσεις.....	67
2.6 Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	73
3. Πρόληψη περιγεννητικής κατάθλιψης.....	81
4. Διάγνωση περιγεννητικής κατάθλιψης.....	88
5. Η κατάσταση στην Ελλάδα.....	90
6. Συμπεράσματα.....	93
Βιβλιογραφία.....	96

Εισαγωγή

Το αυξανόμενο ενδιαφέρον για την εξάπλωση των ψυχικών διαταραχών ανά τον κόσμο, οδήγησε στο συμπέρασμα ότι ένα από τα κύρια προβλήματα ψυχικής υγείας αποτελεί η κατάθλιψη. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η κατάθλιψη είναι μία από τις κύριες ψυχικές διαταραχές στον κόσμο και έχει προβλεφθεί ότι μέχρι το 2020 θα κατέχει τη δεύτερη θέση στους παράγοντες που οδηγούν στην παγκόσμια αναπηρία (Νέστορος, 2002). Σήμερα, οι γυναίκες έχουν δύο με τρεις περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τους άνδρες (Leung & Kaplan, 2009). Η φύση του γυναικείου φύλου είναι συνδυασμένη και προσαρμοσμένη για τη σημαντικότερη περίοδο στη ζωή της γυναίκας, την κυοφορία και τη γέννηση ενός παιδιού. Ωστόσο, αυτή η περίοδος αποτελεί και ένα μεταβατικό στάδιο, το οποίο μπορεί να προκαλέσει έντονες συναισθηματικές διαταραχές σε ορισμένες γυναίκες.

Η περιγεννητική κατάθλιψη αποτελεί μία διαταραχή της διάθεσης, η οποία εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (προγεννητική κατάθλιψη) ή κατά τον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό (επιλόχεια κατάθλιψη). Επηρεάζει το 10-15% του συνόλου των γυναικών και το 28% των γυναικών, οι οποίες ζουν σε συνθήκες φτώχειας. Το ενδεχόμενο ύπαρξης ιστορικού κατάθλιψης αποτελεί τον ισχυρότερο προγνωστικό παράγοντα περιγεννητικής κατάθλιψης στις γυναίκες. Αυτός ο τύπος κατάθλιψης επηρεάζει τόσο τις γυναίκες, όσο και το έμβρυο ή το παιδί και σχετίζεται με τον πρόωρο τοκετό, με δυσκολίες στο δεσμό μητέρας-παιδιού και με προβλήματα συμπεριφοράς στη μετέπειτα ζωή του παιδιού (Wilen & Mounts, 2006).

Σύμφωνα με τους Leung και Kaplan (2009), τα συμπτώματα που εμφανίζονται κατά την περιγεννητική κατάθλιψη, δεν διαφέρουν με εκείνα της κατάθλιψης στο γενικό

πληθυσμό: απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, αισθήματα ενοχής ή χαμηλής αυτοαξίας, καταθλιπτική διάθεση, διαταραχές ύπνου και όρεξης, χαμηλή ενέργεια και έλλειψη συγκέντρωσης. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν ακόμα διαγνωστικά κριτήρια για την περιγεννητική κατάθλιψη αυτή καθαυτή. Μέχρι σήμερα η διάγνωση βασίζεται στο Diagnostic and Statistical Manual (DSM 4^η έκδοση), ή στο International Statistical Classification of Diseases (ICSD 10^η έκδοση). Η προγεννητική κατάθλιψη εμφανίζεται συνήθως στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, ενώ η επιλόχεια κατάθλιψη κορυφώνεται δώδεκα εβδομάδες περίπου μετά τον τοκετό. Σημαντικό αποτελεί το γεγονός ότι μέχρι πριν λίγα χρόνια, τόσο η επιστημονική έρευνα όσο και η ευαισθητοποίηση του κοινού, είχαν επικεντρωθεί γύρω από την επιλόχεια κατάθλιψη. Ωστόσο, οι πρόσφατες έρευνες αναφέρουν ίδια ή υψηλότερα ποσοστά προγεννητικής κατάθλιψης σε σχέση με την επιλόχεια κατάθλιψη (Μωραΐτου, 2004).

1. Προγεννητική κατάθλιψη

Η προγεννητική κατάθλιψη αναφέρεται στην περίοδο της κύησης. Μπορεί να αποτελεί επιδείνωση προϋπαρχουσών ψυχολογικών διαταραχών ή να εμφανίζεται για πρώτη φορά κατά την εγκυμοσύνη σε μία προσωπικότητα, με ενδεχόμενη σχετική προδιάθεση (Μωραΐτου, 2004).

Η εγκυμοσύνη μέχρι πρόσφατα αντιμετωπιζόταν ως μία περίοδος κατά την οποία, οι γυναίκες προστατεύονταν από ψυχιατρικές νόσους. Ωστόσο, πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες στο Ηνωμένο Βασίλειο, τις Ηνωμένες Πολιτείες, τον Καναδά, την Αυστραλία, την Ιαπωνία, την Πορτογαλία και την Ουγκάντα, έδειξαν ότι η προγεννητική κατάθλιψη είναι πιο συχνή απ' ό,τι πίστευαν παλαιότερα. Αυτές οι έρευνες αναφέρουν, ότι το 10-20% των εγκύων πάσχουν από κατάθλιψη (Lee et al., 2004). Άλλες πρόσφατες έρευνες υποστήριξαν, ότι πάνω από το ένα τέταρτο των εγκύων γυναικών αντιμετωπίζει συμπτώματα κατάθλιψης (Hanley, 2009).

Η Μωραΐτου (2004), υποστηρίζει, ότι μεγαλύτερη ευπάθεια στην προγεννητική κατάθλιψη, παρατηρείται κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, ιδιαίτερα σε εκείνες τις γυναίκες που παρουσιάζουν εμετούς και επαπειλούμενη έκτρωση. Επίσης, το ποσοστό στις πρωτοτόκες ανέρχεται στο 16,7% και η πλειοψηφία των περιπτώσεων αφορά στην κατάθλιψη χωρίς ψυχωσικά στοιχεία. Το δεύτερο τρίμηνο, αποτελεί μία περίοδο κατά την οποία οι εμετοί έχουν σταματήσει και ο τοκετός δεν είναι χρονικά κοντά. Η μέλλουσα μητέρα δεν ανησυχεί τόσο, με αποτέλεσμα το ποσοστό των καταθλιπτικών συμπτωμάτων να πέφτει στο 7% (Μωραΐτου, 2004). Το τρίτο τρίμηνο θεωρείται ως περισσότερο στρεσογόνο, λόγω του επικείμενου τοκετού. Επικρατεί αγωνία, άγχος και αμφιβολίες για το αν θα ανταπεξέλθουν, όχι μόνο κατά τη διάρκεια του τοκετού, αλλά και στον ρόλο της μητέρας. Η συχνότητα της

κατάθλιψης αυξάνεται πλησιάζοντας την ημέρα του τοκετού και το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 11,8-13,5% (Μωραΐτου, 2004).

Ανεξάρτητα από το μέγεθος της επιρρέπειας στην προγεννητική κατάθλιψη σε κάθε τρίμηνο, απαιτείται μεγάλη προσοχή καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η προγεννητική κατάθλιψη μπορεί να προβλέψει την εκδήλωση της επιλόχειας κατάθλιψης (Nayak & Al-Yattama, 1999) και να επηρεάσει αρνητικά τόσο τη σχέση μητέρας-παιδιού όσο και την κοινωνική και γνωστική ανάπτυξη του παιδιού (Pajulo, Savonlahti, Sourander, Helenius & Piha, 2001) .

1.1 Κλινική εικόνα

Σύμφωνα με το ICD-10 για να διαγνωστεί προγεννητική κατάθλιψη στην έγκυο, απαιτείται μία περίοδος δύο εβδομάδων κατά την οποία η διάθεσή της αλλάζει και αδυνατεί να απολαύσει οποιαδήποτε δραστηριότητα (Μωραΐτου, 2004).

Η συμπτωματολογία είναι η εξής:

- Θλίψη
- Ενοχή
- Πρώιμη αφύπνιση το πρωί
- Πιθανή απώλεια βάρους
- Έντονη ανησυχία
- Κρίσεις πανικού
- Απόγνωση

- Συναισθήματα ανεπάρκειας και αποτυχίας
- Ιδεοληπτική σκέψη

Σύμφωνα με την Μωραΐτου (2004), οι ειδικοί, όπως γιατροί και νοσηλευτές με τους οποίους έρχεται σε συχνή επαφή η έγκυος, δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Έχοντας σαν αρχή ότι η εγκυμοσύνη δρα προστατευτικά απέναντι στην κατάθλιψη, οι αλλαγές στον ύπνο, την όρεξη, την ενεργητικότητα, τη libido, θεωρούνται «φυσιολογικά» συμπτώματα. Ακόμη, το γεγονός ότι η εγκυμοσύνη αποτελεί ένα χαρμόσυνο γεγονός, δημιουργεί συναισθήματα ντροπής στην έγκυο και η ίδια αποφεύγει να αναφέρει οποιοδήποτε καταθλιπτικό σύμπτωμα. Παράλληλα, κατά την περίοδο της κύησης, δίνεται περισσότερο βάρος στην ανάπτυξη του εμβρύου και στις καθιερωμένες εργαστηριακές και κλινικές εξετάσεις, μειώνοντας έτσι τη σημασία των συναισθηματικών αλλαγών της εγκύου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η έγκυος να εκφράσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα, μόνο εάν ερωτηθεί γι' αυτά. Επίσης, ένας ακόμη ανασταλτικός παράγοντας στην αναγνώριση της προγεννητικής κατάθλιψης, αποτελεί η παρόμοια συμπτωματολογία μεταξύ σωματικών παθήσεων (όπως αναιμία, σακχαρώδης διαβήτης, δυσλειτουργία θυρεοειδούς) και κατάθλιψης (Μωραΐτου, 2004).

1.2 Αιτιολογικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου

Η αιτιολογία της προγεννητικής κατάθλιψης αποτελεί μία σύνθεση διαφόρων κοινωνικών, μαιευτικών και ψυχολογικών παραγόντων. Οι πρωτότοκες γυναίκες ανησυχούν και φοβούνται περισσότερο τον επικείμενο τοκετό, με αποτέλεσμα να βιώνουν έλλειψη αυτοεκτίμησης και έντονη ανασφάλεια (Μωραΐτου, 2004).

Οι παράγοντες, οι οποίοι αναφέρονται παρακάτω, ανταποκρίνονται στην γενική συμφωνία πολλών ερευνητών, αλλά η ακριβής αιτιολογία της προγεννητικής κατάθλιψης παραμένει ασαφής.

- Ατομικό και οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό

Η άποψη ότι η εγκυμοσύνη προστατεύει τις γυναίκες από ψυχιατρικές νόσους έχει καταρριφθεί από πολλές μελέτες. Είναι γεγονός, ότι έρευνες αναφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά προηγούμενων ψυχιατρικών διαταραχών μεταξύ των εγκύων που παρουσίασαν προγεννητική κατάθλιψη. Συναισθηματικά προβλήματα στο παρελθόν, τα οποία χρειάστηκαν φροντίδα από ειδικούς, αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά την εγκυμοσύνη (Μωραΐτου, 2004).

Το ενδιαφέρον των μελετητών έχει στραφεί σε εκείνες τις έγκυες με ατομικό ιστορικό κατάθλιψης και στις επιπτώσεις που μπορούν να προκληθούν από την διατήρηση ή την διακοπή της αντικαταθλιπτικής αγωγής. Αναλυτικά, σε ότι αφορά αυτές τις μελέτες, οι Cohen et al. (2006) διαπίστωσαν υποτροπή της νόσου στο 68% των γυναικών που διέκοψαν την αντικαταθλιπτική αγωγή και στο 26% εκείνων των γυναικών, οι οποίες παρέμειναν στην θεραπεία. Επίσης, το 50% όλων των υποτροπών παρουσιάστηκε κατά την διάρκεια του πρώτου τριμήνου κύησης ενώ το 90% αυτών είχε εμφανιστεί μέχρι το τέλος του δεύτερου τριμήνου. Ο κίνδυνος υποτροπής αγγίζει το 45% στις γυναίκες, οι οποίες αύξησαν τις δόσεις της αγωγής τους (πιθανόν ως απάντηση στην αύξηση των συμπτωμάτων που προμηνύουν υποτροπή) και το 35% σε εκείνες που μείωσαν την αγωγή τους. Ακόμη, ο κίνδυνος υποτροπής κατά τη διάρκεια της κύησης ήταν αυξημένος σε γυναίκες που παρουσίαζαν κατάθλιψη για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 5 ετών και σε εκείνες που βίωσαν τουλάχιστον 4 επεισόδια υποτροπιάζουσας κατάθλιψης στο παρελθόν.

Σε ότι αφορά, τη συσχέτιση προγεννητικής κατάθλιψης και κληρονομικότητας, τα ερευνητικά δεδομένα αναφέρονται σε πληθυσμούς ψυχιατρικών ασθενών και δεν μπορούν να γενικευτούν για όλο τον πληθυσμό (Μωραΐτου, 2004).

- Αρνητικά γεγονότα ζωής

Μιλώντας για αρνητικά γεγονότα ζωής, το ενδιαφέρον εστιάζεται στις γυναίκες που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά στο παρελθόν. Πολλά ερευνητικά δεδομένα συσχετίζουν τη σεξουαλική κακοποίηση με την εμφάνιση της προγεννητικής κατάθλιψης. Στη μελέτη των Benedict, Paine, Paine, Brandt και Stallings (1999), βρέθηκε, ότι οι σεξουαλικά κακοποιημένες γυναίκες εμφανίζουν κατάθλιψη, αυτοκτονικό ιδεασμό, προβλήματα στη σχέση τους με την οικογένεια καταγωγής τους και ιδιαίτερα αυξημένους πόνους τόσο κατά την εγκυμοσύνη, όσο και κατά τον τοκετό. Παράλληλα, άλλες έρευνες παρουσιάζουν, ως επιπλέον συμπτώματα στις πρωτότοκες έγκυες, τη μεγαλύτερη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το υψηλό βάρος γέννησης του μωρού και τα αυξημένα ποσοστά αποβολής (Benedict et al, 1999).

Αξιοσημείωτη είναι η μελέτη των Stevens-Simon και McAnarney (1994) σε 127 Αφρικανοαμερικανίδες έφηβες έγκυες, εκ των οποίων οι 42 (33%) ανέφεραν σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση πριν από την σύλληψη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι έφηβες που είχαν κακοποιηθεί, είτε σωματικά είτε σεξουαλικά, εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, χαρακτήρισαν την οικογένειά τους ως μη υποστηρικτική και ήταν πιο πιθανό να οδηγηθούν σε κατάχρηση αλκοόλ και χρήση απαγορευμένων ουσιών. Το πιο σημαντικό εύρημα που προκύπτει από αυτήν τη μελέτη είναι, ότι τα θύματα σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία, γεννούν πρόωρα και μικρότερου βάρους βρέφη σε σύγκριση με τις μη κακοποιημένες συνομήλικες.

- Προσωπικότητα

Σύμφωνα με την Μωραΐτου (2004), η προσωπικότητα μεταβάλλεται όταν ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την ψυχολογική προσαρμογή της εγκύου, ενώ παράλληλα οι χαλαρωμένες άμυνες που κυριαρχούν κατά την εγκυμοσύνη επιτρέπουν το ξύπνημα μιας εσωτερικής ψυχολογικής πάλης. Αναμφίβολα, η μετάβαση στη μητρότητα αποτελεί μία μεγάλη αλλαγή στη ζωή της γυναίκας και οι απαιτούμενες προσαρμογές δημιουργούν αυξημένη ανησυχία και αρνητικότητα. Επίσης, η γενική ευαλωτότητα σε συναισθηματικά προβλήματα αντιπροσωπεύει έναν παράγοντα κινδύνου για τις έγκυες.

Καθώς μία γυναίκα περιμένει το πρώτο της παιδί, βρίσκεται αντιμέτωπη με το καθήκον της για την ενσωμάτωση του νέου ρόλου της μητρότητας στην ταυτότητά της. Στο πλαίσιο αυτό, η έγκυος πρέπει να διαχειριστεί τα συναισθήματά της για το νέο της ρόλο, να καθορίσει την ιδέα της μητρότητας στη ζωή της και να επαναπροσδιορίσει την αντίληψή της σχετικά με τον εαυτό της, ως άτομο και ως γυναίκα, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τον πραγματικό, όσο και τον ιδανικό εαυτό. Φαίνεται πιθανό ότι η αυτό-αποδοχή ή ο αγώνας μεταξύ του πραγματικού και του ιδανικού εαυτού, αποκτά ιδιαίτερη σημασία κατά τη διάρκεια αυτής της κρίσιμης φάσης προσαρμογής, σε μια νέα και πολύ σημαντική φάση της ζωής της (Dimitrovsky, Lev & Itskowitz, 1998).

Η χαμηλή αυτοεκτίμηση έχει συνδεθεί με την προγεννητική κατάθλιψη, γεγονός που διαπιστώνεται μέσα από έρευνες των Dimitrovsky et al. (1998). Αναλυτικά, στις πρωτοτόκες με χαμηλή αυτοεκτίμηση παρουσιάστηκε ήπια κατάθλιψη σε ποσοστό 33% και σοβαρή κατάθλιψη σε ποσοστό 29% κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης. Τα

αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες με υψηλή αυτοεκτίμηση ήταν 32% για την ήπια και μόλις 4% για τη σοβαρή κατάθλιψη.

Η απόκτηση βάρους κατά την κύηση είναι σημαντική για την ανάπτυξη του εμβρύου. Στη σημερινή εποχή όμως, οι κοινωνικές προδιαγραφές σε συνδυασμό με την ανάγκη για αύξηση του βάρους, δημιουργούν συναισθηματική ένταση στην έγκυο. Σε έρευνες των Downs, DiNallo και Kirner (2008) διαπιστώθηκε η συσχέτιση μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων και σωματικής ικανοποίησης κατά την κύηση. Συγκεκριμένα, η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε όλη τη διάρκεια της κύησης, σχετίζεται αρνητικά με την σωματική ικανοποίηση που βιώνει η έγκυος στο πρώτο, δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της κύησης. Αυτό σημαίνει ότι, η έγκυος, η οποία αντιμετωπίζει υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, δέχεται μικρή ικανοποίηση από τη σωματική της εικόνα, ενώ, εκείνη με χαμηλά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων λαμβάνει υψηλή σωματική ικανοποίηση.

Έρευνες της Μωραΐτου (2004) κατέγραψαν τη συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, με την αύξηση του βάρους και την αυτοεκτίμηση των εγκύων. Διαπιστώθηκε, ότι στο τρίτο τρίμηνο της κύησης οι Ευρωπαϊκές έγκυες με μεγάλη απόκλιση βάρους και χαμηλή αυτοεκτίμηση παρουσίασαν υψηλές τιμές στον δείκτη μέτρησης της κατάθλιψης. Αντίθετα, οι Ευρωπαϊκές έγκυες με υψηλή αυτοεκτίμηση και μεγάλη απόκλιση βάρους παρουσίασαν χαμηλές τιμές κατάθλιψης. Παράλληλα, οι Αφρικανοαμερικανίδες έγκυες με χαμηλή αυτοεκτίμηση εμφάνισαν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης ανεξάρτητα από την απόκλιση του βάρους τους. Σημαντική λεπτομέρεια αποτελεί το γεγονός, ότι κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου δεν παρατηρήθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ της αύξησης του βάρους με την καταθλιπτική συμπτωματολογία και τα επίπεδα αυτοεκτίμησης.

Είναι ενδιαφέρον να τονιστεί η συσχέτιση μεταξύ προγεννητικής κατάθλιψης και υψηλών βαθμολογιών νευρωτισμού και ψυχωτισμού στις έγκυες, όπως αυτή φάνηκε μέσα από έρευνες της Μωραΐτου (2004). Η κλίμακα Catell νευρωτισμού κατέγραψε υψηλή βαθμολογία στο 50% των εγκύων, εκδηλώνοντας άγχος, αϋπνίες, μελαγχολία, άστατη διάθεση και αυξημένη στεναχώρια. Ακόμη, η συσχέτιση του νευρωτισμού και του ψυχωτισμού με την κατάθλιψη των εγκύων έγινε μέσω της Απογραφής Προσωπικότητας του Eysenck, σύμφωνα με την οποία, τα άτομα με αυξημένο ψυχωτισμό έχουν την τάση να είναι μοναχικά, απαθή και αδιάφορα για τους άλλους, να αντιτίθενται στα κοινωνικά ήθη, να παρουσιάζουν δυσκολίες συγκέντρωσης, και μνήμης και να προτιμούν ασυνήθιστα πράγματα. Τα άτομα με αυξημένο νευρωτισμό αλλάζουν συναισθήματα πολύ γρήγορα, έχουν περιορισμένη δύναμη θέλησης, επηρεάζονται εύκολα από τους άλλους, έχουν μειωμένη κοινωνικότητα, μειωμένη αισθητηριακή αντίληψη, αλλά αυξημένη δραστηριοποίηση (Μωραΐτου, 2004, p. 271).

- Στάσεις προς την παρούσα κύηση

Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη θεωρείται εκείνη η εγκυμοσύνη η οποία, είτε αποτελεί τυχαίο και μη επιθυμητό γεγονός, είτε δεν είναι προγραμματισμένη να συμβεί τη δεδομένη χρονική στιγμή. Μία ανεπιθύμητη κύηση προκαλεί προγεννητική κατάθλιψη σε ποσοστό 71%, ενώ μία επιθυμητή σε ποσοστό 20% (Orr & Miller, 1997).

Έρευνες των Leathers και Kelley (2000) διαπίστωσαν, ότι μία τυχαία και μη επιθυμητή εγκυμοσύνη (το 14% του συνόλου των ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων), προκαλεί μεγαλύτερη ψυχική πίεση σε σύγκριση με την μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη. Στην ίδια έρευνα, οι γυναίκες που χαρακτήρισαν την εγκυμοσύνη τους μη προγραμματισμένη είχαν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν

κατάθλιψη, σε σύγκριση με εκείνες που θεωρούσαν επιθυμητή την εγκυμοσύνη. Παράλληλα, οι γυναίκες με τυχαία και μη επιθυμητή εγκυμοσύνη είχαν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, σε σύγκριση με εκείνες που επιθυμούσαν την εγκυμοσύνη.

Μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μπορεί να διαταράξει τη σχέση της γυναίκας με τον σύντροφό της και να μειώσει τη συναισθηματική και πρακτική (οικονομική βοήθεια ή βοήθεια στη φροντίδα των παιδιών) υποστήριξη που παρέχει ο τελευταίος στη μέλλουσα μητέρα. Λαμβάνοντας υπόψη, ότι η μειωμένη κοινωνική στήριξη σχετίζεται άμεσα με τις καταστροφικές συνέπειες στην υγεία, γίνεται κατανοητό πως η ελλιπής στήριξη από το σύντροφο, συμβάλλει στην επιδείνωση της ψυχικής υγείας της γυναίκας. Έτσι, μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, σε συνδυασμό με την έλλειψη κοινωνικής στήριξης, προκαλούν στη γυναίκα αισθήματα λύπης και απόγνωσης ή άλλα καταθλιπτικά συμπτώματα (Orr & Miller, 1997). Σημαντική παράμετρο στη σχέση της γυναίκας με το σύντροφό της, αποτελεί η αρχική στάση του συντρόφου απέναντι στην παρούσα κύηση. Αναμφισβήτητα, η αρνητική στάση του επηρεάζει την αντίληψη της γυναίκας για την κύηση, με αποτέλεσμα να τριπλασιάζονται οι πιθανότητες εμφάνισης προγεννητικής κατάθλιψης (Μωραΐτου, 2004).

Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μπορεί να προκαλέσει αρνητικές συνέπειες στην σωματική υγεία των βρεφών. Οι γυναίκες με ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δεν ενδιαφέρονται για την προγεννητική φροντίδα, παρά μόνο στο τέλος της κύησης, γεγονός που σηματοδοτεί την κακή έκβαση της εγκυμοσύνης, όπως το χαμηλό βάρος γέννησης. Σε τέτοιες περιπτώσεις, παρατηρείται συχνά κατάχρηση αλκοόλ και καπνού (Orr & Miller, 1997).

Μία εκτενής μελέτη του Cartwright (1988) οδήγησε στο συμπέρασμα, ότι οι γυναίκες που είχαν ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη αλλά δεν κατόρθωσαν να καταφύγουν στην διακοπή της, δεν έχουν ικανοποιητικές σχέσεις με τις νοσοκόμες και τους γιατρούς κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Οι γυναίκες δήλωσαν, ότι δεν τους παρέχονταν οι κατάλληλες πληροφορίες και δεν εισέπρατταν στήριξη και κατανόηση. Μία πιθανή εξήγηση είναι, ότι οι γυναίκες με αρνητική στάση απέναντι στην εγκυμοσύνη τους, παρουσίαζαν καταθλιπτική διάθεση και αντιμετώπιζαν λιγότερο θετικά τη φροντίδα που τους προσφερόταν, σε σύγκριση με άλλες έγκυες.

- Κοινωνική στήριξη

Η κοινωνική στήριξη αντιπροσωπεύει μία από τις κύριες μεταβλητές που σχετίζονται με την εμφάνιση της προγεννητικής κατάθλιψης, ιδιαίτερα στις πρωτότοκες έγκυες (Μωραΐτου, 2004). Σύμφωνα με τους Westdahl et al. (2007), η εγκυμοσύνη αποτελεί μία περίοδο βαθιάς σωματικής και συναισθηματικής μεταβολής, η οποία επηρεάζει τη φύση των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ της γυναίκας και του κοινωνικού της περίγυρου. Κατ' αυτόν τον τρόπο, η αντίδραση της γυναίκας απέναντι σε κάθε κοινωνική αλληλεπίδραση και κοινωνική σύγκρουση, μπορεί να θεωρηθεί ζωτικής σημασίας ώθηση προς την κατάθλιψη. Η κοινωνική σύγκρουση ορίζεται ως η συμπεριφορά ή αλληλεπίδραση, η οποία είναι επιβλαβής, εχθρική και συμβάλει στην κακή ψυχολογική κατάσταση. Ακόμη, η ανεπαρκής κοινωνική στήριξη και η κοινωνική σύγκρουση επιδεινώνουν την ψυχική και σωματική υγεία των γυναικών, επηρεάζοντας την έκβαση της εγκυμοσύνης, είτε άμεσα, είτε έμμεσα μέσω του ανθυγιεινού τρόπου ζωής, όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ.

Μια από τις σημαντικότερες πηγές κοινωνικής στήριξης αποτελεί ο σύντροφος και η συμπαράσταση που δέχεται η μέλλουσα μητέρα από το μέλλοντα πατέρα. Η σχέση

οικειότητας που αναπτύσσεται μεταξύ των συντρόφων, είναι καθοριστική για την ψυχική υγεία της μητέρας (Μωραΐτου, 2004). Έρευνες των Bilszta et al. (2008) παρουσιάζουν την αρνητική στάση του συντρόφου απέναντι στην εγκυμοσύνη, ως προγνωστικό παράγοντα της προγεννητικής κατάθλιψης. Στο ίδιο πλαίσιο, η εγκυμοσύνη αντιμετωπίζεται από τη γυναίκα, ως απειλή, ιδιαίτερα όταν δεν είναι προγραμματισμένη ή όταν η γυναίκα δεν έχει σταθερή σχέση με τον μέλλοντα πατέρα. Επομένως, η κοινωνική στήριξη από το σύντροφο, είτε μειώνει την ευερεθιστότητα της συντρόφου του, είτε μεσολαβεί για την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Η ανάγκη ύπαρξης ενός υποστηρικτικού συντρόφου, διαφαίνεται μέσα από πολλές μελέτες σύμφωνα με τις οποίες, η κοινωνική στήριξη διευκολύνει τη γυναίκα να κόψει το κάπνισμα, καθορίζει τον τοκετό ως μία θετική εμπειρία, αποδυναμώνει τους φόβους που κρύβει μία άμβλωση και μειώνει την ανάγκη της εγκύου για ανακούφιση από τους πόνους του τοκετού. Αντίθετα, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης σχετίζεται με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και οδηγεί τη γυναίκα σε άρνηση της γαλουχίας (Hildingsson, Tingvall & Rubertsson, 2008).

Σημαντική παράμετρο, αποτελεί η αναφορά των Hildingsson et al. (2008) στις διάφορες επεξηγήσεις που μπορούν να ερμηνεύσουν τη σχέση μεταξύ της έλλειψης κοινωνικής υποστήριξης από το σύντροφο, με την έλλειψη συναισθηματικής ευημερίας της γυναίκας. Συγκεκριμένα, μία πρώτη εξήγηση είναι ότι υπάρχει πραγματική συσχέτιση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της έλλειψης υποστήριξης. Μία δεύτερη εξήγηση, είναι ότι οι γυναίκες με καταθλιπτικά συμπτώματα αναζητούν περισσότερη υποστήριξη από εκείνη που ο σύντροφος είναι

σε θέση να προσφέρει, ή μία τρίτη, κατά την οποία η γυναίκα δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσει τη συγκεκριμένη στήριξη.

« Το ποσοστό της προγεννητικής κατάθλιψης έφθασε το 60% όταν ο σύντροφος είχε αρνητική αντίδραση στην αναγγελία της κύησης, ενώ ήταν λιγότερο από 20% στην αντίθετη περίπτωση» (Μωραΐτου, 2004, p. 271). Παράλληλα, η ανάγκη των γυναικών προσανατολίζεται περισσότερο προς τη συναισθηματική, παρά την πρακτική στήριξη, ιδιαίτερα κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Πολλές φορές όμως, αρνητικά γεγονότα έχουν στιγματίσει τη σχέση των συντρόφων, με αποτέλεσμα η έλλειψη οικειότητας μεταξύ τους να επιβαρύνει τη μέλλουσα μητέρα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, το ποσοστό προγεννητικής κατάθλιψης αγγίζει το 76% (Μωραΐτου, 2004).

Η κοινωνική σταθερότητα και η συναισθηματική υποστήριξη δρουν προστατευτικά ρυθμίζοντας τις αρνητικές επιπτώσεις της ζωής στη συναισθηματική ευημερία της μητέρας (Elsenbruch et al., 2007). Άλλωστε, η υποστηρικτική σχέση μεταξύ των συντρόφων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, δημιουργεί τα κατάλληλα ψυχολογικά θεμέλια στο τρίγωνο μητέρα-πατέρα-παιδί (Μωραΐτου, 2004).

Όπως έχει φανεί, η στήριξη του συντρόφου παίζει καθοριστικό ρόλο κατά τη διάρκεια της κύησης. Στις περιπτώσεις όμως, όπου η γυναίκα δεν έχει κάποιο σύντροφο, τα προβλήματα γίνονται μεγαλύτερα, η ανησυχία, το άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζονται πιο εύκολα (Μωραΐτου, 2004). Σύμφωνα με τους Glazier, Elgar, Goel και Holzapfel (2004), η ευαλωτότητα σε αρνητικά γεγονότα αυξάνεται, όταν η κοινωνική στήριξη από το σύντροφο δεν είναι διαθέσιμη. Πιο συγκεκριμένα, οικονομικά προβλήματα και σημαντικές αλλαγές στη ζωή αδρανοποιούν τη γυναίκα, ειδικά όταν είναι σε μικρή ηλικία και με χαμηλό εισόδημα.

Παράλληλα, στήριξη προσφέρει και το κοινωνικό δίκτυο της μέλλουσας μητέρας. Το οικογενειακό περιβάλλον και οι φίλοι της εγκύου μπορούν να λειτουργήσουν ως σημαντικός προστατευτικός παράγοντας απέναντι στα καταθλιπτικά συμπτώματα, τα οποία απειλούν τη γυναίκα κατά τη διάρκεια της κύησης. Άλλωστε, έχει αποδειχθεί σε μελέτες της Μωραΐτου (2004), ότι οι αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις στο κοινωνικό περιβάλλον συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Σχετικές έρευνες έχουν διεξαχθεί, εξετάζοντας τα επίπεδα κατάθλιψης βάση της φυλής και των κοινωνικο-οικονομικών στρωμάτων. Τα ευρήματα υποστηρίζουν την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε έγκυες γυναίκες με μειωμένη κοινωνική στήριξη, ανεξάρτητα από την κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση ή την φυλή τους. Επίσης, η έλλειψη στήριξης από το κοινωνικό δίκτυο οδηγεί την έγκυο σε στρατηγικές αποφυγής, όπως η άρνηση, οι οποίες σχετίζονται με την καταθλιπτική διάθεση (Μωραΐτου, 2004).

Ακόμη έχει διαπιστωθεί, ότι οι γυναίκες, οι οποίες βιώνουν έντονα την έλλειψη κοινωνικής στήριξης, εμφανίζουν συχνότερα μαιευτικές επιπλοκές και η βαθμολογία των νεογνών στο τεστ Apgar υποδηλώνει πιθανή δυσλειτουργία στη νευρολογική ανάπτυξή τους (Glazier et al., 2004).

Η κοινωνική στήριξη απευθύνεται και στις γυναίκες που είναι χρήστες ουσιών. Μελέτες της Μωραΐτου (2004) αποκαλύπτουν ότι «αυτές οι γυναίκες παρουσιάζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από τις έγκυες που δεν είναι χρήστες και αναφέρουν περισσότερα αρνητικά γεγονότα ζωής» (p. 273).

- Ενημέρωση-Πληροφόρηση

Η απόκτηση ενός παιδιού, αν και θεωρείται μία από τις πιο σημαντικές και συναισθηματικές εμπειρίες στη ζωή της γυναίκας, κρύβει πολλούς φόβους. Οι φόβοι

αυτοί φαίνεται να είναι ακόμη μεγαλύτεροι στις πρωτοτόκες, γιατί για εκείνες, η εγκυμοσύνη αποτελεί ουσιαστικά μια άγνωστη εμπειρία. Η πρώτη εγκυμοσύνη ειδικότερα, έχει θεωρηθεί ως καθοριστική στον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα θα αντιληφθεί τη μητρότητα και θα την εντάξει στη ζωή της (Dahlen, Barclay & Homer, 2008).

Οι φόβοι και οι ανησυχίες περιστρέφονται γύρω από την υγεία του μωρού και της ίδιας της γυναίκας. Οι ανησυχίες των εγκύων για τους πόνους του τοκετού και για πιθανά γεννητικά ελαττώματα του εμβρύου, οι προκαταλήψεις ως προς την ικανότητά τους να ανταποκριθούν στις ευθύνες της μητρότητας, δημιουργούν δυσκολία προσαρμογής στην κύηση και αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Dahlen et al., 2008).

Ένας τρόπος πρόληψης των διαταραχών προσαρμογής και της αύξησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, είναι μία υψηλού επιπέδου προγεννητική φροντίδα, η οποία θα προσφέρει στην έγκυο την σωστή πληροφόρηση και την φροντίδα που αναζητά. Αυτό όμως, δεν ανταποκρίνεται συνήθως στην πραγματικότητα (Μωραΐτου, 2004).

Μετά την πρώτη επίσκεψη και την λήψη του ιστορικού, οι επισκέψεις στο γιατρό περιλαμβάνουν τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και του βάρους, την κοιλιακή εξέταση για την αξιολόγηση της ανάπτυξης και της θέσης του εμβρύου και τυχόν παραπομπές για εργαστηριακές εξετάσεις ή υπερήχους. Γίνεται φανερό, ότι μέσα σε δέκα λεπτά, τα οποία αναλογούν σε κάθε επίσκεψη τέτοιου είδους, ο γιατρός εστιάζει μόνο στα βιο-ιατρικά θέματα της εγκυμοσύνης. Η αξιολόγηση των ψυχολογικών κινδύνων και η μείωση αυτών, καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη δεν είναι συνήθως εφικτή από τους λειτουργούς υγείας που παρέχουν τη μαιευτική φροντίδα.

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, οι έγκυες να λαμβάνουν τις πληροφορίες από διάφορες άλλες υπηρεσίες, με κίνδυνο την παραπληροφόρηση (Novick, 2009).

Σημαντική παράμετρο στην έλλειψη πληροφόρησης αποτελεί η απουσία συντονισμένων προγραμμάτων προγεννητικής φροντίδας. Εμπόδια όπως, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, η γεωγραφική θέση, η μεταφορά των πόρων, η ηλικία, η φυλή και η οικογενειακή κατάσταση μειώνουν την πρόσβαση στην προγεννητική φροντίδα (Bucher, Williams, Hayes, Morin & Sylvia, 1997).

- Δημογραφικοί παράγοντες

Οι δημογραφικοί παράγοντες που έχουν κυρίως μελετηθεί σε σχέση με την προγεννητική κατάθλιψη είναι, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, η ηλικία της εγκύου και η επαγγελματική απασχόληση.

Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της εγκύου:

Έρευνες των Goyal, Gay και Lee (2010) κατέγραψαν αυξημένη συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο τρίτο τρίμηνο της κύησης, τόσο σε γυναίκες με χαμηλό εισόδημα σε ποσοστό 35%, όσο και σε εκείνες με υψηλό εισόδημα σε ποσοστό 17%. Αυτή η διαφορά των καταθλιπτικών συμπτωμάτων υποδεικνύει, ότι οι γυναίκες με χαμηλό εισόδημα βιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους στο τρίτο τρίμηνο της κύησης. Σύμφωνα με την Μωραΐτου (2004), οι έγκυες χαμηλού εισοδήματος αισθάνονται αβοήθητες και ανήμπορες να ελέγξουν αγχογόνες καταστάσεις, όπως η ανεργία και η φτώχεια.

Η χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση σχετίζεται συχνά με την έλλειψη κοινωνικής στήριξης, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, τη μικρή ηλικία της εγκύου και την

απουσία της συζυγικής οικονομικής και κοινωνικής υποστήριξης. Το χαμηλό εισόδημα του συντρόφου και το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο της εγκύου, επιδρούν αρνητικά στην έγκυο και αυξάνουν τα επίπεδα κατάθλιψης (Μωραΐτου, 2004). Επιπλέον, οι γυναίκες με χαμηλό εισόδημα είναι λιγότερο πιθανό να έχουν επαρκή πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή να αναφέρουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης στους λειτουργούς υγείας (Goyal et al., 2010).

Αξιοσημείωτη είναι η έρευνα των Canady, Bullen, Holzman, Broman και Tian (2008), η οποία συσχετίζει τα καταθλιπτικά συμπτώματα με την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και την εθνικότητα. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι Αφρικανοαμερικανίδες έγκυες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σύγκριση με τις Ευρωπαϊκοαμερικανίδες έγκυες.

Ηλικία της εγκύου:

Η ηλικία των γυναικών δεν συνδέεται με τα επίπεδα κατάθλιψης, με εξαίρεση τις έγκυες γυναίκες κάτω των 20 ετών. Σύμφωνα με την McClanahan (2009), οι έφηβες αποτελούν μία ετερογενή ομάδα, η οποία υποβάλλεται σε μία σειρά ορμονικών, φυσιολογικών και αναπτυξιακών αλλαγών. Αυτές οι αλλαγές, σε συνδυασμό με τις φυσιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές μίας εγκυμοσύνης, δημιουργούν ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο στις έφηβες. Το 16-44% των εφήβων εγκύων παρουσιάζουν προγεννητική κατάθλιψη, ποσοστό σχεδόν διπλάσιο από εκείνο των ενηλίκων εγκύων και των μη εφήβων εγκύων. Εκτενείς μελέτες διαπίστωσαν, ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα στις έφηβες έγκυες μεγιστοποιούνται μεταξύ του δεύτερου και τρίτου τριμήνου της κύησης (McClanahan, 2009).

Επαγγελματική απασχόληση της εγκύου:

Οι απόψεις για την σχέση της επαγγελματικής απασχόλησης της εγκύου και της προγεννητικής κατάθλιψης, δίστανται μεταξύ των ερευνητών. Οι Berthiaume, David, Saucier και Borgeat (1998) αναφέρουν, ότι, οι έγκυες χωρίς επαγγελματική απασχόληση, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα προγεννητικής κατάθλιψης και κακή περιγεννητική προσαρμογή, παρόλο που ο παραδοσιακός γυναικείος ρόλος υποστηρίζει την παραμονή της γυναίκας στο σπίτι. Άλλες έρευνες διαπιστώνουν υψηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία στις εργαζόμενες γυναίκες σε σύγκριση με τις άνεργες και τις ημιαπασχολούμενες (Μωραΐτου, 2004).

- Μαιευτικοί παράγοντες

Σύμφωνα με τις έρευνες των Rubertsson, Waldenström, Wickberg, Rådestad και Hildingsson (2005), η προηγούμενη τεχνητή διακοπή κύησης (έκτρωση) αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης της προγεννητικής κατάθλιψης. Μεταξύ των γυναικών που περίμεναν το πρώτο τους παιδί, αλλά είχαν στο ιστορικό τους διακοπή κύησης κατά το παρελθόν, η προγεννητική κατάθλιψη εμφανίστηκε σε ποσοστό 27% (Μωραΐτου, 2004).

Βέβαια, πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη τον παράγοντα που καθόρισε την επιλογή της διακοπής της κύησης. Συναισθηματικές διαταραχές πριν από την εγκυμοσύνη σχετίζονται με την κακή ψυχική υγεία των εγκύων πριν τη διακοπή της κύησης. Σε σχετική μελέτη, φάνηκε ότι οι γυναίκες πριν την τεχνητή διακοπή ανέφεραν υψηλό ποσοστό κατάθλιψης (31%), ανησυχίας (19%), σκέψεις αυτοκτονίας (11%) και άλλα ψυχιατρικά συμπτώματα (8%) (Μωραΐτου, 2004).

Στη μελέτη των Rubertsson et al. (2005), οι αποβολές δεν είχαν καμία επίδραση στο ποσοστό της προγεννητικής κατάθλιψης. Ωστόσο, σε έρευνα των Rubertsson, Waldenström και Wickberg (2003) διαπιστώθηκε, ότι μία προηγούμενη αποβολή αποτελεί ένα επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα για την προγεννητική κατάθλιψη στις πρωτοτόκες έγκυες. Οι γυναίκες, οι οποίες έχουν επιτυχημένες εγκυμοσύνες στο ιστορικό τους, δίνουν μικρότερη σημασία σε σχέση με τις πρωτοτόκες, οι οποίες ανησυχούν για το κατά πόσο μπορούν να γεννήσουν ένα υγιές παιδί.

- Εμμηνορρυσιακό-Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο

Έρευνες των Lau και Keung (2007) υποστηρίζουν, ότι το ιστορικό εμμηνορρυσιακού πόνου ή προεμμηνορρυσιακής ευερεθιστότητας και οι προεμμηνορρυσιακές αλλαγές της διάθεσης αποτελούν παράγοντες κινδύνου της προγεννητικής κατάθλιψης. Σύμφωνα με την Μωραΐτου (2004), «στους πρώτους μήνες της κύησης, οι γυναίκες με προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο εμφάνισαν κατάθλιψη σε ποσοστό 42,6% και οι γυναίκες χωρίς το σύνδρομο σε ποσοστό 40,08%. Στο μέσο της κύησης, οι γυναίκες με το σύνδρομο παρουσίασαν κατάθλιψη σε ποσοστό 39,93% και οι γυναίκες χωρίς το σύνδρομο σε ποσοστό 37,89%. Στα τελικά στάδια της κύησης, οι γυναίκες με το σύνδρομο παρουσίασαν κατάθλιψη σε ποσοστό 41,20% και αυτές χωρίς το σύνδρομο σε ποσοστό 39,24%» (p. 277).

Η σχέση μεταξύ του προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου και της προγεννητικής κατάθλιψης, μπορεί να εξηγηθεί από την ευπάθεια σε ορμονικές αλλαγές, γεγονός που υποδηλώνει την πιθανή συμμετοχή των βιολογικών παραγόντων. Αν και ανεξάρτητα οι βιολογικοί παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν σε καταθλιπτικά συμπτώματα, πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι στην περίπτωση της προγεννητικής

κατάθλιψης, οι βιολογικές μεταβολές αλληλεπιδρούν με ψυχολογικούς και κοινωνιολογικούς παράγοντες (Lau & Keung, 2007).

- Ορμονικοί παράγοντες

Σύμφωνα με τους Fan et al. (2009), η έντονη αλλαγή της διάθεσης και η εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ιδιαίτερα κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, έχει συνδεθεί με τις αλλαγές στα επίπεδα συγκεκριμένων ορμονών. Τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη και η κορτιζόλη αποτελούν τις τρεις κύριες ορμόνες, η ισορροπία των οποίων μεταβάλλεται με γρήγορους ρυθμούς κατά την κύηση.

Μία άλλη σημαντική ορμόνη, στην οποία πιθανόν να οφείλεται η καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά την κύηση, ονομάζεται χοριακή γοναδοτροπίνη. Η εμφάνιση αυτής της ορμόνης, καταγράφεται σε υψηλά επίπεδα τη δέκατη εβδομάδα της κύησης και στη συνέχεια υποχωρεί απότομα. Το γεγονός, ότι η διάρκεια εμφάνισής της συμπίπτει με τη διάρκεια της ναυτίας στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, την καθιστά πιθανή αιτία της προγεννητικής κατάθλιψης (Μωραΐτου, 2004).

Αν και οι μελέτες έχουν δείξει μία συσχέτιση μεταξύ των ορμονικών επιπέδων με την διάθεση και τις ψυχοσωματικές εκδηλώσεις των εγκύων, παραμένει άγνωστος ο τρόπος και ο βαθμός στον οποίο η προγεννητική κατάθλιψη της εγκύου επηρεάζεται από τις διακυμάνσεις των ορμονικών επιπέδων (Brummelte & Galea, 2009).

1.3 Επιπτώσεις

Σύμφωνα με έρευνες των Bennett, Einarson, Taddio, Koren και Einarson (2004), η προγεννητική κατάθλιψη έχει συνδεθεί με πολλά σωματικά συμπτώματα, όπως πονοκέφαλος, ναυτία, πόνο στο στομάχι, δύσπνοια, γαστρεντερικά προβλήματα, ταχυπαλμία, ζαλάδες και σεξουαλική δυσλειτουργία. Η μη θεραπευθείσα κατάθλιψη

εντείνει τα συμπτώματα, και τα επεισόδια κατάθλιψης γίνονται πιο συχνά και πιο σοβαρά. Οι επιπτώσεις αφορούν κυρίως την έγκυο και το έμβρυο-νεογνό. Η λειτουργική ανεπάρκεια, η ελλιπής προγεννητική φροντίδα, η προεκλαμψία, η χρήση ουσιών, ο αυξημένος κίνδυνος επιλόχειας κατάθλιψης έχουν συσχετιστεί με την περιγεννητική κατάθλιψη. Κατά συνέπεια, υπάρχει κίνδυνος για πιθανές καταστροφικές συνέπειες τόσο στη μητέρα όσο και στο βρέφος.

- Μείωση λειτουργικότητας της εγκύου

Τα σωματικά συμπτώματα σε καταθλιπτικούς ασθενείς στον γενικό πληθυσμό συνδέονται με αυξημένη ιατρική περίθαλψη, μειωμένη λειτουργικότητα και απουσία από την εργασία. Οι ίδιες επιδράσεις παρουσιάζονται και κατά την προγεννητική κατάθλιψη (Bennett et al., 2004).

Οι Birndorf, Madden, Portera και Leon (2001) ερεύνησαν την συσχέτιση της προγεννητικής κατάθλιψης με την εξασθένηση της λειτουργικότητας των εγκύων κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Βρέθηκε, ότι οι έγκυες με υψηλότερα ποσοστά στις κλίμακες άγχους και κατάθλιψης παρουσίασαν σημαντική μείωση της λειτουργικότητάς τους, σε σχέση με τις έγκυες χωρίς καταθλιπτική συμπτωματολογία. Επίσης, τρεις από τις δεκαεπτά έγκυες με προγεννητική κατάθλιψη παρουσίασαν αυτοκτονικό ιδεασμό. Χαρακτηριστικό αποτελεί το γεγονός, ότι ο βαθμός της εξασθένησης στην λειτουργικότητα των παραπάνω εγκύων, ήταν συγκρίσιμος με εκείνο των ασθενών με διαταραχή πανικού.

- Ακατάλληλη διατροφή και μείωση βάρους της εγκύου

Η στέρηση της διατροφής και η μη αναμενομένη αύξηση του σωματικού βάρους της εγκύου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την

καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης και το χαμηλό βάρος γέννησης. Η καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης χαρακτηρίζεται ως κύρια αιτία της περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας. Όταν η κατάθλιψη συνδυαστεί με την μείωση του βάρους της εγκύου, παρατηρούνται αρνητικές επιδράσεις στην ανάπτυξη του εμβρύου (Bennett et al., 2004).

Σε ό,τι αφορά το βάρος της εγκύου, ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) είναι αυτός που χρησιμοποιείται για να μετρηθεί η κατάσταση της υγείας της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο χαμηλός ΔΜΣ πριν την εγκυμοσύνη και η χαμηλή αύξηση του σωματικού βάρους κατά την εγκυμοσύνη, έχουν συσχετιστεί με την αυξημένη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης στις γυναίκες με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Ωστόσο, παραμένει ασαφές το κατά πόσο η καταθλιπτική διαταραχή είναι η αιτία ή το αποτέλεσμα της ανεπαρκούς διατροφής της μέλλουσας μητέρας (Bennett et al., 2004).

- Προ-εκλαμψία/Εκλαμψία

Σύμφωνα με το ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2002), η τοξιναιμία της κύησης αποτελεί μία σοβαρή επιπλοκή και διακρίνεται σε δύο τύπους, την προ-εκλαμψία και την εκλαμψία. Η προ-εκλαμψία, είναι μία συστηματική διαταραχή στην οποία το ήπαρ αποτελεί ένα από τα πολλά όργανα στόχους. Εμφανίζεται συνήθως μετά την 20^η εβδομάδα της κύησης και χαρακτηρίζεται από υπέρταση, πρωτεϊνουρία και οίδημα. Η προ-εκλαμψία εμφανίζεται στο 5-7% των κύησης. Παρουσιάζεται κυρίως σε πρωτοτόκες, ενώ η παρουσία διαβήτη, υπέρτασης, ακραίων ηλικιών (<20 και >45 ετών) και οικογενειακού ιστορικού προεκλαμψίας/εκλαμψίας, συνδυάζονται με αυξημένη συχνότητα της νόσου. Η εκλαμψία, χαρακτηρίζεται από την τριάδα της προ-

εκλαμψίας (υπέρταση, πρωτεϊνουρία και οίδημα) μαζί με την παρουσία σπασμών ή κώματος, που δεν σχετίζονται με άλλες χρόνιες εγκεφαλικές διαταραχές. Παρατηρείται σε συχνότητα περίπου 0,2-0,5% των κυήσεων, συνήθως σε πρωτότοκες γυναίκες.

Τα ευρήματα της μελέτης των Kurki, Hiilesmaa, Raitasalo, Mattila και Ylikorkala (2000) σε 623 έγκυες στη Φινλανδία συσχέτισαν την προγεννητική κατάθλιψη με τον κίνδυνο εμφάνισης προ-εκλαμψίας. Αναλυτικά το 4,5% των εγκύων παρουσίασε εκλαμψία, το 30% κατάθλιψη και το 16% άγχος. Οι έγκυες με καταθλιπτική συμπτωματολογία είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν εκλαμψία, σε σύγκριση με εκείνες χωρίς κατάθλιψη. Επίσης, ο κίνδυνος αυξήθηκε στις περιπτώσεις, όπου τα συμπτώματα κατάθλιψης εμφανίζονταν σε γυναίκες άνω των 30 ετών. Ακόμη, η κατάθλιψη, σε συνδυασμό με τη βακτηριδιακή μόλυνση του κόλπου, αύξησε την επικινδυνότητα εμφάνισης εκλαμψίας κατά πέντε φορές, σε σύγκριση με εκείνες χωρίς κατάθλιψη και χωρίς κολπική βακτηριδιακή μόλυνση.

- Εξάρτηση από καπνό, αλκοόλ ή ναρκωτικά

Η εξάρτηση από καπνό, αλκοόλ ή ναρκωτικά αποτελεί μία από τις σοβαρές επιπτώσεις της μη θεραπευθείσας κατάθλιψης στην έγκυο, με αντίστοιχα ποσοστά 20,4%, 18,8% και 5,5% στις Ηνωμένες Πολιτείες. Αυτή η εξάρτηση πιθανόν αντανακλά την προσπάθεια της γυναίκας να αντιμετωπίσει την καταθλιπτική της διάθεση (Bennett et al., 2004).

Σύμφωνα με τους Rajulo et al. (2001), τα βρέφη που γεννήθηκαν από γυναίκες με κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών διατρέχουν κίνδυνο να εμφανίσουν προβλήματα στην ανάπτυξη και την συμπεριφορά τους. Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί το λεγόμενο «αλκοολικό σύνδρομο των εμβρύων», καθώς και άλλες

αρνητικές επιπτώσεις στο έμβρυο, όπως κρανιοεγκεφαλικές ανωμαλίες, διανοητική καθυστέρηση, γνωστικά και συμπεριφορικά προβλήματα. Βρέφη από χρήστες ναρκωτικών γεννιούνται συνήθως πρόωρα και με χαμηλό βάρος. Ακόμη, ορισμένα στοιχεία μιλούν για μακροχρόνιες αρνητικές επιδράσεις στη σωματική και συμπεριφορική ανάπτυξη των παιδιών, όπως εγκληματικότητα, χρήση ναρκωτικών και ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά.

Καθοριστική σημασία για την κατανόηση του εθισμού σε ουσίες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αποτελεί η απώλεια ελέγχου από τη μητέρα και η απόλυτη προσήλωσή της στη χρήση ουσιών, γεγονός που επηρεάζει την ικανότητά της να φροντίσει τον εαυτό της και το παιδί της. Η διαφοροποίηση μεταξύ εξάρτησης και κατάχρησης ουσιών, δεν βασίζεται μόνο στην ανάπτυξη της ανοχής και στα συμπτώματα στέρησης, αλλά και στο βαθμό στον οποίο το άτομο εκδηλώνει το τυπικό μοτίβο του αποδιοργανωμένου τρόπου ζωής (Pajulo et al., 2001).

Αξίζει να σημειωθεί, ότι δεν παρατηρούνται πάντα οι παραπάνω αρνητικές επιπτώσεις στα βρέφη όλων των εγκύων που καταναλώνουν αλκοόλ. Η ποσότητα του αλκοόλ που καταναλώνεται, η συχνότητα κατανάλωσης, ο μεταβολισμός της μητέρας και η γενετική διαμόρφωση του εμβρύου καθορίζουν το βαθμό επιρροής του αλκοόλ στις έγκυες γυναίκες (Bennett et al., 2004).

Επίσης, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση αποτελεί σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα στην κατάχρηση ουσιών στις έγκυες με καταθλιπτική συμπτωματολογία. Έρευνες των Bennett et al. (2004), σε 1014 έγκυες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου στις Ηνωμένες Πολιτείες βρήκαν, ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία σχετιζόταν με ανεπιθύμητες συμπεριφορές για την υγεία, όπως καπνό, αλκοόλ και χρήση κοκαΐνης.

Τέλος, σύμφωνα με έρευνες της Μωραΐτου (2004), σχετικά με το κάπνισμα, γυναίκες με προγεννητική κατάθλιψη εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες συνέχισης (με ενοχές) του καπνίσματος στο τρίτο τρίμηνο της κύησης, παρά τις ιατρικές συμβουλές, γεγονός που ίσως αποτελεί ένδειξη ασυνείδητης σύγκρουσης με τη μητρότητα.

- Αυτοκτονία

Πολλές έρευνες έχουν συνδέσει τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις απόπειρες αυτοκτονίας με την κατάθλιψη στο γενικό πληθυσμό. Λίγες όμως έρευνες είναι διαθέσιμες, σχετικά με τις αυτοκτονικές τάσεις των εγκύων με προγεννητική κατάθλιψη. Τα ποσοστά του αυτοκτονικού ιδεασμού μεταξύ των καταθλιπτικών εγκύων, κυμαίνεται από 3% στη Φινλανδία έως 17,6% στις Ηνωμένες Πολιτείες.(Bennett et al., 2004).

Οι Einarson, Selby και Koren (2001) αξιολόγησαν τις συνέπειες της απότομης διακοπής αντικαταθλιπτικών και βενζοδιαζεπίνων σε 37 μητέρες και τα μωρά τους, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αναλυτικά, όλες οι γυναίκες λάμβαναν ή αντικαταθλιπτικό φάρμακο, ή βενζοδιαζεπίνη ή συνδυασμό των δύο και όλες ανέφεραν τη διακοπή του φαρμάκου, λόγω φόβου για γενετικές ανωμαλίες και βλαπτικές επιδράσεις στο έμβryo. Οι 34 γυναίκες εξ αυτών διέκοψαν τα φάρμακα απότομα και οι 3 από αυτές με σταδιακή μείωση. Αυτή η σταδιακή μείωση των φαρμάκων δεν παρουσίασε ικανοποιητικά αποτελέσματα, καθώς αυτές οι γυναίκες υπέστησαν ορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες. Πολλές από τις γυναίκες υπέστησαν τόσο φυσιολογικές, όσο και ψυχολογικές επιπτώσεις. Σχεδόν το ένα τρίτο (29,7%) των ασθενών ανέφεραν αυτοκτονικό ιδεασμό, λόγω των «αφόρητων» συμπτωμάτων και 4 γυναίκες εισήχθησαν σε νοσοκομείο. Μια γυναίκα οδηγήθηκε σε θεραπευτική έκτρωση, γιατί φοβόταν μία πιθανή τερατογένεση, καθώς πίστευε ότι δεν θα

μπορούσε να συνεχίσει την εγκυμοσύνη έχοντας αυτά τα συναισθήματα. Μία άλλη γυναίκα, η οποία διέκοψε απότομα την υψηλή καθημερινή δόση βενζοδιαζεπινών, καταπολέμησε τα αρνητικά συμπτώματα μέσω της κατανάλωσης αλκοόλ.

Σύμφωνα με τους Bennett et al. (2004), αν και το ποσοστό των αυτοκτονιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πολύ μικρό, η επικινδυνότητα ενός τέτοιου γεγονότος πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Εκτός από το θάνατο της μητέρας, χάνεται και η δυνατότητα του αγέννητου μωρού να ζήσει. Ο αριθμός των εγκύων γυναικών που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν λόγω της κατάθλιψης παραμένει άγνωστος, ενώ παράλληλα δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζεται το έμβρυο από τις απόπειρες αυτοκτονίας της μέλλουσας μητέρας. Είναι αναγκαία η περαιτέρω μελέτη, ώστε να προσδιοριστεί ο βαθμός του κινδύνου που ο αυτοκτονικός ιδεασμός και η απόπειρα αυτοκτονίας δημιουργούν στις γυναίκες και τα μωρά τους.

- Κακή έκβαση της εγκυμοσύνης

Τα ευρήματα της μελέτης των Field et al. (2010) υποστηρίζουν, ότι η προγεννητική κατάθλιψη έχει αρνητικές επιδράσεις στην ανάπτυξη του εμβρύου και υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες το μωρό να γεννηθεί πρόωρα και με χαμηλό βάρος. Στην ίδια μελέτη, οι γυναίκες με προγεννητική κατάθλιψη, συγκριτικά με τις γυναίκες χωρίς προγεννητική κατάθλιψη, είχαν υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης στα ούρα και χαμηλότερα επίπεδα ντοπαμίνης και σεροτονίνης και ήταν περισσότερο πιθανό να γεννήσουν πρόωρα και χαμηλού βάρους μωρά. Τα νεογνά αυτών των γυναικών είχαν υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης και χαμηλότερα επίπεδα ντοπαμίνης και σεροτονίνης, γεγονός που υποδηλώνει ότι τα νεογνά «μιμούνταν» τα προγεννητικά επίπεδα των μητέρων τους.

Έρευνες εξέτασαν τη σχέση της προγεννητικής κατάθλιψης με την καισαρική τομή. Παρατηρήθηκε, ότι σε δείγμα 959 εγκύων στο Χονγκ Κονγκ, οι οποίες αντιμετώπιζαν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης, η πιθανότητα καισαρικής τομής και η επιλογή επισκληριδίου και σπονδυλικής αναλγησίας διπλασιάστηκε. Παράλληλα, τα νεογνά των παραπάνω εγκύων ήταν πιο πιθανό να χρειαστούν εισαγωγή στην εντατική μονάδα που παρέχει φροντίδα σε νεογνά (Chung, Lau, Yip, Chiu & Lee, 2001). Ωστόσο, παρόμοιες έρευνες σε 1.697 γυναίκες στις Ηνωμένες Πολιτείες καθώς και σε γυναίκες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου δεν βρήκαν κάποια συσχέτιση προγεννητικής κατάθλιψης και καισαρικής τομής (Bennett et al., 2004).

Σε ό,τι αφορά τα παραπάνω στοιχεία, εκείνο που πρέπει να σημειωθεί είναι, ότι η προωρότητα και το χαμηλό βάρος γέννησης χαρακτηρίζονται ως κύριοι συσχετιστικοί παράγοντες με το βρεφικό θάνατο και τη βρεφική νοσηρότητα. Ιατρικές παρεμβάσεις αντιμετώπισης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, πιθανολογούν τη μείωση του ποσοστού των βρεφικών θανάτων και της βρεφικής νοσηρότητας. Περαιτέρω έρευνες όμως, είναι απαραίτητες για να εκτιμηθεί ο πραγματικός κίνδυνος της προγεννητικής κατάθλιψης (Bennett et al., 2004).

- Διαταραχές της συμπεριφοράς στο νεογνό

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα των Lundy et al. (1999), η προγεννητική κατάθλιψη σχετίζεται με αρνητικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη και τη συμπεριφορά του παιδιού. Λίγες έρευνες έχουν ασχοληθεί με την προγεννητική «μετάδοση» της κατάθλιψης από την μητέρα στο έμβryo. Τα στοιχεία, τα οποία έχουν συγκεντρωθεί, αποκαλύπτουν τις αρνητικές επιπτώσεις της προγεννητικής μητρικής σύνδεσης με το βρέφος. Τα μωρά των γυναικών με προγεννητική κατάθλιψη επιδεικνύουν μία

συμπεριφορά, η οποία θυμίζει αρκετά εκείνη της κατάθλιψης, πριν ακόμα δημιουργηθεί η αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους. Η συμπεριφορά αυτή περιλαμβάνει λιγότερες εκδηλώσεις ενδιαφέροντος, περισσότερες κραυγές που προηγούνται του κλάματος, υπερβολικό κλάμα, μειωμένα επίπεδα στην κίνηση και τον προσανατολισμό, χαμηλή ευερεθιστότητα και μη φυσιολογικά αντανακλαστικά.

Ακόμη σε αυτά τα βρέφη, έχουν εντοπιστεί αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης και νορεπινεφρίνης και μειωμένα επίπεδα ντοπαμίνης. Επίσης, έχει βρεθεί, ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία των εγκύων και οι μεταβολές στα επίπεδα κατεχολαμίνης, προβλέπουν τη συμπεριφορά που θυμίζει την κατάθλιψη στα νεογνά. Τα ορμονικά επίπεδα του εμβρύου επηρεάζονται όταν η κορτιζόλη και οι κατεχολαμίνες της εγκύου διαπερνούν τον πλακουντιακό φραγμό, με αποτέλεσμα να παρατηρείται ανεπαρκή αιμάτωση του εμβρύου και αλλαγές στη νευρο-συμπεριφορική ανάπτυξή του (εμφάνιση νοητικών, συναισθηματικών ή συμπεριφορικών διαταραχών) (Lundy et al., 1999).

Έρευνα των Zuckerman, Bauchner, Parker και Cabral (1990) εξέτασε τις νευρο-συμπεριφορικές λειτουργίες 1.123 νεογνών. Τα αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης των εγκύων στην κλίμακα CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale) συνδέονται με το υπερβολικό κλάμα και τη δυσκολία των νεογνών να νιώσουν ανακούφιση 3 μήνες μετά τη γέννησή τους. Σημαντική λεπτομέρεια της έρευνας είναι, ότι η εκτίμηση του κλάματος και της δυσκολίας για ανακούφιση έγινε με άμεση παρατήρηση από τρίτο πρόσωπο που δεν γνώριζε τη βαθμολογία της μητέρας στην κλίμακα CES-D.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη της Monk (2001), σύμφωνα με την οποία, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι ατομικές διαφορές στη συμπεριφορά του εμβρύου, οι

οποίες συνδέονται με τη συναισθηματική κατάσταση της γυναίκας, μπορούν να καθορίσουν την ιδιοσυγκρασία του παιδιού στο μέλλον καθώς και την ικανότητά του να ρυθμίζει τα συναισθήματά του. Υποθέσεις αναφέρουν, ότι οι διαφορές του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος και της θέσης των εμβρύων αποτελούν προβλεπτικούς δείκτες των διαφοροποιήσεων στο νευροβιολογικό υπόστρωμα (ικανότητα ανταπόκρισης και άλλων βασικών παραγόντων ρύθμισης των συναισθημάτων στο μέλλον).

Ερευνητικά δεδομένα της Μωραΐτου (2004) αποκαλύπτουν την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων στην συμπεριφορά παιδιών των μητέρων με προγεννητική κατάθλιψη στα πρώτα χρόνια του δημοτικού. Συγκεκριμένα, τα παιδιά αυτά διατρέχουν τριπλάσιο κίνδυνο να παρουσιάσουν υψηλό επίπεδο εγκληματικότητας και επιθετικότητας και 8,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο υψηλού επιπέδου συνολικών προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένης της παιδικής εγκληματικότητας, της επιθετικότητας και των συμπτωμάτων κατάθλιψης και ανησυχίας κατά την ηλικία των 8-9 ετών. Ωστόσο, περαιτέρω μελέτες πάνω στην εμβρυϊκή, βρεφική και παιδική ηλικία είναι απαραίτητες για να διαπιστωθεί η συμβολή των εμβρυϊκών χαρακτηριστικών στην συμπεριφορά του ατόμου.

1.4 Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η θεραπεία της κατάθλιψης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης περιλαμβάνει τη ψυχοθεραπεία, τη φαρμακολογική αντιμετώπιση, και την ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Η απόφαση για τη χορήγηση ή μη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, πρέπει να εξατομικεύεται. Η έναρξη της φαρμακολογικής θεραπείας προϋποθέτει την εκτίμηση των γνωστών, αλλά και των πιθανών κινδύνων, τόσο από τη χορήγηση, όσο και από την μη χορήγηση θεραπείας.

Παρακάτω αναφέρονται όσα, σύμφωνα με την Μωραΐτου (2004) πρέπει να λαμβάνονται υπόψη:

- Η βαρύτητα της διαταραχής και ο τρόπος με τον οποίο η έγκυος βιώνει την κατάσταση.
- Η περίοδος της προγεννητικής κατάθλιψης, που στις περισσότερες γυναίκες συμπίπτει με την περίοδο της οργανογένεσης και η υποχώρηση της διαταραχής κατά το δεύτερο τρίμηνο και στην αρχή του τρίτου τριμήνου.
- Το γεγονός, ότι κατά την περίοδο αυτή, τα εμβρυικά ηπατικά ένζυμα και οι μηχανισμοί νεφρικής απέκκρισης του εμβρύου δεν είναι ανεπτυγμένα, με αποτέλεσμα το βραδύ μεταβολισμό των φαρμάκων και συνακόλουθα την αυξημένη ένταση και παρατεταμένη διάρκεια της δράσης τους.
- Για τα περισσότερα φάρμακα δεν υπάρχουν αρκετές ενδείξεις, ώστε να θεωρηθούν πλήρως ασφαλή για το έμβρυο, ειδικά κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης (p. 278).

Φαρμακοθεραπεία

Οι μελέτες τερατογένεσης από τη χρήση αντικαταθλιπτικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι περιορισμένες. Επειδή υπάρχει μεγαλύτερη κλινική εμπειρία με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs), εάν ένας ασθενής χρειάζεται να λάβει αγωγή στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι καλύτερο να προτιμηθούν τα TCAs, έναντι των νεότερων αντικαταθλιπτικών. Δεν βρέθηκε αυξημένος κίνδυνος για ανάπτυξη συγγενών διαμαρτιών μετά από χρήση TCAs στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Έχουν αναφερθεί μεμονωμένα περιστατικά νεογνών με σημεία απόσυρσης μετά από χρήση

TCAs, αμέσως μετά τον τοκετό. Τα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνουν υπερβολικό εκνευρισμό, ανησυχία και ήπιες επιληπτικές κρίσεις (Cantwell & Smith, 2006).

Επίσης, τα φάρμακα που επιλεκτικά αναστέλλουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης (SSRIs), αυξάνουν τα επίπεδα της ελεύθερης σεροτονίνης, θεραπεύοντας έτσι την κατάθλιψη. Μελέτες με χρήση φλουοξετίνης (Ladose) κατά το πρώτο τρίμηνο, δεν έδειξαν κάποια σύνδεση με εμβρυϊκές διαμαρτίες. Ίσως, η λήψη του φαρμάκου αυτού να συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο περιγεννητικών επιπλοκών. Πρόσφατη μελέτη με τη φλουοξετίνη δεν έδειξε διαφορές στο IQ, τη γλωσσική ικανότητα και τη συμπεριφορά παιδιών που είχαν, ως έμβρυα, εκτεθεί στο φάρμακο (Cantwell & Smith, 2006).

Ακόμη, κάποιοι από τους νεότερους SSRIs, όπως η φλουβοξαμίνη (Dumyrox), η παροξετίνη (Seroxat) και η σερταλίνη (Zoloft), χορηγούμενες στις συνιστώμενες δόσεις, δεν έδειξαν να αυξάνουν τον κίνδυνο τερατογένεσης (Cantwell & Smith, 2006). Σύμφωνα με τους Hendrick και Altshuler (2002), οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOIs) βρέθηκε, ότι μπορούν να προκαλέσουν κάποιες μορφές δυσπλασίας στο έμβρυο. Άλλες έρευνες υποστηρίζουν, ότι οι MAOIs οδηγούν σε υγιή έκβαση της εγκυμοσύνης. Σε κάθε περίπτωση, καλό είναι να αποφεύγεται η θεραπεία με MAOIs, λόγω κινδύνου υπερτασικής κρίσης. Δεν υπάρχουν μελέτες που να αφορούν τους αναστολείς επαναπρόσληψης της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης (SNRIs) ή τα άλλα άτυπα αντικαταθλιπτικά.

Από την ομάδα των σταθεροποιητών της διάθεσης, το λίθιο έδειξε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακών ανωμαλιών. Συχνότερα εμφανίστηκε το σύνδρομο Ebstein (δυστοπία της τριγλώχινος), σε νεογνά που εκτέθηκαν σ' αυτό, στη διάρκεια του πρώτου τριμήνου κύησης. Ο κίνδυνος για ανάπτυξη της ανωμαλίας Ebstein είναι

0,05 - 1%. Η έκθεση σε λίθιο συνδέεται επίσης με την ανάπτυξη του συνδρόμου "floppy baby", που χαρακτηρίζεται από κύνωση και υποτονικότητα. Άλλες επιδράσεις περιλαμβάνουν υποθυρεοειδισμό του νεογέννητου και νεφρογενή άποιο διαβήτη. Μία μελέτη παιδιών που είχαν εκτεθεί σε λίθιο και δεν ανέπτυξαν διαμαρτίες, μετά από επανέλεγχο 5 ετών δεν ανέδειξαν κάποιο σημαντικό πρόβλημα συμπεριφοράς. Ο κίνδυνος ανάπτυξης συγγενών διαμαρτιών είναι αυξημένος μετά από περιγεννητική έκθεση σε αντικαταθλιπτικά (Cantwell & Smith, 2006).

Έκθεση σε καρβαμαζεπίνη (Tegretol) κατά το πρώτο τρίμηνο κύησης, πιθανόν οδήγησε σε εμφάνιση δισχιδούς ράχης (spina bifida) σε ποσοστό 1%, μία διαταραχή κατά την οποία δεν ολοκληρώνεται η σύγκλειση των οστών της σπονδυλικής στήλης, με αποτέλεσμα τμήματα του νωτιαίου μυελού να είναι εκτεθειμένα. Το βαλπροϊκό (Depakine) έχει συνδεθεί με βλάβες του κεντρικού νευρικού σωλήνα σε ποσοστό 3-5%. Επίσης, ένα σύνδρομο με ελάσσονες διαμαρτίες, όπως αφεστώτα ότα (πεταχτά αυτιά), επίπεδη ρινική γέφυρα, και υποπλασία των νυχιών έχει παρουσιαστεί σε παιδιά που εκτέθηκαν σε αντιεπιληπτικά. Περιορισμένα δεδομένα δείχνουν, ότι τα αντικαταθλιπτικά εκκρίνονται στο μητρικό γάλα, ενώ οι πληροφορίες είναι ανεπαρκείς σχετικά με την επίδραση των αντικαταθλιπτικών σε θηλάζοντα παιδιά. Επομένως, εάν είναι δυνατόν, ο θηλασμός θα πρέπει να αποφεύγεται (Cantwell & Smith, 2006).

Ωστόσο, στη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια να αποφευχθούν, αν είναι δυνατόν, τα φάρμακα στη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της κύησης, που είναι η κρίσιμη περίοδος της οργανογένεσης. Σκόπιμο είναι να αποφεύγεται η πολυφαρμακία και να χρησιμοποιούνται οι μικρότερες επαρκείς δόσεις φαρμάκων (Μωραΐτου, 2004).

Ψυχοθεραπεία

Η γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία αποτελούν δύο υποστηρικτικές μεθόδους, οι οποίες μπορούν να φανούν αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση της προγεννητικής κατάθλιψης (Yonker et al., 2009). Η ψυχοθεραπεία είναι μία μη επεμβατική και σύντομη θεραπεία για μη ψυχωτική μείζονα κατάθλιψη.

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, αποσκοπεί στην ανακούφιση των συμπτωμάτων, επιδιώκοντας να επιλυθούν τα προβλήματα που απορρέουν από τις διαπροσωπικές σχέσεις, την οικογενειακή ζωή, το εργασιακό περιβάλλον, τα οποία συνδέονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης. Η γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, εστιάζει στο πώς οι σκέψεις, τα συναισθήματα και η συμπεριφορά ασκούν επιρροή στη διάθεση της εγκύου. Στόχος είναι η αντιμετώπιση των αρνητικών σκέψεων (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010).

Έρευνα της McClanahan (2009) σε έφηβες εγκύες έδειξε, ότι ο συνδυασμός γνωστικής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας και χορήγησης φλουοξετίνης (Ladose), είναι πιο αποτελεσματικός στην αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, σε σύγκριση με την μεμονωμένη υποστηρικτική θεραπεία. Παράλληλα, στην ίδια έρευνα φάνηκε, ότι η μεμονωμένη χορήγηση φλουοξετίνης είναι πιο αποτελεσματική από την μεμονωμένη υποστηρικτική θεραπεία. Αναλυτικά, το ποσοστό αποτελεσματικότητας της συνδυαστικής θεραπείας άγγιξε το 71%, το ποσοστό της μεμονωμένης φλουοξετίνης ήταν 61% και αυτό της μεμονωμένης γνωστικής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας 43%.

Ακόμη, πολλές γυναίκες αναφέρουν, ότι η συμμετοχή τους στις ομάδες αυτοβοήθειας μειώνει την αίσθηση της απομόνωσης και τους παρέχει πρόσβαση σε πρακτικές

συμβουλές (Μωραΐτου, 2004). Παράλληλα, τα προφανή μέτρα, όπως ανάγκη για ήπια ξεκούραση, άσκηση και προσωπικό χρόνο, δεν πρέπει να αγνοηθούν (Marcus, Barry, Flynn, Tandon & Greden, 2001).

Σύμφωνα με τους Marcus et al. (2001), απαιτείται στενή παρακολούθηση κατά τη διάρκεια του προγεννητικού ελέγχου, έτσι ώστε οι κλινικοί ιατροί να προχωρήσουν με φαρμακοθεραπεία, αν τα συμπτώματα γίνονται πιο σοβαρά.

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (American Psychiatric Association), προτείνει την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, ως πρωταρχική θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης κατά την εγκυμοσύνη. Αυτό το είδος της θεραπείας, θεωρείται αποτελεσματική, ταχεία και ασφαλή επιλογή για την αντιμετώπιση της προγεννητικής κατάθλιψης (Kasar, Saatcioglu & Kutlar, 2007). Σύμφωνα με τους Yonker et al. (2009), η ηλεκτροσπασμοθεραπεία προτείνεται ειδικά, όταν η καταθλιπτική διαταραχή απειλεί τη ζωή της μητέρας ή του εμβρύου ή όταν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αναποτελεσματικά.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ελαχιστοποιεί του κινδύνους τόσο για την μητέρα, όσο και για το έμβρυο. Σε μετα-ανάλυση 300 περιπτώσεων αντιμετώπισης της προγεννητικής κατάθλιψης με ηλεκτροσπασμοθεραπεία αναφέρθηκαν σε πολύ μικρό ποσοστό διαταραχές στον καρδιακό ρυθμό του εμβρύου, κολπική αιμορραγία, συσπάσεις της μήτρας και πρόωρος τοκετός (Kasar, Saatcioglu & Kutlar, 2007).

Η συγκριτική αξιολόγηση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας και της φαρμακευτικής θεραπείας σε μετα-ανάλυση, έδειξε ότι η μέση απαντητικότητα της ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι κατά 20% ανώτερη της θεραπείας με τρικυκλικά και

κατά 45% ανώτερη της θεραπείας με αναστολείς της ΜΑΟ. Καμία άλλη θεραπευτική προσέγγιση στην κατάθλιψη δεν αποδείχθηκε περισσότερο αποτελεσματική από την ηλεκτροσπασμοθεραπεία (Χριστοδούλου, 2005).

2. Επιλόχεια κατάθλιψη

Οι γυναίκες μετά τον τοκετό εμφανίζουν κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης. Η λοχεία, είναι μία περίοδος φορτισμένη με προσδοκίες, ανησυχίες, αγωνία, αφοσίωση, κούραση και άλλα συναισθήματα που προκαλούν στρες. Παράλληλα, η προσαρμογή της γυναίκας σε ένα νέο κοινωνικό ρόλο, δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στη σχέση της με τον σύζυγο ή σύντροφό της και την οικογένειά της, στην εργασία της και φυσικά στην σχέση που δημιουργείται με το βρέφος. Όταν η μητέρα δεν είναι έτοιμη να αποδεχτεί το μωρό της και το θεωρεί «απειλητική παρουσία», τότε η ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας επιδεινώνεται καταλήγοντας στη λεγόμενη επιλόχεια κατάθλιψη (Hanley, 2009).

Η επιλόχεια κατάθλιψη θεωρείται μία μη-ψυχωτική ασθένεια με ήπια έως μέτρια συμπτώματα (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2002). Στην ταξινόμηση ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η επιλόχεια κατάθλιψη ταξινομείται στην κατηγορία «ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς συνδεόμενες με την λοχεία, οι οποίες δεν ταξινομούνται αλλού». Επίσης αναγνωρίστηκε πρόσφατα από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία, ως διαταραχή της διάθεσης που εμφανίζεται κατά την λοχεία. Σύμφωνα με το DSM-IV, η κατάθλιψη της λοχείας είναι ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, το οποίο επισυμβαίνει εντός τεσσάρων εβδομάδων μετά τον τοκετό (Μωραΐτου, 2004). Ωστόσο, κάποιες έρευνες αναφέρουν συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης μέχρι και ένα χρόνο μετά τον τοκετό (Hanley, 2009). Πολλές φορές, η έναρξη της επιλόχειας κατάθλιψης παρατηρείται κατά την προγεννητική περίοδο (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2002).

Το ποσοστό των λεχωίδων που αντιμετωπίζουν κατάθλιψη μέχρι και ένα χρόνο μετά τον τοκετό, ανέρχεται στο 10-20% (Brockington, 1996). Κάποιοι συγγραφείς

αναφέρουν ανησυχητικά υψηλά ποσοστά, που φθάνουν μέχρι και 40%. Ακόμη, για τις ενήλικες μητέρες, το ανωτέρω ποσοστό ανέρχεται σε 26%. Για το 60% αυτών των γυναικών, το καταθλιπτικό επεισόδιο είναι το πρώτο τους. Οι πρωτότοκες διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο να παρουσιάσουν επιλόχεια κατάθλιψη (Μωραΐτου, 2004).

Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί το γεγονός, ότι η νόσος υποδιαγιγνώσκεται, καθώς η μητέρα σπάνια αναζητά βοήθεια. Από το 10-20% των λεχωίδων με επιλόχεια κατάθλιψη, μόνο το 2-4% παραπέμπεται σε κάποια πρωτοβάθμια υπηρεσία φροντίδας (Brockington, 1996). Για αυτό το λόγο, είναι εξαιρετικής προληπτικής σημασίας η αναγνώριση της επιλόχειας κατάθλιψης από επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με τη γυναίκα την περίοδο αυτή (όπως οι μαίες, οι γυναικολόγοι, οι παιδίατροι κ.α.), καθώς και η έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπεία (Μωραΐτου, 2004).

2.1 Επιλόχεια μελαγχολία

Σύμφωνα με τον Brockington (1996), η επιλόχεια μελαγχολία (maternity blues) είναι μία παροδική, αυτοπεριοριζόμενη διαταραχή, η οποία εμφανίζεται μέσα στις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν άγχος, οξυθυμία, ευερεθιστότητα, ευμετάβλητη διάθεση, σύγχυση, αϋπνία και δυσκολία στη μνήμη. Για παράδειγμα, η λεχωίδα μπορεί να κλαίει από υπερβολική συναισθηματική ταύτιση με τη δυστυχία του άλλου, ή ακόμα να κλαίει μετά από μία καλή είδηση. Η συμπεριφορά αυτή δημιουργεί έκπληξη και ανησυχία στην ίδια τη μητέρα και τη θεωρεί ιδιαίτερα ασυνήθιστη. Προσοχή όμως χρειάζεται, γιατί σε ένα μικρό ποσοστό τα συμπτώματα της επιλόχειας μελαγχολίας μπορεί να σηματοδοτούν την έναρξη της πολύ πιο σοβαρής κατάθλιψης της λοχείας.

Η διάρκεια της επιλόχειας μελαγχολίας κυμαίνεται μεταξύ ωρών και μερικών ημερών. Δεν υπάρχει όμως, γενική ομοφωνία των ερευνητών σχετικά με τη χρονική

περίοδο κατά την οποία εμφανίζονται τα συμπτώματα της επιλόχειας μελαγχολίας. Η κορύφωση των συμπτωμάτων παρατηρείται στην Τζαμάικα την 1^η μέρα μετά τον τοκετό, στην Αγγλία την 3^η, 4^η και 5^η μέρα, στην Τανζανία την 7^η μέρα, ενώ στις γυναίκες που έφυγαν νωρίς από το νοσοκομείο τα συμπτώματα εμφανίστηκαν μεταξύ 6^{ης}-8^{ης} μέρας μετά τον τοκετό (Brockington, 1996).

Σε μελέτες των Gonidakis, Rabavilas, Varsou, Kreatsas και Christodoulou (2007), φάνηκε ότι το ποσοστό των λεχωίδων που βιώνει την επιλόχεια μελαγχολία, ανέρχεται μεταξύ 40-60%. Ωστόσο, έρευνες στην Ιαπωνία αναφέρουν ποσοστό επιλόχειας μελαγχολίας μόλις 8%, ενώ στην Τανζανία 83%. Το γεγονός, ότι το μικρότερο ποσοστό παρουσιάζεται στην Ιαπωνία, έκανε πολλούς ερευνητές να υποστηρίζουν τη σημασία της κουλτούρας και κυρίως της επιρροής της κουλτούρας στην οικογενειακή υποστήριξη κατά την λοχεία. Περαιτέρω έρευνες, όμως, δεν έδειξαν κάποια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της παραδοσιακής υποστήριξης (satogaeri bunben), που λάμβαναν οι λεχωίδες στην Ιαπωνία με την επιλόχεια μελαγχολία (Gonidakis et al., 2007).

Ένας αριθμός ψυχοκοινωνικών παραμέτρων έχει ελεγχθεί, προκειμένου να προσδιοριστούν οι παράγοντες κινδύνου της επιλόχειας μελαγχολίας. Οι περισσότερες από τις μελέτες δεν διαπίστωσαν καμία συσχέτιση μεταξύ επιλόχειας μελαγχολίας και κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων, όπως η ηλικία, η εκπαίδευση, η εργασία και η οικογενειακή κατάσταση. Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, η ύπαρξη άλλων παιδιών στην οικογένεια, η καισαρική τομή, ο θηλασμός και η οικογενειακή στήριξη έχουν επίσης μελετηθεί, αλλά με αντιφατικά αποτελέσματα. Ακόμη, αρνητικά συναισθήματα, όπως άγχος, φόβος του τοκετού, κατάθλιψη και αρνητικά γεγονότα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχουν συσχετιστεί με την επιλόχεια μελαγχολία. Τέλος, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως

νευρωτισμός, υποχονδρίαση, κατάθλιψη και υποκλίμακες της παράνοια του M.M.P.I. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), αποτελούν πιθανούς προβλεπτικούς παράγοντες της επιλόχειας μελαγχολίας (Gonidakis et al., 2007).

Σύμφωνα με μελέτες των Buist, Morse και Durkin (2003), σε μερικές περιπτώσεις, η επιλόχεια μελαγχολία έχει αντίκτυπο στη σχέση της λεχωίδας με το σύζυγό της, ιδιαίτερα σε θέματα libido και σεξ. Τέτοιου είδους προβλήματα, χαρακτηρίζουν μία πολύ ευαίσθητη και σημαντική περιοχή στην σχέση του ζευγαριού, ωστόσο, παρατηρείται ιδιαίτερη δυσκολία στο να τεθεί αυτή η περιοχή υπό συζήτηση. Στην βιβλιογραφία αναφέρεται ως σύμπτωμα αλλά δεν υπάρχει κάποια εκτενής έρευνα, η οποία να αναλύει τις ακριβείς επιπτώσεις πάνω στη σχέση μητέρας και συζύγου. Υποθέσεις υποστηρίζουν, ότι οι άντρες βιώνουν έντονα συναισθήματα ευαλωτότητας (vulnerability), τα οποία προέρχονται από την πίεση να φροντίσουν, όχι μόνο τον εαυτό τους και τη γυναίκα τους, αλλά και το νέο μέλος της οικογένειας. Οι συναισθηματικές ανάγκες του πατέρα μπορούν να παραβλεφθούν για την ανάγκη άλλων συναισθηματικών γεγονότων, πράγμα που οδηγεί σε επιπλέον δυσκολίες στη σχέση του ζευγαριού (Buist, Morse & Durkin, 2003).

Δεν υπάρχουν έρευνες για το πως η επιλόχεια μελαγχολία επηρεάζει τη σχέση μητέρας-παιδιού. Παραμένει άγνωστο, αν αυτή η προσωρινή και πρώιμη δυσφορία μετά τον τοκετό ασκεί αρνητική επίδραση στο βρέφος (Negata et al., 2000).

Η στήριξη από την οικογένεια, τους φίλους και τους επαγγελματίες υγείας συμβάλλει στην ταχύτερη εξασθένιση των συμπτωμάτων. Αυξημένο άγχος και κατάθλιψη κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης αποτελούν προβλεπτικό παράγοντα της επιλόχειας μελαγχολίας, αλλά δεν έχει αποδειχθεί κάποια συσχέτιση με μαιευτικές μεταβλητές. Ωστόσο, υποθέσεις έχουν γίνει για τη χρονικά όμοια ταχεία πτώση των οιστρογόνων

και της προγεστερόνης, ως αιτιολογικός παράγοντας της επιλόχειας μελαγχολίας (Cantwell & Cox, 2006).

Το γεγονός, ότι η επιλόχεια μελαγχολία είναι αυτοπεριοριζόμενη σημαίνει, ότι υποχωρεί συνήθως μετά από λίγες μέρες. Δεν απαιτείται ειδική παρέμβαση, εκτός από τον καθησυχασμό της γυναίκας και των οικείων της. Κατάλληλη είναι η προγεννητική εκπαίδευση της μέλλουσας μητέρας και του συντρόφου της γι' αυτή τη συχνή κατάσταση (Brockington, 1996).

Τα ερευνητικά δεδομένα της Μωραΐτου (2004), παρουσιάζουν τις διαταραχές του ύπνου και τη δυσκολία στη μνήμη ως κοινά συμπτώματα μεταξύ επιλόχειας μελαγχολίας και επιλόχειας κατάθλιψης. Η διαφορική διάγνωση της μελαγχολίας της λοχείας από την επιλόχεια κατάθλιψη είναι εύκολη, καθώς χαρακτηρίζεται, όπως ήδη αναφέρθηκε, από κακή διάθεση και παροδικότητα. Ωστόσο, απαιτείται προσεκτική διαφορική διάγνωση από την επιλόχεια ψύχωση, με την συνδρομή ειδικού, καθώς η δυσμνησία και η διαταραχή του ύπνου μπορεί να εκληφθούν ως συμπτώματα επιλόχειας ψύχωσης.

2.2 Επιλόχεια ψύχωση

Η επιλόχεια ψύχωση αποτελεί την πιο δραματική συναισθηματική απάντηση στη μητρότητα και η συχνότητα της ανέρχεται σε μία περίπτωση ανά 1000 εγκυμοσύνες. Η έναρξη τοποθετείται μεταξύ 2^{ης} και 14^{ης} ημέρας μετά τον τοκετό. Ωστόσο, σε σπάνιες περιπτώσεις εμφανίζεται καθ' όλη την διάρκεια του πρώτου έτους μετά τον τοκετό (Brockington, 2008). Αν και η πιθανότητα επιλόχειας ψύχωσης είναι μικρή για κάθε γυναίκα, η λοχεία χαρακτηρίζεται ως επικίνδυνη περίοδος με επτά φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εισαγωγής σε ψυχιατρική κλινική τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό (Cantwell & Cox, 2006).

Σύμφωνα με τον Παπαζήση (2006), η συμπτωματολογία της επιλόχειας ψύχωσης δεν διαφέρει από αυτή των υπολοίπων ψυχωτικών επεισοδίων που συμβαίνουν εκτός αυτής της χρονικής περιόδου. Συνήθως, κυριαρχούν συμπτώματα μανίας, όπως ευερεθιστότητα, υπερκινητικότητα, ψυχοκινητική διέγερση, εύκολη διάσπαση της προσοχής, διαταραχή του ύπνου, έντονο άγχος και ευφορία ή ευμετάβλητο συναίσθημα. Συχνές είναι οι οπτικές ή ακουστικές ψευδαισθήσεις, οι παραισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες, οι οποίες αφορούν συνήθως το νεογέννητο. Σε κάποιες περιπτώσεις κυριαρχούν καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως υποθυμία, αισθήματα ενοχής και αναξιότητας καθώς και αυτοκτονικός ιδεασμός.

Η εικόνα της επιλόχειας ψύχωσης μοιάζει συχνά με αυτή των διαταραχών της διάθεσης, δηλαδή της διπολικής διαταραχής (μανιοκατάθλιψης) ή της μείζονος κατάθλιψης, στις οποίες επικάθονται ψυχωτικά στοιχεία. Σε πολλές όμως περιπτώσεις, επικρατεί τυπική ψυχωτική συμπτωματολογία με ποικίλες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένο λόγο και αλλόκοτη συμπεριφορά, οπότε η διαταραχή κατατάσσεται στο ευρύτερο φάσμα της σχιζοφρένειας. Λόγω της σύγχυσης, των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών υπάρχει αυξημένος κίνδυνος τραυματισμού του παιδιού, ακούσιος ή εκούσιος, που μπορεί να φτάσει σπάνια, ως και την παιδοκτονία. Όσον αφορά τα ποσοστά αυτοκτονίας των ψυχωτικών λεχωίδων, αυτά δεν είναι αυξημένα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό που πάσχει από ψυχωτικές διαταραχές (Παπαζήσης, 2006).

Οι ερευνητικές μελέτες των Cantwell και Cox (2006) παρουσίασαν το προηγούμενο ιστορικό επιλόχειας ψύχωσης και το ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό (συγγενείς πρώτου ή δευτέρου βαθμού) μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής, ως παράγοντες επικινδυνότητας της επιλόχειας ψύχωσης. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η πιθανότητα εμφάνισης ψύχωσης κατά τη λοχεία αυξάνεται κατά δύο φορές.

Έρευνες του Brockington (2008) υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχουν ειδικές θεραπείες αντιμετώπισης της επιλόχειας ψύχωσης. Το πρώτο ενδεχόμενο είναι η καταστολή με νευροληπτικά, όμως αυτά, πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή λόγω αυξημένου κινδύνου εξωπυραμιδικών παρενεργειών. Αν και μόνο μία στιγμιαία δόση νευροληπτικού λαμβάνεται από το έμβρυο μέσω του θηλασμού, συνήθως ο τελευταίος διακόπτεται. Ακόμη, μετά την αναγνώριση της συσχέτισης του λιθίου με την μανιοκαταθλιπτική ψύχωση, το λίθιο χορηγείται όλο και πιο συχνά. Ωστόσο, πιθανολογείται το λίθιο να προκαλεί ανεπιθύμητες δράσεις στο μωρό που θηλάζει. Όσον αφορά την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, αυτή αποτελεί μία ιδιαίτερα αποτελεσματική θεραπεία για όλες τις μορφές επιλόχειας ψύχωσης.

Ο τόπος της θεραπείας είναι ένα σημαντικό ζήτημα. Δεδομένου, ότι η νοσηλεία στο νοσοκομείο μπορεί να είναι διασπαστική για την οικογένεια, η διαταραχή αυτή πρέπει να αντιμετωπίζεται κατά το δυνατόν στο σπίτι, όπου η ασθενής διατηρεί το ρόλο της ως σύζυγος και ως μητέρα. Αν η εισαγωγή σε νοσοκομείο είναι απαραίτητη, υπάρχουν μεγάλα πλεονεκτήματα από την συνδυασμένη εισαγωγή μητέρας και μωρού (Brockington, 2008).

Η ανάρρωση πραγματοποιείται συνήθως σε διάστημα 1-2 μηνών, αλλά υπάρχει μεγάλη ατομική διακύμανση. Οι περισσότερες γυναίκες αναρρώνουν πλήρως, αλλά παραμένουν σε πολύ υψηλό κίνδυνο μελλοντικών επιλόχειων και μη επιλόχειων επεισοδίων (Cantwell & Cox, 2006).

2.3 Κλινική Εικόνα

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία (2004), τα παρακάτω συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης, δεν διαφέρουν από εκείνα της κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό:

- Κακή διάθεση, συχνά κλάματα
- Έλλειψη ικανοποίησης και ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που κάποτε προσέφεραν ευχαρίστηση
- Προβλήματα στον ύπνο και μείωση ύπνου REM
- Μείωση βάρους
- Μείωση ενεργητικότητας (ατονία)
- Ανησυχία ή άγχος
- Αισθήματα αναξιότητας ή ενοχής
- Δυσκολία συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων
- Σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας
- Μειωμένο ενδιαφέρον για σεξ
- Αισθήματα απόρριψης
- Σωματικά συμπτώματα όπως συχνοί πονοκέφαλοι, πόνοι στο στήθος, ταχυπαλμία, μούδιασμα ή ζάλη

Η έναρξη της νόσου παρατηρείται συνήθως μέσα στις πρώτες πέντε εβδομάδες μετά τον τοκετό (O'Hara, 1997). Τα ερευνητικά δεδομένα των Kumar και Robson (1984), αναφέρουν τριπλάσια επεισόδια επιλόχειας κατάθλιψης κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων μηνών μετά τον τοκετό, σε σύγκριση με τα αντίστοιχα στοιχεία 6 μήνες ή 1 χρόνο μετά τη γέννηση του μωρού. Όσον αφορά τη διάρκεια της νόσου, αυτή είναι δύσκολο να καθοριστεί. Σε γενικές γραμμές υποστηρίζεται, ότι τα επεισόδια διαρκούν μερικούς μήνες. Συγκριμένα, ο O'Hara (1997), σε έρευνά του υποστηρίζει, ότι τα τρία τέταρτα των καταθλιπτικών λεχωίδων βίωναν καταθλιπτικά συμπτώματα για 3 μήνες ή περισσότερο και το ένα τέταρτο για περισσότερο από 6 μήνες. Βέβαια, τα παραπάνω δεδομένα δεν διαφέρουν ιδιαίτερα από την διάρκεια των επεισοδίων σε οποιαδήποτε άλλη στιγμή εκτός της λοχείας (O'Hara, 1997).

Μπορεί να λεχθεί, ότι η συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης προσομοιάζει με εκείνη ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Αν και τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια με επιλόχεια έναρξη δεν διαφέρουν στην συμπτωματολογία από τα αντίστοιχα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης χωρίς επιλόχεια έναρξη, μπορεί να χαρακτηρίζονται πιο συχνά από ευμετάβλητη διάθεση και κυμαινόμενη κλινική πορεία (Μωραΐτου, 2004).

Ακόμη, στο 30% των λεχωίδων εμφανίζεται κεφαλαλγία, ιδιαίτερα σε αυτές με ιστορικό ημικρανίας. Μερικές φορές συνοδεύεται από φωτοευαισθησία, ναυτία και εμετό. Όσον αφορά τις σκέψεις αυτοκτονίας, οι λεχωίδες σπάνια πραγματοποιούν απόπειρες. Πιο συχνά βέβαια αποπειρώνται οι γυναίκες που γέννησαν νεκρό έμβρυο και οι έφηβες μητέρες (Μωραΐτου, 2004).

Σημαντική παράμετρο, αποτελεί η κλινική εικόνα των γυναικών που υιοθετούν ένα παιδί. Σε έρευνα των Payne et al. (2010), το 10% αυτών των γυναικών εμφάνισε συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης μέσα σε 1 χρόνο μετά την υιοθεσία.

2.4 Αιτιολογικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου

Σύμφωνα με τους Webster, Pritchard, Creedy και East (2003), πολλές γυναίκες αδυνατούν να αξιολογήσουν τον εαυτό τους και να αναγνωρίσουν ότι πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη, ενώ παράλληλα η διαταραχή υποδιαγιγνώσκεται από τους περισσότερους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η ταξινόμηση των παραγόντων που θέτουν σε κίνδυνο τη λεχώιδα, μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση του ποσοστού διάγνωσης της επιλόχειας κατάθλιψης.

Η αιτιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης είναι πολυπαραγοντική. Βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά τη λοχεία (Hanley, 2009).

Πολλοί ερευνητές συμφωνούν, ότι κατά την προγεννητική περίοδο οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως ελλιπής κοινωνική στήριξη, συζυγική διαμάχη, ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης και ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό διαταραχής της διάθεσης, σχετίζονται με την επιλόχεια κατάθλιψη. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να διαπιστωθούν προγεννητικά, λίγες όμως έρευνες, έχουν εξετάσει την προβλεπτική τους αξία (Webster, 2003).

Μετά τον τοκετό η εικόνα είναι λιγότερο σαφής. Παράγοντες όπως, το γρήγορο εξιτήριο από το νοσοκομείο, η επιλόχεια μελαγχολία, η ιδιοσυγκρασία του βρέφους, οι ορμονικές αλλαγές, οι μαιευτικές επιπλοκές και η ικανοποίηση από τον τοκετό, έχουν συσχετιστεί με την κατάθλιψη μετά τον τοκετό (Webster, 2003).

- Ορμονικοί Παράγοντες

Τα τελευταία 20 χρόνια το ενδιαφέρον έχει στραφεί στην βιολογική βάση της επιλόχειας κατάθλιψης. Η βιολογική αιτιολογία οφείλεται εν μέρει στις δραματικές ορμονικές αλλαγές τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό. Τα επίπεδα προγεστερόνης, εστραδιόλης και ελεύθερης οιστριόλης πέφτουν δραματικά κατά 90-95%. Αν και αυτές οι αλλαγές διαδραματίζονται κυρίως την περίοδο κατά την οποία η λεχωίδα αναφέρει συμπτώματα επιλόχειας μελαγχολίας, παρά επιλόχειας κατάθλιψης, θεωρείται ότι οι ορμονικές αλλαγές αποτελούν αιτιολογικό παράγοντα της επιλόχειας κατάθλιψης. Για παράδειγμα, έχει υποτεθεί, ότι τα επίπεδα των ορμονών, όπως των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, της προλακτίνης και της κορτιζόλης είναι πολύ υψηλά ή πολύ χαμηλά κατά τη λοχεία ή ότι οι αλλαγές των επιπέδων αυτών των ορμονών συμβαίνουν πολύ γρήγορα ή πολύ αργά. Η υπόθεση σχετικά με την ορμονική δυσλειτουργία είναι παρόμοια με εκείνη κατά την προεμμηνορυσιακή περίοδο και κατά την εμμηνόπαυση (O'Hara, 1997).

Οιστρογόνα και προγεστερόνη

Τα ερευνητικά δεδομένα των Abou-Saleh, Ghubash, Karim, Krymski και Bhai (1998) υποστηρίζουν, ότι τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης στο αίμα φτάνουν στο μέγιστο στο τέλος της εγκυμοσύνης και μειώνονται δραματικά μεταξύ 2^{ης}-5^{ης} μέρας μετά τον τοκετό. Αυτή η απότομη αλλαγή των επιπέδων οδήγησε στην υπόθεση, ότι η μεταγεννητική διάθεση της λεχωίδας εξαρτάται από την πτώση αυτών των ορμονών. Επιπλέον, η θεραπευτική δράση των ορμονών σε γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη ενδυνάμωσε την παραπάνω άποψη. Η εναλλακτική άποψη στηρίζεται στο γεγονός, ότι αυτές οι ορμονικές αλλαγές κινούνται εντός φυσιολογικών ορίων, αλλά αποτελούν το έναυσμα για παθολογικούς μηχανισμούς

στα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών ή των υποδοχέων, προκαλώντας έτσι τις διαταραχές της διάθεσης.

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών ασχολήθηκε με τις αλλαγές των επιπέδων της προγεστερόνης και των οιστρογόνων την πρώτη εβδομάδα της λοχείας και φαίνεται, ότι οι απόψεις γύρω από αυτό το θέμα δίστανται. Οι Nott, Franklin, Armitage και Gelder (1976), δεν διαπίστωσαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης μεταξύ των γυναικών με ή χωρίς κατάθλιψη. Ωστόσο, φάνηκε να υπάρχει ένας συσχετισμός μεταξύ της μεγαλύτερης πτώσης επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης μετά τον τοκετό και των αλλαγών της διάθεσης. Οι Feksi, Harris, Walker, Riad-Fahmy και Newcombe (1984), ωστόσο, βρήκαν, ότι οι γυναίκες με μεγαλύτερη βαθμολογία επιλόχειας μελαγχολίας είχαν υψηλότερα επίπεδα οιστρογόνων και προγεστερόνης στο σίελο απ' ότι εκείνες με χαμηλότερη βαθμολογία.

Αντίθετα, οι Heidrich et al. (1994), μελέτησαν τα επίπεδα της προγεστερόνης του ολικού πλάσματος και τη διάθεση της γυναίκας από το δεύτερο τρίμηνο της κύησης μέχρι την ενάτη μεταγεννητική εβδομάδα, αλλά δεν διαπίστωσαν καμία συσχέτιση. Τέλος, σύμφωνα με τους Abou-Saleh et al. (1998), έχει διαπιστωθεί απότομη πτώση των επιπέδων της προγεστερόνης αλλά όχι και των οιστρογόνων σε ασθενείς με επιλόχεια κατάθλιψη. Τα αντιφατικά αυτά αποτελέσματα ίσως οφείλονται σε διαφορές των μελετώμενων πληθυσμών και των μεθόδων μέτρησης (Μωραΐτου, 2004).

Κορτιζόλη

Σύμφωνα με τον O'Hara (1997), οι δυσλειτουργίες στον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA axis), έχουν κατηγορηθεί ως αιτιολογικοί παράγοντες

της μείζονος κατάθλιψης. Τόσο τα επίπεδα της ολικής, όσο και της ελεύθερης κορτιζόλης, είναι αυξημένα λίγο πριν τον τοκετό, φτάνουν στο μέγιστο επίπεδο κατά τον τοκετό και υποχωρούν ταχέως στα βασικά επίπεδα μέσα στις τρεις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό. Οι μεταβολές αυτές σχετίζονται με τα υψηλά επίπεδα της πλακουντιακής κορτικοτροφίνης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και με την προσωρινή καταστολή των επινεφριδίων κατά τη λοχεία (Abou-Saleh et al., 1998).

Η απότομη αύξηση και πτώση των κορτικοστεροειδών, θεωρούνται πιθανές αιτίες επιλόχειων διαταραχών της διάθεσης. Μελέτες που εξετάζουν τις υποθέσεις αυτές, έχουν αποφέρει ελάχιστα θετικά αποτελέσματα σε σχέση με την ολική ή την ελεύθερη κορτιζόλη (O'Hara, 1997). Στη μελέτη των Handley, Dunn, Baker, Cockshott και Gould (1977), διαπιστώθηκαν υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης την 38^η εβδομάδα κύησης σε γυναίκες που αργότερα αντιμετώπισαν συμπτώματα επιλόχειας μελαγχολίας, σε σχέση με εκείνες χωρίς τέτοια συμπτώματα. Ωστόσο, σε δεύτερη μελέτη τους δεν μπόρεσαν να διαπιστώσουν συσχέτιση μεταξύ επιπέδων κορτιζόλης αίματος και επιλόχειας κατάθλιψης (Gard, Handley, Parsons & Waldron, 1986).

Τα ερευνητικά δεδομένα των Abou-Saleh et al. (1998) αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης του πλάσματος στη διάρκεια της λοχείας, σε γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό ψυχικής νόσου, συγκριτικά με εκείνες με αρνητικό ιστορικό. Παράλληλα, οι γυναίκες με μεταγεννητική δυσφορία είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης πλάσματος, απ' ότι εκείνες χωρίς δυσφορία.

Μελέτες της Μωραΐτου (2004) τονίζουν την πολυπλοκότητα του ρόλου της κορτιζόλης στην επιλόχεια κατάθλιψη, καθώς τα επίπεδα κορτιζόλης αίματος παρουσιάζουν εποχιακές διακυμάνσεις, ενώ επηρεάζονται ακόμα και από τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Η εποχιακή μεταβολή της κορτιζόλης του

πλάσματος, αφορά τόσο τις έγκυες όσο και τις μη έγκυες φυσιολογικές γυναίκες. Οι τιμές είναι υψηλότερες το χειμώνα και την άνοιξη. Η επίπτωση της κατάθλιψης και της αυτοκτονικής διάθεσης αυξάνεται την άνοιξη και το χειμώνα, ενώ παράλληλα, η πλειονότητα των επιλόχειων ψυχώσεων έχουν την έναρξη τους στις συγκεκριμένες εποχές (p. 302).

Προλακτίνη

Τα βασικά επίπεδα προλακτίνης αυξάνονται κατά την εγκυμοσύνη και μειώνονται στη διάρκεια της μεταγεννητικής περιόδου, τόσο στις θηλάζουσες, όσο και στις μη θηλάζουσες γυναίκες. Η προλακτίνη παίζει επίσης ρόλο προετοιμασίας και εναύσματος για τη μητρική συμπεριφορά και οι σταθερά υψηλές συγκεντρώσεις στο τέλος της εγκυμοσύνης και στη διάρκεια της λοχείας, είναι απαραίτητες για μία φυσιολογική μητρική συμπεριφορά (Abou-Saleh et al., 1998).

Η προλακτίνη έχει μελετηθεί αρκετά σε σχέση με την επιλόχεια κατάθλιψη. Τα ευρήματα των μελετών είναι αρκετά αντιφατικά. Υπάρχουν μελέτες που συσχετίζουν την επιλόχεια κατάθλιψη με χαμηλά επίπεδα προλακτίνης αίματος, ενώ άλλες έρευνες αποκλείουν μία τέτοια συσχέτιση. Ορισμένοι υποστηρίζουν, ότι η προλακτίνη προκαλεί την επιλόχεια κατάθλιψη όταν είναι αυξημένη, σε σχέση με την προγεστερόνη και τα οιστρογόνα (Μωραΐτου, 2004).

Οι Nott et al. (1976), δεν βρήκαν διαφορές στις συγκεντρώσεις της προλακτίνης του πλάσματος σε γυναίκες με ή χωρίς επιλόχεια μελαγχολία, κάτι που επιβεβαιώθηκε και από άλλες έρευνες. Αντίθετα, στην έρευνα των Abou-Saleh et al. (1998) φάνηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υψηλότερων βασικών συγκεντρώσεων προλακτίνης πλάσματος και των συναισθηματικών συμπτωμάτων στη διάρκεια της πρώτης μεταγεννητικής εβδομάδας. Σύμφωνα με τη Μωραΐτου (2004), οι γυναίκες που

ανέπτυξαν κατάθλιψη 6-10 εβδομάδες μετά τον τοκετό είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα προγεστερόνης πλάσματος, αλλά χαμηλότερα επίπεδα προλακτίνης απ' ότι εκείνες που δεν εμφάνισαν κατάθλιψη. Στο ίδιο πλαίσιο, οι γυναίκες που δεν θήλαζαν και είχαν υψηλά επίπεδα προγεστερόνης, αποτελούσαν ενδεχόμενες περιπτώσεις κατάθλιψης, ενώ οι πιθανές περιπτώσεις εμφάνιζαν υψηλή προγεστερόνη, χαμηλή προλακτίνη, δεν θήλαζαν και ήταν μεγαλύτερης ηλικίας.

Οι αλλαγές της διάθεσης και οι συναισθηματικές διαταραχές που σχετίζονται με τον καταμήνιο κύκλο, ίσως είναι το αποτέλεσμα μίας αλληλεπίδρασης μεταξύ προλακτίνης, οιστρογόνων και προγεστερόνης. Ωστόσο, η έκκριση προλακτίνης βρίσκεται υπό τον έλεγχο ποικίλων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων και επηρεάζεται από το θηλασμό, την έκθεση στην ωκυτοκίνη για πρόκληση τοκετού, τη χορήγηση βρωμοκρυπτίνης για καταστολή της γαλουχίας, τα χορηγούμενα από το στόμα αντισυλληπτικά και τα ψυχοτρόπα φάρμακα (Abou-Saleh et al., 1998).

Θυρεοειδικές ορμόνες

Η θυρεοειδική δυσλειτουργία συμβάλει στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Παροδικός υποθυρεοειδισμός συμβαίνει στο 5% των γυναικών εντός του πρώτου μεταγεννητικού έτους, που φτάνει στην ακμή του γύρω στον 4^ο -5^ο μήνα, κάτι το οποίο έχει φανεί πως σχετίζεται με την κατάθλιψη (Abou-Saleh et al., 1998).

Σύμφωνα με τον O'Hara (1997), ο υποθυρεοειδισμός αποτελεί αιτία της επιλόχειας κατάθλιψης ιδιαίτερα, όταν ξεκινάει μετά την δεύτερη εβδομάδα μεταγεννητικά. Ακόμη, σε άλλες έρευνες φάνηκε η συσχέτιση της κατάθλιψης με την θυρεοειδική δυσλειτουργία (είτε υπόθυρεοειδισμός είτε υπερθυρεοειδισμός), όπως μετρήθηκε 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό (O'Hara, 1997). Επίσης, τα ερευνητικά δεδομένα της Μωραΐτου (2004) δείχνουν, ότι τα επίπεδα θυροξίνης μειώνονται σε όλες τις λεχωίδες

από την τρίτη μεταγεννητική εβδομάδα, περίοδος όπου μπορεί να προκύψει θεραπευτικό όφελος από τη χορήγηση θυροξίνης στις γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη.

Σχετικά με τις ενδείξεις εμπλοκής της προγεστερόνης, των οιστρογόνων, της προλακτίνης, της κορτιζόλης και των θυρεοειδικών ορμονών στην παθογένεια της επιλόχειας κατάθλιψης, οι έρευνες παραμένουν αντιφατικές. Όλα τα παραπάνω στοιχεία, καταδεικνύουν την πολυπλοκότητα της συσχέτισης των βιολογικών παραγόντων με την επιλόχεια κατάθλιψη, γεγονός που απαιτεί συμπληρωματική έρευνα.

- Μαιευτικοί παράγοντες

Οι μαιευτικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των επιπλοκών κατά την εγκυμοσύνη, όπως η προεκλαμψία, η υπεραιμία, ο πρόωρος τοκετός, η καισαρική τομή και η υπερβολική αιμορραγία έχουν εξεταστεί ως δυνητικοί παράγοντες κινδύνου, για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα 16 ερευνών, όπου εξετάστηκαν 9.500 γυναίκες, έδειξαν μικρή αλλά στατιστικώς σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη της επιλόχειας κατάθλιψης (Robertson, Grace, Wallington και Stewart, 2004).

Το είδος του τοκετού βρέθηκε να είναι καθοριστικός παράγοντας για την εκδήλωση της κατάθλιψης. Τα στοιχεία που υποστηρίζουν την σύνδεση επιλόχειας κατάθλιψης με την καισαρική επέμβαση είναι λίγα, αλλά έχουν αναφερθεί περισσότερες περιπτώσεις επιλόχειας κατάθλιψης, σε γυναίκες που υπεβλήθησαν εκτάκτως σε καισαρική τομή (Robertson et al. 2004). Σύμφωνα με τις έρευνες της Μωραΐτου (2004), μία χειρουργική επέμβαση στον πρώτο τοκετό καθιστά την λεχωίδα ευαίσθητη στη θλίψη, στο μετατραυματικό άγχος και στην εμφάνιση κατάθλιψης.

Ακόμη, οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό κολπικό τοκετό, είναι πιο πιθανό να βιώσουν βελτίωση στη διάθεση και μία μεγαλύτερου βαθμού ικανοποίηση. Αντίθετα, οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή είναι πιο πιθανό να βιώσουν μία πτώση της διάθεσης και της αυτοεκτίμησης. Παράλληλα, σε έρευνα του Brockington (1996), διαπιστώθηκε ποσοστό 35% επιλόχειας κατάθλιψης σε λεχωίδες που γέννησαν με καισαρική τομή και 16% αντίστοιχα σε λεχωίδες με φυσιολογικό τοκετό.

Όσον αφορά τη συσχέτιση της επιλόχειας κατάθλιψης με το προηγούμενο ιστορικό αποβολής, οι απόψεις δίστανται. Η Μωραΐτου (2004) βρήκε ποσοστό 39% επιλόχειας κατάθλιψης σε γυναίκες με ιστορικό αποβολής, ενώ οι Murray και Cooper (1997) δεν βρήκαν κάποια τέτοια συσχέτιση. Επίσης, ο τοκετός ενός πρόωρου παιδιού μπορεί να αποτελέσει επιβαρυντικό παράγοντα για μεταγεννητικά ψυχιατρικά προβλήματα (Kumar & Robson, 1984).

- Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο

Οι Sugawara et al. (1997) ερεύνησαν τη σχέση της επιλόχειας κατάθλιψης και του προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου σε 1.329 γυναίκες. Βρέθηκε, ότι η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται 2 φορές πιο συχνά στις γυναίκες με προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο, σε σύγκριση με εκείνες χωρίς το σύνδρομο. Οι διαφορές ήταν αισθητές, τόσο την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό, όσο και 6 μήνες μετά.

Αυτή η συσχέτιση μπορεί να εξηγηθεί από το παρόμοιο φυσιολογικό υπόβαθρο της αρνητικής προεμμηνορρυσιακής διάθεσης, με την καταθλιπτική διάθεση κατά τη λοχεία. Είναι γεγονός, ότι οι ορμονικές αλλαγές κατά την εγκυμοσύνη και τη λοχεία προσομοιάζουν με εκείνες του προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου, όχι όμως, ως προς την ένταση. Οι ορμονικές διακυμάνσεις κατά τη λοχεία, είναι πολύ πιο έντονες και

απαιτούν αξιοσημείωτες ικανότητες προσαρμογής από τη γυναίκα. Ακόμη, οι έγκυες με προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο είχαν αυξημένα επίπεδα άγχους και ευερεθιστότητας, γεγονός, που τις δημιουργούσε αρνητικές σκέψεις, ως προς τις σωματικές και ψυχολογικές μεταβολές που οφείλονται στην εμμηνόρροια ή την εγκυμοσύνη (Sugawara et al., 1997).

- Χαρακτηριστικά του νεογνού

Σύμφωνα με τους Sugawara, Kitamura, Toda και Shima (1999), έχει παρατηρηθεί μία σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ της επιλόχειας κατάθλιψης και των χαρακτηριστικών του βρέφους. Συγκεκριμένα, η κατάθλιψη της λεχιάδας τις πρώτες 5 μέρες μετά τον τοκετό, μπορεί να προκαλέσει στο μωρό χαμηλή τακτικότητα (rhythmicity), μειωμένη προσοχή και αυξημένο φόβο προς τους ξένους, χαρακτηριστικά που με τη σειρά τους μπορούν να προκαλέσουν επιλόχεια κατάθλιψη, μέχρι και ένα χρόνο μετά τον τοκετό.

Η αυξημένη δυσκολία του μωρού σε θέματα φαγητού, ύπνου και απέκκρισης διαταράσσει τις καθημερινές δραστηριότητες της μητέρας, όπως τον ύπνο κατά τη διάρκεια της νύχτας, το νοικοκυριό, την εργασία της και παράλληλα δεν υπάρχει ελεύθερος χρόνος για εκείνη. Αυτές οι αλλαγές στη ζωή της μητέρας, σε συνδυασμό με την έλλειψη κοινωνικής στήριξης, αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Ακόμη, η εμπειρία που αποκομίζει μία λεχιάδα από τη φροντίδα ενός δύσκολου νεογνού, μπορεί να οδηγήσει σε αισθήματα ανεπάρκειας ως μητέρα (Sugawara, 1999).

- Ατομικό και οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό

Σύμφωνα με τους Robertson et al. (2004), το ατομικό ιστορικό προηγούμενων ψυχιατρικών διαταραχών, αποτελεί έναν από τους κυριότερους προβλεπτικούς παράγοντες εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης. Μεγάλος αριθμός ερευνών υποστηρίζει, ότι η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στο παρελθόν, όχι μόνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αυξάνει δραματικά τις πιθανότητες επιλόχειας κατάθλιψης. Η μελέτη του O'Hara (1997) περιλάμβανε 43 γυναίκες με ατομικό ιστορικό διπολικής διαταραχής, σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής ή μείζονος κατάθλιψης, εκ των οποίων οι 22 (51%) αντιμετώπισαν ψυχωσική και μη-ψυχωσική κατάθλιψη ή μανία, (και σε μερικές περιπτώσεις αγχώδεις διαταραχές), κατά την περίοδο της λοχείας.

Πολλές έρευνες υποστηρίζουν τη συσχέτιση της επιλόχειας κατάθλιψης με την επιλόχεια κατάθλιψη σε προηγούμενη εγκυμοσύνη. Συγκεκριμένα, η πιθανότητα να εμφανιστεί καταθλιπτική συμπτωματολογία σε μητέρες με προηγούμενη επιλόχεια κατάθλιψη στο παρελθόν ανέρχεται στο 75%. Ακόμη, οι λεχωίδες με ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης χωρίς ψυχωτικά στοιχεία, έχουν πιθανότητα να επανεμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη σε ποσοστό 30-50% (Bloch, Rotenberg, Koren & Klein, 2006).

Η ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού στην οικογένεια, παρέχει εξίσου σημαντικό κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης (Robertson et al., 2004). Σε έρευνα του O'Hara (1997), πραγματοποιήθηκε σύγκριση των λεχωίδων με επιλόχεια κατάθλιψη και χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη, ως προς το ιστορικό κατάθλιψης των μητέρων τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι οι μητέρες με ιστορικό κατάθλιψης ήταν κατά μεγάλο ποσοστό οι μητέρες των λεχωίδων με επιλόχεια κατάθλιψη.

- Αρνητικά γεγονότα ζωής

Είναι γεγονός, ότι η εγκυμοσύνη και ο τοκετός αποτελούν από μόνοι τους παράγοντες που προκαλούν άγχος στη γυναίκα. Πολλοί ερευνητές θέλησαν να μελετήσουν τις επιπτώσεις των πρόσθετων αρνητικών και στρεσογόνων γεγονότων στη ζωή της μητέρας την περίοδο της λοχείας (Robertson et al., 2004).

Στις έρευνες των Robertson et al. (2004), φάνηκε, ότι εμπειρίες, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η διάλυση μίας σχέσης ή ενός διαζυγίου, η απώλεια μιας θέσης εργασίας ή η μετακόμιση, προκαλούν στρες και σχετίζονται με τα καταθλιπτικά επεισόδια σε μητέρες, ακόμα και αν δεν έχουν προηγούμενο ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής. Ακόμη, τα αρνητικά γεγονότα ζωής αποκτούν μεγαλύτερη βαρύτητα, όταν δημιουργούνται δυσκολίες στην ικανότητα της μητέρας να φροντίσει το μωρό της (O'Hara, 1997).

Σε μετά-αναλύσεις τους, οι O'Hara και Swain (1996) συγκέντρωσαν τα αποτελέσματα 15 ερευνών και μελέτησαν 1000 μητέρες, οι οποίες ανέφεραν διάφορα αρνητικά γεγονότα ζωής. Παρατηρήθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ αυτών των γεγονότων και της επιλόχειας κατάθλιψης. Ωστόσο, παρατηρήθηκε ετερογένεια των αποτελεσμάτων καθώς οι έρευνες στην Βρετανία και τις Ηνωμένες Πολιτείες έδειξαν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης και πρόσφατων αρνητικών γεγονότων, ενώ στην Ιαπωνία δεν υπήρξε τέτοια συσχέτιση.

- Κοινωνική στήριξη και οικογενειακές σχέσεις

Η κοινωνική στήριξη σε περιόδους έντονου άγχους, λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στην εμφάνιση της κατάθλιψης (Robertson et al., 2004). Σύμφωνα με τον

Brockington (1996), όλες οι έρευνες οι οποίες ασχολήθηκαν με την επιλόχεια κατάθλιψη κατέληξαν σε κάποιου είδους συσχέτιση με την κοινωνική στήριξη.

Η κοινωνική στήριξη είναι μία πολυπαραγοντική μεταβλητή. Πηγές στήριξης αποτελεί ο σύζυγος-σύντροφος, οι συγγενείς (ιδιαίτερα η μητέρα της γυναίκας), οι φίλοι και οι συνεργάτες. Παράλληλα, υπάρχουν και διαφορετικοί τύποι κοινωνικής στήριξης, όπως η ενημερωτική στήριξη (όπου δίνονται συμβουλές και καθοδήγηση), η πρακτική στήριξη (όπου δίνεται πρακτική βοήθεια σε διάφορες δραστηριότητες) και η συναισθηματική στήριξη (με την μορφή φροντίδας και εκτίμησης). Η έλλειψη συναισθηματικής, πρακτικής και ενημερωτικής στήριξης, η οποία ξεκινάει από την περίοδο της εγκυμοσύνης, προμηνύει την επιλόχεια κατάθλιψη (Robertson et al., 2004).

Η σχέση και η υποστήριξη από τον σύντροφο

Ο σύντροφος ή ο σύζυγος μίας γυναίκας, μπορεί να προσφέρει τόσο πρακτική, όσο και συναισθηματική στήριξη. Η στήριξη αυτή είναι εξίσου σημαντική, τόσο κατά την κύηση, όσο και κατά την λοχεία. Πολλές έρευνες έχουν καταλήξει στο γεγονός, ότι η επιλόχεια κατάθλιψη οφείλεται σε μεγάλο ποσοστό στην κακή επικοινωνία και συνύπαρξη με το σύντροφο ή σύζυγο της γυναίκας (O'Hara, 1997).

Η κακή σχέση του ζευγαριού μπορεί να οδηγήσει σε χωρισμό ή διαζύγιο. Η επιρροή της συζυγικής διαμάχης στην επιλόχεια κατάθλιψη, ερευνήθηκε από τον Brockington (1996), εξετάζοντας 185 γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη και 185 γυναίκες χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη. Βρέθηκε, ότι 23 γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη και 2 χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη ζούσαν χωρίς το σύζυγό τους. Ακόμη, 39 γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη και μόλις μία χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη, ανέφεραν έντονη τριβή με το σύζυγό τους. Σε επόμενη έρευνα στον ίδιο πληθυσμό βρέθηκε, ότι οι καταθλιπτικές

μητέρες είχαν φτωχή επικοινωνία με το σύζυγό τους και δέχονταν μικρή βοήθεια από μέρους του. Επίσης, σύμφωνα με τον Brockington (1996), μία έρευνα που διεξάχθηκε στην Αυστραλία κατέταξε τα αγχογόνα γεγονότα στη ζωή της γυναίκας και η συζυγική τριβή βρέθηκε τρίτη μετά το θάνατο του παιδιού ή του συζύγου.

Οι ανύπαντρες μητέρες που δεν έχουν τη συμπαράσταση του πατέρα κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, αλλά ούτε και της πατρικής οικογένειας, λόγω μη αποδοχής της εγκυμοσύνης τους, είναι πολύ πιο επιρρεπής στην κατάθλιψη. Αν τελικά η οικογένεια αποδεχτεί την ανύπαντρη μητέρα, τότε η κατάθλιψη μπορεί να υποχωρήσει. Στα χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα όμως, η στήριξη από την πατρική οικογένεια μπορεί να μην είναι αρκετή για να εξαλείψει τα συμπτώματα κατάθλιψης των νεαρών μητέρων, οι οποίες βασανίζονται από το συναισθηματικό κόστος της εξάρτησής τους από αυτή (Μωραΐτου, 2004).

Η σχέση με την οικογένεια και η οικογενειακή στήριξη

Σύμφωνα με τους Boyce, Hickie και Parker (1991), ο ρόλος της οικογένειας και ειδικά της μητέρας επηρεάζει την πιθανότητα εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης στις νέες μητέρες. Μέσα από την έρευνα των Darvill, Skirton και Farrand (2010), διαφαίνεται η ανάγκη για συναισθηματική και πρακτική στήριξη της λεχωΐδας από τη μητέρα της. Οι περισσότερες λεχωΐδες στην έρευνα ανέφεραν τη μητέρα τους, ως το άτομο από το οποίο έμαθαν να προσεγγίζουν θέματα γύρω από την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη μητρότητα.

Η σχέση που έχει αναπτύξει η λεχωΐδα με τη μητέρα της και ο τρόπος ανατροφής της, αποτελούν σημαντικές μεταβλητές του τρόπου που θα βιώσει η γυναίκα τη μετάβαση στη μητρότητα. Ερευνητικά δεδομένα αποκαλύπτουν, ότι η μειωμένη φροντίδα ή η υπερπροστασία που βίωναν οι νέες μητέρες ως παιδιά από τη μητέρα τους,

συνέβαλλαν στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Αντίθετα, οι λεχωίδες χωρίς κατάθλιψη ανέφεραν ικανοποιητική φροντίδα χωρίς δείγματα υπερπροστασίας από τη μητέρα τους, όσο ήταν παιδιά (Boyce et al., 1991).

Ακόμη, η δυσλειτουργική σχέση μητέρας-κόρης, ωθεί τη νέα μητέρα να θεωρήσει τον εαυτό της μη ικανό να ανταπεξέλθει στον ρόλο της μητέρας την περίοδο της λοχείας. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, οι μητέρες αναζητούν την αυξημένη στήριξη από το σύζυγό τους. Ωστόσο, όταν ο σύζυγος δεν ανταποκρίνεται σε αυτή την ανάγκη της μητέρας ή είναι υπερπροστατευτικός, οι πιθανότητες εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης αυξάνονται (Boyce et al., 1991).

Η εχθρική σχέση μεταξύ μητέρας-κόρης ή η απώλεια της μητέρας κατά την παιδική ηλικία της γυναίκας, αποτελούν ακόμη μεγαλύτερους παράγοντες επικινδυνότητας εμφάνισης κατάθλιψης κατά τη λοχεία (Μωραΐτου, 2004).

Ωστόσο, παρατηρείται ένα μικρό ποσοστό λεχωίδων, οι οποίες δεν δέχονται την εμπλοκή, όχι μόνο της μητέρας τους, αλλά κανενός συγγενή, στη σχέση που επιθυμούν να δημιουργήσουν οι ίδιες, μεταξύ αυτών, του συζύγου και του μωρού τους (Darvill et al., 2010).

Η στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον

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

αδυνατεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του νέου ρόλου και οι πιθανότητες να έρθει αντιμέτωπη με την επιλόχεια κατάθλιψη αυξάνονται (Brugha et al., 1998).

Η μειωμένη κοινωνική στήριξη συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη κατά τους πρώτους 3 μεταγεννητικούς μήνες, ακόμη και όταν οι γυναίκες ενημερώνονται σχετικά με τη στήριξη από τον ειδικό σύμβουλο. Το μέγεθος και η έκταση της στήριξης από το στενό «πρωταρχικό κοινωνικό κύκλο» στη γυναίκα, θα μπορούσε να προβλέψει την πορεία της κατάθλιψης (Μωραΐτου, 2004).

- Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες

Σύμφωνα με τους Goyal et al. (2010), οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες που έχουν μελετηθεί ως προς την επιλόχεια κατάθλιψη είναι το εισόδημα, η εργασία, η μόρφωση και η ηλικία της λεχωίδας. Οι περισσότερες μελέτες υποστηρίζουν, ότι το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο συμβάλλει στην ανάπτυξη της επιλόχειας κατάθλιψης και ότι το υψηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο δρα προστατευτικά. Άλλες έρευνες αναφέρουν μικρή επίδραση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου στην ψυχική κατάσταση της λεχωίδας. Επίσης, υποστηρίζεται, ότι μία στις πέντε γυναίκες θα αντιμετωπίσει συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης στη διάρκεια της ζωής της, ιδιαίτερα εκείνες που είναι έφηβες, με ανεπαρκή μόρφωση και χαμηλό εισόδημα.

Το χαμηλό εισόδημα και η χαμηλή επαγγελματική καταξίωση, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες επικινδυνότητας εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης. Η σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μελετήθηκε σε δείγμα 4.332 λεχωίδων 4 μήνες μετά τον τοκετό. Παρατηρήθηκαν συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης στο 12% των γυναικών, οι περισσότερες εκ των οποίων ήταν ανύπαντρες, έφηβες, πολύτοκες, με χαμηλό εισόδημα και ελλιπή εκπαίδευση (Segre, O'Hara, Arndt & Stuart, 2007).

Έρευνες των Mayberry, Horowitz και Declercq (2007), σε 1.300 πρωτότοκες και πολύτοκες λεχωίδες στην Αμερική, εξέτασαν τα καταθλιπτικά συμπτώματα ανά έξι μήνες για 2 χρόνια μετά τον τοκετό. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι η ηλικία σχετίζεται με την επιλόχεια κατάθλιψη. Νέες μητέρες, ηλικίας 18 έως 24 ετών, είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη, σε σύγκριση με τις μητέρες ηλικίας 25 ετών και άνω. Στην ίδια έρευνα φάνηκε, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό λεχωίδων με επιλόχεια κατάθλιψη αφορούσε εκείνες με το χαμηλότερο εισόδημα (κάτω από 25.000\$ ετησίως). Ακόμη, οι λεχωίδες με το χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης (έως δευτεροβάθμια εκπαίδευση), αντιμετώπιζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία σε ποσοστό 27,5%. Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες οι οποίες εργάζονταν με πλήρες ωράριο, είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν μέτριας έντασης επιλόχεια κατάθλιψη, σε σχέση με εκείνες που δεν εργάζονταν με πλήρες ωράριο. Τέλος, το ποσοστό επιλόχειας κατάθλιψης των άνεργων λεχωίδων ήταν ιδιαίτερα μεγαλύτερο από εκείνο των εργαζομένων.

- Ενημέρωση-Πληροφόρηση

Η ευρέως διαδεδομένη άποψη, ότι το «μητρικό ένστικτο» οδηγεί τη νέα μητέρα στη σωστή συμπεριφορά κρίνεται ως μύθος. Η μετάβαση στη μητρότητα προϋποθέτει τη σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση της λεχωίδας για τα νέα της καθήκοντα (διατροφή, θηλασμός, περιποίηση του νεογνού κ.α.). Η απειρία της πρωτοτόκου λεχωίδας όμως, όταν δεν έχει λάβει την κατάλληλη ενημέρωση, μπορεί να της δημιουργήσει αισθήματα ανασφάλειας, αβεβαιότητας και αυτο-υποτίμησης. Η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί μία πιθανή κατάληξη της πλημμελούς ενημέρωσης και πληροφόρησης της λεχωίδας (Μωραΐτου, 2004).

- Ψυχικές διαταραχές κατά την κύηση

Έχει ήδη αναφερθεί η στενή συσχέτιση μεταξύ προγεννητικής κατάθλιψης και επιλόχειας κατάθλιψης. Η πλειοψηφία των μελετών υποδεικνύει τον προβλεπτικό ρόλο της προγεννητικής κατάθλιψης καθώς το 30-50% των καταθλιπτικών εγκύων, αντιμετωπίζει καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά τη λοχεία. Ακόμη έχει αποδειχθεί, ότι τα ποσοστά κατάθλιψης πριν και μετά τον τοκετό δεν διαφέρουν ιδιαίτερα. Προκειμένου να προβλεφθεί, τόσο η επιλόχεια κατάθλιψη, όσο και η επιλόχεια μελαγχολία, μεγαλύτερη βαρύτητα δίνεται στην καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου κύησης (Bloch et al., 2006). Σύμφωνα με την Μωραΐτου (2004), η κατάθλιψη στον 8ο μήνα της κύησης προβλέπει σε ποσοστό 96% τη διακύμανση της κατάθλιψης στον 2ο μήνα, μετά τον τοκετό.

Ο νευρωτισμός είναι μία ήπια ψυχολογική διαταραχή, κατά την οποία το άτομο διατηρεί την επαφή του με την πραγματικότητα και δεν επηρεάζεται η λειτουργικότητά του. Σύμφωνα με τους Robertson et al. (2004), ο νευρωτισμός σε έγκυες γυναίκες έχει αποδειχθεί προβλεπτικός παράγοντας της επιλόχειας κατάθλιψης. Οι έγκυες που χαρακτήριζαν τον εαυτό τους σε ερωτηματολόγια «νευρικό», «ντροπαλό-αμήχανο» ή «ανήσυχο», είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη. Επίσης οι έγκυες με αρνητικές γνωστικές αποδόσεις (π.χ. απαισιοδοξία, θυμός) είχαν εξίσου αυξημένες πιθανότητες κατάθλιψης κατά τη λοχεία.

- Ανησυχία και άγχος

Το άγχος κατά την κύηση, αποτελεί ένα σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της επιλόχειας κατάθλιψης, όπως φάνηκε σε 2 μετά-αναλύσεις (O'Hara & Swain, 1996; Robertson et al., 2004). Παράλληλα, οι Sutter-Dallay, Giacconne-Marcésche,

Glatigny-Dallay και Verdoux (2004) μελέτησαν 497 γυναίκες, τόσο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, όσο και 6 μήνες μετά τον τοκετό. Βρέθηκε, ότι η διάγνωση αγχώδους διαταραχής κατά την εγκυμοσύνη, προβλέπει 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης, ανεξάρτητα από την ύπαρξη προγεννητικής κατάθλιψης ή άλλων παραγόντων.

Η ανησυχία αποτελεί ένα χαρακτηριστικό του άγχους και μπορεί να επιδεινωθεί κατά τη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου. Η ήπια ανησυχία κατά την εγκυμοσύνη θεωρείται φυσιολογική και η έγκυος μπορεί να προσαρμοστεί σε αυτή, ενώ η υπερβολική και μη ελεγχόμενη ανησυχία, ως προς τον τοκετό, την υγεία του νεογνού και την ικανότητα της γυναίκας να ανταπεξέλθει στο ρόλο της μητέρας, μπορεί να σηματοδοτήσει την ανάπτυξη αγχώδους διαταραχής ή επιλόχειας κατάθλιψης. Επίσης, η διάγνωση αγχώδους διαταραχής έχει συνδεθεί με διάφορες επιπλοκές στα νεογνά και με προβλήματα συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία (Austin, Tully & Parker, 2007).

Η σχέση μεταξύ άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και επιλόχειας κατάθλιψης απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση, λόγω του υψηλού επιπολασμού των διαταραχών άγχους στο γενικό πληθυσμό και την υψηλή νοσηρότητα τους με καταθλιπτικές διαταραχές (Sutter-Dallay et al., 2004).

- Στάσεις προς την παρούσα κύηση

Σε ό,τι αφορά τη σχέση μεταξύ της τυχαίας ή ανεπίκαιρης εγκυμοσύνης και της επιλόχειας κατάθλιψης, οι Cheng, Schwarz, Douglas και Horon (2009) βρήκαν, ότι οι γυναίκες που χαρακτήριζαν την εγκυμοσύνη τους ανεπιθύμητη είχαν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης σε σχέση με τις γυναίκες που την χαρακτήριζαν επιθυμητή. Στην ίδια έρευνα, βρέθηκε, ότι αυτές οι

μητέρες ήταν πιο πιθανό να διακόψουν νωρίς την γαλουχία και να καπνίζουν σε καθημερινή βάση. Αποτέλεσμα αυτών αποτελεί η φτωχή αλληλεπίδραση μητέρας-παιδιού και η εμφάνιση συμπεριφορικών και γνωστικών δυσκολιών στο παιδί.

Ισχυρή συσχέτιση μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης και ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης βρέθηκε στην μελέτη των Barber, Axinn και Thorton (1999). Παράλληλα, αναφέρεται η στενή σχέση μεταξύ της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και του αισθήματος της αδυναμίας. Αυτό το αίσθημα της αδυναμίας μπορεί με τη σειρά του να οδηγήσει σε κατάθλιψη, άγχος, δυσφορία, αλκοολισμό ή κάποια σωματική ασθένεια.

Είναι ενδιαφέρον να τονιστεί η αντίδραση του άνδρα απέναντι στην εγκυμοσύνη της γυναίκας του, η οποία παίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση ή μη της επιλόχειας κατάθλιψης. Η άποψη του άνδρα ότι η εγκυμοσύνη είναι ανεπιθύμητη αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της μητρικής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Brugha et al., 1998). Τέλος, σύμφωνα με τους Leathers και Kelley (2000), οι γυναίκες που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα είναι αυτές που θεωρούν την εγκυμοσύνη τους επιθυμητή, όταν οι σύντροφοί τους τη χαρακτηρίζουν ως ανεπιθύμητη.

- Ψυχική κατάσταση του συντρόφου

Η λοχεία είναι μία περίοδος κατά την οποία όλο το ενδιαφέρον πέφτει στη μητέρα και το παιδί. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου οι πατέρες νιώθουν αποκλεισμένοι από κάθε μορφή αλληλεπίδρασης μέσα στην οικογένεια και αποφεύγουν να το συζητήσουν με τη σύντροφό τους. Το γεγονός ότι αδυνατούν να εμπλακούν και να νιώσουν μέρος αυτής της σημαντικής περιόδου που δημιουργεί ο ερχομός ενός

παιδιού, μπορεί να τους προκαλέσει έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία (Hanley, 2009).

Ωστόσο, η εμφάνιση της κατάθλιψης στον πατέρα του νεογνού δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Τα στοιχεία από την έρευνα των Matthey, Barnett, Ungerer και Waters (2000) δείχνουν ότι το ποσοστό κατάθλιψης στους πατέρες αυξάνεται κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά τη γέννηση του παιδιού, γεγονός που συντελεί στην εμφάνιση κατάθλιψης στη λεχνοίδα. Παράλληλα, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία οι άνδρες που είχαν την τάση να ανησυχούν για τις επιδράσεις της εγκυμοσύνης, συνέχισαν μετά τον τοκετό να αντιμετωπίζουν προβλήματα σχετικά με το ρόλο τους ως πατέρες και σύζυγοι (Buist et al., 2003).

Οι λίγες μελέτες που ασχολούνται με τη διερεύνηση της νοσηρότητας του ζευγαριού, έχουν δείξει μία τάση για υψηλότερες αναλογίες συννοσηρότητας στα ζευγάρια όταν οι πατέρες έχουν κατάθλιψη, παρά όταν οι μητέρες είναι καταθλιπτικές. Περίπου στην 6^η-8^η μεταγεννητική εβδομάδα, 22-50% των καταθλιπτικών πατέρων είχαν καταθλιπτικές συζύγους, ενώ μόνο 16-26% των καταθλιπτικών μητέρων είχαν καταθλιπτικό σύζυγο. Ωστόσο, όταν οι μητέρες πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη, η αναλογία της κατάθλιψης του συζύγου αυξάνει σημαντικά, έως 40-50% (Matthey et al., 2000).

- Παράγοντες της προσωπικότητας και του τρόπου ζωής

Διάφοροι παράγοντες προσωπικότητας έχουν μελετηθεί ως προς τη συσχέτισή τους με την επιλόχεια κατάθλιψη. Η απαισιοδοξία και η έλλειψη αυτοπεποίθησης συνδέονται με περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης τις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό. Ακόμη, η σφαιρικότητα (globality) στον τρόπο ζωής συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη που εμφανίζεται κατά τους πρώτους 3 μεταγεννητικούς μήνες,

ενώ η σταθερότητα (stability) στον τρόπο ζωής συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη που εκδηλώνεται κατά τον 4^ο-12^ο μεταγεννητικό μήνα (Μωραΐτου, 2004).

Ιδιαίτερης σημασίας έρευνα αποτελεί εκείνη των Dimitrovsky et al. (1998), η οποία επικεντρώθηκε στην αυτοεκτίμηση, ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας της λεχωίδας, και στην επιλόχεια κατάθλιψη. Συγκεκριμένα βρέθηκε, ότι οι πρωτοτόκες με χαμηλή αυτοεκτίμηση παρουσίασαν μέτρια επιλόχεια κατάθλιψη σε ποσοστό 38% και σοβαρή επιλόχεια κατάθλιψη σε ποσοστό 8%, ενώ οι πρωτοτόκες με υψηλή αυτοεκτίμηση εμφάνισαν μέτρια επιλόχεια κατάθλιψη σε ποσοστό 16%, αλλά καμία δεν παρουσίασε σοβαρή επιλόχεια κατάθλιψη 6-8 εβδομάδες μετά τον τοκετό.

Οι Boyce et al. (1991) ερεύνησαν, μεταξύ άλλων παραγόντων, τη διαπροσωπική ευαλωτότητα-ευαισθησία και την επιρροή της στην ψυχική υγεία της λεχωίδας. Ως διαπροσωπική ευαλωτότητα θεωρήθηκε οποιοδήποτε έλλειμμα σε διαπροσωπικές σχέσεις, το οποίο αντανακλά την ανικανότητα της γυναίκας να διατηρήσει ικανοποιητικές σχέσεις είτε με τους γονείς της είτε με το σύντροφό της. Αυτή η ευαλωτότητα εντοπίζεται στην ίδια την γυναίκα και όχι στο κοινωνικό της περιβάλλον. Με βάση αυτή την προσέγγιση, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η εξάρτηση, ο νευρωτισμός, οι έμμονες ιδέες, η δυσλειτουργία γνωστικών διαδικασιών θεωρούνται παράγοντες εμφάνισης της κατάθλιψης. Βρέθηκε ότι 6 μήνες μετά τον τοκετό, η υψηλή διαπροσωπική ευαλωτότητα αποτελούσε παράγοντα κινδύνου εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης.

Στην έρευνα των Downs et al. (2008) φάνηκε ότι η αύξηση του σωματικού βάρους πριν και μετά τον τοκετό επιτείνει τη δυσφορία των γυναικών. Η δυσαρέσκεια τους ως προς την εικόνα του σώματος τους αμέσως μετά τον τοκετό προβλέπει τη συνέχιση της δυσαρέσκεια αυτής ένα χρόνο μετά. Ακόμη, στην συγκεκριμένη έρευνα,

ο βαθμός ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου κύησης αποτέλεσε έναν από τους κυριότερους προβλεπτικούς παράγοντες εμφάνισης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά τη λοχεία.

2.5 Επιπτώσεις

Οι επιπτώσεις της κατάθλιψης κατά την λοχεία είναι πολύ πιο δυσμενείς απ' ό,τι σε κάποια άλλη χρονική φάση της ζωής της γυναίκας, καθώς η λεχωίδα αντιμετωπίζει την επιπρόσθετη ευθύνη της φροντίδας του νεογνού της. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους μελετητές παρουσιάζουν οι επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης στο νεογνό και στην οικογένειά της (Μωραΐτου, 2004).

Η επιλόχεια κατάθλιψη εμποδίζει τη μητέρα να ανταποκριθεί κατάλληλα στις αυξημένες ανάγκες του νεογνού και αδυνατεί να το φροντίσει. Ακόμη, η σχέση που δημιουργείται μεταξύ μητέρας-παιδιού χαρακτηρίζεται από λιγότερη στοργή, ευαισθησία και αμοιβαιότητα. Αυτή η αρνητική συμπεριφορά της μητέρας, μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στη συναισθηματική, συμπεριφορική και γνωστική ανάπτυξη του παιδιού της. Παράλληλα, η επιλόχεια κατάθλιψη πυροδοτεί προβλήματα στη σχέση της μητέρας με τον σύντροφό της, γεγονός που πολλές φορές οδηγεί στη διάλυση της οικογένειας (Murray & Stain, 1989).

Ωστόσο, πρέπει να αναφερθούν οι συνέπειες της επιλόχειας κατάθλιψης, οι οποίες δεν αφορούν αποκλειστικά την σχέση της μητέρας με το νεογνό ή την οικογένεια της. Αυτές οι συνέπειες περιλαμβάνουν τον πιθανό αυτοτραυματισμό, την αυτοκτονία, τη μείωση της λειτουργικότητας και την πιθανή εξάρτηση από καπνό, αλκοόλ και ναρκωτικά.

Επιπτώσεις στο νεογνό, το βρέφος και το παιδί

Το δέσιμο είναι ένας βαθύς συναισθηματικός δεσμός που σχηματίζει το μωρό με το άτομο που το φροντίζει και καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος των αναγκών του. Αυτό το άτομο συνήθως είναι η μητέρα. Ένας ασφαλής δεσμός σχηματίζεται, όταν η μητέρα ανταποκρίνεται με συνέπεια, ζεστασιά, συστηματικότητα και ευαισθησία στις ανάγκες του μωρού της. Το κράτημα, το κούνημα, η ομιλία στο μωρό βοηθούν αυτό το δεσμό. Με αυτόν τον τρόπο, προσφέρεται στο μωρό μια σταθερή βάση προκειμένου να εξερευνήσει τον κόσμο γύρω του. Η αίσθηση της ασφάλειας αποτελεί υποστηρικτικό παράγοντα, ώστε να μάθει αργότερα να εμπιστεύεται άλλους ανθρώπους. Μία μητέρα που παρουσιάζει κατάθλιψη μπορεί να δυσκολεύεται να ανταποκριθεί στο μωρό της με αγάπη και φροντίδα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός ανασφαλή δεσμού και τη γένεση διαφόρων προβλημάτων κατά την παιδική ηλικία (Hanley, 2009).

Η ποιότητα των αλληλεπιδράσεων της μητέρας με το μωρό της μελετήθηκε εκτενώς από τους Stein et al. (1991), παρατηρώντας τη συμπεριφορά στο ελεύθερο ή το δομημένο παιχνίδι. Σύμφωνα με τη μελέτη, τα 19 μηνών βρέφη μητέρων με επιλόχεια κατάθλιψη έδειξαν λιγότερο συναισθηματικό μοίρασμα, μικρότερη αρχική κοινωνικότητα με τους ξένους, περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις, μειωμένη συγκέντρωση και παρουσίαζαν θλίψη στη διάρκεια σύντομου αποχωρισμού από τη μητέρα, σε σχέση με τα ίδιας ηλικίας βρέφη υγιών μητέρων.

Πολλές έρευνες βασίστηκαν στη θεωρία του δεσμού του Ainsworth, παρατηρώντας, ότι 12 και 18 μηνών βρέφη μητέρων με επιλόχεια κατάθλιψη διατηρούσαν τον «ανασφαλή» ή τον «αποφευκτικό» τύπο δεσμού. Σύμφωνα με τον «αποφευκτικό» τύπο, οι μητέρες είναι συστηματικά ψυχρές και απορριπτικές, αποφεύγοντας την

σωματική επαφή. Σύμφωνα με τον «ανασφαλή» τύπο, οι μητέρες είναι απρόβλεπτες με τα βρέφη τους και αποκρίνονται με ένα μείγμα θυμού, παραμέλησης και υποστηρικτικής συμπεριφοράς (Murray & Cooper, 1997).

Αξίζει να σημειωθεί, ότι στις έρευνες των Murray & Cooper (1997), παρατηρήθηκαν επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης σε θέματα συμπεριφοράς του βρέφους, όπως διαταραχές ύπνου, μηρυκασμός, ανορεξία και εκσεσημασμένο κλάμα. Παράλληλα, παρατηρείται στο βρέφος απάθεια, απόσυρση, λιγότερες εκφράσεις ικανοποίησης και μεγαλύτερη ευερεθιστότητα. Γίνεται εμφανές λοιπόν, ότι στο βρέφος ο ψυχικός μηχανισμός δεν είναι ακόμη δομημένος και οι αντίστοιχες άμυνες οργανώνονται μέσα από τις μητρικές φροντίδες. Η οικονομία της αλληλεπίδρασης μητέρας-παιδιού υποστηρίζει και διαχειρίζεται την ψυχική και σωματική ισορροπία του βρέφους (Μωραΐτου, 2004).

Ωστόσο, στις έρευνες των Murray και Stain (1989) εκφράζεται η άποψη, ότι η δυσκολία εγκατάστασης ενός ικανοποιητικού δεσμού μεταξύ της μητέρας και του βρέφους χαρακτηρίζεται περισσότερο ως ένας φαύλος κύκλος ελλιπούς επικοινωνίας. Σε αρκετές περιπτώσεις, το γεγονός ότι το μωρό έκλαιγε έντονα, τρεφόταν λίγο, παρουσίαζε διαταραχές ύπνου και δεν ηρεμούσε εύκολα, προκαλούσε αυξημένο εκνευρισμό, σύγχυση και καταθλιπτική διάθεση στη μητέρα. Βέβαια, σε άλλες περιπτώσεις, τα προβλήματα ύπνου, φαγητού και κλάματος παρατηρήθηκαν μόνο μετά την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης μερικές εβδομάδες μετά τον τοκετό. Αυτό το φαινόμενο των δυσκολιών στο μέγλωμα και τη συμπεριφορά του παιδιού παρουσιάζεται διαφορετικά σε πρωτότοκα και δευτερότοκα παιδιά. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί συχνότερο φαινόμενο στις πρωτότοκες μητέρες.

Οι Zajicek και de Salis και οι Uddenberg και Englesson βρήκαν, ότι οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη δίνουν πιο αρνητικές περιγραφές των παιδιών τους δύο και τέσσερα χρόνια μετά τον τοκετό, σε σύγκριση με εκείνες χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, τα χαρακτήρισαν προβληματικά, δύσκολα στο να ελεγχθούν και με ασταθή διάθεση. Ακόμη, οι Weissman και Paykel υποστήριξαν, ότι η δυσκολία στη δημιουργία δεσμού μεταξύ της μητέρας και του παιδιού παρέμεινε ακόμα και όταν η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελούσε παρελθόν (Hanley, 2009).

Τα ερευνητικά στοιχεία των Gelfand και Teti (1990), υποστηρίζουν την συσχέτιση της επιλόχειας κατάθλιψης με δυσμενή αποτελέσματα στην πρώιμη παιδική ηλικία, κυρίως ανάμεσα στα κοινωνικώς μειονεκτούντα παιδιά. Συγκεκριμένα βρέθηκε, ότι ένα από τα χαρακτηριστικά της επιλόχειας κατάθλιψης είναι η αδυναμία της μητέρας να παρακολουθεί συστηματικά τις δραστηριότητες του βρέφους και να το προστατεύει από πιθανούς κινδύνους. Έχουν σημειωθεί περιστατικά κατά τα οποία η μητέρα, όντας αφηρημένη, αφήνει το βρέφος να πέσει από την αγκαλιά της ή δεν παρατηρεί την ενασχόληση του βρέφους με επικίνδυνα αντικείμενα επειδή συνομιλεί με κάποιον ξένο. Τέτοιου είδους απροσεξίες συνδέονται με την επιλόχεια κατάθλιψη, γι' αυτό τα βρέφη των καταθλιπτικών μητέρων παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων. Σύμφωνα με την Hanley (2009), η επιλόχεια κατάθλιψη συνδέεται και με το σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου.

Ωστόσο, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα, τα οποία υποστηρίζουν ότι η επικοινωνία μεταξύ της μητέρας με επιλόχεια κατάθλιψη και του παιδιού της δεν είναι πάντα ελαττωματική ποσοτικά, αλλά κυρίως είναι χωρίς συναίσθημα και χωρίς ζωή. Η επαφή είναι σχεδόν μηχανική, κρατά το παιδί της χωρίς να το κοιτάζει στα μάτια, του αλλάζει θέση στην αγκαλιά της, το κουνάει πολύ, δείχνοντας μία υπερδραστηριότητα που δεν έχει την ευχαρίστηση της παροχής μητρικών φροντίδων. Σε πολλές

περιπτώσεις, είναι μία μητέρα που εξασφαλίζει και εγγυάται στο παιδί τη φυσική της παρουσία, αλλά όχι και τη συναισθηματική και τη συγκινησιακή (Μωραΐτου, 2004).

Όσον αφορά τις γνωστικές διαδικασίες, οι Murray, Fiori-Cowley, Hooper, και Cooper (1996), εξέτασαν παιδιά καταθλιπτικών μητέρων μέχρι το 5^ο έτος της ηλικίας τους. Βρέθηκε, ότι ένα χρόνο μετά τον τοκετό, τα παιδιά των μητέρων με επιλόχεια κατάθλιψη παρουσιάζουν μειωμένη νοητική και κινητική ανάπτυξη στην κλίμακα ανίχνευσης αναπτυξιακών διαταραχών του Bailey. Παράλληλα, αυτά τα παιδιά σε ηλικία 2 χρόνων ήταν πιο πιθανό να αποτύχουν στο 5^ο στάδιο της μονιμότητας των αντικειμένων του Piaget, μία δοκιμασία που μετράει την ικανότητα της νοητικής αναπαράστασης. Ακόμη, φάνηκε ότι τα παιδιά των μητέρων με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο ήταν πιο πιθανό να αποτύχουν στο στάδιο του Piaget, σε σχέση με τα παιδιά μητέρων με ήπιας μορφής επιλόχεια κατάθλιψη.

Στην ίδια μελέτη, σημαντική λεπτομέρεια αποτελεί το εύρημα, ότι η επίδοση των κοριτσιών ήταν ιδιαίτερα υψηλότερη από εκείνη των αγοριών. Επίσης, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της καταθλιπτικής μητέρας επηρέασε τα αποτελέσματα, καθώς τα παιδιά των καταθλιπτικών μητέρων με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο παρουσίασαν χαμηλότερες επιδόσεις από τα παιδιά των καταθλιπτικών μητέρων με υψηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Η χορήγηση της κλίμακας McCarthy απέτυχε να διαπιστώσει τη συσχέτιση μεταξύ της επιλόχειας κατάθλιψης και γνωστικών ελλειμμάτων στα 5 ετών παιδιά (Murray et al., 1996, Murray & Hipwell, 1995).

Σε ό,τι αφορά τα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας, οι Murray και Stain (1989) διαπίστωσαν, ότι τα αυξημένα επίπεδα ψυχιατρικών διαταραχών, η υψηλή ανασφάλεια σε συναισθηματικούς δεσμούς, το χαμηλό IQ και η έλλειψη

αυτοσυγκέντρωσης αποτελούν ορισμένες από τις σοβαρές επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης στην ανάπτυξη του παιδιού.

Τέλος, σύμφωνα με την Μωραΐτου (2004), τα παιδιά που προέρχονται από μητέρες που είχαν παρουσιάσει κατάθλιψη, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν και αυτά κατάθλιψη, καθώς η μητρική κατάθλιψη μπορεί να μεταδοθεί μέσω των αλληλεπιδράσεων στο ίδιο το βρέφος.

Επιπτώσεις στην οικογένεια

Η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί μία διαταραχή, η οποία μπορεί να διαρκέσει αρκετούς μήνες ή χρόνια μετά τη γέννηση του παιδιού. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις, στις οποίες η κατάθλιψη γίνεται χρόνια, τα συμπτώματα εντείνονται και παρατηρείται ακόμη μεγαλύτερη έκπτωση στη λειτουργικότητα της γυναίκας. Ακόμη η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει στην επανεμφάνιση της διαταραχής σε επόμενη εγκυμοσύνη (Williamson & McCutcheon, 2004).

Όσον αφορά τις επιπτώσεις στην οικογένεια της γυναίκας, είναι πολύ πιθανό ο σύζυγος και οι στενοί συγγενείς να χαρακτηρίσουν την κατάσταση αυτή, ως ιδιαίτερο βάρος που επηρεάζει τις κοινωνικές δραστηριότητες όλων των μελών και δημιουργεί οικονομικά προβλήματα. Ακόμη, δημιουργούνται συχνά συγκρούσεις μεταξύ του ζευγαριού και διαταράσσεται η ψυχική υγεία του συντρόφου (Boath, Pryce και Cox, 1998).

Οι Boath et al. (1998) εξέτασαν τις επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης στην οικογένεια της γυναίκας. Συγκεκριμένα, συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια από τους συζύγους ή από κάποιο στενό συγγενή των γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη. Από τις 60 γυναίκες, οι 56 (93%) αντιμετώπιζαν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης και οι

υπόλοιπες 4 (7%) συμπτώματα ήπιας κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι τα άτομα που ζουν κοντά στην καταθλιπτική μητέρα νιώθουν ιδιαίτερο βάρος και ανησυχούν για την οικονομική κατάσταση της οικογένειας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η μητέρα έχει σταματήσει να εργάζεται, ενώ οι ανάγκες της έχουν αυξηθεί δραματικά. Επιζητά συνέχεια την προσοχή των ατόμων του περιβάλλοντός της και δεν επιθυμεί να βγει έξω από το σπίτι.

Παράλληλα, μία τέτοια κατάσταση μέσα στο σπίτι δημιουργεί πολλές εντάσεις και συγκρούσεις ανάμεσα στο ζευγάρι. Οποιαδήποτε διαφορά, κάτω από αυτές τις συνθήκες, γίνεται εντονότερη. Ο σύζυγος δεν κατανοεί πάντα τη γυναίκα και αδυνατεί να τη προσεγγίσει. Η στεναχώρια και το αίσθημα ότι δεν μπορεί να τη βοηθήσει οδηγεί συχνά στην εμφάνιση κατάθλιψης στο σύζυγο. Ο ίδιος αναφέρει δυστυχισμένος στη ζωή του, ιδιαίτερα αγχωμένος και λυπημένος με την κατάσταση που επικρατεί μέσα στην οικογένεια του (Boath et al.,1998). Ωστόσο, είναι πιθανό η κατάθλιψη του συζύγου να επιβαρύνει την ήδη δύσκολη ψυχική κατάσταση της γυναίκας και να προκαλέσει τη χρόνια εμφάνιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε αυτή (Williamson & McCutcheon, 2004).

Αναμφισβήτητα, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να διαπιστωθεί πως η μητρική και πατρική κατάθλιψη, και ο συνδυασμός αυτών, επηρεάζει την οικογένεια, τις σχέσεις και την ανάπτυξη των βρεφών ή των μεγαλύτερων παιδιών της οικογένειας (Boath et al.,1998).

2.6 Θεραπευτική αντιμετώπιση

Το είδος της θεραπείας που θα εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης μετά τον τοκετό εξαρτάται από τη μορφή και τη σοβαρότητα της διαταραχής. Πιο ήπιες μορφές μπορεί να θεραπευτούν με ψυχοθεραπεία. Οι σοβαρές μορφές μπορεί

να απαιτήσουν φαρμακευτική αγωγή ή ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Κάποιες φορές, ο συνδυασμός των δύο μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματικός (Μωραΐτου, 2004).

Η νοσοκομειακή νοσηλεία είναι πολλές φορές αναπόφευκτη λόγω της βαρύτητας της κατάστασης, αλλά και της πιθανότητας αυτοκτονιών. Εξαιτίας του άμεσα και μακροπρόθεσμα επώδυνου αποχωρισμού της μητέρας από το παιδί, υπάρχει η τάση της ταυτόχρονης νοσηλείας μητέρων και βρεφών σε ειδικές ψυχιατρικές κλινικές (Μωραΐτου, 2004).

Φαρμακοθεραπεία

Σύμφωνα με τους Munoz, Agruss, Haeger και Sivertsen (2006), η χορήγηση φαρμάκων έχει αποδειχθεί επιτυχημένη στη θεραπεία και την εξάλειψη των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης. Τα προτιμώμενα φάρμακα από τους ειδικούς αποτελούν οι αναστολείς επαναπροσληψης σεροτονίνης (SSRIs), οι αναστολείς επαναπρόσληψης της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης (SNRIs) και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs). Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία υποστηρίζει, ότι για την πρόληψη υποτροπών η επιτυχής φαρμακολογική θεραπεία θα πρέπει να συνεχιστεί 6 μήνες μετά από την πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων (Kendall-Tackett, 2008).

Μερικά από τα συμπτώματα που εμφανίζονται κατά την επιλόχεια κατάθλιψη αποτελούν παρενέργειες των SSRIs, όπως, άγχος, νευρικότητα, διέγερση, πονοκέφαλοι και γαστρεντερικά προβλήματα. Αυτές οι ανεπιθύμητες δράσεις μπορούν να μετριαστούν με τη χορήγηση χαμηλής δόσης (0.5-1mg) βενζοδιαζεπίνης, όπως clonazepam. Ακόμη, η μείωση της libido και η δυσκολία επίτευξης οργασμού αποτελούν παρενέργειες των SNRIs και SSRIs (Kendall-Tackett, 2008).

Η φαρμακοθεραπεία για τις θηλάζουσες μητέρες είναι ένα πολύπλοκο ζήτημα καθώς απαιτείται αξιολόγηση, τόσο των οφελών της μητέρας, όσο και των βλαπτικών δράσεων στην υγεία του μωρού. Αυτό το ηθικό δίλημμα οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι κάθε περίπτωση πρέπει να αξιολογείται και να αντιμετωπίζεται μεμονωμένα. Τα ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι, τα SSRIs είναι γενικά ασφαλή κατά την περίοδο του θηλασμού αλλά κανένα από αυτά τα αντικαταθλιπτικά δεν συνιστάται κατηγορηματικά (Kendall-Tackett, 2008). Σε περιορισμένο αριθμό μελετών φάνηκε ότι, η σερτραλίνη (Zoloft), η φλουβοξαμίνη (Dumyrox) και η παροξετίνη (Seroxat) δεν προκαλούν αρνητικές συνέπειες στα θηλάζοντα βρέφη. Η φλουοξετίνη (Ladose) σχετίζεται με τις διαταραχές του ύπνου, το κλάμα του μωρού, τα υδαρή κόπρανα και η σιταλοπράμη (Seropram) με διαταραχές του ύπνου. Ωστόσο, δεν έχει ξεκαθαριστεί, εάν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα προκαλούν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην ανάπτυξη του εγκεφάλου του βρέφους (Hiltunen, 2003).

Σύμφωνα με την Hanley (2009), τα TCAs είναι λιγότερο τοξικά και πιο οικονομικά από τα SSRIs. Έρευνες σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας έδειξαν, ότι τα TCAs είναι αποτελεσματικά στην θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης, όταν χορηγούνται σε καθορισμένη δόση. Η χορήγηση αμιτριπυλίνης (Saroten) προκαλεί 50-100% βελτίωση συγκριτικά με το placebo. Ωστόσο, έχει βρεθεί, ότι η χαμηλή δόση αμιτριπυλίνης είναι λιγότερο αποτελεσματική από το placebo. Παράλληλα, σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας, τα θηλάζοντα μωρά δεν κινδυνεύουν από οποιαδήποτε παρενέργεια των TCAs, μετά την 10^η εβδομάδα ζωής.

Όσον αφορά τις λεχωίδες με ήπιας μορφής κατάθλιψη, τα TCAs δεν προτείνονται ως κατάλληλη φαρμακοθεραπεία. Όσο πιο σοβαρά είναι τα συμπτώματα της κατάθλιψης, τόσο πιο αποτελεσματική είναι η θεραπεία. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, η μείζων κατάθλιψη υποχωρεί με τη θεραπεία, αλλά περίπου το 12-

15% των γυναικών παραμένουν καταθλιπτικές για τα επόμενα δύο χρόνια (Hanley, 2009).

Προκειμένου να γίνεται σωστή επιλογή του χορηγούμενου αντικαταθλιπτικού στην λεχωίδα που θηλάζει, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι εξής παράμετροι: η προηγούμενη αντίδραση της γυναίκας σε αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ο τρόπος με τον οποίο χειρίζεται η κάθε γυναίκα τις παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα τυχόν επιπλέον φάρμακα που ήδη λαμβάνει και τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις για τη μητέρα και το παιδί (Kendall-Tackett, 2008).

Ως προς την ορμονική θεραπεία, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη έχουν δοκιμαστεί ως μέσο αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, οι Gregoire, Kumar, Everitt, Henderson και Studd (1996), χορήγησαν σε 34 γυναίκες ενδοδερμικά 17β-οιστραδιόλη σε δόση 200 mg ημερησίως για 3 μήνες και στη συνέχεια κυκλική δειδρογεστερόνη 10 mg ημερησίως για 12 ημέρες κάθε μήνα, για 3 επιπλέον μήνες. Στην συνέχεια, τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με εκείνα των ομάδων, στις οποίες χορηγήθηκε placebo. Οι ερευνητές οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα, ότι η 17β-οιστραδιόλη έχει αντικαταθλιπτική δράση με αισθητά καλύτερα αποτελέσματα από αυτά του placebo. Η βελτίωση παρατηρήθηκε ήδη από τον πρώτο μήνα θεραπείας, αλλά απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να διαπιστωθεί, κατά πόσο η μικρότερης διάρκειας θεραπεία έχει την ίδια αποτελεσματικότητα. Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση, μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων, απαιτείται συνέχιση της θεραπείας για να μειωθεί ο κίνδυνος υποτροπής της νόσου.

Η χορήγηση προγεστερόνης, σύμφωνα με τους Henshaw και Cox (1995), μπορεί να μειώσει την καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά τη λοχεία, αλλά δεν υπάρχουν επαρκής έρευνες. Ακόμη, οι ίδιοι υποστηρίζουν, ότι η οιστραδιόλη είναι

αποτελεσματική αλλά απαιτείται η επακόλουθη χορήγηση προγεστερόνης και ενδομήτρια βιοψία για να αποφευχθεί το καρκίνωμα.

Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία ως μέθοδος αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης περιλαμβάνει τη γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία και τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία. Πολλές λεχώιδες προτιμούν αυτόν τον τρόπο αντιμετώπισης, αντί της φαρμακοθεραπείας, λόγω των κοινωνικών πιέσεων και του αισθήματος ενοχής ως προς τη λήψη φαρμάκων κατά το θηλασμό.

Σύμφωνα με την Kendall-Tackett (2008), η γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία αποτελεί μία ιδιαίτερα αποτελεσματική μορφή ψυχοθεραπείας. Σε πολλές κλινικές δοκιμές έχει αποδειχθεί, ότι η αποτελεσματικότητά της είναι το ίδιο ισχυρή με εκείνη της φαρμακοθεραπείας. Επίσης, η γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία είχε μεγαλύτερης διάρκειας αποτελέσματα, με λιγότερες πιθανότητες υποτροπής ή εγκατάλειψης της θεραπείας σε σχέση με τη φαρμακοθεραπεία.

Σε μία μελέτη των Appleby et al. στην Αγγλία, 87 γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη χωρίστηκαν τυχαία σε 4 ομάδες, κάθε μία από τις οποίες ακολούθησε διαφορετική θεραπεία. Οι θεραπείες χωρίστηκαν ως εξής: χορήγηση φλουοξετίνης, χορήγηση placebo, μία συνεδρία ή έξι συνεδρίες γνωστικής-συμπεριφορικής προσέγγισης. Οι συνεδρίες σχεδιάστηκαν με σκοπό να προσφέρουν συμβουλές και να καθησυχάσουν τις νέες μητέρες σε θέματα που τις απασχολούν. Τέσσερις εβδομάδες μετά τη θεραπεία, όλες οι ομάδες σημείωσαν βελτίωση. Ωστόσο, οι γυναίκες που λάμβαναν φλουοξετίνη είχαν καλύτερα αποτελέσματα, σε σύγκριση με τις γυναίκες που λάμβαναν placebo. Ακόμη, μεγαλύτερη βελτίωση σημειώθηκε στις γυναίκες που ακολούθησαν έξι συνεδρίες αντί μία. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με εκείνα

άλλων μελετών που συνδύασαν τη φαρμακοθεραπεία με την γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία. Φάνηκε, ότι μετά την πρώτη συνεδρία, η συνέχιση της θεραπείας είτε με φλουοξετίνη είτε με ψυχοθεραπεία ήταν το ίδιο αποτελεσματική και η ομάδα που λάμβανε ταυτόχρονα την συνδυαστική θεραπεία δεν παρουσίασε μεγαλύτερη βελτίωση. Συνεπώς, η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία ήταν το ίδιο αποτελεσματική με τη φαρμακοθεραπεία (Hanley, 2009).

Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία δεν ενδείκνυται σε καταθλιπτικές μητέρες με πρόωρα μωρά. Αυτές οι μητέρες παρουσιάζουν ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης και οι συνεδρίες διάρκειας έξι εβδομάδων δεν επαρκούν (Kendall-Tackett, 2008).

Ο τρόπος που κάποιος σκέφτεται και αντιλαμβάνεται τον κόσμο γύρω του έχει μεγάλη επίδραση στην ψυχική του υγεία. Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία δεν θεραπεύει απλά την κατάθλιψη, αλλά προκαλεί μετρήσιμες αλλαγές στον εγκέφαλο, όπως τα αντικαταθλιπτικά, και δεν έχει επίδραση στη γαλουχία (Kendall-Tackett, 2008).

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία αποτελεί ένα άλλο μέσο αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης. Σε αυτή την περίπτωση, στόχος της θεραπείας είναι η αποσαφήνιση των ρόλων ως γυναίκα, μητέρα και σύζυγος και η δημιουργία ή βελτίωση του τρόπου αφομοίωσης της προσληφθείσας κοινωνικής στήριξης. Η μέθοδος της διαπροσωπικής θεραπείας είναι αποτελεσματική και σε ομαδικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, σε μελέτη των Klier, Muzik, Rosenbaum και Lenz, 17 γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη συμμετείχαν σε ομαδική θεραπεία μειώνοντας σημαντικά την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Μετά το τέλος της θεραπείας, τα θετικά

αποτελέσματα ίσχυσαν καθ' όλη την διάρκεια της εξάμηνης παρακολούθησης (Kendall-Tackett, 2008).

Σύμφωνα με τον Weissman, 12 με 16 εβδομάδες διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας σε γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη μειώνουν σημαντικά τα συμπτώματα, σε σύγκριση με τις γυναίκες που τους παρέχεται η τυπική φροντίδα. Ακόμη, ο ίδιος υποστηρίζει, ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι φορείς ιατρικής περίθαλψης και ειδικά εκπαιδευμένοι επαγγελματίες μπορούν να παρέχουν την συγκεκριμένη θεραπεία. Οι Gonidakis και Ravitz αναφέρουν, ότι η διαπροσωπική θεραπεία μπορεί εύκολα να ενσωματωθεί στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς αποτελεί μία αποτελεσματική θεραπεία μικρής διάρκειας, η οποία ταιριάζει ιδανικά στις ανάγκες της λεχνοΐδας μετά τον τοκετό (Kendall-Tackett, 2008).

Σήμερα, υπάρχουν περισσότερες εμπειρικές μελέτες για τη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία και είναι πιο εύκολη για τις μητέρες η πρόσβαση σε επαγγελματίες που παρέχουν αυτό τον τρόπο θεραπείας. Ωστόσο, η διαπροσωπική θεραπεία έχει πολλά να προσφέρει, τόσο στην πρόληψη, όσο και στην αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Είναι πιθανό, μελλοντικά, να αντικαταστήσει την γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία και να θεωρείται πρώτη γραμμής ψυχοθεραπεία (Kendall-Tackett, 2008).

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία επιλέγεται συνήθως για την αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης και σε περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακοθεραπεία ή δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τις παρενέργειες των φαρμάκων. Ακόμη, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται σε ασθενείς που χρειάζονται άμεσα αποτελέσματα, όπως οι μητέρες που είναι ιδιαίτερα ταραγμένες,

έχουν ψευδαισθήσεις και παραληρήματα, έχουν σταματήσει ή μειώσει να τρώνε ή να πίνουν, ή κάνουν σοβαρές σκέψεις αυτοκτονίας. Ωστόσο, δεν συστήνεται για ήπιες μορφές επιλόχειας κατάθλιψης (Hanley, 2009).

Παράλληλα, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η απαντητικότητα του ασθενή καθορίζουν τη διάρκεια της θεραπείας. Συνήθως, χρειάζονται 6 συνεδρίες προκειμένου να παρατηρηθούν τα πρώτα εμφανή αποτελέσματα, όπως η αύξηση του επιπέδου δραστηριότητας, ο ικανοποιητικός ύπνος και η βελτίωση στη διατροφή (Hanley, 2009).

Όσον αφορά τις παρενέργειες της ηλεκτροσπασμοθεραπείας, οι ασθενείς είναι πιθανόν να παρουσιάσουν ναυτία και πονοκεφάλους. Τέλος, παρατηρείται απώλεια της βραχυπρόθεσμης μνήμης, η οποία, όμως, αποκαθίσταται μετά από μερικές εβδομάδες (Hanley, 2009).

3. Πρόληψη περιγεννητικής κατάθλιψης

Η πιο ολοκληρωμένη μελέτη γύρω από την πρόληψη της περιγεννητικής κατάθλιψης έγινε από τους Cantwell και Smith (1996). Η πρόληψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη. Σε κάθε επίπεδο παρατηρούνται κλινικές, κοινωνικές και δημόσιας υγείας παρεμβάσεις. Παρακάτω αναλύεται η συγκεκριμένη μελέτη:

Πρωτοβάθμια πρόληψη

Η πρωτοβάθμια πρόληψη αποσκοπεί να αποτρέψει την εμφάνιση της περιγεννητικής κατάθλιψης μέσω της μείωσης ή της αντιμετώπισης των αιτιολογικών παραγόντων. Τα μέτρα που λαμβάνονται χωρίζονται σε καθολικά, επιλεκτικά και εξειδικευμένα μέτρα.

Τα καθολικά μέτρα έχουν στόχο ολόκληρο τον πληθυσμό, παρά μία συγκεκριμένη ομάδα ανθρώπων. Όλα τα άτομα χωρίς διαλογή ενημερώνονται για την πρόληψη της διαταραχής, για παράδειγμα, μέσω της ενθάρρυνσης για ένα υγιεινό τρόπο ζωής ή μέσω της αναβάθμισης των δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση του άγχους. Πολλές από τις τελετουργίες γύρω από τη μετάβαση στη μητρότητα (όπως οι πρώτες 40 μέρες παραμονής της λεχωίδας στο σπίτι και η υπερβολική στήριξη από τα μέλη της οικογένειας προς τη νέα μητέρα) αποτελούν παρελθόν στους δυτικούς πολιτισμούς. Έχει υποστηριχθεί, ότι το γεγονός αυτό ίσως συμβάλλει στην απώλεια της ψυχολογικής ευημερίας κατά τη περίοδο της λοχείας. Πολλές γυναίκες υποτιμούν την αλλαγή που φέρνει ένα παιδί στη ζωή τους και αδυνατούν να προσαρμοστούν, να ζητήσουν ή να δεχτούν βοήθεια και υποστήριξη από τα κοινωνικά δίκτυα.

Η προαγωγή της υγείας πρέπει να απαλλάσσει τις γυναίκες από την αντίληψη, ότι πρέπει να ανταπεξέλθουν ως μητέρες χωρίς καμία βοήθεια και αν δεν τα καταφέρουν, θα τους πάρουν το παιδί. Η προστατευτική αξία, τόσο της επαφής με τους άλλους, όσο και των δραστηριοτήτων για την ψυχική ευεξία (εργασία, κοινωνικές δραστηριότητες, σωματική άσκηση) εξακολουθεί να είναι ελάχιστα κατανοητή από το ευρύ κοινό και σπάνια δίνεται προσοχή από τους επαγγελματίες υγείας. Τέτοια προγράμματα προαγωγής της υγείας θα μπορούσαν να στοχεύουν σχολεία (λαμβάνοντας υπόψη τα ψυχοκοινωνικά θέματα της πατρότητας, ως μέρος της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης), επαγγελματίες υγείας (ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και την περίθαλψη κατά τη μητρότητα), καθώς και όσους εμπλέκονται στα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Μέχρι στιγμής, πάντως, δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι τα καθολικά μέτρα μειώνουν τη συχνότητα εμφάνισης είτε της περιγεννητικής κατάθλιψης ή της επιλόχειας ψύχωσης.

Τα επιλεκτικά μέτρα εστιάζουν σε ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου, όπως οι έγκυες και οι λεχώιδες. Το γεγονός ότι, αρκετές γυναίκες εμφανίζουν επιλόχεια κατάθλιψη με λίγους ή καθόλου εμφανείς παράγοντες κινδύνου, καθιστά το στάδιο αυτό της πρόληψης ιδιαίτερα σημαντικό.

Κατά την προγεννητική περίοδο, τα μαθήματα σε άτομα που θα γίνουν γονείς αποτελούν ένα ιδανικό βήμα ενημέρωσης γύρω από θέματα ψυχικής υγείας και η προγεννητική προετοιμασία δρα προστατευτικά. Σε αυτά τα μαθήματα περιλαμβάνονται:

- Η μεγιστοποίηση της διαθέσιμης στήριξης (συναισθηματική και πρακτική) από τον σύζυγο-σύντροφο, την οικογένεια και τους φίλους μετά τον τοκετό.
- Η αποφυγή αγχογόνων καταστάσεων, όταν είναι εφικτό (όπως μετακόμιση).

- Η ανακούφιση σχετικά με το σχεδιασμό (π.χ. φροντίδα μωρού, μαγείρεμα).
- Η διατήρηση της κοινωνικής επαφής με άλλους.

Τα εξειδικευμένα μέτρα έχουν ως στόχο τις γυναίκες, στις οποίες έχουν αναγνωριστεί οι παράγοντες κινδύνου και μπορούν να εφαρμοστούν συγκεκριμένα προληπτικά μέτρα. Για να επιτευχθεί αυτό, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και μητρότητας πρέπει να κατανοούν τους παράγοντες κινδύνου, να τους αναγνωρίζουν και να υπάρχει μία συμφωνημένη διαδικασία διαχείρισης περιστατικών ή παραπομπής αυτών.

Γυναίκες υψηλού κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας ψύχωσης:

Οι γυναίκες με προηγούμενο ή οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής / επιλόχειας ψύχωσης, και οι οικογένειές τους, θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας ψύχωσης χωρίς να κινδυνολογούν. Ο προγραμματισμός της πρόληψης και της θεραπείας, εφόσον κριθεί αναγκαίο, μπορεί να μειώσει τις ανησυχίες ή ακόμη να δρα προληπτικά από μόνος του. Υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν, ότι για υψηλού κινδύνου γυναίκες, η χορήγηση λιθίου μετά τον τοκετό μπορεί να αποτρέψει ένα επεισόδιο. Ακόμη, πιο πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι τα αντιψυχωσικά φάρμακα, ιδίως τα άτυπα, δρουν προστατευτικά. Επειδή ο κίνδυνος αυξάνεται ραγδαία μετά τον τοκετό, τα μέτρα προφύλαξης πρέπει να ληφθούν από την πρώτη μέρα. Ωστόσο, τα διαθέσιμα στοιχεία δεν υποστηρίζουν τη χρήση του λιθίου ή των άτυπων αντιψυχωσικών κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

Γυναίκες υψηλού κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης:

Οι γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης, και ιδιαίτερα με ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης, είναι συχνά πρόθυμες να λάβουν βοήθεια και συμβουλές για το πώς

μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο υποτροπής. Μία από τις επιλογές που δίνονται στη γυναίκα αφορά την προληπτική χρήση των αντικαταθλιπτικών. Ωστόσο, υπάρχουν αντικρουόμενα στοιχεία σχετικά με αυτή τη χρήση. Εναλλακτικά, η συζήτηση γύρω από τον έγκαιρο εντοπισμό των προειδοποιητικών σημείων μπορεί να είναι χρήσιμη. Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να υποστηρίζουν τη χρήση της προγεστερόνης είτε για πρόληψη είτε για θεραπεία. Έρευνες έχουν δείξει την ικανότητα της οιστραδιόλης να βελτιώνει τη διάθεση, αν και μια τέτοια παρέμβαση παραμένει σε πειραματικό στάδιο και δεν συνιστάται συνήθως.

Ψυχοκοινωνικά μέτρα:

Το να δοθεί στις γυναίκες η ευκαιρία να μιλήσουν για τις ανησυχίες τους, να συζητήσουν σχετικά με την πρόληψη και τις θεραπευτικές επιλογές και να διαβεβαιωθούν ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι πρόθυμοι να τις βοηθήσουν, αποτελούν απλά αλλά χρήσιμα μέτρα. Η αποφυγή έντονων αλλαγών στην ζωή των εγκύων γυναικών (π.χ. η μετακόμιση σε προχωρημένο στάδιο της εγκυμοσύνης αποτελεί ένα επιπλέον αγχογόνο γεγονός κοντά στον τοκετό) δρα προστατευτικά.

Οι σύζυγοι-σύντροφοι πρέπει να συμμετέχουν ενεργά στην προγεννητική φροντίδα και να ενθαρρύνουν τις γυναίκες τους, ώστε το κοινωνικό δίκτυο να ενισχύεται όσο το δυνατόν περισσότερο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η προστατευτική αξία της κοινωνικής στήριξης διαφαίνεται μέσα από τις πρακτικές συμβουλές και τις ευκαιρίες που δίνονται στην έγκυο, όταν αυτή παρακολουθεί μαθήματα για εγκύους, συμμετέχει σε αντίστοιχες δραστηριότητες και κάνει μία σημαντική προσπάθεια να ενισχύσει την επικοινωνία με την οικογένεια και τους φίλους.

Ενώ όλα αυτά τα μέτρα μπορούν να ενισχύσουν την ψυχολογική ευημερία της γυναίκας, δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία που να υποστηρίζουν, ότι οι

παρεμβάσεις που στοχεύουν σε όλες τις έγκυες μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης.

Δευτεροβάθμια πρόληψη

Η δευτεροβάθμια πρόληψη μειώνει τον επιπολασμό της διαταραχής μέσω της μείωσης της διάρκειας της νόσου και του περιορισμού των δυσμενών συνεπειών της διαταραχής. Η έγκαιρη διάγνωση και η ταχεία αποτελεσματική θεραπεία επιτυγχάνονται μέσω των ερευνών διαλογής (screening).

Η διαλογή είναι η χρήση διαγνωστικών μέσων για την πλέον έγκαιρη διάγνωση της περιγεννητικής κατάθλιψης, πριν από την εκδήλωση εμφανών συμπτωμάτων. Η διαλογή πραγματοποιείται κατά την προσυμπτωματική περίοδο, με στόχο την έγκαιρη θεραπεία και την αποτροπή της εκδήλωσης της διαταραχής. Παρόλαυτα, υπάρχουν ορισμένοι κίνδυνοι που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, όπως το άγχος που δημιουργείται στις γυναίκες όταν εξετάζονται. Ακόμη, σημαντική παράμετρο αποτελεί η δυνατότητα αποτελεσματικής παρέμβασης σε εκείνες που, μέσω της διαλογής, κρίνεται ότι την χρειάζονται. Δεν αρκεί, δηλαδή, ο προσδιορισμός της κατάλληλης θεραπείας αλλά, ταυτόχρονα, απαιτούνται επαρκείς πόροι για να διασφαλιστεί ότι η θεραπεία είναι διαθέσιμη στις έγκυες και τις λεχωίδες. Η Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου-Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) αποτελεί ένα από τα πλέον διακεκριμένα μέσα ανίχνευσης γυναικών υψηλού κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης.

Η εμφάνιση των συμπτωμάτων της επιλόχειας ψύχωσης διακατέχεται από ένταση και συμβαίνει αρκετά νωρίς, με αποτέλεσμα η ανίχνευση της διαταραχής να μην αποτελεί πρόβλημα. Ωστόσο, η μείωση του χρόνου παραμονής της λεχωίδας στο νοσοκομείο αυξάνει τις πιθανότητες να εμφανιστεί η διαταραχή σε κάποια υπηρεσία

πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρά στις υπηρεσίες μητρότητας. Το προσωπικό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρέπει να είναι ικανό να αναγνωρίσει τη διαταραχή και να παραπέμψει κατάλληλα τη γυναίκα. Η κύρια ανησυχία μετά την ανίχνευση της διαταραχής είναι να εξασφαλιστεί η ταχεία παρέμβαση, η οποία συνήθως συνοδεύεται από νοσηλεία. Η επιλόχεια ψύχωση συμβαίνει σε μια κρίσιμη στιγμή για όλα τα μέλη της οικογένειας, αλλά ιδίως για τη σχέση μεταξύ μητέρας και παιδιού. Προκειμένου η μητέρα να μην αποχωριστεί το παιδί της, γίνεται ταυτόχρονη νοσηλεία μητέρας και παιδιού στην ψυχιατρική κλινική.

Στην περίπτωση της επιλόχειας κατάθλιψης, υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους οι λεχνοίδες είναι απρόθυμες να προσεγγίσουν τον οικογενειακό γιατρό ή κάποιον επισκέπτη υγείας. Φόβοι γύρω από τη διαδικασία του τοκετού, ανησυχίες ότι θα απομακρύνουν το παιδί από τη μητέρα, το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής διαταραχής, η πεποίθηση ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν ενδιαφέρονται να βοηθήσουν την ίδια την μητέρα παρά μόνο το παιδί και η γενικότερη άρνηση της ασθένειας από τη γυναίκα, το σύζυγο ή την οικογένεια αποτελούν παράγοντες που δυσκολεύουν την ανίχνευση της επιλόχειας κατάθλιψης.

Τριτοβάθμια πρόληψη

Η τριτοβάθμια πρόληψη στοχεύει στη μείωση των προσωπικών και κοινωνικών επιπτώσεων που προκλήθηκαν, είτε από την αδυναμία πρόληψης, είτε από την μη ολοκληρωμένη θεραπεία της διαταραχής. Ακόμα και όταν ένα πρόβλημα εντοπίζεται έγκαιρα, δεν υπάρχει καμία εγγύηση για την ταχεία εξάλειψη των συμπτωμάτων, γεγονός που καθιστά απαραίτητη την προσοχή στις ανάγκες της μητέρας και της οικογένειας.

Η επιλόχεια ψύχωση συνήθως απαιτεί νοσηλεία, κατά προτίμηση σε εξειδικευμένες μονάδες για τη μητέρα και το παιδί, όπου το προσωπικό είναι καταρτισμένο να παρέμβει γρήγορα και αποτελεσματικά για τη μείωση της διάρκειας της νόσου. Οι κατάλληλες γνώσεις και η εμπειρία των ειδικών συμβάλλει, τόσο στην καλύτερη κατανόηση της νόσου από την οικογένεια, όσο και στην εξάλειψη των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων. Η εξειδικευμένη στήριξη, η ενθάρρυνση και η παροχή συμβουλών σχετικά με την αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους είναι κρίσιμη τη συγκεκριμένη περίοδο.

Τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης μπορούν να οδηγήσουν σε αδράνεια και κοινωνική απομόνωση. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η επιλόχεια κατάθλιψη προκαλεί καταστροφικές συνέπειες στην σχέση της μητέρας με το βρέφος και με το σύζυγο-σύντροφο. Η ψυχολογική παρέμβαση είναι απαραίτητη για την μείωση των συμπτωμάτων και τη θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης. Οι μεταγεννητικές ομάδες στήριξης των λεχωίδων παρέχουν καθοδήγηση και επιτρέπουν την ανάπτυξη φιλικών σχέσεων και αμοιβαίας υποστήριξης μεταξύ των συμμετεχόντων.

Παράλληλα, παρατηρείται ολοένα και μεγαλύτερη κατανόηση των επιπτώσεων της παρατεταμένης επιλόχειας κατάθλιψης, στην γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης, ιδιαίτερα αν αυτή έχει καθυστερήσει, οι ανάγκες του παιδιού πρέπει να εξεταστούν. Επίσης, η μητέρα πρέπει να βοηθηθεί από άτομα που παρέχουν ενθάρρυνση, υποστήριξη, ανακούφιση ή εναλλακτική θεραπευτική αγωγή.

4. Διάγνωση της περιγεννητικής κατάθλιψης

Στις έρευνες για την περιγεννητική κατάθλιψη, χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία αξιολόγησης και ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς, ώστε να εντοπισθεί η καταθλιπτική συμπτωματολογία στις εγκύους και τις λεχwoίδες. Παρακάτω αναφέρονται τα τέσσερα εργαλεία αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται σήμερα.

Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου-Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): ένα πολύτιμο και αποτελεσματικό εργαλείο αναγνώρισης των ασθενών, οι οποίοι διατρέχουν κίνδυνο επιλόχειας κατάθλιψης. Αποτελείται από 10 ερωτήματα τα οποία βαθμολογούνται σε μία κλίμακα 0-3. Η υψηλότερη και η χαμηλότερη βαθμολογία είναι 0 και 30 αντίστοιχα. Η μητέρα με βαθμολογία >13, είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσει καταθλιπτικά συμπτώματα. Επίσης, η κλίμακα υποδεικνύει πως ένιωσε η μητέρα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Τέλος, χρειάζονται λιγότερο από 5 λεπτά για να συμπληρωθεί η κλίμακα (Gaynes et al., 2005).

Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης-Postpartum Depression Screening Scale (PDSS): είναι μία κλίμακα με 35 ερωτήματα, η οποία απευθύνεται σε νέες μητέρες για την αναγνώριση της επιλόχειας κατάθλιψης. Οι απαντήσεις κυμαίνονται μεταξύ, «διαφωνώ απόλυτα» και «συμφωνώ απόλυτα». Το PDSS περιλαμβάνει βαθμολογίες, σχετικά με συμπτώματα διαταραχής ύπνου/διατροφής, άγχους/ανασφάλειας, συναισθηματικής αστάθειας, διανοητικής σύγχυσης, απώλειας εαυτού, ενοχής/ντροπής και αυτοκτονικών σκέψεων (Gaynes et al., 2005).

Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck-Beck Depression Inventory (BDI): είναι από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία, τόσο στον εντοπισμό, όσο και στον καθορισμό του βαθμού κατάθλιψης σε φυσιολογικούς και μη φυσιολογικούς πληθυσμούς.

Αποτελείται από 21 ερωτήματα, τα οποία βαθμολογούνται σε μία κλίμακα από 0-3 σε σχέση με την σοβαρότητα της κατάθλιψης. Επίσης, η βαθμολογία γίνεται με βάση τις δύο υποκλίμακες: γνωστική-συναισθηματική και σωματική-αποδοτική και μία συνολική τιμή (Κουλάκογλου, 2002). Το BDI ενδιαφέρεται για τα καταθλιπτικά συμπτώματα της περασμένης εβδομάδας, ενώ η αναθεωρημένη έκδοση BDI-II προσεγγίζει την καταθλιπτική συμπτωματολογία σε διάστημα δύο εβδομάδων πριν τη συμπλήρωση της κλίμακας (Gaynes et al., 2005).

Κλίμακα Κατάθλιψης του Κέντρου Επιδημιολογικών Μελετών-Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D): είναι μία κλίμακα σχεδιασμένη για την μέτρηση της τρέχουσας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της καταθλιπτικής επιρροής. Επίσης, αποτελείται από 20 ερωτήματα, οι απαντήσεις των οποίων προσδιορίζουν τον βαθμό εμφάνισης της κατάθλιψης κατά την περασμένη εβδομάδα. Βαθμολογία >16 σηματοδοτεί την ύπαρξη της κατάθλιψης. Τέλος, ο βαθμός της κατάθλιψης αξιολογείται, τόσο σε κλινικές, όσο και σε μη κλινικές περιπτώσεις (Gaynes et al., 2005).

5. Η κατάσταση στην Ελλάδα

Οι έρευνες στην Ελλάδα γύρω από την περιγεννητική κατάθλιψη είναι περιορισμένες. Οι μελέτες των Gonidakis et al. (2007) και Gonidakis, Rabavilas, Varsou, Kreatsas και Christodoulou (2008), είναι οι μόνες που εστίασαν στην επιλόχεια μελαγχολία και επιλόχεια κατάθλιψη σε ένα μεγάλο δείγμα Ελληνίδων. Ως προς την προγεννητική κατάθλιψη οι έρευνες είναι ακόμα λιγότερες.

Σύμφωνα με την Γκιόκα και συν., σε μελέτη σε 200 έγκυες παρατήρησαν, ότι το 11,5% των γυναικών εμφάνισαν αμβληχρά έως ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ το 3% μέτρια νευρωτική κατάθλιψη. Στην μελέτη των Μωραΐτου και Σταλίκας, σε 97 πρωτοτόκες έγκυες, αναφέρεται ποσοστό 47% προγεννητικής κατάθλιψης κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης (Μωραΐτου, 2004).

Αξιοσημείωτη είναι η μελέτη των Wildman, Blondel, Ninjuis, Defoort και Bakoula (2003), οι οποίοι βρήκαν ότι το 10,8% των γυναικών στην Ελλάδα κάνει την πρώτη προγεννητική επίσκεψη μετά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Παράλληλα, βρέθηκε ότι το 2,5% των Ελληνίδων δεν λαμβάνει καμία προγεννητική φροντίδα, ποσοστό υψηλό όταν στην Ευρώπη το αντίστοιχο ποσοστό δεν ξεπερνά το 1%.

Όσον αφορά την κατάθλιψη μετά τον τοκετό, πολλοί ερευνητές κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980-1990, υποστήριξαν ότι η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται κυρίως στις δυτικές αστικές κοινωνίες. Η ελληνική κοινωνία διατηρεί ακόμα αρκετές από τις παραδόσεις της, αν και η δομή της προσομοιάζει σε εκείνη της Δυτικής Ευρώπης. Οι οικογενειακοί δεσμοί στην Ελλάδα εξακολουθούν να είναι ισχυροί, ακόμα και στον αστικό πληθυσμό. Αυτό σημαίνει, ότι οι Ελληνίδες λεχωίδες λαμβάνουν στήριξη και προσοχή, ιδιαίτερα από τις μητέρες τους. Ακόμη, μερικές από

τις λεχωίδες παραμένουν πιστές στις παραδόσεις και μένουν 40 μέρες μετά τον τοκετό στο σπίτι τους φροντίζοντας το νεογέννητο (Gonidakis et al., 2007).

Στην μελέτη των Gonidakis et al. (2007), το ποσοστό της επιλόχειας μελαγχολίας στην Ελλάδα ανέρχεται σε 44,5%, ένα αποτέλεσμα που είναι παρόμοιο με τα ποσοστά που αναφέρονται στη Γαλλία, τις Ηνωμένες Πολιτείες και το Χονγκ Κονγκ. Το πιο συνηθισμένο σύμπλεγμα συμπτωμάτων της μελέτης ήταν η υπερευαισθησία (1^η και 2^η ημέρα μετά τον τοκετό) και η μελαγχολία (3^η ημέρα). Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ραγδαία αύξηση της μελαγχολία από την 1^η μέρα (9,2%) έως την 3^η μέρα (22,1%) μετά τον τοκετό.

Αυτή η μελέτη δείχνει, ότι οι Ελληνίδες βιώνουν την επιλόχεια μελαγχολία σε παρόμοια συχνότητα και διάρκεια, ανεξάρτητα από την οικογενειακή υποστήριξη, αλλά ίσως με διαφορετικά συμπτώματα, σε σχέση με χώρες της βόρειας Ευρώπης. Επίσης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, το άγχος και τα καταθλιπτικά συναισθήματα την ημέρα του τοκετού, τα στρεσογόνα γεγονότα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και η υποχονδρίαση φαίνεται να έχουν ισχυρό αντίκτυπο στην ανάπτυξη της επιλόχειας μελαγχολίας. Ακόμη, η σχέση της επιλόχειας μελαγχολίας με την καισαρική τομή αποτελεί ανησυχητικό παράγοντα για τους επαγγελματίες υγείας, ειδικά όταν το ένα τρίτο των Ελληνίδων γεννά με αυτό τον τρόπο (Gonidakis et al. 2007).

Όσον αφορά τα ερευνητικά δεδομένα γύρω από την επιλόχεια κατάθλιψη στην Ελλάδα, οι Gonidakis et al. (2008), βρήκαν ότι οι 80 (19,8%) από τις 402 γυναίκες παρουσίασαν συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης. Ο χρόνος έναρξης και η διάρκεια των συμπτωμάτων δεν διαφέρουν μεταξύ των Ελληνίδων, των Ευρωπαίων και Βορειοαμερικανίδων γυναικών.

Επιπρόσθετα, βρέθηκε ότι οι γυναίκες, οι οποίες έχουν εμμονή με την καθαριότητα, που θεωρούν ότι το μωρό τους κλαίει υπερβολικά, έχουν βιώσει στρεσογόνα γεγονότα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και παρουσίασαν παρατεταμένη επιλόχεια μελαγχολία, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν επιλόχεια κατάθλιψη μέσα στους πρώτους 6 μεταγεννητικούς μήνες. Ακόμη, οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη, σε σύγκριση με εκείνες χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη, αντιμετώπιζαν πιο συχνά προβλήματα στη σχέση με το σύζυγό τους, ήταν άνεργες και το μωρό τους παρουσίαζε εκσεσημασμένο κλάμα και διαταραχές στον ύπνο (Gonidakis et al., 2008).

Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι γυναίκες που βρέθηκαν θετικές στην Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS) και παροτρύνθηκαν να επισκεφθούν έναν ειδικό για περαιτέρω αξιολόγηση, μόνο 5 γυναίκες (6,3%) ακολούθησαν αυτή την οδηγία. Από τις 5 γυναίκες, οι 4 είχαν προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης και είχαν δεχθεί στο παρελθόν ψυχιατρική βοήθεια. Η παραπάνω παρατήρηση εγείρει πολλά ερωτήματα όσον αφορά το επίπεδο των πληροφοριών που δέχεται το ελληνικό κοινό και που οφείλουν να γνωρίζουν οι επαγγελματίες υγείας γύρω από τις ψυχικές διαταραχές της λοχείας (Gonidakis et al., 2008).

6. Συμπεράσματα

Η παρουσίαση της συνθετότητας του φαινομένου «εγκυμοσύνη και λοχεία» κάνει ευδιάκριτο το γεγονός ότι η μετάβαση στην μητρότητα δεν αποτελεί την πιο ευτυχισμένη περίοδο για όλες τις γυναίκες. Η ψυχική και σωματική φύση του γυναικείου φύλου, αν και είναι θεωρητικά προσαρμοσμένη για την τεκνοποίηση, δεν προστατεύει τη γυναίκα από συναισθηματικές διαταραχές. Αντίθετα, κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και για περίπου ένα χρόνο μετά τον τοκετό, η γυναίκα είναι εκτεθειμένη σε ένα εύρος παραγόντων που στα μάτια της μοιάζουν με απειλή.

Η εγκυμοσύνη, η μετάβαση στη μητρότητα και οι αλλαγές που συνοδεύουν την πορεία της γυναίκας στην ανάπτυξη καινούργιων ρόλων και ευθυνών, μπορούν να θεωρηθούν φορείς στεναχώριας, αναξιοτήτας, άγχους και θλίψης. Η προγεννητική και επιλόχεια κατάθλιψη δεν αποτελούν απίθανο ενδεχόμενο, όσο και να προσπαθούμε να το παραβλέπουμε. Είναι, όμως, αισιόδοξο το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια η επιστήμη έχει δείξει αυξημένο ενδιαφέρον για την ψυχική υγεία της εγκύου και της λεχωίδας. Μέσα από αυτές τις έρευνες έχουμε έρθει πιο κοντά στην αλήθεια που κρύβει η μητρότητα. Η αναγνώριση των αιτιολογικών παραγόντων και των παραγόντων κινδύνου, με τη βοήθεια των εξελιγμένων διαγνωστικών εργαλείων, φανερώνουν πτυχές του κατά τ' άλλα χαρμόσυνου γεγονότος, οι οποίες στο παρελθόν ήταν άγνωστες. Με αυτά τα δεδομένα, η γυναίκα μπορεί να νιώθει πιο ασφαλής και προετοιμασμένη να αντιμετωπίσει τέτοιου είδους δυσκολίες.

Επίσης, οι επιπτώσεις της περιγεννητικής κατάθλιψης στη γυναίκα, την οικογένεια της καθώς και στην ανάπτυξη του παιδιού μπορεί να είναι καταστροφικές. Η μη θεραπευθείσα κατάθλιψη εντείνει τα συμπτώματα, και τα επεισόδια κατάθλιψης γίνονται πιο συχνά και πιο σοβαρά. Τα συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να

παραμείνουν για πολλά χρόνια μετά την γέννα με αυξημένες πιθανότητες να διαλυθεί ο γάμος και η γυναίκα να απομακρυνθεί από το κοινωνικό της δίκτυο. Εξίσου σημαντικά είναι τα προβλήματα στην συναισθηματική, συμπεριφορική και γνωστική ανάπτυξη του παιδιού. Η σοβαρότητα των επιπτώσεων κάνουν σαφή την αναγκαία παρέμβαση και η κατάσταση σίγουρα δεν μπορεί να αγνοηθεί.

Παράλληλα, η θεραπεία της περιγεννητικής κατάθλιψης δεν είναι τυποποιημένη. Η πλειοψηφία των ερευνών υποστηρίζει τη συνδυασμένη προσέγγιση φαρμακολογικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας. Ωστόσο, είναι σημαντικό ότι κάθε περίπτωση πρέπει να αντιμετωπίζεται εξατομικευμένα και σχολαστικά, προκειμένου να αποφασιστεί ποια θεραπεία είναι η καταλληλότερη για την κάθε γυναίκα.

Η πρόληψη σε θέματα ψυχικής υγείας αποτελεί το σημαντικότερο μέσο μείωσης των περιστατικών περιγεννητικής κατάθλιψης. Η πρωτοβάθμια, η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια πρόληψη επιχειρεί να ενημερώσει το ευρύ κοινό περί της περιγεννητικής κατάθλιψης, να ανιχνεύσει τις ομάδες υψηλού κινδύνου και να δράσει προφυλακτικά ή να μειώσει την ένταση και την διάρκεια των συμπτωμάτων.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το 10-20% των γυναικών βιώνει συμπτώματα κατάθλιψης πριν ή μετά τον τοκετό, ποσοστό που πιθανόν είναι χαμηλό λόγω της υποδιάγνωσης. Αυτό οφείλεται πρώτον στην αδυναμία των ιατρών και των νοσηλευτών να ανιχνεύσουν τα σημάδια κατάθλιψης και να παραπέμψουν τις γυναίκες σε κάποιον ειδικό, και δεύτερον, στην ελλιπή πληροφόρηση των γυναικών για την κατάσταση που απειλεί τις ίδιες και τα βρέφη τους. Τα στοιχεία αυτά υποδεικνύουν, ότι απαιτείται ακόμη μεγαλύτερη προσπάθεια από τους αρμόδιους φορείς, ώστε η περιγεννητική κατάθλιψη να λάβει την απαραίτητη προσοχή. Το σύστημα υγείας,

όπως οι γιατροί και οι μαίες, οφείλουν να εστιάζουν, όχι μόνο σε γυναικολογικά θέματα, αλλά και στις συναισθηματικές αλλαγές της εγκύου και της λεχωίδας.

Αναμφισβήτητα, η γέννηση ενός παιδιού αποτελεί πολύ σημαντικό γεγονός και για την οικογένεια της γυναίκας. Ωστόσο, ο δρόμος της εγκυμοσύνης αποτελεί ένα τελείως προσωπικό κομμάτι της εγκύου που δύσκολα γίνεται αντιληπτό από το περιβάλλον της. Είναι γεγονός, ότι αυτός ο δρόμος παραμένει στην σκιά, γιορτάζοντας το αποτέλεσμα –τη γέννα- και ξεχνώντας την γυναίκα-μητέρα.

Συμπερασματικά, η εγκυμοσύνη δεν αποτελεί απλά μία ιατρική-μαιευτική διαδικασία, αλλά μία απόφαση ζωής που χρειάζεται την απαραίτητη σωματική και ψυχολογική προετοιμασία. Κάθε μέλλουσα μητέρα οφείλει να γνωρίζει, ότι η μητρότητα αποτελεί μία συνειδητή αναπτυξιακή διαδικασία, που απαιτεί προετοιμασία, θέληση και συνειδητή απόφαση.

Με εκτίμηση,
στην καθηγήτριά μου, Σοφία Τριλίβα.

Η φοιτήτρια, Ηλέκτρα Ιχτενά-Κτενά.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

Κουλάκογλου, Κ. (2002). *Ψυχομετρία και Ψυχολογική Αξιολόγηση*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Μωραΐτου, Μ. (2004). *Το Βίωμα της Μητρότητας*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Νέστορος, Ι.Ν. (2002). *Η Ψυχοπαθολογία της Σύγχρονης Ζωής*. Ρέθυμνο: Πανεπιστημιακές Σημειώσεις.

Παπαζήσης, Γ. (2006). *Επιλόχεια Ψύχωση*. 4η Επιστημονική διημερίδα του Τμήματος Μαιευτικής του ΤΕΙ Θεσσαλονίκης. Θεσσαλονίκη.

Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2005). *Κατάθλιψη*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Abou-Saleh, M.T., Ghubash, R., Karim, L., Krymski, M. & Bhai, I. (1998). Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*, 23(5), 465-475.

American College of Obstetricians and Gynecologists (2002). Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 77, 67-75.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington: DC:Author.

Austin, M., Tully, L. & Parker, G. (2007). Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 169-174.

Barber, J.S., Axinn, W.G. & Thornton, A. (1999). Unwanted childbearing, health, and mother-child relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 40(3),231-257.

Benedict, M.I., Paine, L.L., Paine, A.L., Brandt, D. & Stallings, R. (1999). The association of childhood sexual abuse with depressive symptoms during pregnancy, and selected pregnancy outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 23(7), 659-670.

Bennett, H.A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G. & Einarson, T.R. (2004). Depression during pregnancy: overview of clinical factors. *Clinical Drug Investigation*, 24(3), 157-179.

Berthiaume, M., David, H., Saucier, J. & Borgeat, F. (1998). Correlates of pre-partum depressive symptomatology: A multivariate analysis. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 16(1), 45-56.

Bilszta, J., Tang, M., Meyer, D., Milgrom, J., Ericksen, J. & Buist, A. (2008). Single motherhood versus poor partner relationship: outcomes for antenatal mental health. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 42(1), 56-65.

Birndorf, C.A., Madden, A., Portera, L. & Leon, A.C. (2001). Psychiatric symptoms, functional impairment, and receptivity toward mental health treatment among obstetrical patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(4), 355-365.

Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D. & Klein, E. (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 28(1), 3-8.

Boath, E.H., Pryce, A.J. & Cox, J.L. (1998). Postnatal depression: the impact on the family. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 16(2-3), 199-203.

- Boyce, P, Hickie, I. & Parker, G. (1991). Parents, partners or personality? Risk factors for post-natal depression. *Journal of Affective Disorders*, 21(4), 245-255.
- Brockington, I. (1996). *Motherhood and Mental Health*. Νέα Υόρκη: Oxford University Press.
- Brockington, I. (2008). Μαιευτικές και γυναικολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με ψυχιατρικές διαταραχές. Στο M. Gelder, J. Lopez-Ibor & N. Andreasen (Εκδ.), *Σύγχρονη Ψυχιατρική (1633-1653)*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Brugha, T.S., Sharp, H.M., Cooper, S.A., Weisender, C., Britto, D., Shinkwin, R., Kirwan, P.H. (1998). The Leicester 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychological Medicine*, 28(1), 63-79.
- Brummelte, S. & Galea, L.A.M. (2009). Depression during pregnancy and postpartum: contribution of stress and ovarian hormones. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, in Press.
- Bucher, L., Williams, S., Hayes, E., Morin, K., & Sylvia, B. (1997). First-time mothers' perceptions of prenatal care services. *Applied Nursing Research*, 10(2), 64-71.
- Buist, A., Morse, C.A. & Durkin, S. (2003). Men's adjustment to fatherhood: implications for obstetric health care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(2), 172-180.

Canady, R.B., Bullen, B.L., Holzman, C., Broman C. & Tian, Y. (2008). Discrimination and symptoms of depression in pregnancy among African American and White Women. *Women's Health Issues, 18*(4), 292-300.

Cantwell, R. & Cox, J.L. (2006). *Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. Current Obstetrics & Gynecology, 16*(1), 14-20.

Cantwell, R. & Smith, S. (2006). Preventing and detecting perinatal mental illness. *Women's Health Medicine, 3*(2), 68-73.

Cartwright, A. (1988). Unintended pregnancies that lead to babies. *Social Science & Medicine, 27*(3), 249-254.

Cohen, L.S., Altshuler, L.L., Harlow, B.L., Nonacs, R., Newport, D.J., Viguera, A.C., ... , Stowe, Z.N. (2006). Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *Journal of the American Medical Association, 295*(5), 499-507.

Cheng, D., Schwarz, E.B., Douglas, E. & Horon, I. (2009). Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception, 79*(3), 194-198.

Chung, T.K., Lau, T.K., Yip, A.S., Chiu, H.F. & Lee, D.T. (2001). Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic medicine, 63*(5), 830-834.

Dahlen, H.G., Barclay, L & Homer, C.S.E. (2008). 'Reacting to the unknown': experiencing the first birth at home or in hospital in Australia. *Midwifery, 26*(2), 14.

Darvill, R., Skirton, H. & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366.

Dimitrovsky, L., Lev, S. & Itskowitz, R. (1998). Relationship of maternal and general self-acceptance to pre- and post-partum affective experience. *The Journal of Psychology*, 132(5), 507-516.

Downs, D.S., DiNallo J.M. & Kirner, T.L. (2008). Determinants of pregnancy and postpartum depression: prospective influences of depressive symptoms, body image satisfaction, and exercise behavior. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 36(1), 54-63.

Einarson, A., Selby, P. & Koren G. (2001). Abrupt discontinuation of psychotropic drugs during pregnancy: fear of teratogenic risk and impact of counselling. *Journal of psychiatry & neuroscience*, 26(1), 44-48.

Elsenbruch, S., Benson, S., Rucke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt, M.K.,..., Arck, P.C. (2007). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction*, 22(3), 869–877.

Fan, F., Zou, Y., Ma, A., Yue, Y., Mao, W. & Ma, X. (2009). Hormonal changes and somatopsychologic manifestations in the first trimester of pregnancy and postpartum. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 105(1), 46-49.

Feksi, A., Harris, B., Walker, R.F., Riad-Fahmy, O. & Newcombe, R.G. (1984). Maternity blues and hormone levels in saliva. *Journal of Affective Disorders*, 6(3-4), 351–355.

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Ascencio, A., ..., Kuhn, C. (2010). Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 23-29.

Gard, P.R., Handley, S.L., Parsons, A.D., Waldron, G. (1986). A multivariate investigation of postpartum mood disturbance. *British Journal of Psychiatry*, 148, 567-575.

Gaynes, B.N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K.N., Swinson, T., Gartlehner, G., ..., Miller, W.C. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence Report/Technology Assessment (Summary)*, 119, 1-8.

Glazier, R.H., Elgar, F.J., Goel, V. & Holzappel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25(3-4), 247-255.

Gonidakis, F., Rabavilas, A.D., Varsou, E., Kreatsas G. & Christodoulou, G.N. (2007). Maternity blues in Athens, Greece: A study during the first 3 days after delivery. *Journal of Affective Disorders*, 99(1-3), 107-115.

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

Goyal, D., Gay, C. & Lee, K.A. (2010). How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Women's Health Issues*, 20(2), 96-104.

- Gregoire, A.J.P., Kumar, R., Everitt, B., Henderson, A. & Studd, J.W.W. (1996). Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *The Lancet*, 347(9006), 930-933.
- Handley, S.L., Dunn, T.L., Baker, J.M., Cockshott, C. & Gould S. (1977). Mood changes in the puerperium and plasma tryptophan and cortisol concentrations. *British Medical Journal*, 2(6078), 18–22.
- Hanley, J. (2009). *Perinatal Mental Health*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Heidrich, A., Schleyer, M., Spingler, H., Albert, P., Knoche, M., Fritze, J. & Lanczik, M. (1994). Postpartum blues: relationship between not-protein bound steroid hormones in plasma and postpartum mood changes. *Journal of Affective Disorders* 30(2), 93–98.
- Hendrick, V. & Altshuler, L. (2002). Management of major depression during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1667-1673.
- Henshaw, C.A. & Cox, J.L. (1995). Postnatal depression. *Current Obstetrics and Gynecology*, 5(2), 70-74.
- Hildingsson, I., Tingvall, M. & Rubertsson, C. (2008). Partner support in the childbearing period-A follow up study. *Women and Birth*, 21(4), 141-148.
- Hiltunen, P. (2003). *Maternal postnatal depression, causes and consequences*. Finland: University of Oulu.
- Kasar, M., Saatcioglu, O. & Kutlar, T. (2007). Electroconvulsive therapy use in pregnancy. *Journal of ECT*. 23(3), 183-184.

Kendall-Tackett, K. (2008). *Clinics in human lactation non-pharmacological treatments for depression in new mothers*. Amarillo: Hale Publishing.

Kumar, R. & Robson, K.M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144(1), 35-47.

Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H. & Ylikorkala, O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 95(4), 487-490.

Lau, Y. & Keung, D.W.F. (2007). Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1802-1811.

Leathers, S.J. & Kelley, M.A. (2000). Unintended pregnancy and depressive symptoms among first-time mothers and fathers. *American Journal of Orthopsychiaty*, 70(4), 523-531.

Lee, T.S.D., Chan, S.M.S., Sahota, S.D., Yip, S.K.A., Tsui, M. & Chung K.H.T. (2004). A prevalence study of antenatal depression among Chinese women. *Journal of Affective Disorders*, 82(1), 93-99.

Leung, M.Y.B. & Kaplan, J.B. (2009). Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link-a review of the literature. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(9), 1566-1575.

Lundy, B.L., Jones, N.A., Field, T., Nearing, G., Davalos, M., Pietro, P.A., ..., Kuhn, C. (1999). Prenatal depression effects on neonates. *Infant Behavior and Development*, 22(1), 119-129.

Marcus, S.M., Barry, K.L., Flynn, H.A., Tandon, R. & Greden, J.F. (2001). Treatment guidelines for depression in pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 72(1), 61-70.

Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J. & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60(2), 75-85.

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

McClanahan, K.K. (2009). Depression in pregnant adolescents: considerations for treatment. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 22(1), 59-64.

Monk, C. (2001). Stress and mood disorders during pregnancy: implications for child development. *Psychiatric Quarterly*, 72(4), 347-357.

Munoz, C., Janyce, A., Haeger, A. & Sivertsen, L. (2006). Postpartum depression: detection and treatment in the primary care setting. *The Journal for Nurse Practitioners*, 2(4), 247-253.

Murray, L. & Stain, A. (1989). The effects of postnatal depression on the infant. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 3(4), 921-933.

Murray, L. & Hipwell, A. (1995). The impact on the child of maternal psychiatric disorders occurring after childbirth. *Current Obstetrics and Gynaecology*, 5(2), 75-80.

Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R. & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother–infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67(5), 2512–2526.

Murray, L. & Cooper, P.J. (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood*, 77(2), 99-101.

Nayak, B.M. & Al-Yattama, M. (1999). Assault victim history as a factor in depression during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 94(2), 204-208.

Negata, M., Nagai, Y., Sobajima, H., Ando, T., Nishide, Y. & Honjo, S. (2000). Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(3), 209-217.

Nott, P.M., Franklin, M., Armitage, C. & Gelder, M.G. (1976). Hormonal changes and mood in the puerperium. *British Journal of Psychiatry* 128(4), 379 – 383.

Novick, G. (2009). Women's Experience of Prenatal Care: An Integrative Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(3), 226-237.

O'Hara, M.W., Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37–54.

O'Hara, M.W. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. Στο L. Murray & P.J. Cooper (Εκδ.), *Postpartum depression and child development* (3-31). Νέα Υόρκη: The Guilford Press.

Orr, S.T. & Miller, C.A. (1997). Unintended pregnancy and the psychosocial well-being of pregnant women. *Women's Health Issues*, 7(1), 38-46.

Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Helenius, H. & Piha, J. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders*, 65(1), 9-17.

Payne, J.L., Fields, E.S., Meuchel, J.M., Jaffe, C.J. & Jha, M. (2010). Post adoption depression. *Archives of Women's Mental Health*, 13(2), 147-151.

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289-295.

Rubertsson, C., Waldenström, U. & Wickberg, B. (2003). Depressive mood in early pregnancy: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(2), 113-123.

Rubertsson, C., Waldenström, U., Wickberg, B., Rådestad, I. & Hildingsson, I. (2005). Depressive mood in early pregnancy and postpartum: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 23(2), 155-166.

Segre, L.S., O'Hara, M.W., Arndt, S. & Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression: the relative significance of three social status indices. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 316-321.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002). *Postnatal depression and puerperal psychosis: A national clinical guideline*. Scotland.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010). *Treating depression without using prescribed medication: Booklet for patients and carers*. Scotland.

Stein A, Gath, D.H., Bucher, J., Bond, A., Day, A., Cooper, P.J. (1991). The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry*, 158(1), 46-52.

Stevens-Simon, C. & McAnarney, E.R. (1994). Childhood victimization: relationship to adolescent pregnancy outcome. *Child Abuse & Neglect*, 18(7), 569-575.

Sugawara, M., Toda, M.A., Shima, S., Mukai, T., Sakakura, K., Kitamura, T. (1997). Premenstrual mood changes and maternal mental health in pregnancy and the postpartum period. *Journal of Clinical Psychology*, 53(3), 225-232.

Sugawara, M., Kitamura, T., Toda, M.A., Shima, S. (1999). Longitudinal relationship between maternal depression and infant temperament in a Japanese population. *Journal of Clinical Psychology*, 55(7), 869-880.

Sutter-Dallay, A.L., Giaccone-Marcésche, V., Glatigny-Dallay, E. & Verdoux, H. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: A prospective survey of the MATQUID cohort. *European Psychiatry*, 19(8), 459-463.

Webster, J., Pritchard, M.A., Creedy, D., East, C. (2003). A simplified predictive index for the detection of women at risk for postnatal depression. *Birth*, 30(2), 101-108.

Westdahl, C., Milan, S, Magriples, U., Kershaw T.S., Rising, S. & Ickovics, J.R. (2007). Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. *Obstetrics and gynecology*, 110(1), 134-140.

Wildman, K., Blondel, B., Ninjuis, J., Defoort, P. & Bakoula, C. (2003). European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 111, S53-S65.

Wilen, M.J. & Mounts, O.K. (2006). Women with depression-“You can’t tell by looking”. *Maternal and Child Health Journal*, 10, 183-187.

Williamson, V. & McCutcheon, H. (2004). Postnatal depression: a review of current literature. *Australian Midwifery*, 17(4), 11-16.

Yonkers, K.A., Wisner, K.L., Stewart, D.E., Oberlander, T.F., Dell, D.L., Stotland, N., ..., Lockwood, C. (2009). The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *General Hospital Psychiatry*, 31(5), 403-413.

Zuckerman, B., Bauchner, H., Parker, S. & Cabral, H. (1990). Maternal depressive symptoms during pregnancy and newborn irritability. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 11(4), 190-194.