

## *ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ*



*Οι Ψυχολογικές επιπτώσεις στη γυναίκα  
κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης  
και της λοχείας*

*Επόπτρια :  
Καλλιόπη Νικολακοπούλου*

*Σπουδάστριες:  
Γιαννούλα Αναστασία  
Φωτοπούλου Κωνσταντίνα*

## **ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ**

Αναγνώριση .....	σελ. 4
Περίληψη μελέτης .....	σελ. 5
Εισαγωγή .....	σελ. 6
Το πρόβλημα .....	σελ. 8
Σκοπός - Στόχοι .....	σελ. 9
Ορισμοί: Α. Λοχεία .....	σελ. 10
Β. Κατάθλιψη λοχείας .....	σελ. 10

### **Κεφάλαιο I**

#### **Εγκυμοσύνη**

1.1 Επιθυμία για απόκτηση παιδιού- τεκνοποίηση .....	σελ. 12
1.2 Προετοιμασία για μητρότητα. ....	σελ. 14
1.3 Εγκυμοσύνη .....	σελ. 17
1.4 Το βίωμα της μητρότητας .....	σελ. 19
1.5 Το μητρικό ένστικτο .....	σελ. 24
1.6 Μητρική- προγεννητική συναισθηματική σύνδεση .....	σελ. 26
1.7 Τοκετός το πέρασμα στην μητρότητα. ....	σελ. 30
1.8 Η εμπειρία του τοκετού. ....	σελ. 36

### **Κεφάλαιο II**

#### **Λοχεία**

2.1 Λοχεία (διατροφή περιποίηση) .....	σελ. 41
2.2 Ψυχοπαθολογία μητρότητας κατά την διάρκεια της λοχείας ....	σελ. 47
2.3 Η σχέση των γονέων .....	σελ. 50
2.4 Προσωπικότητα κατά την μετάβαση στην μητρότητα .....	σελ. 52
2.5 Συνήθειες φυλών και χωρών κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας. ....	σελ. 63

### **Κεφάλαιο III**

#### **Προγεννητική και επιλόχεια κατάθλιψη**

3.1 Προσωπικότητα .....	σελ. 67.
3.2 Προγεννητική κατάθλιψη .....	σελ. 70
3.2.1 Αιτιολογικοί Παράγοντες. Α. δημογραφικοί, B. μαιευτικοί, Γ. ορμονικοί .....	σελ.75
3.2.2 Θεραπευτική αντιμετώπιση .....	σελ 81
3.3 Επιλόχεια κατάθλιψη. ....	σελ. 83
3.3.1 Αιτιολογικοί Παράγοντες Α. δημογραφικοί Β. ορμονικοί .....	σελ. 88
3.3.2 Θεραπευτική αντιμετώπιση .....	σελ. 96
3.4 Επιπτώσεις .....	σελ. 99
3.5 Ψυχαναλυτική προσέγγιση .....	σελ. 104
3.6 Ενημέρωση – Πρόληψη – Αντιμετώπιση .....	σελ. 106

### **Κεφάλαιο IV**

#### **Ρόλοι που συμβάλουν στην ψυχολογική ισορροπία της γυναίκας**

4.1 Ο ρόλος του συντρόφου .....	σελ.111
4.2 Ο ρόλος της οικογένειας .....	σελ. 114
4.3 Ο ρόλος της κοινωνίας .....	σελ. 115
4.4 Ο ρόλος των λειτουργών υγείας . ....	σελ 116
4.5 Ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών. ....	σελ. 118
4.6 Μεθοδολογία .....	σελ 121

### **Κεφάλαιο V**

5.1 Συμπεράσματα .....	σελ.123
5.2 Προτάσεις .....	σελ. 127
5.3 Επίλογος .....	σελ.131
A) Βιβλιογραφία .....	σελ. 132
Ελληνική	
Ξένη	

Η εργασία αυτή αφιερώνεται  
στις γυναίκες που έχουν  
ψυχιατρικό ιστορικό και  
δυσκολεύονται περισσότερο στο  
να προσαρμοστούν στο μητρικό  
ρόλο.

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας είναι ένα φαινόμενο που εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες με ψυχιατρικό ιστορικό.

Μέσα απ' αυτή τη μελέτη θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε τις σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στη γυναίκα κατ' αυτή την περίοδο , οι παράγοντες που την επηρεάζουν καθώς επίσης και η συμβολή των προσώπων του περιβάλλοντος της. Επίσης θα αναφερθούμε στη πρόληψη και την αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων, όπως της προγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης καθώς και στο ρόλο των ειδικών (π.χ Κοινωνικού Λειτουργού) .

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Από τα παλαιότερα χρόνια η γυναίκα προετοιμαζόταν για τη μητρότητα και τη δημιουργία οικογένειας. Τον ρόλο αυτό τον αποκτούσαν από πολύ μικρές μέσα από το παιχνίδι. Παίζοντας με κούκλες και αναλαμβάνοντας το τάϊσμα, το άλλαγμα και τον ύπνο του «μωρού»-κούκλα- βίωναν τη μητρότητα.

Σε μεγαλύτερη ηλικία, όπως όριζαν οι ανάγκες της εποχής, είχαν υπό την επίβλεψη τους μικρότερα αδέρφια, ξαδέρφια και γειτονόπουλα. Βέβαια τα περισσότερα παιδιά είχαν την «εμπειρία» του τοκετού στην οικογένεια, μιας και οι οικογένειες ήταν πολυμελής. Εφοδιασμένες με τόσες εμπειρίες ήταν πλέον έτοιμες να δημιουργήσουν τη δική τους οικογένεια, παραδειγματιζόμενες από τις μητέρες τους.

Όσο η τεχνολογία και η κοινωνία εξελίσσεται, οι ρυθμοί της ζωής και η έννοια της οικογένειας παίρνουν άλλη μορφή. Σήμερα σκοπός της γυναίκας είναι να σπουδάσει και να αποκατασταθεί επαγγελματικά, υπερασπιζόμενη με ιδιαίτερη πυγμή τα δικαιώματά της βάζοντας το ρόλο της μητρότητας σε δεύτερη μοίρα.

Ο ρόλος της μαμής αντικαταστάθηκε από εξειδικευμένους γιατρούς. Η γλυκιά αναμονή που η γυναίκα μεταμορφώνεται σε μητέρα αντικαταστάθηκε με συγκεκριμένη ημέρα και ώρα από εκείνη και το γιατρό.

Με λίγα λόγια, εάν η μητρότητα ήταν τέχνη, ίσως να είχε χαθεί. Τα κορίτσια σήμερα δε μαθαίνουν τίποτα για τη μητρότητα. Πολλά κορίτσια ίσως να μην έχουν δει ποτέ πως αλλάζουν ένα μωρό. Μεγαλώνουν, σπουδάζουν, εργάζονται, παντρεύονται και ξέρουν για τη μητρότητα μόνο απ' όσα διαβάζουν

σε κάποιο περιοδικό. Ωστόσο, η μητρότητα δεν είναι θέμα που “ πουλάει ”, γι’ αυτό και δεν γράφονται πολλά ανάλογα άρθρα.

Παρατηρώντας τις αλλαγές της σημερινής εποχής και τις στάσεις της γυναίκας, διαπιστώσαμε ότι ενώ επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί, διακατέχονται από άγχος για τις αλλαγές που θα επέλθουν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και στην μετέπειτα καθημερινότητα τους.

Όλα τα παραπάνω συντελούν στο να δημιουργούνται αρνητικά συναισθήματα στην γυναίκα και κατά συνέπεια και στο παιδί. Έτσι δημιουργούνται διάφορες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Όπως για παράδειγμα κατάθλιψη της λοχείας και επιλόχεια κατάθλιψη. Όχι ότι δεν υπήρχαν και στο παρελθόν αλλά τα σημερινά ποσοστά έχουν αυξηθεί ανησυχητικά.

## **ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

Η ψυχολογική κατάσταση των γυναικών με ψυχιατρικό ιστορικό, όταν αποφασίσουν να γίνουν μητέρες και η ευάλωτη θέση που βρίσκονται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας.



## Σκοπός – Στόχος

Σκοπός της εργασίας μας είναι να παρατηρήσουμε πως δέχεται η σημερινή γυναίκα τη λοχεία και κατ' επέκταση τη μητρότητα.

Να βιώσουμε παράλληλα, μέσα από τη δική μας επαγγελματική πλευρά, τους φόβους, τις ανησυχίες και τις ψυχοσωματικές αλλαγές της λεχώρας. Πιστεύοντας ότι μ' αυτό τον τρόπο θα μπορέσουμε να ενστερνιστούμε καλύτερα την κατάσταση και να βρούμε την κατάλληλη λύση.

Στην συνέχεια αναλύουμε τις δύο πιο σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις που βιώνει η γυναίκα κατά την διάρκεια της λοχείας αλλά και μετά από αυτήν. Δεν είναι άλλες βέβαια από την προγενετική και επιλόχεια κατάθλιψη.

Στόχος μας είναι να μελετήσουμε την κατάσταση στην οποία βρίσκεται η γυναίκα, ξεκινώντας από την κύηση και φτάνοντας έως τη λήξη της λοχείας. Τρεις είναι οι σημαντικότεροι σταθμοί της εργασίας μας. Πρώτον η περίοδος της κύησης έως τη γέννηση. Δεύτερον η περίοδος της λοχείας. Τέλος οι μορφές της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της κύησης ( Προγενετική κατάθλιψη) και κατά τη διάρκεια της λοχείας, η επιλόχεια κατάθλιψη.

Η επιλόχεια κατάθλιψη ορίζεται ως διαταραχή της συμπεριφοράς που επισυμβαίνουν μέσα σε διάστημα 6 εβδομάδων μετά τον τοκετό.

## Ορισμοί

### *Λοχεία*

Είναι το χρονικό διάστημα που απαιτείται για να επανέλθει η μήτρα στη φυσική της κατάσταση, όπως ήταν δηλαδή πριν από την εγκυμοσύνη. Η λοχεία αρχίζει με την έξοδο του πλακούντα από τη μήτρα, που αποτελεί και τη φυσική συνέχεια του τοκετού. Η διάρκεια της λοχείας είναι 6-8 εβδομάδες. Η περίοδος της λοχείας είναι μικρότερη για γυναίκες που δεν θηλάζουν. (Δραγώνα, 1987)

### *Κατάθλιψη λοχείας*

Παρουσιάζεται σε μητέρες μετά το τοκετό και κατά την περίοδο της λοχείας. Η περίοδος αυτή θεωρείται υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη κατάθλιψης στην γυναίκα, πιθανότατα λόγω των μεγάλων ορμονικών αλλαγών που γίνονται μετά τον τοκετό και κατά την περίοδο της λοχείας. Μερικές φορές μπορεί να εμφανίζονται και ψυχωτικά συμπτώματα παρόμοια με εκείνα της μανιοκατάθλιψης.

Επίσης, ορισμένα οργανικά προβλήματα συνοδεύονται συχνά από συμπτώματα κατάθλιψης. Όπως, για παράδειγμα, ορμονικές διαταραχές (π.χ. υποθυρεοειδισμός), εγκεφαλική συμφόρηση, καρδιακή προσβολή, καρκίνος, Πάρκινσον. Στις περιπτώσεις αυτές όμως δεν γίνεται διάγνωση κατάθλιψης. Επίσης, δεν γίνεται διάγνωση κατάθλιψης στις περιπτώσεις που τα καταθλιπτικά συμπτώματα προκαλούνται από χρήση ουσιών, όπως ναρκωτικά, αλκοόλ και φάρμακα. (Μωραΐτου, 2004)

# Κεφάλαιο I

## Εγκυμοσύνη

### **1.1 Η επιθυμία της τεκνοποίησης**

Η επιθυμία να γίνουμε γονείς γεννιέται μέσα από ισχυρές ταυτίσεις με τους γονείς μας και τις φαντασιώσεις της παιδικής ηλικίας. Μέσα από τα παιδικά παιχνίδια, το κορίτσι πειραματίζεται για το μητρικό ρόλο, παίζει με κούκλες ( τις ντύνει, τις ταΐζει, τις περιποιείται- ‘ όπως η μαμά το μικρό μου αδερφάκι , μπορεί να την ακούσουμε να πει’- ) και το αγόρι λέει, όταν μεγαλώσω θα γίνω μπαμπάς’.( Μελλισσά- Χαλκιοπούλου , 1996 ).

Το κορίτσι την επιθυμία να αποκτήσει παιδί την ενστερνίζεται από πολύ νωρίς, και αυτό βασίζεται στην ταύτιση της με τη μητέρα. Όμως κατά τη διάρκεια της λανθάνουσας περιόδου – κατά τη διάρκεια του οιδιπόδειου συμπλέγματος-, έχει διαφόρου είδους δυσάρεστες ανακαλύψεις. Έτσι απομακρύνεται από το πρώτο αντικείμενο αγάπης και ταύτισης που είναι η μητέρα, και στρέφει την προσοχή της και την αγάπη της στον πατέρα.

Κατά την εφηβεία, δε θα πρέπει να υπάρξει η διαμάχη που παρατηρούμε σε όλες τις οικογένειες και σε όλες τις σχέσεις μητέρας- κόρης, ούτως ώστε να ενδυναμωθεί η επιθυμία του κοριτσιού στο θέμα της μητρότητας. Η μητέρα, την οποία παρατηρεί το νεαρό κορίτσι δεν είναι πλέον η εικόνα της ιδανικής μητέρας, αλλά έχει εξελιχθεί σε αντίπαλο, μια θυλική μητέρα, τη γυναίκα του πατέρα, με την οποία το κορίτσι έρχεται σε αντιπαλότητα. Για να μην ατονήσει η επιθυμία για παιδί στην εφηβεία, πρέπει τελικά , παρά την ανακάλυψη της σεξουαλικότητας των γονέων και παρά το μητρικό ανταγωνισμό, η σχέση τρυφερότητας με τη μητέρα των πρώτων χρόνων της ζωής να επιβιώσει. Ακόμα, πρέπει στο τέλος της εφηβείας να συναντήσει το σύντροφο της δικής της γενιάς, που θα είναι επαρκώς σύμφωνος με τα οικογενειακά ιδεώδη, για να μπορέσει να φανταστεί τη σύλληψη ενός παιδιού με τον άνθρωπο αυτόν (Bydlowski, 1998).

Ενώ η πορεία που ακολουθείται από το αγόρι, ώστε να φτάσει στην επιθυμία για παιδί είναι πιο επίπεδη, γιατί αντικείμενο αγάπης για το αγόρι είναι η μητέρα η οποία και παραμένει για όλη τη διάρκεια της ζωής του. Κατά την εφηβεία, ο ενδεχόμενος ανταγωνισμός με τον πατέρα δυναμώνει το δεσμό με τη μητέρα και γεννιέται η επιθυμία για ένα παιδί από μια γυναίκα η οποία μοιάζει με τη μητέρα του.

Ο Freud λέει ότι η πατρότητα είναι μια διαδικασία σκέψης, ενώ η μητρότητα αποτελεί μια συναισθηματική διαδικασία. Κατά την Deutsh, με τη μητρότητα η γυναίκα ξεπερνά την επιθυμία του φαλλού, όταν αυτή αντικατασταθεί από την επιθυμία ενός παιδιού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το παιδί που θα έρθει στον κόσμο να εκφράζει την εσωτερική ισορροπία και την παραδοχή της θυλικότητας της και της σεξουαλικής της ικανοποίησης που δέχεται από τον άνδρα ( Ρήγα , 1991).

## **1.2 Προετοιμασία για μητρότητα**

### **Με τη γέννηση ενός παιδιού γεννιέται και μια μητέρα**

Η μητρότητα δεν θεωρείται μόνο η ολοκληρωμένη έκφραση της γυναίκας, αλλά και η γυναίκα εκφράζει την οντότητά της μέσα από τη μητρική λειτουργία. Η ζωή και το πρόσωπο της δε μειώνονται με τη μητρότητα, αλλά ενσωματώνει τη μητρότητα και μετατρέπεται σε μάνα με το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον της, τα προβλήματά της, τις αποτυχίες της, τα όνειρά της, τις φιλοδοξίες της τις στερήσεις στις οικογενειακές, συζυγικές και κοινωνικές της σχέσεις. ( Γκικόντε, 1997)

### **Η μητρότητα αποτελεί το χρυσό μύθο της κοινωνίας**

Όμως οι γυναίκες που ελπίζουν να αποκτήσουν μια σταθερή και ολοκληρωμένη προσωπικότητα μέσα από τη μητρότητα δοκιμάζουν συχνά απογοήτευση. Η μητρότητα μπορεί να διευρύνει την προσωπικότητα της γυναίκας, αλλά δεν μπορεί να τους εξασφαλίσει και μια πραγματική ταυτότητα. Αν η μητρότητα αντιμετωπιστεί σαν έναν από τους πολλούς ρόλους στη ζωή μιας γυναίκας , ως μια πρόκληση από τις πολλές που έχει ήδη ή θα αντιμετωπίσει καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής της , η διαδικασία ολοκλήρωσης θα επακολουθήσει. Η μητρότητα θεωρείται μια εμπειρία από τις πολλές που συντελούν στην ολοκλήρωση της γυναίκας ως Ανθρώπου.\_\_(Corner& Goldman,1981)

Η μετάβαση στη μητρότητα , κυρίως όσον αφορά τις πρωτότοκες γυναίκες , μπορεί να αποτελέσει ευκαιρία μιας περαιτέρω συναισθηματικής

διαφοροποίησης μέσα από την επανόρθωση των δυσκολιών που προκύπτουν από την ενσωμάτωση της μητρότητας στη ζωή της γυναίκας (Δραγώνα, 1999)

Η διαδικασία προσαρμογής στη μητρότητα δεν είναι ούτε απλή ούτε εύκολη υπόθεση, αλλά σημαδεύεται από αλλαγές συναισθηματικές, ψυχολογικές και σωματικές. Αλλαγές παρατηρούνται επίσης στις οικογενειακές και κοινωνικές της σχέσεις, καθώς η μητέρα αναλαμβάνει αυξημένες ευθύνες, αλλά και τις χαρές της μητρότητας.

Η σύγχρονη αντίληψη, σε αντίθεση με τη παλαιότερη, αναγνωρίζει ότι η γέννηση και η ανατροφή των παιδιών δεν είναι ο μοναδικός προορισμός της γυναίκας (Ρήγας, 1991)

Όσο η τεχνολογία δε θα πετύχει να παράγει ανθρώπινες ζωές έξω από το γυναικείο σώμα (κάτι που ίσως επιτευχθεί κάποια μέρα) η ικανότητα της γυναίκας να κυοφορεί και να μεγαλώνει παιδιά με τη θέλησή της, θα δίνει πάντα λαβές για αμφισβήτηση τόσο στην ίδια, όσο και σε εκείνους που εννοούν να της επιβάλλουν την προσωπική της άποψη για τον αληθινό της προορισμό. Σύμφωνα με τον Deutsh, «αν η μητρότητα, πέρα από το να εκφράζει ψυχολογικά την προσφορά της γυναίκας στο είδος, γέμιζε από μόνη της κατά αποκλειστικότητα τον ψυχικό της κόσμο, η γυναίκα θα έχανε τα ατομικά της χαρακτηριστικά, θα κυριευόταν ολόκληρη από το πνεύμα της μητρότητας, αλλά η μητρότητα και η θηλυκότητά της δεν αποτελούν τις μοναδικές πηγές των ψυχικών δυνάμεων της γυναίκας. ».

Στην Ελληνική κοινωνία η μητρότητα αποτελεί έναν ιδιαίτερα υπογραμμισμένο κοινωνικό θεσμό, είναι μια κοινωνική θέση. Στην ελληνική κοινωνία, μόλις η γυναίκα αποκτούσε το πρώτο της παιδί, γινόταν ξαφνικά το επίκεντρο της γενικής προσοχής. Επιτέλους, είχε έρθει η στιγμή που ο βασικός της προορισμός άρχιζε να διαγράφεται. Ακόμη και τα καπρίτσια της, όταν έμενε έγκυος, γινόταν έννοια για όλους. Δεν την φρόντιζε μόνο η οικογένεια της αλλά και η γειτονιά (Κατάκη, 1984).

Η εικόνα μιας νέας ημιανεξάρτητης γυναίκας , που βιώνει τη μετάβαση στη μητρότητα, δεν είναι μια παλιά παράδοση στη χώρα μας. Η δημιουργία της πυρηνικής οικογένειας τροποποιούσε τους ρόλους των συζύγων καθώς και των γονέων. Οι γυναίκες έγιναν κυρίαρχες του νοικοκυριού τους, καλές ή κακές μητέρες επιδεικνύοντας τις αδυναμίες και τα προτερήματα μιας ανθρώπινης προσωπικότητας και όχι μιας απόμακρης νοικοκυράς. Ο ρόλος της μητέρας έγινε απαιτητικός και προέκυψαν ερωτήματα σχετικά με την ποιότητα της μητρικής φροντίδας. Έτσι, η έμφαση μεταφέρθηκε στην ουσιαστική επικοινωνία. Στις τελευταίες δεκαετίες, η ελληνική πραγματικότητα βελτιώνει τη θέση της απέναντι στη μητρότητα, οι μητέρες έχουν αποκτήσει περισσότερα νομικά δικαιώματα. Αυτό που ίσως πρέπει να προσεχθεί είναι η κοινωνική βάση της μητρότητας που υφίσταται σοβαρές μεταβολές και αλλάζει προς ένα νέο μοντέλο ( Καρκάνη- Κούρου, 1998)



### **1.3 Εγκυμοσύνη**

Λίγων ημερών καθυστέρηση της περιόδου δεν σημαίνει κατ' ανάγκη εγκυμοσύνη. Διάφοροι λόγοι μπορεί να ευθύνονται για αυτή τη καθυστέρηση, κυρίως ορμονικοί.

Πάρα πολλές γυναίκες, κυρίως μετά την πρώτη τους εγκυμοσύνη, μπορούν με την παραμικρή καθυστέρηση να ξέρουν ότι είναι έγκυες. Η διάγνωση της εγκυμοσύνης γίνεται με βεβαιότητα με την εξέταση ούρων. Η εξέταση αυτή λέγεται ανίχνευση της χορειακής γοναδοτροπίνης. Σήμερα βέβαια κυκλοφορούν και στο εμπόριο ειδικά αντιδραστήρια, που η γυναίκα μπορεί να τα προμηθευτεί από το φαρμακείο όπου μπορεί και μόνη της να κάνει την εξέταση( Γνωστά ως Test Εγκυμοσύνης). Πολλοί όμως αμφισβητούν την εγκυρότητα αυτών των υλικών. Ακόμη , μέσα στην αγωνία και την ταραχή της γυναίκας, για να διαπιστώσει εγκυμοσύνη, υπάρχει ο κίνδυνος να μην εκτελέσει σωστά τις οδηγίες και να έχει λάθος αποτέλεσμα. Για αυτό είναι προτιμότερο η εξέταση να γίνει από ειδικούς.

Πριν ακόμη η γυναίκα αποφασίσει να κάνει την εξέταση θα πρέπει να επιβεβαιώσει κάποιες χαρακτηριστικές εκδηλώσεις που ακολουθούν την έναρξη μιας εγκυμοσύνης. Οι εκδηλώσεις αυτές που αποτελούν σημάδι εγκυμοσύνης είναι οι εξής:

Συμπτώματα από το νευροφυτικό σύστημα, όπως ζαλάδες, ναυτία, έμετο, ανορεξία , αίσθημα βάρους στο στομάχι.

Συμπτώματα από τους μαστούς , όπως αύξηση του όγκου των μαστών και επώδυνη αύξηση του μεγέθους της θηλής. Συχνουρία ( Στεφανίδης & Λώλης , 1998)

Με ένα θετικό Test εγκυμοσύνης η γυναίκα θα πρέπει να αποφασίσει ποιόν ή ποιους θα εμπιστευτεί κατά την εγκυμοσύνη της και τον τοκετό της. Το

πρώτο πράγμα που πρέπει να λάβει υπόψη της είναι ότι «η εγκυμοσύνη είναι μια φυσιολογική κατάσταση, δεν είναι αρρώστια» και έτσι θα πρέπει να αντιμετωπίζεται. Η έγκυος γυναίκα δεν είναι άρρωστη αλλά μια υγιής γυναίκα που «κάνει τα παιδιά της». ( Miller , 1995)

## **1.4 Το Βίωμα της Μητρότητας**

Στην περίοδο μετά τον τοκετό, οι γυναίκες συνήθως βιώνουν συναισθήματα χαράς, ψυχικής ανάτασης και ικανοποίησης. Μερικές φορές, βέβαια βυθίζονται σε καταστάσεις αμφιβολίας και κακής διάθεσης που σύντομα υποχωρούν χωρίς να αφήσουν κατάλοιπα. Το να νιώσει η νεαρή μητέρα αβοήθητη και 'χαμένη' μετά τη γέννηση του παιδιού της, είναι μια περίεργη αντίδραση που το τριγύρω οικογενειακό περιβάλλον εκλαμβάνεται με απορία, καθώς βέβαια και η ίδια η μητέρα, μιας και πρόκειται για πρωτόγνωρο συναίσθημα, χωρίς κάποια εξήγηση. Ιδιαίτερα οι γυναίκες που γεννούν με καισαρική τομή, έχουν συσχετίσει το χειρουργικό τοκετό με αρνητικά συναισθήματα και λόγω της διαδικασίας αυτού – αφού πρόκειται για κανονική χειρουργική επέμβαση, με νάρκωση και όλες τις επακόλουθες διαδικασίες-, συμπεριλαμβανομένης της άρνησης, της απώλειας της αυτοεκτίμησης, της κατάθλιψης και της ενοχής. ( Δραγώνα 1987)

Η θετική εμπειρία της μητρότητας έγινε αντικείμενο έρευνας των Green & Kafetsios (1997). Από 1285 γυναίκες που ρωτήθηκαν 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό, το 66% αυτών δήλωσε ότι απολάμβαναν τη φροντίδα του νεογνού, 79% ότι είχαν καταβληθεί από το αίσθημα της περηφάνια όντας μητέρες, 72% δεν αισθάνθηκε απογοήτευση από τη μητρότητα, 48% θήλαζε το νεογνό ακόμη, 53% δεν αντιμετώπισαν πρόβλημα υγείας μετά το τοκετό, 67% ένιωθε μέτρια εξάντληση και 61% ένιωθαν μεγάλη εξάντληση αλλά είχαν και μεγάλη συμπαράσταση από το σύντροφο τους. Στο ίδιο δείγμα κατά τη διάρκεια της κύησης το, 14% ανησυχούσε για το αν θα είναι καλή μητέρα και το 13% για το αν θα έχει στη διάθεση της χρόνο για τον εαυτό της μετά τον ερχομό ενός παιδιού. Στην παραπάνω έρευνα δεν παρουσιάστηκαν μεγάλες διαφορές σε αυτές που είχαν παιδί και σε αυτές που δεν είχαν. ( Green & Kafetsios 1997) .

Ενώ η απόκτηση ενός νέου μέλους έχει προγραμματιστεί και είναι επιθυμητή, οι αρχικές επίμονες απαιτήσεις που ασκούνται από το νεογνό, τόσο σε ενέργεια, όσο σε χρόνο και συναίσθημα, μπορούν να δημιουργήσουν συγκλονιστικές καταστάσεις. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις των συμμετασχόντων σε αυτή τη διαδικασία, έχουν μια τεράστια κλίμακα μετάβασης, αφού μπορεί να κυμανθεί από απεριόριστη αγάπη, υπέρμετρη χαρά και ενθουσιασμό έως και πανικό, ενοχή, φόβο απογοήτευση. Σίγουρα οι μελλοντικοί γονείς κάνουν όνειρα για τη νέα τους ζωή η οποία θα ξεκινήσει με τη γέννηση του βρέφους, προσπαθούν να μπουν στη μελλοντική αυτή θέση, να φανταστούν το καινούργιο τους ρόλο- αυτών που μπήκαν και οι γονείς τους όταν περίμεναν τη γέννηση τους- ,όμως η πραγματικότητα δεν είναι πάντα αυτό που προσδοκούμε! Το να προσαρμοστεί κανείς στις απαιτήσεις του γονέα απαιτεί χρόνο και τροποποίηση του τρόπου και των απόψεων για τη ζωή. Το πρότυπό της μητέρας που αναπτύσσει κάθε γυναίκα οφείλεται εν μέρει σε προηγούμενη εμπειρία της μητέρας στη φροντίδα του παιδιού αλλά περισσότερο διαμορφώνεται από την αυτοεκτίμησή της, την προσωπικότητά της και τις ψυχολογικές της δυνάμεις. Εξαρτάται βέβαια από τη στήριξη που χαίρει από το σύντροφο, την οικογένεια της, το φιλικό και εξωτερικό της περιβάλλον, αλλά γενικότερα από το πολιτισμικό- εθμικό περιβάλλον στο οποίο ζει η γυναίκα.

Συνήθως οι πρώτες πιο συνηδυτοποιημένες σκέψεις για το μελλοντικό ρόλο του γονέα, γίνονται από τη γυναίκα τις ώρες αναμονής στο μαιευτήριο λίγο πριν τον τοκετό. Οι εμφανείς όμως αλλαγές έρχονται αρκετές εβδομάδες αργότερα.

Η νέα μητέρα επιστρέφοντας σπίτι με το νεογνό, μένει πολλές ώρες μόνη της, όταν το μωρό κλαίει την πιάνει απελπισία. Αναρωτιέται τι πρέπει να κάνει, να το πάρει αγκαλιά για να το ηρεμήσει; αν παίρνοντας το αγκαλιά το βλάψει ή βλάψει τον εαυτό της; ή τη μεταξύ τους σχέση; ( Δραγώνα, 1987).

Ο τοκετός και οι απαιτήσεις του νεογνού είναι τόσες που δεν αφήνουν τη μητέρα να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση . Η κόπωση , η έλλειψη ύπνου , οι ορμονικές αλλαγές με τις συναισθηματικές μεταπτώσεις που συνεπάγονται , τυχόν προβλήματα θηλασμού που προκαλούν πόνο και άλλες σωματικές ενοχλήσεις από τη καισαρική τομή ή την περινεοτομή δεν αφήνουν τη γυναίκα να χαλαρώσει. Όλη αυτή η διαδικασία του άγχους έχει αρνητικές επιπτώσεις για τη μητέρα και το νεογνό.( Μελισσά- Χαλκιοπούλου ,1996).

Οι έγκυες που δοκιμάστηκαν με διαταραχές στη σχέση συμβίωσης με το έμβρυο αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα προβλήματα και απογοήτευση. Η πλήρης αποδοχή της βιολογικής και ψυχολογικής συμβίωσης με το έμβρυο-νεογνό αποτελεί σπάνιο φαινόμενο. Όλες οι έγκυες νιώθουν αρνητικά συναισθήματα κατά τη διάρκεια της κύησης, ιδιαίτερα οι πρωτότοκες, τα οποία εμφανίζουν ευρεία διακύμανση. Σε ακραίες περιπτώσεις, τα βιολογικά προβλήματα της κύησης και του θηλασμού δημιουργούν μια αγωνιώδη κατάσταση και οδηγούν σε ποικίλου βαθμού φυσικά και ψυχικά συμπτώματα. Το νεογνό θεωρείται από τη μητέρα ξένο, δυσάρεστο και κατά τη διάρκεια του θηλασμού κουραστικό και αηδιαστικό. Οι εμπειρίες αυτές ενισχύουν τα αισθήματα ενοχής και απογοήτευσης και κάποιες φορές ωθούν στην επιθετικότητα απέναντι στο νεογνό και σε άλλα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος. ( Ρήγα , 1991). Ακόμη και οι γυναίκες που το μόνο που θέλουν είναι να αφοσιωθούν στο νεογνό έχοντας σαν σκέψη το μοντέλο της ιδανικής μητέρας , σύντομα θα απογοητευτούν εάν δεν έχουν τη μέγιστη δυνατή υποστήριξη από το σύντροφο και το οικογενειακό της περιβάλλον.

Η αγωνία και η ένταση για το καθορισμό των ελευθεριών και των δικαιωμάτων του παιδιού και της μητέρας , αναγκάζει τη μητέρα να συνειδητοποιήσει πόσο δύσκολη είναι η θέση της. Η αδυναμία επικοινωνίας με το νεογνό που εκφράζει τις ανάγκες του μόνο με το κλάμα στερεί την επιβράβευση των κόπων και των θυσιών της μητέρας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα

η πρωτότοκη μητέρα να νιώσει ότι δεν ανταμείβεται για τις προσπάθειες της, να νιώσει ότι χάνει την ελευθερία της και αυτό να το εξωτερικεύσει με μνησικακία και οργή απέναντι στο παιδί ή το σύζυγο.

Η έλλειψη ενημέρωσης της γυναίκας για τα νέα της καθήκοντα , την βρίσκει απροετοίμαστη για να αναλάβει το νέο της ρόλο με αποτέλεσμα να νιώθει κακή μητέρα.

Η κάθε νέα μητέρα έρχεται σε επαφή με πρωτόγνωρα κομμάτια του εαυτού της , που μοιάζουν με αυτά της δικής τους μητέρας. Γι' αυτό, νιώθουν πιο κοντά στη δική τους μητέρα. Οι νέες μητέρες πρέπει να οργανώσουν την ιδανική εικόνα της μητέρας που έχουν μέσα τους , να την προσαρμόσουν στην πραγματικότητα και να την εξωτερικεύσουν. Χρόνο με το χρόνο η μητέρα αντιλαμβάνεται ότι οι συμπεριφορές , οι αξίες και οι δραστηριότητές της , της θυμίζουν τη δική της μητέρα . Είναι λογικό να υπάρχει ένα κράμα συναισθημάτων και παραδοσιακών αξιών τα οποία έχουν κληροδοτηθεί από τους προγόνους μας ( βιώματα , χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν και εξαιρέσεις που αναιρούν το κανόνα). Το σύγχρονο όμως μοντέλο έχει συσσωρεύει τους ρόλους της συντρόφου , της νοικοκυράς και της εργαζόμενης. Έτσι η παραμονή στο σπίτι και η αποχή από την εργασία , χάριν της ανατροφής του παιδιού κάνει τη γυναίκα να νιώθει ότι χάνει την προσωπικότητά της , το εαυτό της.

Η πίεση που ασκείται στη νέα μητέρα από το κοινωνικό περιβάλλον ( γονείς, πεθερικά , συγγενείς και φίλους), για να επικεντρώσει τις προσπάθειες της στην ανατροφή του παιδιού και στη συντήρηση του σπιτιού, χρησιμοποιεί τη μητρότητα ως πρόφαση για την ένταξη της γυναίκας στον παραδοσιακό ρόλο της νοικοκυράς. Αυτός ο ρόλος , όπως επιβάλλεται από την πατριαρχική κοινωνία, πολλαπλά υποτιμά και εκμεταλλεύεται τη γυναίκα ως πολίτη δεύτερης κατηγορίας , βιώνετε όμως συνειδητά από πολλές γυναίκες και συντελεί άμεσα στην ανάδυση καταθλιπτικών φαινομένων( Νιτσόπουλος , 1987).

Η κοινωνική στήριξη παίζει σημαντικό ρόλο. Οι γυναίκες υποστηρίζουν ότι η στήριξη από τη μητέρα τους ή το σύζυγό τους είναι οι κύριες πηγές. Η στήριξη από το σύζυγο κατά την κύηση συνδέεται θετικά με την καλή διάθεση της λεχωίδας , καθώς και τη μητρική συμπεριφορά ευαισθησίας και εκφραστικότητας στα νεογνά τους.( Goldstein et al , 1996). Επίσης οι κόρες με παιδιά είναι πιο συνδεδεμένες με τις μητέρες τους, από ότι οι κόρες χωρίς παιδιά( Fischer , 1981).

Η μετάβαση στη γονεϊκή ιδιότητα φέρνει το ζευγάρι μπροστά σε διλήμματα ρόλων , ταυτότητας και επικοινωνίας. Το πώς θα διαχειριστούν τις δυσκολίες και τις προκλήσεις που θα παρουσιαστούν σ' αυτή τη χρονική περίοδο , θα παίζει σημαντικό ρόλο στην υιοθέτηση του γονεϊκού τους ρόλου αλλά και στη μελλοντική εξέλιξη του παιδιού.

Στην ελληνική οικογένεια , οι γονεϊκοί ρόλοι των νέων συζύγων δεν είναι ξεκάθαροι. Το σύγχρονο κοινωνικό-πολιτισμικό πλαίσιο χαρακτηρίζεται από ρευστότητα , πολυπλοκότητα και αντιφάσεις. Από τη στιγμή που το παιδί μπαίνει στη ζωή του ζευγαριού , τίθενται σε δοκιμασία οι προσπάθειές για ισότητα και καταμερισμό των υποχρεώσεων στο οικογενειακό αλλά και επαγγελματικό πλαίσιο. Άνδρες και γυναίκες θέλουν να υπηρετήσουν το διπλό στόχο της επαγγελματικής απασχόλησης και της ανατροφής των παιδιών. Αυτό τους οδηγεί συχνά σε αδιέξοδο ( Δραγώνα, 1999).

Τόσο ο τοκετός όσο και οι πρώτοι δύσκολοι μήνες ερευνώνται μόνο από τη πλευρά της φυσιολογίας και σπάνια από τη ψυχολογική τους πλευρά , δημιουργώντας κενά , έλλειψη γνώσεων που πιθανόν να οδηγούν σε ανασφάλεια , αβεβαιότητα και ψυχική διαταραχή.

Η ευρέως διαδεδομένη άποψη για το μητρικό ένστικτο οδηγεί τη μητέρα στη σωστή συμπεριφορά ή μόνο η σωστή γνώση και πείρα οδηγούν στην ομαλή ανάπτυξη του παιδιού και τη ψυχοσωματική ισορροπία της μητέρας . (Δραγώνα 1999)

## 1.5 Το Μητρικό Ένστικτο

Το "μητρικό ένστικτο" ορίζεται ως η εμφυτη βιολογική ορμή κάθε γυναίκας να αποκτήσει παιδιά , να τα αγαπά και να γνωρίζει να τα φροντίζει( DelliQuardi & Breckenridge ,1981).

Η μητέρα που υποψιάζεται ότι το φυσικό μητρικό ένστικτο δε λειτουργεί αυτήν , κατακλύζεται από ενοχές ( Δραγώνα, 1987).

Το δέσιμο μητέρας- παιδιού , που ονομάζουμε " μητρικό ένστικτο, αποτελεί μια σταθερά αναλλοίωτη μέσα στο χρόνο. Όσο κι αν ακούγεται ξεπερασμένος, η πίστη σ' αυτόν συνεχίζεται ακλόνητα ως τις μέρες μας. Το δέσιμο ( ο όρος attachment του Bowlby ) , παρόλο που θεωρητικά μπορεί να ισχύει για κάθε ενήλικο , θεωρείται ότι αποτελεί , κυρίως μια υπόθεση της μητέρας και τελικά αναφέρεται σχεδόν αποκλειστικά σ' αυτήν.

Η μητρότητα είναι κάτι που μαθαίνεται . Η εμφυτη ικανότητα που διαθέτουν οι περισσότερες γυναίκες να γεννούν παιδιά , δεν συνεπάγεται καμιά εγγενή γνώση για το πώς να τα φροντίζουν ούτε και εγγυάται αυτόματη αγάπη και ολοκλήρωση στη μητρότητα .Η μητρότητα είναι περίπλοκο και δύσκολο καθήκον , που απαιτεί , εκτός από αγάπη , ειδική γνώση και εμπειρία. Το επονομαζόμενο " μητρικό ένστικτο είναι στην ουσία ένας πολιτιστικός καταναγκασμός και όχι μια βιολογική ορμή. Παρόλα αυτά , οι γυναίκες νιώθουν να καταδιώκονται από το ιδανικό του μητρικού ενστίκτου (DelliQuardi & Breckenridge ,1981).

Στον άνθρωπο , το μοναδικό ένστικτο που υπάρχει είναι αυτό της ατομικής επιβίωσης και το ένστικτο αυτό προστατεύει το υποκείμενο ή την ελάχιστη ομάδα που σχημάτισε για να επιβιώσει σε ένα λιγότερο ή περισσότερο εχθρικό



κόσμο. Η ελάχιστη ομάδα για την επιβίωση είναι το ζεύγος. Το ένστικτο της επιβίωσης τείνει να προστατεύει το υποκείμενο και την ομάδα του και να θυσιάζει τα παιδιά του. Το γεγονός αυτό παρουσιάζεται ως έννοια λίγο προκλητική , αλλά είναι ο μόνος τρόπος για να ερμηνεύσουμε τις εκτρώσεις ή την επιθυμία για έκτρωση , τη θυσία δηλαδή των παιδιών που πρόκειται να έρθουν στον κόσμο , τη διάδοση της αντισύλληψης στη σύγχρονη εποχή και τις νεογνοκτονίες , ενέργειες που όλες αποσκοπούν στην προστασία της ατομικής επιβίωσης. Η ενδοοικογενειακή παιδοκτονία θεωρείται έγκλημα μόνο από το τέλος του 19 ου αιώνα στη Γαλλία. Μόνο κατά τον ίδιο τρόπο μπορούμε να εξηγήσουμε τις μαζικές τοποθετήσεις παιδιών σε τροφούς , που παρατηρήθηκαν το 19 ο αιώνα , την εποχή της βιομηχανικής επανάστασης, η οποία προσέφερε εργασία , άρα και βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης των γυναικών , υπό την προϋπόθεση ότι αυτές θα αποδεσμευόταν από τις μητρικές φροντίδες ( Bydlowski ,1998) .

Κοινοβουλευτική πράξη για βρεφοκτονία εισήχθη στη Βρετανική βουλή το 1939 , όταν αναγνωρίστηκε από τη Βρετανική δικαιοσύνη ότι η ψυχική κατάσταση μιας γυναίκας στη διάρκεια του πρώτου χρόνου μετά τον τοκετό μπορεί να είναι τόσο διαταραγμένη , ώστε ενδεχομένως να την οδηγήσει σε θανάτωση του παιδιού της. Η πράξη αυτή θεσπίστηκε προκειμένου να προστατευθεί μια γυναίκα από την καταδικαστική απόφαση για δολοφονία του μωρού της , αλλά θα μπορούσε να καταδικαστεί για μικρότερου βαθμού αδίκημα , την παιδοκτονία , που ισοδυναμεί με ανθρωποκτονία (Myles , 1999 ) .

## **1.6 Μητρική – Προγεννητική Συναισθηματική Σύνδεση**

Η εγκυμοσύνη απεικονίζεται κοινωνικοπολιτισμικά ως μια εξειδανικευμένη σωματική και ψυχολογική κατάσταση , κατά τη διάρκεια της οποίας η γυναίκα θεωρείται ότι παρουσιάζει μια χαρακτηριστική του είδους βιοψυχοκοινωνική σύνδεση με τη διατροφή , προστασία και εξυπηρέτηση του εμβρύου.( Campbell& Taylor, 1980)

Οι παλαιότεροι θεωρητικοί της ψυχολογίας περιγράφουν αυτό το δέσιμο ως «ασυνείδητα μοναδικό»( Klein, 1946)ή «προγεννητική συμβίωση»( Guntrip,1968) , όπου αναμένεται από την έγκυο γυναίκα μια αλτρουιστική παράδοση στην ανιδιοτέλεια, τόσο σωματικά όσο και συναισθηματικά. Η Deutsh ( 1945), έχει υποστηρίξει ότι όσο προχωράει η εγκυμοσύνη , τόσο ελαττώνεται η σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων και η γυναίκα στρέφεται περισσότερο στον εαυτό της. Επισημαίνει πως αυτή η ναρκισσιστική επένδυση της ενέργειας βοηθά στη σύνδεση και επικοινωνία με το βρέφος.

Τα συναισθήματα της εγκύου κατά τη διάρκεια της κύησης , ακόμα και πριν από αυτή , επηρεάζουν έντονα τη στάση της απέναντι στο παιδί που θα γεννηθεί. Ρυθμίζουν τον τρόπο με τον οποίο θα το υποδεχθεί και θα του συμπεριφερθεί. Τα συναισθήματα αυτά είναι άμεσα συνδεδεμένα με τη σχέση που είχε η ίδια με τη μητέρα της. Αν αυτή η σχέση ήταν καλή , η υποψήφια μητέρα ταυτίζεται με τη μητέρα της , αν ήταν κακή , αμφισβητεί τη μητρότητα.

Ορισμένες γυναίκες αισθάνονται «μητέρες»από τη στιγμή της σύλληψης , άλλες αργότερα όταν το έμβρυο αρχίζει να κινείται, και ορισμένες τη στιγμή της γέννησης. Όλες όμως βρίσκονται σε κατάσταση συναισθηματικής διεγερσης(Gamar& Tendor,1994).

Καθ' όλη τη διάρκεια της ενδομήτρια ζωής του , το έμβρυο, προσλαμβάνει τις μητρικές αισθήσεις , οι οποίες και το διαμορφώνουν. Σ' αντάλλαγμα δίνει κι εκείνο ενδείξεις στη μητέρα του και με αυτόν τον τρόπο επηρεάζει τη συμπεριφορά της (Gamar& Tendor,1994). Οι έγκυες αναπτύσσουν διαφορετικούς τρόπους επικοινωνίας με το έμβρυο. Σ' αυτούς συμπεριλαμβάνεται η λεκτική και η μη λεκτική επικοινωνία ( εκφράσεις του προσώπου , χειρονομίες). Οι γυναίκες που αναπτύσσουν την επικοινωνία με το παιδί τους όταν ακόμη είναι έμβρυο , με μεγαλύτερη ευκολία εκφράζουν τα συναισθήματά τους όταν αυτό γίνει νεογνό. Τα μη λεκτικά μηνύματα είναι πολύ πιθανό να έχουν εξαιρετική σημασία, καθώς η έκφραση στοργής και προσοχής θα επηρεάσει το βρέφος πολύ πριν αποκτήσει κατανόηση των λεκτικών μηνυμάτων(Diskin& Heinicke,1986).

Καθώς η κύηση εξελίσσεται, αναπτύσσονται συναισθηματικοί δεσμοί μεταξύ μητέρας και αγέννητου παιδιού. Στο διάστημα αυτό , οι μητέρες αποκτούν μια όλο και περισσότερο λεπτομερή και σύνθετη εσωτερική εικόνα του εμβρύου. Ο Rubin ( 1984), ορίζει τη διαδικασία αυτή με την έννοια μιας « σύνδεσης»(binding in) , κατά τη διάρκεια της οποίας το έμβρυο γίνεται μέρος του εαυτού της.

Οι συναισθηματικές καταστάσεις της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης επηρεάζουν τόσο την ίδια , όσο και το έμβρυο που φέρει , καθώς και το περιβάλλον της. Οι μελετητές υποστηρίζουν ότι οι μητέρες που βρίσκονται κάτω από αγχώδεις καταστάσεις για μεγάλο χρονικό διάστημα στην περίοδο της εγκυμοσύνης κινδυνεύουν περισσότερο από σοβαρές επιπλοκές , όπως αποβολή , παρατεταμένο και εργώδη τοκετό και πρόωρο τοκετό. Οι περισσότερες μελέτες που αφορούν την επίδρασή της ανησυχίας και του άγχους κατά την κύηση , αναφέρονται στις επιπτώσεις που έχουν στο έμβρυο. Η μελέτη του Ondani ( 1997), αναφέρεται στις θετικές επιδράσεις που είχε το άγχος των γυναικών που βίωσαν την κύησή τους κατά τη διάρκεια του δευτέρου

παγκοσμίου πολέμου. Σύμφωνα με τα ευρήματά του, « το οφειλόμενο στον πόλεμο άγχος των γυναικών, μπορεί να είναι ο ιδιαίτερος παράγοντας που προκαλεί αυξημένα κίνητρα για επιτυχία στα παιδιά».

Οι έρευνες του Sontag πιστοποιούν ότι οι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις ( άγχος, θυμός , φόβος , κατάθλιψη κ.α)της εγκύου επηρεάζουν την ανάπτυξη του εμβρύου, γιατί λόγω της ενεργοποίησης του αυτόνομου νευρικού συστήματος υπάρχει κίνδυνος μείωσης της ροής του αίματος στο έμβρυο ή έκκρισης των ορμονών , οι οποίες μέσω του πλακούντα εισέρχονται στην εμβρυική κυκλοφορία και δρουν βλαπτικά. Βέβαια , ο κίνδυνος βλαπτικής επίδρασης της ψυχικής κατάστασης της εγκύου στο κύημα εξαρτάται από τη συχνότητα, τη διάρκεια , την ένταση αλλά και τη σημασία των στρεσογόνων ερεθισμάτων ( π.χ ο θάνατος αγαπημένου , συγγενικού προσώπου) που προκαλούν θυμικές αντιδράσεις της εγκύου ( Μελισσά- Χαλικοπούλου, 1996). Σε έρευνα που έγινε από το 1980 έως και το 1992, διαπιστώθηκε ότι η συναισθηματική ένταση προκαλεί σύμφυτες δυσμορφίες. Η μητρική ένταση συνοδευόταν με μικροκεφαλία\* και με μη φυσιολογική ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος του εμβρύου.(Hansen, Lou& Oslen, 2000).

Ένα μεγάλο δείγμα μητέρων που είχαν ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και δεν μπόρεσαν να καταφύγουν σε έκτρωση , παρουσίασαν στατιστικώς σημαντικά αυξημένο αριθμό γεννήσεων νεογνών με δυσμορφίες ( Δραγώνα, 1999). Η αρνητική στάση της εγκύου απέναντι στην κύηση και το κύημα μπορεί να οδηγήσει σε εμφάνιση επιπλοκών κατά την εγκυμοσύνη( η μειωμένη οξυγόνωση του εμβρύου λόγω άγχους της μητέρας συνδέεται με μειωμένη κινητικότητα του βρέφους), πρόωρου ή δύσκολου τοκετού , ακόμα και αναπτυξιακών προβλημάτων στο παιδί ( π.χ υπερκινητικότητα). (Μελισσά-Χαλικοπούλου, 1996).

---

\* Μορφή νοητικής καθυστέρησης που χαρακτηρίζεται από μη φυσιολογική ανάπτυξη του εγκεφάλου καθώς και από υπερβολικά μικρό κρανίο.

Ο Henry David (1981) παρακολούθησε τη ζωή 220 παιδιών , των οποίων οι μητέρες παρουσίαζαν έντονα αρνητικές στάσεις απέναντι στην εγκυμοσύνη τους , ζητώντας δύο φορές τη διακοπή της. Πιο πρόσφατα , οι David et al (1988) συνέκριναν τα επιθυμητά με τα ανεπιθύμητα παιδιά σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες και διαπίστωσαν ότι τα παιδιά που ήταν ανεπιθύμητα βρισκόταν σε αυξημένο κίνδυνο πολυάριθμων κοινωνικών και ψυχικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή τους. Εμφάνιζαν περισσότερες πιθανότητες να βρεθούν φυλακή , να κάνουν κατάχρηση ουσιών ή οινόπνευματων και να μη θεωρούν τις κοινωνικές σχέσεις τους ικανοποιητικές ( Cole&Cole,2000).

Στην πραγματικότητα , η κύηση είναι δυνατό να αντιπροσωπεύει μια σημαντική κρίση για πολλές γυναίκες. Οι περιπτώσεις της σκόπιμης πρόκλησης βλάβης στο έμβρυο, κυμαίνονται από τη παθητική κακομεταχείριση (π.χ συνεχιζόμενη κατάχρηση οινόπνευματος) μέχρι την ενεργητική φυσική βία ( π.χ γροθιές στην κοιλιά) και έχουν ανιχνευτεί σε δείγματα εγκύων γυναικών( Condon ,1986).

## **1.7 Τοκετός το πέρασμα στην μητρότητα**

Η γέννηση ενός παιδιού , τόσο από οργανική όσο και από συναισθηματική άποψη , είναι μια εμπειρία με ένταση , που θέτει τη γυναίκα σε μια νέα κατάσταση , αυτή της μητρότητας. Ο τοκετός , παρά τις προόδους της Μαιευτικής, εξακολουθεί να απασχολεί τη γυναίκα και αποτελεί ένα κορυφαίο γεγονός , που συγκεντρώνει μεγάλο ενδιαφέρον του σύγχρονου ανθρώπου ( Οικονομόπουλος,2001).

Η τεχνολογία έχει εξελιχθεί κατά πολύ και στον τοκετό. Από τα χρόνια που ο τοκετός ήταν υπόθεση της πρακτικής μαμής και των συγγενών, τώρα Μαιευτήρες και μαίες, εφοδιασμένοι με τις κατάλληλες γνώσεις και την τεχνολογία έχουν αντικαταστήσει τον παραδοσιακό τρόπο.Σήμερα δεν είναι λίγες οι γυναίκες που εισέρχονται στις αίθουσες τοκετών με ραντεβού. Αυτό κάνει τα ζευγάρια που έχουν ήδη την εμπειρία ενός τοκετού χωρίς πρόκληση να τον αναπολούν. Ο προγραμματισμός στον τοκετό τους θυμίζει ραντεβού στον οδοντίατρο και η γέννηση υποβαθμίζεται ( Gaillardetz,1998).

Ότι επηρεάζει την έκβαση της εγκυμοσύνης και του τοκετού , ξεκινά από τη στιγμή της σύλληψης. Τα γονίδια που κληρονόμησε η μητέρα, η ανάπτυξή της στο περιβάλλον της μήτρας , η γέννησή της, οι βιολογικές και κοινωνικές εμπειρίες της παιδικής και εφηβικής της ηλικίας, ο τόπος που ζεί, η κοινωνικοοικονομική της κατάσταση, όλα αυτά μαζί επηρεάζουν τις γνώσεις της σχετικά με τη γέννηση(Macfarlane,1988). Η κάθε επίτοκος την ώρα του τοκετού είναι μοναδική και ο τοκετός για κάθε γυναίκα είναι μοναδικός. Η επίτοκος φένει μαζί της στον τοκετό το δικό της ψυχολογικό δυναμικό, προσδιορισμένο από τη δική της ψυχολογική ιστορία(Δραγώνα , 1989).

Ο τοκετός είναι πολύ σημαντικός για τη σχέση μητέρας- παιδιού. Για τη γυναίκα ο τοκετός αποτελεί πάντα μια διπλή γέννηση, γιατί η τεκνοποίηση οδηγεί τη γυναίκα στη συνειδητοποίηση της ενηλικίωσης της. Αυτή η βίαιη, μη αναστρέψιμη μεταλλαγή που νιώθουν η μητέρα και ο πατέρας μπορεί να προκαλέσει μια πραγματική κρίση άγχους. Αν ο τοκετός είναι παρατεταμένος και δύσκολος, η μητέρα μπορεί να νιώσει επιθετικότητα απέναντι στο νεογνό. Ο πόνος του τοκετού για ορισμένες γυναίκες έχει τη χροιά του αποχωρισμού (Gamar& Tendor, 1994). Στην ιουδαϊκή- χριστιανική θεολογία, ο πόνος της γυναίκας στη γέννα είναι μια τιμωρία από το Θεό.

Η λέξη πόνος, από τη λατινική λέξη "roena", που σημαίνει τιμωρία υπό την έννοια του σωματικού ή ψυχικού πόνου. Επίσης, ο πόνος εκλαμβάνεται συνήθως ως "συναγερμός" του οργανισμού μας ότι κάτι δεν πάει καλά και πρέπει να καταπολεμηθεί. Είναι εύλογο ότι ο τοκετός προκαλεί πόνο, αλλά ο πόνος αυτός είναι περισσότερο παραγωγικός παρά βλαβερός. Ωστόσο το γεγονός αυτό δεν τον καθιστά λιγότερο οδυνηρό. Περίπου 60% των γυναικών που γεννούν για πρώτη φορά βιώνουν έντονο πόνο και μόνο ένα 10% από αυτές αναφέρουν ότι αισθάνονται ήπιο πόνο ή περιγράφουν τις ωδίνες ως μια «ενοχλητική σωματική κατάσταση που προκαλεί δυσφορία». Η ψυχολογική πίεση να μην εκδηλώσουν τον πόνο τους προκαλεί περισσότερο άγχος, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η έκκριση ορμονών που προκαλούν πόνο. (Uddenberg et al, 1976).

Ο φόβος και το άγχος αυξάνουν τα επίπεδα των κατεχολαμινών στο αίμα κατά τη διάρκεια του τοκετού. Οι κατεχολαμίνες\*<sup>1</sup> αλληλεπιδρούν με την ωκυτοκίνη\*<sup>2</sup>, που ευθύνεται για την εξέλιξη του τοκετού. Το άγχος και ο φόβος επιτείνουν τη σύσπαση των μυών της μήτρας, με συνέπεια να εντείνεται ο πόνος. Το ζήτημα του πόνου του τοκετού είναι πολύπλοκο και δεν σχετίζεται μόνο με τον πόνο της γέννας αυτής καθαυτής. (Λώλης, 1998). Η ανησυχία σχετίζεται με τα επίπεδα της επινεφρίνης\*<sup>3</sup> στο πλάσμα, που με τη σειρά της

συνδέεται με τη συσταλτικότητα της μήτρας και τον παρατεταμένο τοκετό (Lederman, Work, McCann, 1978). Υπάρχει, ακόμα συσχέτιση ανάμεσα στην ανησυχία και σε προβλήματα κατά τον τοκετό ή την εμβρυική δυσφορία (Sreedhar & Lata, 1989).

Ο πόνος δεν είναι μεμονωμένο γεγονός των αισθήσεων, αλλά ένα πολύπλοκο νευρολογικό και ψυχολογικό φαινόμενο, στο οποίο συμμετέχει όλο το νευρικό σύστημα. Ο ουδός του πόνου διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα και εξαρτάται από πολλούς ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Η κατάλληλη προετοιμασία της εγκύου και η επαρκής πληροφόρηση της ανακουφίζουν σημαντικά τον πόνο, γιατί ελλοτώνουν το άγχος που οφείλεται σε άγνοια, ενισχύουν την αυτοπεποίθηση και τον αυτοέλεγχο της επιτόκου και παρέχουν υποστήριξη (Γιαννίτση, 1998. Λώλης, 1998).

Έχει διαπιστωθεί ότι οι εξωστρεφείς γυναίκες που παραπονούνταν έντονα για τις ωδίνες τους και υποστήριζαν ότι είχαν δύσκολο τοκετό, αισθάνονταν τελικά λιγότερο πόνο από τις εσωστρεφείς, που δεν εκδήλωναν τα έντονα συναισθήματα πόνου τα οποία βίωναν. Επίσης, καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση του πόνου του τοκετού παίζουν οι κοινωνικοί παράγοντες και η αυθυποβολή\*<sup>4</sup>.

---

\*<sup>1</sup> Βιογενείς άμυνες που προέρχονται από τη φαινυλαλανίνη και παράγονται κατά κύριο λόγο στα επινεφρίδια, τον εγκέφαλο και το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

\*<sup>2</sup> Η ωκυτοκίνη παράγεται από νευρώνες του υποθαλάμου και προκαλεί τις συσπάσεις της μήτρας κατά τον τοκετό και την έκκριση γάλακτος από τους μαστούς.

\*<sup>3</sup> Η άλλη ονομασία της αδρεναλίνης. Ορμόνη που εγκρίνεται από το μυελό των επινεφριδίων. Κύριες λειτουργίες της είναι α) ο ερεθισμός του συκωτιού για την παραγωγή σακχάρου, β) η αύξηση του ρυθμού πήξης του αίματος και γ) η αύξηση της ευαισθησίας των μυών στις νευρικές ωθήσεις, πράγμα που διευκολύνει τη συστολή της.

\*<sup>4</sup> Υποβολή που προέρχεται από το ίδιο το άτομο



Σε πολλές πρωτόγονες κοινωνίες η επίτοκος δεν αισθάνεται τις ωδίνες του τοκετού ως πόνο. Αντίθετα , ο άνδρας της ,που ταυτίζεται μαζί της, εμφανίζει ψυχοσωματικά συμπτώματα εγκυμοσύνης και την ώρα του τοκετού αποσύρεται σε μια σκοτεινή καλύβα και ουρλιάζει από τον πόνο ( « ανδρική λοχεία»). Η γυναίκα του συνέρχεται γρήγορα από τον τοκετό και αναλαμβάνει αμέσως τις δουλειές του σπιτιού της και τις φροντίδες της οικογένειας. Πάντως και πολλοί άνδρες των σύγχρονων κοινωνιών βιώνουν παρόμοιες εμπειρίες και, επίσης, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της συντρόφου τους παρουσιάζουν ίδιες ή παρόμοιες με τις δικές της ψυχοσωματικές εκδηλώσεις , όπως απώλεια όρεξης , ναυτία , αύξηση βάρους και πόνους στην κοιλιακή χώρα ( Uddenberg et al, 1976).

Στις γυναίκες των πρωτόγονων φυλών παρατηρούνται ελάχιστοι πόνοι κατά τον τοκετό. Από το γεγονός αυτό προέκυψε το λογικό συμπέρασμα ότι η στάση της εγκύου μπορεί να διευκολύνει ή να δυσκολέψει τον τοκετό. Έτσι , κατέρρευσε ο μύθος για τον οδυνηρό τοκετό και αναπτύχθηκε η μέθοδος του « ανώδυνου τοκετού», με πρωτοπόρο τον G.D Read. Οι γιατροί βασίστηκαν στο γεγονός ότι ο φόβος και η δυσκαμψία είναι ουσιαστικότερα εμπόδια του τοκετού. Με ενημέρωση της γυναίκας για τη διαδικασία του τοκετού, με γυμναστική κατά τη διάρκεια της κύησης, με ψυχολογική καθοδήγηση και φροντίδα οι πονοί του τοκετού μπορούν να μειωθούν σημαντικά , πάντως όχι να εξουδετερωθούν πλήρως ( Rattner, 1970).

Είναι απαραίτητα να εξηγείται εκτενώς στη γυναίκα η διαδικασία του τοκετού από πρόσωπο της εμπιστοσύνης της, γεγονός που βοηθάει αποφασιστικά στη διάψευση των εκφοβιστικών και λανθασμένων πληροφοριών που μπορεί να έχει σχετικά με τη διαδικασία του τοκετού ( Winnicott, 1996).

Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν την κύηση ως αρρώστια , έχουν την τάση για μεγαλύτερης διάρκειας τοκετούς και κατάχρηση φαρμάκων. Η κατάχρηση

φαρμάκων κατά τον τοκετό αφαιρεί τη συνειδησιακή ικανότητα της γυναίκας να αντιληφθεί την εμπειρία του τοκετού. Μερικές γυναίκες αναφέρουν αισθήματα « μη πραγματικού», δηλαδή εκδηλώνουν δυσπιστία για το αν πραγματικά γέννησαν και για το κατά πόσο το νεογνό που τους παρουσιάζουν είναι πραγματικά δικό τους. Η κατάλληλη προετοιμασία για τον τοκετό δεν ανακουφίζει μόνο από τον πόνο και δεν μειώνει μόνο την ανάγκη για φάρμακα, αλλά ενισχύει επίσης τη θετική εμπειρία του τοκετού και την ανάπτυξη του δεσμού μεταξύ μητέρας- παιδιού( Λώλης, 1998).

Κατά την εξέλιξη του τοκετού , η επίτοκος είναι αιχμάλωτη των φυσικών δυνάμεων μιας διαδικασίας που είναι τόσο αυτόματη , όσο η κατάποση και η πέψη. Έτσι , όσο λιγότερες παρεμβάσεις γίνονται και όσο περισσότερο αφεθεί στους χειρισμούς της φύσης, τόσο το καλύτερο για αυτή και το παιδί της ( Winnicott, 1996).

Τις περισσότερες φορές, οι γυναίκες νιώθουν συναισθηματικά ευάλωτες κατά τον τοκετό. Το νεογνό τις αιφνιδιάζει , μερικές φορές ίσως να τις απογοητεύει. Δεν ανταποκρίνεται απόλυτα σε εκείνο που είχαν φανταστεί. Όταν όμως περάσουν οι πρώτες στιγμές της έκπληξης, οι μητέρες είναι – κατά γενικό κανόνα- πανευτυχείς και γεμάτες ενθουσιασμό για το νεογνό τους. Είναι περήφανες που τα κατάφεραν , μετά από πολύμηνη ανάμονή και πολύωρη προσπάθεια, να φέρουν ένα παιδί στον κόσμο. Είναι , επιτέλους, ανακουφισμένες που το νεογνό τους είναι υγιές.( Gamar & Tendor, 1994).

Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός ήταν πάντα γυναικεία υπόθεση. Κατά παράδοξο τρόπο , στην Ελλάδα την κύηση και τον τοκετό χειρίζονται κατά κανόνα άνδρες. Στην έρευνα της Δραγώνα (1978), οι γυναίκες της μελέτης τονίζουν ότι « η επαφή με τη μαία τους είναι πολύ σημαντική. Στο πρόσωπο της προβάλλεται η παραδοσιακή ανάγκη των γυναικών για επικοινωνία με άλλες γυναίκες. Εξάλλου, η μαία υπήρξε πάντα η συναισθηματική και πρακτική σύμμαχος της

γυναίκας στην εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Ο γυναικείος κόσμος υπήρξε πάντα ξεχωριστός από τον ανδρικό».( Δραγώνα, 1978).

Πρέπει ακόμα να σημειωθεί ότι οι τραυματικές καταστάσεις κατά τη γέννηση ή ο πρόωρος τοκετός μπορεί να δημιουργήσουν σοβαρές επιπλοκές στη σωματική και πνευματική ανάπτυξη του παιδιού ( Μάνου, 1986).

## **1.8 Η εμπειρία του τοκετού**

Οι Drago- Carabotta et al (1997), έκαναν μια αξιολογή έρευνα για τον τοκετό, με ένα ανώνυμο ημερολόγιο που δόθηκε σε 180 γυναίκες την τρίτη ημέρα της λοχείας τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα , της έρευνας, κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού ( στάδιο διαστολής) οι επίτοκες αναφέρουν ένα είδος δυσαναλογίας ανάμεσα στην ικανοτητά τους να αντεπεξέλθουν στις δυσκολίες του τοκετού και στους βιολογικούς ρυθμούς του τοκετού. Το συναίσθημα αυτό το αισθάνονται ως κάτι πολύ μεγάλο και φοβούνται πως θα παρασυρθούν από τα γεγονότα και θα χάσουν την κυριότητα πάνω στο σώμα τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το να ελαττώνεται η πνευματική τους διαύγεια , απαραίτητη για την αντιμετώπιση παρεμπιπτουσών αναγκών και για την επίτευξη της απαραίτητης συνεργασίας. Επίσης οι γυναίκες αισθάνονται έντονη αμφιβολία για τη διατήρηση του αυτοελέγχου και της δυνατότητας τους να συγκρατούν τη συμπεριφορά τους μέσα στα επιτρεπτά όρια της εικόνας που έχουν για τους εαυτούς τους.

Το έντονο άγχος είναι ένα συναίσθημα πολύ διαδεδομένο στις γυναίκες κατά το στάδιο της διαστολής. Στη γένεσή του εμπλέκεται η δοκιμασία της καταδίωξης που χαρακτηρίζει τη φάση της διαστολής, όπου ο πόνος των συσπάσεων είναι εξαιρετικά έντονος , αντιληπτός μερικές φορές σε ολόκληρο το σώμα , χαοτικός και κατά συνέπεια ανεξέλεγκτος.

Το στάδιο της διαστολής, κατά το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών , αντιπροσωπεύει μια φάση έντονης ψυχοφυσικής κόπωσης και απροσδιόριστου κινδύνου.

Το έμβρυο επιβάλλει τη φυσική του παρουσία και προαναγγέλλει τον ερχομό του στην πραγματικότητα , στην επίτοκο που αισθάνεται βάρος , πίεση , την ταραχή της μεγάλης δύναμης που ξεχύνεται. Είναι η ίδια η ποιότητα των σωματικών αισθήσεων που προκαλεί στην επίτοκο μια απάντηση συγκινητική και διευκολύνει την « επικοινωνία» με το έμβρυο , που έχει ανάγκη τη βοήθειά της.

Στο στάδιο της εξώθησης , ο φόβος και η ανησυχία υπερισχύουν , υπάρχει το λύγισμα των δυνάμεων και η θέληση είναι αδύνατη « στη σκηνή του τοκετού παίζεται μια αόρατη ψυχική θέση , που εκφράζεται μόνο ως στιγμιαία παραίτηση της γυναίκας μπροστά στο καθήκον της τεκνοποίησης. Με μικρές κινήσεις , η γυναίκα ξεφεύγει από τον ίδιο της τον εαυτό και , δυστυχώς , οι κινήσεις αυτές ερμηνεύονται σχεδόν πάντα ως τεμπελιά ή φόβος.»

Η γυναίκα αντιστέκεται – εναντιώνεται – ανθίσταται στο κατώφλι της γέννησης , γιατί το προβλεπόμενο τέλος της συγχωνευμένης μονάδας πυροδοτεί τη νοσταλγία της και ίσως γιατί « το παιδί της νύχτας , εκείνη η φιγούρα της φαντασίας που απομονώθηκε στο υποσυνείδητο , αντιστέκεται στο πραγματικό παιδί , σαν να ήταν έτσι αντίπαλοι. »

Η επίτοκος φαίνεται να μην καταλαβαίνει τι της συμβαίνει και δεν ξέρει τι πρέπει να κάνει. Το να πεθάνει ή να κάνει το παιδί να πεθάνει, εναλλάσσονται στη φοβιστική σκέψη της επιτόκου και της δημιουργούν συναισθήματα αμοιβαίας καταδίωξης , παράλληλα με την έντονη αγωνία του θανάτου.

Όταν επέρχεται η άρνηση της τεκνοποίησης , η επίτοκος ισχυρίζεται με προσποίηση ή με έπαρση την ακαταλληλότητα της και εκδηλώνεται η παιδαριώδης πλευρά της. Μειωμένη απ' αυτή την παιδαριώδη απεικόνιση του εαυτού της , χωρίς να ξέρει τι να κάνει , η επίτοκος πρέπει να εξαναγκαστεί να βοηθήσει για να γεννήσει , γιατί , όπως νοιώθει ανυπεράσπιστη , δεν μπορεί από μόνη της να ενεργοποιήσει την απαραίτητη επιθετικότητα πραγματοποίησης του αποχωρισμού.

Ο Franco Fornari υποστηρίζει ότι η σαδομαζοχιστική σχέση μητέρας και παιδιού τη στιγμή του τοκετού επιτρέπει την εξυγίανση σε φανταστικό επίπεδο της σχέσης, ελευθερώνοντας την από κάθε καταδιωκτική πλευρά. Η γυναίκα περνάει στη δράση με τη συμμετοχή του μαιευτικού προσωπικού, το οποίο και επικαλείται ή το οποίο παρεμβαίνει για την ασφάλεια του εμβρύου και φαίνεται να επιβαρύνεται με τις καταδιωκτικές πλευρές της γέννησης.

Η προσπάθεια για την εξώθηση και η προσοχή για να γίνονται αντιληπτές οι υποδείξεις του μαιευτικού προσωπικού υπερσχύουν κάθε άλλη σκέψη και η επίτοκος χρησιμοποιεί ορθολογιστικά όλες τις συνεργατικές δυνάμεις, εξωτερικές και εσωτερικές, για την πολυπόθητη έκβαση.

Πολλές επίτοκοι έχουν τη δυνατότητα να προβάλλουν το άμεσο μέλλον, να προγεύονται το τέλος του τοκετού και την ευτυχία της συνάντησης με το παιδί. Οι αναφορές είναι σύντομες και γεμάτες ζωή, «ετοιμάζεται να γεννηθεί η κόρη μου,» και δείχνουν ότι πράγματι σ' αυτή τη στιγμή του αποχωρισμού, εμφανίζεται η αγωνία της αναμονής του παιδιού που έρχεται, η αναγνώριση της ξεχωριστής οντότητάς του. Είναι ένα είδος ιδιαίτερης φώτισης στο αναμενόμενο προοδευτικό σκορπισμα του «παιδιού της νύχτας» και στην εμφάνιση της συγκεκριμένης πραγματικότητας του νεογνού.

Η πρώτη συνάντηση συμπεριλαμβάνει πολλές όψεις. όπως το λυτρωτικό αποτέλεσμα, η συνάντηση με το παιδί, την ευτυχία για την πραγματοποίηση της επιθυμίας να «φέρει στον κόσμο το παιδί», το ξάφνιασμα και την αγαλλίαση, την έξαρση, είναι τα κυρίαρχα συναισθήματα.

Αν και για μερικές γυναίκες αποτελεί μεγάλη διαδικασία να αποδεχθούν το νεογνό ως παιδί τους, εκδηλώνοντας από μια ανησυχητική αδιαφορία, για την πλειοψηφία, στην πρώτη συνάντηση υπάρχει μια ενθουσιώδης αναγνώριση.

Για το 32% των γυναικών ο τοκετός είναι μια «ευτυχής εμπειρία» ή «μεγάλη ανακούφιση λόγω του καλού τέλους», για το 45% μια «θετική εμπειρία» και

για το 23% μια αρνητική εμπειρία για τις προσδοκίες τους( απογοήτευση ή διάψευση).

Ο τοκετός ως ψυχικό γεγονός, κατά μεγάλο μέρος ασυνείδητο και προκατοχυρωμένο , παραμένει από πολλές όψεις δυσπερίγραπτος. Μερικές φορές καταλήγει σε μια περιοχή αφασίας , κάποιες άλλες αναπηδά στην υπερβολική εξιστόρηση « δεν υπάρχουν λόγια τυποποιημένα που να ακούγονται αληθινά και δεν υπάρχουν λέξεις πραγματικές που να είναι παγκοσμίως κοινές και εκφραστικές».

Μερικές γυναίκες μπορεί να ζήσουν στον τοκετό ιδιαίτερα αγχώδεις καταστάσεις, που να μην μπορούν καν να τις διατυπώσουν. Άλλες φθάνουν στον τοκετό συναισθηματικά ανώριμες , ανίκανες να αντεπεξέλθουν.

Ακόμη και αν παραδεχθούμε ότι μια γυναίκα είναι συναισθηματικά αρκετά ώριμη , το όλο γεγονός των ωδίνων και του τοκετου γκρεμίζει πολλούς ελέγχους , με αποτέλεσμα να χρειάζεται μεγάλη φροντίδα και υποστήριξη , έτσι ακριβώς όπως ένα παιδί έχει ανάγκη από μια μητέρα να το συνοδεύσει σε κάθε καινούργια εμπειρία . ( Riva& Crugnola,1992).

# Κεφάλαιο II

## Λοχεία



## 2.1 Λοχεία

( Διατροφή, Φάρμακα, Βάρος του σώματος, Αίσθημα αδυναμίας, Καθαριότητα, Σεξουαλικές σχέσεις, ).

Η διατροφή της λεχώιδας πρέπει να είναι πλούσια , όπως και κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και να βασίζεται στους ίδιους διαιτητικούς κανόνες. Δηλαδή, βασικά συστατικά για τη διατροφή της λεχώιδας αποτελούν οι πρωτεΐνες, τα λίπη, οι υδατάνθρακες, οι βιταμίνες και τα μεταλλικά άλατα. Θα προσπαθήσουμε να δώσουμε μια σύντομη περιγραφή των παραπάνω στοιχείων και της διατροφικής αξίας που περιέχουν. ( Μανωλάκου 1999)

**Πρωτεΐνες:** Είναι το κατεξοχήν δομικό υλικό για την ανάπτυξη και αύξηση των ιστών του σώματος.

**Λίπη:** Τα λίπη δεν έχουν την ίδια διατροφική αξία , όπως οι πρωτεΐνες , είναι όμως εξίσου χρήσιμα. Τα λίπη τα προμηθεύεται ο οργανισμός από το ζωικό και από το φυτικό βασίλειο. Καλό για τη λεχώιδα είναι να παίρνει λίπη που προέρχονται από το φρέσκο βούτυρο και το παρθένο ελαιόλαδο, γιατί είναι πλούσια σε βιταμίνες Α και D και είναι περισσότερο εύπεπτα.

**Υδατάνθρακες:** Οι υδατάνθρακες αποτελούν την κατεξοχήν πηγή ενέργειας για τον άνθρωπο. Βρίσκονται κυρίως στο ψωμί, στα όσπρια, στο ρύζι , στις πατάτες.

**Βιταμίνες:** Οι βιταμίνες δεν αποτελούν πηγή ενέργειας , είναι όμως απόλυτα απαραίτητες για τη διατήρησης της καλής φυσικής κατάστασης του οργανισμού. Θα αναφέρουμε παρακάτω τη χρησιμότητα καποιων βιταμινών.

**Βιταμίνη Α:** Βελτιώνει την όραση , ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα, δρα ευγεργητικά και θεραπευτικά στο δέρμα, προάγει την ανάπτυξη γερών οστών, δοντιών, μαλλιών και ούλων.

**Βιταμίνη Β1 (θειαμίνη):** Είναι απαραίτητη για το μεταβολισμό των πρωτεϊνών και των υδατανθράκων και προάγει την καλή λειτουργία του νευρικού συστήματος , των μυών, της πέψης και της καρδιάς.

**Βιταμίνη Β2 ( ριβοφλαμίνη):** Είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της καλής υγείας , ιδιαίτερα των ματιών , των μαλλιών και των ωχιών. Παρέχει προστασία κατά του καρκίνου.

**Βιταμίνη Β3( νιασίνη):** Είναι σημαντική για την καλή λειτουργία του νευρικού συστήματος. Συντελεί στην πέψη των τροφών και την κυκλοφορία του αίματος και ακόμα προλαμβάνει ημικρανίες και πονοκεφάλους.

**Βιταμίνη Β5 ( παντοθενικό οξύ):** Βελτιώνει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, συντελεί στην επούλωση τραυμάτων και στην αντιμετώπιση του άγχους.

**Βιταμίνη Β9( φυλλικό οξύ):** Είναι απαραίτητη για την κυτταρική ανάπτυξη και διαίρεση. Βελτιώνει την έκκριση γάλατος κατά το θηλασμό. Συμβάλλει στη δημιουργία αντισωμάτων.

**Βιταμίνη C:** Συμμετέχει σε όλες τις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού. Ισχυροποιεί το ανοσοποιητικό σύστημα και καταπολεμά λοιμώξεις και τον καρκίνο. Διατηρεί υγιή τα ούλα , τα δόντια , τα γεννητικά όργανα και τα οστά.

**Βιταμίνη D:** Διεγείρει το ανοσοποιητικό σύστημα και προστατεύει από τον καρκίνο. Είναι απαραίτητη για την απορρόφηση του ασβεστίου , του φωσφόρου και άλλων μεταλλικών στοιχείων από το πεπτικό σύστημα.

**Μεταλλικά άλατα:** Είναι τα ανόργανα στοιχεία του ανθρώπινου σώματος, τα οποία είναι απαραίτητα για την κατασκευή του και για τη ρύθμιση των

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της γυναίκας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας.

λειτουργιών του. Κάποια από αυτά υπάρχουν σε μεγάλες ποσότητες ( ασβέστιο, φώσφορος ) και κάποια ως ιχνοστοιχεία ( σίδηρος , χαλκός).

**Νάτριο:** Είναι ρυθμιστής της ισορροπίας του νερού στον οργανισμό.

**Κάλιο :** Είναι ενδοκυττάριο στοιχείο και συμμετέχει στη ρύθμιση της λειτουργίας των σκελετικών μυών και του μυοκαρδίου, καθώς και της πίεσης του αίματος.

**Ασβέστιο:** Είναι απαραίτητο για τη σωστή δόμηση των οστών , τη σύσπαση και χαλάρωση των μυών,την πήξη του αίματος και τη φυσιολογική καρδιακή λειτουργία. Σε περιπτώσεις ελαττωμένης πρόσληψης , προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες του εμβρύου, ενδέχεται να κινητοποιείται ασβέστιο από τα οστά της εγκύου, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει επώδυνη χαλάρωση των αρθρώσεων της πύελου.

**Σίδηρος:** Είναι απαραίτητος για τη σύνθεση της αιμοσφαιρίνης των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Ο σίδηρος είναι απαραίτητος κατά τη γαλουχία, για την κάλυψη των αναγκών σε σίδηρο της λεχώιδας λόγω της απώλειας αίματος κατά τον τοκετό και των διατροφικών αναγκών της ίδιας και του νεογνού.

**Φώσφορος:** Είναι στοιχείο απαραίτητο για τη δόμηση των οστών και για το μεταβολισμό.

**Μαγγάνιο:** Ενεργοποιεί πολλά ένζυμα και είναι απαραίτητο για την κατασκευή του σκελετού και τη λειτουργία του Κ.Ν.Σ. Η ανεπάρκεια του συνδέεται με κόπωση , ανορεξία και νευρική ευερεθιστότητα.( Χρησιμοποιείται στη θεραπεία νευροψυχιατρικών παθήσεων, όπως τη νόσο του Alzheimer και τη σχιζοφρένεια \*<sup>1</sup> ).

---

\*1 Σειρά ψυχωσικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από έλλειψη επαφής με την πραγματικότητα, επιπεδοποίηση των συναισθημάτων, ασυνάρτητη σκέψη, ιδιάζουσα ενναολογική και γνωστική σύγκρουση, ανακριβή αντίληψη του περιβάλλοντος καθώς και η ανικανότητα ελέγχου επιθετικών και αυτοκαταστροφικών τάσεων . Συχνή επίσης είναι η εμφάνιση παραισθήσεων και παραλητηκών ιδεών.

Στα αρχικά στάδια της λοχείας, η λεχώιδα νιώθει την όρεξή της να περιορίζεται και τη δίψα της να αυξάνεται. Οι θερμιδικές ανάγκες, εφόσον η λεχώιδα θηλάζει, είναι περισσότερο αυξημένες από ότι στην εγκύμοσύνη. Η διατροφή της θα πρέπει να είναι πλούσια σε πρωτεΐνες, μεταλλικά άλατα και βιταμίνες, τα οποία και αναλύσαμε παραπάνω. Είναι απαραίτητο να πίνει 1-2 λίτρα γάλα την ημέρα, χυμούς και να τρώει φρέσκα φρούτα και λαχανικά.

Καλό είναι να αποφεύγει ουσίες που περνούν στο γάλα και προκαλούν στα νεογνά απέχθεια για το θηλασμό. Τέτοιες ουσίες είναι το σκόρδο, το κρεμμύδι, το κουνουπίδι και τα σπαράγγια. Τα αλκοολούχα ποτά είναι καλό να αποφεύγονται, ωστόσο ένα ποτήρι μύρα επιτρέπεται.

Η λήψη φαρμάκων κατά τη λοχεία απαγορεύεται, όπως και κατά την εγκυμοσύνη, γιατί πολλά από τα φάρμακα εισέρχονται στο γάλα και δι' αυτού και στο νεογνό.

Κατά την εβδομάδα που ακολουθεί τον τοκετό συνήθως χάνονται 5-6kg. Προς το τέλος της λοχείας, οι περισσότερες λεχώιδες έχουν το βάρος που είχαν πριν την εγκυμοσύνη. Ευκολότερα χάνουν τα κιλά οι λεχώιδες που θηλάζουν, επειδή ο γυναικείος οργανισμός χρησιμοποιεί για το θηλασμό αποθέματα που είχε δημιουργήσει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Αν η λεχώιδα έχει πάρει πολλά κιλά κατά την εγκυμοσύνη, η λοχεία δεν αποτελεί κατάλληλη περίοδο για δίαιτα. Ο οργανισμός είναι ήδη ταλαιπωρημένος από την εγκυμοσύνη και τον τοκετό και δεν πρέπει να επιβαρυνθεί επιπλέον. Μπορεί όμως να ακολουθήσει μια σωστή και πλήρη διατροφή, από την οποία θα λείπουν τα γλυκά και τα λιπαρά.

Πολλές γυναίκες νιώθουν ένα συναίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, που εμφανίζεται από τις πρώτες μέρες του τοκετού ( Marcy & Falkner, 1979). Συνήθως οφείλεται σε ήπια αναιμία συνέπεια του τοκετού και αντιμετωπίζεται

με σωστή διατροφή και με συνέχιση της χορήγησης σιδήρου και βιταμινών, που πιθανόν να είχε αρχίσει κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης.

Ένας ακόμη λόγος είναι η προσπάθεια του οργανισμού να επανέλθει στους παλιούς του ρυθμούς, ενώ δεν πρέπει να αγνοείται και η κόπωση του τοκετού.

Αν η λεχωίδα νιώθει ένα τέτοιο αίσθημα θα πρέπει να φροντίσει να ξεκουράζεται όσο μπορεί και να αποφεύγει τις κοινωνικές υποχρεώσεις και επισκέψεις, μέχρι να ανακτήσει τις δυνάμεις της. Καλό είναι να ζητήσει τη βοήθεια κάποιας συγγενούς ή γυναίκας για τις δουλειές του σπιτιού, για να αποφεύγει τις μετακινήσεις επίπλων, το να μεταφέρει βάρη και να μην κουράζεται άσκοπα. Δεν θα πρέπει να παραμελήσει τη γυμναστική και τη σωστή διατροφή. Θα τη βοηθήσει πολύ να βρεί μια τουλάχιστον ώρα την ημέρα να τη διαθέσει στον εαυτό της, για να τον φροντίζει και ν' ασχολείται μαζί του.

Τέλος θα πρέπει να αναφέρουμε κάτι πολύ σημαντικό, η λεχωίδα θα πρέπει να γνωρίζει ότι η λοχεία δεν είναι αρρώστια! Θα πρέπει να βρίσκει – όπως αναφέραμαι και παραπάνω- πράγματα να κάνει που θα την ευχαριστούν και σιγά-σιγά θα την επαναφέρουν στους ρυθμούς της.

Η καθαριότητα δεν θα πρέπει να παρεμελείται κατά τη διάρκεια της λοχείας, γιατί την περίοδο αυτή ο κίνδυνος λοιμώξεων είναι μεγαλύτερος. Τοπική καθαριότητα των γεννητικών οργάνων είναι αναγκαία αμέσως μετά τη χρήση τουαλέτας. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιείται χλιαρό νερό και ελαφρύ αντισηπτικό. Το καθημερινό μπάνιο πρέπει να γίνεται με χλιαρό νερό και σαπούνι , για να απομακρύνονται όλες οι εκκρίσεις του δέρματος και τα υπολείμματα του γάλακτος στο δέρμα μετά το θηλασμό. Τα χέρια και οι θηλές πρέπει να πλένονται πριν από κάθε θηλασμό ( Heffer,1982).

Παρότι συστήνεται αποχή από τις σεξουαλικές επαφές κατά τη λοχεία, η λεχωίδα μπορεί να τις αρχίσει όταν το επιθυμεί. Ωστόσο , οι περισσότερες λεχωίδες δεν έχουν συνήθως ερωτική διάθεση , είτε λόγω του τραύματος τους , είτε λόγω της μειωμένης έκκρισης οιστρογόνων. Κατά τη διάρκεια της λοχείας ,

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της γυναίκας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας.

ιδιαίτερα όταν η λεχώρα θηλάζει , δεν γίνεται ωορρηξία. Αυτός όμως δεν είναι λόγος για να μη χρησιμοποιήσει κάποια αντισυλληπτική μέθοδο. Δύο συνεχόμενες εγκυμοσύνες είναι μεγάλη φόρτιση για το γυναικείο οργανισμό ( Shaffer,1983).

## **2.2 Ψυχοπαθολογία της μητρότητας κατά τη διάρκεια της Λοχείας.**

«Η μητρότητα είναι το τελευταίο στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ωρίμανσης της γυναίκας» ( Benedek)

Κατά συνέπεια , δεν είναι μόνο μια βιολογική διαδικασία , αλλά και μια ψυχολογική κρίση , κατα τη διάρκεια της οποίας επανέρχονται στο προσκήνιο και επανεξετάζονται όλα τα προβλήματα συναισθηματικής και σεξουαλικής ανάπτυξης : αναδύονται οιδιπόδειες και προγεννητικές φαντασιώσεις ( ιδίως αυτές του στοματικού σταδίου), αναζωπυρνώονται παιδικές συγκρούσεις της γυναίκας με τη μητέρα της. Η γυναίκα βιώνει μια παλινδρομικού\*<sup>1</sup> τύπου ναρκισσιστική\*<sup>2</sup> αναδίπλωση. Η συμβίωση και συγχώνευση της με το παιδί που υπάρχει κατά την εγκυμοσύνη συνεχίζεται και μετα τον τοκετό, κατα την παροχή μητρικών φροντίδων στο βρέφος. Η μητέρα αρχικά ταυτίζεται με το βρέφος και στη συνέχεια το αφήνει να αυτονομηθεί προοδευτικά ( Σακελλαρόπουλος, 1995).

Η εγκυμοσύνη είναι μια ριζική δοκιμασία : διπλασιασμός του σώματος , αποχωρισμός και συνύπαρξη του «Εγώ» και ενός άλλου , μιας φύσης και μιας συνείδησης , μιας φυσιολογίας και μιας ομιλίας. Αυτή η θεμελιώδης αμφισβήτηση της ταυτότητας συνοδεύεται από μια φαντασίωση ολότητας-ναρκισσιστικής πληρότητας. Η εγκυμοσύνη είναι ένα είδος ψύχωσης , θεσμοθετημένης , κοινωνικοποιημένης , φυσικής.

---

\*<sup>1</sup> ψυχοδυναμικός μηχανισμός άμυνας, όπου το άτομο, στην αδυναμία του να αντιμετωπίσει δύσκολες καταστάσεις, καταφεύγοντας σε τρόπους συμπεριφοράς αποτελεσματικούς σε προγενέστερα στάδια της εξέλιξης τους.

\*<sup>2</sup> Στην ψυχανάλυση, κάθε επένδυση του λίμπιντο και επομένως καθεξής, σε πλευρές του εαυτού του και όχι σε εξωτερικά αντικείμενα

Η άφιξη του παιδιού , αντιθέτως , οδηγεί τη μητέρα του μέσα στους λαβύρινθους μιας εμπειρίας ασυνήθιστης: στην αγάπη για έναν άλλο. Όχι για τον εαυτό ούτε για ένα όμοιο ον, ακόμη λιγότερο για έναν άλλο με τον οποίο το « εγώ» συγχωνεύεται. Η εμπειρία αυτή είναι οργή , δύσκολη και προυποθέτει την ευχάριστη εκμάθηση της προσοχής, της πραότητας, της λήθης του εαυτού. Η ολοκλήρωση αυτής της διαδρομής χωρίς μαζοχισμό\*<sup>1</sup> και χωρίς ισοπέδωση της συναισθηματικής , διανοητικής και επαγγελματικής προσωπικότητας αποτελεί το στόχο της αποενοχοποιημένης μητρότητας. Συντελείται , με όλη τη σημασία της λέξης , μια δημιουργία , προς στιγμή παραμελημένη ( Christeva,1998).

Οι ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις που μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της λοχείας πρέπει να ερμηνεύονται σε συνάρτηση με την προσωπική ιστορία της κάθε γυναίκας , τις ιδιαιτερότητές της , τη συναισθηματική της ζωής, το κοινωνικό-πολιτισμικό της επίπεδο και κυρίως τη στάση της απέναντι στη μητρότητα. Μόνο σε αυτό το πλαίσιο μπορούμε να κατανοήσουμε τη σημασία των διαφορετικών συγκυριακών παραγόντων ( παράνομη ή επιθετική μητρότητα , απρόσφορη στάση του συζύγου ή των γονέων , δυσμενείς κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες)

Οι πρώιμες επιλόχειες ψυχώσεις έχουν ιδιαίτερη κλινική εικόνα και πορεία. Αρχίζουν **μεταξύ 5ης και 25ης ημέρας**. Προαναγγέλλονται , μερικές φορές , από αγχώδεις ιδεομηρυκασμούς και εφιάλτες με νυχτερινή ψυχοκινητική ανησυχία. Η συνηθέστερη κλινική εικόνα είναι αυτή του οξέος συγχυτικο-παραληρητικού επεισιδείου με πολύμορφη και ευμετάβλητη συμπτωματολογία. Η διαταραχή της συνείδησης είναι άλλοτε εμφανής , με αποπροσανατολισμό , ενεότητα ή εμβροντησία\*<sup>2</sup> και άλλοτε λιγότερο έντονη , οπότε η ασθενής

---

\*<sup>1</sup> Η παθολογική επιθυμία ενός ατόμου να υποφέρει σωματικά και ψυχολογικά από τον εαυτό του ή από άλλους.

\*<sup>2</sup> Κατάσταση λήθαργου και αδράνειας με ολική ή μερική απώλεια αισθήσεων



μοιάζει σαν χαμένη, είναι αμήχανη και παρουσιάζει παραισθήσεις και ψευδείς αναγνωρίσεις. Το συναίσθημα είναι γενικά καταθλιπτικό και συνοδεύεται από άγχος, αλλά οι καταθλιπτικές περιόδους μπορεί να εναλλάσσονται ταχύτατα με φάσεις ευφορικής διέγερσης και φιλοπαιγμονες εκδηλώσεις. Το περιεχόμενο του παραληρήματος\*<sup>1</sup> μπορεί να περιλαμβάνει άρνηση της μητρότητας και του γάμου ή την εντύπωση ότι το παιδί δεν υπάρχει ή ότι δεν είναι δικό της. Η εντύπωση αυτή, μερικές φορές, συνοδεύεται από αμφιθυμικό\*<sup>2</sup> φόβο θανάτου του παιδιού ή από διωκτικού τύπου πεποίθηση ότι το άλλαξαν ή το αντικατέστησαν (Σακελλαρόπουλος, 1995).

Εξαιτίας της διέγερσης και του κινδύνου αυτοκτονίας ή παιδοκτονίας, επιβάλλεται η νοσηλεία των γυναικών αυτών. Ωστόσο, οι υποτροπές μετά από σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα είναι συχνές. Η εξέλιξη μπορεί να συνεχιστεί με διακυμάνσεις επί 3-5 μήνες. Οριστική ίαση παρατηρείται στα 4 των 5 περιπτώσεων. Σε περίπτωση νέας κύησης, υποτροπή εμφανίζεται στο 20% των περιπτώσεων.

Η μελαγχολία της λοχείας παρατηρείται κατά την τρίτη μέρα της λοχείας και διαρκεί 2-4 ημέρες. Χαρακτηρίζεται από άγχος για το νεογνό, ήπια κατάθλιψη με κλάμα, αίσθηση ανεπάρκειας και μερικές φορές επιθετικότητα απέναντι στο σύζυγο ή την οικογένεια. Τις περισσότερες φορές είναι περιορισμένης έντασης, μπορεί όμως να λάβει και μεγαλύτερες διαστάσεις, με διαταραχές του ύπνου και δυσμνησία, και μοιάζει με την πρόδρομη φάση της επιλόχειας ψύχωσης (Σακελλαρόπουλος, 1995).

---

\*<sup>1</sup> Κατάσταση νοητικής σύγχυσης, που χαρακτηρίζεται από έλλειψη προσανατολισμού σύγχυση, των συνειδητών διεργασιών, ανησυχία ερεθισμό και παραληρητικές ιδέες, παραισθήσεις και υψηλό πυρετό.

\*<sup>2</sup> Ταυτόχρονη ύπαρξη αντιθέτων συναισθημάτων απέναντι σ' ένα πρόσωπο ή αντικείμενο, όπως αγάπη και μίσος, έλξη και απώλεια.

### **2.3 Η σχέση των γονέων**

Στον άνδρα χρειάζεται να δοθεί χρόνος και ευκαιρία για να συνειδητοποιήσει την ύπαρξη του παιδιού στο σπίτι, στη ζωή του, στην καρδιά της συντρόφου του. Όσο καλά κι αν προετοιμάζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι λιγότερο προετοιμασμένος από τη γυναίκα, που βιώνει την ανάπτυξη του εμβρύου μέσα της. Χρειάζεται το χρόνο για να συνειδητοποιήσει ότι η καθημερινότητα αλλάζει, χρειάζεται χρόνο για να αντιληφθεί ότι ένα μεγάλο μέρος της προσοχής, του χρόνου, της φροντίδας και της αγάπης της συντρόφου του θα πηγαίνει στο νεογνό. Δεν είναι πάντα οι άνδρες προετοιμασμένοι να αποδεχθούν τη νέα κατάσταση. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν αγαπούν το παιδί τους, απλά χρειάζονται ένα διάστημα προσαρμογής ( Ποταμιανού, 1998)

Οι περισσότεροι άνδρες νιώθουν αμηχανία μπροστά σε ένα νεογνό, ακόμα και στο δικό τους παιδί. Νομίζουν ότι – έτσι μικρό που είναι – μόλις το αγγίξουν θα διαλυθεί, φοβούνται ακόμη και να το πιάσουν στα χέρια τους. Νιώθουν παρατηρητές στη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στη μητέρα και το μωρό. Δεν ξέρουν τι να κάνουν και πώς να φερθούν ώστε να μην είναι μόνο παρατηρητές. Χρειάζεται να δραστηριοποιηθούν, να αναλάβουν σιγά-σιγά ένα μέρος της φροντίδας του παιδιού. Μπορούν να ξεκινήσουν από κάτι που φαίνεται πιο εύκολο: Να αρχίσουν να βοηθούν στο καθημερινό μπάνιο του παιδιού, να του ετοιμάζουν το γάλα, αν το παιδί θηλάζει από μπιμπερό, ή ακόμη ν' αρχίζουν να το ταΐζουν. Η σύντροφος τους θα πρέπει να του δείξει πώς να αλλάξει το νεογνό και την επόμενη αλλαγή να τον αφήσει να την κάνει εκείνος. Αν δεν την κάνει καλά, να του δώσει την ευκαιρία να ξαναπροσπαθήσει.

Οι νέοι γονείς πρέπει να φροντίζουν ώστε να βρίσκουν λίγο χρόνο καθημερινά για να αφιερώνουν ο ένας στον άλλον. Δεν είναι μόνο γονείς, είναι και ζευγάρι, που έκανε κάποια πράγματα πριν να έρθει το παιδί, πράγματα που τους έδεναν, κοινά ενδιαφέροντα ή ασχολίες. Αυτά ίσως περιοριστούν για λίγο, αλλά καλό είναι να μη σταματήσουν. Πρέπει να προσπαθήσουν να μη δημιουργηθεί απόσταση μεταξύ τους, να μην απομακρυνθεί ο ένας από τις ασχολίες του άλλου, να υπάρχει πάντα ο χρόνος για λίγη ήσυχη κουβεντούλα , για τα τρέχοντα. Ένα μωρό είναι ότι πιο τρυφερό υπάρχει, ας αφήσουν αυτή την τρυφεράδα που ένα μωρό φέρνει να απλωθεί και στη μεταξύ τους σχέση. Σα δει ο ένας τον άλλο με την ίδια τρυφερότητα που βλέπει το μωρό, όλοι μας είμαστε μεγάλα παιδιά και έχουμε ανάγκη της τρυφερότητας του συντρόφου μας.

## **2.4 Προσωπικότητα κατά τη μετάβαση στη μητρότητα.**

Κατά τη μετάβαση στη μητρότητα, οι σωματικές μεταβολές είναι τόσο σημαντικές όσο και οι ψυχολογικές, αλλά η κοινωνία μας δεν τις λαμβάνει ιδιαίτερα υπόψη. Όπως έχουν δείξει μελέτες, οι έγκυες γυναίκες διαφέρουν ως προς τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σε σχέση με τις μη έγκυες, διότι η εγκυμοσύνη αποτελεί γεγονός ζωής και δίνει την ευκαιρία στις γυναίκες να αναπτύξουν, να εξελίξουν και να τροποποιήσουν κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους, ενώ και πολλές από τις επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού οφείλονται σε ψυχολογικούς παράγοντες, οι οποίοι ενδέχεται να προκαλέσουν την έκκριση κάποιων ορμονών, όπως της αδρεναλίνης, που μπορούν να περάσουν τον πλακουντιακό φραγμό και να επιρεάσουν το έμβρυο (Sreedhar & Lata, 1989).

Όπως έχει αναφερθεί και από τους Loesch και Greenberg (1962), η εγκυμοσύνη εμπεριέχει μια κατάσταση από χαλαρωμένες άμυνες, που επιτρέπουν το ξύπνημα μιας εσωτερικής ψυχολογικής πάλης. Ο Crawford (1985), έχει παρατηρήσει ότι η έγκυος γυναίκα είναι ένα ψυχολογικά διαφορετικό πρόσωπο από ότι η μη έγκυος. Η μητρότητα δίνει την ευκαιρία να ανδυθούν νέες πλευρές της προσωπικότητας, όπως η φιλοπαιγμοσύνη ή μια αίσθηση υπευθυνότητας. Στην αρνητική πλευρά, ένα συναισθηματικά σταθερό πρότυπο μπορεί να γίνει πιο νευρωτικό, ως επακόλουθο της ανησυχίας σχετικά με ένα πρόβλημα του παιδιού (Hampson, 1999).

Η Bailey (1999), πήρε συνεντεύξεις από 30 πρωτότοκες έγκυες στο 3ο τρίμηνο της κύησης, για να μελετήσει τις μεταβολές που επιφέρει η μετάβαση στη μητρότητα στη ζωή και την προσωπικότητα των γυναικών και βρήκε ότι η προσωπικότητα των γυναικών «διαθλάται» κατά τη μετάβαση στη μητρότητα: «ενώ οι γυναίκες είχαν μια αίσθηση συνέχειας του εαυτού, η εμπειρία τους άλλαξε κατά το μήκος των διαφορετικών διαστάσεων. Οι γυναίκες εμφάνισαν

μια διάθλαση του εαυτού τους , κατά την οποία η προσωπικότητα τους έκανε αισθητά ως τώρα κρυμμένα στοιχεία που τη συνθέτουν».

Παρακάτω θα αναλύσουμε τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των γυναικών κατά τη μετάβαση στη μητρότητα:

**Εξωστρέφεια-Εσωστρέφεια:** Μελέτες που χρησιμοποιούν τις διαστάσεις της προσωπικότητας για την εξωστρέφεια και το νευρωτισμό έχουν δείξει ότι η εγκυμοσύνη λειτουργεί ως « μη συγκεκριμένο stress», κατά το οποίο η απάντηση διαφέρει ανάλογα με την αρχική προσωπικότητα της γυναίκας. Οι Sreedhar& Lata (1989), διαπίστωσαν ότι κατά την πρόοδο της εγκυμοσύνης , όσο πιο εξωστρεφής είναι μια γυναίκα τόσο πιο νευρωτική γίνεται και όσο πιο εσωστρεφής είναι τόσο λιγότερο νευρωτική γίνεται. Και οι δύο ομάδες επέστρεψαν στις φυσιολογικές τους βαθμολογίες μετά τον τοκετό.

Οι μελέτες συμφωνούν ότι η γυναίκα , κατα το πέρασμα στη μητρότητα , βιώνει μια διάθεση στροφής προς τον εαυτό της, προς τις εμπειρίες και τα βιώματά της , τις έννοιες και ιδέες του εσωτερικού της κόσμου. Στα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης και στο πρώτο διάστημα της μητρότητας , οι γυναίκες στρέφονται περισσότερο στον εσωτερικό τους κόσμο, αντλούν ενέργεια απ' αυτόν , παρακολουθούν τα συναισθήματα και τις εντυπώσεις τους και οργανώνουν τον εσωτερικό τους κόσμο, στη νέα κατάσταση που βιώνουν. Οσο περνάει ο καιρός και η γυναίκα οργανώνει τη ζωή της στη νέα κατάσταση , τη μητρότητα , μειώνεται η εσωστρέφειά της.

Η Terry( 1991) , βρήκε στοιχεία που συνδέουν την εξωστρέφεια με τα γενικά επίπεδα προσαρμογής στους νέους γονείς και τα συσχέτισε με την πρόβλεψη της επιλόχιας κατάθλιψης. Η ίδια διαπίστωσε ακόμη, ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης σχετίζονται με την προσαρμογή κατά την περίοδο της μητρότητας. Συγκεκριμένα, βρήκε ότι στις λεχωίδες που, ως στρατηγική αντιμετώπισης , εστίαζαν τα συναισθηματά τους και όχι στην επίλυση του

εκάστοτε προβλήματος , υπήρχε αρνητική επίδραση στα επακόλουθα επίπεδα προσαρμογής τους στη μητρότητα.

Οι Rofe et al ( 1993), στην ερευνά τους διαπίστωσαν ότι οι εσωστρεφείς γυναίκες είχαν λιγότερα παιδιά και ήταν υψηλότερου κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου. Οι εσωστρεφεις πρωτότοκες γυναίκες δώλωναν λιγότερη συναισθηματική ένταση.

Οι εσωστρεφείς γυναίκες είναι λιγότερο αγχώδεις (Chabot,1973), και έχουν τάση να παραπονιούνται λιγότερο για τις σωματικές διαταραχές. Τα ερήματα αυτά επιβεβαιώθηκαν από τον Rofe(1981), ο οποίος βρήκε ότι οι εσωστρεφείς γυναίκες είχαν τάση να βιώνουν λιγότερο πόνο , ανησυχία και κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης και να παρουσιάζουν τις ωδίνες του τοκετού λιγότερο τρομακτικές .

Οι Areiaw, Kumar, Barrow και Figueiredo (1996) μελέτησαν τις συσχετίσεις της επιλόχειας κατάθλιψης στις πρωτοτόκες και τους συζύγους τους. Μεταξύ των άλλων μέτρησαν και στοιχεία της προσωπικότητας ( Eysenck Personality Inventory, EPI και Attributional Style Questionnaire, ASQ), όπως την εσωστρέφεια-εξωστρέφεια, στο βαθμό που κάποιος θεωρεί το εαυτό του ως την κύρια αιτία των γεγονότων. Οι ερευνητές δεν ανέφεραν συσχέτιση μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης και της εσωστρέφειας-εξωστρέφειας.

Η έρευνα των Goldstein et al (1996) αφορά τα μητρικά χαρακτηριστικά και την κοινωνική υποστήριξη κατά τη μετάβαση στη μητρότητα και τα συσχετίζει με τη μητρική συμπεριφορά. Οι συσχετισμοί αποκάλυψαν ότι οι γυναίκες που αξιολογήθηκαν ως πιο εκφραστικές είχαν συνήθως λιγότερο άγχος και ανησυχία για τον τοκετό, λιγότερο αρνητική διάθεση μετά τον τοκετό και μεγαλύτερη συζυγική υποστήριξη μετά τον τοκετό, απ' ότι οι γυναίκες που αξιολογήθηκαν ως λιγότερο εκφραστικές.( Goldstein et al,1996).

Οι Ungerer et al (1997) ερεύνησαν την αμυντική στάση και προσαρμογή στις ενδοπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των ζευγαριών που περίμεναν το πρώτο

τους παιδιά. Μεταξύ των άλλων μελέτησαν και την προσωπικότητα , κατά το 1ο τρίμηνο της κύησης ( Defense style Questionnaire , DSQ, Eysenck Personality Inventory, EPI, Locus of Control of Behavior Scale , LCBS). Με το EPI μελέτησαν το νευρωτισμό και την εσωστρέφεια – εξωστρέφεια. Με το LCBS μέτρησαν το βαθμό που το άτομο αντιλαμβάνεται αν τα γεγονότα είναι συνέπεια της συμπεριφοράς του ή η συμπεριφορά του είναι υπεύθυνη για τα γεγονότα. Βρέθηκε ότι οι μητέρες που έδειξαν ανεπαρκή συζυγική προσαρμογή , ένα χρόνο μετά τον τοκετό , υιοθετούσαν περισσότερο τον εξωτερικό έλεγχο των γεγονότων ( Ungerer, Waters, Barnett, Doldy, 1997).

Στην Ελλάδα , η έρευνα των Δραγώνα και συν (1997) για τις εργαζόμενες γυναίκες και τη συναισθηματική τους ευημερία κατά την κύηση μέτρησε εκτός των άλλων, και στην εξωστρέφεια-εσωστρέφεια , για να κρίνει κατά πόσο το άτομο βλέπει την ευθύνη για ότι του συμβαίνει ως κάτι εξωγενές παρά μέσα από το δικό του έλεγχο. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία, τόσο περισσότερο αντικατροπτίζει έναν εξωτερικό τρόπο ελέγχου. Οι πρωτότοκες Ελληνίδες με μεγάλη εσωτερικότητα , δηλαδή αυτές που βρέθηκαν να αναλαμβάνουν τις ευθύνες των πράξεων τους , δεν τείνουν να έχουν κατάθλιψη ( Δραγώνα και συν, 1997). Στη μελέτη των Μωραιτου και Στάλικα (2002), κατά τη μέτρηση που έγινε στους δύο μήνες μετά τον τοκετό βρέθηκε ότι η διάσταση της προσωπικότητας εσωστρέφεια προβλέπει στατιστικώς σημαντικά την εμφάνιση κατάθλιψης, ερμηνεύοντας το 8,3% της διακύμανσης της κατάθλιψης. Η σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών ήταν ευθύγραμμη. Γνωρίζοντας αν η γυναίκα εκφράζει τη διάσταση της εσωστρέφειας , θα μπορούσε ίσως να προβλεφθεί αν θα εκδηλώσει επιλόχεια κατάθλιψη στους 2 μήνες μετά τον τοκετό.

**Νευρωτισμός:** Ο Jarrahi-Zadeh (1969) συνέκρινε τις έγκυες γυναίκες με τις μη έγκυες και βρήκε ότι οι έγκυες σημείωναν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα Cattell νευρωτισμού. Ποσοστό 50% των εγκύων δήλωσαν αυπνίες,

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της γυναίκας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας.

άγχος, μελαγχολία, άστατη διάθεση και αυξημένη τάση για στεναχώρια (Sreedhal & Lata, 1989).

Στην έρευνα των Areias, Kumar, Barrow και Figueiredo (1996), ο νευρωτισμός συνδέθηκε με την προγεννητική κατάθλιψη. Σε προηγούμενες έρευνες έχει βρεθεί σχέση μεταξύ νευρωτισμού και επιλόχειας κατάθλιψης και η συγκεκριμένη έρευνα ήταν η πρώτη που συνέδεσε το νευρωτισμό με την προγεννητική κατάθλιψη.

Επίσης οι Kitamura, Shima, Sugawara και Toda(1996) , στη μελέτη τους για την προγεννητική κατάθλιψη, βρήκαν ότι η προγεννητική κατάθλιψη συνδέεται θετικά με υψηλά επίπεδα νευρωτισμού.

Οι Ungerer et al (1997) ερευνήσαν την αμυντική στάση και προσαρμογή στις ενδοπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των ζευγαριών που περίμεναν το πρώτο τους παιδί. Με το EPI (Eysenck Personality Inventory), μελέτησαν το νευρωτισμό. Βρήκαν ότι ο νευρωτισμός συσχετίστηκε με αρνητική συζυγική προσαρμοστικότητα τον 4ο και 12ο μήνα μετά τον τοκετό( Ungerer, Waters, Barnett, Doldy,1997).

Η δυσκολία προσαρμογής στην εγκυμοσύνη , οδηγεί σε ορισμένα είδη κακής προσαρμογής, όπως το άγχος και αίσθημα κατωτερότητας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι το αίσθημα κατωτερότητας δέχεται περισσότερες κοινωνικές και πολιτιστικές επιδράσεις απ' ότι η προσωπικότητα. Η αλλαγή του σώματος σε ορισμένες κουλτούρες είναι καλοδεχούμενη , σε άλλες απλά ανεκτή, επειδή είναι αναπόφευκτη. Στο 3ο τρίμηνο της κύησης μπορεί να εμφανιστούν αισθήματα κατωτερότητας σε έγκυες γυναίκες. Η μεταβλητή αυτή επιδρά στην προσωπικότητα , καθώς έχει άμεση σχέση με το σχήμα του σώματος ,που αλλάζει στην εγκυμοσύνη. Στη μελέτη των Sreedhal & Lata (1989) βρέθηκε ότι η ορατή αλλαγή στο σχήμα του σώματος δημιούργησε αισθήματα κατωτερότητας σε έγκυες γυναίκες με περιορισμένη κοινωνική κινητικότητα και φτωχές διαπροσωπικές σχέσεις(Sreedhal & Lata, 1989).



**Αυτοεκτίμηση -Αισιοδοξία:** Η έρευνα των Cameron, Hobfoll, Crowher , Ritter ( 1996), έδειξε ότι η αυτοεκτίμηση συνδέεται με την αύξηση του βάρους κατά την κύηση. Στις Ευρωπαϊκές , η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η αύξηση του βάρους συσχετίστηκαν θετικά με την κατάθλιψη , ενώ η υψηλή αυτοεκτίμηση και η αύξηση βάρους αρνητικά. Στις Αφρικανοαμερικανίδες , η χαμηλή αυτοεκτίμηση συσχετίστηκε θετικά με την κατάθλιψη, αλλά όχι και η αύξηση του βάρους (Cameron, Hobfoll, Crowher , Ritter,1996).

Οι Dimitrovsky et al (1998) , βρήκαν ότι οι γυναίκες , έγκυες και λεχώιδες , με υψηλό βαθμό αυτοεκτίμησης παρουσίαζαν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης και λιγότερα αρνητικά συναισθήματα απο τις γυναίκες με χαμηλή αυτοεκτίμηση (Dimitrovsky et al,1998).

Οι McVeith και Smith (2000), στην έρευνά τους για την αυτοεκτίμηση στις 6 εβδομάδες και στους 6 μήνες μετά τον τοκετό, βρήκαν ότι η αυτοεκτίμηση επηρεάζεται από τις απαιτήσεις της μητρότητας. Η έρευνα συμπεριλάμβανε ενήλικες και έφηβες γυναίκες και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η αυτοεκτίμηση σχετίζεται θετικά με την ηλικία (McVeith και Smith, 2000).

**Συναισθηματισμός:** Οι Shereshefsky & Varrow , (1985) αναφέρουν ότι η αποκορύφωση της συναισθηματικής ευαισθησίας και εξάρτησης της εγκύου σημειώνεται κατα « την πρώτη περίοδο της εγκυμοσύνης». Επίσης υποστηρίζουν ότι οι έγκυες γυναίκες , τις οποίες μελέτησαν, « έδειξαν βελτίωση ως προς την προσαρμογή της εμπειρίας» και « μέχρι την ώρα του ερχομού του παιδιού, η προσαρμογή έχει γίνει πραγματικότητα με την αγωνία και τη γέννα». Η αποτυχία της συγκεκριμένης έρευνας να δώσει στήριξη στη συναισθηματική αστάθεια, όπως διευκρινίζουν οι άλλοι ερευνητές , ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι τα μέτρα ελήφθησαν κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Η συναισθηματική αστάθεια είναι δύσκολο να τοποθετηθεί αντικειμενικά , λόγω

της εναλλασσόμενης φύσης της. Πιθανώς , η κλίμακα μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε στην παραπάνω έρευνα δεν μέτρησε με ακρίβεια τις καθημερινές συναισθηματικές αλλαγές, που βίωναν πραγματικά οι έγκυες. Ένα άλλο μέτρο συναισθηματικής αστάθειας ίσως να μπορούσε να εντοπίσει και τις πιο ανεπαίσθητες αλλαγές. ( Bailey& Hailey,1987).

**Σκέψη:** Τα αποτελέσματα της μελέτης των Μωραΐτου και Σταλικά (2002) έδειξαν ότι οι έγκυες γυναίκες τείνουν να παίρνουν τις αποφάσεις τους πιο αντικειμενικά και πιο γενικά, παρά υποκειμενικά και προσωπικά , και συνεχίζουν να παίρνουν με τον ίδιο τρόπο τις αποφάσεις τους και μετά τον τοκετό. Η ευθύνη για την ανατροφή του νεογνού δεν τις κατευθύνει σε άλλο τρόπο λήψης αποφάσεων (Μωραιτου και Σταλικά,2002).

Παρατηρήθηκε ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης , οι γυναίκες αποφασίζουν περισσότερο με ένα λογικό και αντικειμενικό τρόπο, αμέσως μετά τον τοκετό οι αντίστοιχες ενέργειες τους φθάνουν στα επίπεδα του γενικού γυναικείου πληθυσμού και κατά την περίοδο της λοχείας η τάση για λήψη αποφάσεων αυξάνεται , με την υψηλότερη τιμή να παρατηρείται στους 6 μήνες μετά τον τοκετό ( Μωραιτου και Σταλικά,2002).

Η παρουσία της εγκυμοσύνης κάνει τη γυναίκα να αντιληφθεί ότι οι αποφάσεις της δεν αφορούν μόνο την ίδια , αλλά ότι έχει την πλήρη ευθύνη και κάποιου άλλου. Δεν μπορεί πλέον να συνεχίζει να αποφασίζει με έναν προσωπικό τρόπο και να επιστρατεύει έναν αντικειμενικό τρόπο λήψης αποφάσεων. Η γυναίκα υποβάλλει σε αντικειμενική θεώρηση και λογικό έλεγχο τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, προκειμένου να γίνει αντιληπτή η φύση και η σημασία τους( Μωραιτου και Σταλικά,2002).

Τον ίδιο τρόπο λήψης αποφάσεων συνεχίζει και κατά τη μετάβαση στη μητρότητα. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τόσο το βρέφος μεγαλώνει , τόσο αυξάνει και η ευθύνη της νέας μητέρας στη λήψη λογικών και αντικειμενικών

αποφάσεων. Η χαμηλότερη τιμή αυτής της παραμέτρου καταγράφεται την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό. Η εβδομάδα αυτή αποτελεί μια μεταβατική περίοδο. Η γυναίκα αντεπεξήλθε στη δοκιμασία του τοκετού , γεγονός που δημιουργεί ικανοποίηση και χαλάρωση ( Μωραΐτου και Σταλικά,2002).

**Κριτική θεώρηση:** Στη μελέτη των Μωραϊτου και Σταλικά (2002) , από όλες τις διαστάσεις της προσωπικότητας που μετρήθηκαν με το MBTI, μόνο η διάσταση προσωπικότητας « κριτική θεώρηση» βρέθηκε να παρουσιάζει στατιστικώς οριακά σημαντική διαφορά στη μέτρηση μέχρι τον 5ο μήνα της κύησης και τον 6ο μήνα μετά τον τοκετό. Η διάσταση αυτή αφορά τον τρόπο ζωής του ατόμου και τον τρόπο με τον οποίο εφαρμόζει τις αποφάσεις του και λύνει τα προβλημάτά του και αποτελεί επιλογή όσων προγραμματισμένη και οργανωμένη ζωή ( Μωραϊτου , 2002).

Ακόμα , βρέθηκε ότι οι έγκυες γυναίκες , είτε επιλέγουν μια τάση στο να στοχεύουν , να ρυθμίζουν και να ελέγχουν κατά τη δράση τους , είτε να έχουν μια παρόρμηση προς το απρόβλεπτο, όταν δρουν , η μητρότητα με τις νέες ανάγκες και απαιτήσεις της , δεν θα παρέμβει στον τρόπο που επιλέγουν οι γυναίκες να δράσουν στην καθημερινότητά τους(Μωραϊτου , 2002).

Υποτίθεται ότι οι γυναίκες κατά τη μεταβασή τους στη μητρότητα , επιλέγουν έναν τρόπο ζωής πιο οργανωμένο και προγραμματισμένο. Φαίνεται όμως ότι κατά το περασμά τους από την εγκυμοσύνη και τη λοχεία , αναπτύσσουν έναν τρόπο εφαρμογής των αποφασεών τους και επίλυσης των προβλημάτων τους βασισμένο σε κριτική θεώρηση παρά σε ευρύτερη κατανόηση. Η ευθύνη της μητρότητας οδηγεί τις γυναίκες που είχαν επιλέξει να έχουν οργανωμένο και προγραμματισμένο τρόπο ζωής στην περαιτέρω ανάπτυξη του τρόπου αυτού στην καθημερινότητα τους , για να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις νέες τους ευθύνες(Μωραϊτου , 2002).

Τα υψηλότερα ποσοστά της « κριτικής θεώρησης», καταγράφηκαν κατά το 2ο μήνα μετά τον τοκετό. Πρόκειται για το χρονικό εκείνο σημείο, όπου έχουν περάσει οι 40 πρώτες μέρες μετά τον τοκετό, η λοχεία έχει ολοκληρωθεί και η γυναίκα καλείται, εκτός από τις ευθύνες του βρέφους, να αναλάβει και όλες τις άλλες εργασιακές και κοινωνικές της ευθύνες. Για να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις συνολικές υποχρεώσεις της, οργανώνεται και προγραμματίζει τη ζωή της όσο το δυνατόν καλύτερα. Καθώς πλησιάζει το πρώτο εξάμηνο μετά τον τοκετό η τάση για οργανωμένη ζωή μειώνεται, καθώς οι γυναίκες αρχίζουν κάπως να χαλαρώνουν (Μωραιτου, 2002).

**Διαίσθηση:** Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό σημειώνονται οι υψηλότερες τιμές της « διαίσθησης», σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Οι έγκυες και οι λεχωίδες παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση να δέχονται ερεθίσματα του περιβάλλοντος, εστιάζοντας περισσότερο την προσοχή τους στη διαίσθησή τους απ' ό,τι στις αισθήσεις τους. Η τάση αυτή παρουσιάζει την υψηλότερη τιμή της όταν ακόμη η κύηση είναι « ιδιωτικό γεγονός», μειώνεται στο 3ο τρίμηνο της κύησης, αυξάνεται λίγο μετά τον τοκετό, εμφανίζει τη δεύτερη υψηλότερη τιμή του στους δύο μήνες μετά τον τοκετό και στον 6ο μήνα μετά τον τοκετό επανέρχεται στα επίπεδα του 3ου τριμήνου (Μωραιτου, 2002).

Τα ορατά σημεία της εγκυμοσύνης αργούν να εμφανιστούν. Έτσι οι γυναίκες στα αρχικά στάδια της κύησης αγνοούν την εγκυμοσύνη τους, ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχουν συμπτώματα από το νευροφυτικό σύστημα (π.χ ζάλη, έμετοι). Η εγκυμοσύνη μέχρι το 5ο μήνα είναι « σιωπηλή» (Καλογεροπουλος, 1992).

Για να πάρει τα μηνύματα της εγκυμοσύνης της, η γυναίκα χρειάζεται να επιστρατεύσει τις αντιληπτικές ικανότητες που διαθέτει πέρα από τις ικανότητες των αισθησεών της, θα πρέπει δηλαδή να αναπτύξει τη διαίσθηση και τη

φαντασία της. Τα μηνύματα και τα ερεθίσματα που δέχεται την περίοδο αυτή δεν προέρχονται μόνο από τον κόσμο των αισθήσεων. Ίσως για πρώτη φορά ένας άλλος κόσμος , πέρα από αυτόν που άγγιζε, έβλεπε, γεύοταν , οσμηζόταν και άκουγε , εμφανίζεται στη ζωή της. Αναπτύσσει την παρορμητική λειτουργία που σχετίζεται με την κατανόηση λανθανόντων ερεθισμάτων, εικόνων της φαντασίας , αφηρημένων εννοιών και θεωρητικών σχημάτων (Noring,1993).

Όσο πλησιάζει η ώρα του τοκετού , η γυναίκα χρησιμοποιεί περισσότερο τις αισθήσεις της για να προετοιμαστεί για το « μυθικό» γεγονός της γέννας. Αμέσως μετά τον τοκετό αυξάνει και πάλι η διαθεσή της να αντιληφθεί τον κόσμο που υπάρχει πέρα από τον κόσμο των αισθησεών της, Η μητρότητα κατευθύνει την ανάπτυξη των διαστάσεων πέρα από τον αντιληπτό κόσμο.Η τάση για αξιοποίηση της φαντασίας και της διαίσθησης μειώνονται όσο η γυναίκα απομακρύνεται από το γεγονός του τοκετού(Μωραιτου , 2002).

**Σφαιρικότητα:** Στην έρευνα των Areias, Kumar, Barrow και Figueiredo (1996), βρέθηκε ότι από την αρχή της επιλόχιας περιόδου και μέχρι τον 3ο μήνα, οι λεχωίδες που παρουσίαζαν επολόχεια κατάθλιψη έτειναν να έχουν υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της προσωπικότητας « σφαιρικότητα», -αν οι αιτίες των γεγονότων επιρεάζουν σφαιρικά τη ζωή τους- , για τον προσδιορισμό του τρόπου ζωής τους, ενώ αργότερα από τον 4ο εως και το 12ο μήνα, έτειναν να έχουν υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της προσωπικότητα « συγκεκριμενοποίηση» (Areias, Kumar, Barrow και Figueiredo 1996).

**Σεξουαλική ταυτότητα:** Είναι μια παράμετρος που συνδέεται με την ιδέα του ρόλου και έχει προταθεί ότι σχετίζεται με την ανάπτυξη των ψυχολογικών διαταραχών που ακολουθούν τη λοχεία. Ειδικότερα οι, Areias, Kumar, Barrow και Figueiredo 1996 βρήκαν ότι οι γυναίκες που θεωρούσαν τον εαυτό τους

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της γυναίκας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας.

περισσότερο « αρρενωπό», ανέφεραν λιγότερα ψυχολογικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της κύησης , αλλά όμως περισσότερα κατά τη διάρκεια της λοχείας ( Kruckman & Smith,1998).

**Κυριαρχικότητα:** Με την κυριαρχικότητα ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας της μητέρας και την επιδρασή της στο φύλο του εμβρύου ασχολήθηκαν οι Grant & Grant , οι οποίοι υποστήριξαν ότι οι γυναίκες με κυριαρχικότητα έχουν υψηλότερα επίπεδα τεστοστερόνης και γεννούν συχνότερα αγόρια(Grant & Grant,1996).

## **2.5 Συνήθειες φυλών και χωρών κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας.**

Υπάρχουν πολλές διαφορετικές πολιτιστικές δοξασίες όσον αφορά τη σύλληψη και την εγκυμοσύνη. Στη μεσαιωνική Ευρώπη οι περισσότερες ανύπαντρες γυναίκες πίστευαν ότι τα μωρά συλλαμβάνονται από τον ομφαλό , ενώ κάποιες αυτόχθονες φυλές πίστευαν ότι το πνευμα του μωρού εισέρχεται στη μητέρα μόλις το μωρό « άρχιζε να κλωτσάει», ( έκανε τις πρώτες κινήσεις που μπορούσε να αντιληφθεί η μητέρα). Πίστευαν ότι τα πνεύματα ενυπήρχαν σε στοιχείο της φύσης: ο τόπος που η γυναίκα ένιωθε το κλότσημα του παιδιού υποδείκνυε το πνεύμα που είχε εισέλθει μέσα της. Οι Αγγλοσάξονες επίσης πίστευαν ότι το πνεύμα του μωρού έμπαινε στο σώμα της μητέρας όταν πρωτοένιωθε το κλότσημα του μωρού. Οι Εσκιμώοι πιστεύουν το ίδιο ακόμη και σήμερα. Οι Ρωμαιοκαθολικοί πιστεύουν ότι το πνεύμα του μωρού εισέρχεται κατά τη σύλληψη (Stoppard,2002)

Δοξασίες που αφορούν την τροφή κατά την εγκυμοσύνη είναι πολύ διαδεδομένες στους περισσότερους πολιτισμούς. Στις δυτικές κοινωνίες κάποιες τροφές είναι απαγορευμένες λόγω του φόβου βακτηριακής μόλυνσης. Στη Βολιβία πιστεύουν ότι η εγκυμοσύνη είναι μια θερμή κατάσταση και γι' αυτό το λόγο αποφευγονται οι « κρύες» τροφές. Στο Πουέρτο Ρίκο, λόγω του ότι η εγκυμοσύνη θεωρείται θερμή , οι « θερμές» τροφές αποφευγονται για να αποτρέψουν εξανθήματα στο παιδί που θα γεννηθεί. Στην Κίνα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν λαμβάνονται κρύες τροφές , εξαιτίας του φόβου αποβολής. Σε πολλές περιοχές της Καραϊβικής πιστεύουν ότι εάν η μητέρα τρώει αυγά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το έμβρυο θα γίνει πολύ μεγάλο και ότι το μωρό θα κλαίει σαν αγριοπούλι (Stoppard,2002).

Στην Ελλάδα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης είναι πολύ διαδεδομένο το ότι η έγκυος γυναίκα δεν θα πρέπει να στερυθεί τίποτα σε σχέση με το φαγητό. Αυτό είναι ευρύτερα γνωστό στη χώρα ως εξής: η έγκυος θα πρέπει να φάει ότι της μυρίσει!, και αυτό συμβαίνει γιατί η γυναίκα δεν θα πρέπει να μείνει με την επιθυμία ανεκπλήρωτη γιατί αυτό έχει αντίκτυπο στο νεογνό. Δηλαδή εάν η έγκυος δεν φάει τελικά αυτό « που της μύρισε», θα εμφανιστεί σαν σημάδι στο σώμα του μωρού! Εάν θελήσει για παράδειγμα φράουλες και , συνήθως, ο σύζυγος δεν μπορέσει να ικανοποιήσει την επιθυμία της , τότε ένα σημάδι με το σχήμα της φράουλας θα αποτυπωθεί στο σώμα του μωρού!

Επίσης όντας μια χώρα που πιστεύει στο Χριστιανισμό, κατά το μεγαλύτερο ποσοστό της , δεν θα μπορούσε να λείπει και το χριστιανικό στοιχείο στην εγκυμοσύνη. Λέγεται λοιπόν ότι την ημέρα που η Εκκλησία γιορτάζει τον Άγιο Συμεών (03, Φεβρουαρίου), η έγκυος δεν θα πρέπει να κάνει καμιά οικιακή εργασία , γιατί ο Άγιος θα « σημαδέψει», το νεογνό!

Κατά την περίοδο της λοχείας η μητέρα συνήθως παραμένει σε απομόνωση και της παρέχεται ιδιαίτερη τροφή και περιποίηση. Στις παραδοσιακές ιουδικές κοινωνίες τη λεχώνα περιποιούνται εξολοκλήρου και αποκλειστικά οι γυναίκες. Η φωτιά παραμένει αναμμένη, ακόμα και το Σάββατο όταν όλες οι εργασίες σταματούν για τους αυστηρούς Εβραίους και τρέφεται με γλυκά και θρεπτική τροφή (Stoppard,2002).

Σε πολλά μέρη της Νοτιοανατολικής Ασίας συντηρείται μια λαμπρή φωτιά για να κρατήσει τη μητέρα πολύ θερμή( « ψημμένη»). Πιστεύεται ότι αυτό είναι αποτελεσματικό στο να την ανακουφίσει από τους ερεθισμούς μετά τον τοκετό.(Stoppard,2002).

Στο Μεξικό, οι λεχώνες υποβάλλονται σε καυτά λουτρά και στην Ινδία τους κάνουν ειδικά μασάζ , ιδιαίτερα στην κοιλιά και στο αιδούο (Stoppard,2002).



Μια μικρή ποσότητα μαγειρεμένου πλακούντα αποτελεί μέρος της τροφής που δίνεται στις λεχώνες σε μερικές νοτιοανατολικές ασιατικές κοινωνίες. Στη Βιρμανία, η παραδοσιακή τροφή για τη λεχώνα είναι μια σούπα που περιέχει ψάρι, φρούτα και λαχανικά. Σε πολλά μέρη της Ινδίας δίνεται στις λεχώνες ένα θρεπτικό ποτό από γλυκό γάλα καρύδας αναμειγμένο με σπόρους άνηθου (Stoppard,2002).

Η φυλή των Αραπές της Νέας Γουινέας προορίζουν τις φρέσκες καρύδες για τις μητέρες που θηλάζουν (Stoppard,2002).

Στην Ελλάδα οι δοξασίες που είναι πιο διαδεδομένες για την περίοδο της λοχείας, δεν έχουν να κάνουν τόσο με τις διατροφικές συνήθειες όπως αναφέραμε στους παραπάνω πολιτισμούς αλλά έχει να κάνει με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Δηλαδή δεν επιτρέπεται να επισκεφθεί τη λεχώνα γυναίκα με έμμηνο ρήση διότι το νεογνό θα βγάλει εξανθήματα. Επίσης δεν πρέπει να επισκεφθούν τη λεχώνα φορώντας ρούχα κόκκινα, γιατί μεταφέρουν κακά δαιμόνια με αυτό το χρώμα στη λεχώνα που είναι ακόμη αδύναμη και στο νεογνό. Δεν θα πρέπει να επισκέπτονται τη λεχώνα μετά το σούρουπο. Δεν θα πρέπει μέλος της οικογένειας να βγει από το σπίτι που είναι η λεχώνα και το νεογνό, μετά τα μεσάνυχτα, ούτε να 'βγει' από το σπίτι αντικείμενο έξω μετά τα μεσάνυχτα. Όλα τα παραπάνω δικαιολογούν τη σημασία του “λιβανίσματος”, κατά την επίσκεψη κάποιου στο σπίτι της λεχώνας- το λιβάνι καίει ασταμάτητα πρωί-βράδυ έξω από την πόρτα του σπιτιού. Και στην Ελλάδα βέβαια ισχύει ότι η λεχώνα θα πρέπει να μείνει στο σπίτι τις πρώτες σαράντα μέρες. Επιτρέπεται μόνο να βγεί στις είκοσι για το “μισο σαραντισμό”, μια ευχή που δίδεται στη λεχώνα στις είκοσι ημέρες από την Εκκλησία.

# Κεφάλαιο

## III

### Προγεννητική και επιλογή κατάθλιψη

### **3.1 Προσωπικότητα**

Η έρευνα αναφορικά με την κατάθλιψη στην κύηση έχει δείξει ότι η προσωπικότητα μεταβάλλεται όταν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την ψυχολογική προσαρμογή της εγκύου. Ακόμα, η γενική ευαλωτότητα σε συναισθηματικά προβλήματα αντιπροσωπεύει έναν παράγοντα κινδύνου για τις έγκυες. Οι έγκυες που αναφέρουν ιστορικό ψυχολογικών διαταραχών εμφανίζουν τάση για αυξημένα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της κύησης (O' Hara et al, 1984.).

Ένας ακόμα σύνδεσμος με τις ψυχολογικές επιπτώσεις κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι και η χαμηλή αυτοεκτίμηση, τόσο θεωρητικά όσο και ερευνητικά. Τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση έχουν την τάση να προσλαμβάνουν τα γεγονότα της ζωής με τρόπο που τους δημιουργεί περισσότερη αρνητικότητα και άγχος (Berthiaume & David, 1998).

Το να αποκτήσει μια γυναίκα βάρος κατά την κύηση είναι αναγκαία για την ανάπτυξη του εμβρύου. Ωστόσο, αυτή η απόκτηση βάρους, σε συνδυασμό με τις κοινωνικές προδιαγραφές των γυναικών, είναι ενδεχόμενο να συμβάλλει στη συναισθηματική ένταση των εγκύων. Η μελέτη του Cameron (1996) έδειξε ότι κατά τη διάρκεια του 2ου τριμήνου της κύησης η αύξηση του βάρους δεν συσχετίστηκε με την καταθλιπτική συμπτωματολογία και την αυτοεκτίμηση των εγκύων. Ενώ στο 3ο τρίμηνο της κύησης, οι Ευρωπαϊκές έγκυες με χαμηλή αυτοεκτίμηση και μεγάλη απόκλιση βάρους παρουσίασαν υψηλές τιμές στο δείκτη μέτρησης της κατάθλιψης. Αντίθετα, οι Ευρωπαϊκές έγκυες με υψηλή αυτοεκτίμηση και μεγάλη απόκλιση βάρους εμφάνισαν χαμηλές τιμές κατάθλιψης. Ο συνδυασμός της χαμηλής αυτοεκτίμησης

και της αύξησης του βάρους κατά το 3ο τρίμηνο μπορεί, επομένως, να αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την εκδήλωση της προγεννητικής κατάθλιψης (Cameron et al, 1996).

Γυναίκες που τις απασχολούσε ιδιαίτερα η εικόνα του σώματος τους και εξέφραζαν την ανάγκη ελέγχου του σωματικού τους βάρους, είχαν τις λιγότερες πιθανότητες να θηλάσουν τα μωρά τους. (Παππά & Σολδάτου, 1999).

Ο Beck (1971) έχει επινοήσει ένα σχήμα της «γνωστικής θεραπείας», στο οποίο η μητέρα καταγράφει τις αρνητικές σκέψεις της και αργότερα προσπαθεί να τις διορθώσει μέσω λογικής συζήτησης με έναν θεραπευτή.

Η στάση των γυναικών και των συντρόφων τους στην αναγγελία της κύησης φαίνεται να είναι σημαντική για την κατανόηση της προγεννητικής κατάθλιψης. Η αντίληψη του ατόμου ως προς το γεγονός της ζωής του, την κύηση, καθορίζει τη μετέπειτα ψυχοπαθολογία. Το να μείνει έγκυος μια γυναίκα σε λάθος χρόνο, με λάθος άνθρωπο, σε λάθος περίσταση της ζωής της, έχει αρνητικές συνέπειες γι' αυτήν. Η ψυχολογική διαδικασία της εγκυμοσύνης και του τοκετού κινδυνεύει να επιβαρυνθεί από σκληρές συγκρούσεις, συναισθήματα ενοχής και ψυχικά συμπτώματα, που μπορεί να επηρεάσουν δυσμενώς την ανάπτυξη του εμβρύου (Ρήγα, 1991).

Η «λύση» της τεχνητής διακοπής επιβαρύνει την επόμενη κύηση. Για τις περιπτώσεις εκείνες όπου δεν έχει γίνει οικογενειακός προγραμματισμός και παρουσιάζεται ανεπιθύμητη κύηση, η κοινωνική και η ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να βοηθήσει την έγκυο. (Ρήγα, 1991)

Η «σεξουαλική ταυτότητα» έχει επίσης συνδεθεί με την ανάπτυξη των ψυχολογικών διαταραχών που ακολουθούν τον τοκετό. Οι

Ψυχολογικές επιπτώσεις της γυναίκας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας

γυναίκες που θεωρούσαν τον εαυτό τους πιο «αρρενωπό» από άλλες ανέφεραν λιγότερα ψυχιατρικά συμπτώματα κατά την κύησης, αλλά περισσότερα κατά την λοχεία. ( Nilssen & Tiggemann 1970)

### **3.2 Προγεννητική Κατάθλιψη.**

Κατά διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι δυνατόν να εμφανιστεί η αποκαλούμενη Προγεννητική κατάθλιψη. Μπορεί να αποτελεί επιδείνωση των είδη υπαρχουσών ψυχολογικών διαταραχών ή να εμφανίζεται για πρώτη φορά με την ευκαιρία της κύησης σε μια προσωπικότητα με ενδεχόμενη σχετική προδιάθεση (Μπαλλής, 2000).

Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός θεωρούνται συχνά αγχογόνες καταστάσεις, που μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη (Δραγώνα, 1989). Η προγεννητική κατάθλιψη έχει το προβάδισμα σε σχέση με τις άλλες ψυχικές διαταραχές κατά τη διάρκεια της κύησης, όπως το άγχος και η ανησυχία. Οι προγεννητικές διαταραχές έχουν συνδεθεί με σοβαρές επιπλοκές κατά την κύηση και τον τοκετό, καθώς και με επιλόχειες διαταραχές .

Η εμφάνιση της προγεννητικής κατάθλιψης θεωρείται προδιαθεσικός, αλλά και προγνωστικός παράγοντας εκδήλωσης της επιλόχειας κατάθλιψης. Σε αντίθεση με τη σημαντική έρευνα που έχει γίνει για την επιλόχεια κατάθλιψη, πολύ λιγότερη προσοχή έχει δοθεί στην κατάθλιψη που εμφανίζεται πριν από τον τοκετό (Μπαλλής, 2000).

Οι πρόσφατες ερευνητικές μελέτες αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά προγεννητικής κατάθλιψης συγκριτικά με την επιλόχεια κατάθλιψη. Ενδεικτικά αναφέρεται η έρευνα των Hobfoll, Ritter, Lavin, HuIsizer και Cameron (1995), όπου διαπιστώθηκε συχνότητα προγεννητικής κατάθλιψης 27,6% στο 2ο και 24,5% στο 3ο τρίμηνο της κύησης και συχνότητα επιλόχειας κατάθλιψης 23,4% (Hobfoll et al, 1995). Η έγκαιρη διάγνωση της προγεννητικής κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η αρχική εκτίμηση γίνεται με την αναγνώριση των

συμπτωμάτων και, γενικά της κλινικής εικόνας της κατάθλιψης που παρουσιάζει η έγκυος.

Για να διαπιστωθεί η προγεννητική κατάθλιψη και κάθε καταθλιπτικό επεισόδιο θα πρέπει να υπάρχει επίμονη αλλαγή στη διάθεση με παράλληλη απώλεια ενδιαφέροντος και απόλαυσης των δραστηριοτήτων για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Η συμπτωματολογία της προγεννητικής κατάθλιψης περιλαμβάνει:

- I. Θλίψη
2. Πρώιμη αφύπνιση το πρωί
3. Πιθανή απώλεια βάρους
4. Ενοχή
5. Έντονη ανησυχία
6. Συναισθήματα ανεπάρκειας και αποτυχίας
7. Κρίσεις πανικού
8. Απόγνωση
9. Ιδεοληπτική σκέψη.

Έχει παρατηρηθεί ότι η έντονη οξυθυμία και ο θυμός επισκιάζουν την θλίψη. Οι έγκυες αν και έχουν αυτοκτονικές σκέψεις, σπανίως επιχειρούν απόπειρα αυτοκτονίας. Το γεγονός αυτό δεν πρέπει να οδηγεί σε εφησυχασμό σε ότι αφορά την ασφάλεια της εγκύου, παρόλο που ο κίνδυνος της αυτοκτονίας είναι μικρός.

Η προγεννητική κατάθλιψη συχνά δεν αναγνωρίζεται έγκαιρα και οι λόγοι που ευθύνονται είναι οι εξής :

- Οι έγκυες έχουν έντονες αλλαγές πρώτα από όλα στην όρεξη τους, σε δεύτερο βαθμό έχουν αλλαγές στο βάρος του σώματος τους, επίσης έχουν αλλαγές στον ύπνο, στη libido και τέλος στην ενεργητικότητά τους. Οι αλλαγές αυτές θεωρούνται «φυσιολογικές» από τις εγκύους, τους συγγενείς τους και τους γιατρούς. Μέχρι πριν από λίγο καιρό επικρατούσε η άποψη ότι η εγκυμοσύνη δρα, κατά κάποιον τρόπο, προστατευτικά στην εμφάνιση της κατάθλιψης.

- Η έγκυος νιώθει ντροπή γι' αυτά τα συναισθήματα, τα οποία εμφανίζονται την περίοδο εκείνη που θεωρείται ως «χαρούμενος χρόνος», διότι η εγκυμοσύνη προαναγγέλλει την παρουσία ενός νέου μέλους στην οικογένεια, γεγονός που «πρέπει» να χαροποιεί τη μέλλουσα μητέρα.

- Συχνά οι έγκυες δεν αναφέρουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης αν δεν ερωτηθούν από το γιατρό τους. Κατά τη διάρκεια της τακτικής μαιευτικής εξέτασης δίνεται προσοχή κυρίως στην ανάπτυξη του εμβρύου και στα αποτελέσματα των εργαστηριακών και κλινικών εξετάσεων, παρά στις συναισθηματικές μεταβολές της μέλλουσας μητέρας. Έτσι, η έγκυος διστάζει να εκφράσει τα καταθλιπτικά της συμπτώματα. Παρά τον αξιοσημείωτο βαθμό της θλίψης που εκδηλώνεται από γυναίκες με προγεννητική κατάθλιψη, μόνο λίγες αναφέρουν τα συναισθηματικά τους προβλήματα, παρόλο που έχουν επανειλημμένες επαφές με ιατρικό και μαιευτικό προσωπικό (Kumar & Robson, 1984).

- Τα συμπτώματα της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της κύησης συγχέονται συχνά με σωματικές παθήσεις (όπως η αναιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η δυσλειτουργία του θυρεοειδούς), οι οποίες αφενός εκδηλώνονται με παρόμοια συμπτωματολογία και αφετέρου θα



μπορούσαν δυνητικά να συμβάλουν στην καταθλιπτική συμπτωματολογία (Liewllyn et al, 1997).

Η συχνότητα της εμφανίσεως της προγεννητικής κατάθλιψης διαφέρει ανάμεσα στα τρία τρίμηνα που διαρκεί η κύηση. Το 1ο τρίμηνο της κύησης, σύμφωνα με τους μελετητές, φαίνεται να αποτελεί την περίοδο της μέγιστης ευπάθειας στην προγεννητική κατάθλιψη, ιδιαίτερα στις έγκυες που παρουσιάζουν εμετούς και επαπειλούμενη έκτρωση (Jahan, 1987). Σε αυτό το τρίμηνο είναι συχνότερη η κατάθλιψη χωρίς ψυχωσικά στοιχεία (Μπαλλής, 2000). Η συχνότητα κατάθλιψης στις πρωτοτόκες στο τέλος του 1ου τριμήνου ανέρχεται σε 16,7% (Areias et al, 1996).

Το 2ο τρίμηνο της κύησης θεωρείται ως λιγότερο στρεσογόνο συγκριτικά με το 1ο και το 3ο. Η συχνότητα κατάθλιψης κατά το 2ο τρίμηνο ανέρχεται, σύμφωνα με τους O' Hara et al (1990), σε 7,7% και τους Berthiaume et al (1998) σε 7,43%. Κατά τη διάρκεια του 2ου τριμήνου τα συμπτώματα όπως οι εμετοί, που χαρακτηρίζουν το πρώτο τρίμηνο, έχουν υποχωρήσει και ο τοκετός χρονικά δεν είναι ακόμα αρκετά κοντά, για να δημιουργεί ιδιαίτερη ανησυχία στην έγκυο.

Κατά τη διάρκεια του 3<sup>ου</sup> και τελευταίου τριμήνου, και ενώ η γυναίκα ετοιμάζεται για τον επικείμενο τοκετό, η ανησυχία και η κατάθλιψη αυξάνονται (Tilden, 1983. Berthiaume & David, 1998). Η συχνότητα της κατάθλιψης στο 3ο τρίμηνο είναι μεγαλύτερη απ' ο, τι στο 2ο τρίμηνο, όπως αναφέρεται και στη μελέτη των Evans et al (2001), όπου διαπιστώθηκε προγεννητική κατάθλιψη σε ποσοστό 11,8% κατά τη 18η και 13,5% κατά την 32η εβδομάδα της κύησης. Μερικές εβδομάδες πριν από τον τοκετό, η κατάθλιψη συνοδεύεται από έντονες αγχώδεις εκδηλώσεις. Καθώς ολοκληρώνεται το 3ο τρίμηνο και πλησιάζει η ώρα του τοκετού, οι έγκυες αγωνιούν για την έκβαση του και για το αν οι ίδιες είναι

Ψυχολογικές επιπτώσεις της γυναίκας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας

επαρκείς για να αντεπεξέλθουν στις ωδίνες και στις απαιτήσεις του τοκετού, αλλά και της μητρότητας, αν πρόκειται για πρωτοτόκες.

Η εμφάνιση προγεννητικής κατάθλιψης είναι συχνότερη στις πρωτοτόκες. Στην έρευνα των Hobfoll et al (1995) βρέθηκε συχνότητα προγεννητικής κατάθλιψης 27,6% στις πρωτοτόκες και 24,5% στις δευτερότοκες (Hobfoll et al, 1995)

### **3.2.1 Αιτιολογικοί Παράγοντες**

Η αιτιολογία της προγεννητικής κατάθλιψης παραμένει ασαφής, αν και υπάρχει γενική συμφωνία ότι σύνθετες αλληλεπιδράσεις μεταξύ μαιευτικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων ευθύνονται για την εμφάνιση της. α) Συζυγική ασυμφωνία, β) Τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής γ) Η αμφιθυμία για την εγκυμοσύνη και δ) Το χρόνιο stress και η μόνιμη κατοικία σε αστικές περιοχές αποτελούν ψυχοκοινωνικούς προδιαθεσικούς παράγοντες για την εκδήλωση της προγεννητικής κατάθλιψης (Παππά & Σολδάτου, 1999).

Αν η εγκυμοσύνη λειτουργεί ως ύψιστο γεγονός στη ζωή της γυναίκας, είναι κατανοητό γιατί η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης είναι πιο συχνή μεταξύ των πρωτοτόκων γυναικών, καθώς οι απαιτήσεις ενός τέτοιου γεγονότος θέτουν σε κρίση την αυτοεκτίμηση και ενεργοποιούν τις ανασφάλειες. Συχνά αναφέρεται ότι οι έγκυες ανησυχούν και φοβούνται τον επικείμενο τοκετό και το γεγονός αυτό είναι πιο έντονο μεταξύ των γυναικών που θα γίνουν μητέρες για πρώτη φορά .

Οι παράγοντες που ευθύνονται για την προγεννητική κατάθλιψη διαχωρίζονται στο ατομικό και οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό και στα αρνητικά γεγονότα της ζωής.

Οι μελέτες συσχετισμού της προγεννητικής κατάθλιψης με την κληρονομικότητα, που έχουν γίνει μέχρι σήμερα, αναφέρονται σε πληθυσμούς ψυχιατρικών ασθενών και τα ευρήματα τους δεν μπορούν να γενικευτούν για όλο τον πληθυσμό.

Η ύπαρξη μίας ή περισσότερων εμπειριών συναισθηματικών προβλημάτων στα προηγούμενα χρόνια της εγκύου, για τα οποία κρίθηκε απαραίτητη η φροντίδα από ειδικούς, αποδείχθηκε ότι συμβάλλει στην

αύξηση του επιπέδου της προγεννητικής κατάθλιψης. (Kitamura et al, 1998).

Στη μελέτη των Areias et al (1996) βρέθηκε ότι οι πρωτοτόκες έγκυες που εμφάνισαν προγεννητική κατάθλιψη είχαν βιώσει περισσότερα αρνητικά γεγονότα ζωής (Areias et al, 1996). Οι γυναίκες που είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά, εκδήλωσαν περισσότερα προβλήματα κατά την κύηση. Παρουσίασαν κατάθλιψη, έμμονες ιδέες αυτοκτονίας και προβλήματα στη σχέση τους με την οικογένεια καταγωγής τους (Sevensimon & McAnarney1994). Στην έρευνα των Benedict et al (1999) συμμετείχαν πρωτοτόκες έγκυες, που διένυαν την 28η-32η εβδομάδα της κύησης και οι οποίες είχαν κακοποιηθεί πριν από την κύηση τους και πριν από την ηλικία των 18 ετών. Οι έγκυες που είχαν κακοποιηθεί παρουσίασαν κατάθλιψη σε ποσοστό 20%, ενώ αυτές που δεν είχαν κακοποιηθεί σε ποσοστό 7% .

Άρα, οι γυναίκες που έζησαν πρόσφατα αρνητικά γεγονότα ή υπήρξαν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης εμφανίζουν μεγαλύτερη τάση εκδήλωσης προγεννητικής κατάθλιψης.

#### A) Δημογραφικοί παράγοντες

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

Κοινωνικό-οικονομική κατάσταση της εγκύου.. Στις ΗΠΑ, θεωρείται ότι η χαμηλή κοινωνικό-οικονομική κατάσταση και η εθνικότητα συνδέονται με την κλινική κατάθλιψη (Kaplan et al 1987). Οι έγκυες με χαμηλό εισόδημα βιώνουν ιδιαίτερα δύσκολες και οξυμένες

συναισθηματικά καταστάσεις, εξαιτίας των πολλαπλών αγχογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος τους (όπως ανεργία, μεγάλο ποσοστό άγαμων μητέρων), και αισθάνονται ότι είναι αβοήθητες και ανήμπορες να ελέγξουν την ύπαρξη των αγχογόνων αυτών παραγόντων (Hobfoll et all 1995).

Επίσης είναι γνωστό ότι και η μεταβλητή του καταλύματος σχετίζεται με το άγχος. Η προγεννητική κατάθλιψη συνδέεται περισσότερο με γυναίκες που ζουν σε διαμερίσματα, συγκριτικά με αυτές που ζουν σε μονοκατοικίες. Αρκετές γυναίκες θέλουν να επιστρέψουν στο σπίτι των γονιών τους από το μαιευτήριο και όταν αυτό δεν είναι εφικτό, νιώθουν ότι στο διαμέρισμα θα είναι «στριμωγμένοι» με την άφιξη του νεογνού. Θεωρείται λοιπόν ότι, όχι η έλλειψη χώρου ή η πολυκοσμία, αλλά η αντίληψη της εγκύου ότι θα είναι αβοήθητη ευθύνεται για την εμφάνιση της προγεννητικής κατάθλιψης (Μωραΐτου 2002).

Η χαμηλή κοινωνικό-οικονομική κατάσταση δεν αρκεί από μόνη της για την εκδήλωση της προγεννητικής κατάθλιψης, αλλά οι επιπτώσεις της στη ζωή των γυναικών (όπως η φτώχεια ή η ανεργία) αποτελούν αρνητικά και επιβαρυντικά γεγονότα στη ζωή της γυναίκας, τα οποία, σε συνδυασμό με την εγκυμοσύνη, να συντελούν στην εκδήλωση της προγεννητικής κατάθλιψης.

Οι μελέτες που αφορούν τη σχέση ανάμεσα στην επαγγελματική απασχόληση της γυναίκας και την προγεννητική κατάθλιψη δεν δίνουν σαφή αποτελέσματα.

Στην Ελλάδα, σε έρευνα τω Γκίοκα και συν (2001) διαπιστώθηκε ότι οι έγκυες που αντιμετώπιζαν ανεργία μακράς διάρκειας παρουσίαζαν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα (Γκίοκα και συν, 2001). Στη μελέτη των Μωραΐτου & Σταλίκας (2002), σε 97 πρωτοτόκες έγκυες, δεν

παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική αλληλεπίδραση της προγεννητική κατάθλιψη και του οικονομικού επιπέδου των οικογενειών των εγκύων (Μωραΐτου & Σταλίκας, 2002).

Έρευνα έδειξε ότι η ηλικία των γυναικών δεν συνδέεται με τα επίπεδα κατάθλιψη, εξαίρεση είναι οι έγκυες γυναίκες ηλικίας <20 ετών (Μπαλλής, 2000), Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα της μελέτης των Μωραΐτου και Σταλίκας (2003). Ακόμα, οι έγκυες έφηβες παρουσιάζουν κατά την εγκυμοσύνη τους μεγαλύτερο βαθμό κατάθλιψη απ' ό,τι οι έφηβες που δεν είναι έγκυες.

### **B) Μαιευτικοί παράγοντες.**

Οι Kitamura et al ((993) υποστηρίζουν ότι η πρωτοτοκία, σε συνδυασμό με προηγούμενη τεχνητή διακοπή κύησης (έκτρωση), αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης προγεννητικής κατάθλιψη. Σχεδόν όλες οι αναφορές υποστηρίζουν ότι η διακοπή της κύησης έχει σημαντική αρνητική επίδραση στην επακόλουθη ψυχική υγεία των γυναικών. Για τις έγκυες με ιστορικό τεχνητής διακοπής της κύησης, η παρούσα κύηση μπορεί να λειτουργήσει όχι μόνο ως πηγή ανησυχίας και φόβου, αλλά και ως υπενθυμιστικός παράγοντας μετάνοιας και ψυχικής οδύνης (Kumar, 1987).

Ωστόσο, θα ήταν ίσως λογικό να υποτεθεί ότι ο παράγοντας που καθόρισε την επιλογή της διακοπής της κύησης μπορεί να ήταν μια συναισθηματική διαταραχή κατά την προγεννητική περίοδο και φαίνεται να υπάρχουν ενδείξεις ότι πολλές από αυτές τις γυναίκες δεν είχαν καλή ψυχική υγεία πριν από τη διακοπή της κύησης. Οι Greer, Lal, Lewis και Beard (1976), μελετώντας σε μαιευτική κλινική γυναίκες που έκαναν

τεχνητή διακοπή της κύησης, διαπίστωσαν ότι το 30% από αυτές παρουσίαζαν ψυχιατρικά συμπτώματα. ( Λωλής 1998).

Μια εκτενής μελέτη συνέκρινε το επίπεδο της θλίψης μεταξύ γυναικών με ιστορικό αποβολής και μη εγκύων με το ίδιο ιστορικό. Τα επίπεδα θλίψης στην ομάδα των εγκύων βρέθηκαν μειωμένα, ως αποτέλεσμα της υφιστάμενης εγκυμοσύνης. Παράγοντες που συνδέθηκαν με τη μείωση της θλίψης ήταν α) το μεγάλο χρονικό διάστημα που πέρασε από την αποβολή. Β) το σύντομο χρονικό διάστημα μιας νέας εγκυμοσύνης μετά την αποβολή και γ) η επικείμενη γέννηση μιας νέας ζωής, που θα προκύψει από την υπάρχουσα κύηση (Λώλης , 1998)

### **Γ) Ορμονικοί παράγοντες.**

Ένας ακόμα παράγοντας που ευθύνεται σε ένα βαθμό για την προγεννητική κατάθλιψη είναι οι ορμονικοί παράγοντες. Εκδηλώνεται στο 1ο τρίμηνο της κύησης, και το γεγονός αυτό θα μπορούσε να ερμηνευτεί με βάση τη σχέση της κύησης με συγκεκριμένους ορμονικούς παράγοντες (Kitamura et al, 1996). Οι ορμόνες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην κύηση είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Και οι δύο θεωρήθηκαν υπεύθυνες για την αλλαγή της διάθεσης στην έγκυο και ακόμα, υποστηρίχθηκε το ενδεχόμενο διαταραχής -σε ορισμένες γυναίκες- της ισορροπίας των δύο αυτών ορμονών (Καλογερόπουλος, 1 996). Οι γρήγορες αλλαγές των επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης οδηγούν σε μεταβολές της διάθεσης, που κυμαίνονται από την έξαρση έως την κατάθλιψη .

Η χοριακή γοναδοτροπίνη, είναι η τρίτη ορμόνη που παράγεται στην αρχή της κύησης, η οποία συγκέντρωσε το ιδιαίτερο ενδιαφέρον των

ερευνητών, καθώς τη 10η εβδομάδα της κύησης φθάνει στο ανώτερο σημείο των επιπέδων της στο αίμα της εγκύου και στη συνέχεια υποχωρεί σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Η ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη ίσως να είναι υποψήφια «ένοχη», γιατί η διάρκεια ζωής της αντιστοιχεί σχεδόν ακριβώς με τη διάρκεια της ναυτίας στο πρώτο τρίμηνο της κύησης (Καλογερόπουλος, 1992) και πιθανόν να σχετίζεται με την εμφάνιση της προγεννητικής κατάθλιψης.

Ωστόσο, είναι πολύ δύσκολο να γίνουν ερευνητικές μελέτες για τα επίπεδα των ορμονών κατά τη διάρκεια της κύησης. Η εγκυμοσύνη είναι μια περίοδος εννέα μηνών, όπου οι τιμές των επιπέδων των ορμονών μεταβάλλονται κάθε εβδομάδα και δημιουργούνται συνεχώς νέες ορμονικές ισορροπίες και αλληλεπιδράσεις, γεγονός που δυσχεραίνει τη διερεύνηση της ενδεχόμενης ορμονικής αιτιολογίας της προγεννητικής κατάθλιψης (Δημητρίου 1995).



### **3.2.2 Θεραπευτική Αντιμετώπιση**

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της προγεννητικής κατάθλιψης δεν έχει τυποποιηθεί (Μπαλλής, 2000) περιλαμβάνει ωστόσο συνδυασμένη προσέγγιση φαρμακολογικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας (Evans et al 2001). Η έναρξη της θεραπείας με φάρμακα προϋποθέτει την εκτίμηση των γνωστών και των πιθανών κινδύνων από την χορήγηση θεραπείας με φάρμακα. (Τσόχας, 1996).

Πρέπει να ληφθεί υπόψη:

A) Η βαρύτητα της διαταραχής και ο τρόπος που η έγκυος βιώνει την κατάσταση

B) Η περίοδος έναρξης της προγεννητικής κατάθλιψης.

Γ) Το γεγονός ότι κατά την περίοδο αυτή τα εμβρυϊκά ηπατικά ένζυμα και οι μηχανισμοί νεφρικής απέκκρισης του εμβρύου δεν είναι αναπτυγμένα.

Δ) Τα περισσότερα φάρμακα δεν έχουν αρκετές ενδείξεις ώστε να θεωρηθούν πλήρως ασφαλής για το έμβρυο.

Η φαρμακολογική προσέγγιση σε έγκυες απαιτεί προσεκτική αξιολόγηση και εκτίμηση των πιθανών επιπτώσεων στο έμβρυο. (Μπαλλής, 2000)

Τα σημερινά στοιχεία είναι ανεπαρκή για να προσδιοριστεί αν το έμβρυο βλάπτεται από την έναρξη της θεραπείας . Συχνά συνιστάται η σταδιακή μείωση των αντικαταθλιπτικών πριν τον τοκετό, για τον περιορισμό των ανεπιθύμητων ενεργειών στα νεογνά. (Μπαλλής ,2000)

Αποτελεσματική μπορεί να φανεί η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία στην αντιμετώπιση της προγεννητικής κατάθλιψης. Η

Ψυχολογικές επιπτώσεις της γυναίκας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας

ψυχολογική θεραπεία περιλαμβάνει διάφορους τρόπους ψυχοθεραπείας με επικέντρωση στην στήριξη και την εκπαίδευση. (Μπαλλής 2000).

Η ήπιες καταθλίψεις στους πρώτους μήνες κύησης αντιμετωπίζονται με ατομική υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, επίλυση οικογενειακών προβλημάτων, χαλάρωση και ξεκούραση σε περιπτώσεις έντονου άγχους (Γκικόκα και συν 2001).

### **3.3 Επιλόχεια Κατάθλιψη**

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ετερογενή ομάδα καταθλιπτικών διαταραχών στην περίοδο της λοχείας (Evins, Theofrastous & Galvin, 2000). Ωστόσο, αρκετή συζήτηση έχει γίνει για να διασαφηνιστεί αν η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί ξεχωριστή κλινική οντότητα ή αν είναι απλώς ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης, που λαμβάνει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της από τις ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν την επιλόχεια περίοδο (Σταμούλης, 2000).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 1992), η κατάθλιψη της λοχείας ταξινομείται στην κατηγορία «ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς συνδεδεμένες με τη λοχεία, οι οποίες δεν ταξινομούνται αλλού». Η επιλόχεια κατάθλιψη αναγνωρίστηκε πρόσφατα από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία ως διαταραχή της διάθεσης που εμφανίζεται κατά τη λοχεία. Σύμφωνα με τα κριτήρια του ICD-10\*, οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές της συμπεριφοράς που επισυμβαίνουν μέσα σε διάστημα 6 εβδομάδων από τον τοκετό εμπίπτουν στη διαγνωστική κατηγορία F53, όταν δεν πληρούν τα κριτήρια κατάταξης σε άλλη κατηγορία, είτε επειδή δεν υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες, είτε επειδή υπάρχουν πρόσθετα ειδικά κλινικά χαρακτηριστικά που αποτρέπουν οποιαδήποτε άλλη ταξινόμηση.

---

#### **\*ICD - 10**

Τα κριτήρια του ICD-10 απαιτούν την παρουσία ιδεοληπτικών σκέψεων ή ψυχαναγκαστικών πράξεων ή και των δύο, σχεδόν κάθε μέρα, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2 εβδομάδων.

Οι ιδεοληψίες είναι σκέψεις, εικόνες ή παρορμήσεις που εισβάλλουν ακούσια στη συνείδηση του ατόμου κατά τρόπο επαναληπτικό και στερεότυπο.

Οι ψυχαναγκαστικές πράξεις ή τελετουργίες είναι στερεότυπες συμπεριφορές που επαναλαμβάνονται πολλές φορές και που δεν συντελούν στην εκπλήρωση χρησίμων σκοπών. Το άτομο μπορεί να θεωρεί ότι αυτές οι πράξεις αποτρέπουν ένα επίφοβο γεγονός, ή παρόρμηση ή σκέψη.

Οι ιδεοληψίες και οι ψυχαναγκασμοί πρέπει να έχουν επιπλέον τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

Το άτομο αντιλαμβάνεται ότι πηγάζουν από τις δικές του νοητικές διεργασίες και δεν του επιβάλλονται από άλλους.

Είναι επαναληπτικές και δυσάρεστες και τουλάχιστον μία ιδεοληψία αναγνωρίζεται ως παράλογη ή υπερβολική.

Το άτομο προσπαθεί να αντισταθεί στις σκέψεις που έρχονται στο μυαλό του, καθώς και στην εκτέλεση

## Ψυχολογικές επιπτώσεις της γυναίκας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας

ιδεοψυχαναγκαστικών πράξεων. Υπάρχει τουλάχιστον μία σκέψη ή πράξη, στην οποία το άτομο αντιστάθηκε ανεπιτυχώς.

Η ιδεοληπτική σκέψη ή ψυχαναγκαστική πράξη δεν είναι ευχάριστη καθ' εαυτή, αν και μπορεί να παρέχει ανακούφιση από το άγχος.

Τα συμπτώματα προκαλούν δυσφορία και παρεμβαίνουν στην προσωπική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου.

Η αναγνώριση της επιλόχειας κατάθλιψης έγινε από την κλασική μελέτη του Pitt (1968) σε νοσοκομείο του Λονδίνου. Διαπιστώθηκε ότι το 10% των μητέρων που είχαν γεννήσει στη μαιευτική κλινική εμφάνιζαν τις πρώτες 6 εβδομάδες με τον τοκετό, χωρίς να έχουν προηγούμενη ανάλογη συμπτωματολογία κατά την παρακολούθηση τους στη διάρκεια την κύησης.

Ο κίνδυνος ανάπτυξης επιλόχειας κατάθλιψης είναι αρκετά υψηλός. Έχει βρεθεί ότι μια στις δέκα λεχώιδες χωρίς προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό παρουσιάζει επιλόχειας κατάθλιψη. Αν υπάρχει ατομικό ιστορικό μείζονος κατάθλιψης, τότε μια στις τέσσερις λεχώιδες θα παρουσιάσει επεισόδια κατάθλιψης κατά τη λοχεία. Σε περίπτωση που προηγηθεί επιλόχεια κατάθλιψη, τότε μια στις δύο λεχώιδες θα επανεμφανίσει ανάλογο επεισόδιο κατάθλιψης σε επόμενη επιλόχεια περίοδο (Σταμούλης, 2000).

Στη μελέτη των Μωραΐτου και Στάλικα (2001) πήραν μέρος 249 λεχώιδες, κατά την πρώτη εβδομάδα της λοχείας τους, που γέννησαν στις μαιευτικές κλινικές των κρατικών νοσοκομείων 10 διαφορετικών νομών. Η έρευνα έδειξε ότι το 38,69% των λεχωίδων παρουσίασε κάποιας μορφής κατάθλιψη (24,10% ήπια, 9,24% μέτρια, 5,52% σοβαρή). Οι πρωτοτόκες αποτελούσαν το 47,42% των λεχωίδων που παρουσίασαν κάποιας μορφής κατάθλιψη και το 50% αυτών που εμφάνισαν σοβαρή κατάθλιψη.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Μωραΐτου και Στάλικα (2003) σε 97 πρωτοτόκες λεχώιδες, οι γυναίκες εμφάνισαν κατάθλιψη: (α) κατά την

εβδομάδα μετά τον τοκετό σε ποσοστό 44% (μέση τιμή 12,31), (β) στους 2 μήνες μετά τον τοκετό σε ποσοστό 36% (μέση τιμή 9,53), (γ) στους 6 μήνες μετά τον τοκετό σε ποσοστό 29,9% (μέση τιμή 10,00).

Πολλές γυναίκες που ταλαιπωρούνται από επιλόχεια κατάθλιψη δεν αναγνωρίζουν ότι πάσχουν από τη διαταραχή. Ένα σημαντικό εμπόδιο στη διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι η δυσκολία των γυναικών να αξιολογήσουν τον εαυτό τους, ενώ συχνά δεν αναφέρουν τα συμπτώματα αν δεν ερωτηθούν ( Mirsi & Duke, 1995 ). Η μελέτη των Whitton et al (1996) έδειξε ότι πάνω από το 90% των λεχωιδών αντιλαμβανόταν ότι κάτι δεν πήγαινε καλά, αλλά μόνο το 20% ανέφερε τα συμπτώματα σε κάποιον ειδικό και μόνο το 1/3 πίστευε ότι είχε κατάθλιψη (Kruckan & Smith, 1998).

Η έναρξη της νόσου μπορεί να γίνει με την εμφάνιση στη μητέρα ενός αισθήματος ότι δεν την αγαπούν και ότι δεν είναι ικανή να φροντίσει το μωρό της. Η λεχωίδα νιώθει κουρασμένη, εκνευρίζεται εύκολα, έχει προβλήματα στον ύπνο και δεν καταλαβαίνει τις αντιδράσεις του νεογνού. Ξεσπά εύκολα σε κλάματα, επειδή αισθάνεται ότι απασχολείται με το μωρό της χωρίς ευχαρίστηση και δεν το περιποιείται όσο πρέπει. Παρουσιάζει διαταραχές της συγκέντρωσης και αδιαφορεί για το εαυτό της και το σύντροφό της. Μερικές φορές προστίθενται φοβίες για τις παρορμητικές πράξεις, που τη βασανίζουν, επειδή φοβάται ότι όταν είναι μόνη μπορεί να κάνει κακό στο παιδί της. Στην περίπτωση αυτή, για να μειώσει το άγχος της, αποφεύγει να έχει επαφές με το μωρό της και παραμένει σε απόσταση, ζητώντας από τα άτομα του περιβάλλοντός της να ασχοληθούν με αυτό, για να τα κατηγορήσει στη συνέχεια ότι δεν κάνουν τίποτε σωστά. Η καταθλιπτική μητέρα δεν παίζει με το μωρό της, δεν απαντά στις ανάγκες του,

παραμένει αδιάφορη γι' αυτό και ορισμένες φορές είναι δυνατό να εκνευριστεί μαζί του και να το κακοποιήσει (Μπαλλής, 2000).

Σε αρκετές περιπτώσεις με συχνότητα 50% αναπτύσσετε παραλήρημα με εξωπραγματικά στοιχεία των λοχειακών ψυχώσεων. Το περιεχόμενο του παραληρήματος έχει χαρακτήρα επίδρασης ή πλήρους άρνησης της πραγματικότητας . Οι ασθενείς μπορεί να αρνούνται ότι γέννησαν, να εκφράζουν την πεποίθηση ότι δεν έχουν ποτέ παντρευτεί, ότι ποτέ δεν έχουν έρθει σε σεξουαλική επαφή με άνδρα, ότι βιάστηκαν ή ότι υπάρχει μεταφυσική επίδραση ή εξωγενής και κακόβουλη παρέμβαση στο σώμα τους. Στο παραλήρημα, το βρέφος εμφανίζεται να διακατέχεται από το σατανά ή να έχει ιδιαίτερες, μαγικές ή μεταφυσικές δυνάμεις ή να προορίζεται για έναν τρομερά καταστρεπτικό σκοπό. (Χριστοδούλου 2000).

Στο 25% των περιπτώσεων συνυπάρχουν και όλων των ειδών οι ψευδαισθήσεις. Σημαντικές είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις εντολές που προτρέπουν στην βρεφοκτονία. Τόσο ο ιδεασμός της βρεφοκτονίας και της αυτοκαταστροφής, όσο και οι ψευδαισθήσεις που προτρέπουν σε αυτές πρέπει να λαμβάνονται σοβαρότητα υπόψη, γιατί αρκετές φορές οι ασθενείς τις πραγματοποιούν.

Ειδικότερα, μπορεί να λεχθεί ότι η συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης προσομοιάζει με αυτή ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου (Σταμούλη, 2000). 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 (Μάνου, 1997).

Συχνά παρατηρείται διέγερση και ευφορικό συναίσθημα ή εναλλαγές ευφορικής και καταθλιπτικής διάθεσης. Το ευφορικό

Ψυχολογικές επιπτώσεις της γυναίκας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας

συναίσθημα παρατηρείται κυρίως το πρώτο 24 ωρο μετά τον τοκετό και μειώνεται σε μεγάλο βαθμό μετά την τέταρτη ημέρα. Θεωρείται ψυχογενούς αιτιολογίας και αποδίδεται στην ανακούφιση της λεχωίδας από την ομαλή έκβαση του τοκετού. Σε μερικές γυναίκες το ευφορικό συναίσθημα παραμένει και κυριαρχεί στην κλινική εικόνα, χωρίς όμως να φθάνει στα επίπεδα της υπομανίας (Σινανίδου, 1997).

### **3.3.1 Αιτιολογικοί παράγοντες**

Ο καλύτερος προγνωστικός δείκτης για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης είναι η διάθεση της μητέρας τις τρεις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό (Παππά & Σολδάτου, 1999). Σύμφωνα με τις σχετικές έρευνες, πιθανοί παράγοντες που εμπλέκονται στην αιτιολογία της νόσου είναι γενετικοί, βιολογικοί, ψυχοκοινωνικοί, γνωστικοί, καθώς και εκείνοι που συνδέονται με διάφορα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής (Περιστερής & Μαρίνος, 1990). Οι αιτιολογικοί παράγοντες που ενδεχομένως συμμετέχουν στην παθογένεια της επιλόχειας κατάθλιψης φαίνεται πως είναι πολλοί, τα συμπεράσματα όμως της έρευνας δεν συμφωνούν πάντοτε, γιατί- σε αντίθεση με τους παράγοντες κινδύνου- η αιτιολογία της κατάθλιψης μετά τον τοκετό παραμένει αινιγματική. Για το λόγο αυτόν αναπτύχθηκαν διαφορετικές προσεγγίσεις των αιτιολογικών παραγόντων, οι κυριότερες των οποίων είναι αυτές των κοινωνικών παραγόντων, των οργανικών δυσλειτουργιών και της παραδοσιακής κλασικής Ψυχιατρικής (Νιτσόπουλος, 1987).

Δύο μελέτες, η μια του Watson και η άλλη του Inwood, συνοπτικά περιγράφουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Ειδικότερα, οι Watson et al αναφέρουν ότι η κακή συζυγική σχέση, ο νευρωτισμός ως στοιχείο της προσωπικότητας και το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό αποτελούσαν τις παραμέτρους εκείνες που συνδέονταν περισσότερο με την επιλόχεια κατάθλιψη. Η κοινωνική τάξη, η οικογενειακή κατάσταση, το πρωτότοκο ή όχι και ίσως η ηλικία ήταν παράγοντες άσχετοι με την ανάπτυξη της διαταραχής (Ακτσάλης & Σίμος, 1992).



Κατά τον Inwood, οι κυριότεροι παράγοντες που φαίνεται να παίζουν ρόλο στην εμφάνιση της νόσου είναι:

1. Το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό και, ιδιαίτερα, τα προηγούμενα επεισόδια επιλόχειας κατάθλιψης ή διπολικής διαταραχής.
2. Η εγκυμοσύνη και ειδικά αν πρόκειται για την πρώτη εγκυμοσύνη, καθώς και η ύπαρξη αμφιθυμίας από πλευράς της εγκύου για τη διατήρησή της, όπως π.χ. σε περιπτώσεις εξώγαμης κύησης.
3. Η απουσία κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος και η έντονη εξάρτηση της λεχωίδας από το σύζυγο ή τους γονείς της και η απογοήτευση από τον εαυτό της.
4. Η έλλειψη θερμών σχέσεων με τους γονείς και ιδιαίτερα με τον πατέρα (Σιναδίου, 1999).

Στη συνέχεια, αναλύονται οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης.

Υπάρχουν ενδείξεις τόσο υπέρ όσο και κατά της πιθανής αιτιολογικής συσχέτισης επιλόχειας κατάθλιψης και παραμέτρων που σχετίζονται με την αναπαραγωγή, του προηγούμενου ιστορικού αποβολής (Blair et al, 1970. Playfair & Gowers, 1981) ή των ταυτόχρονων μαιευτικών επιπλοκών (Pitt, 1968.). Οι O' Hara et al (1984) υποστηρίζουν ότι οι επιπλοκές κατά τον τοκετό σχετίζονται με την επιλόχεια κατάθλιψη ,ενώ αντίθετη άποψη εξέφρασαν οι Paykel et al (1980). Οι γυναίκες ενδέχεται να ερμηνεύσουν την εμπειρία τους από τυχόν επιπλοκές κατά τον τοκετό ως αποτέλεσμα της αδυναμίας τους να αντεπεξέλθουν στις ανάγκες της μητρότητας (Βλάχος 1996)

Ακόμη και η λήψη αναλγητικών, που χρησιμοποιήθηκαν περιγεννητικά για θεραπευτικούς λόγους, έχει ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη της επιλόχειας κατάθλιψης.

Στην έρευνα των France και Mikalib (1999), σε γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό αποβολής η συχνότητα της επιλόχειας κατάθλιψης βρέθηκε αυξημένη( 39%). Το επίπεδο κατάθλιψης συνδέθηκε με τη μειωμένη κοινωνική στήριξη, ιδιαίτερα από την πλευρά του συζύγου και της μητέρας, με υψηλά επίπεδα αυτοκριτικής, με το χαμηλό βαθμό εξάρτησης και με τον αριθμό των αποβολών (Βλάχος, 1999)

Ο τοκετός αποτελεί μοναδική δυναμική διαδικασία, που μπορεί να επιταχύνει την εκδήλωση μιας ψυχικής διαταραχής. Θεωρείται εύλογο ότι σε γυναίκες με ήπια γενετική ή ιδιοσυγκρασιακή προδιάθεση μπορεί από μόνος του να πυροδοτεί επεισόδια ψυχικής νόσου (Βλάχος, 1996). Σύμφωνα με τους Drago-Carabotta et al (1997), «ο τοκετός επιφέρει κατά βάθος σε όλες τις γυναίκες καταστροφικές εμπειρίες. Οι εμπειρίες αυτές σε μερικές περιπτώσεις εκδηλώνονται με τρόπο κραυγαλέο, παρεμβαίνοντας στη συμπεριφορά της γυναίκας και στη δυνατότητα παροχής επαρκούς νοσοκομειακής φροντίδας. Σε άλλες περιπτώσεις αφήνουν υπολειμματικές βλάβες (κυρίως αίσθηση ανεπάρκειας – ακαταλληλότητας), ενώ πολύ συχνά παραμένουν στο υποσυνείδητο» Ωστόσο, στη μελέτη των Μωραϊτού και Στάλικα (2003) το είδος του τοκετού δεν συνδέθηκε με την εκδήλωση της επιλόχειας κατάθλιψης.

Ο Pitt (1968) σημείωσε ότι ο «παρατεινόμενος τοκετός» ήταν συχνότερο εύρημα σε γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη. Η μελέτη του O' Hara (1983) δεν διαπίστωσε συσχέτιση stress του τοκετού και επιλόχειας κατάθλιψης. Κατά τον Robson (1984), η μόνη μαιευτική μεταβλητή που σχετίζεται σημαντικά με μεταγεννητικά ψυχιατρικά προβλήματα είναι ο

τοκετός ενός πρόωρου παιδιού και με την άποψη αυτή συμφωνεί και ο Fisher (1997).

Αντίθετα, οι απόψεις των ερευνητών για τη σύνδεση μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης και καισαρικής τομής διαφέρουν. Κατά τους Cox et al (1982), οι γυναίκες που αποκτούν το πρώτο τους παιδί ή εκείνες που γεννούν με καισαρική τομή ή εμβρυουλκία δεν έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης. Οι Nielsen et al, (2000) αναφέρουν ότι ούτε οι προηγηθείσες ούτε οι επείγουσες καισαρικές τομές συσχετίστηκαν με την επιλόχεια κατάθλιψη (Nielsen et al, 2000).

Οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό κοιλιακό τοκετό ήταν περισσότερο πιθανό να βιώσουν μια αξιοσημείωτη βελτίωση στη διάθεση και μια μεγαλύτερου βαθμού αυτοεκτίμηση. Ενώ οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή ήταν πιο πιθανό να βιώσουν μια πτώση της διάθεσης και της αυτοεκτίμησης. Αν και οι μητέρες που γέννησαν, με καισαρική τομή δεν είχαν περισσότερο άγχος από τις μητέρες που γέννησαν φυσιολογικά, εντούτοις εμφάνισαν μεγαλύτερη κατάθλιψη κατά του πρώτους δύο μήνες μετά τη γέννηση του παιδιού τους.

Παρόλο που τα παιδιά τους ήταν υγιή, οι μητέρες που τα απέκτησαν μετά από καισαρική τομή ήταν πιο δυσαρεστημένες από την όλη εμπειρία του τοκετού και τη νοσοκομειακή/μαιευτική φροντίδα που έτυχαν. Επιπλέον, οι μητέρες αυτές ανέφεραν περισσότερες αμφιβολίες και είχαν λιγότερη εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να φροντίσουν το βρέφος. Η κατάσταση αυτή συνετέλεσε στην εμφάνιση δυσκολιών προσαρμογής για 3 εβδομάδες έως 6 μήνες μετά τον τοκετό, συνοδευόμενων από έντονη κόπωση (Μελισσά-Χαλικιοπούλου 1996).

Σε μια έρευνα, οι λεχωίδες που διέκοψαν την παραμονή στο μαιευτήριο και πήραν εξιτήριο μέσα σε 72 ώρες από τον τοκετό φάνηκε να διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης επιλόχειας

κατάθλιψης (Παππά & Σολδάτου, 1999). Τα ευρήματα της παραπάνω έρευνας αντέκρουσε πρόσφατη μελέτη σύμφωνα με την οποία οι λεχωίδες που εξήλθαν του μαιευτηρίου σε λιγότερο από 72 ώρες μετά από τον τοκετό δεν παρουσίασαν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης κατά την διάρκεια των επόμενων μηνών, σε σύγκριση με τις γυναίκες που έλαβαν εξιτήριο αργότερα (Μελισσά-Χαλκιοπούλου 1996).

Τα νεογνά διαφέρουν ως προς τον τρόπο προσαρμογής τους. Η εμπειρία που αποκομίζει μια λεχωίδα από τη φροντίδα ενός δύσκολου νεογνού ενδεχομένως αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης, γιατί οι λεχωίδες που φροντίζουν δύσκολα νεογνά μπορεί να βιώσουν συναισθήματα ανεπάρκειας ως μητέρες (Cutrona & Troutman, 1986). Οι Hopkins et al (1987) υποστηρίζουν ότι η διάκριση των καταθλιπτικών από τις μη καταθλιπτικές μητέρες μπορεί να σχετίζεται και με το βαθμό δυσκολίας του χαρακτήρα του νεογνού τους. Τέτοια συμπεράσματα όμως θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή και η έρευνα που συνδέει το ταμπεραμέντο των νεογνών με την επιλόχεια κατάθλιψη θα πρέπει να χρησιμοποιεί μετρήσεις έξω από το βαθμό δυσκολίας του χαρακτήρα του νεογνού .

Ωστόσο, οι ορμονικές διακυμάνσεις στον καταμήνιο κύκλο είναι ασήμαντες σε σύγκριση με την τεράστια αύξηση των στεροειδών του πλακούντα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την απότομη μείωση των επιπέδων τους μετά τον τοκετό. Οι σημαντικές διαφοροποιήσεις στα επίπεδα των ορμονών στο τέλος της κύησης και στην αρχή της λοχείας απαιτούν αξιοσημείωτες ικανότητες προσαρμογής από μέρους της γυναίκας (Dalton, 1971).

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι αναγνωρίσιμος «κίνδυνος» για τις γυναίκες με πρεμνηνορρυσιακό σύνδρομο (Malleon, 1963. Dalton,

1964). Ο Hegarty (1995) σημείωσε την υψηλή συχνότητα προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου στις γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι οι γυναίκες που εμφανίζουν δυσκολίες προσαρμογής στις προεμμηνορρυσιακές ορμονικές μεταβολές έχουν την τάση για ακόμη μεγαλύτερη δυσκολία προσαρμογής στις ορμονικές αλλαγές της περιόδου της λοχείας.

### **A) Δημογραφικοί παράγοντες**

Σε έρευνα των Hobfoll et al(1995) σε φτωχές έγκυες, η οποία συμπεριλάμβανε δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως ηλικία, εθνικότητα, εργασία, βρέθηκε ότι κανείς από αυτούς τους δημογραφικούς παράγοντες δεν συνδεόταν με την επιλόχεια κατάθλιψη (Hobfoll et al, 1995).

Αντίθετα, άλλες έρευνες έχουν διαπιστώσει την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στην επιλόχεια κατάθλιψη και την ηλικία και τη μόρφωση.

Όταν η ηλικία της γυναίκας είναι κάτω των 18 ετών και η εκπαίδευση της διακοπεί κατά τα χρόνια του γυμνασίου, η προδιάθεση εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης είναι μεγαλύτερη.

Η κατάθλιψη είναι πιο συχνή στις έφηβες, συγκριτικά με τις ενήλικες μητέρες. Η κυοφορία κατά την εφηβεία γίνεται συχνά αιτία διακοπής της παρακολούθησης του σχολείου και πολλές φορές συνοδεύεται από χαμηλή κοινωνικό-οικονομική κατάσταση και ανεπαρκή κοινωνική στήριξη, ενώ, ακόμα, συχνά αφορά άγαμες μητέρες. Η διακοπή της εκπαίδευσης και ο περιορισμός της δυνατότητας επαγγελματικής καριέρας, σε συνάρτηση με την κύηση στην εφηβεία, μπορεί επίσης να οδηγήσει σε μακροχρόνια οικονομική αστάθεια.

Επίσης πρέπει να λάβουμε υπόψη μας πως για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης είναι και η κληρονομική.

### **B) Ορμονικοί παράγοντες**

Από όλες τις ψυχοσωματικές καταστάσεις, κατά τις οποίες διαπιστώνεται συσχέτιση ενδοκρινικών μεταβολών με συναισθηματικές αντιδράσεις, η πλέον παραδεκτή είναι αυτή της λοχείας. Θεωρείται πιθανό οι ορμονικές μεταβολές μετά τον τοκετό να ευαισθητοποιούν τους υποδοχείς ντοπαμίνης σε γυναίκες με ειδική προδιάθεση (Λώλης, 1998). Η μαζική ελάττωση των υψηλών επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης στο αίμα στα βασικά επίπεδα εντός 2-5 ημερών μετά τον τοκετό έχει οδηγήσει στη διατύπωση της υπόθεσης ότι οι μεταγεννητικές αλλαγές της διάθεσης προκαλούνται από την υποχώρηση των επιπέδων των συγκεκριμένων ορμονών. Τα ευνοϊκά αποτελέσματα της χορήγησης αυτών των ορμονών σε γυναίκες με μεταβολές της διάθεσης μεταγεννητικά έχουν ενισχύσει την παραπάνω υπόθεση.

Ο τοκετός, το πολύ σημαντικό αυτό από ψυχολογική άποψη γεγονός, συνδυάζεται με σημαντικές ορμονικές μεταβολές. Ωστόσο, στις λεχωίδες με ή χωρίς κατάθλιψη δεν έχουν βρεθεί ορμονικές διαφορές, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι λεχωίδες που εκδηλώνουν επιλόχεια κατάθλιψη έχουν φυσιολογική ενδοκρινική λειτουργία. Ομοίως, οι γυναίκες με προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο έχουν φυσιολογικά ενδοκρινικά επίπεδα γοναδικών στεροειδών, παρουσιάζουν ωστόσο μια διαφορετική ευαισθησία στα φυσιολογικά επίπεδα των στεροειδών, όπως παρατηρείται από τις μεταβολές στη διάθεση τους. Στις γυναίκες εκείνες που δεν εμφανίζουν προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο, η ευαισθησία

Ψυχολογικές επιπτώσεις της γυναίκας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας

επηρεάζεται από φυσιολογικές αλλαγές στα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης. Συνεπώς, μπορεί να υποτεθεί ότι ενδεχομένως υπάρχουν κάποιες γυναίκες με διαφορετική ευαισθησία στις αναπαραγωγικές ορμόνες, στις οποίες τα φυσιολογικά ενδοκρινικά γεγονότα που σχετίζονται με τον τοκετό μπορούν να ενεργοποιήσουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο (Λώλης 1999).

### **3.3.2 Θεραπευτική αντιμετώπιση**

Η θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης είναι ίδια με αυτή των άλλων καταθλίψεων, δηλαδή αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία, νοσοκομειακή νοσηλεία (Μανταλενάκης, 1996), αν αυτή κριθεί απαραίτητη, και υποστήριξη στις καθημερινές δραστηριότητες, ιδιαίτερα σε αυτές που αναφέρονται στην περιποίηση και φροντίδα του νεογνού (Δημητρίου και συν, 1995).

Η επιλόχεια κατάθλιψη κατά κανόνα χρειάζεται ψυχιατρική θεραπευτική αντιμετώπιση. Πολλές φορές είναι αναπόφευκτη η σύσταση για νοσοκομειακή νοσηλεία, λόγω της βαρύτητας της κατάστασης αλλά και της πιθανότητας αυτοκτονικών ή και ανθρωποκτονιών-κυρίως κατά του νεογέννητου-ενεργειών. Εξαιτίας του άμεσα και μακροπρόθεσμα επώδυνου του αποχωρισμού της μητέρας από το παιδί, υπάρχει η τάση της ταυτόχρονης νοσηλείας μητέρων και βρεφών σε ειδικές ψυχιατρικές κλινικές. Η σχετική εμπειρία στη Βρετανία κρίνεται θετική, παρά το μικρό ποσοστό δυσάρεστων συμβάντων ακόμη και σε μονάδες εντατικής επίβλεψης (Ακτσαλής & Σίμος, 1992).

Η προφυλακτική αντικαταθλιπτική αγωγή αμέσως μετά τον τοκετό, σε λεχώιδες υψηλού κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης, μειώνει σημαντικά τα ποσοστά νόσησης (ποσοστό μη εμφάνισης συμπτωμάτων με και χωρίς χορήγηση προφυλακτικής αντικαταθλιπτικής αγωγής 6,7% και 62%, αντίστοιχα). Σε γυναίκες με προδιαθεσικούς παράγοντες για επιλόχεια κατάθλιψη συστήνεται η εκπαίδευση και η ενεργητική κοινωνική υποστήριξη πριν από τον τοκετό (Παππά & Σολδάτου, 1999).

Είναι σημαντικό να γίνει σεβαστή η επιθυμία της γυναίκας να θηλάσει ή όχι το παιδί της. Κοινωνικές πιέσεις και αίσθημα ενοχής και τη



διακοπή της γαλουχίας μπορεί να έχουν αρνητική επίδραση στη διάθεση της λεχωίδας. Όλα τα μελετηθέντα αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχει βρεθεί ότι εκκρίνονται στο γάλα, ωστόσο δεν έχει αναφερθεί ιδιαίτερα βλαπτική επίδρασή τους στο νεογνό (Areias et al, 1996). Μακροχρόνιες μελέτες των νευροσυμπεριφορικών επιδράσεων και της τερατογόνου δράσης αυτών των φαρμάκων δεν υπάρχουν

Για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης απαιτείται συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας. Τα αντικαταθλιπτικά (Σακκάς, 1997) είναι τα πλέον ενδεδειγμένα φάρμακα, αν και μπορεί να χρειαστούν και οι βενζοδιαζεπίνες ή τα νευροληπτικά, στην περίπτωση που υπάρχει ψυχοκινητική διέγερση (Ζερβής, 2001).

Τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη έχουν δοκιμαστεί, χωρίς όμως ιδιαίτερα πειστικά αποτελέσματα (Ζερβής, 2001). Για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης, οι Kumar et al (1996) και ο Murray (1996) πρότειναν τη χορήγηση οιστρογόνων. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ενδείκνυται σε περιπτώσεις ανθεκτικές σε άλλες μορφές θεραπείας.

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει καθημερινή υποστήριξη και εκπαίδευση στο ρόλο της μητέρας ή πιο κλασικές θεραπευτικές τακτικές ψυχαναλυτικής ή γνωσιακής έμπνευσης (Ζερβής, 2001). Οι O' Hara et al (2000), μετά από μελέτη σε 120 λεχωίδες με επιλόχεια κατάθλιψη, προτείνουν τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (interpersonal psychotherapy) ως την αποτελεσματικότερη και πλέον παραδεκτή μέθοδο αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης. Πρόκειται για μια άμεση μέθοδο, που προσφέρει σιγουριά στις γυναίκες και επίσης, επειδή είναι μη φαρμακευτική θεραπεία, αποδεικνύεται ιδιαίτερα χρήσιμη για τις γυναίκες που θέλουν να αποφύγουν τα φάρμακα κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

Τέλος, η πλακουντοφαγία, ως τρόπος αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης, αναφέρθηκε από την Field (1998) και αφορούσε τη μαρτυρία μιας μαιάς από την Αγγλία, που αντιμετώπισε με τον τρόπο αυτόν την επιλόχεια κατάθλιψη μετά τον τοκετό της. Στο ίδιο άρθρο υπάρχουν αναφορές πλακουντοφαγίας σε διάφορους λαούς και επισημαίνεται ότι όλα τα σαρκοβόρα θηλαστικά τρώνε τον πλακούντα τους μετά τον τοκετό τους.

### **3.4 Επιπτώσεις**

Οι συνέπειες της κατάθλιψης κατά την περίοδο της λοχείας είναι πολύ πιο δυσμενείς απ' ό,τι σε κάποια άλλη χρονική φάση της ζωής της γυναίκας, καθώς η λεχώρα αντιμετωπίζει την επιπρόσθετη ευθύνη της φροντίδας του νεογνού της. Οι απαιτήσεις του νεογνού και οι φροντίδες του είναι καινούργιες και απαιτούν χρόνο για τη ρύθμισή τους. Για μια γυναίκα που υποφέρει από επιλόχεια κατάθλιψη, η όλη εμπειρία της μητρότητας γίνεται συντριπτική (Mirsi et al, 2000). Οι καταθλιπτικές γυναίκες είναι αβέβαιες για τις μητρικές τους ικανότητες, δεν χαίρονται πλήρως τα παιδιά τους και δείχνουν αρνητική συμπεριφορά απέναντί τους (Mirsi & Duke, 1995). Οι συνέπειες της κατάθλιψης της μητέρας ποικίλλουν ευρέως, ανάλογα με την ποιότητα, τη διάρκεια και την ένταση των συμπτωμάτων, την προσωπικότητα του νεογνού-βρέφους και την ποιότητα των προϋπαρχόντων δεσμών (Λαζαράτου, 1998).

Η επιλόχεια κατάθλιψη και η ανησυχία κατά τη μετάβαση στη μητρότητα οδηγούν σε σχέσεις μητέρας-νεογνού που χαρακτηρίζονται από λιγότερη στοργή, ευαισθησία και αμοιβαιότητα (Goldstein et al, 1996). Οι συνέπειες της επιλόχειας κατάθλιψης στο παιδί, τη μητέρα και την οικογένεια συμπεριλαμβάνονται στην παραμέληση του παιδιού, τη διάλυση της οικογένειας, τον αυτοτραυματισμό και την αυτοκτονία. Εντούτοις, οι πιο κοινές συνέπειες είναι τα συναισθήματα προβλήματα, τα προβλήματα συμπεριφοράς και η γνωστική καθυστέρηση των παιδιών των καταθλιπτικών μητέρων (Evans, 2001).

### **Επιπτώσεις στην έγκυο**

Οι επιπτώσεις μιας κατάθλιψης που είναι δύσκολο να θεραπευτούν, μπορεί να είναι σοβαρές για την έγκυο όπως η κακή διατροφή, ο άστατος ύπνος, η δυσκολία συμμόρφωσης με τις οδηγίες προγεννητικής φροντίδας, η αυτοκτονία, η επιδείνωση μιας προϋπάρχουσας χρόνιας σωματικής πάθησης, η εξάρτηση από καπνό, αλκοόλ ή ναρκωτικά (Llewellyn et al 1997). Το γεγονός ότι οι γυναίκες με κατάθλιψη της κύησης εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες συνέχισης (με ενοχές) του καπνίσματος στο 3ο τρίμηνο της κύησης παρά τις ιατρικές συμβουλές, μπορεί να αποτελεί ένδειξη ασυνείδητης σύγκρουσης με τη μητρότητα (Kumar & Robson 1984).

Ένα από τα αποτελέσματα της κατάθλιψης είναι και η έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών. Παρόλα αυτά, οι Harris Deaty, Lees και Wilson (1996), στη μελέτη τους για τη γνωστική επιδείνωση στις τελευταίες εβδομάδες της κύησης, παρατήρησαν ότι οι έγκυες με προγεννητική κατάθλιψη παρουσίαζαν ελάχιστη επιδείνωση των γνωστικών τους λειτουργιών, τουλάχιστον προς στο τέλος της κύησης.

### **Επιπτώσεις στο έμβρυο και το νεογνό**

Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι οι μεταβολές στο προγεννητικό περιβάλλον επηρεάζουν μακροπρόθεσμα το παιδί και ότι το έμβρυο αναπτύσσει ποικίλες αντιδραστικές συμπεριφορές πολύ νωρίς στη διάρκεια της κύησης. Οι μηχανισμοί μετάδοσης της μητρικής ψυχικής καταπόνησης στο έμβρυο δεν είναι γνωστοί. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι η αυξημένη παραγωγή μητρικών ορμονών προκαλεί

σύσπαση της ομφαλικής αρτηρίας, με αποτέλεσμα την ανεπαρκή αιμάτωση του εμβρύου. Υπάρχει επίσης το ενδεχόμενο ορισμένες ορμόνες, όπως η αδρεναλίνη, να διέρχονται τον πλακούντιακό φραγμό και να επιδρούν στο έμβρυο.

Μερικοί μήνες κατάθλιψης της μητέρας αρκούν για να επηρεάσουν την ψυχική εξέλιξη του παιδιού, αλλά και η έγκαιρη θεραπεία της διαταραχής δεν αποκλείει τελείως όλες τις δυσμενείς της επιπτώσεις. Ακόμα, η επιλόχεια κατάθλιψη φαίνεται ότι μπορεί να επηρεάσει το νεογνό από τις πρώτες μέρες της ζωής του. Τα νεογνά δείχνουν κάποια απορρύθμιση στη συμπεριφορά και τη φυσιολογία του, που πιθανότατα απορρέει από τις ενδοκρινικές αλλαγές της μητέρας. Ωστόσο, αυτή η απορρύθμιση επηρεάζει με τη σειρά της την ψυχοσυναλλαγή μεταξύ μητέρας και νεογνού και, καθώς οι καταθλιπτικές μητέρες χρησιμοποιούν δύο κυρίως τρόπους ψυχοσυναλλαγής, την απόσυρση ή την παρεμβατικότητα, η διαταραχή αυτής της ψυχοσυναλλαγής έχει αρνητικές επιπτώσεις στα νεογνά (Παππά & Σολδάτου, 1999. Murray, 1992).

Είναι βέβαιο ακόμα ότι η επιβαρυσμένη συναισθηματική διάθεση της μητέρας έχει άμεσες αλλά και μακροπρόθεσμες αρνητικές επιπτώσεις στο βρέφος. Άμεσα παρατηρείται απάθεια, απόσυρση ή εκσεσημασμένο κλάμα του νεογνού (Σταμούλη, 2000). Τα βρέφη των καταθλιπτικών μητέρων εκδηλώνουν :

- I. Συναισθηματική ατονία. Το βρέφος δεν εξασκεί τις αισθητηριακές του ικανότητες, δεν έχει διάθεση να κοιτάει, να ακούει, να μυρίζει, να γνωρίζει, να λειτουργεί, να προοδεύει.

- II. Μειωμένες κινητικές πρωτοβουλίες, φτωχή μιμική, μονοτονία, τάση για επανάληψη, δραστηριότητες επαναλαμβανόμενες χωρίς φαντασία.
- III. Φτωχή αλληλεπιδραστική σχέση με τη μητέρα, μείωση των πρωτοβουλιών αλλά και των απαντήσεων στις προτροπές, αποτυχία της επικοινωνίας.
- IV. Ψυχοσωματική ευθραυστότητα. Η κατάθλιψη θεωρείται παράγοντας ψυχοσωματικής αποδιοργάνωσης. Αναφέρεται ως «κρύα» κατάθλιψη, που εκφράζει την αρνητική εικόνα, την έλλειψη, τη συναισθηματική ένδεια. Η φόρτιση που επιτελείται μέσα από τη σωματική συμπτωματολογία παρακάμπτει τη διεργασία για την επίλυση της σύγκρουσης. (Λαζαράτου, 1998):

Στο νεογνό-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 νεογνού-βρέφους (Λαζαράτου, 1998).

### **Επιπτώσεις στη σχέση μητέρας - παιδιού**

Οι ασθενείς μητέρες παρουσιάζουν δυσκολία εγκατάστασης ικανοποιητικού δεσμού με το βρέφος τους (Σιναδίου, 2000). Οι καταθλιπτικές μητέρες εμφανίζουν ως επί το πλείστον καταθλιπτικές ή αγχώδεις μιμητικές εκφράσεις με μικρότερη δραστηριότητα, με αποτέλεσμα λιγότερες συμπεριφορές μιμήσεων του βρέφους, λιγότερες απαντήσεις στο βρέφος και μικρότερη συμμετοχή στα παιχνίδια. Η επικοινωνία τους δεν είναι πάντα ελαττωμένη ποσοτικά, αλλά κυρίως

### Ψυχολογικές επιπτώσεις της γυναίκας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας

είναι χωρίς συναίσθημα και χωρίς ζωή. Η επαφή είναι σχεδόν μηχανική, κρατούν το παιδί τους χωρίς να το κοιτάζουν στα μάτια, του αλλάζουν θέση στην αγκαλιά τους, το κουνάνε πολύ, δείχνοντας μια υπερδραστηριότητα που δεν έχει την ευχαρίστηση της παροχής μητρικών φροντίδων. Το ενδιαφέρον της μητέρας είναι μειωμένο, γιατί είναι απασχολημένη με κάτι άλλο (Λαζαράτου, 1998<sup>α</sup>). Σε πολλές περιπτώσεις, είναι μια μητέρα που εξασφαλίζει και εγγυάται στο παιδί τη φυσική της παρουσία, αλλά όχι και τη συναισθηματική και τη συγκινησιακή (Κούτση, 1992).

Ο καταθλιπτικός γονέας παρεμποδίζεται στο σχεδιασμό και την εφαρμογή μιας αγωγής, η οποία θα εκθέσει το παιδί στο κατάλληλο επίπεδο άγχους που θα του επιτρέψει να αναπτύξει υγιώς την αυτοπεποίθησή του (French, 1983). Σύμφωνα με τα ευρήματα των σχετικών μελών, η επιλόχεια κατάθλιψη έχει μακροπρόθεσμη αρνητική επίδραση στην οικογένεια (Δραγώνα, 1989).

### **Επιπτώσεις στην οικογένεια**

Η κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσει σημαντική σύγκρουση στις συζυγικές και οικογενειακές σχέσεις. Η πορεία της κατάθλιψης κατά την κύηση ποικίλλει από το ένα τρίμηνο της κύησης στο άλλο και ενδέχεται να έχει διαφορετικές επιπτώσεις στην οικογένεια. (Γκικόκα και συν, 2001)

### 3.5 Ψυχαναλυτική Προσέγγιση

Η συναισθηματική ανάγκη πολλών γυναικών μετά τον τοκετό εντοπίζεται στην αναδημιουργία της συμβίωσης με το παιδί τους και στην ανακούφιση από το «συναισθηματικό κενό» που αισθάνονται μετά τον τοκετό. Εάν αυτή η ανάγκη δεν ικανοποιηθεί, μπορεί να παρουσιαστούν αντιδράσεις, όπως κατάθλιψη, ανησυχία, αποξένωση από το νεογνό, ανασφάλεια για το μητρικό ρόλο και έλλειψη αυτοπεποίθησης. Η πρώτη επαφή μητέρας-νεογνού είναι πολύ σημαντική. Η ψυχολογική συμβίωση εγκύου-εμβρύου διαταράσσεται με τον τοκετό και το χωρισμό των πρώτων ωρών μετά τον τοκετό. Οι μητέρες που τους δίνεται η δυνατότητα να έχουν άμεση βλεμματική και σωματική επαφή με το νεογνό τους αμέσως μετά τον τοκετό, αναπτύσσουν ευκολότερα αμοιβαία και αποδοτική σχέση (Ρήγα, 1991). Ιδιαίτερα η Ελληνίδα μητέρα έχει την ανάγκη επαφής με το νεογνό της με τα μάτια και με το χαμόγελο (Δρίβα & Rohe 1992).

Η μητέρα έχει να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα και να αναδομήσει το νοητικό της κόσμο σύμφωνα με το παιδί που κρατά στα χέρια της και τις ανάγκες του και να αποστασιοποιηθεί από το «φανταστικό παιδί». Η ανάδρομη του νοητικού κόσμου της μητέρας περνά μέσα από τη νέα σχέση και σύνδεση με το νεογέννητο. Κάποια δυσκολία στη φάση αυτή μπορεί να επηρεάσει τη μητέρα και να της δημιουργήσει ψυχολογικά προβλήματα. Ενίοτε η μητέρα μπορεί να παρουσιάσει κατάθλιψη ή επιλόχεια ψύχωση. Πρώιμα σημάδια κατάθλιψης της μητέρας και τυχόν δυσχέρειά της στη δημιουργία σχέσης με το νεογνό πρέπει έγκαιρα να ανιχνεύονται από τις μαιές ή το ιατρικό



προσωπικό, ώστε με την κατάλληλη φροντίδα τα προβλήματα να εξομαλύνονται (Συνοδινού, 2000).

Ο Green γράφει για «το σύνδρομο της νέας μητέρας» ότι «στο παρελθόν της αναφαινόταν όχι η πραγματική απώλεια της μητέρας, αλλά σε μια πρώιμη περίοδο της ζωής της η πραγματικότητα μια ζωντανής μητέρας, που είχε πάψει να υπάρχει για το παιδί της. Η μητέρα, για κάποιο λόγο, είχε περιέλθει σε καταθλιπτική κατάσταση, από την οποία προέκυψε μια αποεπένδυση, που ερχόταν σε αντίθεση με τις προηγούμενες ευτυχισμένες συνθήκες» (Λαζαράτου, 1998β). Κατά τους Righetti-Veltema et al (1998), η διάσπαση του εσωτερικού δεσμού μεταξύ μητέρας και εμβρύου και η επακολουθούσα επιλόχεια κατάθλιψη συνδέονται μεταξύ τους .

Σε επίπεδο φαντασιωσικό ή πραγματικό, υπάρχει σχεδόν πάντα μια συναισθηματική προσέγγιση της εγκύου προς τη μητέρα της. Εάν, στη διάρκεια της ζωής της γυναίκας, έχει υπάρξει διαφοροποίηση και ανεξαρτητοποίηση από την προσωπικότητα της μητέρας της, τότε το παιδί που θα γεννήσει θα την ταυτοποιήσει ως μητέρα. Διαφορετικά, η σύγχυση των ρόλων θα οδηγήσει σε νευρωσική ή ψυχωσική συμπεριφορά. Ακόμα, σε νοητικό επίπεδο, η εγκυμοσύνη μπορεί ν' αποτελεί, μέσα από μηχανισμούς άμυνας του Εγώ, ένα είδος «θεραπείας» απραγματοποίητων και ανεκπλήρωτων προσδοκιών. Επειδή όμως ο ερχομός του παιδιού δεν «θεραπεύει» τίποτα, το συναισθηματικό κενό επανέρχεται και το γεγονός αυτό μπορεί να εξηγήσει εν μέρει την κατάθλιψη κατά την περίοδο της λοχείας ή και αργότερα (Σωτηριάδης, 1998).

### **3.6 Ενημέρωση και Πρόληψη**

Σύμφωνα με την Deutch, «το ισχυρότερο στοιχείο που εμποδίζει τη χαρούμενη και ομαλή πορεία της μητρότητας είναι ο φόβος» (Coulle, 1988).

Διαταραχές προσαρμογής κατά την κύηση και αύξηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, αναπτύσσονται από τις ανησυχίες για τους πόνους του τοκετού ή για πιθανά γεννητικά ελαττώματα του εμβρύου, ή οι ευθύνες που απαιτεί η μητρότητα. (Glazer, 1980. Lederman, 1984). Ένας τρόπος πρόληψης των διαταραχών προσαρμογής και της αύξησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι μια υψηλού επιπέδου προγεννητική φροντίδα, η οποία θα προσφέρει πληροφορίες για την προετοιμασία και την πορεία προς τη μητρότητα. Ο Lederman (1984) βρήκε ότι η ανεπαρκής προετοιμασία για τον τοκετό συνδέεται με μεγαλύτερους φόβους γι' αυτόν και με δυσκολίες σχετικά με το μητρικό ρόλο. Σύμφωνα με τον Glazer (1980), οι λειτουργοί υγείας είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν και να στηρίζουν την έγκυο, έτσι ώστε να μπορέσει να νιώσει ελεύθερη για να συζητήσει τις ανησυχίες της. Αυτή η επικοινωνία μπορεί να αποβεί χρήσιμη στη μείωση των επιπέδων των φόβων της. Οι περισσότερες έγκυες δυσκολεύονται να εκφράσουν τις ανησυχίες και τους προβληματισμούς τους στους λειτουργούς υγείας εξαιτίας της απόμακρης τυπικής επαγγελματικής σχέσης, που εμποδίζουν την έγκυο να νιώσει αρκετά οικεία για να διατυπώσει τα ερωτήματα της και να λάβει τις απαντήσεις και την ενημέρωση που χρειάζεται. (Σινανίδου 1999)

Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η μελέτη των Sable και Wilkinson (1999), στα αρχεία του Εθνικού Ινστιτούτου για την Υγεία

του Παιδιού και την Ανθρώπινη Ανάπτυξη και την Επιθεώρηση Μητρικής και Νεογνικής Υγείας του Μισούρι, σε 2828 γυναίκες. Στη μελέτη αυτή βρέθηκε ότι οι γυναίκες που ελάμβαναν ανεπαρκή προγεννητική μαιευτική φροντίδα είχαν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν άγχος και κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους .

Πρέπει να τονίσουμε τα πλεονεκτήματα της στήριξης που παρέχονται μέσω πληροφόρησης. Οι λειτουργοί υγείας που παρέχουν τη μαιευτική φροντίδα δεν αρκεί να είναι άρτια καταρτισμένοι στον τομέα τους, αλλά θα πρέπει να έχουν και την ευχέρεια να παρέχουν τις υπηρεσίες τους στις έγκυες όποτε αυτές έχουν ανάγκη στήριξης και ενημέρωσης, έτσι ώστε να μην αναγκάζονται οι έγκυες να καταφεύγουν σε άτομα που δεν διαθέτουν την απαιτούμενη κατάρτιση και, κατά συνέπεια, να παραπληροφορούνται. (Σινανίδου 1999).

Η πλημμελής ενημέρωση και πληροφόρηση της λεχωίδας για τα νέα της καθήκοντα βρίσκει την πρωτότοκο λεχωίδα εντελώς απροετοίμαστη και ευάλωτη στην υπερένταση, την αυτό-υποτίμηση και την ανικανότητα. Τόσο ο τοκετός όσο και οι πρώτοι δύσκολοι μήνες της ζωής του νεογέννητου γίνονται αντικείμενο θεώρησης μόνο από την φυσιολογική τους πλευρά και σπάνια από τη σημαντική ψυχολογική, με αποτέλεσμα τα μεγάλα κενά και την έλλειψη γνώσεων, που οδηγούν μοιραία τη λεχωίδα σε ανασφάλεια, αβεβαιότητα και ψυχική διαταραχή. Η ευρέως διαδεδομένη άποψη ότι το «μητρικό ένστικτο» οδηγεί τη νέα μητέρα στη σωστή συμπεριφορά κρίνεται ως μύθος. Η σωστή ενημέρωση και η εμπειρία είναι οι βασικές προϋποθέσεις για την ομαλή ανάπτυξη του νεογνού και την ψυχοσωματική ισορροπία της μητέρας (Νιτσόπουλος, 1987)

Η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία. Η αποφυγή των αιτίων που προκαλούν τις διάφορες διαταραχές στοιχειοθετεί τη σωστότερη αντιμετώπιση. Η έρευνα αποδεικνύει ότι η προγεννητική κατάθλιψη εκδηλώνεται κυρίως στο 1<sup>ο</sup> τρίμηνο της κύησης, οι υψηλότερες τιμές στην κλίμακα βαρύτητας σημειώνονται κατά το 1<sup>ο</sup> και το 3<sup>ο</sup> τρίμηνο της κύησης, η νόσος εκδηλώνεται συχνότερα στις πρωτότοκες και η συχνότητα εμφάνισης της κυμαίνεται από 4-39%

Η έγκαιρη διάγνωση της προγεννητικής κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η αρχική εκτίμηση γίνεται με την αναγνώριση των συμπτωμάτων και της γενικότερης κλινική εικόνας της κατάθλιψης που παρουσιάζει η έγκυος. Στο 20% των περιπτώσεων σοβαρής προγεννητική κατάθλιψης, η διαταραχή μεταπίπτει σε χρονιότητα. Η καθυστέρηση της θεραπείας είναι ο σπουδαιότερος παράγοντας ανάπτυξης χρόνιας κατάθλιψης. Γι' αυτό, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στις υψηλού κινδύνου γυναίκες, με στόχο την πρόωμη αναγνώριση και την έγκαιρη θεραπεία της υποκείμενης κατάθλιψης (Σινανίδου, 1999).

### **Πρόληψη**

Σημαντική θεωρείται η έγκαιρη ανίχνευση και κατάλληλη αντιμετώπιση των γυναικών εκείνων που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης.

Οι κοινωνικο-πολιτισμικές πεποιθήσεις που σχετίζονται με τη μητρότητα καθιστούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης δύσκολα αναγνωρίσιμα για τη νέα μητέρα, η οποία έχει την τάση να τα ελαχιστοποιεί και να ερμηνεύει την ψυχολογική της κατάσταση μέσα σε ένα ηθικό πλαίσιο. Συνεπώς, δεν αναζητά βοήθεια από ειδικούς και έτσι

Ψυχολογικές επιπτώσεις της γυναίκας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας

δεν λαμβάνει την κατάλληλη φροντίδα. Αυτά τα στοιχεία οδήγησαν στην προσπάθεια αξιολόγησης της δυνατότητας προγεννητικής ανίχνευσης των γυναικών υψηλού κινδύνου ανάπτυξης επιλόχειας κατάθλιψης. Η έγκαιρη ανίχνευση των γυναικών αυτών θα επέτρεπε την εφαρμογή αποτρεπτικών μέτρων και την έγκαιρη έναρξη θεραπείας κατά τρόπο οικονομικά αποτελεσματικό, γεγονός που θα απάλλαζε από πολλά προβλήματα τόσο τη μητέρα όσο και το παιδί (σινανίδου 2000).

# Κεφάλαιο

## IV

Ρόλοι που συμβάλουν στην ψυχολογική ισορροπία της  
γυναίκας

#### **4.1 Ο Ρόλος του Συντρόφου**

Ο σύντροφος μιας γυναίκας μπορεί να παράσχει με πολλούς τρόπους στήριξη, στους οποίους συμπεριλαμβάνονται η υποστήριξη πριν από τον τοκετό και η ψυχολογική στήριξη σε στιγμές άγχους. Ωστόσο, κάποιοι σύντροφοι αποφεύγουν οποιαδήποτε ενεργό εμπλοκή με το γεγονός του τοκετού, ενώ άλλοι παραμένουν περισσότερο παθητικοί, χωρίς να προσφέρουν ούτε πρακτική ούτε συναισθηματική στήριξη (Christopher & Falkner, 1979). Στήριξη μπορεί να προκύψει και από άλλες πηγές, όμως η στήριξη του συντρόφου είναι ιδιαίτερα κρίσιμη, τόσο κατά την κύηση όσο και κατά τη λοχεία (Hobfoll et al, 1995). Η σημαντική συμβολή της στήριξης του συντρόφου κατά τη μεταγεννητική περίοδο είναι εντυπωσιακή και έχει επιβεβαιωθεί από πολλούς ερευνητές (Βλάχος, 1996).

Σχετική έρευνα (Brugha et al 1989, 1995) έχει δείξει ότι ελλείψεις στην ποιότητα και ποσότητα των προσωπικών σχέσεων συνδέονται με τις καταθλιπτικές διαταραχές. Ακόμη, το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο συμβαίνουν τα γεγονότα της ζωής μπορεί από μόνο του να αποτελεί μια πλευρά της κοινωνικής στήριξης. Για παράδειγμα, το γεγονός της ζωής «μένω έγκυος» μπορεί να αξιολογηθεί ως ιδιαίτερα απειλητικό, αν η κύηση δεν είναι προγραμματισμένη και δεν υπάρχει σταθερή σχέση με τον πατέρα του εμβρύου (Hobfoll et al 1995). Το μέγεθος του προβλήματος αυξάνεται αν η λεχωίδα ζει μόνη της, χωρίς τον πατέρα του νεογνού στη ζωή της. Σε έρευνα διαλογής (screening) σε λεχωίδες κατά την 6<sup>η</sup> εβδομάδα μετά τον τοκετό, ο Γεωργοπούλου και συν (1999)

βρήκαν ότι πάνω από τις μισές γυναίκες (54,6%) που ήταν χωρισμένες ή σε διάσταση με το σύντροφό τους εμφάνισαν σημαντικά υψηλές βαθμολογίες κατά τη χρήση αυτοκριτικής κλίμακας αξιολόγησης (σημείωσαν βαθμολογία 12 και άνω στην κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης του Εδιμβούργου) (Georgiopoulos et al, 1999).

Οι ανύπαντρες γυναίκες που δεν έχουν τη συμπαράσταση του πατέρα του παιδιού τους κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, αλλά ούτε και της πατρικής τους οικογένειας λόγω μη αποδοχής της ανύπαντρης μητέρας. 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 (Μελίσσα-Χαλκιοπούλου 1996).

Μετά τον τοκετό, ο σύζυγος ή ο σύντροφος επίσης διέρχεται μια περίοδο προσαρμογής. Σε κάποια ζευγάρια, ένα μωρό δυναμώνει τη σχέση τους και οδηγεί στη δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος για την ανάπτυξη του νεογέννητου. Ο ρόλος του συντρόφου γίνεται ακόμα πιο κρίσιμος, αν η μητέρα εμφανίσει σοβαρή διαταραχή της διάθεσης. Μια σταθερή συζυγική σχέση βοηθά τους νέους γονείς να αποδεχθούν τις υψηλές απαιτήσεις του γάμου, του παιδιού και της οικογένειας. Αντίθετα, μια φτωχή συζυγική σχέση μπορεί να προδικάσει την ανάπτυξη επιλόχειας κατάθλιψης. Πολλές γυναίκες βιώνουν έντονο άγχος στην προσπάθειά τους να χειριστούν τους μητρικούς και συζυγικούς ρόλους. Πολύ σοβαρά ψυχοκοινωνικά άγχη παρατηρούνται στη συζυγική προσαρμογή μετά τον τοκετό, όταν οι σύντροφοι δεν είναι υποστηρικτικοί και δεν συμμετέχουν στην ανατροφή των παιδιών (Misri et al, 2000).



Οι γυναίκες με χαμηλό εισόδημα, οι οποίες ήταν ικανοποιημένες από την κοινωνική στήριξη που δέχονταν κατά την διάρκεια της κύησης, είχαν μικρότερες πιθανότητες να βιώσουν καταθλιπτική διάθεση κατά τη λοχεία. Ακόμη, άσχετα από το αν οι γυναίκες ήταν χαμηλής ή υψηλής κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης, οι συχνές προστριβές με τα μέλη του δικτύου στήριξης τους και η λιγότερη ικανοποίηση από την προσλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη αποτελούσαν παράγοντες κινδύνου για επιλόχεια κατάθλιψη (Misri et al, 2000).

## **4.2 Ο Ρόλος της Οικογένειας**

Η διαθεσιμότητα της οικογενειακής στήριξης, αλλά και η αποδοχή της (Wheatley, 1998), μπορεί να επηρεάσει την πιθανότητα εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης στις νέες μητέρες, αν και όλες οι νέες μητέρες δεν καλοδέχονται την ανάπτυξη επαφής με τα μέλη της οικογένειας μετά τη γέννηση του παιδιού. Οι O' Hara et al (1983) βρήκαν ότι οι λεχώιδες που χαρακτηρίστηκαν ως καταθλιπτικές μετά τον τοκετό, ανέφεραν μικρότερη στήριξη από τις μητέρες τους- σε αξιολόγηση πριν από τον τοκετό – συγκριτικά με αυτές που δεν κατατάχθηκαν στις πάσχουσες από επιλόχεια κατάθλιψη.

### **4.3 Ο Ρόλος της Κοινωνίας**

Αν και η στήριξη των μη συγγενών δεν είναι τόσο σημαντική όσο αυτή του συντρόφου και της οικογένειας, οι νέες μητέρες αξιολογούν τη στήριξη των φίλων και των συναδέλφων, που ίσως τους προσφέρουν πρακτική, ενημερωτική και ιδεολογική στήριξη για τον τρόπο ζωής και την απόδοση των ρόλων (Pawoer & Parke, 1984). Υπάρχουν ενδείξεις ότι η απουσία τέτοιας στήριξης σχετίζεται με την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης (Paykel et al, 1980. Terry et al, 1996). Κατά τους Arias et al, η μειωμένη κοινωνική στήριξη συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη που εμφανίζεται σχετικά με τη στήριξη από τον ειδικό σύμβουλο (Cytropa, 1989). Το μέγεθος και η έκταση της στήριξης από το στενό «πρωταρχικό κοινωνικό κύκλο» στη γυναίκα θα μπορούσε να προβλέψει την κλινική πορεία της κατάθλιψής της.

#### **4.4 Ο Ρόλος των Λειτουργών Υγείας**

Σ' ένα τόσο πολύπλοκο, πολυδιάστατο και πολυσήμαντο φαινόμενο της ζωής, όπως είναι η κύηση και ο τοκετός, χρειάζεται η συμμετοχή και στενή συνεργασία όλων των επαγγελματιών που έχουν άμεση σχέση με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, όπως γυναικολόγων, παιδιάτρων, μαιών. Ωστόσο, ουσιώδης είναι και η βοήθεια που θα χρειαστεί να παρέχουν και άλλες ειδικότητες, όπως ψυχίατροι, ψυχολόγοι, παιδοψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί γενετιστές, ενδοκρινολόγοι κ.ά.(Σωτηριάδης, 1998).

Σύμφωνα με τον Glazer (1980), οι λειτουργοί υγείας υποχρεούνται να ενημερώσουν και να στηρίζουν την έγκυο, έτσι ώστε να μπορέσει να νιώσει ελεύθερη για να συζητήσει τις ανησυχίες της. Αυτή η επικοινωνία μπορεί να τη βοηθήσει να μειώσουν τα επίπεδα των φόβων τους. Οι περισσότερες έγκυες δυσκολεύονται να εκφράσουν τις ανησυχίες και τους προβληματισμούς τους στους λειτουργούς υγείας, εξαιτίας της απόμακρης και τυπικής επαγγελματικής σχέσης και του περιορισμένου χρόνου επίσκεψης, που εμποδίζουν την έγκυο να νιώσει αρκετά οικεία για να εκθέσει τα ερωτήματά της και να λάβει τις απαντήσεις και την ενημέρωση που χρειάζεται. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η μελέτη των Sable & Wilkison (1999), στα αρχεία του Εθνικού Ινστιτούτου για την Υγεία του Παιδιού και την Ανθρώπινη Ανάπτυξη και την Επιθεώρηση Μητρικής και Νεογνικής Υγείας του Μισούρι, σε 2828 γυναίκες. Βρέθηκε ότι οι γυναίκες που ελάμβαναν ανεπαρκή προγεννητική μαιευτική φροντίδα είχαν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν άγχος και κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης.

Η έγκυος, σ' αυτή την ευαίσθητη περίοδο που διανύει, πρέπει να υποστηρίζεται κατάλληλα και να έχει το δικό της λόγο και τη δυνατότητα ελεύθερης έκφρασης. Από την πλευρά της μαίας και του γυναικολόγου, αυτό σημαίνει ότι πρέπει να ενημερώνουν, να κάνουν διάλογο, να συμπαραστέκονται, να δείχνουν κατανόηση, να αφουγκράζονται τους χαμηλούς τόνους της ζωής και να προσπαθούν να συλλάβουν ένα μέρος από τα χιλιάδες αέναα μηνύματα που εκπέμπει το Σύμπαν μέσα από την κοιλότητα της μήτρας (Σωτηριάδης, 1998).

Συνειδητά η ασυνείδητα, η έγκυος και η πρωτότοκος μητέρα αναζητούν επαφή, γνώση και πληροφόρηση από το προσωπικό του νοσοκομείου, τη μαία, τη νοσηλεύτρια (Ρήγα, 1991). Ο Chalmerw (1982) είχε τονίσει ότι η κοινωνική στήριξη του συστήματος υγείας, όπως γιατρών, μαιών και φροντίδας, όχι μόνο είναι απαραίτητη, αλλά θα πρέπει να είναι και αποτελεσματική στην ποιότητα των υπηρεσιών της.

Η προγεννητική εκπαίδευση είναι ευρέως αποδεκτή από όλους τους λειτουργούς υγείας, γιατί οι γυναίκες που παρακολούθησαν τα μαθήματα είναι πιο ενημερωμένες και άρα λιγότερο φοβισμένες και περισσότερο συνεργάσιμες. Ακόμα, απαιτείται μικρότερη χορήγηση φαρμάκων, διενεργούνται λιγότερες μαιευτικές επεμβάσεις και καισαρικές τομές, η ταξιναιμία της κύησης είναι σπάνια, σημειώνονται λιγότερες επιλόχειες αιμορραγίες και λοιμώξεις. Γενικά, οι γυναίκες έχουν μια θετική στάση για την εγκυμοσύνη τους και τον τοκετό, για τον εαυτό τους, το σώμα τους και το σύντροφό τους και είναι πιο προετοιμασμένες για τα μητρικά καθήκοντα (Dragonas & Christodoulou, 1998). Αντίθετα, οι γυναίκες που δεν παρακολούθησαν γονεϊκά μαθήματα ήταν υψηλότερου κινδύνου στη διαδοχική επιλόχεια κατάθλιψη, απ' ό,τι εκείνες που τα παρακολούθησαν (Nielsen et al, 2000).

#### **4.5 Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού**

Σημαντικό ρόλο παίζει η παρουσία του Κοινωνικού λειτουργού κατά την διάρκεια της λοχείας και του τοκετού. Μια ρεαλιστική εξέταση των φόβων και των ψυχολογικών προβλημάτων κατά τη διάρκεια της κύησης από το προσωπικό της κοινωνικής στήριξης είναι απαραίτητη για την αποτροπή τυχόν επιπλοκών της εγκυμοσύνης. Ο Horsley (1972) υποστηρίζει ότι αν η ψυχολογική προετοιμασία δεν αρχίσει από την πρώτη επίσκεψη προγεννητικά, είναι πιθανό να αποδειχθεί ανεπαρκής.

Σε κάθε μαιευτική μονάδα θα έπρεπε να υπάρχει ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα προετοιμασίας του ζευγαριού, τον ρόλο αυτόν αναλαμβάνει ο κοινωνικός λειτουργός ο οποίος πραγματοποιεί διαλέξεις και συζητήσεις για τις φυσιολογικές – σωματικές και βιολογικές – μεταβολές που παρατηρούνται στην εγκυμοσύνη, τις ψυχολογικές και συναισθηματικές μεταβολές της γυναίκας και του συντρόφου της, τις ψυχοπροφυλακτικές μεθόδους τοκετού, ξενάγηση στους χώρους της μαιευτικής μονάδας, επίσης εμπνυχώνει και εκπαιδεύει τον σύντροφο για τη συμμετοχή του στον τοκετό και τη συμπαράστασή του στην σύζυγο. Κατά τη διάρκεια της λοχείας προσπαθεί να εκπαιδεύσει το ζευγάρι για την ανάληψη υπευθυνότητας στην καινούργια τους ζωή (Σωτηριάδης, 1998).

Η παρακολούθηση των μαθημάτων προετοιμασίας προγεννητικά παρέχει στην γυναίκα την ευκαιρία ενημέρωσης για τα ψυχολογικά προβλήματα που προκύπτουν κατά την κύηση. Εξάλλου, η προγεννητική εκπαίδευση είναι απόρροια της χαλάρωσης της επικοινωνίας μεταξύ των γυναικών και της απώλειας των παραδοσιακών ανεπίσημων δικτύων στήριξης. Τα προγεννητικά μαθήματα έχουν ως στόχο τη μετάδοση πληροφοριών, δεξιοτήτων και τρόπων αντιμετώπισης των καταστάσεων.

Με επίκεντρο ένα φυσιολογικό τοκετό, όπου ο πόνος ελέγχεται μέσα από την πληροφόρηση και αναπνευστικές ασκήσεις, οι νέοι γονείς ενημερώνονται και εκπαιδεύονται στο γονεϊκό ρόλο.

Πολλές γυναίκες δεν θεωρούν απαραίτητο να συμμετέχουν στις ομάδες προγεννητικών μαθημάτων, επειδή έχουν ανάγκη προσωπικής επαφής για να εκφράσουν τους φόβους και τις ανησυχίες τους. Στη πρώτη συνέντευξη ο ρόλος του εκπαιδευτή είναι σημαντικός, ώστε η γυναίκα να αποδεχθεί μεν τη μοναδικότητα της, αλλά να την εντάξει στην κοινωνία των κοινών προβλημάτων των υποψηφίων μητέρων. (Μωραΐτου 2004)

Η επιθυμία της μητέρας να επιτρέψει στον άνδρα της τη συμμετοχή του από πολύ νωρίς στην εγκυμοσύνη, στον τοκετό και στη φροντίδα του νεογνού, μπορεί να συμπέσει με την επιθυμία του πατέρα να μείνει κοντά της από την πρώτη στιγμή. Η σύμπτωση των επιθυμιών επιτρέπει αλλαγές και βίωση νέων έντονων συναισθημάτων. Για τον άνδρα είναι μια μοναδική ευκαιρία να γίνει «μητέρα», όχι τόσο μητέρα του παιδιού, όσο μητέρα της μητέρας του παιδιού του (ειδικά τους πρώτους μήνες). Αυτή η εμπειρία του επιτρέπει να ξεφύγει από ορισμένα στερεότυπα του ρόλου του, αλλά το παιδί μπορεί να αποκτήσει μια ταυτότητα, που δεν συνδυάζεται απαραίτητα με κάποια προνόμια ή έγνοιες (Αμπατζόγλου, 1998).

Η μέριμνα για τη μητρότητα θα μπορούσε να περιλαμβάνει, εκτός από τα μαθήματα προετοιμασία, και επισκέψεις κατ' οίκον μαιευτικής φροντίδας και ψυχολογικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια της κύησης και της λοχείας (όπως ήδη γίνεται στη Αγγλία, την Ολλανδία κ.ά.), τηλεφωνικές γραμμές 24ωρης ενημέρωσης, ιδιαίτερη μέριμνα για τους γονείς με πρόωρα νεογνά ή με δίδυμα και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού.

Η γενετική συμβουλευτική, ως νέος κλάδος, θα μπορούσε να συνεισφέρει στη μετάβαση στη μητρότητα. Ο χώρος της γενετικής συμβουλευτικής παρέχει κατευθυντήριες γραμμές στους γονείς, ασκεί συμβουλευτική μέσα από συμβουλευτικές ομάδες, εκπαιδεύει γενετικούς συμβούλους και ερευνά τις ψυχολογικές αποχρώσεις της γενετικής συμβουλευτικής.

Η γενετική συμβουλευτική είναι μία διαδικασία επικοινωνίας, που έχει ως στόχο να βοηθήσει το άτομο ή την οικογένεια να:

- Κατανοήσουν ιατρικά θέματα, όπως διαγνώσεις, πιθανές αιτίες και διαθέσιμους χειρισμούς μια πάθησης.
- Καταλάβουν τον τρόπο με τον οποίο η κληρονομικότητα συμβάλλει στην ανωμαλία και τον κίνδυνο εμφάνισής της και στους συγγενείς.
- Επιλέξουν και να ακολουθήσουν το καταλληλότερο πεδίο δράσης μέσα από την οπτική των κινδύνων και των οικογενειακών προσδοκιών.
- Ενημερωθούν για τον προγεννητικό έλεγχο, τις δυνατότητες και τους κινδύνους του (Σωτηριάδης 1998).



#### **4.6 Μεθοδολογία**

Για την υλοποίηση της πτυχιακής μας εργασίας απευθυνθήκαμε στην Μαιευτική Κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών Ρίο καθώς και στην Ψυχιατρική Κλινική του. Στον ιδιωτικό τομέα επισκεφθήκαμε την Πολυκλινική Πατρών στην Ρήγα Φεραίου. Πολύτιμη υπήρξε για την ολοκλήρωση της εργασίας μας η βοήθεια των παραπάνω υπηρεσιών ( με βιβλιογραφία και επιστημονικά περιοδικά. Καθώς και με συμβουλές που μας προσέφεραν) .

Επίσης για την συλλογή του υλικού μας ανατρέξαμε στην βιβλιοθήκη του Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ, στην Δημοτική βιβλιοθήκη Πατρών και στη «Ζωσιμαία» Δημοτική βιβλιοθήκη των Ιωαννίνων.

# Κεφάλαιο

## V

## **5. 1 Συμπεράσματα**

Αν προσπαθήσει κανείς να ομαδοποιήσει τα αποτελέσματα των διαφόρων ερευνητών για τους αιτιολογικούς παράγοντες και τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης, θα αναγνωρίσει ορισμένους παράγοντες για τους οποίους υπάρχει γενικότερη συμφωνία. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν:

1. Το υποστηρικτικό πλαίσιο, όπως κακή συζυγική σχέση (με το σύζυγο να εμφανίζεται με λιγότερο συναισθηματική και πρακτική συμμετοχή, υπερελεγκτική συμπεριφορά ή προηγούμενα ψυχικά προβλήματα), η κακή σχέση με τη μητέρα, η απουσία της μητέρας λόγω θανάτου, το δυσλειτουργικό γονεϊκό πλαίσιο και οι κοινωνικές δυσκολίες.

2. Έντονες καταστάσεις stress ή γεγονότα όπως προωρότητα του νεογνού, νεογνικές επιπλοκές και ιδιοσυγκρασία του παιδιού.

3. Στοιχεία της προσωπικότητας της μητέρας, όπως υψηλός δείκτης νευρωτισμού, διαπροσωπική ευαισθησία, συναισθηματική αστάθεια και άγχος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

4. Προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, ιδιαίτερα συναισθηματικής διαταραχής (Παππά & Σολδάτου, 1999). Επίσης, η κληρονομικότητα και εξωγενείς ψυχοπιεστικοί παράγοντες φαίνεται ότι παίζουν βασικό ρόλο στην εκδήλωση της νόσου

5. Οι γυναίκες που ελπίζουν να αποκτήσουν μια σταθερή και ολοκληρωμένη προσωπικότητα μέσα από τη μητρότητα δοκιμάζουν

συχνά απογοήτευση. Η μητρότητα μπορεί να διευρύνει την προσωπικότητα της γυναίκας, αλλά δεν μπορεί να τους εξασφαλίσει και μια πραγματική ταυτότητα.

6. Η απόκτηση ενός νέου μέλους έχει προγραμματιστεί και είναι επιθυμητή ,οι αρχικές επίμονες απαιτήσεις που ασκούνται από το νεογνό, τόσο σε ενέργεια , όσο σε χρόνο και συναίσθημα, μπορούν να δημιουργήσουν συγκλονιστικές καταστάσεις. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις των συμμετασχόντων σε αυτή τη διαδικασία, έχουν μια τεράστια κλίμακα μετάβασης , αφού μπορεί να κυμανθεί από απεριόριστη αγάπη , υπέρμετρη χαρά και ενθουσιασμό έως και πανικό, ενοχή , φόβο απογοήτευση.

7. Ο τοκετός και οι απαιτήσεις του νεογνού είναι τόσες που δεν αφήνουν τη μητέρα να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση . Η κόπωση , η έλλειψη ύπνου , οι ορμονικές αλλαγές με τις συναισθηματικές μεταπτώσεις που συνεπάγονται , τυχόν προβλήματα θηλασμού που προκαλούν πόνο και άλλες σωματικές ενοχλήσεις από τη καισαρική τομή ή την περινεοτομή δεν αφήνουν τη γυναίκα να χαλαρώσει. Όλη αυτή η διαδικασία του άγχους έχει αρνητικές επιπτώσεις για τη μητέρα και το νεογνό.

8. Όλες οι έγκυες νιώθουν αρνητικά συναισθήματα κατά τη διάρκεια της κύησης, ιδιαίτερα οι πρωτότοκες, τα οποία εμφανίζουν ευρεία διακύμανση. Σε ακραίες περιπτώσεις, τα βιολογικά προβλήματα της κύησης και του θηλασμού δημιουργούν μια αγωνιώδη κατάσταση και οδηγούν σε ποικίλου βαθμού φυσικά και ψυχικά συμπτώματα.

9. Τα συναισθήματα της εγκύου κατά τη διάρκεια της κύησης , ακόμα και πριν από αυτή , επηρεάζουν έντονα τη στάση της απέναντι στο παιδί που θα γεννηθεί

10. Οι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις ( άγχος, θυμός , φόβος , κατάθλιψη κ.α)της εγκύου επηρεάζουν την ανάπτυξη του εμβρύου, γιατί λόγω της ενεργοποίησης του αυτόνομου νευρικού συστήματος υπάρχει κίνδυνος μείωσης της ροής του αίματος στο έμβρυο ή έκκρισης των ορμονών , οι οποίες μέσω του πλακούντα εισέρχονται στην εμβρυική κυκλοφορία και δρουν βλαπτικά.

11. Ένα μεγάλο δείγμα μητέρων που είχαν ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και δεν μπόρεσαν να καταφύγουν σε έκτρωση , παρουσίασαν στατιστικώς σημαντικά αυξημένο αριθμό γεννήσεων νεογνών με δυσμορφίες

12. Έχει διαπιστωθεί ότι οι εξωστρεφείς γυναίκες που παραπονιούνταν έντονα για τις ωδίνες τους και υποστήριζαν ότι είχαν δύσκολο τοκετό, αισθάνονταν τελικά λιγότερο πόνο από τις εσωστρεφείς, που δεν εκδήλωναν τα έντονα συναισθήματα πόνου τα οποία βίωναν.

13. Ο τοκετός ως ψυχικό γεγονός, κατά μεγάλο μέρος ασυνείδητο και προκατοχυρωμένο , παραμένει από πολλές όψεις δυσπερίγραπτος. Μερικές φορές καταλήγει σε μια περιοχή αφασίας , κάποιες άλλες αναπηδά στην υπερβολική εξιστόρηση « δεν υπάρχουν λόγια τυποποιημένα που να ακούγονται αληθινά και δεν υπάρχουν λέξεις πραγματικές που να είναι παγκοσμίως κοινές και εκφραστικές».

14. Η γυναίκα , κατα το πέρασμα στη μητρότητα , βιώνει μια διάθεση στροφής προς τον εαυτό της, προς τις εμπειρίες και τα βιώματά της , τις έννοιες και ιδέες του εσωτερικού της κόσμου.

15. οι γυναίκες , έγκυες και λεχωίδες , με υψηλό βαθμό αυτοεκτίμησης παρουσίαζαν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης και λιγότερα αρνητικά συναισθήματα απο τις γυναίκες με χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Στη μετα-ανάλυση της Beck (1996) αναφέρεται ότι ο κυριότερος πρόδρομος της επιλόχειας κατάθλιψης είναι η προγεννητική κατάθλιψη και ακολουθούν το άγχος για τη φροντίδα του παιδιού, το άγχος της ζωής, η κοινωνική υποστήριξη, η προγεννητική ανησυχία και η μελαγχολία της λοχείας. Μικρότερη επίδραση φάνηκε να έχει το ιστορικό κατάθλιψης και η ιδιοσυγκρασία του νεογνού.

## **5.2 Προτάσεις**

Στόχος μας είναι ο εντοπισμός των γυναικών υψηλού κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης, ο οποίος πρέπει να γίνεται κατά τη διάρκεια της κύησης ή, τουλάχιστον, κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο.

A) Οι γυναίκες με θετικό ατομικό ιστορικό για διαταραχή της διάθεσης ή προηγούμενο επεισόδιο επιλόχειας κατάθλιψης, ανεξαρτήτως βαρύτητας, πρέπει να έχουν τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση καθόλη τη διάρκεια της κύησης. Οι γυναίκες αυτές είναι απαραίτητο να ενημερώνονται για τον κίνδυνο που διατρέχουν να παρουσιάσουν κατάθλιψη κατά την περίοδο της λοχείας και για την αναγκαιότητα της έγκαιρης αναζήτησης ιατρικής βοήθειας.

B) Σημαντική, επίσης, είναι η ευαισθητοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος της γυναίκας υψηλού κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Η προληπτική αξία και η αναγκαιότητα της στήριξης της μητέρας από το οικογενειακό της περιβάλλον είναι πολύ μεγάλη. Αν εντοπιστούν σοβαρά οικογενειακά προβλήματα σε ευπαθές άτομο, πρέπει να γίνεται σύσταση για οικογενειακή ψυχοθεραπεία (Σταμούλη, 2000).

Γ) Οι λειτουργοί υγείας όπως οι γυναικολόγοι, οι παιδίατροι, οι μαίες που έρχονται σε επαφή με τα ευάλωτα στην κατάθλιψη άτομα πρέπει να είναι ενημερωμένοι σχετικά με την επιλόχεια κατάθλιψη.

Δ) Οι γυναίκες με ατομικό αναμνηστικό επιλόχειας κατάθλιψης πρέπει προληπτικά να τίθενται σε ψυχιατρική παρακολούθηση σε

επόμενη κύηση και για μερικούς μήνες μετά τον τοκετό. Αν το προηγούμενο καταθλιπτικό επεισόδιο ήταν σοβαρό, απαιτείται η χορήγηση προληπτικής αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής αμέσως μετά τον τοκετό. Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να δοθεί στη φροντίδα του νεογνού-βρέφους για όσο διάστημα η μητέρα αδυνατεί να το φροντίσει. Με την προοδευτική βελτίωση της κατάστασης της μητέρας θα πρέπει να γίνεται σταδιακή επανένταξή της στο μητρικό ρόλο.

Ε) Ωστόσο, προϋπαρξη επιλόχειας διαταραχής ασφαλώς δεν αποτελεί από μόνη της ικανό λόγο για διακοπή της εγκυμοσύνης ή για κατηγορηματική υπόδειξη αποφυγής νέων κυήσεων.

Παράλληλα, η επιστήμη σήμερα διαθέτει σημαντικά θεραπευτικά μέσα. Θα πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη ότι η άμβλωση, από μόνη της, μπορεί να οδηγήσει σε πιο σοβαρές ψυχικές επιπλοκές απ' ό,τι η τεκνοποίηση. Συνεπώς, δεν νομιμοποιείται εύκολα η σύσταση διακοπή της κύησης. Αν όμως οι προηγούμενες επιλόχειες καταθλίψεις χαρακτηρίζονταν από βαριά συμπτωματολογία ή από σοβαρές τάσεις αυτοκτονίας, είναι σχεδόν βέβαιο ότι η ίδια συμπτωματολογία θα επαναληφθεί και στις επόμενες προσβολές.

Σε τέτοιες περιπτώσεις, η άμβλωση μπορεί να ενδείκνυται, ιδιαίτερα αν δεν είναι επαρκής η επιτήρηση της ασθενούς πριν και μετά τον τοκετό. Επομένως, μετά από επανειλημμένες και βαριές επιλόχειες καταθλίψεις, είναι λογικό να συσταθεί η αποφυγή νέας εγκυμοσύνης. Ως γενικός κανόνας, πάντως, θα μπορούσε να τεθεί η σωστή ενημέρωση των γυναικών για τους κινδύνους και με ορισμένες, επαρκώς αιτιολογημένες, εξαιρέσεις δεν θα πρέπει να αποθαρρύνονται να κάνουν και άλλα παιδιά, αν το επιθυμούν πολύ.



### **Πρόγραμμα στήριξης λεχώιδων**

ΣΤ) Κάθε μαιευτήρας ή γυναικολόγος πρέπει να ενημερώνει τον σύζυγο και τους συγγενείς της λεχώιδας για τρόπους στήριξης.

Ο Richard και η Katherine Gordon μελέτησαν τρόπους πρόληψης της επιλόχειας κατάθλιψης. Βρήκαν ότι ένας αριθμός σχετικών ομαδοποιημένων παραγόντων συνιστούν κύριους παράγοντες σύγκρουσης με το ρόλο της μητρότητας και της προσωπικής ανασφάλειας. Καθιέρωσαν έτσι ένα πρόγραμμα, στο οποίο οι μέλλουσες μητέρες λαμβάνουν οδηγίες και συμβουλές για τα παρακάτω σημεία:

- Οι ευθύνες της μητρότητας μαθαίνονται, οπότε ενημερώσου
- Ζήτησε και πάρε βοήθεια από το σύζυγο, αξιόπιστους φίλους και συγγενείς
- Κάνε φίλους άλλα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν την ανατροφή παιδιών
- Μην υπερφορτώνεις τον εαυτό σου με ασήμαντες ασχολίες
- Μην μετακινείσαι αμέσως μετά τον ερχομό του μωρού
- Μην ασχολείσαι υπερβολικά με το να κρατάς τα προσχήματα
- Να ξεκουράζεσαι και να κοιμάσαι πολύ
- Μην γίνεσαι νοσοκόμα για συγγενείς και άλλους αυτή την περίοδο
- Να συζητάς και να συμβουλεύεσαι το σύζυγο, την οικογένεια και έμπειρους φίλους, να συζητάς τα σχέδια και τις ανησυχίες σου
- Μην αφήσεις εξωτερικά ενδιαφέροντα, αλλά μείωσε τις ευθύνες σου και αναδιοργάνωσε το πρόγραμμά σου
- Φρόντισε εγκαίρως για τη φύλαξη του βρέφους
- Βρες έναν οικογενειακό γιατρό ή επισκέψου αυτόν που ήδη έχεις.

Γυναίκες που είχαν λάβει τέτοιες οδηγίες πριν από τον τοκετό, ήταν λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη ή να αποπροσανατολιστούν μετά τον τοκετό. Τα βρέφη τους ήταν ακόμη λιγότερο πιθανό να εκνευρίζονται εύκολα και να έχουν δυσκολίες στον ύπνο ή στη σίτιση έξι μήνες αργότερα. Όταν οι σύζυγοί τους είχαν λάβει τις ίδιες οδηγίες, τα αποτελέσματα ήταν ακόμη καλύτερα. Γυναίκες στις οποίες δεν είχαν δοθεί αυτές οι οδηγίες πριν από τον τοκετό και εμφάνισαν κατάθλιψη, βοηθήθηκαν από τη λήψη των παραπάνω οδηγιών μετά τον τοκετό. (Βλάχος 1996)

## **5.4 Επίλογος**

Δεν υπάρχει μεγαλύτερο δώρο από το δώρο που δίνει η φύση στη γυναίκα, τη γονιμότητα. Το να ζήσεις έναν τοκετό δεν είναι εύκολη υπόθεση, σημαίνει ότι η φύση αποφάσισε πως είσαι αρκετά δυνατή για να αντέξεις μια τέτοια δύσκολη αποστολή, τη δημιουργία ενός παιδιού. Ο τοκετός είναι μια δοκιμασία, είναι οι τελικές εξετάσεις για ένα ρόλο που προετοιμαζόσουν όχι μόνο τους μήνες της εγκυμοσύνης, αλλά από τη στιγμή που γεννήθηκες, από τη στιγμή που γεννήθηκες γυναίκα. Ναι, ο τοκετός είναι δοκιμασία, τίποτα σ' αυτόν τον κόσμο δεν χρειάζεται, πόσο μάλλον το πολυτιμότερο, το πιο ακριβό, ένα παιδί. Αυτή η δοκιμασία θέλει χαμόγελο, θέλει πίστη, θέλει δύναμη και δίνει το μεγαλύτερο απόκτημα.

Μη νομίζεις όμως ότι και για το μωρό σου είναι εύκολη αυτή η διαδικασία. Έχει και αυτό να περάσει μια δοκιμασία, να κερδίζει τη ζωή που του προσφέρεται και να αποδείξει ότι είναι γερά φτιαγμένο για να επιβιώσει στον κόσμο μας. Είναι και αυτό ταλαιπωρημένο, όπως και συ, αλλά είστε και οι δύο νικητές. Νικητές ενός αγώνα, που αιώνες τώρα δίνουν όλες οι μάνες και όλα τα παιδιά του κόσμου, δίνοντας την ευκαιρία στο ανθρώπινο γένος να κάνει ένα ακόμη βήμα στην εξέλιξή του. (το βίωμα της μητρότητας)

Το παιδί γεννιέται από την κοιλιά της μάνας, άνθρωπος γίνεται στην αγκαλιά της (Εμείς και το παιδί μας, Ματσανιώρτης . Ν)

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ**  
**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. **Ακτσαλής , Α.** (1992) ψυχικές διαταραχές της λοχείας. Ελληνική μαιευτική και γυναικολογία. Αθήνα
2. **Βλάχος , Θ.Κ** (1996). Λοχειακές Ψυχώσεις. Ψυχιατρική 7 Αθήνα
3. **Γκικόντε Ε.** (1997) από τη γυναίκα στη Μητέρα. Αθήνα εκδόσεις έρευνα.
4. **Γκιοκά. Α** (2001). Ψυχιατρικές διαταραχές κατά την Εγκυμοσύνη. Θέματα Ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο. Σύγχρονες εκδόσεις. Τεύχος 3<sup>ο</sup> μήνας Φεβρουάριος σελ 20-22
5. **Δημητρίου Χ.Ε,** (1995)., Γ.,Καλογερόπουλος, Α Ψυχικές διαταραχές της λοχείας. Ψυχιατρική τεύχος 6<sup>ο</sup>
6. **ΔΡΑΓΩΝΑ ΘΑΛΕΙΑ,** (1987)“ Η γυναίκα μπροστά σε μια καινούργια ζωή” , , ΑΘΗΝΑ –ΙΩΑΝΝΙΝΑ Εκδόσεις Δωδώνη
7. **ΔΡΑΓΩΝΑ ΘΑΛΕΙΑ,**( 1987) Εγκυμοσύνη : σωματικές, ψυχικές και κοινωνικο- ψυχολογικές ανακατατάξεις (σελ 147-170) Αθήνα εκδόσεις Καστανιώτη.
8. **Δρίβα, Α.** (1992) Συγκριτική διαποτιστική μελέτη της μητέρας-βρέφους στην Ελλάδα και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Ψυχολογικά θέματα τεύχος 5<sup>ο</sup>
9. **Ζερβής , Χ** (2001) . Ψυχοπαθολογία του ενήλικα. Αθήνα Ηλεκτρονικές τεχνες, β’ έκδοση
- 10.**Κατάκη , ΧΔ** (1984) Οι τρεις ταυτότητες της ελληνικής οικογένειας. Αθήνα εκδόσεις Κέρδος.
- 11.**Κούτση, Β** (1992) Επιλόχεια Κατάθλιψη. παιδί και νέοι γονείς. Αθήνα εκδόσεις Κέρδος
- 12.**Λαζαράτου , Ε.** (1998). Πένθος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σύνδεση με την παθολογία του παιδιού. Θεσσαλονίκη.
- 13.**Λώλης Δ.** (1998) Γυναικολογία και Μαιευτική. Αθήνα Παρισιάνου τόμος β.
- 14.**Μάνου, Ν.** (1997) Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη. Αναθεωρημένη έκδοση.
- 15.**ΜΑΔΙΑΝΟΣ ΜΙΧ. Γ.** 1989 , “ Κοινωνία της ψυχική υγεία-εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή”. Τόμος 2 Τεύχος Α , ΑΘΗΝΑ, Εκδόσεις Καστανιώτη

16. **Μπαλλής, Θ** (2000). Σύνοψη Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη.
17. **Μελισσά – Χαλκιοπούλου, Χ** (1996) Η εξελικτική και η κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Θεσσαλονίκη, ιδιωτική έκδοση.
18. **Μελισσά – Χαλκιοπούλου, Χ** (1998) Η ψυχολογία της υγείας, Θεσσαλονίκη ιδιωτική έκδοση.
19. **ΜΩΡΑΪΤΟΥ ΜΑΡΘΑ**. 2004. “ Το βίωμα της Μητρότητας ”, ΑΘΗΝΑ Εκδόσεις βίτα medical art,
20. **Μωραΐτου Μ.** (2002) Επιλόχεια κατάθλιψη. ανασκόπηση. Ελευθώ, τόμος 7<sup>ος</sup>, τεύχος 3ο
21. **Νιτσοπούλος Μ** (1987). Η ψυχολογία της γυναίκας, Καβάλα. Εκδόσεις Πολυτάκη
22. **Οικονομόπουλος Χ.Θ** ( 2001) Ο τοκετός της πρωτόπλαστης Εύας και η επιβίωση της στη λαϊκή μας παράδοση. Αθήνα Θέματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας.
23. **Παππά, Δ. Σολσάτου, Μ** (1999) Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία της γυναίκας. Αθήνα. Εκδόσεις και αντιμετώπιση στη γενική ιατρική.
24. **ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ Ν. ΙΩΑΝ.**, 1988“ Κλινική ψυχολογία”, ΑΘΗΝΑ Εκδόσεις βιβλι ΓΡΗΓΟΡΗ,
25. **Ρήγα ΑΒ** (1991) Μητρότητα απόπειρα παρουσίασης της ψυχοκοινωνικής της διάστασης. ( σελ 89-113) Αθήνα εκδόσεις οικογένεια μητρότητα
26. **Σακκάς, Π.Ν** (1997). Στοιχεία Συμβουλευτικής – Διασυνδετικής Ψυχιατρικής. Η ψυχιατρική του Γενικού νοσοκομείου. Αθήνα. Επιστημονικές εκδόσεις Ε.Π.Ε
27. **Σινανιδού, Μ.Δ** (1999). Λοχειακή κατάθλιψη. η επίδραση της στην ψυχική ανάπτυξη του παιδιού. προληπτικά μέτρα αντιμετώπιση. Αθήνα
28. **Σινανιδού, Μ.Δ** (2000). Βρέφη ψυχωτικών γονέων σε κίνδυνο. τρόποι προληπτικής παρέμβασης. Αθήνα
29. **Σταμούλης, Σ.Σ** (2000) Επιλόχεια κατάθλιψη. προληπτική ψυχιατρική. Αθήνα Βήτα ιατρικές εκδόσεις.
30. **ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ., Λωλη Δ** (1998) Παρακολούθηση της κύηση Αθήνα εκδόσεις Παρισιάνου.
31. **Σωτηριάδης, Μ.** (1998). Συνέντευξη με ένα μαιευτήρα. Θεσσαλονίκη. Επιστημονική έκδοση, προσεγγίσεις της γέννησης.
32. **Τακαρη Ντίνα**, 1984 “Η γυναίκα από την αρχαιότητα ως την τεχνολογική επανάσταση”, ΑΘΗΝΑ Εκδόσεις Γκολέμα Ελ.,
33. **ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ.Ν.**, 1991“ Πρόληψη ψυχικών παθήσεων με πρώιμες παρεμβάσεις”, Ιατρική τεύχος 59
34. **Αναστασία Χουντουμάδη, Λένα Πατεράκη**, 1997 Συντομο ερμηνευτικό λεξικό ψυχολογικών όρων, Αθήνα – Γιάννενα εκδόσεις «Δωδώνη»

35. **Bydlowski , M (1998)** Τι είναι η επιθυμία για παιδί . μεταφραση Αμπατλογλου Γ Μανωλοπουλος , university studio press.
36. **Cole M. cole Rs (2000)**, Η αναπτυξη των απιδιών – η αρχή της ζωής , εγκυμοσύνη, τοκετός, βρεφική ηλικία. Αθήνα. Τυπωθήτω- μετάφραση Γιώργος Δαρδανός.
37. **Corner, I, Gordman E (1981)** ο μύθος της μητρότητας. Αθήνα. Ελεύθερος τύπος
38. **Deliquardi L, Breckenridge K (1981)** Η μητρική φροντίδα . Αθήνα μεταφραση Κονιδάρης
39. **Kumar, R (1987)**. Μητρότητα και ψυχικές νόσοι. Ο ρόλος της μαίας στην πρόληψη και τη θεραπείας. Μαιευτικά χρονικά. Μεταφραση Μωραίτου
40. **MacFarlane A (1988)**. Η ψυχολογία του τοκετού. Από τη σύλληψη ως τη γέννηση. Αθήνα. Μεταφραση Κουτσομπός.