



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ

ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Τίτλος: « Η σχέση της επιλόχειας κατάθλιψης με το μητρικό
μορφοείδωλο στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας
Υγείας»**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

Κανδυλάρη Στεφανία, Ψυχολόγος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Γκούβα Μαίρη, Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας, ΤΕΙ Ηπείρου

Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια (Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Λάρισας),
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Παραλίκας Θεοδόσιος, Καθηγητής Εφαρμογών (Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ
Λάρισας) Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2016



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ

ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



«The relationship of postpartum depression to maternal morfoeidolo in the context of Primary Health Care»

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία αποτελεί τη διπλωματική εργασία στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος 'Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας' του τμήματος Ιατρικής για το έτος 2014-2016

Θα ήθελα ιδιαιτέρως να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια στη διπλωματική μου εργασία κα Γκούβα για την πολύτιμη καθοδήγησή της, την υπομονή, την εκτίμηση, την ευγένεια και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε.

Πρόλογος

Η ψυχική και η σωματική φύση της γυναίκας, είναι προσαρμοσμένες για το σημαντικότερο γεγονός της ύπαρξής της, την τεκνοποίηση. Ωστόσο, ο τοκετός, μπορεί να προκαλέσει έντονες συναισθηματικές διαταραχές σε κάποιες γυναίκες.

Αρκετές μητέρες βιώνουν αισθήματα αναξιοσύνης, απογοήτευσης και έντονης θλίψης, μετά από τη γέννηση του παιδιού τους. Για τις περισσότερες γυναίκες, τα συμπτώματα αυτά είναι ήπιας μορφής και υποχωρούν σύντομα.

Εντούτοις, περίπου το 10% των γυναικών, αναπτύσσουν μια πιο σοβαρή μορφή συναισθηματικής διαταραχής που ονομάζεται επιλόχειος κατάθλιψη. Αυτή η κατάθλιψη όμως, παρά τη σοβαρότητά της, υπακούει στη θεραπεία. Αντίθετα με την θλίψη μετά τον τοκετό, η επιλόχειος κατάθλιψη είναι ένα σοβαρό ζήτημα, που δεν πρέπει να αγνοείται.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	6
Abstract.....	7
Εισαγωγή.....	8

1.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 Ορισμός.....	10
1.2 Επιδημιολογία.....	10
1.3 Συμπτώματα.....	12
1.4 Διάγνωση.....	13
1.5 Παράγοντες Κινδύνου- Αιτιολογία.....	13
1.6 Επιπτώσεις.....	16
1.7 Θεραπευτική αντιμετώπιση-Παρέμβαση.....	19
1.7.1 Θεραπεία.....	19
1.7.2 Παρέμβαση.....	21
1.8 Επιλόχειος κατάθλιψη –πατέρα.....	22
1.9 Επιλόχειος κατάθλιψη-πολιτισμός.....	24

2.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 Μελέτη Περιστατικού επιλόχειας κατάθλιψης – Ποιοτική Έρευνα.....	27
2.2 Σκοπός.....	27
2.3 Μεθοδολογική προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος.....	28
2.4 Πρώτη Αξιολόγηση Περιστατικού(Μάρτιος 2016).....	28

2.5 Δεύτερη Αξιολόγηση Περιστατικού(Μάρτιος 2016).....	29
2.6 Χαρακτηριστικά του περιστατικού και η εξέλιξη τους.....	30
2.7 Αποτελέσματα.....	30
2.8 Ανάλυση Περιεχομένου.....	32
2.9 Συμπεράσματα.....	41
Επίλογος.....	42
3.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	43
4.ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	48

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική μελέτη ασχολείται με τη μελέτη περίπτωσης ενός περιστατικού επιλόχειας κατάθλιψης. Στόχος της συγκεκριμένης μελέτης ήταν να βρεθεί η σχέση της επιλόχειας κατάθλιψης με το μητρικό μορφοειδωλο στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επίσης, διερευνήθηκε η ανάδειξη των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τόσο την ποιότητα ζωής των γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη όσο και τα προβλήματα της ψυχοπαθολογίας τους. Η επιλογή της ποιοτικής έρευνας για τη διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων, με τη χρήση της συνέντευξης ως εργαλείο διαλογής πληροφοριών, θεωρήθηκε η καταλληλότερη.

Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε σε παρατηρήσεις και ερμηνείες της ψυχολόγου απέναντι στα θέματα των εμπειριών, του τρόπου και της ποιότητας της ζωής της συνεντευξιαζόμενης. Έπειτα από τις συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκε η απομαγνητοφώνηση τους, προκειμένου να προβούν συγκρίσεις και αναλύσεις. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων παρατηρήθηκε σημαντική πρόοδος. Η κα Λ. απέβαλε την ντροπή και το άγχος που την κατέβαλαν αρχικά και αναφέρθηκε στην εμπειρία της επιλόχειας κατάθλιψης, που διήρκεσε συνολικά έξι μήνες και ξεκίνησε από την πρώτη ημέρα στο μαιευτήριο. Όσον αφορά στην μεταγεννητική περίοδο, αναφέρθηκαν κάποια από τα κύρια χαρακτηριστικά συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης. Τονίστηκαν η έλλειψη της κοινωνικής υποστήριξης από φίλους και συγγενείς μετά τον τοκετό, ιδιαίτερα η έλλειψη της συζυγικής υποστήριξης. Θεωρήθηκε ότι το αγροτικό περιβάλλον στο οποίο μεγάλωσε η ίδια και ο σύζυγός της, έπαιξε ρόλο στην αντιμετώπιση της εμπειρίας της. Διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη ταυτίζονται αρνητικά με το μητρικό μορφοειδωλο. Συγκεκριμένα, σχετικά με τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν, το περιστατικό που μελετήθηκε ταυτίστηκε αρνητικά με το μητρικό μορφοειδωλο και παρουσίαζε υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας σε σχέση με το δείγμα του ελληνικού πληθυσμού. Γνωστικές-συμπεριφορικές θεραπείες μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά. Τα αποτελέσματα της μελέτης συζητούνται, για μελλοντική έρευνα και πρακτική.

Λέξεις- κλειδιά: επιλόχεια κατάθλιψη, ψυχοπαθολογία, θεραπεία, πολιτισμός, πατέρας, παράγοντες κινδύνου.

Abstract

The present master thesis deals with the case study of an occurrence of postpartum depression. The aim of this study was to find the relationship between postpartum depression with maternal morfoeidolo in the context of the Primary Health Care. Also, investigated the emergence of psychosocial factors affecting the quality of life of women with postpartum depression and the problems of their psychopathology. The choice of qualitative research for investigating research questions, using the interview as data-screening tool, was chosen.

This research is based on observations and interpretations of psychologist towards of experiences issues, the manner and quality of life of the interviewee . Following interviews held their transcript in order to make comparisons and analyzes. During the interviews, significant progress was observed. Ms. L. miscarried shame and anxiety initially paid and reported to the experience of postpartum depression , which lasted a total of six months and started from the first day in the hospital . Regarding the postnatal period , some of the main characteristic symptoms of postpartum depression, were reported. The lack of social support from friends and relatives after the birth, especially the lack of marital support, were highlighted. It was considered that the rural environment in which she and her husband grew up, played a role in tackling experience. It was found that women with postpartum depression negatively identified with maternal morfoeidolo. In particular, on the research questions raised, the incident studied was identified by negative maternal morfoeidolo and showed higher levels of psychopathology in relation to the Greek population sample. Cognitive-behavioral therapies can help significantly. The study results are discussed for future research and practice.

Key -words : Postpartum depression , psychopathology , treatment , culture , father , risk factors

Εισαγωγή

Η κατάθλιψη αποτελεί μια από τις συχνότερες ψυχιατρικές διαταραχές στην εποχή μας και μπορεί να επηρεάσει άτομα όλων των ηλικιών , συμπεριλαμβανομένων των παιδιών και των εφήβων. Γενικά ορίζεται ως η επίμονη εμπειρία, μια θλιβερή ή ευερέθιστη διάθεση, καθώς και η απώλεια της ικανότητας να βιώσει κάποιο άτομο την ευχαρίστηση σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες. Περιλαμβάνει επίσης μια σειρά από άλλα συμπτώματα, όπως αλλαγή στην όρεξη, διαταραχές ύπνου, αυξημένο ή μειωμένο επίπεδο δραστηριότητας, διαταραχή της προσοχής και της συγκέντρωσης και μειωμένα αισθήματα αυτοεκτίμησης

Η γέννηση ενός παιδιού αντιπροσωπεύει τη στιγμή της μεγάλης αναδιαμόρφωσης και του μετασχηματισμού της ταυτότητας μιας γυναίκας. Ακόμη, προσδίδει έναν νέο καθορισμό στους οικογενειακούς ρόλους και στις διαπροσωπικές σχέσεις των ζευγαριών. Δεν είναι όλες οι γυναίκες έτοιμες αμέσως να αντιμετωπίσουν αυτήν την κατάσταση. Κατά περιόδους αυτή η μάζα φόβου μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλη ανησυχία.

Η μητρότητα μπορεί να αντιπροσωπεύει μια φάση ανάπτυξης και κρίσης καθώς απαιτεί μια νέα ισορροπία. Η πρόκληση που αντιμετωπίζουν οι νέες μητέρες φαίνεται να είναι η προσπάθεια να βρεθεί μια ισορροπία μεταξύ των ρόλων της μητέρας και της εργαζόμενης γυναίκας. Οι περισσότερες γυναίκες αισθάνονται ανεπαρκείς να διαχειριστούν αυτή τη σύγκρουση ρόλων.

Η κατάθλιψη είναι μια σοβαρή ασθένεια που συμβάλλει στη γενική φτωχή υγεία. Οι γυναίκες, ειδικά οι γυναίκες που τεκνοποιούν ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και στην περίοδο μετά τον τοκετό και οδηγούνται συχνά σε μειωμένη μητρική ευημερία και σε μια μη κανονική μητρική συμπεριφορά.

Τα στοιχεία προτείνουν ότι η επιλόχεια κατάθλιψη (PPD) μπορεί να αποτελεί μέρος μιας συνέχειας ,με την αρχή της ασθένειας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα ποσοστά ποικίλλουν ανάλογα με τους παράγοντες όπως ο χρόνος της αξιολόγησης, ο καθορισμός της κατάθλιψης, το όργανο που χρησιμοποιείται για να μετρήσει την κατάθλιψη και τα πολιτιστικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού.

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας που έχει επιπτώσεις στο 10-15% των γυναικών παγκοσμίως και εμφανίζεται σε διάστημα ενός έτους μετά τον τοκετό. Χαρακτηρίζεται κυρίως από κλάμα ,μελαγχολία, συναισθηματική αστάθεια, αισθήματα ενοχής απώλεια όρεξης, αυτοκτονικό ιδεασμό, διαταραχές ύπνου , φτωχή συγκέντρωση και μνήμη, κούραση και οξυθυμία όπως και συναισθήματα ανεπάρκειας και ανικανότητας απέναντι στο βρέφος. Το PPD

μπορεί να έχει αυστηρές συνέπειες για το βρέφος όπως αναπτυξιακή στέρηση, φτωχή ανάπτυξη , που εξασθενίζουν τη σχέση μητέρας βρέφους.

Η μητρική κατάθλιψη θεωρείται ότι αναστατώνει την ανάπτυξη των παιδιών με την εξασθένηση της δυνατότητας της μητέρας να παρέχει ένα συνεπές , θερμό και ευαίσθητο περιβάλλον. Τα μικρά παιδιά των καταθλιπτικών μητέρων διατρέχουν αυξανόμενο κίνδυνο για συναισθηματικά και γνωστικά προβλήματα και αποδιοργανωτικές συμπεριφορές. Μπορεί επίσης το PPD να παρουσιάσει συνέπειες για τη μητέρα όπως εξασθετισμένη λειτουργικότητα , φτωχή ποιότητα ζωής ή ακόμα και θάνατο.

Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου που έχουν συνδεθεί με PPD αποτελούν ένα προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης ή άλλης ψυχιατρικής ασθένειας, η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η έλλειψη κοινωνικής στήριξης.

Η επιλόχεια κατάθλιψη έχει επιπτώσεις στη δυνατότητα μιας γυναίκας για αυτό φροντίδα και μπορεί επίσης να συμβάλλει σε άλλα προβλήματα όπως η ανεπαρκής διατροφή η κατάχρηση αλκοόλ και η φτωχή συμμετοχή στην κάλυψη αναγκών του εμβρύου. Το PPD απεικονίζεται ως επίμονη θλίψη ή περιορισμένη δυνατότητα ευχαρίστησης, οξυθυμία, συναισθήματα χαμηλού αυτοσεβασμού και ανησυχίας.

Οι πάσχοντες είναι συχνά συνεχώς κουρασμένοι και έχουν αλλαγές στον ύπνο και στην όρεξη. Η μεταγεννητική κατάθλιψη, δε διαφέρει από άλλους καταθλιπτικούς τύπους από την άποψη της συμπτωματολογίας.

Αν και τα ποσοστά αυτοκτονίας για τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι χαμηλότερα του γενικού πληθυσμού, η αυτοκτονία είναι μια σημαντική αιτία του μητρικού αυτό επιβαλλόμενου θανάτου. Έκθεση Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας προσδιορίζει τον αυτό τραυματισμό ως δεύτερη κύρια αιτία της μητρικής θνησιμότητας σε υψηλού εισοδήματος χώρες. Η αυτοκτονία παραμένει σημαντική αιτία μητρικού θανάτου σε χώρες μέτριου και χαμηλού εισοδήματος.

Η κατάθλιψη έχει σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στη δυνατότητα κατάλληλης αλληλεπίδρασης της μητέρας με το παιδί της. Οι πιεσμένες γυναίκες έχει βρεθεί να έχουν φτωχότερη ανταπόκριση στο μωρό και πιο αρνητικές ,εχθρικές ή αποσυνδεδεμένες συμπεριφορές, Η μητρική κατάθλιψη αυξάνει επίσης τον κίνδυνο για χαμηλότερα ποσοστά θηλασμού στις χαμηλού εισοδήματος χώρες και έχει συνδεθεί με τον υποσιτισμό και τα υψηλότερα ποσοστά ασθένειας της διάρροιας στα παιδιά.

Η επιλόχειος κατάθλιψη θεωρείται μία από τις πιο κοινές ψυχολογικές διαταραχές και η επιστημονική ένδειξη προτείνει ότι και οι μητέρες και οι πατέρες συμπεριλαμβάνονται σε αυτή την αναπτυξιακή κρίση. Η κοινωνική υποστήριξη με την ενθαρρυντική παροχή συμβουλών είτε στο σπίτι

είτε ως μέλος μιας ομάδας ,είτε μέσω τηλεφωνικής επαφής έχει βρεθεί να είναι ευεργετική για μερικές μητέρες

1.Γενικό Μέρος

1.1 Ορισμός

Η μητρότητα αποτελεί μια σημαντική μετάβαση στη ζωή που συνδέεται με φυσικές, κοινωνικές και συναισθηματικές αλλαγές στις γυναίκες. Σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια μορφή μη-ψυχωτικής κατάθλιψης που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια ενός έτους μετά τον τοκετό και έχει σοβαρές συνέπειες στην υγεία της μητέρας αλλά και σοβαρές συνέπειες στην οικογένεια [1].

Οι γυναίκες που περνάνε επιλόχεια κατάθλιψη είναι πιθανότερο να έχουν εξασθετισμένες σχέσεις με το βρέφος, δυσκολίες που απαιτούν προληπτικές υγειονομικές υπηρεσίες και δυσκολίες στο μητρικό ρόλο[2]. Το χαμηλό επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης, σημαντικά γεγονότα ζωής ή οι παράγοντες άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, χαμηλή κοινωνικο-οικονομική θέση και μαιευτικές επιπλοκές δημιουργούν αναστάτωση στη σχέση μητέρας –βρέφους και συμβάλλουν στις δυσμενείς βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες για το παιδί.

Το DSM-IV, ορίζει το PPD όχι ως μια ιδιαίτερη αναταραχή αλλά ως την υποκατηγορία μιας σημαντικής καταθλιπτικής αναταραχής. Η επιλόχεια κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από θλίψη ή απώλεια ενδιαφέροντος , φτωχή συγκέντρωση, διαταραχή όρεξης, έλλειψη ύπνου πέρα από αυτή που απαιτείται για την προσοχή του μωρού, έλλειψη ανησυχίας ή υπερβολική ανησυχία για το μωρό, σταθερή κούραση και ανησυχία ή οξυθυμία. Ξεκινά μέσα σε τέσσερις εβδομάδες μετά τη γέννα [3].

Ο καθορισμός της επιλόχειας κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα αμφισβητούμενος, καθώς το PPD δεν είναι ένας ομοιογενής ψυχοπαθολογικός όρος αλλά μια ονομασία για διάφορες ευδιάκριτες αναταραχές. Οι επιλόχειες διαταραχές διάθεσης ταξινομούνται συνήθως σε τρεις κατηγορίες: τα μπλε μωρών μετά τον τοκετό ,κατάθλιψη και ψύχωση. Το μπλε μωρών αναφέρεται σε ένα ήπιο συναισθηματικό σύνδρομο που εμφανίζεται συχνά την πρώτη εβδομάδα μετά από τη γέννα. Χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως καταθλιπτική διάθεση, περιόδους οξυθυμίας, ανησυχία, ταλάντευση διάθεσης, σύγχυση και αναταραχές στον ύπνο και στην όρεξη. Η επιλόχεια κατάθλιψη αναφέρεται σε ένα μη-ψυχωτικό καταθλιπτικό επεισόδιο που ξεκινά η επεκτείνεται στην περίοδο μετά τον τοκετό [4].

1.2 Επιδημιολογία

Τα αποτελέσματα έρευνας έδειξαν ότι η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένα σημαντικό πρόβλημα που έχει επιπτώσεις περίπου στο 14.5% των μητέρων και έχει αρνητικές συνέπειες μακροπρόθεσμα για τις μητέρες και τα παιδιά τους [5].

Σε άλλη μελέτη φανερώθηκε ότι η επικράτηση του PPD είχε επιπτώσεις στο 10-15% των νέων μητέρων στις Ηνωμένες Πολιτείες [3], ενώ σε έρευνα φανερώθηκε ότι η επίπτωση PPD στον Καναδά κυμαίνεται από 10-16%[1].

Σε μελέτη που διενεργήθηκε αποδείχθηκε ότι η επιλόχεια κατάθλιψη έχει επιπτώσεις σε περίπου 10-15% μεταξύ γυναικών [6,7]. Εντούτοις, διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό διαγνωσθείσας κατάθλιψης στους νέους πατέρες έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό ήταν περίπου 2-5%. Σε άλλες έρευνες αναφέρθηκε ότι αυτό το ποσοστό μπορεί να φτάσει ως 10% για τους πατέρες με κατάθλιψη μετά τον τοκετό, και μπορεί να έχει καταστροφικά αποτελέσματα στη σχέση ενός ζευγαριού, στη σχέση γονέα- παιδιού και στην ανάπτυξη των παιδιών[6].

Σύμφωνα με αποτελέσματα έρευνας η επικράτηση της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι 7.4% και 12% στο πρώτο και στο τρίτο τρίμηνο και αυτά τα ποσοστά δε διαφέρουν σημαντικά στα τρίμηνα της εγκυμοσύνης [8].

Άλλη μελέτη έδειξε ότι η επικράτηση PPD στις νέες μητέρες κυμαίνεται από 13% στις 6 εβδομάδες ως 9.8% στις 12 εβδομάδες μετά τον τοκετό [9].

Από την άλλη σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ έγχρωμων και λευκών γυναικών φανερώθηκε ότι το PPD είχε επιπτώσεις σε 10-20% των γυναικών στους τρεις πρώτους μήνες μετά από την γέννηση του παιδιού [10].

Έρευνα που διενεργήθηκε, έδειξε ότι η επικράτηση του PPD μεταξύ των Αραβισσών γυναικών στις χώρες τους κυμάνθηκε από 10% έως 37% ,ενώ μεταξύ των γυναικών που έχουν μεταναστεύσει σε βιομηχανικές χώρες κυμάνθηκε μεταξύ 11% ως 60% [11]. Σε μελέτη που έγινε σε περιοχή της Ινδίας παρατηρήθηκε η επικράτηση PPD έως 48% μεταξύ των γυναικών [12].

Τέλος σε μελέτη παρατηρήθηκαν ποσοστά επικράτησης PPD σε 20% των μητέρων και σε 5.7% των πατέρων [13].

1.3 Συμπτώματα

Σύμφωνα με μελέτες ,ο πρώτος μήνας μετά τον τοκετό αντιπροσωπεύει μια κρίσιμη φάση στη ζωή των γονέων και χαρακτηρίζεται από ανησυχία, πίεση και αλλαγές διάθεσης που θα μπορούσαν να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχοφυσική ανάπτυξη του παιδιού [13].

Εάν μια μητέρα είναι ανήσυχη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της είναι πιθανότερο να παρουσιάσει μια σειρά συμπτωμάτων όπως διάσπαση προσοχής και επιθετικότητα ή ανησυχία, ενώ απασχολεί ακόμα για το ποιο ποσοστό αυτών των συμπτωμάτων οφείλεται στο προγενέθλιο ή μεταγεννητικό περιβάλλον και ποιος είναι ο ρόλος της γενετικής [14].

Γενικά τα συμπτώματα του PPD περιλαμβάνουν αλλαγές στον ύπνο, στα σχέδια και στις δραστηριότητες μιας γυναίκας.

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΑΔΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- Ανικανότητα για ύπνο ή για πολύ ύπνο
- Ταλάντευση διάθεσης
- Αλλαγές στην όρεξη
- Φόβος και ακραία ανησυχία για το μωρό
- Θλίψη ή υπερβολικές φωνές
- Συναισθήματα αμφιβολίας, ενοχής και ανικανότητας
- Δυσκολία σε Συγκέντρωση και Μνήμη
- Απώλεια ενδιαφέροντος για τα χόμπι και τις συνηθισμένες δραστηριότητες
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου, που μπορεί να περιλαμβάνουν τη σκέψη ή ακόμα και τον προγραμματισμό αυτοκτονίας [3].

Αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε φανέρωσαν ότι τα μετά τον τοκετό μπλε είναι μια παροδική διαταραχή διάθεσης που έχει επιπτώσεις έως και στο 75% των νέων μητέρων, δέκα μέρες μετά τη γέννηση του παιδιού και περιλαμβάνει οξυθυμία, κούραση, ανησυχία και συναισθηματική αστάθεια. Τα συμπτώματα είναι γενικά ήπια και αυτό περιορισμένα και δεν περιλαμβάνουν τη συνολική απώλεια ευχαρίστησης ή ενδιαφέροντος, επίμονη χαμηλή διάθεση ή αυτοκαταστροφικό ιδεασμό.

Από την άλλη, η ακραία επιλόχεια ψύχωση είναι μια ψυχιατρική έκτακτη ανάγκη, που απαιτεί άμεση παρέμβαση. Χαρακτηρίζεται από γρήγορη ταλάντευση διάθεσης, εξασθετισμένο κέντρο αισθήσεων και σχετικά υψηλή συχνότητα αυτοκτονικού ιδεασμού ή ανθρωποκτόνου ιδεασμού από τις γυναίκες προς τα παιδιά τους [15].

Σύμφωνα με μελέτη, η επιλόχεια ψύχωση εμφανίζεται περίπου σε μία στις 500 με 1000 γεννήσεις και συνήθως ξεκινά στις πρώτες 48-72 ώρες μετά τον τοκετό. Άλλα χαρακτηριστικά συμπτώματα περιλαμβάνουν την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και σύγχυση καθώς επίσης και ψυχωτικά συμπτώματα όπως αυταπάτες και παρανοϊκές παραισθήσεις οι οποίες εστιάζουν στο βρέφος και αυξάνουν τον κίνδυνο παιδοκτονίας[4].

1.4 Διάγνωση

Οι μελέτες προτείνουν ότι ,τα διαγνωστικά κριτήρια για ένα σημαντικό καταθλιπτικό επεισόδιο όπως καθορίζεται από το διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-IV ,δεν διαφέρουν από αυτά της επιλόχειας κατάθλιψης. Περιλαμβάνουν τουλάχιστον δύο εβδομάδες επίμονης χαμηλής διάθεσης ή ανηδονίας, καθώς επίσης τουλάχιστον τέσσερα από τα παρακάτω: αυξημένη ή μειωμένη όρεξη, διαταραχές ύπνου, ψυχοκινητική διαταραχή ,χαμηλή ενέργεια, αισθήματα αναξιοσύνης, χαμηλή συγκέντρωση και αυτοκαταστροφικό ιδεασμό.

Ένα σημαντικό καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να ταξινομηθεί κατά τη μεταγεννητική περίοδο εάν τα καταθλιπτικά συμπτώματα ξεκινήσουν μέσα στις πρώτες τέσσερις εβδομάδες μετά από τη γέννα. Εντούτοις, σε άλλες έρευνες φάνηκε ότι τα καταθλιπτικά επεισόδια είναι πιο κοινά στις γυναίκες στο πρώτο τρίμηνο μετά τον τοκετό. Μια αυξανόμενη ευπάθεια στην ψυχιατρική ασθένεια μπορεί να εμμένει για ένα έτος ή και παραπάνω[15].

Το συνηθέστερα χρησιμοποιούμενο εργαλείο διαλογής για PPD είναι η Κλίμακα Μεταγεννητικής Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS), που είναι ένα απλό ερωτηματολόγιο δέκα στοιχείων. Άλλα διαγνωστικά εργαλεία αποτελούν η Κλίμακα Postpartum Depression Predictors Inventory και η Κλίμακα Postpartum Depression Screening Scale-CPDSS[3].

Επιπλέον, σύμφωνα με άλλες έρευνες, κριτήρια για τη διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης αποτελούν συνήθως η δυσφορική διάθεση, διαταραχές στον ύπνο, στην όρεξη και ψυχοκινητικές αναταραχές, κούραση ,υπερβολική ενοχή και αυτοκαταστροφικές σκέψεις. Πρόσθετα συμπτώματα περιλαμβάνουν συναισθήματα ανεπάρκειας για τη δυνατότητα της νέας μητέρας να φροντίσει το μωρό της και υπερβολική ανησυχία από την πλευρά της, για την ευημερία και την ασφάλεια του μωρού[4].

1.5 Παράγοντες κινδύνου-Αιτιολογία

Οι ακριβείς λόγοι για τους οποίους κάποιες νέες μητέρες μπορεί να αναπτύξουν κατάθλιψη μετά τον τοκετό δεν είναι άγνωστοι, αλλά όμως μια σειρά από παράγοντες κινδύνου θεωρείται ότι συντείνουν στο πρόβλημα. Σύμφωνα με μελέτες έχει αποδειχθεί ότι η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες κινδύνου για την επιλόχεια κατάθλιψη [8].

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε ,φάνηκε ότι η πολλαπλάσια εγκυμοσύνη αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για αρνητικές εκβάσεις στην υγεία, όπως υψηλότερα ποσοστά μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας, χαμηλό βάρος γέννησης του εμβρύου και αυξανόμενα ποσοστά πρόωρης γέννας. Επίσης φάνηκε ότι οι πολλαπλάσιες γεννήσεις θα μπορούσαν να συνδεθούν με τον αυξανόμενο

κίνδυνο για επιλόχεια κατάθλιψη, λόγω της υπερβολικής πίεσης και κούρασης που βιώνουν οι μητέρες των πολλαπλάσιων γεννήσεων.

Εντούτοις δεν έχει βρεθεί κάποια ένωση μεταξύ των πολλαπλάσιων γεννήσεων και της επιλόχειας κατάθλιψης. Επί πρόσθετα, δεν βρέθηκε οι γυναίκες που συλλαμβάνουν τεχνητά να διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για επιλόχεια κατάθλιψη σε σχέση με τις γυναίκες που συλλαμβάνουν φυσικά [16].

Επίσης, η κατάθλιψη μετά την υιοθεσία είναι ένας πολύπλευρος όρος. Η διαδικασία υιοθέτησης είναι μια αρκετά διαφορετική εμπειρία από τη γέννηση. Σε μελέτη φάνηκε ότι οι γονείς που έχουν υιοθετήσει αξιολογούνται να έχουν χαμηλό κίνδυνο για συμπτώματα κατάθλιψης μετά την υιοθεσία [17].

Έχει δοθεί έμφαση στην επιρροή προσωπικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου για PPD, όπως το προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης, αγχωτικά γεγονότα ζωής, χαμηλή κοινωνική υποστήριξη και συζυγικά προβλήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Σε έρευνα βρέθηκε μια ισχυρή ένωση μεταξύ φτωχής συζυγικής σχέσης και κατάθλιψης κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά τον τοκετό. Λόγω του πρόσθετου φόρτου εργασίας για τις μητέρες και τους πατέρες, η σχέση μεταξύ των συντρόφων υποφέρει συχνά και αυτό μειώνει τον ελεύθερο χρόνο τους.

Σε αντίθεση με άλλες μελέτες, στη συγκεκριμένη δεν βρέθηκε η έλλειψη συναισθηματικής και κοινωνικής υποστήριξης από στενούς φίλους να αυξάνει τον κίνδυνο για κατάθλιψη στα δύο φύλα κατά το πρώτο έτος μετά τον τοκετό.

Φάνηκε ότι τα άτομα εξαρτώνται από τους συζύγους τους για τη συναισθηματική υποστήριξη παρά από άλλα μέλη δικτύων. Επίσης βρέθηκε ότι η μητρική επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένας ισχυρός προάγγελος για την πατρική επιλόχεια κατάθλιψη [18].

Βιολογικοί παράγοντες

Η αιτιολογία για την επιλόχεια κατάθλιψη παραμένει ασαφής. Έχει θεωρηθεί ότι η επιλόχεια κατάθλιψη μερικές φορές προκαλείται από την έλλειψη βιταμινών. Οι μελέτες προτείνουν ότι η πιθανότερη αιτία για PPD είναι οι ορμονικές αλλαγές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μιας γυναίκας. Μερικές γυναίκες μπορεί να είναι πιο ευαίσθητες σε αυτές τις ορμονικές αλλαγές και να έχουν πτώσεις στα επίπεδα ορμονών μετά από τη γέννηση του παιδιού τους. Επιπλέον, φάνηκε ότι υπάρχει μια ένωση μεταξύ επιπέδων κορτιζόλης και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Από την άλλη, έρευνα ανέφερε ότι δεν υπάρχει καμία συσχέτιση μεταξύ ορμονών και επιλόχειας κατάθλιψης. Τέλος

όλες οι γυναίκες βιώνουν αυτές τις ορμονικές αλλαγές αλλά μόνο το 10% με 15% υποφέρει από PPD[3].

Μελέτη τόνισε ότι, η ορμονική δυσλειτουργία, ανωμαλίες στον υποθαλαμικό βλεννογόνο άξονα και συνεισφορές της γενετικής παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη περιγενέθλιων αναπαραγωγικών αναταραχών διάθεσης[7].

Σε άλλη έρευνα που διενεργήθηκε αποδείχθηκε ότι, το ποσοστό αλλαγής στα επίπεδα ορμονών ,θεωρείται βασικός παράγοντας για την αύξηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Γυναίκες που παρουσιάζουν αυξανόμενα καταθλιπτικά συμπτώματα μετά τον τοκετό, έχουν υψηλότερα επίπεδα κυτοκίνων και ο διαταραγμένος ύπνος τους μπορεί να οφείλεται σε ορμονικές αλλαγές. Εντούτοις αυτοί οι μηχανισμοί δεν έχουν αξιολογηθεί συστηματικά[2].

Ψυχολογικοί παράγοντες

Ο χρόνος μετά τη γέννηση ενός παιδιού θεωρείται ένα διάστημα που αποτελεί έντονη ψυχολογική αλλαγή για τις νέες μητέρες. Η διαδικασία της εγκυμοσύνης και του τοκετού αντιπροσωπεύουν ένα αγχωτικό γεγονός για τις μητέρες και πολλές τρωτές γυναίκες δοκιμάζουν καταθλιπτικά επεισόδια. Πολλοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη για PPD. Σύμφωνα με έρευνα το ιστορικό κατάθλιψης στις προηγούμενες εγκυμοσύνες αυξάνει τον κίνδυνο για την ανάπτυξη PPD στις γυναίκες[3].

Γενικά διάφορες μελέτες προτείνουν ότι το ψυχοπαθολογικό ιστορικό θεωρείται καθοριστικός παράγοντας της κατάθλιψης στις νέες μητέρες [18]. Το οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής θεωρείται ως ισχυρό κριτήριο για τη διάγνωση διπολικής αναταραχής. Αποτελέσματα έρευνας, έδειξαν ότι ασθενείς είχαν την υψηλότερη επικράτηση διπολικής αναταραχής στην περίοδο μετά τον τοκετό, έναντι οποιασδήποτε άλλης περιόδου [19].

Προγενέθλια μελέτη παρατήρησε σημαντικά θετικές ενώσεις μεταξύ της σεξουαλικής παιδικής κακοποίησης(CSA) με την κατάθλιψη ή τα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αντίθετα, η ένωση CSA με την επιλόχεια κατάθλιψη ήταν ασυμβίβαστη [20]. Σύμφωνα με αποτελέσματα έρευνας, η εικόνα του σώματος είναι άλλος ένας κρίσιμος ψυχολογικός παράγοντας για την επιλόχεια δοκιμασία και έχει επιπτώσεις στις συμπεριφορές υγείας, όπως στο κάπνισμα. [21].

Κοινωνικοί παράγοντες

Μερικές μητέρες θεωρούν ότι είναι απροετοίμαστες και ανενημέρωτες για την περίοδο μετά τον τοκετό. Η επιλόχεια περίοδος θεωρείται μια σημαντική μετάβαση για την υγεία μερικών γυναικών, ειδικά για την ψυχοκοινωνική τους υγεία.

Σε μελέτη φανερώθηκε ότι οι γυναίκες χαμηλού εισοδήματος μετά τον τοκετό παρουσίασαν δυσμενή συμπεριφοριστική και ψυχοκοινωνική υγεία σε πεδία που αφορούν τη διατροφή, την άσκηση, την χρήση αλκοόλ και το κάπνισμα.

Τα συγκεκριμένα πεδία συμβάλλουν στην υγεία και στην ευημερία των γυναικών μετά τον τοκετό και όταν είναι δυσμενή μπορούν να αποτελέσουν παράγοντες κινδύνου, που μπορεί να οδηγήσουν σε χρόνια αρρώστια και θνησιμότητα [21].

Καθοριστικός κοινωνικός παράγοντας για PPD θεωρείται η κοινωνικο-οικονομική θέση. Συμπεράσματα μελέτης πρότειναν ότι το PPD ήταν υψηλό μεταξύ των γυναικών εθνικής μειονότητας που είχαν χαμηλό εισόδημα [22]. Έρευνα έδειξε ότι, οι γυναίκες χαμηλής κοινωνικο-οικονομικής θέσης αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη πίεση, έχουν λιγότερη κοινωνική υποστήριξη και είναι δύο φορές πιθανότερο από εκείνες με υψηλότερη κοινωνικο-οικονομική θέση να έχουν κατάθλιψη [23].

Μελέτες φανέρωσαν τα εξής: η πίεση σε κρίσιμα στάδια της ζωής, όπως στη μητρότητα ειδικά εάν η κοινωνική υποστήριξη είναι περιορισμένη, θεωρείται ο πιο σχετικός κοινωνικός παράγοντας κινδύνου για PPD. Το χαμηλό εισόδημα, η θέση εθνικής μειονότητας ή το στάδιο ζωής μπορεί να ευνοήσουν στην ανάπτυξη κατάθλιψης [21].

Ακόμη, η σχέση μεταξύ της γυναίκας και του συντρόφου της έχουν βρεθεί να έχουν το μεγαλύτερο αντίκτυπο στη μητρική κατάθλιψη [24].

Η συναισθηματική βία του συντρόφου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην πνευματική υγεία των γυναικών κατά τη μεταγεννητική περίοδο [25,26].

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε, η κοινωνική και οικογενειακή υποστήριξη και η παρουσία ανησυχίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης βρέθηκαν ως κύριοι παράγοντες κινδύνου για PPD. Από την άλλη, η οικονομική θέση δεν συνδέθηκε με PPD [27].

Η αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου θεωρείται μια ευκαιρία για την έγκαιρη ανίχνευση και πρόληψη του κινδύνου για τις γυναίκες μετά τον τοκετό.

1.6 Επιπτώσεις

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένα σημαντικό δημόσιο πρόβλημα υγείας και έχει επιπτώσεις σε τουλάχιστον μια στις οχτώ μητέρες και στα παιδιά τους παγκοσμίως, κατά το πρώτο έτος μετά τον τοκετό. Έχει συνδεθεί με σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις όχι μόνο για τις μητέρες αλλά και για την φυσική, γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών τους. Η έγκαιρη ανίχνευση και παρέμβαση είναι απαραίτητες για τη μείωση τέτοιων κινδύνων [3].

επιπτώσεις στη μητέρα

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια ιδιαίτερη πρόκληση για τους νοσοκομειακούς γιατρούς. Σύμφωνα με μελέτη, οι περιγενέθλιες αναταραχές διάθεσης έχουν επιπτώσεις στις γυναίκες σε κάθε κοινωνία από κάθε κοινωνικό οικονομικό υπόβαθρο. Αυτές οι αναταραχές αντιπροσωπεύουν κινδύνους για όλη την οικογένεια, όπως η παρεμπόδιση της γυναίκας να εκτελέσει καθημερινές δραστηριότητες και η διαταραχή του δεσμού με το νήπιο και με τον σύντροφο[8].

Ο τοκετός τροποποιεί την οικογενειακή ρουτίνα τόσο στις συμπεριφορές όσο και στην ψυχολογική κατάσταση του ζευγαριού. Μελέτες έδειξαν ότι οι αλλαγές στη σχέση των ζευγαριών, στους κοινωνικούς ρόλους, ορμονικές αλλαγές και διαταραχές διάθεσης, αποτελούν τους υψηλούς κινδύνους για τους γονείς στην περίοδο μετά τον τοκετό[13].

Η κατάθλιψη και οι συνέπειές της μπορεί να εμμένουν από μήνες μέχρι έτη μετά τον τοκετό, με περιορισμούς στη φυσική και ψυχολογική λειτουργία της γυναίκας. Οι διαταραχές ύπνου δεν θεωρούνται μόνο κοινό χαρακτηριστικό γνώρισμα της κατάθλιψης αλλά και διαγνωστικό κριτήριο[2].

Συγκρούσεις στο ρόλο της μητέρας, της εργαζόμενης και της συζύγου είναι ο κανόνας για την περίοδο μετά τον τοκετό[4]. Η ποιότητα της συζυγικής σχέσης παίζει σημαντικό ρόλο για τη μητέρα τόσο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και για την περίοδο μετά τον τοκετό. Ο τοκετός έχει επιπτώσεις σε πολλαπλές πτυχές της σχέσης του ζευγαριού, συμπεριλαμβανομένης της διαπροσωπικής και σεξουαλικής οικειότητας, της διαχείρισης ενός αυξημένου φόρτου εργασίας και τις αλληλεπιδράσεις του ζευγαριού με συγγενείς και φίλους.

Πολλές γυναίκες παρουσιάζουν μια έλλειψη συναισθηματικής επαφής με τους συντρόφους τους. Άλλες γυναίκες βιώνουν συγκρούσεις καθώς αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στο μωρό παρά στους συντρόφους τους. Πολλές γυναίκες μετά τον τοκετό μπορεί να είναι αδιάφορες για την επανάληψη των σεξουαλικών τους σχέσεων λόγω της κούρασης, της ταλαιπωρίας, της εικόνας που έχουν για το σώμα τους ή λόγω του ότι νιώθουν πως παραμελούνται [28].

επιπτώσεις στο παιδί

Η μητρική ψυχοπαθολογία αντιπροσωπεύει έναν σημαντικό λόγο ανησυχίας για τη δημόσια υγεία λόγω των αρνητικών επιπτώσεων που έχει στις μητέρες και στα παιδιά τους [29,30]. Μια φυσιολογική αλλαγή στη μητέρα όπως η υψηλή πίεση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί να οδηγήσει σε ένα ενδομήτριο περιβάλλον που δεν συμβάλλει στην υγιή εμβρυική ανάπτυξη. Πολυάριθμες μελέτες παρουσίασαν μια ένωση μεταξύ ανησυχίας, πίεσης ή κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης με συναισθηματικά και συμπεριφοριστικά προβλήματα στα παιδιά και στους εφήβους

Έρευνες απέδειξαν ότι τα παιδιά των καταθλιπτικών μητέρων παρουσιάζουν δυσκολίες εσωτερικοποίησης και εξωτερίκευσης, καθώς επίσης και εξασθετισμένη κοινωνική και γνωστική ικανότητα και έλλειψη προσαρμοστικότητας. Η μητέρα μπορεί να ασκήσει ιδιαίτερα ισχυρή επίδραση στη δυσκολία εσωτερικοποίησης του παιδιού. Η ανησυχία στο παιδί επικρατεί κυρίως στην ηλικία των οχτώ ετών.

Προγενέθλιοι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι, μπορεί ενδεχομένως να συνδέονται με αυξανόμενες δυσκολίες εξωτερίκευσης παιδιών και μειωμένο λεκτικό δείκτη νοημοσύνης[30]. Η ένωση μεταξύ PPD και της ψυχοπαθολογίας του παιδιού επεκτείνεται και στην εφηβεία και η έγκαιρη προληπτική διάγνωση και επεξεργασία του μητρικού PPD, θεωρείται απαραίτητη για να μειωθούν οι επιπτώσεις στα παιδιά [31].

Σε μελέτη διαπιστώθηκε ότι στην προγενέθλια και στη μεταγεννητική περίοδο, η μητρική κατάθλιψη έχει ευρύτερη επίδραση στους τύπους έλλειψης προσαρμοστικότητας των παιδιών ενώ η μητρική ανησυχία επιδρά στην δυσκολία εσωτερικοποίησης των παιδιών.

Πολλές μελέτες έχουν εξετάσει την ένωση μεταξύ της προγενέθλιας πίεσης και νευρο αναπτυξιακών εκβάσεων σε ηλικίες από τριών έως δεκαέξι ετών. Βρέθηκε η αύξηση στις σύμφυτες δυσμορφίες να συνδέεται με την πίεση κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Επίσης, η πίεση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχει βρεθεί να συνδέεται με προβλήματα ύπνου, χαμηλότερη γνωστική απόδοση και αυξανόμενο φόβο στα παιδιά.

Επιπλέον, φάνηκε ότι η προγενέθλια πίεση αυξάνει τον κίνδυνο για συναισθηματικά προβλήματα στα παιδιά και για συμπτώματα διαταραχής διάσπασης της προσοχής, υπερδραστηριότητας και αναταραχής συμπεριφοράς.

Μελέτες βρήκαν μια ένωση μεταξύ προγενέθλιας πίεσης και του αυξανόμενου κινδύνου αυτισμού και έναν αυξανόμενο κίνδυνο για σχιζοφρένεια στους ενήλικες που γεννήθηκαν από μητέρες που πιάστηκαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, κυρίως κατά το πρώτο τρίμηνο. Αντίθετα, φάνηκε ότι η αναταραχή συμπεριφοράς και η αντικοινωνική συμπεριφορά συνδέεται με την πίεση αργότερα κατά την εγκυμοσύνη [32].

Η ένωση μεταξύ μητρικής κατάθλιψης και της κακής μεταχείρισης του παιδιού θεωρείται μια νέα εύρεση. Συγκεκριμένα, η κακή μεταχείριση του παιδιού, συνδέεται με ορισμένες ιδιότητες της προσωπικότητας του γονέα, όπως ο χαμηλός αυτοσεβασμός, αντικοινωνικές συμπεριφορές και κατάθλιψη και ανησυχία. Σε έρευνα, βρέθηκε οι μητέρες που είχαν κατάθλιψη αρκετό καιρό πριν την εγκυμοσύνη να κακομεταχειρίζονται τα παιδιά τους.

Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι οι βιολογικές ανωμαλίες ,που προκαλούνται από την κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορούν να αλλάξουν τα επίπεδα πλάσματος και έτσι συμβάλλουν στις αλλαγές στη μητρική προσοχή.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Kaufman et al., αποδείχθηκε ότι 26 παιδιά με ιστορικό κακής μεταχείρισης, είχαν αυξανόμενο κίνδυνο για κατάθλιψη και άλλες αναταραχές ,όπως αντικοινωνική συμπεριφορά, κατάχρηση αλκοόλ και εξάρτηση ουσιών [33].

Οι πατέρες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των παιδιών τους. Σε έρευνα παρατηρήθηκε ότι όταν και οι δύο γονείς είναι καταθλιπτικοί, είναι πιθανότερο να αντιμετωπίσουν το παιδί τους αρνητικά, να το περιγράφουν ως κάτω του μετρίου και να αντιλαμβάνονται περισσότερα προβλήματα υγείας στα παιδιά τους. Όταν και οι δύο γονείς ήταν πιεσμένοι ,τα μωρά βρέθηκαν να θηλάζουν λιγότερο ή να τίθενται λιγότερο στις πλάτες των γονιών τους για να κοιμηθούν και να τρώνε με μπουκάλι. Οι πατέρες επίσης, ήταν λιγότερο πιθανό να παίξουν και να τραγουδήσουν στα παιδιά τους, όταν και οι δύο γονείς ήταν καταθλιπτικοί [34].

Από την άλλη, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 247 μητέρες ,για να εξεταστεί η σχέση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων της μητέρας μετά τον τοκετό και συμπεριφορών εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης του παιδιού, δεν βρέθηκε καμία ένωση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των μητέρων και της δυσκολίας εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης παιδιών[35].

Τέλος, η ηλικία από τη γέννηση του παιδιού μέχρι την ηλικία των δύο ετών θεωρείται μια κρίσιμη αναπτυξιακή περίοδος, όταν για παράδειγμα ο εγκέφαλος ωριμάζει, και οι πρόωρες αναπτυξιακές αναταραχές μπορεί να έχουν μόνιμα αποτελέσματα στο παιδί. Διαπιστώθηκε, σε αποτελέσματα έρευνας ότι, η σχέση μεταξύ μητρικής κατάθλιψης και διαταραχών παιδιού εμφανίζεται να είναι αμφίδρομη. Επομένως, τα προβλήματα του παιδιού μπορούν να συμβάλλουν στα συμπτώματα της μητέρας, η οποία με τη σειρά της μπορεί να αυξήσει τα προβλήματα του παιδιού περαιτέρω.

Τα στοιχεία προτείνουν ότι, η εξέταση της μητρικής κατάθλιψης και των σχετικών παραγόντων κινδύνου ,φαίνεται να είναι ο αποτελεσματικότερος τρόπος για την αποτροπή των δυσμενών εκβάσεων στο παιδί [36].

1.7 Θεραπευτική αντιμετώπιση-Παρέμβαση

1.7.1 Θεραπεία

Επιστημονικές μελέτες υποστηρίζουν ότι η επιλόχειος κατάθλιψη, θεραπεύεται χρησιμοποιώντας μια ποικιλία μεθόδων. Στόχο πρέπει να αποτελεί ο μετριασμός της πρωταρχικής αιτίας του προβλήματος. Η θεραπεία μπορεί να είναι φαρμακολογική και μη φαρμακολογική.

Ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές επεξεργασίες

Πολλές μητέρες με επιλόχεια κατάθλιψη ανησυχούν για τη χρήση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, λόγω της έκθεσης του νηπίου στο φάρμακο και προτιμούν την ψυχολογική θεραπεία. Οι δύο συνηθέστερες ψυχολογικές θεραπείες που έχουν βρεθεί να είναι ευεργετικές, είναι η διαπροσωπική θεραπεία και η γνωστικό-συμπεριφορική θεραπεία. Η ψυχοθεραπεία επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πρόσθετη θεραπεία στη φαρμακολογική, σε μέτρια έως βαριά επιλόχεια κατάθλιψη.

Σε έρευνα διαφάνηκε ότι, οι ψυχοκοινωνικές και οι ψυχολογικές επεμβάσεις μειώνουν την κατάθλιψη και αποτελούν βιώσιμες επιλογές για την επεξεργασία PPD. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία βρέθηκε να είναι ευεργετική για την ανακούφιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και για τη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας των θεραπευομένων γυναικών.

Πολλοί παθολόγοι επίσης, ενθαρρύνουν τις γυναίκες με PPD για άσκηση, βελονισμό, μασάζ, να εκτίθενται επαρκώς στο πρωινό φως και να επιδιώκουν την υποστήριξη από άλλους[3].

Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία

Η διαπροσωπική θεραπεία είναι η ψυχοθεραπεία που στοχεύει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων των ασθενών και στη βελτίωση της διαπροσωπικής λειτουργίας τους. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία για PPD ακολουθεί το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο, που υπογραμμίζει ότι βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες συνυπάρχουν στο άτομο.

Για τις γυναίκες που έχουν γεννήσει πρέπει να δοθεί έμφαση στις σχέσεις της γυναίκας με το μωρό της, τον σύντροφό της, την οικογένεια και τους φίλους. Οι περισσότερες γυναίκες έχουν βρεθεί να έχουν αμφιθυμικά συναισθήματα για τα μωρά τους. Αυτά τα συναισθήματα δεν εκφράζονται συχνά άμεσα με αποτέλεσμα πολλές γυναίκες να εκφράζουν μόνο τα θετικά συναισθήματα για το μωρό τους από φόβο μήπως φανούν ως κακές μητέρες. Εάν μια γυναίκα περιγράφει ισχυρά αρνητικά συναισθήματα προς το παιδί της, πρέπει να πραγματοποιηθεί μια εκτενής αξιολόγηση.

Όσον αφορά στις τεχνικές της διαπροσωπικής θεραπείας για PPD, η υποστήριξη των ρόλων είναι χρήσιμη για τη βοήθεια των ασθενών. Ο ασθενής πρέπει πρώτα να πάρει το ρόλο του συντρόφου του, εκτιμώντας ότι ο θεράπων παίζει το ρόλο του ασθενή. Η αντιστροφή ρόλου είναι χρήσιμη για την ενίσχυση του ασθενούς να καταλάβει τη θέση του συντρόφου του. Ο θεράπων μπορεί να δώσει άμεσες συμβουλές στην ασθενή σχετικά με τη φροντίδα των παιδιών, με προβλήματα σίτισης, ύπνου ή περιποίησης. Εάν είναι εφικτό, ο θεράπων πρέπει να καθοδηγήσει τον ασθενή να αναπτύξει τεχνικές επίλυσης του προβλήματος και όχι να τον συμβουλέψει[28].

Γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία

Η Γνωστικό-συμπεριφορική θεραπεία θεωρείται μια αποτελεσματική θεραπεία για την κατάθλιψη και βασίζεται στην προϋπόθεση ότι οι αντιλήψεις και οι συμπεριφορές συνδέονται στενά με τη διάθεση. Η συγκεκριμένη επεξεργασία εστιάζει στην τροποποίηση διαστρεβλωμένων αρνητικών σκέψεων των καταθλιπτικών ασθενών και στην πραγματοποίηση συμπεριφοριστικών αλλαγών που μειώνουν το στρες.

Βελονισμός ,μασάζ, άσκηση

Ο βελονισμός είναι μια αρχαία κινέζικη παράδοση και αφορά τον χειρισμό βελόνων, που παρεμβάλλονται σε διάφορα σημεία του σώματος για την ανακούφιση του πόνου. Σε μελέτη καθορίστηκε ως αποτελεσματική άσκηση σε γυναίκες με PPD ,δραστηριότητες μέτριας έντασης για 30 λεπτά την ημέρα, για πέντε ημέρες. Γενικά φάνηκε ότι ,όσον αφορά την αποτελεσματικότητα αυτών των μορφών για την μείωση των μητρικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων , είναι περιορισμένη. Παρόλα αυτά αυτές οι επεμβάσεις αυτές θεωρούνται ευεργετικές και ωφέλιμες για την υγεία της μητέρας και του βρέφους[14].

Φαρμακοθεραπεία

Διαπιστώθηκε ότι το paroxetine, το setraline και το nortriptyline ανιχνεύονται ελάχιστα στο βρέφος και έχουν σπάνια δυσμενή αποτελέσματα σε αυτό. Πρέπει πάντα να εξετάζεται το ιστορικό του ασθενούς για αντικαταθλιπτικά χάπια πριν οριστεί το οποιοδήποτε νέο φάρμακο[3].

Πρακτικές οδηγίες και κλινικές συστάσεις

Έρευνα πρότεινε ότι ,μια συνεργάσιμη επεξεργασία με τον ψυχίατρο και τον παιδίατρο είναι κρίσιμη προκειμένου να εκπαιδευθεί ο ασθενής. Όσον αφορά στη θεραπεία της κατάθλιψης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, η καταπραϊντική χρήση στις έγκυες είναι συχνά απαραίτητη για την αποτροπή μητρικής ψυχιατρικής ασθένειας. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση παρέχει ένα πλαίσιο στοιχείων για τα ασφαλή ψυχοτροπικά φάρμακα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλακτοπαραγωγής[7].

1.7.2 Παρέμβαση

Έρευνες πρότειναν ότι για την διευκόλυνση της κοινωνικής υποστήριξης για τις μητέρες κατά την περίοδο μετά τον τοκετό, σημαντικός θεωρείται ο ρόλος που έπαιζαν οι μαίες και οι νοσηλεύτριες. Έχει βρεθεί ότι αυτήν η υποστήριξη μπορεί να βοηθήσει στη μετάβαση μιας γυναίκας στη μητρότητα. Εντούτοις, η παροχή ενημερωτικής υποστήριξης δεν έχει βρεθεί να ωφελεί κάπου[9].

Οι νοσηλεύτριες που φροντίζουν τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της προγενέθλιας και της επιλόχειας περιόδου έχουν την ευκαιρία να χτίσουν τη σχέση τους με τους ασθενείς, να τους εκπαιδεύσουν και να διαλύσουν τους μύθους για τα συμπτώματα για PPD. Η εκπαίδευση πρέπει να περιλαμβάνει τα σημάδια και τα συμπτώματα για PPD καθώς επίσης και τη σημασία της έγκαιρης παρέμβασης για επιδίωξη πνευματικής υγείας [37].

Έρευνα πρότεινε ότι, οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν γνωστικές και συμπεριφοριστικές τεχνικές, μπορεί να είναι χρήσιμες και να παρέχουν στις μητέρες στρατηγικές για να εξετάσουν τα προβλήματά τους[5]. Οι νοσοκομειακοί γιατροί και οι ασθενείς μπορούν να ενσωματώσουν συμπεριφοριστικές επεμβάσεις για να βελτιωθεί η ποιότητα του ύπνου κατά τη διάρκεια της περιγενέθλιας περιόδου[2].

Ακόμη, σε μελέτη φανερώθηκε ότι, η απευθείας σύνδεση με ομάδες στήριξης προσέφερε ένα συναισθηματικό, ενημερωτικό, προσιτό και μη επικριτικό περιβάλλον στις γυναίκες με PPD. Οι συμμετέχοντες φρόντιζαν ο ένας τον άλλον και παρείχαν έναν ασφαλή χώρο για να αποκαλύψουν τις αρνητικές σκέψεις για την μητρότητα, που αντιμετωπίζονται ως κοινωνικά απαράδεκτες. Εξέφραζαν τη θλίψη, την ανησυχία ακόμη και την απέχθεια για το παιδί τους. Μερικοί από τους συμμετέχοντες πήραν το ρόλο του ειδικού βασιζόμενοι μόνο στις δικές τους εμπειρίες επιλόχειας κατάθλιψης[1].

Σε άλλη έρευνα αποδείχθηκε ότι η παρέμβαση εκφραστικού γραψίματος μείωσε την κατάθλιψη και τα μετά τραυματικά συμπτώματα πίεσης σε γυναίκες μετά τον τοκετό[38].

Τέλος επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκόμων και των ψυχολόγων, έχουν βρεθεί να προωθούν την ποιότητα της αλληλεπίδρασης μεταξύ μητέρας βρέφους. Εντούτοις, κάποιες μητέρες μπορεί να δηλώνουν προτίμηση για παροχή βοήθειας από άλλες μητέρες. Βρέθηκε ότι, μητέρες με PPD, θεωρούν πως η τηλεφωνική υποστήριξη μπορεί να προσφέρει περισσότερη μυστικότητα, ευελιξία και αποφυγή κοινωνικού στίγματος. Από την άλλη η διδασκαλία αλληλεπίδρασης μητέρας-βρέφους θεωρείται δύσκολο να πραγματοποιηθεί τηλεφωνικώς με επιτυχία.

Η διεπιστημονική συνεργασία, η εντατική εκπαίδευση ασθενών, η διαχείριση περίπτωσης και η τηλεφωνική υποστήριξη, φάνηκε να βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας για κατάθλιψη [39].

1.8 Επιλόχειος κατάθλιψη -πατέρας

Ο ρόλος του πατέρα την περίοδο μετά τον τοκετό θεωρείται κρίσιμος, δεδομένου ότι μπορεί να παρέχει μέρος της κοινωνικής υποστήριξης της μητέρας, μέσω της διανομής στα γονικά καθήκοντα και της παροχής βοήθειας όπου χρειαστεί.

Η γέννηση ενός παιδιού είναι επίσης ένα σημαντικό γεγονός και για τους πατέρες και έχει αποδειχθεί διπλή αύξηση στην πατρική ψυχοπαθολογία κατά την μεταγεννητική περίοδο. Σε έρευνα, φανερώθηκε ότι η πατρική ψυχοπαθολογία, μπορεί να επηρεάσει άμεσα τα μητρικά καταθλιπτικά συμπτώματα, κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά τον τοκετό [24].

Σε πολλές μελέτες η πνευματική υγεία του πατέρα αγνοείται κατά την μεταγεννητική περίοδο. Εντούτοις, έχει προταθεί ότι μερικοί πατέρες κινδυνεύουν για PPD. Αποτελέσματα μελέτης έδειξαν ότι, τα συμπτώματα κατάθλιψης στους άνδρες μπορούν να πάρουν τις ακόλουθες μορφές αντί της θλίψης, όπως αναταραχή, απομόνωση, παράνοια, επιθετικότητα, οξυθυμία, αβεβαιότητα, βία, ανησυχία, κατάχρηση αλκοόλ και εξάρτηση από ουσίες και σύνναψη παράνομων σχέσεων. Το PPD του πατέρα έχει μυστήρια έναρξη και ακολουθείται συχνά από το PPD της μητέρας.

Η άφιξη ενός νέου μωρού στην οικογένεια, μπορεί να προκαλέσει στρες, το οποίο καθιστά τους γονείς τρωτούς στην κατάθλιψη και προκαλεί γονική δυσλειτουργία και δυσμενή αποτελέσματα στη διανοητική υγεία.

Οι μελέτες που ερευνούν τους παράγοντες κινδύνου για PPD του πατέρα, είναι αντιφατικές. Ως πιθανές αιτίες έχουν προταθεί το PPD της μητέρας, μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ανάρμοστη σχέση με τη σύζυγο, η ανεργία, η απόκτηση κόρης, το ιστορικό κατάθλιψης του πατέρα, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, η κατάθλιψη της συζύγου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η έλλειψη αρσενικών προτύπων.

Στη μελέτη φάνηκε ότι το PPD του πατέρα δεν συνδέθηκε με την κοινωνική στήριξη. Τα αποτελέσματα για το PPD πατέρα, τις επιπτώσεις του και τους παράγοντες κινδύνου θεωρούνται ανεπαρκή[40].

Επί πρόσθετα, μετανάλυση παρουσίασε ότι, η μητρική κατάθλιψη θεωρείται ένας ισχυρός προάγγελος για την κατάθλιψη στους πατέρες μετά τον τοκετό. Επίσης, φάνηκε ότι η κατάθλιψη στους πατέρες ξεκινά συνήθως μετά από την μητρική κατάθλιψη και αυξάνεται κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά τον τοκετό [18]. Αυτή η σχέση θεωρείται ασαφής, όμως σε μελέτη προτάθηκε ότι οι σύντροφοι καταθλιπτικών γυναικών, αισθάνθηκαν λιγότερο υποστηριγμένοι, φόβο, σύγχυση, απογοήτευση, ανικανότητα, θυμό, αναστάτωση και μια αβεβαιότητα για το μέλλον[34].

Ακόμη, έρευνες που πραγματοποιήθηκαν, αποκάλυψαν ότι έχοντας έναν καταθλιπτικό σύντροφο ή έναν σύντροφο με υψηλό επίπεδο καταθλιπτικών συμπτωμάτων, μπορεί να αυξηθούν τα συμπτώματα κατάθλιψης στους πατέρες μετά τον τοκετό. Επιπλέον, μια μη υποστηρικτική συζυγική σχέση, η πατρική ανεργία, η ανωριμότητα και μια μη επιθυμητή εγκυμοσύνη, αποτελούν επίσης παράγοντες που βρέθηκαν να συσχετίζονται με το πατρικό PPD.

Για παράδειγμα σε έρευνα που διενεργήθηκε από τους Areias et al.,(1996), χρησιμοποιώντας ημι-δομημένες συνεντεύξεις, ανέφεραν ότι το 4.8% των ατόμων ,από τα 42 άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη τους, ήταν πιεσμένα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της συντρόφου τους[6].

Συμπεράσματα μελέτης πρότειναν ότι , το πλαίσιο της σχέσης, συμπεριλαμβανομένων των διαφορετικών μορφών της συντροφικής βίας(IPV) ,αποτελούν σημαντικά συστατικά για την πνευματική υγεία των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό [41].

Ακόμη, σε έρευνα τονίστηκε ότι η οξυθυμία και ο θυμός, θεωρούνται κοινά συμπτώματα της κατάθλιψης και μπορεί να εμπλέκονται με την αυξανόμενη πιθανότητα της χρήσης βίας από καταθλιπτικούς πατέρες στα 1έτους παιδιά τους. Επίσης, η ανηδονία (απώλεια κινήτρου ή ενδιαφέροντος για συμμετοχή σε δραστηριότητες), βρέθηκε να εμπλέκεται άμεσα με το γεγονός καταθλιπτικοί πατέρες να διαβάζουν λιγότερο τα παιδιά τους. Οι καταθλιπτικοί πατέρες μπορεί να ήταν πιθανότερο να εκθέσουν δυσμενείς συμπεριφορές, λόγω χαμηλής διάθεσης.

Πρόσφατη μελέτη πρότεινε ότι, η πατρική κατάθλιψη συνδέθηκε με την ανάπτυξη δύσκολου ταμπεραμέντου στα αγόρια κατά την εφηβική περίοδο. Οι παιδίατροι πρέπει να είναι σαφείς για την αντιμετώπιση συναισθημάτων απογοήτευσης και να προωθούν τους πατέρες, ιδιαίτερα τους καταθλιπτικούς πατέρες, να διαβάζουν τα παιδιά τους.

Σε μελέτη βρέθηκε ότι το 7% των πατέρων που ζουν με τα 1 χρόνια παιδιά τους, εξέθεσαν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο κατά τον προηγούμενο χρόνο [42].

Τέλος ,σε μελέτη παρατηρήθηκε ότι, το πατρικό PPD, εμφανίζεται να έχει μακροπρόθεσμα αποτελέσματα ,και να σχετίζεται με συμπεριφοριστικά και κοινωνικά προβλήματα στα παιδιά. Βρέθηκε ,η πατρική κατάθλιψη να είναι έντονα συνδεδεμένη με την ψυχιατρική διάγνωση σε παιδιά εφτά ετών. Το 12% των παιδιών με καταθλιπτικούς πατέρες διαγνώστηκαν με αναταραχή υπερδραστηριότητας, διάσπαση προσοχής και προκλητική αναταραχή συμπεριφοράς[34] .

Επομένως, ένα πλήρες πρότυπο ανάπτυξης των καταθλιπτικών όρων, που συμπεριλαμβάνει τις βιο-ψυχοκοινωνικές μεταβλητές ,για την αποτελεσματική καθοδήγηση και εκπαίδευση των νέων πατέρων κατά τη διάρκεια της μεταγεννητικής περιόδου, απαιτείται.

1.9 Επιλόχειος κατάθλιψη-πολιτισμός

Μελέτες, φανέρωσαν ότι ο πολιτισμός και συγκεκριμένες πρακτικές και τελετές μετά τον τοκετό, παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιλόχεια κατάθλιψη και στην αποκατάσταση της σχέσης μητέρας-νηπίου[37].

Υπάρχει μια διαμάχη ως προς το εάν η αγροτική κατοικία αποτελεί έναν προστατευτικό ή έναν παράγοντα κινδύνου για την πνευματική υγεία. Η αγροτική κατοικία βρέθηκε να συνδέεται με χαμηλό εισόδημα, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, έλλειψη ασφάλειας και φτωχή ποιότητα ζωής, που μπορεί να συμβάλλουν στην αρχή της ψυχιατρικής ασθένειας και στην έλλειψη πνευματικών υπηρεσιών υγείας, στις οποίες η πρόσβαση των γυναικών μπορεί να είναι δύσκολη. Αυτό μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις για τις γυναίκες που αναγκάζονται να υπομένουν τα συμπτώματα κατάθλιψης μόνες τους ή να καθυστερούν να λάβουν την κατάλληλη θεραπεία.

Μελέτες, παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης μεταξύ ατόμων που ζουν σε αγροτικές κοινωνίες έναντι εκείνων που ζουν σε μεγάλα αστικά κέντρα. Για παράδειγμα στις Ηνωμένες Πολιτείες το ποσοστό αυτοκτονίας μεταξύ καταθλιπτικών ατόμων, είναι υψηλότερο στις αγροτικές από ότι στις αστικές περιοχές.

Σε μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε, φάνηκε ότι οι χαμηλού εισοδήματος γυναίκες στο Μεξικό και οι γυναίκες που ζουν σε αγροτικές περιοχές στην Αιθιοπία και στη Ρουάντα, αναφέρθηκε να έχουν αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη. Πιθανοί παράγοντες κινδύνου, που συνδέονται με την κατάθλιψη μεταξύ των αγροτισσών γυναικών, φαίνεται να αποτελούν ο χαμηλός αυτοσεβασμός και η έκθεση σε βία από τους συντρόφους τους, πέραν των καθιερωμένων παραγόντων κινδύνου κατάθλιψης που ισχύουν στον γενικό πληθυσμό γυναικών.

Από την άλλη, έρευνες προτείνουν ότι τα άτομα στις αγροτικές κοινότητες, μπορεί να είναι πιθανότερο σε σχέση με τις αστικές, να βιώνουν ένα άμεσο οικογενειακό περιβάλλον και να προτιμούν τους φίλους και την οικογένεια για υποστήριξη, παρά τους επαγγελματίες υγείας.

Η έλλειψη εμπιστοσύνης, ο φόβος του στίγματος, η μη επιθυμία για βοήθεια και η έλλειψη γνώσης για την κατάθλιψη μπορούν επίσης να περιορίσουν την πρόσβαση των γυναικών για θεραπεία.

Επιπλέον, προτάθηκε ότι εκτός των κοινωνικό δημογραφικών ή διαπροσωπικών παραγόντων, μπορεί και η αλληλεπίδραση γονιδίου-περιβάλλοντος να συμβάλλει στον κίνδυνο για PPD μεταξύ αγροτισσών γυναικών. Σε έρευνα η ψυχοθεραπεία, αποδείχθηκε να είναι αποτελεσματική για την επεξεργασία της κατάθλιψης στα αγροτικά προγράμματα της Uganda.

Τα προγράμματα δημόσιας υγείας που απευθύνονται σε αγρότισσες με PPD, πρέπει να περιλαμβάνουν την πρόληψη, την ανίχνευση και πρωτοβουλίες επεξεργασίας με στόχο τη μείωση του στίγματος και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επιπλέον, ομάδες στήριξης, ψυχιατρικές επεμβάσεις και παροχή συμβουλών, πρέπει να διατίθενται στις περιγενέθλιες αγρότισσες[43].

Σε έρευνα αποδείχθηκε ότι καταθλιπτικά συμπτώματα μετά τον τοκετό, αναφέρθηκαν από γυναίκες από διάφορες φυλές και ομάδες εθνικής μειονότητας που απεικονίζουν διαφορές στις πολιτιστικές

προσδοκίες και αντιλήψεις για τη μητρότητα.. Βρέθηκε χαμηλό επίπεδο επεξεργασίας επιλόχειας κατάθλιψης μεταξύ όλων των γυναικών χαμηλού εισοδήματος, ιδιαίτερα στις έγχρωμες και Λατίνες γυναίκες. Φάνηκε ότι οι νέγρες και οι Λατίνες ήταν λιγότερο πιθανό από τις λευκές να αρχίσουν να προσέχουν την πνευματική υγεία τους μετά τον τοκετό.

Συγκεκριμένα, εμπόδια στην προσοχή για την πνευματική υγεία μεταξύ των χαμηλού εισοδήματος νέγων και Λατίνων γυναικών , μπορεί να αποτελούν το στίγμα, προβλήματα επικοινωνίας, η ασφαλιστική κάλυψη και ο χρονικός περιορισμός λόγω της φροντίδας των παιδιών[10].

Σε άλλη μια μελέτη, διαφάνηκε ότι η επιλόχειος κατάθλιψη αποτελεί έναν παραμελημένο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στις αναπτυσσόμενες χώρες ,όπως στο Νεπάλ, όχι μόνο στο πλαίσιο της θεραπείας αλλά και στους τομείς έρευνας. Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι κοινή μεταξύ των γυναικών του Νεπάλ και μπορεί να ανιχνευθεί νωρίς μετά τον τοκετό. Πολλοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως οι επιπλοκές της εγκυμοσύνης και τα προβλήματα υγείας του μωρού βρέθηκαν να συνδέονται με PPD [44].

Ακόμη, σε έρευνα επιλέχθηκαν 2279 γυναίκες που παρευρέθηκαν σε κέντρα υγείας στην Ινδία και αξιολογήθηκαν για PPD , με την ιρανική εκδοχή της μεταγεννητικής Κλίμακας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου. Τα αποτελέσματα, έδειξαν ότι ένα υψηλό ποσοστό νέων περιπτώσεων PPD προσδιορίστηκε μεταξύ των γυναικών του Ιράν. Ένας συνδυασμός ψυχολογικών, κοινωνικών, μαιευτικών και δημογραφικών παραγόντων , φάνηκε να μπορεί να καταστήσει τις μητέρες στο Ιράν τρωτές για PPP[45].

Σε ακόμη μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε μητέρες στην Ινδία, αποδείχθηκε ότι η γνωστικό συμπεριφοριστική επέμβαση είναι αποτελεσματική για τη μείωση κινδύνου PPD για τις νέες μητέρες[46]. .Διαχρονική μελέτη ομάδων, ερευνήσε την επικράτηση για την κατάθλιψη σε νέες μητέρες που ζουν στην Ταϊβάν. Η επικράτηση της κατάθλιψης, βρέθηκε να είναι 17% πριν τον τοκετό και 24% μετά τον τοκετό. Παράγοντες κινδύνου που συνδέθηκαν με PPD , ήταν ο αυτοσεβασμός και η ψυχιατρική νοσηρότητα[47].

Αποτελέσματα ερευνών, έδειξαν ότι η πίεση της μετανάστευσης, η έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, τα αγχωτικά γεγονότα της ζωής, και η βία των συντρόφων, συνδέθηκαν με την ανάπτυξη PPD μεταξύ των αραβισσών γυναικών και των γυναικών που έχουν μεταναστεύσει στις βιομηχανικές χώρες [11].

Στη Νότια Αφρική βρέθηκε ότι , οι επεμβάσεις παροχής συμβουλών , συστήνονται για να χτίσουν τον αυτοσεβασμό και να εξετάσουν τα προβλήματα σχέσεων στις γυναίκες μετά τον τοκετό [48].

Εν κατακλείδι, βρέθηκε ότι η κοινωνική στέρηση, η ηλικία και η ισότητα επηρεάζουν τον κίνδυνο συναισθηματικής ψύχωσης, κατάθλιψης και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών κατά τη διάρκεια της περιόδου μετά τον τοκετό, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων εβδομάδων μετά από τον τοκετό [49].

2.Ειδικό Μέρος

2.1 Μελέτη Περιστατικού επιλόχειας κατάθλιψης – Ποιοτική Έρευνα

Η ποιοτική έρευνα αποτελεί την ενδεδειγμένη μεθοδολογία με την οποία απαντώνται τα ερωτήματα που σχετίζονται με το "Γιατί;" και το "Πώς;" των φαινομένων. Θεωρείται μια κατά βάση διερευνητική μέθοδος. Στοχεύει περισσότερο στην ανάδειξη νέων τυποποιήσεων και θεωρητικών μοντέλων παρά στην επαλήθευση υποθέσεων ή στη γενίκευση σε ένα μεγαλύτερο πληθυσμό. Βασικό πλεονέκτημα των ποιοτικών μεθόδων, είναι η ευελιξία που χαρακτηρίζει την διερευνητική διαδικασία.

Η ποιοτική έρευνα αποτελεί την κατάλληλη μεθοδολογική επιλογή για να διερευνηθούν σε βάθος οι αναπαραστάσεις, οι στάσεις, οι αντιλήψεις, τα κίνητρα, καθώς και τα συναισθηματικά και τα δεδομένα της συμπεριφοράς των ατόμων. Στόχο της ποιοτικής έρευνας δεν αποτελεί απλά η περιγραφή μιας στάσης ή μιας συμπεριφοράς αλλά η ολιστική της κατανόηση. Η ποιοτική έρευνα διερευνά την εμπειρία των ατόμων και τα υποκειμενικά νοήματα που τη συγκροτούν, εστιάζοντας πάντα στο ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο εγγράφεται. Χαρακτηριστικά της ποιοτικής προσέγγισης είναι το μικρό δείγμα συμμετεχόντων, η ανάλυση λόγου ή και κειμένων.

2.2 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ποιοτικής μελέτης είναι να διαπιστωθεί αν υπάρχουν αρνητικές ταυτίσεις των γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη με το μητρικό μορφοείδωλο. Ακόμη, διερευνάται η ανάδειξη των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τόσο την ποιότητα ζωής των γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη όσο και τα προβλήματα της ψυχοπαθολογίας τους.

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Οι αρνητικές ταυτίσεις συνδέονται με συνθήκες που οδηγούν στο φόβο και τη μείωση της ατομικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (π.χ. ασθένεια, ελλειμματικότητα, εξαρτήσεις), παράγοντες που οδηγούν σε κοινωνικούς φόβους. Ως προς τις αρνητικές ταυτίσεις των γυναικών με επιλόχεια

κατάθλιψη με την αρχική μητέρα, η υπόθεσή μας είναι ότι οι γυναίκες με διαγνωσμένη επιλόχεια κατάθλιψη δεν θα μπορούν να ταυτιστούν με το μητρικό μορφοείδωλο.

• Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση των αρνητικών ταυτίσεων και της ανώριμης προσωπικότητας και της ψυχοπαθολογίας με την επιλόχεια κατάθλιψη και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου τους. Κατά συνέπεια, και σύμφωνα με τις προαναφερθείσες μελέτες, ως προς την ψυχοπαθολογία, η υπόθεσή μας είναι ότι οι γυναίκες με διαγνωσμένη επιλόχεια κατάθλιψη θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και υψηλότερα σε σχέση με το δείγμα ελληνικού πληθυσμού, και ανώριμης προσωπικότητας.

2.3 Μεθοδολογική προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος

Η συγκεκριμένη έρευνα είναι ποιοτική και περιγράφει τις απόψεις μιας γυναίκας 46 ετών που πέρασε στο παρελθόν επιλόχεια κατάθλιψη και τον τρόπο με τον οποίο η ίδια αντιλαμβάνεται αυτήν την εμπειρία. Η επιλογή της ποιοτικής έρευνας για τη διερεύνηση των παραπάνω ερωτημάτων, με τη χρήση της συνέντευξης, ως εργαλείο διαλογής πληροφοριών, θεωρήθηκε η καταλληλότερη. Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε σε προσωπικές παρατηρήσεις και ερμηνείες της ψυχολόγου απέναντι στα θέματα των εμπειριών, του τρόπου και της ποιότητας της ζωής της συνεντευξιαζόμενης.

Για τη μεθοδολογική προσέγγιση των ερευνητικών ζητημάτων, όπως έχει ήδη αναφερθεί, επιλέχθηκε η ποιοτική έρευνα, η οποία επιτρέπει στον ερευνητή να επιχειρήσει τη βαθύτερη μελέτη και κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα ίδια τα υποκείμενα αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν και δίνουν νόημα στα υπό μελέτη κοινωνικά φαινόμενα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στις αρχές Μαρτίου του 2016 με την διεξαγωγή δύο συνεντεύξεων, που διήρκησαν συνολικά δύο ώρες. Διενεργήθηκε η μαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων και τηρήθηκε η ανωνυμία, μετά από αίτημα της συνεντευξιαζόμενης.

Έπειτα από τις συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκε η απομαγνητοφώνηση τους, προκειμένου να προβούν οι συγκρίσεις και αναλύσεις. Μετά από την συλλογή του παραπάνω υλικού πραγματοποιήθηκαν περαιτέρω αναλύσεις με σκοπό τη διεξαγωγή συμπερασμάτων για τις αντιλήψεις της συνεντευξιαζόμενης σχετικά με τα ερευνητικά ερωτήματα.

2.4 Πρώτη Αξιολόγηση Περιστατικού(Μάρτιος 2016)

Στις 3 Μαρτίου πραγματοποιήθηκε η πρώτη συνέντευξη που διήρκησε συνολικά μία ώρα. Αρχικά παρατηρήθηκε ότι η συνεντευξιαζόμενη ήταν διστακτική, συνεσταλμένη, ευγενική, ντροπαλή,

συνεργάσιμη και πολλές φορές αγχωμένη για την ολοκλήρωση και τη σωστή διατύπωση μιας φράσης. Ακόμη πολλές φορές έκανε μεγάλες παύσεις πριν απαντήσει ή οι απαντήσεις της ξετύλιγαν άλλες εμπειρίες της ζωής της ,που αφορούσαν κυρίως δυσάρεστες εμπειρίες από τα παιδικά της χρόνια.

Οι απαντήσεις της αρχικά, ήταν μονολεκτικές και συγκρατημένες. Έπειτα έγιναν πιο αναλυτικές ,αλλά συνέχιζε να δίνει την εντύπωση πως είχε κι άλλα να εξομολογηθεί. Παρουσίαζε αισθήματα ενοχής και φόβου στο να εξωτερικεύσει την εμπειρία της για την επιλόχεια κατάθλιψη ή ακόμα και άλλες εμπειρίες που αφορούσαν το παρελθόν της. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υπήρξε συνεχής βλεμματική επαφή , συνεργατικότητα και προθυμία από πλευράς της συνεντευξιαζόμενης. Οι συνεντεύξεις, πραγματοποιήθηκαν σε ήσυχα μέρη με την ίδια να μην έχει ιδιαίτερες απαιτήσεις για τον τόπο της διεξαγωγής τους.

2.5 Δεύτερη Αξιολόγηση Περιστατικού(Μάρτιος 2016)

Κατά τη διάρκεια της δεύτερης συνέντευξης ,η οποία διεξήχθη στις 17 Μαρτίου και διήρκεσε μία ώρα παρατηρήθηκε σημαντική πρόοδος. Η συνεντευξιαζόμενη δεν ένιωθε πλέον ντροπή ή άγχος και ήταν πιο άνετη, χαλαρή και ανοιχτή. Απαντούσε αυθόρμητα και είχε πλέον ενεργητικό ρόλο στο διάλογο. Ανέφερε συχνά την απώλεια της κοινωνικής και ψυχολογικής στήριξης που βίωσε κατά την περίοδο της επιλόχειας κατάθλιψης .Το συνεχές κλάμα, η απώλεια όρεξης και διάθεσης, οι αϋπνίες και οι επιδρώσεις κατά τη διάρκεια του ύπνου καθώς και η απελπισία που ένιωθε εκείνο το διάστημα αναφέρθηκαν.

Ήταν αρκετά ομιλητική και πολλές φορές το θέμα της συζήτησης ξέφευγε. Η βλεμματική επαφή ήταν συνεχής. Παρατηρήθηκαν παύσεις, κυρίως όταν αναφερόταν σε γεγονότα της ζωής της, που την πλήγωναν για τα παιδικά της χρόνια στο οικοτροφείο, όπου μεγάλωσε και καταβάλλονταν από έντονα φορτισμένα συναισθήματα συγκίνησης. Η έλλειψη της παρουσίας της μητέρας της ήταν αυτό που την φόρτιζε περισσότερο.

Επιπλέον, εξέφραζε το θυμό της χωρίς ενδοιασμούς για πράγματα που την ενοχλούσαν, όπως η απουσία του συζύγου και η έλλειψη κατανόησης από πλευράς του και εξομολογούνταν πιο εύκολα τις σκέψεις και τα συναισθήματά της, χωρίς το αίσθημα ενοχής που είχε αρχικά. Συνέχιζε να δίνει την εντύπωση πως είχε κι άλλα να εξομολογηθεί. Η σεμνότητα και η ευγένεια εξακολουθούσαν να διαφαίνονται στις απαντήσεις της.

2.6 Χαρακτηριστικά του περιστατικού και η εξέλιξη τους

Συνεχής βλεμματική επαφή	Συνεχής βλεμματική επαφή
Αισθήματα ντροπής και άγχους	Πιο ενεργητική και αυθόρμητη στις συναντήσεις.
Αισθήματα ενοχής για την εμπειρία της επιλόχειας κατάθλιψης.	Ξεσπάσματα θυμού και συγκίνησης.
Δυσκολία εξωτερίκευσης συναισθημάτων	Ευκολότερη εξωτερίκευση συναισθημάτων
Μονολεκτικές και συγκρατημένες απαντήσεις	Ομιλητικότητα και άνεση
Έλλειψη αυθόρμητου λόγου	Αυθόρμητη ομιλία
Παύσεις σε γεγονότα που τη συγκινούν.	Λιγότερες παύσεις σε γεγονότα που τη συγκινούν
Συγκρατημένη και συνεσταλμένη.	Περισσότερο άνετη και χαλαρή.
Φορτισμένα συναισθήματα για τα παιδικά της χρόνια	Φορτισμένα συναισθήματα για τα παιδικά της χρόνια

2.7 Αποτελέσματα

Στην αρχή των συνεντεύξεων που διενεργήθηκαν το Μάρτιο του 2016 και διήρκεσαν συνολικά δύο ώρες η κα Λ. ήταν αρχικά ντροπαλή, αγχωμένη, συνεσταλμένη, ολιγομίλητη και δίσταζε να εκφραστεί αυθόρμητα. Ένιωθε ενοχές και τύψεις για την επιλόχεια κατάθλιψη που πέρασε και οι απαντήσεις της ήταν μονολεκτικές και συγκρατημένες. Συχνά η συζήτηση κατέληγε στις δυσκολίες όπου πέρασε κατά τη διάρκεια των παιδικών της χρόνων στο οικοτροφείο, όπου μεγάλωσε . Οι παύσεις κατά τη διάρκεια της πρώτης συνέντευξης ήταν αρκετές.

Δεν υπήρχε αυθόρμητη έναρξη ομιλίας από πλευράς της συνεντευξιαζόμενης και η συζήτηση πολλές φορές γινόταν ανιαρή. Δυσκολευόταν να εξωτερικεύσει την εμπειρία της και να μιλήσει άνετα για ότι έχει περάσει.

Η βλεμματική επαφή ήταν συνεχής και η ίδια ήταν πρόθυμη, ευγενική και συνεργατική. Η κα Λ. δεν εξέφρασε ιδιαίτερη προτίμηση για τον τόπο διεξαγωγής των συνεντεύξεων.

Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων παρατηρήθηκε σημαντική πρόοδος. Η κα Λ. απέβαλε την ντροπή και το άγχος που την κατέβαλαν αρχικά και αναφέρθηκε στην εμπειρία της επιλόχειας κατάθλιψης ,που διήρκεσε συνολικά έξι μήνες και ξεκίνησε από την πρώτη ημέρα στο μαιευτήριο . Ήταν πιο ενεργητική και αυθόρμητη στη συζήτηση.

Ξεκινούσε την αφήγηση των εμπειριών της, χωρίς παρότρυνση. Υπήρχαν ξεσπάσματα θυμού και συγκίνησης κυρίως όταν αναφερόταν στα παιδικά της χρόνια. Παρατηρήθηκε πιο εύκολη εξωτερίκευση συναισθημάτων και οι παύσεις στη συνέντευξη ήταν λιγότερες. Εξέφρασε τα παράπονα ,την απελπισία και την κούραση που ένιωθε όταν γέννησε το τρίτο της παιδί.

Ανέφερε ότι η τρίτη της εγκυμοσύνης ήταν ανεπιθύμητη και πως η ίδια δεν ήθελε το μωρό. Το οικογενειακό της περιβάλλον ήταν εκείνο που την παρότρυνε να το γεννήσει , και υποστήριζε ότι θα τη βοηθούσε.

Μετά τη γέννηση του μωρού, η θλίψη ,η αϋπνία, η απώλεια όρεξης, σκέψεις αυτοκτονίας η χαμηλή αυτοπεποίθηση , η έντονη νευρικότητα και τα αναίτια ξεσπάσματα θυμού , όπως και οι ταλαντεύσεις διάθεσης και η έλλειψη όρεξης για πραγματοποίηση δραστηριοτήτων, καθώς και η αποχή από σεξουαλικές επαφές για αρκετό διάστημα ,αποτελούσαν κάποια από τα χαρακτηριστικά συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης, όπου αναφέρθηκαν .

Τονίστηκε η έλλειψη της κοινωνικής υποστήριξης από φίλους και συγγενείς μετά τον τοκετό, ιδιαίτερα η έλλειψη της συζυγικής υποστήριξης, ενώ το πρόβλημά της δεν ανέφερε να είναι οικονομικό.

Η απώλεια της παρουσίας της μητέρας της και στις γέννες της και κατά τη διάρκεια των παιδικών της ετών αναφέρθηκαν. Η ψυχολογική υποστήριξη από τον σύζυγό της είναι κάτι που χρειαζόταν και χρειάζεται ακόμα όπως συμπέρανε.

Η αβοηθησία ,η απελπισία και η συνεχής κούραση που ένιωθε, η έντονη νευρικότητα, το συνεχές κλάμα και οι επιδρώσεις που την δυσκόλευαν κατά τη διάρκεια του ύπνου εκείνη την περίοδο τονίστηκαν, καθ ' όλη τη διάρκεια των συνεντεύξεων.

Θεωρήθηκε ότι το αγροτικό περιβάλλον στο οποίο μεγάλωσε η ίδια και ο σύντροφός της έπαιξε ρόλο στην εμπειρία της, καθώς η ίδια δεν ζήτησε βοήθεια από κανέναν και δεν βρήκε κατανόηση από το οικογενειακό της περιβάλλον.

2.8 Ανάλυση Περιεχομένου

Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων ,που πραγματοποιήθηκαν στις αρχές Μαρτίου του 2016 και διήρκεσαν συνολικά δύο ώρες η κα Λ. αφηγήθηκε την εμπειρία της επιλόχειας κατάθλιψης που πέρασε ,για το διάστημα των έξι μηνών μετά τη γέννηση της τρίτης κόρης της. Υπήρχαν ξεσπάσματα θυμού, συγκίνησης και αρκετές παύσεις, κυρίως όταν αναφερόταν στα παιδικά της χρόνια.

Εξέφρασε τα παράπονα ,την απελπισία και την κούραση που ένιωθε όταν γέννησε το τρίτο της παιδί. Όσον αφορά στην περίοδο της επιλόχειας κατάθλιψης, αναφέρθηκαν η θλίψη ,η αϋπνία, η απώλεια όρεξης, η χαμηλή αυτοπεποίθηση , η έντονη νευρικότητα και τα αναίτια ξεσπάσματα θυμού , όπως και οι ταλαντεύσεις διάθεσης και η έλλειψη όρεξης για πραγματοποίηση δραστηριοτήτων, καθώς και η αποχή από σεξουαλικές επαφές για αρκετό διάστημα.

Τονίστηκε η έλλειψη της κοινωνικής υποστήριξης από φίλους και συγγενείς, ιδιαίτερα η απώλεια της παρουσίας της μητέρας μετά τον τοκετό, και η έλλειψη της συζυγικής υποστήριξης, ενώ το πρόβλημά της δεν ανέφερε να είναι οικονομικό. Η αβοηθησία και η απελπισία που ένιωθε, η έντονη νευρικότητα, το συνεχές κλάμα και οι εφιδρώσεις κατά τη διάρκεια του ύπνου ,εκείνη την περίοδο συχνά επισημάνθηκαν καθ ‘ όλη τη διάρκεια των συνεντεύξεων.

Ποιά τα συμπτώματα στις γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη;

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας που έχει επιπτώσεις σε 10-15% των γυναικών παγκοσμίως και εμφανίζεται σε διάστημα ενός έτους μετά τον τοκετό. Χαρακτηρίζεται από κλάμα ,μελαγχολία, συναισθηματική αστάθεια, αισθήματα ενοχής απώλεια όρεξης, αυτοκτονικό ιδεασμό, διαταραχές ύπνου , φτωχή συγκέντρωση και μνήμη, κούραση και οξυθυμία όπως και συναισθήματα ανεπάρκειας και ανικανότητας απέναντι στο βρέφος. Το PPD μπορεί να έχει αυστηρές συνέπειες για το βρέφος όπως αναπτυξιακή στέρηση, φτωχή ανάπτυξη , που εξασθενίζουν τη σχέση μητέρας βρέφους.

Το DSM-IV καθορίζει το PPD ως την υποκατηγορία μιας σημαντικής καταθλιπτικής αναταραχής. Η επιλόχεια κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από θλίψη ή απώλεια ενδιαφέροντος , φτωχή συγκέντρωση, διαταραχή όρεξης, έλλειψη ύπνου πέρα από αυτή που απαιτείται για την προσοχή του μωρού, έλλειψη ανησυχίας ή υπερβολική ανησυχία για το μωρό, σταθερή κούραση και ανησυχία ή οξυθυμία. Ξεκινά μέσα σε τέσσερις εβδομάδες μετά τη γέννα [3].

Γενικά τα συμπτώματα του PPD περιλαμβάνουν αλλαγές στον ύπνο , στα σχέδια και στις δραστηριότητες μιας γυναίκας. Βασικά σημάδια και συμπτώματα για PPD αποτελούν η ανικανότητα για ύπνο ή για πολύ ύπνο, ταλάντευση διάθεσης, αλλαγές στην όρεξη, φόβος και ακραία ανησυχία για το μωρό, θλίψη ή υπερβολικές φωνές, συναισθήματα αμφιβολίας, ενοχής και ανικανότητας ,δυσκολία σε Συγκέντρωση και Μνήμη, απώλεια ενδιαφέροντος για τα χόμπι και τις συνηθισμένες δραστηριότητες και επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου, που μπορεί να περιλαμβάνουν τη σκέψη ή ακόμα και τον προγραμματισμό αυτοκτονίας[3].

Τα περισσότερα από τα παραπάνω χαρακτηριστικά διαπιστώθηκε ότι χαρακτηρίζουν την περίπτωση της κα Λ. Η ανικανότητα για ύπνο λόγω άγχους και συχνών επιδρώσεων, η χαμηλή όρεξη, συχνές αλλαγές στη διάθεση, θλίψη, οξυθυμία, σταθερή κούραση, υπερβολικές φωνές και νευρικότητα, απώλεια ενδιαφέροντος για οποιαδήποτε δραστηριότητα ,συνεχές κλάμα, αναφέρθηκαν κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων. Επιπλέον επαναλαμβανόμενες σκέψεις ότι το βρέφος μπορεί να μην κατάφερνε να ζήσει ,είτε πως η ίδια δεν ήθελε να ζει πια επισημάνθηκαν.

‘Όλα με ενοχλούσαν, τα πάντα ,το παραμικρό ...εκνευριζόμουν και φώναζα στις άλλες δύο. ’

‘Ωχ,... Η πρώτη μέρα ήταν ...Με το που άνοιξα την πόρτα και μπήκα μέσα άρχισα να κλαίω από την πόρτα ..με ρωτούσε ο Γ. γιατί κλαίς, θες τίποτα ,θες να σου φωνάξω τη μαμά σου να έρθει... του είπα ότι δεν θα μπορέσω να τα βγάλω πέρα και λέει έ σιγά μωρέ δύο παιδιά έχουμε τι είναι και ένα τρίτο ...δεν μπορούσε να καταλάβει..δεν ήξερε τι τραβούσα εγώ’

‘Ηθελα κάποιον να πάω μια βόλτα, αισθανόμουν ότι είχα βαλτώσει ήμουν τελείως αβοήθητη. ’

‘Αισθανόμουν ντροπή ,θα με κορόιδευαν , θα έλεγαν τώρα γέννησε αυτή αντί να είναι χαρούμενη... Οι άλλες ήταν χαρούμενες ήταν τα πρώτα τους ..είχαν τους γονείς τους δίπλα ,ερχόταν κόσμος,..’

‘Είχα τρομερό άγχος δεν μπορούσα να κοιμηθώ το βράδυ.. ’

‘Μέχρι και να πηδήξω από το μπαλκόνι μου ερχόταν μερικές φορές ’

‘ Είχα και άλλα προβλήματα δηλαδή κρύωνα το βράδυ και ενώ είχε ζέστη μέσα στο σπίτι με έπιανε ρίγος όταν πήγαινα να κοιμηθώ.. ’

Ποιά τα διαγνωστικά κριτήρια για την επιλόχεια κατάθλιψη;

Οι μελέτες προτείνουν ότι ,τα διαγνωστικά κριτήρια της επιλόχειας κατάθλιψης, όπως καθορίζονται από το διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-IV ,περιλαμβάνουν τουλάχιστον δύο εβδομάδες επίμονης χαμηλής διάθεσης ή ανηδονίας, καθώς επίσης τουλάχιστον τέσσερα από τα παρακάτω: αυξημένη ή μειωμένη όρεξη, διαταραχές ύπνου, ψυχοκινητική διαταραχή ,χαμηλή ενέργεια, αισθήματα αναξιοσύνης, χαμηλή συγκέντρωση και αυτοκαταστροφικό ιδεασμό.

Ένα σημαντικό καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να ταξινομηθεί κατά τη μεταγεννητική περίοδο εάν τα καταθλιπτικά συμπτώματα ξεκινήσουν μέσα στις πρώτες τέσσερις εβδομάδες μετά από τη γέννα. Εντούτοις, σε άλλες έρευνες φάνηκε ότι τα καταθλιπτικά επεισόδια είναι πιο κοινά στις γυναίκες στο πρώτο τρίμηνο μετά τον τοκετό[15] .

Πρόσθετα συμπτώματα περιλαμβάνουν συναισθήματα ανεπάρκειας για τη δυνατότητα της νέας μητέρας να φροντίσει το μωρό της και υπερβολική ανησυχία από την πλευρά της, για την ευημερία και την ασφάλεια του μωρού[4].

Στην περίπτωση της κα Λ. παρατηρήθηκε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα ξεκίνησαν αμέσως μετά τον τοκετό στο μαιευτήριο και διήρκεσαν για έξι μήνες με την επίμονη χαμηλή διάθεση, το συνεχές κλάμα, χαμηλή ενέργεια και διαταραχές ύπνου και όρεξης. Αναφέρθηκε πως ένιωθε απόγνωση και απελπισία όταν της παρέδωσαν στο μαιευτήριο το μωρό και ντροπή και ενοχές για αυτά τα συναισθήματα. Από την άλλη δεν αναφέρθηκαν συναισθήματα ανεπάρκειας για την φροντίδα του μωρού ή υπερβολική ανησυχία για την ασφάλειά του.

‘Δεν ήμουν χαρούμενη, είχα άγχος με το που μου το φέρανε... ένιωθα φόβο πώς θα τα μεγαλώσω... όλη την ώρα αυτό σκεφτόμουν πως θα τα μεγαλώσω και τα τρία. Η αδερφή μου μια μέρα κάθισε γιατί σπούδαζε και έκανε την πρακτική της, η μαμά μου δεν μπορούσε να έρθει καθόλου επειδή είχε δουλειές, είχε και βρογχικό άσθμα, ούτε εγώ την ήθελα γιατί φοβόμουν μην αρρωστήσει και έχω κι αυτήν... δεν θα μπορούσε να με βοηθήσει δεν ήξερε πώς να κινηθεί στην πόλη, δεν μπορούσε ούτε από το σπίτι στην κλινική να έρθει, ούτε να πάρει το ασανσέρ μόνη της..ήταν από χωριό και έτσι έμεινα μόνη μου.’

‘Εκλαιγα κάθε μέρα, ιδίως τους τρεις πρώτους μήνες κάθε μέρα ,ειδικά με το που έμπαινε κάποιος στην πόρτα..’

‘Για έξι μήνες, πιο πολύ με δυσκόλευε που δεν μπορούσα να κοιμηθώ το βράδυ’

‘Μετά είχα τύψεις ότι αυτό το μωρό μπορεί να πάθει κάτι, επειδή δεν το ήθελα στην αρχή.’

Ποιοί οι παράγοντες κινδύνου που συντείνουν στην επιλόχεια κατάθλιψη;

Σύμφωνα με μελέτες έχει αποδειχθεί ότι η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες κινδύνου για την επιλόχεια κατάθλιψη [8]. Έχει δοθεί έμφαση στην επιρροή προσωπικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου για PPD, όπως το προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης, αγχωτικά γεγονότα ζωής, χαμηλή κοινωνική υποστήριξη και συζυγικά προβλήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Σε έρευνα βρέθηκε μια ισχυρή ένωση μεταξύ φτωχής συζυγικής σχέσης και κατάθλιψης κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά τον τοκετό .Λόγω του πρόσθετου φόρτου εργασίας για τις μητέρες και τους πατέρες, η σχέση μεταξύ των συντρόφων υποφέρει συχνά και αυτό μειώνει τον ελεύθερο χρόνο τους.

Σε αντίθεση με άλλες μελέτες , δεν βρέθηκε η έλλειψη συναισθηματικής και κοινωνικής υποστήριξης από στενούς φίλους να αυξάνει τον κίνδυνο για κατάθλιψη στα δύο φύλα κατά το πρώτο έτος μετά τον τοκετό.

Φάνηκε ότι τα άτομα εξαρτώνται από τους συζύγους τους για τη συναισθηματική υποστήριξη παρά από άλλα μέλη δικτύων. Επίσης βρέθηκε ότι η μητρική επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένας ισχυρός προάγγελος για την πατρική επιλόχεια κατάθλιψη [18].

Στην περίπτωση της κα Α. κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όπως αναφέρθηκε δεν υπήρχαν συμπτώματα κατάθλιψης , ενώ προσωπικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου έπαιζαν ρόλο. Η εγκυμοσύνη ήταν ανεπιθύμητη από την ίδια.

Η φτωχή συζυγική σχέση, η χαμηλή κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη και τα αγχωτικά γεγονότα της ζωής της, φαίνεται να αποτέλεσαν τους κύριους παράγοντες κινδύνου για την επιλόχεια κατάθλιψη. Όπως αναφέρθηκε ο σύζυγος της έλειπε συνεχώς λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας και η ίδια αναγκαζόταν να μένει μόνη με τα τρία της παιδιά. Φίλοι και συγγενείς , όπως η μητέρα και οι αδερφές της δεν μπορούσαν να τη βοηθήσουν.

‘Να πω την αλήθεια δεν την ήθελα την μικρή...’

‘Μου έλεγαν όλοι ότι θα με βοηθήσουν, ότι θα το γεννήσω και να τους το δώσω να το μεγαλώσουν αυτοί{κράτησε το,...δεν πειράζει,, τι δύο τι τρία ...}’

‘Δεν είχα σε κανένα παιδί μου καμία βοήθεια ούτε για μια μέρα.. μόνο είχε έρθει στο πρώτο παιδί η μάνα μου για δύο μέρες και μετά έφυγε γιατί ήταν από χωρίο και είχαν πάρα πολλές δουλειές... αγροτικές εργασίες και έπρεπε να φύγει και από κείνη τη στιγμή και μετά ήμουν μόνη μου...’

Σύμφωνα με έρευνα το ιστορικό κατάθλιψης στις προηγούμενες εγκυμοσύνες αυξάνει τον κίνδυνο για την ανάπτυξη PPD στις γυναίκες[3].

Συμπεράσματα μελέτης πρότειναν ότι το PPD ήταν υψηλό μεταξύ των γυναικών εθνικής μειονότητας που είχαν χαμηλό εισόδημα [22]. Έρευνα έδειξε ότι, οι γυναίκες χαμηλής κοινωνικο-οικονομικής θέσης αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη πίεση, έχουν λιγότερη κοινωνική υποστήριξη και είναι δύο φορές πιθανότερο από εκείνες με υψηλότερη κοινωνικο-οικονομική θέση να έχουν κατάθλιψη [23].

Μελέτες φανέρωσαν ότι, η πίεση σε κρίσιμα στάδια της ζωής ,όπως στη μητρότητα ειδικά εάν η κοινωνική υποστήριξη είναι περιορισμένη, θεωρείται ο πιο σχετικός κοινωνικός παράγοντας κινδύνου για PPD. Το χαμηλό εισόδημα, η θέση εθνικής μειονότητας ή το στάδιο ζωής μπορεί να ευνοήσουν στην ανάπτυξη κατάθλιψης[21]. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε, η κοινωνική και οικογενειακή

υποστήριξη και η παρουσία ανησυχίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης βρέθηκαν ως κύριοι παράγοντες κινδύνου για PPD. Από την άλλη, η οικονομική θέση δεν συνδέθηκε με PPD [27].

Σύμφωνα με τα παραπάνω σχετικά με την κα Λ. παρατηρήθηκε ότι δεν υπήρχε κάποιο ιστορικό κατάθλιψης στις προηγούμενες εγκυμοσύνες ή ανησυχία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και το πρόβλημά της, όπως ανέφερε, δεν ήταν οικονομικό εκείνο το διάστημα. Ενώ φαίνεται ότι η πίεση και το άγχος που βίωνε για το μέγαλωμα των τριών παιδιών της και το νεαρό της ηλικίας της, συνέδραμαν, όπως επεσήμανε στην επιλόχεια κατάθλιψη.

‘Νομίζω όχι μόνο επειδή ήμουνα μόνη μου αλλά και επειδή ήμουν πολύ μικρή ήταν και τα δύο πρώτα παιδιά το ένα μετά το άλλο, ήταν στο χρόνο ήταν πολύ μικρά δεν πρόλαβαν να μεγαλώσουν και αμέσως έμεινα έγκυος στο τρίτο..’

‘Το πρόβλημά μου δεν ήταν οικονομικό’

Ποιές οι επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης στη μητέρα;

Σύμφωνα με μελέτη, οι περιγενέθλιες αναταραχές διάθεσης έχουν επιπτώσεις στις γυναίκες σε κάθε κοινωνία από κάθε κοινωνικό οικονομικό υπόβαθρο. Αυτές οι αναταραχές αντιπροσωπεύουν κινδύνους για όλη την οικογένεια, όπως η παρεμπόδιση της γυναίκας να εκτελέσει καθημερινές δραστηριότητες και η διαταραχή του δεσμού με το νήπιο και με τον σύντροφο[8].

Μελέτες έδειξαν ότι οι αλλαγές στη σχέση των ζευγαριών, στους κοινωνικούς ρόλους, ορμονικές αλλαγές και διαταραχές διάθεσης, αποτελούν τους υψηλούς κινδύνους για τους γονείς στην περίοδο μετά τον τοκετό[13].

Η κατάθλιψη και οι συνέπειές της μπορεί να εμμένουν από μήνες μέχρι έτη μετά τον τοκετό, με περιορισμούς στη φυσική και ψυχολογική λειτουργία της γυναίκας. Οι διαταραχές ύπνου δεν θεωρούνται μόνο κοινό χαρακτηριστικό γνώρισμα της κατάθλιψης αλλά και διαγνωστικό κριτήριο[2].

Η ποιότητα της συζυγικής σχέσης παίζει σημαντικό ρόλο για τη μητέρα τόσο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και για την περίοδο μετά τον τοκετό. Ο τοκετός έχει επιπτώσεις σε πολλαπλές πτυχές της σχέσης του ζευγαριού, συμπεριλαμβανομένης της διαπροσωπικής και σεξουαλικής οικειότητας, της διαχείρισης ενός αυξημένου φόρτου εργασίας και τις αλληλεπιδράσεις του ζευγαριού με συγγενείς και φίλους.

Πολλές γυναίκες παρουσιάζουν μια έλλειψη συναισθηματικής επαφής με τους συντρόφους τους. Άλλες γυναίκες βιώνουν συγκρούσεις καθώς αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στο μωρό παρά στους συντρόφους τους. Πολλές γυναίκες μετά τον τοκετό μπορεί να είναι αδιάφορες για την επανάληψη

των σεξουαλικών τους σχέσεων λόγω της κούρασης, της ταλαιπωρίας, της εικόνας που έχουν για το σώμα τους ή λόγω του ότι νιώθουν πως παραμελούνται [28].

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στην περίπτωση της κα Λ. παρατηρήθηκε διαταραχή δεσμού με τον σύντροφό της. Η ποιότητα της συζυγικής σχέσης, όπως επεσήμανε δεν ήταν καλή όχι μόνο λόγω της συνεχούς απουσίας του συζύγου από τη φροντίδα του μωρού και την καθημερινότητα, αλλά και λόγω της έλλειψης κατανόησης από πλευράς του.

Αναφέρθηκε ότι ο ίδιος δεν έδωσε αρκετή σημασία και δεν καταλαβαίνει ακόμα και σήμερα ότι η ίδια μπορεί να έχει βιώσει επιλόχεια κατάθλιψη. Οι συζυγικοί καυγάδες για αρκετό διάστημα μετά τον τοκετό ήταν έντονοι.

‘Δεν μπορούσε να με βοηθήσει...’

‘Δεν το καταλάβαινε γιατί ήταν απορροφημένος από τη δουλειά του και να του το έλεγα πάλι δεν θα καταλάβαινε’

‘Νεύρα είχα και ξεσπούσα στον άνδρα μου όταν ερχόταν.’

‘Δεν μπορεί να το καταλάβει ούτε τώρα που πέρασαν τόσα χρόνια! (εκνευρισμός) {Είναι μέσα στο μυαλό σου εσύ τα λες αυτά}. Και το πέρασα ολομόναχη και το ξεπέρασα ολομόναχη.’

Επιπλέον, η αδιαφορία που ένιωθε η ίδια για την επανάληψη σεξουαλικών επαφών και για την φροντίδα του εαυτού της, κυρίως λόγω της κούρασης και της εξάντλησης που βίωνε εκείνο το διάστημα, τονίστηκε.

‘Καλά ούτε να το σκέφτομαι δεν ήθελα. Φοβόμουν μην έχω και καμία τέταρτη εγκυμοσύνη όχι τίποτα άλλο..αλλά γενικά όταν είσαι ψυχολογικά χάλια μόνο διάθεση για σεξ δεν έχεις.’

‘Μόνο μπάνιο έκανα τίποτα άλλο..δεν είχα διάθεση.’

Ποιές οι επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης στο παιδί;

Σε έρευνα παρατηρήθηκε ότι όταν και οι δύο γονείς είναι καταθλιπτικοί, είναι πιθανότερο να αντιμετωπίσουν το παιδί τους αρνητικά, να το περιγράφουν ως κάτω του μετρίου και να αντιλαμβάνονται περισσότερα προβλήματα υγείας στα παιδιά τους. Όταν και οι δύο γονείς ήταν πιεσμένοι, τα μωρά βρέθηκαν να θηλάζουν λιγότερο ή να τίθενται λιγότερο στις πλάτες των γονιών τους για να κοιμηθούν και να τρώνε με μπουκάλι. Οι πατέρες επίσης, ήταν λιγότερο πιθανό να παίξουν και να τραγουδήσουν στα παιδιά τους, όταν και οι δύο γονείς ήταν καταθλιπτικοί [34].

Όπως παρατηρήθηκε στην περίπτωση της κα Λ. σε αντίθεση με τα παραπάνω, σημειώθηκε ότι θήλασε την κόρη της για αρκετό διάστημα. Από την άλλη, αρκετές φορές ήταν εκείνες όπου δεν ανταποκρινόταν στο κλάμα του μωρού, λόγω της απελπισίας και της κούρασης που ένιωθε.

‘Ο θηλασμός ήταν πιο ξεκούραστος θα έλεγα ...δεν είχα να πλένω μπουκάλια να αποστειρώνω..Γενικά ήταν ήσυχο σαν μωρό ..εγώ το χα το πρόβλημα ’

‘Θυμάμαι ότι τα φώναζα μια φορά πάρα πολύ τα δύο μεγαλύτερα κι άρχισαν να κλαίνε και έκλαιγα και εγώ ...και ...μια φορά η μπέμπα έκλαιγε ...έχω τύψεις που το λέω αυτό και δεν το έχω πει σε κανέναν ,,,την άφησα απότομα στον καναπέ και έλεγα κλάψε, κλάψε..’

Ποιός ο ρόλος του πατέρα κατά τη μεταγεννητική περίοδο;

Ο ρόλος του πατέρα την περίοδο μετά τον τοκετό θεωρείται κρίσιμος, δεδομένου ότι μπορεί να παρέχει μέρος της κοινωνικής υποστήριξης της μητέρας, μέσω της διανομής στα γονικά καθήκοντα και της παροχής βοήθειας όπου χρειαστεί.

Σε έρευνα, φανερώθηκε ότι η πατρική ψυχοπαθολογία, μπορεί να επηρεάσει άμεσα τα μητρικά καταθλιπτικά συμπτώματα, κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά τον τοκετό [24].

Επί πρόσθετα , μετανάλυση παρουσίασε ότι, η μητρική κατάθλιψη θεωρείται ένας ισχυρός προάγγελος για την κατάθλιψη στους πατέρες μετά τον τοκετό. Επίσης, φάνηκε ότι η κατάθλιψη στους πατέρες ξεκινά συνήθως μετά από την μητρική κατάθλιψη και αυξάνεται κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά τον τοκετό [18].

Ακόμη, έρευνες που πραγματοποιήθηκαν , αποκάλυψαν ότι έχοντας έναν καταθλιπτικό σύντροφο ή έναν σύντροφο με υψηλό επίπεδο καταθλιπτικών συμπτωμάτων, μπορεί να αυξηθούν τα συμπτώματα κατάθλιψης στους πατέρες μετά τον τοκετό. Επιπλέον, μια μη υποστηρικτική συζυγική σχέση, η πατρική ανεργία, η ανωριμότητα και μια μη επιθυμητή εγκυμοσύνη , αποτελούν επίσης παράγοντες που βρέθηκαν να συσχετίζονται με το πατρικό PPD.

Ένα πλήρες πρότυπο ανάπτυξης των καταθλιπτικών όρων, που συμπεριλαμβάνει τις βιο-ψυχοκοινωνικές μεταβλητές ,για την αποτελεσματική καθοδήγηση και εκπαίδευση των νέων πατέρων κατά τη διάρκεια της μεταγεννητικής περιόδου, απαιτείται.

Στην περίπτωση της κα Λ. παρατηρήθηκε ότι ο ρόλος του πατέρα κατά την μεταγεννητική περίοδο ήταν ανενεργός και μη υποστηρικτικός, δεν υπήρξε κάποια διανομή στα γονικά καθήκοντα και παροχή βοήθειας .Αναφέρθηκε ότι ο σύζυγός της ήταν απών στην ανατροφή των παιδιών της και τον ενδιέφερε κυρίως η δουλειά του.

‘Ο σύζυγος δούλευε και ήταν η δουλειά του νυχτερινή, ερχόταν τρεις η ώρα το βράδυ.. ήταν απών..’

‘Ο σύζυγος είχε τη δουλειά του, ερχόταν να με δει καμιά ώρα στο μαιευτήριο, μισή ώρα και έφευγε. Γενικά ήμουν πάρα πολύ μόνη μου.’

‘Στην αρχή τσακωνόμασταν πάρα πολύ το μεσημέρι του έλεγα να τα κρατήσει και δεν μπορούσε ..ήθελε να κοιμηθεί. Μου έλεγε κι αυτός ότι δεν μπορεί να τα κρατήσει και τα τρία και να πάρω τη μικρή μαζί μου αν ήθελα αλλά εγώ δεν ήθελα κανένα... Ήθελα να βγω να μην ακούω κανέναν..’

‘Πιστεύω ότι δεν έδωσε βάρος στην οικογένειά του καθόλου’

Τι ρόλο διαδραματίζει το πολιτισμικό πλαίσιο στην αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης;

Μελέτες, φανέρωσαν ότι ο πολιτισμός και συγκεκριμένες πρακτικές και τελετές μετά τον τοκετό, παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιλόχεια κατάθλιψη και στην αποκατάσταση της σχέσης μητέρας-νηπίου[37].

Υπάρχει μια διαμάχη ως προς το αν η αγροτική κατοικία αποτελεί έναν προστατευτικό ή έναν παράγοντα κινδύνου για την πνευματική υγεία. Η αγροτική κατοικία βρέθηκε να συνδέεται με χαμηλό εισόδημα, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, έλλειψη ασφάλειας και φτωχή ποιότητα ζωής ,που μπορεί να συμβάλλουν στην αρχή της ψυχιατρικής ασθένειας και στην έλλειψη πνευματικών υπηρεσιών υγείας, στις οποίες η πρόσβαση των γυναικών μπορεί να είναι δύσκολη.

Μελέτες, παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης μεταξύ ατόμων που ζουν σε αγροτικές κοινωνίες έναντι εκείνων που ζουν σε μεγάλα αστικά κέντρα. Για παράδειγμα στις Ηνωμένες Πολιτείες το ποσοστό αυτοκτονίας μεταξύ καταθλιπτικών ατόμων, είναι υψηλότερο στις αγροτικές από ότι στις αστικές περιοχές.

Σε μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε, φάνηκε ότι οι χαμηλού εισοδήματος γυναίκες στο Μεξικό και οι γυναίκες που ζουν σε αγροτικές περιοχές στην Αιθιοπία και στη Ρουάντα, αναφέρθηκε να έχουν αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη. Πιθανοί παράγοντες κινδύνου , που συνδέονται με την κατάθλιψη μεταξύ των αγροτισσών γυναικών ,φαίνεται να αποτελούν ο χαμηλός αυτοσεβασμός και η έκθεση σε βία από τους συντρόφους τους, πέραν των καθιερωμένων παραγόντων κινδύνου κατάθλιψης που ισχύουν στον γενικό πληθυσμό γυναικών.

Από την άλλη ,έρευνες προτείνουν ότι τα άτομα στις αγροτικές κοινότητες, μπορεί να είναι πιθανότερο σε σχέση με τις αστικές, να βιώνουν ένα άμεσο οικογενειακό περιβάλλον και να προτιμούν τους φίλους και την οικογένεια για υποστήριξη ,παρά τους επαγγελματίες υγείας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας φανέρωσαν ότι στην περίπτωση της κα Λ. η απουσία της στήριξης και της κατανόησης κατά την περίοδο της επιλόχειας κατάθλιψης, τόσο από το οικογενειακό της περιβάλλον, όσο και από την πλευρά του συζύγου ,μπορεί να οφείλονται όπως αναφέρθηκε, στο χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και στο αγροτικό περιβάλλον καταγωγής. Η ίδια και ο σύζυγός της μεγάλωσαν σε αγροτικό περιβάλλον. Υποστηρίχθηκε ότι ο σύζυγος της δεν μπορούσε να την

κατανοήσει επειδή έχει μεγαλώσει σε αγροτική κατοικία και είχε χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Ακόμα δεν ανέφερε ποτέ στη μητέρα της την εμπειρία της καθώς πίστευε ότι δεν θα την καταλάβαινε.

‘Δεν μπορούσε να με καταλάβει ίσως επειδή μεγάλωσε στο χωριό του και τώρα που του το λέω πάλι δεν το καταλαβαίνει μερικές φορές που το συζητάμε.’

‘Η μάνα μου δε νομίζω ότι θα με καταλάβαινε μόνο στις αδερφές μου που το είπα άλλα δεν μπορούσαν να μου κάνουν κάτι, ήταν από μακριά είχαν δικές τους οικογένειες απλώς μου έλεγαν να κάνω υπομονή ότι θα μεγαλώσουν..’

Είναι αποτελεσματική η παρέμβαση σε άτομα με επιλόχεια κατάθλιψη;

Έρευνες πρότειναν ότι για την διευκόλυνση της κοινωνικής υποστήριξης για τις μητέρες κατά την περίοδο μετά τον τοκετό, σημαντικός θεωρείται ο ρόλος που έπαιξαν οι μαίες και οι νοσηλεύτριες. Έχει βρεθεί ότι αυτήν η υποστήριξη μπορεί να βοηθήσει στη μετάβαση μιας γυναίκας στη μητρότητα. Εντούτοις, η παροχή ενημερωτικής υποστήριξης δεν έχει βρεθεί να ωφελεί κάπου[9].

Έρευνα πρότεινε ότι, οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν γνωστικές και συμπεριφοριστικές τεχνικές, μπορεί να είναι χρήσιμες και να παρέχουν στις μητέρες στρατηγικές για να εξετάσουν τα προβλήματά τους[5] .

Οι νοσοκομειακοί γιατροί και οι ασθενείς μπορούν να ενσωματώσουν συμπεριφοριστικές επεμβάσεις για να βελτιωθεί η ποιότητα του ύπνου κατά τη διάρκεια της περιγενέθλιας περιόδου[2].

Σε άλλη έρευνα αποδείχθηκε ότι η παρέμβαση εκφραστικού γραψίματος μείωσε την κατάθλιψη και τα μετά τραυματικά συμπτώματα πίεσης σε γυναίκες μετά τον τοκετό[38].

Τέλος επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκόμων και των ψυχολόγων , έχουν βρεθεί να προωθούν την ποιότητα της αλληλεπίδρασης μεταξύ μητέρας βρέφους. Εντούτοις, κάποιες μητέρες μπορεί να δηλώνουν προτίμηση για παροχή βοήθειας από άλλες μητέρες.

Η διεπιστημονική συνεργασία, η εντατική εκπαίδευση ασθενών ,η διαχείριση περίπτωσης και η τηλεφωνική υποστήριξη, φάνηκε να βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας για κατάθλιψη [39].

Διαπιστώθηκε ότι στην περίπτωση της κυρίας Λ. βάσει των αποτελεσμάτων η ίδια δεν δέχθηκε κάποια μορφή παρέμβασης ή θεραπείας για να ξεπεράσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα και όπως υποστηρίχθηκε το ξεπέρασε μόνη της.

‘Μετά άρχισα να το αγαπάω πάρα πολύ τόσο πολύ που μου φαίνεται ότι το πρόσεχα πιο πολύ από τα άλλα τα παιδιά..Ήμουν χάλια για πάρα πολύ καιρό και μετά από μόνο του..δεν είχα βοήθεια από

κανέναν, μετά είχα γράψει στον παιδικό σταθμό τις άλλες δύο για να βοηθηθώ και έτσι έβγαινα και μια βόλτα έξω και νομίζω ότι πήρα λίγο τα πάνω μου.'

2.9 Συμπεράσματα

Από την ανάλυση των συνεντεύξεων σχετικά με τα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί στην παρούσα έρευνα, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη ταυτίζονται αρνητικά με το μητρικό μορφοείδωλο

Συγκεκριμένα, σχετικά με τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν, το περιστατικό που μελετήθηκε ταυτίστηκε αρνητικά με το μητρικό μορφοείδωλο και παρουσίαζε υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας σε σχέση με το δείγμα του ελληνικού πληθυσμού.

Τα περισσότερα από τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης, διαπιστώθηκε ότι χαρακτηρίζουν την περίπτωση της κα Λ. Παρατηρήθηκε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα ξεκίνησαν αμέσως μετά τον τοκετό στο μαιευτήριο και διήρκησαν για έξι μήνες με την επίμονη χαμηλή διάθεση, το συνεχές κλάμα, την οξυθυμία, την χαμηλή ενέργεια και διαταραχές ύπνου και όρεξης

Η φτωχή συζυγική σχέση, η χαμηλή κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη και τα αγχωτικά γεγονότα της ζωής της, φαίνεται να αποτέλεσαν τους κύριους παράγοντες κινδύνου για την επιλόχεια κατάθλιψη.

Φάνηκε ότι δεν υπήρχε κάποιο ιστορικό κατάθλιψης στις προηγούμενες εγκυμοσύνες ή ανησυχία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Η πίεση και το άγχος που βίωνε για το μέγεθος των τριών παιδιών της και το νεαρό της ηλικίας της, συνέδραμαν, όπως επεσήμανε στην επιλόχεια κατάθλιψη.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στην περίπτωση της κα Λ., παρατηρήθηκε διαταραχή δεσμού με τον σύντροφό της. Επιπλέον, η αδιαφορία που ένιωθε η ίδια για την επανάληψη σεξουαλικών επαφών και για την φροντίδα του εαυτού της, κυρίως λόγω της κούρασης που ένιωθε εκείνο το διάστημα, τονίστηκε.

Αρκετές φορές ήταν εκείνες όπου δεν ανταποκρινόταν στο κλάμα του μωρού λόγω της απελπισίας και της κούρασης που ένιωθε.

Διαπιστώθηκε ότι, στην περίπτωση της κα Λ., η απουσία της στήριξης και της κατανόησης κατά την περίοδο της επιλόχειας κατάθλιψης, τόσο από το οικογενειακό της περιβάλλον, όσο και από την πλευρά του συζύγου, μπορεί να οφείλονται όπως αναφέρθηκε, στο χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και στο αγροτικό περιβάλλον καταγωγής.

Επισημάνθηκε ότι ο ρόλος του πατέρα κατά την μεταγεννητική περίοδο ήταν ανενεργός. Βάσει των αποτελεσμάτων η ίδια δεν δέχθηκε κάποια μορφή παρέμβασης ή θεραπείας για να ξεπεράσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω θα μπορούσαμε να επισημάνουμε ότι η έλλειψη ενός υποστηρικτικού πλαισίου τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όσο και στη μεταγεννητική περίοδο συμβάλλει στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων για τις νέες μητέρες. Επιπλέον, πολλοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, επηρεάζουν τόσο την ποιότητα ζωής των γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη όσο και τα προβλήματα της ψυχοπαθολογίας τους. Γνωστικές-συμπεριφορικές θεραπείες μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά. Τα αποτελέσματα της μελέτης συζητούνται, για περαιτέρω έρευνα και πρακτική.

Επίλογος

Η επιλόχειος κατάθλιψη αποτελεί συχνά ένα γεγονός που δεν αντιμετωπίζεται εύκολα. Χρειάζεται υποστήριξη από κάποιον ειδικό, ίσως και φαρμακευτική αγωγή, όπως και υποστήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον της γυναίκας. Η ανάπτυξη της ψυχολογικής ανθεκτικότητας και η στήριξη της λεχώνας από το σύντροφο της και το περιβάλλον της, μπορούν να την προφυλάξουν από τα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τη λοχεία. Όπως σε κάθε ασθένεια, έτσι και στην επιλόχεια κατάθλιψη, η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη.

Η υιοθέτηση μιας συνεχούς επιστημονικής προσέγγισης με έρευνες, καθώς ο επιπολασμός της νόσου εμφανίζεται υψηλός και η συνειδητοποίηση της σοβαρότητας της, απαιτείται. Παράλληλα, κρίνεται επιτακτική η σωστή οργάνωση της πρόληψης, προωθώντας στάσεις υγιούς συμπεριφοράς στην μητέρα και στο περιβάλλον της, ώστε να επιτευχθεί η απαραίτητη κατανόηση και στήριξη που χρειάζεται, η έγκαιρη ανίχνευση της νόσου, αλλά και η εξάλειψη της επιλόχειας κατάθλιψης.

3.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Evans M, Donelle L, Hume-Loveland L. Social support and online postpartum depression discussion groups: a content analysis. *Patient Educ Couns*. 2012;87(3):405-10.
2. Okun ML, Luther J, Prather AA, Perel JM, Wisniewski S, Wisner KL. Changes in sleep quality, but not hormones predict time to postpartum depression recurrence. *J Affect Disord*. 2011;130(3):378-84.
3. Milap Kumar Patel, Rahn K. Bailey, Shagufta Jabben, Shahid Ali, Narviar C. Barker, Kenneth Osiezagha. Postpartum depression: a review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, Volume 23, Number 2, 2012, pp. 534-542 .
4. Ambrosini A, Donzelli G, Stanghellini G. Early perinatal diagnosis of mothers at risk of developing post-partum depression--a concise guide for obstetricians, midwives, neonatologists and paediatricians. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012;25(7):1096-101.
5. Naysmith C, Wells M, Newson S, Webb J. Development and outcomes of a therapeutic group for women with postnatal depression. *Community Pract*. 2015;88(3):35-8.
6. Wee KY, Skouteris H, Pier C, Richardson B, Milgrom J. Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: a systematic review. *J Affect Disord*. 2011;130(3):358-77.
7. Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(1):89-100.
8. Banti S, Mauri M, Oppo A, et al. From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the perinatal depression-research & screening unit study. *Compr Psychiatry*. 2011;52(4):343-51.
9. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. Postnatal depression in first-time mothers: prevalence and relationships between functional and structural social support at 6 and 12 weeks postpartum. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011;25(3):174-84.
10. Kozhimannil KB, Trinacty CM, Busch AB, Huskamp HA, Adams AS. Racial and ethnic disparities in postpartum depression care among low-income women. *Psychiatr Serv*. 2011;62(6):619-25.

11. Alhasanat D, Fry-McComish J. Postpartum Depression Among Immigrant and Arabic Women: Literature Review. *J Immigr Minor Health*. 2015;17(6):1882-94.
12. Patel HL, Ganjiwale JD, Nimbalkar AS, Vani SN, Vasa R, Nimbalkar SM. Characteristics of Postpartum Depression in Anand District, Gujarat, India. *J Trop Pediatr*. 2015 ;61(5):364-9.
13. Epifanio MS, Genna V, De Luca C, Roccella M, La Grutta S. Paternal and Maternal Transition to Parenthood: The Risk of Postpartum Depression and Parenting Stress. *Pediatr Rep*. 2015;7(2):5872.
14. Glover V. Annual Research Review: Prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(4):356-67.
15. Fitelson E, Kim S, Baker AS, Leight K. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *Int J Womens Health*. 2010;3:1-14.
16. Ross LE, McQueen K, Vigod S, Dennis CL. Risk for postpartum depression associated with assisted reproductive technologies and multiple births: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2011;17(1):96-106.
17. Foli KJ, South SC, Lim E, Hebdon M. Longitudinal Course of Risk for Parental Postadoption Depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016;45(2):210-26.
18. Escribà-Agüir V, Artazcoz L. Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(4):320-6.
19. Azorin JM, Angst J, Gamma A, et al. Identifying features of bipolarity in patients with first-episode postpartum depression: findings from the international BRIDGE study. *J Affect Disord*. 2012;136(3):710-5.
20. Wosu AC, Gelaye B, Williams MA. History of childhood sexual abuse and risk of prenatal and postpartum depression or depressive symptoms: an epidemiologic review. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(5):659-71.
21. Walker LO, Xie B, Hendrickson SG, Sterling BS. Behavioral and Psychosocial Health of New Mothers and Associations With Contextual Factors and Perceived Health. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016;45(1):3-16.

22. Barakat S, Martinez D, Thomas M, Handley M. What do we know about gestational diabetes mellitus and risk for postpartum depression among ethnically diverse low-income women in the USA? *Arch Womens Ment Health*. 2014 ;17(6):587-92.
23. Mitchell C, Notterman D, Brooks-Gunn J, et al. Role of mother's genes and environment in postpartum depression. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2011 May 17;108(20):8189-93.
24. D'Anna-Hernandez KL, Zerbe GO, Hunter SK, Ross RG. Paternal psychopathology and maternal depressive symptom trajectory during the first year postpartum. *Ment Illn*. 2013;5(1):e1.
25. Shamu S, Zarowsky C, Roelens K, Temmerman M, Abrahams N. High-frequency intimate partner violence during pregnancy, postnatal depression and suicidal tendencies in Harare, Zimbabwe. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;38:109-14.
26. Tsai AC, Tomlinson M, Comulada WS, Rotheram-Borus MJ. Intimate Partner Violence and Depression Symptom Severity among South African Women during Pregnancy and Postpartum: Population-Based Prospective Cohort Study. *PLoS Med*. 2016 ;13(1):e1001943.
27. Mirabella F, Michielin P, Piacentini D, et al. Positive screening and risk factors of postpartum depression in women who attended antenatal courses. *Riv Psichiatr*. 2014 ;49(6):253-64.
28. Miniati M, Callari A, Calugi S, et al. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2014 ;17(4):257-68.
29. Ramsauer B, Mühlhan C, Mueller J, Schulte-Markwort M. Parenting stress and postpartum depression/anxiety in mothers with personality disorders: indications for differential intervention priorities. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015 . [Epub ahead of print]
30. Barker ED, Jaffee SR, Uher R, Maughan B. The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. *Depress Anxiety*. 2011;28(8):696-702
31. Verbeek T, Bockting CL, van Pampus MG, et al. Postpartum depression predicts offspring mental health problems in adolescence independently of parental lifetime psychopathology. *J Affect Disord*. 2012;136(3):948-54.
32. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014 ;28(1):25-35.

33. Pawlby S, Hay D, Sharp D, Waters CS, Pariante CM. Antenatal depression and offspring psychopathology: the influence of childhood maltreatment. *Br J Psychiatry*. 2011;199(2):106-12.
34. Musser AK, Ahmed AH, Foli KJ, Coddington JA. Paternal postpartum depression: what health care providers should know. *J Pediatr Health Care*. 2013;27(6):479-85.
35. Vafai Y, Steinberg JR, Shenassa ED. Maternal postpartum depressive symptoms and infant externalizing and internalizing behaviors. *Infant Behav Dev*. 2016 ;42:119-27.
36. Barker ED, Copeland W, Maughan B, Jaffee SR, Uher R. Relative impact of maternal depression and associated risk factors on offspring psychopathology. *Br J Psychiatry*. 2012;200(2):124-9.
37. Goyal D, Park VT, McNiesh S. Postpartum Depression Among Asian Indian Mothers. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2015 ;40(4):256-61.
38. Blasio PD, Camisasca E, Caravita SC, Ionio C, Milani L, Valtolina GG. THE EFFECTS OF EXPRESSIVE WRITING ON POSTPARTUM DEPRESSION AND POSTTRAUMATIC STRESS SYMPTOMS. *Psychol Rep*. 2015;117(3):856-82.
39. Letourneau N, Stewart M, Dennis CL, Hegadoren K, Duffett-Leger L, Watson B. Effect of home-based peer support on maternal-infant interactions among women with postpartum depression: a randomized, controlled trial. *Int J Ment Health Nurs*. 2011;20(5):345-57.
40. Kamalifard M, Hasanpoor S, Babapour Kheiroddin J, Panahi S, Bayati Payan S. Relationship between Fathers' Depression and Perceived Social Support and Stress in Postpartum Period. *J Caring Sci*. 2014;3(1):57-66.
41. Flanagan JC, Gordon KC, Moore TM, Stuart GL. Women's Stress, Depression, and Relationship Adjustment Profiles as They Relate to Intimate Partner Violence and Mental Health During Pregnancy and Postpartum. *Psychol Violence*. 2015;5(1):66-73.
42. Davis RN, Davis MM, Freed GL, Clark SJ. Fathers' depression related to positive and negative parenting behaviors with 1-year-old children. *Pediatrics*. 2011;127(4):612-8.
43. Villegas L, McKay K, Dennis CL, Ross LE. Postpartum depression among rural women from developed and developing countries: a systematic review. *J Rural Health*. 2011;27(3):278-88.

44. Kumwar D, Corey EK, Sharma P, Risal A. Screening for Postpartum Depression and Associated Factors among Women who Deliver at a University Hospital, Nepal. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*. 2015;13(49):44-8.
45. Abdollahi F, Zarghami M, Azhar MZ, Sazlina SG, Lye MS. Predictors and incidence of postpartum depression: a longitudinal cohort study. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014;40(12):2191-200.
46. Fathi-Ashtiani A, Ahmadi A, Ghobari-Bonab B, Azizi MP, Saheb-Alzamani SM. Randomized Trial of Psychological Interventions to Preventing Postpartum Depression among Iranian First-time Mothers. *Int J Prev Med*. 2015;6:109.
47. Tsao Y, Creedy DK, Gamble J. Prevalence and psychological correlates of postnatal depression in rural Taiwanese women. *Health Care Women Int*. 2015;36(4):457-74.
48. Kathree T, Selohilwe OM, Bhana A, Petersen I. Perceptions of postnatal depression and health care needs in a South African sample: the "mental" in maternal health care. *BMC Womens Health*. 2014 ;14:140.
49. Langan Martin J, McLean G, Cantwell R, Smith DJ. Admission to psychiatric hospital in the early and late postpartum periods: Scottish national linkage study. *BMJ Open*. 2016;6(1):e008758.

4.ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Συνέντευξη (2 h) Μάρτιος 2016*

Απομαγνητοφώνηση:

Ψ*: Καλησπέρα, ονομάζομαι Κανδυλάρη Στεφανία και αυτή η συνέντευξη πραγματοποιείται στα πλαίσια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας με θέμα την επιλόχεια κατάθλιψη στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Βρίσκομαι εδώ με την κα Λ. η οποία επιλέχθηκε ως αντιπροσωπευτικό δείγμα καθώς μου έχει εξηγήσει ότι έχει περάσει μια τέτοια κατάσταση στη ζωή της. Κυρία Λ. καλησπέρα.

Λ:Καλησπέρα Στεφανία.

Ψ:Πόσο χρονών είστε;

Λ:46

Ψ:Πόσα αδέρφια έχετε;

Λ:Έχω τρεις αδερφές και έναν μικρότερο αδερφό.

Ψ:Εσείς ποιο παιδί είστε;

Λ:Το δεύτερο

Ψ:Το όνομά σας από ποιόν το πήρατε;

Λ:Το πήρα από τον πατέρα του πατέρα μου

Ψ:Το πρώτο παιδί από ποιόν το πήρε;

Λ:Η αδερφή μου από τη μαμά του μπαμπά μου...

Ψ:Ήσασταν μια παραδοσιακή οικογένεια;

Λ:Ναι, ναι...

Ψ:Πόσα παιδιά έχετε; Και πόσο χρονών είναι;

Λ:Η μεγάλη είναι 27 η μεσαία 26 και η μικρή 23..

Ψ:Τι δουλειά κάνετε;

Λ:Εργάζομαι στο σπίτι μιας κυρίας είμαι οικιακή βοηθός και δουλεύω και στην ταβέρνα του άνδρα μου.

Ψ:Ας γυρίσουμε αρκετά χρόνια πίσω,,. θέλω να μου πείτε πώς ήταν οι γέννες σας ήταν καλές και οι τρείς;

Λ:Ναι πάρα πολύ!

Ψ:Οι εγκυμοσύνες;

Λ:Πάρα πολύ καλά και η τρίτη ακόμα πιο εύκολη, με το που έφτασα βγήκε.

Ψ:Γεννήσατε σε κλινική ή σε νοσοκομείο;

Λ:Και τα τρία μου τα κορίτσια σε κλινική..

Ψ:Δε δυσκολευτήκατε λοιπόν στη γέννα,

Λ:Όχι καθόλου! Η τρίτη μου εγκυμοσύνη ήταν πάρα πολύ εύκολη, τόσο εύκολη που επειδή με είχαν πιάσει πόνοι στο σπίτι και ήξερα από τις άλλες τι με περίμενε, δεν ήθελα να πάω γρήγορα

Ψ:Τα άλλα σας παιδιά;

Λ:Στο πρώτο ήταν πολλές οι ώρες και δεν κατέβαινε το μωρό,, μου είχαν βάλει τεχνητούς πόνους και μου το τράβηξαν .., στο δεύτερο ήταν πιο εύκολο και στο τρίτο ακόμα περισσότερο. Περίμενα να περάσει η ώρα να γυρίσει ο Γρηγόρης ήταν Παρασκευή βράδυ ,ήμασταν με την αδερφή μου στο σπίτι και εκεί που καθόμασταν βλέπω κάτι με ενοχλούσε πολύ από κάτω και λέω στην αδερφή μου για κοίτα και είδε κάτι σαν κεφάλι,..πήραμε το ταξί μόνες μας.

Ψ:Αγχωθήκατε εκείνη τη στιγμή;

Λ:Ναι ,πάρα πολύ! Φοβόμουν μήπως μου πέσει στο δρόμο..πήγαμε στο μαιευτήριο δεν είχε έρθει ούτε ο γιατρός και με ξεγένησε η μαμή μόνη της..και η ίδια φοβόταν αλλά τελικά με ξεγένησε δεν γινόταν αλλιώς ,...μετά ήρθε και ο γιατρός και με έραψε.

Ψ:Μετά μείνατε 3 μέρες στο μαιευτήριο;

Λ:Ναι.

Ψ:Πως πέρασαν αυτές οι πρώτες μέρες;

Λ:Εκείνες οι μέρες κύλησαν πολύ αργά. Δεν ήμουν χαρούμενη, είχα άγχος με το που μου το φέρανε... ένιωθα φόβο πώς θα τα μεγαλώσω... όλη την ώρα αυτό σκεφτόμουν πώς θα τα μεγαλώσω και τα τρία. Η αδερφή μου μια μέρα κάθισε γιατί σπούδαζε και έκανε την πρακτική της, η μαμά μου δεν μπορούσε να έρθει καθόλου επειδή είχε δουλειές, είχε και βρογχικό άσθμα, ούτε εγώ την ήθελα γιατί φοβόμουν μην αρρωστήσει και έχω κι αυτήν... δεν θα μπορούσε να με βοηθήσει δεν ήξερε πώς να κινηθεί στην πόλη, δεν μπορούσε ούτε από το σπίτι στην κλινική να έρθει, ούτε να πάρει το ασανσέρ μόνη της..ήταν από χωριό και έτσι έμεινα μόνη μου.

Ψ:Ο σύζυγος ερχόταν στο μαιευτήριο;

Λ:Ο σύζυγος είχε τη δουλειά του ερχόταν να με δει καμιά ώρα, μισή ώρα και έφευγε. Γενικά ήμουν πάρα πολύ μόνη μου και έκλαιγα πάρα πολλές φορές .Ήταν τρίκλινο το δωμάτιο και δεν ήθελα να με βλέπουν να κλαίω οι άλλες γυναίκες και πήγαινα στην τουαλέτα και έκλαιγα...

Ψ:Γιατί;

Λ:Αισθανόμουν ντροπή ,θα με κορόιδευαν , θα έλεγαν τώρα γέννησε αυτή αντί να είναι χαρούμενη... Οι άλλες ήταν χαρούμενες ήταν τα πρώτα τους ..είχαν τους γονείς τους δίπλα ,ερχόταν κόσμος,...

Ψ:Σε εσάς δεν ερχόταν κόσμος;

Λ:Καμία φίλη μου ,οι φίλες μου μόνο..Το βράδυ ήμουν μόνη μου. Με έβλεπαν οι άλλες που πήγαινα με τα μάτια κόκκινα μέσα αλλά δε μου έλεγαν τίποτα..εγώ το μόνο που σκεφτόμουν ήταν όταν θα τα πάω και τα τρία στο σπίτι πώς θα τα βγάλω πέρα γιατί ήξερα ότι ήμουν μόνη μου, πως θα τα ταΐζω όταν κλαίνε όλα μαζί, τι θα τα κάνω είναι το μωρό θα θέλει να το θηλάζω..

Ψ:Το θηλάσατε;

Λ:Ναι πιο πολύ καιρό από τα άλλα δύο...

Ψ:Ήταν κάτι ευχάριστο;

Λ:Ναι , ο θηλασμός ήταν και πιο ξεκούραστος θα έλεγα ...δεν είχα να πλένω μπουκάλια να αποστειρώνω..Γενικά ήταν ήσυχο σαν μωρό ..εγώ το χα το πρόβλημα.

Ψ:Η πρώτη μέρα πώς ήταν στο σπίτι; Θυμάστε καθόλου την πρώτη μέρα με το μωρό;

Λ:Ωχ... Η πρώτη μέρα ήταν ...Με το που άνοιξα την πόρτα και μπήκα μέσα άρχισα να κλαίω από την πόρτα ..με ρωτούσε ο Γρηγόρης γιατί κλαίς, θες τίποτα ,θες να σου φωνάξω τη μαμά σου να έρθει... του είπα ότι δεν θα μπορέσω να τα βγάλω πέρα και λέει έ σιγά μωρέ δύο παιδιά έχουμε τι είναι και ένα τρίτο ...δεν μπορούσε να καταλάβει..δεν ήξερε τι τραβούσα εγώ... Μετά τις επόμενες μέρες ήρθε η αδερφή μου να με δει για δύο τρεις ώρες και με το που μπήκε κι αυτή μέσα άρχισα να κλαίω και της έλεγα σε παρακαλώ θέλω να μου τα κρατήσεις να βγω έξω και μου είπε ότι φοβόταν κι αυτή να μείνει με τα τρία και άμα θέλω να μου κρατήσει τα δύο και να πάρω το μωρό..

Ψ:Δεν σκέφτηκες να πάρεις κάποια γυναίκα να σε βοηθάει;

Λ:Όχι δεν το σκέφτηκα καθόλου..ήμουν μικρή ήμουν 21 χρονών.

Ψ:Μετά είχατε βοήθεια;

Λ:Δεν είχα σε κανένα παιδί μου καμία βοήθεια ούτε για μια μέρα.. μόνο είχε έρθει στο πρώτο παιδί η μάνα μου για δύο μέρες και μετά έφυγε γιατί ήταν από χωρίο και είχαν πάρα πολλές δουλειές... αγροτικές εργασίες και έπρεπε να φύγει και από κείνη τη στιγμή και μετά ήμουν μόνη μου...

Ψ:Πιστεύετε ότι αυτός ήταν ο λόγος που περάσατε δύσκολα;

Λ:Νομίζω όχι μόνο επειδή ήμουν μόνη μου αλλά και επειδή ήμουν πολύ μικρή ήταν και τα δύο πρώτα παιδιά το ένα μετά το άλλο, ήταν στο χρόνο ήταν πολύ μικρά δεν πρόλαβαν να μεγαλώσουν και αμέσως έμεινα έγκυος στο τρίτο..

Ψ:Ποια ήταν η πιο άσχημη στιγμή που θυμάσαι από εκείνη την περίοδο;

Λ:Θυμάμαι ότι τα φώναξα μια φορά πάρα πολύ τα δύο μεγαλύτερα κι άρχισαν να κλαίνε και έκλαιγα και εγώ ...και ...μια φορά η μπέμπα έκλαιγε ...έχω τύψεις που το λέω αυτό και δεν το έχω πει σε κανέναν ,,την άφησα απότομα στον καναπέ και έλεγα κλάψε, κλάψε..

Ψ:Περιποιόσουν τον εαυτό σου καθόλου εκείνους τους μήνες;

Λ:Όχι μόνο μπάνιο έκανα τίποτα άλλο..δεν είχα διάθεση.

Ψ:Με το σύζυγο τότε ξαναήρθατε σε επαφή μετά τη γέννα;

Λ:3 μήνες σίγουρα μετά..καλά ούτε να το σκέφτομαι δεν ήθελα. Φοβόμουν μην έχω και καμία τέταρτη εγκυμοσύνη όχι τίποτα άλλο..αλλά γενικά όταν είσαι ψυχολογικά χάλια μόνο διάθεση για σεξ δεν έχεις.

Ψ:Το θέλατε το τρίτο παιδί;

Λ:Να πω την αλήθεια δεν την ήθελα την μικρή...(χαμόγελο)

Ψ:Και γιατί το κρατήσατε;

Λ:Γιατί με επηρέασε το οικογενειακό μου περιβάλλον.

Ψ:Τι εννοείτε; Σας πίεζαν;

Λ:Ναι, μου έλεγαν όλοι ότι θα με βοηθήσουν, ότι θα το γεννήσω και να τους το δώσω να το μεγαλώσουν αυτοί {κράτησε το,..δεν πειράζει, τι δύο τι τρία ...} (σιωπή)

Ψ:Μάλιστα, Ο ύπνος πώς ήταν;

Λ:Είχα τρομερό άγχος δεν μπορούσα να κοιμηθώ το βράδυ..

Ψ:Γιατί δεν μπορούσατε να κοιμηθείτε επειδή είχατε άγχος να ταΐσετε το μωρό ; πώς νιώθατε;

Λ:Νόμιζα ότι δεν μπορούσα να τα καταφέρω ήτανε όλα μικρά και φοβόμουνά άμα ξυπνήσουν και τα τρία μαζί ποιο θα πρώτο κοιτάξω...

Ψ:Ο σύζυγος που ήταν; Δούλευε;

Λ:Δούλευε και ήταν η δουλειά του νυχτερινή ερχόταν τρεις η ώρα το βράδυ.. ήταν απών..

Ψ:Νιώθατε ότι δεν ήσασταν καλή μητέρα;

Λ:(δισταγμός)Όχι απλώς δεν είχα βοήθεια νομίζω..και γι αυτό αισθανόμουν έτσι... είχα και άλλα προβλήματα δηλαδή κρύωνα το βράδυ και ενώ είχε ζέστη μέσα στο σπίτι με έπιανε ρίγος όταν πήγαινα να κοιμηθώ..

Ψ:Και όλο αυτό για πόσο κράτησε;

Λ:Για έξι μήνες, πιο πολύ με δυσκόλευε που δεν μπορούσα να κοιμηθώ το βράδυ...

Ψ:Τι σκέψεις κάνατε νιώθατε ότι ίσως αυτό το μωρό να μην τα καταφέρει ή σκεφτόσασταν ότι εσείς δε θέλατε να ζείτε;

Λ:Μετά είχα τύψεις ότι αυτό το μωρό μπορεί να πάθει κάτι επειδή δεν το ήθελα στην αρχή...

Ψ:Τελικά πως το ξεπεράσατε αυτό;

Λ: Δεν ξέρω ήρθε από μόνο του.

Ψ: Μεγάλωσε η μικρή;

Λ: Μετά άρχισα να το αγαπάω πάρα πολύ τόσο πολύ που μου φαίνεται ότι το πρόσεχα πιο πολύ από τα άλλα τα παιδιά.. Ήμουν χάλια για πάρα πολύ καιρό και μετά από μόνο του.. δεν είχα βοήθεια από κανέναν, μετά είχα γράψει στον παιδικό σταθμό τις άλλες δύο για να βοηθηθώ και έτσι έβγαινα και μια βόλτα έξω και νομίζω ότι πήρα λίγο τα πάνω μου.

Ψ: Πόσο συχνά κλαίγατε;

Λ: Έκλαιγα κάθε μέρα, ιδίως τους τρεις πρώτους μήνες κάθε μέρα ,ειδικά με το που έμπαινε κάποιος στην πόρτα..

Ψ: Οικονομικά πως ήσασταν;

Λ: Δεν ήταν το θέμα μου οικονομικό.

Ψ: Μετά που μεγάλωσαν ;

Λ: Μετά που μεγάλωσαν ήμουν κάπως καλύτερα αλλά δεν είχε φύγει αυτό το άγχος και ο φόβος εντελώς.. δεν μου είχε περάσει εντελώς,,

Ψ: Μιλήστε μου για τον άνδρα σας πώς θα τον περιγράφατε; ήταν καλός σύζυγος;

(σιωπή)

Λ: Ήταν καλός απλώς κοιτούσε πάρα πολύ τη δουλειά του, ήταν και η δουλειά τέτοια ήταν ελεύθερος επαγγελματίας... δε μαλώναμε..

Ψ: Ήταν υποστηρικτικός μαζί σας;

Λ: Δεν μπορούσε να με βοηθήσει...

Ψ: Είχε καταλάβει τι περνούσατε;

Λ: Όχι δε νομίζω ότι το είχε καταλάβει.

Ψ: Εσείς δεν του είχατε μιλήσει;

Λ: Δεν το καταλάβαινε γιατί ήταν απορροφημένος από τη δουλειά του και να του το έλεγα πάλι δεν θα καταλάβαινε..

Ψ: Δεν είχατε μιλήσει με κάποιον με τη μητέρα σας; τις αδερφές σας;

Λ: Η μάνα μου δε νομίζω ότι θα με καταλάβαινε μόνο στις αδερφές μου που το είπα άλλα δεν μπορούσαν να μου κάνουν κάτι, ήταν από μακριά είχαν δικές τους οικογένειες απλώς μου έλεγαν να κάνω υπομονή ότι θα μεγαλώσουν..

Ψ: Τις ανάγκες του παιδιού τις καλύπτατε ; Το παραμελούσατε;

Λ:Όχι ήμουν εκεί αλλά ήθελα κάποιον να πάω μια βόλτα, αισθανόμουν ότι είχα βαλτώσει ήμουν τελείως αβοήθητη.

Ψ:Και ήσασταν έξι μήνες μες στο σπίτι;

Λ:Πήγαινα μόνο όταν ερχόταν ο άνδρας μου στο σούπερ μάρκετ για ψώνια αυτή ήταν η βόλτα μου δεν πήγαινα πουθενά αλλού.

Ψ:Είχατε κρίσεις θυμού ,φωνάζατε χωρίς λόγο ;είχατε νεύρα ;

Λ:Νεύρα είχα και ξεσπούσα στον άνδρα μου όταν ερχόταν.

Ψ:Θέλω να μου μιλήσετε για τη σχέση με τη μητέρα σας έχετε μεγάλη διαφορά ηλικίας μικρή;

Λ:Η μαμά μου όταν με γέννησε ήταν 34 χρονών

Ψ:Ποια ήταν η σχέση σας; (παύση)Ήσασταν δεμένες σα μάνα και κόρη δούλευε;

Λ:Ήμασταν πάρα πολύ δεμένες και με όλα τα αδέρφια μου αλλά από πολύ μικρή ηλικία φύγαμε από το χωριό από δώδεκα χρονών...

Ψ:Και που πήγατε;

Λ:Σε ένα οικοτροφείο πήγαμε και οι τρεις αδερφές λόγω οικονομικής δυσχέρειας..

Ψ:Ο μικρός αδερφός;

Λ:Δεν τον είχε γεννήσει η μαμά μου ακόμα. Τον γέννησε 45 χρονών.

Ψ:Πως νιώθατε που δεν ήσασταν με τους γονείς σας; ήσασταν με τις αδερφές σας βέβαια.

Λ:Ενιωθα πάρα πολύ άσχημα γιατί είναι ένα περιβάλλον που άμα δεν το ζήσεις δεν μπορείς να καταλάβεις.... είσαι σε ένα ξένο περιβάλλον μακριά από τους γονείς σου με ανθρώπους που σου επιβάλλουν πράγματα που πρέπει να κάνεις.

Ψ:Πως σας φέρθηκαν εκεί;

Λ:Εντάξει ήταν και αυστηροί μαζί μας ήταν και άνθρωποι που ήταν ευγενικοί πηγαίναμε στο σχολείο γυρίζαμε..ήμασταν μικρά κορίτσια και κάναμε δουλειές που δεν θα τις κάναμε στο σπίτι μας.

Ψ:Η αδερφή σας η μεγάλη σας προστάτευε; ήταν στήριγμα;

Λ:Ναι εννοείται..

Ψ:Και τότε φύγατε στα 18;

Λ:Ναι με το που έφυγα παντρεύτηκα.

Ψ :Τον άνδρα σας που τον γνωρίσατε;

Λ:Έτυχε να είναι μια ξαδέρφη του στο οικοτροφείο και όταν είχαμε άδεια βγαίναμε με τον ξάδερφό της για καφέ έτσι γνωριστήκαμε..(χαμόγελο)

Ψ:Και τον παντρευτήκατε γιατί τον ερωτευτήκατε;

Λ:Ναι ,δεν καταλαβαίναμε και πολλά τότε,... ήμουν δεκαπέντε χρονών...

Ψ:Πέρασαν εύκολα τα χρόνια στο οικοτροφείο;

Λ:Δύσκολα πέρασαν.. πήγαινες μόνο Χριστούγεννα- Πάσχα να δεις τους γονείς σου..καλοκαίρι,,,

Ψ:Οι γονείς σας πώς ένιωθαν που ήσασταν μακριά;

Λ:Και αυτοί δεν νομίζω να ήταν χαρούμενοι αλλά δεν μπορούσαν να κάνουν αλλιώς είχανε δύο επιλογές ή θα πηγαίναμε εκεί η θα καθόμασταν στο χωριό αμόρφωτες.

Ψ:Η σχέση σας με τα αδέρφια σας ποια είναι;

Λ:Πάρα πολύ καλές ιδίως με τις αδερφές μου είμαι πάρα πολύ δεμένη.

Ψ:Θέλω να μου μιλήσεις για την εμπειρία σου στο ίδρυμα, να μου μιλήσεις για κάποιες αναμνήσεις άσχημες.

Λ:Τι να σου πω νομίζω ότι ήταν τα χειρότερα χρόνια της ζωής μου και δε θέλω να πολυμιλάω.....(σιωπή)...Ήμουν δώδεκα χρονών ήμουν ένα κορίτσι από το χωριό μαθημένο αλλιώς, είχε πάει πρώτα η αδερφή μου και ερχότανε τα Χριστούγεννα στο χωριό και μου έλεγε δε θέλω να έρθεις δεν είναι τόσο καλά... αλλά δεν γινόταν να γίνει κάτι άλλο ή θα καθόμουν αμόρφωτη,..ήταν μια μισή ώρα το γυμνάσιο από το χωριό και για να πας στην πόλη δεν υπήρχε συγκοινωνία έπρεπε να νοικιάσεις σπίτι εκεί και οι γονείς μου δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα για αυτό. Τώρα που το σκέφτομαι είμαι πάρα πολύ περήφανη για τους γονείς μου .Η αδερφή μου η μικρή τους κατηγορεί ακόμα και τώρα αλλά αυτό είναι άδικο σήμερα έχει δουλειά και παίρνει λεφτά χάρις αυτούς.

Ψ:Ήταν και για αυτούς δύσκολο να αποχωριστούν τα τρία τους κορίτσια..

Λ:Ε ναι, πως πηγαίνει ένας άνθρωπος στο στρατό φαντάσου,,, είχαμε πρόγραμμα σηκώνόμασταν πρωί θα κάναμε δουλειές θα τρώγαμε μετά θα πηγαίναμε στο σχολείο και το απόγευμα είχαμε πρόγραμμα θα κάναμε πάλι δουλειές μετά διάβασμα,, ήμασταν συνέχεια υπό επιτήρηση.

Ψ:Σας μαλώνανε;

Λ:Δεν μπορώ να πω ότι μας μαλώνανε... βγαίναμε με συνοδεία ...δεχόμασταν bullying από τα άλλα τα κορίτσια ..έκαναν διάφορα το βράδυ... κοιμόμασταν 8-10 άτομα στο θάλαμο, σου μούσκευαν το κρεβάτι, έφερναν σερβιέτες από την τουαλέτα και τις έβαζαν στο κρεβάτι σου, έβαζαν δυνατά τη μουσική ενώ ήμουν κουρασμένη και ήθελα να κοιμηθώ...(δακρύζει)

Ψ:Και τι κάνατε εσείς;

Λ:Έκλαιγα και πήγαινα στην αδερφή μου τρέχοντας και επειδή ήταν μεγαλύτερη ερχόταν και τις φώναζε και σταματούσανε. Αυτά. Μετά παντρεύτηκα. Τα ξέχασα.

Ψ:Δεν υπήρχαν και καλές στιγμές;

Λ:Εντάξει υπήρχαν και καλές στιγμές. Ήμασταν πολλά κορίτσια μαζί, διαφορετικοί χαρακτήρες

Ψ:Είχατε φίλες εκεί;

Λ:Ναι πάρα πολλές. Από την άλλη στην αρχή για δύο μήνες περίπου, όπως σου είπα μας κάνανε καψόνια, σαν τους φαντάρους μετά σταμάτησαν και κάνανε στα καινούργια κορίτσια που ερχόταν.

Ψ:Φοβόσασταν;

Λ:Εννοείται ήταν ο χαρακτήρας μου έτσι... ήμουν ήπιος χαρακτήρας, δεν μπορούσα να τους επιβληθώ... μπορεί όλο αυτό να επηρέασε την ψυχολογία μου. Όταν συναντιόμαστε με τα κορίτσια από το ίδρυμα αποφεύγουμε να συζητάμε για το πώς περάσαμε, δεν μιλάμε για αυτά τα χρόνια...

Ψ:Ούτε με τις αδερφές σας το συζητάτε ;

Λ:Όχι όχι καμία φορά!

Ψ:Στον άνδρα σας τι έχετε πει για τα παιδικά σας χρόνια;

Λ:Τίποτα σχεδόν δεν..άσε που δεν θα με καταλάβαινε μια χαρά περνούσατε λέει βγαίνατε βόλτα... άμα δεν σε καταλαβαίνει ο άλλος και άμα δεν είναι ευαίσθητος.

Ψ:Τα κορίτσια, οι κόρες σου τι σου λένε για τα παιδικά σου χρόνια το έχετε συζητήσει καθόλου;

Λ:Όχι, ρωτάνε μερικές φορές και το αποφεύγω γιατί στεναχωριέμαι, δεν πιστεύω ότι θα γίνει κάτι άμα το πω στον άλλον..(συγκίνηση)

Ψ:Στη μαμά σας τι λέγατε τότε;

Λ: Δεν της λέγαμε κάτι... έβλεπε ότι μας παίρνανε ρούχα και μας τάζαν και νόμιζε ότι περνούσαμε καλά.. αλλά δεν ήταν έτσι δεν είχες ελευθερία μέχρι και την Κυριακή έπρεπε να κάνεις γενική το δωμάτιό σου,..σηκωνόμασταν 6.30 η ώρα κάθε μέρα,,,. Αισθανόσουν μια καταπίεση..Ήταν και άλλα παιδιά μικρότερα 5 χρονών μόνα τους..από χωρισμένους γονείς..ή και ορφανά από μάνα.. και αυτά ήταν χειρότερα... κατουριόταν πάνω τους και τα μάλωναν οι υπεύθυνες γιατί βαριόταν να αλλάξουν τα σεντόνια..και έκλαιγαν... άσχημα χρόνια...

Ψ:Πιστεύετε ότι γενικά από τον άνδρα σας δεν υπάρχει κατανόηση;

Λ:Ναι πιστεύω ότι δεν έδωσε βάρος στην οικογένειά του καθόλου.

Ψ:Γενικά εκδρομές πηγαίνατε;

Λ:Όχι όχι...

Ψ:Τώρα διακοπές πάτε;

Λ:Όχι δουλεύει, μια φορά θυμάμαι όταν ήταν η μικρή 1 χρονών και μου το κράτησε η αδερφή μου για δέκα μέρες και πήγαμε διακοπές στη θάλασσα. Απορώ εκείνες τις δέκα μέρες πως είχαμε

πάει. Δε γινόταν όμως να καθίσει χωρίς δουλειά. Τα καλοκαίρια χώρια από τότε που παντρεύτηκα.

Ψ:Θυμάστε κάποιον πολύ άσχημο καυγά εκείνη την περίοδο που γεννήσατε τη μικρή;

Λ:Στην αρχή τσακωνόμασταν πάρα πολύ το μεσημέρι του έλεγα να τα κρατήσει και δεν μπορούσε ήθελε να κοιμηθεί. Μου έλεγε κι αυτός ότι δεν μπορεί να τα κρατήσει και τα τρία και να πάρω τη μικρή μαζί μου αν ήθελα αλλά εγώ δεν ήθελα κανένα... Ήθελα να βγω να μην ακούω κανέναν..

Ψ:Τώρα πώς είναι η σχέση σας έχετε παράπονα;

Λ:Δεν έχω παράπονα να πω ότι δεν πέρασα καλά, τώρα είμαι μια χαρά βγαίνω με τις φίλες μου , δουλεύω, απλώς τώρα δεν δίνω σημασία, προτιμώ να πω στη φίλη μου τι πρόβλημα έχω .Άμα έχω κάποιο πρόβλημα στη δουλειά και του το πω σήκω και φύγε μου λέει να ξεκουραστείς δεν είναι όμως έτσι δεν θέλω να φύγω, θέλω να με ακούσει να το συζητήσουμε..

Ψ:Τι θετικά έχει;

Λ:Είναι φιλότιμος, είναι ήρεμος, δεν φωνάζει ,δεν μαλώνει ποτέ με τα κορίτσια... Εγώ πλέον με ότι έχω περάσει έχω γίνει νευρική. Το βλέπω στον εαυτό μου όταν μιλάω φωνάζω.

Ψ:Οικονομικά πως είστε τώρα;

Λ:Τώρα πλέον είμαστε χάλια λόγω κρίσης.

Ψ:Φταίει κάπου και ο άνδρας σας ή μόνο η κρίση;

Λ:Όχι απλά το μόνο που σκέφτομαι είναι ότι θα μπορούσε τότε που έγινε το μπαμ να το κλείσει ,τώρα το κρατάει με τα χίλια ζόρια παρόλο που μέσα μπαίνουμε πλέον , δεν βγάζει κέρδος, έχω βρει και εγώ αυτή τη δουλειά και τη βγάζουμε

Ψ:Οι κόρες σας; Σας στηρίζουν ψυχολογικά;

Λ:Με τη μεγάλη θα μπορέσω να καθίσω να μιλήσω και έχει υπομονή να καθίσουμε να μιλήσουμε να την ακούσω να με ακούσει..Οι άλλες άμα τους ρωτήσω κάτι εκνευρίζονται..

Ψ:Ο άνδρας σας το ήθελε το τρίτο παιδί;

Λ:Ναι πάρα πολύ..

Ψ:Θα θέλατε να σας στηρίξει παραπάνω;

Λ:Ναι φυσικά!

Ψ:Τι σας ενοχλούσε;

Λ:Όλα με ενοχλούσαν, τα πάντα, το παραμικρό... εκνευριζόμουν και φώναζα στις άλλες δύο....

Ψ:Περιμένατε ότι θα περάσει όλο αυτό ;

Λ:Νόμιζα ότι δε θα περνούσε ποτέ αυτό που ζούσα νόμιζα ότι θα είναι συνέχεια έτσι..

Ψ:Υπήρχαν στιγμές που θέλατε να μένετε μόνη σας και να κλαίτε εκείνο το διάστημα; πόσο συχνά;

Λ:Πάρα πολλές φορές... μπορούσε η μπέμπα να κλαίει μόνη της να μην την κοιτάω τα άλλα να μαλώνουν και εγώ να κάθομαι σε μια γωνιά να κλαίω ειδικά τους πρώτους μήνες 3-4..

Ψ:Τι σκέψεις κάνατε;

Λ:Μέχρι και να πηδήξω από το μπαλκόνι μου ερχόταν μερικές φορές όταν απελπιζόμουνα πάρα πολύ.

Ψ:Τι σας σταματούσε μετά;

Λ:Μετά καθόμουνα.. τα κοιτούσα και τα τρία.. και έλεγα ότι έχουν μόνο εμένα δεν πρόκειται να τα κοιτάξει κάποιος άλλος πρέπει να συνέλθω να πάρω δύναμη.

Ψ:Ο άνδρας σας θεωρείτε ότι με τον τρόπο του δε βοήθησε κάπου;

Λ:Στην ανατροφή τους όχι, όχι ότι δεν ήθελε δεν τον κατηγορώ για κάτι δεν μπορούσε να κάνει αλλιώς ήταν καλός σύζυγος ούτε μαλώναμε δεν είχαμε κανένα σοβαρό πρόβλημα..

Ψ:Θα θέλατε όμως κάτι παραπάνω από αυτόν εκείνο το διάστημα.

Λ:Δεν μπορούσε να με καταλάβει ίσως επειδή μεγάλωσε στο χωριό του και τώρα που του το λέω πάλι δεν το καταλαβαίνει μερικές φορές που το συζητάμε.

Ψ:Σας πληγώνει αυτό;

Λ:Ναι (σιωπή) Δεν μπορεί να το καταλάβει ούτε τώρα που πέρασαν τόσα χρόνια!(εκνευρισμός){Είναι μέσα στο μυαλό σου εσύ τα λες αυτά}.Και το πέρασα ολομόναχη και το ξεπέρασα ολομόναχη.

Ψ:Τώρα εσείς είστε το στήριγμά τους;

Λ:Νομίζω ότι πρώτα συμβουλευόνται εμένα και μετά το μπαμπά τους

Ψ:Σας βοήθησε κάπου αυτό που περάσατε;

Λ:Με έκανε πιο δυνατή μετά.

Ψ:Σας ευχαριστώ πολύ

Λ:Και εγώ σε ευχαριστώ

* Η κα Λ. επιθυμούσε να διατηρηθεί η ανωνυμία της.

✱

* Όπου Λ:κα Λ. , όπου Ψ:Ψυχολόγος

