

ΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
ΠΡΩΤΟ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: « Ο Ψυχολογικός και ο Βιολογικός
Κόσμος του Θαύματος της Γέννησης »**

Φοιτήτρια: Σιώκου Γεωργία

Αριθμός Μητρώου: 6298031

1^{ος} Υπεύθυνος Καθηγητής: κ. Ζαφειράκης

2^{ος} Υπεύθυνος Καθηγητής: κ. Παπαδόπουλος

Εξάμηνο 8^ο



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ & ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ «ΓΚΡΙΖΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ»

Αριθ. Εισ.: 1739/1
Ημερ. Εισ.: 09-02-2004
Δωρεά:
Ταξιθετικός Κωδικός: ΠΤ ΠΠΕ
2003
ΣΙΩ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



004000070779

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

~ ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
~ ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΜΕΡΟΣ 1^ο «Ο Ψυχολογικός Κόσμος της Εγκύου»	
1.1 Η Ζωή πριν τη Γέννηση	7
1.2 Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	9
1.2.1 Πως επηρεάζεται η Γυναίκα από την Εγκυμοσύνη	10
1.2.2 Συναισθήματα στην Εγκυμοσύνη	11
1.3. ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ + ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	14
1.3.1 Προγεννητική Κατάθλιψη	14
1.3.2 Τα τρία Τρίμηνα της Κύησης	16
1.3.3 Συμπτώματα Προγεννητικής Κατάθλιψης	18
1.3.4 Κατηγορίες Συμπτωμάτων Κατάθλιψης	20
1.3.5 Αιτίες που προκαλούν Κατάθλιψη στις Εγκύους	23
• Διάφοροι Μαιευτικοί Παράγοντες	24
• Το Προεμμηνορρυσιακό Σύνδρομο	27
• Το Ψυχιατρικό Ιστορικό	28
• Αρνητικά Γεγονότα Ζωής	28
• Η Προσωπικότητα της Εγκύου	28
• Αντιμετώπιση της Κύησης	30
• Κοινωνική Στήριξη	31
• Η Ενημέρωση της Εγκύου	33
• Οι Δημογραφικοί Παράγοντες	34
• Οι Ορμονικοί Παράγοντες	35
1.3.6 Προσέγγιση της Κατάθλιψης μέσα από Θεωρίες	37
1.3.7 Συνέπειες της Προγεννητικής Κατάθλιψης	38
1.3.8 Αντιμετώπιση Προγεννητικής Κατάθλιψης	40
1.4. Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ	45
1.4.1 Επιλόχεια Κατάθλιψη	47
1.4.2 Βιολογικές Επιδράσεις	49

1.4.3.	Μαθημένη Αδυναμία Αντίδρασης	51
1.4.4.	Παιδικά Βιώματα	53
1.4.5.	Αντιμετώπιση Επιλόχειας Κατάθλιψης	54
1.4.6.	Σχέση Μεταξύ Προγεννητικής και Επιλόχειας Κατάθλιψης.	59
1.5.	ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙ	62
1.5.1.	Η Κατάθλιψη στη Μητέρα	63
1.5.2.	Η Καταθλιπτική Μητέρα στο Παιδί	64

ΜΕΡΟΣ 2^ο «Ο Βιολογικός Κόσμος της Εγκύου»

2.1.	Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗ ΣΥΛΛΗΨΗ	69
2.1.1.	ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ	70
	• Η ηλικία της Γυναίκας	72
	• Προηγούμενο μαιευτικό ιστορικό	73
	• Εξωτερικές Εξετάσεις	73
	• Γενικές εξετάσεις αίματος	74
	• Ομάδα αίματος	74
	• Παράγοντας Rhesus (Rh)	74
	• Ηπατίτιδα B&C	76
	• Ερυθρά	76
	• Σύφιλη	76
	• Τεστ τοξοπλάσμωσης	77
	• Αναιμία του Cooley	77
	• Aids	78
	• Γενική εξέταση ούρων	78
	• Διαβήτης	78
	• Σάκχαρο	78
2.1.2.	ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΔΡΑ	80
2.1.3.	ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ	80
2.2	Η ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ	82

2.2.1	Εμμηνορυσιακός Κύκλος	82
2.2.2.	Όταν το Σπερματοζώαριο συναντά το Ωάριο	84
2.2.3.	Η Εμφύτευση της Βλαστοκύστης στη Μήτρα	87
2.2.4.	Κληρονομικότητα	89
2.2.5.	Προσδιορισμός Φύλου	90
2.3.	Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ	91
2.3.1.	Η Βλαστική Περίοδος	91
	• Πρώτος μήνας	91
	• Δεύτερος μήνας	92
	• Τρίτος μήνας	95
	Βιοψία Χωρίου	95
2.3.2.	Η Δεύτερη Εμβρυϊκή περίοδος	97
	• Τέταρτος μήνας	97
	Ανεπάρκεια Τραχήλου	98
	Αμνιοκέντηση	98
	Εξέταση Άλφα-Εμβρυοπρωτεΐνης	99
	• Πέμπτος μήνας	100
	• Έκτος μήνας	100
2.3.3.	Η Τρίτη Εμβρυϊκή περίοδος	102
	• Έβδομος μήνας	102
	• Όγδοος μήνας	104
	• Ένατος μήνας	104
2.3.4.	ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΩΝ 9 ΜΗΝΩΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	107
2.3.5.	Το Υπερηχογράφημα	107
3.1	Ο ΤΟΚΕΤΟΣ	109
3.2.	Τοκετός δια της Κολπικής Οδού	109
3.3.	Ειδικές Περιπτώσεις	113
	• Εξώθηση με εμβρυουλκούς	113
	• Αναρροφητικός Εμβρυουλκός – Εξαγωγή με Βεντούζα	113
3.4.	Εξαγωγή του Πλακούντα	114
	• Αποκόλληση Πλακούντα	116
	• Πλακούντας Πρόδρομος	116
3.5.	Ιοχιακή Γέννα	117

3.6.	Καισαρική Τομή	118
	• Επισκληρίδια Αναισθησία	118

	ΕΠΙΛΟΓΟΣ	120
--	----------	-----

	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	122
--	--------------	-----

~ ΠΡΟΛΟΓΟΣ ~

Η Εγκυμοσύνη είναι ένα θέμα που πάντα αποτελούσε μυστήριο. Διάφορες συγκεχυμένες πληροφορίες από διάφορες πηγές γονείς, σχολείο, φίλους, γυναίκες σε ενδιαφέρουσα κατάσταση και ακόμα από άτομα της τρίτης ηλικίας δεν αρκούσαν για να έχω μια σωστά τεκμηριωμένη γνώση γι' αυτό το υπέροχο δώρο του Θεού. Επέλεξα να πληροφορηθώ όσο γινόταν καλύτερα γι' αυτό το θαύμα που μπορεί να πραγματοποιήσει μια γυναίκα, ακόμα και εγώ. Έτσι ώστε, να είμαι σωστά πληροφορημένη, για να μπορώ να αντιμετωπίσω υπεύθυνα και πιο επιστημονικά το θέμα της εγκυμοσύνης, τις συνέπειες στην ψυχολογική και σωματική κατάσταση πάνω στο γυναικείο σώμα καθώς επίσης το σωστό προληπτικό έλεγχο που πρέπει να γίνεται για την οποιαδήποτε πιθανή αντιμετώπιση προβλημάτων της εγκυμοσύνης και του τοκετού.

Κάποτε οι γυναίκες δεν είχαν τη δυνατότητα για διάφορους λόγους να γνωρίζουν για το σώμα τους και τις λειτουργίες του. Όσο περνούσαν τα χρόνια, αρκετές γυναίκες στηρίζονταν σε αφηγήσεις συγγενών και φίλων, σε εμπειρίες από άλλες γυναίκες οι οποίες είχαν ήδη αποκτήσει παιδί και δεν πληροφορούνται πλήρως και σωστά και κατά συνέπεια να προβληματίζονται περισσότερο. Οι πιο πολλές γυναίκες, ανεξάρτητα από ηλικία, μόρφωση ή κοινωνική τάξη, δεν έχουν καμία ενημέρωση πάνω σε θέματα που τις απασχολούν και τις προβληματίζουν. Θεωρείται ότι η πληροφόρηση γύρω από τη φυσιολογία της γυναίκας είναι θέμα δευτερεύουσας σημασίας. Όμως είναι απαραίτητο κάθε γυναίκα να είναι ενήμερη για τη φυσιολογική της λειτουργία, για να μπορεί να κρίνει τις υποδείξεις, τις εξηγήσεις και τις παρατηρήσεις με σκοπό να ακολουθεί υπεύθυνα και συνειδητά αυτό που θα την ωφελήσει. Η συνειδητή γνώση θα χαρίσει στη γυναίκα

αυτοπεποίθηση, — σιγουριά — και ολοκλήρωση — της προσωπικότητάς της.

Μελετώντας το φαινόμενο αυτό προσπάθησα να συγκεντρώσω σημαντικές πληροφορίες για τον ψυχολογικό κόσμο της εγκύου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και το τοκετό ώστε να μπορεί μια γυναίκα να αντιμετωπίσει τον εαυτό της όσο καλύτερα γίνεται γνωρίζοντας τι «συμβαίνει», γιατί «συμβαίνει» και πως αντιμετωπίζεται. Και αυτό γιατί κάθε γυναίκα αντιμετωπίζει την εγκυμοσύνη διαφορετικά. Μερικές γυναίκες αισθάνονται την εγκυμοσύνη σαν αρρώστια, άλλες δέχονται τη κατάσταση παθητικά και άλλες ανησυχούν και προβληματίζονται. Σήμερα οι περισσότερες γυναίκες θέλουν να γνωρίζουν περισσότερα για την εγκυμοσύνη, τον τοκετό, τη λοχεία*, το θηλασμό και άλλα. Μια έγκυος γυναίκα θα πρέπει να γνωρίζει τι την ωφελεί και τι την βλάπτει, τι είναι φυσιολογικό και τι είναι παθολογικό.

Ακόμη θα προχωρήσω βήμα — βήμα την πορεία της εγκυμοσύνης καθ' όλη τη διάρκειά της και στο κάθε στάδιο θα επισημανθεί ο συγκεκριμένος ιατρικός έλεγχος για τη μέλλουσα μητέρα, ξεκινώντας από τους 3 μήνες τουλάχιστο πριν τη σύλληψη και συνεχίζοντας μέσα στο διάστημα της εγκυμοσύνης των 9 μηνών περίπου. Ο έλεγχος πριν τη σύλληψη είναι απαραίτητος ώστε να εξασφαλίσει την ασφάλεια της μητέρας και του μελλοντικού παιδιού. Επίσης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης πέρα από τον γυναικολογικό έλεγχο που πραγματοποιεί η κάθε έγκυος θα πρέπει να υποβληθεί σε διάφορες ιατρικές εξετάσεις.

ΛΟΧΕΙΑ* είναι το διάστημα που χρειάζεται ο οργανισμός της λεχώνας μετά το τοκετό για να επανέλθει στην κατάσταση που ήταν πριν την εγκυμοσύνη. Λεχώνα λέμε τη γυναίκα μετά το τοκετό της. Ο χρόνος της λοχείας διαρκεί περίπου 4-6 εβδομάδες.

Τα γυναικεία σώματα έχουν αναπτυχθεί ώστε να δώσουν στα παιδιά τις καλύτερες προϋποθέσεις για να έρθουν με ασφάλεια στο κόσμο. Η μοντέρνα ιατρική έχει επίσης βοηθήσει στο να κάνει την εγκυμοσύνη και το τοκετό πιο ασφαλείς παρά ποτέ. Παρόλα αυτά η γέννηση ενός παιδιού, όπου κι αν αυτό γεννιέται, είναι πάντοτε για τους γονείς του ένα μικρό θαύμα.

~ΕΙΣΑΓΩΓΗ~

Η γέννηση είναι μια συναισθηματική κατάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης ανυπολόγιστα σύνθετη και η εμπειρία της έχει μεγάλη σημασία για όσους έχουν σχέση με αυτή, τη στιγμή της απόκτησής της και αργότερα. Αν και δεν είναι εύκολο να ξεδιαλύνουμε το μυστήριο της γέννησης, η σύγχρονη έρευνα της ψυχικής ζωής αλλά και της ανθρώπινης συμπεριφοράς αυξάνει τις γνώσεις μας γύρω από το συναρπαστικό αυτό θαύμα. Μια εγκυμοσύνη, όπως είναι κατανοητό, επηρεάζει τη σωματική κατάσταση της γυναίκας αλλά και μερικές φορές σε μεγάλο βαθμό της ψυχολογική της ισορροπία. Η ψυχολογία της γέννησης βρίσκεται ακόμα στα πρώτα της βήματα και ήδη αντιμετωπίζει αρκετά δύσκολα προβλήματα που αφορούν κυρίως το ξεμπέρδεμα των επιπτώσεων της εγκυμοσύνης και της γέννας. Ανάλογα με τις διάφορες περιπτώσεις, μπορεί να δοθούν κάποια σημαντικά στοιχεία, χρήσιμα για την ανθρωπότητα ενώ κάποια άλλα αποτελέσματα να δεχτούν κατηγορηματική απόρριψη.

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί, η έγκυος γυναίκα αντιμετωπίζει κάποια συμπτώματα κατάθλιψης είτε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είτε και μετά το τοκετό. Στα τρία πρώτα τρίμηνα της κύησης εμφανίζεται η προγεννητική κατάθλιψη, η οποία υποχωρεί κατά τη διάρκεια του δευτέρου τριμήνου έως τις αρχές του τρίτου τριμήνου της κύησης. Έπειτα μετά το τοκετό, όπου η λεχώνια πέφτει σε μελαγχολία και της είναι πολύ εύκολο να βάλει και τα κλάματα ακόμα χωρίς να υπάρχει ιδιαίτερος λόγος τότε αντιμετωπίζει την επιλόχεια κατάθλιψη ή αλλιώς την μεταγεννητική κατάθλιψη. Έχουν γίνει διάφορες έρευνες από διάφορους ψυχολογικούς ερευνητές για να ακολουθήσει η πιο σωστή αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος. Για ένα μεγάλο διάστημα οι διάφοροι ερευνητές έδιναν βάρος ή στη κατάθλιψη της κύησης (προγεννητική) ή στη κατάθλιψη της λοχείας(επιλόχεια), αργότερα άρχισαν κάποιες διατυπώσεις συμπεράσματα διαφόρων ερευνητών οι οποίοι διαπίστωσαν την άμεση συνέπεια προγεννητικής κατάθλιψης να επέλθει, κατά μεγάλο ποσοστό και επιλόχεια κατάθλιψη.

Υπάρχουν διάφοροι λόγοι που μπορούν να οδηγήσουν την έγκυο σε κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και μετά το τοκετό. Δίνοντας κάποιες βασικές πληροφορίες για τα συμπτώματα, τις αιτίες, καθώς επίσης παρουσιάζοντας κάποιους

πιθανούς τρόπους αντιμετώπισης της κατάθλιψης, θα προσπαθήσω να διατυπώσω τη σπουδαιότητα του προβλήματος αυτού καθώς επίσης την άμεση και σωστή ενημέρωση για κάθε άνθρωπο.

Η εγκυμοσύνη είναι γενικά ένα πολύπλοκο θέμα το οποίο μπορεί να μελετηθεί από διάφορες πλευρές. Η χρονική διάρκεια μου μπορεί να μελετηθεί το θέμα αυτό, μπορεί να ξεκινήσει τρεις μήνες πριν την σύλληψη του μωρού και «τελειώσει» τη χρονική στιγμή που η μητέρα θα επανέλθει ψυχικά και σωματικά όπως ήταν πριν την εγκυμοσύνη της. Στην εργασία αυτή θα ασχοληθώ ξεκινώντας από τον ψυχολογικό κόσμο της εγκύου και έπειτα θα ακολουθήσει αναλυτικά το βιολογικό φαινόμενο της σύλληψης, τα στάδια δημιουργίας εμβρύου καθώς επίσης και ο τοκετός.

Ακόμη θα επισημανθεί σε διάφορα σημεία ο «Έλεγχος» που πρέπει να ακολουθεί κάθε μέλλουσα μητέρα και συνεπώς το ζευγάρι για να υπάρχει όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ασφάλεια για το μωρό αλλά και για την ίδια την μητέρα. Θα ακολουθήσουν όλες οι πιθανές εξετάσεις που θα πρέπει να κάνει μια γυναίκα και πριν τη σύλληψη αλλά και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Λόγω των διάφορων κινδύνων που καθημερινά μας περιτριγυρίζουν στη ζωή μας, πιστεύω πως θα πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί όλοι, όταν θα θελήσουμε να φέρουμε στο κόσμο ένα παιδί. Σήμερα το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού γνωρίζει πολλά πράγματα ή κι αν δεν γνωρίζει επιθυμεί να ενημερωθεί για το θαύμα της γέννησης. Η απόκτηση ενός παιδιού είναι δώρο Θεού. Πρέπει να σεβαστούμε όσο μπορούμε περισσότερο αυτό το Θείο δώρο και να το προστατεύσουμε όσο καλύτερα γίνεται.



Μέρος 1^ο

«Ο Ψυχολογικός Κόσμος της Εγκύου»

Προγεννητική και Επιλόχεια Κατάθλιψη

~1.1 Η Ζωή πριν τη γέννηση~

Οι άνθρωποι παλιότερων πολιτισμών βασιζόνταν και επηρεάζονταν από διάφορα γεγονότα που συνέβαιναν και με βάση αυτά εξηγούσαν τι συμβαίνει στην εγκυμοσύνη σε όλο το διάστημα των 9 μηνών, δηλαδή από τη σύλληψη έως και τη γέννηση του παιδιού. Στην Κίνα και την Ιαπωνία θεωρείται πως το παιδί τη στιγμή που γεννιέται είναι ήδη ενός έτους, γιατί αναγνώριζαν τον ατομική ύπαρξη του παιδιού από τη διάρκεια της παραμονής του μέσα στη μήτρα από τη στιγμή της σύλληψης του. Ένας φιλόσοφος και φυσικός θέλοντας να επισημάνει τη σημαντικότητα της ζωής του παιδιού, από τη σύλληψή του έως τη γέννηση, έγραψε: «ο καθένας είναι μερικούς μήνες μεγαλύτερος από όσο νομίζει, γιατί ζούμε, κινούμαστε, υπάρχουμε και εξαρτιόμαστε από τη δράση των στοιχείων και τη κακοβουλία ασθενειών μέσα σ' αυτόν τον άλλο κοσμικό χώρο, τον αληθινό μικρόκοσμο, που είναι η κοιλιά της μάνας μας». (Browne, 1642).

Ο ποιητής Samuel Taylor Coleridge πρόσθεσε το εξής: «Πράγματι, η ιστορία ενός ανθρώπου στους 9 μήνες που προηγούνται από τη γέννησή του είναι πιο ενδιαφέρουσα και περιλαμβάνει γεγονότα με σημασία μεγαλύτερη απ' ό,τι όλα τα εβδομήντα χρόνια που την ακολουθούν». (Taylor-Coleridge, 1802).

Το 400 π.Χ. ο Ιπποκράτης και το πρώτο αιώνα μ.Χ. ο Serenus πίστευαν ότι το παιδί δέχεται μεγάλη επίδραση από τη γυναίκα που το κυοφορεί. Οι Κινέζοι πριν χίλια χρόνια περίπου θεώρησαν σωστό να διατηρούν κάποιες κλινικές για τις έγκυες γυναίκες ώστε να περνούν εκεί όλο το διάστημα της εγκυμοσύνης τους. Αυτό συνέβαινε γιατί ήθελαν να εξασφαλίσουν την ηρεμία στην μητέρα και κατά συνέπεια και στο παιδί και όχι για να προσφέρουν φυσική καλοπέραση.

Το 15^ο αιώνα ο Λεονάρντο ντα Βίντσι έδωσε νέα πνοή επισημαίνοντας πως υπάρχει άμεσος δεσμός ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί. Οι επιθυμίες της μητέρας, σύμφωνα με τον Ντα Βίντσι, εντυπώνονται στο παιδί τη στιγμή που το κυοφορεί. Έτσι είναι φανερό ότι μια ίδια ψυχή κυβερνά δύο σώματα και το ίδιο σώμα θρέφει μάνα και παιδί.

Όσο περνούσαν τα χρόνια διαπιστώνονταν διάφορες απόψεις και έρευνες ώστε να δοθεί διάφορες πληροφορίες για το θαύμα της εγκυμοσύνης. Καταγράφηκε μια ολόκληρη σειρά από ουσίες οι οποίες μεταφέρονται από το αίμα της μητέρας στο παιδί.

(Hirsh, 1889). Αργότερα, επισημάνθηκαν οι επιπτώσεις που μπορεί να έχει το έμβρυο όταν η μητέρα καπνίζει. (Sontag, 1930).

Για μεγάλο χρονικό διάστημα αρκετοί επιστήμονες ασχολήθηκαν με το γεγονός πως η μητέρα μπορεί να επηρεάσει το έμβρυο. Ένας γερμανός υποστήριξε ότι έμβρυο επηρεάζει τη μητέρα του και διατύπωσε χαρακτηριστικά: « το έμβρυο είναι ένας εγωιστής και καθόλου ένα προσφιλές, αβοήθητο εξαρτημένο πλασματάκι, όπως νομίζει απλοϊκά η μητέρα. Από τη στιγμή που σφηνώνεται μέσα στο τοίχωμα της μήτρας, βάζει τα δυνατά του για να δείξει ότι χρειάζεται να το υπηρετούν, όσους μελάδες κι αν προκαλεί για τούτο. Κι αυτό το καταφέρνει αλλάζοντας σχεδόν ολότελα τη φυσιολογία της μητέρας, συνήθως παίζοντας με τους δικούς της μηχανισμούς ελέγχου». (Hyttten, 1991).

Όλοι μας ζούμε σ' ένα κόσμο που διαρκώς εξελίσσεται. Εμείς αλλάζουμε και είμαστε σε θέση να προσαρμοστούμε στο περιβάλλον, το οποίο ταυτόχρονα έχουμε οι ίδιοι διαμορφώσει. Είναι δυνατόν να συμβούν πολλές και διάφορες αλλαγές στον εαυτό μας όπως, χημικές, σωματικές, ψυχικές. Μέσα από μια πραγματικά ασύλληπτα σύνθετη πορεία ανάπτυξης ενός μοναδικού κυττάρου, είναι δυνατόν να δημιουργηθεί το έμβρυο και να ολοκληρωθεί σιγά - σιγά (9 μήνες) μέσα στη μήτρα. Το πρώτο περιβάλλον στο οποίο όλοι έχουμε προσαρμοστεί, είναι το μητρικό περιβάλλον. Έτσι το βρέφος, καθώς περιβάλλεται απ' το μητρικό σώμα, το οποίο διαρκώς αλλάζει, προσαρμόζεται σ' αυτό ενώ ταυτόχρονα επιδρά και εκείνο σ' αυτό με την ύπαρξή του.

~1.2. Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ~

Όπως κάθε γέννα είναι μια ατομική υπόθεση έτσι και η γυναίκα την οποία αφορά είναι ένα ξεχωριστό άτομο. Η πορεία της εγκυμοσύνης καθώς και του τοκετού ενός παιδιού, θα εξαρτηθεί από τη σύλληψη της ίδιας της μητέρας του. Θα ξεκινήσει από την κάθε επιπλοκή που μπορεί να είχε η ίδια στην γέννησή της, από τα γονίδια που έχει κληρονομήσει από τους γονείς της και ακόμα από τις διάφορες κοινωνικές ή βιολογικές εμπειρίες της βρεφικής, παιδικής και εφηβικής ηλικίας της. Όλα τα παραπάνω επηρεάζουν την ίδια ως ενήλικη πα, είτε πνευματικά, είτε σωματικά. Φυσικά δεν είναι μόνο αυτοί οι παράγοντες που επηρεάζουν την έγκυο. Το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει η μητέρα και τα άτομα που συναναστρέφεται όπως επίσης και οι κοινωνική και η οικονομική κατάσταση της οικογένειας επηρεάζουν την ίδια και τη γνώση της για τη γέννηση και την ανατροφή του παιδιού ή των παιδιών που θα φέρει στο κόσμο. Σε ορισμένες περιοχές δίνεται βάρος στην ψυχολογική πλευρά της εγκύου ενώ σε άλλες όπως στην Αγγλία, που υπογραμμίζεται η επίδραση του κοινωνικού παράγοντα, δεν συνέβαινε κάτι παρόμοιο. Θα πρέπει όμως να δοθεί προσοχή και στο εξής: Λόγω της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης φύσης, η οποία αλλάζει συνεχώς, οι διάφορες ψυχολογικές έρευνες πάνω στο ίδιο αντικείμενο συχνά δεν δίνουν τα ίδια συμπεράσματα.

Μέσα από διάφορα ψυχολογικά τεστ, δίνεται η δυνατότητα να εξακριβωθεί ο τρόπος με τον οποίο μια γυναίκα είναι σε θέση να αντιμετωπίσει μια εγκυμοσύνη. Έτσι είναι δυνατόν να διαπιστωθεί η αντίληψη που έχει μια γυναίκα για το ρόλο της ως μητέρα, να εξακριβωθεί η ψυχολογική της κατάσταση και η πνευματική της σταθερότητα. Ακόμα μπορεί να κριθεί η προσαρμοστικότητα της στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον αλλά και η αντίληψή της για τη θηλυκότητα. Αυτά τα τεστ δεν έχουν κριθεί απαραίτητα να γίνονται εκτός κι αν υπάρχει κάποιο ιστορικό για μια μέλλουσα μητέρα. Μ' αυτό τον τρόπο μπορούν να διαγνωστούν τυχόν προβλήματα που ήδη υπάρχουν και έτσι να αντιμετωπιστούν σωστά αποτρέποντας κάθε επόμενο κίνδυνο.

Οι συναισθηματικές καταστάσεις της γυναίκας κατά την εγκυμοσύνη επηρεάζουν το παιδί και όταν ακόμα βρίσκεται στη μήτρα και μετά τη γέννησή του. Ακόμα έχει διαπιστωθεί η άμεση

σχέση μεταξύ ψυχικής έντασης της γυναίκας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η ανησυχία στη συμπεριφορά των νεογέννητων.

~1.2.1 Πως επηρεάζεται η γυναίκα από την Εγκυμοσύνη~

Πολλές μελέτες έδειξαν ότι οι έγκυες γυναίκες περνούν από συναισθηματικές αλλαγές και αλλαγές προσωπικότητας, αλλά επανέρχονται στο «φυσιολογικό» μετά το τοκετό. Αρκετές γυναίκες δικαιολογημένα δείχνουν αλλαγές στα ψυχολογικά τους χαρακτηριστικά κατά την εγκυμοσύνη. Τη περίοδο αυτή θα λέγαμε ότι μια έγκυο γυναίκα βρίσκεται σε μια ιδιαίτερη ψυχολογική ευαισθησία. Συμβαίνει συχνά η εγκυμοσύνη να δημιουργεί μια κατάσταση ανασφάλειας, γιατί ξαναεμφανίζονται μερικές ξεχασμένες αισθήσεις. Αυτό που αναζητά μια έγκυο είναι η αναπλήρωση αυτής της ψυχολογικής ευαισθησίας.

Η εγκυμοσύνη είναι μια περίοδος όπου δοκιμάζεται η προσωπικότητα της γυναίκας. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η γυναίκα ψάχνει στο παρελθόν και αρκετές φορές συλλαμβάνει τον εαυτό της να σκέφτεται και να αναλύει διάφορα γεγονότα και αναμνήσεις τις οποίες εξετάζει και τις επανεκτιμά. Μερικές φορές μπορεί η ανάλυση διάφορων γεγονότων που γίνονται στο μυαλό της να μην είναι ευχάριστη και την αποδυναμώνει ψυχολογικά. Ο τρόπος με τον οποίο η μέλλουσα μητέρα δοκιμάζει την εγκυμοσύνη της και τον ερχομό της γέννας του μωρού αλλάζει στη διάρκεια αυτών των μεταβολών. Από το αρχικό εξωτερικό στερεότυπο του «τι κάνει κανείς;» με το οποίο προσπαθεί να συμβιβαστεί, η γυναίκα μετατοπίζεται σε ένα πιο πραγματιστικό «τι κάνω εγώ;» ή «τι θα κάνω εγώ;». Το στάδιο αυτό που περνά η μέλλουσα μητέρα ονομάζεται «ενδοπροβολή – προβολή – απόρριψη». (Rubin, 2001).

Μερικές πολύ σημαντικές αλλαγές στη προσωπικότητα της γυναίκας γίνονται στις λίγες εβδομάδες ύστερα από το τοκετό. Καθώς δημιουργείται ο καινούργιος εαυτός και ο ρόλος τα μητέρας, ο παλιός εαυτός αναδιοργανώνεται. Γι' αυτό και η περίοδος της λοχείας είναι μια σκληρή ψυχολογική δοκιμασία.

~1.2.2. Συναισθήματα στην εγκυμοσύνη~

Η σύγχρονη εικόνα της εγκύου δείχνει ένα πρόσωπο γεμάτο υγεία , πολύ ευτυχισμένο και σίγουρο, που περνά γαλήνια τους εννιά μήνες μέχρις ότου της συμβεί κάτι – για το οποίο δε μιλάμε δημόσια – και γυρνά στο σπίτι της ξανά φέρνοντας μαζί της το δέμα της ευτυχίας.

Αυτή η εικόνα επικρατεί και μ' αυτή συμφωνούν άνδρες και γυναίκες, όταν πρέπει να διατηρήσουν την κοινωνική τους συμβατικότητα και συνεχίζουν να φορούν το συμβατικό προσωπίο που τους χρειάζεται στην πρόσωπο με πρόσωπο επαφή. Αυτό είναι που οι κοινωνιολόγοι ονομάζουν «εικόνα», δηλαδή μια τυποποιημένη αναπαράσταση που μοιάζει λίγο με την αλήθεια και που είναι παραποιημένη προς μια ιδανική μορφή. Η μυστικότητα που περιβάλλει την εγκυμοσύνη και τον τοκετό εν μέρει αντικατοπτρίζει τη δική μας άγνοια και τον επακόλουθο φόβο της δύναμης των γυναικών να δημιουργούν καινούργια ζωή, κάτι που κανένας άνδρας δεν θα καταφέρει ποτέ και που μόνιμα διατηρείται στο περιθώριο της πατριαρχικής κοινωνίας. Η αλήθεια είναι πολύ διαφορετική από την εικόνα. Η εγκυμοσύνη για τις πιο πολλές γυναίκες είναι περίοδος αμφιβολίας, άγχους, μεταβλητών συναισθημάτων και σκληρής ψυχολογικής δουλειάς.

Πολλές φορές σκέψεις και προβλήματα χωρίς σπουδαία και ουσιαστική σημασία προβληματίζουν τις έγκυες και δηλητηριάζουν τη ψυχική τους γαλήνη. Αυτές οι ανησυχίες δεν πρέπει να γίνονται έμμονες ιδέες και να ταλαιπωρούν τη μέλλουσα μητέρα. Θα ήταν πολύ καλό να μπορεί η έγκυος να συζητά για τις ανησυχίες της με τον σύντροφό της και το περιβάλλον της. Η κάθε έγκυος θα πρέπει να διατηρεί ένα επίπεδο ηρεμίας και αγάπης για τον εαυτό της και ακόμα θα πρέπει να τοποθετήσει την ψυχική και σωματική της αναστάτωση μέσα σε φυσιολογικά πλαίσια. Όπως οι εμετοί, η ναυτία, οι ζαλάδες, η συχνουρία, οι μεταβολές βάρους είναι φυσιολογικά συμπτώματα που δοκιμάζουν και περνούν οι περισσότερες μέλλουσες μητέρες, έτσι οι παράξενες επιθυμίες, η

μελαγχολική διάθεση, η αγωνία και οι φοβίες για γεγονότα που μπορεί να προκύψουν είναι συμπτώματα σε μια εγκυμοσύνη. Έτσι λοιπόν:

«Ως ολοκληρωμένο άτομο , ως ώριμο άτομο, ως σωστός άνθρωπος θα πρέπει η κάθε μέλλουσα μητέρα να κατανικήσει αυτούς τους φόβους προσπαθώντας να εκφράζει και να συζητά, τις σκέψεις, τις φοβίες το κάθε τι που την απασχολεί και τη βασανίζει, με πολλές λεπτομέρειες με το σύζυγό της».

Τα επίπεδα άγχους συνήθως είναι υψηλά στους πρώτους τρεις μήνες της εγκυμοσύνης και ελαττώνονται στο δεύτερο τρίμηνο. Το άγχος του πρώτου τριμήνου συνήθως συνοδεύεται με τα πρώτα συμπτώματα που εμφανίζει σ' αυτό το διάστημα ο οργανισμός της γυναίκας. Έπειτα κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου η γυναίκα προσαρμόζεται στις γενικές σωματικές αλλαγές και νοιώθει πιο ήρεμη και ζει τις αλλαγές του σώματός της. Η έννοια του τοκετού δεν υπάρχει προς το παρόν μιας και θα είναι ένα μελλοντικό γεγονός. Αυτό όμως δεν ισχύει και κατά τη διάρκεια του 3^{ου} τριμήνου της κύησης όπου είναι αισθητές οι σωματικές αλλαγές, κάτι που προμηνύει τον σύντομο ερχομό του μωρού. Γι' αυτό το λόγο επηρεάζεται η γυναίκα και όλες οι ανησυχίες της κορυφώνονται μπροστά στη «δοκιμασία» του τοκετού.

Στους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης έχει διαπιστωθεί ότι οι μέλλουσες οδηγούνται σε διάφορες σκέψεις, οι οποίες μπορεί να έχουν και τραγική κατάληξη, και αυτό οφείλεται στο άγχος του τοκετού. Μερικές γυναίκες εξωτερικεύουν πολύ θετικές σκέψεις όπως «δεν νομίζω ότι είναι τίποτα σπουδαίο» και ότι «είναι κάτι φυσικό και το μαιευτήριο θα φροντίσει τα πάντα». Ίσως για μια γυναίκα να είναι χειρότερα τα πράγματα κατά τη διάρκεια και μετά τη γέννα αν δεν είχε καμία εμπειρία άγχους στην εγκυμοσύνη. Οι γυναίκες που έχουν μέτριο άγχος, πολύ πιθανόν να έχουν καλύτερη προσαρμογή στη δοκιμασία του τοκετού και στη διάρκεια της λοχείας. Δόθηκε ο όρος «ψυχολογική εργασία» για τις γυναίκες που έχουν μέτριο άγχος. Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες αυτές έχουν προετοιμάσει τον εαυτό τους ψυχολογικά για κάποιο πρόβλημα που

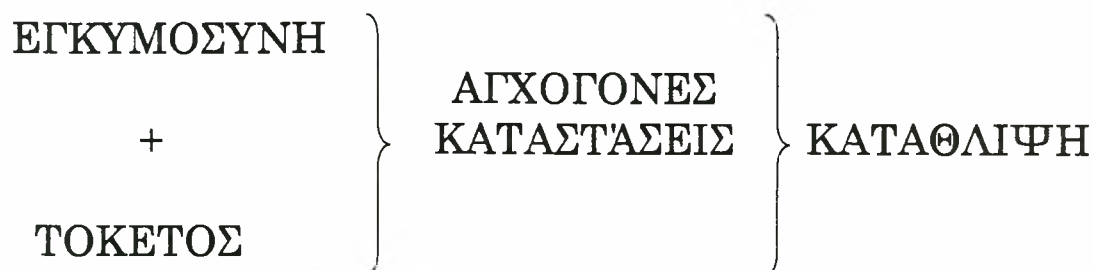
ενδεχομένως εμφανιστεί. Μαθαίνουν τι πρέπει να περιμένουν και ποιες είναι οι πιθανές εξελίξεις. Ζουν νοερά τις πιθανές εμπειρίες τους, ξεχωρίζοντας αυτές που έχουν μεγάλες πιθανότητες, εκείνες που έχουν λιγότερες και εκείνες που είναι απίθανο να συμβούν.

Για τον Irving ένα μεγάλο μέρος της δουλειάς αυτής γίνεται υποσυνείδητα. Διάφορες φαντασιώσεις που μπορεί να τις παρουσιάσουν πολλές φορές επηρεάζουν τη γυναίκα και της προκαλούν φόβο. Μια γυναίκα που μπορεί να ελέγξει και να δουλέψει τη ψυχολογική της προετοιμασία, είναι σε θέση να αντιμετωπίσει με ψυχραιμία τις σκέψεις της. δυστυχώς όμως υπάρχουν και οι γυναίκες οι οποίες δεν εργάζονται ψυχολογικά, μόνο ανησυχούν κι έτσι δεν προσαρμόζονται. Τα επίπεδα άγχους τους είναι ψηλά και θα παραμείνουν ψηλά. Στη γέννα θα είναι οι πρώτες υποψήφιες για έναν παρατεταμένο και δύσκολο τοκετό και για κατάθλιψη στη περίοδο της λοχείας.

Μερικές γυναίκες εκφράζουν ότι δεν έχουν κάνει τέτοιες σκέψεις και τα επίπεδα του άγχους είναι πολύ χαμηλά λέγοντας πως δεν αντιμετωπίζουν καθόλου άγχος. Και αυτές οι γυναίκες δεν εργάζονται ψυχολογικά. Αρνούνται να δεχτούν τις αλλαγές που γίνονται μέσα τους καθώς επίσης και εκείνες που θα ακολουθήσουν. Ενώ δεν έχουν ασχοληθεί διαβάζοντας κάποιο βιβλίο θεωρούν ότι ξέρουν τι συμβαίνει. Οι γυναίκες αυτές είναι ανάμεσα στις πρώτες υποψήφιες για ένα δύσκολο τοκετό και μεταγεννητική κατάθλιψη, όταν πέσει πάνω τους το βάρος της πραγματικότητας. (Jennies, X.X.).

~1.3. ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ~

Από διάφορες σημαντικές έρευνες (Cole & Cole, 2000) που έχουν πραγματοποιηθεί, έχει διαπιστωθεί ότι μια μέλλουσα μητέρα μπορεί να αντιμετωπίσει δύο περιόδους κατάθλιψης. Η κατάθλιψη που παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια των 9 μηνών κύησης ονομάζεται «προγεννητική κατάθλιψη» και η κατάθλιψη που παρουσιάζεται μετά τον τοκετό, δηλαδή στη λοχεία, ονομάζεται «επιλόχεια ή μεταγεννητική κατάθλιψη». Λόγω της συχνότερης παρατήρησης της επιλόχειας κατάθλιψης έχει δοθεί λιγότερη προσοχή στην κατάθλιψη που εμφανίζεται την περίοδο των 9 μηνών. Συχνά η εγκυμοσύνη και ο τοκετός, όπου διαχωρίζουν την κύηση των 9 μηνών από τη λοχεία, θεωρούνται αρκετά αγχογόνες καταστάσεις που οδηγούν σε διάφορες ψυχικές διαταραχές. Δηλαδή:



1.3.1. Προγεννητική Κατάθλιψη

Η προγεννητική κατάθλιψη εμφανίζεται στα τρία τρίμηνα της κύησης. Παρατηρείται ιδιαίτερα στο 1^ο τρίμηνο της κύησης και στο 3^ο τρίμηνο της κύησης. Κατά τη διάρκεια του 2ου τριμήνου της κύησης υποχωρεί και επανεμφανίζεται κοντά στις αρχές του 3^{ου} τριμήνου μιας και πλησιάζει ο τοκετός. Ερευνώντας τη προγεννητική κατάθλιψη μπορούμε να διαπιστώσουμε τους λόγους και τις αιτίες όπου οφείλεται καθώς επίσης τις επιπτώσεις που μπορεί προκληθούν είτε στη μητέρα,

είτε στο παιδί. Όσον αφορά το άγχος και την ανησυχία μπορούμε να πούμε ότι η προγεννητική κατάθλιψη έχει αριθμητικά το προβάδισμα σε σχέση με αυτές και άλλες ψυχικές διαταραχές της κύησης. Η προγεννητική κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί συνέχεια προϋπάρχουσων διαταραχών που ενδεχομένως δε είχαν διαγνωστεί νωρίτερα.

Κάποιες πρόσφατες έρευνες διαπίστωσαν πως τα ποσοστά της προγεννητικής κατάθλιψης είναι πολύ ψηλότερα από τα ποσοστά της επιλόχειας κατάθλιψης. Μια από τις σημαντικότερες έρευνες και μελέτες που έγιναν διαπίστωσε το εξής: Αρχικά επιλέχθηκαν 13799 γυναίκες από τις οποίες οι 12059 (87%) συμμετείχαν σε μια τουλάχιστον από τις τέσσερις δειγματοληψίες που έγιναν και 9028 (65%) συμμετείχαν και στις τέσσερις. Αυτές οι δειγματοληψίες πραγματοποιήθηκαν τις εξής περιόδους αντίστοιχα: στο 4^ο μήνα της κύησης, στον 8^ο μήνα της κύησης, στην 8^η εβδομάδα λοχείας και στον 8^ο μήνα μετά το τοκετό. Όσες γυναίκες είχαν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης δεν συνέχισαν σ' αυτή τη διαδικασία. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν 13,5% προγεννητική κατάθλιψη κατά τον 8^ο μήνα της κύησης και 9.1% επιλόχεια κατάθλιψη της 8^η εβδομάδα λοχείας. Μέσα από αυτή τη μεγάλη έρευνα μπορούμε να παρατηρήσουμε τη μεγάλη διαφορά που υπάρχει μεταξύ προγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης. (Evans, Heron, Francomb, Oke & Golding, 2001).

Οι διάφορες προγεννητικές και επιλόχειες διαταραχές αρκετές φορές έχουν άμεση σχέση με διάφορες επιπλοκές κατά η κύηση αλλά και μετά το τοκετό. Έχει διαπιστωθεί ότι μια έγκυο που εμφανίζει προγεννητική κατάθλιψη κατά μεγάλο ποσοστό θα ακολουθήσει και η επιλόχεια κατάθλιψη.

Μέσα από ένα σύνολο ερευνών οι μελέτες έδειξαν ότι το ποσοστό κατάθλιψης κυμαίνεται από 4% έως 39%. Για τις Ελληνίδες το 1978 ήταν 4,5% και το 1984 ήταν 6,5%. Τα ποσοστά αυτά εξαρτώνται από το δείγμα των γυναικών, το τρίμηνο της κύησης που έγινε η μέτρηση, το επίπεδο της κατάθλιψης κατά τη περίοδο που έγινε η μέτρηση (ήπιο, μέτριο και σοβαρό επίπεδο κατάθλιψης), ακόμα πιο θα ήταν το ψυχολογικό ιστορικό κάθε γυναίκας κι αν η ίδια συμπλήρωσε τις απαντήσεις ή το άτομο που ενδεχομένως έκαναν την έρευνα. Αυτή η ανάλυση του δείγματος είναι απαραίτητη γιατί παρατηρούμε ότι με τη πάροδο του χρόνου οι τιμές αυξάνονται και έτσι υπάρχει πλήρων πολλών αποτελεσμάτων.

1.3.2. Τα τρία τρίμηνα της Κύησης

Η εγκυμοσύνη χωρίζεται στα τρία τρίμηνα της κύησης. Το πρώτο τρίμηνο ξεκινά από τη μέρα της σύλληψης έως και την 13^η εβδομάδα, το δεύτερο τρίμηνο από την 14^η εβδομάδα έως και την 26^η και το τρίτο τρίμηνο ξεκινά από την 27^η εβδομάδα έως το τοκετό (40^η εβδομάδα).

~Η βλαστική περίοδος~

Στο πρώτο τρίμηνο της κύησης υπάρχουν αρκετοί λόγοι για να δώσουν το έναυσμα ώστε να προκληθεί στην έγκυο προγεννητική κατάθλιψη. Αυτοί οι πρώτοι μήνες είναι περισσότερο μήνες προσαρμογής στην εγκυμοσύνη. Από τους εμετούς, ναυτίες που περνά μια γυναίκα έως και τη πιθανότητα μιας έκτρωσης. Όλα αυτά είναι αρκετοί λόγοι για να προκαλέσουν προγεννητική κατάθλιψη. Οι πρωτότοκες γυναίκες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν προγεννητική κατάθλιψη από τις δευτερότοκες. Κι αυτό είναι βέβαιο αναμενόμενο γιατί οι δευτερότοκες απλά την έχουν ζαναζήσει αυτή την εμπειρία.

Μερικές γυναίκες βλέπουν και αντιμετωπίζουν και τα τρία τρίμηνα της κύησης σαν μια παρέκκλιση από το φυσιολογικό. Δηλαδή αντιμετωπίζουν την εγκυμοσύνη τους σαν μια αρρώστια και φέρονται πολύ εγωιστικά στον εαυτό τους αλλά και στα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντός τους. Συνήθως σ' αυτή τη περίπτωση αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες τα υπόλοιπα άτομα και μετά η ίδια η έγκυος.

~Η πρώτη εμβρυϊκή περίοδος~

Στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης τα επίπεδα προγεννητικής κατάθλιψης έχουν υποχωρήσει και η έγκυος έχει προσαρμοστεί αρκετά. Αυτό συμβαίνει γιατί οι σωματικές διαταραχές έχουν σταματήσει όπως οι εμετοί και οι ναυτίες και αυτό βοηθά την έγκυο να είναι πιο ήρεμη με τον εαυτό της. Ακόμα έχει κατακτήσει το γεγονός ότι θα γίνει μητέρα και γνωρίζει ότι ο τοκετός που τη φοβίζει είναι ακόμα μακριά. Σ' αυτή τη περίοδο οι περισσότερες έγκυες βρίσκουν τον εαυτό τους και ισορροπούν όσο γίνεται τα συναισθήματά τους. Παρατηρούν τις αλλαγές του σώματος και κάνουν όνειρα για τα παιδιά τους μιας και η οποιαδήποτε μελαγχολία είναι εξασθενημένη για να τις

-εμποδίσει. Η κατάθλιψη που παρουσιάζεται σ' αυτό τρίμηνο της κύησης συνδέεται άμεσα με την έλλειψη στήριξης από το σύντροφο της γυναίκας. (Ο' Hara, 1983).

~Η δεύτερη εμβρυϊκή περίοδος~

Στις αρχές του τρίτου τριμήνου της κύησης αυξάνεται και πάλι η κατάθλιψη δικαιολογημένα καθώς πλησιάζει ο τοκετός. Ξεκινά το άγχος και διάφορες σκέψεις που ταλαιπωρούν το μυαλό της εγκύου η οποία σκέφτεται τον τρόπο με τον οποίο θα καταφέρει να αντεπεξέλθει σε κάθε περίπτωση που θα προκύψει. Πολλά πράγματα μπορούν να της βασανίζουν το μυαλό όπως ο τοκετός και αργότερα πως θα πρέπει να είναι η συμπεριφορά της ως μητέρα. Βέβαια αυτές οι σκέψεις για μετά το τοκετό, δεν απασχολούν μια δευτερότοκη μητέρα σ' αυτό το επίπεδο αλλά στο πως θα δεχτεί το πρωτότοκο παιδί το νέο μέλος της οικογένειας ή πως θα πρέπει να λειτουργεί η συμπεριφορά της έτσι ώστε να είναι όμοια απέναντι στα δύο παιδιά. Υπάρχουν πολλοί και διάφοροι λόγοι όπου μπορεί να οδηγήσουν στη κατάθλιψη μια έγκυο.

Πιο συγκεκριμένα συνδυάζοντας τα αποτελέσματα από διάφορες έρευνες που έχουν γίνει, αποδεικνύεται ότι η προγεννητική κατάθλιψη εκδηλώνεται με υψηλότερες τιμές στο πρώτο τρίμηνο της κύησης απ' ότι στο τρίτο τρίμηνο, είναι πιο πιθανό να παρουσιαστεί στις πρωτότοκες γυναίκες και κυμαίνεται από 4% έως 39%.

Σ' αυτό το σημείο δεν έχει σημασία να αναφέρουμε τους λόγους και μόνο που μπορεί να οδηγήσουν μια μέλλουσα μητέρα σε κατάθλιψη αλλά θα πρέπει να επισημάνουμε τους τρόπους με τους οποίους πιθανώς μια γυναίκα να μην χάνει τον έλεγχο και παρασύρεται από τις διάφορες σκέψεις. Εφόσον μια γυναίκα πριν μείνει έγκυος, γνωρίζει ότι πολλές γυναίκες κάνουν διάφορες σκέψεις και παρασύρονται από αυτές με αποτέλεσμα να οδηγούνται στη κατάθλιψη, είναι λογικό να σκεφτεί ότι θα προσέξει και θα κρατήσει τον έλεγχο του εαυτού της όσο καλύτερα μπορεί. Αν παλιότερα υπήρχαν αρκετοί παράγοντες ώστε να επηρεάσουν μια έγκυο γυναίκα, σήμερα, έχουν διπλασιαστεί και τριπλασιαστεί με αποτέλεσμα να έχουν αυξηθεί

και οι διάφοροι κίνδυνοι. Είναι απαραίτητο κάθε μέλλουσα μητέρα να ενημερώνεται όσο περισσότερο μπορεί από σωστές πηγές όπως είναι τα βιβλία και η ίδια της η μητέρα.

Όσο πιο έγκαιρα διαπιστωθεί η προγεννητική κατάθλιψη τόσο πιο εύκολα και γρήγορα θα προφυλαχθεί για να αποτρέψει όσο το δυνατόν περισσότερους κινδύνους για το μωρό και την ίδια τη μητέρα.

~1.3.3. Συμπτώματα Προγεννητικής Κατάθλιψης~

Η Προγεννητική Κατάθλιψη παρουσιάζεται στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, υποχωρεί στο δεύτερο τρίμηνο και ξαναεμφανίζεται στο τρίτο τρίμηνο της κύησης. Λίγο πριν το τοκετό είναι έκδηλες οι αγχώδεις αντιδράσεις της εγκύου.

Μπαλλής, 2000

Η προγεννητική κατάθλιψη όπως προαναφέραμε δεν απέχει πολύ από άλλες ψυχικές διαταραχές. Προκαλούνται ορισμένες αλλαγές στις συνήθειες της γυναίκας οι οποίες μπορούν να ερμηνευτούν ως η αρχή της κατάθλιψης της αν επιδεινωθούν. Ακόμα και η ίδια η γυναίκα ενώ παρατηρεί τις διάφορες αλλαγές δεν είναι εύκολο να συνειδητοποιήσει ότι μπορεί να κινδυνέψει να έχει κατάθλιψη.

Συνήθως αν δεν υπάρχει κάποιο ιστορικό ψυχικής διαταραχής, κάποια βασικά χαρακτηριστικά τα οποία αν συνυπάρχουν, μπορούν να μας προτρέψουν ώστε να ερευνήσουμε τη πιθανότητα κατάθλιψης της εγκύου. Η προγεννητική κατάθλιψη δεν απέχει πολύ από τα συνήθη συμπτώματα που παρουσιάζονται σε κάθε καταθλιπτικό άτομο.

Όλοι οι άνθρωποι χρόνο με το χρόνο αισθάνονται λυπημένοι και γενικά η διάθεσή τους είναι αρκετά εξασθενημένη. Ορισμένες φορές αυτή η λύπη γίνεται όλο και πιο αισθητή και παίρνει διάφορες διαστάσεις και δεν είναι πια μια κακή διάθεση. Αρκετοί άνθρωποι, όταν κάποιες φορές

- αισθάνονται κατάθλιψη, δείχνουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους αλλά και στα άτομα που τους περιβάλλουν, ώστε οι διάφορες άσχημες εμπειρίες να είναι παροδικές και να ξεπεραστούν ανώδυνα και όσο πιο σύντομα γίνεται. Όταν όμως αυτή η καταθλιπτική διάθεση επιμένει και μπορεί να συνδυαστεί με διάφορα άλλα συμπτώματα, είναι εύλογο να προκαλέσει αδυναμία στο άτομο με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζει αρκετές δυσκολίες στη καθημερινή του ζωή. Εδώ διαφοροποιείται πλέον η φυσιολογική λύπη ή θλίψη από τη κλινική κατάθλιψη.

Στην προσπάθεια που έγινε έτσι ώστε να ορίσουν τη κατάθλιψη οι ειδικοί υποστήριξαν πως υπάρχει μεγάλη διαφορά στην ποιότητα και στην ένταση της διάθεσης του ατόμου, οι οποίες διαπερνούν σε όλες τις πλευρές του ατόμου με αποτέλεσμα το άτομο να μην είναι σε θέση να αντιδράσει θετικά στην υποστήριξη που θα του παρασχεθεί. Είναι πιθανό να μην είναι εύκολο να διαπιστωθεί ο πραγματικός λόγος που οδήγησε το άτομο στη κατάθλιψη και ακόμα η συμπεριφορά και η αντίδραση του καταθλιπτικού ατόμου να είναι δυσανάλογη απέναντι σε κάποιο πιθανό ερέθισμα που την προκάλεσε. Η διάθεση του ατόμου είναι μέρος της ποιοτικής διαφοράς μεταξύ της θλίψης και της κατάθλιψης γιατί πάντα υπάρχει και λειτουργεί αυτόνομα. (Whybrow, Akiskal & McKinney, 1984).

Για να μπορεί να γίνει διάγνωση προγεννητικής κατάθλιψης θα πρέπει η γυναίκα σ' ένα διάστημα δύο εβδομάδων να παρουσιάζει συνεχή αλλαγή στη συμπεριφορά της. Ακόμα θα πρέπει να υπάρχουν αλλαγές και σε άλλους τομείς της καθημερινότητάς της όπως δυσκολίες στον ύπνο, αλλαγές στην όρεξη, διάφορα συναισθήματα που της μειώνουν την αυτοεκτίμηση που είχε και ακόμα σκέψεις θανάτου. Συνήθως η προγεννητική κατάθλιψη δεν οδηγεί την έγκυο σε απόπειρα αυτοκτονίας. Τα καταθλιπτικά άτομα οδηγούνται σε τέτοιες σκέψεις γιατί θεωρούν ότι ζουν σ' ένα κόσμο που είναι ανυπόφορος και αισθάνονται ανήμποροι και απελπισμένοι μέσα σ' αυτόν. Γι' αυτό το λόγο η αυτοκτονία φαντάζει ως ο μόνος δυνατός τρόπος για να ξεφύγουν από την επώδυνη γι' αυτούς πραγματικότητα. Στο βάθος του μυαλού μια εγκύου υπάρχει η εικόνα μιας ζωής που θα φέρει στο κόσμο και όσο κι αν αυτό τη φοβίζει και της προκαλεί ενδεχομένως καταθλιπτικά συμπτώματα, είναι σπάνιο να την οδηγήσει σε απόπειρα αυτοκτονίας. Παρόλα αυτά δεν πρέπει αν υπάρχει εφησυχασμός

πάνω σ' αυτό το θέμα το οποίο πρέπει να παρακολουθείται αν διαγνωστεί στην έγκυο προγεννητική κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη γενικά ορίζεται από τα διάφορα συμπτώματά της που είναι ποικίλα και συχνά εκδηλώνονται τόσο με τρόπο ψυχολογικό, όσο και οργανικό. Βέβαια δεν είναι απαραίτητο ορισμένα συμπτώματα να είναι παρόντα για να γίνει διάγνωση της κατάθλιψης. Πολλά εξαρτώνται από τη ένταση, τη σοβαρότητα και τη διάρκεια τους σε σχέση πάντα με την συγκεκριμένη κατάσταση που αναφερόμαστε.

~1.3.4. Κατηγορίες Συμπτωμάτων Κατάθλιψης~

Μέσα από μελέτη πολυάριθμης βιβλιογραφίας από το 1964 έως το 1981, όπου παρουσιάζονταν ποικίλα συμπτώματα της κατάθλιψης, δόθηκε μια πιο γενική εικόνα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Τα διάφορα συμπτώματα τοποθετήθηκαν σε 5 κατηγορίες.

Οι κατηγορίες είναι οι εξής:

1. Συμπτώματα σχετικά με το συναίσθημα
2. Συμπτώματα συμπεριφοράς
3. Συμπτώματα σχετικά με τις στάσεις απέναντι στον εαυτό και στο περιβάλλον
4. Συμπτώματα γνωστικής εξασθένησης
5. Συμπτώματα σχετικά με οργανικές αλλαγές

1. Συμπτώματα σχετικά με το συναίσθημα

Μέσα από κάποια συναισθήματα που αναπτύσσονται είτε με γρήγορο, είτε με αργό ρυθμό τα άτομα μπορεί να φτάσουν στο σημείο να μην είναι σε θέση να τα ελέγξουν και να ενισχύουν την ύπαρξή τους. Αυτά είναι λύπη, θλίψη, άγχος, ενοχές, θυμός, εχθρότητα, εκνευρισμός ακόμα και ευερεθιστότητα.

2. Συμπτώματα συμπεριφοράς

Τα περισσότερα καταθλιπτικά άτομα αισθάνονται δυστυχισμένοι γιατί φαίνεται να χάνουν τη πιθανότητα να αντλούν ικανοποίηση από δραστηριότητες που άλλοτε τους ευχαριστούσαν. Μέσα από αυτό επηρεάζεται η συμπεριφορά τους και η εξωτερική στάση του σώματός τους. Αποκτούν επιβράδυνση στις κινήσεις τους, στην ομιλία, στη σκέψη τους και καθορίζουν ένα καταθλιπτικό προσωπείο. Οι καταθλιπτικοί αισθάνονται πολύ κουρασμένοι και δεν είναι σε θέση να ολοκληρώσουν μια δραστηριότητα. Ακόμα και όταν χρειαστεί να ερωτηθούν για κάποια πράγματα μιλούν πολύ αργά και απαντούν με μονολεκτικές απαντήσεις. Παρουσιάζουν μια συνεχή εικόνα εξάντλησης όπου και ακόμα και οι πιο απλές κινήσεις του σώματος είναι αργές και οι χειρονομίες τους ελάχιστα δυνατές.

3. Συμπτώματα σχετικά με τις στάσεις απέναντι στον εαυτό και στο περιβάλλον

Εδώ εντάσσονται όπως προαναφέρθηκε πιο πάνω οι σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας. Αφετηρία αυτών των σκέψεων ήταν η χαμηλή αυτοεκτίμηση που απέκτησε το άτομο θεωρώντας τον εαυτό του προβληματικό γιατί έχει πειστεί ότι θα αποτελεί πάντα μια αποτυχία και απογοήτευση. Τα αισθήματα ανημποριάς, απαισιοδοξίας και απελπισίας κυριεύουν τον εαυτό τους με αποτέλεσμα να ζουν σ' ένα κόσμο γι' αυτούς ανυπόφορο και εξαιρετικά δύσκολο να ενταχθούν μέσα σ' αυτόν.

4. Συμπτώματα γνωστικής εξασθένησης

Η νοητική διαδικασία και δραστηριότητα των καταθλιπτικών επιβραδύνεται με αποτέλεσμα αυτό να οδηγεί σε διάφορα προβλήματα μνήμης. Υπάρχει μεγάλη δυσκολία ώστε να συγκεντρώσουν την προσοχή του σε κάτι αλλά και να κάνουν κάποιες σκέψεις γύρω από αυτό.

5. Συμπτώματα σχετικά με οργανικές αλλαγές

Συχνά οι καταθλιπτικοί παραπονιούνται για πόνους και διάφορα οργανικά προβλήματα. Έχει παρατηρηθεί ότι πολλοί καταθλιπτικοί πριν την επίσκεψή τους στον ψυχοθεραπευτή

έχουν πάει σε αρκετούς γιατρούς για διάφορους πόνους που συνήθως είναι ψηλά στη πλάτη και στο κεφάλι. Παρατηρούνται διάφορες αλλαγές στην όρεξη όπου οι καταθλιπτικοί αρνούνται να φάνε με αποτέλεσμα να υποφέρουν από ανορεξία ή να αυξάνουν την επιθυμία του φαγητού κυρίως κατά τη διάρκεια της νύχτας. Το ποσοστό των καταθλιπτικών που μειώνουν την όρεξή τους είναι πολύ μεγαλύτερο από το ποσοστό εκείνων που την αυξάνουν. Πολύ έντονες είναι διάφορες διαταραχές που αντιμετωπίζουν οι καταθλιπτικοί στον ύπνο τους. Η αϋπνία του ατόμου μπορεί να είναι αρχική, όπου το άτομο δεν μπορεί να κοιμηθεί, μέση, όπου ξυπνά κατά τη διάρκεια της νύχτας και του είναι δύσκολο να ξανακοιμηθεί, και τελική, όπου ξυπνά νωρίς το πρωί. Γενικά η μεγάλη απώλεια ενέργειας και η εξάντληση είναι εμφανής σε κάθε καταθλιπτικό άτομο όπως και το μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον τους. (Κλεφτάρας, 1998).

Μια μέλλουσα μητέρα που για οποιονδήποτε λόγο αρχίζει και οδηγεί τις σκέψεις τις σε λάθος μονοπάτια εξαιτίας κάποιων φόβων και ανασφαλειών που νοιώθει μπορεί να προκαλέσει τον εαυτό της να πέσει στα δίχτυα της προγεννητικής κατάθλιψης. Πολλές φορές για διάφορους λόγους είναι δύσκολο να ερμηνευτούν αυτά τα συμπτώματα ως αφετηρία κατάθλιψης της εγκυμοσύνης. Λόγω του ευχάριστου κλίματος που επικρατεί κοντά στην μέλλουσα μητέρα, αρκετές φορές δεν αφήνει περιθώρια να εκφραστεί μια γυναίκα ελεύθερα για εκείνα τα συναισθήματα και εκείνες τις σκέψεις που δεν είναι και ευχάριστες για εκείνη. Υπάρχουν πολλές γυναίκες που θα ήθελαν να εκφράσουν κάποιες περιέργες σκέψεις που τους έρχονται στο μυαλό τις οποίες ήθελαν να αποβάλλουν στηριζόμενοι σε άτομα του περιβάλλοντός τους. Πολλές φορές και οι ίδιοι οι γιατροί παρασύρονται από κάποια συμπτώματα που θεωρούν φυσιολογικά για τις εγκύους όπως οι αλλαγές του σωματικού τους βάρους και της όρεξής τους. Αυτό ίσως να οφείλεται και στην ίδια τη συμπεριφορά της γυναίκας, η οποία νοιώθει άσχημα που αναπτύσσονται μέσα της συναισθήματα που δεν αρμόζουν με το χαρμόσυνο γεγονός, τη γέννηση του μωρού της και προφυλάσσει τον εαυτό της από τις αντιδράσεις των ανθρώπων γύρω της.

Κατά τη διάρκεια των συνεχών παρακολουθήσεων της εγκύου από το γυναικολόγο, δίνεται όλη η προσοχή στην βιολογική ανάπτυξη του εμβρύου και της σωματικής υγείας της μητέρας. Συνήθως παραμελείται η εξέταση της συναισθηματικής κατάστασης της εγκύου εκτός κι αν υπάρχει κάποιο ιστορικό ψυχικής διαταραχής. Αρκετές έγκυες διστάζουν να μιλήσουν στο γιατρό τους για αυτά που σκέφτονται. Μπορεί μέχρι ένα σημείο να ευθύνονται οι μέλλουσες μητέρες αλλά τις περισσότερες φορές ο ίδιος ο γιατρός δεν τους δίνει αρκετά περιθώρια να εκφραστούν ελεύθερα γιατί στέκεται στην ανάπτυξη του εμβρύου και στα αποτελέσματα των ιατρικών εξετάσεων. Ακόμη διάφορες ιατρικές παθήσεις όπως είναι η αναιμία, ο διαβήτης και κάποιες δυσλειτουργίες του θυρεοειδή είναι ικανές να παρεμποδίσουν την διάγνωση κατάθλιψης λόγω κοινών συμπτωμάτων.

Είναι πολύ δύσκολο για μια μέλλουσα να εξωτερικεύσει κάποια συναισθήματα, που αποκτά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης της, είτε στο περιβάλλον της, είτε στο γιατρό της. Οι διάφορες προκαταλήψεις που αναπτύσσονται γύρω από την έγκυο μπορούν να παρεμποδίσουν την εμφάνιση ορισμένων συμπτωμάτων κατάθλιψης.

~1.3.5. Αιτίες που προκαλούν Κατάθλιψη στις Εγκύους~

Υπάρχουν δύο ψυχαναλυτικές ερμηνείες (Chapple & Furneaux, X.X.) για τη σημασία της εγκυμοσύνης στη ζωή των γυναικών. Στη μια η εγκυμοσύνη θεωρείται μια κρίσιμη φάση, μια αντικανονική κατάσταση της υγείας της γυναίκας που αποκαθίσταται μόνο μετά τη γέννα. Στην άλλη, εγκυμοσύνη και γέννα είναι ένα μέρος από τη φυσιολογική ολοκλήρωση της γυναίκας. Οι γυναίκες που έχουν καταχωρήσει την εγκυμοσύνη σαν ένα υπερβολικά σοβαρό γεγονός συνήθως όταν εγκυμονούν είναι πιο ευάλωτες στο να παρουσιάσουν κατάθλιψη μέσα από τα διάφορα συναισθήματα ανασφάλειας και αναξιοσύνης που δημιουργούν.

Είναι πολλοί οι παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη σε μια έγκυο. Δεν είναι δυνατόν να διαπιστωθεί η αιτιολογία της κατάθλιψης. Διάφορες έρευνες έδειξαν ότι κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης παρουσιάζεται σημαντική αύξηση στις διαταραχές του νευρικού συστήματος. Πραγματοποιήθηκε μια έρευνα στην οποία εξετάστηκαν δύο φορές έγκυες γυναίκες, σύμφωνα με μια κλίμακα που έδειχνε το βαθμό εσωστρέφειας και εξωστρέφειας και το βαθμό νευρικής αντίδρασης. Μέσα από αυτή την έρευνα διαπιστώθηκε ότι καθώς προχωρούσε η εγκυμοσύνη, οι εσωστρεφείς γυναίκες παρουσίαζαν περισσότερες νευρικές διαταραχές από τις εξωστρεφείς. Το συμπέρασμα ήταν ότι η εγκυμοσύνη προκαλεί μια ένταση την οποία οι έγκυες αντιμετωπίζουν ανάλογα με τη προσωπικότητά τους. Γενικά μπορούμε να πούμε, ότι κάποια γεγονότα της ζωής της γυναίκα ακόμα και η συζυγική ασυμφωνία που ίσως αντιμετωπίσει είναι μερικοί παράγοντες που προτρέπουν την εκδήλωση της προγεννητικής κατάθλιψης. (Chapple & Furneaux, X.X.)

Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την προγεννητική κατάθλιψη και είναι οι εξής:

- **Διάφοροι Μαιευτικοί Παράγοντες**
- **Το Προεμμηνορρυσιακό Σύνδρομο**
- **Το Ψυχιατρικό Ιστορικό**
- **Τα Αρνητικά γεγονότα Ζωής**
- **Η προσωπικότητα της Εγκύου**
- **Η Αντιμέτωπιση της Κύησης**
- **Η Κοινωνική Στήριξη**
- **Η Ενημέρωση της Εγκύου**
- **Οι Δημογραφικοί Παράγοντες**
- **Οι Ορμονικοί Παράγοντες**

~Διάφοροι Μαιευτικοί Παράγοντες~ Αμβλώσεις

Οι περισσότερες γυναίκες μένουν έγκυες χωρίς να το έχουν προγραμματίσει. Οι απρόσμενες εγκυμοσύνες μπορεί να αποτελούν ένα πολύ ευχάριστο γεγονός για το ζευγάρι ή να είναι ανεπιθύμητες. Πολλές γυναίκες που είχαν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη επιλέγουν την τεχνητή διακοπή της κύησης δηλαδή

την άμβλωση. Η λύση της άμβλωσης για μια γυναίκα εκτός ότι είναι ένα πολύ θλιβερό γεγονός και μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές, έχει σημαντική επίδραση στην ψυχική της υγεία. Οι γυναίκες αυτές την επόμενη φορά που θα μείνουν έγκυες, σκεπτόμενες την διακοπή της κύησής τους που προηγήθηκε, δημιουργούν φόβους και ανησυχίες ενώ ταυτόχρονα ενεργοποιούνται αισθήματα ενοχής που επηρεάζουν άμεσα την καινούργια εγκυμοσύνη. Μέσα από διάφορα αποτελέσματα ερευνών (Hamill & Ingram, 1974), έχει διαπιστωθεί ότι η εμπειρία αποβολής μιας γυναίκας μπορεί να επηρεάσει άμεσα την ψυχική της κατάσταση στην επόμενη εγκυμοσύνη της. Σ' αυτό το σημείο υπάρχει μεγάλο κίνδυνος κατάθλιψης στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Μελετήθηκαν 132 γυναίκες οι οποίες πριν την άμβλωση είχαν ζητήσει τη συμβουλή ενός ψυχολόγου. Το 30% των γυναικών αυτών αντιμετώπιζε ψυχιατρικά συμπτώματα πριν την άμβλωση, τα οποία ήταν επόμενο να παρουσιαστούν και σε επόμενη εγκυμοσύνη. Μια γυναίκα όταν αντιμετωπίζει συμπτώματα κατάθλιψης πριν την άμβλωση, σε μια επόμενη εγκυμοσύνη προβαίνει και σε δεύτερη άμβλωση γιατί δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τον εαυτό της με αποτέλεσμα να βαρύνεται ακόμα περισσότερο με διάφορα συμπτώματα κατάθλιψης. Όλα αυτά επιβαρύνουν την γονιμότητά της αλλά και τη σωματική και ψυχική της υγεία. (Hamill & Ingram, 1974).

Είναι απαραίτητο να ελέγχεται το ιστορικό της γυναίκα όταν ακολουθεί μια νέα εγκυμοσύνη, έτσι ώστε να εντοπιστούν τυχόν συμπτώματα κατάθλιψης και να αντιμετωπιστούν σωστά για να διεξαχθεί χωρίς κινδύνους η νέα κύηση. Δυστυχώς στην Ελλάδα οι άμβλώσεις ξεπερνούν τις 200.000 και η ψυχολογική υποστήριξη είναι πολύ περιορισμένη.

Αποβολές και Θλίψη

Εκτός από τις άμβλώσεις οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν την ψυχική υγεία της γυναίκας και οι αποβολές αποτελούν ένα αρνητικό γεγονός της ζωής μιας γυναίκας. Μερικές φορές οι αποβολές είναι ανώδυνες σωματικά όταν συμβούν στην αρχή της κύησης. Πιο επώδυνο για τη γυναίκα, και σωματικά και ψυχικά, είναι όταν επέλθει αποβολή τους τελευταίους μήνες της κύησης ή και αμέσως μετά τη γέννηση. Συνήθως τέτοιου τύπου εμπειρίες παραμένουν στην γυναίκα βαθιά μέσα της για πολύ μεγάλο

χρονικό διάστημα. Μια νέα εγκυμοσύνη θα την γεμίσει φόβους, ανασφάλειες και είναι επόμενο να πέσει σε βαθιά κατάθλιψη.

*« Για πολλές γυναίκες η αποβολή συνιστά ένα βαθύ αρνητικό γεγονός ζωής. ενώ δεν είναι καθόλου ασυνήθιστες οι αντιδράσεις πένθους που ακολουθούν τον τερματισμό μιας εγκυμοσύνης»
(Μαρή, 1995).*

Υπάρχει και η δυσάρεστη περίπτωση που αντιμετωπίζουν μερικές γυναίκες όταν αποφασίσουν να κρατήσουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και έπειτα τυχαίνει να αποβάλλουν. Δημιουργείται μέσα τους τεράστιος θυμός και ενοχές για τη συμπεριφορά και τις σκέψεις τους. Η έρευνα της Μαρή, επίσης το 1995, έδειξε ότι το 17% των γυναικών είχαν αντιδράσεις πένθους για τουλάχιστο ένα μήνα.

Μεγάλη έρευνα πραγματοποιήθηκε για να διαπιστωθεί το επίπεδο θλίψης που υπήρχε σε γυναίκες που είχαν την εμπειρία της αποβολής και σε έγκυες γυναίκες που επίσης είχαν βιώσει αποβολή. Μέσα από αυτή τη έρευνα διαπιστώθηκε ότι υπήρχαν κάποιοι παράγοντες οι οποίοι συνδέονταν με τη μείωση της θλίψης που υπήρχε. Το μεγάλο χρονικό διάστημα που πέρασε από την αποβολή η γυναίκα ή το σύντομο χρονικό διάστημα μιας νέας εγκυμοσύνης μετά την αποβολή ή η επικείμενη γέννηση μιας νέας ζωής που θα προκύψει από την υπάρχουσα κύηση, αποτελούν την λογική εξήγηση για τη μείωση της θλίψης που αντιμετωπίζει. (France & Mikaib, 1999).

Η βιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στην αρχή της κύησης κάνουν τα γυναίκες πιο ευαίσθητες, ώστε εύκολα να αισθάνονται ναυτία και τάση για εμετό. Σε μια προσπάθεια να προσδιοριστεί η σημασία της συναισθηματικής έντασης, έγινε μια έρευνα στην οποία ρωτήθηκαν 54 γυναίκες που βρισκονταν στις πρώτες 12 εβδομάδες της κύησης. Η έρευνα έδειξε ότι στις 10 γυναίκες με σοβαρούς εμετούς υπήρχε δυνατό στρες. Σε άλλη έρευνα δε διαπιστώθηκε σχέση μεταξύ των εμετών κατά τη διάρκεια της κύησης και νευρωτικών συμπτωμάτων στη σεξουαλική λειτουργία, αβέβαιης αντιμετώπισης της εγκυμοσύνης, συγκινησιακών αναστατώσεων και άλλων εκδηλώσεων. Έτσι δεν μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ότι οι εμετοί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οφείλονται σε συγκινησιακούς παράγοντες. Η ψυχοσωματική γυναικολογία μελέτησε τη πιθανότητα οι εμετοί και η ναυτία να έχουν άμεση σχέση με τη προγεννητική κατάθλιψη. Τελικά η εμφάνιση

κατάθλιψης έχει ελάχιστη σχέση με τους εμετούς και τις ναυτίες. (Rosen, 2001).

~Το Προεμμηνορυσιακό Σύνδρομο~

Πάνω από το 90% των γυναικών γνωρίζουν τις διάφορες μεταβολές - μικρές ή πολύ έντονες - που μερικές φορές εμφανίζονται λίγες μέρες πριν από τη περίοδο. Στα συναισθηματικής φύσεως συμπτώματα περιλαμβάνονται η κατάθλιψη, το άγχος, η ένταση η νευρική και η κόπωση. Στις σωματικές μεταβολές περιλαμβάνονται το φούσκωμα και η ευαισθησία των μαστών, η δυσφορία ή οι πόνοι στο κάτω μέρος της κοιλιάς, η κατακράτηση υγρών, η μυϊκή υπερένταση, η δυσκοιλιότητα, η αδεξιότητα και οι πονοκέφαλοι. Αν αυτά τα συμπτώματα είναι πολύ έντονα πρέπει η γυναίκα να επισκεφτεί το γιατρό της.

Σε μεγάλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε ώστε να διαπιστωθεί αν υπάρχει σχέση μεταξύ του προεμμηνορυσιακού συνδρόμου με την προγεννητική αλλά και με την επιλόχεια κατάθλιψη. Η έρευνα έγινε σε 1.329 γυναίκες και έδειξε πως οι γυναίκες που είχαν το σύνδρομο παρουσίασαν μεγαλύτερα ποσοστά προγεννητικής και επιλόχεια κατάθλιψης απ' ότι οι γυναίκες που δεν είχαν το σύνδρομο.

Αναλυτικά σε κάθε τρίμηνο κύησης:

	Γυναίκες με το Προεμμηνορυσιακό Σύνδρομο	Γυναίκες χωρίς Προεμμηνορυσιακό Σύνδρομο
1 ^ο Τρίμηνο Κύησης	42,58%	40,8%
2 ^ο Τρίμηνο Κύησης	39,93%	37,89%
3 ^ο Τρίμηνο Κύησης	41,20%	39,24%

Τα παραπάνω αποτελέσματα μας δείχνουν πως οι γυναίκες που έχουν δυσκολίες προσαρμογής στα διάφορα επίπεδα ορμονών εμμηνορυσιακών, τείνουν να έχουν ακόμα μεγαλύτερη δυσκολία να προσαρμοστούν στα ορμονικά επίπεδα κύησης. (Sugawara, Toda, Shima, Mukai, Sarakura & Kitamura, 1997).

~Το Ψυχιατρικό Ιστορικό~

Οι γυναίκες που έχουν στο παρελθόν αντιμετωπίσει συναισθηματικά προβλήματα και έχουν δεχτεί σχετική ιατρική φροντίδα συμβάλλουν στην αύξηση της προγεννητικής κατάθλιψης. Έχει αποδειχτεί ότι οι γυναίκες αυτές θα αντιμετωπίσουν σίγουρα προγεννητική κατάθλιψη και πρέπει να παρακολουθούνται ώστε να προφυλαχτεί τόσο η ίδια όσο και το παιδί που θα κυοφορεί.

~Αρνητικά Γεγονότα Ζωής~

Αρκετές γυναίκες έχουν ζήσει ορισμένες δύσκολες καταστάσεις στη ζωή τους. Μερικές από αυτές τις καταστάσεις, τις έχουν προσπεράσει με το χρόνο ενώ κάποιες άλλες έχουν σημαδέψει την ψυχή τους για πάντα. Ειδικά στη περίπτωση που μια γυναίκα έχει κακοποιηθεί σεξουαλικά είναι σίγουρα ότι θα εκδηλώσει συμπτώματα προγεννητικής κατάθλιψης όπως αναξιότητας και ακόμα σκέψεις αυτοκτονίας. Μέσα από έρευνα που έγινε σε έγκυες κατά τον 7^ο μήνα της κύησης τους οι οποίες είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά και μάλιστα πριν την ηλικία των 18 χρονών και σε γυναίκες που δεν είχαν κακοποιηθεί, έδειξε ότι οι κακοποιημένες γυναίκες παρουσίαζαν κατάθλιψη 20% ενώ οι γυναίκες που δεν είχαν κακοποιηθεί παρουσίασαν κατάθλιψη μόλις 7%. Γενικά οι γυναίκες που έχουν κακοποιηθεί είναι σε πιο ευάλωτη θέση ώστε να παρουσιάσουν προγεννητική κατάθλιψη. (Areias, 1996)

~Η Προσωπικότητα της Εγκύου~

Όπως προαναφέραμε, οι γυναίκες που έχουν κάποιο ιστορικό ψυχικής διαταραχής είναι πολύ πιθανό να αντιμετωπίσουν προγεννητική κατάθλιψη. Αυτό συμβαίνει γιατί η ψυχολογική τους κατάσταση είναι ευάλωτη από τις διαταραχές του παρελθόντος και έτσι μπορούν άμεσα να επηρεάσουν την ψυχολογική προσαρμογή στην εγκυμοσύνη. Αν παρουσιαστούν

κάποια συμπτώματα κατάθλιψης η ευάλωτη αυτή γυναίκα μπορεί εύκολα να φτάσει σε υψηλά επίπεδα κατάθλιψης.

Ένας σημαντικός παράγοντας που οδηγεί τη γυναίκα σε κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση δεν έχουν την ικανότητα να δουν τα πράγματα πιο θετικά και κρατούν αρνητική στάση σε θέματα που τους αφορούν άμεσα. Το άγχος, οι ανησυχίες και οι ανασφάλειες που νοιώθουν δεν τους αφήνουν να εκτιμήσουν τα πράγματα σωστά.

Ο καθένας μας γνωρίζει ότι μια γυναίκα τη στιγμή που περιμένει παιδί είναι αναμενόμενο να πάρει κιλά για να μπορεί να αναπτυχθεί το έμβρυο. Μερικές φορές όμως αυτό μπορεί να είναι και η αιτία όπου εμφανίζονται συμπτώματα κατάθλιψης αν η μέλλουσα μητέρα έχει δίνει μεγάλη σημασία στη σιλουέτα της και η αύξηση βάρους με την εγκυμοσύνη της προκαλεί συναισθηματική ένταση. Κατά τη διάρκεια του 2^{ου} τριμήνου της κύησης δεν παρατηρήθηκε ότι η αύξηση βάρους σχετίζεται με κάποια καταθλιπτικά συμπτώματα της εγκύου. Σ' αυτό το σημείο η έγκυος είναι εύλογο να αναμένει αύξηση του βάρους της γιατί ένα μωρό μεγαλώνει μέσα της. Η αύξηση βάρους σχετίζεται άμεσα με την χαμηλή ή υψηλή αυτοεκτίμηση που έχει μια γυναίκα. Αν μια γυναίκα έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, η αναμενόμενη αύξηση του βάρους της θα την αποδυναμώσει ακόμα περισσότερο προκαλώντας της κατάθλιψη. Ενώ δεν θα συμβεί το ίδιο σε μια γυναίκα με υψηλή αυτοεκτίμηση. Ειδικά στο τρίτο τρίμηνο της κύησης όπου έχει σχεδόν κορυφωθεί η αύξηση βάρους, οι γυναίκες που έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση εμφανίζουν προγεννητική κατάθλιψη.

Το Τεστ Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Inventory, E. P.I.)

Με το τεστ Προσωπικότητας (Eysenck, 1984), εκτιμάται το μέγεθος του ψυχωτισμού ή του νευρωτισμού που χαρακτηρίζει κάποια άτομα. Τα άτομα που είναι μοναχικά, που δεν τους ενδιαφέρει τι συμβαίνει γύρω τους και αντιμετωπίζουν διάφορες δυσκολίες όπως έλλειψη συγκέντρωσης, αδύνατη μνήμη και

εκδηλώνουν ασυνήθιστες προτιμήσεις είναι εκείνα που έχουν ανεπτυγμένο ψυχωτισμό. Τα άτομα με ανεπτυγμένο νευρωτισμό είναι εκείνα που αλλάζουν πολύ γρήγορα τα συναισθήματά τους, έχουν μεγάλη ενεργητικότητα παρότι η δύναμη της θέλησής τους είναι περιορισμένη, ακόμα επηρεάζονται εύκολα από τους τρίτους και δεν είναι πολύ κοινωνικά. Η μελέτη του Kitamura (1993), διαπίστωσε άμεση συσχέτιση μεταξύ του νευρωτισμού, του ψυχωτισμού και τις προγεννητικής κατάθλιψης στις έγκυες.

Οι γυναίκες που βαθμολογούνται ψηλά στις κλίμακες νευρωτισμού φαίνεται ότι υποφέρουν περισσότερο από το προεμμηνορυσιακό σύνδρομο από τις γυναίκες που βαθμολογούνται χαμηλά. Αυτό οφείλεται στο ότι αντιδρούν περισσότερο στις βασικές ορμονικές μεταβολές.

Και οι δύο τύποι προσωπικότητας λόγω των συμπτωμάτων τους μπορούν να οδηγήσουν σε κατάθλιψη την μητέρα που εκδηλώνει τέτοιου είδους συμπεριφορά. Έχει βρεθεί επίσης ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ κατάθλιψης στις πρωτότοκες όταν παίρνουν μεγάλη βαθμολογία στο νευρωτισμό. (Areias, 1996).

~Αντιμετώπιση της Κύησης~

Ένα μεγάλο ποσοστό περιπτώσεων εγκυμοσύνης δεν έχουν προγραμματιστεί από τα ζευγάρια. Συχνά σ' αυτές τις περιπτώσεις η εγκυμοσύνη είναι ανεπιθύμητη. Όταν η εγκυμοσύνη δεν είναι προγραμματισμένη η ψυχική πίεση που τη συνοδεύει μεγιστοποιείται. Η στάση του συντρόφου στην αναγγελία μιας εγκυμοσύνης παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στο συναισθηματικό κόσμο της γυναίκας. Αν αντιδράσει αρνητικά τότε τριπλασιάζονται οι πιθανότητες εμφάνισης της προγεννητικής κατάθλιψης. Όταν η εγκυμοσύνη δεν είναι προγραμματισμένη η ψυχική πίεση που συνοδεύεται μεγιστοποιείται.

Έρευνες έχουν δείξει πως μια ανεπιθύμητη κύηση μπορεί να προκαλέσει προγεννητική κατάθλιψη έως και 71% έναντι του 20% μιας επιθυμητής κύησης. (Leathers & Kelley, 2000).

Πολλές και αρνητικές είναι οι συνέπειες που θα αντιμετωπίσει μια γυναίκα αν τη στιγμή που έμεινε έγκυος δεν το επιθυμούσε, λόγω διάφορων περιστάσεων στη ζωή της. Η ψυχική πίεση που συνοδεύει την εγκυμοσύνη όταν έρχεται

απρόσμενα αυξάνει τις πιθανότητες κατάθλιψης. (Institute of Medicine, 1995). Τα αρνητικά συναισθήματα που νοιώθει για τον εαυτό της τα οποία έχουν δυσάρεστες συνέπειες για το έμβρυο και η λύση της άμβλωσης, το μόνο που μπορεί να κάνει, είναι να επιβαρύνει τη γυναίκα σε μια επόμενη εγκυμοσύνη της και ψυχικά και σωματικά. Οι πρωτότοκες γυναίκες είναι περισσότερο ευάλωτες για την εκδήλωση κατάθλιψης από τις δευτερότοκες. Αυτό συμβαίνει γιατί οι δευτερότοκες έχουν την εμπειρία του πρώτου τοκετού.

Σε αρκετές γυναίκες που είχαν ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και τελικά αποφάσισαν να μην διακόψουν τη κύηση παρουσιάστηκαν δυσμορφίες στα παιδιά τους. Είναι απαραίτητο στα ζευγάρια που δεν επιθυμούν κάποια εγκυμοσύνη να τους παρέχεται στήριξη και βοήθεια από ειδικούς.

~Κοινωνική Στήριξη~

Η κάθε γυναίκα την περίοδο που μένει έγκυος έχει ανάγκη από υποστήριξη ειδικά όταν πρόκειται να γεννήσει το πρώτο της παιδί. Αυτό που αναζητά μια γυναίκα είναι η υποστήριξη από το σύντροφό της και έπειτα από το κοινωνικό της περιβάλλον. Η κοινωνική υποστήριξη για μια έγκυο παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην πορεία της εγκυμοσύνης της. Σύμφωνα με τη μελέτη του Areias (1996), αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα και σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση της προγεννητικής κατάθλιψης.

Η υποστήριξη του συντρόφου στηρίζεται στη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο ζευγάρι. Η γυναίκα όταν αναζητά την υποστήριξη και τη συμπαράστασή του σημαίνει πως αναζητά να την στηρίξει συναισθηματικά και όχι τόσο υλικά. Αν έχει επιτευχθεί μια οικεία σχέση ανάμεσα στο ζευγάρι τότε η γυναίκα νοιώθει καλύτερα και έτσι κάποιες ανασφάλειές της σιγά-σιγά εξαφανίζονται. Η κάθε γυναίκα αναμένει τη συναισθηματική στήριξη από το σύντροφό της γιατί την έχει ανάγκη. Η αρνητική στάση του συντρόφου αποτελεί μόνο κίνδυνο απέναντι στη

μέλλουσα μητέρα να αντιμετωπίσει σοβαρή προγεννητική κατάθλιψη.

“Αν οι σχέσεις μεταξύ της εγκύου και του πατέρα του παιδιού που κυοφορεί είναι καλές, τότε τα ψυχολογικά θεμέλια του τριγώνου μητέρα – πατέρα – παιδιού δημιουργούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης”.
Deutch, 1945

Οι ανύπαντρες μητέρες που δεν έχουν την υποστήριξη του συντρόφου τους αλλά και την υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι πιο ευάλωτες στην προγεννητική κατάθλιψη. Συνήθως αυτές οι γυναίκες δεν είναι αποδεκτές από το κοινωνικό σύνολο και αυτό επηρεάζει σημαντικά. Η στήριξη ενός συντρόφου λειτουργεί θα λέγαμε σαν άμυνα της γυναίκας απέναντι σε ανασφάλειες, άγχος, ανησυχίες και αισθήματα αναξιοσύνης.

Ανεξάρτητα με την στήριξη που μπορεί να προσφέρει ένας σύντροφος ή όχι, είναι πολύ σημαντικό για τη μέλλουσα μητέρα να έχει αναπτύξει καλές διαπροσωπικές σχέσεις με το κοινωνικό της περιβάλλον. Όταν μια γυναίκα νοιώθει καλά για τον κοινωνικό της περίγυρο και μπορεί να στηριχτεί συναισθηματικά σ' αυτόν, τότε οι πιθανότητες κατάθλιψης μειώνονται σε πολύ μεγάλο βαθμό. Διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που ήταν ικανοποιημένες από την κοινωνική στήριξη παρουσίασαν πολύ χαμηλότερα ποσοστά προγεννητικής κατάθλιψης. Βέβαια οι γυναίκες που δεν έχουν αυτήν την στήριξη εκδηλώνουν συναισθήματα καταθλιπτικής διάθεσης. Η ελλιπής κοινωνική στήριξη μπορεί ακόμα να προκαλέσει και μαιευτικές επιπλοκές κατά τη διάρκεια της κύησης. Η ψυχική και η σωματική υγεία της γυναίκας όταν απολαμβάνει την κοινωνική στήριξη πάντα διατηρείται στα καλύτερα επίπεδα και αυτό βοηθά πολύ την εγκυμοσύνη της.

~Η Ενημέρωση της Εγκύου~

Η μητρότητα, το θαύμα αυτό που μπορεί να ζήσει μια μητέρα, απειλείται από την ίδια τη μητέρα και τα συναισθήματά της. Το πρώτο συναίσθημα που παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ο φόβος ο οποίος εκφράζεται με διάφορους τρόπους. Ξεκινά από τις διάφορες ευθύνες που έχει μια εγκυμοσύνη, τους πόνους του τοκετού και τη διαπαιδαγώγηση του παιδιού. Οι διάφοροι φόβοι που αναπτύσσει μια γυναίκα κατά τη διάρκεια της κύησης, μπορεί να εξελιχτούν σε συμπτώματα κατάθλιψης. Για να αντιμετωπιστεί ένα τέτοιο ενδεχόμενο θα πρέπει να υπάρχει μια προγεννητική ενημέρωση για τη μητέρα έτσι ώστε να τη προετοιμάσει για την πορεία της εγκυμοσύνης της.

Είναι αρκετά δύσκολο για μια έγκυο να εξωτερικεύσει τους φόβους και τις ανησυχίες της στο γιατρό της ή σε κάποιο κοινωνικό λειτουργό. Είναι δύσκολη η επικοινωνία αυτή, γιατί πολλές φορές οι γιατροί δεν αφήνουν περιθώρια να εκφράσει από μόνη της η γυναίκα τις ανησυχίες της, λόγω της απόμακρης επαγγελματικής σχέσης που υπάρχει με το γιατρό της. Για να μπορέσει να το κάνει αυτό θα πρέπει να αισθάνεται οικεία και άνετα όπως και με το οικογενειακό της περιβάλλον.

Σημαντική μελέτη έγινε το 1999 από τους Sable και Wilkinson καταγεγραμμένη στα αρχεία του Εθνικού Ινστιτούτου για την Υγεία του Παιδιού και την Ανθρώπινη Ανάπτυξη και στην Επιθεώρηση Μητρικής και Νεογνικής Υγείας του Μισούρι. Ανάμεσα σε 2.828 γυναίκες διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που δεν είχαν προγεννητική ενημέρωση είχαν τις περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν συμπτώματα κατάθλιψης. Μερικές φορές κάποιες γυναίκες ενώ έχουν την ανάλογη πληροφόρηση από ειδικό καταφεύγουν και σε άλλα άτομα είτε γιατί ο ειδικός δεν τις καλύπτει, είτε γιατί δεν είναι πραγματικά εκεί όταν τον χρειάζονται. Πρέπει λοιπόν οι ειδικοί να έχουν και την ανάλογη κατάρτιση αλλά και να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους όταν και όποτε χρειάζεται. (Sable & Wilkinson, 1999).

~Οι Δημογραφικοί Παράγοντες~

Έχουν μελετηθεί κάποιοι παράγοντες που αποτελούν αίτια εκδήλωσης προγεννητικής κατάθλιψης.

Το άγχος που κυριεύει ορισμένες φορές τις γυναίκες που ανήκουν σε χαμηλά κοινωνικά και οικονομικά επίπεδα είναι πολύ επικίνδυνο. Αυτό συμβαίνει γιατί τις περισσότερες φορές χάνουν τον έλεγχο των καταστάσεων με αποτέλεσμα να κάνουν κακό στον εαυτό τους και στο παιδί που κυοφορούν.

Έχουν βρεθεί διάφορα στοιχεία όσον αφορά τη σχέση της προγεννητικής κατάθλιψης με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της εγκύου. Οι γυναίκες που ζουν στις πόλεις παρουσιάζουν κατάθλιψη στο τρίτο τρίμηνο της κύησής τους σε ποσοστό 27,6%. (Hobfoll, 1995). Επίσης το χαμηλό εισόδημα αυξάνει τα επίπεδα προγεννητικής κατάθλιψης. Η κακή οικονομική κατάσταση μιας γυναίκας τη στιγμή που κυοφορεί επηρεάζει την εγκυμοσύνη της και την ίδια σε μεγάλο βαθμό. Το έντονο άγχος και οι ανησυχίες για την πορεία της εγκυμοσύνης σε συνδυασμό με τις οικονομικές απαιτήσεις και υποχρεώσεις που έχει μια γέννα και το παιδί δίνουν την έναρξη της ψυχικής πτώσης οδηγώντας σε βαθύτερες σκέψεις που οδηγούν στη κατάθλιψη. (Berthiaume, 1998)

Οι γυναίκες που ζουν σε πολυκατοικίες είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν συμπτώματα κατάθλιψης, από τις γυναίκες που ζουν στην εξοχή. Κατά συνέπεια το περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο στη ψυχική ισορροπία της γυναίκας.

Έχουν γίνει διάφορες έρευνες προκειμένου να διαπιστωθεί πόσο μπορεί να επηρεάζει την γυναίκα η επαγγελματική της απασχόληση. Δεν υπάρχουν σαφή αποτελέσματα ώστε να μπορούμε να συνδέσουμε άμεσα τη προγεννητική κατάθλιψη με την εργασία της εγκύου. Είναι πάντως αναμενόμενο οι γυναίκες που εργάζονται να παρουσιάζουν λιγότερα ποσοστά κατάθλιψης από τις παραδοσιακές γυναίκες που παραμένουν στο σπίτι. Οι επαφές με τους ανθρώπους και οι κοινωνικές σχέσεις μόνο όφελος μπορούν να έχουν για μια μέλλουσα μητέρα, ενώ η μητέρα που μένει πολλές ώρες στο σπίτι είναι πιθανότερο να μην συμβάλλει θετικά στη ψυχική της υγεία. Για το θέμα της εργασίας της γυναίκας έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες των οποίων τα αποτελέσματα άλλοτε συγκρούονταν και άλλοτε δεν ήταν ξεκάθαρα. Για παράδειγμα σε μια έρευνα αναφέρθηκε ότι οι εργαζόμενες γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά

κατάθλιψη από εκείνες που ημιαπασχολούνται. Η έρευνα αυτή βασίστηκε σε γυναίκες που εργάζονταν σε διαφορετικά ωράρια. (Wells, Hobfoll & Lavin, 1997).

Η ηλικία μιας γυναίκας δεν συνδέεται με τα επίπεδα κατάθλιψης, όμως δεν συμβαίνει το ίδιο όταν η έγκυος είναι μικρότερη των 20 χρόνων. Σ' αυτή τη περίπτωση τα επίπεδα κατάθλιψης είναι πολύ ψηλά σε σύγκριση με έφηβες που δεν κυοφορούν. Στα παλίσια της έρευνας για την κατάθλιψη και την εγκυμοσύνη στην εφηβεία, κρίθηκε αναγκαίο να ερευνηθούν κάποιες ορμόνες όπως η κορτιζόλη και η κορτικοτροπίνη, οι οποίες συνδέονται άμεσα με τη κατάθλιψη. Μέσα από αυτή τη μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι συγκεντρώσεις των ορμονών αυτών ήταν πολύ χαμηλότερες από αυτές που αναμένονταν. Για να δικαιολογηθεί η προγεννητική κατάθλιψη θα έπρεπε να υπάρχει μεγάλη συγκέντρωση από αυτές τις ορμόνες. Γι' αυτό το λόγο οι μελέτες έχουν στραφεί προς άλλες ορμόνες.

~Οι Ορμονικοί Παράγοντες~

Πολλοί πιστεύουν ότι οι αλλαγές της διάθεσης στην εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα ορμονικών αλλαγών. Οι ορμόνες έχουν κατηγορηθεί σαν αίτια των συγκινησιακών μεταβολών. Μια άλλη άποψη απορρίπτει τελείως το ρόλο των ορμονών και εστιάζεται μόνο στους ψυχολογικούς παράγοντες. Οι επιδράσεις που μπορεί δεχτεί μια έγκυος γυναίκα είναι αρκετές.

Δύο από τις ορμόνες που παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην εγκυμοσύνη είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Τα οιστρογόνα είναι μια ομάδα ορμονών η οποία εκκρίνεται από τις ωοθήκες που είναι βασικές για την υγιή λειτουργία του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος. Και η προγεστερόνη είναι μια ορμόνη που παράγεται από τις ωοθήκες και εξασφαλίζει την υγιεινή ανάπτυξη του εμβρύου, ρυθμίζοντας σωστά τη λειτουργία του πλακούντα απ' τον οποίο τρέφεται κατά τη διάρκεια της κύησης. (American Medical Association, 1995-2003)..

Οι δύο παραπάνω ορμόνες θεωρούνται υπεύθυνες για τις αλλαγές που συμβαίνουν στην γυναίκα όταν κυοφορεί. Αρκετές φορές σε πολλές γυναίκες δεν υπάρχει ισορροπία μεταξύ αυτών των ορμονών. Επίσης υπάρχει μια τρίτη ορμόνη, η ανθρώπιος χοριακή γοναδοτροπίνη, η οποία παράγεται από το έμβρυο στην αρχή της εγκυμοσύνης. Όπως είναι γνωστό η κάθε ορμόνη που

παράγεται από το σώμα, εκκρίνεται άμεσα στο αίμα μας για να εκτελέσει κάποια σειρά διαφόρων λειτουργιών. Η χοριακή γοναδοτροπίνη έχει τη δυνατότητα να φτάσει στο υψηλότερο επίπεδο του αίματος της εγκύου - αυτό συμβαίνει κατά τον 3^ο μήνα της κύησης - και μετά πέφτει σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Σ' αυτή την ορμόνη έχει δοθεί μεγάλη προσοχή γιατί η λειτουργία της στην γυναίκα σχετίζεται με τα συμπτώματα που αντιμετωπίζει κατά τον τρίτο μήνα της κύησης που είναι ναυτίες και εμετοί. Δεν έχει διαπιστωθεί ξεκάθαρα ότι αποκλειστικά οι ναυτίες και οι εμετοί οφείλονται σ' αυτή την ορμόνη. Παρόλα αυτά ίσως σχετίζεται με την εμφάνιση της προγεννητικής κατάθλιψης. (Καλογερόπουλος, 1996).

Όπως προαναφέρθηκε μεταξύ των οιστρογόνων και της προγεστερόνης πολλές φορές δεν υπάρχει ισορροπία μεταξύ τους και συνεχώς γίνονται γρήγορες αλλαγές στην ορμονική στάθμη με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η διάθεση της γυναίκας που μπορεί να την οδηγήσει και σε κατάθλιψη. (Stoppard, 1999).

Ακόμη οι ορμόνες αυτές είναι υπεύθυνες για την εμφάνιση του προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου. Υπάρχουν διάφορες θεωρίες οι οποίες αναφέρονται στα αίτια του προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου, όμως καμία θεωρία δεν φαίνεται να είναι εφαρμόσιμη σε όλες τις περιπτώσεις. Το σύνδρομο αυτό, που έχουμε προαναφέρει και στα συμπτώματα της προγεννητικής κατάθλιψης, φαίνεται ότι συνδέεται με ανεπάρκεια οιστρογόνων σε μερικές γυναίκες ενώ σε άλλες με ανεπάρκεια προγεστερόνης. Μια θεωρία υποστηρίζει ότι η οιστραδιόλη, η οποία είναι προϊόν του μεταβολισμού των οιστρογόνων, μπορεί να επεμβαίνει στην λειτουργία ενός τμήματος του εγκεφάλου, στον υποθάλαμο, που συνδέεται στενά με τα συναισθήματα και τα κίνητρα. (Macy & Falkner, 1980).

Είναι πολύ δύσκολο να εντοπιστεί αν η προγεννητική κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα της ορμονικής λειτουργίας. Αυτό συμβαίνει γιατί κατά τη διάρκεια των 9 μηνών της κύησης υπάρχουν πολλές μεταβολές στα επίπεδα των ορμονών και δεν είναι εύκολο να προσδιοριστούν οι διάφορες αλληλεπιδράσεις που δημιουργούνται. Καμία ορμόνη δεν είναι αποκλειστικά υπεύθυνη για την προγεννητική κατάθλιψη της γυναίκας.

~1.3.6. Προσέγγιση της Κατάθλιψης μέσα από Θεωρίες~

Όλες οι παραπάνω αιτίες είναι οι πιο πιθανές και οι περισσότερες εξακριβωμένες ώστε να προκαλέσουν κατάθλιψη σε μια έγκυο. Τα πάντα ξεκινούν από τη προσωπικότητα της μέλλουσας μητέρας και καταλήγουν στην ίδια αλλά και στο μωρό που κυοφορεί. Πολλές φορές προσπαθούν άτομα του περιβάλλοντος να δώσουν μια ερμηνεία για τη συμπεριφορά της εγκύου, όμως δεν είναι εύκολο να παραδεχτούν ότι ίσως υπάρχει κάποιο πρόβλημα. Κανείς δεν μπορεί να φανταστεί μέχρι που μπορούν να οδηγήσουν την μητέρα διάφορες σκέψεις και ενέργειες.

Εκτός από τις έρευνες που πραγματοποιηθεί για να προσδιορίσουν τα συμπτώματα και οι αιτίες που οδηγούν στην προγεννητική κατάθλιψη, από τη πλευρά των ψυχαναλυτών έχουν διατυπωθεί θεωρίες σχετικά μ' αυτό το πρόβλημα και την ενδεχόμενη λύση του. Δεν ήταν εφικτό να ελεγχθούν οι διάφορες θεωρίες γιατί υπήρξαν πολύ αντιφατικά αποτελέσματα.

Μια θεωρία στηρίχτηκε στο γεγονός ότι η έγκυος γυναίκα παρασυρόμενη από τις συναισθηματικές διαταραχές της χωρίς να το έχει συνειδητοποιήσει απορρίπτει τη θηλυκότητα και ταυτόχρονα και τη μητρότητα. Κατά τη διάρκεια της κύησης η έγκυος προσεγγίζει την μητέρα της με ένα πολύ διαφορετικό τρόπο από άλλες φορές. Η έγκυος προσπαθεί να γνωρίσει το αίσθημα της μητρότητας μέσα από τη μητέρα της αλλά και να ανακαλύψει τα δικά της συναισθήματα απέναντι στη μητρότητα. Η έγκυος βασιζόμενη στις εμπειρίες της από συναισθήματα που υπήρχαν στην δική της οικογένεια, στον τρόπο που δομήθηκαν οι σχέσεις της με τη μητέρα της και ακόμα ο τρόπος με τον οποίο η ίδια είχε συνδέσει την εικόνα της καλής και κακής μητέρας, μπορούν να οδηγηθεί ώστε να διαμορφώσει το ρόλο της απέναντι στο παιδί της. Είναι εύλογο να διαπιστώσει κάποιος πως, αν υπάρχει για τη μέλλουσα μητέρα θετική εικόνα για τη μητρότητα τότε δεν υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες να παρουσιάσει προγεννητική κατάθλιψη. Αντίθετα είναι πολύ εύκολο για μια γυναίκα να παρουσιάσει κατάθλιψη όταν ο ρόλος της μητέρας φαντάζει σαν ένα άπιαστο και αδύνατο όνειρο με αβεβαιότητες και ανησυχίες. (Benedek, 1959).

Κατά τη διάρκεια της κύησης η κάθε γυναίκα προσπαθεί να φανταστεί το ρόλο της μητέρας και της δημιουργούνται

ερωτήματα και ανησυχίες για το πώς θα καταφέρει να εντάξει την εαυτό της μέσα σ' έναν καινούργιο και μόνιμο ρόλο, το ρόλο της μητρότητας. Οι γυναίκες που έχουν φτάσει στο επίπεδο να γνωρίζουν τον εαυτό τους, διαχωρίζοντας τον πραγματικό από εκείνον που θα θέλανε να είναι χωρίς να υπάρχει η σύγκρουση των δύο, τότε μπορούμε να πούμε ότι έχουν λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη. Οι γυναίκες πάλι που δεν έχουν αποδεχτεί τον πραγματικό τους εαυτό και συγκρούονται συνεχώς με κάτι άλλο που δεν είναι έχοντας χαμηλή αυτοεκτίμηση, οδηγούνται συνήθως σε κατάθλιψη. (Dimitrovsky, 1998).

~1.3.7. Συνέπειες της Προγεννητικής Κατάθλιψης~

Η κατάθλιψη μπορεί να έχει θλιβερές επιπτώσεις στην έγκυο αλλά και στο παιδί που κυοφορεί. Ακόμη αυτές οι επιπτώσεις αντανakλούν και στο οικογενειακό περιβάλλον της μητέρας με διάφορους τρόπους. Ο σύντροφος της γυναίκας είναι αυτός που πρώτος αντιμετωπίζει τη κατάσταση και είναι αυτός που αρχικά πρέπει να στηρίζει τη σύντροφό του συναισθηματικά. Ο κοινωνικός περίγυρος όπως έχει προαναφερθεί, κατά τη διάρκεια της κύησης δεν αναγνωρίζει την πιθανότητα κατάθλιψης γιατί παρερμηνεύει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται μια έγκυος. Ενώ δεν συμβαίνει το ίδιο μετά τον τοκετό, ίσως γιατί η επιλόχεια κατάθλιψη έχει ερευνηθεί περισσότερο από την προγεννητική.

Η έγκυος μπορεί να συναντήσει διάφορα προβλήματα τα οποία είναι απόρροια της κατάθλιψης και αν δεν τα αντιμετωπίσει θεραπευτικά μπορεί να την οδηγήσουν σε διάφορους κινδύνους. Ούτε θα μπορεί να ακολουθήσει σωστά την προγεννητική φροντίδα που πρέπει και θα υποβάλλει τον εαυτό της σε κακές συνήθειες όπως είναι το αλκοόλ, η κακή διατροφή, το κάπνισμα και άλλα.

Οι έγκυες που αντιμετωπίζουν προγεννητική κατάθλιψη έχουν πολλές πιθανότητες να συνεχίζουν το κάπνισμα και μετά το τρίτο μήνα κύησης. Αυτό ίσως σημαίνει πως έχουν χάσει τον έλεγχο και ακόμα μπορεί να είναι ένδειξη ασυνείδητης σύγκρουσης με τη μητρότητα. (Kumar & Robson, 1984).

Μια σημαντική μελέτη που έγινε με δείγμα 652 γυναίκες κατέγραψε σημαντικά ποσοστά κατάθλιψης αλλά και εκλαμψίας. Η εκλαμψία είναι μια επικίνδυνη κατάσταση για τη γυναίκα και το έμβryo και χαρακτηρίζεται από επιληπτικό παροξυσμό της γυναίκας. Είναι δηλαδή αποτέλεσμα κακής προσαρμογής του μητρικού οργανισμού στην κύηση και παρουσιάζεται αφύσικη άνοδος της πίεσης αίματος της γυναίκας. Η μελέτη διαπίστωσε 4,5% εκλαμψία, 30% κατάθλιψη και 16% ανησυχία. Σύμφωνα με αυτά τα ποσοστά, μπορούμε να δούμε πως η κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσει εκλαμψία η οποία ανάλογα με τη σοβαρότητά της μπορεί να προκαλέσει και αποβολή. (Kurki, Hiilesmaa, Raitasalo, Mattila & Ylikorkala, 2000).

Αρκετές άσχημες επιπτώσεις μπορεί να έχει στο παιδί και τη στιγμή που κυοφορείται αλλά και μετά τη γέννησή του, η κατάθλιψη που αντιμετωπίζει η μητέρα του. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι σημαντική προσοχή έχει αποδοθεί στις επιπτώσεις του έχει στο παιδί, η ψυχική αυτή διαταραχή της μητέρας ενώ είναι ελάχιστες οι μελέτες γι' αυτές τις συνέπειες στη προγεννητική περίοδο, την εγκυμοσύνη. Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί δεν έχουν διαπιστωθεί οι τρόποι με τους οποίους επηρεάζεται το έμβryo από την ψυχική κατάσταση της μητέρας του. Υπάρχουν διάφορα ενδεχόμενα όπως προαναφέρθηκαν για παράδειγμα οι ορμόνες οι οποίες μεταφέρονται μέσα από το αίμα της μητέρας στο έμβryo και ίσως για το ίδιο να μην είναι εύκολη η προσαρμογή του στο ορμονικό περιβάλλον. Η έρευνα γύρω από το θέμα αυτό θα βοηθήσει σημαντικά ώστε να διαπιστωθούν οι ορμονικές αλληλεπιδράσεις που μπορεί να βλάψουν το έμβryo. (Glover, 1997).

Άλλη έρευνα ασχολήθηκε με τη χαμηλή συναισθηματική σύνδεση που είχε η μητέρα με το έμβryo σε συνδυασμό με την προγεννητική κατάθλιψη. Διαπιστώθηκε ότι έντονη κατάθλιψη παρουσιάστηκε :

α) στις έγκυες με αρνητική προκατάληψη συναισθηματικής σύνδεση με ποσοστό 45,2%,

β) στις έγκυες οι οποίες είχαν προαναφέρει απόπειρα πρόκλησης βλάβης στο έμβryo με ποσοστό 50,3% και

γ) με αναμενόμενη πιθανότητα απώλειας ελέγχου όταν γεννηθεί το μωρό με ποσοστό 49,2%.

Μέσα από αυτή τη σημαντική έρευνα, μπορεί να γίνει κατανοητό πόσο επικίνδυνες είναι για το έμβryo και το νεογνό οι

συνέπειες μιας σοβαρής προγεννητικής κατάθλιψης. (Pollock & Percy, 1999).

Οι επιπτώσεις της κατάθλιψης μπορούν αν επηρεάσουν το έμβρυο, το νεογνό και τέλος το παιδί με κίνδυνο να εκδηλώσει πολλά προβλήματα στη συμπεριφορά του. Έχει αναφερθεί ότι γυναίκες που ανέφεραν προγεννητική κατάθλιψη, είχαν 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν παιδιά με υψηλό επίπεδο εγκληματικότητας και επιθετικότητας. Επίσης 8,5 φορές πιο πιθανό είναι να έχουν παιδιά με υψηλό επίπεδο συνολικών προβλημάτων όπως κατάθλιψης και ανησυχίας στην ηλικία των 8-9 χρόνων. (Thomson, 2001).

Η κατάθλιψη που υφίσταται η μητέρα μπορεί να έχει αρνητικές επιδράσεις στην προγεννητική ανάπτυξη του εμβρύου και ταυτόχρονα μπορεί να προκαλέσει και σύγκρουση μεταξύ των συζύγων και των άλλων μελών της οικογένειας. Αυτές οι συγκρούσεις ποικίλουν ανάλογα με την κατάσταση της εγκύου στο κάθε στάδιο της εγκυμοσύνης της.

~1.3.8. Αντιμετώπιση Προγεννητικής Κατάθλιψης~

Επιβεβαιώνεται μέσα από διάφορες μελέτες, ότι η παρουσία μιας ψυχικής διαταραχής όπως η κατάθλιψη, μπορεί να προκαλέσει περισσότερα προβλήματα τα οποία καθώς δεν αντιμετωπίζονται σωστά, ενισχύονται και γίνονται επικίνδυνα. Περίπου το 30% των γυναικών που παρουσιάζουν προγεννητική κατάθλιψη, θα παρουσιάσει και επιλόχεια κατάθλιψη. Η περίοδος της εγκυμοσύνης και της λοχείας διαχωρίζονται από το τοκετό όπου διαμέσου αυτού είναι δυνατόν να μεταφερθούν διάφορα προβλήματα της κύησης στην λοχεία. Γι' αυτό είναι πολύ σημαντικό όταν πραγματικά διαπιστωθεί ένα πρόβλημα να αντιμετωπίζεται εγκαίρως ώστε να εμποδιστεί η εξάπλωσή του.

Για να επιτευχθεί σωστή αντιμετώπιση της προγεννητικής κατάθλιψης θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν τα εξής:

1. Η βαρύτητα της διαταραχής και ο τρόπος που βιώνει η έγκυος την κατάσταση.
2. Η περίοδος έναρξης της διαταραχής (3 τρίμηνα κύησης)

3. Τα εμβρυϊκά ένζυμα και οι μηχανισμοί της νεφρικής απέκκρισης δεν είναι ανεπτυγμένοι, ο μεταβολισμός φαρμάκων είναι αργός και τα αποτελέσματα έχουν μεγαλύτερη διάρκεια.
4. Τα φάρμακα που χορηγούνται να είναι αβλαβή για το έμβρυο ειδικά στο 1^ο τρίμηνο της κύησης.

(Hopkins, 1995)

Κάποιες φαρμακευτικές ουσίες έχουν μεγάλη τοξικότητα η οποία μεταφέρεται στο έμβρυο με αποτέλεσμα να προκαλεί προβλήματα στην ανάπτυξή του. Μπορεί ακόμη να προκαλέσουν και θάνατο. Το φαινόμενο αυτό της φαρμακευτικής εμβρυοτοξικότητας μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές στη διάπλαση του εμβρύου που ονομάζεται τερατογένεση, νεογνική τοξικότητα που παρουσιάζεται με τη μορφή δυσκολίας σίτισης, αστάθειας και εμφάνιση μελλοντικών νοητικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών. (Μπούρος, 1999).

Αν πρέπει οπωσδήποτε να χρησιμοποιηθούν αντικαταθλιπτικά φάρμακα θα πρέπει να αποφευχθούν τα τρικυκλικά. Βέβαια υπάρχει πάντα μια αυστηρά συγκεκριμένη δοσολογία για την έγκυο, όμως παρόλα αυτά μπορεί να προκαλέσουν ανεπιθύμητες επιπλοκές, όπως η χλωμipραμίνη, η οποία λόγω της ορθοστατικής υπότασης (αφύσικη χαμηλή πίεση του αίματος) που δημιουργεί θέτει σε κίνδυνο τον πλακούντα απ' τον οποίο θρέφεται το έμβρυο, εμποδίζοντας τη σωστή αιμάτωσή του. Οι συνέπειες αυτών των φαρμάκων ερευνούνται συνεχώς. Καλό είναι τέτοιου είδους φάρμακα να μην χορηγούνται. Μερικές φορές λόγω της σοβαρότητας του προβλήματος είναι απαραίτητα. Σ' αυτή τη περίπτωση καλό είναι χρησιμοποιούνται οι δευτερογενείς αμίνες όπως οι νορτριπλίνη και η δεσιπραμίνη γιατί δεν προκαλούν τόσες επιπλοκές.

Υπάρχουν κάποια καταθλιπτικά σχετικά καινούργια το ονομάζονται *Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης της Σερετονίνης (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, SSRIs)*. Παρότι έχουν χορηγηθεί σε έγκυες δεν έχει διαπιστωθεί ακόμα πόσο ασφαλές είναι για το έμβρυο και για τη μητέρα. Χρειάζεται αρκετή μελέτη και έρευνα ώστε να υπάρχουν συγκεκριμένα αποτελέσματα. Σε μελέτες που έγιναν στα ζώα διαπιστώθηκε μεγάλη ποσότητα του SSRI στο νευρικό σύστημα και σύμφωνα με

αυτό το SSRI εγκυμονεί διάφορους κινδύνους ο οποίοι πρέπει να διαπιστωθούν.

Σε μεγάλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία με 969 εγκύους οι οποίες χρησιμοποιούσαν αντικαταθλιπτικά φάρμακα, οι 531 χρησιμοποιούσαν μόνο το SSRI, οι 423 χρησιμοποιούσαν άλλα αντικαταθλιπτικά και 15 χρησιμοποιούσαν και τα δύο. Παρατηρήθηκε ότι υπήρχαν πολύ λίγες διδυμες κυήσεις σε γυναίκες που χρησιμοποιούσαν το SSRI και ακόμα στις έγκυες που χρησιμοποιούσαν άλλου είδους αντικαταθλιπτικά η συχνότητα πολύδυμων κυήσεων ήταν πολύ χαμηλότερη από την αναμενόμενη. Παρατηρήθηκε επίσης ότι μετά τη χρήση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων τα νεογνά είχαν μεγαλύτερο βάρος από το αναμενόμενο. (Ericson, Kallen & Wiholm, 1999).

Η χρήση μιας άλλης ουσίας, της φλουοξετινης, είναι ίσως η πιο ασφαλής για την έγκυο γιατί είναι η μόνη που έχει ελεγχθεί περισσότερο μέχρι σήμερα. (Μπαλλής, 2000). Πάντως το πρώτο τρίμηνο της κύησης που έχουμε την ανάπτυξη των οργάνων του εμβρύου και η οποιαδήποτε χορήγηση αντικαταθλιπτικού φαρμάκου είναι επικίνδυνη. Πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η ποσότητα των φαρμάκων που λαμβάνει η έγκυος. Και η αύξηση και η ελάττωση της ποσότητας των φαρμάκων πρέπει να είναι σταδιακή και ελεγχόμενη. Επίσης αυτές οι ουσίες που συνήθως χορηγούνται στο τρίτο τρίμηνο της κύησης έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν το «σύνδρομο του άτονου νεογνού». Αυτό σημαίνει ότι θα υπάρχει μυϊκή υποτονία, υποθερμία, αναπνευστική δυσχέρεια και μειωμένες αντανακλαστικές κινήσεις. (Grahame-Smith & Aronson, 2001).

Μια σημαντική έρευνα σχετικά με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα για εγκύους επεξεργάστηκε τα δεδομένα από άλλες 4 μελέτες, οι οποίες ασχολήθηκαν με τη χορήγηση τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών ή SSRIs. Διαπιστώθηκαν τα εξής:

1. Δεν βρέθηκαν στοιχεία που να δικαιολογούν τον κίνδυνο για κάποιο ενδεχόμενο ενδομήτριο θάνατο κατά τη διάρκεια της κύησης λόγω αυτών των αντικαταθλιπτικών ουσιών.
2. Στις τρεις από τις τέσσερις μελέτες που αναλύθηκαν δεν βρέθηκαν στοιχεία που να δικαιολογούν γεννητικές ανωμαλίες και δεν βρέθηκε επίσης να υπάρχει κίνδυνος για κάποια σωματική δυσμορφία στο έμβρυο.

3. Εκτός από τα νεογνά που γεννήθηκαν με αρκετά μεγαλύτερο βάρος από το κανονικό λόγω της φρουοξετίνης, η προγεννητική ανάπτυξη και το βάρος των νεογνών που οι μητέρες τους έπαιρναν αντικαταθλιπτικό μπορούν να συγκριθούν με εκείνα τα νεογνά που δεν εκτέθηκαν σε τερατογόνους παράγοντες.
4. Θεωρείται ότι ο κίνδυνος τερατογένεσης είναι χαμηλός, αλλά λόγω της επίδρασης των SSRIs στο νευρικό σύστημα είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ακριβώς και πρέπει να προηγηθούν μελέτες.
5. Το στερητικό σύνδρομο που παρουσιάζεται στα νεογνά περιλαμβάνει διάφορες αντανακλαστικές κινήσεις και παροξυσμούς, νευρικότητα, ταχυκαρδία και δυσκολίες στη σίτιση.

Είναι πράγματι πολλά τα νέα φάρμακα για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων όμως είναι δύσκολο να χορηγηθούν με απόλυτη ασφάλεια για το έμβρυο και τη μητέρα γιατί οι γνώσεις μας για τις παρενέργειές τους είναι ακόμη ανεπαρκείς. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να πραγματοποιηθούν πολλές έρευνες ώστε να υπάρχουν βασικά αξιόπιστα στοιχεία και να διαπιστωθεί πότε μπορεί να βλάψει ένα αντικαταθλιπτικό φάρμακο το νεογνό. Συχνά η ποσότητα των φαρμάκων αυτών μειώνεται σταδιακά όταν πλησιάζει ο τοκετός προσπαθώντας να μην υπάρξουν επιπλοκές στα νεογνά, χωρίς αυτό βέβαια να είναι σίγουρο. (Wisner, Gelenberg, Leonard, Zarin & Frank, 1999).

Στις πολύ σοβαρές περιπτώσεις της κατάθλιψης μπορεί να χρησιμοποιηθεί, με τη συνεργασία γιατρού, ψυχολόγου και αναισθησιολόγου, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία μέσω της οποίας μπορεί να αποφευχθεί η χορήγηση φαρμάκων. (Μπαλλής, 2000).

Ο πιο συνήθης τρόπος για μια μέτρια κατάσταση κατάθλιψης είναι η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία στην οποία είναι απαραίτητη η συμμετοχή του συντρόφου αρχικά και έπειτα της οικογένειας της εγκύου. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι όπου μπορεί να πραγματοποιηθεί μια ψυχολογική θεραπεία. Πολλές γυναίκες νοιώθουν απομονωμένες και κλείνονται στον εαυτό τους. Οι γυναίκες που έρχονται σε επαφή με ομάδες ατόμων

νοιώθουν μέσα από τις ασκήσεις αυτοβοήθειας που προσφέρονται πιο άνετα να συζητήσουν και να ακούσουν προτάσεις επίλυσης κάποιων προβλημάτων που τις απασχολούν. Οι ομάδες αυτοβοήθειας αποτελούν μεγάλη βοήθεια για τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν κατάθλιψη. Σ' αυτές οι έγκυες καθοδηγούνται να κάνουν θετικές σκέψεις και απόψεις που ενθαρρύνουν και δίνουν αισιοδοξία κάτι που να υιοθετούν απαραίτητα ένα καταθλιπτικό άτομο.

Η θεραπεία των ήπιων καταθλίψεων των πρώτων μηνών μπορεί να αντιμετωπιστεί με:

- *Κυρίως ατομική υποστηρικτική ψυχοθεραπεία*
- *Επίλυση οικογενειακών και κοινωνικών προβλημάτων*
- *Χαλάρωση και ξεκούραση σε περιπτώσεις έντονου άγχους.*

~1.4 Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ ~

Μετά την πάροδο των 9 μηνών της εγκυμοσύνης και τον τοκετό, ακολουθεί η περίοδος της λοχείας. Λοχεία ονομάζεται το διάστημα που χρειάζεται ο οργανισμός της λεχώνας μετά τον τοκετό για να επανέλθει στην κατάσταση που ήταν πριν την εγκυμοσύνη. Ο χρόνος της λοχείας διαρκεί περίπου 4-6 εβδομάδες γιατί σχετίζεται με το είδος του τοκετού, αν δηλαδή υπήρξαν δυσκολίες ή όχι στον τοκετό. Ακόμη ο χρόνος αυτός εξαρτάται και από την ιδιοσυγκρασία της γυναίκας.

Πριν από χρόνια οι λεχώνες έμεναν στο κρεβάτι για 8-10 μέρες περίπου και τις φρόντιζαν οι άλλοι. Για να βγουν από το σπίτι έπρεπε να συμπληρώσουν 40 μέρες, δηλαδή να σαραντίσουν. Ακολουθούσαν και άλλου τύπου συνήθειες ώστε να μην φέρνουν γρουσουζιά όπως πιστεύονταν εκείνα τα χρόνια. Όπως για παράδειγμα δεν τολμούσαν να βγουν έξω από τη πόρτα τους για να μην τους κοπεί το γάλα και να πίνουν κρασί και μπίρα για έχουν άφθονο γάλα για τα νεογνά.

Σήμερα μερικές συνήθειες από αυτές εφαρμόζονται αλλά σε πιο φυσιολογικά επίπεδα. Η γυναίκα σήμερα αφού γεννήσει πρέπει να επιστρέψει στην καθημερινότητά της και ίσως και στην εργασία της αν δουλεύει. Αυτό που είναι σίγουρο είναι ότι η κάθε λεχώνα χρειάζεται χρόνο ώστε να ξαναβρεί τον εαυτό της και σωματικά αλλά και ψυχολογικά. Μέσα στο διάστημα των 9 μηνών κλήθηκε να αντιμετωπίσει τις διάφορες αλλαγές που προκλήθηκαν στον οργανισμό της. Μια σημαντική ψυχαναλύτρια, σε συνεργασία με γιατρούς διαφορετικής ειδικότητας όπως μαιευτήρες και παιδίατρος, υποστήριξε το εξής:

«Η περίοδος της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας θα πρέπει να θεωρηθεί σαν ιδιαίτερη περίοδος στη ζωή της γυναίκας όπως η εφηβεία και η εμμηνόπαυση».

LIBRING GR.

Σ' αυτή τη φάση της ζωής της η λεχώνα είναι πολύ ευαίσθητη, ευσυγκίνητη και νοιώθει κουρασμένη. Για να επανέλθει ξανά και να βρει τον εαυτό της χρειάζεται αγάπη, φροντίδα, στοργή, υποστήριξη από το οικογενειακό της περιβάλλον και πολύ περισσότερο από το σύντροφό της.

Η πρώτη μέρα μετά τον τοκετό η λεχώνα αισθάνεται πολύ κουρασμένη και εξουθενωμένη. Με την πάροδο του χρόνου η λεχώνα είναι ευερέθιστη και νευρική. Πολλές φορές αισθάνεται κυριευμένη από ένα κύμα μελαγχολίας και δεν της είναι εύκολο να εξηγήσει τι της συμβαίνει. Με την πιο μικρή αφορμή ξεσπά σε κλάματα για διάφορους προβληματισμούς και ανησυχίες που έχει. Αρκετές λεχώνες δεν γνωρίζουν γιατί αντιδρούν έτσι και ή ακόμα δεν τολμούν να εκφράσουν κάποιες σκέψεις τους.

Η λεχώνα περνά ένα στάδιο πολλαπλής προσαρμογής. Σ' αυτή τη περίοδο οι ενδοκρινικές μεταβολές και οι βιολογικές αλλαγές δημιουργούν στην έγκυο ψυχολογική ανισορροπία. Όταν μια γυναίκα πετύχει να ξεπεράσει τη κρίση αυτή, θα καταφέρει να ωριμάσει συναισθηματικά τη προσωπικότητά της και να την επιβάλλει πρώτα στον εαυτό της και στη συνέχεια στο περιβάλλον της. Η σωματική και η ψυχική κατάσταση της λεχώνας βρίσκεται σε συνεχή υπερδιέγερση που δεν είναι παθολογική αλλά ένα φυσιολογικό φαινόμενο. Το σώμα χρειάζεται καιρό για να ξαναβρεί την παλιά του φόρμα, η μήτρα θέλει χρόνο για να ξαναβρεί τον παλιό της ρυθμό και λειτουργία και το στήθος χρειάζεται χρόνο για να προσαρμοστεί στον καινούργιο τρόπο λειτουργίας.

Πέρα από τις σωματικές βιολογικές προσαρμογές της λεχώνας υπάρχουν και οι ψυχολογικές. Η λεχώνα, η οποία είναι προετοιμασμένη για τον επικείμενο ρόλο της, πρέπει να βρει δύναμη και κουράγιο ώστε να προσαρμοστεί ανάλογα στις απαιτήσεις της μητρότητας. Όλα ξεκινούν από την ερμηνεία της μητρότητας που έχει δώσει η κάθε μητέρα για τον εαυτό της. Άλλες μαμάδες λατρεύουν το μωρό τους από τη ώρα της σύλληψης και άλλες θέλουν χρόνο, χρειάζονται χρόνο, να συνηθίσουν την ιδέα της μητρότητας, να την αποδεχτούν, ν' αγαπήσουν, να λατρέψουν το μωρό τους.

Όλες μα όλες οι μαμάδες σύντομα γίνονται καλές, πολύ καλύτερες απ' όσο θέλουν. Ενισχύοντας τη γνώση και διατηρώντας μια καλή ισορροπία για τον εαυτό τους μπορούν να ξεπεράσουν τα διάφορα εμπόδια που εμφανίζονται στην περίοδο της λοχείας. Δεν υπάρχει ειδική συνταγή ώστε να δώσει τα

επιθυμητά- αποτελέσματα. Όμως η βασική συνταγή για το αγγελοῦδι που ήρθε στο κόσμο είναι η εξής:



Με αγάπη
τρυφερότητα,
θαλπωρή,
αγκαλιτσες,
γνώση και φροντίδα.....
ας το καλωσορίσουμε!!!

~1.4.1. Επιλόχεια Κατάθλιψη~

Συνήθως τα διάφορα συμπτώματα που παρουσιάζονται στις περισσότερες γυναίκες μετά τον τοκετό είναι απόρροια της προγεννητικής τους πορείας. Μια ήρεμη και ομαλή εγκυμοσύνη δεν έχει τόσες πιθανότητες ώστε να οδηγήσει την λεχώνα σε

άσχημες ψυχολογικές καταστάσεις. Σχεδόν το 80% των γυναικών βιώνουν μια σύντομη περίοδο μελαγχολίας, με λύπη και δάκρυα, η οποία είναι απόλυτα φυσιολογική. Μερικές φορές η διάθεση της μητέρας έρχεται σιγά-σιγά κι έπειτα η ίδια παρασύρεται μαλακά σε μια διάθεση αμφιβολίας και θλίψης. Μετά από λίγες ώρες η λεχώνα προσπερνά ανεπαίσθητα αυτή τη μελαγχολία. Πολλές γυναίκες είναι απροετοίμαστες γι' αυτή τη διαδικασία και κάθε φορά παραξενεύονται για τις αντιδράσεις τους για κάποιο ασήμαντο λόγο και κατηγορούν τον ίδιο τους τον εαυτό γιατί δεν αντιδρά σωστά. Η μελαγχολία άλλες φορές μπορεί να διατηρείται αρκετή ώρα και άλλες φορές να αλλάζει από τη μια στιγμή στην άλλη χωρίς να έχει συμβεί απαραίτητα κάτι καλό. Αυτή είναι μια φάση της κατάθλιψης που αντιμετωπίζει μια λεχώνα, η οποία είναι φυσιολογική και ονομάζεται «Μεταγεννητική ή Επιλόχεια Κατάθλιψη».

Η προέλευση αυτής της κατάθλιψης βασίζεται σε τρεις παράγοντες:

- Η σωματική κούραση που προκαλείται από τον ίδιο το τοκετό απαντά σε πολλές μορφές όπως για παράδειγμα είναι η συγκινησιακή ευαισθησία.
- Η νευρική ένταση που συγκρατούσε τη λεχώνα μέχρι αυτή τη στιγμή πέφτει ξαφνικά, όπως συμβαίνει πάντα όταν περιμένουμε με αγωνία την έλευση ενός πράγματος.
- Η λεπτή ψυχολογική ισορροπία που είχε δημιουργηθεί ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί στην πορεία της εγκυμοσύνης έχει εξαφανιστεί.

Μέχρι τη στιγμή του τοκετού το μωρό ήταν ένα μέρος της μητέρας του. Οι δυο τους ήταν ένα. Τώρα αυτή η πολύ προσωπική σχέση έχει τελειώσει και πρέπει να υποκατασταθεί λίγο-λίγο από μια σχέση ανάμεσα σε δύο πρόσωπα τελείως διαφορετικά. Σ' αυτό το σημείο είναι εύκολο να κατανοηθεί πόσο σημαντικό είναι για τη μητέρα να σφίξει το παιδί της πάνω στο στήθος της μετά το τοκετό. Δεν είναι μόνο το παιδί που τη χρειάζεται, αλλά και εκείνη. Το χρειάζεται εκείνη τη στιγμή για να μην νοιώσει «εγκαταλελειμμένη».

Ένα πολύ μικρότερο ποσοστό γυναικών παρουσιάζουν κατάθλιψη που μπορεί να διαρκέσει λίγες βδομάδες ή λίγους μήνες ή καμιά φορά ένα ή δύο χρόνια. Πολλές από αυτές τις γυναίκες δεν καταλαβαίνουν τι τους έχει συμβεί. Αισθάνονται ότι έχουν αλλάξει αλλά δεν μπορούν να καθορίσουν το πώς. Ο

σύντροφος και το κοντινό περιβάλλον μπορεί να προσέξουν μια αλλαγή, αλλά και αυτοί δεν ξέρουν πως να το περιγράψουν. Σε μια σοβαρή κατάθλιψη η ολοκληρωτική παράλυση της θέλησης και τα αισθήματα απόγνωσης είναι ολοφάνερα. Πολύ λίγες γυναίκες φτάνουν σ' αυτό το σημείο. Στις πιο πολλές περιπτώσεις υπάρχει μια ακαθόριστη μείωση της κινητοποίησής τους, του ρυθμού τους και ένα αίσθημα ότι είναι αβοήθητες χωρίς ελπίδα. Η αίσθηση χιούμορ μπορεί να ελαττωθεί ή να εξαφανιστεί και η σεξουαλική διάθεση να είναι λίγη ή ανύπαρκτη.

Τις πρώτες μέρες μερικές γυναίκες αισθάνονται σύγχυση και αποπροσανατολισμό, αβεβαιότητα για το ποιες είναι, που βρίσκονται και ακόμα πόσο χρονών είναι. Σε λίγες λεχώνες αυτή η σύγχυση είναι τόσο έντονη ώστε φαίνεται σαν διαταραχή της σκέψης. Εκτός από ελάχιστες περιπτώσεις τα αισθήματα αυτά ξεπερνιούνται ύστερα από δύο με τρεις περίπου εβδομάδες, αφήνοντας μόνο την κατάθλιψη. Πολλές γυναίκες δεν αναγνωρίζουν την αλλαγή τους όπως πραγματικά είναι, γιατί η επιλόχεια κατάθλιψη αντιμετωπίζεται σχετικά εύκολα με ψυχοθεραπεία. Αν αντιμετωπιστεί σωστά δεν κρατά για πολύ και συχνά μπορεί να αποφευχθεί με την κατάλληλη προετοιμασία.

~1.4.2. Βιολογικές Επιδράσεις~

Κατά διαστήματα υποστηρίχτηκαν πολλές θεωρίες για να εξηγήσουν την επιλόχεια κατάθλιψη με βιολογικούς όρους. Οι αλλαγές στις ορμόνες και στα επίπεδα του νερού στο σώμα θεωρούνταν συχνά υπεύθυνες και η κατάσταση αντιμετωπιζόταν σαν να υπάρχει κάποια ανωμαλία. Μια θεωρία υποστήριξε ότι οι αλλαγές αυτές επηρεάζουν τον εγκέφαλο και προκαλούν παραλήρημα. Ωστόσο έχει ήδη αναφερθεί ότι στη διάρκεια της εγκυμοσύνης υπάρχει ραγδαία αύξηση της ποσότητας των ορμονών που κυκλοφορούν στο σώμα της εγκύου.

Η ποσότητα της προγεστερόνης δεκαπλασιάζεται ενώ η ποσότητα των οιστρογόνων που παράγει σε μια μέρα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ισοδυναμεί με τη ποσότητα που παράγουν τα ωάρια σε τρία χρόνια όταν η γυναίκα δεν είναι έγκυος. Μετά τον τοκετό όμως, η παραγωγή και η παροχή ορμονών στον οργανισμό σταματά ξαφνικά και απότομα, μέσα σε λίγες ώρες. Άλλες λεχώνες προσαρμόζονται στη νέα κατάσταση εύκολα και άλλες

έχουν προβλήματα. Μερικές δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στην απότομη πτώση της προγεστερόνης και εφ' ετέρου επηρεάζονται από τη προσωπική τους τοποθέτηση στις ευθύνες της νέας ζωής τους.

Η ένταση, η γκρίνια, η κακοκεφιά, η κατάθλιψη κάνουν την εμφάνισή τους σε μερικές γυναίκες αμέσως μετά τη γέννα, μερικές εβδομάδες μετά ή και μήνες μετά. Παρατηρείται απότομη αλλαγή στη ψυχική διάθεση, διανοητική σύγχυση, παράξενη και υπερβολική συμπεριφορά, ανικανότητα και ανημποριά για να αντεπεξέλθει στις υποχρεώσεις της απέναντι στο μωρό της. Όλα αυτά «έρχονται» να κλονίσουν μια δύσκολη περίοδο στη ζωή της γυναίκας.

Δεν έχει πλήρως αποδειχτεί μέχρι σήμερα αν η επιλόχεια κατάθλιψη έχει άμεση σχέση με την πτώση της προγεστερόνης στον οργανισμό της γυναίκας. Χρειάζεται αρκετή μελέτη και έρευνα ώστε να υπάρχουν συγκεκριμένες αιτίες για να μπορέσουν να αντιμετωπιστούν με τον ανάλογο τρόπο. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι μια συνηθισμένη αντίδραση σε μια έντονη ψυχολογική εμπειρία. Οι νοητικές λειτουργίες όπως η πρόσφατη μνήμη, δεν επηρεάζονται.

Κάποια σύγχυση μπορεί ακόμα να προκληθεί από την πολύ απότομη αλλαγή στην ανατομία της καινούργια μητέρας. Μέσα σε λίγες ώρες εξαφανίζεται το μεγάλο μέρος της διόγκωσης, χάνει αρκετό βάρος και τα εσωτερικά της όργανα επανέρχονται σχεδόν στην αρχική τους θέση. Μετά από την εγκυμοσύνη το σώμα της γυναίκας δεν επιστρέφει απόλυτα στην κατάσταση που βρισκόταν πριν την μείνει έγκυος. Η μήτρα και η καρδιά της είναι μεγαλύτερες, ο μυϊκός τόνος μειωμένος και μπορεί να διατηρεί ακόμα αρκετό νερό και λίπος. Όταν αρχίσει η παραγωγή γάλακτος, την τρίτη μέρα περίπου μετά τον τοκετό, αισθάνεται το στήθος πολύ παράξενο, συμπαγές, σκληρό και καμιά φορά πονάει. Έτσι ενώ προσαρμόστηκε για 9 μήνες στο καινούργιο της σχήμα, η εικόνα αυτή ξαφνικά εξαφανίζεται, αλλά χωρίς όμως να ξαναγίνει όπως πριν.

Έχει παρατηρηθεί ότι και γυναίκες οι οποίες υιοθετούν παιδιά παρουσιάζουν κατάθλιψη η οποία στηρίζεται σε διαφορετικές αιτίες. Οι γυναίκες αυτές παρουσιάζουν νοητική σύγχυση και άγχος. Το ίδιο συμβαίνει και σε στους συντρόφους ανεξάρτητα αν είναι οι βιολογικοί γονείς ή όχι.

Μερικοί ψυχολόγοι, που παρακολουθούσαν όλη τη πορεία της εγκυμοσύνης, της γέννησης και τους πρώτους μήνες που

ακολουθούν, τονίζουν το γεγονός ότι η γέννα δεν είναι ένα ξεκάθαρο και απότομο τέλος της εγκυμοσύνης. Δεν είναι δηλαδή μια απλή πόρτα που οδηγεί κατευθείαν σ' ένα καινούργιο δωμάτιο. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γέννας γίνονται σημαντικές ψυχολογικές μεταβολές. Διάφοροι παλιοί τρόποι σκέψης χαλαρώνουν, διαλύονται και απορρίπτονται με τις ισχυρότερες «νοητικές δονήσεις» που ακολουθούν και τις μέρες της εγκυμοσύνης αλλά και τις πρώτες μέρες του τοκετού.

Παρόλο που η «νοητική» πρόβα στην εγκυμοσύνη είναι ένα μεγάλο ξεκίνημα, η καινούργια ταυτότητα της μητέρας δεν μπορεί να αρχίσει να διαμορφώνεται πραγματικά παρά μόνο όταν γεννηθεί το μωρό της και μπορέσει να δημιουργήσει μαζί του μια σχέση πραγματική και όχι πια φανταστική. Έτσι τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό η νέα μητέρα ελέγχει ελάχιστα τον εαυτό της. παρόλα αυτά είναι συνήθως πολύ ενεργητική και έτοιμη να φροντίσει το παιδί της. Δυστυχώς όμως μπορεί να υπάρχουν εμπόδια στο δρόμο της, τόσο στο ψυχολογικό της ιστορικό όσο και στο περιβάλλον της.

~1.4.3. Μαθημένη Αδυναμία Αντίδρασης~

Μια πρόσφατη θεωρία συνδέει την κατάθλιψη με τη «Μαθημένη Αδυναμία Αντίδρασης» (Seligman, 1990). Κλασικό πείραμα είναι εκείνο κατά το οποίο δένουν το ζώο με χαλινάρι και μετά του κάνουν ηλεκτροσόκ, το οποίο δεν μπορεί με κανένα τρόπο να το αποφύγει. Ύστερα από μερικές επαναλήψεις βάζουν το ζώο σε κλουβί που είναι χωρισμένο μ' ένα μεγάλο φράκτη. Το μισό πάτωμα έχει μια σχάρα που διοχετεύει ηλεκτρικό ρεύμα στα πόδια του ζώου. Φυσιολογικά το ζώο σ' αυτή τη κατάσταση μαθαίνει γρήγορα να πηδά πάνω από το φράκτη στην άλλη μεριά του κλουβιού για να αποφύγει το ηλεκτρικό ερέθισμα. Όμως, έχοντας την εμπειρία του αναπόφευκτου ηλεκτροσόκ, πολύ σπάνια προσπαθεί να ξεφύγει. Ακόμα και όταν προσπαθεί, φαίνεται ανίκανο να μάθει. Τελικά, τα πιο πολλά ζώα που έχουν υποστεί τις συνθήκες αυτού του πειράματος ξαπλώνουν και δέχονται το σοκ μέχρι του σημείου να αντιστέκονται ενεργά σε οποιαδήποτε προσπάθεια απομάκρυνσής τους. Τα ζώα δηλαδή αυτά έχουν μάθει να είναι ανήμπορα.

Και οι άνθρωποι μπορεί να δείξουν τις ίδιες αλλαγές στη συμπεριφορά τους και στις πεποιθήσεις τους σχετικά με τις δυνατότητές τους όταν υποφέρουν από τραυματικές εμπειρίες που δεν μπορούν να αποφύγουν και που γενικότερα είναι έξω από τον έλεγχό τους. Τέτοιες εμπειρίες μπορεί να προκαλέσουν μια παροδική μείωση της διάθεσης και της συμπεριφοράς που εξαφανίζεται σύντομα. Αλλά σοβαροί ψυχικοί τραυματισμοί μπορεί να προκαλέσουν μια πιο μόνιμη αλλαγή, κατά την οποία διαταράσσεται σοβαρά η ικανότητα του ατόμου να ενεργεί και να μαθαίνει.

Μια ομάδα κοινωνιολόγων από το Λονδίνο, έδειξε πρόσφατα ότι η κατάθλιψη στις γυναίκες των μεγαλουπόλεων με τέσσερις «παράγοντες ευπάθειας». Η ίδια η κατάθλιψη σχετίζεται συνήθως με ένα «γεγονός ζωής», όπως μια απώλεια ή μια αλλαγή, που συνοδεύεται με στρες. Για παράδειγμα πένθος, διαζύγιο ή χωρισμός, ή αλλαγή κατοικίας, ή μακροχρόνιο στρες που προκαλείται από κακές συνθήκες διαβίωσης. (Brown, 1962).

Πολλές γυναίκες ζουν τέτοιες εμπειρίες χωρίς να πάθουν κατάθλιψη. Αλλά αν μια γυναίκα στερείται τη στενή σχέση του άνδρα ή του συντρόφου της, αν έχασε τη μητέρα της από θάνατο ή από διαζύγιο πριν γίνει 11 χρόνων ή έχει βιώσει και άλλες δυσάρεστες καταστάσεις, τότε είναι ευάλωτη στην κατάθλιψη περισσότερο από το συνηθισμένο.

Παρόμοιες διεργασίες ισχύουν και για τις γυναίκες που παρουσιάζουν κατάθλιψη όταν γεννηθεί το παιδί τους. Πολλές αισθάνονται να τις συντρίβουν οι απαιτήσεις της φροντίδας του μωρού. Οι πρωτότοκες γυναίκες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο, γιατί η ικανότητα της κοινωνίας μας να τις προετοιμάσει ικανοποιητικά είναι αξιολάκρυστη. Η επιλόχεια κατάθλιψη έχει την τάση να ξαναπαρουσιάζεται στη ίδια γυναίκα και μπορεί να πρωτοπαρουσιαστεί στο δεύτερο ή ακόμα και στο τρίτο παιδί. Οι γυναίκες αυτές μπορεί να αισθάνονται ανίκανες να τα βγάλουν πέρα με τις απαιτήσεις του νεογέννητου. (Cole & Cole, 2000).

Πολύ σημαντικό ρόλο στη ζωή της κάθε γυναίκας παίζει η κοινωνική στήριξη. Όπως έχει προαναφερθεί στην περίοδο της εγκυμοσύνης, έτσι και μετά τον τοκετό όταν δεν έχουν δημιουργήσει καλές κοινωνικές σχέσεις στο περιβάλλον τους έχουν άσχημα συναισθήματα και οδηγούνται σε διάφορες σκέψεις με αποτέλεσμα να αποξενώνονται. Αυτή η συμπεριφορά αν ενισχυθεί κινδυνεύουν να αντιμετωπίσουν επιλόχεια

κατάθλιψη. Αντίθετα όταν απολαμβάνουν την κοινωνική στήριξη έχουν καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία και αυτό είναι θετικό τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί που έχει φέρει στο κόσμο.

Μετά τον τοκετό αρκετές μητέρες εκφράζουν την επιθυμία να γυρίσουν στο σπίτι των γονιών τους και όχι στο δικό τους σπίτι. Όσο περίεργο κι αν φαίνεται αυτό δεν είναι τίποτα άλλο από την ανασφάλεια που νοιώθει εκείνη τη στιγμή και τη σκέψη ότι θα μείνει αβοήθητη απέναντι στις νέες τις ευθύνες. Έχει υποστηριχτεί ότι η αντίληψη της εγκύου ότι θα είναι αβοήθητη αποτελεί μια ένδειξη επιλόχεια κατάθλιψης.

~1.4.4. Παιδικά Βιώματα~

Ένα συχνό πρόβλημα ανάμεσα στις γυναίκες που παρουσιάζουν κατάθλιψη μετά τη γέννα είναι και τρόπος που τις μεγάλωσαν και οι δικές τους οι μητέρες. Αν η μητέρα επιβάλλεται πολύ στη κόρη της τότε η κόρη είναι πιο πιθανό να παρουσιάσει κατάθλιψη μετά τη γέννα. Αν η μητέρα ήταν και απορριπτική, τότε ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος. Και οι δύο αυτές περασμένες εμπειρίες σημαίνουν απώλεια ελέγχου. Αν η μητέρα αφήνει πολύ λίγη πρωτοβουλία στη κόρη της και ταυτόχρονα είναι συναισθηματικά ψυχρή μαζί της, τότε η κόρη έχει ελάχιστο έλεγχο είτε πάνω στις σχέσεις, είτε πάνω στη δική της ζωή. είναι ανίκανη να δημιουργήσει την «εναλλακτική απάντηση», που περιγράφηκε πιο πριν. Αν πάλι μια γυναίκα έχει χάσει τη μητέρα της σε μικρή ηλικία, βρίσκεται επίσης σε κίνδυνο για κατάθλιψη.

Η έλλειψη υποστήριξης από τον άνδρα κάνει επίσης τη γυναίκα ευάλωτη στην κατάθλιψη μετά τη γέννα. Μερικοί σύζυγοι απομακρύνονται ενεργά από τη γέννηση. Πολλοί παραμένουν πιο παθητικοί αδιάφοροι χωρίς να προσφέρουν ούτε πρακτική αλλά ούτε και ψυχολογική υποστήριξη.

Οι γυναίκες που χειρίζονται καλύτερα την εγκυμοσύνη τους είναι αυτές που βλέπουν τον εαυτό τους ενεργό και δημιουργικό στη ζωή.

Πολλές γυναίκες οι οποίες έχουν ζήσει σ' ένα άσχημο οικογενειακό περιβάλλον, είτε λόγω χωρισμού των γονιών της,

είτε λόγω κακής μεταχείρισης της ίδιας από την οικογένειά της, έχουν πιο πολλές πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη και κατά τη διάρκεια της κύησης αλλά και μετά τη γέννα, από κάποιες γυναίκες που προέρχονται από ευτυχισμένες και σταθερές οικογένειες. Υπάρχουν όμως και κάποιες περιπτώσεις που κάποιες γυναίκες που μεγάλωσαν κάτω από κακές οικογενειακές συνθήκες δεν αντιμετώπισαν προβλήματα και προσαρμόστηκαν φυσιολογικά στη μητρότητα. Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο σημαίνει πως οι γυναίκες αυτές έκαναν μεγάλες προσπάθειες ώστε να είναι καλά προετοιμασμένες και ενημερωμένες για τον ερχομό του παιδιού τους. Συνήθως σε αυτές τις περιπτώσεις αναμένονται συμπτώματα κατάθλιψης γιατί οι γυναίκες δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν σε κάποιες δύσκολες καταστάσεις που ενδεχομένως συναντήσουν είτε στο περιβάλλον τους, στο γάμο τους, ή στη σχέση τους με το μωρό. Έπειτα από κάποιο άσχημο γεγονός όλη η συμπεριφορά άλλαζε και το πρόβλημα επεκτείνονταν. Αυτό είναι κάτι που πρέπει πάντα να έχουν υπόψη τους ειδικοί και μητέρες στις περιπτώσεις που μια γυναίκα δεν καταφέρνει να ανταποκριθεί στις προσδοκίες που η ίδια είχε απ' τον εαυτό της πριν τη γέννα.

~1.4.5. Αντιμετώπιση Επιλόχειας Κατάθλιψης~

Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχουν επισημάνει την άμεση σχέση μεταξύ προγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης. Η αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης όπως και της προγεννητικής εξαρτάται από το επίπεδο σοβαρότητας της κατάστασης. Πολλές φορές αρκεί η ψυχολογική υποστήριξη αλλά, αν είναι σοβαρή η κατάσταση τότε θα πρέπει να χορηγηθούν αντικαταθλιπτικά. Μεγάλο κίνδυνο διατρέχει το νεογνό αν η μητέρα του έχει σοβαρό πρόβλημα κατάθλιψης γιατί

δεν είναι δυνατόν πολλές φορές να ελέγξει τον εαυτό της με αποτέλεσμα να κάνει κακό στο μωρό της.

Γυναίκες συνηθισμένες σε μέτρια ή σοβαρή προεμμηνορροϊκή κατάθλιψη θα αναγνωρίσουν τα συμπτώματα που ίσως παρουσιάσουν όπως ξεσπάσματα, κλάματα, οργισμένες φωνές και υπερβολική κατανάλωση υδατανθράκων. Άλλα συμπτώματα είναι το να νοιώθουν άχρηστες, ανίκανες να τα βγάλουν πέρα, να μισούν το μωρό, να τις πιάνει αγωνία για την ασφάλειά του ή τη δική τους ψυχική κατάσταση και οποιοδήποτε άλλο συναίσθημα ή σύμπτωμα το οποίο είναι σχετικό με την προεμμηνορροϊκή ένταση. Η επιλόχεια κατάθλιψη οφείλεται και αυτή σε παρόμοια ορμονική ανισορροπία.

Όταν η κάθε μητέρα επιστρέφει στο σπίτι της νοιώθει αρκετά κουρασμένη, τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά είναι ανίκανη πολλές φορές ώστε να αντιδράσει. Προσπαθεί να βάλει σε μια τάξη τα πράγματα και δεν ξέρει τι να κάνει με τον εαυτό της και πάνω απ' όλα με το μωρό. Στην πράξη, κατά την εγκυμοσύνη ο τοκετός θεωρείται το τελικό ορόσημο και εκείνη τη στιγμή αντιλαμβάνεται η κάθε γυναίκα ότι τα προβλήματα μόλις αρχίζουν. Θα πρέπει να αντεπεξέλθει στην ανατροφή του παιδιού της, στις δουλειές του σπιτιού και ακόμα να προσαρμοστεί ανάλογα ψυχικά και σωματικά σε συνδυασμό με όλα αυτά. Αν ακόμα η μητέρα εργάζεται τότε έρχεται να προστεθεί ένα ακόμα μέλημα για την καθημερινότητά της. Στην Ελλάδα δίνεται συνήθως στις εργαζόμενες γυναίκες 2 μήνες άδεια, οι οποίοι δυστυχώς δεν αρκούν για να μπορέσει μια γυναίκα να προσαρμοστεί στη νέα της ζωή. Σε πιο πλεονεκτική θέση είναι οι γυναίκες που δεν εργάζονται αλλά και σε αυτή την περίπτωση εγκυμονούν κίνδυνοι που οφείλονται σε διαφορετικούς παράγοντες.

Μελετήθηκαν διάφοροι τρόποι ώστε να αποφευχθεί ή να αντιμετωπιστεί η επιλόχεια κατάθλιψη. Έτσι δημιουργήθηκε ένα πρόγραμμα με συμβουλές και διάφορες οδηγίες για τις μέλλουσες μητέρες σε κάποια βασικά σημεία που πρέπει να εστιάσουν για να βοηθήσουν τον εαυτό τους και πιο συγκεκριμένα την ψυχική τους υγεία.

Οδηγίες για τη μέλλουσα μητέρα:

- Οι ευθύνες της μητρότητας μαθαίνονται γι' αυτό θα πρέπει η κάθε μέλλουσα μητέρα να ενημερωθεί.
- Θα πρέπει να ζητά την βοήθεια και τη στήριξη του συζύγου αλλά και από τους αξιόπιστους φίλους και συγγενείς.
- Να δημιουργεί φιλίες με ζευγάρια που έχουν πείρα στη φροντίδα των παιδιών.
- Να μην παραφορτώνει τον εαυτό της με ασήμαντες απασχολήσεις.
- Καλό είναι να μην ακολουθήσει μετακόμιση αφού γεννηθεί το παιδί.
- Δεν θα πρέπει να πολυασχολείται για το πώς θα κρατά τα προσχήματα.
- Η ξεκούραση και ο ύπνος είναι απαραίτητα για τη μητέρα.
- Δεν θα πρέπει να επιβαρύνεται με το να προσφέρει τις υπηρεσίες της σε κάποιο συγγενικό άτομο για αυτή τη περίοδο που διανύει.
- Απαραίτητη πρέπει να είναι η συζήτηση των προβλημάτων και των ανησυχιών με τον σύζυγο και έπειτα με τα οικογενειακά πρόσωπα. Απαραίτητη η επικοινωνία με το σύζυγο.
- Δεν θα πρέπει να αφήσει τα ενδιαφέροντα της, αλλά να μειώσει τις ευθύνες της και να αναπρογραμματίσει τη ζωή της.
- Όταν υπάρχουν μεγάλες δυσκολίες καλό είναι να υπάρχει μια βοηθός στο σπίτι (μπέϊμπι-σίττερ).
- Να υπάρχει τακτική επικοινωνία με τον οικογενειακό γιατρό της οικογένειας.

Όσες γυναίκες πήραν τις παραπάνω οδηγίες πριν το τοκετό είχαν λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη ή ακόμα και αποπροσανατολισμό μετά τον τοκετό. Αυτό ωφέλησε

όχι μόνο τις ίδιες αλλά και τα παιδιά που ήταν λιγότερο ευερέθιστα και δεν παρουσίαζαν δυσκολίες στο φαγητό ή στον ύπνο μετά από αρκετούς μήνες. Ακόμη όλα αυτά βοήθησαν και τον πατέρα να προσαρμοστεί στις ανάγκες τις γυναίκες του και του παιδιού του. Οι γυναίκες που δεν ενημερώθηκαν και παρουσίασαν κατάθλιψη, βοηθήθηκαν με την αγωγή μετά τη γέννα. Τα αποτελέσματα ήταν επίσης μακροπρόθεσμα. Μετά από 4-6 χρόνια, οι μητέρες που παρακολούθησαν το πρόγραμμα ήταν ψυχολογικά και σωματικά πιο υγιείς από τις γυναίκες που δεν το παρακολούθησαν. Ακόμη παρατηρήθηκε ότι είναι πιο ευχάριστο να ακολουθούν τα πρόγραμμα οι γυναίκες με τον γιατρό τους ή με την μαία παρά με κάποιο ψυχίατρο. (Gordon & Gordon, X.X).

Το σίγουρο είναι ότι μια μέλλουσα μητέρα θα πρέπει να είναι προετοιμασμένη πριν το τοκετό της ώστε η ίδια να αποφύγει μια ενδεχόμενη κατάθλιψη. Οι σκέψεις πριν τοκετό είναι άπειρες και είναι δύσκολο να μπουν σε μια τάξη χωρίς μια σωστή καθοδήγηση. Υπάρχουν διάφορα πράγματα στα οποία δεν δίνεται μεγάλη σημασία από άλλα άτομα, όμως για μια έγκυο που πλησιάζει ο τοκετός της έχουν μεγάλη σημασία και μπορεί να αποτελέσουν την αφετηρία ενδεχόμενης επιλόχειας κατάθλιψης. Γι' αυτό και πάντα προτρέπονται οι έγκυες ώστε να μην αποδίδουν τεράστια σημασία σε μικροπροβλήματα και ανησυχίες τα οποία μπορεί να τη βλάψουν.

Σε αρκετές κλινικές τοποθετούν τα νεογνά σε ειδικούς θαλάμους νεογνών. Οι μητέρες έχουν κάποιο συγκεκριμένο χρόνο που μπορούν να έχουν δίπλα τους το μωρό τους. Μ' αυτό τον τρόπο δεν δίνεται περιθώριο φροντίδας, εξοικείωσης, ξεκούρασης, χαλάρωσης, τεμπελιάς στη μητέρα, στο πατέρα και στο μωρό. Η παραδοσιακή σχέση μητέρας νεογνού κλονίζεται με το πρόσχημα της πρόληψης από τους κινδύνους της μόλυνσης. Πριν από τη γέννηση καλό είναι η κάθε μητέρα να ενημερώνεται για το χρονικό διάστημα που θα της επιτρέπουν να έχει το παιδί δίπλα της ώστε να είναι ψυχολογικά προετοιμασμένη ή να συζητήσει το θέμα σοβαρά με το γιατρό της ώστε το παιδί να βρίσκεται δίπλα της. Οι πρώτες αυτές εμπειρίες λύνουν διάφορους προβληματισμούς και μένουν αξέχαστες. Μια μητέρα είχε αναφέρει τα εξής:

«Δεν ήθελα κανείς, μα κανείς να φροντίσει το μωρό μου, η προσωπική φροντίδα, η δερματική επαφή, μου χάριζε αυτοπεποίθηση, σιγουριά, ηρεμία». Όλα αυτά, είναι η ασπίδα στα διάφορα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης.

Ακόμη τις πρώτες ώρες μετά το τοκετό η λεχώνα δεν πρέπει να μένει μόνη αλλά να βρίσκεται δίπλα της η οικογένειά της και κυρίως ο σύντροφός της. Αν μέχρι τη στιγμή του τοκετού η έγκυος γυναίκα ήταν το κέντρο όλης της προσοχής κα έπειτα το μωρό συγκεντρώνει αυτή τη προσοχή τότε μερικές μητέρες δεν ερμηνεύουν σωστά το γεγονός αυτό. Δεν θα πρέπει να το θεωρεί σαν μια έλλειψη λεπτότητας προς εκείνη.

Ο σύντροφος, οι φίλοι και οι συγγενείς της γυναίκας που βιώνει αυτή τη κατάσταση θα πρέπει να δείχνουν κατανόηση και να τη βοηθούν όσο μπορούν. Όπως για παράδειγμα:

- Να αποφεύγουν να κάνουν τη μητέρα να νοιώθει ενοχές και να της επιτρέπουν να εκφράζει την αγωνία και τους φόβους της.
- Να αποφεύγουν να τις τονίζουν τις αδυναμίες της.
- Να αποφεύγουν να της δίνουν διάφορους χαρακτηρισμούς στην περίπτωση που κοιμάται πολύ – πιθανόν να τον έχει ανάγκη αυτό τον ύπνο.

Την ίδια αγωνία και τις ίδιες ανησυχίες ενδέχεται να αντιμετωπίζει και ο σύζυγος της γυναίκας με την απόκτηση του παιδιού. Μπορεί και ο ίδιος να έχει την ανάλογη υποστήριξη αλλά η καλύτερη αντιμετώπιση είναι να έχει δημιουργηθεί μια καλή επικοινωνία μεταξύ του ζευγαριού ώστε να στηρίζουν ο ένας τον άλλο και αντιμετωπίσουν μαζί την κατάσταση.

Η επιλόχεια κατάθλιψη συνήθως δεν είναι μια σωματική αρρώστια και μελέτες έχουν δείξει ότι η ψυχοθεραπεία είναι πολύ αποτελεσματική. Είναι εύκολο να διαπιστωθεί το πρόβλημα και σχεδόν εξίσου εύκολο να θεραπευθεί.

~1.4.6 Σχέση μεταξύ Προγεννητικής και Επιλόχειας Κατάθλιψης~

Είναι εμφανές ότι η έρευνα για την προγεννητική κατάθλιψη δεν έχει επεκταθεί τόσο όσο της επιλόχεια κατάθλιψης. Γενικά όμως και στις δύο περιπτώσεις δεν υπάρχει μεγάλος αριθμός ερευνών και μελετών, τουλάχιστο μέχρι σήμερα. Παρότι όμως η περίοδος της κύησης και της λοχείας συνδέεται με το τοκετό, οι περισσότερες μελέτες αναφέρονται στην επιλόχεια κατάθλιψη αγνοώντας τελείως την ύπαρξη της κατάθλιψης που παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια της κύησης.

Μια πρώτη αναφορά που αναγνωρίζει την σχέση που υπάρχει με την προγεννητική κατάθλιψη είναι η εξής:

«Η ανησυχία στην αρχή της κύησης αποτελεί ένδειξη για πιθανή εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης».
(Dalton, 1971)

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν διάφορες έρευνες οι οποίες συσχέτισαν την εμφάνιση της κατάθλιψης κατά την κύηση με την εμφάνισή της στη λοχία. Οι γυναίκες που παρουσίαζαν επιλόχεια κατάθλιψη, το 23% από αυτές είχαν παρουσιάσει παρόμοια συμπτώματα και σε κάποιες χρονικές στιγμές της εγκυμοσύνης τους. Έπειτα ακολούθησε και η έρευνα που διαπίστωσε ότι από τις 22 γυναίκες, που ήταν το δείγμα της έρευνας που αντιμετώπιζαν την επιλόχεια κατάθλιψη, μόνο οι τέσσερις παρουσίασαν κατάθλιψη και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. (Kumar & Robson, 1984).

Οι διάφορες έρευνες που ακολούθησαν όπως φαίνεται και παραπάνω, δεν κατέληγαν σε ξεκάθαρα αποτελέσματα ώστε να συνδέσουν άμεσα την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης με την εμφάνιση ή όχι της προγεννητικής. Σιγά-σιγά με συνεχή παρακολούθηση της κατάστασης κατάφεραν αν βγάλουν κάποια συμπεράσματα τα οποία συνεχώς ελέγχονται ώστε να διαπιστωθεί η εγκυρότητά τους.

Στην Ελλάδα μετά από αναλύσεις και συγκρίσεις διαφόρων ερευνών υποστηρίχτηκε η άμεση σχέση μεταξύ της εμφάνισης

της προγεννητικής κατάθλιψης και της επιλόχειας κατάθλιψης. Ακόμη βρέθηκε ότι όσο πιο σοβαρό είναι το επίπεδο της προγεννητικής κατάθλιψης σε μια έγκυο, τότε θα υπάρξουν και τα ανάλογα ποσοστά εμφάνισης της επιλόχειας. Μια γυναίκα αν αντιμετωπίζει σοβαρή προγεννητική κατάθλιψη τότε θα κλιθεί μετά το τοκετό να αντιμετωπίσει και σοβαρή επιλόχεια κατάθλιψη. (Δραγώνα, 1989).

Πραγματοποιήθηκαν δύο έρευνες σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα, οι οποίες διαπίστωσαν σχετικά τα ίδια αποτελέσματα. Το 1995 βρέθηκε ότι το 30% των γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη είχαν παρουσιάσαν προγεννητική κατάθλιψη εκδήλωσαν και επιλόχεια. Μετά από ένα χρόνο παρατηρήθηκε και διαπιστώθηκε ότι το 31,5% των πρωτότοκων γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη είχαν παρουσιάσει στο τρίτο τρίμηνο της κύησης προγεννητική κατάθλιψη. (Hobfoll, 1995 & Areias, 1996).

Η θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο περιόδων κατάθλιψης, που ενδέχεται να αντιμετωπίσει μια γυναίκα, διαπιστώθηκε κατά καιρούς από διάφορες σχετικές μελέτες. Αυτές οι μελέτες συμπλήρωναν η μια την άλλη και βοηθούσαν ώστε να διαπιστωθεί και να ερευνηθεί βαθύτερα το πρόβλημα. Για την επιλόχεια κατάθλιψη όπως και για τη προγεννητική υπάρχουν διάφοροι παράγοντες και αιτίες που κάποιοι είναι πολύ σημαντικοί και κάποιοι λιγότερο. Η θλίψη και η κοινωνική απομόνωση είναι δύο πολύ σημαντικοί παράγοντες όπου μπορούν να επηρεάσουν τη λεχώνα πιο εύκολα σε σχέση με κάποια άλλα άτομα. Βέβαια η συνύπαρξη αυτών των παραγόντων δεν παρουσιάστηκε ξαφνικά μετά τη γέννα αλλά προϋπήρχε. Έχει υποστηριχτεί ότι μια στις τρεις γυναίκες κάτω από αυτές τις συνθήκες (συνύπαρξη των δύο παραγόντων) αντιμετωπίζει επιλόχεια κατάθλιψη. Και εδώ διαπιστώνεται η θετική συσχέτιση των δύο σταδίων κατάθλιψης για τις εγκύους.

Τουλάχιστον μέχρι αυτό το σημείο, το σίγουρο είναι ότι η έγκυος που παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης πρέπει να τα αντιμετωπίζει σωστά ώστε να προστατεύσει την ίδια και την οικογένειά της. Δεν θα πρέπει να επηρεάζεται από το περιβάλλον της, το οποίο θα έχει μια όμορφη διαμορφωμένη άποψη για την κατάσταση μιας εγκύου, αλλά να εξωτερικεύει αυτά που σκέφτεται. Ακόμα να μην προσπαθεί να αντεπεξέλθει σε κάποιο ρόλο ώστε να δείξει μια απόλυτη ευτυχία γιατί έτσι «πρέπει» να αισθάνεται. Λόγω των μεγάλων αλλαγών που επέρχονται στη ζωή

της, αρκετά γρήγορα και έντονα, έχει το δικαίωμα να αισθάνεται διάφορα πράγματα που, η ίδια αν είναι ενημερωμένη μπορεί να τα ελέγξει, εφόσον βέβαια πρόκειται για τα συνηθισμένα φαινόμενα της κατάθλιψης τα οποία είναι εύκολα να αντιμετωπίσει μια γυναίκα σε συνεργασία με τον σύζυγο και το περιβάλλον της.



~1.5. ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙ~

Ο Dr. Melges διατύπωσε ότι σε Καταθλιπτικές Μητέρες η γέννηση του Παιδιού και η ανικανότητα που αισθάνεται η μητέρα μπορεί να προκαλέσουν Παλινδρόμηση στα μεγαλύτερα παιδιά και να αυξήσουν τις απαιτήσεις τους, δημιουργώντας ένα Φαύλο Κύκλο.

Αρκετές μητέρες αντιμετωπίζουν προβλήματα επικοινωνίας με τα παιδιά τους και έτσι δεν είναι εύκολο να έχουν τις ανάλογες εμπειρίες για να ερμηνεύσουν τις διάφορες αντιδράσεις των παιδιών τους. Η γνωριμία μεταξύ της μητέρας και του παιδιού ξεκινά από τη στιγμή της σύλληψης και εξελίσσεται ανάλογα. Από τις πρώτες μέρες μετά το τοκετό, το νεογνό είναι σε θέση να σταθεροποιήσει το βλέμμα και τη προσοχή του, ιδιαίτερα στο ανθρώπινο πρόσωπο. Για τη μητέρα το γεγονός ότι το μωρό σταθεροποιεί τα μάτια του στα δικά της είναι ένα σημαντικό κίνητρο που την ωθεί να «γνωρίσει το παιδί της. Ακόμη ο ρυθμός των παλμών της μητέρας, που στην εμβρυϊκή ζωή του μωρού ακούγεται σε συνεχή μορφή, έχει τη δύναμη να το ηρεμεί και να το παρηγορεί. Το γεγονός αυτό για τη μητέρα καθώς το αγκαλιάζει ακουμπώντας το στο στήθος της είναι ένα σπουδαίο «συστατικό» στη συναισθηματική της σχέση με το παιδί.

Το νεογέννητο δεν είναι μια τρυφερή και παθητική ύπαρξη, αλλά από τη γέννησή του κιόλας, είναι ένα άτομο που διαθέτει μια προσωπικότητα που πρέπει να γίνει σεβαστή. Η μητέρα μέσω της σωματικής επαφής με το μωρό της προκαλεί μια αντίδραση κατά μεγάλο μέρος ενστικτώδη και χωρίς λογική, σχεδόν αυτόματα, που αποτελεί ένα σημαντικό συστατικό στη σχέση της με το μωρό. Είναι σημαντικό αυτοί οι ενστικτώδεις μηχανισμοί να εκδηλωθούν ελεύθερα, ώστε ο δεσμός ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί να αρχίσει με τις καλύτερες υποσχέσεις.

~1.5.1. Η Κατάθλιψη στη Μητέρα~

Κατά την διάρκεια της κύησης όσες μητέρες αντιμετωπίζουν πολύ ή ελάχιστο άγχος τότε έχουν περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσουν μετά τον τοκετό κατάθλιψη από εκείνες που είχαν μέτριο άγχος. Η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να διατηρηθεί για πολύ καιρό στη γυναίκα και μπορεί να διαρκέσει αρκετούς μήνες μετά το τοκετό. Η μητέρα ανάλογα τη σοβαρότητα της περίπτωσης της δεν είναι σε θέση πολλές φορές να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις του ρόλου της. Νοιώθει ανίκανη και η ίδια κάνει το παιδί της απρόσιτο. Αν πρόκειται για σοβαρή κατάθλιψη τότε μπορεί η μητέρα να κάνει κακό στο παιδί της. Και με την συνήθη αιτιολογία ότι η ύπαρξη αυτού του παιδιού προκαλεί την συμπεριφορά της.

Πέρα από τις ακραίες περιπτώσεις υπάρχουν και οι πιο συνηθισμένες όπου η μητέρα νοιώθει τύψεις απέναντι στο παιδί γιατί θεωρεί τον εαυτό της ανίκανο να το φροντίσει. Συνήθως αυτά τα αισθήματα έχουν οι πρωτότοκες γυναίκες μην έχοντας κάποια εμπειρία στην ανατροφή του παιδιού. Αν η νέα μητέρα έχει δυσκολίες να αναγνωρίσει τις αντιδράσεις του παιδιού της προς αυτή, θα έχει την τάση να αισθάνεται ανεπαρκής σα μητέρα. Αυτό μπορεί να ενισχυθεί όταν ο σύντροφός της δεν έχει κατανόηση και δεν τη βοηθά.

Στην περίπτωση που η μητέρα έχει γεννήσει το δεύτερό της παιδί τότε μπορεί να μην αντιμετωπίσει το αίσθημα της ανικανότητας να φροντίσει τα παιδιά της αλλά να αντιμετωπίζει ένα μέτριο επίπεδο κατάθλιψης ενώ ταυτόχρονα να κρατά τις ισορροπίες ανάμεσα στα παιδιά της. Σ' αυτό το σημείο το ήδη υπάρχον παιδί πρέπει να έχει προετοιμαστεί ανάλογα και να γνωρίζει τι συμβαίνει ειδικά αν πρόκειται για ένα παιδί προσχολικής ηλικίας. Τα έντονα συναισθήματα ζήλιας που αναπτύσσει το παιδί όταν έχει κακή πληροφόρηση και οι επιθετικές αντιδράσεις στο αδελφάκι, πρέπει να αντιμετωπιστούν πριν τη γέννηση του δεύτερου μωρού από τους γονείς. Αν πάλι η μητέρα δεν έχει καλή συνεργασία με τον πατέρα και αντιμετωπίζει κατάθλιψη είναι δύσκολο αυτό να επιτευχθεί. Η σωστή συνεργασίας με το σύζυγο και η καλή ενημέρωση και παρακολούθηση του προβλήματος, αποτελούν μια καλή «οδό» ώστε να προσφέρει ο κάθε γονιός το καλύτερο για τα παιδιά του.

~1.5.2. Η Καταθλιπτική Μητέρα στο Παιδί~

Το παιδί είναι εκείνο που «εισπράττει» κατά κάποιο τρόπο τις συνέπειες της συμπεριφοράς της μητέρας του αλλά και του πατέρα του. Όπως το παιδί δέχεται την συμπεριφορά των γονιών του και αντιδρά έτσι και οι γονείς αντιδρούν σύμφωνα με την συμπεριφορά του παιδιού τους.

Δεν είναι μόνο η οικογένεια που ανατρέφει και ελέγχει το παιδί αλλά και το παιδί ανατρέφει και ελέγχει την οικογένειά του.

Οποιαδήποτε σχήματα αντίδρασης έχουν βιολογικά κληροδοτηθεί και οποιαδήποτε διαγράμματα έχουν αγαπτυσιακά καθοριστεί, θα πρέπει να θεωρούνται ως σειρά δυνατοτήτων για τη μεταβολή σχημάτων αμοιβαίας ρύθμισης.

(Erikson, 1963)

Όταν η μητέρα του παιδιού που έχει φέρει στο κόσμο αντιμετωπίζει κατάθλιψη τότε αυτό έχει άσχημες συνέπειες για το παιδί. Το παιδί μπορεί να νοιώσει την απόρριψη και την αποξένωση από τη μητέρα του μέσα από την συμπεριφορά της. Ανάλογα με το χαρακτήρα που έχει προλάβει να σχηματίσει το παιδί στην προσχολική ηλικία υπάρχουν και διάφορες αντιδράσεις απέναντι στη συμπεριφορά της μητέρας του. Πολλά παιδιά και έφηβοι έχουν κρατήσει στη μνήμη τους κάποια γεγονότα που χαρακτήκαν βαθιά μέσα τους σε πολύ μικρή ηλικία, που σχετίζονται με την συμπεριφορά της μητέρας τους. Η απόρριψη την οποία δέχονται από μια καταθλιπτική μητέρα είναι ήδη πολύ σοβαρή σε μια τόσο τρυφερή ηλικία.

Τα παιδιά αναζητούν αφοσίωση, αγάπη, στοργή, σεβασμό και πολλά άλλα που είναι δύσκολο να δεχτούν από μια καταθλιπτική μητέρα. Μερικά παιδιά αντιδρούν και κάποια άλλα από πολύ μικρή ηλικία μπορούν να συμβιβαστούν με κάποια δεδομένη κατάσταση. Για παράδειγμα παρατηρήθηκε ένα περιστατικό όπου από πολύ μικρή ηλικία (18μηνών), ένα κοριτσάκι αντιμετώπιζε καθημερινά την απόρριψη από τους γονείς της. Οι γονείς ήταν αλλοδαποί και είχαν σοβαρά οικονομικά προβλήματα. Η μητέρα ξεκινώντας από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη λόγω κακής οικονομικής κατάστασης του ζευγαριού, αντιμετώπιζε κατάθλιψη και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά το τοκετό. Δεν έδειχνε ενδιαφέρον για το παιδί και όταν μιλούσε γι' αυτό ήταν σαν να είχε ένα τρομερό φορτίο πάνω της.

Η καθημερινή ζωή του παιδιού ήταν να βρίσκεται όλη μέρα μέσα στο πάρκο του με σκορπισμένα διάφορα παιχνίδια γύρω του, περιμένοντας σε κάποιες στιγμές της ημέρας να εμφανιστούν οι γονείς για να το ταΐσουν. Το κοριτσάκι αυτό είχε εξοικειωθεί μ' αυτή τη κατάσταση τόσο πολύ και δεν παραπονιόταν ποτέ για στιδήποτε. Είχε κατακτήσει στο μυαλό του ότι δεν θα κερδίσει τίποτα αντιδρώντας αφού η συμπεριφορά της μητέρας του ήταν δεδομένη. Ο πατέρας του έλεγε ότι από ένα σημείο και μετά το παιδί σταμάτησε να κλαίει και ότι δεν θυμόταν το κλάμα του. Έτυχε εγώ προσωπικά να κρατήσω το παιδί για μια μέρα ώστε να πάνε για δουλειά οι γονείς του. Ο πατέρας του ανέφερε μόνο να το προσέχω. Είπε ακόμα ότι είναι πολύ ήσυχος και ότι δεν θα με απασχολήσει καθόλου. Η μητέρα ήταν αδιάφορη και φώναζε τον άνδρα της να φύγουνε.

Η συμπεριφορά του παιδιού φαινόταν παράξενη. Δεν ήξερε πώς να αντιδράσει στα παιχνίδια που κάναμε. Χαμογελούσε και άλλαζε συνέχεια αγκαλιές. Δεν παραπονέθηκε καθόλου για να φάει και για όλη τη μέρα του έφτανε ένα μπουκάλι γάλα.

Σήμερα που η Μαρία είναι 5 ετών δεν μιλάει καλά και γενικά δεν πλησιάζει εύκολα τους ανθρώπους. Θέλει να παίζει μόνη της ενοχλείται υπερβολικά όταν την μαλώνει η μητέρα της. Η επίδραση της συμπεριφοράς της μητέρας ήταν άμεση στη μικρή Μαρία. Μια ελάχιστα πιο τρυφερή σχέση είχε αναπτύξει μόνο με τον πατέρα της. Η έλλειψη στοργής, φροντίδας και αγάπης από τη μητέρα μπορούν εύκολα να διαμορφώσουν την συμπεριφορά του παιδιού όπως επίσης και να δημιουργήσουν άσχημα συναισθήματα για τη μητέρα.

Μερικά παιδιά δέχονται την εκδήλωση της κατάθλιψης της μητέρας τους και «αναγκάζονται» να συμβιβαστούν με την συμπεριφορά της γιατί η ίδια τη μητέρα δημιουργεί κάτι τέτοιο. Είναι διάφορες οι επιπτώσεις της κατάθλιψης πάνω στο παιδί αλλά η σημαντικότερη είναι ότι επηρεάζει τη διαμόρφωση του χαρακτήρα του. Η συμπεριφορά του παιδιού προσαρμόζεται ανάλογα με το χαρακτήρα του και στον τρόπο που αντιλαμβάνεται τα πράγματα.

Συνήθως πολλά παιδιά προσχολικής ηλικίας επηρεάζονται από την προγεννητική και την επιλόχεια κατάθλιψη που αντιμετωπίζει η μητέρα τους όταν περιμένει το επόμενο παιδί. Αν η μητέρα έχει όπως αναφέραμε κάποιο ιστορικό ψυχικής διαταραχής με την πρώτη της εγκυμοσύνη τότε είναι πολύ πιθανόν να εμφανίσει ξανά κατάθλιψη. Αυτή τη φορά οι επιπτώσεις δεν θα βλάψουν μόνο την ίδια και τον άνδρα της, αλλά περισσότερο το πρώτο της παιδί. Το μεγαλύτερο ποσοστό ζευγαριών προτιμά να είναι μικρή η διαφορά ηλικίας των παιδιών τους. Βέβαια είναι τελείως διαφορετικά τα πράγματα όταν το πρώτο παιδί είναι αρκετά μεγάλο και έχει κατανοήσει κάποια πράγματα. Το παιδί της προσχολικής ηλικίας όμως δεν είναι σε θέση ώστε να ερμηνεύσει μόνο του το γεγονός και να δώσει νόημα στα ερωτήματα που το βασανίζουν. Από τη μητέρα εξαρτάται περισσότερο αν αργότερα δημιουργηθούν σοβαρές διαφορές, οι οποίες θα οδηγήσουν σε ψυχικά συμπλέγματα ή θα περνάει μέσα σε αρμονία ο οικογενειακός βίος. (Cahn, X.X.).

Το παιδί θα πρέπει να ενημερώνεται πάντα τουλάχιστον 2 μήνες πριν τον τοκετό για την άφιξη του νέου μέλους της οικογένειας. Θα πρέπει να ενημερώνεται με λόγια απλά και η μητέρα πρέπει να του μιλήσει για το τι συμβαίνει μέσα στη κοιλιά της και να του εξηγήσει ότι ακριβώς το ίδιο συνέβη και με εκείνο. Η μητέρα θα πρέπει να υπολογίζει τη γνώμη του παιδιού και να κάνουν μαζί σχέδια για το μωρό που θα έρθει. Μερικοί γονείς δεν τολμούν να εξηγήσουν στο παιδί τους γιατί η κοιλιά της μαμάς του είναι φουσκωμένη διότι φοβούνται ότι θα έρθουν σε δύσκολη θέση να του εξηγήσουν γενετήσια ζητήματα. Όμως είναι προτιμότερο να ενημερωθεί το παιδί με απλά λόγια από το να κάνει διάφορες λανθασμένες υποθέσεις με το μυαλό του. Μερικά παιδιά νομίζουν ότι η μαμά τους είναι άρρωστη.

Όταν καλείται μια καταθλιπτική μητέρα από το παιδί της να του απαντήσει σε διάφορα «γιατί», τότε η ίδια νοιώθει ότι πιέζεται να μιλήσει για κάτι που την «ενοχλεί» με αποτέλεσμα το

παιδί να θεωρεί ότι η μητέρα του δεν θέλει να του απαντήσει για διάφορους λόγους όπως: ότι τώρα δεν το αγαπάει επειδή θα έχει άλλο μωρό ή ότι κάτι του κρύβει γιατί δεν το εμπιστεύεται και άλλες πολλές σκέψεις που μόνο κακό μπορούν να κάνουν στο παιδί.

Η κατάθλιψη σε όποιο στάδιο κι αν βρίσκεται πρέπει να παρακολουθείται και να αντιμετωπίζεται όσο το δυνατόν πιο γρήγορα γιατί οι επιπτώσεις στα παιδιά μπορεί να αποβούν μοιραίες σε μια τόσο κρίσιμη ηλικία κατά την οποία διαμορφώνεται ο χαρακτήρας τους, η συμπεριφορά τους και τα διάφορα συναισθήματα που καλλιεργούν μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον.





Μέρος 2^ο

«Ο Βιολογικός Κόσμος της Εγκύου»

Έλεγχος, Εγκυμοσύνη και Τοκετός

~2.1. Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗ ΣΥΛΛΗΨΗ~

Πολλά ζευγάρια θεωρούν περιττούς τους προγεννητικούς ελέγχους πριν την απόφαση τεκνοποίησης. Οι προγεννητικοί αυτοί έλεγχοι δίνουν τη δυνατότητα πρόωρης διάγνωσης πιθανών ασθενειών που μπορεί να μην εκδηλώνονται και έτσι αποτρέπονται ενδεχόμενες βλάβες που μπορεί να υποστεί το έμβρυο. Ο προγεννητικός έλεγχος είναι σημαντικός για ένα ζευγάρι που θέλει να φέρει στον κόσμο ένα υγιές παιδί. Ο γυναικολόγος είναι αυτός που θα δώσει τις απαραίτητες οδηγίες στο ζευγάρι για μια προσεκτική ιατρική εξέταση λαμβάνοντας υπόψη το προσωπικό και οικογενειακό ιστορικό του .

Η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης βοηθά στον έγκαιρο εντοπισμό πιθανών προβλημάτων που μπορεί να εμφανίσει το έμβρυο και παράλληλα αυξάνει τις πιθανότητες να ξεπεραστούν και να ολοκληρωθεί με ασφάλεια μια εγκυμοσύνη. Δεν είναι μόνο οι ιατρικές εξετάσεις που πρέπει να κάνει μια γυναίκα για να ελέγξει την σωματική της υγεία. Παράλληλα θα πρέπει να αλλάξει και βλαβερές για το έμβρυο που κυοφορεί συνήθειές όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, την κακή διατροφή, τις διάφορες φαρμακευτικές ουσίες που μπορεί να καταναλώνει και άλλες κακές συνήθειες.

Εξίσου σημαντικό είναι να πραγματοποιείται αυτός ο έλεγχος στο σωστό χρονικό διάστημα. Όσο πιο έγκαιρος είναι ο έλεγχος τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν.

Η προγεννητική κατάθλιψη αποτελεί κατάσταση που πηγάζει από το άγχος μερικών γυναικών για την ασφαλή ανάπτυξη του εμβρύου. Ο χαρακτήρας και η ιδιοσυγκρασία της κάθε μίας γυναίκας αποτελούν παράγοντες που μπορούν να ενισχύουν ή όχι αυτές τις ανασφάλειες.

Παρακάτω ακολουθούν οι εξετάσεις που πρέπει να κάνει η γυναίκα προκειμένου να εξασφαλίσει τη βεβαιότητα ότι το μωρό που θα φέρει στον κόσμο θα είναι φυσιολογικό και υγιές. Επίσης ακολουθούν και οι απαραίτητες εξετάσεις που πρέπει να κάνει ο άντρας πριν τη σύλληψη.

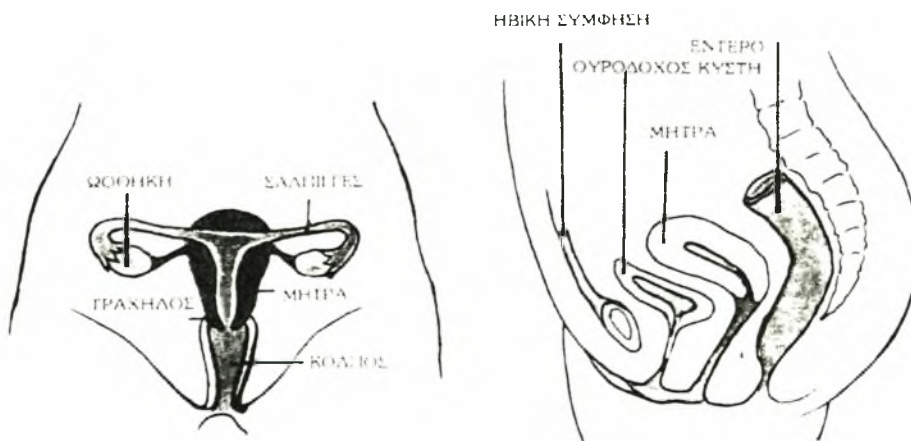
Στο βιβλίο «Ψυχολογία του Τοκετού» αναφέρεται το εξής: *«Δεν είναι ανάγκη να ξοδεύουμε τη ζωή μας με το φόβο για τις μετέπειτα συνέπειες αυτού που κάνουμε. Μάλλον να μας ενδιαφέρει η άμεση ποιότητα της εμπειρίας και η ικανοποίηση από αυτήν. Αυτό ισχύει και για τη γέννηση του παιδιού.»*

~Εξετάσεις για τη Γυναίκα~

Όλα ξεκινούν από το γυναικολογικό έλεγχο. Η επίσκεψη στον γυναικολόγο περιλαμβάνει τη γυναικολογική εξέταση και οποιεσδήποτε άλλες ιατρικές εξετάσεις κρίνει ο ίδιος ότι πρέπει να πραγματοποιηθούν. Δεν είναι εύκολο να διαπιστωθούν διάφορα προβλήματα που ενδέχεται να παρουσιαστούν στο μέλλον από τις εξετάσεις πριν την σύλληψη. Ο έλεγχος αυτός κρίνει περισσότερο κατά πόσο η υγεία της γυναίκας της επιτρέπει την κύηση.

Η γυναικολογική εξέταση έχει ως εξής: Μετά τον εξωτερικό έλεγχο στο υπογάστριο, ο γυναικολόγος εισάγει έναν δάκτυλο στον κόλπο για να ελέγξει την ελαστικότητα και το βάθος του. Με τη βοήθεια του άλλου χεριού του, που είναι στηριγμένο στην κοιλιά της γυναίκας, θα ελέγξει τη θέση, το μέγεθος και τη σύσταση της μήτρας και των ωοθηκών. Στη συνέχεια, με την εισαγωγή ενός μεταλλικού ή πλαστικού εργαλείου, που λέγεται κολποδιαστολέας, διανοίγει τα τοιχώματα του κόλπου και ελέγχει τον τράχηλο της μήτρας. Αν χρειάζεται, με μια μικρή σπάτουλα παίρνει δείγμα των εκκρίσεων του τραχήλου της μήτρας ή των τοιχωμάτων του κόλπου για εργαστηριακή ανάλυση. Η επίσκεψη τελειώνει με την εξέταση του στήθους και των θηλών για την πιστοποίηση τυχόν όγκων ή ανωμαλιών. (Prenatal, 1998).

Εσωτερικά Γεννητικά Όργανα



Μια από τις πολύ σημαντικές εξετάσεις που πρέπει να κάνει η γυναίκα ανά τακτά χρονικά διαστήματα είναι γνωστή ως «τεστ Παπ». Το «τεστ Παπ» ανέπτυξε ο παθολόγος Δρ

Παπανικολάου απ' τον οποίο πήρε και το όνομά του. Πρόκειται για ένα διαγνωστικό τεστ κατά το οποίο αφαιρούνται κύτταρα από την επιφάνεια του τραχήλου της μήτρας και εξετάζονται στο μικροσκόπιο για να ανιχνευτούν ανώμαλα κύτταρα που είναι ή μπορούν να γίνουν καρκινικά. Είναι μία πολύ σημαντική εξέταση του τραχηλικού επιχρίσματος κατά την οποία συλλέγονται κύτταρα που έχουν φυσιολογικά αποκολληθεί από τον τράχηλο. Ο γυναικολόγος συλλέγει τα κύτταρα με τη βοήθεια ενός οργάνου που εισάγεται στον κόλπο και ονομάζεται μητροσκόπιο ή διαστολέας. Αυτοί οι τύποι κυττάρων δεν προκαλούν αισθητά συμπτώματα και θα μπορούσαν αλλιώς να αναπτυχθούν χωρίς να γίνουν αντιληπτοί. Έπειτα επαλείφονται σ' ένα γυάλινο πλακάκι και στέλνονται σε εργαστήριο για να ελεγχθούν τυχόν ανωμαλίες. (Stoppard, 1996).

Πως πραγματοποιείται το τεστ Παπ



Οι διάφορες εργαστηριακές αναλύσεις αίματος καθώς και κάποιες εξωτερικές εξετάσεις είναι απαραίτητες για να ελεγχθεί η υγεία και η διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αν μια γυναίκα αισθάνεται καλά τότε θεωρεί πολλές φορές ότι δεν υπάρχει λόγος

να υποστεί αυτές τις διαδικασίες. Χάρη σ' αυτές όμως τις αναλύσεις ο γιατρός έχει τη δυνατότητα να επέμβει σε περίπτωση κάποιας ανωμαλίας στην εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

Η ηλικία της γυναίκας

Η ηλικίας της γυναίκας που επιθυμεί να φέρει στον κόσμο ένα παιδί αποτελεί στοιχείο που πρέπει να ελεγχθεί και να ληφθεί υπόψη. Η καλύτερη ηλικία για αποκτήσει παιδί μία γυναίκα, όπως επισημαίνουν οι διάφοροι γυναικολόγοι, είναι 20-30 ετών. Δεν είναι όμως λίγες οι γυναίκες που αποφασίζουν να κάνουν οικογένεια μετά τα 30. Οι κίνδυνοι αυξάνουν σημαντικά για μια γυναίκα η οποία είναι πάνω από 35 ετών.

Σ' αυτήν την ηλικία αυξάνονται οι πιθανότητες το παιδί να γεννηθεί με το **σύνδρομο Down**. Το σύνδρομο προκαλείται από τη παρουσία ενός παραπάνω χρωμοσώματος 21. Οι πιο πολλές περιπτώσεις οφείλονται στον μη αποχωρισμό χρωμοσωμάτων, από αδυναμία ενός ζευγαριού χρωμοσωμάτων να διαχωριστούν στη διάρκεια της διχοτόμησης του κυττάρου, όταν σχηματίζεται το σπερματοζώαριο ή το ωάριο ενός γονέα, οπότε ένα ωάριο ή σπερματοζώαριο και όλοι οι απόγονοί του έχουν ένα παραπάνω χρωμόσωμα. Αυτή η πιθανότητα εξαρτάται από την ηλικία της γυναίκας. Ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας αυξάνεται και ο βαθμός κινδύνου εμφάνισης του συνδρόμου. Δηλαδή:

Ηλικία μητέρας	Συνδρ. Down	Βαθμός κινδύνου Εμφάνισης του συνδρόμου Down
20 ετών		1 / 1.500 παιδιά
35 ετών		1 / 400 παιδιά
45 ετών		1 / 28 παιδιά

Οι γυναίκες κάτω των 18 ετών διατρέχουν κίνδυνο να γεννήσουν νεκρό, πρόωρο ή ελλιποβαρές παιδί. Μέσα από την συχνή ιατρική παρακολούθηση αυτοί οι κίνδυνοι μπορούν να εντοπιστούν ώστε να αντιμετωπιστούν ανάλογα. (American Medical Association).

Προηγούμενο Μαιευτικό Ιστορικό

Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζει ο κάθε γιατρός το ιστορικό του ασθενή του. Υπάρχει σημαντική διαφορά στη γυναίκα που έχει βιώσει μια αποβολή στο παρελθόν από μια γυναίκα που για πρώτη φορά μένει έγκυος. Σ' αυτές τις περιπτώσεις - στις γυναίκες δηλαδή που έχουν στο ιστορικό τους μία αποβολή - γίνεται πολύ πιο λεπτομερής έλεγχος στην πορεία της καινούργιας εγκυμοσύνης. Η γυναίκα που έχει ήδη αποβάλλει αντιμετωπίζει περισσότερες δυσκολίες στην πορεία της εγκυμοσύνης της σε σχέση με κάποια άλλη που δεν είχε ποτέ αυτή την εμπειρία.

Εξωτερικές Εξετάσεις

Σκοπός των εξωτερικών εξετάσεων είναι να διαπιστωθούν διάφορα προβλήματα σε πρώιμο στάδιο. Από το ύψος μιας γυναίκας εξαρτάται αν η λεκάνη της είναι σε θέση να αντεπεξέλθει στην έξοδο του μωρού κατά τη διάρκεια του τοκετού. Επομένως η μέτρησή του είναι απαραίτητη. Ακόμα εξετάζονται τα πόδια για κίρσους, ενώ οι ποδοκνημικές αρθρώσεις και τα χέρια εξετάζονται για οίδημα, δηλαδή πρήξιμο ή φούσκωμα, που μπορεί να είναι ένδειξη προεκλαμψίας*, ενός σακχάρου που με τη σειρά του αποτελεί ένδειξη σακχαρώδους διαβήτη. Ειδική προσοχή πρέπει να δίνεται στο στήθος ώστε οι θηλές να είναι φυσιολογικές και να μην υπάρχει πιθανότητα να αναστραφούν.

*ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ : Είναι το σύνδρομο που εκδηλώνεται πριν την εκκλαμψία που είναι μια πιθανή θανατηφόρα κατάσταση για τη μητέρα και το έμβρυο. Η προεκκλαμψία παρουσιάζεται στο 15% των εγκύων γυναικών και είναι συνηθέστερη σε γυναίκες άνω των 35 ετών, σ' αυτές που κυοφορούν το πρώτο τους μωρό και σε όσες κυοφορούν περισσότερα από ένα μωρά. Η προεκκλαμψία θεραπεύεται με ανάπαυση στο κρεβάτι και χορήγηση καταπραϋντικών και ακόμη με φάρμακα για να μειωθεί η πίεση του αίματος. Αν η μητέρα και το παιδί τεθούν σε κίνδυνο μπορεί να πραγματοποιηθεί πρόωρος τοκετός. Η υψηλότερη του κανονικού πίεση του αίματος μπορεί να αποτελεί ένδειξη προεκκλαμψίας.

Γενικές Εξετάσεις Αίματος

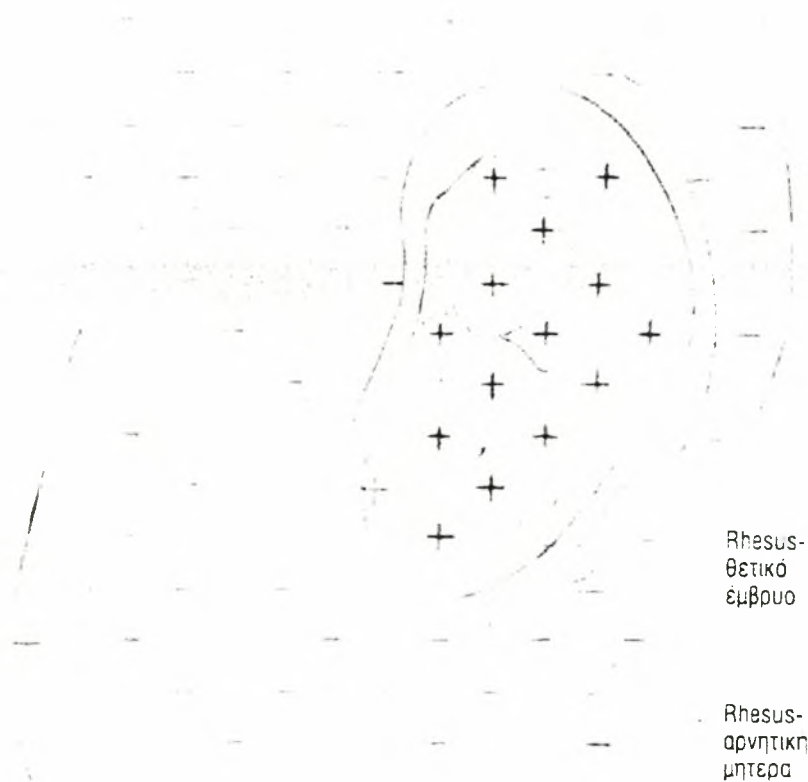
Οι εξετάσεις αίματος είναι απολύτως απαραίτητες για να μπορέσει μια γυναίκα να τεκνοποιήσει. Είναι απαραίτητο να πραγματοποιούνται σε όλη τη διάρκεια της κύησης γιατί μπορεί να έχουν επέλθει διάφορες αλλαγές. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η ποσότητα του αίματος στο γυναικείο σώμα αυξάνεται πάνω από 40%. Λόγω της αύξησης της ποσότητας είναι εύλογο να δημιουργείται μια νέα ισορροπία στα διάφορα μέρη που την απαρτίζουν και διάφορες αλλαγές. Γι' αυτό το λόγο οι εξετάσεις αυτές πρέπει να γίνονται τακτικά.

Μέσα από μια εξέταση αίματος ο γιατρός μπορεί να διαπιστώσει την κατάσταση της εγκύου όσον αφορά διάφορους παράγοντες. Η ύπαρξη κάποιου σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος όπως και η δρεπανοκυτταρική αναιμία, γνωστή ως μεσογειακή αναιμία, μπορούν να διαπιστωθούν μέσα από μία εξέταση αίματος. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προκύπτουν ο γυναικολόγος είναι σε θέση να γνωρίζει τι συμβαίνει ώστε να ενεργήσει αναλόγως.

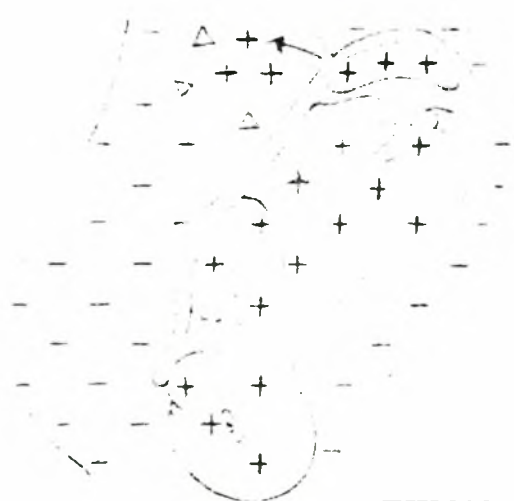
Οι αιματολογικές εξετάσεις παρέχουν και την πληροφορία της **ομάδας αίματος** της εγκύου η οποία είναι απαραίτητη σε περίπτωση που κριθεί αναγκαία μία μετάγγιση κατά τον τοκετό.

Πολύ σημαντικό επίσης είναι να βρεθεί ο **παράγοντας Rhesus (Rh)**. Είναι ζωτικής σημασίας αν αργότερα αποδειχτεί απαραίτητη η μετάγγιση ή η θεραπεία ασυμβατότητας του παράγοντα Rhesus. Αν ο παράγοντας Rhesus της μητέρας είναι θετικός, θα είναι αποφασιστικός ο παράγοντας Rhesus του πατέρα. Αν είναι όμως αρνητικός τότε δεν υπάρχουν προβλήματα. Μια τέτοια περίπτωση προκαλεί προοδευτική καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων του αίματος του εμβρύου. Μπορεί να οδηγήσει σε αποβολή ή στο θάνατο του εμβρύου στη μήτρα ή ακόμα, μετά τη γέννηση στην εκδήλωση σοβαρής αναιμίας με ίκτερο κάθε φορά και πιο βαρύ που μπορεί να προκαλέσει σοβαρότατα και μη αναστρέψιμα εγκεφαλικά τραύματα. Πιο αναλυτικά: αν η έγκυος γυναίκα έχει Rhesus αρνητικό και το έμβρυό Rhesus θετικό (εικόνα 1) παράγει αντισώματα που θέτουν σε κίνδυνο τα επόμενα με Rhesus θετικό παιδιά της. Κατά τη διάρκεια του τοκετού το πρωτότοκο αυτό παιδί δίνει στη μητέρα θετικά αντισώματα (εικόνα 2), διεγείρει δηλαδή την παραγωγή αντισωμάτων στο αίμα για την ύπαρξη του παράγοντα Rhesus (πράσινα τρίγωνα). Αυτά θα επιτεθούν και θα καταστρέψουν τα ερυθρά αιμοσφαίρια του επόμενου παιδιού της

με Rhesus θετικό (εικόνα 3) προκαλώντας μοιραία αναιμία στο έμβρυο. Αυτό συνήθως αποτρέπεται με τη χορήγηση στη γυναίκα ένεσης γλοβουλίνης άνοσης στον παράγοντα Rhesus για να αποφευχθεί η παραγωγή αντισωμάτων για θετικό Rhesus.



EIKONA 1



EIKONA 2



EIKONA 3

Η εξακρίβωση της ομάδας αίματος και του παράγοντα Rhesus πρέπει να γίνεται πάντα στην αρχή της εγκυμοσύνης. Με

αυτή την ανάλυση, που χρησιμεύει για να διαπιστωθεί η ύπαρξη τυχόν αντισωμάτων στο αίμα της μητέρας, είναι δυνατόν να καθοριστεί αν χρειάζεται να ληφθούν από το ζευγάρι μέτρα για την υγεία του εμβρύου.

Ηπατίτιδα B & C

Είναι απαραίτητο να γίνει έλεγχος για ηπατίτιδα B&C όπως επίσης έλεγχος της πήξης του αίματος και πρωτεϊνόγραμμα, τρανσαμινάσες και αλκαλικές φωσφατάσεις για τον έλεγχο του ήπατος και το συσχετισμό του με την διαδικασία πήξης του αίματος. Μέσα από την αιματολογική εξέταση ελέγχονται ακόμα και τα **αντισώματα της ερυθράς**. Όταν κάποιος περάσει την ερυθρά, παθαίνει ανοσία μόνιμα και δεν μπορεί να ξανακολλήσει. Είναι όμως πολύ επικίνδυνο για μια γυναίκα όταν προσβληθεί από ερυθρά στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης της. Καθώς ο ιός κυκλοφορεί μέσα στο αίμα της μπορεί να διαπεράσει το τοίχωμα του πλακούντα, από τον οποίο τρέφεται το έμβρυο, και να το βλάψει προκαλώντας κάποιες φορές σοβαρές δυσμορφίες. Η εγκυμοσύνη πρέπει να αντιμετωπιστεί σε συνθήκες ανοσίας, δηλαδή όταν ο οργανισμός θα έχει παράγει τις δικές του άμυνες εναντίον του ιού. Η πιο ασφαλής μέθοδος για να εκτιμηθεί ο βαθμός ανοσίας σ' αυτή την ασθένεια είναι το τεστ ερυθράς.

Σύφιλη

Μέσα από την ανάλυση αίματος υπάρχει η δυνατότητα να βρεθεί η ωχρά σπειροχαιτή ή VORL, που εξετάζει αν η γυναίκα έχει σύφιλη. Είναι μια ασθένεια που μεταδίδεται με την σεξουαλική πράξη αλλά η διάγνωση της και η θεραπεία της είναι σχετικά εύκολες. Αν η μητέρα νοσεί από αυτή την ασθένεια είναι επικίνδυνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της γιατί ο ιός μπορεί να περάσει στο έμβρυο μετά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης. Αυτό συμβαίνει γιατί ο πλακούντας σε εκείνο το στάδιο δεν έχει προλάβει να σχηματίσει ένα επαρκές τοίχωμα. Για να μπορέσει να αποφευχθεί αυτή η δυσμενής συνέπεια για το έμβρυο θα πρέπει η γυναίκα να κάνει την εξέταση πριν μείνει έγκυος ώστε να δεχτεί την σχετική θεραπεία με αντιβιοτικά. Αν κάποια γυναίκα δεν πραγματοποιήσει αυτόν τον έλεγχο και

διαπιστωθεί ότι έχει την ασθένεια ενώ παράλληλα είναι έγκυος τότε η θεραπεία με τα αντιβιοτικά κατορθώνει να θεραπεύσει το 90% των περιπτώσεων πριν από τον τέταρτο μήνα κύησης, δηλαδή πριν προκληθούν σοβαρές συνέπειες στο έμβρυο. Αν η διάγνωση καθυστερήσει τότε το έμβρυο διατρέχει μεγάλο κίνδυνο.

Τεστ Τοξοπλάσμωσης

Η τοξοπλάσμωση είναι μια κοινή μολυσματική ασθένεια που σε ελάχιστες περιπτώσεις προκαλεί κάποιο σύμπτωμα όπως ελαφρύς πόνος στο λάρυγγα και λίγος πυρετός. Αφού αναρρώσει κάποιος από την ασθένεια αυτή τότε αποκτά ανοσία για όλη του τη ζωή. Η μόλυνση αυτή προέρχεται από ένα παράσιτο των ζώων και ο άνθρωπος μπορεί να μολυνθεί από δυο τρόπους: τρώγοντας ωμό ή ελαφρώς μαγειρεμένο κρέας, συμπεριλαμβανομένων των αλλαντικών, και τρώγοντας μολυσμένα λαχανικά. Έτσι λοιπόν μια γυναίκα για να μάθει αν έχει ανοσία στην τοξοπλάσμωση θα πρέπει να κάνει αυτή την ειδική εξέταση αίματος, το τεστ τοξοπλάσμωσης για να μπορεί να μείνει έγκυος χωρίς να τεθεί το έμβρυο σε κίνδυνο πιθανής μόλυνσης.

Αναιμία του Cooley

Μια σοβαρότατη ασθένεια του αίματος που μπορεί συχνά να είναι και θανατηφόρα, υποχρεώνει τους ασθενείς να μεταβαίνουν σε συνεχείς μεταγγίσεις. Αυτή είναι η αναιμία του Cooley, η οποία ονομάζεται και Δρεπανοκυτταρική αναιμία και μπορεί να προκληθεί στο έμβρυο από υγιείς γονείς οι οποίοι όμως φέρουν το στίγμα της Μεσογειακής αναιμίας. Το στίγμα αυτό δεν προκαλεί συνέπειες στους γονείς που το φέρουν αλλά υπάρχει μια στις τέσσερις πιθανότητες να γεννηθεί άρρωστο. Όλες οι γυναίκες πρέπει να εξετάζονται για τις αλλαγές της αιμοσφαιρίνης. Πρόκειται για την κόκκινη χρωστική των ερυθρών αιμοσφαιρίων, η οποία μεταφέρει οξυγόνο. Όταν το επίπεδο της αιμοσφαιρίνης είναι πεσμένο από το φυσιολογικό τότε υποδηλώνεται αναιμία. Το επίπεδο αιμοσφαιρίνης δεν πρέπει να είναι κάτω από 10gm ανά 100ml, κάτι τέτοιο δεν είναι φυσιολογικό. Η αιμοσφαιρίνη μετριέται συνήθως στην αρχή της εγκυμοσύνης και μετά πάλι κατά τη διάρκεια των τελευταίων εβδομάδων.

AIDS

Ο ιός που ευθύνεται για το σύνδρομο της επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας μπορεί να προσβάλλει το αγέννητο ακόμα μωρό. Η συχνότητα εμφάνισης του AIDS έχει ανοδική τάση κατά την τελευταία δεκαετία κάτι που κάνει την εξέταση του αναγκαία για όλες τις γυναίκες. Είναι ο ιός που καταστρέφει τις φυσικές αμυντικές δυνάμεις του οργανισμού και τον καθιστά ευάλωτο σε όλες τις μολύνσεις. Όταν εισέλθει στο αίμα αναπτύσσεται σε σημαντικές δόσεις. Για να μεταδοθεί στο έμβρυο είναι απαραίτητο η μητέρα να είναι φορέας του, να φέρει δηλαδή το μικρόβιο στο αίμα της. Είναι απαραίτητο να πραγματοποιείται η ειδική εξέταση αίματος που ερευνά τα αντισώματα του ιού του AIDS όταν υπάρχουν πιθανότητες να φέρει τον ιό η μητέρα. Η ειδική αυτή εξέταση αφορά συνήθως ελάχιστο πληθυσμό γυναικών.

Γενική Εξέταση Ούρων

Μέσα από την εξέταση ούρων διαφαίνεται η γενική κατάσταση του οργανισμού. Μπορεί να αποκαλύψει στοιχεία του ουροποιητικού συστήματος που έχουν μεγάλη σημασία για την κατάσταση της γυναίκας που θέλει να αποκτήσει ένα παιδί. Η παρουσία του λευκώματος, του σακχάρου και των λευκοκυττάρων που εντοπίζεται από τη γενική εξέταση ούρων απασχολεί τον γυναικολόγο για την ομαλή διεξαγωγή της κύησης.

Το λεύκωμα είναι μια πρωτεΐνη που κανονικά δεν θα έπρεπε να υπάρχει στα ούρα. Η ύπαρξη μιας μικρής αναλογίας, μπορεί να εξαρτάται από παροδική αλλαγή της νεφρικής λειτουργίας, κάτι που δεν αποτελεί σύμπτωμα ασθένειας. Αντίθετα η ύπαρξη μεγαλύτερης ποσότητας αποτελεί αρνητικό σημάδι που απαιτεί άλλες αναλύσεις έτσι ώστε να πραγματοποιηθεί μια ακριβής διάγνωση. Η παρουσία σακχάρου στα ούρα πρέπει να ελέγχεται γιατί μπορεί να είναι στοιχείο που προμηνύει **διαβήτη**. Μέσα από την εξέταση αίματος μπορεί να ερευνηθεί το **σάκχαρο** στον οργανισμό. Τα λευκοκύτταρα θα πρέπει να υπάρχουν σε ελάχιστες ποσότητες για να ελαχιστοποιείται η πιθανότητα λοιμώξεων στο ουροποιητικό σύστημα.

Ανάλογα με το ιστορικό μιας γυναίκας ο γιατρός κρίνει αν είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθούν όλες οι παραπάνω

εξετάσεις, με τη βοήθεια των οποίων θα εντοπιστεί το πρόβλημα και θα ακολουθήσει η αντιμετώπιση του. Μερικές από τις παραπάνω εξετάσεις είναι συνηθισμένες και άλλες πραγματοποιούνται σε κάποιες ειδικές περιπτώσεις.

Παλιότερα οι γυναίκες βασιζόνταν σε κάποιες πρακτικές μεθόδους για να ελέγξουν την κατάσταση και βάδιζαν με τη βοήθεια του Θεού. Σήμερα προέχει η βοήθειά Του, όμως θα πρέπει να δείξουμε σεβασμό στο δώρο αυτό που μας προσφέρει, προστατεύοντάς το από διάφορους κινδύνους. (Stoppard, 1996, American Medical Association, Prenata, 1998 & Fenwick, 1991)



~2.1.2. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΔΡΑ~

Με τον ίδιο τρόπο που μεταφέρονται στο παιδί μικρόβια και νοσήματα από τη μητέρα μεταφέρονται και από τον πατέρα μέσω της σεξουαλικής του επαφής με αυτήν. Βέβαια ο αριθμός των εξετάσεων δεν είναι τόσο μεγάλος όσο της μητέρας όμως είναι απαραίτητες για να διερευνηθούν τυχόν προβλήματα ώστε να αντιμετωπιστούν. Οι εξετάσεις αίματος είναι πολύ σημαντικές και για τους άνδρες και απαραίτητες για να προσδιοριστεί η ομάδα αίματός τους και ο παράγοντας Rhesus (Rh), για την πρόβλεψη τυχόν προβλημάτων ασυμβατότητας του αίματος μεταξύ μητέρας και παιδιού αν η σύζυγος έχει Rh αρνητικό. Ουσιαστικά στις προαναφερόμενες εξετάσεις για τη γυναίκα, ο άνδρας πρέπει να κάνει υποχρεωτικά εξετάσεις για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα καθώς επίσης για σύφιλη, η οποία είναι μια μεταδοτική ασθένεια. Μέσα από την εξέταση αίματος θα διαπιστωθεί αν έχει το στίγμα της Μεσογειακής αναιμίας. Στην περίπτωση που και η σύντροφός του φέρει το στίγμα τότε αυτό μπορεί να αποβεί βλαβερό για το παιδί που πρόκειται να γεννηθεί. (Prenata, 1998)

~2.1.3. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ~

Καθένας από μας παίρνει από τους γονείς του δεκάδες χιλιάδες κληρονομικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα, το χρώμα των ματιών, την ομάδα αίματος και πολλά άλλα. Κάθε χαρακτηριστικό οριστικοποιείται κατά τη στιγμή της σύλληψης από ένα ζευγάρι χρωμοσωμάτων που προέρχονται από τη μητέρα και από το πατέρα, που φέρουν ένα ο καθένας. Το σύνολο όλων των χρωμοσωμάτων συγκροτούν την κληρονομική καταβολή. Ανάμεσα στα κληρονομικά χαρακτηριστικά μπορεί να υφίστανται πολύ σοβαρές ασθένειες. Μερικές παρουσιάζονται μόνο όταν και τα δύο χρωμοσώματα του ζευγαριού δεν είναι φυσιολογικά. Για άλλες είναι αρκετό ένα μόνο μη φυσιολογικό χρωμόσωμα. Οι ασθένειες που μεταδίδονται κληρονομικά είναι πολλές. Λιγότερο σπάνιες είναι η αναιμία του Cooley, η αιμορροφιλία και η προϊούσα μυϊκή δυστροφία. Οι δύο τελευταίες ασθένειες παρουσιάζονται κυρίως στους άνδρες. Η αιμορροφιλία συνίσταται σε μια ελαττωματική πήξη του αίματος, εξ αιτίας της οποίας και ο

παραμικρός τραυματισμός μπορεί να μετατραπεί σε μια σοβαρή αιμορραγία.

Η μυϊκή δυστροφία οφείλεται σε ένα προοδευτικό εκφυλισμό του μυϊκού συστήματος. Η πιο σοβαρή της μορφή παρουσιάζεται σε τρία ή τέσσερα χρόνια και σε λίγα χρόνια οδηγεί σε αναπηρία και στο θάνατο. Τα ζευγάρια που έχουν στην οικογένειά τους προηγούμενα δυστροφίας, ειδικά από την οικογένεια της μητέρας, πρέπει να το κοινοποιήσουν στον οικογενειακό γιατρό και να του ζητήσουν να τους φέρει σε επαφή μ' ένα βιολόγο κυτταρολόγο ή γενεσιολόγο για να τους παράσχει μια γενετική μελέτη με την οποία θα εκτιμήσουν τις πιθανότητες να αποκτήσουν ένα παιδί με μυϊκή δυστροφία.

Οι κίνδυνοι των κληρονομικών ασθενειών τετραπλασιάζονται όταν μεταξύ των ζευγαριών υπάρχει συγγένεια. Ανάμεσα στα πολλά χαρακτηριστικά που κληρονομούμε από τους γονείς μας είναι και η προδιάθεση των διδυμων τοκετών. Δύο είναι οι μηχανισμοί που μπορούν να οδηγήσουν στη γέννηση διδύμων: η διπλή ωορρηξία και η διχοτόμηση ενός μόνο γονιμοποιημένου ωαρίου. Στην πρώτη περίπτωση είναι δύο ή περισσότερα ωάρια αυτά που ωριμάζουν και γονιμοποιούνται ταυτόχρονα. Αυτοί οι διδυμοί, που λέγονται δυωογενείς, δεν έχουν ταυτόσημη κληρονομική καταβολή, όμως μοιάζουν πιο πολύ από τα άλλα αδέρφια και μπορεί να είναι επίσης διαφορετικού φύλου.

Αντίθετα, στη δεύτερη περίπτωση, ένα μόνο γονιμοποιημένο ωάριο χωρίζεται σε δύο και δημιουργεί δύο ζυγωτικά έμβρυα, που λέγονται διδυμοί «μονωογενείς». Τα κληρονομικά χαρακτηριστικά είναι τα ίδια, το φύλο είναι ταυτόσημο και τα δύο παιδιά (γιατί ποτέ δεν είναι πάνω από δύο) μοιάζουν σαν δυο σταγόνες νερό. Υπάρχει κατά μέσο όρο ένας διδυμος τοκετός σε κάθε 80 φυσιολογικούς τοκετούς. Όποιος έχει στην οικογένειά του προηγούμενο διδύμων πρέπει να το αναφέρει στο γυναικολόγο. Σε περίπτωση κύησης, ο γιατρός θα συστήσει τις απαραίτητες ειδικές ιατρικές εξετάσεις για να ανακαλύψει το συντομότερο δυνατό αν οι πιθανότητες του διδυμου τοκετού έχουν μετατραπεί σε βεβαιότητα. (Stoppard, 1996 & Συκάκη-Δούκα 1993).



~2.2. Η ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ~

Εάν το ωοκύτταρο που επικράτησε ενωθεί μέσα στη σάλπιγγα με ένα ανδρικό σπερματοζώαριο, τότε μια νέα ζωή αρχίζει.

Όλα ξεκινούν τη στιγμή που ένας άνδρας και μια γυναίκα έρθουν σε σεξουαλική επαφή. Εκατομμύρια μικροσκοπικά σπερματοζώαρια ταξιδεύουν διαμέσου του ανδρικού μορίου και απελευθερώνονται βαθιά μέσα στο γυναικείο κόλπο, ακριβώς κάτω από το τράχηλο. Αυτά τα σπερματοζώαρια κολυμπούν δυνατά μέσα στη μήτρα προς τις σάλπιγγες, ψάχνοντας για το ωάριο. Ταυτόχρονα σπρώχνονται λίγο από τους μύες της μήτρας. Εφόσον ένα σπερματοζώαριο και ένα ωάριο ενωθούν μέσα στη σάλπιγγα, τότε το σπερματοζώαριο διαπερνά τις εξωτερικές στοιβάδες του ωαρίου και το γονιμοποιεί. Το ωάριο είναι τώρα έτοιμο για να εξελιχθεί σε έμβρυο.

~2.2.1. Ο Εμμηνορυσιακός Κύκλος~

Όλα τα όργανα του γυναικείου σώματος που το καθιστούν ικανό να συλλάβει είναι γνωστά ως το «γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα». Υπάρχουν επτά σημαντικά μέρη στο αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας: η μήτρα, οι δύο ωοθήκες, οι δύο σάλπιγγες, ο τράχηλος και ο κόλπος.

Στις ωοθήκες αποθηκεύονται τα ωάρια. Κάθε μήνα γίνεται στις ωοθήκες ένας «μεγάλος αγώνας» ανάμεσα στα ωάρια. Το σήμα της εκκίνησης γι' αυτό τον αγώνα δίνεται από τον εγκέφαλο. Ορμόνες πηγαίνουν από τον εγκέφαλο στις ωοθήκες και τις αναγκάζουν να παράγουν τη γυναικεία ορμόνη, τα οιστρογόνα. Έτσι αρχίζει ο «μεγάλος αγώνας δρόμου του ωαρίου».

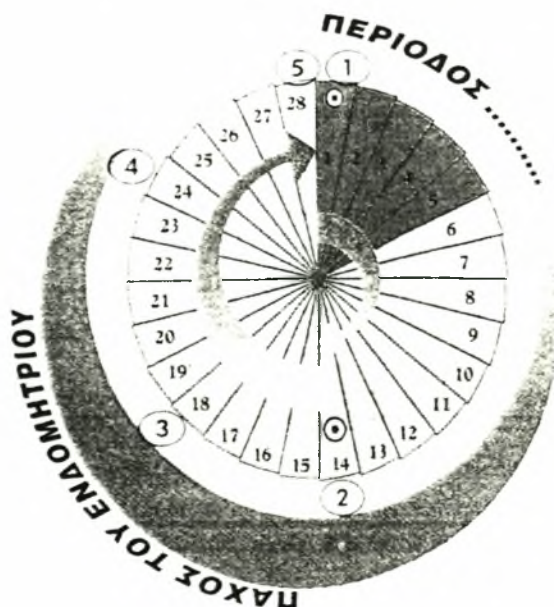
Τη γυναίκα τη βοηθάει πολύ αν θέλει να συλλάβει – ή να αποφύγει τη σύλληψη – να γνωρίζει τα του κύκλου της γονιμότητάς της. Η δυνατότητα σύλληψης σε κάθε έμμηνο κύκλο περιορίζεται σε πενήντα περίπου ώρες. Ενώ το ωάριο της γυναίκας επιζεί μόνο 12 έως 36 ώρες στη σάλπιγγα - εκτός κι αν γονιμοποιηθεί - πιστεύεται ότι το σπέρμα του άνδρα μπορεί να ζήσει έως και πέντε μέρες σ' αυτό το περιβάλλον. Από την άλλη μεριά η γονιμοποίηση πραγματοποιείται συνήθως μέσα σε 24 ώρες μετά τη συνουσία.

Η κρίσιμη περίοδος για μια γυναίκα είναι 14 περίπου μέρες πριν από την επόμενη περιόδό της. Η διάρκεια των

έμμηων κύκλων διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα, αλλά ο μέσος κύκλος διαρκεί από 21 έως 35 μέρες. Έτσι αν μια γυναίκα σημειώνει τους κύκλους τις σταδιακά, μετά από λίγο καιρό θα μπορεί πιθανότατα να καταλήξει σε κάποιο συμπέρασμα, οπότε θα είναι σε θέση να μεγιστοποιήσει τις πιθανότητες να συλλάβει, προγραμματίζοντας τη συνουσία έτσι ώστε να συμπέσει με την ωορρηξία της.

Παρακάτω φαίνεται ένα ενδεικτικό σχήμα γονιμότητας σε έναν εμμηνορυσιακό κύκλο 28 ημερών. Ακολουθώντας τα νούμερα μπορούμε να δούμε την πορεία του ωαρίου. (Bryan, 1995).

1. Την πρώτη μέρα δωδεκάδες μικρά ωοκύτταρα αρχίζουν να μεγαλώνουν στις ωοθήκες.
2. Γύρω στη 14^η ημέρα το μεγαλύτερο ωάριο απελευθερώνεται και ταξιδεύει διαμέσου της σάλπιγγας προς τη μήτρα.
3. Καθώς το ωάριο ταξιδεύει προς τη μήτρα, μια δεύτερη ορμόνη παράγεται που ονομάζεται προγεστερόνη. Η προγεστερόνη κάνει την εσωτερική στοιβάδα της μήτρας πιο παχιά, έτσι το ωάριο που επικράτησε να είναι έτοιμο να εξελιχτεί σε έμβρυο.
4. Εάν το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί, τότε περνάει μέσα από τη μήτρα χωρίς να εμφυτευτεί.
5. Το ωάριο εγκαταλείπει το σώμα της γυναίκας διαμέσου του κόλπου, ενώ το ακολουθούν το λειτουργικό ενδομήτριο και λίγο αίμα. Αυτή η απώλεια αίματος ονομάζεται περίοδος και διαρκεί περίπου 5 ημέρες. Εν τω μεταξύ άλλα ωοκύτταρα αρχίζουν να μεγαλώνουν στις ωοθήκες.



Εμμηνορυσιακός
Κύκλος

~2.2.2. Όταν το Σπερματοζώαριο συναντά το Ωάριο~

Κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης υπολογίζοντας ότι η γυναίκα βρίσκεται σε περίοδο ωορρηξίας, ακούσιες σπασμωδικές συσπάσεις των σπερματοδόχων κυστών του άντρα τον οδηγούν σε εκσπερμάτωση, ενώ στη γυναίκα αρχίζουν κύματα συσπάσεων, συσπάται η μήτρα και ανοίγει ο τράχηλος για να μπορούν να διαπεράσουν τα 200 με 400 εκατομμύρια σπερματοζώαρια στο κόλπο της γυναίκας. Πολλά από αυτά βγαίνουν έξω από το κόλπο, άλλα χάνονται στο δρόμο τους και μερικά συνεχίζουν τη πορεία τους μέσα στη βλέννη, που εκκρίνει ο τράχηλος της μητέρας, που γίνεται λεπτός και ελαστικός κατά την ωορρηξία και φτάνουν στη σάλπιγγα περνώντας μέσα από την μήτρα.

Όταν το σπέρμα με τα σπερματοζώαρια συναντά το ωάριο στις σάλπιγγες, αρκετά σπερματοζώαρια αρχίζουν να διεισδύουν στις στοιβάδες θρεπτικών κοκκιοκυττάρων που περικλείουν το ωάριο και στη σκληρή, ελαστική εξωτερική μεμβράνη του ωαρίου. Για να μπει στο ωάριο, το σπερματοζώαριο πρέπει πρώτα να φτάσει μέχρι τη μεμβράνη και μετά να δημιουργήσει μια οπή σ' αυτήν, μέσω της οποίας θα μπορεί να μπει. Το σπερματοζώαριο μπορεί να το κάνει αυτό γιατί διαθέτει μια «ακροσωμική κεφαλή». Αυτή αποτελείται από ένζυμα και αντιδρά διαλύοντας τα κύτταρα που περιβάλλουν το ωάριο. Μόλις το πρώτο σπερματοζώαριο μπει στο ωάριο, λαμβάνει χώρα μια χημική αντίδραση στο ωάριο που κάνει τη μεμβράνη του αδιαπέραστη για τα άλλα σπερματοζώαρια. Αφού το επιτυχημένο σπερματοζώαριο έχει διαπεράσει τη μεμβράνη του ωαρίου απορρίπτει την ουρά του και έτσι ξεκινά η διαδικασία της γονιμοποίησης.

Το σπερματοζώαριο και το ωάριο ονομάζονται «γαμέτες» και το καθένα περιέχει το δικό του γενετικό υλικό, δηλαδή τα χρωμοσώματα στον πυρήνα του. Όταν ο πυρήνας του σπερματοζωαρίου είναι μέσα στο ωάριο, οι δύο πυρήνες πλησιάζουν μέχρι που ενοποιούνται. Και οι δύο γαμέτες φέρουν μόνο τα μισά από το συνηθισμένο αριθμό χρωμοσωμάτων (23) που υπάρχουν σε κάθε άλλο κύτταρο του σώματος. Το μοναδικό κύτταρο που προκύπτει από την ένωση των δύο γαμετών ονομάζεται «ζυγωτό» και έχει όλα τα χρωμοσώματα (46). Μερικές ώρες μετά την ενοποίηση, το γονιμοποιημένο ωάριο διαιρείται για πρώτη φορά. Τώρα πια ονομάζεται «μορίδιο» και τα δυο του

κύτταρα περιέχουν το καθένα ένα πλήρες δυναμικό γενετικού υλικού. (Λώρης, 2000)

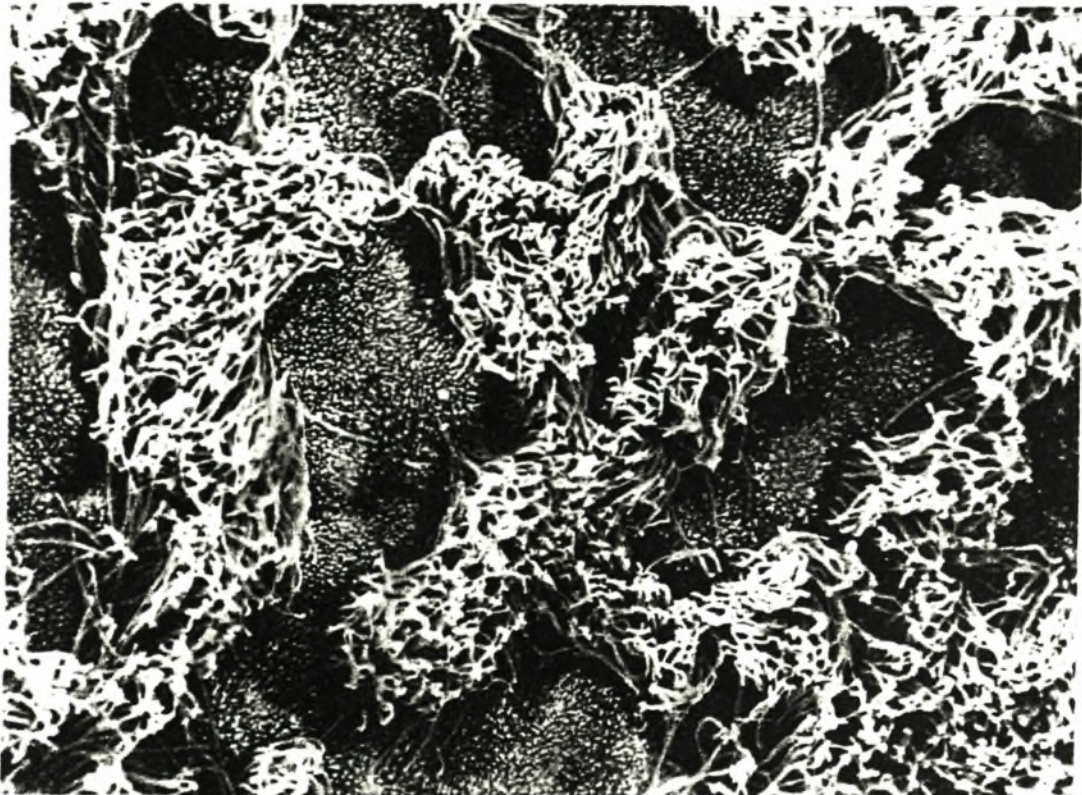
¶ Τα κύτταρα στο μορίδιο διαιρούνται κάθε 12 – 15 ώρες και διατρέφονται κατά ένα μέρος από μια έκκριση της βλεννογόνου της σάλπιγγας. Αργότερα το μορίδιο, που αποτελείται πλέον από 100 περίπου κύτταρα, αρχίζει να αποκτά ένα βαθύλωμα και τότε ονομάζεται *βλαστοκύστη*. Ενώ οι πυρήνες των γαμετών ενοποιούνται και τα κύτταρα αρχίζουν να διαιρούνται, περισσότερα σπερματοζώρια προσπαθούν ματαιώς να περάσουν την εξωτερική μεμβράνη, μέχρι που πάνω από 100 βρίσκονται στην επιφάνεια. Οι μαστιγιοειδείς κινήσεις των ουρών κάνουν το γονιμοποιημένο ωάριο να περιστρέφεται αργά και καθώς αυτό μπορεί να συνεχιστεί για αρκετές μέρες αυτά τα «ηττημένα» σπερματοζώρια μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στη μετακίνηση της βλαστοκύστης από τη σάλπιγγα προς τη μήτρα. (Stoppard, 1996).

Ωάριο περικυκλωμένο από Σπερματοζώρια



Το ταξίδι της *βλαστοκύστης*, για να κατέβει από τη σάλπιγγα, αρχίζει περίπου 3 ημέρες μετά τη γονιμοποίηση. Ωθείται από εκατομμύρια μικροσκοπικές «*βλεφαρίδες*» που επενδύουν το εσωτερικό της σάλπιγγας και χτυπούν ρυθμικά, από τις κινήσεις των ουρών των ηττημένων σπερματοζωαρίων και τις συσπάσεις της σάλπιγγας αυτής καθαυτής. Η σάλπιγγα δεν έχει την ίδια διάμετρο σε όλο το μήκος και υπάρχει ένας *σφιγκτήρας μυς* μεταξύ των φαρδύτερων και των στενότερων τμημάτων, από το οποίο δεν μπορεί να περάσει η μικροσκοπική βλαστοκύστη. Όμως, το ωχρό σωματίο παράγει τώρα αυξανόμενες ποσότητες *προγεστερόνης* που επιτρέπουν στον σφιγκτήρα να χαλαρώσει και να ανοίξει. (Stoppard, 1996).

Η Εσωτερική εικόνα της Σάλπιγγας

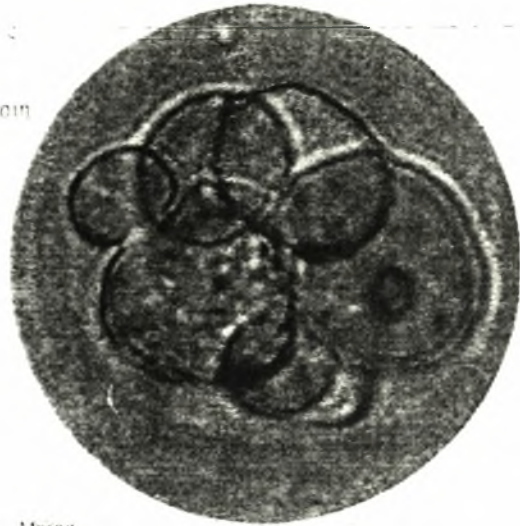


~2.2.3. Η Εμφύτευση της Βλαστοκύστης στη Μήτρα~

Αφού έγινε η ένωση του ωαρίου και του σπερματοζωαρίου η Βλαστοκύστη, το νέο μορίδιο που προέκυψε, πρέπει να οδηγηθεί στη μήτρα για να αναπτυχθεί το έμβρυο. Μόλις η βλαστοκύστη μπει στη μήτρα, διαρρηγνύεται και απορρίπτει τη διάφανη ζώνη της, το προστατευτικό περίβλημα, πριν εμφυτευτεί στο παχυμένο ενδομήτριο. Η βλαστοκύστη αποτελείται τώρα από πολλές εκατοντάδες κυττάρων και μικρά μόρια σακχάρων σχηματίζονται στην επιφάνειά τους. Αυτά παρέχουν το αναγκαίο σταθερό στήριγμα στη μήτρα καθώς «κλειδώνουν» σε παρόμοια μόρια πάνω στην επιφάνεια του ενδομητρίου. Μετά λαμβάνει χώρα μια ανταλλαγή χημικών ουσιών, που λέγονται ορμόνες, για να τροποποιήσει το ανοσοποιητικό σύστημα της γυναίκας και να το αποτρέψει από το να αποβάλλει την «ξένη» βλαστοκύστη μιας και πρόκειται για κύτταρα που περιέχουν γενετικό υλικό του πατέρα.

Η Βλαστοκύστη στη Ενδομήτριο

Βλαστοκύστη



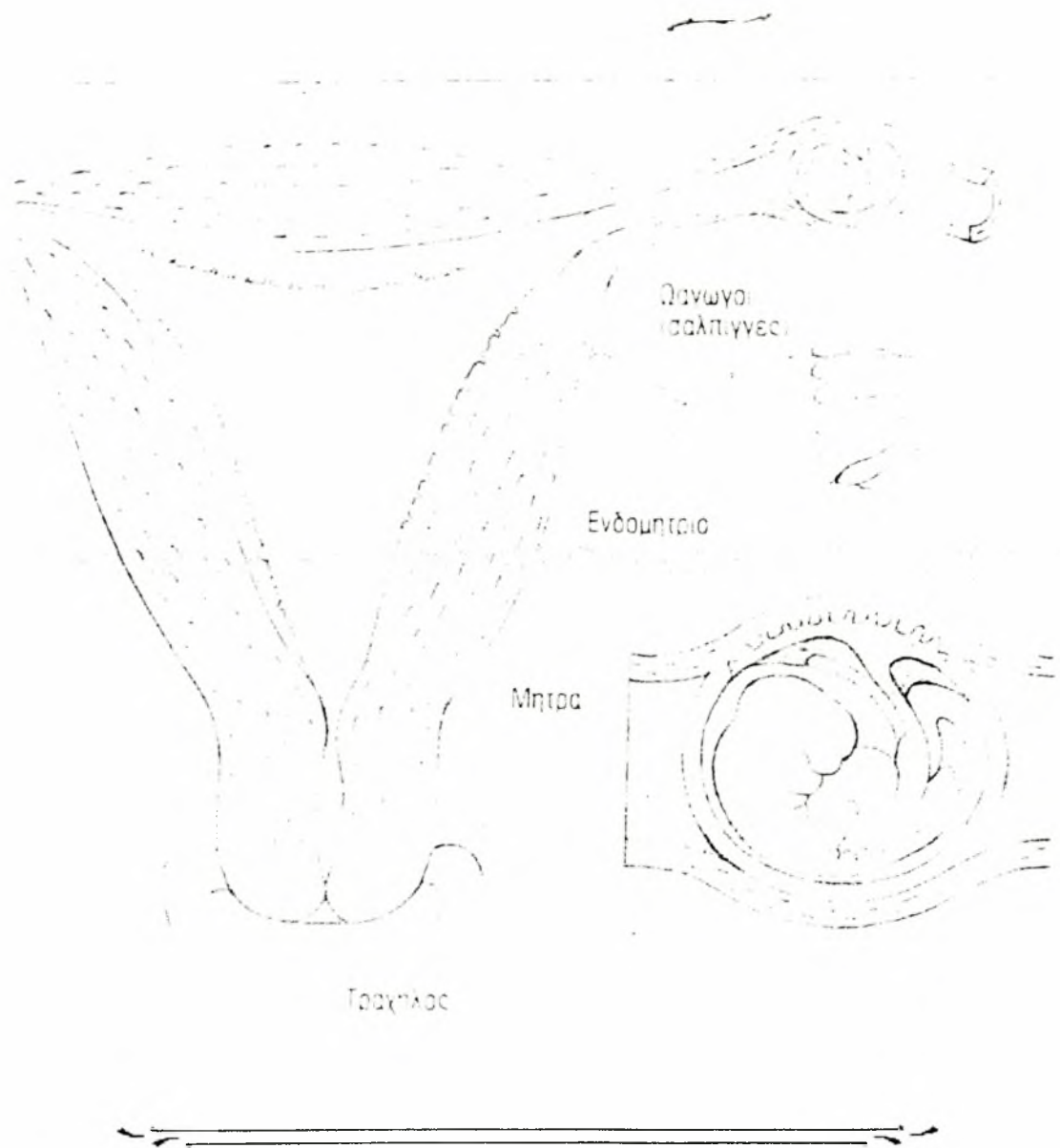
Μήτρα

Ενδομήτριο

Αρσάρι

Υπάρχουν δύο είδη κύησης, η *ενδομήτρια κύηση* που είναι και η φυσιολογική και η *εξωμήτρια κύηση*. Η *εξωμήτρια κύηση* οφείλεται σε κάποιους παράγοντες που εμποδίζουν να μεταφερθεί το βλαστοκυστίδιο στα τοιχώματα της μήτρας. Μια περίπτωση εξωμήτριας κύησης είναι η *σαλπγγική κύηση* όπου το γονιμοποιημένο ωάριο «κολλάει» στη σάλπιγγα. Εάν το ένθετο βλαστοκυστίδιο αφηθεί να αναπτυχθεί, η σάλπιγγα τελικώς θα διαρραγεί, με συνέπεια το θάνατο της εγκύου. Οι πόνοι που προκαλούνται από το αναπτυσσόμενο αυτό βλαστοκυστίδιο συνήθως προειδοποιούν για τη κατάσταση και τότε το βλαστοκυστίδιο αφαιρείται χειρουργικά. Εκτός από το σημείο της σάλπιγγας μπορεί το βλαστοκυστίδιο να προσκολληθεί στην εξωτερική επιφάνεια των εσωτερικών γεννητικών οργάνων ή σε οποιοδήποτε άλλο σημείο της πυελικής χώρας. (Stoppard, 1996).

Σαλπγγική Κύηση



~2.2.4. Κληρονομικότητα~

Κάθε νέο μωρό είναι ένα μοναδικό άτομο, διαμορφωμένο από συνδυασμένη κληρονομικότητα τόσο από τη μητέρα όσο και από το πατέρα του. Τη στιγμή της σύλληψης όταν συναντιέται το ωάριο με το σπερματοζώαριο, τα πατρικά κύτταρα ενώνονται για να σχηματίσουν ένα μόνο κύτταρο στο οποίο η γενετική δομή του μελλοντικού παιδιού είναι πια καθορισμένη.

Αυτό το γενετικό υλικό περιέχεται στον πυρήνα του καθενός από τα κύτταρα του οργανισμού μας σε μικροσκοπικές, ραβδόμορφες μορφές που ονομάζονται *χρωμοσώματα*. Όλα τα ανθρώπινα κύτταρα, εκτός από τα σπερματοζώαρια και τα ωάρια,

έχουν 23 ζευγάρια χρωμοσωμάτων – δηλαδή, συνολικά 46 χρωμοσώματα. Τα σπερματοζωάρια και τα ωάρια όμως, έχουν το καθένα από 23 μόνο χρωμοσώματα. Κάθε χρωμόσωμα αποτελείται από δεκάδες χιλιάδες μικροσκοπικές μονάδες που ονομάζονται *γονίδια* και συγκροτούνται από μια εξαιρετική ουσία, γνωστή ως DNA (δεσοξυριβονουκλεϊνικό οξύ). Το DNA έχει τη μορφή της περίφημης διπλής έλικας – δύο ελικοειδείς κλώνοι που περιστρέφονται ο ένας γύρω από τον άλλο – και το DNA των χρωμοσωμάτων περιέχει τους χημικούς τύπους για τη πλήρη διαμόρφωση όλων των κυττάρων του νέου μωρού.

Όταν ένα φυσιολογικό κύτταρο του οργανισμού διαιρείται, εκτός από ωάριο ή σπερματοζωάριο, τα χρωμοσώματά του διαιρούνται επίσης, έτσι ώστε να δημιουργηθούν δύο πανομοιότυπες σειρές. Η διαδικασία αυτή συμβαίνει στον οργανισμό εκατομμύρια φορές την ημέρα. Αυτός ο καταπληκτικός μεταβολισμός εξασφαλίζει τη μετάβαση της ίδιας σειράς γονιδίων από γενιά σε γενιά νέων κυττάρων στο ίδιο άτομο. Ο καθένας μας παραμένει το ίδιο άτομο σε όλη τη διάρκεια της ζωής του, παρόλο που τα κύτταρα του οργανισμού μας αντικαθίστανται διαρκώς. (American Medical Association & Συκάκη-Δούκα, 1995).

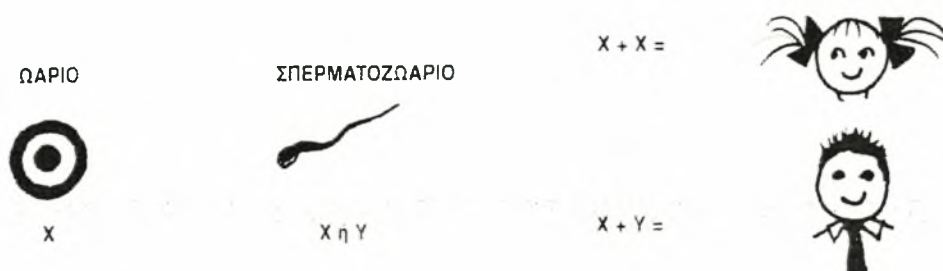
~2.2.5. Προσδιορισμός Φύλου~

Καθώς οι πυρήνες του ωαρίου και του σπερματοζωαρίου ενώνονται, τα 23 χρωμοσώματα του καθενός συνδυάζονται για να σχηματίσουν τα 23 ζευγάρια που υπάρχουν στα υπόλοιπα κύτταρα του οργανισμού. Μέσα σε μια ώρα έχουν καθοριστεί όλα τα χαρακτηριστικά ενός ανθρώπινου πλάσματος.

Έτσι και το φύλο του μωρού καθορίζεται από ένα χρωμόσωμα. Στα κύτταρα του οργανισμού κάθε γυναίκας, το καθένα από τα οποία περιέχει 23 ζευγάρια χρωμοσώματα, το ζευγάρι του φυλετικού χρωμοσώματος είναι γνωστό σαν XX ενώ στους άντρες είναι XY. Στα ωάρια και στα σπερματοζωάρια όμως, υπάρχουν συνολικά μόνο 23 χρωμοσώματα. Αυτό σημαίνει ότι, ενώ η γυναίκα θα δίνει πάντα το χρωμόσωμα X, το σπερματοζωάριο του άντρα μπορεί να περιέχει ή ένα X ή ένα Y χρωμόσωμα. Αν περιέχει X το παιδί θα έχει ζευγάρι χρωμοσωμάτων XX και θα είναι κορίτσι και αν περιέχει Y το

παιδί θα έχει ζευγάρι χρωμοσωμάτων XY και θα είναι συνεπώς αγόρι. Έτσι το χρωμόσωμα του πατέρα είναι αυτό που καθορίζει το φύλο του παιδιού. (Bryan, 1995).

Αγόρι ή Κορίτσι;



~2.3. Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ~

Η ζωή ενός μωρού αρχίζει τη στιγμή της σύλληψης, όταν το ωάριο ενώνεται με το σπερματοζωάριο για να σχηματιστεί το πρώτο κύτταρο εμβρύου. Κατά τη διάρκεια των 40 εβδομάδων της εγκυμοσύνης, η ανάπτυξη είναι μεγαλύτερη από κάθε άλλη εποχή στον κύκλο της ζωής του ανθρώπου. Ακόμα και πριν εμφανιστεί οποιοδήποτε σημάδι εγκυμοσύνης, στον οργανισμό πραγματοποιούνται ζωτικής σημασίας αλλαγές. Κατά τη διάρκεια της εμβρυονικής περιόδου, το μωρό εξελίσσεται από ένα μόνο κύτταρο σ' έναν πολύπλοκο οργανισμό, στον οποίο είναι σχηματισμένα τα άκρα, ο σκελετός και όλα τα βασικά όργανα, συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος. Κατά τη διάρκεια των υπόλοιπων 30 εβδομάδων της εγκυμοσύνης, το μωρό θα αναπτυχθεί και ο εγκέφαλος και τα άλλα όργανα του σώματός του θα ωριμάσουν για να είναι έτοιμα για τη μεγάλη στιγμή της γέννησης.

~2.3.1. Η Βλαστική Περίοδος~

Πρώτος μήνας

Εβδομάδα 2η: Αφού πραγματοποιηθεί η γονιμοποίηση (όπως αναφέρεται στο κεφάλαιο της σύλληψης) το μορίδιο φτάνει στη μήτρα μετά από τέσσερις μέρες περίπου και έπειτα γίνεται πάνω στο μορίδιο ένα κοίλο γεμάτο με υγρό το οποίο πλέον είναι η βλαστοκύστη ή αλλιώς βλαστίδιο. Για τις επόμενες δύο με τρεις

ημέρες - το βλαστίδιο κολυμπά και αυξάνεται συνεχώς στο θρεπτικό υγρό της μήτρας.

Εβδομάδα 3η: Επτά περίπου μέρες μετά τη σύλληψη, το βλαστίδιο χάνει την εξωτερική του μεμβράνη και είναι έτοιμο να έρθει σε επαφή με τη μήτρα. Τώρα πια έχει αυξηθεί σε 150 περίπου κύτταρα, τα οποία διαφοροποιούνται και τακτοποιούνται σε δύο τμήματα: τα εσωτερικά κύτταρα θα σχηματίσουν το μωρό και τα εξωτερικά κύτταρα τον πλακούντα και τον αμνιακό σάκο. Η βλαστοκύστη στέκεται στο σπογγώδες ενδομήτριο, οι εκκρίσεις του οποίου παρέχουν θρεπτικά συστατικά και οξυγόνο και τα κύτταρα του πλακούντα παράγουν μικροσκοπικές ριζομορφες προβολές που ονομάζονται λάχνες. Αυτές διεισδύουν στο ενδομήτριο και εισβάλλουν στα αιμοφόρα αγγεία της μήτρας για να φτάσουν στην κυκλοφορία του αίματος απ' όπου αντλούν τροφή για το αναπτυσσόμενο έμβρυο. Η εξωτερική επιφάνεια των λαχνών κατακλύζεται από μητρικό αίμα το οποίο φέρει μόρια οξυγόνου, πρωτεϊνών, σακχάρων, μεταλλικών στοιχείων, βιταμινών και άλλων ουσιών. Οι λάχνες απορροφούν τις ουσίες αυτές σαν ρίζες φυτού και τα μόρια περνούν από τα λεπτά τους τοιχώματα στην κυκλοφορία του αίματος του εμβρύου. Οι λάχνες ωριμάζουν για να σχηματίσουν σε μεταγενέστερο στάδιο της εγκυμοσύνης τον πλακούντα μέσω του οποίου το έμβρυο παίρνει όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται ως την έξοδό του στο κόσμο.

Εβδομάδα 4η: Η βλαστική κύστη έχει εμφυτευτεί πλέον τέλεια στο τοίχωμα της μήτρας, στο ενδομήτριο, και αυξάνεται με μεγάλη ταχύτητα. Διαμορφώνεται τώρα ένα μικροσκοπικό έμβρυο το οποίο έχει ολοκληρώσει το πιο επικίνδυνο ταξίδι όλης της ζωής. Σ' αυτό το στάδιο η γυναίκα αρχίζει και καταλαβαίνει την εγκυμοσύνη της και παρατηρεί αλλαγές και στο σώμα αλλά και στη συμπεριφορά της. Το στήθος της είναι φουσκωμένο και ευαίσθητο, έχει πεσμένη ενεργητικότητα, δηλώνει πολλές φορές απέχθεια για κάποιες τροφές, ενώ παράλληλα εκφράζει τη προτίμησή της για κάποιες άλλες και γενικά έχει αυξημένη συναισθηματική ευαισθησία. Σε μερικές γυναίκες αρχίζουν αυτή περίπου την εποχή ναυτίες και μερικές φορές και τάσεις εμετού.

Δεύτερος μήνας

Εβδομάδα 5η: Στο τέλος της πέμπτης εβδομάδας το έμβρυο έχει ύψος 2mm και αρχίζει να διαμορφώνεται. Ο σωρός των

εσωτερικών κυττάρων σχηματίζει ένα πεπλατυσμένο δίσκο που αποτελείται από τρία στρώματα. Από το εξωτερικό στρώμα δημιουργούνται το δέρμα, το νευρικό σύστημα, τα αυτιά και τα μάτια. Από το μεσαίο στρώμα δημιουργούνται οι μυς, ο σκελετός, η καρδιά, τα νεφρά και τα γεννητικά όργανα και από το εσωτερικό στρώμα δημιουργούνται η εντερική οδός και το πεπτικό σύστημα, οι πνεύμονες και η ουροδόχος κύστη. Στο στάδιο αυτό το έμβρυο έχει ήδη την απαρχή ενός νευρικού συστήματος, η καρδιά αρχίζει να χτυπάει και τα αιμοφόρα αγγεία της συνδέουν με το πλακούντα μέσω του ομφάλιου λώρου.

Εβδομάδες 6η-8η: Η πεπλατυσμένη εσωτερική μάζα κυττάρων εξαπλώνεται γρήγορα και αρχίζει να κάμπτεται και να συστρέφεται. Το κεφάλι και η ουρά στρέφονται το ένα προς το άλλο γιατί η πλάτη είναι κεκαμμένη, το έμβρυο περνάει διάφορες φάσεις που αποτελούν τα στάδια της εξέλιξής του. Στην αρχή μοιάζει με γυρίνο, μετά περνάει από ένα στάδιο που μοιάζει με ψάρι για να γίνει πρωτόγονο θηλαστικό και τελικά μικροσκοπικό ανθρώπινο πλάσμα. Εμφανίζονται υποτυπώδη μάτια, αυτιά και στόμα, καθώς και αρχές άκρων. Στις 8 εβδομάδες το έμβρυο έχει ύψος 13mm και περιβάλλεται από τις μεμβράνες που περιέχουν ήδη αμνιακό υγρό. Τώρα είναι 10.000 φορές μεγαλύτερο από το γονιμοποιημένο κύτταρο από το οποίο ξεκίνησε πριν από 42 μέρες.

Η Ανάπτυξη του Εμβρύου



Οι επιπλέον αυτές απαιτήσεις είναι λογικό να επιβαρύνουν το κυκλοφορικό σύστημα της μέλλουσας μητέρας. Της

προκαλείται λαχάνιασμα, αυξημένη ροή από τα νεφρά και συχνουρία. Ακόμα οι ορμόνες του πλακούντα επιδρούν στο πεπτικό σύστημα και της προκαλούν ναυτίες και δυσκοιλιότητα. Η μείωση της ενεργητικότητας είναι εμφανής.

Τρίτος μήνας

Εβδομάδες 9η-10η: Στο πρόσωπο του εμβρύου σχηματίζονται πιο ευδιάκριτα χαρακτηριστικά, ο κορμός του επιμηκύνεται και ισιώνει και η εμβρυονική ουρά κονταίνει και εξαφανίζεται στο τέλος της δέκατης εβδομάδας. Τότε ολοκληρώνεται και η εμβρυονική περίοδος. Τα ανθρώπινα χαρακτηριστικά του μωρού είναι τώρα εμφανή, διακρίνονται τα δάχτυλα των χεριών και των ποδιών του και τα νεφρά του παράγουν ούρα. Στις δέκα εβδομάδες έχει ύψος 2,5cm και ζυγίζει 8gm.


ΒΙΟΨΙΑ ΧΩΡΙΟΥ: Γύρω στην 9^η εβδομάδα λαμβάνονται κύτταρα από τον πλακούντα με την εισαγωγή μιας λεπτής βελόνας μέσα από το τράχηλο. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται σαν εναλλακτική προς την αμνιοκέντηση που γίνεται στη 16^η εβδομάδα. Δίνει αποτελέσματα σε πιο πρώιμο στάδιο, αλλά η ασφάλειά της δεν έχει ακόμα επιβεβαιωθεί.

Εβδομάδες 11η-14η: Καθώς αρχίζει η εμβρυϊκή περίοδος, η ανάπτυξη είναι ταχεία και ο πλακούντας σχηματίζει ένα πλούσιο δίκτυο αιμοφόρων αγγείων, που καλύπτουν την ολοένα αυξανόμενη ανάγκη για τροφή. Το κεφάλι είναι το μεγαλύτερο μέρος του σώματος και η ανάπτυξη πραγματοποιείται από το κεφάλι προς τα κάτω. Παρόλο που τα όργανα έχουν σχηματιστεί, το έμβρυο δεν μπορεί να ζήσει έξω από τη μήτρα παρά μόνο όταν ωριμάσει, δηλαδή μετά την ολοκλήρωση μιας διαδικασίας που συνεχίζεται κατά την υπόλοιπη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στο τέλος του τρίτου μήνα έχει διαμορφωθεί μια εικόνα του μωρού με ένα μεγάλο μέτωπο, μικροσκοπική, κοντή και γυριστή μύτη και μικρό σαγόκι. Καθώς ωριμάζουν οι μυς και το νευρικό σύστημα, οι κινήσεις γίνονται πιο δραστήριες και πιο συντονισμένες. Τα χείλη κινούνται, το μέτωπο ζαρώνει και το κεφάλι γυρίζει. Όλες αυτές οι κινήσεις αποτελούν μέρος του αντανάκλαστικού του πιπιλίσματος. Υπάρχουν επίσης και τα αντανάκλαστικά της κατάποσης και της αναπνοής. Ο πλακούντας που αρχικά περιέβαλλε ολοκληρωτικά το έμβρυο και τον αμνιακό σάκο, καταλαμβάνει τώρα μια περιοχή της μήτρας, ενώ η υπόλοιπη κοιλότητα καλύπτεται από τις μεμβράνες του αμνιακού σάκου. Το μωρό έχει ύψος 12cm και βάρος 10gm.

Η μήτρα έχει αρχίσει να βγαίνει από την πυελική κοιλότητα και να εξαπλώνεται στη κοιλιά, όπου είναι δυνατόν να ψηλαφηθεί πάνω από το ηβικό οστό. Οι ναυτίες, οι εμετοί και κόπωση ελαττώνονται αλλά η προτίμηση σε κάποιες τροφές συνεχίζεται.

~Το πρώτο τρίμηνο~

- Ο μεταβολισμός παρουσιάζει ποσοστό αύξησης 10-25% για να μπορέσουν να επιταχυνθούν όλες οι λειτουργίες του οργανισμού.
- Ο καρδιακός ρυθμός και οι σφυγμοί επιταχύνονται και ο ρυθμός αναπνοής αυξάνεται καθώς στέλνονται στο έμβρυο περισσότερο οξυγόνο και αποβάλλεται μεγαλύτερη ποσότητα διοξειδίου του άνθρακα.
- Οι μυϊκές ίνες της μήτρας παχύνουν και αναπτύσσονται γρήγορα και η διογκωμένη μήτρα πιέζει την ουροδόχο κύστη αυξάνοντας την συχνότητα ούρησης.
- Το μέγεθος και το βάρος του στήθους αυξάνονται πολύ γρήγορα.
- Το στήθος αποκτά μεγάλη ευαισθησία, συχνά από της πρώτες κιόλας εβδομάδες της εγκυμοσύνης.
- Αναπτύσσονται νέοι γαλακτικοί πόροι.
- Η περιοχή της θηλής γίνεται πιο σκουρόχρωμη, οι αδένες αυτής της περιοχής, που αποκαλούνται φυμάτια Montgomery, αυξάνουν σε αριθμό και γίνονται πιο ευδιάκριτοι.
- Καθώς η παροχή αίματος στο στήθος αυξάνει, οι φλέβες του στήθους διακρίνονται ευκολότερα.



Η μητέρα αυξάνεται, αλλά
εξακολουθεί να βρίσκεται
μέσα στην πυελική
λεκανή

Οι πρώτες εβδομάδες

Οι μήκες της μητέρας της γυναίκας
επικρίνονται παχύνονται από την αρχή της
εγκυμοσύνης αυξάνοντας το μέγεθος της
μήτρας. Ωστόσο, η εγκυμοσύνη δύσκολα
διακρίνεται κατά τους πρώτους μήνες

~2.3.2. Η δεύτερη εμβρυϊκή περίοδος~

Τέταρτος μήνας

Εβδομάδες 15η-18η: Το μωρό συνεχίζει να αναπτύσσεται γρήγορα και να κολυμπά στο αμνιακό υγρό, το οποίο στις 16 εβδομάδες είναι 180ml. Αναπτύσσονται τα νύχια των δακτύλων, ενώ τα μάτια, τα αυτιά και η μύτη είναι πλήρως διαμορφωμένα και ο σκελετός σκληραίνει. Τα αναπαραγωγικά όργανα συνεχίζουν να

αναπτύσσονται και το πέος ή ο κόλπος αναγνωρίζονται πλέον εύκολα. Το φάσμα των κινήσεων που μπορεί να κάνει το μωρό γίνεται πιο πολύπλοκο: είναι σε θέση να πιάσει το λώρο, να πιπιλήσει τα δάκτυλά του και να κάνει διάφορους μορφασμούς το πρόσωπό του. Το αντανακλαστικό της αναπνοής έχει ενεργοποιηθεί, δηλαδή από εδώ και πέρα το μωρό θα εισπνέει και θα εκπνέει αμνιακό υγρό. Οι μικροσκοπικές κυψελίδες των πνευμόνων δεν διαστέλλονται και το μωρό παίρνει οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά από την κυκλοφορία του αίματος της μητέρας μέσω του πλακούντα. Το μωρό δοκιμάζει επίσης και τις λειτουργίες πέψης και της απέκκρισης καταπίνοντας αμνιακό υγρό και ουρώντας το από την ουροδόχο κύστη του. Στη γλώσσα του υπάρχουν απολήξεις αισθητήριων της γεύσης. Στις 18 εβδομάδες το μωρό έχει ύψος 19cm και ζυγίζει 170gm περίπου.

Στο μέσο της εγκυμοσύνης που είναι μεταξύ τετάρτου και έκτου μήνα η γυναίκα αρχίζει και συνηθίζει την κατάστασή της. Η υπερβολική κόπωση μειώνεται και η ενεργητικότητά της επανέρχεται. Σ' αυτή τη περίοδο η γυναίκα είναι σε πολύ καλή κατάσταση και εξωτερικά και εσωτερικά.

ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ: Κατά τη γυναικολογική εξέταση πρέπει να ελεγχθεί ο τράχηλος της μητέρας. Σε μια φυσιολογική εγκυμοσύνη ο τράχηλος ανοίγει μόνο όταν αρχίσει ο τοκετός. Εάν ο φυσιολογικά σφιχτός κλειστός τράχηλος αρχίσει να διανοίγεται πριν το τοκετό, επιτρέπει στον αμνιακό σάκο και τα περιεχόμενά του να εισχωρήσουν στο κόλπο με αποτέλεσμα την αποβολή. Για να αποφευχθεί αυτό συνίσταται περίδεση του τραχήλου κατά τη 16^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

ΑΜΝΙΟΚΕΝΤΗΣΗ: Μερικές φορές κρίνεται απαραίτητο να γίνει μια ειδική εξέταση σ' αυτή τη περίοδο. Γίνεται συνήθως σε γυναίκες άνω των 35 ετών ή σε εκείνες που άλλες ενδεδειγμένες εξετάσεις έδωσαν αποτελέσματα έξω από τα φυσιολογικά αποδεκτά. Επειδή υπάρχει 1% πιθανότητα να προκαλέσει η ίδια η εξέταση αποβολή, γίνεται μόνο όταν πιθανολογείται σημαντικός κίνδυνος ανωμαλίας. Στην εξέταση αυτή λαμβάνεται ένα δείγμα αμνιακού υγρού από τη μήτρα με εισαγωγή μιας λεπτής βελόνας μέσα από το κοιλιακό τοίχωμα της μητέρας. Γίνεται καλλιέργεια των κυττάρων που υπάρχουν στο υγρό, για να αποκλειστεί η πιθανότητα παρουσίας ορισμένων συγγενών ανωμαλιών. Η εξέταση πραγματοποιείται κυρίως για την ανίχνευση του συνδρόμου Down, αλλά και αν υπάρχει

οικογενειακό ιστορικό ορισμένων συγγενών ανωμαλιών. Η εξέταση πραγματοποιείται γύρω στη 16^η εβδομάδα εγκυμοσύνης.

Με τη χρήση μιας λεπτής βελόνας που εισάγεται από την κοιλιά μιας εγκύου γυναίκας, ο γιατρός αφαιρεί αμνιακό υγρό από το άμνιο που περιβάλλει το έμβρυο. Με τη βοήθεια του υπερηχογραφήματος ο γιατρός μπορεί να δει τη θέση της βελόνας σε σχέση με το έμβρυο.

Εκτέλεση Αμνιοκέντησης



ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΛΦΑ - ΕΜΒΡΥΟΠΡΩΤΕΙΝΗΣ: Είναι πρωτεΐνη που κυκλοφορεί στο αίμα του μωρού πριν από τη γέννα και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μικρές ποσότητες τις ξεφεύγουν από την εμβρυϊκή κυκλοφορία στην κυκλοφορία της μητέρας. Η AFP μετριέται ανάμεσα στη 16^η και τη 18^η εβδομάδα, γιατί τα ανεβασμένα επίπεδά της μπορεί να σημαίνουν ανώμαλη ανάπτυξη του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού όπως για παράδειγμα ανεγκεφαλία (δυσπλασία του κρανίου) ή δισχιδή ράχη (δυσπλασία της σπονδυλικής στήλης). Αν υπάρχει υψηλότερο επίπεδο από το φυσιολογικό, είναι απαραίτητο ένα υπερηχογράφημα για να αποκλειστούν πιθανές αιτίες όπως

δίδυμα, κίνδυνος αποβολής, ανακριβής υπολογισμός της αναμενόμενης ημερομηνίας του τοκετού ή προβληματική ανάπτυξη του κοιλιακού τοιχώματος ή της εντερικής οδού του μωρού. Η εξέταση γίνεται με δείγμα αίματος της μητέρας.

Πέμπτος μήνας

Εβδομάδες 19η-22η: Κάποια στιγμή ανάμεσα στη 18^η εβδομάδα και την 20^η εβδομάδα η μητέρα αρχίζει και νοιώθει τις πρώτες σαφείς κινήσεις του μωρού της. Το δέρμα το μωρού είναι τώρα καλυμμένο με εμβρυϊκό σμήγμα. Λεπτή χνουδωτή τριχοφυΐα καλύπτει το σώμα του και αποβάλλεται καφέ λίπος, που αποτελεί πηγή ενέργειας. Η ακοή του είναι οξεία, αλλά τα βλέφαρά του εξακολουθούν να είναι ερμητικά κλεισμένα. Το μωρό έχει ύψος 25,5cm και ζυγίζει 340gm περίπου.

Οι περισσότερες γυναίκες τον απολαμβάνουν αυτόν το μήνα. Τα όνειρά τους είναι συχνά πιο ζωντανά από άλλες φορές και η αυξημένη συναισθηματική ευαισθησία είναι δυνατό να φέρει απροσδόκητα συναισθήματα στην επιφάνεια. Πιθανό είναι επίσης σ' αυτή τη περίοδο να παρουσιαστούν πόνοι στη μέση και στη πλάτη.

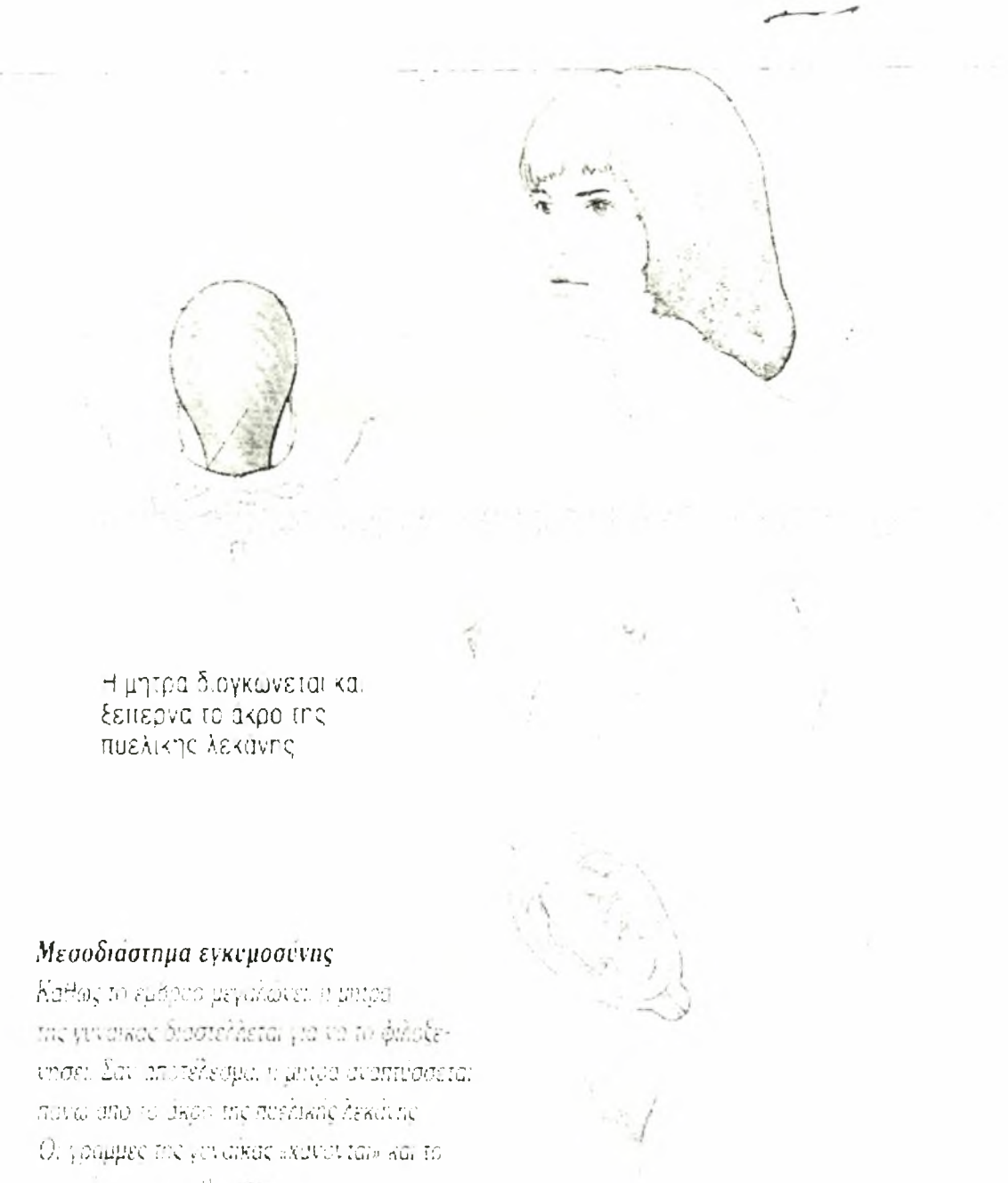
Έκτος μήνας

Εβδομάδες 23η-26η: Οι μυς και τα όργανα του μωρού αναπτύσσονται γρήγορα και τα κύτταρα στο φλοιό του εγκεφάλου του που έχουν σχέση με τη συνειδητή σκέψη αρχίζουν από εδώ και πέρα να ωριμάζουν. Ο κύκλος της εγρήγορσης και του ύπνου είναι πλέον σταθεροποιημένος και κυριαρχεί ο ύπνος των ονείρων. Υπάρχουν νύχια στα δάκτυλα των χεριών και των ποδιών και οι αντανακλαστικές κινήσεις αυξάνονται. Ένα μωρό που γεννιέται πρόωρα, μετά την 26^η εβδομάδα μπορεί να επιζήσει. Έχει ύψος γύρω στα 33cm και ζυγίζει 500gm.

Στον έκτο μήνα η μέλλουσα μητέρα νοιώθει ενθουσιασμένη ενώ ταυτόχρονα αισθάνεται περισσότερη πίεση από το μέγεθος και το βάρος της μήτρας που μεγαλώνουν. Ακόμη, αυξάνεται η πιθανότητα να πιέζει το μωρό την ουροδόχο κύστη και να της προκαλεί συχνουρία. Από αυτό το στάδιο και έπειτα είναι πολύ σημαντική η ανάπαυση, η άσκηση σε συνδυασμό με σωστή διατροφή.

~Το δεύτερο τρίμηνο~

- Το μυϊκό σύστημα της εντερικής οδού χαλαρώνει με αποτέλεσμα να ελαττώνονται οι γαστρικές εκκρίσεις και να παραμένουν περισσότερο χρόνο οι τροφές στο στομάχι.
- Μειώνονται οι κινήσεις των εντέρων γιατί οι μύες είναι περισσότερο από το σύνηθες χαλαροί.
- Μπορεί να παρουσιαστούν φαγούρα και ερεθισμός στο στήθος.
- Το χρώμα της επιδερμίδας γίνεται σκουρότερο, ειδικότερα σε περιοχές ήδη υπερχρωματισμένες, τέτοιες όπως οι φακίδες, οι κρεατοελιές και οι θηλές.
- Η μέλανα γραμμή (μια σκούρα γραμμή που διατρέχει το υπογάστριο στο κέντρο του), μπορεί να κάνει την εμφάνισή της.
- Τα ούλα μπορεί να παρουσιάσουν ελαφρώς σπογγώδη υφή, σαν αποτέλεσμα της αυξημένης δράσης των ορμονών κατά την εγκυμοσύνη.
- Οισοφαγική αναρρόφηση (εξέμεση του περιεχομένου του στομάχου στον οισοφάγο), μπορεί να προκαλέσει καούρες εξαιτίας της χαλάρωσης του σφικτήρα στο άνω μέρος του στομάχου.
- Η καρδιά εργάζεται εντονότερα μέχρι και το διπλάσιο από τη καρδιά μιας γυναίκας που δεν είναι έγκυος και παρέχει στην κυκλοφορία 6 λίτρα αίματος το λεπτό.
- Η μήτρα απαιτεί 50% περισσότερη αιμάτωση από τη συνήθη.
- Τα νεφρά απαιτούν 25% περισσότερη αιμάτωση από τη συνήθη.



Η μητρα διογκώνεται και
έξοιχεύει το άκρο της
πυελικής λεκάνης

Μεσοδιάστημα εγκυμοσύνης

Καθώς το έμβρυο μεγαλώνει η μητρα
της γυναίκας διαστέλλεται για να το φιλοξε-
νησει. Σαν αποτέλεσμα η μητρα αναπτύσσεται
πάνω από το άκρο της πυελικής λεκάνης.
Οι γραμμές της γυναίκας «κονοίται» και το
στομάχι της μεγαλώνεται.

~2.3.3. Η Τρίτη εμβρυϊκή περίοδος~

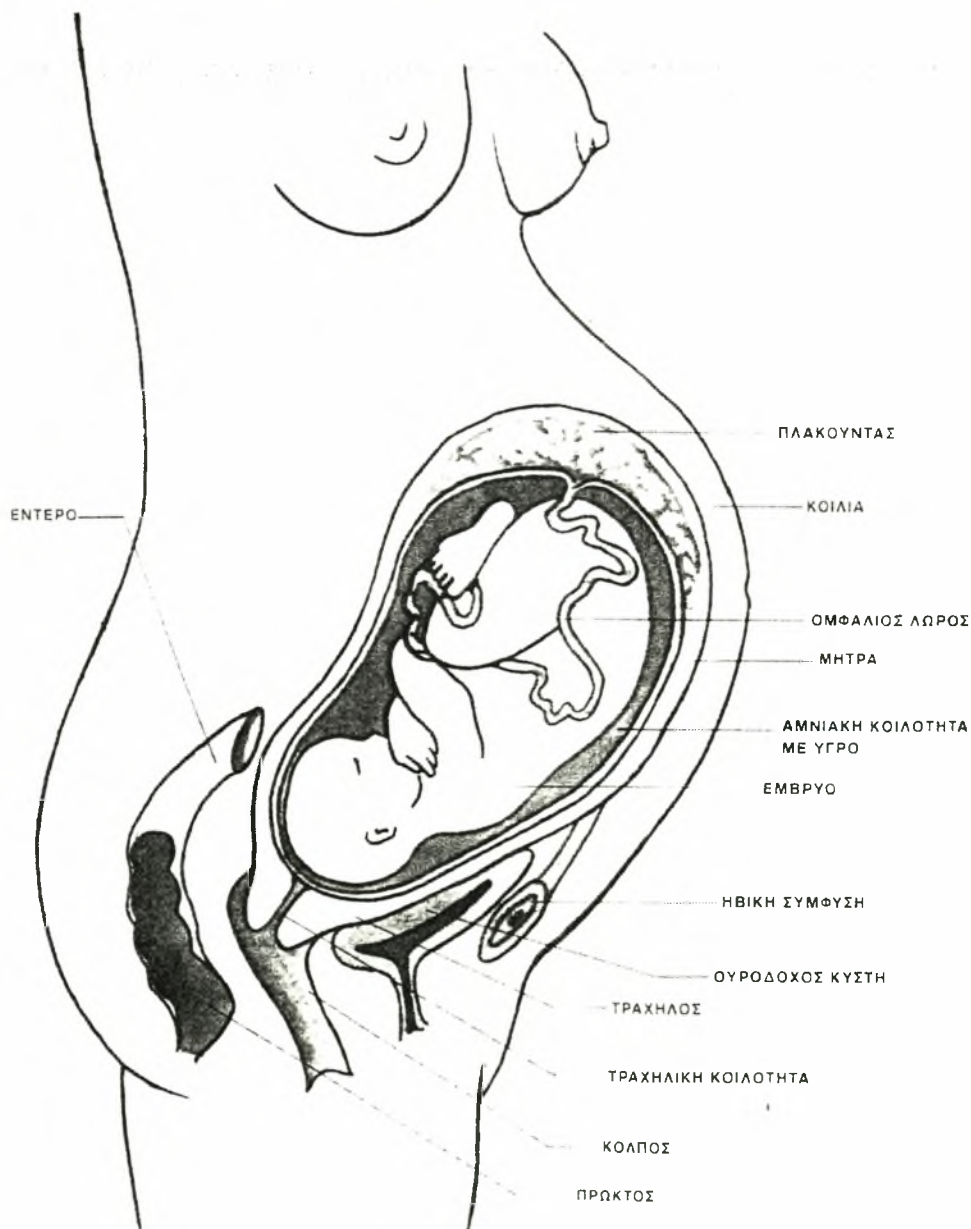
Έβδομος μήνας

Εβδομάδες 27η-31η: Τα βλέφαρα του μωρού ανοίγουν και εμφανίζονται βλεφαρίδες. Οι ρυθμοί της κίνησης, της αναπνοής και της κατάποσης έχουν εδραιωθεί και έχει αναπτυχθεί η ικανότητα προσανατολισμού του σώματος στο χώρο. Ο αμνιακός σάκος περιέχει ως 750ml υγρού, το οποίο δίνει στο μωρό τη δυνατότητα να κινείται ελεύθερα. Στις 28 περίπου εβδομάδες το

μωρό έχει ύψος 38cm και ζυγίζει γύρω στα 900gm και μέχρι την 32^η εβδομάδα έχει μήκος 42cm και βάρος 1.800gm.

Αυτή είναι η αρχή των τελευταίων τριών μηνών της εγκυμοσύνης και η μήτρα βρίσκεται στη μέση της απόστασης ανάμεσα στον αφαλό και τα πλευρά. Σ' αυτό το σημείο είναι αισθητές στη μητέρα άπειρες κινήσεις του μωρού.

ΕΜΒΡΥΟ ΕΠΤΑ ΜΗΝΩΝ



Όγδοος μήνας

Εβδομάδες 32η-36η: Τα νύχια φτάνουν τώρα στην άκρη των δαχτύλων. Στα αγόρια οι όρχεις αρχίζουν να κατεβαίνουν στο όσχεο. Το ενδοκρινικό σύστημα λειτουργεί εντατικά προετοιμαζόμενο για τη γέννα και οι πνεύμονες εκκρίνουν ένα σαπωνώδες υγρό που τους κρατάει ανοιχτούς και έτοιμους για αναπνοή. Κάτω από το δέρμα εναποτίθεται λίπος για να παρέχει ενέργεια και να βοηθήσει τη θερμορύθμιση μετά τη γέννα. Το βάρος αυξάνεται κατά 200gm περίπου την εβδομάδα και τα περισσότερα μωρά παίρνουν πλέον θέση με το κεφάλι προς τα κάτω. Το μωρό ανταποκρίνεται στη διάθεση και τα συναισθήματα της μητέρας μέσω των ορμονών που ελευθερώνονται στον οργανισμό της και περνούν και σ' αυτό από το πλακούντα. Τα περισσότερα μωρά που γεννιούνται σ' αυτό το στάδιο επιζούν.

Η μήτρα καλύπτει σχεδόν τη πυελική κοιλότητα και φτάνει κάτω από τα πλευρά. Οι προκαταρτικές συσπάσεις, που η μήτρα σκληραίνει και μετά χαλαρώνει, γίνονται εντονότερες και ολοένα και πιο αντιληπτές στην μητέρα. Μεγάλη πίεση ασκεί το βάρος της μήτρας στο στομάχι με αποτέλεσμα να προκαλεί καούρες. Η πύελος διαστέλλεται και παρατηρούνται κάποιες ενοχλήσεις στις αρθρώσεις, στο πίσω μέρος της πυέλου, ή στην ηβική σύμφυση.

Ένατος μήνας

Εβδομάδες 37η-40η: Το μωρό είναι τώρα μεγαλύτερο και δεν γυρίζει τόσο συχνά. Το σώμα του έχει γίνει πιο παχουλό, η δραστηριότητα του εγκεφάλου του οργανώνεται προοδευτικά και έχει πια αποκτήσει συνειδητότητα. Οι κινήσεις των ματιών του είναι καλά συντονισμένες και η όρασή του βελτιώνεται. Τις τελευταίες δύο εβδομάδες οι κινήσεις του μπορεί να ελαττωθούν, ο ρυθμός ανάπτυξής του περιορίζεται σε 100gm τη βδομάδα και ο πλακούντας σταματάει να μεγαλώνει αλλά συνεχίζει να λειτουργεί. Το μωρό έχει συνηθίσει να αγκαλιάζεται από τη μητέρα που συσπάται. Ο θώρακας του προβάλλει, έχει εναποτεθεί στο σώμα το περισσότερο λίπος και τα άκρα του είναι δυνατά. Τα 80% περίπου των μωρών γεννιούνται σε πλαίσια δέκα ημερών πριν και μετά από την 280^η ημέρα. Το μέσο τελειόμηνο μωρό έχει ύψος 55cm περίπου και βάρος 3.300gm.

Οι σύνδεσμοι της πυέλου αποκτούν τη μέγιστη δυνατή ευλυγισία, επιτρέποντας στη πυελική και ιερολαγόνιο άρθρωση να τεντώνονται. Η μήτρα νοιώθει την ενέργειά της να κεντράρεται στο σώμα και το μωρό, ενώ έχει ανάγκη από ησυχία. Η μήτρα φτάνει ως τα πλευρά, ώσπου το κεφάλι παίρνει θέση στη λεκάνη και συνεχίζει να συσπάται ασταμάτητα. Ο τράχηλος ωριμάζει, μαλακώνει και λεπταίνει και βλεννώδες βύσμα που έχει αποκλείσει τη μήτρα θα απομακρυνθεί, με αποτέλεσμα να εμφανιστούν λίγα υγρά χρωματισμένα με αίμα. Οι μεμβράνες του αμνιακού σάκου μπορεί να σπάσουν πριν από την έναρξη του τοκετού. Καθώς πλησιάζει η γέννα η δραστηριότητα της μήτρας αυξάνει ώσπου να καταλήξουν οι προκαταρτικές συσπάσεις σε πραγματικό τοκετό. Το στήθος μπορεί να παράγει κολόστρο.

~Το τρίτο τρίμηνο~

- Ο ρυθμός αναπνοής αυξάνεται κατά 40% από το φυσιολογικό ποσό των 7 λίτρων αέρα το λεπτό που αναπνέει μια γυναίκα που δεν είναι έγκυος σε 10 λίτρα το λεπτό, ενώ η κατανάλωση οξυγόνου αυξάνεται μόνο κατά 20%. Η αυξημένη ευαισθησία του αναπνευστικού κέντρου στα υψηλά ποσοστά διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα μπορεί να οδηγήσει σε δύσπνοιες.
- Καθώς το έμβρυο γίνεται όλο και μεγαλύτερο και η κοιλιακή χώρα της γυναίκας μεγαλώνει σε μέγεθος, τα κατώτερα πλευρά της εκτείνονται προς τα έξω.
- Οι σύνδεσμοι περιλαμβανομένων κι εκείνων της πυελικής λεκάνης και των γοφών, τεντώνονται (πράγμα που κάνει το βάδισμα κουραστικό).
- Πρησμένα και φουσκωμένα χέρια και πόδια δημιουργούν ενοχλήσεις και μπορεί να είναι σημάδια προεκλαμψίας.
- Μπορεί να εμφανιστούν πόνοι χαμηλά πίσω στη πλάτη, προκαλούμενοι από τη μετατόπιση του κέντρου βάρους του σώματος και την ελαφρά χαλαρότητα των αρθρώσεων (εξαιτίας της επιμήκυνσης των συνδέσμων).
- Οι θηλές πιθανόν να εκκρίνουν κολόστρο (ένα αραιό υποκατάστατο του γάλακτος).
- Αυξάνει η συχνότητα ούρησης.
- Αυξάνει η ανάγκη για ξεκούραση και ύπνο.



Η μητέρα καταλαμβάνει την κοιλιακή λεκάνη κατά το τέλος του τρίτου τριμήνου, εκτεπίζοντας το πεπτικό σύστημα της γυναίκας και ασκώντας πιέσεις στο στομάχι και την υδροδοχό κύστη της.



Οι τελευταίοι μήνες

Το έμβρυο έχει αναπτυχθεί πλήρως κατά το τέλος του τρίτου τριμήνου. Κατά τη διάρκεια αυτού του τριμήνου, το έμβρυο αρχίζει να πιάνει τη σωστή του θέση και καθίσταται βαθύτατα στην πυέλική λεκάνη της γυναίκας.

~2.3.4. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΩΝ 9 ΜΗΝΩΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ~

1 μηνός

Μήκος: 4 χιλιοστά

Βάρος: λιγότερο από 1 γραμμάριο

6 μηνών

Μήκος: 25 εκατοστά

Βάρος: 1 κιλό

2 μηνών

Μήκος: 2,5 εκατοστά

Βάρος: 3 γραμμάρια

7 μηνών

Μήκος: 27,5 εκατοστά

Βάρος: 1,5 κιλό

3 μηνών

Μήκος: 9 εκατοστά

Βάρος: 48 γραμμάρια

8 μηνών

Μήκος: 30 εκατοστά

Βάρος: 2,5 κιλά

4 μηνών

Μήκος: 13,5 εκατοστά

Βάρος: 180 γραμμάρια

9 μηνών

Μήκος: 35-37,5 εκατοστά

Βάρος: 3-4 κιλά

5 μηνών

Μήκος: 18,5 εκατοστά

Βάρος: 0,5 κιλό

~2.3.5. Το Υπερηχογράφημα~

Το υπερηχογράφημα είναι μια μέθοδος παρατήρησης του μωρού μέσα στη μήτρα με καθοδήγηση ηχητικών κυμάτων υψηλής συχνότητας μέσω των κοιλιακών της τοιχωμάτων και του αμνιακού υγρού. Τα αποτελέσματα παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για την ανάπτυξη του εμβρύου. Αφού επαλειφθεί η κοιλιά της γυναίκας με λάδι ή ζελέ για να δημιουργηθεί ένα αεροστεγές φράγμα, η συσκευή σάρωσης μετακινείται αργά πάνω στη κοιλιά. Τα ηχητικά κύματα αντανακλώνται, όπως γίνεται με τα ραντάρ, και λαμβάνονται από ένα αισθητήριο στο κοιλιακό τοίχωμα, το οποίο τα μετατρέπει σε ηλεκτρικά σήματα. Τα ηλεκτρικά αυτά σήματα παράγουν σε μια οθόνη τηλεόρασης εικόνα την οποία μπορεί να δει ταυτόχρονα και η μητέρα και ο γιατρός που χειρίζεται τη συσκευή.

Μέχρι σήμερα, η πολύπλοκη αυτή νέα τεχνολογική μέθοδος μοιάζει να είναι ασφαλής και για τη μητέρα και για το παιδί, αν και η μακροπρόθεσμη ασφάλειά της δεν θα γίνει γνωστή παρά μετά από μερικές δεκαετίες. Το υπερηχογράφημα μπορεί να γίνεται σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο γιατρός είναι αυτός που συνήθως επιλέγει τη χρονική στιγμή που πρέπει να πραγματοποιηθεί. Συνήθως μια έγκυος κάνει υπερηχογράφημα σε κάθε μήνα της εγκυμοσύνης, δηλαδή σύνολο υπερηχογραφημάτων 9. Στο πρώτο υπερηχογράφημα που γίνεται στην αρχή της εγκυμοσύνης, θα πρέπει η μητέρα να έχει καταναλώσει πολύ νερό ώστε να μπορεί να διαχωριστεί στον υπέρηχο η μήτρα από την ουροδόχο κύστη. Έπειτα το υπερηχογράφημα με άλλες διαγνωστικές εξετάσεις χρησιμοποιείται για να διαγνώσει κάποιες ασθένειες, όπως είναι το σύνδρομο DOWN. (Stoppard, 1996).



~3.1. Ο ΤΟΚΕΤΟΣ~

Λίγο πριν τον τοκετό μερικά φαινόμενα προειδοποιούν ότι η διαδικασία της γέννας αρχίζει, αν και όλες οι γυναίκες δεν τα αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο. Υπάρχει ένα φράγμα βλεννογόνου που κλείνει ερμητικά τον τράχηλο, προστατεύοντας τη μήτρα από μολύνσεις. Αυτός ο βλεννογόνος αποβάλλεται καθώς ο τράχηλος μαλακώνει πριν τον τοκετό. Αυτός ο βλεννογόνος μπορεί να χρωματιστεί εξαιτίας της ρήξης των τριχοειδών αγγείων που τον συνδέουν με τον τράχηλο.

Οι φυσικές και συγκινησιακές αλλαγές που αισθάνεται η γυναίκα πριν από τη διάρκεια της περιόδου μπορεί επίσης να παρουσιαστούν πριν αρχίσει ο τοκετός. Πολλές γυναίκες νοιώθουν την ανάγκη συχνής ούρησης και αφόδευσης. Πολλές γυναίκες αισθάνονται ένα ισχυρό κύμα ενέργειας ακριβώς πριν την έναρξη του τοκετού και νοιώθουν μια παρόρμηση να καθαρίσουν και γενικά «να τακτοποιήσουν το σπίτι».

Όταν οι μεμβράνες διαρραγούν απελευθερώνουν το αμνιακό υγρό σαν λεπτή ροή ή σαν καταιονισμό, που εξαρτάται από το μέγεθος και τη θέση της διάρρηξης. Τα νερά σπάζουν συνήθως κατά το τέλος του πρώτου σταδίου, εκτός και εάν γίνει τεχνητή διάρρηξη. Ακόμη μπορούν να σπάσουν οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Η πορεία του τοκετού εξαρτάται από την θέση που έχει πάρει το μωρό μέσα στην κοιλιά της μητέρας του. Υπάρχουν τρεις τρόποι τοκετού: Τοκετός δια της κοιλιακής οδού, Ισχιακή γέννα και Καισαρική τομή. Ο πιο φυσιολογικός τρόπος είναι δια της κοιλιακής οδού και αν υπάρξουν προβλήματα τότε ο γιατρός κάνει καισαρική τομή. (Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια της Γυναίκας, 1989).

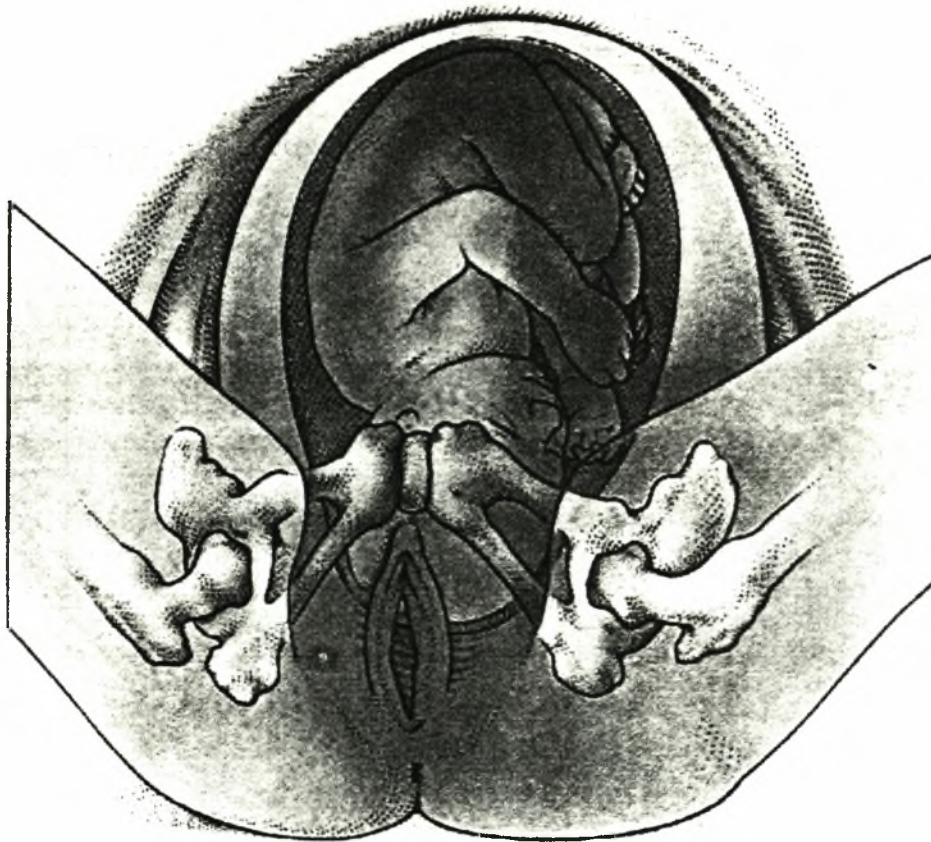
~3.2. Τοκετός δια της Κοιλιακής Οδού~

Πρώτο στάδιο

Μόλις ο τράχηλος της εγκύου διασταλεί πλήρως και αποτελέσει τμήμα του γεννητικού σωλήνα, η δραστηριότητα της μήτρας μεταβάλλεται από συσπάσεις που έλκουν και ανοίγουν τον τράχηλο σε συσπάσεις που πιέζουν προς τα κάτω το μωρό, μέχρις ότου τελικά πραγματοποιηθεί ο τοκετός. Ένας

καταγραφέας καρδιακού παλμού χρησιμοποιείται για να καταγραφεί η κατάσταση του μωρού.

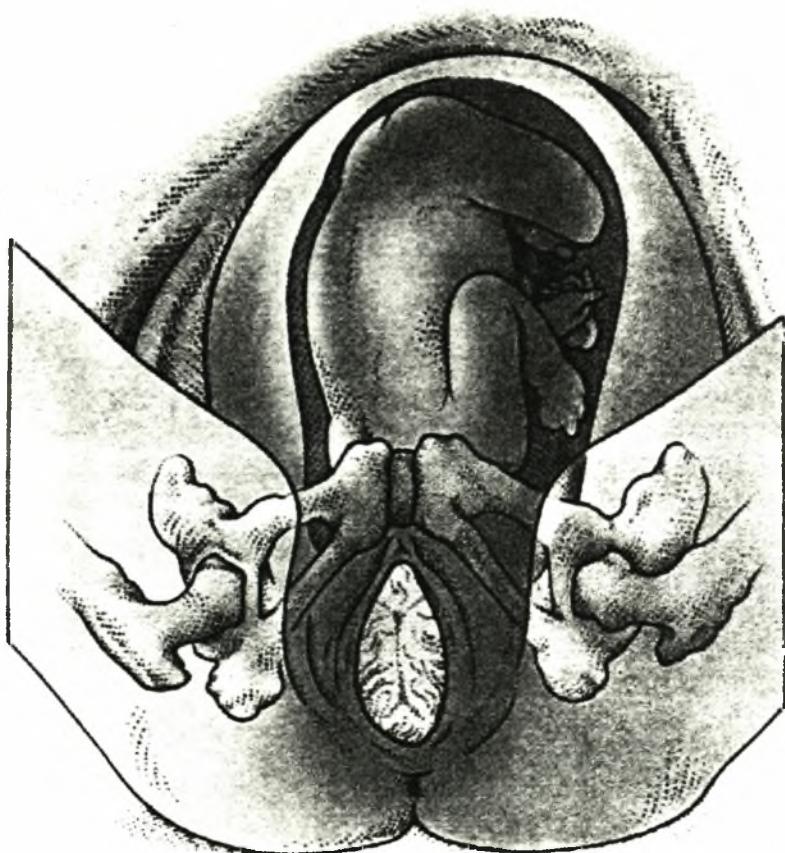
Το μωρό με το κεφάλι του προσπαθεί να διαστείλει το άνοιγμα του κόλπου, κάνοντας τον πρωκτό και το περίνεο (που είναι η περιοχή μεταξύ του ανοίγματος του κόλπου και του πρωκτού) να διογκωθεί. Ο γιατρός εκείνη τη στιγμή ζητά από την γυναίκα να σπρώχνει σε κάθε σύσπαση.



Δεύτερο στάδιο (εξώθησης)

Το στάδιο της εξώθησης κατά τον τοκετό, όταν το μωρό εξωθείται διαμέσου του γεννητικού σωλήνα, είναι γνωστό ως δεύτερο στάδιο. Από τη πλήρη διαστολή του τραχήλου μέχρι τη γέννηση του παιδιού το δεύτερο στάδιο διαρκεί περίπου μια ώρα συνήθως, αν και μπορεί να είναι τόσο σύντομο, όπως 15 λεπτά ή να παραταθεί για δύο ώρες. Οι συσπάσεις της μήτρας σ' αυτό το στάδιο διαρκούν περίπου 60-90 δευτερόλεπτα και επέρχονται κάθε 2-4 λεπτά. Οι περισσότερες γυναίκες αισθάνονται μια ακούσια ανάγκη να σπρώξουν, προκαλούμενη από το κεφάλι του μωρού που πιέζει το κάτω τμήμα της πυέλου.

Καθώς ξεπροβάλλει το κεφάλι του μωρού ο γιατρός ζητά από τη γυναίκα να παίρνει γρήγορες αναπνοές και να μην σπρώχνει. Αυτό αφήνει το γιατρό να ελέγχει την έξοδο του κεφαλιού του μωρού αφήνοντας τους ιστούς του κόλπου να διαταθούν ήρεμα και περιορίζοντας την πιθανότητα να διαρραγεί ο ιστός του περινέου.



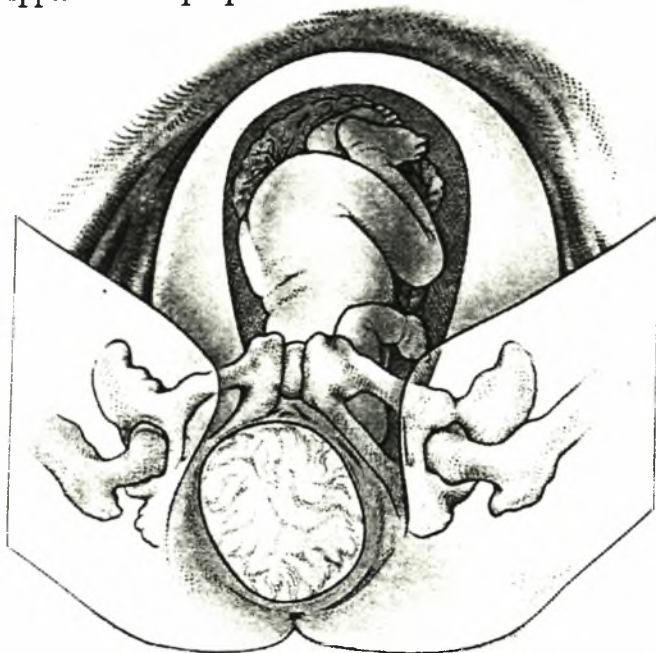
Τρίτο στάδιο (έξοδος)

Όταν το μωρό είναι έτοιμο να γεννηθεί, ο πρωκτός και το περίνεο διογκώνονται και το πάνω μέρος του κεφαλιού του μωρού εμφανίζεται. Η έξοδος περιγράφει τη στιγμή κατά την οποία το κεφάλι του μωρού εμφανίζεται στο άνοιγμα του κόλπου και δεν ολισθαίνει προς τα πίσω στα ενδιάμεσα των συσπάσεων. Καθώς το κεφάλι τεντώνει το άνοιγμα του κόλπου, η γυναίκα αισθάνεται τσιμπήματα ή καψίματα. Κατόπιν οι ιστοί μουδιάζουν, γιατί τεντώνονται ελαστικά και γίνονται πολύ λεπτοί καθώς ξεπροβάλλει το μωρό.

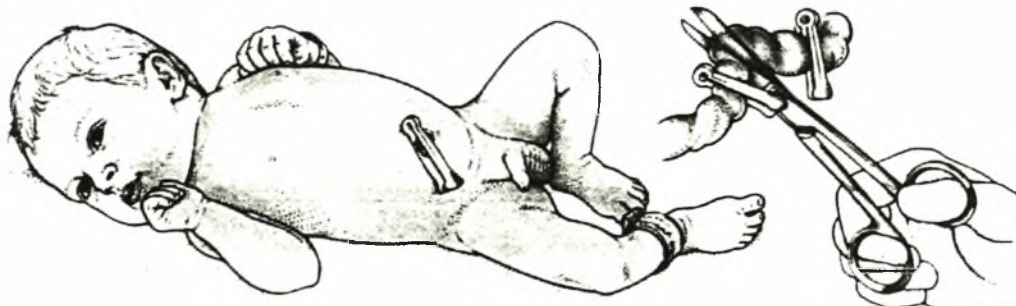
Συνήθως το κεφάλι του μωρού βλέπει προς τα κάτω –προς τον πρωκτό– και μετά γυρνά στο πλάι καθώς οι ώμοι του θα

μπουν στην πύελο της μητέρας του. Ο γιατρός θα καθαρίσει τα υγρά από το στόμα και τη μύτη του μωρού και θα ελέγξει αν ο ομφάλιος λώρος είναι γύρω από το λαιμό του. Αν ισχύει αυτό, ο λώρος θα σηκωθεί με προσοχή πάνω από το κεφάλι του μωρού, θα σφιχτεί και θα κοπεί. Η επόμενη σύσπαση είναι συνήθως αρκετή για να βγουν οι ώμοι. Μετά το μωρό γλιστρά έξω.

Ο ομφάλιος λώρος σφιγγεται σε δύο σημεία και κόβεται ανάμεσα στις συσφίξεις. Το κόψιμο του ομφάλιου λώρου δεν πληγώνει το μωρό.



ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΕΞΩΘΗΣΗΣ



~3.3. Ειδικές Περιπτώσεις~

Εξώθηση με εμβρυουλκούς

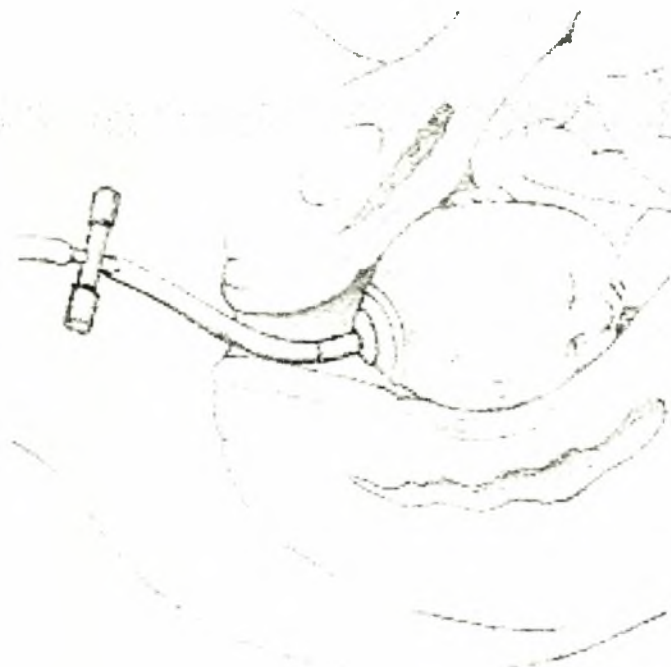
Μοιάζοντας στην εμφάνιση με λαβίδες ζάχαρης, οι εμβρυουλκοί υπάρχουν σε δύο μεγέθη και χρησιμοποιούνται κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού για να προστατεύσουν το κεφάλι του μωρού, όπως σ' έναν πρόωρο τοκετό ή για να υποβοηθήσουν την κάθοδο του μωρού εάν υπάρχει καθυστέρηση. Επίσης χρησιμοποιούνται και κατά την ισχιακή γέννα και στην εξαγωγή με καισαρική τομή. Μια περινεοτομή γίνεται πάντα πριν χρησιμοποιηθούν οι εμβρυουλκοί. Μόλις εφαρμοστούν οι εμβρυουλκοί παρέχουν έλξη και περιστροφική δύναμη. Τα μωρά που γεννιούνται με εμβρυουλκούς μπορεί να έχουν σημάδια και ελαφρώς παραμορφωμένα κεφάλια.



Αναρροφητικός Εμβρυουλκός – Εξαγωγή με Βεντούζα

Ο αναρροφητικός εξαγωγέας ή βεντούζα χρησιμοποιείται ευρέως στην Ευρώπη ως ήπιο εναλλακτικό μέσο αντί των

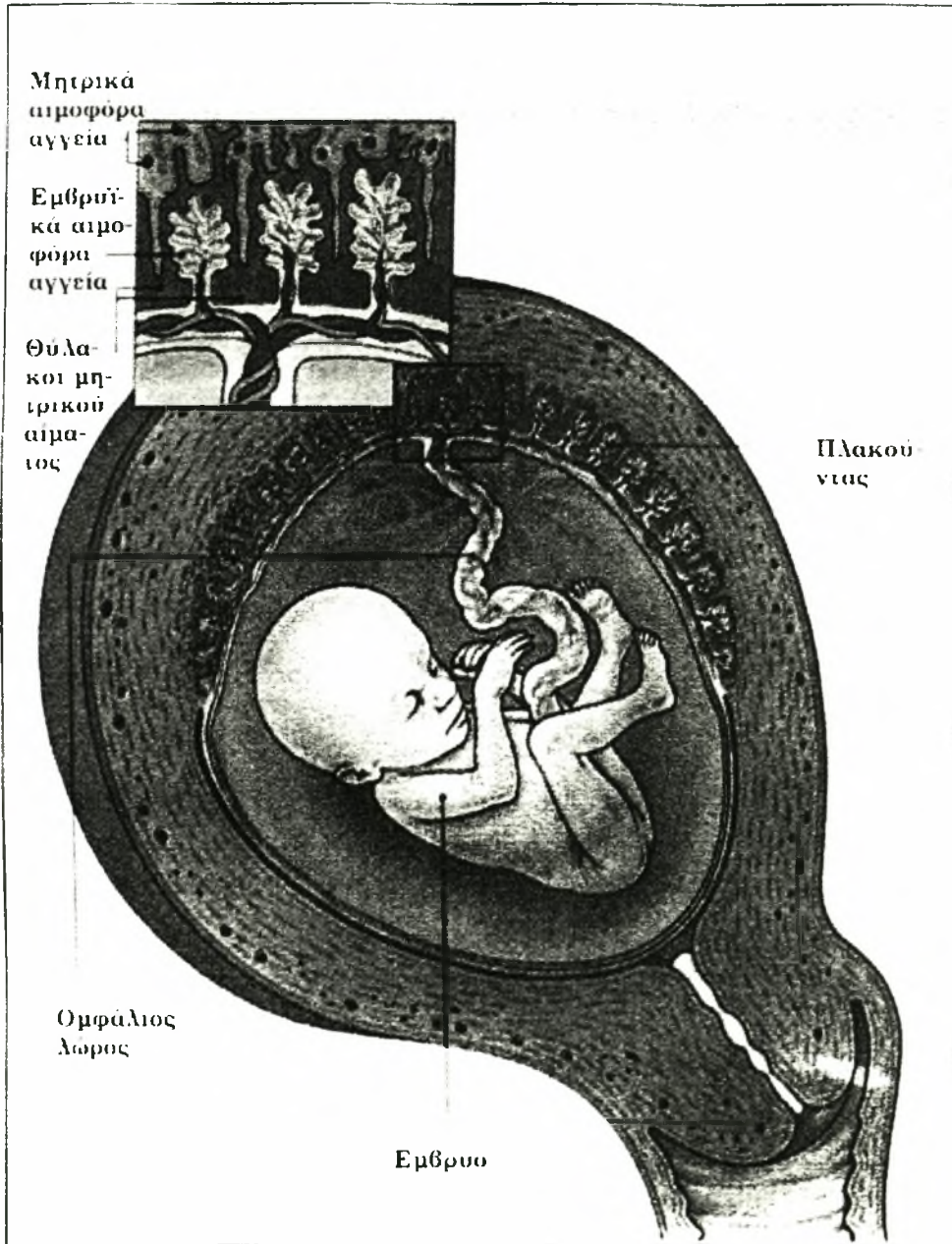
εμβρυουλκών και συνίσταται σε ένα μεταλλικό ή πλαστικό δίσκο ή κάψα που τοποθετείται πάνω στο τριχωτό μέρος του κεφαλιού του μωρού. Μια προσαρμοσμένη αντλία δημιουργεί το κενό για να προσκολληθεί η βεντούζα. Τα πλεονεκτήματα της βεντούζας είναι ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί πριν από την πλήρη διαστολή του τραχήλου και στο χαμηλότερο εμφανιζόμενο τμήμα του μωρού, ώστε η περινεοτομή δεν είναι πάντα αναγκαία. (Stoppard, 1996)



~3.4. Εξαγωγή Πλακούντα~

Ο πλακούντας είναι ένα όργανο που αναπτύσσεται στη μήτρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Συνδέει το αίμα της εγκύου και του εμβρύου και επιτρέπει στις θρεπτικές ουσίες και στο οξυγόνο να περάσουν μέσα στο έμβρυο και άχρηστα παράγωγα από το έμβρυο να περάσουν στο μητρικό αίμα για να αποβληθούν.

—Μετά την εξαγωγή του μωρού, η μήτρα συσπάται πάλι (συνήθως με τη βοήθεια του φαρμάκου συντομετρίνη), γνωστό ως τρίτο στάδιο τοκετού. Οι συσπάσεις συνεχίζονται μέχρις ότου ο πλακούντας αποχωριστεί από τα τοιχώματα της μήτρας και αποβληθεί.



- Αποκόλληση Πλακούντα

Κατά την αποκόλληση του πλακούντα, μέρος του σε φυσιολογική θέση πλακούντα αποκολλάται από τα τοιχώματα της μήτρας. Η αιτία είναι άγνωστη, αν και μερικοί γιατροί πιστεύουν ότι μπορεί να σχετίζεται με έλλειψη της βιταμίνης φιλικό οξύ. Η αποκόλληση πλακούντα είναι πιο συνηθισμένη σε γυναίκες με μεγάλη πίεση αίματος. Συνήθως προκαλεί ξαφνικό κοιλιακό πόνο. Η αιμορραγία δεν είναι πάντα φανερή, επειδή το αίμα καμιά φορά συγκρατείται ανάμεσα στο πλακούντα και στα τοιχώματα της μήτρας. Η αποκόλληση του πλακούντα μπορεί να προκαλέσει μια απειλητική για τη ζωή απώλεια αίματος, να εμποδίσει το πλακούντα να λειτουργήσει ομαλά και να οδηγήσει σε πρόωρο τοκετό. Πολλές φορές αποτελεί την αιτία που μπορεί να αποβάλει μια γυναίκα.

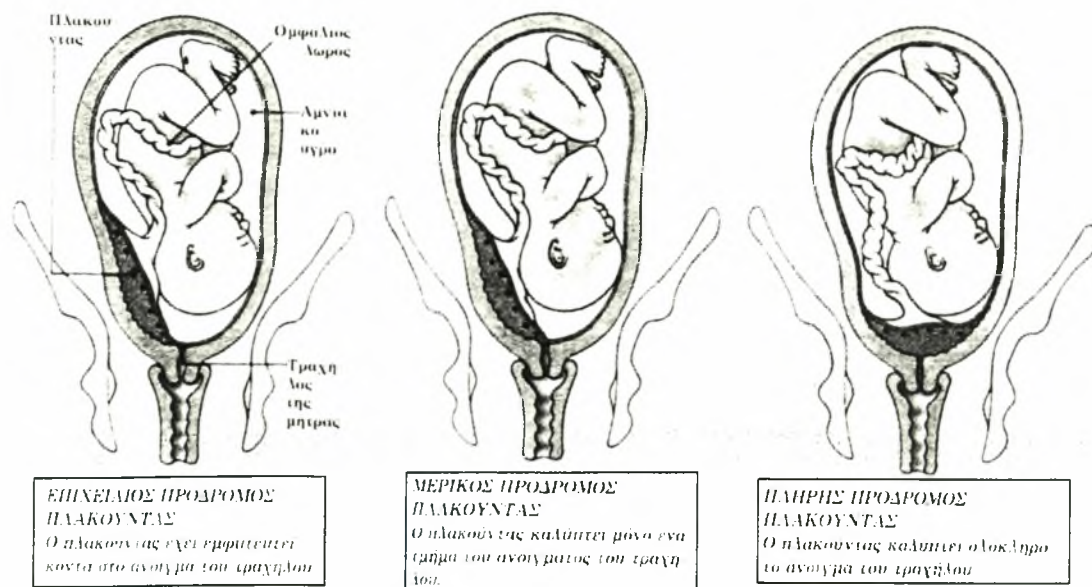
Η αιμορραγία που προκαλείται από διαταραχές του πλακούντα απαιτεί άμεση ιατρική φροντίδα. Αν η μέρα του τοκετού απέχει περισσότερο από τρεις εβδομάδες από το προκαθορισμένο από το γιατρό χρόνο του τοκετού και η αιμορραγία είναι μικρή, μπορεί να σταματήσει με ανάπαυση στο κρεβάτι. Αν η αιμορραγία υποτροπιάζει μπορεί να χρειαστεί η έγκυος να παραμείνει στο κρεβάτι για όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αν η αιμορραγία επιμένει ή αν η γυναίκα είναι περισσότερο από 37 εβδομάδων έγκυος, ο γιατρός μπορεί να προκαλέσει αμέσως τη γέννηση του μωρού.

Πλακούντας Πρόδρομος

Είναι μια διαταραχή κατά την οποία ο πλακούντας εμφυτεύεται αφύσικα χαμηλά στη μήτρα. Η αιτία είναι άγνωστη αν και μπορεί να παίζει ένα ρόλο το μέγεθος, το σχήμα και η υφή του ιστού της μήτρας. Ο πρόδρομος πλακούντας παρουσιάζεται συχνά σε γυναίκες που έχουν κάνει πολλά παιδιά ή που έχουν κάνει δίδυμα. Η σοβαρότητα αυτής της κατάστασης εξαρτάται από τη θέση του πλακούντα. Μπορεί να μην επηρεάσει την εγκυμοσύνη αλλά, σε βαριές περιπτώσεις, μπορεί να εμποδίσει την ομαλή λειτουργία του πλακούντα και να οδηγήσει σε πρόωρο τοκετό, βαριά κολπική αιμορραγία στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού ή απόφραξη του ανοίγματος του τραχήλου της μήτρας κατά τη γέννα.

Υπάρχουν τρεις επικίνδυνες θέσεις του πλακούντα. Ο Επιχειλίου πρόδρομος πλακούντας, ο Μερικός πρόδρομος

πλακούντας και ο Πλήρης πρόδρομος πλακούντας. (American Medical Association, 1995).



~3.5. Ισχιακή Γέννα~

Περίπου το 4% όλων των μωρών γεννιούνται με ισχιακή προβολή όταν ελευθερώνονται πρώτα τα οπίσθια. Κάτι τέτοιο διαπιστώνεται στη πορεία της εγκυμοσύνης μέσα από τα υπερηχογραφήματα. Υπάρχουν τρεις κύριες ισχιακές προβολές: η ατελής (όταν τα πόδια είναι λυγισμένα προς τα επάνω), η σηκωμένη (όταν οι μηροί είναι προς τα πάνω αντίθετα στο σώμα και τα γόνατα λυγισμένα, όπως φαίνεται στην εικόνα) και η όρθια (όταν τα οπίσθια είναι ψηλά στη μήτρα και τα πόδια αιωρούνται πάνω από το τράχηλο). Η πλειοψηφία των μωρών με ισχιακή προβολή γεννιούνται κατά της κολπικής οδού και η γεννήσεις τους είναι με το πρόσωπο, ένας αυξημένος αριθμός όμως, γεννιέται με καισαρική τομή. (American Medical Association, 1995. Stoppard, 1996).



~3.6. Καισαρική Τομή~

Η καισαρική τομή (χειρουργική τομή στο κοιλιακό τοίχωμα και στο τοίχωμα της μήτρας) πραγματοποιείται όταν ο κοιλιακός τοκετός είναι επικίνδυνος ή αδύνατος. Μπορεί να γίνει είτε με γενική αναισθησία, είτε με επισκληρίδια αναισθησία στην οποία έχει τις αισθήσεις της η μητέρα. Ολόκληρη η εγχείρηση διαρκεί 45-60 λεπτά και το μωρό εξέρχεται μέσα στα πρώτα 10 λεπτά. Η καισαρική τομή μπορεί να είναι είτε προαιρετική (όταν η απόφαση παίρνεται πριν από το τοκετό) είτε επείγουσα (όταν υπάρχουν προβλήματα κατά τον τοκετό.).

ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Η επισκληρίδια αναισθησία αποτρέπει τη μετάβαση του πόνου από τη μήτρα λειτουργώντας σαν «φραγμός νεύρων» στο νωτιαίο μυελό. Μια σωστά εφαρμοσμένη επισκληρίδια αναισθησία εξαλείφει όλες τις

αισθήσεις ανάμεσα στη μέση και στα γόνατα της γυναίκας, αν και συγκαλύπτει επίσης τα όργανα του σώματος για αλλαγή θέσης. Μια μελέτη έδειξε ότι το 25% των γυναικών που υποβλήθηκαν σε επισκληρίδια αναισθησία υπέφεραν σε διπλάσιο ποσοστό από πόνους στη πλάτη, πονοκεφάλους και μυρμηκιάσεις στα χέρια μέχρι και εννιά χρόνια μετά, σε σύγκριση με εκείνες που δεν υποβλήθηκαν σ' αυτή τη διαδικασία. Όταν γίνεται επισκληρίδια αναισθησία μια πολύ λεπτή κούφια βελόνα εισχωρεί στον επισκληρίδιο χώρο και ο καθετήρας (λεπτός σωλήνας) διέρχεται μέσω της βελόνας που κατόπιν αφαιρείται. Σ' αυτή τη θέση γίνεται η παρακέντηση μέσω του καθετήρα. (Stoppard, 1996).



Επισκληρίδια ένεση

Αναισθητικό εγχέεται στη επισκληρίδιο χώρο. Δίνει γρήγορο αποτέλεσμα και είναι δυνατόν να συμπληρωθεί



~ΕΠΙΛΟΓΟΣ~

Οι ψυχολογικοί παράγοντες της εγκυμοσύνης και του τοκετού δεν είναι πλατιά γνωστοί και πολλά μένουν να ανακαλυφτούν. Υπάρχουν διάφορες πτυχές ειδικά στη ψυχική κατάσταση της εγκύου αλλά και ακόμα στην αντίδραση του εμβρύου στις διάφορες ψυχικές διαταραχές της μητέρας. Υπάρχουν κάποιες σημαντικές επιδράσεις στα μικρά παιδιά από τη συμπεριφορά των γονιών οι οποίες είναι ικανές να επηρεάσουν τη διαμόρφωση της προσωπικότητας του παιδιού και να του δημιουργήσουν συναισθήματα που ίσως δεν θα έπρεπε. Τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας είναι άτομα που δεν έχουν καμία εξουσία και πάντα κατευθύνονται από τους ενήλικες. Δεν μπορούν να διακρίνουν τους λόγους για τους οποίους συμβαίνουν κάποια πράγματα και δημιουργούν τα δικά τους συμπεράσματα μέσα από τα προσωπικά τους βιώματα.

Δεν είναι εύκολο να καταλάβει το παιδί την ψυχολογική πίεση της μητέρας του και συνεχώς επηρεάζεται είτε αρνητικά, είτε θετικά. Ο κόσμος του παιδιού σ' αυτήν την ηλικία βρίσκεται σε εξέλιξη και συνεχώς αναδιοργανώνει τις σκέψεις του σύμφωνα με αυτά που συμβαίνουν γύρω του.

Η ψυχική και νοητική εξέλιξη ακολουθούν παράλληλη και παρόμοια πορεία με τη σωματική ανάπτυξη των παιδιών.

«Η ψυχική ανάπτυξη του παιδιού που αρχίζει από τη γέννηση και τελειώνει στην ηλικία του ενήλικου, μπορεί να συγκριθεί με την οργανική ανάπτυξη γιατί κι αυτή είναι ουσιαστικά μια πορεία προς την ισορροπία».
(Piaget, 1964)

Κανένας δεν μπορεί να γνωρίζει τον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά επηρεάζονται και ολοκληρώνουν μια άποψη για κάποιο γεγονός. Μια καταθλιπτική μητέρα δεν μπορεί να ελέγξει την αντίδρασή της και τη συμπεριφορά της απέναντι στο παιδί της. Το παιδί καταλήγει σε λάθος συμπεράσματα που το πληγώνουν και ακόμη πολλές φορές δεν του είναι εύκολο να τα ξεπεράσει.

Η μητέρα μπορεί να βλάψει το παιδί της τόσο στην περίοδο της εγκυμοσύνης της όσο και στην περίοδο της λοχείας λόγω της κατάθλιψης που αντιμετωπίζει και στις δύο περιόδους.

Κάθε αντρόγυνο και κάθε γυναίκα πρέπει να ενημερώνονται σωστά για να προφυλάξουν την υγεία του μελλοντικού τους παιδιού. Γνωρίζοντας τι συμβαίνει μπορεί ταυτόχρονα να εξαλείψει πολλές από τις ανασφάλειες που μπορεί να έχει και ταυτόχρονα με τον σωστό έλεγχο να προλάβει κάθε ανεπιθύμητη εξέλιξη στην εγκυμοσύνη της. Η ψυχική κατάσταση της γυναίκας μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την έκβαση της εγκυμοσύνης της αλλά και της λοχείας. Μια γυναίκα δεν φτάνει μόνο να είναι υγιής σωματικά αλλά και ψυχολογικά.

Η σωστή ενημέρωση και η ανάλογη πρόληψη είναι η αφετηρία της δημιουργίας μιας νέας ζωής.

~ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ~

- Areias, M.E.G., Kumar, R., Barros, H. & Figueiredo, E. (1996). Correlates of postnatal Depression in Mothers and Fathers. *British Journal of Psychiatry*, 169, 36-41.
- American Medical Association Home Page, (1995-2003)
Javascript is required to use this dropdown Subscribe
Now Privacy Statement. Copyright American Medical
Association.
- Benedict, M.I, Pained L.L., Painec, L.A., Brandtc, D. & Stallinc, B. (1999). The association of childhoop sexual Abuse with depressive symptoms during pregnancy, and Selected pregnancy outcomes. *Journal of Child Abuse Neglect*, 23, 7, 659-670.
- Berthiaume, O., Saucier, J.F, Danid H. & Borgeat F. (1997) Correlates of partum Depressive Symptomatology: a multivariate analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 45-56.
- Bryan, G. (1995). *Το θαύμα της Γέννησης*.
ΑΘΗΝΑ: ΜΙΝΩΑΣ
- Brown, Th. (1642). Η Ζωή πριν τη Γέννηση. Από: *Η Ψυχολογία του Τοκετού από τη σύλληψη έως τη Γέννηση*. (σ.σ. 15-24).
ΑΘΗΝΑ: Βιομηχανικές Επιχειρήσεις Κουτσούμπας
- Cahn, (1999.) Μητρότητα και Κοινωνικές Παροχές.
Στο: Α. Συκάκη-Δούκα (Ed), *Ο Τοκετός είναι Αγάπη 8^η Βελτιωμένη Έκδοση*. (σ.σ. 118-124)
ΑΘΗΝΑ: ΝΕΑ ΕΚΔΟΣΗ
- Chapple P. A. & Furneaux W. D. (X.X.). Παραλλαγές στη Φυσιολογική Κύηση και τον Τοκετό. Από: *Η Ψυχολογία Του Τοκετού από τη σύλληψη έως τη Γέννηση*. (σ.σ. 30-31).
ΑΘΗΝΑ: Βιομηχανικές Επιχειρήσεις Κουτσούμπας.

- Cole, M. & Cole, S. (2000) *Η Ανάπτυξη των Παιδιών. Αρχή της ζωής: Εγκυμοσύνη, τοκετός, Βρεφική ηλικία.*
ΑΘΗΝΑ: Τυπωθήτω Γιώργος Δαρδανός
- Dalton, K (1971). Prospective Study into Puerperal Depression.
British journal of Psychiatry, 118, 689-692.
- Deutch (1945) Αιτιολογικοί Παράγοντες και Παράγοντες κινδύνου της Προγεννητικής Κατάθλιψης.
Στο: *Προγεννητική Κατάθλιψη* (σ.σ. 14-17).
Από: Σημειώσεις των Μ. Μωραΐτου & Α. Σταλικά (Eds).
- Dimitrovsky, L., Lev S., & Itskowitz, R. (1998). Relationship of Maternal and General Self-Acceptance to Pre- and Postpartum Affective Experience. *Journal of Psychology, 132, 5, 507-516.*
- Erikson, E. H. (1963) Πρώτη Βρεφική Ηλικία: Οι Αρχικές Ικανότητες και η Διεργασία της Αλλαγής. Στο: M. Cole & S. R. Cole (Eds), *Η Ανάπτυξη Των Παιδιών. 1^{ος} τόμος.* (σ.σ. 227-306). ΑΘΗΝΑ: Τυπωθήτω Γ. Δαρδανός
- Ericson, A., Kallen, B. & Wiholm, B.E. (1999).
Pharmacodynamics: Delivery outcome after the use Antidepressants in early pregnancy. *European Journal of Clinical Pharmacology, 55, 7, 503-508.*
- Evans J., Heron J., Francomb H., Oke S. & Golding J. (2001).
Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medicine Journal. 323, 257-260.*
- Eysenck Personality Inventori (X.X.) Αιτιολογικοί Παράγοντες και Παράγοντες κινδύνου της Προγεννητικής Κατάθλιψης. Στο: *Προγεννητική Κατάθλιψη* (σ.σ. 12-13)
Από: Σημειώσεις των Μ. Μωραΐτου & Α. Σταλικά (Eds).
- Fenwick, E. (1991). *Η Φροντίδα της Μητέρας και του Μωρού.*
ΑΘΗΝΑ: Dorling Kindersley Γιαλλελής

- France, L. & Mikaib, S.F., (1999). The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. *Journal of Social Science and Medicine*, 48, 11, 1613-1623.
- Glover, D. (1997). Μητρική ψυχική καταπόνηση ή άγχος στη διάρκεια της κύησης και η συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. *British Journal of Psychiatry*, 171, 105-106.
- Gordon, R. & Gordon, K. (X.X.) Κατάθλιψη και Μελαγχολία Στο: C. Macy & F. Falkner (Eds), *Εγκυμοσύνη και Γέννηση, Χαρές και Προβλήματα*. (σ.σ. 113-119) ΑΘΗΝΑ: Ψυχογιός
- Grahame-Smith, D.G. & Aronson, J.K. (2001). Κλινική Φαρμακολογία – Φαρμακοθεραπεία. ΑΘΗΝΑ: Τυπωθήτω Γιώργος Δαρδανός
- Hamill & Ingram (1974). Αιτιολογικοί Παράγοντες και Παράγοντες κινδύνου της Προγεννητικής Κατάθλιψης. (σ.σ. 8-10). Από: Σημειώσεις των Μ. Μωραϊτού & Α. Σταλικά (Eds).
- Hirsh (1889). Η Ζωή πριν τη Γέννηση. Από: *Η Ψυχολογία του Τοκετού από τη σύλληψη έως και τη Γέννηση*. (σ.σ. 15-24) ΑΘΗΝΑ: Βιομηχανικές Επιχειρήσεις Κουτσούμπας
- Hobfoll, S.E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M.R. & Cameron, R. (1995). Depression Prevalence and Incidence Among Inner - City Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 3, 445-453.
- Hopkins, S.J. (1995). Φάρμακα και φαρμακολογία για τους Νοσηλευτές. Λευκωσία: Εκδόσεις Πέργαμος.
- Hytten, K. (1991) The concept of anxiety-etiology, clinical aspects and treatment] *Tidsskr Nor Laegeforen*. Feb 28;111(6):685-9. Review. Norwegian.

- Institute of Medicine (1995). Αιτιολογικοί Παράγοντες και Παράγοντες κινδύνου της Προγεννητικής Κατάθλιψης. Στο: *Προγεννητική Κατάθλιψη* (σ.σ.13-14). Από: Σημειώσεις των Μ. Μωραϊτού & Α. Σταλικά (Eds).
- Jennies, I. (X.X.) Ο Ρόλος του Άγχους. Στο: C.Macy & F.Falkner (Eds), *Εγκυμοσύνη και Γέννηση χαρές και προβλήματα. Ο Κύκλος της Ζωής*. (σ.σ. 51-57). ΑΘΗΝΑ: Ψυχογιός
- Kumar, R. & Robson, K.M. (1984). A prospective study of the Reporting of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
- Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, Mattila, H. & Ylikorkala, O. (2000). Depression and Anxiety in Early Pregnancy and Risk for Preeclampsia. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. 95, 4, 487-490.
- Leathers, S.J. & Kelley, M.A. (2000). Unintended Pregnancy And Depressive Symptoms Among First-Time Mothers And Fathers. *American Journal of Orthopsychiatric*, 70, 4, 523-531.
- Libring, Gr. (X.X.). Λοχεία (ΛΕΧΩΝΙΑ). Στο: Α. Συκάκη Δούκα (Ed), *Ο Τοκετός Είναι Αγάπη*. (σ.σ. 204-227). ΑΘΗΝΑ: Νέα Έκδοση
- Macy, C. & Falkner, F. (1980). *Εγκυμοσύνη και Γέννηση Χαρές και Προβλήματα. Ο Κύκλος της Ζωής*. ΑΘΗΝΑ: Ψυχογιός
- Melges, Fr. (X.X.) Κατάθλιψη και Μελαγχολία. Στο: C. Macy & F. Falkner (Eds), *Εγκυμοσύνη και Γέννηση, Χαρές και Προβλήματα*. (σ.σ. 113-119) ΑΘΗΝΑ: Ψυχογιός
- O' Harra, M., Rehm, L. & Cambell, S. (1983). Postpartum Depression. A role of Social Network and Life Stress Variables. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 6, 336-342.

- Piaget, J. (1964) *Six etudes de psychologie, Editions Gonthier Geneve σ. 9-10.*
- Pollock & Percy (1999). Επιπτώσεις της Προγεννητικής Κατάθλιψης. Στο: *Προγεννητική Κατάθλιψη* (σ.σ. 22-24). Από: Σημειώσεις των Μ. Μωραΐτου & Α. Σταλικά (Eds).
- Prenatal, (1998). *Προγεννητικός Οδηγός Prenatal. Όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε όταν αποφασίσετε ν' αποκτήσετε παιδί.* ΑΘΗΝΑ: Κέντρο σπουδών Prenatal.
- Rosen, S (2001) Κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες. Στο: *Η Ψυχολογία του Τοκετού από τη σύλληψη έως και τη Γέννηση.* (σ.σ. 28-30). ΑΘΗΝΑ: Βιομηχανικές Επιχειρήσεις Κουτσούμπας.
- Rubin, R. (2001) Neuralgic Amy trophy: clinical features and Diagnostic evaluation. *Neurology.* Nov;7(6):350-6.
- Sable, M. & Wilkinson, D.S. (1999). The Role of Perceived Stress on Prenatal Care Utilization. *Journal of Health And Social Work,* 24, 2, 138-146.
- Seligman, M. (1990) *Laearned Helplessnes* New York: Pocket Books
- Sontag, L.W. (1930). Η Ζωή πριν τη Γέννηση. Από: *Η Ψυχολογία του Τοκετού από τη σύλληψη έως και τη Γέννηση.* (σ.σ. 15-24). ΑΘΗΝΑ: Βιομηχανικές Επιχειρήσεις Κουτσούμπας
- Stoppard, M. (1996) *Το Γυναικείο Σώμα. Ένας οδηγός για τη Ζωή.* ΑΘΗΝΑ: Δομική
- Stoppard, M. (1999). *Σύλληψη, Εγκυμοσύνη, Τοκετός.* Ηράκλειο – Αθήνα: Εκδόσεις Μίνωας
- Sugawara, M., Toda, M. A., Shima, S., Mukai, T., Sakakura, K., & Kitamura, T. (1997). Premenstrual Mood Changes and Meternal Mental Health in Pregancy and postpartum Period. *Journal of Clinical Psychology.* 53, 3, 225-232.

- Taylor Coleridge, S. (1802). Η Ζωή πριν τη Γέννηση. Από: *Η Ψυχολογία του Τοκετού από τη σύλληψη έως και τη Γέννηση*. (σ.σ 15-24).
ΑΘΗΝΑ: Βιομηχανικές Επιχειρήσεις Κουτσούμπας
- Thomson, J.F. (2001). Mom's Depression While Pregnant Can Affect Child's Health. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1367-1374.
- Well, J., Hobfoll, S. E. & Lavin, J. (1997). Resource loss, Resource gain, and communal coring during pregnancy Among women with multiple roles. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 645-662.
- Whybrow, Akiskal & McKinney (1984). Διαφοροποίηση μεταξύ Θλίψης και Κατάθλιψης. Στο: Γ. Κλεφτάρα (Ed), *Η Κατάθλιψη Σήμερα*. (σ.σ. 38-40)
ΑΘΗΝΑ 1998: Ελληνικά Γράμματα.
- Wisner, K. L., Gelenberg, A. J., Leonard, Zarin, D. & Frank, E. (1999). Pharmacologic Treatment of Depression During Pregnancy. *Journal of American Medical Association*, 283, 13, 1264-1269.
-

Δραγώνα, Θ. (1989). Κατάθλιψη μετά το τοκετό: οι Ψυχοκοινωνικές της διαστάσεις. *Ψυχολογικά Θέματα* 2, 1, 33-47.

Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια της Γυναίκας (Χ.Χ.) Μετάφραση από το: «*The new guide to women's health*».
Από: Μ. Σκάρα & Β. Σαμπετάκη (Eds)
ΑΘΗΝΑ: Αλκυών

Καλογερόπουλος, Α. (1992). *Μαιευτική*.
Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Κλεφτάρας, Γ. (1998) *Η Κατάθλιψη Σήμερα*.

Λώρης, Δ. (2000). *Γυναικολογία και Μαιευτική. (καθηγητή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων). Πρώτος Τόμος*.

Μαρή, Ε. (1995). Η ψυχολογική αντιμετώπιση γυναικολογικών Προβλημάτων. Στο Γ. Ποταμιανός (Επιμ. Εκδ.), *Δοκίμια Στην Ψυχολογία της υγείας* (σ.σ. 12-19).
ΑΘΗΝΑ: Ελληνικά Γράμματα.

Μπαλλής, Θ. (2000). *Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής*.
Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Μπούρος, D (1999). Βασικές αρχές κλινικής φαρμακολογίας και Θεραπευτικής.
ΑΘΗΝΑ: Εκδόσεις Παρισιάνου.

Συκάκη Δούκα, Α. (Χ.Χ.) *Ο Τοκετός Είναι Αγάπη. 8^η Βελτιωμένη Έκδοση*. ΑΘΗΝΑ: ΝΕΑ ΕΚΔΟΣΗ

