



Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας

Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών

Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών

Τμήμα Αγωγής και Φροντίδας στην Πρώιμη Παιδική Ηλικία



Παιδαγωγικό τμήμα

Διδρυματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

**Παιδαγωγική μέσω Καινοτόμων Τεχνολογιών και Βιοϊατρικών**

**Προσεγγίσεων**



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

## **Κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης**



ΟΝΟΜΑΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

**Σαμαρίνα Ελένη**

ΑΜ: 19080

email: [mscedt19080@uniwa.gr](mailto:mscedt19080@uniwa.gr)

ΟΝΟΜΑ ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑΣ

**Ανδρή Ελισάβετ**

Β΄ ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ

**Κωνσταντή Ουρανία**

ΑΙΓΑΛΕΩ 2021



Faculty of Health and Caring Professions  
Department of Biomedical Sciences  
Faculty of Administrative, Financial and Social Sciences  
Department of Early Childhood Education and Care



Department of Pedagogy



Inter-Institutional Post Graduate Program  
**Pedagogy through innovative Technologies and Biomedical approaches**

POST GRADUATE THESIS

## **Depression during pregnancy**



NAME OF STUDENT

**Samarina Eleni**

Registration Number: 19080

email: [mscedt19080@uniwa.gr](mailto:mscedt19080@uniwa.gr)

FIRST SUPERVISOR

**AndriElisavet**

SECOND SUPERVISOR

**KonstantiOurania**

AIGALEO 2021

## Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας

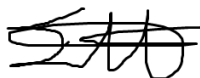
Η κάτωθι υπογεγραμμένη Σαμαρίνα Ελένη του Αναστασίου, με αριθμό μητρώου 19080 φοιτήτρια του Διδρυματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Παιδαγωγική μέσω Καινοτόμων Τεχνολογιών και Βιοϊατρικών Προσεγγίσεων του των Τμημάτων Βιοϊατρικών Επιστημών/ Τμήμα Αγωγής και Φροντίδας στην Πρώιμη Παιδική Ηλικία/Παιδαγωγική τμήμα των Σχολών Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας/Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής και της Ανώτατης Σχολής Παιδαγωγικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 11/02/2021 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

Σαμαρίνα Ελένη



ANDRI

Digitally signed by ANDRI  
Date: 2021.02.16 23:54:13  
+02'00'

Ourania Konstanti  
i  
Digitally signed  
by Ourania  
Konstanti  
Date: 2021.02.16  
19:11:09 +02'00'

## Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτριά μου Ανδρή Ελισάβετ για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε από την αρχή, εγκρίνοντας το θέμα που επέλεξα, για την επιστημονική της καθοδήγηση, το αμείωτο ενδιαφέρον και τη συνεχή υποστήριξη από την αρχή ως το τέλος. Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω θερμές ευχαριστίες στην καθηγήτριά μου, Κωνσταντή Ουρανία για τις επικοινωνητικές της υποδείξεις, την άμεση ανταπόκριση και την πολύτιμη συμβολή της στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

## Αφιερώσεις

Αφιερώνω την παρούσα εργασία στους γονείς μου, χωρίς τη βοήθεια και την υποστήριξη των οποίων δε θα είχα καταφέρει να εκπονήσω το έργο αυτό.

## Περίληψη

Μέσα από την παρούσα διπλωματική εργασία, γίνεται μία προσπάθεια να προσεγγιστεί το ζήτημα της κατάθλιψης των γυναικών κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και πώς αυτή η διαταραχή μπορεί να επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό την υγεία και την ψυχολογία τόσο της γυναίκας όσο και του εμβρύου/νεογνού.

Πιο συγκεκριμένα, η εργασία έχει διαχωριστεί σε επτά κεφάλαια και με την βοήθεια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που πραγματοποιήθηκε, ο απώτερος σκοπός είναι να διατυπωθεί ένα ολοκληρωμένο θεωρητικό πλαίσιο σχετικά με την προγεννητική κατάθλιψη. Στο πρώτο κεφάλαιο όπου αποτελεί και το εισαγωγικό μέρος της διπλωματικής γίνεται μία περιγραφική αναφορά σχετικά με το θέμα της εργασίας, πώς η κατάθλιψη μπορεί να παρουσιαστεί κατά τη διάρκεια της κύησης, ποιοι παράγοντες συντελούν ως προς την εμφάνισή της και κατά πόσο αυτή μπορεί να επηρεάσει την γυναίκα αλλά και το έμβρυο.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μία προσπάθεια να προσεγγιστεί διεξοδικά το κλινικό φάσμα της κατάθλιψης σε γενικότερο πλαίσιο. Πιο συγκεκριμένα, προσεγγίζεται η κλινική εικόνα των ασθενών, η βιολογική βάση της διαταραχής, η διάγνωση της, τα επιδημιολογικά στοιχεία σχετικά με αυτήν αλλά και οι προδιαθεσικοί παράγοντες.

Στο τρίτο κεφάλαιο αποδίδεται ο ορισμός της προγεννητικής κατάθλιψης, ποια είναι τα συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάσει μία έγκυος γυναίκα και ποια είναι η ψυχολογία της γυναίκας κατά τη διάρκεια της κύησης.

Στο τέταρτο κεφάλαιο το θέμα που αναλύεται αφορά τις επιπτώσεις της προγεννητικής κατάθλιψης τόσο στην μητέρα όσο και στο έμβρυο – νεογνό ενώ στο πέμπτο κεφάλαιο προσεγγίζεται ένα υψίστης σημασίας ζήτημα εκείνο της θεραπείας της προγεννητικής κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, αποδίδεται ο εννοιολογικός προσδιορισμός της ψυχοθεραπείας, παρουσιάζονται τα οφέλη αυτής αλλά και οι αδυναμίες της, γίνεται αναφορά στην φαρμακευτική αγωγή αλλά και στις επιπτώσεις που μπορεί έχει στη μητέρα αλλά και στο μωρό.

Στο έκτο κεφάλαιο αναλύεται το ζήτημα της κατάθλιψης μετά την εγκυμοσύνη και αποδίδεται ο ορισμός της επιλόχειου κατάθλιψης ενώ στο έβδομο και τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα συμπεράσματα που προκύπτουν μέσα από το θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας εργασίας, γίνεται αναφορά στα βασικά μέρη αυτής

και ολοκληρώνεται η προσπάθεια θέτοντας ως στόχο να δοθούν επαρκή ερεθίσματα για επιπλέον ενασχόληση με το ζήτημα της προγεννητική ψυχικής υγείας δίνοντας βαρύτητα στις καταθλιπτικές διαταραχές κατά τη διάρκεια της κύησης οι οποίες αξίζουν να ερευνηθούν σε μεγαλύτερο βαθμό.

## Abstract

Through this dissertation, an attempt is made to approach the issue of depression in women during pregnancy and how this disorder can significantly affect the health and psychology of both the woman and the fetus / newborn.

More specifically, the work has been divided into seven chapters and with the help of the literature review carried out, the ultimate goal is to formulate a comprehensive theoretical framework on prenatal depression. In the first chapter, which is also the introductory part of the diploma, a descriptive report is made on the subject of work, how depression can occur during pregnancy, what factors contribute to its appearance and whether it can affect the woman but also the fetus.

In the second chapter an attempt is made to approach in detail the clinical spectrum of depression in a more general context. More specifically, the clinical picture of the patients, the biological basis of the disorder, its diagnosis, the epidemiological data related to it and the predisposing factors are approached.

The third chapter gives the definition of prenatal depression, what are the symptoms that a pregnant woman can have and what is the psychology of a woman during pregnancy.

In the fourth chapter the topic that is analyzed concerns the effects of prenatal depression on both the mother and the fetus - newborn while in the fifth chapter an issue of the highest importance is approached that of the treatment of prenatal depression. More specifically, the conceptual definition of psychotherapy is given, its benefits and weaknesses are presented, reference is made to the medication and the effects it can have on the mother and the baby.

The sixth chapter analyzes the issue of depression after pregnancy and gives the definition of postpartum depression, while the seventh and last chapter presents the conclusions that emerge from the theoretical framework of this work, refers to its main parts and completes the effort by setting with the aim of providing sufficient incentives for additional preoccupation with the issue of prenatal mental health by focusing on depressive disorders during pregnancy which are worth investigating to a greater extent.



## Λέξεις - Κλειδιά

Προγεννητική κατάθλιψη

Εγκυμοσύνη

Επιλόχειος κατάθλιψη

Ψυχοθεραπεία

Φαρμακευτική αγωγή

## Key – Words

Prenatal depression

Pregnancy

Postpartum depression

Psychotherapy

Medication

## Περιεχόμενα

Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας.....	3
Ευχαριστίες .....	4
Αφιερώσεις .....	5
Περίληψη .....	6
Abstract.....	8
Λέξεις - Κλειδιά .....	9
Key – Words .....	9
Περιεχόμενα .....	10
Πρόλογος .....	12
Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή.....	13
Κεφάλαιο 2. Κλινικό φάσμα κατάθλιψης.....	15
2.1 Κλινική εικόνα ασθενών.....	15
2.2 Βιολογική βάση .....	17
2.3 Διάγνωση της κατάθλιψης .....	19
2.4 Επιδημιολογία.....	20
2.5 Προδιαθετικοί παράγοντες εμφάνισης της διαταραχής .....	21
Κεφάλαιο 3. Η προγεννητική κατάθλιψη .....	25
3.1 Ορισμός .....	25
3.2 Συμπτώματα κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.....	27
3.3 Η ψυχολογία της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης .....	29
Κεφάλαιο 4. Επιπτώσεις προγεννητικής κατάθλιψης .....	35
4.1 Επιπτώσεις στη μητέρα .....	35
4.2 Επιπτώσεις στο έμβρυο/νεογνό.....	36
Κεφάλαιο 5. Θεραπεία προγεννητικής κατάθλιψης .....	38
5.1 Ψυχοθεραπεία .....	38
5.2 Φαρμακευτική αγωγή .....	41
5.2.1 Επιπτώσεις αντικαταθλιπτικής αγωγής στη μητέρα .....	43
5.2.2 Επιπτώσεις αντικαταθλιπτικής αγωγής στο έμβρυο/νεογνό .....	45
Κεφάλαιο 6. Κατάθλιψη μετά την εγκυμοσύνη.....	46
6.1 Η επιλόχειος κατάθλιψη .....	46
Κεφάλαιο 7. Συμπεράσματα.....	48
Βιβλιογραφία.....	53



## Πρόλογος

Η εγκυμοσύνη χαρακτηρίζεται συχνά ως η ομορφότερη περίοδος στη ζωή μιας γυναίκας και είναι πλημμυρισμένη από συναισθήματα αγάπης και γλυκιάς προσμονής για το νέο μέλος της οικογένειας που πρόκειται να έρθει στη ζωή. Η διαπίστωση αυτή όμως δεν ισχύει για όλες τις γυναίκες.

Σύμφωνα με στοιχεία που εντοπίζονται στη διεθνή βιβλιογραφία ένα ποσοστό 14% - 23% των γυναικών παγκοσμίως θα εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πρόκειται για ένα σχετικά υψηλό ποσοστό, το οποίο εξηγείται σύμφωνα με δεδομένα διεθνών οργανισμών που αναφέρουν ότι περίπου μία στις τέσσερις γυναίκες εμφανίζουν σημάδια κατάθλιψης σε κάποια στιγμή της ζωής τους.

Η κατάθλιψη είναι μία διαταραχή της διάθεσης, η οποία συνδέεται με χημικά ερεθίσματα του εγκεφάλου. Οι απότομες ορμονικές μεταβολές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι δυνατόν να επηρεάσουν αυτά τα χημικά ερεθίσματα και να οδηγήσουν στην εκδήλωση της κατάθλιψης.

Τα συμπτώματα κατάθλιψης κατά την κύηση ερμηνεύονται τόσο από την ίδια την εγκυμονούσα όσο και από τον περίγυρό της ως απόρροια των ορμονικών αυτών μεταβολών. Το αποτέλεσμα είναι η κατάθλιψη να παραμένει αδιάγνωστη και η γυναίκα να μη λαμβάνει την αναγκαία βοήθεια, αυξάνοντας τον βαθμό επικινδυνότητας για την υγεία του εμβρύου.

Η αντιμετώπιση της διαταραχής προϋποθέτει τη συνεργασία του μαιευτήρα με ψυχοθεραπευτές και ψυχιάτρους. Σε περιπτώσεις μικρού ή μέτριου βαθμού κατάθλιψης, είναι δυνατόν η έγκυος να επωφεληθεί και μόνο από την κατάλληλη ψυχοθεραπεία. Από την άλλη, σε περιπτώσεις έντονου βαθμού εμφάνισης της διαταραχής, αυτή αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο, τα στοιχεία για την επικινδυνότητα ή μη των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων για τη μητέρα και το έμβρυο είναι ακόμη αντικρουόμενα.

Στην αρχή της διπλωματικής εργασίας θα γίνει αποσαφήνιση κύριων όρων που αποτελούν τα υπό εξέταση βιβλιογραφικά δεδομένα, όπως η κατάθλιψη και η αντικαταθλιπτική αγωγή, και θα αναλυθούν βασικές πληροφορίες σχετικά με αυτά. Το επόμενο μέρος έχει σκοπό να εξετάσει τους πιθανούς κινδύνους που διατρέχει το έμβρυο και μετέπειτα το νεογνό, καθώς και η μητέρα, εξαιτίας της κατάθλιψης που

αντιμετωπίζει. Τα δεδομένα θα προκύψουν μετά από έρευνα στην υπάρχουσα ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία. Στη συνέχεια πρόκειται να μελετηθεί η θεραπεία, και συγκεκριμένα η λήψη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων κατά την κύηση και ο βαθμός στον οποίο αυτά είναι ασφαλή για το έμβρυο και τη μητέρα, με βάση διεθνείς έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί. Θα ακολουθήσει η συγκριτική παρουσίαση και κριτική αποτίμηση των δεδομένων, που θα οδηγήσει στο τέλος της εργασίας, στην εξαγωγή συμπερασμάτων, πιθανών προτάσεων ή προοπτικών για περαιτέρω έρευνα.

## Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή

Αν και η εγκυμοσύνη σε μία γυναίκα αποτελεί από μόνο του ένα θαυμάσιο γεγονός (θαύμα), παρόλα αυτά δημιουργεί διάφορους προβληματισμούς στις μητέρες και το περιβάλλον τους, στους γιατρούς αλλά και στους ερευνητές. Η έγκυος γυναίκα και υποψήφια μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της έχει άγχος, στρες και αυτό οφείλεται κυρίως στις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα της αλλά και στις αλλαγές που έρχονται στη ζωή της μετά τον τοκετό. Η μητρότητα είναι αναμφισβήτητα ένα πολύ σημαντικό θέμα στη ζωή των γυναικών, απαιτεί όμως πολλές θυσίες και προσαρμογή της γυναίκας στις νέες συνθήκες ζωής με την έλευση του μωρού.

Μια εγκυμοσύνη συνήθως όταν δεν παρουσιάζει προβλήματα, κάνει μία γυναίκα ευτυχισμένη (ίσως είναι και η πιο ευτυχισμένη και χαρούμενη περίοδος της ζωής της) και η οικογένειά της ανυπομονεί να δεχτεί το νέο της μέλος. Κατά τη διάρκεια της κυοφορίας όμως η γυναίκα παρατηρεί μεγάλες αλλαγές τόσο στο σώμα της όσο και στην καθημερινή της ψυχολογία. Έχει μεγάλο άγχος και στρες όταν αναλογίζεται τις ευθύνες που επιφορτίζεται με την έλευση του μωρού και πρέπει οπωσδήποτε να αποκτήσει ικανότητες να αντιμετωπίσει τις όποιες αλλαγές, ευχάριστες ή δυσάρεστες θα τις συμβούν. Η ουσία είναι ότι θα αποκτήσει ένα μωρό, ολοκληρώνοντας έτσι την οικογένεια και την ευτυχία της, αλλά παράλληλα αλλάζει ριζικά και η καθημερινότητά της, οι συνήθειες, ο ελεύθερος χρόνος της που με το μωρό θα είναι ελάχιστος έως ανύπαρκτος. Όμως και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να έχει ζαλάδες, ναυτίες, δυσκολία κινήσεων λόγω αύξησης βάρους, αϋπνίες κ.α. δηλαδή καθημερινά προβλήματα που θα της δημιουργούν μεγάλη δυσκολία (Βιβιλάκη, 2016).

Επειδή η ψυχική υγεία μιας γυναίκας κατά την εγκυμοσύνη και μετά από αυτήν επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, υπάρχουν έρευνες οι οποίες έχουν ασχοληθεί

διεξοδικά με το θέμα αυτό και ιδιαίτερα με το προγεννητικό στρες, το άγχος της υποψήφιας μητέρας και την προγεννητική κατάθλιψη. Έχουν αναζητηθεί τα συμπτώματα, η διάγνωση και η αντιμετώπιση αλλά και η θεραπεία της αγχώδους και καταθλιπτικής διαταραχής που μπορεί να εμφανίσει η εγκυμονούσα υποψήφια μητέρα. Λόγω του ότι πολλές φορές τα συμπτώματα που εμφανίζει μία έγκυος καταθλιπτική γυναίκα συγχέονται με εκείνα της κοινής εγκυμοσύνης, παραμελούνται και παρόλο που διαπιστώνεται ότι η ψυχική της υγεία δεν είναι καλή, χρειάζεται ανάλυση των παραγόντων οι οποίοι είναι διαφορετικοί σε κάθε περίπτωση. Για αυτό, προκειμένου να διαπιστωθεί το μέγεθος τους προβλήματος της προγεννητικής κατάθλιψης και του προγεννητικού στρες και άγχους αλλά και να αναζητηθεί η πιο κατάλληλη θεραπεία πρέπει ο μαιευτήρας και το νοσηλευτικό προσωπικό του ιδρύματος όπου διενεργούνται οι έλεγχοι της εγκύου να συμβάλλουν επιτυχώς στην κατεύθυνση αυτή. Αυτό επιτυγχάνεται όταν ο μαιευτήρας – γυναικολόγος είναι έμπειρος και λειτουργεί με επαγγελματισμό εξετάζοντας όλο τα καταθλιπτικά συμπτώματα και το ιστορικό της υποψήφιας μητέρας. Όμως και ο νοσηλευτής του μαιευτηρίου, όταν έχει τη κατάλληλη εκπαίδευση είναι δυνατόν να βοηθήσει την έγκυο και να της παράσχει υποστήριξη και βοήθεια στην πρόληψη της ασθένειας. Η θεραπεία εννοείται πως είναι εξατομικευμένη και διαφορετική για κάθε έγκυο γυναίκα, προσαρμοσμένη στις ανάγκες της και στο ατομικό της προφίλ ανάλογα με τα συμπτώματα που παρουσιάζει (Μωραϊτου, 2004).

Υπάρχουν έρευνες που έχουν ασχοληθεί με την προγεννητική κατάθλιψη και το άγχος της εγκύου, τους παράγοντες που επηρεάζουν μία έγκυο γυναίκα με καταθλιπτική διάθεση αλλά και τις στρατηγικές και θεραπείες που πρέπει να ακολουθούνται από τους ειδικούς για την αντιμετώπιση και θεραπεία της κατάθλιψης. Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί πως η μορφή των παραγόντων που επηρεάζουν μία έγκυο γυναίκα και την κάνουν καταθλιπτική αλλά και η αποτελεσματικότητα των θεραπειών εξαρτώνται σε πολύ μεγάλο βαθμό από την εκάστοτε κοινωνία και τον γεωγραφικό χώρο όπου η γυναίκα κατοικεί. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό πως η βοήθεια της πολιτείας ενέχει μεγάλη σημασία λόγω του ότι η συνεισφορά της, η συνεχής έρευνα των ειδικών, η επαρκής εκπαίδευση του προσωπικού που εργάζονται στο τομέα αυτό και η ενημέρωση του κόσμου είναι προϋποθέσεις απαραίτητες προκειμένου οι αδιάγνωστες και πολλές φορές επικίνδυνες προγεννητικές καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές λάβουν την δέουσα προσοχή και αντιμετώπιστούν κατάλληλα (Ζωή, 2018).

Είναι επομένως ευνόητο ότι η ψυχική υγεία μιας εγκύου γυναίκας αλλά και η αντιμετώπιση και θεραπεία της καταθλιπτικής συμπεριφοράς της, όταν και εφόσον εμφανιστεί έχει μεγάλη σημασία, προκειμένου να ολοκληρωθεί η γέννηση του μωρού και να συνεχίσει η μητέρα την ανατροφή του, χωρίς το μωρό και η μητέρα να διατρέχουν κανένα κίνδυνο από τις ψυχοσωματικές διαταραχές που ενδεχομένως εκείνη εμφανίσει (Ζωή, 2018).

## Κεφάλαιο 2. Κλινικό φάσμα κατάθλιψης

### 2.1 Κλινική εικόνα ασθενών

Ένα από τα κύρια σημάδια που εμφανίζει ο ασθενής με κλινική κατάθλιψη ή καταθλιπτική διαταραχή είναι αυτό της αίσθησης της συνεχούς απόγνωσης. Η ζωή ενός καταθλιπτικού ατόμου είναι δύσκολη. Η καθημερινότητά του επηρεάζεται αρνητικά τόσο στον εργασιακό τομέα όσο και σε όλες τις άλλες δραστηριότητες με τις οποίες ενδεχομένως ασχολείται. Νιώθει άσχημα, δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, έχει το ανικανοποίητο, είναι μελαγχολικός και δεν ευχαριστείται με τίποτα (Γαρούφαλλος, 2008).

Η κατάθλιψη σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να είναι κληρονομική αλλά δεν αποκλείεται να επηρεάσει και άτομα χωρίς να έχουν βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό. Επίσης μπορεί να περάσει κάποιος κατάθλιψη μια φορά στη ζωή του ενώ κάποιος άλλος να περνάει κατάθλιψη σε διάφορες φάσεις της ζωής του. Το πιο σύνθηες στους περισσότερους ανθρώπους είναι σε κάποια φάση της ζωής τους να προσβληθούν από κατάθλιψη, να νιώθουν δυστυχισμένοι, άσχημη διάθεση κάποιες ώρες της ημέρας, κυρίως το πρωί, απουσία ενδιαφέροντος για κοινωνικές σχέσεις και για κάθε είδους δραστηριότητα (Κλεφταράς, 2008).

Αυτά τα συμπτώματα βέβαια μπορεί να παρουσιαστούν σε ένα άτομο περιστασιακά και να κρατήσουν λίγες μέρες. Στη περίπτωση αυτή δεν γίνεται λόγος για καταθλιπτική διαταραχή, αν όμως τα παραπάνω συμπτώματα συνεχιστούν και διαρκέσουν αρκετό καιρό τότε μάλλον πρόκειται για κατάθλιψη.

Αναλυτικότερα, τα κυριότερα συμπτώματα που εμφανίζονται σε ένα καταθλιπτικό άτομο είναι τα εξής:

#### 1. Καταθλιπτική διάθεση

Τόσο στη χρόνια κατάθλιψη όσο και στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή το καταθλιπτικό άτομο τις περισσότερες ώρες της ημέρας, κυρίως στις μεγαλύτερες ηλικίες,

έχει κακή διάθεση, νιώθει αδύναμο και ανόρεκτο να ασχοληθεί με κάτι, είναι θλιμμένο, κλαίει συνέχεια και γενικά βρίσκεται σε κακή ψυχολογική κατάσταση. Για αυτό και η δυσθυμία και η χαμηλή ψυχολογία ενός ατόμου, όταν τις εμφανίζει τις περισσότερες μέρες του χρόνου και τουλάχιστον για δύο χρόνια, θεωρούνται από τα βασικά συμπτώματα που λαμβάνουν υπόψη οι ειδικοί προκειμένου να διαγνώσουν την κατάθλιψη (Ζαχαράκης, 2006). Σε μικρότερη όμως ηλικία τα νεαρά άτομα, δηλαδή οι έφηβοι και οι νέοι, όταν εμφανίζουν κατάθλιψη παρουσιάζουν αντίδραση, ευερεθιστικότητα, άρνηση και σχεδόν καθόλου θλίψη. Είναι δηλαδή περισσότερο νευρικά και όχι καταθλιπτικά, αλλά αυτά τα συμπτώματα πρέπει να τα παρουσιάζουν πάνω από ένα χρόνο προκειμένου να τα αξιολογήσουν οι ειδικοί και να διαγνώσουν την κατάθλιψη. Η έντονη μείζονα κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από τους ειδικούς πιο σοβαρή από τη χρόνια κατάθλιψη η οποία μπορεί να διαρκέσει και πιο πολύ από δύο χρόνια (Κουλούβαρη, Ευθυμίου, 2006).

## 2. Έλλειψη ευχαρίστησης ή ενδιαφερόντων

Άλλο σύμπτωμα που θεωρείται βασικό για τη διάγνωση της κατάθλιψης είναι το ανικανοποίητο, η μη ευχαρίστηση και η αδιαφορία για όλες τις καθημερινές δραστηριότητες που παρουσιάζει ο καταθλιπτικός άνθρωπος για ενδιαφέροντα και πράγματα που μέχρι πρότινος απολάμβανε και τον έκαναν ευτυχισμένο (Ραγιά, 2009).

## 3. Αλλαγές στην όρεξη

Η αύξηση ή η απώλεια βάρους χωρίς κάποια συγκεκριμένη δίαιτα ίσως μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σαν σύμπτωμα για ένα καταθλιπτικό άτομο με μείζονα κατάθλιψη, δεδομένου ότι μπορεί να του παρουσιασθεί υπερφαγία ή ανορεξία. Στη χρόνια σε αντίθεση με τη μείζονα κατάθλιψη το άτομο παρουσιάζει υπερφαγία ή ανορεξία όχι όμως στον ίδιο βαθμό (Κοτρώτσιου, 2001).

## 4. Διαταραχές ύπνου

Το άτομο με κατάθλιψη συνήθως παρουσιάζει στον ύπνο του διαταραχές και δυσκολεύεται να κοιμηθεί. Το πρωί νιώθει κούραση αν και έχει κοιμηθεί, την ημέρα νιώθει υπνηλία και γενικά οι διαταραχές ύπνου είναι καθημερινές γεγονός που μπορεί να αποτελέσει ενδείξεις χρόνιας ή μείζονος κατάθλιψης (Ραγιά, 2009).

## 5. Ψυχοκινητική διέγερση ή καθυστέρηση

Η καθυστέρηση ομιλίας, η διέγερση, οι αργές κινήσεις του σώματος και οι αργές αντιδράσεις του ατόμου σε εξωτερικά ερεθίσματα καθώς και ο λήθαργος σε καθημερινή



βάση, μπορούν να θεωρηθούν και αυτά συμπτώματα της μείζονος κατάθλιψης που όμως γίνονται περισσότερο αντιληπτά από τους οικείους ή από τον περίγυρο του καταθλιπτικού ατόμου παρά από το ίδιο το άτομο (Ραγιά, 2009).

#### 6. Κόπωση

Όταν ένα άτομο νιώθει κόπωση καθημερινά και όλη την ημέρα αυτό μπορεί να αποτελέσει ένα σύμπτωμα της μείζονος αλλά και της χρόνιας κατάθλιψης.

#### 7. Ενοχές και αίσθημα αναξιοσύνης

Οι ενοχές και τα αναίτια συναισθήματα αναξιοσύνης με τα οποία βασανίζεται ένας άνθρωπος καθημερινά μπορεί και αυτά να θεωρηθούν δείγματα της μείζονος κατάθλιψης. Τις περισσότερες φορές δε, δεν αποκλείεται και οι ενοχές να είναι υπερβολικές και αναίτιες (Ζαχαράκης, 2006).

#### 8. Δυσκολία στη συγκέντρωση

Τόσο στη χρόνια κατάθλιψη όσο και στη μείζονα, ο ασθενής αντιμετωπίζει μία μεγάλη δυσκολία στη συγκέντρωση, στην ορθή σκέψη καθώς και στη λήψη οποιασδήποτε απόφασης, γεγονός όμως που γίνεται αντιληπτό περισσότερο από τους οικείους και τον περίγυρό του παρά από τον ίδιο (Ραγιά, 2009).

#### 9. Αυτοκτονικός ιδεασμός

Ένα καταθλιπτικό άτομο που πάσχει κυρίως από μείζονα κατάθλιψη κάνει συχνά σκέψεις θανάτου, μπορεί να σκεφθεί ακόμη και την αυτοκτονία και δημιουργεί λεπτομερές πλάνο σχεδιάζοντας τον τερματισμό της ζωής του.

Ύστερα από έρευνες έχει παρατηρηθεί ότι τα κρούσματα κατάθλιψης ίσως είναι και διπλάσια στις γυναίκες από ότι στους άντρες. Αυτό ίσως οφείλεται στις ορμονικές αλλαγές που παρατηρούνται σε μία κοπέλα στην εφηβεία, στο στρες που μπορεί να έχει κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, σε μία αποβολή ενδεχομένως ή και στην εμμηνόπαυση ακόμη όπου και εδώ παρατηρούνται τεράστιες αλλαγές σωματικές και όχι μόνο. Άλλος βασικός παράγοντας που μπορεί να συντελέσει ώστε μία γυναίκα να γίνει καταθλιπτική είναι το καθημερινό άγχος που τη διακατέχει προκειμένου να μπορέσει να ισορροπήσει ανάμεσα στην οικογένεια και στην καριέρα, κυρίως όταν έχει μικρά παιδιά ή είναι ανύπαντρη μητέρα (Bloomfield,McWilliams, 2001).

## 2.2 Βιολογική βάση

Όμως η κατάθλιψη πολλές φορές μπορεί να οφείλεται και σε άλλους παράγοντες, όπως είναι οι γενετικοί – κληρονομικοί. Τα κληρονομικά αίτια πολλές φορές ευθύνονται για

την εμφάνιση της κατάθλιψης σε ένα άτομο, επηρεάζουν την εξέλιξη της νόσου και γενικά όταν υπάρχει βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό τις πιο πολλές φορές το άτομο αυτό είναι πιο ευαίσθητο και επιρρεπές στον κίνδυνο της κατάθλιψης. Όταν κάποιος άνθρωπος προέρχεται από καταθλιπτικό περιβάλλον (γονείς, αδέρφια κ.α.) τότε έχει παρατηρηθεί ότι αυτός νοσεί με μείζονα κατάθλιψη δύο – τρεις φορές περισσότερο από ότι τα άτομα που δεν έχουν κληρονομικότητα (Pinel, 2003).

Υπάρχουν κάποιες μελέτες οι οποίες εξέτασαν την κληρονομικότητα μεταξύ των παιδιών που είναι δίδυμα και έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά, δίνουν στοιχεία γενετικής σύνδεσης. Δηλαδή κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, όταν τα δίδυμα είναι ετεροζυγωτικά, φαίνεται ότι τα ποσοστά κατάθλιψης είναι μεγάλα και ανέρχονται περίπου στο 20%. Όταν όμως τα δίδυμα είναι μονοζυγωτικά, γεγονός που σημαίνει ότι μοιράζονται το ίδιο γενετικό υλικό, το ποσοστό καταθλιπτικής επιρροής είναι ακόμη μεγαλύτερο και αγγίζει ίσως και το 50% (Leyden, Rubenstein, 1999).

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει καμία μελέτη η οποία να έχει εντοπίσει τα γονίδια που ενδεχομένως ευθύνονται για την μείζονα κατάθλιψη. Πολύ πιθανόν, η μείζονα κατάθλιψη επειδή είναι μια πολύπλοκη γενετικά διαδικασία, να περιλαμβάνει πολλά γονίδια αλλά και πολλούς κληρονομικούς παράγοντες. Βέβαια στη κατάθλιψη δεν είναι μόνο υπεύθυνοι οι γενετικοί παράγοντες. Είναι πολλοί ακόμη, όπως για παράδειγμα εκείνοι που έχουν σχέση με τη χημεία του εγκεφάλου. Έχει παρατηρηθεί ότι τα καταθλιπτικά άτομα έχουν χαμηλότερα επίπεδα χημικών ουσιών στον εγκέφαλό τους (νευροδιαβιβαστές) οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά τη διάθεση, τη θετική σκέψη και την καθημερινότητα.

Επιπλέον, στην κατάθλιψη παίζει ρόλο και η δομή του εγκεφάλου, μιας και πολλές μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι τα καταθλιπτικά άτομα μπορεί να έχουν και διαφορετική δομή του εγκεφάλου τους με πολλές φυσικές διαφορές στην πνευματική τους λειτουργία. Το αυξημένο στρες, το άγχος και οι ορμόνες της εγκυμοσύνης, το στρες μίας αποβολής, ο θυρεοειδής, ακόμη και η εμμηνόπαυση στις γυναίκες είναι ικανά να κάνουν ένα άτομο καταθλιπτικό κυρίως αν είναι ευαίσθητο και ψυχολογικά αδύναμο. Υπάρχουν άνθρωποι που μπορεί να αναπτύξουν διαταραχή προσαρμογής με διάθεση κατάθλιψης με πολλές δύσκολες ψυχολογικές επιπτώσεις (Myint, et al, 2007).

Επομένως, επειδή τα αίτια της κατάθλιψης δεν είναι συγκεκριμένα, είναι πολύ πιθανό ένα άτομο να γίνεται καταθλιπτικό, όταν συνδυάζονται ψυχολογικοί, γενετικοί, βιοχημικοί και πολλοί άλλοι παράγοντες. Μία κακή εγκυμοσύνη, προβλήματα με το στενό οικογενειακό περιβάλλον, μία απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, μία προβληματική σχέση, μία εγκυμοσύνη εκτός γάμου, η ανεργία και όχι μόνο, είναι αρκετά ώστε να δημιουργήσουν μία καταθλιπτική φάση στον άνθρωπο που βιώνει το πρόβλημα (Leonard,Myint,2009).

Με μία μαγνητική τομογραφία μπορεί να απεικονισθεί ο εγκέφαλος του καταθλιπτικού ατόμου, καθώς ο εγκέφαλος του ανθρώπου που νοσεί είναι διαφορετικός από τα άτομα που δεν πάσχουν από κατάθλιψη. Και αυτό γιατί τα μέρη του εγκεφάλου που ρυθμίζουν τη σκέψη, τη διάθεση, την όρεξη, τη συμπεριφορά και τον ύπνο παρατηρείται ότι λειτουργούν με κάποιες ανωμαλίες. Ακόμα επηρεάζονται και οι χημικές ουσίες (νευροδιαβιβαστές) του εγκεφάλου, με τις οποίες επικοινωνούν τα εγκεφαλικά κύτταρα. Όμως κατά τους Leonard και Myint (2009), ευθύνεται και το οικογενειακό – κληρονομικό ιστορικό όταν είναι βεβαρημένο με κατάθλιψη, λόγω των γενετικών παραγόντων.

### 2.3 Διάγνωση της κατάθλιψης

Το πιο βασικό στοιχείο προκειμένου να διαγνωσθεί ένα άτομο με μείζονα κατάθλιψη είναι η κλινική εξέταση από ειδικούς ύστερα από ένα ή περισσότερα καταθλιπτικά συμβάντα, μιας και η μείζων καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να διαγνωσθεί ύστερα από το τρέχον ή από ένα πιο πρόσφατο καταθλιπτικό συμβάν. Επειδή η μείζων κατάθλιψη ξεκινάει με μία διαταραχή και ένα μείζων καταθλιπτικό συμβάν όπου εμφανίζονται κάποια από τα παρακάτω συμπτώματα τουλάχιστον δύο εβδομάδες για ολόκληρη την ημέρα και τη νύχτα, το άτομο αρχίζει να μη νιώθει καλά και να παρατηρούνται κάποιες αλλαγές στη καθημερινότητά του (Μαδιανός, 2005).

Τα κριτήρια διάγνωσης ενός καταθλιπτικού γεγονότος είναι τα εξής:

1.Αδιαφορία για τα πάντα, μειωμένη ευχαρίστηση και αδράνεια σχεδόν για όλες τις δραστηριότητες ως επί το πλείστον κάθε μέρα και όλη μέρα.

2.Καταθλιπτική διάθεση στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα, που αποκαλύπτεται είτε από υποκειμενική αναφορά (π.χ. αίσθημα θλίψης ή

κενού), ή από παρατηρήσεις τρίτων (π.χ. φαίνεται δακρυσμένος). Στα παιδιά και τους έφηβους μπορεί να είναι η ευερέθιστη διάθεση.

3. Αϋπνία ή υπεραϋπνία σχεδόν κάθε βράδυ.

4. Σημαντική αυξομείωση του βάρους, χωρίς δίαιτα (απώλεια βάρους) ή υπερβολική λήψη τροφής (αύξηση βάρους).

5. Καθημερινή κόπωση και έλλειψη ενεργητικότητας τις περισσότερες ώρες της ημέρας.

6. Ψυχοκινητική επιβράδυνση ή υπερβολική κινητικότητα, γεγονός που δεν αντιλαμβάνεται το καταθλιπτικό άτομο, αλλά μπορεί να γίνει αντιληπτό από τους οικείους ή τον περίγυρό του (εργασία, σχολείο κ.α.).

7. Αδυναμία συγκέντρωσης, έλλειψη οποιασδήποτε πρωτοβουλίας και μειωμένη δυνατότητα σκέψης.

8. Αρνητικές σκέψεις, φόβος θανάτου, απόπειρα αυτοκτονίας ή ακόμη και σχέδιο αυτοκτονίας.

9. Καθημερινό αίσθημα αναιτιολόγητης ενοχής, αίσθημα ανικανότητας και αναξιότητας.

Στην περίπτωση που όλα τα παραπάνω συμπτώματα ή τα περισσότερα από αυτά δεν οφείλονται σε κάποια άλλη αιτία όπως για παράδειγμα σε πένθος λόγω απώλειας κάποιου αγαπημένου προσώπου του ασθενούς, σε επιδράσεις από λήψη κάποιας ουσίας (ναρκωτικά, φάρμακα κ.α.) ή σε κάποια σωματική ασθένεια όπως ο θυρεοειδής τότε ο ειδικός εξετάζει την περίπτωση της κατάθλιψης μιας και όλα αυτά προκαλούν ουσιαστική ενόχληση, προβλήματα στη καθημερινότητα και το άτομο που νοσεί νιώθει κοινωνική και επαγγελματική έκπτωση (Αγγελόπουλος, 2009).

## 2.4 Επιδημιολογία

Η κατάθλιψη είναι μία ψυχική διαταραχή που εμφανίζει συχνά περίπου ένα στα δέκα άτομα σε κάποια φάση της ζωής του. Από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει αποδειχθεί ότι περίπου το 6% του πληθυσμού παγκοσμίως έχει προσβληθεί από την ασθένεια της κατάθλιψης. Στην Ελλάδα μόνο, υπολογίζεται ότι περίπου 550.000 χιλιάδες άνθρωποι πάσχουν από κατάθλιψη. Υπάρχουν στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας τα οποία σε συνεργασία και με την Παγκόσμια Τράπεζα του Ο.Η.Ε., δείχνουν ότι από τις δέκα ασθένειες οι πέντε είναι ψυχικές νόσοι. Μία από αυτές είναι η κατάθλιψη η

οποία, αν και κατείχε την τέταρτη θέση, αναρριχήθηκε τα τελευταία χρόνια και σήμερα έχει φτάσει να βρίσκεται στη δεύτερη θέση.

Οι Kaplan και Sandock το 2001 πραγματοποίησαν μία μελέτη σχετικά με τις επιπτώσεις της κατάθλιψης όπου αναφέρεται ότι το ποσοστό των ανθρώπων που νοσούν με κατάθλιψη είναι 9 - 20%, με το ποσοστό στους άνδρες να είναι περίπου 3% και 4,9% στις γυναίκες. Στις γυναίκες η πιθανότητα να νοσήσει κάποια από κατάθλιψη είναι περίπου 20% ενώ στους άνδρες 10% (ποσοστό μειωμένο κατά το ήμισυ). Από αυτούς πιθανότητα αποθεραπείας έχει μόνο το 20 - 25%.

Κατά τους Kroenke, Bair, Damush, Wu, Hoke, Sutherland και Tu (2009) η επίπτωση της κατάθλιψης στις γυναίκες είναι κατά πολύ υψηλότερη από τους άνδρες λόγω του ότι τα γεγονότα της ζωής τους (εγκυμοσύνη, ανατροφή παιδιών κ.α.), αλλά και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που τις επηρεάζουν είναι πολύ πιο στρεσογόνοι και ανεβάζουν τα επίπεδα της ασθένειας. Η αρχή της κατάθλιψης μπορεί να γίνει από την παιδική ηλικία και να συνεχισθεί μέχρι τα γεράματα. Ως επί το πλείστον όμως περίπου σε ποσοστό 50% η νόσος της κατάθλιψης εμφανίζεται στην ηλικία των 20 έως και των 50 ετών.

Κατά τους Kaplan και Sandock (2001), ο μέσος όρος ηλικίας των ανθρώπων που εμφανίζουν την νόσο είναι η ηλικία των 40 ετών και εμφανίζεται πιο συχνά στους διαζευγμένους, στους άγαμους καθώς και στους κατοίκους αγροτικών περιοχών. Το 10% των περιπτώσεων αυτοκτονούν, οι λίγες περιπτώσεις καταθλιπτικών ατόμων αποθεραπεύονται, ενώ περίπου το 50% των περιπτώσεων που νοσούν δεν υποβάλλονται σε θεραπεία.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησε ο WHO το 2004, τα επεισόδια που εμφανίζουν οι ασθενείς χαρακτηρίζονται ως ήπια μέχρι και σοβαρά καθώς η βαρύτητα της νόσου διαφέρει. Σήμερα με τις σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους η κατάθλιψη θεωρείται μία νόσος η οποία είναι δυνατόν να αντιμετωπισθεί. Παρόλα αυτά 10 - 25% των ασθενών που νοσούν παίρνουν θεραπευτική αγωγή, ενώ η βαριά κατάθλιψη τα τελευταία χρόνια θα είναι η δεύτερη σημαντικότερη αιτία του θανάτου.

## 2.5 Προδιαθεσικοί παράγοντες εμφάνισης της διαταραχής

Επειδή η κατάθλιψη είναι μία ασθένεια πολυπαραγοντική και μπορεί να οφείλεται στην αλληλεπίδραση ψυχοκοινωνικών, γενετικών και βιολογικών παραγόντων δεν έχει

καθορισθεί η βασική και μοναδική αιτία που θα μπορούσε να ενοχοποιηθεί για την εμφάνισή της. Εξάλλου όπως και σε όλα τα ψυχοσωματικά νοσήματα έτσι και για την κατάθλιψη υπάρχουν κάποια βασικά αίτια που συντελούν στην εμφάνιση της ασθένειας στους ανθρώπους. Έχει παρατηρηθεί ότι οι σοβαρότερες μορφές της οφείλονται κυρίως σε βιολογικές αιτίες ενώ οι πιο ήπιες σε ψυχοσωματικά προβλήματα.

Οι παράγοντες που βοηθούν στην εμφάνιση και εξέλιξη της νόσου είναι τρεις (Ζαχαράκης, 2006) :

### **1. Γενετικοί παράγοντες.**

Στην περίπτωση που κάποιος άνθρωπος έχει συγγενείς στο στενό οικογενειακό του περιβάλλον οι οποίοι πάσχουν από κατάθλιψη και κυρίως από χρόνιες σοβαρές μορφές αυτής, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος να εκδηλώσει και ο ίδιος κατάθλιψη. Και αυτό γιατί κάποιοι γενετικοί παράγοντες κληρονομούνται και βοηθούν στην εμφάνιση της νόσου. Αυτό επιτυγχάνεται γιατί διάφορα γονίδια εμπλέκονται κατά την μεταβίβαση των χαρακτηριστικών όπως για παράδειγμα των βιολογικών, της προσωπικότητας κ.α. τα οποία αυξάνουν το κίνδυνο του ανθρώπου να διαγνωσθεί με κατάθλιψη. Επομένως εάν ένα άτομο έχει κληρονομήσει κάποια από τα παραπάνω χαρακτηριστικά αυξάνει αμέσως και τον κίνδυνο να γίνει καταθλιπτικός με τη βοήθεια βέβαια και κάποιων άλλων παραγόντων του περιβάλλοντός του, όπως ψυχολογικών, βιολογικών και κοινωνικών (Μαδιανός, 2005).

### **2. Βιολογικοί παράγοντες.**

Έχει παρατηρηθεί ότι κάποιες μη ψυχιατρικές παθήσεις μπορεί να βοηθήσουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης όπως σε δευτερογενή φάση. Αυτό επιτυγχάνεται λόγω του ότι δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα του ασθενούς και είναι σε θέση να επηρεάσουν τις περιοχές του εγκεφάλου που ασχολούνται με το συναίσθημα. Αποτέλεσμα αυτής της επίδρασης είναι η εμφάνιση κάποιων ασθενειών όπως:

- α) Ασθένειες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, όπως το Πάρκινσον, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και η σκλήρυνση κατά πλάκας.
- β) Ενδοκρινικές-μεταβολικές παθήσεις όπως είναι η ασθένεια του Cushing (υπερδραστηριότητα των επινεφριδίων) και ο υποθυρεοειδισμός.
- γ) Λοιμώξεις που μπορεί να δράσουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, όπως είναι η λοιμώδης μονοπυρήνωση και το AIDS.
- δ) Συστηματικές διαταραχές όπως ο μεταστατικός καρκίνος και η αναιμία.

Μία από τις σπουδαιότερες ανακαλύψεις του τελευταίου αιώνα στον τομέα της ψυχιατρικής και της ιατρικής κατ' επέκταση, θεωρείται η εύρεση μερικών από τους μηχανισμούς – κυρίωςβιολογικών – που εμπλέκονται στην εμφάνιση της κατάθλιψης και αφορούν στο περιεχόμενο της σκέψης. Κατά τη δεκαετία του 1950 οι επιστήμονες που ασχολήθηκαν με τη κατάθλιψη σαν νόσο ανακάλυψαν τους νευροδιαβιβαστές σαν «υπεύθυνους» για το περιεχόμενο της σκέψης (Μαδιανός, 2005). Αυτοί θεωρούνται βιοχημικές ουσίες με τις οποίες επικοινωνούν μεταξύ τους τα νευρικά κύτταρα. Ύστερα από κάποιες μελέτες, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, προκειμένου να ρυθμίσουν την υψηλή αρτηριακή τους πίεση πάθαιναν κατάθλιψη (σαν παρενέργεια). Αυτό συμβαίνει γιατί τα φάρμακα αυτά δρουν στους νευρομεταβιβαστές του εγκεφάλου και με κάποια μέθοδο μειώνουν τις συγκεντρώσεις τους μέσα στον εγκέφαλο. Έτσι δημιουργήθηκε η ανάγκη να παρασκευαστούν νέα φαρμακευτικά σκευάσματα που θα βοηθούν στην αύξηση της συγκέντρωσης αυτών των νευρομεταβιβαστών στον εγκέφαλο. Αυτά τα φάρμακα μπορούσαν να θεραπεύσουν και την κατάθλιψη σε ασθενείς με το παραπάνω πρόβλημα. Από το 1950 και έπειτα υπάρχουν πολλές πληροφορίες για τη λειτουργία των νευρομεταβιβαστών καθώς και για το ρόλο που παίζουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που έχει η ιατρική κοινότητα στη διάθεσή της για τη θεραπεία της κατάθλιψης βοηθούν πολύ στη συγκέντρωση των δύο νευροδιαβιβαστών (νοραδρεναλίνης και η σεροτονίνης) στον εγκέφαλο και έτσι επιτυγχάνεται και η θεραπεία της. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά σε όλες τις μορφές της κατάθλιψης, είναι πιθανό όλοι οι αιτιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη να δρουν τελικά μέσω αυτού του μηχανισμού (Αγγελόπουλος, 2009).

### **3. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

Παράγοντες που δρουν κατά την παιδική ηλικία ενός ατόμου:

Αρκετές έρευνες έχουν αναδείξει ότι άνθρωποι που στη παιδική τους ηλικία είχαν ζήσει κάποια απώλεια για παράδειγμα θάνατος πατέρα, μητέρας, χωρισμός γονιών κ.α. έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από κατάθλιψη κατά την ενηλικίωσή τους.

Παράγοντες που δρουν κατά την ενηλικίωση των ανθρώπων:

α) Διάφορα γεγονότα της ζωής: Κάποια ψυχολογικά γεγονότα που συμβαίνουν στην ενήλικη ζωή των ανθρώπων, όπως για παράδειγμα, διαζύγιο, θάνατος ενός αγαπημένου

προσώπου, κοινωνικά γεγονότα όπως συνθήκες διαμονής, οικονομική ύφεση κ.α. αλλά και ψυχοκοινωνικά γεγονότα όπως απόλυση από την εργασία, ανεργία, οικονομικά θέματα, μετανάστευση κ.α. είναι παράγοντες που φαίνεται πως επιδεινώνουν την ασθένεια της κατάθλιψης(Bloomfield, McWilliams,2001) .

β) Τρόπος σκέψης: Ο κάθε άνθρωπος σκέφτεται με το δικό του τρόπο. Επομένως, ο τρόπος σκέψης είναι το πώς αντιλαμβάνονται οι άνθρωποι τα προβλήματά τους καθημερινά, γεγονός που σε κάποιες περιπτώσεις βοηθάει στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Πάνω σε αυτό το θέμα υπάρχουν απόψεις που υποστηρίζουν ότι μερικοί άνθρωποι σκέφτονται με έναν τρόπο βασισμένο σε κάποιες λανθασμένες παραδοχές με αποτέλεσμα να παρερμηνεύουν τα γεγονότα γύρω τους αντί να τα ερμηνεύουν. Πάνω σε αυτή την αρχή έχει στηριχθεί η γνωσιακή ψυχοθεραπεία και η ψυχοθεραπεία, η οποία κάνει προσπάθεια να αλλάξει τον τρόπο σκέψης των ανθρώπων αυτών και έτσι να "διορθώσει" το λανθασμένο τρόπο σκέψης και να βοηθήσει τελικά τον ασθενή να αποθεραπευτεί και να διορθωθούν οι βιολογικές αλλαγές που παρατηρούνται στο μυαλό του. Αν και δεν έχει αποσαφηνιστεί τι προκαλούν αυτές οι αλλαγές δηλαδή αν προκαλούν αρνητικές σκέψεις, κακή διάθεση, αγωνία της κατάθλιψης ή αν όλα αυτά δημιουργούν αλλαγές στον εγκέφαλο, μπορεί οι όποιες χημικές μεταβολές αλλά και τα ανωτέρω συμπτώματα να εξαρτώνται από κάτι άλλο το οποίο ακόμη δεν έχει αποκαλυφθεί. Εκείνο εν τέλει που πιστεύεται, είναι ότι η όποια διαταραχή στον εγκέφαλο δημιουργεί από του λέγεται «Λανθασμένος Τρόπος Σκέψης». Ο συνδυασμός της ψυχολογικής διαστρέβλωσης με τη διαταραχή της χημικής ισορροπίας μέσα στον εγκέφαλο δημιουργεί την ασθένεια της κατάθλιψης(Pinel, 2003).

Λαμβάνοντας υπόψη όλα όσα έχουν αναφερθεί μέχρι τώρα το συμπέρασμα που μπορεί να διεξαχθεί είναι ότι οι πτυχές της κατάθλιψης είναι δύο. Είναι η ψυχολογική διαταραχή που έχει σχέση με τις σκέψεις του ατόμου καθώς και η διαταραχή που εμφανίζεται στους νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου. Τα προβλήματα πιο συγκεκριμένα είναι δύο. Το ένα αυτό της γνωστικής λειτουργίας του εγκεφάλου και το άλλο αυτό της βιοχημικής λειτουργίας. Στην κατάθλιψη μεγάλο ρόλο ενέχουν οι αρνητικές σκέψεις οι οποίες μπορεί να γίνουν εμμονές και να βασανίζουν καθημερινά τον καταθλιπτικό άνθρωπο. Σκέψεις όπως «η ζωή δεν είναι δίκαιη», «κανείς δεν με καταλαβαίνει» , «δεν αξίζω τίποτα» κ.α. οδηγούν σε αρνητικές συμπεριφορές, όπως κατάχρηση ναρκωτικών, κάπνισμα, υπερβολική κατανάλωση φαγητού, χαρτοπαιξία, απραξία, εργασιομανία.



Αυτές οι ενέργειες και οι αρνητικές σκέψεις προκαλούν, επιδεινώνουν ή παρατείνουν την ασθένεια της κατάθλιψης. Προκειμένου λοιπόν να αντιμετωπισθούν οι παραπάνω συμπεριφορές και να αλλάξει ο ασθενής τρόπο σκέψης οι γιατροί εφαρμόζουν κάποιες θεραπείες κυρίως με συζήτηση, δηλαδή ψυχοθεραπείες διαπροσωπικού και γνωστικού περιεχομένου που σκοπό έχουν την αλλαγή του τρόπου σκέψης του ασθενούς(Bloomfield, McWilliams, 2001).

Τόσο η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση - θεραπεία του νου - όσο και η ιατρική - θεραπεία του εγκεφάλου - έχουν αποδειχθεί ικανές να αντιμετωπίσουν τη νόσο της κατάθλιψης. Είναι σίγουρο ότι ο συνδυασμός και των δύο τις πιο πολλές φορές είναι πιο αποτελεσματικός και η αποθεραπεία του ασθενούς σχεδόν σίγουρη (Αγγελόπουλος, 2009).

## Κεφάλαιο 3. Η προγεννητική κατάθλιψη

### 3.1 Ορισμός

Τα αρνητικά συναισθήματα και οι διαταραχές που δημιουργεί η κατάθλιψη κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης αλλά και μετά από αυτή αποτελούν ένα συχνό φαινόμενο το οποίο όμως τις περισσότερες φορές είναι και παραμένει αδιάγνωστο. Οι παράγοντες που επιδρούν στην έγκυο γυναίκα και της δημιουργούν καταθλιπτικά συναισθήματα και διαταραχές είναι πολλοί, ιδιαίτεροι και διαφορετικοί σε κάθε περίπτωση. Σύμφωνα με τους Meltzer, Brody, et. al (2011), οι γυναίκες που βρίσκονται στο στάδιο της εγκυμοσύνης και νοσούν με κατάθλιψη αποτελούν περίπου το 15% των εγκύων.

Καλό θα ήταν πριν αναλυθεί το πρόβλημα της κατάθλιψης στη περίοδο εγκυμοσύνης καθώς και οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει η συγκεκριμένη ασθένεια, να γίνει μία σύντομη αναφορά στον ορισμό αυτής. Σε γενικές γραμμές λοιπόν η κατάθλιψη σαν πάθηση μπορεί να χαρακτηριστεί ως μία δυσάρεστη ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση, την οποία βιώνει το άτομο και η γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης της αφού καθημερινά νιώθει θλίψη, μείωση αισθημάτων, αδιαφορία και άρνηση για τα πάντα, αρνητικές σκέψεις και χαμηλή αυτοεκτίμηση, γιατί η κατάθλιψη είναι η ασθένεια που συμπεριλαμβάνεται στη κατηγορία των διαταραχών διάθεσης και των συναισθηματικών διαταραχών.

Σύμφωνα με το Μάνο(2008), σχηματίζει από μόνη της μία κατηγορία η οποία είναι αυτή των καταθλιπτικών συναισθημάτων και διαταραχών και το καταθλιπτικό, το

μανιακό και το υπομανιακό επεισόδιο είναι τα κριτήρια σύμφωνα με τα οποία το DSM-IV ταξινομεί αυτές τις διαταραχές. Ενώ θα έπρεπε να εξετασθεί κάθε διαταραχή χωριστά, εν τούτοις το κέντρο βάρους περιορίζεται αποκλειστικά στην κατάθλιψη, δηλαδή στις καταθλιπτικές κατηγορίες, τα συμπτώματα καθώς και τις αιτιολογίες αυτών. Οι παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξη των διαταραχών διάθεσης είναι οι εξής :

- ✓ Οι Γενετικοί: Η συχνότητα της κατάθλιψης είναι 1,5 - 3 φορές μεγαλύτερη στις εγκύους που έχουν συγγενείς πρώτου βαθμού που έχουν νοσήσει ή νοσούν με αυτή τη διαταραχή από ότι αυτές που βιολογικά δεν έχουν κανένα βεβαρημένο ιστορικό.
- ✓ Οι Ψυχοκοινωνικοί: Οι έγκυες γυναίκες που έχουν χάσει κάποιο πολύ δικό τους πρόσωπο (γονιό, αδελφό κ.α.) κατά τη παιδική τους ηλικία κινδυνεύουν περισσότερο να νοσήσουν από κατάθλιψη (Μάνος, 2008).

Τα συμπτώματα που παρουσιάζει μία καταθλιπτική έγκυος γυναίκα είναι αρκετά και πολυμορφικά για αυτό προκειμένου να διαπιστωθεί το μέγεθος του προβλήματος κατά την εξέταση, ο θεράπων ιατρός πρέπει να την υποβάλει σε ενδελεχή έλεγχο προκειμένου να καταλήξει στη σωστή διάγνωση. Απώλεια ευχαρίστησης, λύπη, απογοήτευση, άγχος, ελάττωση της σεξουαλικής της διάθεσης, κόπωση, ανησυχία ξέσπασμα σε κλάματα, αδιαφορία για την εργασία, την οικογένεια, τον εαυτόν της, αρνητικές σκέψεις ή σκέψεις αυτοκτονίας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, εκνευρισμός, αϋπνίες, απόσπαση της συγκέντρωσης καθώς και σωματικές ενοχλήσεις, όπως ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, πόνος στο στήθος κ.α. είναι μερικά από τα συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάζει μία καταθλιπτική υποψήφια μητέρα (Μάνος, 2008).

Σε περιοχές, όπως είναι οιαγροτικές, οι κάτοικοι δεν έχουν επαρκή ή και καθόλου ενημέρωση για την κατάθλιψη και τα συμπτώματά της, οι άνθρωποι δεν δίνουν σημασία και βαρύτητα στη νόσο και πολλές φορές τα θεωρούν ασήμαντα ή και ανύπαρκτα. Γι' αυτό, οι περισσότερες γυναίκες που κατοικούν σε αυτές τις περιοχές και λόγω της έλλειψης της επαρκούς ενημέρωσης αποφεύγουν να ζητήσουν ιατρική συμβουλή.

Ένας λόγος ακόμα είναι ότι επειδή τα σωματικά προβλήματα της εγκυμοσύνης πολλές φορές συμπίπτουν με μερικά από εκείνα της κατάθλιψης οι μέλλουσες μητέρες αποδίδουν τα όποια συμπτώματα έχουν στην εγκυμοσύνη και αγνοούν ότι υπάρχει κατάθλιψη. Επιπλέον, επειδή και η εγκυμοσύνη παρουσιάζει από μόνη της ψυχολογικά προβλήματα και ψυχολογικές μεταπτώσεις οι οποίες συναντώνται και στην κατάθλιψη

πολλές φορές οι έγκυες δεν θέλουν να παραδεχθούν ότι νοσούν από κατάθλιψη. Αυτή η άποψη σε συνδυασμό και με την γενική αντίληψη ότι μία έγκυος γυναίκα περνάει τη δική της «κρίση» ή «φάση» είναι οι επιπλέον λόγοι που μία έγκυος μέλλουσα μητέρα δεν νιώθει την ανάγκη να επισκεφθεί τον ειδικό. Αυτό συμβαίνει και στις περιπτώσεις που η γυναίκα δεν έχει τη στήριξη του στενού οικογενειακού της περιβάλλοντος και των δικών της ανθρώπων (Αθανασίου, 2014).

### 3.2 Συμπτώματα κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης η γυναίκα γίνεται ευερέθιστη, ευάλωτη, πολλές φορές νευρική και απόμακρη, κουράζεται εύκολα, αδιαθετεί και αισθάνεται μεγάλη κόπωση από την αύξηση του βάρους της και όλα αυτά λόγω των σωματικών, ορμονικών και ψυχολογικών αλλαγών που παρατηρούνται στο σώμα της κατά τη διάρκεια όλης της κύησης. Η αυτοεκτίμησή της είναι μειωμένη, ξεσπά σε κλάματα, ανησυχεί για το σώμα της όταν βλέπει να αυξάνεται το σωματικό της βάρος, ανησυχεί για την εξωτερική της εμφάνιση και νιώθει ανασφάλειες. Ανησυχεί ακόμη και για την εξωτερική της εικόνα και αν θα συνεχίσει να είναι ελκυστική στα μάτια του συζύγου της – συντρόφου της (Μωραϊτού, 2004).

Επίσης όσο προχωράει η κύηση τη κυριεύει το άγχος για την θετική έκβαση της εγκυμοσύνης και προβληματίζεται, ιδίως όταν γίνεται για πρώτη φορά μητέρα, εάν θα τα καταφέρει να ανταποκριθεί στις ευθύνες της μητρότητας. Έχει αϋπνίες, ή και υπνηλίες, φαινόμενα αρκετά συνήθη κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης. Αυτά αν και είναι μερικά από τα συμπτώματα που παρουσιάζει η γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της, θα μπορούσαν να είναι και συμπτώματα που παρουσιάζει ένας καταθλιπτικός ασθενής (Αργύρης, 2015).

Κατά τους Engeldinger, Nylén, O'Hara, Watson και Williamson (2013), πολλές φορές η εγκυμοσύνη και η κατάθλιψη «μοιράζονται» κοινά συμπτώματα γεγονός που ο ειδικός θα πρέπει να ξεχωρίσει εάν πηγάζουν από κατάθλιψη ή από την ίδια την εγκυμοσύνη. Υπάρχουν όμως και κάποια άλλα συμπτώματα που θεωρούνται ενδείξεις ύπαρξης μίας καταθλιπτικής διαταραχής, όπως είναι οι αρνητικές σκέψεις που κάνει η έγκυος γυναίκα και οι ενοχές που τη κυριεύουν. Οι Heringhausen και Marcus (2009), αναφέρουν ότι οι γυναίκες με καταθλιπτική διαταραχή συνήθως νιώθουν ανάξιες να γίνουν μητέρες, ανίκανες για την φροντίδα του μωρού τους, ενοχικές και ανήσυχες και συνήθως

πιστεύουν ότι η εγκυμοσύνη τους δεν θα έχει θετική έκβαση. Δηλαδή η αυτοεκτίμηση και η ανησυχία τους δε πηγάζει από το αν αλλάξει το σώμα τους, λόγω του αυξημένου βάρους αλλά περισσότερο από το γεγονός ότι νιώθουν ανήμπορες, ανάξιες και ενοχικές για το μωρό που θα φέρουν στο κόσμο. Οι γυναίκες με κατάθλιψη νιώθουν ένοχες και υπαίτιες για οποιοδήποτε πρόβλημα ή διαταραχή παρουσιάσει το έμβρυο και αυτό δημιουργεί περισσότερες ανασφάλειες και ανικανότητα να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις του μωρού τους.

Κατά τον Friedman (2015), οποιοδήποτε πρόβλημα παρουσιάσει το έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης που να προέρχεται είτε από παράλειψη θεραπείας της κατάθλιψης, είτε από κάποια φαρμακευτική θεραπεία που τυχόν της χορηγηθεί κάνει τη μητέρα ενοχική και νιώθει υπαιτιότητα και τύψεις. Έχει παρατηρηθεί επίσης η καταθλιπτική έγκυος γυναίκα να μη μπορεί να συγκρατήσει τις όποιες πληροφορίες της δίνουν οι ειδικοί για το τι πρέπει να κάνει με την αγωγή της και η προσοχή της να διασπάται εύκολα, ενώ την κυριεύουν αρνητικές σκέψεις και έχει αυτοκτονικές τάσεις τόσο για την ίδια όσο και για το έμβρυο όταν το φέρει στο κόσμο. Οι ενδείξεις αυτές σίγουρα δείχνουν κάποια καταθλιπτική διαταραχή που πρέπει άμεσα να αντιμετωπισθεί.

Ο Friedman(2015), αναφέρει ότι συνήθως η πεποίθηση και η άποψη ότι η μητρότητα και η περίοδος της εγκυμοσύνης είναι ίσως η πιο μοναδική και όμορφη στιγμή της υποψήφιας μητέρας, ταυτόχρονα τη γεμίζει με ενοχές ανικανότητας, ρίχνει την αυτοεκτίμησή της και σιγά – σιγά πιστεύει και η ίδια ότι δεν είναι κατάλληλη να γίνει μητέρα. Άλλο σύμπτωμα που μπορεί να κυριεύσει την έγκυο γυναίκα είναι η «ανηδονία», αυτό την οδηγεί στην απώλεια κάθε ευχαρίστησης για φαγητό, χόμπι, κοινωνικές εκδηλώσεις και άλλες δραστηριότητες που παλαιότερα και προ εγκυμοσύνης την έκαναν ευτυχισμένη και ήταν οι πηγές ευχαρίστησής της. Αυτή την προβληματική κατάσταση που προέρχεται από το σύμπτωμα της «ανηδονίας» η έγκυος γυναίκα όταν νοσεί από κατάθλιψη δεν τη συναισθάνεται και δε παραπονιέται για τίποτα. Σε αυτό το σημείο θα ήταν καλό να τονισθεί ότι το στενό οικογενειακό περιβάλλον της πρέπει να τη βοηθήσει και να αναζητήσει λύσεις και συμβουλές από κάποιον ειδικό, αν και αυτό το σύμπτωμα από μόνο του μπορεί να θωρηθεί σαν μία γενική αδιαθεσία με έντονη έκρυθμη συναισθηματική κατάσταση που δημιουργεί η εγκυμοσύνη και να παραβλεφθεί.

Η κατάθλιψη δημιουργεί ένα γενικευμένο πρόβλημα στην εγκυμονούσα, πριν και μετά την εγκυμοσύνη της, όπου η γυναίκα παραμελεί τον εαυτό της, καταφεύγει σε χρήση διαφόρων ουσιών (κάπνισμα, αλκοόλ κ.α.), μετά τη γέννηση του μωρού της το παραμελεί, δυσανασχετεί με όλα, δεν παραδέχεται ότι αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα και αρνείται να επισκεφθεί κάποιον ειδικό. Αυτό έχει μια εξήγηση αν σκεφτεί κανείς τη ντροπή που νιώθει ένας άνθρωπος μόνο να εκφράσει την επιθυμία της αυτοκτονίας, αφού ακόμη και ο ίδιος νιώθει ενοχές και ντρέπεται να πιστέψει στις ενοχικές σκέψεις που τον βασανίζουν. Αυτό αποτελεί και έναν λόγο που οι καταθλιπτικές γυναίκες πολλές φορές δεν ζητούν βοήθεια ούτε από τους δικούς τους ανθρώπους, πολύ δε περισσότερο από τον ειδικό και καταλαμβάνονται από το φόβο της αποδοκιμασίας και της απόρριψης ενώ κατηγορούν τον εαυτό τους για την ανικανότητα που νιώθουν.

Τέλος, η κατάθλιψη σαν ασθένεια είναι πολύ πιο επικίνδυνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από κάθε άλλη φάση της ζωής μιας γυναίκας. Μελέτες έχουν δείξει ότι το 15% των ατόμων με σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή έχει παρατηρηθεί ότι αυτοκτονούν, γεγονός που ενισχύει τον κίνδυνο που διατρέχει μία έγκυος όταν έχει προσβληθεί από κατάθλιψη με απόρροια να κρίνεται απαραίτητη η ενημέρωση και σωστή διάγνωση με τη κατάλληλη αντιμετώπιση - θεραπεία της ασθενούς (Friedman, 2015) .

### 3.3 Η ψυχολογία της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Σε καμία άλλη περίοδο της ζωής της γυναίκας δεν αλλάζει η συμπεριφορά και η ψυχοσύνθεσή της τόσο πολύ και απότομα όσο σε αυτή της εγκυμοσύνης. Στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης αν και συμβαίνουν αρκετές αλλαγές στη γυναίκα εκείνη δε μπορεί να τις αντιληφθεί. Κατά την Αθανασίου (2014), καταθλιπτικά συναισθήματα, στρες, ανησυχία, ενθουσιασμός, ξεσπάσματα, κυκλοθυμία και άλλου είδους συναισθηματικές αστάθειες απεικονίζουν το ψυχολογικό προφίλ της εγκύου τους τρεις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης της.

Στο δεύτερο τρίμηνο, το άγχος που διακατείχε την έγκυο κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου καταλαγιάζει σιγά – σιγά αλλά λαμβάνει άλλες διαστάσεις και αρχίζουν να γίνονται αντιληπτές οι σωματικές της αλλαγές. Οι γυναίκες που εγκυμονούν για πρώτη φορά νιώθουν ανασφάλεια, ανησυχούν για την εξωτερική τους εμφάνιση και την αύξηση του βάρους που αρχίζουν να παρουσιάζουν, ανησυχούν για το αν ο σύντροφός τους εξακολουθεί να τις βρίσκει ελκυστικές και συνεχίζει να παρουσιάζει ερωτικό ενδιαφέρον. Μπορεί να μειωθεί η εμετική διάθεση, εφόσον υπήρχε στο πρώτο

τρίμηνο της εγκυμοσύνης, ενώ αυξάνεται η ροή του αίματος στη πυελική περιοχή και η επιθυμία για σεξουαλική επαφή είναι εντονότερη. Για αυτό το λόγο, το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης πρέπει οπωσδήποτε να υπάρχει και ουσιαστικός διάλογος μεταξύ της εγκύου και του συντρόφου της, έτσι ώστε να ξεπεραστούν οι φόβοι και οι ανησυχίες της προκειμένου να είναι ήρεμη και να μην νιώθει ανασφάλεια (Αθανασίου, 2014).

Το τρίτο τρίμηνο και τελευταίο διάστημα της εγκυμοσύνης κάνουν την εμφάνισή τους φόβοι και ερωτηματικά σχετικά με την γονική καταλληλότητα της μητέρας, την επικείμενη μητρότητα και την αρτιότητα του μωρού της όταν θα γεννηθεί. Σε πολύ ψηλά επίπεδα φτάνει και η ψυχοσωματική της κόπωση καθώς αυξάνεται το βάρος της, δυσκολεύεται να κοιμηθεί, να κινηθεί και να καθίσει. Σε αυτή την περίοδο ιδίως είναι που η γυναίκα χρειάζεται από το οικογενειακό της περιβάλλον και το σύντροφό της στήριξη και επιβεβαίωση για την καταλληλότητά της ως υποψήφια μητέρα (Μωραΐτου, 2004).

Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης οι ορμονικές διακυμάνσεις της γυναίκας είναι πολύ μεγάλες. Σύμφωνα με την ψυχολόγο Laura Glynn η εγκυμοσύνη θεωρείται ίσως η πιο κρίσιμη περίοδος των μητέρων για την ανάπτυξη του κεντρικού τους νευρικού συστήματος. Με έρευνα έχει αποδειχθεί ότι οι αναπαραγωγικές ορμόνες στις εγκύους μπορεί να προετοιμάζουν τον εγκέφαλό τους ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί η υποψήφια μητέρα στις αυξημένες απαιτήσεις της μητρότητας καθώς την βοηθούν να έχει ψυχραιμία, να αντιδρά άμεσα και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της φροντίδας του μωρού της (Κρεατσάς, 2009). Για αυτό μάλιστα η μητέρα ξυπνά ακόμη και όταν νιώσει ότι το βρέφος κουνιέται, ενώ ο πατέρας συνεχίζει να κοιμάται χωρίς να αντιλαμβάνεται το παραμικρό.

Σύμφωνα με πολλές ακόμα έρευνες εμφανίζονται στοιχεία συνεχώς αυξανόμενα όπου δείχνουν ότι οι νοσηρές καταστάσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως για παράδειγμα ο υποσιτισμός της μητέρας ή η κατάθλιψη δεν είναι ένοχες από μόνες τους για τον κίνδυνο του εμβρύου. Μάλιστα αυτό προκύπτει λόγω του ότι πιο σημαντική θεωρείται η ηρεμία και η αρμονία της ζωής του μωρού εντός και εκτός της μήτρας δεδομένου ότι το έμβρυο προσαρμόζεται με την ανεπαρκή διατροφή της μητέρας του και μάλιστα αυτό θα το βοηθήσει να μπορέσει να ξεπεράσει με μεγαλύτερη ευκολία μία μεγάλη έλλειψη τροφής κατά τη γέννησή του ενώ μπορεί να γίνει υπέρβαρο αν αρχίσει να τρώει κανονικά (Μωραΐτου, 2004).

Το έμβρυο και η μητέρα βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση, καθώς το έμβρυο επηρεάζει τη μητέρα και η μητέρα επηρεάζει το έμβρυο συνειδητά ή ασυνείδητα. Ένα παράδειγμα αυτής της αλληλεπίδρασης είναι ότι η όποια κίνηση του εμβρύου μέσα στη μήτρα της μητέρας γίνεται αντιληπτή και αυξάνει τους παλμούς της καρδιάς της, σημείο που δείχνει το δέσιμο που αναπτύσσεται μεταξύ του παιδιού και της μητέρας (Λαζαράτου, 1998).

Η ψυχολόγος Laura Glynn υποστηρίζει ακόμα ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλάζει ο εγκέφαλος της μητέρας αν και αυτό δεν αποδεικνύεται από μελέτες, καθώς οι όποιες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί για αυτό το θέμα έχουν διεξαχθεί με τρωκτικά, οι εγκυμοσύνες των οποίων είναι πολύ διαφορετικές από αυτές των γυναικών. Εφόσον η εγκυμοσύνη μίας γυναίκας χαρακτηρίζεται από ναυτίες, εμετούς και ζαλάδες σημαίνει ότι η υποψήφια μητέρα πιθανώς να διακατέχεται από άγχος, στρες, πίεση και ενδεχομένως από κατάθλιψη (Κρεατσάς, 2009).

Οι Bowen, Kramer, Muhajarine και Stewart, το 2013 με τη συμμετοχή 648 εγκύων γυναικών από τον Καναδά, πραγματοποίησαν μια έρευνα στην οποία εξέτασαν τον επιπολασμό, τη σοβαρότητα του εμετού και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων της ναυτίας στο πρώτο και στο τελευταίο διάστημα της εγκυμοσύνης. Η έρευνα έδειξε ότι ο επιπολασμός ήταν μεγαλύτερος στο διάστημα της εγκυμοσύνης. Η σοβαρότητα επίσης ήταν πιο εμφανής στο πρώτο διάστημα της εγκυμοσύνης ενώ η κατάθλιψη και η χρήση αντιεμετικών την επηρέαζαν αρκετά. Παραδόξως, το κάπνισμα και η υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος της εγκύου απεδείχθησαν εξαιρετικοί παράγοντες προστασίας της. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογία μιας εγκύου είναι πολλοί, καθώς κάθε γυναίκα – υποψήφια μητέρα περνάει από διάφορες φάσεις στην ψυχολογία της οι οποίες διαφέρουν κατά περίπτωση. Κάποιοι από αυτούς είναι οι εξωτερικοί παράγοντες οι οποίοι ασκούν μια ξεχωριστή επίδραση στη ψυχολογία της εγκύου.

Η μόρφωση, η ηλικία, το κοινωνικό περιβάλλον, το οικογενειακό περιβάλλον, τα ανάλογα βιώματα (δηλαδή αν έχει βιώσει ξανά την εγκυμοσύνη), είναι κάποιοι από τους πολλούς παράγοντες που καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την αντίληψη, τη σκέψη και τη ψυχολογία της αλλά και την ορθή διαχείριση των όποιων στρεσογόνων προβλημάτων παρουσιαστούν, γιατί οι αντιδράσεις των εγκύων γυναικών είναι διαφορετικές στα ίδια προβλήματα. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες που έχουν βιώσει μία αποβολή αντιδρούν

με διαφορετικό τρόπο στην απώλεια του εμβρύου που κυοφορούσαν. Κάποιες αποδέχονται αυτή τη κατάσταση ενώ κάποιες άλλες περνούν μία φάση συναισθηματικής και ψυχολογικής ανατάραξης η οποία συνοδεύεται από άγχος ακόμη και από κατάθλιψη (Swanson, 1999). Επιπλέον, οι γυναίκες που έχουν βιώσει μια τέτοια απώλεια σε μία δεύτερη εγκυμοσύνη έχουν άγχος, στρες και ίσως νοσήσουν και με κατάθλιψη. Κατά τους Bidlack, Côté-Arsenault και Humm (2001), οι γυναίκες αυτές είναι ανήσυχες, φοβισμένες, επιφυλακτικές και νευρικές και ζουν με το φόβο μήπως βιώσουν πάλι το ίδιο πρόβλημα. Επίσης, ανησυχούν περισσότερο για την υγεία παιδιού που πρόκειται να γεννήσουν από ότι οι έγκυες που δεν έχουν βιώσει προγεννητική απώλεια.

Σύμφωνα με έρευνα της Côté-Arsenault, η νέα εγκυμοσύνη είναι πιο αγχωτική καθώς θεωρείται απειλή, ενώ η πίεση και το άγχος είναι αυξημένα το πρώτο διάστημα της εγκυμοσύνης στις γυναίκες με ιστορικό προγεννητικής απώλειας. Κάθε έγκυος γυναίκα - μέλλουσα μητέρα θεωρείται μία ξεχωριστή περίπτωση και πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν διαφορετική. Το όποιο πρόβλημα υγείας, τα βιώματά της, οι συνήθειές της καθώς και άλλα προσωπικά δεδομένα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη από τους ειδικούς προκειμένου να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή έκβαση της εγκυμοσύνης και η εξασφάλιση της υγείας τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου πριν και μετά τον τοκετό. Ακόμα, άλλοι παράγοντες όπως η αϋπνία έχει αρνητική επίδραση στη ψυχολογία της μητέρας γιατί ο ύπνος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κυρίως το πρώτο τρίμηνο επηρεάζεται από τις ορμονικές της διαταραχές και το μέγεθος του μωρού για αυτό ως επί το πλείστον δεν είναι αρκετός με απόρροια να την κάνει πιο νευρική (Bidlack, etal, 2001).

Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί πως ο ύπνος της εγκύου επηρεάζεται και από το μωρό, ενώ η ποιότητα του ύπνου σχετίζεται ακόμη και με το εισόδημα, τα όποια οικογενειακά προβλήματα δηλαδή, το αυξημένο σωματικό βάρος, τις λοιπές οικογενειακές υποχρεώσεις (αν η γυναίκα έχει άλλα παιδιά) και πολλά άλλα. Υπάρχουν έρευνες που παρουσιάζουν πως δεν υπάρχει ιδιαίτερη σχέση μεταξύ της ποσότητας και της ποιότητας του ύπνου αλλά και της θετικής ή αρνητικής πορείας της εγκυμοσύνης (Brown, etal., 2010), όμως υπάρχουν πολλές έρευνες που αποδεικνύουν το αντίθετο.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι δυνατόν η εγκυμονούσα να παρουσιάσει διάφορα προβλήματα, όπως υπέρταση, προεκλαμψία, κατάθλιψη, διαβήτη αλλά και



κατά τη διάρκεια του τοκετού με τις οδύνες. Οι Izci-Balserak και Pien (2010), υποστηρίζουν πως οι γυναίκες που ροχαλίζουν ή πάσχουν από αποφρακτική άπνοια ύπνου στη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν υπέρταση και προεκλαμψία. Χωρίς αμφιβολία η κακή ποιότητα του ύπνου αλλά και η αύπνία συνιστούν σημαντικό κίνδυνο τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο.

Μία έγκυος γυναίκα έρχεται αντιμέτωπη με πολλές πρωτόγνωρες προκλήσεις τις οποίες καλείται να διαχειριστεί με επιτυχία, αλλά πολλές φορές δυσκολεύεται και αδυνατεί να ολοκληρώσει τη διαδικασία της εγκυμοσύνης, χωρίς τη βοήθεια του οικογενειακού της περιβάλλοντος και του θεράποντος ιατρού. Επιπλέον, κατά την εγκυμοσύνη το στρες είναι σίγουρο ότι διακατέχει την υποψήφια μητέρα, πράγμα όμως που επιβάλλεται να διαχειριστεί με επιτυχία προκειμένου να αποφευχθούν ανεπιθύμητες παρενέργειες.

Μία πρόκληση για την έγκυο αποτελεί για παράδειγμα να σταματήσει το κάπνισμα στην περίπτωση που είναι καπνίστρια, αν και το κάπνισμα πριν την εγκυμοσύνη ήταν διέξοδος του άγχους της. Κατά τους DeWilde, Boudrez, Laevens, Maes, et al. (2013), το κάπνισμα στη περίοδο της εγκυμοσύνης δεν συνεχίζεται μόνο από συνήθεια αλλά κάποιες φορές αποτελεί και ένδειξη κατάθλιψης γιατί όταν η έγκυος διακατέχεται από καταθλιπτικά συναισθήματα και είναι καπνίστρια, καπνίζει πολύ περισσότερο προκειμένου να κατευνάσει το άγχος της. Σε συνεχές κάπνισμα μπορεί να προβαίνει η έγκυος γυναίκα, όταν νιώθει πίεση στην εργασία της, όταν έχει δεχθεί σεξουαλική ή σωματική βία, όταν νιώθει άγχος για τα οικονομικά της αλλά και αν κάτι δεν πάει καλά σε διαπροσωπική της σχέση. Οι Bonsel, Cuijpers, Goedhart et al (2009), υποστηρίζουν όμως ότι το κάπνισμα μαζί με τη κατάθλιψη μπορεί να επιφέρουν πρόωρη γέννηση του βρέφους το οποίο θα είναι λιποβαρές. Για αυτό πρέπει να υπάρχει ενημέρωση στα θέματα σχετικά με το κάπνισμα πολύ δε περισσότερο είναι απαραίτητο η έγκυος υποψήφια μητέρα να ενημερώνεται για τους κινδύνους που μπορεί να προκαλέσει το κάπνισμα τόσο στην ίδια όσο και στο έμβρυο και να την παροτρύνουν να το σταματήσει άμεσα.

Μία έρευνα των DeWilde, Boudrez, Laevens et al το 2013, απέδειξε ότι οι καπνίστριες που διέκοψαν το κάπνισμα πριν και μετά την εγκυμοσύνη παρουσίασαν πολύ λιγότερα καταθλιπτικά συναισθήματα σε σχέση με εκείνες που παρέμειναν καπνίστριες αλλά και με αυτές που ξεκίνησαν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το πόρισμα της

παραπάνω έρευνας επιβεβαιώνουν και πορίσματα άλλων ερευνών, οι οποίες έδειξαν ότι οι έγκυες γυναίκες που σταματούσαν το κάπνισμα ή δεν κάπνιζαν ένωσαν πολύ λιγότερο καταθλιπτικά συναισθήματα (Chenet.al, 2010).

Επιπλέον, σπουδαίο ρόλο διακατέχει και η βαθμίδα εκπαίδευσης στην οποία είχε φοιτήσει η έγκυος γυναίκα, καθώς καπνίζουσες που κατείχαν απολυτήριο Λυκείου, Γυμνασίου ή Δημοτικού δεν είχαν κατάθλιψη αλλά μόνο καταθλιπτικά συναισθήματα. Το μορφωτικό επίπεδο έχει σχέση με την ενημέρωση και μπορεί να αιτιολογήσει την απόφαση των γυναικών να καπνίζουν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Με λίγα λόγια δηλαδή, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο σε σχέση με το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο έχει αποδειχθεί ότι είναι παράγοντες που οδηγούν την έγκυο υποψήφια μητέρα στο κάπνισμα, γιατί για αυτές τις γυναίκες το κάπνισμα ίσως να είναι ένας τρόπος αντιμετώπισης των αρνητικών τους εμπειριών και συναισθημάτων, όπως για παράδειγμα οικονομικά προβλήματα, προβλήματα που σχετίζονται με τις μεταβαλλόμενες συνθήκες της ζωής τους λόγω εγκυμοσύνης και πολλά άλλα. Παρόλα αυτά όμως και σε αυτή τη περίπτωση τα καταθλιπτικά συναισθήματα εξακολουθούν να υφίστανται και μετά την εγκυμοσύνη (DeWildeetal., 2013).

Κατά τους Valbo και Zhu(2002), οι καταθλιπτικές γυναίκες δυσκολεύονται πολύ να απαλλαγούν από το κάπνισμα το οποίο συνεχίζουν και μετά τη γέννηση του μωρού τους. Επομένως, εύκολα μπορεί να γίνει αντιληπτό πως η ψυχολογία κάθε εγκύου καθώς και η εσωτερική ηρεμία είναι θέματα που εξαρτώνται από πολλούς κοινωνικούς, προσωπικούς και οικονομικούς παράγοντες. Παρόλα αυτά, ερωτηματικά γεννά και η άποψη που υποστηρίζει ότι το κάπνισμα συνδέεται με την κατάθλιψη και με άλλες διαταραχές και παθήσεις (Μωραϊτού, 2004). Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ότι και οι σωματικοί παράγοντες μπορούν να ασκήσουν μεγάλη επιρροή στη ψυχολογία της εγκύου. Όπως για παράδειγμα, οι αλλαγές στο σώμα της, τα περιττά κιλά που προστίθενται στην εγκυμοσύνη και οι όποιες αλλαγές της προκαλούν ανασφάλειες και χάνει την αυτοεκτίμησή της αλλά και την ελκυστικότητα του συντρόφου της. Γενικά οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους δεν είναι ευχαριστημένες με το σώμα τους και αυτό το επιβεβαιώνει μία έρευνα που έγινε με τη συμμετοχή 110 γυναικών από το Ηνωμένο Βασίλειο και το Ισραήλ, όπου διαπιστώθηκε ότι κυρίως οι έγκυες γυναίκες ήταν πολύ δυσαρεστημένες με το σώμα τους. Στην πραγματικότητα υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ του δείκτη μάζας του σώματός τους και της αντίληψης που έχουν οι ίδιες

για το σώμα τους. Για αυτό το κάπνισμα πολλές φορές στην περίοδο της εγκυμοσύνης συνδέεται και με τις ανησυχίες που έχουν οι γυναίκες για την εμφάνιση τους (Βιβιλάκη, 2016).

Μία επιπλέον έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί ανέδειξε ότι η ικανοποίηση που νιώθει - αν νιώθει - η έγκυος με το σώμα της έχει άμεση σχέση με τη συχνότητα της σεξουαλικής συνεύρεσης καθώς και της σεξουαλικής ικανοποίησης, εκτός αν υπάρχει αποχή λόγω φόβου μήπως η επαφή βλάψει το έμβρυο, αλλά περισσότερο σημαντική ακόμη και από τη σεξουαλική ικανοποίηση αναδείχθηκε η επικοινωνία (Borelli, Mermelstein, 1998).

Υπάρχει επίσης έρευνα που έχει ασχοληθεί με το σώμα των εγκύων γυναικών και έχει δείξει ότι η δυσαρέσκεια με το σώμα τους δεν έχει να κάνει μόνο με τις διατροφικές τους συνήθειες και την ποσότητα του φαγητού, γιατί γυναίκες με διατροφικές διαταραχές και χωρίς διατροφικές διαταραχές ήταν δυσαρεστημένες με την εικόνα του σώματός τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά όμως από τη γέννηση του μωρού. Οι έγκυες γυναίκες που είχαν διατροφικές διαταραχές ήταν δυσαρεστημένες δικαιολογημένα και αυτή η δυσαρέσκεια παρέμενε ούτως ή άλλως λόγω και του προβλήματος που αντιμετώπιζαν, το οποίο όμως πολλές φορές τις επηρέαζε και ψυχολογικά. Κατά τους Abraham και Coker (2014), η μεγαλύτερη δυσαρέσκεια με την εμφάνιση του γυναικείου σώματος παρατηρείται σε γυναίκες που βρίσκονται στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους επειδή παίρνουν το μεγαλύτερο βάρος, είναι δυσκίνητες, δυσκολεύονται ακόμη και να καθίσουν και επομένως είναι αισθητή η οποιαδήποτε αλλαγή.

## Κεφάλαιο 4. Επιπτώσεις προγεννητικής κατάθλιψης

### 4.1 Επιπτώσεις στη μητέρα

Έχει παρατηρηθεί ότι η κατάθλιψη στις νέες μητέρες, κυρίως μετά τον τοκετό προκαλεί αλλαγές στη συνήθεια του ύπνου, ευερεθιστικότητα, ανικανότητα και αδυναμία για καθημερινές δραστηριότητες, υπερβολικό ενδιαφέρον για ερωτική πράξη, αλλά σε πιο σοβαρή μορφή δημιουργούνται μαύρες σκέψεις που είναι δυνατόν να βλάψουν τόσο την ίδια τη μητέρα - σκέπτεται ακόμη και την αυτοκτονία ή την κακοποίηση του μωρού της - όσο και τους γύρω της.

Όμως η κατάθλιψη μπορεί να εμφανισθεί στην υποψήφια μητέρα και κατά την εγκυμοσύνη, δηλαδή η προγεννητική κατάθλιψη ή και κατά την περίοδο της λοχείας, μέσα στο πρώτο χρόνο της οποίας τα συμπτώματα είναι συγγενή με εκείνα του λοιπού πληθυσμού και επηρεάζει συνήθως το 10% - 15% των γυναικών, αλλά το ποσοστό ανεβαίνει στο 28% όταν γίνεται αναφορά σε γυναίκες που ζουν σε καθεστώς φτώχειας. Σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί αναδεικνύουν ότι τα ποσοστά να γίνει μία γυναίκα καταθλιπτική πριν ή και μετά τον τοκετό είναι περίπου τρεις φορές μεγαλύτερα από αυτά των γυναικών του γενικού πληθυσμού. Η καταθλιπτική μητέρα δεν είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις ανάγκες του βρέφους της, στο θηλασμό, στη περιποίηση, στο ξενύχτι, στο κλάμα του κ.α. με απόρροια πολλές φορές να οδηγηθεί και στην παιδοκτονία, εάν δεν γίνει αντιληπτή από το περιβάλλον της και δεν καταφύγει σε βοήθεια. Η κατάθλιψη συσχετίζεται ακόμη με το χαμηλό βάρος του νεογέννητου ή πρόωρου μωρού (Wilén, Mounts, 2006), γιατί η καταθλιπτική υποψήφια μητέρα δεν έχει την επιθυμία ή την όρεξη να φροντίσει το αναπτυσσόμενο μωρό ή ακόμη και τον εαυτόν της.

Το βρέφος που γεννιέται από καταθλιπτική μητέρα συνήθως είναι λιγότερο δραστήριο και οξύθυμο σε σχέση με εκείνο που έχει γεννηθεί από μία μη καταθλιπτική μητέρα. Για αυτό τόσο η μητέρα όσο και το βρέφος χρειάζονται την κατάλληλη άμεση βοήθεια, προκειμένου να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα (American Pregnancy Association, 2010).

#### 4.2 Επιπτώσεις στο έμβρυο/νεογνό

Το έμβρυο σε περίπτωση προγεννητικής κατάθλιψης της μητέρας εμφανίζει χαμηλό βάρος, υπερβολική καθυστέρηση ανάπτυξης και δραστηριότητας, πρωιμότητα, προβλήματα ύπνου, μη ή λιγότερη ανταπόκριση στα εξωτερικά ερεθίσματα.

Το βρέφος της καταθλιπτικής μητέρας παρουσιάζει προβλήματα προσοχής αλλά και συμπεριφοριστικά και συναισθηματικά προβλήματα. Οι αιτίες μιας προγεννητικής κατάθλιψης μπορεί να είναι το άγχος, ο θυμός ή ακόμη και διάφορα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής της εγκύου τα οποία την επηρεάζουν αρνητικά. Ορισμένοι ερευνητές έχουν προσπαθήσει να ελέγξουν τις πιθανές μεταβλητές της σύγχυσης τόσο κατά την προγεννητική όσο και κατά την επιλόχειο κατάθλιψη και επισήμαναν ιδιαίτερα

τις πολύ αρνητικές επιπτώσεις που μπορεί να προκαλέσει στην έγκυο – υποψήφια μητέρα η προγεννητική κατάθλιψη (Μάνος, 2008).

Κάποιοι ερευνητές επισήμαναν ακόμη τα μακροπρόθεσμα προβλήματα της προγεννητικής κατάθλιψης τα οποία πρέπει να αντιμετωπίζονται άμεσα, δεδομένου ότι δημιουργούν κίνδυνο στην έγκυο μητέρα στο μέλλον. Δημιουργούνται δηλαδή αλληλένδετα προβλήματα όπως κίνδυνος πρόωρου τοκετού, ο οποίος με τη σειρά του επηρεάζει την ανάπτυξη του μωρού, τη συμπεριφορά του καθώς και τη νοητική του αντίληψη (Kent, 2008).

Άλλο ένα πρόβλημα είναι ότι κατά την εγκυμοσύνη μία έγκυος με προγεννητική κατάθλιψη οδηγείται σε αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης του νεογνού, η οποία στη συνέχεια επηρεάζει την ιδιοσυγκρασία του βρέφους και αργότερα κατά την παιδική του ηλικία επηρεάζει τη ψυχοπαθολογία του. Ακόμη η προγεννητική κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε νεογνική σχολαστικότητα, σε πρόβλημα ύπνου του μωρού και αυτά είναι μερικά από τα προβλήματα που έχουν αναφερθεί κατά καιρούς από γονείς σε παιδίατρος, προβλήματα που σχετίζονται με μεταγενέστερες συμπεριφορές καθώς και διαταραχές του παιδιού. Επί παραδείγματι, οι όποιες επιπτώσεις στο έμβρυο και το νεογέννητο από καταθλιπτική μητέρα, που σχετίζονται με την ανάπτυξη και τις αναπτυξιακές του καθυστερήσεις, ακολουθούν το παιδί στη διάρκεια της ανάπτυξής του με την εμφάνιση διαφόρων συναισθηματικών αλλά και άλλων προβλημάτων, κυρίως συμπεριφοράς, κατά τη παιδική του ηλικία που αργότερα είναι δυνατόν να του δημιουργήσουν χρόνιες ασθένειες (Kent, 2008).

Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία η προγεννητική κατάθλιψη είναι πιο συχνή από την επιλόχεια κατάθλιψη. Όμως έχει παρατηρηθεί ότι η προγεννητική κατάθλιψη σε μία έγκυο, συνήθως θεωρείται προάγγελος της κατάθλιψης μετά τη γέννηση του μωρού. Σύμφωνα με μία μελέτη που έγινε σε έγκυες με προγεννητική κατάθλιψη σε συνδυασμό και με χαμηλό επίπεδο υποστήριξης από το περιβάλλον και κυρίως από το σύζυγο διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες αυτές νόσησαν με μεταγεννητική κατάθλιψη (Αθανασίου, 2014).

Μία άλλη μελέτη έδειξε ότι γυναίκες που πέρασαν προγεννητική κατάθλιψη ήταν πολύ πιθανόν να γίνουν καταθλιπτικές και μετά τον τοκετό (Κρεατσάς, 2009). Ακόμα σε άλλη μελέτη διαπίστωσαν ότι όταν μία έγκυος έχει προγεννητικό άγχος και κατάθλιψη από την αρχή της εγκυμοσύνης ενισχύει τις πιθανότητες να νοσήσει με

κατάθλιψη και μετά την γέννηση του μωρού της. Όπως και παραπάνω έχει αναφερθεί, οι αρνητικές επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης φαίνονται στην ανάπτυξη του μωρού, καθώς έχουν παρατηρηθεί διάφορα ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα κατά την ανάπτυξη του βρέφους (Μωραΐτου, 2007).

Σε μία σειρά κοινοτικών και κλινικών δειγμάτων σε παιδιά που προέρχονται από μητέρες που έχουν νοσήσει με επιλόχειο κατάθλιψη, έχουν εντοπισθεί συναισθηματικά, νοηματικά αλλά και προβλήματα συμπεριφοράς. Στην ηλικία τριών έως έξι μηνών τα βρέφη που έχουν γεννηθεί από μητέρες που βίωσαν τη κατάθλιψη είχαν λιγότερη αρνητική αντιμετώπιση στη συμπεριφορά της μητέρας τους που ήταν αρνητική και χωρίς ανταπόκριση, πράγμα που φανερώνει ότι τα βρέφη είχαν εξοικειωθεί με αυτή την συμπεριφορά των μητέρων τους από τη περίοδο της εγκυμοσύνης. Οι μητέρες με κατάθλιψη παρουσιάζουν μειωμένη δεκτική συμπεριφορά που επιδεινώνεται με τη συνύπαρξη του άγχους, του θυμού, της άρνησης, αλλά και τα μωρά που προέρχονται από αυτές τις μητέρες κλαίνε περισσότερο σε όλο το εικοσιτετράωρο τουλάχιστον κατά τους πρώτους μήνες της γέννησής τους. Γι' αυτό και σε αυτή τη μελέτη η προγεννητική κατάθλιψη, οι δυσκολίες της ανατροφής του βρέφους, το άγχος και η ένταση των ευθυνών της μητέρας συνδέθηκαν με το υπερβολικό κλάμα του μωρού (Λαζαράτου, 1998).

## Κεφάλαιο 5. Θεραπεία προγεννητικής κατάθλιψης

### 5.1 Ψυχοθεραπεία

Όσο πιο νωρίς και εμπειριστατωμένα γίνεται η διάγνωση σε μία γυναίκα που πάσχει από προγεννητική κατάθλιψη και διακατέχεται από αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές, τόσο πιο εύκολο είναι να αντιμετωπισθεί – θεραπευθεί το πρόβλημά της με την κατάλληλη αγωγή ούτως ώστε να προληφθούν οι άσχημες επιπτώσεις. Δεν υπάρχει μία ενιαία θεραπεία για όλες τις εγκύους, αλλά για κάθε μία ξεχωριστά πρέπει να εξετάζεται το πρόβλημά της και ανάλογα με τα συμπτώματα ο θεράπων ιατρός να της προτείνει την πιο κατάλληλη θεραπεία με δεδομένο όμως ότι θα ανταποκρίνεται και η ίδια η πάσχουσα (Battle, Zlotnick, 2005).

Κάθε θεραπεία πρέπει να καλύπτει τις προσωπικές ανάγκες της κάθε «πάσχουσας» εγκύου και να προκύπτει ύστερα από ανεμπόδιστο και ανοικτό διάλογο μεταξύ του ειδικού γιατρού και της ίδιας της γυναίκας. Εννοείται ότι πρέπει να

λαμβάνονται υπόψη όλοι οι παράγοντες που αναφέρθηκαν προηγουμένως προκειμένου να σχεδιασθεί και να ολοκληρωθεί η κατάλληλη εξατομικευμένη θεραπεία (Χριστοδούλου, 2008).

Για να επιτευχθεί αυτό με επιτυχία ο ειδικός θα πρέπει να σχεδιάζει και να εφαρμόζει το πλέον κατάλληλο μοντέλο αντιμετώπισης και κατ'επέκταση θεραπείας προκειμένου να εξασφαλισθεί η υγεία της μητέρας αλλά και του εμβρύου. Πολλές φορές δεν αποκλείεται η αντιμετώπιση - θεραπεία να είναι ιδιαίτερα περίπλοκη και σοβαρή και να απαιτείται εξειδικευμένη τεχνογνωσία και συνεργασία με περισσότερες ειδικότητες επιστημόνων. Όταν για παράδειγμα η έγκυος είναι καταθλιπτική ή υπέρβαρη ή πάσχει από αϋπνία, διαβήτη ή μπορεί να μην έχει τη στήριξη του υποψήφιου πατέρα και του οικείου περιβάλλοντός της. Σε αυτή την περίπτωση για κάθε πρόβλημα μεμονωμένο υπάρχει εξατομικευμένη θεραπεία η οποία έχει σαν βάση την πιθανή αιτιολογία της αγχώδους και καταθλιπτικής διαταραχής της υποψήφιας μητέρας, δηλαδή τους νευρολογικούς, ψυχοκοινωνικούς αλλά πάνω από όλα τους γενετικούς παράγοντες (Ζωή, 2018).

Όταν το φάσμα των διαταραχών είναι ευρύ τότε απαιτείται συνδυασμός διαφόρων θεραπειών προκειμένου να επιτευχθεί η καλύτερη αποτελεσματικότητα και στην προκειμένη περίπτωση το ενδιαφέρον εστιάζεται στην αναζήτηση και ανεύρεση μιας εξατομικευμένης θεραπείας η οποία προσαρμόζεται αναλόγως στο προφίλ και τις ιδιαίτερες συνθήκες που ευρίσκεται η έγκυος υποψήφια μητέρα. Η μέθοδος που θα εφαρμοσθεί τελικά από τους αρμοδίους επιστήμονες πρέπει να είναι αυτή η οποία τόσο στην έγκυο όσο και στο έμβρυο θα δημιουργήσει όσο το δυνατόν λιγότερες συνέπειες, θα αποκλεισθεί ο κίνδυνος ενδεχόμενης υποτροπής και εν τέλει θα ελαττωθεί ή εξαλειφθεί το άγχος της πάσχουσας υποψήφιας μητέρας καθώς και τα συμπτώματα της κατάθλιψης, με απώτερο σκοπό την υγιή αφοσίωση της μητέρας στην ανατροφή του παιδιού της (Ζωή, 2018).

Έχουν πραγματοποιηθεί πολλές μελέτες σχετικά με την προγεννητική κατάθλιψη των οποίων τα πορίσματα αποκλίνουν, για αυτό ίσως χρειάζονται περισσότερες έρευνες πάνω στα θέματα αυτά, οι οποίες προκειμένου να εξετάσουν τυχόν προτεινόμενες θεραπείες και την απόδοσή τους πρέπει προηγουμένως να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη το ατομικό ιδιαίτερο προφίλ της κάθε γυναίκας. Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία σχετικά με τα αποτελέσματα των θεραπειών που εφαρμόζονται σε περίπτωση ασθενούς με

αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές καθώς και συμπτώματα αυτών κατά τη προγεννητική φάση της γυναίκας (Bobo, etal, 2014).

Οι περισσότερες έρευνες έχουν ασχοληθεί με την επιλόχεια κατάθλιψη που βιώνει η μητέρα και εδώ πρέπει να τονισθεί ότι τα πορίσματα αυτών των ερευνών έχουν βοηθήσει στην ορθή αντιμετώπιση και αποτελεσματικότητα διαφόρων θεραπειών στα προβλήματα που αντιμετωπίζει η μητέρα αλλά και το βρέφος μετά τη γέννησή του.

Είναι αυτονόητο ότι εάν δεν εντοπισθεί έγκαιρα το πρόβλημα της κατάθλιψης στη μητέρα και δεν εφαρμοσθεί άμεσα κάποια θεραπεία ο κίνδυνος που αντιμετωπίζει τόσο η μητέρα όσο και το παιδί είναι μεγάλος. Μερικές από τις αρνητικές συνέπειες της προγεννητικής κατάθλιψης η οποία συνεχίζεται με τη μορφή της επιλόχειας κατάθλιψης είναι η προεκλαμψία, η τάση αυτοκτονίας, η κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση διαφόρων ουσιών, το κάπνισμα, η πλημμελής φροντίδα του μωρού και της ίδιας της μητέρας, η απομόνωση από την οικογένειά της και από το οικείο περιβάλλον, το χαμηλό βάρος του νεογέννητου μωρού η καθυστέρηση στην ανάπτυξη του βρέφους και το χαμηλό ποσοστό νοημοσύνης του, η ανεπάρκεια στην έκφραση και τελικά δεν αποκλείεται το ίδιο το βρέφος μεγαλώνοντας να βιώσει και εκείνο την κατάθλιψη και την απομόνωση (Bobo, etal, 2014).

Επομένως, θεωρούνται αναγκαίες η εξεύρεση και η εφαρμογή της πλέον κατάλληλης θεραπείας ή και της πρόωρης διάγνωσης και αντιμετώπισης του προβλήματος προκειμένου να αποφευχθούν οι άσχημες επιπτώσεις στη μέλλουσα μητέρα και στη ψυχοσωματική υγεία του βρέφους. Το 2008 ο Μάνος, βασιζόμενος στο DSM-IV αναφέρει εκτενώς τις μορφές των θεραπειών που μπορούν να εφαρμοσθούν στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, οι οποίες είναι οι εξής:

- ✓ Η βραχεία ψυχοθεραπεία
- ✓ Η οικογενειακή θεραπεία
- ✓ Η θεραπεία του ζεύγους
- ✓ Η θεραπεία συμπεριφοράς
- ✓ Η ύπνωση
- ✓ Η γνωστική και διαπροσωπική θεραπεία
- ✓ Η ψυχοδυναμική θεραπεία
- ✓ Η βραχεία ψυχοθεραπεία
- ✓ Η ομαδική ψυχοθεραπεία



- ✓ Η συζυγική θεραπεία
- ✓ Η εργασιοθεραπεία
- ✓ Η θεραπεία του περιβάλλοντος
- ✓ Η καλύτερη θεραπεία όλων είναι ο συνδυασμός όλων των ανωτέρω θεραπειών.

Ενώ τα αποτελέσματα των ανωτέρω θεραπειών έχουν φανεί σε πολλά δείγματα πληθυσμού, εν τούτοις για τις έγκυες υποψήφιες μητέρες δεν ισχύει το ίδιο. Για αυτό επειδή όπως ειπώθηκε και παραπάνω οι έρευνες σε υποψήφιες μητέρες είναι λίγες μέχρι σήμερα και τα αποτελέσματα των θεραπειών δείχνουν ότι σε μερικές περιπτώσεις οι θεραπείες είναι αποτελεσματικές και σε άλλες όχι.

Στην περίπτωση της διαπροσωπικής και γνωστικής θεραπείας, όταν συνδυασθεί και με τη θεραπεία συμπεριφοράς, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι διαπιστώνεται μείωση ή και πιο σπάνια εξάλειψη της αγχώδους και καταθλιπτικής συμπεριφοράς της ασθενούς. Η πιο αποτελεσματική θεραπεία φαίνεται να είναι η διαπροσωπική, αλλά και αυτό με κάποιες επιφυλάξεις. Κατά τον Barberetal (2011), θεραπείες που έχουν κάποια στοιχεία από τη διαπροσωπική θεραπεία έχουν αποδεδειγμένα καλύτερα αποτελέσματα από αυτά των θεραπειών που περιέχουν κάποιο στοιχείο θεραπείας συμπεριφοράς.

Κατά τον Fedocketal(2013), η διαπροσωπική θεραπεία με τη συμμετοχή και τη βοήθεια του συζύγου της εγκύου θεωρείται και αυτή αποτελεσματική, καθώς έχει παρατηρηθεί αισθητή βελτίωση στην καταθλιπτική διάθεση πολλών γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα και έπασχαν από κατάθλιψη.

## 5.2 Φαρμακευτική αγωγή

Η επόμενη θεραπεία προκειμένου να αντιμετωπισθούν οι διαταραχές κατάθλιψης και άγχους είναι η λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, δηλαδή χάπια κυρίως αγχολυτικά και αντικαταθλιπτικά. Όμως εδώ σύμφωνα και με έρευνες δεν υπάρχουν ασφαλή στοιχεία και μάλιστα τα αποτελέσματα αλληλοαναιρούνται σχετικά με την ύπαρξη ή μη κινδύνου τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο, στη περίπτωση λήψης φαρμακευτικών σκευασμάτων. Κάποιες έρευνες υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει κίνδυνος και για τους δύο (μητέρα και έμβρυο) ενώ άλλες υποστηρίζουν το αντίθετο.

Κατά τον Boboetal, (2014), δεν υπάρχει ξεκάθαρο πόρισμα εάν η χρήση αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δρα αρνητικά τόσο

στη μητέρα όσο και στο έμβρυο. Ενώ αντίθετα έχει διαπιστωθεί ότι η διακοπή της χρήσης αυτών κατά την εγκυμοσύνη από καταθλιπτική γυναίκα την εκθέτει σε μεγάλο κίνδυνο υποτροπής της ψυχικής και σωματικής υγείας της (Altschuleretal, 2006).Επομένως η χρήση όποιας φαρμακοθεραπείας και καταθλιπτικών σκευασμάτων από την έγκυο γίνεται με απώτερο σκοπό τον αποκλεισμό όποιου κινδύνου μπορεί να προκύψει από τη μη θεραπεία οποιασδήποτε ψυχικής και καταθλιπτικής διαταραχής.

Οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν σε μία έγκυο με τη χρήση αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων είναι η προεκλαμψία, η υπέρταση, η εμφάνιση αιμορραγίας (Gadot , Koren, 2015). Όμως και για το έμβρυο οι κίνδυνοι είναι αρκετοί, όπως αυτός της πνευμονικής υπέρτασης και της πιθανής αλλαγής στην κοινωνική και κινητική προσαρμοστικότητα (Casper, 2015), καθώς και η πιθανότητα να εμφανίσει το μωρό καρδιακά προβλήματα (Shealy, 2015), χαρακτηριστικά που το εντάσσουν στο αυτιστικό φάσμα ή ακόμη και νευρολογικές ή γνωστικές ανωμαλίες (Robinson, 2015).

Σύμφωνα με την Campagne, (2007), πριν αρχίσει να χορηγείται κάποια φαρμακοθεραπεία στην έγκυο - υποψήφια μητέρα από την αρχή και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο γιατρός οφείλει να την ενημερώσει εκτενώς για όλες τις πιθανές παρενέργειες καθώς και τις αρνητικές επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει η λήψη φαρμάκων τόσο στην ίδια όσο και στο έμβρυο, έστω και αν ο κίνδυνοςείναι μικρός.

Η έγκυος γυναίκα επιβάλλεται να είναι πλήρως ενημερωμένη για το τι μπορεί να της δημιουργήσει η συγκεκριμένη φαρμακοθεραπεία που πρόκειται να της χορηγηθεί. Επίσης θα πρέπει να γνωρίζει και τα οφέλη που σαφώς είναι συνυφασμένα με τη λήψη της συγκεκριμένης φαρμακοθεραπείας. Επομένως σε οποιαδήποτε περίπτωση και εφόσον η λήψη φαρμακευτικής αγωγής θεωρηθεί η έσχατη λύση για μία έγκυο, καθώς οι απόψεις δίστανται για το αν και πόσο η μητέρα και το έμβρυο κινδυνεύουν, θα πρέπει να εξαντλούνται όλες οι άλλες μορφές θεραπείας και εφόσον δεν υπάρχει ανταπόκριση να καταφεύγει στη λήψη φαρμάκων προκειμένου να αντιμετωπισθεί – θεραπευτεί το πρόβλημα της κατάθλιψης της εγκύου (Shealy, 2015).

Επειδή η επιστημονική κοινότητα είναι διχασμένη και δε συγκλίνει στη λήψη φαρμακοθεραπείας με αντικαταθλιπτικά χάπια σε κάθε περίπτωση πρέπει η ασθενής να αποτελεί αδιάσπαστο μέρος και να συνεργάζεται με τους ειδικούς προκειμένου να αποφασιστεί η λήψη κάποιας φαρμακοθεραπείας. Εννοείται ότι όταν έχουν εξαντληθεί οι άλλες μορφές θεραπείας και έχει κριθεί από τους ειδικούς αναγκαία η χορήγηση

φαρμακοθεραπείας τότε πρέπει να χορηγείται προκειμένου να αποφευχθούν οι κίνδυνοι των αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών που μπορεί να προκύψουν από την μη θεραπεία (Αθανασίου, 2014).

Η αναζήτηση των εναλλακτικών λύσεων είναι πάντα επιθυμητή και πολλές φορές οδηγεί στην κατάλληλη αντιμετώπιση – θεραπεία χωρίς να χρειαστεί η λήψη φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση - θεραπεία των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών μίας εγκύου. Τα προσωπικά βιώματα, οι οικογενειακές σχέσεις, οι προσωπικές συνθήκες αλλά και το φάσμα της διαταραχής σηματοδοτούν την κρίσιμη κατάσταση στην οποία βρίσκεται μία έγκυος γυναίκα και όλα τα παραπάνω βοηθούν ύστερα από ενδελεχή ανάλυση στην εντόπιση του προβλήματος καθώς και στην εύρεση της λύσης του (Αθανασίου, 2014).

Επομένως, όπως έχει αναφερθεί, η ασθενής γυναίκα πρέπει οπωσδήποτε να συνομιλεί, να περιγράφει τις συνθήκες της καθημερινότητάς της κατά την εγκυμοσύνη και τελικά να συναποφασίζει αφού προηγουμένως ενημερωθεί πλήρως από τους ειδικούς για την συγκεκριμένη θεραπεία που της προτείνεται προκειμένου να αντιμετωπισθεί – θεραπευθεί τόσο η ίδια όσο και το έμβρυο.

Απαραίτητη λοιπόν προϋπόθεση για την επιτυχή αποθεραπεία μιας εγκύου από την κατάθλιψη είναι η συχνή και ειλικρινής επικοινωνία με τους ειδικούς. Αν όχι καθημερινά, σε τακτά χρονικά διαστήματα θα πρέπει να επικοινωνεί μαζί τους προκειμένου να τους εκφράζει την πορεία της θεραπείας, τα προβλήματα που τυχόν θα της παρουσιαστούν κατά την θεραπεία, ενδεχομένως κάποιες παρενέργειες ή ότι άλλο κρίνει σκόπιμο ότι πρέπει να μοιραστεί μαζί τους για την ταχύτερη αντιμετώπιση της θεραπείας της (Αθανασίου, 2014).

### 5.2.1 Επιπτώσεις αντικαταθλιπτικής αγωγής στη μητέρα

Υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι η αγωγή με φάρμακα σε εγκύους που νοσούν με κατάθλιψη και έχουν καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές δεν δημιουργεί κανέναν κίνδυνο στις ασθενείς (ούτε στην υποψήφια μητέρα αλλά ούτε και στο έμβρυο), αλλά και κάποιες που υποστηρίζουν το αντίθετο. Επομένως τα διαθέσιμα επίσημα στοιχεία αλληλοαναιρούνται γεγονός που σημαίνει ότι δεν έχουν βρεθεί ασφαλή αποτελέσματα σχετικά με τη χρήση αντικαταθλιπτικών κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης ή τι συμβαίνει στις καταθλιπτικές εγκύους οι οποίες ενώ ξεκινούν την χρήση των αντικαταθλιπτικών στη

συνέχεια τα διακόπτουν. Πάνω σε αυτό το ζήτημα οι Altshuler, Burt, Cohen et al, το 2006 υποστηρίζουν ότι όταν η ασθενής κάνει χρήση αντικαταθλιπτικών και τα διακόπτει απότομα κινδυνεύει τόσο η ίδια όσο και το έμβρυο πέντε φορές περισσότερο από αυτό του κινδύνου υποτροπής.

Επομένως, το βασικότερο ερώτημα είναι σε περίπτωση μη φαρμακοθεραπείας και χρήσης αντικαταθλιπτικών από την έγκυο όταν υπάρχει κατάθλιψη ή ψυχική διαταραχή, πόσο ασφαλής είναι η υποψήφια μητέρα αλλά και το έμβρυο. Κατά τους Gadot και Koren (2015) η μητέρα πρέπει να λαμβάνει αγωγή με φάρμακα διότι σε αντίθετη περίπτωση κινδυνεύει από υπέρταση, αιμορραγίες και προεκλαμψία αλλά και το έμβρυο επίσης κινδυνεύει με πνευμονική υπέρταση και λιγότερο από καρδιακές ανωμαλίες. Όμως και μία καμπάνια που είχε γίνει το 2007 υποστήριξε ότι η χρήση καταθλιπτικών φαρμάκων είναι αμφιλεγόμενη, γι' αυτό πριν αρχίσει ή συνεχίσει κάποια αγωγή με φάρμακα η υποψήφια μητέρα κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης, ο θεράπων ιατρός της έχει υποχρέωση να την ενημερώσει επισταμένως και αναλυτικά για όλες τις παρενέργειες καθώς και τις αρνητικές συνέπειες που ενδέχεται να της αποφέρει η χρήση φαρμάκων για τη θεραπεία της τόσο στην ίδια όσο και στο έμβρυο, έστω και αν ο κίνδυνος είναι ελάχιστος. Εξυπακούεται ότι θα πρέπει να ενημερωθεί η έγκυος και για τα οφέλη που είναι συνυφασμένα με την φαρμακευτική αγωγή (Robinson, 2015).

Παρόλα αυτά οι περισσότερες μελέτες έχουν δείξει ότι η φαρμακοθεραπεία πρέπει να είναι η έσχατη λύση, δεδομένου ότι τα θετικά αποτελέσματα χωρίς επιπτώσεις ιδίως στη μητέρα δεν έχουν φανεί και οι απόψεις των ειδικών διίστανται, αφού η επιστημονική κοινότητα είναι διχασμένη για το αν είναι ασφαλής ή όχι η χρήση καταθλιπτικών φαρμάκων. Για αυτό και η υποψήφια μητέρα (έγκυος) πρέπει να ερωτάται σχετικά με την οριστική λήψη της απόφασης περί χορήγησης ή μη φαρμακοθεραπείας. Όταν το πρόβλημά της είναι σοβαρό και κρίνεται αναγκαία η χρήση των αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων θα πρέπει και να της χορηγείται γιατί εδώ οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν από τη μη θεραπεία είναι πολλοί και μεγάλοι. Τέλος, ο Robinson το 2015 υποστήριξε πως η απόφαση περί της χορήγησης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης είναι αναγκαίο να στηριχθεί πρώτα από όλα στο κατά πόσο μπορεί η γυναίκα να αντιμετωπίσει την κατάθλιψη χωρίς φαρμακοθεραπεία και η χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων να αποτελεί την έσχατη λύση.

### 5.2.2 Επιπτώσεις αντικαταθλιπτικής αγωγής στο έμβρυο/νεογνό

Κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης , όταν η μητέρα λαμβάνει αντικαταθλιπτικά χάπια μπορεί να προκαλέσει κάποιες γενετικές ανωμαλίες στο έμβρυο, όπως κраниοσυνοστέωση και καρδιακά προβλήματα, επειδή σε αυτό το τρίμηνο γίνεται η οργανογένεση (Shealy, 2015).

Κατά το δεύτερο τρίμηνο, σύμφωνα με μελέτες, σε περίπτωση λήψης φαρμάκων από τη μητέρα μπορεί να δημιουργηθεί μία μικρή αύξηση της πνευμονικής υπέρτασης του εμβρύου αλλά μπορεί να παρουσιασθεί και κάποιο πρόβλημα στη γέννηση του μωρού. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι οι πιθανότητες για αυτές τις παρενέργειες είναι αρκετά χαμηλές δηλαδή λιγότερο από 1% .

Κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και σε περίπτωση λήψης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων μπορεί να εμφανισθεί στο έμβρυο το σύνδρομο της νεογνικής προσαρμογής. Σε αυτή τη περίπτωση το έμβρυο εμφανίζει υπέρταση, κλάμα, ταχύπνοια, υπογλυκαιμία, ευερεθιστικότητα κ.α. Οι πιθανότητες να εμφανίσει ένα έμβρυο τα παραπάνω συμπτώματα είναι 25-30% των περιπτώσεων και τις πιο πολλές φορές τα συμπτώματα είναι ήπια και σχεδόν σε δύο εβδομάδες υποχωρούν, ενώ σπανίως απαιτείται η περαιτέρω παραμονή του νεογνού στη κλινική για συνέχιση της θεραπείας (Αγγελόπουλος, 2009).

Ύστερα από τη γέννηση του παιδιού σε περίπτωση που η μητέρα λάμβανε αντικαταθλιπτικά σκευάσματα κατά τη περίοδο της κύησης δεν έχουν παρατηρηθεί κάποιες σοβαρές παρενέργειες στο μωρό ή τουλάχιστον δεν υπάρχουν μελέτες που να βεβαιώνουν οποιοδήποτε μακροχρόνιο πρόβλημα στο νεογνό. Ακόμη και σε ότι αφορά σε μακροπρόθεσμα προβλήματα στη συμπεριφορά του παιδιού σαν συνέπεια λήψης αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων από τη μητέρα κατά τη περίοδο της κύησης δεν έχει διαπιστωθεί κάποια σημαντική επίδραση μιας και δεν υπάρχουν και εδώ στοιχεία που να αποδεικνύουν κάτι τέτοιο, ή να δείχνουν ότι η μείωση ή η διακοπή αυτών κατά τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης μειώνει ή περιορίζει τον κίνδυνο για οποιαδήποτε σύμπτωμα στο μωρό (Αθανασίου, 2014).

Γενικά τα πιο πολλά αντικαταθλιπτικά σκευάσματα, μελέτες δείχνουν ότι δεν ευθύνονται για όποιες συνέπειες μπορεί να προκύψουν στη ψυχοσωματική ανάπτυξη του παιδιού που προέρχεται από μητέρα που είχε κατάθλιψη και ελάμβανε

φαρμακευτική αγωγή. Αντίθετα κάποιες μελέτες δείχνουν ότι σε περίπτωση χρήσης αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων η μητέρα μπορεί να έχει πρόωρο τοκετό ή ακόμη και το βάρος του μωρού να είναι πολύ μικρότερο από το κανονικό. Επίσης, η χρήση αντικαταθλιπτικών της εγκύου δεν είναι αποδεδειγμένο ότι μπορεί να συνδέεται με τον αυτισμό, καθώς και εδώ από τις μελέτες προκύπτει ένα μικρός κίνδυνος να ελλοχεύει κατά τη γέννηση του εμβρύου, αλλά απαιτείται περισσότερη έρευνα και μελέτη και για αυτό το θέμα (Κρεατσάς, 2009).

## Κεφάλαιο 6. Κατάθλιψη μετά την εγκυμοσύνη

### 6.1 Η επιλόχειος κατάθλιψη

Κατά τη περίοδο της λοχείας και περίπου τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό μπορεί να εμφανισθούν στη λεχώνα συναισθηματικές διαταραχές και να παρατηρηθεί διαταραχή της ψυχικής της υγείας. Είναι αρκετές οι γυναίκες που μετά τη γέννηση του μωρού τους μπορεί να βιώσουν ήπια κατάθλιψη η οποία εμφανίζεται με μελαγχολία και άγχος και είναι η λεγόμενη μελαγχολία της λοχείας. Σύμφωνα με τους Lowdermilk, Perry και Cashion (2013), υπάρχουν περιπτώσεις όπου κάποιες μητέρες εμφανίζουν σοβαρότερα καταθλιπτικά προβλήματα με ψυχικές και σωματικές διαταραχές με καθημερινή αδυναμία και ανικανότητα στη φροντίδα του μωρού τους. Αυτή η νόσος λέγεται επιλόχειος κατάθλιψη και μπορεί να φέρει τη μητέρα και το στενό οικογενειακό της περιβάλλον σε πολύ δύσκολη θέση καθώς χαρακτηρίζεται ως μία μεγάλη - σύνθετη διαταραχή και χρειάζεται άμεση ιατρική φροντίδα.

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι ο όρος με τον οποίο μπορεί να περιγραφεί μία σειρά καταθλιπτικών διαταραχών οι οποίες επιδρούν αρνητικά στη μητέρα κατά την περίοδο της λοχείας. Η περίοδος κατά την οποία η μητέρα έφερε στο κόσμο το μωρό της και χαρακτηρίζεται από χαρά και ευχαρίστηση, μπορεί από τη μία στιγμή στην άλλη να προκαλέσει «καταστροφή» και αναστάτωση στη ζωή της μητέρας, του μωρού της και του στενού οικογενειακού της περιβάλλοντος (Σταμούλη, 2000).

Σύμφωνα με το Στατιστικό και Διαγνωστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών και Σωματικών Διαταραχών μιας Ψυχιατρικής Αμερικάνικης Εταιρείας το οποίο κυκλοφόρησε το 1994, η επιλόχειος κατάθλιψη θεωρείται ένα σοβαρό καταθλιπτικό πρόβλημα το οποίο εμφανίζεται στη λεχώνα –μητέρα περίπου τις πρώτες τέσσερις

εβδομάδες μετά από την γέννηση του μωρού της (Μωραΐτου ,2011). Η επιλόχειος κατάθλιψη θεωρείται πολύ πιο σοβαρή ασθένεια από αυτή της μελαγχολίας της λοχείας και όταν η μητέρα έχει προσβληθεί από αυτή τη νόσο νιώθει άγχος, θυμό, φόβο, αδυναμία φροντίδας του μωρού της, αυτοκτονικές τάσεις και γενικά καμία διάθεση και χαρά για το μωρό της.

Άλλο χαρακτηριστικό της επιλόχειας κατάθλιψης είναι οι εμμονές της μητέρας και η ανεπάρκεια που νιώθει σχετικά με το γονεϊκό της ρόλο. Τα περισσότερα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης είναι κοινά με εκείνα των διαταραχών της κατάθλιψης που βασανίζει την γυναίκα και κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης της. Μερικά από αυτά είναι η έντονη επιθυμία της γυναίκας για επιδόρπια, γλυκά, ποτό, υπερβολική βουλιμία και αύξηση του σωματικού της βάρους. Οι μητέρες πολλές φορές συμβαίνει να έχουν υπνηλία, να κοιμούνται πολύ βαριά ή να ξυπνούν με το παραμικρό θόρυβο του νεογνού. Επίσης είναι υπερευαίσθητες και ξεσπούν σε κλάματα και φωνές χωρίς κάποιο ουσιαστικό λόγο ενώ άλλες φορές πάλι μπορεί να νιώθουν την επιθυμία να χτυπήσουν και να χρησιμοποιήσουν βία στο μωρό τους επειδή κλαίει (Μωραΐτου, 2011).

Σύμφωνα με τους Lowdermilk, Perry και Cashion (2013), οι γυναίκες κατά τη περίοδο της λοχείας που υποφέρουν από επιλόχεια κατάθλιψη νιώθουν πανικό, έχουν μελαγχολία και συνήθως κλαίνε αυθόρμητα και χωρίς λόγο αλλά παράλληλα νιώθουν και ενοχές για τα καταθλιπτικά τους αισθήματα που τις κυριεύουν και δεν μπορούν να είναι ευτυχισμένες και χαρούμενες στη συγκεκριμένη περίοδο της ζωής τους. Η ασθένεια αυτή πολλές φορές κάνει τη μητέρα αδέξια και ανίκανη να φροντίσει το παιδί και τον εαυτό της γι' αυτό και χρειάζεται βοήθεια, στήριξη και συμπαράσταση από το στενό οικογενειακό της περιβάλλον. Επιπλέον, η μητέρα με επιλόχειο κατάθλιψη μπορεί να νιώθει και απόρριψη για το ίδιο της το μωρό και αυτό απορρέει από τη παθολογική ζήλια που την κυριεύει στην ιδέα ότι το μωρό μπορεί να πάρει τη θέση της στην προσοχή, στη στοργή και στην αγάπη του συζύγου της (Μωραΐτου, 2011).

Όταν τα προβλήματα της λεχώνας είναι πολλά ίσως χρειασθεί και η εισαγωγή της σε νοσοκομείο προκειμένου να ιαθεί και να αποφευχθούν οι όποιες συνέπειες επιφέρει η επιλόχειος κατάθλιψη τόσο στη μητέρα όσο και στο μωρό της. Πάντως εάν η οικογένεια αντιληφθεί το πρόβλημά της εγκαίρως είναι πιθανόν να αποφευχθούν οποιεσδήποτε άσχημες συνέπειες τόσο για την ίδια όσο και για το βρέφος δεδομένου ότι

η ίδια η μητέρα τις περισσότερες φορές αρνείται να παραδεχθεί το πρόβλημα και να επισκεφθεί κάποιον ειδικό (Σταμούλη, 2000).

## Κεφάλαιο 7. Συμπεράσματα

Λαμβάνοντας υπόψη όλα όσα έχουν αναφερθεί παραπάνω, το συμπέρασμα που διεξάγεται είναι ότι η εγκυμοσύνη μπορεί να χαρακτηριστεί ένα ιδιαίτερο φαινόμενο με το οποίο ασχολήθηκαν και ασχολούνται οι ερευνητές, οι κλινικοί, οι υποψήφιος μητέρες και το περιβάλλον τους. Θεωρείται λογικό η έγκυος γυναίκα να έχει άγχος και στρες σχεδόν κατά τη διάρκεια όλης της εγκυμοσύνης της λόγω των ορμονικών καθώς και των σωματικών αλλαγών που συμβαίνουν στο σώμα της αλλά και των ευθυνών που πρόκειται να αναλάβει με τον ερχομό του νέου μέλους της οικογένειας. Σίγουρα θα υπάρξουν πολλές αλλαγές στις καθημερινές της συνήθειες, στην κατανομή του χρόνου της, στις σχέσεις με τον κοινωνικό της περίγυρο ακόμη και με το σύντροφό της. Αλλαγές που κάποιες φορές τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όσο και μετά τον τοκετό την κάνουν να νιώθει ότι ο ελεύθερος χρόνος της τελειώνει, ότι πρέπει να ζει και να κινείται σε περιορισμένο χώρο προκειμένου να προστατεύσει το έμβρυο και αργότερα το μωρό της.

Όλα αυτά είναι εντελώς φυσιολογικά να την απασχολούν και κατά συνέπεια να την κυριεύσει η αγωνία, το άγχος και το στρες. Σε αυτό το σημείο θα ήταν καλό να τονιστεί ότι το στρες μέχρι ενός βαθμού μπορεί και να είναι ωφέλιμο για το μωρό. Η υπερβολή όμως μιας αγχώδους διαταραχής πρέπει να την οδηγήσει στον γιατρό και να ζητήσει τη βοήθειά του, προκειμένου να καταφέρει να ελέγξει τα συμπτώματα που μπορεί να είναι καταθλιπτικά και σίγουρα θα δημιουργήσουν προβλήματα τόσο στην ίδια όσο και στο έμβρυο και μετέπειτα νεογνό. Σπουδαίο ρόλο σε αυτή τη φάση εκτός από τον γιατρό της παίζει και το οικογενειακό περιβάλλον της εγκύου, οι φίλοι της αλλά και η ίδια. Όταν η έγκυος γυναίκα νοσήσει με κατάθλιψη αρχίζει να παραμελεί τον εαυτό της και να μην αναζητά βοήθεια. Επειδή στην Ελλάδα εξακολουθεί να υπάρχει η προκατάληψη σχετικά με την επίσκεψη κάποιου σε ψυχολόγο ή σε ψυχίατρο, πολλές φορές η ασθενής κλείνεται στον εαυτό της, δεν μιλάει σε κανέναν και αρνείται να επισκεφθεί τον ειδικό. Όμως υπάρχει και άλλη ερμηνεία για την άρνηση της εγκύου να επισκεφθεί τον ψυχολόγο ή τον ψυχίατρο όταν νιώσει ότι απειλείται από την κατάθλιψη.



Επειδή η εγκυμοσύνη για κάποιες γυναίκες θεωρείται ίσως η καλύτερη φάση της ζωής τους, η καταθλιπτική γυναίκα νιώθει ενοχές που νόσησε από κατάθλιψη και ειδικά αν δεν έχει βοήθεια από το στενό οικογενειακό της περιβάλλον, αρνείται να το παραδεχθεί και γεμίζει με άγχος και καταθλιπτικά συναισθήματα (Μωραΐτου, 2004).

Προκειμένου να εξαλειφθούν τέτοιες λανθασμένες αντιλήψεις θα πρέπει να ενημερώνονται όλοι οι πολίτες πάνω σε αυτά τα θέματα που έχουν σχέση με το στρες, το άγχος και την κατάθλιψη, ιδιαίτερα σε γυναίκες κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης τους. Είναι ένα ευαίσθητο θέμα που χρειάζεται «λεπτούς χειρισμούς» λόγω του ότι παραμονεύουν πολλοί κίνδυνοι για την υγεία τόσο της εγκύου όσο και του εμβρύου σε σημείο που μπορεί να κινδυνεύσει ακόμη και η ζωή της (αυτοκτονικές τάσεις).

Λόγω του ότι τα θέματα αυτά χαρακτηρίζονται ευαίσθητα και επικίνδυνα καλό θα ήταν η κρατική μέριμνα, οι διάφοροι σύλλογοι και οργανισμοί μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (ραδιόφωνο, τηλεόραση) σε τοπικό αλλά και σε εθνικό επίπεδο να προβάλουν διάφορα ενημερωτικά «σποτάκια» που μπορεί να βοηθήσουν στην ενημέρωση των πολιτών ώστε να αποφεύγονται τέτοιου είδους αντιλήψεις και συμπεριφορές. Επιπλέον, εκτός από τους ανωτέρω φορείς (μη ειδικούς) πρέπει να γίνουν προσπάθειες και από τους κλινικούς, τους ερευνητές και όλους τους ειδικούς που έχουν σχέση με την εξέταση – αντιμετώπιση και θεραπεία όλων των θεμάτων που σχετίζονται με την κατάθλιψη και με τις αγχώδεις διαταραχές των ανθρώπων και ειδικά των εγκύων. Ίσως θα πρέπει και ο κάθε γυναικολόγος που εξετάζει εγκύους γυναίκες να δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην ψυχική τους υγεία με τακτικούς ελέγχους. Για αυτό είναι αναγκαίο τόσο ο γυναικολόγος, όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό που περιθάλπει την έγκυο γυναίκα να έχουν εκπαίδευση κατάλληλη και να είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους περιστατικά. Κατά συνέπεια χρειάζεται αδιάκοπη εκπαίδευση των εμπλεκομένων με την παρακολούθηση της εγκύου γυναίκας αλλά και στενή μεταξύ τους συνεργασία καθώς και ενημέρωση του γιατρού από την ίδια τη γυναίκα – ασθενή για τυχόν προβλήματα και άγχος που την απασχολούν και που δεν αποκλείεται να είναι σοβαρά και να χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση και θεραπεία (Κρεατσάς, 2009).

Η αρχή για μία άμεση και εμπειριστατωμένη διάγνωση γίνεται με τον ειλικρινή διάλογο που εξελίσσεται ανάμεσα στο γιατρό και την έγκυο γυναίκα. Για αυτό και η ο γιατρός θα πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη της εγκύου, να εκφράζεται άνετα και να αναφέρει με κάθε λεπτομέρεια τα συμπτώματα που αντιμετωπίζει. Όταν εξελίσσεται η

εξέταση θα πρέπει πρώτα να εξετασθεί το προφίλ της ασθενούς, το ιστορικό, η κληρονομικότητα, τα βιώματά της (π.χ. αν είναι η πρώτη εγκυμοσύνη, αν έχει προηγηθεί έκτρωση, αν έχει αποβάλει, αν έχει πέσει θύμα σεξουαλικής παρενόχλησης κ.α.) . Αυτό χρειάζεται να συμβεί επειδή πρέπει να σκιαγραφηθεί το προφίλ της ασθενούς με κάθε λεπτομέρεια προκειμένου ο γιατρός να καταλήξει σε ασφαλές συμπέρασμα σχετικά με την ασθένεια από την οποία τυχόν πάσχει η έγκυος γυναίκα. Στην περίπτωση που η ίδια αποφεύγει να προβεί σε κάποιες προσωπικές λεπτομέρειες, ο γιατρός μπορεί να ζητήσει πληροφορίες από το οικείο περιβάλλον της (οικογένεια, φίλους κ.α.) από τον ψυχολόγο που την παρακολουθεί ή ακόμη και από κάποιο ίδρυμα αν έχει προηγηθεί νοσηλεία. Η συμπόνια, η κατανόηση, η διακριτικότητα και η εχεμύθεια πρέπει να διακρίνουν τον γιατρό ή τον νοσηλευτή που συνομιλεί με την πάσχουσα έγκυο (Κρεατσάς, 2009).

Επειδή ο γιατρός (γυναικολόγος) που καταγράφει το ιστορικό της εγκύου διαδραματίζει και τον πιο σημαντικό ρόλο στην ανίχνευση - διάγνωση ίσως και θεραπεία των καταθλιπτικών - αγχωδών διαταραχών που νιώθει η γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης της, επιβάλλεται τόσο ο ίδιος όσο και οι συνεργάτες του να έχουν δεχθεί τη κατάλληλη εκπαίδευση έτσι ώστε να μπορούν να καταλήξουν σε ασφαλή συμπεράσματα. Απαιτείται μεγάλη προσοχή στην αντιμετώπιση και θεραπεία των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης γιατί μπορεί να υπάρχουν πολλά στοιχεία που είναι αντικρουόμενα σε ότι αφορά την αγωγή και θεραπεία κατά τη περίοδο αυτή στην περίπτωση παθολογικού άγχους και κατάθλιψης (Βιβιλάκη, 2016).

Υπάρχουν έρευνες που αναφέρουν ότι η χρήση των όποιων καταθλιπτικών σκευασμάτων δεν θέτουν σε κανένα κίνδυνο ούτε τη μητέρα αλλά ούτε και το παιδί. Όμως κάποιες άλλες έρευνες διατείνονται ότι τα αντικαταθλιπτικά σκευάσματα πρέπει να αποφεύγονται διότι έχουν αρνητικές συνέπειες για το έμβρυο αλλά και για τη μετέπειτα ζωή του ως μωρό. Για αυτό όλοι συμφωνούν ότι οι έρευνες πρέπει να αυξηθούν προκειμένου να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα πάνω σε αυτό το θέμα καθώς και να εδραιωθεί ο πιο ασφαλής τρόπος αντιμετώπισης των καταθλιπτικών διαταραχών της ασθενούς.

Πρέπει να υπάρξουν περισσότερες έρευνες οι οποίες να καταλήξουν σε ασφαλή συμπεράσματα για οποιαδήποτε θεραπεία της γυναίκας κατά την προγεννητική περίοδο. Έως ότου διαπιστωθεί με ακρίβεια αν κρύβει κάποιο κίνδυνο η χρήση αντικαταθλιπτικών

ή αγχολυτικών σκευασμάτων από την έγκυο για την αντιμετώπιση οποιασδήποτε διαταραχής (κατάθλιψη, άγχος κ.α.) θα πρέπει ο θεράπων ιατρός να ενημερώνει με κάθε λεπτομέρεια την ασθενή για όλες τις ανεπιθύμητες παρενέργειες και τους κινδύνους που μπορεί να φέρει η λήψη φαρμάκων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η έγκυος – γυναίκα πρέπει να αποφασίσει σε συνεργασία με το γιατρό για τον πιο ασφαλή τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματός της αλλά και τη θεραπεία αυτής, με στενή συνεργασία μεταξύ τους αφού τον ενημερώνει συχνά για τη πορεία της θεραπείας και για τυχόν παρενέργειες και ενοχλήσεις (Βιβιλάκη, 2016). Πάντως η φαρμακοθεραπεία αποτελεί την έσχατη λύση και η διάθεσή της εξαρτάται από το ιστορικό της παθούσας και τη σοβαρότητα της κατάστασης. Παρόλα αυτά πρέπει πριν τη χορήγηση των αγχολυτικών σκευασμάτων να γίνει προσπάθεια αντιμετώπισης – θεραπείας από τον θεράποντα ιατρό με άλλο τρόπο και να παρακολουθείται η πορεία της ασθενούς. Επειδή οι παράγοντες που μπορούν να δημιουργήσουν κατάθλιψη, να προκαλέσουν στρες και άγχος είναι πολλοί, όπως για παράδειγμα προσωπικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί κ.α. πρέπει πρώτα από όλα να εντοπίζεται ο βαθμός επίδρασης και ποιος παράγοντας έχει επηρεάσει την ασθενή προκειμένου στη συνέχεια να χορηγηθεί η πλέον ασφαλής αγωγή. Ακόμα έχει διαπιστωθεί ότι και από γυναίκα – σε γυναίκα διαφέρει ο τρόπος αντιμετώπισης των διαταραχών αυτών καθώς και για τη χρήση της τελικής θεραπείας δεν υπάρχει μία συγκεκριμένη φόρμουλα που να μπορεί να εφαρμοσθεί σε οποιαδήποτε τέτοια περίπτωση αλλά και αυτή η θεραπεία ακόμη πρέπει να είναι εξατομικευμένη.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν έρευνες που να έχουν ασχοληθεί με αυτό το πλαίσιο της θεραπείας. Είναι αναγκαίο λοιπόν να γίνουν πολλές έρευνες ακόμα προκειμένου να έχουμε μία ασφαλή γενική εικόνα όχι μόνο για τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τη γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης της αλλά και για τις στρατηγικές και τις μεθόδους που πρέπει να ακολουθούν οι γιατροί για την αντιμετώπιση αυτών των στρεσογόνων καταστάσεων με ασφαλή και ακίνδυνη θεραπεία (Αγγελόπουλος, 2009).

Επειδή λοιπόν σύμφωνα με τα ανωτέρω η κατάθλιψη και οι στρεσογόνες – αγχώδεις καταστάσεις που βιώνει μία έγκυος έχουν κοινωνικές προεκτάσεις και θα έλεγε κανείς ότι δεν έχουν λάβει τη δέουσα προσοχή, θα πρέπει πέραν των ερευνών να ενημερώνονται και οι πολίτες και κυρίως οι γυναίκες, αφού πρόκειται για τις εγκύους, αλλά και η πολιτεία και οι διάφοροι φορείς σχετικοί με το θέμα με διάφορους τρόπους

να ευαισθητοποιήσουν τη κοινωνία πάνω σε αυτά τα ζητήματα. Η υποστήριξη και η βοήθεια των εγκύων κρίνεται σχεδόν αναγκαία από όλους τους φορείς. Ενοείται ότι εξίσου σημαντική θεωρείται και η ενημέρωση των εγκύων για τις καταθλιπτικές διαταραχές με τις οποίες απειλούνται και πώς μπορούν να αποφύγουν όλες τις δυσμενείς συνέπειες (Μάνος, 2008).

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική

- Αγγελόπουλος, Ν., (2009). Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία: Μια σύγχρονη ψυχιατρική. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Αργύρης, Κ. Β. (2015). ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ. In Κ. Β. Αργύρης, *ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΠΩΣ ΘΑ ΚΑΤΑΝΟΗΣΟΥΜΕ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΑΙΔΙΟΥ - ΕΦΗΒΟΥ - ΕΝΗΛΙΚΑ* (p. 289). ΒΟΛΟΣ : Εργαστήριο Νευροψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
- Βιβλιάκη, Β., (2016). Πρωτοβάθμια Μαιευτική Φροντίδα. Η μαία στην Π.Φ.Υ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Γαρυφάλλος, Γ. (2008). Κατάθλιψη και συννοσηρότητα. Θεραπευτικές οδηγίες. Ελληνική Ψυχιατρική Γενικού Νοσοκομείου , 5. pp. 37-46.
- Ζαχαράκης, Κ. (2006). Κατάθλιψη. Το Κρυφό Πάθος μας. Υγεία.
- Ζωή, Π. (2018, Νοέμβριος 19). Κατάθλιψη πριν και μετά τον τοκετό και οι πιθανές επιπτώσεις στη μελλοντική υγεία του νεογνού. Κατάθλιψη πριν και μετά τον τοκετό και οι πιθανές επιπτώσεις στη μελλοντική υγεία του νεογνού. Ιωάννινα, Ιωαννίνων, Ελλάδα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων Σχολή Επιστημών Υγείας Τμήμα Ιατρικής.
- Κλεφταράς, Γ. (2008). Η Κατάθλιψη Σήμερα. Αθήνα. Εκδόσεις : Ελληνικά Γράμματα.
- Κουλουβάρη, Μ. και Ευθυμίου, Κ. (2006) Κατάθλιψη, στο Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Α., Παυλάτου, Ε. και Καλατζή-Αζίζι Α., Πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους με το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο ψυχοθεραπείας, 53-68, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Κοτρώτσιου, Ε. (2001) Ψυχιατρική νοσηλευτική. Αθήνα . Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝ"
- Κρεατσάς Κ.Γ. (2009). Σύγχρονη Γυναικολογία & Μαιευτική, Τόμος ΙΙ, Β έκδοση, Αθήνα. Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Λαζαράτου, Ε. (1998). Η επίδραση των ψυχικά ασθενών μητέρων στην ανάπτυξη του βρέφους, τόμος ΙΒ, Αθήνα, Εκδόσεις: Χρυσή Πέννα.

- Μαδιανός, Μ., (2005) . Ψυχιατρική και Αποκατάσταση. Αθήνα: ΕκδόσειςΚατσανιώτη.
- Μάνος, Ν., (2008). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη : UniversityStudioPress.
- Μωραΐτου, Μ. (2004). Το Βίωμα της Μητρότητας. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα.
- Μωραΐτου, Μ., (2007). Ψυχοσωματική Ετοιμασία για τη Μητρότητα. Αθήνα : Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- Μωραΐτου Μ. (2011). Η Επίδραση της Ψυχολογικής Ανθεκτικότητας στην Καταθλιπτική Συμπτωματολογία κατά τη Λοχεία. Το Βήμα του Ασκληπιού, 10ος Τόμος, 1ο Τεύχος, Ιανουάριος – Μάρτιος 2011.
- Ραγιά , Α. (2009) ΝοσηλευτικήΨυχικήςΥγείας. Αθήνα: 7<sup>η</sup>ΈκδοσηΒελτιωμένη.
- Σταμούλη, Σ.Σ. (2000). Επιλόχεια Κατάθλιψη . Στο Χριστοδούλου Γ. Κονταξάκης Β.Π. Οικονόμου (Επ. Εκδ.) Προληπτική Ψυχιατρική, Αθήνα : Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2008) (Συντονισμός Επιμέλεια) Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών : Κατάθλιψη, Δεύτερη Έκδοση .ΒΗΤΑ. Αθήνα . Ιατρικές Εκδόσεις.

### **Ξενόγλωσση**

- Abraham, S. καιCoker, E., (2014). Bodyweightdissatisfaction: Acomparisonofwomenwithandwithouteatingdisorders. EatingBehaviors, 15(3), σελ. 453-459.
- AdaobiUdechuku, T. N. (2010, November 1). Antidepressants in pregnancy: A systematic review. AustralianandNewZealandJournalofPsychiatry, p. 21.
- Barber, L. K., Grawitch, M. J., Carson, R. L. &Tsouloupas, C. N. (2011). Costs and benefits of supportive versus disciplinary emotion regulation strategies in teachers. StressandHealth, 27, 173-187.
- Battle, C.L., &Zlotnick, C., (2005). Prevention of postpartum depression. Psychiatric Annals, 35(7),p. 590-598.
- Berlin, I., Chen, H. και Covey, L.S. (2010). Depression mood, suicide ideation and anxiety in smokers who do and smokers who do not manage to stop smoking after a target quit day. Addiction, 105(12), σελ. 2209-16.

- Bidlack, D., Côté-Arsenault D. και Humm A.(2001). Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 26(3), σελ. 128-34.
- Bloomfield,H.H., McWilliams,P.(2001). Θεραπεύοντας την Κατάθλιψη. Αθήνα. Εκδόσεις: Θυμάρι.
- Bobo, K. S., B. C. Ntumwel, C. B. B. Bekou, T. J. L. Tene&N. F. Ngouhouo. (2014b). StatutdesGrandsetMoyensMammifèresetdesActivitésAnthropiquesdans le Parc National de Korup, Sud-ouest Cameroun. Rapport de consultation. Programme de Gestion Durable des RessourcesNaturelles (PSMNR)/MINFOF Sud-ouest, Cameroun.
- Bonsel, G.J., Cuijpers, P., Goedhart G., και van der Wal, M.F. (2009). Psychosocial problems and continued smoking during pregnancy. *Addictive Behaviors*, 34(4), σελ. 403-6.
- Borrelli, B. και Mermelstein, R.(1998). The role of weight concern and self-efficacy in smoking cessation and weight gain among smokers in a clinic-based cessation program. *Addictive Behaviors*, 23(5), σελ. 609-22.
- Brown, C., Moutquin, J.M., Naud K., Ouellet A. και PasquierJ.C.(2010). Is sleep disturbed in pregnancy?. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 32(1), σελ. 28-34.
- BryanKolb, I. Q. (2011). Ταξινόμηση των Ψυχοτρόπων Φαρμάκων. In I. Q. BryanKolb, Εγκλεφαλος και Συμπεριφορά (p. 792). Nicosia: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
- C Liu, S. C. (2016, January 19). Prenatal parental depression and preterm birth: a national cohort study. *BJOG AnInternationalJournalofObstetricsandGynaecology*, p. 10.
- Cathy, O. (2017). *Weapons of Math Destruction: How Big Data Increases Inequality and Threatens Democracy*. Chicago: CrownRandomHouse.
- De Wilde, K.S., Boudrez, H.L., Laevens H.H., Maes, L.R., Temmerman, M. καιTrommelmans, L.C. (2013). Smoking patterns, depression, and sociodemographic variables among Flemish women during pregnancy and the postpartum period. *NursingResearch*, 62(6), σελ. 394- 404.
- DheerajRai, B. K. (2017, July 19). Antidepressants during pregnancy and autism in offspring: population based cohort study. *BMJ*, p. 12.

- Friedman, S.H. (2015). The ethics of treating depression in pregnancy. *Journal of Primary Health Care*, [ηλ. περιοδικό] 7(1), σελ. 81-83.
- Gentile, S. (2005, February ). SSRIs in Pregnancy and Lactation Emphasis on Neurodevelopmental Outcome. *CNS Drugs*, p. 17.
- Guanglun, M. M., Yang, H., & Yan, W. (2017, October). Building resilience of students with disabilities in China: The role of inclusive education teachers. *Teacher and Teaching Education*, pp. 125-134.
- Heath D Schmidt, R. C. (2011, August 3). Functional Biomarkers of Depression: Diagnosis, Treatment, and Pathophysiology. *Neuropsychopharmacology*, p. 20.
- Heather A. Bennett, A. E. (n.d.). Depression during Pregnancy Overview of Clinical Factors.
- Hedvig Nordeng, P. M.-G. (2012, April). Pregnancy Outcome After Exposure to Antidepressants and the Role of Maternal Depression Results From the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, p. 9.
- Izci-Balserak, B. και Pien, G.W.(2010). Sleep-disordered breathing and pregnancy: potential mechanisms and evidence for maternal and fetal morbidity. *Current opinion in pulmonary medicine* 16(6), σελ. 574-82.
- Kaplan H.J. & Sandock B.J. (2001). Synopsis of psychiatry, behavioral sciences, Clinical psychiatry (5th Ed.) Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kent, A., (2008). Psychiatric Disorders in Pregnancy. *Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine*. Published by Elsevier Inc.
- Kroenke K, Bair MJ, Damush TM, Wu J, Hoke S, Sutherland J, and Tu W., (2009). Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. *JAMA* 301:2099–2110.
- Leonard, B. E., & Myint, A. (2009). The psychoneuroimmunology of depression. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 24, 165–175.
- Leyden-Rubenstein, L.A., (1999), *The Stress Management Handbook: Strategies for Health and Inner Peace*. New Canaan, CT: Keats Publishing.
- Lowdermilk, D.L., Perry S, Cashion, K. (2013). Νοσηλευτική Μητρότητα , 8η έκδοση . ΔΙΑΛΟΓΟΣ . Επιμέλεια : Αικατερίνη Λυκερίδου και Άννα Δελτσίδου .



- Myint, A. M., & Kim, Y. K., & Verkerk, R., & Scharpe, S., & Steinbusch, H., & Leonard, B. E. (2007), Kynurenine pathway in major depression; evidence of impaired neuroprotection. *Journal of Affective Disorders*, 98, 143–151.
- Palazidou, E. (2012, March). *British Medical Bulletin*. Retrieved March 28, 2020, from <https://doi.org/10.1093/bmb/lds004>: <https://academic.oup.com/bmb/article/101/1/127/262645>
- Phillip W. Gold, R. M.-V. (2015, March 24). *Clinical and Biochemical Manifestations of Depression: Relation to the Neurobiology of Stress*. Hindawi Publishing Corporation *Neural Plasticity*, p. 11.
- Pinel JPI (2003). *Biopsychology*. Pearson Education, Boston.
- Swanson, KM.(1999). Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being. *Nursing Research*, 48(6), σελ. 288-98.
- Valbø, A. και Zhu S.H.(2002). Depression and smoking during pregnancy. *Addictive Behaviors*, 27(4), σελ. 649-58.
- Wilen J.M., Mounts K. O., (2006). Women with Depression—“You Can’t Tell by Looking”, *Matern Child Health*, 10, 183-186.

## Πηγές

- Αθανασίου, Β.(2014). Πωσαλλάζει η ψυχολογία της γυναίκας στην εγκυμοσύνη. *TANEA Online*, [ηλ. εφημερίδα] 27. Νοεμβρίου. Διαθέσιμο μέσω TA NEA Online, ιστοσελίδα: <http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=11&articleID=20645&la=1> Ανακτήθηκε στις 30/11/2020.
- Altshuler, L.L., Burt, V.K., Cohen., L.S., Harlow, B.L., Hendrick, V., Loughhead, A., Newport, D.J., Nonacs, R., Reminick, A.M., Suri, R., Stowe, Z.N., Viguera, A.C. και Vitonis, A.F., (2006). Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA*, [ηλ. περιοδικό] 295(5), σελ. 499-507. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16449615> Ανακτήθηκε στις 26/10/2020

- American Pregnancy Association (2010): Depression in Pregnancy, Διαθέσιμοστονιστότοπο: <http://americanpregnancy.org/pregnancy-health/depression-duringpregnancy/>, Ανακτήθηκεστις 22/11/2020.
- Bowen, A., Kramer, J.,Muhajarine, N. και Stewart, N.(2013). Nausea and Vomiting of Pregnancy: Prevalence, Severity and Relation to Psychosocial Health. The American Journal of Maternal/Child Nursing, [ηλ. περιοδικό] 38(1), σελ. 21-7. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο στο: [http://www.nursingcenter.com/Inc/JournalArticle?Article\\_ID=1479347](http://www.nursingcenter.com/Inc/JournalArticle?Article_ID=1479347) Προσπελάστηκε 03/01/2021.
- Campagne, D.M., (2007). Fact: antidepressants and anxiolytics are not safe during pregnancy. European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology, [ηλ. περιοδικό] 135(2), σελ.145-8. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17662516>Ανακτήθηκε στις 02/11/2020
- Casper, R.C., (2015) . Use of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants in pregnancy does carry risks, but the risks are small. The Journal of Nervous and Mental Disease, [ηλ. περιοδικό] 203(3), σελ. 167- 9. Περίληψημόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25714254> Ανακτήθηκε στις 02/11/2020.
- Engeldinger, J., Nysten, K.J., O'Hara, M.W., Watson, D. και Williamson, J.A., (2013). Validity of somatic symptoms as indicators of depression in 88 pregnancy. Archives of Women's Mental Health, [ηλ. περιοδικό] 16(3), σελ. 203-10. Περίληψημόνο. Διαθέσιμοστο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23456541>Προσπελάστηκε 22/10/2020.
- Fedock, G., Flynn, H., Henshaw, E., Himle, J.A. καιO'Mahen, H., (2013). A pilot randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for perinatal depression adapted for women with low incomes. DepressionandAnxiety, [ηλ. περιοδικό] 30(7), σελ. 679-87. Περίληψημόνο. ΔιαθέσιμομέσωPubMed, ιστοσελίδα: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23319454>Ανακτήθηκεστις 15/10/2020.
- Gadot, Y. καιKoren, G., (2015). The use of antidepressants in pregnancy: focus on maternal risks. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada,

- [ηλεκτρονικόπεριοδικό] 37(1):56-63. Περίληψημόνο. Διαθέσιμοστο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25764038> Προσπελάστηκε 02/12/2020 .
- Helga Zoega, J. H. (2015, December 14). Use of SSRI and SNRI Antidepressants during Pregnancy: A Population-Based Study from Denmark, Iceland, Norway and Sweden. Retrieved March 28, 2020, from Creative Commons Attribution License. Διαθέσιμοστο: [file:///C:/Users/giorg/Desktop/%CE%BC%CE%B1%CE%B8%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1/diploma/%CF%80%CE%B7%CE%B3%CE%B5%CF%82/use\\_of\\_SSRI.pdf](file:///C:/Users/giorg/Desktop/%CE%BC%CE%B1%CE%B8%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1/diploma/%CF%80%CE%B7%CE%B3%CE%B5%CF%82/use_of_SSRI.pdf) Προσπελάστηκε, 31/10/2020.
  - Heringhausen, J.E. και Marcus, S.M., (2009). Depression in Childbearing Women: When Depression Complicates Pregnancy. *Primarycare*, [ηλ. περιοδικό] 36(1), σελ. 151-ix. Διαθέσιμο στο : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2680254/> Προσπελάστηκε 22/10/2020.
  - Meltzer-Brody, S., Sullivan, P.F. και Tarantino, L.M., (2011). Using Animal Models to Disentangle the Role of Genetic, Epigenetic, and Environmental Influences on Behavioral Outcomes Associated with Maternal Anxiety and Depression. *Frontiers in Psychiatry*, [ηλ. περιοδικό] 44(2). Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141357/> Προσπελάστηκε 05/12/2020.
  - Morrissey, J. (2018, August 2). The New York Times. Retrieved from How to Write a Good College Application Essay. Διαθέσιμο στο : <https://www.nytimes.com/2018/08/02/education/learning/writing-college-application-essay.html?ref=collection%2Fsectioncollection%2Feducation&action=click&contentCollection=education&region=rank&module=package&version=highlights&contentPlacement=2&pgtype=s> Προσπελάστηκε 12/12/2020.
  - Robinson, G.E., (2015). Controversies about the use of antidepressants in pregnancy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, [ηλ. περιοδικό] 203(3), σελ. 159-63. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Robinson%2C+2015+pregnancy+autism> Ανακτήθηκε στις 02/11/2020

- Shealy, K.M., (2015). Are antidepressants safe in the first trimester of pregnancy?.JAAPA, [ηλ. περιοδικό] 28(4), σελ. 16-7. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Shealy%2C+2015>  
Ανακτήθηκε στις 02/11/2020
- WHO. The world health report 2004. Changing history. Geneva, World Health Organization, (2004). Διαθέσιμο στο <http://www.who.int/whr/2004/en/> Προσπελάστηκε 18/12/2020.

### Πηγές Εικόνων

- Εικόνα εξωφύλλου: Διαθέσιμη στο <https://images.app.goo.gl/yBoTUJX1irH5Zt9p6> Προσπελάστηκε 16/01/2021