ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΣΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

ΜΑΡΘΑ Κ. ΜΩΡΑΪΤΟΥ

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΣΤΑΛΙΚΑΣ ΑΝ., Αναπληρωτής Καθηγητής

ΚΑΛΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ ΑΝ., Καθηγήτρια

ΣΥΝΟΔΙΝΟΥ Μ., Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

ΑΘΗΝΑ 2003

Εγκρίθηκε από την επταμελή εξεταστική επιτροπή

στις 5 Δεκεμβρίου 2003

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΣΤΑΛΙΚΑΣ ΑΝ., Αναπληρωτής Καθηγητής (επόπτης)

ΚΑΛΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ ΑΝ., Καθηγήτρια

ΣΥΝΟΔΙΝΟΥ Μ., Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΣΤΑΛΙΚΑΣ ΑΝ., Αναπληρωτής Καθηγητής

ΚΑΛΑΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ ΑΝ., Καθηγήτρια

ΣΥΝΟΔΙΝΟΥ Μ., Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

ΜΑΛΙΚΙΩΣΗ-ΛΟΪΖΟΥ Μ., Καθηγήτρια

ΤΣΑΛΙΚΟΓΛΟΥ Φ., Καθηγήτρια

ΜΠΕΧΡΑΚΗΣ Θ., Αναπληρωτής Καθηγητής

ΚΑΤΕΡΕΛΟΣ Ι., Επίκουρος Καθηγητής

Αφιερώνεται
στη μνήμη της μητέρας μου

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Πρωτίστως, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής: τον κ. Αναστάσιο Σταλίκα, Αναπληρωτή Καθηγητή του Τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου, την κ. Αναστασία Καλαντζή-Αζίζι, Καθηγήτρια του Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών και την κ. Κλαίρη Συνοδινού, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου, οι οποίοι με τις ουσιαστικές επιστημονικές παρατηρήσεις τους συνέβαλαν καθοριστικά στην εκπόνηση της παρούσας διατριβής.

Ταυτοχρόνως, θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στα μέλη της επταμελούς επιτροπής για το δύσκολο έργο της αξιολόγησης της διατριβής μου, καθώς και το Τμήμα Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου που μου έκανε την τιμή να με συμπεριλάβει στους διδάκτορές του.

Οφείλω, ωστόσο, να τονίσω την ιδιαίτερη συμβολή του επιβλέποντα Καθηγητή μου, πρόεδρο της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, Αναπληρωτή Καθηγητή Κλινικής Ψυχολογίας κ. Αναστάσιο Σταλίκα, χωρίς την ύπαρξη της οποίας η εκπόνηση αυτής της διατριβής θα ήταν αδύνατη. Η συμβολή του υπήρξε καθοριστική, τόσο σε επιστημονικό, όσο και σε ανθρώπινο επίπεδο. Ο κ. Σταλίκας με καθοδήγησε μεθοδικά να επιλύσω όλα τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν σε όλη την διάρκεια της έρευνας και παράλληλα με ενθάρρυνε στη συνέχιση της. Τον ευχαριστώ πολύ.

Επίσης ευχαριστώ ιδιαιτέρως τον κ. Γιώργο Οικονομίδη, φαρμακολόγο, Καθηγητή του ΤΕΙ Θεσσαλονίκης για τις επιστημονικές του παρατηρήσεις, τον κ. Κωνσταντίνο Μπέλλα, πληροφορικό, για την στήριξη και την βοήθεια του στην επεξεργασία των δεδομένων, τον κ. Δημήτρη Γερωνυμάκη για τον καταλυτικό ρόλο του στην επιλογή του θέματος.

Εκφράζω τις ευχαριστίες μου για την βοήθεια που μου προσέφεραν στους: κ. Θοδωρή Καραγιαννίδη, πληροφορικό, κ. Ελένη Δημητριάδου, κοινωνιολόγο, κ. Μιχάλη Γαλανάκη, ψυχολόγο, κ. Μιχάλη Δεληγιαννίδη, γυναικολόγο, στις κ. Θωμαή Καλλία, κ. Μαρία Μπουρουτζόγλου, κ. Ελευθερία Εμμανουήλ, κ. Άννα Χατζημιχάλογλου, κ. Μαρία Κώστα, κ. Μελπομένη Τσανακτσίδου και κ. Ελένη Σανδάλη, μαίες, στην κ. Καίτη Τσώρτζου, γραμματέα του Τμήματος Μαιευτικής του ΤΕΙ Θεσσαλονίκης και στην κ. Ελένη Νιξαρλίδου, βιβλιοθηκονόμο του Τμήματος Ψυχολογίας του ΑΠΘ.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τις 125 κυρίες που δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα, καθώς χωρίς την συμμετοχή τους η μελέτη αυτή δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί.

Ευχαριστώ, τον πατέρα μου Κωνσταντίνο Μωραΐτη και τον αδελφό μου Θεοδόση Μωραΐτη για την υπομονή και την κατανόηση τους.

Ευχαριστώ το Θεό που με τίμησε με την ανάθεση αυτού του έργου.

Αθήνα 2003

Μάρθα Κ. Μωραΐτου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ 3
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ 5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ 7
1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ 14
Παράγοντες διαμόρφωσης 15
Θεωρίες της προσωπικότητας 17
Χαρακτηριστικά 29
Εκτίμηση 30
Ερωτηματολόγια προσωπικότητας 31
Οι αλλαγές της προσωπικότητας κατά την μετάβαση στη μητρότητα 32
2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ 39
Ιστορικά Στοιχεία 39
Διαφοροποίηση θλίψης και κατάθλιψης 40
Ορισμός-Ταξινόμηση 41
Συχνότητα 43
Αιτιολογικοί παράγοντες 45
Διάγνωση 47
Προγεννητική κατάθλιψη 48
Συχνότητα 49
Αιτιολογικοί παράγοντες 51
Μαιευτικοί παράγοντες *52*
Προεμμηνορυσιακό σύνδρομο *53*
Ατομικό και οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό *54*
Αρνητικά γεγονότα της ζωής *54*
Προσωπικότητα *55*
Στάσεις προς την παρούσα κύηση *56*
Κοινωνική στήριξη *57*
Ενημέρωση *59*
Δημογραφικοί παράγοντες *59*
Ορμονικοί παράγοντες 61
Σχέση προγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης 63
Επιλόχεια κατάθλιψη 64
Ορισμός-Κατάταξη 65
Συχνότητα 66
Προδιαθεσικοί παράγοντες 68
Αιτιολογικοί παράγοντες 69
Ιατρογενής επιβάρυνση και μαιευτικό ιστορικό *70*
Το είδος του τοκετού *70*
Χαρακτηριστικά του νεογνού *72*
Προεμμηνορυσιακό σύνδρομο *72*
Ορμονικοί παράγοντες *73*
Δημογραφικοί παράγοντες *74*
Κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα *75*
Ενημέρωση – πληροφόρηση *76*
Κληρονομικοί παράγοντες και ιστορικό κατάθλιψης *77*
Αρνητικά γεγονότα της ζωής *78*
Ψυχικές διαταραχές κατά την κύηση *78*
Οικογενειακές σχέσεις και κοινωνική στήριξη *78*
Η σχέση και η στήριξη από το σύντροφο *79*
Η σχέση με την οικογένεια και η οικογενειακή στήριξη *80*
Η σχέση μητέρας-κόρης *81*
Η στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον *81*
Στάσεις προς την παρούσα κύηση *82*
Η ψυχική κατάσταση του συντρόφου *83*

Παράγοντες της προσωπικότητας και του τρόπου ζωής ... *83*
Ανησυχία και Άγχος ... 84
Συμπέρασμα για τους αιτιολογικούς παράγοντες ... *85*
Διάγνωση ... 86
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ... 88
3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ... 93
Δείγμα ... 93
Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων ... 94
Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων και Ατομικού Ιστορικού ... 94
Ερωτηματολόγιο των Ψυχολογικών Τύπων του Μ.Β.Τ.Ι. ... 96
Η ανάπτυξη του Μ.Β.Τ.Ι. ... *96*
Οι τύποι προσωπικότητας του Μ.Β.Τ.Ι. ... 96
Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτιμώμενης Κατάθλιψης του BECK ... 98
Εφαρμογές του BDI στην προγεννητική και επιλόχεια κατάθλιψη ... 99
Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων ... 100
4 ΚΕΦΑΛΑΙΟ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ... 103
Στατιστική Επεξεργασία ... 105
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ... 135
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ... 158
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ... 160

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α
1. Συγκατάθεση συμμετοχής στην έρευνα ... 162
2. Στοιχεία εγκύου-λεχωΐδας ... 163
3. Ερωτηματολόγιο αυτοεκτιμώμενης κατάθλιψης του Beck ... 164
4. Ερωτηματολόγιο των ψυχολογικών τύπων του Μ.Β.Τ.Ι. ... 167
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β
1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ... 172
Ψυχολογικές Θεωρίες ... 173
Συμπτώματα ... 177
Πορεία ... 179
Επιπτώσεις ... 180
Πρόληψη ... 181
Θεραπεία ... 182
2 Προγεννητική κατάθλιψη ... 186
Συμπτώματα ... 186
Θεωρητικές Προσεγγίσεις ... 187
Επιπτώσεις ... 188
Πορεία και Θεραπευτική Αντιμετώπιση ... 190
3 Επιλόχεια κατάθλιψη ... 194
Ιστορικά Στοιχεία ... 194
Επιλόχεια Μελαγχολία – Επιλόχεια Ψύχωση ... 195
Συμπτώματα ... 196
Θεωρητικές Προσεγγίσεις ... 198
Πορεία ... 201
Επιπτώσεις ... 202
Θεραπευτική Αντιμετώπιση ... 206
Σχέση των Ορμονών ... 209
4 Ερωτηματολόγιο των ψυχολογικών τύπων του Μ.Β.Τ.Ι. ... 213
5 Ερωτηματολόγιο αυτοεκτιμώμενης κατάθλιψης του Beck ... 226
6 Στατιστικές Αναλύσεις ... 241
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ... 265

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του χαρακτηριστικού Εξωστρέφειας (Ε) - Εσωστρέφειας (Ι) - στις πέντε μετρήσεις.....106
Πίνακας 2. Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Ε-Ι, ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την πρώτη μέτρηση. 107
Πίνακας 3. Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Ε-Ι, ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την δεύτερη μέτρηση.....107
Πίνακας 4. Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Ε-Ι, ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την τρίτη μέτρηση.....108
Πίνακας 5. Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Ε-Ι, ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την τέταρτη μέτρηση.....108
Πίνακας 6. Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Ε-Ι, ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την πέμπτη μέτρηση.....109
Πίνακας 7. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του χαρακτηριστικού Αίσθησης (S) -Διαίσθησης (N) στις πέντε μετρήσεις.....110
Πίνακας 8. Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού S-N, ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την πρώτη μέτρηση.....111
Πίνακας 9. Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού S-N, ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την δεύτερη μέτρηση.....111
Πίνακας 10. Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού S-N, ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την τρίτη μέτρηση.....112
Πίνακας 11. Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού S-N, ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την τέταρτη μέτρηση.....112
Πίνακας 12. Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού S-N, ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την πέμπτη μέτρηση.....113
Πίνακας 13. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του χαρακτηριστικού Νόησης (Τ) - Συναισθήματος (F) στις πέντε μετρήσεις.....114
Πίνακας 14. Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Τ- F, ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την πρώτη μέτρηση.....115
Πίνακας 15. Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Τ- F, ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την δεύτερη μέτρηση.....115
Πίνακας 16. Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Τ- F, ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την τρίτη μέτρηση.....116
Πίνακας 17. Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Τ- F, ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την τέταρτη μέτρηση.....116
Πίνακας 18. Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Τ- F, ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την πέμπτη μέτρηση.....117
Πίνακας 19. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του χαρακτηριστικού Κριτικής Θεώρησης (J)- Ευρύτερης Κατανόησης (P) στις πέντε μετρήσεις.....118
Πίνακας 20. Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού J- P, ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την πρώτη μέτρηση.....119
Πίνακας 21. Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού J- P, ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την δεύτερη μέτρηση.....119
Πίνακας 22. Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού J- P, ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την τρίτη μέτρηση.....120
Πίνακας 23. Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού J- P, ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την τέταρτη μέτρηση.....120
Πίνακας 24. Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού J- P, ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την πέμπτη μέτρηση.....121

Πίνακας 25. Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks'Λ.....121
Πίνακας 26. Ανάλυση διακύμανσης του χαρακτηριστικού J για τις πέντε μετρήσεις 122
Πίνακας 27. Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks'..... 123
Πίνακας 28. Ανάλυση διακύμανσης μεταξύ των χαρακτηριστικών J Κριτική Θεώρηση και P Ευρύτερη Κατανόηση κατά τις πέντε μετρήσεις.....123
Πίνακας 29. Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks'..... 124
Πίνακας 30. Ανάλυση διακύμανσης μεταξύ των χαρακτηριστικών S Αίσθηση και N Διαίσθηση κατά τις πέντε μετρήσεις..... 125
Πίνακας 31. Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks'Λ 126
Πίνακας 32. Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks'Λ 126
Πίνακας 33. Ανάλυση διακύμανσης μεταξύ των όλων των χαρακτηριστικών κατά τις πέντε μετρήσεις.....126
Πίνακας 34. Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks'..... 128
Πίνακας 35. Ανάλυση διακύμανσης μεταξύ των όλων των χαρακτηριστικών κατά τις πέντε μετρήσεις.....128
Πίνακας 36. Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, μέγιστη και ελάχιστη τιμή του ερωτηματολογίου κατάθλιψης BDI κατά τις τέσσερις μετρήσεις.....129
Πίνακας 37. Κριτήριο Greenhouse-Geisser. 129
Πίνακας 38. Δείκτες Συνάφειας Pearson r, μεταξύ των μετρήσεων κατάθλιψης....131
Πίνακας 39. Συντελεστές παλινδρόμησης. 131
Πίνακας 40. Συντελεστές παλινδρόμησης. 131
Πίνακας 41. Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks'Λ 132
Πίνακας 42. Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks'Λ 133
Πίνακας 43. Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks'Λ 133
Πίνακας 44. Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks'Λ 134
Πίνακας 45. Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks'Λ 134

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1. Πολύγωνο των μέσων όρων του χαρακτηριστικού J κατά τις 5 μετρήσεις 122

Σχήμα 2. Πολύγωνα των μέσων όρων των χαρακτηριστικών προσωπικότητας J και P κατά τις 5 μετρήσεις σε σχέση με την ηλικία.....124

Σχήμα 3. Πολύγωνο των μέσων όρων του χαρακτηριστικού προσωπικότητας S κατά τις 5 μετρήσεις σε σχέση με το εισόδημα.....125

Σχήμα 4. Μέσοι όροι χαρακτηριστικού S για τα δύο είδη τοκετού.....127

Σχήμα 5. Μέσοι όροι χαρακτηριστικού N για τα δύο είδη τοκετού.....127

Σχήμα 6. Μέσοι όροι χαρακτηριστικού J για τα δύο είδη τοκετού.....127

Σχήμα 7. Μέσοι όροι χαρακτηριστικού P για τα δύο είδη τοκετού.....127

Σχήμα 8. Πολύγωνο των μέσων όρων Κατάθλιψης.....129

Σχήμα 9. Πολύγωνο των μέσων όρων Κατάθλιψης και ηλικίας.....132

Σχήμα 10. Πολύγωνο των μέσων όρων Κατάθλιψης και εισοδήματος.....133

Σχήμα 11. Πολύγωνο των μέσων όρων Κατάθλιψης και είδους τοκετού.....133

Σχήμα 12. Πολύγωνο των μέσων όρων Κατάθλιψης και φύλου νεογνού.....134

Σχήμα 13. Πολύγωνο των μέσων όρων Κατάθλιψης και επιλογής κύησης.....134

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τους Comer και Goldman (1981) η μητρότητα αποτελεί το χρυσό μύθο της κοινωνίας και κάθε γυναίκα έχει τις δικές της προσδοκίες από τη μητρότητα (DelliQuadri, & Breckenridge, 1981) και η μητρότητα χαρακτηρίζεται από διαδοχικές προσαρμογές (Δραγώνα, 1987). Κατά τη Ρήγα (1991) η μητρότητα δεν είναι μόνο η ολοκληρωμένη έκφραση της γυναίκας, αλλά η γυναίκα εκφράζει την οντότητα της μέσα από τη μητρική λειτουργία της. Η ζωή και το πρόσωπο της δεν μειώνονται με τη μητρότητα, αλλά την ξεπερνούν ευρέως και είναι μητέρα με το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον, τα προβλήματα, τις επιτυχίες, τις αποτυχίες, τις προτιμήσεις, τα όνειρα, τις φιλοδοξίες, τις στερήσεις, τις φιλίες, τις οικογενειακές, συζυγικές και κοινωνικές της σχέσεις, την επαγγελματική, πολιτική και γεωγραφική της καταχώριση.

Η σύγχρονη αντίληψη αναγνωρίζει οτι η γέννηση και η ανατροφή των παιδιών δεν είναι ο μοναδικός προορισμός της γυναίκας (Ρήγα, 1991). Η ικανότητα της γυναίκας να κυοφορεί και να μεγαλώνει παιδιά με τη θέληση της, δεν είναι ο προορισμός της γυναίκας στη ζωή της, ίσως η μητρότητα να είναι ένας γυναικείος δρόμος ολοκλήρωσης που δίνει λαβές για αμφισβήτηση σε εκείνους, που εννοούν να επιβάλλουν την προσωπική τους άποψη για τον αληθινό προορισμό της γυναίκας. Σύμφωνα με τη Deutsh (1945) «αν η μητρότητα, πέρα από το να εκφράζει ψυχολογικά την προσφορά της γυναίκας στο είδος, γέμιζε από μόνη της και κατ' αποκλειστικότητα τον ψυχικό κόσμο της γυναίκας, η γυναίκα θα έχανε τα ατομικά της χαρακτηριστικά, θα κυριευόταν ολάκερη από το πνεύμα της μητρότητας, αλλά η μητρότητα και η θηλυκότητα δεν αποτελούν τις μοναδικές πηγές των ψυχικών δυνάμεων της γυναίκας».

Η μετάβαση στη μητρότητα, κυρίως όσον αφορά τις πρωτοτόκες γυναίκες, μπορεί να αποτελέσει ευκαιρία μίας περαιτέρω συναισθηματικής διαφοροποίησης μέσα από την αντιμετώπιση των δυσκολιών που προκύπτουν από την εφαρμογή της μητρότητας στη ζωή της γυναίκας (Δραγώνα, 1999). Η διαδικασία προσαρμογής στη μητρότητα δεν είναι ούτε απλή, ούτε εύκολη υπόθεση. Εκτός από τις συναισθηματικές, ψυχολογικές και σωματικές αλλαγές παρατηρούνται και αλλαγές

στις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις, καθώς η μητέρα αναλαμβάνει αυξημένες ευθύνες, αλλά και τις χαρές της μητρότητας (Windridge, & Berryman, 1996).

Η γυναίκα αντιλαμβάνεται πως στην εγκυμοσύνη μεταβάλλεται η προσωπικότητά της και συνειδητά ή ασυνείδητα προσπαθεί να αναγνωρίσει τις αλλαγές αυτές. Δέχεται πολλά ερεθίσματα, γνώμες και συμβουλές από φίλες, μέλη της οικογένειας, και κάποια από αυτά τα άτομα συχνά αποτελούν πρότυπα συμπεριφοράς για την ίδια (μητέρα, φίλες, δημόσια πρόσωπα κλπ). Έτσι, θέτει τον εαυτό της σε μια διαδικασία «θετικής» σύγκρισης, από την άποψη πως εντοπίζει κάποια άτομα στα οποία θέλει να μοιάσει και βρίσκεται σε μια συνεχή προσπάθεια αναγνώρισης των τομέων στους οποίους αισθάνεται πως τα καταφέρνει καλά και άλλων στους οποίους πρέπει ακόμη να προσπαθήσει. Όμως οι γυναίκες που ελπίζουν να αποκτήσουν μια σταθερή και ολοκληρωμένη προσωπικότητα μόνο μέσα από τη μητρότητα, δοκιμάζουν συχνά απογοήτευση. Η μητρότητα μπορεί να διευρύνει την προσωπικότητα της γυναίκας, αλλά δεν μπορεί να της εξασφαλίσει μια πραγματική ταυτότητα, η μητρότητα δεν αποτελεί ούτε υποχρεωτική, ούτε αναγκαία συνθήκη για κάτι τέτοιο. Αν όμως, η μητρότητα αντιμετωπιστεί σαν ένας από τους πολλούς ρόλους στη ζωή της γυναίκας, η διαδικασία της ολοκλήρωσης θα επακολουθήσει. Η μητρότητα δεν είναι παρά μια εμπειρία από τις πολλές που συντελούν στην ολοκλήρωση της γυναίκας σαν Άνθρωπο (DelliQuadri, & Breckenridge, 1981).

Η έγκυος χρειάζεται να επεξεργαστεί προηγούμενα αντιφατικά συναισθήματα που φέρνει στην επιφάνεια η εγκυμοσύνη που είναι μια αναπτυξιακή φάση στη ζωή της. Μέσα από αυτή την αναπτυξιακή φάση η γυναίκα ωριμάζει. Η ωρίμανση αυτή εξαρτάται από το επίπεδο της ψυχολογικής εξέλιξης που βρίσκεται η γυναίκα, από ψυχοβιολογικούς παράγοντες και από τις εμπειρίες της εγκυμοσύνης και τις ρυθμίσεις της νέας μητρότητας (Osofsky, & Osofsky, 1984).

Είναι γενικά αποδεκτό πως οι περισσότερες γυναίκες δεν «συμμορφώνονται» με το στερεότυπο μίας γυναίκας που «ανθίζει» από υγεία στην εγκυμοσύνη και αρκετοί μελετητές (Cox, Connor, & Kentell, 1982) έχουν κάνει παρατηρήσεις για τη φανερά υψηλή εμφάνιση ψυχιατρικών συμπτωμάτων κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (Kumar, & Robson, 1984).

Ο μύθος της ευτυχισμένης εγκύου αμφισβητείται και τείνει να αντικατασταθεί από πιο νηφάλιες θέσεις που δέχονται οτι η εγκυμοσύνη στοιχειοθετεί μια περίοδο κρίσης (όπως η εφηβεία και η εμμηνόπαυση) που οδηγεί σε μια «συναισθηματική ωρίμανση», που συνεχίζεται και μετά τον τοκετό. Η συναισθηματική αυτή κρίση και

ωρίμανση συνιστάται σε μια σειρά από προβληματισμούς. Η ελπίδα οτι η ζωή θα βρει τον παλιό της ρυθμό εγκαταλείπεται μια και η μητρότητα αλλάζει οριστικά, μόνιμα και ανεπιστρεπτί τη ζωή της γυναίκας. Ο βαθύς προβληματισμός πολλών γυναικών για τη σωστή αγωγή του μελλοντικού παιδιού, οι ανάλογες ανεπάρκειες και παλινδρομήσεις των απόψεων και των πρακτικών, η οδυνηρή παραδοχή οτι οι παραδοσιακές μέθοδοι κρύβουν αναγκαιότητα, βάζουν σε αμφιβολία τη νέα μητέρα για τη δυνατότητα της να αντεπεξέλθει στο νέο ρόλο. Η διάθεση του συντρόφου-πατέρα που θέλει να συνεχίσει τη ζωή του όπως παλιά, αδιαφορώντας για τη νέα κατάσταση δραματοποιεί την απομόνωση της (Νιτσόπουλος, 1987).

Πλήθος μελετών έχει εξετάσει το ερώτημα «κατά πόσο η μετάβαση στη γονική ιδιότητα μπορεί να χαρακτηρισθεί σαν φαινόμενο κρίσης». Η κυρίαρχη άποψη είναι οτι για περίπου το 20% των οικογενειών η μετάβαση στη γονική ιδιότητα αποτελεί πράγματι κρίση, ενώ για την πλειονότητα αποτελεί μια μεταβατική περίοδο που χαρακτηρίζεται από ενδοψυχικές και διαπροσωπικές ανακατατάξεις και διαπραγματεύσεις. Από τη στιγμή που το κάθε έμβρυο ανακοινώνει την άφιξη του, δρομολογείται μια διεργασία αποσταθεροποίησης. Πρόκειται για μια πολύπλοκη κρίση που αγγίζει πολλά επίπεδα, όπως το σωματικό, το ψυχικό, το διαπροσωπικό και το κοινωνικό. Η κρίση που χαρακτηρίζει τη μετάβαση στη γονική ιδιότητα δεν είναι γεγονός στιγμιαίο. Πρόκειται για μια αλυσίδα γεγονότων, αρθρωμένων σε μια πολύπλοκη και μακρά διεργασία, όπου τα πρόσωπα οι σχέσεις και τα εξωτερικά γεγονότα αλληλοδιαπλέκονται. Ο βαθμός διαφοροποίησης που έχουν πετύχει ο άνδρας και η γυναίκα σαν ξεχωριστά άτομα, αλλά και σαν ζευγάρι, όταν αποφασίσουν να γίνουν γονείς, έχει ουσιαστικές επιπτώσεις στο πώς να βιώσουν τη μετάβαση από ζευγάρι σε οικογένεια (Δραγώνα, 1992).

Την κρίση της εγκυμοσύνης ακολουθεί ο τοκετός που χαρακτηρίζεται ως το ζενίθ αυτής της κρίσης. Ο τοκετός είναι ένα ιδιαίτερα ξεχωριστό γεγονός στη ζωή μιας γυναίκας και απαιτεί όλες τις φυσικές και σωματικές δυνάμεις της. Αν η γυναίκα αξιοποιήσει τα ενεργειακά της αποθέματα, προσφέροντας τα κυρίως στο στάδιο της εξώθησης, τότε ο τοκετός έχει ένα έντονα θετικό χαρακτήρα. Οι εμπειρίες κατά τη διάρκεια του τοκετού μπορεί να είναι τόσο οδυνηρές και φορτισμένες με αγωνία, ώστε η κρίση να εντείνεται και να οξύνεται. Οι τραυματικές εμπειρίες του τοκετού μπορεί να δημιουργήσουν αρνητικά συναισθήματα απέναντι στο σύζυγο, στο παιδί και στο ρόλο της γυναίκας ως μητέρα (Ρήγα, 1991). Άρα, η γυναίκα πρέπει να προετοιμάζεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης κατάλληλα για την αξιοποίηση

των ενεργειακών της αποθεμάτων, έτσι ώστε να βιώσει τον τοκετό της σαν πρωταγωνίστρια και κεντρικό πρόσωπο της σκηνής της γέννας και όχι σαν καθοδηγούμενη μαριονέτα, εισπράττοντας δίκαια την ικανοποίηση της συμμετοχής στην Δημιουργία, που η Φύση προσφέρει στη γυναίκα.

Στην ελληνική κοινωνία η μητρότητα αποτελεί έναν ιδιαίτερα υπογραμμισμένο κοινωνικό θεσμό, αποτελεί μια κοινωνική θέση (Rushton, 1992). Παλαιότερα, στην ελληνική κοινωνία, μόλις η γυναίκα αποκτούσε το πρώτο παιδί της γινόταν, ξαφνικά, το επίκεντρο της γενικής προσοχής. Επιτέλους είχε έρθει η στιγμή που ο βασικός προορισμός της άρχιζε να διαγράφεται. Ακόμη και τα καπρίτσια της, όταν έμεινε έγκυος, γινόταν έγνοια για όλους. Δεν την φρόντιζε μόνο η οικογένεια της, τη φρόντιζε όλη η γειτονιά (Κατάκη, 1984).

Η εικόνα μίας νέας ημιανεξάρτητης γυναίκας, που μόλις έγινε μητέρα, δεν είναι μια παλιά παράδοση στην Ελλάδα. Η δημιουργία της πυρηνικής οικογένειας τροποποίησε τους ρόλους των συζύγων, όπως και των γονέων. Οι γυναίκες έγιναν κυρίαρχες του νοικοκυριού τους, καλές ή κακές μητέρες επιδεικνύοντας τις αδυναμίες και τα προτερήματα μίας ανθρώπινης προσωπικότητας και όχι μίας απόμακρης νοικοκυράς. Ο ρόλος της μητέρας έγινε απαιτητικός και προέκυψαν ερωτήματα σχετικά με την ποιότητα της μητρικής φροντίδας. Έτσι, η έμφαση μεταφέρθηκε στην ουσιαστική επικοινωνία. Στις τελευταίες δεκαετίες η ελληνική πραγματικότητα, έχει βελτιώσει τη θέση της απέναντι στη μητρότητα, οι μητέρες έχουν αποκτήσει περισσότερα νομικά δικαιώματα (Καρκάνη–Κούρου, 1998). Παράλληλα, η δημιουργία της πυρηνικής οικογένειας απομάκρυνε την έγκυο γυναίκα από την φροντίδα ολόκληρης της οικογένειας. Σήμερα οι ελληνίδες μητέρες βιώνουν κατά το πέρασμα τους στην μητρότητα, την κρίση της μητρότητας στα πεπερασμένα όρια της πυρηνικής τους οικογένειας. Η κοινωνική στήριξη είναι κατά πολύ περιορισμένη, η ανάγκη για ουσιαστική επικοινωνία και αναγνώριση των μεταβολών στην προσωπικότητα της εγκύου-λεχωΐδας είναι απαιτητική και γίνεται εντονότερη με τις διαταραχές που παρουσιάζονται κατά την διάρκεια της κύησης και της λοχείας, όπως είναι η προγεννητική και επιλόχεια κατάθλιψη.

Η τάση για εσωστρέφεια που παραδοσιακά αναπτύσσεται στην έγκυο για την καλύτερη επικοινωνία με το έμβρυο της και η ανάγκη για μοίρασμα με γυναίκες που βίωσαν ή βιώνουν την μητρότητα στα αρχικά της στάδια, συγκρούεται με την απομόνωση του διαμερίσματος. Η ανάγκη της γυναίκας να στραφεί στο νόημα της

εμπειρίας της μητρότητας μέσα από την εγκυμοσύνη και την λοχεία συγκρούεται από τους εξωτερικούς παράγοντες στο να δεχθεί άμεσα τα πραγματικά γεγονότα των εμπειριών και της ζωής. Η έγκυος γυναίκα και η νέα μητέρα βιώνουν πληθώρα νέων συναισθημάτων και νιώθουν την ανάγκη να εκφραστούν μέσα από τα συναισθήματα τους, όμως τα συναισθήματα τους συγκρούονται με τις επιταγές της λογικής που προκύπτουν από την η ευθύνη για την ανατροφή του νεογνού.

Η ανάγκη της γυναίκας να βιώσει την μοναδική εμπειρία της μετάβασής της στη μητρότητα την ωθεί στο να έχει μια παρόρμηση προς το απρόβλεπτο και της «στιγμής» όταν δρα, αντί να στοχεύει στο να ρυθμίζει και να ελέγχει την δράση της. Αλλά, η μητρότητα παρουσιάζεται με τις νέες ανάγκες και απαιτήσεις της και ζητά από την νέα μητέρα περισσότερο προγραμματισμένο και οργανωμένο τρόπο ζωής.

Πολλές φορές η πίεση που οδηγεί σε προσαρμογές τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας της γυναίκας γίνεται αιτία, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες της ζωής της, να εκδηλωθεί ή να επανεμφανιστεί κατάθλιψη, προγεννητική ή/και επιλόχεια. Τότε τα προβλήματα γίνονται περισσότερα και οι επιπτώσεις στο ζευγάρι και στο νεογνό τους μεγαλύτερες. Η εκδήλωση της προγεννητικής ή/και επιλόχειας κατάθλιψης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες που θα αναπτυχθούν παρακάτω. Δεν είναι όμως μόνο η κατάθλιψη που ταλαιπωρεί τις γυναίκες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας, το άγχος και η ανησυχία είναι επίσης κάποιοι επιβαρυντικοί παράγοντες.

Στην διατριβή αυτή μελετούνται οι πιθανές μεταβολές που μπορούν να εκδηλωθούν σε κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητα της πρωτοτόκου γυναίκας κατά την μετάβαση της στην μητρότητα και η σχέση των πιθανών αυτών μεταβολών με την εκδήλωση της προγεννητικής ή/και επιλόχειας κατάθλιψης, που αποτελεί τη συχνότερη διαταραχή κατά την περίοδο της μετάβασης στην μητρότητα.

Η μοναδική προσωπικότητα της κάθε γυναίκας αποτελείται από πολυάριθμα χαρακτηριστικά. Όμως υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά που συνδέονται άμεσα με τον τρόπο που βιώνει η γυναίκα την καθημερινότητα της και που παράλληλα αποτελούν χαρακτηριστικά του μητρικού ρόλου. Τέτοια χαρακτηριστικά, όπως η Εσωστρέφεια και η Εξωστρέφεια έχουν ερευνηθεί. Στην μελέτη αυτή γίνεται προσπάθεια διερεύνησης εκτός της Εσωστρέφειας και της Εξωστρέφειας, της Διαίσθησης και της Σκέψης, της Λογικής και του Συναισθήματος, της Κριτικής Θεώρησης και της Ευρύτερης Κατανόησης. Με σκοπό να σκιαγραφηθεί η πίεση στην

προσωπικότητα της γυναίκας και να διερευνηθεί αν η πίεση αυτή συνδέεται με την εκδήλωση της κατάθλιψης στην περίοδο της κύησης και της λοχείας.

Οι πληροφορίες που θα προκύψουν από αυτή τη μελέτη θα είναι χρήσιμες στην κατανόηση του ψυχισμού της γυναίκας κατά την μετάβαση της στην μητρότητα και θα βοηθήσουν τους λειτουργούς υγείας που ασχολούνται με την μητρότητα, όπως γυναικολόγοι, μαίες, ψυχολόγοι, παιδίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, να στηρίξουν την γυναίκα στο ταξίδι της προς την μητρότητα, μακριά από ύφαλους καταθλιπτικών διαταραχών.

Τα αποτελέσματα της μελέτης των μεταβολών των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της σχέσης τους με την εκδήλωση της προγεννητικής και της επιλόχειας κατάθλιψης θα μπορούσαν να είναι ερεθίσματα για την διερεύνηση και άλλων ψυχικών καταστάσεων που σχετίζονται με την μητρότητα, όπως το άγχος, η ανησυχία, η αυτοεκτίμηση και τα θετικά συναισθήματα που ξεφεύγουν από τα όρια της παρούσας διατριβής.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση βιβλιογραφικών δεδομένων γενικά για την προσωπικότητα και παρουσίαση ευρημάτων των μελετών που εστιάστηκαν στην διάρκεια της κύησης ή/και της λοχείας και σε σχέση με χαρακτηριστικά προσωπικότητας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση βιβλιογραφικών δεδομένων γενικά για την κατάθλιψη, κατόπιν παρουσιάζονται βιβλιογραφικά δεδομένα και μελέτες που αφορούν ειδικά την προγεννητική και την επιλόχεια κατάθλιψη.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην μελέτη αυτή, περιγράφεται το δείγμα, τα εργαλεία και η διαδικασία συλλογής των δεδομένων.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την επεξεργασία των στοιχείων που συλλέχθηκαν από το ίδιο δείγμα σε πέντε διαδοχικές δειγματοληψίες. Για την καλύτερη περιγραφή των αποτελεσμάτων παρατίθενται οι απαραίτητοι πίνακες και διαγράμματα. Στη συνέχεια γίνεται η συζήτηση επί των αποτελεσμάτων, αναφέρονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την συζήτηση και γίνονται προτάσεις για την συνέχιση της έρευνας στον τομέα της ψυχικής υγείας της γυναίκας κατά την περίοδο της μετάβασης της στην γονική ιδιότητα.

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Ακολουθούν δύο παραρτήματα το ένα με τα συνοδευτικά έγγραφα και με τα εργαλεία συλλογής των δεδομένων και το άλλο με συμπληρωματικά στοιχεία των προηγούμενων κεφαλαίων.

Η εργασία ολοκληρώνεται με την παρουσίαση της βιβλιογραφίας που χρησιμοποιήθηκε για την συγγραφή αυτής της διατριβής.

Στην αρχή των κεφαλαίων και των υποκεφαλαίων, με πλάγια γράμματα, αναφέρεται σε συντομία το περιεχόμενο που θα ακολουθήσει. Ενώ, στο τέλος των κεφαλαίων και των υποκεφαλαίων, με πλάγια γράμματα, παρουσιάζεται μια μικρή περίληψη των όσων έχουν αναφερθεί στο ανάλογο κεφάλαιο ή υποκεφάλαιο.

Κεφάλαιο 1

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια σύντομη παρουσίαση του ορισμού της προσωπικότητας, των παραγόντων που διαμορφώνουν την προσωπικότητα, που είναι η κληρονομικότητα και το περιβάλλον, περιγράφονται συνοπτικά οι επικρατέστερες θεωρίες της προσωπικότητας και παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Επίσης γίνεται αναφορά στους τρόπους και τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της προσωπικότητας. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι μελέτες που έχουν γίνει κατά την διάρκεια της κύησης ή/και της λοχείας που αφορούν χαρακτηριστικά προσωπικότητας.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Οι προσπάθειες των μελετητών να κατανοήσουν την προσωπικότητα και να την τυποποιήσουν είναι παλιές (Νασιάκου, 1982), έτσι προέκυψαν αρκετοί ορισμοί της προσωπικότητας (Pervin, & John, 1999).

«Προσωπικότητα είναι το σύνολο των σωματοψυχικών χαρακτηριστικών του ατόμου και κυρίως ο ιδιαίτερος τρόπος με τον οποίο τα χαρακτηριστικά συνδέονται και οργανώνουν ένα ενιαίο σύνολο. Ο όρος, δηλαδή, χρησιμοποιείται για να δηλωθεί η δυναμική οργάνωση του συνόλου των σωματικών χαρακτηριστικών, των αντιληπτικών και νοητικών ικανοτήτων, της συναισθηματικής ιδιοσυγκρασίας, της βουλήσεως και του χαρακτήρα του ατόμου» (Παρασκευόπουλος, 1992).

«Προσωπικότητα είναι η συνισταμένη της δυναμικής συνεργίας όλων των ψυχικών και σωματικών χαρακτηριστικών, καθώς και των λειτουργιών ενός ατόμου, όπως αυτά προκαθορίστηκαν με τις κληρονομικές καταβολές και εξελίχθηκαν και ετεροποιήθηκαν από το φυσικό και πολιτιστικό του περιβάλλον. Η συνισταμένη αυτή καθορίζει το μοναδικό τρόπο προσαρμογής του ατόμου στη ζωή και το μέτρο του επηρεασμού των υπολοίπων ατόμων, είναι μοναδική και διαφοροποιεί το άτομο από τα υπόλοιπα άτομα» (Χασάπης, 1970).

«Η προσωπικότητα αντιπροσωπεύει εκείνα τα χαρακτηριστικά του ατόμου που καλύπτουν σταθερά σχήματα συναισθημάτων, σκέψης και συμπεριφοράς» (Ποταμιάνος, 1999).

Όλοι οι παραπάνω ορισμοί της προσωπικότητας εκφράζουν ένα κοινό τόπο. Κοινός τόπος όλων των ορισμών της προσωπικότητας είναι οτι τα δομικά στοιχεία της προσωπικότητας είναι τα χαρακτηριστικά της και οτι η σταθερότητα της προσωπικότητας συνίσταται στη μεταξύ των χαρακτηριστικών σύνδεση και σχέση.

Παράγοντες διαμόρφωσης της προσωπικότητας

Με τη διαπίστωση οτι οι παράγοντες που καθορίζουν την ανάπτυξη και τροποποίηση της προσωπικότητας είναι ο γενετικός και ο περιβαλλοντικός, οι μελετητές προχώρησαν στην αξιολόγηση των παραγόντων στην προσπάθεια τους να αποδείξουν ποιος είναι ο ισχυρότερος (Νασιάκου, 1999).

Ο όρος «κληρονομικότητα» δηλώνει όλες τις βιολογικές δυνάμεις, τις οποίες κάθε άτομο λαμβάνει από τα χρωματοσώματα των γονιών του. Από τους γονείς και τους προγόνους η ανθρώπινη ύπαρξη *δεν* κληρονομεί έτοιμα διαμορφωμένα σωματικά, πνευματικά και ψυχικά χαρακτηριστικά. Κληρονομεί δυνάμεις και δυνατότητες, ένα ακατέργαστο δυναμικό υλικό, το οποίο με τη βοήθεια άλλων παραγόντων διαμορφώνει τα βιολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Ο βαθμός ανάπτυξης ορισμένων βιολογικών χαρακτηριστικών εξαρτάται από τη δύναμη της βιολογικής καταβολής και από την ευεργετική επίδραση του περιβάλλοντος. Το ίδιο ισχύει και για τα πνευματικά χαρακτηριστικά, τα οποία δεν είναι κληρονομικά προκαθορισμένα ή αμετάβλητα ή ανεπίδεκτα βελτίωσης, αλλά αυξάνουν ή μειώνονται ανάλογα με το βαθμό καλλιέργειας που δέχονται (Χαραλαμπόπουλος, 1993).

Ο όρος «περιβάλλον» δηλώνει κάθε τι, που έρχεται σε άμεση ή έμμεση επαφή με τον οργανισμό ενός ατόμου και σε κάθε στιγμή της ζωής του το επηρεάζει. Πρόκειται δηλαδή για το σύνολο των επιδράσεων που δέχεται η αναδυόμενη προσωπικότητα από τη στιγμή της σύλληψης μέχρι τη στιγμή του θανάτου. Στην έννοια του περιβάλλοντος συμπεριλαμβάνονται οι επιδράσεις του ενδοκυτταρικού, του ενδομητρίου, του φυσικού, του πολιτιστικού, του κοινωνικού και του ψυχολογικού περιβάλλοντος (Χαραλαμπόπουλος, 1993).

Η προσωπικότητα επηρεάζεται και διαμορφώνεται από τους κανόνες και τους θεσμούς του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου, αλλά και από τις αξίες, ιδέες, αντιλήψεις, νοοτροπίες των ομάδων ή των υποσυνόλων. Οι επιδράσεις του περιβάλλοντος είναι άπειρες και η σημασία τους πάνω στη διαμόρφωση της προσωπικότητας είναι τόσο καθοριστική όσο και οι επιδράσεις των γεννητικών παραγόντων (Νασιάκου, 1982). Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας περιλαμβάνονται και οι επιδράσεις που δέχεται η γυναίκα κατά την κύηση και κατά τη λοχεία, όπως οι βιολογικές και οι ενδοκρινολογικές αλλαγές, που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της κύησης που μπορούν να προκαλούν μεγάλες ψυχολογικές επιδράσεις στις γυναίκες.

Η ανθρώπινη προσωπικότητα, στην αναπτυξιακή της πορεία, μεταβάλλει τις δυνάμεις που διαθέτει σε επίκτητα προσόντα και αντιμετωπίζει τις παρουσιαζόμενες κοινωνικές απαιτήσεις. Σε κάθε φάση της εξέλιξής του το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με νέες απαιτήσεις και καινούργιες προσδοκίες, που προέρχονται από την κοινωνία που το περιβάλλει. Από τις εσωτερικά αναπτυσσόμενες και διευρυνόμενες δυνάμεις και τις εξωτερικά εμφανιζόμενες κοινωνικές προσδοκίες και απαιτήσεις, προσδιορίζεται, αναδύεται και εμφανίζεται ένα σύνολο χαρακτηριστικών γνωρισμάτων, το οποίο στη δυναμική του οργάνωση αποτελεί την προσωπικότητα του κάθε ατόμου. Τα γεγονότα της ζωής επιδρούν στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του ανθρώπου. Ένα τέτοιο γεγονός είναι και η εγκυμοσύνη και η απόκτηση παιδιού.

Η εγκυμοσύνη κάνει εμφανή την παρουσία της με την εμφάνιση των "φυσιολογικών" μεταβολών του σώματος. Εκτός από τις μεταβολές αυτές της κύησης, η έγκυος νιώθει να αποκτά νέους οικογενειακούς και κοινωνικούς ρόλους. Έτσι η προκύπτουσα «κρίση ταυτότητας» της εγκύου οδηγεί σε μεταβολές του χαρακτήρα και της προσωπικότητας της, αφού α) ο εσωτερικός της κόσμος αναμορφώνεται και γίνεται ευάλωτος, καθώς η έγκυος χάνει πρόσκαιρα την αίσθηση των ακριβών ορίων του σώματος της και επηρεάζεται από την ιδέα του άλλου για την εμφάνιση της, β) πρέπει να αποδεχθεί, κατ' αρχήν, την παρουσία μιας νέας ζωής μέσα στον οργανισμό της, μετά να συνειδητοποιήσει οτι η νέα ζωή αποτελεί μια άλλη ζωή, με την οποία θα συμβιώσει για μήνες και κατόπιν θα την αποχωριστεί (Γκιόκα, Κανδύλης, Καμπούρης, & Ασπραδάκης, 2001)

Θεωρίες της προσωπικότητας

Η θεωρία της προσωπικότητας πρέπει να απαντά στα ερωτήματα *τί, πώς* και *γιατί*. Το «τί» αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του ατόμου, και στον τρόπο με τον οποίο αυτά είναι οργανωμένα, το ένα σε σχέση με το άλλο. Το «πώς» έχει να κάνει με τις παραμέτρους της προσωπικότητας ενός ατόμου. Το «γιατί» αναφέρεται στα αίτια της συμπεριφοράς του. Οι απαντήσεις παραπέμπουν στα κίνητρα του ατόμου, δηλαδή τι είναι αυτό που κάνει το άτομο να κινείται και γιατί προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση (Ποταμιάνος, 1999).

Ψυχαναλυτική θεωρία

Ο ιδρυτής της Sigmund Freud (1856-1939) υποστήριζε οτι ο ψυχικός κόσμος του ατόμου χαρακτηρίζεται από αλληλοσυγκρουόμενες δυνάμεις που είναι μερικές φορές συνειδητές, αλλά τις περισσότερες φορές παραμένουν ασυνείδητες. Οι δύο βασικές δυνάμεις περιγράφονται σαν δύο βασικά ένστικτα: το ένστικτο της ζωής και το ένστικτο του θανάτου.

Το *ένστικτο της ζωής* είναι η ηδονή, η ευχαρίστηση, η πηγή της κινητοποίησης, ενεργοποίησης και δημιουργίας. Αυτή την ψυχική ενέργεια ο Freud την ονόμασε *libido*.

Το *ένστικτο του θανάτου* λειτουργεί αντίθετα από το ένστικτο της ζωής. Όταν το ένστικτο του θανάτου στρέφεται προς το ίδιο το άτομο, εκδηλώνεται μέσα από αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, ενώ όταν κατευθύνεται προς τους άλλους εκφράζεται μέσα από επιθετική συμπεριφορά.

Ο Freud ήταν ο πρώτος που τόνισε τη σημασία της παιδικής ηλικίας. Ισχυρίστηκε οτι οι πρωταρχικές εμπειρίες της ευχαρίστησης και του πόνου στη ζωή παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου. Η πηγή των νευρώσεων βρίσκεται στις παιδικές οδυνηρές εμπειρίες, που το άτομο απωθεί στο ασυνείδητο. Το Φροϋδικό ψυχικό όργανο κατέχει την κεντρική θέση στην ψυχαναλυτική θεωρία. Αποτελεί σύνολο υποθετικών δομών, που δεν σχετίζεται άμεσα με τις βιολογικές διαδικασίες του Κ. Ν. Σ. και παρά ταύτα διαρθρώνεται σε λειτουργικά επίπεδα και αναπτύσσεται σταδιακά, υποκείμενο στην επίδραση εξωτερικών (οικογενειογενών, κοινωνιογενών) και εσωτερικών μεταβλητών. Υποθέτουμε οτι το περιεχόμενο του "ψυχικού οργάνου" (κίνητρα, σκέψεις, συναισθήματα) καταλαμβάνει χώρο. Έτσι διακρίνουμε με αυτόν τον τρόπο:

Το συνειδητό: Βρίσκεται στην συνειδησιακή επιφάνεια και περιλαμβάνει όλα όσα εμπίπτουν στην επίγνωση του ατόμου κάθε στιγμή.

Το προσυνείδητο: Κατέχει μια ενδιάμεση θέση ανάμεσα στο συνειδητό και το ασυνείδητο, αποτελεί στην ουσία διάδρομο επικοινωνίας συνειδητού-ασυνείδητου. Το υλικό που βρίσκεται σε αυτό τον διάδρομο ανακαλείται στον χώρο του συνειδητού με βουλητική προσπάθεια.

Το ασυνείδητο: Καταλαμβάνει το μεγαλύτερο χώρο και κατασκηνώνει στο βάθος (ψυχολογία του βάθους= η μελέτη ασυνειδήτου), μακριά από την συνειδησιακή επιφάνεια. Ό,τι περιέχει είναι ανεπίγνωστο για το άτομο (ενστικτώδεις τάσεις, ορμές και απωθημένο από την συνείδηση υλικό).

Σύμφωνα πάντα με τον Freud, η δομή του εσωτερικού ψυχικού κόσμου του κάθε ανθρώπου διακρίνεται σε τρία συστήματα που το κάθε ένα έχει διαφορετική λειτουργία: το *Εκείνο* (id), το *Εγώ* (ego) και το *Υπερεγώ* (superego).

Το Εκείνο είναι η αποθήκη της ψυχικής ενέργειας. Εκεί εναποτίθενται όλες οι ενστικτώδεις παρορμήσεις (πείνα, δίψα, σεξουαλική ικανοποίηση κ.α.) που δίνουν ενέργεια στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Επίσης συμπεριλαμβάνει τις κληρονομικές επιδράσεις και τις αποθηκευμένες προηγούμενες εμπειρίες από τη ζωή του ατόμου. Αποτελεί μια ασυνείδητη δύναμη η οποία δεν έχει καμία σύνδεση με την πραγματικότητα. Κυριαρχείται από την αρχή της ηδονής, με άλλα λόγια το μόνο που το ενδιαφέρει είναι η ικανοποίηση των προσωπικών αναγκών. Όταν το Εκείνο δεν μπορεί να ικανοποιήσει μια επιθυμία, η ενέργειά του μετατρέπεται σε φαντασιώσεις και ασυνείδητες εικόνες του επιθυμητού που εκφράζονται στα όνειρα, στις παραδρομές της γλώσσας, στα παιχνίδια των παιδιών, στη φαντασία των ενηλίκων και στις ψευδαισθήσεις των ψυχωτικών. Επίσης το Εκείνο είναι άχρονο, διότι οι απωθημένες εμπειρίες δεν είναι διευθετημένες μέσα του με χρονική τάξη και είναι άλογο γιατί δεν ορίζεται από καμία λογική.

Το Εγώ διαμορφώνεται καθώς το βρέφος μεγαλώνει και το Εκείνο αρχίζει αναγκαστικά να διαμορφώνει τις επιθυμίες του σύμφωνα με τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Εμφανίζεται γύρω στον 6° μήνα της ζωής και παίζει το ρόλο του μεσολαβητή ανάμεσα στο Εκείνο (με τις άλογες ορμές του) και στις απαιτήσεις του εξωτερικού κόσμου. Λειτουργεί βάση της αρχής της πραγματικότητας και είναι συνειδητό. Το Εγώ αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου.

Ένα μέρος από το Εκείνο μετατρέπεται κατά τα πέντε πρώτα χρόνια της ζωής σε Εγώ. Ακριβώς γι' αυτό το λόγο οι εμπειρίες και οι σχέσεις που θα αναπτύξει το παιδί σ' αυτό το χρονικό διάστημα θα παίξουν καθοριστικό ρόλο στην ισχύ που θα αποκτήσει το Εγώ του ατόμου. Η ισχύς του Εγώ αφορά τη δυνατότητα που έχει να ρυθμίζει με αποτελεσματικό τρόπο τις παρορμήσεις που πηγάζουν από το Εκείνο και τις απαιτήσεις που επιβάλει η εξωτερική πραγματικότητα.

Το Υπερεγώ είναι το σύστημα που περιλαμβάνει το σύνολο των κανόνων, των ηθικών επιταγών, των αξιών και των ιδανικών που επιβάλλει η κοινωνία και που μεταφέρονται στο άτομο μέσα από την οικογένειά του. Συνεργάζεται με το Εγώ στην αναζήτηση ιδανικών λύσεων, αναστέλλοντας τις παρορμήσεις που προέρχονται από το Εκείνο. Όταν το Εγώ παραλείπει ή αρνείται να εκτελέσει τις κοινωνικές επιταγές του Υπερεγώ, τότε το άτομο βιώνει συναισθήματα ενοχής και του δημιουργείται άγχος. Το άγχος είναι ένα προειδοποιητικό μήνυμα οτι το Εγώ δεν είναι αποτελεσματικό στον συντονιστικό του ρόλο.

Ο Freud ισχυρίζεται οτι τα τρία αυτά συστήματα βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση. Υποστηρίζει οτι το Εκείνο αποτελεί το ασυνείδητο σύστημα (τον υπόγειο χώρο των παρορμήσεων και των απωθημένων εμπειριών), του οποίου το περιεχόμενο γίνεται σπάνια αντιληπτό. Θεωρεί το Υπερεγώ σαν το συνειδητό σύστημα που επεξεργάζεται τις εμπειρίες και στηρίζεται στη λογική, την επιστήμη, στην τέχνη, στο ιδεώδες. Το Εγώ βρίσκεται ανάμεσα στα δύο άλλα συστήματα και διαθέτει στοιχεία τόσο από το Εκείνο όσο και από το Υπερεγώ. Όταν δεν αντέχει τις απαιτήσεις του Υπερεγώ ή δεν ελέγχει τις απαιτήσεις που προέρχονται από το Εκείνο, κινητοποιεί αυτόματα και ασυνείδητα ορισμένους αμυντικούς μηχανισμούς για να μετριάσει το άγχος και την ένταση που βιώνει.

Σύμφωνα με τον Freud, σκοπός των μηχανισμών αυτών είναι να παραποιήσουν ή να αρνηθούν την πραγματικότητα. Ουσιαστικά δεν μεταβάλλουν τις εξωτερικές συνθήκες, αλλά μεταβάλλουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζει την πραγματικότητα. Κάθε άτομο χρησιμοποιεί αμυντικούς μηχανισμούς που θεωρούνται φυσιολογικές αντιδράσεις στη διαδικασία της προσαρμογής του. Όταν όμως καταφεύγει συστηματικά στη χρήση των αμυντικών μηχανισμών που γίνονται κυρίαρχος τρόπος αντίδρασης του ατόμου στα προβλήματα της ζωής, τότε οι συνέπειες είναι παθολογικές.

Οι κυριότεροι *αμυντικοί μηχανισμοί* είναι οι ακόλουθοι:

Η *απώθηση* είναι η διαδικασία κατά την οποία το Εγώ απωθεί στο ασυνείδητο σκέψεις ή επιθυμίες που απειλούν την ακεραιότητά του. Η *άρνηση* της πραγματικότητας χρησιμοποιείται από το άτομο όταν απειλείται από έντονα και επώδυνα συναισθήματα που απειλούν την ψυχική του ακεραιότητα. Η *προβολή* χρησιμοποιείται όταν το άτομο αποδίδει επώδυνες και μη αποδεκτές σκέψεις, συναισθήματα ή προθέσεις σε άλλα άτομα, καταστάσεις ή αντικείμενα. Η *μετάθεση* αφορά την ψυχική διαδικασία κατά την οποία το άτομο μετατοπίζει τα συναισθήματα και το άγχος του σε άλλα πρόσωπα ή αντικείμενα ή στόχους που είναι περισσότερο αποδεκτοί. Ένα είδος μετάθεσης είναι η *μετουσίωση*. Συμβάλει στην εξέλιξη του πολιτισμού και αφορά τη μετάθεση ψυχικής ενέργειας προς μη σεξουαλικούς στόχους, ώστε να αποφεύγεται η σύγκρουση με τις κοινωνικές συνθήκες μέσα στις οποίες ζει το άτομο. Αυτοί οι στόχοι μπορεί να αφορούν τη διανοητική ενέργεια, την αγάπη, την φιλία, κ.α. Η *ταύτιση* αποτελεί ένα μηχανισμό κατά τον οποίο υιοθετεί σκέψεις, συναισθήματα ή συμπεριφορές άλλου. Η *παλινδρόμηση* αποτελεί ένα μηχανισμό που κινητοποιεί το άτομο όταν βρίσκεται αντιμέτωπο με κάποια απειλητική κατάσταση ή οδυνηρά συναισθήματα και σκέψεις, με αποτέλεσμα να αναπτύσσει μια συμπεριφορά που είναι χαρακτηριστική ενός προηγούμενου εξελικτικού σταδίου. Η *αντίδραση με το αντίθετο* χρησιμοποιείται όταν το άτομο αντικαθιστά ένα συναίσθημα, μια σκέψη ή μια ορμή που του προκαλεί άγχος με ακριβώς το αντίθετο συναίσθημα, σκέψη ή ορμή. Η *εκλογίκευση* αφορά το μηχανισμό άμυνας κατά τον οποίο το άτομο χρησιμοποιεί τη λογική για να απωθήσει επώδυνα συναισθήματα, επιθυμίες ή σκέψεις που του προκαλούν έντονο stress. Με λογικά επιχειρήματα προσπαθεί να αποδείξει στον εαυτό του και στους άλλους οτι οι πράξεις, οι επιθυμίες και τα κίνητρα της συμπεριφοράς του είναι ορθά και συνεπώς αποδεκτά. Ένα είδος εκλογίκευσης είναι η *νοηματοποίηση*, κατά την οποία το άτομο προσπαθεί να απομακρύνει ή να εξουδετερώσει το συναίσθημα που συνοδεύει κάποια πράξη που του προκαλεί αναστάτωση, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην καθαρά νοηματική επεξεργασία της εμπειρίας που το απειλεί. Οι αμυντικοί μηχανισμοί συμβάλλουν στην προσαρμογή του ατόμου, βοηθώντας το να ανακουφιστεί, έστω και παροδικά, από τη συναισθηματική ένταση που του προκαλεί μια αγχογόνος κατάσταση. Στην περίπτωση που η χρήση των μηχανισμών αυτών είναι συστηματική και γίνεται ο κυρίαρχος τρόπος με τον οποίο το άτομο αντιμετωπίζει τις δυσκολίες της ζωής, τότε οι επιπτώσεις είναι βλαβερές για το άτομο που αποπροσανατολίζεται και αναπτύσσει μια εξωπραγματική αντίληψη του κόσμου.

Σύμφωνα με τον Freud, η προσωπικότητα αναπτύσσεται μέσα από τέσσερα ψυχοσεξουαλικά στάδια. Το καθένα από αυτά χαρακτηρίζεται από μια συγκεκριμένη περιοχή του σώματος που ονομάζεται «ερωτογενής ζώνη» και η οποία παίζει κυρίαρχο ρόλο, διότι σ' αυτήν την περιοχή συγκεντρώνονται οι σεξουαλικές ορμές και η ψυχική ενέργεια του παιδιού. Τα τέσσερα αυτά στάδια είναι το στοματικό, το πρωκτικό, το φαλλικό και το γενετικό.

Το *στοματικό στάδιο* διαρκεί τους πρώτους δώδεκα μήνες της ζωής του βρέφους και οι ικανοποιήσεις που δέχεται προέρχονται από την περιοχή του στόματος. Ο ρόλος του βρέφους στο στάδιο αυτό είναι παθητικός και εξαρτάται από το περιβάλλον του. Αν νιώσει, οτι ικανοποιούνται οι ανάγκες, του διαμορφώνει μια θετική εικόνα ενός εξωτερικού κόσμου που είναι γενναιόδωρος, αν νιώσει οτι δεν ικανοποιούνται μπορεί να παρουσιάσει αργότερα εξάρτηση από τους άλλους, παθητική στάση απέναντι στη ζωή, υπερβολική πολυφαγία, κάπνισμα, φλυαρία, κ.α.

Το *πρωκτικό στάδιο* χαρακτηρίζει κυρίως το δεύτερο στάδιο της ζωής του ατόμου κατά το οποίο αναπτύσσει την ικανότητα ελέγχου των σφικτήρων. Η ψυχική ενέργεια αποσύρεται από το στόμα και εστιάζεται στον πρωκτό, και εκφράζει την πρώτη ενεργή συμμόρφωσή του προς το περιβάλλον. Αν οι απαιτήσεις του περιβάλλοντος είναι υπερβολικές και το παιδί δεν επιλύσει τις συναισθηματικές συγκρούσεις μπορεί να «καθηλωθεί» στο στάδιο αυτό, η καθήλωση εκφράζεται αργότερα με υπερβολική σημασία στην τάξη, την καθαριότητα, τη συστηματική συλλογή αντικειμένων, την τσιγγουνιά, τα απότομα ξεσπάσματα θυμού, χαρά, κ.α.

Το *φαλλικό στάδιο* διαρκεί από το τρίτο ως το πέμπτο έτος της ζωής και η ψυχική ενέργεια συγκεντρώνεται στα γεννητικά όργανα, δυναμώνουν τα συναισθήματα τρυφερότητας προς το γονιό του άλλου φύλου, το παιδί αναπτύσσει ασυνείδητες σεξουαλικές επιθυμίες προς τους γονείς του. Το στάδιο αυτό ονομάζεται περίοδος «Οιδιπόδειου συμπλέγματος» για τα αγόρια και «συμπλέγματος της Ηλέκτρας» για τα κορίτσια. Η επίλυση της σύγκρουσης των ασυνείδητων επιθυμιών βρίσκεται στη διαδικασία ταύτισης του παιδιού με το γονέα του ίδιου φύλου.

Το *στάδιο της λανθάνουσας περιόδου* διαρκεί από τα 5-6 χρόνια ως την αρχή της εφηβείας, όπου οι σεξουαλικές ορμές παραμένουν σε λανθάνουσα κατάσταση γιατί το παιδί απασχολείται με την εκμάθηση των κοινωνικών και γνωστικών ικανοτήτων.

Το *γενετικό στάδιο* αρχίζει με την εφηβεία και διαρκεί μέχρι την ενηλικίωση. Η ψυχική ενέργεια συγκεντρώνεται στα γεννητικά όργανα και η ευχαρίστηση απορρέει από τη συνουσία. Ο έφηβος βιώνει βιολογικές αλλαγές και αρχίζει να διαμορφώνει την νέα σεξουαλική εικόνα για τον εαυτό του.

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία τα ψυχολογικά και ψυχοσωματικά προβλήματα προκαλούνται από τις συγκρούσεις ανάμεσα στις ενστικτώδεις ορμές του Εκείνο και τις πιέσεις που ασκεί το Εγώ ή το Υπερεγώ στο Εκείνο. Η σύγκρουση δημιουργεί ψυχική ένταση που το άτομο προσπαθεί να μετριάσει με τους μηχανισμούς άμυνας. Όταν η σύγκρουση είναι ιδιαίτερα έντονη και οι μηχανισμοί άμυνας αποτελούν τον συστηματικό τρόπο αντιμετώπισης των δυσκολιών, τότε εμφανίζονται διαταραχές συμπεριφοράς ή προσαρμογής ή σωματικές διαταραχές.

Η ψυχαναλυτική θεραπεία στοχεύει να βοηθήσει το άτομο να συνειδητοποιήσει τις ασυνείδητες συγκρούσεις, δεν αποβλέπει στην άμεση τροποποίηση της συμπεριφοράς, αλλά δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην αυτογνωσία. Η ψυχαναλυτική θεραπεία είναι μια μακροχρόνια εντατική θεραπεία και οι βασικότερες τεχνικές της είναι οι «ελεύθεροι συνειρμοί» και η «ανάλυση των ονείρων».

Θεωρία της συμπεριφοράς

Η θεωρία της συμπεριφοράς ή συμπεριφερισμός ιδρύθηκε από τον John Watson (1914) και υποστηρίζει οτι η ανθρώπινη συμπεριφορά καθορίζεται από τις περιβαλλοντικές επιδράσεις. Στηρίζεται στην άμεση παρατήρηση των ερεθισμάτων που προκαλούν και ενισχύουν τη αντίδραση της συμπεριφοράς καθώς και των συνθηκών που μπορούν να την ελέγχουν και να την επηρεάζουν.

Οι συμπεριφεριστές ψυχολόγοι συγκεντρώνουν τις προσπάθειες τους στη συλλογή στοιχείων με στόχο να εντοπίσουν ποια είναι εκείνα τα ερεθίσματα και οι συνθήκες του περιβάλλοντος που συνδέονται άμεσα με τις απαντήσεις και προκαλούν τις παραλλαγές της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Η θεωρία της συμπεριφοράς αναφέρεται συχνά με την επωνυμία S-R, που σημαίνει stimulus-response, γιατί ενδιαφέρεται ειδικά για το ερέθισμα και την αντίδραση που το ερέθισμα προκαλεί στον οργανισμό, δηλαδή στην απάντηση του οργανισμού στο ερέθισμα. Η θεωρία αυτή είναι ακόμη γνωστή και με το όνομα «μαύρο κουτί», γιατί υποστηρίζει οτι τη μεγαλύτερη σημασία για τον καθορισμό της συμπεριφοράς έχει ο προσδιορισμός της σύνδεσης του εισερχόμενου (input) ή S

(=stimulus) με το εξερχόμενο (output) ή R (=response) που μπορούν να παρατηρηθούν και όχι οι διαδικασίες που συντελούνται στον οργανισμό: «το μαύρο κουτί».

Κατά τη θεωρία αυτή η μάθηση είναι μια σχετικά μόνιμη αλλαγή της συμπεριφοράς που προκύπτει από την εξάσκηση και την απόκτηση μιας εμπειρίας. Οι δύο βασικότεροι τύποι μάθησης είναι η *κλασική εξαρτημένη μάθηση*, όπως περιγράφηκε από τον Pavlov (1927) και τον Watson (36) και *η συντελεστική εξαρτημένη μάθηση*, όπως αναπτύχθηκε από τον Skinner (1953). Στα πλαίσια της συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στον ρόλο της ενίσχυσης στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς.

Όλες οι συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις υπακούουν σε 6 θεμελιακές μεθοδολογικές αρχές:

1. Κάθε ανθρώπινη δράση (συμπεριφορά) ελέγχεται πρωταρχικά από το περιβάλλον, δηλαδή από τις αντικειμενικές καταστάσεις στις οποίες βρίσκονται κάθε στιγμή τα άτομα.
2. Όλες οι επιμέρους συμπεριφορές, που σχετίζονται με την συμπεριφορά ενός υποκειμένου, αποκτώνται και διαμορφώνονται με βάση τις διαδικασίες μάθησης.
3. Όλες οι συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις συγκροτήθηκαν και αναπτύχθηκαν με βάση την έννοια της συσχέτισης, της εξάρτησης. Οποιοσδήποτε δηλαδή κι αν είναι ο συγκεκριμένος μηχανισμός ή δράση ή συμπεριφορά που μελετάμε, η μάθηση πάντοτε συντελείται μέσα από την ενδυνάμωση της σχέσης συνάφειας μεταξύ των δύο καταστάσεων ή δράσεων που είναι χωροχρονικά κοντινές.
4. Όλες οι διαδικασίες μάθησης μπορούν να μελετηθούν κατά τρόπο ικανοποιητικό, τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά, σε ένα εργαστήριο πειραματικής ψυχολογίας.
5. Οι διαδικασίες μάθησης στον άνθρωπο είναι ανάλογες με αυτές των ζώων, κι έτσι η μελέτη της μάθησης στα ζώα είναι αναγκαία και άμεσα σχετική με την συμπεριφοριστική έρευνα της ανθρώπινης συμπεριφοράς.
6. Οι υποστηρικτές του συμπεριφορισμού δηλώνουν οτι ακόμη και μια πολύπλοκη και σύνθετη συμπεριφορά, όπως είναι για παράδειγμα ο λόγος, μπορεί να θεωρηθεί οτι διαμορφώθηκε με βάση την σύνθεση απλούστερων μορφών συμπεριφοράς.

Γίνεται λοιπόν σαφές οτι ενώ για τους περισσότερους θεωρητικούς οι διαδικασίες της μάθησης εντάσσονται στο γενικότερο πεδίο μελέτης της προσωπικότητας, για τους

συμπεριφοριστές συμβαίνει μάλλον το αντίθετο, αφού υποστηρίζουν οτι η μελέτη της προσωπικότητας αποτελεί υποσύνολο της μελέτης των διαδικασιών της μάθησης

Η παραδοσιακή θεωρία της συμπεριφοράς, θεωρήθηκε κάποια στιγμή ανεπαρκής να εξηγήσει όλους τους τύπους συμπεριφορών βασιζόμενη αποκλειστικά στην ανάλυση του εμπειρικού περιβάλλοντος. Έτσι, οι νέοι συμπεριφοριστές, με πρωτοπόρο τον Bandura (1963) διαμόρφωσαν την *θεωρία της κοινωνικής μάθησης* (Social Learning theory), που δίνει μεγάλη σημασία στις νοητικές διεργασίες οι οποίες συμμετέχουν στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς καθώς και στη μιμητική μάθηση.

Σύμφωνα με τον Bandura, ενώ ένα μέρος της μάθησης αποκτιέται μέσω της άμεσης ενίσχυσης της συμπεριφοράς, ένα άλλο μέρος μαθαίνεται μέσω της "αντιπροσωπευτικής ενίσχυσης" (vicarious learning), δηλαδή μέσω της παρατήρησης και μίμησης της συμπεριφοράς των άλλων ατόμων, καθώς και μέσω της «αυτοενίσχυσης» (self-reinforcement), δηλαδή της ενίσχυσης που παρέχουμε στον εαυτό μας κάνοντας κάτι που πιστεύουμε οτι ίσως κάποτε αναγνωριστεί.

Η συμπεριφορά ενός ατόμου σε μια δεδομένη περίσταση εξαρτάται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της περίστασης, από την εκτίμηση που κάνει το άτομο για την περίσταση και τις προηγούμενες ενισχύσεις που είχε συνδέσει με τη συμπεριφορά του σε παρόμοιες καταστάσεις. Πολλές φορές, ακόμα και αν το άτομο δεν έχει αντιμετωπίσει παρόμοιες εμπειρίες, λειτουργεί βάση της μάθησης που έχει αποκτήσει παρατηρώντας άλλα άτομα ή πρότυπα.

Ο Bandura (1968), αναφέρθηκε στους *ενδιάμεσους νοητικούς παράγοντες* (mediating factors), όπως είναι οι σκέψεις, τα κίνητρα, τα πιστεύω κ.α., που παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της μάθησης. Το άτομο προσλαμβάνει ερεθίσματα μέσω των αισθητηρίων οργάνων και τα επεξεργάζεται νοητικά, η γνωστική επεξεργασία εξαρτάται βασικά από την προσοχή και τον τρόπο που γίνεται η κωδικοποίηση της πληροφορίας.

Είναι φανερό, οτι στα πλαίσια αυτής της θεωρίας, ο ανθρώπινος οργανισμός θεωρείται ενεργός στη σχέση με το περιβάλλον. Η αναγνώριση οτι η ανθρώπινη μάθηση είναι λειτουργία εξαρτημένη από νοητικά και συμβολικά συστήματα και οτι δεν αποτελεί απλή αντανακλαστική ενέργεια στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, αποτελεί ένα από τα σπουδαιότερα συμπεράσματα αυτής της θεωρίας.

Η θεραπεία της θεωρίας της συμπεριφοράς βασίζεται στην αρχή οτι η συμπεριφορά του ατόμου είναι αποτέλεσμα αντίδρασης στα εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα. Στόχος είναι η τροποποίηση μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς και η εκμάθηση νέων συμπεριφορών που συμβάλλουν στην προσαρμογή του ατόμου. Ο θεραπευτής αναζητά μαζί με τον θεραπευόμενο πιθανές διασυνδέσεις που υπάρχουν ανάμεσα στα ερεθίσματα (στις συνθήκες κάτω από τις οποίες εμφανίστηκε η ανεπιθύμητη συμπεριφορά) και τις αντιδράσεις του ατόμου. Μέσω της «λειτουργικής ανάλυσης» ή «ανάλυσης συμπεριφοράς», θεραπευτής και θεραπευόμενος κατανοούν πως μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά δημιουργήθηκε, διατηρήθηκε και επαναλαμβάνεται. Κατόπιν θέτουν από κοινού τον επιθυμητό στόχο της θεραπείας και ο θεραπευτής περιγράφει τις μεθόδους για την επίτευξη του στόχου.

Οι κυριότερες κατηγορίες θεραπειών είναι οι θεραπείες εξάλειψης της μη-επιθυμητής συμπεριφοράς, που αφορούν κυρίως τη μείωση ή την εξάλειψη των φόβων ή του άγχους που διακατέχει το άτομο από κάποιο συγκεκριμένο ερέθισμα και οι θεραπείες τροποποίησης και διαμόρφωσης της συμπεριφοράς.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι:

Η *συστηματική απευαισθητοποίηση*, όπου διαμέσου της χαλάρωσης αντιμετωπίζεται το άγχος.

Η *τεχνική αποστροφής* (aversion technique) χρήσιμη για την αντιμετώπιση εξαρτήσεων από ουσίες.

Η *τεχνική ενίσχυσης της συμπεριφοράς με συμβολικές αμοιβές* (token economy) όπου η επιθυμητή συμπεριφορά ενισχύεται με επιβραβεύσεις.

Η *τεχνική της μίμησης του προτύπου* (modeling) όπου μέσω της μίμησης το άτομο μαθαίνει νέο τρόπο συμπεριφοράς ή απαλλάσσεται από αναστολές και φόβους.

Οι *στρατηγικές απόσβεσης,* η *κατακλυσμική τεχνική* (flooding) και η *ενδοεκρηκτική τεχνική* (implosive therapy), εξαλείφουν το σύμπτωμα που προκαλεί το άγχος εκθέτοντας το άτομο στο πιο επώδυνο και αγχογόνο ερέθισμα, προκαλώντας τη σταδιακή συνειδητοποίηση οτι αυτό που φοβόταν δεν πραγματοποιείται.

Η *εκπαίδευση της θετικής δυναμικής παρουσίας* (assertiveness training) είναι συνδυασμός τεχνικών με σκοπό να ενεργοποιήσει το ατόμο να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του σεβόμενο τα δικαιώματα των άλλων ατόμων.

Γνωστικές θεωρίες (Cognitive theories)

Παράλληλα με την ανάπτυξη της θεωρίας της κοινωνικής μάθησης εμφανίστηκε μια μεγάλη κίνηση που έδωσε ιδιαίτερη σημασία στον ρόλο που παίζουν οι γνωστικοί παράγοντες στην διαμόρφωση και στην κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Οι οπαδοί των γνωστικών θεωριών υποστηρίζουν οτι ο έλεγχος της συμπεριφοράς καθορίζεται από εσωτερικούς παράγοντες, δηλαδή τη *γνώση*: τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται αξιολογεί και ερμηνεύει τα εξωτερικά ερεθίσματα. Αυτή η γνώση αποτελεί τη σπουδαιότερη πηγή ενίσχυσης και τιμωρίας.

Η σκέψη, η αντίληψη, το συναίσθημα αποδεικνύουν οτι η συμπεριφορά δεν είναι αποτελεί μηχανική απάντηση του ατόμου στο ερέθισμα. Τα λογικά και συμβολικά συστήματα παίζουν αποφασιστικό ρόλο, και το αισθητηριακό συναίσθημα μπορεί να αποκωδικοποιείται, να τροποποιείται ή να αποθηκεύεται στη μνήμη για να ανακληθεί αν χρειαστεί αργότερα. Ο εγκέφαλος δεν δέχεται απλώς το ερέθισμα, αλλά το επεξεργάζεται και το μετατρέπει σε νέα μορφή.

Η γνωστική θεωρία έχει σαν αντικείμενο τη μελέτη των λογικών και συμβολικών συστημάτων. Περιγράφει αναλύει και ερμηνεύει την αντίληψη, την φαντασία, τον τρόπο και τη διαδικασία επίλυσης των προβλημάτων, τη σκέψη γενικά.

Οι κυριότεροι εκπρόσωποι της θεωρίας είναι ο Ellis και ο Beck που υποστηρίζουν οτι τα προβλήματα συμπεριφοράς οφείλονται σε ορισμένες λανθασμένες, αρνητικές ή παράλογες πεποιθήσεις που έχει το άτομο σχετικά με τον εαυτό του, τους άλλους ανθρώπους και τη ζωή γενικότερα. Αυτές οι πεποιθήσεις καθορίζουν τόσο τα συναισθήματα του για το γεγονός ή την κατάσταση, όσο και τη συμπεριφορά του.

Ο Ellis (1975) ανέπτυξε την *«λογικό-συναισθηματική θεραπεία»* (R.E.T. Rational Emotive Therapy), σύμφωνα με την οποία το άτομο μπορεί να συμβάλει στην τροποποίηση όχι μόνο των αντιλήψεων που έχει για τον εαυτό τους, τους άλλους και τη ζωή, αλλά και των συναισθημάτων και των πράξεων του.

Η ανάλυση της συμπεριφοράς με τη παρέμβαση του θεραπευτή γίνεται βάση ενός μοντέλου, του "A B C Model", όπου A (antecedent event) είναι το γεγονός που προηγείται της δυσάρεστης αντίδρασης, C (consequences) είναι οι συναισθηματικές αντιδράσεις και η συμπεριφορά του ατόμου και το B (belief system), που παρεμβάλλεται μεταξύ των δύο, αφορά το σύστημα πεποιθήσεων του ατόμου

σύμφωνα με το οποίο αξιολογεί και ερμηνεύει το συγκεκριμένο γεγονός που του προκαλεί τις συναισθηματικές αντιδράσεις.

Ανθρωπιστική θεωρία

Η ανθρωπιστική θεωρία (humanistic approach) αναπτύχθηκε σε αντίθεση προς την ψυχανάλυση και τη θεωρία της συμπεριφοράς που θεωρούνται ντετερμινιστικές, μηχανιστικές και απαισιόδοξες.

Η ανθρωπιστική θεώρηση αποτελεί μια πιο αισιόδοξη προσέγγιση υποστηρίζοντας οτι το άτομο έχει μια έμφυτη τάση και ικανότητα για αυτοπραγμάτωση και αυτοπροσδιορισμό, δεν είναι έρμαιο των ασυνείδητων ορμών και των περιβαλλοντικών επιρροών, και είναι ελεύθερο να καθορίσει τί θέλει να γίνει, πώς θέλει να ζήσει και να εξελιχθεί αξιοποιώντας το απεριόριστο δυναμικό που διαθέτει.

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της ψυχικής ζωής του ατόμου είναι η πολυπλοκότητα, η μοναδικότητα και η έμφυτη ικανότητα για εξέλιξη και αυτοπραγμάτωση, παράλληλα με την ελευθερία της βούλησης και την ικανότητα επιλογής.

Τα προβλήματα προκύπτουν όταν το άτομο παύει να αισθάνεται οτι ελέγχει τη ζωή του, βιώνει σύγχυση και αντιφάσεις μπερδεύοντας τις επιθυμίες του με τις επιθυμίες των άλλων, τις οποίες εσωτερικεύει χάνοντας την άμεση επαφή με τον εαυτό.

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις δεν αποβλέπουν στην άμεση επίλυση ενός συγκεκριμένου προβλήματος, αλλά στην ενίσχυση της ολικής προσωπικής ανάπτυξης και αυτογνωσίας που βοηθά το άτομο να κινητοποιήσει τις δυνάμεις του και να ζεί πιο συνειδητά στο παρόν.

Η πιο γνωστή μορφή ανθρωπιστικής θεραπείας είναι η θεραπεία του Carl Rogers (1961) που ονομάζεται και «θεραπεία επικεντρωμένη στον πελάτη». Η θεραπεία βασίζεται στη γνησιότητα της επικοινωνίας, την κατανόηση, την αποδοχή και τη θετική αναγνώριση, ανάμεσα στον σύμβουλο και τον πελάτη, που επιτρέπουν στον πελάτη να απελευθερώσει τις δυνάμεις αυτοπραγμάτωσης, συνειδητοποιώντας τις λανθασμένες αντιλήψεις που έχει για τον εαυτό του και τους άλλους.

Θεωρίες των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας

Οι θεωρίες αυτές δίνουν έμφαση στο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που ορίζεται σαν μια προδιάθεση του ατόμου να συμπεριφέρεται με συγκεκριμένο τρόπο.

Ο Gordon W. Allport (1936) θεωρεί οτι τα χαρακτηριστικά αποτελούν τους βασικούς, δομικούς λίθους της προσωπικότητας και είναι εγγεγραμμένα στο νευρικό σύστημα του ατόμου. Εκφράζουν την προδιάθεση να συμπεριφέρεται με ορισμένο τρόπο σε διαφορετικές καταστάσεις μέσα στο χρόνο. Προσδιορίζονται από τη συχνότητα εκδήλωσης τους, την ένταση τους και την ευρύτητα του φάσματος των καταστάσεων στις οποίες εκδηλώνονται. Η συμπεριφορά αποτελεί εκδήλωση πολλών χαρακτηριστικών, είναι δυνατή η ύπαρξη αλληλοσυγκρουόμενων προδιαθέσεων σε ένα άτομο, τα χαρακτηριστικά εκδηλώνονται περισσότερο με την ατομική επιλογή των καταστάσεων παρά με την ατομική ανταπόκριση στις καταστάσεις.

Ο Hans J. Eysenk (1953) εντόπισε δύο βασικές διαστάσεις της προσωπικότητας. Την πρώτη ονόμασε «εσωστρέφεια-εξωστρέφεια» (I-E) και τη δεύτερη «νευρωτισμό- σταθερότητα» (N). Ο εσωστρεφής είναι συγκρατημένος, σοβαρός, τακτικός και τον ενδιαφέρουν οι μοναχικές δραστηριότητες, είναι ήσυχος, απόμακρος, με αναστολές. Ο εξωστρεφής είναι κοινωνικός, διαχυτικός και αναζητά συναρπαστικές δραστηριότητες, είναι ανήσυχος, ομιλητικός, αισιόδοξος και εύθυμος. Τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλό βαθμό νευρωτισμού είναι ιδιότροπα, ανυπόμονα, πολύ συναισθηματικά, στενοχωριούνται και αγωνιούν εύκολα και συχνά είναι θλιμμένα. Οι περισσότεροι άνθρωποι βρίσκονται στο μέσον των αξόνων εσωστρέφειας-εξωστρέφειας και νευρωτισμού-σταθερότητας. Για την ανάπτυξη της προσωπικότητας οι επιδράσεις του περιβάλλοντος είναι λιγότερο σημαντική από την κληρονομικότητα. Ο Eysenk το 1956 εισήγαγε το πρώτο ερωτηματολόγιο μετρήσης των παραπάνω διαστάσεων της προσωπικότητας, το οποίο ανανεώθηκε πολλές φορές και από την αναθεώρηση του 1975 προέκυψε το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenk (EPQ)

Ο Raymond R. Cattell (1965) διέκρινε τα χαρακτηριστικά σε ικανότητας (που σχετίζονται με τις δεξιότητες), ιδιοσυγκρασίας (που αναφέρονται στη συναισθηματική ζωή και στον προσωπικό τρόπο ανταπόκρισης στα ερεθίσματα) και δυναμικότητας (που παραπέμπουν στην κινητοποίηση του ατόμου για την επίτευξη

των στόχων του), καθώς και σε επιφανειακά (που εκφράζουν τη σχέση μεταξύ συμπεριφορών που δεν αλληλεξαρτώνται) και σε πηγαία (που είναι οι δομικοί λίθοι της προσωπικότητας και εκφράζουν τη σχέση μεταξύ συμπεριφορών που αλληλεξαρτώνται). Χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο των 16 παραγόντων προσωπικότητας για την έρευνά του.

Το μοντέλο των πέντε διαστάσεων της προσωπικότητας θεωρείται οτι περιλαμβάνει τις βασικές διαστάσεις της προσωπικότητας και επιτρέπει την δόμηση των ατομικών διαφορών.

Οι πέντε διαστάσεις της προσωπικότητας είναι: ο νευρωτισμός (neurotism-N), η εξωστρέφεια (extraversion-E), η αναζήτηση και εξερεύνηση (openness-O) η συμπαθητικότητα (agreeableness-A) και η ευσυνειδησία (conscientiousness-C) και η σημασία τους:

- Νευρωτισμός: άγχος, έκρυθμη εχθρικότητα, κατάθλιψη, ατολμία, παρορμητικότητα, ευαισθησία.
- Εξωστρέφεια: τρυφερότητα, κοινωνικότητα, σιγουριά, ενεργητικότητα, επιδίωξη συγκινήσεων, θετικά συναισθήματα.
- Αναζήτηση και εξερεύνηση ή διαθεσιμότητα στην εμπειρία: φαντασία, αισθητική, συναισθήματα, πράξεις, ιδέες, αξίες.
- Συμπαθητικότητα ή συνεργατικότητα: εμπιστοσύνη, ευθύτητα, αλτρουισμός, συμμόρφωση, μετριοφροσύνη, ιδεαλισμός.
- Ευσυνειδησία: ικανότητα, τάξη, αίσθηση του καθήκοντος, επιτυχία, προσπάθεια, αυτοπειθαρχία, περίσκεψη.

Για τη μέτρηση των πέντε βασικών παραγόντων της προσωπικότητας οι Costa και McCrae δημιούργησαν, το 1980, το ερωτηματολόγιο NEO-Personality Inventory (NEO-PI), το αναθεώρησαν το 1985 και το 1992 (NEO-Personality Inventory Revised, NEO-PI-R). Κατά την άποψη των Costa και McCrae (1990) η ενήλικη προσωπικότητα είναι σταθερή και δεν μεταβάλλεται μετά το 30ο έτος της ζωής.

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι υπεύθυνα για τη σταθερότητα της έκφρασης της, που είναι η συμπεριφορά ενός ατόμου, μέσα στο χρόνο και σε διαφορετικές καταστάσεις (Ποταμιάνος, 1999). Τα χαρακτηριστικά της ανθρώπινης προσωπικότητας είναι πολυάριθμα. Πολλά από τα χαρακτηριστικά υπάρχουν σε

κάποιο βαθμό σε όλους τους ανθρώπους, όπως ενεργητικότητα, στοργή, επιθετικότητα, συναισθηματική σταθερότητα, φιλοδοξία, τιμιότητα, ευσυνειδησία, ευγένεια, συνεργατικότητα, κοινωνικότητα, ζωηρότητα κλπ. (Πετρουλάκης, 1993).

Η κατανόηση της ανθρώπινης προσωπικότητας και συμπεριφοράς, η κατανόηση των ομοιοτήτων και των διαφορών της προσωπικότητας, προϋποθέτει να μη θεωρούμε τα χαρακτηριστικά της σαν κάτι βιολογικά ή υπερβατικά δεδομένο, σταθερό και αναλλοίωτο. Τα ανθρώπινα χαρακτηριστικά τροποποιούνται, αναπτύσσονται, εξελίσσονται μέσα από τις περίπλοκες διαδικασίες της ωρίμανσης και της μάθησης, που υπόκεινται στις συνδυασμένες επιδράσεις του εξωτερικού και εσωτερικού κόσμου του ανθρώπου (Νασιάκου, 1982).

Η εγκυμοσύνη και η μητρότητα ανήκουν στα γεγονότα της ζωής που ενεργοποιούν τις διαδικασίες ωρίμανσης και οι επιδράσεις προέρχονται τόσο από τον εξωτερικό όσο και από τον εσωτερικό κόσμο της γυναίκας. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας της γυναίκας που τροποποιούνται, αναπτύσσονται και εξελίσσονται κατά την μετάβαση στη μητρότητα είναι αυτά που αφορούν: τον τρόπο διαχείρισης της ενέργειας, διότι οι εσωτερικές διεργασίες είναι μοναδικές και πρωτόγνωρες και αποσπούν την προσοχή της γυναίκας από τον εξωτερικό στον εσωτερικό της κόσμο. Η τάση για εσωτερικότητα της γυναίκας μπορεί να της δώσει την ευκαιρία να περιορίσει τις πληροφορείς που δέχεται με τις αισθήσεις της και να αναπτύξει περισσότερο την διαίσθηση της. Μέσα από την διαδικασία της μεγαλύτερης εσωτερικότητας και ανάπτυξης της διαίσθησης, ίσως, η γυναίκα αναπτύσσει ένα περισσότερο συναισθηματικό τρόπο αντιμετώπισης των γεγονότων και των καταστάσεων περιορίζοντας τους λογικούς τρόπους αποφάσεων. Με την εγκυμοσύνη και το πέρασμα στη μητρότητα η γυναίκα καλείται να αναλάβει την ευθύνη μιας άλλης οντότητας άμεσα εξαρτώμενης από την ίδια, το γεγονός αυτό ίσως δίνει στην γυναίκα την ευκαιρία να αναπτύξει, να εξελίξει ή να τροποποιήσει χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς της που εκφράζουν μεγαλύτερη τάση στον οργανωμένο και προγραμματισμένο τρόπο ζωής.

Εκτίμηση της προσωπικότητας

Συνήθως χρησιμοποιούνται τέσσερις μέθοδοι εκτίμησης της προσωπικότητας

1. Η παρατήρηση της συμπεριφοράς του ατόμου
2. Η συλλογή πληροφοριών από τρίτους για το άτομο

3. Η συλλογή πληροφοριών από το ίδιο το άτομο
4. Η μελέτη του τρόπου αντίληψης από το άτομο του περιβάλλοντος, έμψυχου και άψυχου.

Η παρατήρηση παρουσιάζεται με τη μορφή της άμεσης παρατήρησης και των tests. Η συλλογή πληροφοριών από τρίτους παρουσιάζεται με τη μορφή βαθμολογίας τύπου κλίμακας (rating scale). Η συλλογή πληροφοριών από το εξεταζόμενο άτομο γίνεται με τα ερωτηματολόγια. Τέλος, η μελέτη του τρόπου αντίληψης από εξεταζόμενο άτομο του έμψυχου και άψυχου κόσμου που το περιβάλλει γίνεται με τις μεθόδους προβολής.

Γενικά οι μέθοδοι εκτίμησης μπορούν να χωριστούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

Σε υποκειμενικές: σε αυτές ο εξεταστής ερμηνεύει τα δεδομένα, σύμφωνα με την προσωπική του γνώμη χωρίς αντικειμενικά κριτήρια.

Σε αντικειμενικές: εδώ η ερμηνεία των δεδομένων γίνεται με τέτοια τεχνική που να μην μπορεί να επιδράσει η προσωπική, υποκειμενική, γνώμη του εξεταστή. (Πετρουλάκης, 1993).

Ερωτηματολόγια προσωπικότητας

Η πρώτη χρήση της τεχνικής του ερωτηματολογίου έγινε στη Γαλλία το 1801, το 1880 ο F. Galton εφάρμοσε την τεχνική του ερωτηματολογίου, για να ερευνήσει την εσωτερική δομή της αντίληψης και των αισθημάτων και θεωρούσε οτι αυτός είναι ο μόνος τρόπος για να φανερωθούν οι εσωτερικές διεργασίες. Αργότερα ο Stanley Hall χρησιμοποίησε ερωτηματολόγια για ερευνητικούς σκοπούς, και απέφευγε έτσι την απώλεια χρόνου. Μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο ο Woodworth με τις ερωτήσεις στο φύλλο προσωπικών στοιχείων κατέγραφε τις αποκλίσεις από τη φυσιολογική συμπεριφορά. Στην συνέχεια η τεχνική ακολουθήθηκε από πολλούς άλλους (Τσιμπούκης, 1980).

Για την εκτίμηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας τα πλέον γνωστά ερωτηματολόγια είναι:

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.). Εκτιμά υποχονδρία, κατάθλιψη, υστερία, ψυχοπαθητικότητα, ανδροπρέπεια/θηλυπρέπεια, παρανοϊκότητα, ψυχασθένεια, σχιζοφρένια, υπομανία και κοινωνική ενδοστρέφεια. Η μετάφραση και

προσαρμογή του M.M.P.I. έγινε από τους Μάνο και Butcher (1982) και από την Κοκκέβη και συν. (Κοκκέβη, Κυριαζής, & Στεφανής, 1978. Κοκκέβη, Τυπάλδου, Ρεπαπή, Αδάμου, & Στεφανής, 1981. Κοκκέβη, 1984).

Myers-Briggs Type Inticator (M.B.T.I.). Εκτιμά εξωστρέφεια/εσωστρέφεια. αίσθηση/διαίσθηση, νόηση/συναίσθημα και κριτική θεώρηση /ευρύτερη κατανόηση. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα ελληνικά και τυποποιήθηκε από τους Σταλίκα και Φυτόπουλο (1998).

Eysenck Personality Questionnaire (E.P.Q.). Εκτιμά εξωστρέφεια /εσωστρέφεια, σταθερότητα/νευρωτισμό και ψυχωτισμό. Η στάθμιση του σε ελληνικό πληθυσμό έγινε από τον Δημητρίου (1977, 1986).

DOI-JA του Fernando Silva. Αξιολογεί τις διαπροσωπικές διαστάσεις της προσωπικότητας και η στάθμιση σε ελληνικό πληθυσμό έγινε από τους Αλεξόπουλο και Martinez-Arias (1987).

Οι αλλαγές της προσωπικότητας κατά την μετάβαση στη μητρότητα

Παραπάνω έγινε αναφορά στην προσωπικότητα γενικά, χωρίς να λαμβάνει χώρα κάποιος διαχωρισμός σε προσωπικότητα του άνδρα και της γυναίκας. Αφότου διαμορφώθηκαν οι διάφορες ψυχολογικές θεωρίες, για μεγάλο διάστημα, δεν είχε δοθεί η δέουσα έμφαση στις διαφορές των δύο φύλων. Αντίθετα οι θεωρίες της προσωπικότητας που διατυπώθηκαν αρχικά από τον Freud όσο και από άλλους, στηρίχθηκαν σχεδόν αποκλειστικά σε ανδρικά πρότυπα. Αργότερα έγινε προσπάθεια να τις προσαρμόσουν στις γυναίκες, αλλά αυτή η προσπάθεια υπήρξε ανεπιτυχής. Το αποτέλεσμα ήταν να μην δίνεται προσοχή στους βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες που διέπουν την ζωή της γυναίκας διότι δεν υπήρχε η ανάλογη γνώση. Από την δεκαετία του 70 άρχισαν να δημοσιεύονται μελέτες για τις ψυχολογικές διάφορες των φύλων. Η εξέλιξη αυτή μπορεί να οφείλεται στην αλλαγή του ρόλου της γυναίκας στις δυτικές κοινωνίες και κυρίως στον αυξανόμενο αριθμό εργαζόμενων γυναικών (Παππά, & Σολδάτου, 1999).

Κατά την μετάβαση στη μητρότητα οι ψυχολογικές μεταβολές είναι τόσο σημαντικές όσο και οι σωματικές. Όπως οι μελέτες τονίζουν, οι έγκυες γυναίκες διαφέρουν ως προς τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σε σχέση με τις μη έγκυες, διότι η εγκυμοσύνη αποτελεί γεγονός ζωής και δίνει την ευκαιρία στις γυναίκες να αναπτύξουν, να εξελίξουν και να τροποποιήσουν κάποια από τα

χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους (Sreedhar, & Lata, 1989). Η μητρότητα δίνει την ευκαιρία να αναδυθούν νέες πλευρές της προσωπικότητας (Hampson, 1999). Η ευκαιρία δίνεται μέσα από τα φυσιολογικά συμπτώματα της κύησης που προκαλούν συναισθηματικές αλλαγές. Υπάρχουν μεγάλες διαφορές των φυσιολογικών συμπτωμάτων μεταξύ των εγκύων και κάποιες παρουσιάζουν πολύ λιγότερες συναισθηματικές αλλαγές από άλλες (Leifer, 1980).

Σύμφωνα με τη Δραγώνα (1994) ένας αριθμός συμπτωμάτων είναι ευεργετικός το 1° τρίμηνο, διότι θέτει σε κίνηση τη διεργασία της αρχικής σύνδεσης με την εγκυμοσύνη. Καθίσταται πραγματική η φαντασίωση της απόκτησης ενός παιδιού. Τα πρώτα συμπτώματα λειτουργούν σαν μια περίοδος σταδιακού επαναπροσανατολισμού από μια εξωτερική σε μια εσωτερική συνείδηση. Στο 1° τρίμηνο, ο προσανατολισμός της εγκύου έχει ως επίκεντρο τον εαυτό της, παρακολουθεί με θαυμασμό, ανάμεικτο ίσως με φόβο, τις διάφορες αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα της χωρίς να μπορεί να τις ελέγξει. Στο 2° τρίμηνο, η έγκυος αρχίζει να σκέπτεται λιγότερο τον εαυτό της και περισσότερο το έμβρυο. Η εγκυμοσύνη είναι πλέον μια πραγματικότητα και η έγκυος αισθάνεται τα πρώτα σκιρτήματα του εμβρύου. Αρχίζει να δημιουργεί μια στενή σύνδεση μαζί του, καθώς τα διάφορα αισθήματα από τις κινήσεις και τη συμπεριφορά του εμβρύου αποτελούν ένα είδος επικοινωνίας εγκύου-εμβρύου. Στο 3° τρίμηνο, επίκεντρο για την έγκυο είναι τόσο ο ίδιος της ο εαυτός, όσο και το έμβρυο, «εμείς» στο παρόν και στο μέλλον. Η έγκυος έχει τώρα πολλές αγωνίες, φοβάται για τις ωδίνες του τοκετού, αγωνιά για την καλή υγεία του παιδιού και διερωτάται αν θα είναι καλή και επαρκής στο μητρικό ρόλο (Μελισσά-Χαλικοπούλου, 1996). Η φύση της εγκυμοσύνης προσανατολίζει της γυναίκα να στραφεί στης διεργασίες που γίνονται μέσα της και να επικεντρώσει την προσοχή της στον εσωτερικό της κόσμο. Όσο πλησιάζει ο τοκετός η έγκυος επικεντρώνει την προσοχή της περισσότερο στον εσωτερικό της κόσμο προκειμένου να αξιολογήσει και να επιστρατεύσει όλες τις δυνάμεις της για να αντεπεξέλθει στον τοκετό. Παράλληλα η αυξανόμενη φυσική ταλαιπωρία των τελευταίων μηνών προετοιμάζει τη γυναίκα να ξεχωρίσει από το παιδί που φέρει τόσους μήνες (Δραγώνα, 1994). Οι αλλαγές που φέρνει η εγκυμοσύνη στη γυναικεία προσωπικότητα αφορούν περισσότερο τις πρωτοτόκες από τις δευτερότοκες (Δραγώνα, 1987).

Υπάρχουν διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις για τον τρόπο που οι αλλαγές στην προσωπικότητα της γυναίκας πραγματοποιούνται:

Η ψυχική κατάσταση της γυναίκας κατά την περιγεννητική περίοδο είναι ανάλογη με αυτή της εφηβείας. Είναι μια περίοδος σημαντικών επεξεργασιών και επιδιορθώσεων. Αυτό έχει να κάνει με μια ψυχική διαφάνεια που υπάρχει στην περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας, όπου το ασυνείδητο έρχεται στην επιφάνεια χωρίς μεγάλες αναταραχές (Bydlowski, 1998).

Κατά τον Cordon (1986) η εγκυμοσύνη συχνά οδηγεί σε αλλαγές που θυμίζουν χαρακτηριστικά μεταιχμιακής προσωπικότητας (borderline personality characteristics) (Cordon, 1986).

Για τον Winnicott (1996) είναι η διαδικασία σταδιακής εμπλοκής και απεμπλοκής της μητέρας που αρχίζει από τον 3° μήνα της κύησης, κορυφώνεται προς το τέλος της και διαρκεί μέχρι τις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό. Πρόκειται για μια ειδική κατάσταση η οποία κάτω από άλλες συνθήκες θα χαρακτηριζόταν παθολογική. Θα μπορούσε να παρομοιαστεί με ψυχωσικό επεισόδιο, κατά το οποίο να κυριαρχεί ένα μόνο μέρος της προσωπικότητας. Ο ναρκισσισμός της μητέρας εντείνεται και η δομή του «εγώ» παρουσιάζει χαλάρωση. Όλη αυτή η αναστάτωση προϋποθέτει μια υγιή γυναίκα, γιατί μόνο μια υγιής γυναίκα μπορεί να φτάσει σε αυτό το επίπεδο διαταραχής και φυσιολογικά να ξαναβρεί την ισορροπία της, όταν το βρέφος είναι σε θέση να την αποδεσμεύσει (Winnicott, 1996).

Η Bailey (1999) για να μελετήσει τις μεταβολές που φέρνει η μετάβαση στη μητρότητα στην ζωή και την προσωπικότητα των γυναικών, πήρε συνεντεύξεις από 30 πρωτοτόκες έγκυες στο 3° τρίμηνο της κύησης. Η μελέτη της έδειξε οτι η προσωπικότητα των γυναικών «διαθλάται» κατά τη μετάβαση στη μητρότητα, «οι γυναίκες ενώ είχαν μια αίσθηση συνέχειας του εαυτού, η εμπειρία τους άλλαξε κατά το μήκος των διαφορετικών διαστάσεων. Οι γυναίκες εμφάνισαν μια *διάθλαση* του εαυτού τους, κατά την οποία η προσωπικότητα τους έκανε αισθητά τα ως τώρα κρυμμένα στοιχεία που την συνθέτουν. Όπως μια ακτίνα λευκού φωτός που λάμπει, διαμέσου ενός πρίσματος μετατρέπεται σε ουράνιο τόξο, έτσι οι διάφορες φωτεινές και ζωηρόχρωμες πτυχές των χαρακτήρων των γυναικών παρατάχθηκαν σαν αποτέλεσμα της εγκυμοσύνης τους».

Οι ερευνητές που ασχολήθηκαν με τις μεταβολές σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των γυναικών κατά τη μετάβαση τους στη μητρότητα, επικέντρωσαν την προσοχή τους, κυρίως, σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Από τα πιο συχνά, στη βιβλιογραφία, συναντόμενα χαρακτηριστικά είναι η εξωστρέφεια, ο νευρωτισμός και

ακολουθεί η αυτοεκτίμηση, τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά που ερευνήθηκαν και παρατίθενται έτυχαν πολύ μικρότερης προσοχής.

Εσωστρέφεια – Εξωστρέφεια

Η έρευνα των Bailey και Hailey (1987), προσφέρει αποδείξεις οτι υπάρχουν διαφορές προσωπικότητας μεταξύ των εγκύων, στο 3° τρίμηνο της κύησης και των μη εγκύων γυναικών. Οι έγκυες γυναίκες, που έλαβαν μέρος σ΄ αυτή την έρευνα ήταν διαφορετικές από τις μη έγκυες γυναίκες, στους βασικούς προσανατολισμούς της προσωπικότητας τους. Σ΄ αυτή την έρευνα, η σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη μέτρηση εσωστρέφειας έδειξε πως οι έγκυες γυναίκες ήταν πιο απορροφημένες στους δικούς τους εσωτερικούς κόσμους παρά τον έξω κόσμο. Αυτή η εσωτερική προσαρμογή διευκολύνει και εξυπηρετεί ένα στυλ, όπου η γυναίκα γνωρίζει πιο πολλά για τον εαυτό της. Η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς την εσωστρεφική αφοσίωση μπορεί να εξηγηθεί από την αναπάντητη και ατελείωτη φύση της ίδιας της εγκυμοσύνης. Αυτή η απασχόληση με τον ερχομό του τοκετού και τις απρόβλεπτες φυσικές αλλαγές, προσθέτει, ίσως, στην τάση των γυναικών για περισσότερη εσωστρέφεια και εσωτερικότητα, από την ομάδα των μη εγκύων γυναικών και ενθαρρύνει μια εσωτερική εστίαση σε πιθανότητες, παρά στη χειροπιαστή πραγματικότητα. Οι πρώτοι θεωρητικοί πρόσεξαν πως οι έγκυες γυναίκες απαιτούν χρόνο για να κάνουν την «*ψυχολογική δουλειά*», που είναι απαραίτητη γι΄ αυτές για να προετοιμαστούν για τον ερχομό του παιδιού και τους μελλοντικούς τους ρόλους ως μητέρες (Bailey, & Hailey, 1987). Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα Sreedhar και Lata (1989) μεταξύ εγκύων και μη εγκύων γυναικών.

Στη μελέτη των Kumar και Robson (1984) παρατηρήθηκε οτι στις πρωτοτόκες έγκυες η εξωστρέφεια παρουσίασε αύξηση ανάμεσα στο 1° τρίμηνο και ένα χρόνο μετά την πρώτη δειγματοληψία.

Οι εσωστρεφείς έγκυες είναι πιο ευπροσάρμοστες (Rofe, & Lewin, 1979), είναι λιγότερο αγχώδεις (Chabot, 1973), λιγότερο νευρωτικές (Chapple, & Furneaux, 1964), έχουν την τάση να παραπονούνται λιγότερο για τις σωματικές διαταραχές (Byrne, et al., 1968), έχουν την τάση να βιώνουν λιγότερο πόνο, ανησυχία και κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης (Rofe, 1981) και οι πρωτοτόκες αναφέρουν λιγότερες νευροφυσικές διαταραχές, όπως πονοκεφάλους, ζαλάδες, εμέτους (Rofe, et al., 1993).

Σε σχέση με την επιλόχεια κατάθλιψη, οι Dragonas, Pertogiannis και Adam (1997) αναφέρουν οτι οι πρωτοτόκες με μεγάλη εσωστρέφεια, δεν τείνουν να έχουν κατάθλιψη. Αντίθετα οι Areias, Kumar, Barros και Figueiredo (1996) δεν βρήκαν συσχετισμό μεταξύ της επιλόχειας κατάθλιψης και της εσωστρέφειας-εξωστρέφειας.

Νευρωτισμός

Οι περισσότεροι ερευνητές αναφέρουν υψηλότερα σκορ νευρωτισμού* για τις έγκυες γυναίκες (Sreedhar, & Lata, 1989. Treadway, Kane, Jerrahi – Jadeh & Morris, 1969). Ο νευρωτισμός συσχετίζεται θετικά με την επιλόχεια κατάθλιψη (Brugha, Sharp, Cooper, Weisender, Britto, Shinkwin, Sherrif, & Kirwan,1998. Kumar, & Robson, 1984) και με την προγεννητική κατάθλιψη (Areias, et al., 1996. Kitamura, Shima, Sugawara, & Toda, 1996).

Αυτοεκτίμηση - Αισιοδοξία

Στη μελέτη των Bailey και Hailey (1987) οι έγκυες γυναίκες είχαν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση από τις μη έγκυες. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση έχει συνδεθεί σε πολλές έρευνες θετικά με την προγεννητική και την επιλόχεια κατάθλιψη (Affonso, 2000. Berthiaume, & David, 1998. Cameron, Hobfoll, Crowrher, & Ritter, 1996. Dimitrovsky, et al., 1998. Hall, Lindzey, Loehlin, Manosevitz, & Otis Locke, 1997. Terry, et al., 1999).

Επίσης, η αισιοδοξία βοηθάει στο να προβλεφθούν χαμηλότερα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης (Carven, & Gaines, 1987). Όμως η έρευνα των Fontaine και Jones (1997) αναφέρει οτι η αισιοδοξία (η προσδοκία για θετική έκβαση των γεγονότων της ζωής, ανεξάρτητα από την πηγή προέλευσης της) συσχετίστηκε με λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά το $3^{ο}$ τρίμηνο της κύησης και την $2^{η}$ εβδομάδα της λοχείας, ενώ η αυτοεκτίμηση (η σφαιρική σχέση συμπάθειας και αποδοχής του εαυτού, η καλή έκβαση των γεγονότων αποδίδεται στις προσωπικές ικανότητες) συσχετίστηκε με λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά το $3^{ο}$ τρίμηνο της κύησης, την $2^{η}$ και την $6^{η}$ εβδομάδα της λοχείας.

---

* Σύμφωνα με τον Eysenck τα άτομα με ανεπτυγμένο νευρωτισμό αλλάζουν συναισθήματα πολύ γρήγορα, έχουν περιορισμένη δύναμη θέλησης, επηρεάζονται εύκολα από τους άλλους, έχουν μειωμένη κοινωνικότητα, μειωμένη αισθητηριακή αντίληψη αλλά αυξημένη δραστηριοποίηση.

Άλλα χαρακτηριστικά προσωπικότητας που έχουν μελετηθεί από μεμονωμένους ερευνητές είναι ο συναισθηματισμός (Bailey, & Hailey, 1987), η σφαιρικότητα (Areias, et al., 1996) και η «σεξουαλική ταυτότητα» (Nilsson, & Almgren, 1970).

Παρ΄ οτι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι πάρα πολλά και η μελέτη τους την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας δεν είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένη, ωστόσο κάποιοι ερευνητές προσπάθησαν να βρουν συσχετισμούς μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της προγεννητικής και της επιλόχειας κατάθλιψης, όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Τα ερευνητικά ευρήματα παρουσιάζουν οτι υπάρχει σχέση μεταξύ κάποιων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της εκδήλωσης της κατάθλιψης κατά την περίοδο της μετάβασης στη μητρότητα. Η κατάθλιψη αποτελεί την συχνότερη διαταραχή κατά την μετάβαση στη μητρότητα και θα περιγραφεί αναλυτικά παρακάτω.

Κεφάλαιο 2

Η κατάθλιψη είναι η πλέον συζητημένη διαταραχή της λοχείας στην διεθνή βιβλιογραφία. Η μελέτη της στην Ελλάδα είναι σχετικά περιορισμένη. Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια ταξινομημένη διαταραχή της διάθεσης. Σε αντίθεση με την επιλόχεια κατάθλιψη, η κατάθλιψη που εκδηλώνεται κατά την διάρκεια της κύησης δεν είναι μια ταξινομημένη διαταραχή, έχει μελετηθεί πολύ λιγότερο, αν και οι πρόσφατες μελέτες δίνουν υψηλότερα ποσοστά προγεννητικής από τα ποσοστά της επιλόχειας κατάθλιψης. Η μελέτη της προγεννητικής κατάθλιψης στην Ελλάδα είναι ελάχιστη. Στο κεφάλαιο αυτό επιλέχθηκαν να καταγραφούν εκείνα τα στοιχεία που κρίθηκαν απαραίτητα για την κατανόηση των διαταραχών, τα συμπληρωματικά στοιχεία περιλαμβάνονται στο παράρτημα Β. Επίσης σημαντική χαρακτηρίζεται και παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ της προγεννητικής και της επιλόχειας κατάθλιψης.

Αρχικά στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται συνοπτικά η διαταραχή της κατάθλιψης, τα ιστορικά στοιχεία της διαταραχής, η διαφοροποίηση μεταξύ θλίψης και κατάθλιψης, γίνεται αναφορά στην ταξινόμηση της κατάθλιψης, στη συχνότητα εμφάνισης, στη διάγνωση και τους αιτιολογικούς παράγοντες. Η παρουσίαση των απόψεων των ψυχολογικών θεωριών για την κατάθλιψη, τα συμπτώματα, η πορεία, οι επιπτώσεις, η πρόληψη και η θεραπεία της κατάθλιψης περιλαμβάνονται στο παράρτημα Β 1.

Επίσης γίνεται αναφορά στην προγεννητική κατάθλιψη, ειδικότερα καταγράφονται η συχνότητα και οι αιτιολογικοί παράγοντες. Η συμπτωματολογία, η κλινική εικόνα, οι θεωρητικές προσεγγίσεις της διαταραχής, οι επιπτώσεις, η πορεία και η θεραπευτική αντιμετώπιση της προγεννητικής κατάθλιψης περιλαμβάνονται στο παράρτημα Β 2.

Στη συνέχεια παρουσιάζεται η επιλόχεια κατάθλιψη, ειδικότερα τα βιβλιογραφικά δεδομένα που αφορούν τον ορισμό και την κατάταξη της διαταραχής, τη συχνότητα, τη διάγνωση, τους προδιαθεσικούς παράγοντες και τους αιτιολογικούς παράγοντες. Η συμπτωματολογία, η κλινική εικόνα, η πορεία και η θεραπευτική αντιμετώπιση, οι θεωρητικές προσεγγίσεις και τα ιστορικά στοιχεία που αναφέρονται στην επιλόχεια κατάθλιψη, οι επιπτώσεις στην λεχωΐδα, στο νεογνό, στο βρέφος, στη σχέση μητέρας-παιδιού και στην οικογένεια, καθώς και μια στοιχειώδης αναφορά στην μελαγχολία της λοχείας και την επιλόχεια ψύχωση περιγράφονται στο παράρτημα Β 3.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη αντιπροσωπεύει μια πολύ συχνή ψυχική διαταραχή με μεγάλο κοινωνικό κόστος. Η κοινωνική της σημασία προσδιορίζεται από τη συχνότητα, το βαθμό που το άτομο υποφέρει, την απώλεια εργασίας, τη διάλυση οικογενειών, τη διαφυγή της διάγνωσης και την αυξημένη σωματική νοσηρότητα και θνησιμότητα την οποία προκαλεί (Αλεβίζος, 1999). Η κατάθλιψη σαν ψυχική διαταραχή με μια ποικιλία συμπτωμάτων, αναγνωρίζεται πλέον σαν ένα σύνδρομο που επηρεάζεται από βιολογικούς, κοινωνικούς και διαπροσωπικούς παράγοντες. Αν και οι πρόσφατες μελέτες έχουν επικεντρώσει το ενδιαφέρον τους στο ρόλο των βιολογικών παραγόντων, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες είναι σημαντικά στοιχεία στην κατανόηση της εκδήλωσης της κατάθλιψης, καθώς και της πορείας της (Hagerty, & Williams, 1999).

Ιστορικά Στοιχεία

Αν και περιγραφές της μελαγχολικής συνδρομής βρέθηκαν σε σουμερικά και αιγυπτιακά κείμενα του 2.600 π.Χ., ο Ιπποκράτης (460 – 370 π.Χ.) είναι εκείνος που χρησιμοποίησε τους όρους μελαγχολία και μανία. Ωστόσο ο όρος μανία αντιστοιχούσε γενικώς στις λειτουργικές ψυχώσεις, ενώ ο όρος μελαγχολία φαίνεται οτι αναφερόταν στις χρόνιες ψυχικές διαταραχές εν γένει και όχι στη νοσολογική έννοια της κατάθλιψης, όπως έχει διαμορφωθεί σήμερα.

Η Ιπποκρατική ταξινομική αντίληψη για τη μελαγχολία και τη μανία διατηρήθηκε για πάρα πολλά χρόνια και είναι χαρακτηριστικό οτι ο Φίλιππος Πινέλ (1745–1826) χρησιμοποίησε ένα σύστημα ταξινόμησης, που σε γενικές γραμμές, αντιστοιχεί στο Ιπποκρατικό σύστημα (Χριστοδούλου, 2001).

Οι Γάλλοι ψυχίατροι Falret και Bailarger, στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, περιέγραψαν τη διπολική συναισθηματική νόσο και λίγο αργότερα, ο Γερμανός ψυχίατρος Kahlbaum (1882) περιέγραψε και αυτός τη διπολική μορφή χρησιμοποιώντας τον όρο «κυκλοθυμία».

Αυτός όμως που έπαιξε αποφασιστικό ρόλο στην κατάταξη των καταθλιπτικών συνδρόμων ήταν ο πατέρας της Περιγραφικής Ψυχιατρικής, Γερμανός ψυχίατρος Emil Kraepelin (1856–1926), που λίγο πριν από την αρχή του 20ού αιώνα, καθόρισε τα διαγνωστικά κριτήρια της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης, διαχώρισε την

πάθηση αυτή από την πρώιμη άνοια (dementia praecox), που αργότερα ονομάστηκε από τον Bleuler σχιζοφρένεια, και περιέγραψε την υποστροφική ή ενελικτική μορφή μελαγχολίας, μια μορφή της οποίας η αυθύπαρκτη υπόσταση αμφισβητήθηκε από τις σύγχρονες κατατάξεις (Χριστοδούλου, 2001).

Διαφοροποίηση Θλίψης και Κατάθλιψης

Όλοι μας από καιρό σε καιρό αισθανόμαστε λυπημένοι. Μερικές φορές μάλιστα, αυτή η λύπη επιμένει τόσο και παίρνει διαστάσεις τέτοιες που παύει να είναι μια απλή «συναισθηματική πτώση» ή μια κακή διάθεση. Το άτομο δεν λειτουργεί καθόλου στο συναισθηματικό του περιβάλλον ή λειτουργεί με πολύ μεγάλη δυσκολία και έντονο «εσωτερικό πόνο». Σε αυτό το στάδιο μπορούμε να μιλήσουμε για κλινική κατάθλιψη, εάν και εφόσον πληρούνται ορισμένα συγκεκριμένα κριτήρια. Οι περισσότεροι άνθρωποι βρίσκουν γενικά οτι, οι περίοδοι κατά τις οποίες αισθάνονται κατάθλιψη, περνούν σχετικά γρήγορα και περιμένουν από τους εαυτούς τους αλλά και από τους άλλους να τις καταπολεμήσουν και να μην επιτρέψουν στις δύσκολες εμπειρίες που βιώνουν να τους πάρουν «από κάτω». Στο δικό μας πολιτιστικό πλαίσιο, μάλιστα, αναμένεται οτι ο καθένας θα πρέπει να ελέγχει αρκετά καλά τις διαθέσεις και τα συναισθήματά του. Για αυτό και συνήθως αντιμετωπίζεται με ερωτηματικά το γεγονός οτι κάποιος «βρίσκεται σε κατάθλιψη» ή οτι είναι «δυσλειτουργικός» για σχετικά μεγάλο χρονικά διάστημα. Αναμένεται λοιπόν οτι οι δύσκολες αυτές περίοδοι και εμπειρίες θα πρέπει να ξεπεραστούν σχετικά γρήγορα μέσα από τη δραστηριότητα, την προσπάθεια και τη θέληση (Κλεφτάρας, 1998).

Όταν λοιπόν η καταθλιπτική διάθεση επιμένει και, σε συνδυασμό με άλλα συμπτώματα, προκαλεί αδυναμία ή και δυσκολίες στην καθημερινή λειτουργία του ατόμου, τότε μιλάμε για κλινικά σημαντικά επίπεδα κατάθλιψης. Όσο και αν αυτό φαίνεται ίσως περίεργο, η διαφοροποίηση μεταξύ της φυσιολογικής λύπης και θλίψης από την κλινική κατάθλιψη δεν είναι πάντα εύκολη. Φαίνεται πάντως οτι τις περισσότερες φορές, τουλάχιστον οι δύο αυτές συναισθηματικές καταστάσεις διαφέρουν. Έτσι λοιπόν, ενώ η θλίψη φαίνεται να χαρακτηρίζεται ουσιαστικά από μια επώδυνη απώλεια που βιώνει ένα άτομο, αντίθετα η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από μια «άτονη» και «χωρίς χρώμα» διάθεση που βιώνει το άτομο (Κλεφτάρας, 1998).

Οι ασθενείς μπορούν να διακρίνουν τη συναισθηματική κατάσταση του καταθλιπτικού επεισοδίου από τη φυσιολογική λύπη και θλίψη, όπου δεν υπάρχει η

αίσθηση ενός αγωνιώδους ψυχικού πόνου. Οι καταθλιπτικοί δεν μπορούν να κλάψουν, και μάλιστα η επανεμφάνιση του κλάματος θεωρείται ένδειξη βελτίωσης (Μπαλλής, 2000).

Ακόμη και όταν πληρούνται τα κριτήρια για Μείζων καταθλιπτικό Επεισόδιο, δεν θα μπει η διάγνωσή του, εφόσον τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά την απώλεια αγαπημένου προσώπου, εκτός αν επιμένουν περισσότερο από 2 μήνες ή χαρακτηρίζονται από έντονη απώλεια ενεργητικότητας, νοσηρή ενασχόληση με αναξιότητα, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωτικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση (Μάνος, 1997).

Ορισμός - Ταξινόμηση

Ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται για να εκφράσει μια φυσιολογική διάθεση επακόλουθη σημαντικής απώλειας ή θανάτου αγαπημένου προσώπου, ή να περιγράψει το σύμπτωμα που εκδηλώνεται σαν αντίδραση στο stress, ή σαν δευτερογενής αντίδραση σε ασθενείς με οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα, ή να ορίσει μια ψυχοπαθολογική διαταραχή ή σύνδρομο, όπως η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η Κυκλοθυμική Διαταραχή.

Σε γενικές γραμμές η κατάθλιψη θα μπορούσε να οριστεί ως μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος της προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών.

Σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα **ICD-10** (1992) η κατάθλιψη υπάγεται στις διαταραχές της διάθεσης. Οι διαταραχές της διάθεσης κωδικοποιούνται στην κατηγορία F30 –F39, ως ακολούθως:

F30 Μανιακό Επεισόδιο,

F31 Διπολική Συναισθηματική Διαταραχή,

F32 Καταθλιπτικό Επεισόδιο,

F33 Υποτροπιάζουσα Καταθλιπτική Διαταραχή,

F34 Επίμονες Διαταραχές της Διάθεσης,

F38 Άλλες Διαταραχές της Διάθεσης και

F39 Μη Καθορισμένες Διαταραχές της Διάθεσης.

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, **DSM-IV**, American Psychiatric Association, 1994), οι διαταραχές της διάθεσης ταξινομούνται ως εξής:

I. Καταθλιπτικές διαταραχές

1. *Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή*, όπου υπάρχει ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια
2. *Δυσθυμική Διαταραχή ή Δυσθυμία*, όπου η καταθλιπτική διάθεση κυριαρχεί τις περισσότερες ώρες της ημέρας, τις περισσότερες μέρες για δύο τουλάχιστον χρόνια, συνοδευόμενη και από άλλα συμπτώματα κατάθλιψης, χωρίς Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια
3. *Καταθλιπτική Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς*, που αναφέρεται σε διαταραχές με καταθλιπτικά χαρακτηριστικά, που δεν ικανοποιούν τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιό, Δυσθυμική Διαταραχή, Διαταραχή Προσαρμογής με καταθλιπτική Διάθεση ή Διαταραχή Προσαρμογής με μεικτή Αγχώδη και καταθλιπτική Διάθεση.

II. Διπολικές Διαταραχές

1. *Διπολική Διαταραχή I* όπου υπάρχει ένα ή περισσότερα Μανιακά ή Μεικτά Επεισόδια, που συνήθως εναλλάσσονται με Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια
2. *Διπολική Διαταραχή II* όπου υπάρχει ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια που συνοδεύονται από ένα τουλάχιστον Υπομανιακό Επεισόδιο.
3. *Κυκλοθυμική Διαταραχή* όπου υπάρχουν εναλλακτικά περίοδοι με υπομανιακά ή καταθλιπτικά συμπτώματα, διάρκειας τουλάχιστον δύο χρόνων και που δεν ικανοποιούν τα κριτήρια για ένα μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο.
4. *Διπολική Διαταραχή μη προσδιοριζομένη αλλιώς*, που αναφέρεται σε διαταραχές με διπολικά χαρακτηριστικά, τα οποία δεν ικανοποιούν τα κριτήρια των Διπολικών Διαταραχών

III. Άλλες Διαταραχές της Διάθεσης

1. *Διαταραχή της Διάθεσης οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση*, η οποία χαρακτηρίζεται από μια προεξάρχουσα και επίμονη διαταραχή της διάθεσης, που αποδίδεται σε οργανική αιτιολογία και αποτελεί άμεση συνέπεια μιας γενικότερης οργανικά παθολογικής κατάστασης.
2. *Διαταραχή της Διάθεσης οφειλόμενη σε ψυχοδραστικές ουσίες*, όπου η προεξάρχουσα και επίμονη διαταραχή της διάθεσης θεωρείται ως η άμεση

συνέπεια της κατάχρησης μιας χημικής ουσίας, ενός φαρμάκου, μίας άλλης σωματικής αντιμετώπισης της κατάθλιψης ή μιας τοξίνης

3. *Διαταραχή της Διάθεσης μη προσδιοριζόμενη αλλιώς* η οποία αναφέρεται σε διαταραχές με συμπτώματα διάθεσης που όμως δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια για καμιά από τις Διαταραχές της Διάθεσης και όπου είναι δύσκολο να γίνει επιλογή μεταξύ Καταθλιπτικής Διαταραχής μη προσδιοριζόμενης αλλιώς και Διπολικής Διαταραχής μη προσδιοριζομένης αλλιώς.

Εκφράζεται ο ισχυρισμός οτι το φάσμα της κατάθλιψης είναι πολύ ευρύτερο από αυτό που παρουσιάζει η διαγνωστική ορολογία. Μεγάλο ποσοστό των ασθενών με κατάθλιψη δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, ούτε για δυσθυμία. Υπάρχει ισχυρή τάση να εμφανίζουν τα άτομα ποικίλους υποτύπους της κατάθλιψης στην πορεία του χρόνου (Ahgest, & Merikangas, 1997).

Συχνότητα

Η κατάθλιψη αποτελεί σε ένα βαθμό μια οικουμενική διαταραχή. Εμφανίζεται σχεδόν σε όλο τον κόσμο, αλλά με διαφορές ως προς την επικράτηση, την συχνότητα και κυρίως ως προς το περιεχόμενο και τον τρόπο της κλινικής εμφάνισης (Στεφανής, 2002). Η ηλικία εμφάνισης των διαταραχών αρχίζει από τα 15 χρόνια και ξεπερνά τα 50 χρόνια, με μια μέση ηλικία γύρω στα 30 χρόνια (Μπαλλής, 2000). Συμπτώματα κατάθλιψης παρουσιάζει το 10-25% του γενικού πληθυσμού σε κάποια στιγμή της ζωής του (Χριστοδούλου, 2001).

Στην Ελλάδα επιτόπιες έρευνες σε μεγάλα δείγματα πληθυσμού έδειξαν οτι καταθλιπτικά επεισόδια παρουσίασαν το 3,6% του γενικού πληθυσμού το 1978 (Μαδιανός, 1988) και το 5,4% το 1984 (Μαδιανός, & Στεφανής, 1992). Τα ποσοστά για τις γυναίκες ανέρχονται στα 4,5% και 6,5% στις αντίστοιχες μετρήσεις.

Σειρά επιδημιολογικών ερευνών δείχνουν σταθερά οτι οι γυναίκες υποφέρουν από καταθλιπτικά συμπτώματα σε πολύ υψηλότερα ποσοστά από οτι οι άνδρες. Φαίνεται οτι οι γυναίκες έχουν διπλάσιες περίπου πιθανότητες να βιώσουν κλινική κατάθλιψη από οτι οι άνδρες. Ενδεικτικά, σύμφωνα με τους Myers, Weissman και Tischler (1984) τα ποσοστά μείζονος κατάθλιψης και δυσθυμίας κυμαίνονται μεταξύ 2,9% και 5,4% περίπου για τις γυναίκες και μεταξύ 1,2% και 2,6% για τους άνδρες. Σύμφωνα με τον Kumar (1987) το ποσοστό νοσηρότητας των γυναικών (στο γενικό

πληθυσμό) είναι 15-20%. Οι διαπιστωμένες διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τη συχνότητα της κατάθλιψης δεν φαίνεται να οφείλονται σε μεθοδολογικά λάθη. Κάποιοι ερευνητές στο χώρο αυτό θεωρούν οτι είναι πραγματικές και οφείλονται σε διαφορές τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε βιολογικό επίπεδο. Άλλοι πάλι ισχυρίζονται οτι πρόκειται για μη πραγματικά ευρήματα που οφείλονται στις διαφορές των γυναικών ως προς την απασχόληση, την εργασία, την εκπαίδευση, την αμοιβή και την υποστήριξη (Κλεφτάρας, 1998). Υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις οτι η κατάθλιψη είναι μεγαλύτερη στη διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής της γυναίκας, ιδιαίτερα μεταξύ 25-44 χρόνων (Wisner, & Gelenberg, 1999), ενώ η διαφορά, μεταξύ των δύο φύλων, στη συχνότητα της κατάθλιψης είναι λιγότερο εμφανής στην όψιμη μέση ηλικία και αυτό, ίσως σχετίζεται με την εμμηνόπαυση. Πρόσφατη έρευνα στη Μεγάλη Βρετανία έδειξε σαφή αναστροφή της διαφοράς των δύο φύλων, ως προς τη συχνότητα της κατάθλιψης, στα άτομα ηλικίας άνω των 55 ετών (Bebbington, 1998).

Είναι ενδιαφέρον να τονιστεί οτι οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών, όσον αφορά τη συχνότητα της κατάθλιψης, δεν φαίνεται να είναι σταθερές, αλλά αλλάζουν ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα που μελετάται. Για παράδειγμα, σε παιδιά δημοτικού σχολείου δεν φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Αντίθετα στην περίοδο της εφηβείας, υπάρχει έντονη αύξηση της συχνότητας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των διαγνώσεων κατάθλιψης κυρίως μεταξύ των κοριτσιών. Όσον αφορά τώρα τον πληθυσμό των φοιτητών και των ηλικιωμένων, σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, δεν φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τη συχνότητα της κατάθλιψης (Κλεφτάρας, 1998).

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί οτι πρόσφατες επιδημιολογικές έρευνες φαίνεται να δείχνουν οτι τα ποσοστά της κατάθλιψης βρίσκονται σε ανοδική πορεία, ειδικότερα στον πληθυσμό των νέων. Έτσι, αντίθετα με την κοινή πεποίθηση σύμφωνα με την οποία η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή των μεσήλικων και των ηλικιωμένων, τα ποσοστά της είναι υψηλότερα στους νέους (Κλεφτάρας, 1998). Οι νέοι επίσης έχουν περισσότερες πιθανότητες να ξεπεράσουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο σε σχέση με τους ηλικιωμένους και είναι λιγότερο πιθανό οτι θα επανεμφανίσουν το πρόβλημα. Πολλοί είναι οι περιβαντολλογικοί παράγοντες που θα μπορούσαν να ενοχοποιηθούν για αυτό το φαινόμενο, όπως αλλαγές στη σύνθεση της οικογένειας, ανεργία, αλλαγές στους ρόλους ανδρών –γυναικών, stress κ.λ.π.

Αιτιολογικοί Παράγοντες

Επιβαρυντικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες για την εκδήλωση της κατάθλιψης θεωρούνται η πρώιμη αποστέρηση των γονέων, τα ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής, το χρόνιο stress, η ανεργία, η μόνιμη κατοικία σε αστικές περιοχές, κ.α. Είναι πιθανόν όλοι οι παραπάνω παράγοντες να αλληλεπιδρούν με γενετικούς προδιαθεσικούς παράγοντες και να καθορίζουν ποία άτομα θα εκδηλώσουν, τελικά, κατάθλιψη (Μαδιανός, 2001).

Από πολλά χρόνια, οι εμπειρικές παρατηρήσεις ανέφεραν οτι τόσο η μονοπολική όσο και η διπολική συναισθηματική διαταραχή εμφανιζόταν συχνότερα στις οικογένειες των πασχόντων. Η συστηματική όμως διερεύνηση του ρόλου των γεννητικών παραγόντων στην εκδήλωση της νόσου είναι προϊόν των τελευταίων δεκαετιών. Οι γενετικές και μοριακές μελέτες προσπαθούν να αποδείξουν οτι η κατάθλιψη οφείλεται σε γενετικούς παρά σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, χωρίς όμως να έχουν καθορίσει τον ακριβή τρόπο μεταβίβασης της. Οι μελέτες οικογενειών επαλήθευσαν τις προϋπάρχουσες εμπειρικές παρατηρήσεις της οικογενούς εκδήλωσης της διαταραχής (Παπαδημητρίου, 2001).

Μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια μπορούν να συμβούν μετά από ψυχοκοινωνικά stress, όπως θάνατοι, χωρισμοί, διαζύγια. Ο τοκετός επίσης μπορεί να προκαλέσει μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, με επιλόχεια έναρξη. Χρόνιες γενικές ιατρικές καταστάσεις και εξάρτηση από ουσίες, ιδιαίτερα αλκοόλ ή κοκαΐνη μπορούν να συμβάλουν στην πρόκληση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Σε σημαντικό αριθμό γυναικών τα συμπτώματα ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου αυξάνονται πριν την εμμηνορρυσία (Μάνος, 1997).

Δεν υπάρχει αμφιβολία οτι στην εμφάνιση και διατήρηση της κατάθλιψης και στα δύο φύλα συμβάλλουν κοινωνικοί παράγοντες. Οι γυναίκες ενδέχεται να είναι πιο επιρρεπείς λόγω παραγόντων ψυχικής καταπόνησης που σχετίζονται με το φύλο, σε συνδυασμό με διαφορές στους τρόπους προσαρμογής. Η έλλειψη σχέσης εμπιστοσύνης με το σύντροφο είναι ένας από τους πιο σημαντικούς επιβαρυντικούς παράγοντες (Meagher, & Murray, 1997).

Σε οτι αφορά την εργασία, η εξωοικιακή απασχόληση είναι ωφέλιμη για την ψυχική υγεία της γυναίκας εκτός των περιπτώσεων που προκύπτουν δυσκολίες με τη φροντίδα του σπιτιού και των παιδιών. Ορισμένες δραστηριότητες στις οποίες απασχολούνται κυρίως γυναίκες (φροντίδα ηλικιωμένων, ψυχικά ασθενών, νοητικά

καθυστερημένων και ασθενών με σωματική νόσο) συνδέονται με αυξημένη συχνότητα κατάθλιψης. Φαίνεται οτι οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να υποτάξουν τις ανάγκες τους στις ανάγκες του προσώπου που έχουν αναλάβει τη φροντίδα του (Meagher, & Murray, 1997).

Ένας άλλος παράγοντας, που θεωρείται οτι αυξάνει τη συχνότητα της ψυχικής νόσου στην ενήλικη ζωή και είναι πιο συχνός στις γυναίκες απ' οτι στους άνδρες είναι η σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία. Ποσοστό 25% των γυναικών με κατάθλιψη αναφέρει ιστορικό κακοποίησης αυτού του είδους σε σχέση με 6% στις μάρτυρες. Οι γυναίκες αναφέρουν επίσης, φόβο σεξουαλικής ή άλλης βίας κατά την ενήλικη ζωή. Στο μεγαλύτερο ποσοστό της, πάντως, η βία κατά των γυναικών ασκείται στα πλαίσια της οικογένειας. Και συχνά παραμένει άγνωστη με αποτέλεσμα κοινωνικά προβλήματα και προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένης και της κατάθλιψης.

Η μειωμένη αυτοεκτίμηση αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την κατάθλιψη και τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από τα αγόρια να εμφανίζουν έλλειψη εμπιστοσύνης στον εαυτό τους. Η αυτοεκτίμηση σχετίζεται με παράγοντες όπως η πρόωρη απώλεια γονέων, οι συνθήκες ανατροφής, η ανεργία και το επίπεδο κοινωνικής στήριξης, αν και μια μελέτη θηλέων διδύμων παρέχει ενδείξεις σημαντικής γενετικής συμβολής.

Η ακριβής φύση των διαφορών στους τρόπους προσαρμογής που προαναφέρθηκε δεν είναι γνωστή. Ίσως οι γυναίκες αξιολογούν το βαθμό ψυχικής καταπόνησης με τον ίδιο τρόπο όπως και οι άνδρες, αλλά αντιδρούν με εντονότερη συμπτωματολογία. Ίσως οι γυναίκες αξιολογούν πιο έντονα την επίδραση των παραγόντων ψυχικής καταπόνησης και οι άνδρες προστατεύονται περισσότερο από την κατάθλιψη μέσω γνωσιακής παραμόρφωσης. Ορισμένοι τύποι συμπεριφοράς ίσως αυξάνουν την προσαρμογή στην ψυχική καταπόνηση ή δρουν ως υποκατάστατα της κατάθλιψης. Για παράδειγμα, ίσως οι άνδρες αντιδρούν μέσω αντικοινωνικής συμπεριφοράς ή κατάχρησης οινοπνεύματος, σε αντίθεση με τις γυναίκες που εμφανίζουν κατάθλιψη. Αυτή η θεωρία είναι συμβατή με το εύρημα οτι, αν και η κατάθλιψη είναι πιο συχνή στις γυναίκες, η συνολική νοσηρότητα των ψυχικών νόσων είναι όμοια στα δύο φύλα.

Υπάρχουν ενδείξεις οτι, όπου οι κοινωνικοί ρόλοι είναι ελεγχόμενοι, δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των φύλων ως προς τη συχνότητα της κατάθλιψης. Σε έρευνα μεταξύ πρωτοδιοριζόμενων εκπαιδευτικών, μετά από προσαρμογή ως προς

την επίδοση στις σπουδές τους, την κοινωνική τάξη, την οικογενειακή κατάσταση και την εκπαιδευτική βαθμίδα, δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στην συχνότητα της κατάθλιψης μεταξύ των φύλων. Στην κοινότητα των Άμις, όπου απαγορεύονται αυστηρά το οινόπνευμα και η αντικοινωνική συμπεριφορά, η συχνότητα της κατάθλιψης είναι περίπου όμοια στα δύο φύλα. Σε μητριαρχικές κοινωνίες, όπως στους Παπούα στη Νέα Γουϊνέα παρατηρείται ανάστροφη σχέση μεταξύ των δύο φύλων ως προς τη συχνότητα της κατάθλιψης (Meagher, & Murray, 1997).

Οι θεωρίες για τις εσωτερικές συγκρούσεις αναφέρουν οτι η κατάθλιψη δημιουργείται από τη σύγκρουση μεταξύ του αντιληπτού και του πραγματικού εαυτού. Η κατάθλιψη προκύπτει από τη σύγκρουση που αφορά την ανομοιότητα μεταξύ του πραγματικού εαυτού του ατόμου και των στόχων και φιλοδοξιών του. Οι ισχυρισμοί αυτοί υποστηρίχθηκαν με αποδείξεις που αναφέρονται σε μια σημαντική σύνδεση της ασυμφωνίας μεταξύ πραγματικού και ιδανικού εαυτού και των συναισθημάτων δυσφορίας, όπως η δυσαρέσκεια και η κατήφεια, και ενός ουσιώδους αρνητικού συσχετισμού μεταξύ της αυτοεκτίμησης και την κατάθλιψης (Dimitrovsky, Lev, & Itskowitz, 1998).

Διάγνωση

Η έγκαιρη διάγνωση είναι πολλή σημαντική, υπάρχουν σήμερα ποικίλες κλίμακες που βοηθούν προς αυτή την κατεύθυνση.

Βασικό διαγνωστικό στοιχείο της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, είναι μια πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα (μείζων καταθλιπτική διαταραχή, μοναδικό επεισόδιο), ή περισσότερα (μείζων καταθλιπτική διαταραχή, υποτροπιάζουσα) μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, χωρίς ιστορικό μανιακού, μεικτού ή υπομανιακού επεισοδίου. Αν επισυμβεί κάποιο μανιακό, μεικτό ή υπομανιακό επεισόδιο η διάγνωση αλλάζει σε διπολική διαταραχή (Μάνος, 1997).

Για τη διάγνωση της διπολικής συναισθηματικής διαταραχής είναι απαραίτητη η ύπαρξη επανειλημμένων (τουλάχιστον δύο) επεισοδίων και το κάθε επεισόδιο να διαρκεί τουλάχιστον δύο εβδομάδες (Χριστοδούλου, 2001).

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που εκδηλώνεται σε όλες τις ηλικίες, σε όλο τον πληθυσμό και στα δύο φύλα. Οι γυναίκες παρουσιάζουν

καταθλιπτική συμπτωματολογία σε διπλάσια συχνότητα από τους άνδρες, ιδιαίτερα κατά την παραγωγική φάση της ζωής τους. Από τους αιτιολογικούς παράγοντες που συνδέονται με το φύλο σημαντικότερος είναι ο τοκετός που μπορεί να προκαλέσει καταθλιπτικό επεισόδιο, η εμμηνορρυσία που αυξάνει τα συμπτώματα ενός καταθλιπτικού επεισοδίου σε σημαντικό αριθμό γυναικών και το ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης. Αν οι λόγοι των διαφορών μεταξύ των δύο φύλων είναι ορμονικοί, ψυχολογικοί ή κοινωνικοοικονομικοί δεν είναι γνωστό. Αν ορμονικοί παράγοντες ενοχοποιούνται για την εκδήλωση της διαταραχής κατά την διάρκεια της αναπαραγωγικής περιόδου της ζωής της γυναίκας, τότε κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπου εκδηλώνεται υψηλή ορμονική δραστηριότητα, η κατάθλιψη έχει χώρο εκδήλωσης ή η αναμονή ενός ευχάριστου γεγονότος λειτουργεί ανατρεπτικά στην εκδήλωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας;

Προγεννητική Κατάθλιψη

Στο υποκεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται η συχνότητα εμφάνισης της προγεννητικής κατάθλιψης στα τρία τρίμηνα της κύησης και οι αιτιολογικοί παράγοντες. Ακόμη γίνεται αναφορά στη σχέση που υπάρχει μεταξύ της προγεννητικής και της επιλόχειας κατάθλιψης.

Σε αντίθεση με τη σημαντική έρευνα που έχει γίνει για την κατάθλιψη μετά τον τοκετό (*επιλόχεια κατάθλιψη*), λιγότερη προσοχή έχει δοθεί στην κατάθλιψη που εμφανίζεται πριν από τον τοκετό, την *προγεννητική κατάθλιψη*. Προγεννητική είναι η κατάθλιψη που εμφανίζεται κατά την διάρκεια της κύησης στις έγκυες γυναίκες. Η προγεννητική κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί την επιδείνωση προϋπαρχουσών διαταραχών ή να εμφανίζεται για πρώτη φορά με την ευκαιρία της κύησης, σε μια προσωπικότητα που ενδέχεται να έχει μια σχετική προδιάθεση. Συχνά η εγκυμοσύνη και ο τοκετός, (που διαχωρίζει την περίοδο της εγκυμοσύνης από την περίοδο της λοχείας και που παρότι, ο τοκετός είναι το κορυφαίο γεγονός της αναπαραγωγής είναι και ένα ιδιαίτερα επίπονο γεγονός για την επίτοκο), θεωρούνται από μόνα τους αγχογόνες καταστάσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Πρόσφατες έρευνες αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά προγεννητικής κατάθλιψης από τα ποσοστά της

επιλόχειας κατάθλιψης. Ενδεικτικά αναφέρονται η έρευνα των Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer και Cameron (1995) που έδειξε προγεννητική κατάθλιψη σε ποσοστό 27,6% στο 2° τρίμηνο της κύησης, 24,5% στο 3° τρίμηνο της κύησης και 23,4% επιλόχεια κατάθλιψη. Η έρευνα των Dimitrovsky, Lev και Itskowitz (1998) που έδειξε προγεννητική κατάθλιψη σε ποσοστό 49% στο 3° τρίμηνο της κύησης και 28% επιλόχεια κατάθλιψη. Η έρευνα των Evans, Heron, Francomb, Oke και Golding (2001)[+] έδειξε ποσοστό προγεννητικής κατάθλιψης 13,5%, κατά την 32^{η} εβδομάδα της κύησης και ποσοστό επιλόχειας κατάθλιψης 9,1%, κατά την 8^{η} εβδομάδα μετά τον τοκετό.

Η προγεννητική κατάθλιψη έχει αριθμητικά το προβάδισμα σε σχέση με τις άλλες ψυχικές διαταραχές της κύησης, όπως είναι το άγχος και η ανησυχία. Οι προγεννητικές διαταραχές έχουν συνδεθεί με σοβαρές επιπλοκές κατά τη κύηση και τον τοκετό, καθώς και με επιλόχειες διαταραχές. Η εμφάνιση της προγεννητικής κατάθλιψης θεωρείται προδιαθεσικός και προγνωστικός παράγοντας για την εκδήλωση της επιλόχειας κατάθλιψης, (Llewellyn, Stowe, & Nemeroff, 1997) όπως αναφέρεται παρακάτω.

Συχνότητα

Τα ευρήματα αποδεικνύουν οτι η προγεννητική κατάθλιψη εκδηλώνεται κυρίως στο 1° τρίμηνο της κύησης, οι υψηλότερες τιμές της παρουσιάζονται κατά το 1° και το 3° τρίμηνο της κύησης, εκδηλώνεται περισσότερο στις πρωτοτόκες και το ποσοστό της κυμαίνεται από 4% ως 49%. Οι διαφορές των ποσοστών που αναφέρουν οι έρευνες εξαρτώνται από το τρίμηνο της κύησης, τον τόκο, τον διαχωρισμό της κατάθλιψης σε ήπια, μέτρια και σοβαρή, το έτος που έγινε η μέτρηση, την εξαίρεση ή την συμμετοχή στο δείγμα γυναικών με ιστορικό κατάθλιψης, την κλίμακα μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε, και από το αν τις απαντήσεις τις κατέγραφε η έγκυος ή ο συνεντευκτής.

[+] Επιλέχθηκαν 13799 γυναίκες, 12059 (87%) συμμετείχαν σε μια τουλάχιστον από τις τέσσερις δειγματοληψίες και 9028 (65%) συμμετείχαν και στις τέσσερις. Οι δειγματοληψίες αντιστοιχούν στην 18^{η} εβδομάδα της κύηση, στην 32^{η} εβδομάδα της κύησης, στην 8^{η} εβδομάδα της λοχείας και στον 8° μήνα μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες που διέκοψαν είχαν υψηλότερη βαθμολογία κατάθλιψης από αυτές που συνέχισαν. Η μελέτη αυτή είναι από τις μεγαλύτερες έρευνες που έχουν γίνει και είναι σημαντικό να αναφερθεί οτι μετρήθηκαν μεγαλύτερα ποσοστά προγεννητικής από τα ποσοστά της επιλόχειας κατάθλιψης.

Οι μελέτες έδειξαν οτι το ποσοστό προγεννητικής κατάθλιψης κυμαίνεται από 4% ως 49% (Areias, O'Hara, Zekoski, Philipps, & Wrigth, 1990. Benedict, Paineb, Painec, Brandtc, & Stallingc, 1999. Berthiaume, David, Saucier, & Borgeat, 1998. Γκιόκα, Κανδύλης, Καμπούρης, & Ασπραδάκης, 2001. Cox, 1982. Da Costa, Larouche, Dritsa, & Brenet, 2000. Dimitrovsky, at al., 1998. Gotlip, Whiffer, & Mount, 1989. Kitamura, Shima, Sugawara, & Toda, 1993. Kumar, & Robson, 1984. Kumar, Barros, & Figueiredo, 1996. Kurki, Hiilesmaa, Raitasalo, Mattila, & Ylikorkala, 2000. Leathers, & Kelley, 2000. Martin, Brown, Goldberg, & Brockington, 1989. O'Hara, Rehm, & Campbell, 1983. Sugawara, Toda, Shima, Mukai, Sakakura, & Kitamura, 1997. Watson, Elliot, Rugg, & Brough, 1984. Wells, Hobfoll, & Lavin, 1997).

Η διακύμανση των ποσοστών της προγεννητικής κατάθλιψης στις έρευνες εξαρτάται από το δείγμα των γυναικών, το τρίμηνο της κύησης που έγινε η μέτρηση, τον τόκο, τον διαχωρισμό της κατάθλιψης σε ήπια μέτρια και σοβαρή, το έτος που έγινε η μέτρηση γιατί παρατηρείται αύξηση των τιμών με την πάροδο του χρόνου, την εξαίρεση ή την συμμετοχή στο δείγμα γυναικών με ιστορικό κατάθλιψης, την κλίμακα μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε, δηλαδή αν η κλίμακα καταγράφει μόνο κατάθλιψη ή γενικότερα ψυχολογικές διαταραχές και από το αν τις απαντήσεις τις κατέγραφε η έγκυος ή ο συνεντευκτής. Γενικά οι μετρήσεις ήταν υψηλότερες όταν η κατάθλιψη μετρήθηκε με αυτοαναφερόμενη καταγραφή και στο 3^{ο} τρίμηνο της κύησης (O'Hara, et al., 1983. Gotlip, et al., 1989).

Σύμφωνα με τους μελετητές το 1^{ο} τρίμηνο της κύησης φαίνεται να είναι ο χρόνος της μέγιστης ευπάθειας στην προγεννητική κατάθλιψη, (ιδιαίτερα για τις έγκυες που παρουσιάζουν εμέτους και απειλούμενη έκτρωση (Jahan, 1987), εκδηλώσεις που χαρακτηρίζουν το 1^{ο} τρίμηνο. Κατά το τρίμηνο αυτό συχνότερη είναι η κατάθλιψη χωρίς ψυχωσικά στοιχεία. Η κατάθλιψη στις πρωτοτόκες στο τέλος του 1^{ου} τριμήνου ανέρχεται σε 16,7% (Areias, et al., 1996. Kumar, 1982. Kumar, & Robson, 1984). Στο τέλος του 1^{ου} τριμήνου της κύησης τα κρούσματα της κατάθλιψης είναι μέτριας σοβαρότητας και σχετικά μικρής διάρκειας.

Το 2^{ο} τρίμηνο της κύησης θεωρείται λιγότερο στρεσογόνο από το 1^{ο} και το 3^{ο}. Το επίπεδο κατάθλιψης κατά το 2^{ο} τρίμηνο ανέρχεται στο 11,8% (Berthiaume, et al., 1998. Evans, et al., 2001. O'Hara, et al., 1990). Κατά την διάρκεια του 2^{ου} τριμήνου συμπτώματα όπως οι εμετοί που χαρακτηρίζουν το πρώτο τρίμηνο έχουν

υποχωρήσει και ο τοκετός δεν είναι ακόμα αρκετά κοντά χρονικά για να δημιουργεί ιδιαίτερη ανησυχία στην έγκυο.

Κατά τη διάρκεια του 3^{ου} τριμήνου η ανησυχία για τον επικείμενο τοκετό αυξάνεται με αποτέλεσμα να αυξάνεται και η κατάθλιψη (Tilden, 1983). Καθώς ολοκληρώνεται το 3^{ο} τρίμηνο και πλησιάζει η ώρα του τοκετού οι έγκυες αγωνιούν για την έκβαση του τοκετού τους και για το αν οι ίδιες είναι επαρκείς για να μπορέσουν να αντεπεξέλθουν στις ωδίνες και στις απαιτήσεις του τοκετού, αλλά και της μητρότητας, αν πρόκειται για πρωτοτόκες. Η κατάθλιψη στο 3^{ο} τρίμηνο είναι πιο αυξημένη από την κατάθλιψη του 2^{ου} τριμήνου και ανέρχεται στο 13,5% κατά την 32^{η} εβδομάδα της κύησης (Evans et al., 2001). Στις πρωτοτόκες γυναίκες, η προγεννητική κατάθλιψη ανέρχεται σε ποσοστό 49% (Da Costa, et al., 2000. Leathers, & Kelley, 2000).

Τα νέα περιστατικά με προγεννητική κατάθλιψη είναι λιγότερα στο 2^{ο} και 3^{ο} τρίμηνο από οτι στο 1^{ο} τρίμηνο (Kumar, & Robson, 1984). Μόνο το 2% από το ποσοστό της προγεννητικής κατάθλιψης είναι γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης πριν την κύηση (Kitamura, et al., 1993. Kumar, 1982. Kumar, & Robson, 1984. Martin, et al., 1989). Από τις έγκυες που παρουσιάζουν κατάθλιψη το 60% είναι πρωτοτόκες και το 40% πολυτόκες (Da Costa et al., 2000. Hobfoll et al., 1995).

Στην Ελλάδα η Γκιόκα και συν., (2001) σε μελέτη σε 200 έγκυες παρατήρησαν οτι: το 11,5% των γυναικών εμφάνισαν υποσημαινόμενα έως ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα και οτι το 3% εμφάνισαν μέτρια νευρωτική κατάθλιψη.

Αιτιολογικοί Παράγοντες

Αν η εγκυμοσύνη λειτουργεί σαν ύψιστο γεγονός στη ζωή της γυναίκας, είναι κατανοητό γιατί η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης είναι πιο συχνή μεταξύ των γυναικών χωρίς προηγούμενο ιστορικό κύησης διότι οι απαιτήσεις ενός τέτοιου γεγονότος βάζουν σε κρίση την αυτοεκτίμηση και ενεργοποιούν τις ανασφάλειες. Συχνά αναφέρεται οτι οι έγκυες ανησυχούν και φοβούνται τον επικείμενο τοκετό και αυτό είναι πιο έντονο μεταξύ των γυναικών που θα γίνουν μητέρες για πρώτη φορά. Η αιτιολογία της κατάθλιψης παραμένει ασαφής, με τη γενική συναίνεση οτι σύνθετες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μαιευτικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων, ευθύνονται για την εμφάνιση της προγεννητικής κατάθλιψης. Η συζυγική ασυμφωνία, τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής, η αμφιθυμία για την

εγκυμοσύνη αποτελούν ψυχοκοινωνικούς προδιαθεσικούς παράγοντες για την εκδήλωση της προγεννητικής κατάθλιψης.

Παρακάτω γίνεται αναφορά στους παράγοντες που συνδέονται με την αιτιολογία της προγεννητικής κατάθλιψης.

Μαιευτικοί παράγοντες

Η *πρωτοτοκία* σε συνδυασμό με *προηγούμενη τεχνητή διακοπή κύησης* (έκτρωση) είναι ένας παράγοντας κινδύνου εμφάνισης προγεννητικής κατάθλιψης (Kitamura, et al., 1993). Η βιβλιογραφία που αφορά στην ψυχολογική πλευρά της συνειδητής επιλογής του τερματισμού της κύησης, έχει επικεντρωθεί κυρίως στα ψυχολογικά επακόλουθα. Σχεδόν όλες οι αναφορές ισχυρίζονται οτι η διακοπή της κύησης έχει σημαντική αρνητική επίδραση στην επακόλουθη ψυχική υγεία των γυναικών. Για τις έγκυες με ιστορικό τεχνητής διακοπής της κύησης η παρούσα κύηση μπορεί να λειτουργήσει όχι μόνο σαν πηγή ανησυχίας και φόβου, αλλά σαν υπενθυμιστικός παράγοντας μετάνοιας και ψυχικής οδύνης. Όμως, ίσως είναι λογικό να υποτεθεί οτι μια συναισθηματική διαταραχή κατά την προγεννητική περίοδο ήταν ο παράγοντας που καθόρισε την επιλογή της διακοπής της κύησης και φαίνεται οτι υπάρχουν ενδείξεις οτι πολλές από αυτές τις γυναίκες δεν είχαν καλή ψυχική υγεία πριν από τη διακοπή της κύησης. Οι πρωτοτόκες έγκυες με προηγούμενη τεχνητή διακοπή της κύησης εμφανίζουν κατάθλιψη σε ποσοστό 31% (Hamill, & Ingram, 1974. Kumar, 1984). Επίσης μελέτη που έγινε σε μαιευτική κλινική αναφέρει οτι το 30% των γυναικών που έκαναν τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης παρουσίαζαν ψυχιατρικά συμπτώματα (Greer, Lal, Lewis, Belsley, & Beard, 1976). Στις περιπτώσεις των πρωτοτόκων με ιστορικό μίας ή περισσοτέρων διακοπών κύησης απαιτείται η εντόπιση πιθανού ιστορικού καταθλιπτικής διαταραχής και υποστήριξης της εγκύου για την διατήρηση της παρούσας κύησης. Οι γυναίκες με καταθλιπτικές διαταραχές, που αποφάσισαν στο παρελθόν μια τεχνητή διακοπή της κύησης τους, εμφανίζουν βαρύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία σε μια νέα κύηση που τις ωθεί σε νέα διακοπή της κύησης επιβαρύνοντας την μετέπειτα γονιμότητά τους, όπως και την υγεία τους σωματική και ψυχική. Τα ευρήματα αυτά είναι ιδιαίτερα σημαντικά για την πατρίδα μας που οι τεχνητές διακοπές ετησίως ξεπερνούν τις 200.000 και η ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς είναι πολύ περιορισμένη.

Αντίθετα με τις τεχνητές διακοπές, οι *αποβολές* δεν είχαν επίδραση στο ποσοστό της προγεννητικής κατάθλιψης. Οι αποβολές δεν δημιουργούν ανυπέρβλητο

πόνο, με εξαίρεση την περιγεννητική απώλεια (γέννηση νεκρού νεογνού ή θάνατος αμέσως μετά τη γέννηση) (Theut, Pedersen, Zaslow, Cain, Rabinovich, & Morihisa, 1989).

Σύμφωνα με την Μαρή (1995), υπάρχουν και αντίθετα ερευνητικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία «για πολλές γυναίκες η αποβολή συνιστά βαθιά αρνητικό γεγονός ζωής, ενώ δεν είναι καθόλου ασυνήθιστες οι αντιδράσεις πένθους που ακολουθούν τον τερματισμό μίας εγκυμοσύνης. Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν οτι οι γυναίκες ανακαλούν την εμπειρία της αποβολής για μεγάλο χρονικό διάστημα και νοιώθουν οτι αυτή η εμπειρία μπορεί να επηρεάσει και μια επόμενη εγκυμοσύνη τους. Γι' αυτό και φαίνεται να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για κατάθλιψη, στα πρώτα στάδια της επόμενης εγκυμοσύνης».

Μια εκτενής μελέτη συνέκρινε το επίπεδο της θλίψης μεταξύ εγκύων γυναικών με ιστορικό αποβολής και μη εγκύων γυναικών με ιστορικό αποβολής. Τα επίπεδα της θλίψης, στην ομάδα των εγκύων, βρέθηκαν μειωμένα, σαν αποτέλεσμα της υφιστάμενης εγκυμοσύνης. Παράγοντες που συνδέθηκαν με τη μείωση της θλίψης ήταν: 1.το μεγάλο χρονικό διάστημα που πέρασε από την αποβολή, 2.το σύντομο χρονικό διάστημα μίας νέας εγκυμοσύνης, μετά την αποβολή και 3.η επικείμενη γέννηση μιας νέας ζωής που θα προκύψει από την υπάρχουσα κύηση (France, & Mikaib, 1999).

Σε ορισμένες από τις γυναίκες που με δυσκολία αποφάσισαν να διατηρήσουν μια μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη αλλά στη συνέχεια απέβαλαν, η αποβολή μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα θυμού και ενοχής μαζί με απώλεια ελέγχου. Η έρευνα έχει δείξει οτι ποσοστό περίπου 17% των γυναικών με μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη είχαν αντιδράσεις πένθους, μετά την αποβολή, για ένα μήνα (Μαρή, 1995).

Η *ναυτία και οι έμετοι* κατά την κύηση μελετήθηκαν από την ψυχοσωματική γυναικολογία, για την σχέση τους με την προγεννητική κατάθλιψη, αλλά χωρίς σαφή αποτελέσματα. Η ναυτία και οι εμετοί έχουν μικρή σχέση με την εμφάνιση της προγεννητικής κατάθλιψης (Kitamura et al., 1996).

Προεμμηνορυσιακό σύνδρομο

Η μεγαλύτερη έρευνα για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ προεμμηνορυσιακού συνδρόμου και προγεννητικής/επιλόχειας κατάθλιψης έγινε σε δείγμα 1.329 εγκύων (Sugawara, et al., 1997). Οι γυναίκες που υπέφεραν από προεμμηνορυσιακό

σύνδρομο παρουσίασαν προγεννητική κατάθλιψη υψηλότερη από τις γυναίκες που δεν παρουσίαζαν το σύνδρομο. Στους πρώτους μήνες της κύησης οι γυναίκες με το σύνδρομο παρουσίασαν κατάθλιψη σε ποσοστό 42,58%, οι γυναίκες χωρίς το σύνδρομο σε ποσοστό 40,08%, στο μέσον της κύησης οι γυναίκες με το σύνδρομο παρουσίασαν κατάθλιψη σε ποσοστό 39,93%, οι γυναίκες χωρίς το σύνδρομο σε ποσοστό 37,89% και προς το τέλος της κύησης οι γυναίκες με το σύνδρομο παρουσίασαν κατάθλιψη σε ποσοστό 41,20%, οι γυναίκες χωρίς το σύνδρομο σε ποσοστό 39,24%. Άρα οι γυναίκες που υποφέρουν από προεμμηνορυσιακό σύνδρομο παρουσιάζουν μια ελαφρά μεγαλύτερη τάση για την εμφάνιση προγεννητικής κατάθλιψης σε ενδεχόμενη κύησή τους. Αυτό δείχνει πως οι γυναίκες που έχουν δυσκολίες προσαρμογής στα διάφορα επίπεδα ορμονών προεμμηνορυσιακώς, τείνουν να έχουν ακόμη μεγαλύτερη δυσκολία να προσαρμοστούν στα ορμονικά επίπεδα κύησης.

Ατομικό και οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό

Υψηλότερα είναι τα ποσοστά προηγούμενων ψυχιατρικών διαταραχών μεταξύ των εγκύων που εμφανίζουν προγεννητική κατάθλιψη (Kitamura, et al., 1994. Kumar, & Robson, 1984. Zajicer, 1981).

Οι μελέτες που έχουν γίνει συσχετίζοντας την προγεννητική κατάθλιψη και την κληρονομικότητα αναφέρονται σε πληθυσμούς ψυχιατρικών ασθενών και τα ευρήματα δεν μπορούν να γενικευτούν για όλο τον πληθυσμό (Kitamura, et al., 1996).

Αρνητικά γεγονότα της ζωής

Οι πρωτοτόκες έγκυες που έχουν βιώσει περισσότερα αρνητικά γεγονότα ζωής εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά προγεννητικής κατάθλιψης (Areias, et al., 1996). Οι γυναίκες που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά, εκδηλώνουν περισσότερα προβλήματα κατά την κύηση. Παρουσιάζουν κατάθλιψη, έμμονη ιδέα αυτοκτονίας, και προβλήματα στη σχέση τους με την οικογένεια καταγωγής τους (Stevens–Simon, & McAnarney, 1994). Οι πρωτοτόκες έγκυες, που έχουν κακοποιηθεί πριν από την κύησή τους και πριν από την ηλικία των 18 χρόνων παρουσιάζουν τριπλάσια ποσοστά κατάθλιψης από τις έγκυες που δεν έχουν κακοποιηθεί (Benedict, et al., 1999).

Προσωπικότητα

Η έρευνα που συσχετίζεται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά την κύηση δηλώνει οτι η προσωπικότητα μεταβάλλεται όταν οι *ψυχοκοινωνικοί παράγοντες* επηρεάζουν την ψυχολογική προσαρμογή της εγκύου (Berthiaume, et al., 1998). Ακόμη η γενική *ευαλωτότητα* (vulnerability) σε συναισθηματικά προβλήματα αντιπροσωπεύει ένα παράγοντα κινδύνου για τις έγκυες. Εφόσον αυτές αναφέρουν ιστορικό με ψυχολογικές διαταραχές, τείνουν προς την αύξηση του επιπέδου των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της κύησης (O'Hara, et al., 1984).

Η *χαμηλή αυτοεκτίμηση* έχει συνδεθεί με την προγεννητική κατάθλιψη τόσο θεωρητικά όσο και ερευνητικά (Leifer, 1977). Τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση έχουν μια τάση να προσλαμβάνουν τα γεγονότα της ζωής με ένα τρόπο που τους δημιουργεί περισσότερη αρνητικότητα και άγχος.

Η Dimitrovsky, et al., (1998) αναφέρουν ήπια κατάθλιψη σε ποσοστό 33% και σοβαρή κατάθλιψη σε ποσοστό 29% κατά το 3° τρίμηνο της κύησης, στις πρωτοτόκες με χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες με υψηλή αυτοεκτίμηση είναι 32% για την ήπια κατάθλιψη και 4% για την σοβαρή κατάθλιψη.

Η *απόκτηση βάρους* κατά την κύηση είναι αναγκαία για την ανάπτυξη του εμβρύου. Αυτή η απόκτηση βάρους σε συνδυασμό με τις κοινωνικές προδιαγραφές των γυναικών, ίσως συμβάλλουν στη συναισθηματική ένταση των εγκύων. Η μελέτη έδειξε οτι κατά τη διάρκεια του $2^{ου}$ τριμήνου της κύησης η αύξηση του βάρους δεν συσχετίστηκε με την καταθλιπτική συμπτωματολογία και την αυτοεκτίμηση των εγκύων. Ο συνδυασμός της χαμηλής αυτοεκτίμησης και της αύξησης του βάρους κατά το 3° τρίμηνο μπορεί να είναι ένας επιβαρυντικός παράγοντας για την εκδήλωση της προγεννητικής κατάθλιψης (Cameron, Hobfoll, Crowrher, & Ritter,1996).

Ο Kumar et al. (1984) βρήκαν συσχετισμό μεταξύ των υψηλών βαθμολογιών του *νευρωτισμού* και του *ψυχωτισμού* και της προγεννητικής κατάθλιψης. Η εκτίμηση του νευρωτισμού και του ψυχωτισμού έγινε με την Απογραφή Προσωπικότητας του Eysenck. Σύμφωνα με τον Eysenck τα άτομα με ανεπτυγμένο ψυχωτισμό έχουν την τάση να είναι μοναχικά, απαθή και αδιάφορα για τους άλλους, αντίθετα στα κοινωνικά ήθη, παρουσιάζουν δυσκολίες συγκέντρωσης, αδύνατη μνήμη και προτιμούν ασυνήθιστα πράγματα. Τα άτομα με ανεπτυγμένο νευρωτισμό αλλάζουν συναισθήματα πολύ γρήγορα, έχουν περιορισμένη δύναμη θέλησης, επηρεάζονται εύκολα από τους άλλους, έχουν μειωμένη κοινωνικότητα, μειωμένη αισθητηριακή αντίληψη αλλά αυξημένη δραστηριοποίηση. Μετέπειτα έρευνες επιβεβαίωσαν τον

θετικό συσχετισμό μεταξύ της προγεννητικής κατάθλιψης και της υψηλής βαθμολογίας νευρωτισμού και ψυχωτισμού (Areias, et al., 1996. Kitamura, et al., 1993).

Στάσεις προς την παρούσα κύηση

Το ποσοστό των ανεπιθύμητων κυήσεων στα πρωτοτόκα ζευγάρια από 20% (Kitamura, et al., 1993) αυξήθηκε σε ποσοστό 29% για τις γυναίκες και σε ποσοστό 33,9% για του άνδρες (Leathers, & Kelley, 2000).

Η στάση των γυναικών και των συντρόφων τους στην αναγγελία της κύησης φαίνεται να είναι σημαντική για την κατανόηση της προγεννητικής κατάθλιψης. Η αντίληψη της γυναίκας ως προς το γεγονός της ζωής του, την κύηση, καθορίζει την μετέπειτα ψυχοπαθολογία. Μια ανεπιθύμητη κύηση μπορεί να προκαλέσει προγεννητική κατάθλιψη σε ποσοστό 71%, ενώ μια επιθυμητή σε ποσοστό 20% (Martin, et al., 1989), ιδιαίτερα μεταξύ των γυναικών που θεωρούν οτι ολοκλήρωσαν την τεκνοποιία τους και έχουν τουλάχιστον δύο παιδιά. Το να μείνει μια γυναίκα έγκυος σε λάθος χρόνο, με λάθος άνθρωπο, σε λάθος περίσταση της ζωής της, έχει αρνητικές συνέπειες γι' αυτήν. Η ψυχολογική διαδικασία της εγκυμοσύνης και του τοκετού κινδυνεύουν να επιβαρυνθούν από σκληρές συγκρούσεις, συναισθήματα ενοχής και ψυχικά συμπτώματα που μπορεί να επηρεάσουν δυσμενώς την ανάπτυξη του εμβρύου. Η «λύση» της τεχνητής διακοπής επιβαρύνει την επόμενη κύηση όπως προαναφέρθηκε. Ένα μεγάλο δείγμα μητέρων που είχαν ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και δεν κατόρθωσαν να καταφύγουν στην διακοπή της παρουσίασαν ένα στατιστικά αυξημένο αριθμό γεννήσεων με δυσμορφίες (Blomberg, 1980).

Ιδιαίτερης σημασίας είναι η στάση του συντρόφου απέναντι στην παρούσα κύηση. Αν ο σύντροφος αντιδρά αρνητικά οι πιθανότητες εμφάνισης της προγεννητικής κατάθλιψης στην έγκυο τριπλασιάζονται (Kitamura, et al., 1993). Η αντίληψη των εγκύων για την κύηση επηρεάζεται πολύ από τη θετική στάση των συντρόφων τους.

Όπως αναφέρθηκε η εγκυμοσύνη, και ιδιαίτερα η πρώτη, θεωρείται ως στρεσογόνος παράγοντας, τόσο για την έγκυο, όσο και για το στενό της οικογενειακό περιβάλλον. Η μελλοντική μητρότητα θέτει σε δοκιμασία τη θηλυκότητα της γυναίκας και δημιουργεί συχνά έντονη αμφιθυμία για τη διατήρηση της κύησης (Δημητρίου, Βλάσσης, & Καλογερόπουλος, 1996). Αν η εγκυμοσύνη δεν είναι προγραμματισμένη, όπως συχνά συμβαίνει, η ψυχική πίεση που συνοδεύει την

εγκυμοσύνη μεγιστοποιείται. Οι τυχαίες κυήσεις έχουν αρνητική συσχέτιση με την σωματική υγεία του βρέφους (π.χ. χαμηλό βάρος γέννησης) καθώς και με τις στρατηγικές αντιμετώπισης των μητέρων (Institute of Medicine, 1995).

Κοινωνική στήριξη

Η πιο σημαντική μεταβλητή που σχετίζεται με την εμφάνιση της προγεννητικής κατάθλιψης στις πρωτοτόκες έγκυες είναι η κοινωνική στήριξη (Areias, et al., 1996). Από τις πολλές δυνητικά κοινωνικές πηγές στήριξης, η στήριξη από το σύντροφο επικεντρώνει την μεγαλύτερη προσοχή των εγκύων και αναφέρεται σε αυτό που ονομάζουμε «οικειότητα» μεταξύ των συντρόφων, στην ιδιαίτερη σχέση που υπάρχει μεταξύ των δύο συντρόφων και η οποία εκδηλώνεται με την μορφή της υποστήριξης – συμπαράστασης από τον μέλλοντα πατέρα προς την μέλλουσα μητέρα. Η κατάθλιψη στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης συνδέεται με την έλλειψη στήριξης από το σύντροφο. Το ποσοστό της προγεννητικής κατάθλιψης φτάνει το 60% όταν ο σύντροφος έχει αρνητική αντίδραση στην αναγγελία της κύησης, ενώ είναι λιγότερο από 20% στην αντίθετη περίπτωση (O'Hara, 1983). Οι έγκυες που αντιμετωπίζουν σοβαρά γεγονότα ζωής και δεν έχουν οικειότητα με το σύντροφό τους παρουσιάζουν προγεννητική κατάθλιψη σε ποσοστό 76% (Martin, et al., 1989). Η αρνητική στάση του συντρόφου ορίζεται σαν έλλειψη συναισθηματικής στήριξης όταν η έγκυος την έχει ανάγκη ή την αναμένει. Για παράδειγμα, οι έγκυες γυναίκες χρειάζονται περισσότερο συναισθηματική, παρά πρακτική στήριξη κατά την κύηση, ιδιαίτερα κατά το πρώτο τρίμηνο. Η έλλειψη οικειότητας μεταξύ των συντρόφων όταν οφείλεται σε δυσκολίες στη σχέση τους εξ' αιτίας κάποιου σοβαρού, -για την έγκυο- γεγονότος ζωής, προκαλεί σημαντική επιβάρυνση για την έγκυο και για το ποσοστό της προγεννητικής κατάθλιψης που αυξάνεται δραματικά. Η Deutsh (1945) υποστηρίζει οτι αν οι σχέσεις μεταξύ της εγκύου και του πατέρα του παιδιού που κυοφορεί είναι καλές, τότε «τα ψυχολογικά θεμέλια του τριγώνου μητέρας-πατέρα-παιδιού δημιουργούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης».

Η έρευνα για την κοινωνική στήριξη δείχνει οτι όσο πληρέστερη είναι τόσο το καλύτερο, αλλά υπάρχει διάφορα ανάμεσα στην παρουσία ή την απουσία ενός και μόνο συγκεκριμένου υποστηρικτή, του συντρόφου. Για τις έγκυες που δεν έχουν σύντροφο το πρόβλημα είναι μεγαλύτερο. Στήριξη μπορεί να βρεθεί και από άλλες πηγές, όμως η στήριξη του συντρόφου είναι ιδιαίτερα κρίσιμη κατά τη διάρκεια της κύησης (Hobfoll, et al., 1995). Οι ανύπαντρες έγκυες που δεν έχουν την

συμπαράσταση του πατέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ούτε της πατρικής τους οικογένειας λόγω μη αποδοχής της εγκυμοσύνης τους, είναι πολύ πιο επιρρεπείς στη κατάθλιψη από άλλες έγκυες που έχουν κοντά τους ένα σύντροφο. Η ικανοποίηση από την σχέση με το σύντροφο και η στήριξη που αυτός παρέχει λειτουργούν σαν άμυνες κατά της ανησυχίας και του άγχους (Lederman, 1984). Οι έγκυες με καταθλιπτική συμπτωματολογία, σε σύγκριση με τις έγκυες χωρίς καταθλιπτική συμπτωματολογία, αναφέρουν οτι οι σύντροφοί τους ήταν λιγότερο διαθέσιμοι, παρείχαν λίγη βοήθεια στις απαιτήσεις του νοικοκυριού και τους έκαναν τη ζωή σχετικά δύσκολη (O'Hara, 1997).

Η στήριξη που παρέχει το *κοινωνικό δίκτυο* της εγκύου αναδεικνύει ακόμη ένα σημαντικό παράγοντα που συνδέεται με την προσαρμογή στην κύηση. Οι αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις στο κοινωνικό περιβάλλον συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και με υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Στην έρευνα της Γκιόκα και συν., (2001) συσχέτισαν θετικά τα καταθλιπτικά συμπτώματα των εγκύων με το «κακό κοινωνικό περιβάλλον».

Η επίδραση της κοινωνικής στήριξης στις συναισθηματικές διακυμάνσεις κατά την κύηση καθώς και στην προγεννητική κατάθλιψη έχει ερευνηθεί σε πληθυσμούς εγκύων. Ανάγκη για κοινωνική στήριξη δεν έχουν μόνο οι ανύπαντρες μητέρες αλλά όλες οι γυναίκες που κυοφορούν ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση και τη φυλή τους. Η έλλειψη συναισθηματικής ισορροπίας (ανησυχία, κατάθλιψη και χαμηλή αυτοεκτίμηση) κατά την κύηση συσχετίζεται αντίστροφα με την κοινωνική στήριξη, σε γυναίκες μέσης τάξης, λευκές και παντρεμένες (Tilden, 1983). Χαμηλότερου βαθμού κατάθλιψη καταγράφηκε σε γυναίκες που ήταν ικανοποιημένες από την κοινωνική στήριξη που δεχόταν ακόμα και αν ανήκαν στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα (Hobfoll, et al., 1995).

Η χαμηλή ικανοποίηση από την κοινωνική στήριξη εμπλέκεται με αντιφατικές σχέσεις που συνδέονται με καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την κύηση. Οι γυναίκες που είναι λιγότερο ικανοποιημένες από την κοινωνική στήριξη που λαμβάνουν τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο στρατηγικές αντιδράσεις αποφυγής, όπως είναι η άρνηση, οι οποίες συνοδεύονται από αισθήματα καταθλιπτικής διάθεσης (Rudnicki, et al., 2001). Τα αρνητικά επακόλουθα της ελλιπούς ή μη ικανοποιητικής στήριξης μπορεί να είναι κατάθλιψη και μητρική συμπεριφορά μειωμένης ευαισθησίας. Αντίθετα οι έγκυες που απολαμβάνουν την κοινωνική στήριξη έχουν

καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία, και πριν και μετά τον τοκετό (Goldstein, et al., 1996).

Ανάγκη για κοινωνική στήριξη έχουν όλα τα άτομα που είναι χρήστες ναρκωτικών ουσιών. Η παρεχόμενη κοινωνική στήριξη κατά την κύηση είναι ιδιαίτερα σημαντική στην ευπαθή ομάδα των εγκύων χρηστών. Οι έγκυες γυναίκες που είναι χρήστες ουσιών παρουσιάζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από τις έγκυες που δεν είναι χρήστες. Οι έγκυες χρήστες βιώνουν την έλλειψη κοινωνικής στήριξης και αναφέρουν περισσότερα αρνητικά γεγονότα ζωής (Blechman, Lowell, & Garrett, 1999).

Ενημέρωση

Σύμφωνα με τη Deutch (1945) "το ισχυρότερο στοιχείο που εμποδίζει τη χαρούμενη και ομαλή πορεία της μητρότητας είναι ο φόβος". Ανησυχίες, όπως υψηλά επίπεδα προκατάληψης για τους πόνους του τοκετού, πιθανά γεννητικά ελαττώματα του εμβρύου ή οι ευθύνες που απαιτεί η μητρότητα, μπορούν να δημιουργήσουν διαταραχές προσαρμογής κατά την κύηση (Glazer, 1980) και αύξηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Ένας τρόπος για να αντιμετωπιστούν οι διαταραχές προσαρμογής και η αύξηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι μια υψηλού επιπέδου προγεννητική μέριμνα. Η ανεπαρκής προετοιμασία για τον τοκετό συνδέεται με μεγαλύτερους φόβους για τον τοκετό και δυσκολίες που συνδέονται με το μητρικό ρόλο (Lederman, 1984). Οι γυναίκες που λαμβάνουν ανεπαρκή προγεννητική μαιευτική φροντίδα έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν άγχος και κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησής τους (Sable, & Wilkinson, 1999).

Δημογραφικοί παράγοντες

Οι Δημογραφικοί παράγοντες που έχουν μελετηθεί σε σχέση με την προγεννητική κατάθλιψη είναι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της εγκύου, η επαγγελματική της απασχόληση και η ηλικία της.

Κοινωνικοοικονομική κατάσταση της εγκύου.

Στις Η.Π.Α. θεωρείται οτι η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η εθνικότητα (αναφορά στους Αφροαμερικανούς) συνδέονται με την κλινική κατάθλιψη (Kaplan, et al., 1987). Οι έγκυες με χαμηλό εισόδημα βιώνουν ιδιαίτερα δύσκολες και οξυμένες συναισθηματικά καταστάσεις, εξ αιτίας των πολλαπλών

αγχογόνων παραγόντων του περιβάλλοντός τους (όπως ανεργία, μεγάλο ποσοστό άγαμων μητέρων) και αισθάνονται οτι είναι αβοήθητες και δεν ελέγχουν την ύπαρξη αυτών των αγχογόνων παραγόντων (Hobfoll, et al., 1995).

Όσον αφορά στην συσχέτιση μεταξύ κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και προγεννητικής κατάθλιψης τα ευρήματα ποικίλουν. Στην έρευνα του Hobfoll et al., (1995) οι χαμηλότερου εισοδήματος έγκυες που ζουν στις πόλεις παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης κατά το 3° τρίμηνο. Η έρευνα του Berthiaume, et al., (1998) έδειξε οτι το χαμηλό εισόδημα του συντρόφου επιδρά αρνητικά στην έγκυο και αυξάνει τα επίπεδα κατάθλιψης. Παράλληλα οι γυναίκες χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, που έχουν εισόδημα κάτω από το επίπεδο της φτώχιας τείνουν να έχουν περισσότερες πιθανότητες η κύησή τους να είναι τυχαία (Rosenfeld, & Everett, 1996) με αποτελέσματα που προαναφέρθηκαν.

Ακόμη είναι γνωστό οτι η μεταβολή του καταλύματος προκαλεί άγχος. Η προγεννητική κατάθλιψη είναι περισσότερο συνδεδεμένη με τις γυναίκες που ζουν σε διαμερίσματα, από αυτές που ζουν σε μονοκατοικίες. Πολλές γυναίκες θέλουν να επιστρέψουν στο σπίτι των γονιών τους από το μαιευτήριο, όταν αυτό δεν είναι εφικτό νιώθουν οτι στο διαμέρισμα θα είναι «στριμωγμένοι» με την άφιξη του νεογνού. Θεωρείται λοιπόν οτι όχι η έλλειψη χώρου ή πολυκοσμία, αλλά η αντίληψη της εγκύου οτι θα είναι αβοήθητη, προκαλεί την εμφάνιση της προγεννητικής κατάθλιψης (Kitamura, et al., 1996). Ίσως η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση να μην ενοχοποιείται από μόνη της για την εκδήλωση της προγεννητικής κατάθλιψης, αλλά οι επιπτώσεις της στην ζωή των γυναικών (όπως, η φτώχια ή η ανεργία) αποτελούν αρνητικά και επιβαρυντικά γεγονότα στη ζωή της γυναίκας, τα οποία σε συνδυασμό με την εγκυμοσύνη να συντελούν στην εκδήλωση της προγεννητικής κατάθλιψης.

Επαγγελματική απασχόληση της εγκύου.

Οι μελέτες που αφορούν την εργασιακή σχέση της γυναίκας και την προγεννητική κατάθλιψη δεν δίνουν ένα ξεκάθαρο αποτέλεσμα. Ίσως στις επόμενες μελέτες θα πρέπει να ληφθεί υπ΄ όψιν η κοινωνική αναγνώριση που έχει η εργαζόμενη γυναίκα στην περιοχή μελέτης, όπως επίσης και ο τόκος της γυναίκας, με δεδομένο του κάθε ένα νέο μέλος στην οικογένεια αυξάνει τις οικονομικές ανάγκες της οικογένειας. Ο Berthiaume, et al., (1998) αναφέρουν οτι δεν υπάρχουν αυξημένα επίπεδα προγεννητικής κατάθλιψης στις εργαζόμενες γυναίκες, παρότι η εργασία έξω από το σπίτι αντίκειται στον παραδοσιακό γυναικείο ρόλο, που θέλει τη γυναίκα να

παραμένει στο σπίτι. Εντούτοις υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης παρατηρήθηκαν σε γυναίκες που δεν είχαν επαγγελματική απασχόληση κατά τη διάρκεια της κύησης. Αντίθετα οι Wells, Hobfoll και Lavin (1997) αναφέρουν οτι οι εργαζόμενες γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές κατάθλιψης από τις άνεργες και τις ημιαπασχολούμενες. Στην Ελλάδα η έρευνα της Γκιόκα και συν. (2001) αναφέρει οτι οι έγκυες που αντιμετώπιζαν ανεργία μακράς διάρκειας παρουσίαζαν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Ηλικία της εγκύου.

Η έρευνα του Berthiaume, et al., (1998) έδειξε οτι η ηλικία γυναικών δεν συνδέεται με τα επίπεδα κατάθλιψης, με εξαίρεση τις έγκυες γυναίκες νεώτερες των είκοσι χρόνων. Οι έγκυες έφηβες παρουσιάζουν κατά την εγκυμοσύνη μεγαλύτερη κατάθλιψη από έφηβες που δεν είναι έγκυες (Troutman, & Cutrona, 1990). Οι Susman, Schmelk, Worrall, Granger, Ponirakis και Chrousos (1999) γνωρίζοντας οτι η κορτιζόλη και η κορτικοτροπίνη συνδέονται με την κατάθλιψη, ερεύνησαν τα επίπεδα τους στις έφηβες έγκυες με καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η μελέτη έδειξε οτι οι συγκεντρώσεις των ορμονών ήταν χαμηλότερες από τις αναμενόμενες που θα μπορούσαν να δικαιολογήσουν τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης στις έφηβες έγκυες. Η έρευνα στράφηκε στα κορτικοειδή επειδή έχει αποδειχθεί οτι παρατηρείται αύξηση παραγωγής ή μεταβολή του τρόπου εκκρίσεως των κορτικοειδών στην ενδογενή κατάθλιψη. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τα επίπεδα της κορτιζόλης του πλάσματος σταδιακά αυξάνονται δύο με τρεις φορές από τα φυσιολογικά επίπεδα. Αυτό σχετίζεται με τα υψηλά επίπεδα της πλακουντιακής κορτικοτροπίνης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Άρα δεν ευθύνεται η κορτιζόλη για την προγεννητική κατάθλιψη που εμφανίζεται στις έφηβες και η έρευνα θα πρέπει να στραφεί στη μελέτη άλλων ορμονών.

Ορμονικοί παράγοντες

Το γεγονός οτι η προγεννητική κατάθλιψη εκδηλώνεται στο 1° τρίμηνο της κύησης, θα μπορούσε να ερμηνευτεί με βάση τη σχέση της κύησης με συγκεκριμένους ενδοκρινολογικούς παράγοντες. Οι ορμόνες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην κύηση είναι τα *οιστρογόνα και η προγεστερόνη*. Και οι δύο θεωρήθηκαν υπεύθυνες για την αλλαγή της διάθεσης και υποστηρίχθηκε, ακόμα, η πιθανότητα οτι σε ορισμένες γυναίκες οι δύο ορμόνες να μην διατηρούν την ισορροπία τους

(Καλογερόπουλος, 1996). Οι γρήγορες αλλαγές της ορμονικής στάθμης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης οδηγούν σε μεταβολές της διάθεσης, από την έξαρση ως την κατάθλιψη (Stoppard, 1999).

Μια τρίτη ορμόνη, η *χοριακή γοναδοτροπίνη*, που παράγεται στην αρχή της κύησης, προκάλεσε ιδιαίτερο ενδιαφέρον γιατί την 10η εβδομάδα της κύησης φτάνει στα υψηλότερα επίπεδα στο αίμα της εγκύου και μετά πέφτει σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Η ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη ίσως να είναι υποψήφια «ένοχη», γιατί η διάρκεια ζωής της αντιστοιχεί σχεδόν ακριβώς με την διάρκεια της ναυτίας, στο πρώτο τρίμηνο της κύησης (Καλογερόπουλος, 1996) και ίσως σχετίζεται με την εμφάνιση της προγεννητικής κατάθλιψης.

Είναι πολύ δύσκολο να γίνουν ερευνητικές μελέτες συσχετισμού των επιπέδων των ορμονών και της κατάθλιψης κατά την διάρκεια της κύησης. Η εγκυμοσύνη είναι μια περίοδος εννέα μηνών όπου οι τιμές των επιπέδων των ορμονών μεταβάλλονται κάθε εβδομάδα και δημιουργούνται οι νέες ορμονικές ισορροπίες και αλληλεπιδράσεις, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να εντοπιστεί αν η προγεννητική κατάθλιψη είναι ορμονικής αιτιολογίας.

Η προγεννητική κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που εκδηλώνεται κυρίως στο 1^{ο} και 3^{ο} τρίμηνο της κύησης, εμφανίζεται περισσότερο στις πρωτοτόκες, μειώνεται κατά την διάρκεια του 2^{ου} τριμήνου και αυξάνει όσο πλησιάζει ο τοκετός. Η συχνότητά της αγγίζει το 50% των εγκύων και η αιτιολογία της δεν είναι γνωστή. Ενοχοποιούνται μαιευτικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της διαταραχής έχει μια προηγούμενη διακοπή κύησης, η μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη, η κοινωνική στήριξη, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας και κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας της εγκύου. Η εγκυμοσύνη συνδέεται μέσω του τοκετού με την λοχεία, κατά την διάρκεια της λοχείας εκδηλώνεται η επιλόχεια κατάθλιψη. Ίσως η προγεννητική κατάθλιψη να προβλέπει την επιλόχεια κατάθλιψη.

Σχέση Προγεννητικής και Επιλόχειας Κατάθλιψης

Η μελέτη για την επιλόχεια κατάθλιψη ξεκίνησε πολύ νωρίτερα και είναι πολύ πιο εκτεταμένη από την μελέτη για την προγεννητική κατάθλιψη. Δεν είναι πολλοί οι μελετητές της κατάθλιψης και των δύο αυτών περιόδων, της κύησης και της λοχείας. Παρατηρώντας τον όγκο της βιβλιογραφίας που αφορά την επιλόχεια κατάθλιψη θα μπορούσε να θεωρηθεί οτι σε πολλούς ερευνητές δεν είναι σαφές το αυτονόητο οτι η κύηση και η λοχεία αποτελούν μια ολοκληρωμένη ενότητα της αναπαραγωγής και συνδέονται μεταξύ τους με τον τοκετό. Συχνά αντιμετωπίζεται από τους ερευνητές σαν να μην υπάρχει σχέση μεταξύ αυτών των δύο περιόδων. Πρώτη η Dalton το 1971, αναφέρει οτι «η ανησυχία στην αρχή της κύησης αποτελεί ένδειξη για πιθανή εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης».

Στην συνέχεια οι Watson, Elliot, Rugg και Brough (1984), αναφέρουν οτι ποσοστό 23% των γυναικών που παρουσίασαν επιλόχεια κατάθλιψη, είχαν ανάλογη συμπτωματολογία σε κάποια χρονική στιγμή της κύησης. Ακολούθησε η έρευνα των Kumar και Robson (1984), στην οποία μόνο 4 από τις 22 έγκυες που παρουσίασαν κατάθλιψη, σε κάποια στιγμή της εγκυμοσύνης τους, βρέθηκαν μεταξύ των περιπτώσεων της επιλόχειας κατάθλιψης, κατά τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό.

Στην Ελλάδα οι αναλύσεις της Δραγώνα (1989) κατέδειξαν οτι όσο πιο κακή είναι η ψυχολογική κατάσταση στην εγκυμοσύνη τόσο μεγαλύτερη είναι η επιλόχεια κατάθλιψη. Αργότερα οι Hobfoll et al. (1995) αναφέρουν οτι το 30% των γυναικών που παρουσιάζουν προγεννητική κατάθλιψη εκδηλώνουν επιλόχεια κατάθλιψη. Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα της μελέτης του Areias, et al. (1996) που αναφέρουν οτι από τις πρωτοτόκες που παρουσίασαν επιλόχειο κατάθλιψη το 31,5% είχε προγεννητική κατάθλιψη στο τέλος του 1^{ου} τριμήνου της κύησης.

Τρεις μελέτες που έγιναν το 2000 ασχολήθηκαν με τη σχέση που υπάρχει μεταξύ προγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης. Η μελέτη της Da Costa, et al. (2000), επιβεβαίωσε την μελέτη των Collins, Duncel-Schetter, Lobel, και Scrimshaw, (1993) οτι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ προγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης. Στην έρευνα των Nilsen, Videbech, Hedegaard, Dalby Salvin, και Secher, (2000)* βρέθηκε οτι η ψυχολογική θλίψη και η κοινωνική απομόνωση ήταν οι ισχυρότεροι προβλεπτικοί παράγοντες για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης.

* Η έρευνα έγινε στην Δανία και συμμετείχαν 5091 έγκυες, μέτρηση για τη θλίψη έγινε την 30η εβδομάδα της κύησης.

Μια στις τρεις γυναίκες με σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα και κοινωνική απομόνωση στην εγκυμοσύνη ανέπτυξε μετά τον τοκετό επιλόχεια κατάθλιψη. Παράλληλα στην έρευνα των Leathers και Kelley (2000), σε πρωτοτόκες έγκυες, αναφέρεται οτι ποσοστό 6% των γυναικών που εκδήλωσαν επιλόχεια κατάθλιψη, είχαν παρουσιάσει και προγεννητική κατάθλιψη.

Η έρευνα δείχνει οτι υπάρχει σχέση μεταξύ προγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης, αλλά τα ποσοστά ποικίλλουν από 6% ως 31,5%. Μεγαλύτερη έρευνα στον τομέα αυτό θα μπορούσε να διαφωτίσει και να καταγράψει την ακριβή σχέση επίδρασης της προγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε μια τόσο ιδιαίτερη χρονική περίοδο για την έγκυο-λεχωΐδα.

Είναι πολύ σημαντικό να γίνεται διερεύνηση της προγεννητικής κατάθλιψης. Με τον τρόπο αυτό πολλά από τα επεισόδια επιλόχειας κατάθλιψης μπορούν να προληφθούν και με κατάλληλη αντιμετώπιση να μην παρουσιαστούν αρνητικές επιπτώσεις κατά την λοχεία.

Επιλόχεια Κατάθλιψη

Στο υποκεφάλαιο αυτό αναλύονται τα επιδημιολογικά δεδομένα που δείχνουν τη σοβαρότητα της επιλόχειας κατάθλιψης, οι παράγοντες που την προκαλούν και η διαδικασία της διάγνωσης. Η πορεία, η κλινική εικόνα, τα συμπτώματα, οι επιπτώσεις στη λεχωΐδα και το βρέφος της, η πρόληψη και η προτεινόμενη θεραπευτική αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης περιγράφονται στο παράρτημα Β 1, διότι δεν συνδέονται άμεσα με τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης.

Η λοχεία είναι η περίοδος που η γυναίκα μπορεί να παρουσιάσει ψυχικές διαταραχές, ιδιαίτερα αν δεν είναι έτοιμη «να αποδεχθεί το μωρό της» και το θεωρήσει σαν απειλητική παρουσία, απογοητευτική, υπεύθυνη κακής κατάστασης. Η κατάθλιψη μετά τον τοκετό είναι προβληματική εξαιτίας του κοινωνικού ρόλου που απαιτείται από τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της λοχείας (O' Hara, Stuart, Gorman, & Wenzel, 2000). Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια σύνθετη και ενδιαφέρουσα

διαταραχή που συχνά φέρνει τη γυναίκα και την οικογένειά της μπροστά σε εκπλήξεις. Σε μια στιγμή που χαρακτηρίζεται από ευχαρίστηση και χαρά, η «επίθεση» της κατάθλιψης μπορεί να προκαλέσει «καταστροφή» και διαφωνία στη ζωή της γυναίκας (Misri, Kostaras, Fox, & Kostaras, 2000). Η επιλόχεια κατάθλιψη επίσης είναι μια συχνή και σοβαρή νόσος που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού. Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί το γεγονός οτι υποδιαγνώσκεται αφού η ασθενής συχνά δεν αναζητά ψυχολογική βοήθεια. Για αυτό, είναι εξαιρετικής προληπτικής σημασίας η αναγνώριση της επιλόχειας κατάθλιψης από επαγγελματίες υγείας, που έρχονται σε επαφή με τη γυναίκα την περίοδο αυτή (όπως οι μαίες, οι γυναικολόγοι, οι παιδίατροι κ.α.) και η έγκυρη και αποτελεσματική θεραπεία της (Σταμούλη, 2000).

Ορισμός και Κατάταξη

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ετερογενή ομάδα καταθλιπτικών διαταραχών στην περίοδο της λοχείας (Evins, Theofrastous, & Galvin, 2000).

Στην ταξινόμηση ICD-10 (1992) η κατάθλιψη της λοχείας ταξινομείται στην κατηγορία «ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς συνδεόμενες με τη λοχεία, οι οποίες δεν ταξινομούνται αλλού». Σύμφωνα με τα κριτήρια του ICD-10, οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές της συμπεριφοράς που επισυμβαίνουν μέσα σε διάστημα έξι εβδομάδων από τον τοκετό εμπίπτουν στη διαγνωστική κατηγορία F53 όταν δεν πληρούν τα κριτήρια κατάταξης σε άλλη κατηγορία, είτε επειδή δεν υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες, είτε επειδή υπάρχουν πρόσθετα ειδικά κλινικά χαρακτηριστικά που αποτρέπουν οποιαδήποτε άλλη ταξινόμηση (Σταμούλη, 2000). Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο το οποίο επισυμβαίνει εντός τεσσάρων εβδομάδων από τον τοκετό. Στη βιβλιογραφία, το διάστημα αυτό κυμαίνεται από τέσσερις εβδομάδες έως έξι μήνες, με αποτέλεσμα η αναφερόμενη επικράτηση της διαταραχής αυτής να εμφανίζει μεγάλη απόκλιση από μελέτη σε μελέτη (Παππά & Σολδάτου, 1999).

Συχνότητα

Η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται σε ένα σημαντικό ποσοστό που κατ' άλλους κυμαίνεται από 10% μέχρι 20% των λεχωΐδων (Ακτσαλής, & Σίμος, 1992. Μπεργιαννάκη, 2000), αλλά κάποιοι ανεβάζουν το ποσοστό στο 40% (Drago – Carabotta, Παναγόπουλος, Laganara, Maggino, & Alessi, 1997) και στο 53% (Areias, Kumar, Barros, & Figueiredo, 1996). Για το 60% των γυναικών αυτών είναι το πρώτο τους καταθλιπτικό επεισόδιο (Παππά & Σολδάτου, 1999). Ο κίνδυνος εκδήλωσης είναι περίπου διπλάσιος στις πρωτοτόκες (Harris, Deaty, Harris, Leew, & Wilson, 1996). Αν υπάρχει ατομικό ιστορικό μείζονος κατάθλιψης, τότε μια στις τέσσερις λεχωΐδες παρουσιάζουν επεισόδια κατάθλιψης κατά τη λοχεία. Σε περίπτωση που έχει προηγηθεί επιλόχεια κατάθλιψη, τότε μια στις δύο λεχωΐδες θα παρουσιάσουν ανάλογο επεισόδιο κατάθλιψης σε επόμενη περίοδο λοχείας (Σταμούλη, 2000).

Η επιλόχεια κατάθλιψη αναγνωρίστηκε οριστικά με την κλασική μελέτη του Pitt (1968) σε νοσοκομείο του Λονδίνου. Ο Pitt διαπίστωσε οτι το 10% των μητέρων που είχαν γεννήσει στη μαιευτική κλινική εμφάνιζαν κατάθλιψη τις πρώτες 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό, χωρίς προηγούμενα συμπτώματα κατά την παρακολούθησή τους κατά την διάρκεια της κύησης. Η πρώτη συστηματική μελέτη της επιλόχειας κατάθλιψης πραγματοποιήθηκε από τους Kumar και Robson (1984). Στα ευρήματά τους αναφέρουν οτι: 15 ήταν οι νέες περιπτώσεις κατάθλιψης από τις 19 περιπτώσεις επιλόχειας διαταραχής, 3 μήνες μετά τον τοκετό, αυτό σημαίνει οτι δεν εμφάνισαν κατάθλιψη στην προηγούμενη συνέντευξη την 36^{η} εβδομάδα της κύησης. Μόνο 4 από τις 22 γυναίκες που είχαν κατάθλιψη σε κάποια στιγμή της εγκυμοσύνης τους βρέθηκαν μεταξύ των 'περιπτώσεων' 3 μήνες μετά τον τοκετό. Από τις 38 πρωτοτόκες που πήραν μέρος στην έρευνα οι 11 παρουσίασαν επιλόχεια κατάθλιψη (Kumar & Robson, 1984). Στη συνέχεια, η έρευνα των Watson, Elliot, Rugg και Brough (1984) αναφέρει ποσοστό επιλόχειας κατάθλιψης 27%, ενώ η Cutrona (1984) αναφέρει σοβαρή κατάθλιψη 4,7% την 2^{η} εβδομάδα της λοχείας και 3,5% την 4^{η} εβδομάδα της λοχείας.

Στις έρευνες η διακύμανση των ποσοστών της συχνότητας εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης, εξαρτάται από το δείγμα των γυναικών, τον τόκο, τον διαχωρισμό της κατάθλιψης σε ήπια, μέτρια και σοβαρή, την εξαίρεση ή την

συμμετοχή στο δείγμα γυναικών με ιστορικό κατάθλιψης, την χρονική απόσταση από τον τοκετό, την κλίμακα μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε και από την τήρηση των διαβαθμίσεων που ορίζει κάθε κλίμακα (για παράδειγμα στην έρευνα των Georgiopoulos, Bryan, Yawn, Houston, Rummans και Thernaeau (1999) αναφέρεται ποσοστό κατάθλιψης 19,8% με βαθμολογία άνω των 10 και ποσοστό 11,4% με βαθμολογία άνω των 12, στην κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης του Εδιμβούργου).

Από τη δεκαετία του 1980 οι ερευνητές άρχισαν να χρησιμοποιούν περισσότερο σταθερά κλινικά πρότυπα για μια πιο ακριβή εκτίμηση της κατάθλιψης (Endicott, & Spitzer, 1978. Gotlib, Whiffen, Wallace, & Mouht, 1991). O' Hara, et al., 1984). Το γεγονός αυτό έχει αυξήσει τη δυνατότητα σύγκρισης των πληροφοριών των ερευνών και έχει βελτιώσει τα ερευνητικά δεδομένα που βασίζονται σε λιγότερο κλινικά φαινόμενα της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης, εφαρμόζοντας πιο έγκυρες και σταθερές μετρήσεις (Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer, & Cameron, 1995).

Σύμφωνα με την Μαιευτική η περίοδος της λοχείας ολοκληρώνεται στις 40 μέρες μετά τον τοκετό. Οι έρευνες που αναφέρονται στο χρονικό διάστημα από τέσσερις ως οκτώ εβδομάδες μετά τον τοκετό, καταγράφουν συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής από 9,1% ως 30% (Da Costa, Larouche, Dritsa, & Brenet, 2000. Dimitrovsky, et al., 1998. Evans, Heron, Francomb, Oke, & Golding, 2001. Green, & Kafetsios, 1997. Matthey, Barnett, Howie, & Kavanagh, 2002. Terry, Mayocchi, & Hynes, 1996). Από τις λεχωΐδες που παρουσιάζουν κατάθλιψη ποσοστό 77% είναι πρωτοτόκες και ποσοστό 23% είναι πολυτόκες (Da Costa, et al., 2000). Το ποσοστό της σοβαρής κατάθλιψης στις πρωτοτόκες είναι 4% (Dimitrovsky et al., 1998).

Εξετάζοντας την περίοδο της όψιμης λοχείας, από τους δύο μήνες μέχρι και ένα χρόνο μετά τον τοκετό η έρευνα έδειξε ποσοστό επιλόχειας κατάθλιψης από 8,1% ως 53% (Areias, et al., 1996. Evans, et al., 2001. Fowles, 1998. Leathers, & Kelley, 2000. Passino, Whitman, Borkowski, Schellenbach, Maxwell, Koegh, & Rellinger, 1993. Terry, Mayocchi, & Hynes, 1996).

Αξίζει να σημειωθεί οτι κατά άλλους ερευνητές τα ποσοστά της διαταραχής αυξάνονται ανάλογα με την χρονική απόσταση από τον τοκετό, όπως στην έρευνα των Terry, et al., (1996), σε πρωτοτόκες στις 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό, αναφέρεται κατάθλιψη σε ποσοστό 16% και στους 5 μήνες μετά τον τοκετό ποσοστό 17%. Και στην έρευνα των Areias, et al., (1996) επίσης σε πρωτοτόκες, αναφέρεται ποσοστό κατάθλιψης 31,5% κατά τον 3° μήνα με τον τοκετό και ποσοστό κατάθλιψης 53,7% κατά τον 12° μήνα μετά τον τοκετό. Κατ' άλλους ερευνητές τα ποσοστά της

διαταραχής μειώνονται ανάλογα με την χρονική απόσταση από τον τοκετό, όπως στη μελέτη των Evans, et al., (2001), όπου αναφέρεται επιλόχεια κατάθλιψη σε ποσοστό 9,1% κατά την 8η εβδομάδα της λοχείας και ποσοστό 8,1% κατά τον 8ο μήνα της λοχείας.

Έρευνα που έγινε στην Ελλάδα κατά την 4-6η εβδομάδα της λοχείας έδειξε οτι επιλόχεια κατάθλιψη εκδηλώθηκε σε ποσοστό 13% των λεχωΐδων (Δραγώνα, 1989). Στη μελέτη πήραν μέρος 200 λεχωΐδες από την περιοχή των Αθηνών. Ενώ σε επόμενη έρευνα (Δραγώνα, 1997) σε 2.831 γυναίκες, κατά την 3-5 μέρα μετά τον τοκετό, αναφέρεται ποσοστό κατάθλιψης 25,3% για τις πρωτοτόκες.

Στη μελέτη των Κρητικού, Μωρογιάννη και Λώλη (1996), που πραγματοποιήθηκε στην Πανεπιστημιακή Μαιευτική Κλινική των Ιωαννίνων και πήραν μέρος 38 λεχωΐδες, το ποσοστό κατάθλιψης ήταν μεγαλύτερο το 50%, σε καθημερινές μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά την πρώτη εβδομάδα της λοχείας.

Στη μελέτη των Μωραΐτου και Σταλίκα (2001) πήραν μέρος 249 λεχωΐδες, κατά την πρώτη εβδομάδα της λοχείας τους, που γέννησαν στις Μαιευτικές Κλινικές των κρατικών νοσοκομείων 10 διαφορετικών νομών. Η έρευνα έδειξε οτι το 38,69% των λεχωΐδων παρουσίασε κάποιας μορφής κατάθλιψη (24,10% ήπια, 9,24% μέτρια, 5,52% σοβαρή). Οι πρωτοτόκες αποτελούσαν το 47,42% των λεχωΐδων που παρουσίασαν κάποιας μορφής κατάθλιψη και το 50% των λεχωΐδων που παρουσίασαν σοβαρή κατάθλιψη.

Τέλος στην μετα-ανάλυση της Beck (2001) όπου σχολιάζονται 84 μελέτες που έγιναν την δεκαετία του 1990, το ποσοστό των γυναικών που βιώνουν αυτή τη συναισθηματική διαταραχή κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά τον τοκετό ανέρχεται στο 13%.

Προδιαθεσικοί Παράγοντες

Το μοντέλο του «σεισμού» των Sichel και Driscoll (1999), εξηγεί γιατί το μοναδικό μυαλό μιας γυναίκας και η ορμονική χημεία την κάνουν ευάλωτη σε ψυχικές διαταραχές σε κρίσιμες στιγμές της ζωής της, όπως μετά τη γέννηση ενός παιδιού. Η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να προκύψει μετά από μια μακρά διαδικασία βιοχημικών συσσωρεύσεων, καθώς το μυαλό της γυναίκας επανειλημμένα αντιμετωπίζει το stress στη ζωή της. Οι Sickel και Driscoll αναφέρουν οτι η γυναικεία

κατασκευή, η ορμονική και αναπαραγωγική διαδικασία και οι εμπειρίες της ζωής, όλα μαζί μπορούν να προβλέψουν τον κίνδυνο ενός «σεισμού», που προκύπτει όταν ο εγκέφαλος δεν μπορεί να σταθεροποιηθεί και τα ψυχολογικά προβλήματα εμφανίζονται. Ένας σεισμός προκύπτει όταν οι εσωτερικές πιέσεις γίνονται συντριπτικές και απελευθερώνουν την εσωτερική πίεση. Στρεσογόνα συμβάντα της ζωής ή/και ορμονικά συμβάντα μπορούν να ανατρέψουν την λεπτή ισορροπία της εγκεφαλικής βιοχημείας, έχοντας σαν αποτέλεσμα ένα συναισθηματικό σεισμό, όπως η επιλόχεια κατάθλιψη. Το μοντέλο των Sichel και Driscoll (1999) έχει ευρύ φάσμα παραγόντων επικινδυνότητας, όπως προηγούμενα επεισόδια κατάθλιψης, ιστορικό αρνητικών γεγονότων της ζωής, οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικών διαταραχών, το stress για την απόκτηση παιδιού, μαζικές ορμονικές ανακατατάξεις και μελαγχολία της λοχείας (Sichel, & Driscoll,1999).

Γυναίκες που ήταν ευχαριστημένες από τις εμπειρίες της κύησης και του τοκετού τους είχαν την τάση να είναι λιγότερο καταθλιπτικές κατά τη λοχεία και το μετέπειτα διάστημα (Παππά, & Σολδάτου, 1999). Ακόμα και μια ψυχολογικά ευάλωτη γυναίκα που εκτιμά τη σχέση της με το σύντροφό της μπορεί να προστατευτεί από την επιλόχεια κατάθλιψη από την εκτίμηση που η ίδια έχει για τη σχέση της (Misri, Kostaras, Fox, & Kostaras, 2000).

Οι προδιαθεσικοί και οι αιτιολογικοί παράγοντες της επιλόχειας κατάθλιψης είναι πολυπαραγοντικοί, ενοχοποιούνται βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες. Οι αιτιολογικοί παράγοντες και παράγοντες κίνδυνου εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης παρουσιάζονται και αναλύονται παρακάτω.

Αιτιολογικοί Παράγοντες

Όπως αναφέρθηκε η αιτιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης είναι πολυπαραγοντική. Οι έρευνες αναφέρουν οτι πιθανοί παράγοντες που συμμετέχουν είναι γενετικοί, βιολογικοί, ψυχοκοινωνικοί, γνωστικοί, καθώς και εκείνοι που συνδέονται με διάφορα στρεσσογόνα γεγονότα της ζωής (Περιστέρης, & Μαρίνος, 1990). Οι αιτιολογικοί παράγοντες φαίνεται πως είναι πολλοί, όμως, τα συμπεράσματα της έρευνας δεν συμφωνούν πάντοτε. Για το λόγο αυτό αναπτύχθηκαν διαφορετικές προσεγγίσεις στους αιτιολογικούς παράγοντες, οι κυριότερες είναι: των

κοινωνικών παραγόντων, των οργανικών δυσλειτουργιών και της παραδοσιακής κλασσικής ψυχιατρικής (Νιτσόπουλος, 1987).

Παρακάτω αναλύονται οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης.

Ιατρογενής επιβάρυνση και μαιευτικό ιστορικό

Η σύνδεση της επιλόχειας κατάθλιψης με γυναικολογικές και μαιευτικές μεταβλητές δεν φαίνεται ιδιαίτερα να επαληθεύεται (Δημητρίου, και συν., 1995). Υπάρχουν αποδείξεις τόσο υπέρ όσο και κατά για την πιθανή αιτιολογική σημασία που μπορούν να έχουν μεταβλητές σχετικές προς την αναπαραγωγή, όπως για παράδειγμα, ο **τόκος** (Cox, et al., 1982. Tod, 1964), ένα **ιστορικό αποβολής** (France, & Mikaib, 1999. Playfair, & Gowers, 1981), ή ταυτόχρονες **μαιευτικές επιπλοκές** (Cox, at al., 1982. Pitt, 1968. Tod, 1964). Οι O'Hara, et al., (1984) ανέφεραν οτι οι **επιπλοκές** κατά τον τοκετό σχετίζονται με την επιλόχεια κατάθλιψη, σε αντίθεση με τους Paykel, et al., (1980) που ανέφεραν οτι οι γυναίκες ενδέχεται να ερμηνεύσουν την εμπειρία τους από τυχόν επιπλοκές κατά τον τοκετό σαν αποτέλεσμα της αδυναμίας τους να αντεπεξέλθουν στις ανάγκες της μητρότητας.

Ακόμη και η χρήση **αναλγητικών**, που χρησιμοποιήθηκαν περιγεννητικά για θεραπευτικούς λόγους έχει ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη της επιλόχειας κατάθλιψης (Terry, et al., 1996).

Το είδος του τοκετού

Ο **τοκετός** είναι μια μοναδική δυναμική διαδικασία, που μπορεί να επιταχύνει την εκδήλωση μιας ψυχικής διαταραχής. Θεωρείται εύλογο οτι πρέπει να είναι ικανός από μόνος του να πυροδοτεί επεισόδια ψυχικής νόσου σε γυναίκες με ήπια γενετική ή ιδιοσυγκρασιακή προδιάθεση (Βλάχος, 1996). «Ο τοκετός επιφέρει, κατά βάθος για όλες τις γυναίκες καταστροφικές εμπειρίες, που σε μερικές περιπτώσεις εκδηλώνονται με τρόπο κραυγαλέο, επεμβαίνοντας στη συμπεριφορά της γυναίκας και στη δυνατότητα να δοθεί μια καλή νοσοκομειακή φροντίδα. Σε άλλες περιπτώσεις αφήνουν μια κρυφή πληγή αργής ίασης (κυρίως αίσθηση ανεπάρκειας – ακαταλληλότητας), ενώ πολύ συχνά παραμένουν στο υποσυνείδητο» (Drago – Carabotta, et al., 1997).

Ο Pitt (1968) σημείωσε πως ο «παρατεινόμενος τοκετός» ήταν συχνότερο εύρημα σε γυναίκες που υπέφεραν από επιλόχειο κατάθλιψη, απ' οτι σε άλλες. Η

μελέτη του O' Hara (1983) δεν βρήκε σχέση μεταξύ του stress του τοκετού και της επιλόχειας κατάθλιψης, βρήκε όμως οτι οι γυναίκες με περισσότερο στρεσογόνους τοκετούς, υπέστησαν σε λιγότερο βαθμό επιλόχειο κατάθλιψη. Κατά τους Kumar και Robson (1984) η μόνη μαιευτική μεταβλητή που σχετίζεται σημαντικά με μεταγεννητικά ψυχιατρικά προβλήματα ήταν ο τοκετός ενός πρόωρου παιδιού, ενώ με την άποψη αυτή συμφωνεί και ο Fisher (1997).

Οι απόψεις των ερευνητών για την σύνδεση μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης και καισαρικής τομής διαφέρουν. Κατά τους Cox, et al., (1982) οι γυναίκες που γεννούν με **καισαρική τομή** ή **εμβρυουλκία** δεν είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα από άλλες να εκδηλώσουν κατάθλιψη. Οι Nielsen Videbech, Hedegaard, Dalby Salvig, και Secher, (2000) αναφέρουν οτι ούτε οι προηγηθείσες, ούτε οι επείγουσες καισαρικές τομές συσχετίστηκαν με την επιλόχεια κατάθλιψη. Αντίθετα ο Fisher (1997) συμπέρανε οτι μια χειρουργική επέμβαση στον πρώτο τοκετό αφήνει τη λεχωΐδα ευαίσθητη στη θλίψη, στο μετατραυματικό άγχος και στην κατάθλιψη. Το είδος του τοκετού βρέθηκε να είναι καθοριστικός παράγοντας για την εκδήλωση της κατάθλιψης. Οι γυναίκες που είχαν έναν φυσικό κολπικό τοκετό ήταν περισσότερο πιθανό να βιώσουν μια αξιοσημείωτη βελτίωση στη διάθεση και μια μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση. Αντίθετα οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή ήταν πιο πιθανόν να βιώσουν μια πτώση της διάθεσης και της αυτοεκτίμησης. Οι γυναίκες που είχαν κολπικό τοκετό με επεμβάσεις (σικυουλκία ή εβρυουλκία) ήταν ενδιάμεσα στις άλλες δύο ομάδες. Αν και οι μητέρες που γέννησαν με καισαρική τομή δεν είχαν περισσότερο άγχος από τις μητέρες που γέννησαν φυσιολογικά, εντούτοις εμφάνιζαν μεγαλύτερη κατάθλιψη κατά τους πρώτους δύο μήνες μετά τη γέννηση του παιδιού τους. Παρόλο που τα παιδιά τους ήταν υγιή, οι μητέρες που τα απέκτησαν μετά από καισαρική τομή ήταν πιο δυσαρεστημένες από την όλη εμπειρία του τοκετού και της νοσοκομειακής / μαιευτικής φροντίδας που έτυχαν. Επιπλέον, οι μητέρες αυτές ανέφεραν περισσότερες αμφιβολίες και είχαν λιγότερη πίστη στην ικανότητά τους να φροντίσουν το βρέφος. Η κατάσταση αυτή συνετέλεσε στο να αντιμετωπίσουν δυσκολίες προσαρμογής για τρεις εβδομάδες έως έξι μήνες μετά τον τοκετό, συνοδευόμενες από έντονη κούραση (Μελισσά-Χαλικιοπούλου, 1996).

Οι λεχωΐδες που διέκοψαν την **παραμονή στο μαιευτήριο** και πήραν εξιτήριο μέσα σε 72 ώρες από τον τοκετό είχαν αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης (Παππά, & Σολδάτου, 1999). Απάντηση στην παραπάνω έρευνα έδωσε μια πρόσφατη μελέτη (Thomson, Roberts, Currie, & Ellwood, 2000),

που αναφέρει οτι οι λεχωΐδες που έφυγαν από το νοσοκομείο σε λιγότερο από 72 ώρες μετά τον τοκετό δεν παρουσίασαν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν επιλόχεια κατάθλιψη από τις γυναίκες που βγήκαν αργότερα, κατά τη διάρκεια των έξι επόμενων μηνών.

Χαρακτηριστικά του νεογνού

Τα χαρακτηριστικά του ίδιου του βρέφους μπορεί να αποτελούν ένα παράγοντα στην ανάδυση μιας επιλόχειας κατάθλιψης (Σινανίδου, 1999). Μετά τον τοκετό και την παραμονή στο μαιευτήριο, η γυναίκα παίρνει μαζί της ένα νεογνό που δεν μπορεί να επικοινωνήσει με αυτήν παρά μόνο με κλάματα και η ανάγκη του για φροντίδα είναι συνεχής. Η μητέρα αισθάνεται υπεύθυνη να προστατεύσει, να αναθρέψει, και προπαντός να αγαπήσει το νεογνό που μπαίνει στη ζωή της (Παππά, & Σολδάτου, 1999). Τα νεογνά διαφέρουν ως προς τον τρόπο που προσαρμόζονται, η εμπειρία που αποκομίζει μια λεχωΐδα από την φροντίδα ενός δύσκολου νεογνού είναι, ίσως, ένας παράγοντας εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης, γιατί οι λεχωΐδες που φροντίζουν δύσκολα νεογνά μπορεί να νοιώσουν συναισθήματα ανεπάρκειας ως μητέρες (Cutrona, & Troutman, 1986). Οι καταθλιπτικές ή μη καταθλιπτικές μητέρες θα μπορούσαν να διακριθούν σε σχέση με το βαθμό δυσκολίας που έχει ο χαρακτήρας του νεογνού τους (Hopkins, et al., 1987). Όμως, τέτοια συμπεράσματα θα πρέπει να ερμηνευτούν με προσοχή και η έρευνα που συνδέει το τεμπεραμέντο των νεογνών με την επιλόχεια κατάθλιψη θα πρέπει να χρησιμοποιεί μετρήσεις έξω από το βαθμό δυσκολίας του χαρακτήρα του νεογνού (Terry, et al., 1996).

Προεμμηνορυσιακό σύνδρομο

Τα ποικίλα επίπεδα των καταμήνιων ορμονών στη διάρκεια του μηνιαίου κύκλου επαρκούν για να προκαλέσουν διακυμάνσεις της διάθεσης κατά τη διάρκειά του. Οι μακροχρόνιες επιδράσεις αυτών των ορμονικών αλλαγών φαίνονται στην ένταση που υπάρχει πριν από την έμμηνο ρύση, αυξάνουν την τάση προς ατυχήματα, μειώνουν την πνευματική διαύγεια και ικανότητα και υπάρχει προσωρινή αλλαγή της συμπεριφοράς στη διάρκεια της εμμήνου ρύσης. Ωστόσο οι ορμονικές διακυμάνσεις στον καταμήνιο κύκλο είναι απειροελάχιστες σε σύγκριση με την τεράστια αύξηση των στεροειδών του πλακούντα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την απότομη στέρηση από τα στεροειδή μετά τον τοκετό. Οι σημαντικές διαφοροποιήσεις στα επίπεδα των ορμονών μεταξύ εκείνων που υπάρχουν στο τέλος της κύησης και

εκείνων στην αρχή της λοχείας απαιτούν αξιοσημείωτες ικανότητες προσαρμογής από μέρους της γυναίκας (Dalton, 1971).

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι αναγνωρίσιμος «κίνδυνος» για τις γυναίκες με προεμμηνορυσιακό σύνδρομο (Dalton, 1971). Αυτό δείχνει πως οι γυναίκες που έχουν δυσκολίες προσαρμογής στα διάφορα επίπεδα ορμονών προεμμηνορυσιακώς, τότε θα τείνουν να έχουν ακόμη μεγαλύτερη δυσκολία να προσαρμοστούν στα ορμονικά επίπεδα της λοχείας. Η μεγαλύτερη έρευνα για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ προεμμηνορυσιακού συνδρόμου και επιλόχειας κατάθλιψης έγινε σε 1.329 λεχωΐδες. Οι γυναίκες που υπέφεραν από προεμμηνορυσιακό σύνδρομο παρουσίασαν επιλόχεια κατάθλιψη περί τις δύο εκατοστιαίες μονάδες περισσότερες από τις άλλες λεχωΐδες που δεν παρουσίαζαν το σύνδρομο, τόσο την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό, όσο και ένα μήνα και έξι μήνες μετά τον τοκετό (Sugawara, Toda, Shima, Mukai, Sakakura, & Kitamura, 1997). Η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων δεν είναι πολύ μεγάλη, όμως αποτελεί μια ειδοποιό διάφορα την οποία πρέπει να έχουν υπ' όψιν τους οι λειτουργοί υγείας κατά την λήψη του ιστορικού της εγκύου-λεχωΐδας.

Ορμονικοί παράγοντες

Από όλες τις ψυχοσωματικές καταστάσεις στις οποίες φαίνεται να συνδέονται οι ενδοκρινικές μεταβολές με συναισθηματικές αντιδράσεις, η πιο παραδεκτή σύνδεση είναι αυτή της λοχείας (Cox, et al., 1982. Dalton, 1971.) Θεωρείται πιθανόν οι ορμονικές μεταβολές μετά τον τοκετό να ευαισθητοποιούν τους υποδοχείς ντοπαμίνης σε γυναίκες με ειδική προδιάθεση (Λώλης, 1998). Η μαζική πτώση των επιπέδων των οιστρογόνων και προγεστερόνης στο αίμα, που φτάνει στα υψηλότερα επίπεδα στο τέλος της κύησης, στα βασικά επίπεδα εντός 2-5 ημερών μετά τον τοκετό έχει προωθήσει την υπόθεση οτι οι μεταγεννητικές αλλαγές της διάθεσης προκαλούνται από την υποχώρηση αυτών των ορμονών. Επιπλέον, τα θεραπευτικά αποτελέσματα αυτών των ορμονών όταν χορηγούνται σε γυναίκες με αλλαγές της διάθεσής τους μεταγεννητικά, έχουν ενισχύσει αυτή την άποψη. Ωστόσο μια άλλη άποψη εκφράζει οτι αυτές οι ορμονικές αλλαγές είναι εντός φυσιολογικών ορίων, παρ' όλα αυτά όμως πυροδοτούν παθολογικούς μηχανισμούς στα επίπεδα του νευρο-διαβιβαστή ή υποδοχέα που έχει ως αποτέλεσμα τις διαταραχές της διάθεσης (Harris, et al., 1996). Συνεπώς υποθέτουμε οτι μπορεί να υπάρχουν κάποιες γυναίκες με διαφορετική ευαισθησία στις αναπαραγωγικές ορμόνες, στις οποίες τα φυσιολογικά ενδοκρινικά γεγονότα, που σχετίζονται με τον τοκετό μπορούν να ενεργοποιήσουν

ένα καταθλιπτικό επεισόδιο (Bloch, Schmidt, Danaceau, Murphy, Nieman, & Rubinow, 2000).

Στο παράρτημα Β 3 περιγράφονται αναλυτικά οι μεταβολές και οι επιδράσεις των ορμονών που αναφέρονται στην περίοδο της λοχείας και πιθανόν να σχετίζονται με την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης.

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν οτι η ορμονική έρευνα δεν βρήκε μια άμεση σύνδεση με την επιλόχεια κατάθλιψη. Ο Harris, et al. (1996) έδειξαν οτι «δεν υπάρχει υποστήριξη για την άμεση συσχέτιση της προγεστερόνης με την επιλόχεια κατάθλιψη, έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό». Επιπροσθέτως ο Gregoire, et al., (1996) έδειξαν οτι «συνδέσεις μεταξύ σταθερής ή μεταβαλλόμενης συγκέντρωσης στεροειδών, όπως η κορτιζόλη και η προγεστερόνη δεν έχουν μέχρι τώρα οδηγήσει σε καμιά θετική συσχέτιση με την επιλόχεια κατάθλιψη. Οι Asch και Rubin νωρίτερα (1974), είχαν πει οτι "οι επιλόχειες αντιδράσεις σε πολλές περιπτώσεις είναι πρωτίστως ψυχογενείς, αφού αντιδράσεις συμβαίνουν σε άτομα που δεν είναι φυσιολογικά αναμεμειγμένα", αιτιολογώντας την καταθλιπτική διάθεση που υπάρχει στους νέους πατέρες, τις γιαγιές αλλά και στις γυναίκες που υιοθετούν παιδιά.

Οι αποδείξεις που δείχνουν το ρόλο της προγεστερόνης, των οιστρογόνων, της προλακτίνης, της κορτιζόλης, της οκυτοκίνης και των θυρεοειδικών ορμονών στην επιλόχεια κατάθλιψη παραμένουν αντιφατικές (Kruckman, & Smith, 1998). Όλα τα παραπάνω αναδεικνύουν την πολυπλοκότητα και το δυσδιάκριτο της συσχέτισης των βιολογικών παραγόντων και της επιλόχειας κατάθλιψης. Έτσι μόνο η συμπληρωματική έρευνα θα ξεχωρίσει οποιαδήποτε βιολογική σύνδεση με την προέλευση της επιλόχειας κατάθλιψης (Λυμπεράκης, 1982). Το επιχείρημα οτι κυρίως ψυχοκοινωνικοί και όχι βιολογικοί παράγοντες ενοχοποιούνται για την επιλόχεια κατάθλιψη, ενισχύεται και από το γεγονός οτι όχι μόνο η μητέρα αλλά και ο πατέρας, καθώς και οι θετοί γονείς μπορεί να αισθανθούν αντίστοιχα καταθλιπτικά συμπτώματα (Δραγώνα, 1999).

Δημογραφικοί παράγοντες

Τα ευρήματα των ερευνών απέδειξαν οτι πολλοί λίγοι είναι οι δημογραφικοί παράγοντες που συνδέονται με την επιλόχεια κατάθλιψη (O' Hara, & Zekoski, 1988). Ο Gotlib, et al., (1989) απέτυχαν στο να βρουν οποιαδήποτε σχέση μεταξύ δημογραφικών παραγόντων και επιλόχειας κατάθλιψης, ανάλογα είναι και τα

αποτελέσματα άλλων ερευνητών (Hobfoll, et al., 1995. Williams, & Carmichael, 1985).

Αντίθετα άλλες έρευνες έχουν βρει σχέση ανάμεσα στην επιλόχεια κατάθλιψη και την ηλικία και την μόρφωση. Η κατάθλιψη είναι πιο συχνή στις έφηβες μητέρες σε σχέση με τις ενήλικες μητέρες. Η Γεωργοπούλου και συν. (1999) βρήκαν οτι οι γυναίκες κάτω των 19 ετών είχαν σχεδόν δύο φορές συχνότερα υψηλές βαθμολογίες επιλόχειας κατάθλιψης. Η έρευνα των Passino, et al., (1993), αναφέρει οτι η επιλόχεια κατάθλιψη για τις ενήλικες ήταν 19,2% και για τις ανήλικες 21,5%.

Η κυοφορία κατά την εφηβεία γίνεται η αιτία για την διακοπή της παρακολούθησης του σχολείου και συχνά συνοδεύεται από χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση ή οι μητέρες είναι άγαμες ή δεν έχουν αρκετή κοινωνική στήριξη. Η διακοπή της μόρφωσης και ο περιορισμός της ανάπτυξης επαγγελματικής καριέρας σε συνάρτηση με την κύηση στην εφηβεία μπορεί επίσης να οδηγήσει σε μακροχρόνια οικονομική αστάθεια ώστε και η προδιάθεση εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης είναι μεγαλύτερη (Brugha Sharp, Cooper, Weisender, Britto, Shinkwin, Sherrif, & Kirwan 1998). Έρευνα στις ΗΠΑ, σε δείγμα 1796 γυναικών με υγιή βρέφη διαπίστωσε οτι η κατάθλιψη στην ηλικία των 15-17 χρόνων ήταν στις λευκές έφηβες σε ποσοστό 27,8% και στις μαύρες σε ποσοστό 48,1%, στην ηλικία των 18-19 χρόνων σε ποσοστό 32,9% και 36,8% αντίστοιχα και στην ηλικία των 25-34 χρονών σε ποσοστό 13,8% και 25,3% αντίστοιχα (Deal, & Holt, 1998). Οι παραπάνω μελέτες δείχνουν οτι η μεταβλητή της ηλικίας είναι σημαντική όταν αφορά έφηβες λεχωΐδες.

Κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα

Οι κοινωνικές αλλαγές μεγάλης κλίμακας όπως οι πόλεμοι και οι οικονομικές καταστροφές συνδέθηκαν με την επιλόχεια κατάθλιψη από την εποχή του Esquirol (1824), ο οποίος σημείωσε μια αύξηση στη επιλόχεια κατάθλιψη με την εισβολή της Γαλλίας και την πτώση του Ναπολέοντα. Παρόμοιες παρατηρήσεις έγιναν κατά την περίοδο της οικονομικής πίεσης του 1930-35 στις ΗΠΑ και κατά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο (Kruckman, & Smith, 1998).

Η οικονομική ανασφάλεια, η έλλειψη επαγγελματικής σταθερότητας και ή αλλαγή τόπου κατοικίας συνδέθηκε με την επιλόχεια κατάθλιψη από διάφορους ερευνητές την δεκαετία του 1970 (Davidson, 1972. Gordon, & Gordon, 1967. Heitler, 1976. Kendell, 1976).

Η προσοδοφόρα και ενδιαφέρουσα επαγγελματική δραστηριότητα, οι μακροχρόνιες συνήθειες, ακόμη και οι απαραίτητες κοινωνικές επαφές, θα εγκαταλειφθούν ή θα πρέπει να προσαρμοστούν στο ωράριο που καθορίζεται από την παρουσία του νέου μέλους της οικογένειας. Τα πρόσθετα έξοδα που επιβαρύνουν τον οικογενειακό προϋπολογισμό είναι ένας σοβαρός παράγοντας άγχους και ανησυχίας. Ακόμη και όταν μια γυναίκα έχει σκεφτεί όλα τα παραπάνω και έχει προετοιμαστεί ανάλογα, είναι διαφορετικό να τα αντιμετωπίζει στην πραγματικότητα, που ουσιαστικά είναι απρόβλεπτη, αφού εξαρτάται και από την ιδιοσυγκρασία του παιδιού (Παππά, & Σολδάτου, 1999).

Οι άνεργες γυναίκες, όταν στη ζωή τους δεν υπάρχει ο πατέρας του βρέφους, αντιμετωπίζουν τεράστια οικονομικά προβλήματα και αποτελούν ιδιαίτερα επιβαρημένη, ως προς την επιλόχεια κατάθλιψη, ομάδα (Brugha, et al., 1998). Επίσης οι χαμηλότερου εισοδήματος λεχωΐδες που ζουν στις πόλεις παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης (Hobfoll, et al., 1995).

Ενημέρωση - πληροφόρηση

Η πλημμελής ενημέρωση και πληροφόρηση της λεχωΐδας για τα νέα της καθήκοντα (διατροφή, θηλασμό, περιποίηση του νεογνού κ.α.) βρίσκει την πρωτοτόκο λεχωΐδα εντελώς απροετοίμαστη και ρέπουσα εύκολα στην υπερένταση, αυτουποτίμηση και ανικανότητα. Τόσο ο τοκετός όσο και οι πρώτοι δύσκολοι μήνες της ζωής του νεογέννητου γίνονται αντικείμενο θεώρησης μόνο από τη φυσική τους πλευρά και σπάνια από τη σημαντική ψυχολογική, με αποτέλεσμα τα μεγάλα κενά και την έλλειψη γνώσεων, που οδηγούν μοιραία τη λεχωΐδα σε ανασφάλεια, αβεβαιότητα και ψυχική διαταραχή. Η πλατειά διαδεδομένη άποψη οτι το «μητρικό ένστικτο» οδηγεί τη νέα μητέρα στη σωστή συμπεριφορά κρίνεται ως μύθος. Η σωστή ενημέρωση και η εμπειρία είναι οι βασικές προϋποθέσεις για την ομαλή ανάπτυξη του νεογνού και τη ψυχοσωματική ισορροπία της μητέρας (Νιτσόπουλος, 1987).

Η ενημέρωση από τη μαία ή τον γυναικολόγο για την πιθανότητα εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων έχει ως αποτέλεσμα συμπτώματα με μικρότερη διάρκεια και ένταση. Οι ενημερωμένες γυναίκες αναφέρουν λιγότερα ενοχλήματα, μπορούν να εξηγήσουν τα συναισθήματά τους και δεν πιστεύουν οτι είναι οι μόνες που υπέφεραν (Παππά, & Σολδάτου, 1999).

Έρευνα που έγινε στη Δανία με τη συμμετοχή 5.091 εγκύων – λεχωΐδων έδειξε οτι οι έγκυες που δεν παρακολούθησαν τα μαθήματα προετοιμασίας (parenting classes)

παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης από τις έγκυες που παρακολούθησαν τα μαθήματα (Nilsen, et al., 2000). Ανάλογα ευρήματα παρουσίασε και προγενέστερη μελέτη (Veltema, 1998).

Σε έρευνα που έγινε στη Σκωτία πήραν μέρος 1299 γυναίκες μετά από πιλοτικό πρόγραμμα μαιευτικής φροντίδας. Το νέο πρόγραμμα μαιευτικής φροντίδας διέφερε από το προηγούμενο στο οτι: η προγεννητική και μεταγεννητική κατ΄ οίκον μαιευτική φροντίδα γινόταν από την ίδια μαία και όχι κάθε φορά από διαφορετική μαία όπως ίσχυε σύμφωνα με τον τακτικό τρόπο παροχής μαιευτικής φροντίδας. Οι γυναίκες που συμμετείχαν στο πρόγραμμα όχι μόνο ήταν πιο ευχαριστημένες αλλά τα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης μεταξύ των γυναικών που συμμετείχαν και αυτών που δεν συμμετείχαν ήταν 16,7% και 23,2% αντίστοιχα (Shields, Reid, Cheyne, Holmes, McGinley, Turnbull, & Smith, 1997).

Κληρονομικοί παράγοντες και ιστορικό κατάθλιψης

Ο σημαντικότερος πρότερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι **προηγούμενη εκδήλωση** καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Brugha, et al., 1998). Μέχρι το 30% των γυναικών που παρουσιάζουν ένα ιστορικό κατάθλιψης πριν από τη σύλληψη θα αναπτύξουν κατάθλιψη μετά τον τοκετό (O'Hara, et al., 1986), το ποσοστό αυτό μπορεί να ανέλθει στο 50% κατά τους έξι μεταλοχειακούς πρώτους μήνες (Σινανίδου, 1999). Εκτός από τα προσωπικά και τα **οικογενειακά καταθλιπτικά επεισόδια** θεωρούνται καθοριστικοί παράγοντες κινδύνου (Δημητρίου, και συν., 1995. O'Hara, et al., 1986).

Οι **πρόωρες απώλειες**, όπως οι αποχωρισμοί ή οι θάνατοι πριν από την ηλικία των 15 ετών αποτελούν έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για μια δευτερεύουσα κατάθλιψη. Οι πρωτοτόκες μητέρες που κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας βίωσαν ασταθείς και ελλιπείς σχέσεις με την ίδια τους τη μητέρα και είχαν ζήσει αποχωρισμούς μακράς διάρκειας από τη μητέρα, πριν την ηλικία των 11 χρόνων, είχαν σημαντικά υψηλότερη συχνότητα ψυχικών διαταραχών (κατάθλιψη, ανησυχία, έλλειψη αυτοπεποίθησης κ.α.) (Macy, & Falkner, 1979. Σινανίδου,1999).

Στην έρευνα του Cox, et al., (1982) η κατάθλιψη ήταν το πιο συχνά αναφερόμενο σύμπτωμα την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό και σε επτά από δεκαέξι γυναίκες με σοβαρή **επιλόχεια μελαγχολία**, η κατάθλιψη επέμεινε και σε τέσσερις γυναίκες κράτησε αρκετούς μήνες. Συνεπώς η επιλόχεια μελαγχολία μπορεί ν' αποτελεί σημαντικό παράγοντα που προλέγει γυναίκες που έχουν αυξημένο κίνδυνο να

αναπτύξουν καταθλιπτική νόσο αργότερα (Cox, et al., 1982). Αντίθετα, κατά τους Kumar και Robson (1984), η δυσφορία την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό **δεν** φαίνεται να είναι χρήσιμος δείκτης για την επιλόχειο κατάθλιψη.

Αρνητικά γεγονότα της ζωής

Τα αρνητικά και στρεσογόνα γεγονότα της ζωής συνδέονται με την επιλόχεια κατάθλιψη από πολλούς ερευνητές, ιδιαίτερα μετά τους 3 πρώτους μεταγεννητικούς μήνες (Ζερβής, 2001).

Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι μια εθνική μελέτη στη Δανία, που έδειξε οτι έγκυες που αντιμετώπισαν θάνατο ή πρώτη εισαγωγή για καρκίνο ή οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, σε γονείς ή σε παιδιά, παρουσίασαν αύξηση της επικράτησης των δυσμορφιών και ιδιαίτερα του κρανιακού νευρικού λόφου (cranial neural crest). Ιδιαίτερα αν το γεγονός συνέβη κατά τη διάρκεια του 1^{ου} τριμήνου (Hansen, Lou, & Oslen, 2000). Η μελέτη αυτή μας δείχνει και πόσο ευάλωτες είναι οι έγκυες και πόσο αρνητικά αποτελέσματα μπορεί να έχουν στο έμβρυο οι έντονες ψυχικές μεταβολές.

Ψυχικές διαταραχές κατά την κύηση

Η σχέση μεταξύ προγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης έχει αναφερθεί στο προηγούμενο κεφάλαιο, ενδεικτικά αναφέρεται οτι το 30% των εγκύων που παρουσιάζουν κατάθλιψη εκδηλώνουν και επιλόχεια κατάθλιψη (Hobfoll, et al., 1995). Ο Gotlib επίσης συσχετίζει την επιλόχεια κατάθλιψη με συμπτωματολογία καταθλιπτική κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ακόμη οι ψυχικές διαταραχές, ισοδύναμα του νευρωτισμού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελούν εξίσου ένα προγνωστικό παράγοντα για την εκδήλωση της επιλόχειας κατάθλιψης (Kumar, & Robson, 1984. Watson, et al., 1984).

Οικογενειακές σχέσεις και κοινωνική στήριξη

Είναι αξιοσημείωτο οτι η βιβλιογραφία για τη σχέση της κοινωνικής στήριξης με την ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων αφορά κυρίως τις γυναίκες και ιδιαίτερα κατά το διάστημα μετά τον τοκετό. Αρνητική συσχέτιση με την επιλόχεια κατάθλιψη συμβαίνει όταν η γυναίκα ζει με το σύντροφό της και νοιώθει ικανοποιημένη από την θετική στήριξη του στενού περιβάλλοντός της στο γεγονός της εγκυμοσύνης της. Έρευνα σε δείγμα 5.091 γυναικών ανάδειξε την κοινωνική

απομόνωση σαν έναν από τους δύο πιο σημαντικούς παράγοντες για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης (Nielsen Forman, et al., 2000). Οι λεχωΐδες που δεν είχαν αρκετή στήριξη κατά τη διάρκεια της κύησης και δεν ήταν ικανοποιημένες από την στήριξη που δέχθηκαν, εμφάνισαν υψηλότερη επιλόχεια κατάθλιψη από τις λεχωΐδες που δέχτηκαν μεγάλη στήριξη και ήταν ευχαριστημένες από την στήριξη που δέχτηκαν (Goldstein, Diener, & Mangelsdorf, 1996).

Η σχέση και η στήριξη από το σύντροφο.

Ο σύντροφος μιας γυναίκας μπορεί να παράσχει με πολλούς τρόπους στήριξη, στους οποίους περιλαμβάνονται η στήριξη πριν από τον τοκετό και η ψυχολογική στήριξη σε στιγμές άγχους. Αλλά κάποιοι σύντροφοι αποφεύγουν ενεργά οποιαδήποτε σχέση με τον τοκετό ενώ άλλοι στέκονται περισσότερο παθητικά χωρίς να μπλέκονται, χωρίς να προσφέρουν ούτε πρακτική ούτε συναισθηματική στήριξη (Macy, & Falkner, 1979). Στήριξη μπορεί να βρεθεί και από άλλες πηγές, όμως η στήριξη του συντρόφου είναι ιδιαίτερα κρίσιμη τόσο κατά την κύηση όσο και κατά τη λοχεία (Hobfoll, et al., 1995). Η σπουδαιότητα της στήριξης του συντρόφου κατά τη μεταγεννητική περίοδο είναι εντυπωσιακή και επιβεβαιώνεται από πολλούς ερευνητές (Gotlib, et al., 1991. Kumar, & Robson, 1984. O' Hara, et al., 1983. Paykel, et al., 1980.).

Η έρευνα (Brugha, et al., 1989, 1995) έδειξε οτι ελλείψεις στην ποιότητα και ποσότητα των προσωπικών σχέσεων συνδέονται με τις καταθλιπτικές διαταραχές. Ακόμη το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο τα γεγονότα της ζωής συμβαίνουν μπορεί από μόνο του να αποτελεί μια πλευρά της κοινωνικής στήριξης (Brugha, et al., 1998), για παράδειγμα το γεγονός της ζωής «μένω έγκυος» μπορεί να αξιολογηθεί σαν ιδιαίτερα απειλητικό αν η κύηση δεν είναι προγραμματισμένη και δεν υπάρχει σταθερή σχέση με τον πατέρα του κυήματος (Hobfoll, et al., 1995). Το μέγεθος του προβλήματος αυξάνεται αν δεν υπάρχει καθόλου ο πατέρας του νεογνού στη ζωή της λεχωΐδας και ζει μόνη της. Η Γεωργοπούλου και συν. (1999) βρήκαν οτι πάνω από τις μισές λεχωΐδες (54,6%) που ήταν χωρισμένες ή σε διάσταση με το σύντροφό τους είχαν σημαντικά υψηλές βαθμολογίες επιλόχειας κατάθλιψης.

Οι ανύπαντρες γυναίκες που δεν έχουν τη συμπαράσταση του πατέρα του παιδιού τους κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, ούτε της πατρικής τους οικογένειας λόγω μη αποδοχής της εγκυμοσύνης τους, είναι πολύ πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη. Αν τελικά η οικογένεια της αποδεχθεί την ανύπαντρη μητέρα, τότε η κατάθλιψη μπορεί να υποχωρήσει. Στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα

όμως η στήριξη από τη πατρική οικογένεια μπορεί να μην είναι αρκετή για να εξαλείψει τα συμπτώματα κατάθλιψης των νεαρών μητέρων, οι οποίες βασανίζονται από το συναισθηματικό κόστος της εξάρτησής τους από αυτή (Μελισσά-Χαλκιοπούλου, 1996).

Μετά τον τοκετό, ο σύζυγος ή ο σύντροφος, επίσης περνά από μια περίοδο προσαρμογής. Σε κάποια ζευγάρια, ένα μωρό δυναμώνει τη σχέση τους και οδηγεί σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον για την ανάπτυξη του νεογέννητου. Ο ρόλος του συντρόφου γίνεται ακόμα πιο κρίσιμος αν η μητέρα προσβάλλεται από μια μεγάλη διαταραχή στη διάθεση. Μια σταθερή συζυγική σχέση, βοηθά τους νέους γονείς να αποδεχθούν τις υψηλές απαιτήσεις του γάμου, του παιδιού και της οικογένειας. Αντίθετα μια φτωχή συζυγική σχέση είναι προγνωστικό της εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης. Πολλές γυναίκες βιώνουν πολύ άγχος στην προσπάθειά τους να χειριστούν τους μητρικούς και συζυγικούς ρόλους. Μέγιστα ψυχοκοικωνικά άγχη παρατηρούνται στη συζυγική προσαρμογή μετά τον τοκετό, όταν οι σύντροφοι δεν είναι υποστηρικτικοί και δεν μπλέκονται στην ανατροφή των παιδιών (Misri, et al., 2000).

Οι γυναίκες με χαμηλό εισόδημα που ήταν ικανοποιημένες από την κοινωνική στήριξη που δεχόταν κατά τη διάρκεια της κύησης, είχαν λιγότερη τάση να βιώσουν καταθλιπτική διάθεση κατά τη λοχεία (Neter, et al., 1995). Ακόμη, άσχετα αν οι γυναίκες ήταν χαμηλής ή υψηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης οι συχνές προστριβές με τα μέλη του δικτύου στήριξής τους και με λιγότερη ικανοποίηση από την προσλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη παρουσίασαν επιλόχεια κατάθλιψη (Seguin, et al., 1999).

Η σχέση με την οικογένεια και η οικογενειακή στήριξη.

Η διαθεσιμότητα της οικογενειακής στήριξης, αλλά και η αποδοχή της (Wheatley, 1998) μπορεί να επηρεάσει την πιθανότητα εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης στις νέες μητέρες. Μολονότι όλες οι νέες μητέρες δεν καλοδέχονται την ανάπτυξη επαφής με τα μέλη της οικογένειας μετά τη γέννηση του παιδιού. Οι λεχωΐδες που εκδηλώνουν κατάθλιψη αναφέρουν μικρότερη στήριξη από τις μητέρες τους -σε αξιολόγηση πριν από τον τοκετό- από οτι οι γυναίκες που δεν κατατάσσονται σε αυτές που υποφέρουν από επιλόχεια κατάθλιψη (O'Hara, et al., 1983).

Η σχέση μητέρας-κόρης.

Η σχέση μητέρας-κόρης είναι μια σημαντική μεταβλητή (Heitler, 1976. Uddengerg, 1975). Ένα συνηθισμένο πρόβλημα ανάμεσα στις γυναίκες που εκδηλώνουν κατάθλιψη μετά τον τοκετό είναι ο τρόπος που οι δικές τους μητέρες τις ανέθρεψαν. Αν μια μητέρα έχει την τάση να ελέγχει πολύ την κόρη της, τότε η δεύτερη είναι πιο πιθανό να έχει δυσκολίες προσαρμογής και να πάθει κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Αν επίσης η μητέρα ήταν απορριπτική προς την κόρη της, τότε ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος. Και οι δυο αυτές εμπειρίες του παρελθόντος εμπεριέχουν απώλεια ελέγχου είτε πάνω στη σχέση τους, είτε πάνω στην ίδια τους τη ζωή (Macy, & Falkner, 1979). Η θετική ταύτιση με τη μητέρα ως στοργικό πρότυπο συναρτάται με μια ώριμη στάση, ενώ αντίθετα, όταν η ταύτιση με την εικόνα της καλής μητέρας δεν είναι δυνατή, είναι πιθανόν να εμφανιστούν συμπτώματα κατάθλιψης (Racamier, 1967).

Η θεωρία της ψυχανάλυσης τονίζει τη σημασία που έχει η **σχέση κάθε γυναίκας** ξεχωριστά **με τη μητέρα της** σε μικρή ηλικία (Frommer, & O'Shea, 1973). Αλλά ο Paykel, et al. (1980) δεν μπόρεσαν να βρουν κάποια σύνδεση μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης και ιστορικού εγκατάλειψης της γυναίκας από τη μητέρα της στην παιδική της ηλικία (Kumar & Robson, 1984). Αντίθετα μια άλλη πολύ σημαντική ψυχαναλύτρια, η Klein, υποστήριξε οτι η προδιάθεση για κατάθλιψη δεν οφείλεται σε πρώιμα τραυματικά γεγονότα, όπως απώλειες, αλλά κυρίως στην ποιότητα της σχέσης μητέρας – παιδιού κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής. Αν η σχέση με τη μητέρα δεν ευνοεί την ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων στο παιδί, όπως οτι είναι καλό, αγαπητό και ασφαλές, το παιδί δεν θα μπορέσει να ξεπεράσει την αμφιθυμία που νιώθει σε σχέση με τα αντικείμενα αγάπης και θα είναι πάντοτε επιρρεπές σε καταθλιπτικά επεισόδια. Εκτός από την αποτυχία του παιδιού να ξεπεράσει τα καταθλιπτικά άγχη και φόβους, και να αναπτύξει αυτοεκτίμηση, η αμφιθυμία, σύμφωνα με την Klein, παίζει έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην κατάθλιψη (Κλεφτάρας, 1998).

Η στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον.

Αν και δεν είναι τόσο σημαντική η στήριξη των μη συγγενών, όσο του συντρόφου και της οικογένειας, οι νέες μητέρες αξιολογούν αυτή τη στήριξη των μη συγγενών, όπως των φίλων και των συναδέλφων, που ίσως τους παρέχουν πρακτική, ενημερωτική και ιδεολογική στήριξη, όσον αφορά τον τρόπο ζωής και την απόδοση των ρόλων (Power, & Parke, 1984). Υπάρχουν ενδείξεις οτι η απουσία τέτοιας

στήριξης σχετίζεται με την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης (Paykel, et al., 1980). Η μειωμένη κοινωνική στήριξη συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη που εμφανίζεται κατά τους πρώτους 3 μεταγεννητικούς μήνες, ακόμη και όταν οι γυναίκες ενημερώνονται σχετικά με την στήριξη από τον ειδικό σύμβουλο (Areias, et al., 1996. Cutrona, 1989). Το μέγεθος και η έκταση της στήριξης από το στενό «πρωταρχικό κοινωνικό κύκλο» στη γυναίκα, θα μπορούσε να προβλέψει την κλινική πορεία της κατάθλιψής της.

Κατανοώντας πώς η κοινωνική στήριξη προστατεύει ενάντια στην προ- και μεταγεννητική κατάθλιψη, ανοίγεται ένα ακόμη σύνολο παραγόντων. Κατά τη βιβλιογραφία του αντικειμένου αυτού οι παράγοντες που συνδέονται με την κοινωνική στήριξη και την κατάθλιψη περιλαμβάνουν συναισθήματα αυτοεπιβεβαίωσης (Cutrona, & Troutman, 1986), μορφές επιβράβευσης (Cutrona, 1984.) και συζυγικής ποιότητας (Watson, et al., 1984.) από τους οποίους παράγοντες μπορεί να ενισχυθεί η στήριξη. Η κοινωνική στήριξη μπορεί να μειώσει το βαθμό στον οποίο διάφορες περιστάσεις εκλαμβάνονται ως στρεσογόνες, ή μπορεί να προάγει το θετικό αποτέλεσμα με το να ενισχύει την αυτοεκτίμηση ή συναισθήματα αυτοεπιβεβαίωσης. Αυτά μπορούν με τη σειρά τους να επηρεάζουν την ευπάθεια σε μια νόσο δια μέσου επιδράσεων στη λειτουργία του νευροενδοκρινολογικού ή ανοσοποιητικού συστήματος ή διαμέσου αλλαγών στη συμπεριφορά για τη φροντίδα της υγείας, όπως μειωμένη χρήση ουσιών και βελτιωμένη δίαιτα ή μορφές εξάσκησης (Cohen, & Williamson, 1991).

Στάσεις προς την παρούσα κύηση

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ τυχαίας κύησης και επιλόχειας κατάθλιψης, η τυχαία κύηση είναι ανάμεσα στους πρώτους παράγοντες κινδύνου που συνοδεύουν την μεταγεννητική ψυχιατρική νοσηρότητα (Rudnicki, et al., 2001. Warner, et al., 1996). Αυτό ενισχύεται με μια αρνητική αντίδραση του συντρόφου στο γεγονός της εγκυμοσύνης και αποτελεί μια πρόβλεψη της κατάθλιψης στις έγκυες γυναίκες (Kitamura, Shima, Sugawara, & Toda, 1993).

Οι γυναίκες που βίωσαν μια εγκυμοσύνη που δεν χαρακτηριζόταν ως επιθυμητή ή επιδιωκόμενη αλλά περισσότερο ως ανεπίκαιρη, φάνηκαν να είναι σε μεγαλύτερο ρίσκο στεναχώριας (Brown, & Eisenberg, 1995). Σε μια μελέτη συγκρίθηκαν οι γυναίκες που δήλωναν απροσδόκητη εγκυμοσύνη, με αυτές που δήλωναν ανεπίκαιρη εγκυμοσύνη και οι δεύτερες είχαν τις διπλάσιες πιθανότητες να βιώσουν κατάθλιψη σε σχέση με τις πρώτες, ενώ αυτές που δήλωναν ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη είχαν τις

τετραπλάσιες πιθανότητες (Orr, & Miller, 1997). Επίσης υπάρχει μια στενή σχέση ανάμεσα στην άποψη του άντρα οτι η εγκυμοσύνη είναι ανεπιθύμητη και την μητρική καταθλιπτική συμπτωματολογία. Οι γυναίκες που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα, είναι αυτές που θεωρούσαν την εγκυμοσύνη επιθυμητή όταν οι σύντροφοί τους την θεωρούσαν ανεπιθύμητη (Leathers, & Kelley, 2000).

Η ψυχική κατάσταση του συντρόφου

Η συναισθηματική κατάσταση του πατέρα του νεογνού και η παρουσία κατάθλιψης σε αυτόν μπορεί να συντελέσουν στην εμφάνιση κατάθλιψης στη γυναίκα και μετά τους έξι μήνες (μέχρι 12 μήνες) μετά τον τοκετό (Παππά, & Σολδάτου, 1999). Η έρευνα για την συνοσηρότητα του ζευγαριού κατά την λοχεία είναι περιορισμένη. Οι λίγες μελέτες που έχουν διεξαχθεί έχουν φανερώσει ότι η λεχωΐδα παρουσιάζει υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης όταν ο σύντροφος της εκδηλώνει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Αντίθετα οι σύντροφοι των λεχωΐδων δεν επηρεάζονται ιδιαίτερα από την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις συντρόφους τους (Harvey, & McGrath, 1988).

Οι άνδρες που δεν παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα προγεννητικά, υπάρχει μόνο 25% πιθανότητα να έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα τον πρώτο χρόνο της λοχείας. Για τους άνδρες που είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα προγεννητικά, η πιθανότητα να εκδηλώσουν καταθλιπτικά συμπτώματα τον πρώτο χρόνο της λοχείας είναι κατά πολύ υψηλότερη (65%) (Matthey, et al., 2002).

Παράγοντες της προσωπικότητας και του τρόπου ζωής

Έχουν διερευνηθεί διάφοροι παράγοντες της προσωπικότητας που φαίνεται οτι σχετίζονται με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Η *αισιοδοξία* ως γενικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας της γυναίκας είναι συνδεδεμένη με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης για τις δύο πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό, ενώ η *αυτοπεποίθηση* με τη μικρότερη πιθανότητα εκδήλωσης κατάθλιψης μέχρι και την έκτη εβδομάδα (Παππά, & Σολδάτου, 1999).

Η *σφαιρικότητα* (globality) στον τρόπο ζωής συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη που εμφανίζεται κατά τους πρώτους 3 μεταγεννητικούς μήνες. Ενώ η *σταθερότητα* (stability) στον τρόπο ζωής συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη που εμφανίζεται κατά τους 4-12 μεταγεννητικούς μήνες (Areias, et al., 1996).

Η σχέση μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης και αυτοεκτίμησης φαίνεται να είναι ισχυρή. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι 39 φορές πιο πιθανά να εμφανιστούν σε λεχωΐδες με χαμηλή αυτοεκτίμηση από οτι σε αυτές που έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση (Hall, et al., 1997). Στη μελέτη των Fontaine και Jones (1997) η χαμηλή αυτοεκτίμηση συσχετίστηκε με τη μέτρια κατάθλιψη, κατά τη 2η εβδομάδα μετά τον τοκετό. Στην έρευνα της Dimitrovsky, et al., (1988) οι πρωτοτόκες με χαμηλή αυτοεκτίμηση παρουσίασαν μέτρια κατάθλιψη 38% και σοβαρή κατάθλιψη 8% και οι πρωτοτόκες με υψηλή αυτοεκτίμηση παρουσίασαν μέτρια κατάθλιψη 16% και καμία δεν παρουσίασε σοβαρή κατάθλιψη, 6 ως 8 εβδομάδες μετά τον τοκετό.

Η "*σεξουαλική ταυτότητα*" έχει επίσης συνδεθεί με την ανάπτυξη των ψυχολογικών συμπτωμάτων που ακολουθούν τον τοκετό (Brown, & Shereshefsky, 1972). Οι γυναίκες που θεωρούσαν τον εαυτό τους πιο "αρρενωπό" από άλλες, ανέφεραν λιγότερα ψυχιατρικά συμπτώματα κατά την κύηση, αλλά, περισσότερα κατά τη λοχεία (Nilssen, Tiggemann, & Almgren, 1970).

Άλλες μελέτες έχουν ερευνήσει τη σχέση μεταξύ του *βάρους* που παίρνουν οι γυναίκες κατά την κύηση, την ικανοποίηση για το βάρος τους, την αυτοεκτίμηση και την κατάθλιψη. Η καλή ψυχολογική κατάσταση μιας λεχωΐδας καθοριζόταν από το βάρος της μετά τον τοκετό (Jenkin, & Tiggemann, 1997). Οι γυναίκες με περισσότερο βάρος ανέφεραν συμπτώματα κατάθλιψης συχνότερα από αυτές με λιγότερο βάρος. Η αύξηση του σωματικού βάρους κατά την κύηση και μετά τον τοκετό, επιτείνει τη δυσαρέσκεια των γυναικών και συντελεί στην εμφάνιση μειωμένης αυτοεκτίμησης και κατάθλιψης (Walker, 1997). Όταν η αύξηση του βάρους είναι πάνω από 5kg, ένα έτος μετά τον τοκετό, αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης έντονων καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επίσης γυναίκες που τις απασχολούσε ιδιαίτερα η εικόνα του σώματός τους και εξέφραζαν την ανάγκη για έλεγχο του σωματικού τους βάρους, είχαν τις λιγότερες πιθανότητες να θηλάσουν τα μωρά τους.

Ανησυχία και Άγχος

Το άγχος κατά τη διάρκεια της κύησης συσχετίζεται θετικά με την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης (Dalton, 1971. Watson, et al., 1984). Οι γυναίκες που αισθάνονταν είτε πολύ υψηλά είτε πολύ χαμηλά επίπεδα άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι πιο πιθανό να πάθουν κατάθλιψη απ' οτι οι γυναίκες που αισθάνονταν μέτριο άγχος. Γυναίκες που αντιδρούν στην εγκυμοσύνη με πολύ υψηλά επίπεδα άγχους, βρίσκονται ήδη υπό πίεση από μια αίσθηση απώλειας ελέγχου. Αυτές

που αισθάνονται πολύ λιγότερο άγχος αρνούνται την πραγματικότητα της κατάστασής τους. Η πραγματικότητα του τοκετού και του μωρού έρχονται σαν ένα σοβαρό σοκ, μια απότομη αλλαγή από τις προσδοκίες που είχαν προηγουμένως συλλάβει, πράγμα που είναι το ίδιο σαν απώλεια ελέγχου (Macy, & Falkner, 1979).

Φαίνεται πως η ανησυχία στην αρχή της εγκυμοσύνης αποτελεί πιθανή ένδειξη για την εκδήλωση της επιλόχειας κατάθλιψης (Dalton, 1971). Από άλλους ερευνητές η ανησυχία δεν βρέθηκε να είναι παράγοντας που να προλέγει την επιλόχειο κατάθλιψη (Cox, et al., 1982).

Συμπεράσματα σε σχέση με τους αιτιολογικούς παράγοντες

Στη μετα-ανάλυση της Beck C.T. (1998) αναφέρεται οτι ο ισχυρότερος πρόδρομος για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι: η προγεννητική κατάθλιψη, ακολουθούν το άγχος, η κοινωνική στήριξη, η προγεννητική ανησυχία και η μελαγχολία της λοχείας. Μικρότερο μέγεθος επιρροής έχει η το ιστορικό κατάθλιψης και η ιδιοσυγκρασία του νεογνού.

Στη μετα-ανάλυση των O'Hara και Swain (1996) αναφέρεται οτι ο ισχυρότερος πρόδρομος για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι: η προγεννητική κατάθλιψη, ακολουθούν η προγεννητική ανησυχία, η κοινωνική υποστήριξη, τα αρνητικά γεγονότα της ζωής, το ιστορικό κατάθλιψης. Μικρή σχέση έχουν ο νευρωτισμός, η αρνητική προκατάληψη και οι μαιευτικές μεταβλητές.

Στη μετα-ανάλυση της Beck C.T. (2001), που ακολούθησε την προηγούμενη δική της (1996), σε 84 μελέτες που πραγματοποιήθηκαν τη δεκαετία του 1990 και έγιναν στις ΗΠΑ, Καναδά, Μεγάλη Βρετανία, Νέα Ζηλανδία, Αυστραλία, Νότιο Αφρική, Ιρλανδία, Γαλλία, Ιαπωνία, Βέλγιο, Πορτογαλία, Ισραήλ, Ελβετία, Βραζιλία, Κίνα, Νιγηρία και Ολλανδία, αναφέρεται οτι οι πρόδρομοι για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι: η προγεννητική κατάθλιψη, η αυτοεκτίμηση, το άγχος για τη φροντίδα του παιδιού, η προγεννητική ανησυχία, το άγχος της ζωής, η κοινωνική στήριξη, η σχέση με το σύντροφο, το ιστορικό κατάθλιψης, ο χαρακτήρας του νεογνού και η μελαγχολία της λοχείας. Μικρότερη επιρροή έχουν η οικογενειακή κατάσταση, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η μη προγραμματισμένη/ ανεπιθύμητη κύηση.

Η τελευταία μετα-ανάλυση αναδεικνύει 4 νέες μεταβλητές, που οι δύο είναι δημογραφικές μεταβλητές, η οικογενειακή κατάσταση και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και οι άλλες δύο είναι το επιθυμητό της κύησης και η αυτοεκτίμηση.

Διάγνωση

Η διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης γίνεται με την κλινική εξέταση και την αξιοποίηση των μεθόδων εκτίμησης της κατάθλιψης. *Τα συμπτώματα και η κλινική εικόνα της διαταραχής παρουσιάζονται στο παράρτημα Β 4.*

Οι μέθοδοι για την εκτίμηση της επιλόχειας κατάθλιψης περιλαμβάνουν τη χρησιμοποίηση δομημένων διαγνωστικών συνεντεύξεων (π.χ. Κατάλογος Συναισθηματικών Διαταραχών και Σχιζοφρένειας, (SADS), Endicott και Spitzer 1978) και μέτρα αυτοαναφοράς (π.χ. η κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI, Beck et al., 1961), η κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS, Cox et al., 1987), το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (GHQ: Goldberg 1978).

Ένα σημαντικό στοιχείο ανάμεσα στην πλειοψηφία των μελετών είναι η τάση των ερευνητών να επιχειρούν εκτιμήσεις με δυο ευρέως χρησιμοποιούμενες κλίμακες για την κατάθλιψη: την κλίμακα του Εδιμβούργου για την επιλόχειο κατάθλιψη (EPDS) και την κλίμακα για την κατάθλιψη του Beck (BDI).

Η κλίμακα για τη μέτρηση της επιλόχειας κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS), αναπτύχθηκε και εγκρίθηκε μέσα από διάφορες μελέτες σε λεχωΐδες της Μεγάλης Βρετανίας και έχει γίνει το προτιμώμενο εργαλείο για τη διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης στην πλειοψηφία των μελετών. Η δέκα θεμάτων έκδοση της κλίμακας του Εδιμβούργου αποτελείται από δηλώσεις που περιγράφουν καταθλιπτικά συμπτώματα που σχετίζονται με την επιλόχεια κατάθλιψη κι έχουν τέσσερις πιθανές απαντήσεις, κάθε μια βαθμολογούμενη σύμφωνα με τη σοβαρότητα ή τη διάρκεια.

Η κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI) παρ' οτι αρχικά αναπτύχθηκε ως ένα γενικό εργαλείο για να μετράται η ένταση και οι συμπεριφορικές εκδηλώσεις της κλινικής κατάθλιψης, χρησιμοποιείται ευρέως στην έρευνα και για την συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης. Ωστόσο, η χρήση της για τη μέτρηση της συμπτωματολογίας της επιλόχειας κατάθλιψης, μας καλεί για προσεκτική ερμηνεία (Affonso, 2000). Η διάγνωση της κατάθλιψης θα πρέπει να λάβει υπόψη την αλληλοεπικάλυψη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τις φυσιολογικές αντιδράσεις στη νέα κατάσταση. Αλλαγές στον ύπνο, την όρεξη, τη σεξουαλική διάθεση και το αίσθημα κόπωσης είναι κοινά χαρακτηριστικά τόσο της κατάθλιψης όσο και της περιόδου της λοχείας (Παππά, & Σολδάτου, 1999).

Πέρα όμως από αυτές τις προφυλάξεις, η BDI είναι εξαιρετικά χρήσιμη σε μελέτες που περιλαμβάνουν προγεννητικά δείγματα, μακροχρόνιους σχεδιασμούς και

τη μέτρηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων (Affonso, 2000). Η BDI αποτελείται από 21 κατηγορίες συμπτωμάτων και συμπεριφορών. Κάθε κατηγορία περιγράφει μια συγκεκριμένη συμπεριφορική εκδήλωση της κατάθλιψης και αποτελείται από 4 με 5 δηλώσεις αυτοαξιολόγησης διαβαθμισμένες κατ' αλληλουχία. Οι δηλώσεις αυτές είναι ταξινομημένες έτσι ώστε να αντανακλούν τη διακύμανση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων από μηδενικής μέχρι μεγίστης σπουδαιότητας. Αριθμητικές αξίες από το 0-3 έχουν οριστεί για κάθε δήλωση ώστε να φαίνεται ο βαθμός σπουδαιότητας (Beck A.T. et al., 1961).

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι η συχνότερη διαταραχή της λοχείας. Καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσιάζουν σχεδόν οι μισές γυναίκες μέχρι και ένα χρόνο μετά τον τοκετό με κίνδυνο να παρουσιαστεί χρονιότητα ή επανεμφάνιση σε επόμενη κύηση. Οι κυριότεροι παράγοντες πρόβλεψης της επιλόχειας κατάθλιψης είναι η προγεννητική κατάθλιψη, η μελαγχολία της λοχείας, μαιευτικοί και δημογραφικοί παράγοντες. Όπως δείχνουν τα αποτελέσματα των ερευνών και κυρίως των μετα-αναλύσεων η προγεννητική κατάθλιψη είναι ο πρώτος παράγοντας πρόβλεψης της επιλόχειας κατάθλιψης και θα πρέπει να μελετάται σε κάθε έρευνα για την επιλόχεια κατάθλιψη, όπως και η μελαγχολία της λοχείας. Επίσης σημαντικοί παράγοντες για την εκδήλωση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι κάποια από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας της λεχωΐδας. Οι μαιευτικές μεταβλητές παρ΄ οτι δεν αξιολογούνται τα τελευταία χρόνια, δεν παύουν να είναι ενδιαφέρουσες διότι είναι χαρακτηριστικές της περιόδου που βιώνει η γυναίκα. Το φύλο του νεογνού δεν παρουσιάζεται σαν μεταβλητή στις έρευνες, ίσως γιατί δεν κρίθηκε σκόπιμο ή ίσως γιατί δεν αποδείχθηκε να υπάρχει σχέση μεταξύ του φύλου του νεογνού και της επιλόχειας κατάθλιψης.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Τα ευρήματα των ερευνών που αφορούν τις επιπτώσεις σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας της γυναίκας κατά την μετάβαση της στη μητρότητα περιγράφουν μεταβολές σε κάποια από τα χαρακτηριστικά. Κάποια από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που έχουν μελετηθεί δείχνουν οτι τα ίδια χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν αυξομειώσεις μπορεί να είναι υπεύθυνα και για την εκδήλωση της κατάθλιψης κατά την περίοδο της κύησης και της λοχείας. Η μελέτη όλων των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας κατά την μετάβαση στην μητρότητα είναι ίσως αδύνατη, λόγω του μεγάλου αριθμού των χαρακτηριστικών της ανθρώπινης προσωπικότητας. Όμως, θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον να μελετηθούν κάποια από τα χαρακτηριστικά που έχουν ήδη μελετηθεί, όπως η εσωστρέφεια και η εξωστρέφεια σε συνδυασμό με άλλα χαρακτηριστικά που συνδέονται με τον καθημερινό τρόπο λειτουργίας των γυναικών, δηλαδή με τον τρόπο που δέχονται ερεθίσματα, που παίρνουν αποφάσεις, με τον τρόπο που επιλέγουν τον τρόπο ζωής τους.

Θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον και χρήσιμο να διερευνηθεί αν:

α) Οι έγκυες γυναίκες θα δείξουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον προς τον εσωτερικό κόσμο των πραγμάτων και των ιδεών αντί του εξωτερικού κόσμου των δράσεων, των αντικειμένων και των ανθρώπων, όπως έχουν δείξει οι υψηλότεροι βαθμοί εσωστρέφειας. Αν θα συνεχίσουν να παρουσιάζουν αυτή την εσωστρεφή τάση και μετά τη γέννηση ή αν η πρόκληση της μητρότητας θα τους καλέσει σε μεγαλύτερη εκδήλωση εξωστρέφειας. β) Οι έγκυες γυναίκες θα δείξουν μια προτίμηση στο να παρατηρούν τις πιθανότητες, τις σχέσεις και το νόημα των εμπειριών, από το να δεχθούν άμεσα τα πραγματικά γεγονότα των εμπειριών και της ζωής. Αν θα διατηρήσουν αυτή την προοπτική και μετά τον τοκετό ή αν οι ανάγκες της μητρότητας θα τις κατευθύνουν να εστιαστούν στα αντικειμενικά γεγονότα της ζωής. γ) Οι έγκυες γυναίκες θα δείξουν μια προτίμηση να παίρνουν τις αποφάσεις τους πιο προσωπικά και υποκειμενικά, παρά αντικειμενικά και πιο γενικά. Αν θα συνεχίσουν να παίρνουν με τον ίδιο τρόπο τις αποφάσεις τους και μετά τον τοκετό ή αν η ευθύνη για την ανατροφή του νεογνού θα τις κατευθύνει σε άλλο τρόπο λήψης αποφάσεων, και δ) Οι έγκυες γυναίκες θα δείξουν μια τάση στο να έχουν μια παρόρμηση προς το απρόβλεπτο και της «στιγμής» όταν δρουν, αντί να στοχεύουν στο να ρυθμίζουν και

να ελέγχουν κατά την δράση τους ή θα παρέμβει η μητρότητα, με τις νέες ανάγκες και απαιτήσεις της, στον τρόπο που επιλέγουν οι γυναίκες να δράσουν;

Οι πιθανές μεταβολές στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που εκφράζουν οι παραπάνω διαδικασίες πιθανόν να σχετίζονται με την εκδήλωση της κατάθλιψης κατά την κύηση ή/και κατά την λοχεία. Επίσης είναι ενδιαφέρον και σκόπιμο να διερευνηθεί κατά πόσο μπορεί να προβλέψει η εκδήλωση της προγεννητικής κατάθλιψης την εκδήλωση της επιλόχειας κατάθλιψης, διότι σε όλες τις μετα-αναλύσεις που αφορούν την επιλόχεια κατάθλιψη αναφέρεται ότι η παρουσία προγεννητικής κατάθλιψης είναι η κυριότερη αιτία εκδήλωσης της επιλόχειας κατάθλιψης.

Όλα τα παραπάνω οδήγησαν στην διατύπωση των παρακάτω ερευνητικών ερωτημάτων:

1. Μεταβάλλονται χαρακτηριστικά της προσωπικότητας της γυναίκας από τον 5° μήνα της κύησης και μέχρι τους 6 μήνες μετά τον τοκετό;
2. Οι πιθανές αυτές μεταβολές σχετίζονται με την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης;
3. Παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των πιθανών μεταβολών των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της ηλικίας των γυναικών, του οικογενειακού τους εισοδήματος, του είδους του τοκετού τους, του αν η κύηση τους ήταν προγραμματισμένη καθώς και του φύλου του νεογνού τους;
4. Παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και της ηλικίας των γυναικών, του οικογενειακού τους εισοδήματος, του είδους του τοκετού τους, του αν η κύηση τους ήταν προγραμματισμένη καθώς και του φύλου του νεογνού τους;

Για να μελετηθούν πληρέστερα τα τέσσερα βασικά ερευνητικά ερωτήματα αναπτύχθηκαν σε δέκα ερωτήσεις:

1. Οι έγκυες γυναίκες θα δείξουν ένα μεγαλύτερο ενδιαφέρον προς τον εσωτερικό κόσμο των πραγμάτων και των ιδεών αντί του εξωτερικού κόσμου των δράσεων, των αντικειμένων και των ανθρώπων, όπως έχουν δείξει οι υψηλότεροι βαθμοί εσωστρέφειας; θα συνεχίσουν να παρουσιάζουν αυτή την εσωστρεφή τάση και μετά τη γέννηση ή η πρόκληση της μητρότητας θα τους καλέσει σε μεγαλύτερη εκδήλωση εξωστρέφειας;
2. Οι έγκυες γυναίκες θα δείξουν μια προτίμηση στο να παρατηρούν τις πιθανότητες, τις σχέσεις και το νόημα των εμπειριών, από το να δεχθούν άμεσα

τα πραγματικά γεγονότα των εμπειριών και της ζωής; θα διατηρήσουν αυτή την προοπτική και μετά τον τοκετό ή οι ανάγκες της μητρότητας θα τις κατευθύνουν στην εστίαση στα αντικειμενικά γεγονότα της ζωής;

3. Οι έγκυες γυναίκες θα δείξουν μια προτίμηση να παίρνουν τις αποφάσεις τους πιο προσωπικά και υποκειμενικά, παρά αντικειμενικά και πιο γενικά; θα συνεχίσουν να παίρνουν με τον ίδιο τρόπο τις αποφάσεις τους και μετά τον τοκετό ή η ευθύνη για την ανατροφή του νεογνού θα τις κατευθύνει σε άλλο τρόπο λήψης αποφάσεων;
4. Οι έγκυες γυναίκες θα δείξουν μια τάση στο να έχουν μια παρόρμηση προς το απρόβλεπτο και της «στιγμής» όταν δρουν, αντί να στοχεύουν στο να ρυθμίζουν και να ελέγχουν κατά την δράση τους; θα παρέμβει η μητρότητα, με τις νέες ανάγκες και απαιτήσεις της, στον τρόπο που επιλέγουν οι γυναίκες να δράσουν;
5. Οι πιθανές μεταβολές που μπορεί να εκδηλωθούν στις παραπάνω διαδικασίες της ζωής των γυναικών κατά την διάρκεια της κύησης και της λοχείας είναι στατιστικώς σημαντικές;
6. Επηρεάζονται οι πιθανές μεταβολές που μπορεί να εκδηλωθούν στις παραπάνω διαδικασίες της ζωής των γυναικών από την ηλικία των γυναικών, το οικογενειακό τους εισόδημα, το είδος του τοκετού τους, το αν η κύησή τους ήταν προγραμματισμένη και από το φύλο του νεογνού τους;
7. Οι έγκυες γυναίκες εκδηλώνουν κατάθλιψη ή η κατάθλιψη εκδηλώνεται μόνο με την μορφή της επιλόχειας κατάθλιψης μετά τον τοκετό τους;
8. Κατά πόσο η ύπαρξη προγεννητικής κατάθλιψης μπορεί να προβλέψει την εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης, κατά πόσο η επιλόχεια κατάθλιψη κατά την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό μπορεί να προβλέψει την κατάθλιψη κατά τον 2° και κατά τον 6° μήνα της λοχείας και κατά πόσο η επιλόχεια κατάθλιψη κατά τον 2° μήνα της λοχείας μπορεί να προβλέψει την κατάθλιψη κατά τον 6° μήνα της λοχείας;
9. Ποιές από τις παραπάνω διαδικασίες της ζωής των εγκύων και των λεχωΐδων γυναικών συνδέονται με την εκδήλωση προγεννητικής/επιλόχειας κατάθλιψης;
10. Κατά πόσο η εμφάνιση της προγεννητικής και της επιλόχειας κατάθλιψης συνδέονται με την ηλικία των γυναικών, το οικογενειακό τους εισόδημα, το είδος του τοκετού τους, το αν η κύησή τους ήταν προγραμματισμένη, το φύλο του νεογνού τους και την βοήθεια και στήριξη που τους παρέχει το περιβάλλον τους ;

Η μελέτη των πιθανών μεταβολών στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των γυναικών θα εστιαστεί σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που συνδέονται με τον τρόπο που λειτουργεί η γυναίκα στην καθημερινότητα της.

Η μελέτη των χαρακτηριστικών της «Εσωστρέφειας» και της «Εξωστρέφειας» θα δώσει πληροφορίες για το κατά πόσο ένα εσωτερικό γεγονός, όπως είναι η εγκυμοσύνη, εστιάζει το ενδιαφέρον της γυναίκας στον εσωτερικό της κόσμο ώστε να γίνουν οι απαραίτητες εσωτερικές διεργασίες και να προετοιμαστεί για το μητρικό ρόλο.

Η μελέτη της «Διαίσθησης» και της «Αίσθησης» θα δώσει πληροφορίες για τον τρόπο που οι γυναίκες προσλαμβάνουν τα ερεθίσματα από το περιβάλλον. Η εγκυμοσύνη, ιδιαίτερα η πρώτη, είναι ένα έντονο εσωτερικό γεγονός που μπορεί να κατευθύνει την γυναίκα να «δει τον κόσμο γύρω της με άλλο μάτι» και να προχωρήσει πέρα από τα μηνύματα που τις προσφέρουν οι αισθήσεις της.

Η μελέτη της «Νόησης» και του «Συναισθήματος» θα δώσει πληροφορίες για τον τρόπο που οι γυναίκες παίρνουν τις αποφάσεις τους. Αν δηλαδή οι αποφάσεις τους είναι αποτέλεσμα νοητικής διαδικασίας ή είναι αποτέλεσμα της συναισθηματικής τους κατάστασης. Η εγκυμοσύνη είναι περίοδος που οι μεταβολές που συμβαίνουν στο σώμα της γυναίκας την ωθούν να βιώνει εντονότερα ή/και διαφορετικά συναισθήματα. Τα συναισθήματα αυτά θα μπορούσαν να επηρεάζουν τον τρόπο που παίρνει τις αποφάσεις της.

Η μελέτη της «Κριτικής Θεώρησης» και της «Ευρύτερης Κατανόησης» θα δώσει πληροφορίες για τον τρόπο που επιλέγουν να εφαρμόζουν οι γυναίκες τις αποφάσεις τους. Αν το εσωτερικό γεγονός της μητρότητας τις ωθεί στο να επιλέγουν να εφαρμόζουν τις αποφάσεις τους με ένα τρόπο περισσότερο ανοικτό, αφήνοντας τα γεγονότα να δείξουν τα μηνύματα τους, με μεγαλύτερη αποδοχή ή αν η μητρότητα θα της ωθήσει να επιλέξουν να εφαρμόζουν τις αποφάσεις τους με ένα τρόπο πιο οργανωμένο, πιο προγραμματισμένο και ελεγχόμενο.

Η μελέτη της κατάθλιψης θα μας δώσει πληροφορίες για την επίδρασή της τόσο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, όσο και κατά την διάρκεια της λοχείας. Η μελέτη της κατάθλιψης και των δύο περιόδων μπορεί να δώσει ουσιαστικά στοιχεία για την αλληλεπίδρασή τους. Ακόμη μπορεί να μελετηθεί η πιθανή σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και των πιθανών μεταβολών της προσωπικότητας σε μια μοναδική εμπειρία ζωής, όπως είναι η μετάβαση στη μητρότητα.

Η γυναίκα κατά την μετάβασή της στη μητρότητα δεν είναι μόνο έγκυος ή λεχωΐδα, διάφοροι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες την επηρεάζουν και η επίδραση τους στις πιθανές μεταβολές των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της κατάθλιψης πρέπει να μελετηθούν για να αξιολογηθούν. Ακόμη, γεγονότα και αποφάσεις που συνδέονται με την μετάβαση στην μητρότητα, όπως αν η κύηση είναι προγραμματισμένη, το είδος του τοκετού, ακόμη και το φύλο του νεογνού, είναι έντονα, μοναδικά και καθοριστικά γεγονότα και θα μπορούσαν να ενεργοποιήσουν μια διαδικασία επηρεασμού των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας ή/και την εκδήλωση της προγεννητικής ή/και της επιλόχειας κατάθλιψης.

Όλες αυτές οι πληροφορίες θα μπορούσαν να σκιαγραφήσουν την πίεση που δέχεται η προσωπικότητα της γυναίκας σε μια μοναδική στιγμή της ζωής της που είναι η μετάβασή της στο μητρικό της ρόλο. Ίσως, η «πίεση» αυτή της προσωπικότητας σε συνδυασμό με κοινωνικές και μαιευτικές μεταβλητές εκδηλώνει την κατάθλιψη, ή αντίστροφα η κατάθλιψη γίνεται αιτία να εκδηλωθούν μεταβολές στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας της γυναίκας. Οι πληροφορίες αυτές θα μπορούσαν να συνθέσουν γνώση σημαντική για τους λειτουργούς υγείας που συνδέονται με την μετάβαση στην μητρότητα, όπως γυναικολόγοι, μαίες, ψυχολόγοι, παιδίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, για να μπορέσουν να κάνουν την μετάβαση στην μητρότητα πιο ομαλή και ευχάριστη. Η πρόληψη των επιβαρυντικών για τον ψυχισμό της γυναίκας παραγόντων και της κατάθλιψης μπορούν να δώσουν την ευκαιρία στις γυναίκες να βιώσουν την θετική πλευρά ενός μοναδικού θετικού γεγονότος ζωής, της μητρότητας. Ένα γεγονός που δεν αφορά μόνο τις γυναίκες, που είναι ο μισός πληθυσμός του πλανήτη, αλλά και τις οικογένειες τους

Κεφάλαιο 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα

Για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα επιλέχθηκε το δείγμα να αποτελείται από γυναίκες που κυοφορούσαν το πρώτο τους παιδί. Οι συμμετέχουσες στην μελέτη είναι τυχαίο δείγμα Ελληνίδων που ανταποκρίθηκαν στην πρόταση για συμμετοχή στην παρούσα μελέτη.

Κρίθηκε σκόπιμο οι γυναίκες που θα αποτελούσαν το δείγμα της μελέτης να:

- Είναι πρόθυμες να συμμετέχουν σε μια έρευνα μεγάλης διάρκειας, για το λόγο αυτό συμπλήρωσαν βεβαίωση αποδοχής της συμμετοχής τους στην έρευνα *(Παράρτημα Α 1)*
- Είναι πρωτοτόκες, διότι οι πρωτοτόκες γυναίκες βιώνουν για πρώτη φορά το πέρασμα στην μητρότητα.
- Μπορούν να κατανοούν πλήρως το περιεχόμενο των ερωτηματολογίων, για το λόγο αυτό έπρεπε να είναι Ελληνίδες και να έχουν σαν μητρική γλώσσα την Ελληνική.

Οι πρωτοτόκες γυναίκες αναζητήθηκαν με γραπτή ανακοίνωση στα εξωτερικά Μαιευτικά Ιατρεία του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και στην ιδιωτική πελατεία ορισμένων Γυναικολόγων. Οι έγκυες πρωτοτόκες γυναίκες που εκδήλωσαν την διάθεση συμμετοχής στην μελέτη ήταν 125 και ολοκλήρωσαν τη συμμετοχή τους οι 97. Από τις 125 αρχικά συμμετέχουσες έξι γυναίκες απέβαλαν ή γέννησαν πολύ πρόωρα, πέντε γυναίκες δεν μας ενημέρωσαν για τον τοκετό τους, 11 γυναίκες δεν ήθελαν να συνεχίσουν τη συμμετοχή τους στην μελέτη μετά τον τοκετό και έξι γυναίκες άλλαξαν τόπο διαμονής μετά τον τοκετό.

Οι δειγματοληψίες έγιναν από το 1999 μέχρι και το 2001. Η μέση τιμή της ηλικίας των γυναικών που συμμετείχαν, κατά την τρίτη δειγματοληψία (όταν γέννησαν) ήταν 29,5 έτη.

Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων

Χρησιμοποιήθηκαν τρία ερωτηματολόγια για τη συλλογή των στοιχείων.

1. Για την καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων, της παρεχόμενης από το περιβάλλον βοήθειας και των στοιχείων ατομικού ιστορικού, δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο ειδικά για το σκοπό αυτό, που συμπληρωνόταν στη διάρκεια της έρευνας *(Παράρτημα Α 2)*.
2. Για μη μελέτη των μεταβολών των τάσεων της προσωπικότητας των γυναικών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας M.B.T.I. – Myers Briggs Type Indicator *(Παράρτημα Α 4)*. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τις γυναίκες δύο φορές κατά την κύηση και τρεις φορές κατά την λοχεία. Επιλέχθηκε γιατί έχει τη δυνατότητα της καταμέτρησης των τάσεων των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας μέσα από την καθημερινή πρακτική των γυναικών, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό για την συγκεκριμένη έρευνα που ενδιαφέρεται για χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που συνδέονται με το μητρικό ρόλο, όπως η διαίσθηση ή το συναίσθημα, στον τρόπο ζωής και στην εφαρμογή τους καθημερινά.
3. Για την μελέτη της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο αυτοεκτιμώμενης κατάθλιψης Beck Depression Inventory (BDI). Το οποίο συμπλήρωναν οι γυναίκες προγεννητικά ή μεταγεννητικά. Επιλέχθηκε γιατί είναι εύχρηστο και δίνει δυνατότητα μέτρησης και της προγεννητικής και της επιλόχειας κατάθλιψης ***(Παράρτημα Α 3)***.

Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων και Ατομικού Ιστορικού

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελούσε την καρτέλα παρακολούθησης της κάθε γυναίκας. Ενημερωνόταν με βάση τις πληροφορίες που έδινε η γυναίκα κατά την συνέντευξη που γινόταν σε κάθε μία από τις πέντε συναντήσεις.

Κάθε ερωτηματολόγιο – καρτέλα περιείχε τα προσωπικά στοιχεία κάθε γυναίκας όπως:

- Το όνομα και το επίθετό της καθώς και το επίθετο του συζύγου της. Οι γυναίκες του δείγματος κατά τον 8° μήνα της κύησης ήταν όλες παντρεμένες. Το επίθετο του συζύγου ήταν χρήσιμο κατά την τρίτη συνάντηση με την γυναίκα κατά την παραμονή της στο μαιευτήριο, διότι οι γυναίκες κατά την παραμονή τους στο

μαιευτήριο καταγράφονται στο βιβλίο εισερχομένων της Μαιευτικής κλινικής με το επίθετο που θα πάρει το νεογνό. Το επίθετο που παίρνει το νεογνό που είναι συνήθως το επίθετο του πατέρα του

- Την ημερομηνία γέννησης της γυναίκας, απαραίτητη για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχθηκαν.
- Την διεύθυνση και τα τηλέφωνα της γυναίκας για να μπορεί να γίνεται επικοινωνία και να ορίζονται οι επισκέψεις μετά από τηλεφωνική επικοινωνία.
- Το επίπεδο μόρφωσης της κάθε γυναίκας, σε τρία επίπεδα, ανάλογα με το αν η γυναίκα ήταν απόφοιτος βασικής, μέσης ή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- Το επάγγελμα που ασκούσε η γυναίκα όταν έμεινε έγκυος, αν ήταν ιδιωτικός υπάλληλος, δημόσιος υπάλληλος, ελεύθερος επαγγελματίας, άνεργη, φοιτήτρια ή ασχολείται με τα οικιακά.
- Το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα της γυναίκας καταγράφηκε σε πέντε κατηγορίες εύρους βήματος 150.000 δραχμών. Από 0-150.000 δραχμών ως 600.000 και άνω.

Ακόμη το ερωτηματολόγιο – καρτέλα περιείχε ερωτήσεις ιατρικού ιστορικού, όπως αν η γυναίκα είχε κάποιο χρόνιο σωματικό ή ψυχικό νόσημα, διότι η ύπαρξη κάποιων χρόνιων σωματικών νοσημάτων όπως ή υπέρταση, οι καρδιοπάθειες, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι νεοπλασίες, πιθανόν, επιβαρύνουν την γυναίκα κατά την κύηση σωματικά και ψυχολογικά. Επίσης ένα χρόνο ψυχικό νόσημα πιθανόν να επανεμφανιζόταν ή να επιδεινωνόταν κατά την κύηση ή/και τη λοχεία.

Επίσης υπήρχαν ερωτήσεις μαιευτικού ιστορικού όπως:

- Αν η κύηση ήταν προγραμματισμένη ή τυχαία.
- Αν υπήρχαν προβλήματα υγείας που συνδέονται με την παρουσία της κύησης και που μπορεί να επιβαρύνουν την ψυχική κατάσταση της γυναίκας.
- Πότε είχε η γυναίκα την τελευταία έμμηνο ρύση (ΤΕΡ) και ποιά ήταν η αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού (ΠΗΤ).

Ερωτηματολόγιο των Ψυχολογικών Τύπων του Μ.Β.Τ.Ι.
(Myers-Briggs Type Inticator)

Η ανάπτυξη του Μ.Β.Τ.Ι.

Το Μ.Β.Τ.Ι. σχεδιάστηκε ακριβώς για να μετατρέψει σε κλίμακα τη θεωρία του Jung για τους ψυχολογικούς τύπους και για να την βάλει σε πρακτική εφαρμογή. Οι Myers και Briggs επέκτειναν το μοντέλο με την JP (Judgment-Perception) σκάλα κάνοντας σαφέστερη μια άποψη της θεωρίας που ήταν υπονοούμενη, αλλά όχι ανεπτυγμένη στα κείμενα του Jung.

Η εγκυρότητα του Μ.Β.Τ.Ι. ορίζεται από την ικανότητα να αποδείξει τις σχέσεις και τα συμπεράσματα που προβλέπονται από το θεωρία του Jung. Σύμφωνα με την θεωρία τα άτομα είναι ή γίνονται διαφορετικοί τύποι. Το Μ.Β.Τ.Ι. επιχειρεί την ταξινόμηση των ατόμων σύμφωνα με τους «αληθινούς» τους τύπους. Η θεωρία αξιώνει οτι οι βασικές επιλογές της κατανόησης μέσω των αισθήσεων ή της διαίσθησης οδηγούν σε διαφορετικά ενδιαφέροντα και οτι οι βασικές επιλογές της κριτικής με λογική ή με συναίσθημα οδηγούν σε διαφορετική δράση πάνω σ' αυτά τα ενδιαφέροντα. Κίνητρα, αξίες και συμπεριφορές φαίνονται σαν επιφανειακοί δείκτες των αποτελεσμάτων στις βασικές επιλογές και στάσεις. Αν η θεωρία του Jung περιγράφει υπαρκτές επιλογές και αν το Μ.Β.Τ.Ι. αναδεικνύει αυτές τις επιλογές, τότε οι επιφανειακές συμπεριφορές θα μπορούσαν να είναι στην κατεύθυνση της πρόβλεψης στη θεωρία, επιτρέποντας την καταμέτρηση των λαθών, των σταθμών ανάπτυξης, και ακυρώνοντας περιβαλλοντικές πιέσεις που επεμβαίνουν στην έκφραση του τύπου επιλογής.

Οι τύποι προσωπικότητας του Μ.Β.Τ.Ι.

Πάνω στην τυπολογία του Jung έχει βασιστεί το Μ.Β.Τ.Ι. (Myers Briggs Type Indicator), που διακρίνει τους ανθρώπους σε 16 τύπους προσωπικότητας, οι οποίοι αντανακλούν τον διακριτό τρόπο με τον οποίο σκέφτονται, επεξεργάζονται τα ερεθίσματα και λαμβάνουν τις αποφάσεις τους τα άτομα (McCaulley, 2000). Το στοιχείο αυτό είναι πολύ σημαντικό γιατί ο τρόπος που τα άτομα σκέφτονται, επεξεργάζονται, κωδικοποιούν, λαμβάνουν αποφάσεις, επιλύουν προβλήματα σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την τελική επιτυχία ή αποτυχία ενός προκαθορισμένου στόχου-έργου.

Το Μ.Β.Τ.Ι. καταγράφει τέσσερις διαστάσεις της προσωπικότητας διπολικά. Η μέτρηση ξεκινά από το σημείο σύγκλισης και αναπτύσσεται για το κάθε δίπολο μέχρι τους 65 βαθμούς.

Αξιολογεί:

- την κατεύθυνση της ενέργειας του ατόμου, αν είναι εξωστρεφές (extraversion) ή εσωστρεφές (introversion),
- τον τρόπο που δέχεται τις πληροφορίες, με τις αισθήσεις (sensing) ή με την διαίσθηση (intuition),
- τον τρόπο με τον οποίο παίρνει τις αποφάσεις του, με τη λογική (thinking) ή με το συναίσθημα (feeling), και
- τον τρόπο που εφαρμόζει τις αποφάσεις του, που λύνει τα προβλήματά του, βασισμένος σε κριτική θεώρηση (judgment) ή με ευρύτερη κατανόηση (perception).

Η κατανομή αυτών των προτιμήσεων στο πληθυσμό είναι (Keirsey, & Bates 1964): E (75%), I (25%), S (75%), N (25%), T (50%), F (50%), J (50%), P (50%)

Είναι προφανές οτι τα ποσοστά προκύπτουν κατά προσέγγιση. Επίσης υπάρχει μια διαφοροποίηση που αφορά το φύλο του πληθυσμού στη T-F κλίμακα. Έτσι περίπου το 60% των γυναικών είναι F και το 60% των ανδρών είναι T.

Το Μ.Β.Τ.Ι. αποτελείται από 95 ερωτήσεις. Ανάλογα με τις απαντήσεις που θα δώσει το άτομο θα κατηγοριοποιηθεί σε ένα τύπο που θα διακρίνεται από 4 γράμματα. Το πρώτο γράμμα δείχνει την κυρίαρχη τυπολογική διάθεση (E) ή (I) και τα υπόλοιπα 3, τις κύριες λειτουργίες. Για κάθε ένα από τους 16 τύπους οι Myers και Briggs κατασκεύασαν μια σύντομη περιγραφή της προσωπικότητας και των ενεργειών που χαρακτηρίζουν τα άτομα που κατηγοριοποιούνται σε αυτόν.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και σταθμιστεί από τους Σταλίκα και Φυτόπουλο (1998). Οι συγγραφείς παρουσιάζουν επαρκή εγκυρότητα περιεχομένου, καλή διακρίνουσα εγκυρότητα, συναφή με αυτή της αμερικανικής και της γαλλοκαναδικής έκδοσης του Μ.Β.Τ.Ι. και ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής. Στο ελληνικό Μ.Β.Τ.Ι. η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας κυμαίνεται από 0,78 έως 0,91 και είναι συμβατή με αυτή της πρωτότυπης έκδοσης.

(Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται μια σύντομη παρουσίαση του Μ.Β.Τ.Ι. περισσότερα στοιχεία παρατίθενται στο παράρτημα Β 4)

Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτιμώμενης Κατάθλιψης του Beck
(Beck Depression Inventory)

Το ερωτηματολόγιο αυτό αναπτύχθηκε στα πλαίσια της θεραπευτικής τεχνικής του Beck είναι πιθανώς η πιο διαδεδομένη μέθοδος αξιολόγησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Ο Beck είναι ουσιαστικά ο πρώτος που έδωσε έμφαση στην πρωταρχικότητα γνωστικών διαδικασιών, όπως λάθη λογικού συλλογισμού και τάση για αρνητική ερμηνεία των γεγονότων, για την κατανόηση τόσο της αιτιολογίας και της διατήρησης της κατάθλιψης, όσο και των μηχανισμών που εμπλέκονται στη θεραπεία και αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής.

Με βάση αυτές τις παρατηρήσεις ο Beck ανέπτυξε μια καινούργια γνωστική θεωρία της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται ως συνέπεια της διαταραχής στις «σκέψεις» και στις «ιδέες» του ατόμου. Συνεπώς, η κατάθλιψη δε θεωρείται μια διαταραχή της διάθεσης, αλλά μάλλον η συνέπεια των αρνητικών, λανθασμένων και παράλογων ερμηνειών της πραγματικότητας και των αντικειμενικών εμπειριών και γεγονότων (Κλεφτάρας, 1998).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί οτι το BDI δε σχεδιάστηκε για να διαγιγνώσκει σαφώς την κατάθλιψη. Κατασκευάστηκε περισσότερο, για να μετρά την κατάθλιψη σαν μια διάσταση της ψυχοπαθολογίας, εστιάζει δηλαδή κυρίως στο βάθος ή τη σοβαρότητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως κατά βάση ορίζεται από το συνδυασμό του αριθμού, της συχνότητας και της έντασης των συμπτωμάτων (Gotlib, & Hammen, 1992). Τα 21 συμπτώματα και στάσεις που αξιολογήθηκαν από το πρωτότυπο BDI περιλαμβάνουν: Διάθεση, Απαισιοδοξία, Αίσθηση Αποτυχίας, Αίσθηση του Ανικανοποίητου, Ενοχή, Τιμωρία, Αυτοαπέχθεια, Αυτοκατηγορία, Αυτοκτονικές Ιδέες (Αυτοκτονικός Ιδεασμός), Κλάμα, Ερεθιστικότητα, Κοινωνική Αποχώρηση, Αναποφασιστικότητα, Αλλαγή της Εικόνας του Σώματος, Δυσκολίες Εργασίας, Αϋπνία, Κόπωση, Απώλεια Όρεξης, Απώλεια Βάρους, Σωματικά Ενοχλήματα, Απώλεια της Λίμπιντο.

Η βαθμολόγηση του BDI γίνεται με πρόσθεση των απαντήσεων του εξεταζομένου για καθένα από τα 21 ερωτήματα. Κάθε ερώτημα αποτελείται από μια ομάδα τεσσάρων δηλώσεων που βαθμολογούνται από μηδέν έως τρία, η μέγιστη συνολική βαθμολογία είναι 63. Εάν ένας εξεταζόμενος έχει επιλέξει περισσότερες από μια δηλώσεις μίας ομάδας υπολογίζεται η δήλωση που βαθμολογείται υψηλότερα. Σύμφωνα με τον Beck και Beamesderfer, η κατάταξη των εξεταζομένων

βάση της βαθμολόγησης τους στο BDI θα πρέπει να βασίζεται στις κλινικές αποφάσεις βάσει των οποίων το ερωτηματολόγιο χορηγείται. Οι βαθμολογίες από 0-9 θεωρούνται ως ελάχιστες, από 10-16 οτι υποδηλώνουν ήπια κατάθλιψη, από 17-29 μέτρια κατάθλιψη και από 30-63 σοβαρή κατάθλιψη.

Σύμφωνα με δέκα μελέτες των Beck, Steer, & Garbin η **αξιοπιστία** του BDI σε ψυχιατρικούς ασθενείς κυμάνθηκε μεταξύ 0.48 και 0.86, ενώ σε εννέα μελέτες μη ψυχιατρικών ασθενών κυμάνθηκε μεταξύ 0.60 και 0.90. Τα δείγματα μη ψυχιατρικών ασθενών έδωσαν πιο σταθερές βαθμολογίες από εκείνα των ψυχιατρικών. Οι Lightfoot, & Oliver αναφέρουν οτι ο δείκτης συνάφειας δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας ήταν 0.90 για ένα χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των δύο εβδομάδων σε ένα δείγμα 204 προπτυχιακών φοιτητών, εννοώντας οτι οι βαθμολογίες παραμένουν με το πέρασμα του χρόνου σταθερές για μη ασθενείς. Ωστόσο ο Zinnerman βρήκε οτι για χρονικό διάστημα μίας εβδομάδας ο δείκτης συνάφειας δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας ήταν 0.64 για ένα δείγμα 139 προπτυχιακών φοιτητών.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και σταθμιστεί από τους Ντώνια και Δεμερτζή (1983) και επιπλέον προσαρμόστηκε από την Αναγνωστοπόλυλου (2002). Οι συγγραφείς παρουσιάζουν επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής. Στο ελληνικό BDI η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας είναι ικανοποιητική, ο δείκτης Cronbach's είναι 0,84.

Εφαρμογές του BDI στην προγεννητική και επιλόχεια κατάθλιψη

Τα τελευταία, χρόνια μετά την εμφάνιση της Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS), η BDI δέχθηκε ισχυρή κριτική για την εφαρμογή της στην μέτρηση της επιλόχειας κατάθλιψης. Παρ' όλες τις κριτικές, στην μετα-ανάλυση της Beck C.T. (2001), σε 84 μελέτες που έγιναν την δεκαετία του 1990, αναφέρεται οτι η BDI χρησιμοποιήθηκε σε ποσοστό 29%, σε 24 μελέτες. Ανάλογα στοιχεία για την εφαρμογή της BDI στην προγεννητική κατάθλιψη δεν υπάρχουν γιατί δεν έχει γίνει ανάλογη μετα-ανάλυση.

Πρόσφατες μελέτες που έγιναν με την χρήση της BDI είναι οι έρευνες των O' Hara, Rehm και Campbell (1983), Cutrona (1984), Lips (1985), Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer και Cameron (1995), Terry, Mayocchi και Hynes (1996), Bernazzani, Saucier, David και Borgeat (1997), Llewellyn, Stowe και Nemeroff (1997),

Berthiaume και David (1998), France και Mikaib (1999), O' Hara, Stuart, Gorman και Wenzel (2000), Γκιόκα, Κανδύλη, Καμπούρη και Ασπραδάκη (2001).

Το BDI χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της προγεννητικής ή/και της επιλόχειας κατάθλιψης στην έρευνα μαζί με άλλα ερωτηματολόγια όπως: με το Ways Coping Questionnaire και Social Readjustment Rating Scale (SRRS) και Research Diagnostic Criteria (RDC) (O' Hara et al., 1983). Social Provision Scale και Child Stress Inventory (Cutrona, 1984). Symptom Checklist (SCL) (Lips, 1985), Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) (Terry, et al., 1996). Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) (O' Hara, et al., 2000).

Στην παρούσα μελέτη αξιοποιήθηκε η αναθεωρημένη έκδοση του BDI, δεν συνυπολογίσθηκε η απάντηση στο ερώτημα απώλεια βάρους (ερώτημα 19), διότι το βάρος των γυναικών κατά την διάρκεια της κύησης αυξάνει και αμέσως μετά τον τοκετό μειώνεται από φυσικά αίτια και η απάντηση αυτή δεν προστίθεται στη συνολική βαθμολογία.

(Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται μια σύντομη παρουσίαση του B.D.I. περισσότερα στοιχεία παρατίθενται στο παράρτημα Β 5)

Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Για την μελέτη των υποθέσεων θεωρήθηκε σκόπιμο να γίνουν πέντε διαδοχικές δειγματοληψίες:

Η πρώτη δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε τον 5^{ο} μήνα της κύησης (χρόνος 1), όταν η κύηση είναι στα αρχικά στάδια, δεν αναγνωρίζεται από το περιβάλλον και είναι γνωστή μόνο σε όσους η έγκυος γυναίκα έχει επιλέξει να ανακοινώσει το γεγονός της ύπαρξης της εγκυμοσύνης της.

Η δεύτερη δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε τον 8^{ο} μήνα της κύησης (χρόνος 2), όταν η εγκυμοσύνη είναι εμφανής και αναγνωρίσιμη από το περιβάλλον και η ώρα του τοκετού σταδιακά πλησιάζει.

Η τρίτη δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε την διάρκεια της 1^{ης} εβδομάδας μετά τον τοκετό (χρόνος 3), όταν η γυναίκα βρίσκεται ακόμα υπό την επήρεια του stress του τοκετού, όταν δεν έχει ακόμα συνειδητοποιήσει οτι έγινε μητέρα και εκδηλώνεται η μελαγχολία της λοχείας.

Η τέταρτη δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε μετά τον 2° μήνα της λοχείας (χρόνος 4), όταν ο κύκλος της λοχείας ολοκληρώνεται, η ορμονική δραστηριότητα έχει επανέλθει στην προ της κύησης κατάσταση, όταν το νεογνό είναι καθεστώς στη ζωή της λεχωΐδας, βιώνει τη μητρότητα και η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να έχει εκδηλωθεί.

Η πέμπτη δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε μετά τον 6° μήνα της λοχείας (χρόνος 5), όταν ο τρόπος ζωής της γυναίκας έχει πια παγιώσει την νέα του μορφή με άξονα τη μητρότητα.

Μετά από την εκδήλωση ενδιαφέροντος συμμετοχής των γυναικών γινόταν η πρώτη συνάντηση. Κατά την πρώτη συνάντηση χαριζόταν στην συμμετέχουσα έγκυο ένα βιβλίο με συμβουλές και οδηγίες για την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Όλες οι συναντήσεις γινόταν στον χώρο που επέλεγε η γυναίκα, κατά κύριο λόγο στο σπίτι της, εκτός από την συνάντηση την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό που γινόταν στην Μαιευτική Κλινική που νοσηλευόταν σαν λεχωΐδα. Οι επισκέψεις καθοριζόταν μετά από τηλεφωνική επικοινωνία.

Κατά την πρώτη συνάντηση καταγραφόταν με συνέντευξη στην προσωπική της καρτέλα τα προσωπικά στοιχεία της γυναίκας (το όνομα και το επίθετο της γυναίκας και του συζύγου της, η ημερομηνία γέννησης της γυναίκας, η διεύθυνση και το τηλέφωνο της), τα δημογραφικά στοιχεία (η ημερομηνία γέννησης της γυναίκας, το επίπεδο σπουδών της, το επάγγελμα της και το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα), το προηγούμενο ιστορικό και τα πρώτα στοιχεία του μαιευτικού ιστορικού. Επίσης στην ατομική καρτέλα καταγραφόταν αν η παρούσα κύηση ήταν προγραμματισμένη ή τυχαία. Η τελευταία έμμηνο ρύση (ΤΕΡ) και η αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού (ΠΗΤ). Αν παρουσιάστηκαν κάποια προβλήματα υγείας που η αιτία τους ήταν η παρουσία της κύησης. Αν η γυναίκα είχε προηγούμενο ιστορικό κάποιας χρόνιας πάθησης.

Κατόπιν η γυναίκα συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο του MBTI και το παρέδιδε με τις απαντήσεις της.

Κατά την δεύτερη συνάντηση καταγραφόταν η εβδομάδα κύησης που διένυε η γυναίκα, τα πιθανά προβλήματα που παρουσίαζε η κύηση. Κατόπιν η γυναίκα συμπλήρωνε τα δύο ερωτηματολόγια, το MBTI και το BDI, και τα παρέδιδε με τις απαντήσεις της.

Η τρίτη συνάντηση γινόταν στο δωμάτιο του μαιευτηρίου που νοσηλευόταν η γυναίκα μετά τον τοκετό της, στις πρώτες πέντε μέρες μετά τον τοκετό. Κατά τη

συνάντηση αυτή συμπληρωνόταν στην καρτέλα της γυναίκας το είδος του τοκετού της, αν ήταν φυσιολογικός τοκετός ή αν έγινε καισαρική τομή. Αν παρουσιάστηκαν προβλήματα κατά την διεξαγωγή του τοκετού και αν η γυναίκα αισθανόταν κάποιες ψυχολογικές μεταβολές, όπως μεταβολές στη διάθεση της. Κατόπιν η γυναίκα συμπλήρωνε τα δύο ερωτηματολόγια, το MBTI και το BDI, και τα παρέδιδε με τις απαντήσεις της.

Κατά την τέταρτη συνάντηση συμπληρωνόταν τα πιθανά προβλήματα υγείας της γυναίκας και κάποιες ψυχολογικές μεταβολές που ίσως αισθανόταν. Κατόπιν η γυναίκα συμπλήρωνε τα δύο ερωτηματολόγια, το MBTI και το BDI, και τα παρέδιδε με τις απαντήσεις της.

Κατά την πέμπτη και τελευταία συνάντηση η γυναίκα συμπλήρωνε τα δύο ερωτηματολόγια, το MBTI και το BDI, και τα παρέδιδε με τις απαντήσεις της.

Κατά τον χρόνο 1 τα ερωτηματολόγια που συγκεντρώθηκαν και είχαν συμπληρωθεί πλήρως από ήταν 97 γυναίκες, κατά τον χρόνο 2 τα ερωτηματολόγια που είχαν συμπληρωθεί πλήρως ήταν από 92 γυναίκες, κατά τον χρόνο 3 τα ερωτηματολόγια που είχαν συμπληρωθεί πλήρως ήταν 91 από γυναίκες, κατά τον χρόνο 4 και κατά τον χρόνο 5 τα ερωτηματολόγια που είχαν συμπληρωθεί πλήρως ήταν από 89 γυναίκες.

Κεφάλαιο 4

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα προέκυψαν από την επεξεργασία των στοιχείων που συλλέχθηκαν από το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας MBTI, το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης BDI και το ερωτηματολόγιο προσωπικών στοιχείων και μαιευτικού ιστορικού, στις πέντε δειγματοληψίες. Για την καλύτερη μελέτη και επεξεργασία των στοιχείων τα τέσσερα βασικά ερευνητικά ερωτήματα αναπτύχθηκαν σε δέκα ερωτήσεις και με τον τρόπο αυτό παρουσιάζονται παρακάτω.

Δημογραφικά στοιχεία

Η ηλικία των γυναικών ήταν από 19 ως 40 ετών, με μ.ο. ηλικίας τα 29,5 έτη.

Οι περισσότερες γυναίκες του δείγματος ήταν εργαζόμενες, στην πλειοψηφία υπάλληλοι. 35 γυναίκες ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, 19 γυναίκες ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, 11 γυναίκες ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, τέσσερις γυναίκες ήταν φοιτήτριες, 23 γυναίκες ήταν νοικοκυρές, τρεις γυναίκες ήταν άνεργες και δύο γυναίκες δεν απάντησαν.

Όσον αφορά το επίπεδο μόρφωσης των γυναικών: 41 γυναίκες ήταν απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (20 από ΑΕΙ και 21 από ΤΕΙ), 41γυναίκες ήταν απόφοιτες λυκείου και σχολών μέσης εκπαίδευσης, έξι γυναίκες ήταν απόφοιτες γυμνασίου, οι έξι γυναίκες ήταν απόφοιτες δημοτικού σχολείου και τρεις γυναίκες δεν απάντησαν.

Σε σχέση με το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα οι γυναίκες δήλωσαν: οκτώ γυναίκες δήλωσαν οικογενειακό εισόδημα άνω των 600.000 δραχμών, 16 γυναίκες δήλωσαν οικογενειακό εισόδημα μεταξύ 450.000-600.000, 25 γυναίκες δήλωσαν οικογενειακό εισόδημα μεταξύ 450.000-300.000, 31 γυναίκες δήλωσαν οικογενειακό εισόδημα μεταξύ 300.000-150.000, 5 γυναίκες δήλωσαν οικογενειακό εισόδημα κάτω των 150.000 και 12 γυναίκες δεν απάντησαν.

Οι περισσότερες από τις γυναίκες ήταν εγκατεστημένες στη Θεσσαλονίκη, 17 γυναίκες ήταν εγκατεστημένες σε χωριά και 15 γυναίκες σε άλλες πόλεις της κεντρικής Μακεδονίας.

Ατομικό ιστορικό

Από τις γυναίκες του δείγματος οι 6 δήλωσαν ότι είχαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας (μυωπία, αλλεργικό άσθμα, έλλειψη του ενζύμου G6PD, ετεροζυγώτης της Β Μεσογειακής αναιμίας, αλλεργική ρινίτιδα, δισκοκύλη, ιγμορίτιδα). Καμία γυναίκα δεν παρουσίασε επιπτώσεις ή επιδείνωση από το χρόνιο πρόβλημα της υγείας της. Καμία γυναίκα δεν δήλωσε ότι υπέφερε από κατάθλιψη ή άλλη διαταραχή.

Για τις 56 γυναίκες του δείγματος η παρούσα κύηση ήταν τυχαία και για τις 40 προγραμματισμένη. Κατά τη διάρκεια της κύησης 35 γυναίκες ανέφεραν κάποιο πρόβλημα υγείας που να συνδέεται με την κύηση, όπως εμέτους, ζαλάδες, κόπωση, εκνευρισμό, αναιμία. Οι 16 έγκυες αναφέρουν κάποια ψυχολογική αστάθεια κατά τη διάρκεια της κύησης.

Όλες οι γυναίκες γέννησαν σε Ιδιωτικές και Δημόσιες Μαιεύτηκες Κλινικές. Με καισαρική τομή γέννησαν οι 31 γυναίκες. 61 γυναίκες γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό. Τέσσερις γυναίκες γέννησαν με συκιουλκία και μία γυναίκα γέννησε με εμβρυουλκία. Δύο τοκετοί ήταν δίδυμοι. Σε τέσσερις γυναίκες έγινε πρόκληση τοκετού γιατί είχαν παράταση της κύησης και τέσσερις γυναίκες γέννησαν πρόωρα. Σε τέσσερις γυναίκες παρουσιάστηκε αλλοίωση παλμών του εμβρύου, σε τρεις γυναίκες περιτύλιξη ομφαλίδας σε δύο γυναίκες προβλήματα από τον πλακούντα, μια γυναίκα παρουσίασε πυρετό και άλλη μια γυναίκα παρουσίασε διαπύηση περινεοραφής. Ακόμη, τέσσερις γυναίκες αναφέρουν οτι ένοιωσαν κατάθλιψη, τρεις γυναίκες οτι ένοιωσαν έντονο εκνευρισμό και τρεις γυναίκες οτι ένοιωσαν έντονους φόβους.

Κατά τη διάρκεια της λοχείας 21 γυναίκες αναφέρουν μελαγχολική ή καταθλιπτική διάθεση, από ελαφρά ως και έντονη, 2 λεχωΐδες αναφέρουν άγχος και άλλες 2 κόπωση. Από μια αναφέρουν αϋπνίες, εκνευρισμό, μαστίτιδα, πόνους στην περιοχή της περινεοτομής και νέα διαπύηση της περινεοραφής.

Στατιστική Επεξεργασία

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν από τα τρία ερωτηματολόγια έγινε με την χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 11. Ακολουθεί η ανάλυση των δέκα ερωτημάτων που αναπτύχθηκαν από τα τρία βασικά ερευνητικά ερωτήματα.

Το σύνολο των στατιστικών αναλύσεων περιλαμβάνεται στο Παράρτημα Β7.

Για να απαντηθεί το πρώτο ερώτημα που αφορά το αν οι έγκυες γυναίκες θα δείξουν ένα μεγαλύτερο ενδιαφέρον προς τον εσωτερικό κόσμο των πραγμάτων και των ιδεών αντί του εξωτερικού κόσμου των δράσεων, των αντικειμένων και των ανθρώπων και αν θα συνεχίσουν να παρουσιάζουν την ίδια εσωστρεφή τάση και μετά τη γέννηση, διεξάγαμε δύο αναλύσεις. Η πρώτη παρουσιάζει περιγραφικά τις μεταβολές στον άξονα Εσωστρέφειας και Εσωστρέφειας και η δεύτερη εξετάζει αν οι μεταβολές που εμφανίζονται στους 5 χρόνους είναι στατιστικά σημαντικές.

Σύμφωνα με την περιγραφική ανάλυση η υψηλότερη τιμή της εκατοστιαίας αναλογίας της Εξωστρέφειας (Ε) ήταν 68% και αφορά την μέτρηση που πραγματοποιήθηκε την εβδομάδα μετά τον τοκετό και την δειγματοληψία που πραγματοποιήθηκε τον 6° μήνα μετά τον τοκετό. Η χαμηλότερη τιμή της εκατοστιαίας αναλογίας της Εξωστρέφειας (Ε) ήταν 58,8% και αφορά την μέτρηση που πραγματοποιήθηκε μετά τον 2° μήνα της λοχείας (Βλέπε πίνακα 1).

Σύμφωνα με την περιγραφική ανάλυση η υψηλότερη τιμή της εκατοστιαίας αναλογίας της Εσωστρέφειας (Ι) ήταν 41.2% και αφορά την μέτρηση που πραγματοποιήθηκε τον 2° μήνα μετά τον τοκετό. Η χαμηλότερη τιμή της εκατοστιαίας αναλογίας της Εξωστρέφειας (Ε) ήταν 32% και αφορά την μέτρηση που πραγματοποιήθηκε την εβδομάδα μετά τον τοκετό και την δειγματοληψία που πραγματοποιήθηκε μετά τον 6° μήνα της λοχείας (Βλέπε πίνακα 1).

Πίνακας 1.

Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του χαρακτηριστικού Εσωστρέφειας (I) - Εξωστρέφειας (E) στις πέντε μετρήσεις.

EI1

	Απόλυτη Συχνότητα	%	Αθροιστική Συχνότητα
E	61	62.9	62.9
I	36	37.1	100.0
Σύνολο	97	100.0	

EI2

	Απόλυτη Συχνότητα	%	Αθροιστική Συχνότητα
E	64	66.0	66.0
I	33	34.0	100.0
Σύνολο	97	100.0	

EI3

	Απόλυτη Συχνότητα	%	Αθροιστική Συχνότητα
E	66	68.0	68.0
I	31	32.0	100.0
Σύνολο	97	100.0	

EI4

	Απόλυτη Συχνότητα	%	Αθροιστική Συχνότητα
E	57	58.8	58.8
I	40	41.2	100.0
Σύνολο	97	100.0	

EI5

	Απόλυτη Συχνότητα	%	Αθροιστική Συχνότητα
E	66	68.0	68.0
I	31	32.0	100.0
Σύνολο	97	100.0	

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό Εξωστρέφεια (E) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό Εσωστρέφεια (I)

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ της συχνότητας εμφάνισης των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας στο δείγμα και στον γενικό πληθυσμό. Επειδή τα δεδομένα είναι μη-παραμετρικά έγινε ανάλυση x^2 και για τις πέντε μετρήσεις, με στόχο την διαπίστωση της ύπαρξης σχέσης του γενικού πληθυσμού και του δείγματος ως προς την ταξινόμηση στα χαρακτηριστικά προσωπικότητας Εξωστρέφεια και Εσωστρέφεια. (Βλέπε πίνακες 2,3,4,5,6).

Στατιστικώς σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στα ποσοστά Εξωστρέφειας και Εσωστρέφειας κατά τη μέτρηση που πραγματοποιήθηκε κατά τον 8° μήνα της κύησης και των τιμών τους στο γενικό πληθυσμό (Βλέπε πίνακα 3). Επίσης στατιστικώς σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στα ποσοστά Εξωστρέφειας και Εσωστρέφειας κατά τη μέτρηση που πραγματοποιήθηκε μετά τον 6° μήνα της λοχείας και των τιμών τους στο γενικό πληθυσμό (Βλέπε πίνακα 6). Οι μετρήσεις κατά τον 8°

μήνα της κύησης και μετά τον 6° μήνα της λοχείας έδειξαν στατιστικά σημαντική αύξηση της Εσωστρέφειας και στατιστικά σημαντική μείωση της Εξωστρέφειας

Πίνακας 2.

Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Εξωστρέφειας (Ε)-Εσωστρέφειας (Ι), ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την πρώτη μέτρηση

			EI1		Σύνολο
			1.00	2.00	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1.00	Απόλυτη Συχνότητα	43	30	73
		Θεωρητική Συχνότητα	45.9	27.1	73.0
		% Σύνολο	44.3%	30.9%	75.3%
	2.00	Απόλυτη Συχνότητα	18	6	24
		Θεωρητική Συχνότητα	15.1	8.9	24.0
		% Σύνολο	18.6%	6.2%	24.7%
Σύνολο		Απόλυτη Συχνότητα	61	36	97
		Θεωρητική Συχνότητα	61.0	36.0	97.0
		% Σύνολο	62.9%	37.1%	100.0%

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό Εξωστρέφεια (Ε) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό Εσωστρέφεια (Ι) x^2 (1) = 2.005, p> 0.05.

Πίνακας 3.

Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Εσωστρέφειας (Ι) - Εξωστρέφειας (Ε), ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την δεύτερη μέτρηση

			EI2		Σύνολο
			1.00	2.00	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1.00	Απόλυτη Συχνότητα	43	30	73
		Θεωρητική Συχνότητα	48.2	24.8	73.0
		% Σύνολο	44.3%	30.9%	75.3%
	2.00	Απόλυτη Συχνότητα	21	3	24
		Θεωρητική Συχνότητα	15.8	8.2	24.0
		% Σύνολο	21.6%	3.1%	24.7%
Σύνολο		Απόλυτη Συχνότητα	64	33	97
		Θεωρητική Συχνότητα	64.0	33.0	97.0
		% Σύνολο	66.0%	34.0%	100.0%

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό Εξωστρέφεια (Ε) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό Εσωστρέφεια (Ι). x^2 (1)= 6.589, p<0.01.

Πίνακας 4.

Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Εσωστρέφειας (Ι) - Εξωστρέφειας (Ε), ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την τρίτη μέτρηση

			EI3		Σύνολο
			1.00	2.00	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1.00	Απόλυτη Συχνότητα	46	27	73
		Θεωρητική Συχνότητα	49.7	23.3	73.0
		% Σύνολο	47.4%	27.8%	75.3%
	2.00	Απόλυτη Συχνότητα	20	4	24
		Θεωρητική Συχνότητα	16.3	7.7	24.0
		% Σύνολο	20.6%	4.1%	24.7%
Σύνολο		Απόλυτη Συχνότητα	66	31	97
		Θεωρητική Συχνότητα	66.0	31.0	97.0
		% Σύνολο	68.0%	32.0%	100.0%

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό Εξωστρέφεια (Ε) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό Εσωστρέφεια (Ι) x^2 (1) = 3.430, p> 0.05.

Πίνακας 5.

Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Εσωστρέφειας (Ι) - Εξωστρέφειας (Ε), ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την τέταρτη μέτρηση

			EI4		Σύνολο
			1.00	2.00	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1.00	Απόλυτη Συχνότητα	41	32	73
		Θεωρητική Συχνότητα	42.9	30.1	73.0
		% Σύνολο	42.3%	33.0%	75.3%
	2.00	Απόλυτη Συχνότητα	16	8	24
		Θεωρητική Συχνότητα	14.1	9.9	24.0
		% Σύνολο	16.5%	8.2%	24.7%
Σύνολο		Απόλυτη Συχνότητα	57	40	97
		Θεωρητική Συχνότητα	57.0	40.0	97.0
		% Σύνολο	58.8%	41.2%	100.0%

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό Εξωστρέφεια (Ε) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό Εσωστρέφεια (Ι) x^2 (1) = 0,822, p> 0.05.

Πίνακας 6.

Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Εσωστρέφειας (I) - Εξωστρέφειας (E), ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την πέμπτη μέτρηση

			EI5		Σύνολο
			1.00	2.00	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1.00	Απόλυτη Συχνότητα	45	28	73
		Θεωρητική Συχνότητα	49.7	23.3	73.0
		% Σύνολο	46.4%	28.9%	75.3%
	2.00	Απόλυτη Συχνότητα	21	3	24
		Θεωρητική Συχνότητα	16.3	7.7	24.0
		% Σύνολο	21.6%	3.1%	24.7%
Σύνολο		Απόλυτη Συχνότητα	66	31	97
		Θεωρητική Συχνότητα	66.0	31.0	97.0
		% Σύνολο	68.0%	32.0%	100.0%

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό Εξωστρέφεια (E) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό Εσωστρέφεια (I) x^2 (1) = 5.553, $p<0.05$.

Για να απαντηθεί το δεύτερο ερώτημα που αφορά το αν οι έγκυες γυναίκες θα δείξουν μια προτίμηση στο να παρατηρούν τις πιθανότητες, τις σχέσεις και το νόημα των εμπειριών και αν θα διατηρήσουν αυτή την προοπτική και μετά τον τοκετό διεξάγαμε δύο αναλύσεις. Η πρώτη παρουσιάζει περιγραφικά τις μεταβολές στον άξονα Αίσθησης (S)-Διαίσθησης (N) και η δεύτερη εξετάζει αν οι μεταβολές που εμφανίζονται στους 5 χρόνους είναι στατιστικά σημαντικές.

Σύμφωνα με την περιγραφική ανάλυση η υψηλότερη τιμή της εκατοστιαίας αναλογίας της Αίσθησης (S) ήταν 69.1% και αφορά την μέτρηση που πραγματοποιήθηκε κατά τον 8° μήνα της κύησης και μετά τον 6° μήνα της λοχείας. Η χαμηλότερη τιμή της εκατοστιαίας αναλογίας της Αίσθησης (S) ήταν 63.9% και αφορά την μέτρηση που πραγματοποιήθηκε μετά κατά τον 5° μήνα της κύησης (Βλέπε πίνακα 7).

Επίσης σύμφωνα με την περιγραφική ανάλυση η υψηλότερη τιμή της εκατοστιαίας αναλογίας της Διαίσθησης (N) ήταν 36.1% και αφορά την μέτρηση που πραγματοποιήθηκε κατά κατά τον 5° μήνα της κύησης. Η χαμηλότερη τιμή της εκατοστιαίας αναλογίας της Διαίσθησης (N) ήταν 30.9% και αφορά την μέτρηση που πραγματοποιήθηκε κατά τον 8° μήνα της κύησης και μετά τον 6° μήνα της λοχείας (Βλέπε πίνακα 7).

Πίνακας 7.

Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του χαρακτηριστικού Αίσθησης (S)-Διαίσθησης (N) στις πέντε μετρήσεις.

SN1

	Απόλυτη Συχνότητα	%	Αθροιστική Συχνότητα
s	62	63.9	63.9
n	35	36.1	100.0
Σύνολο	97	100.0	

SN2

	Απόλυτη Συχνότητα	%	Αθροιστική Συχνότητα
s	67	69.1	69.1
n	30	30.9	100.0
Σύνολο	97	100.0	

SN3

	Απόλυτη Συχνότητα	%	Αθροιστική Συχνότητα
s	66	68.0	68.0
n	31	32.0	100.0
Σύνολο	97	100.0	

SN4

	Απόλυτη Συχνότητα	%	Αθροιστική Συχνότητα
s	64	66.0	66.0
n	33	34.0	100.0
Σύνολο	97	100.0	

SN5

	Απόλυτη Συχνότητα	%	Αθροιστική Συχνότητα
s	67	69.1	69.1
n	30	30.9	100.0
Σύνολο	97	100.0	

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό Αίσθησης (S) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό Διαίσθησης (N)

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ της συχνότητας εμφάνισης των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας στο δείγμα και στον γενικό πληθυσμό. Επειδή τα δεδομένα είναι μη-παραμετρικά έγινε ανάλυση x^2 και για τις πέντε μετρήσεις, με στόχο την διαπίστωση της ύπαρξης σχέσης του γενικού πληθυσμού και του δείγματος ως προς την ταξινόμηση στα χαρακτηριστικά προσωπικότητας Αίσθησης (S) και Διαίσθησης (N) (Βλέπε πίνακες 8,9,10,11,12).

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στα ποσοστά Αίσθησης (Sensing) και Διαίσθησης (iNtuition) σε όλες τις μετρήσεις και των τιμών τους στο γενικό πληθυσμό.

Πίνακας 8.

Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Αίσθησης (S)-Διαίσθησης (N), ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την πρώτη μέτρηση

			SN1		Σύνολο
			1.00	2.00	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1.00	Απόλυτη Συχνότητα	12	12	24
		Θεωρητική Συχνότητα	15.3	8.7	24.0
		% Σύνολο	12.4%	12.4%	24.7%
	2.00	Απόλυτη Συχνότητα	50	23	73
		Θεωρητική Συχνότητα	46.7	26.3	73.0
		% Σύνολο	51.5%	23.7%	75.3%
Σύνολο		Απόλυτη Συχνότητα	62	35	97
		Θεωρητική Συχνότητα	62.0	35.0	97.0
		% Σύνολο	63.9%	36.1%	100.0%

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό Αίσθησης (S) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό Διαίσθησης (N) x^2 (1) = 2,678, p> 0.05.

Πίνακας 9.

Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Αίσθησης (S)-Διαίσθησης (N), ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την δεύτερη μέτρηση.

			SN2		Σύνολο
			1.00	2.00	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1.00	Απόλυτη Συχνότητα	14	10	24
		Θεωρητική Συχνότητα	16.6	7.4	24.0
		% Σύνολο	14.4%	10.3%	24.7%
	2.00	Απόλυτη Συχνότητα	53	20	73
		Θεωρητική Συχνότητα	50.4	22.6	73.0
		% Σύνολο	54.6%	20.6%	75.3%
Σύνολο		Απόλυτη Συχνότητα	67	30	97
		Θεωρητική Συχνότητα	67.0	30.0	97.0
		%Σύνολο	69.1%	30.9%	100.0%

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό Αίσθησης (S) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό Διαίσθησης (N) x^2 (1) = 1,722, p> 0.05.

Πίνακας 10.

Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Διαίσθησης (N) - Αίσθησης (S), ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την τρίτη μέτρηση

			SN3		Σύνολο
			1.00	2.00	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1.00	Απόλυτη Συχνότητα	14	10	24
		Θεωρητική Συχνότητα	16.3	7.7	24.0
		% Σύνολο	14.4%	10.3%	24.7%
	2.00	Απόλυτη Συχνότητα	52	21	73
		Θεωρητική Συχνότητα	49.7	23.3	73.0
		% Σύνολο	53.6%	21.6%	75.3%
Σύνολο		Απόλυτη Συχνότητα	66	31	97
		Θεωρητική Συχνότητα	66.0	31.0	97.0
		% Σύνολο	68.0%	32.0%	100.0%

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό Αίσθησης (S) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό Διαίσθησης (N) x^2 (1) = 1,382, p> 0.05.

Πίνακας 11.

Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Αίσθησης (S)-Διαίσθησης (N), ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την τέταρτη μέτρηση

			SN4		Σύνολο
			1.00	2.00	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1.00	Απόλυτη Συχνότητα	13	11	24
		Θεωρητική Συχνότητα	15.8	8.2	24.0
		% Σύνολο	13.4%	11.3%	24.7%
	2.00	Απόλυτη Συχνότητα	51	22	73
		Θεωρητική Συχνότητα	48.2	24.8	73.0
		% Σύνολο	52.6%	22.7%	75.3%
Σύνολο		Απόλυτη Συχνότητα	64	33	97
		Θεωρητική Συχνότητα	64.0	33.0	97.0
		% Σύνολο	66.0%	34.0%	100.0%

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό Αίσθησης (S) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό Διαίσθησης (N) x^2 (1) = 1,982, p> 0.05.

Πίνακας 12.

Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Αίσθησης (S)-Διαίσθησης (N), ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την πέμπτη μέτρηση

			SN5		Σύνολο
			1.00	2.00	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1.00	Απόλυτη Συχνότητα	16	8	24
		Θεωρητική Συχνότητα	16.6	7.4	24.0
		% Σύνολο	16.5%	8.2%	24.7%
	2.00	Απόλυτη Συχνότητα	51	22	73
		Θεωρητική Συχνότητα	50.4	22.6	73.0
		% Σύνολο	52.6%	22.7%	75.3%
Σύνολο		Απόλυτη Συχνότητα	67	30	97
		Θεωρητική Συχνότητα	67.0	30.0	97.0
		% Σύνολο	69.1%	30.9%	100.0%

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό Αίσθησης (S) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό Διαίσθησης (N) x^2 (1) = 0,086, p> 0.05.

Για να απαντηθεί το τρίτο ερώτημα που αφορά το αν οι έγκυες γυναίκες θα δείξουν μια προτίμηση στο να παίρνουν τις αποφάσεις τους πιο προσωπικά και υποκειμενικά, παρά αντικειμενικά και πιο γενικά και αν θα συνεχίσουν να παίρνουν με τον ίδιο τρόπο τις αποφάσεις τους και μετά τον τοκετό διεξάγαμε δύο αναλύσεις. Η πρώτη παρουσιάζει περιγραφικά τις μεταβολές στον άξονα Νόησης (T) - Συναισθήματος (F) και η δεύτερη εξετάζει αν οι μεταβολές που εμφανίζονται στους 5 χρόνους είναι στατιστικά σημαντικές.

Σύμφωνα με την περιγραφική ανάλυση η υψηλότερη τιμή της εκατοστιαίας αναλογίας της Νόησης (T) ήταν 55.7% και αφορά την μέτρηση που πραγματοποιήθηκε μετά τον 6° μήνα της λοχείας. Η χαμηλότερη τιμή της εκατοστιαίας αναλογίας της Νόησης (T) ήταν 39.2% και αφορά την μέτρηση που πραγματοποιήθηκε την εβδομάδα μετά τον τοκετό (Βλέπε πίνακα 13).

Επίσης σύμφωνα με την περιγραφική ανάλυση η υψηλότερη τιμή της εκατοστιαίας αναλογίας του Συναισθήματος (F) ήταν 60.8% και αφορά την μέτρηση που πραγματοποιήθηκε την εβδομάδα μετά τον τοκετό. Η χαμηλότερη τιμή της εκατοστιαίας αναλογίας του Συναισθήματος (F) ήταν 44.3% και αφορά την μέτρηση που πραγματοποιήθηκε μετά τον 6° μήνα της λοχείας (Βλέπε πίνακα 13).

Πίνακας 13.

Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του χαρακτηριστικού Νόησης (T) - Συναισθήματος (F) στις πέντε μετρήσεις.

TF1

	Απόλυτη Συχνότητα	%	Αθροιστική Συχνότητα
T	51	52.6	52.6
F	46	47.4	100.0
Σύνολο	97	100.0	

TF2

	Απόλυτη Συχνότητα	%	Αθροιστική Συχνότητα
T	46	47.4	52.6
F	46	47.4	100.0
Σύνολο	97	100.0	

TF3

	Απόλυτη Συχνότητα	%	Αθροιστική Συχνότητα
T	38	39.2	39.2
F	59	60.8	100.0
Σύνολο	97	100.0	

TF4

	Απόλυτη Συχνότητα	%	Αθροιστική Συχνότητα
T	42	43.3	53.6
F	45	46.4	100.0
Σύνολο	97	100.0	

TF5

	Απόλυτη Συχνότητα	%	Αθροιστική Συχνότητα
T	54	55.7	55.7
F	43	44.3	100.0
Σύνολο	97	100.0	

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό της Νόησης (T) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό του Συναισθήματος (F)

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ της συχνότητας εμφάνισης των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας στο δείγμα μας και στον γενικό πληθυσμό. Επειδή τα δεδομένα είναι μη-παραμετρικά έγινε ανάλυση x^2 και για τις πέντε μετρήσεις, με στόχο την διαπίστωση της ύπαρξης σχέσης του γενικού πληθυσμού και του δείγματος ως προς την ταξινόμηση στα χαρακτηριστικά προσωπικότητας Νόησης (T) και Συναισθήματος (F) (Βλέπε πίνακες 14,15,16,17,18).

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στα ποσοστά Νόησης (T) και Συναισθήματος (F) σε όλες τις μετρήσεις και των τιμών τους στο γενικό πληθυσμό.

Πίνακας 14.

Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Νόησης (T) - Συναισθήματος (F), ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την πρώτη μέτρηση.

			TF1		Σύνολο
			1.00	2.00	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1.00	Απόλυτη Συχνότητα	22	16	38
		Θεωρητική Συχνότητα	20.0	18.0	38.0
		% Σύνολο	22.7%	16.5%	39.2%
	2.00	Απόλυτη Συχνότητα	29	30	59
		Θεωρητική Συχνότητα	31.0	28.0	59.0
		% Σύνολο	29.9%	30.9%	60.8%
Σύνολο		Απόλυτη Συχνότητα	51	46	97
		Θεωρητική Συχνότητα	51.0	46.0	97.0
		% Σύνολο	52.6%	47.4%	100.0%

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό της Νόησης (T) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό του Συναισθήματος (F) x^2 (1) = 0,708, p> 0.05.

Πίνακας 15.

Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Νόησης (T) - Συναισθήματος (F), ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την δεύτερη μέτρηση.

			TF2		Σύνολο
			1.00	2.00	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1.00	Απόλυτη Συχνότητα	18	17	38
		Θεωρητική Συχνότητα	18.0	18.0	38.0
		Σύνολο	18.6%	17.5%	39.2%
	2.00	Απόλυτη Συχνότητα	28	29	59
		Θεωρητική Συχνότητα	28.0	28.0	59.0
		Σύνολο	28.9%	29.9%	60.8%
Σύνολο		Απόλυτη Συχνότητα	46	46	97
		Θεωρητική Συχνότητα	46.0	46.0	97.0
		Σύνολο	47.4%	47.4%	100.0%

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό της Νόησης (T) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό του Συναισθήματος (F) x^2 (1) = 0,164, p> 0.05.

Πίνακας 16.

Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Νόησης (T) - Συναισθήματος (F), ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την τρίτη μέτρηση.

			TF3		Σύνολο
			1.00	2.00	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1.00	Απόλυτη Συχνότητα	17	21	38
		Θεωρητική Συχνότητα	14.9	23.1	38.0
		Σύνολο	17.5%	21.6%	39.2%
	2.00	Απόλυτη Συχνότητα	21	38	59
		Θεωρητική Συχνότητα	23.1	35.9	59.0
		Σύνολο	21.6%	39.2%	60.8%
Σύνολο		Απόλυτη Συχνότητα	38	59	97
		Θεωρητική Συχνότητα	38.0	59.0	97.0
		Σύνολο	39.2%	60.8%	100.0%

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό της Νόησης (T) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό του Συναισθήματος (F) x^2 (1) = 0,811, p> 0.05.

Πίνακας 17.

Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Νόησης (T) - Συναισθήματος (F), ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την τέταρτη μέτρηση.

			TF4		Σύνολο
			1.00	2.00	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1.00	Απόλυτη Συχνότητα	20	13	38
		Θεωρητική Συχνότητα	16.5	17.6	38.0
		% Σύνολο	20.6%	13.4%	39.2%
	2.00	Απόλυτη Συχνότητα	22	32	59
		Θεωρητική Συχνότητα	25.5	27.4	59.0
		% Σύνολο	22.7%	33.0%	60.8%
Σύνολο		Απόλυτη Συχνότητα	42	45	97
		Θεωρητική Συχνότητα	42.0	45.0	97.0
		% Σύνολο	43.3%	46.4%	100.0%

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό της Νόησης (T) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό του Συναισθήματος (F) x^2 (1) = 3,237, p> 0.05.

Πίνακας 18.

Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Νόησης (T) - Συναισθήματος (F), ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την πέμπτη μέτρηση.

			TF5 1.00	TF5 2.00	Σύνολο
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1.00	Απόλυτη Συχνότητα	23	15	38
		Θεωρητική Συχνότητα	21.2	16.8	38.0
		% Σύνολο	23.7%	15.5%	39.2%
	2.00	Απόλυτη Συχνότητα	31	28	59
		Θεωρητική Συχνότητα	32.8	26.2	59.0
		% Σύνολο	32.0%	28.9%	60.8%
Σύνολο		Απόλυτη Συχνότητα	54	43	97
		Θεωρητική Συχνότητα	54.0	43.0	97.0
		% Σύνολο	55.7%	44.3%	100.0%

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό της Νόησης (T) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό του Συναισθήματος (F) x^2 (1) = 0,597, p> 0.05.

Για να απαντηθεί το τέταρτο ερώτημα που αφορά το αν οι έγκυες γυναίκες θα δείξουν μια τάση στο να έχουν μια παρόρμηση προς το απρόβλεπτο και της «στιγμής» όταν δρουν, αντί να στοχεύουν στο να ρυθμίζουν και να ελέγχουν κατά την δράση τους και αν θα συνεχίσουν να επιλέγουν να δράσουν με τον ίδιο τρόπο και μετά τον τοκετό διεξάγαμε δύο αναλύσεις. Η πρώτη παρουσιάζει περιγραφικά τις μεταβολές στον άξονα Κριτικής Θεώρησης (J)- Ευρύτερης Κατανόησης (P) και η δεύτερη εξετάζει αν οι μεταβολές που εμφανίζονται στους 5 χρόνους είναι στατιστικά σημαντικές.

Σύμφωνα με την περιγραφική ανάλυση η υψηλότερη τιμή της εκατοστιαίας αναλογίας της Κριτικής Θεώρησης (J) ήταν 67% και αφορά την μέτρηση που πραγματοποιήθηκε μετά τον 2° μήνα της λοχείας. Η χαμηλότερη τιμή της εκατοστιαίας αναλογίας της Κριτικής Θεώρησης (J) ήταν 54.6% και αφορά την μέτρηση που πραγματοποιήθηκε κατά τον 5° μήνα της κύησης (Βλέπε πίνακα 19).

Επίσης σύμφωνα με την περιγραφική ανάλυση η υψηλότερη τιμή της εκατοστιαίας αναλογίας της Ευρύτερης Κατανόησης (P) ήταν 45.5% και αφορά την μέτρηση που πραγματοποιήθηκε κατά τον 5° μήνα της κύησης. Η χαμηλότερη τιμή της εκατοστιαίας αναλογίας της Ευρύτερης Κατανόησης (P) ήταν 33% και αφορά την μέτρηση που πραγματοποιήθηκε μετά τον 2° μήνα της λοχείας (Βλέπε πίνακα 19).

Πίνακας 19.

Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του χαρακτηριστικού Κριτικής Θεώρησης (J)- Ευρύτερης Κατανόησης (P) στις πέντε μετρήσεις.

JP1

	Απόλυτη Συχνότητα	%	Αθροιστική Συχνότητα
J	53	54.6	54.6
P	44	45.4	100.0
Σύνολο	97	100.0	

JP2

	Απόλυτη Συχνότητα	%	Αθροιστική Συχνότητα
J	61	62.9	62.9
P	36	37.1	100.0
Σύνολο	97	100.0	

JP3

	Απόλυτη Συχνότητα	%	Αθροιστική Συχνότητα
J	63	64.9	64.9
P	34	35.1	100.0
Σύνολο	97	100.0	

JP4

	Απόλυτη Συχνότητα	%	Αθροιστική Συχνότητα
J	65	67.0	67.0
P	32	33.0	100.0
Σύνολο	97	100.0	

JP5

	Απόλυτη Συχνότητα	%	Αθροιστική Συχνότητα
J	62	63.9	63.9
P	35	36.1	100.0
Σύνολο	97	100.0	

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό της Κριτικής Θεώρησης (J) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό της Ευρύτερης Κατανόησης (P)

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ της συχνότητας εμφάνισης των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας στο δείγμα μας και στον γενικό πληθυσμό. Επειδή τα δεδομένα είναι μη-παραμετρικά έγινε ανάλυση x^2 και για τις πέντε μετρήσεις, με στόχο την διαπίστωση της ύπαρξης σχέσης του γενικού πληθυσμού και του δείγματος ως προς την ταξινόμηση στα χαρακτηριστικά προσωπικότητας Κριτικής Θεώρησης (J) και Ευρύτερης Κατανόησης (P) (Βλέπε πίνακες 20,21,22,23,24).

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στα ποσοστά Κριτικής Θεώρησης (J) και Ευρύτερης Κατανόησης (P) σε όλες τις μετρήσεις και των τιμών τους στο γενικό πληθυσμό.

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ * JP1

Πίνακας 20.

Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Κριτικής Θεώρησης (J)- Ευρύτερης Κατανόησης (P), ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την πρώτη μέτρηση.

			JP1		Σύνολο
			1.00	2.00	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1.00	Απόλυτη Συχνότητα	27	17	44
		Θεωρητική Συχνότητα	24.0	20.0	44.0
		% Σύνολο	27.8%	17.5%	45.4%
	2.00	Απόλυτη Συχνότητα	26	27	53
		Θεωρητική Συχνότητα	29.0	24.0	53.0
		% Σύνολο	26.8%	27.8%	54.6%
Σύνολο		Απόλυτη Συχνότητα	53	44	97
		Θεωρητική Συχνότητα	53.0	44.0	97.0
		% Σύνολο	54.6%	45.4%	100.0%

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό της Κριτικής Θεώρησης (J) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό της Ευρύτερης Κατανόησης (P) x^2 (1) = 1.469, p> 0.05.

Πίνακας 21.

Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Κριτικής Θεώρησης (J)- Ευρύτερης Κατανόησης (P), ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την δεύτερη μέτρηση.

			JP2		Σύνολο
			1.00	2.00	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1.00	Απόλυτη Συχνότητα	28	16	44
		Θεωρητική Συχνότητα	27.7	16.3	44.0
		% Σύνολο	28.9%	16.5%	45.4%
	2.00	Απόλυτη Συχνότητα	33	20	53
		Θεωρητική Συχνότητα	33.3	19.7	53.0
		% Σύνολο	34.0%	20.6%	54.6%
Σύνολο		Απόλυτη Συχνότητα	61	36	97
		Θεωρητική Συχνότητα	61.0	36.0	97.0
		% Σύνολο	62.9%	37.1%	100.0%

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό της Κριτικής Θεώρησης (J) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό της Ευρύτερης Κατανόησης (P) x^2 (1) = 0,019, p> 0.05.

Πίνακας 22.

Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Κριτικής Θεώρησης (J)- Ευρύτερης Κατανόησης (P), ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την τρίτη μέτρηση.

			JP3		Σύνολο
			1.00	2.00	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1.00	Απόλυτη Συχνότητα	30	14	44
		Θεωρητική Συχνότητα	28.6	15.4	44.0
		% Σύνολο	30.9%	14.4%	45.4%
	2.00	Απόλυτη Συχνότητα	33	20	53
		Θεωρητική Συχνότητα	34.4	18.6	53.0
		% Σύνολο	34.0%	20.6%	54.6%
Σύνολο		Απόλυτη Συχνότητα	63	34	97
		Θεωρητική Συχνότητα	63.0	34.0	97.0
		% Σύνολο	64.9%	35.1%	100.0%

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό της Κριτικής Θεώρησης (J) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό της Ευρύτερης Κατανόησης (P) x^2 (1) = 0,370, p> 0.05.

Πίνακας 23.

Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Κριτικής Θεώρησης (J)- Ευρύτερης Κατανόησης (P), ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την τέταρτη μέτρηση.

			JP4		Σύνολο
			1.00	2.00	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1.00	Απόλυτη Συχνότητα	30	14	44
		Θεωρητική Συχνότητα	29.5	14.5	44.0
		% Σύνολο	30.9%	14.4%	45.4%
	2.00	Απόλυτη Συχνότητα	35	18	53
		Θεωρητική Συχνότητα	35.5	17.5	53.0
		% Σύνολο	36.1%	18.6%	54.6%
Σύνολο		Απόλυτη Συχνότητα	65	32	97
		Θεωρητική Συχνότητα	65.0	32.0	97.0
		% Σύνολο	67.0%	33.0%	100.0%

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό της Κριτικής Θεώρησης (J) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό της Ευρύτερης Κατανόησης (P) x^2 (1) = 0,050, p> 0.05.

Πίνακας 24.

Απόλυτες πραγματικές και θεωρητικές συχνότητες του χαρακτηριστικού Κριτικής Θεώρησης (J)- Ευρύτερης Κατανόησης (P), ως προς το δείγμα και τον γενικό πληθυσμό κατά την πέμπτη μέτρηση.

			JP5		Σύνολο
			1.00	2.00	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	1.00	Απόλυτη Συχνότητα	28	16	44
		Θεωρητική Συχνότητα	28.1	15.9	44.0
		% Σύνολο	28.9%	16.5%	45.4%
	2.00	Απόλυτη Συχνότητα	34	19	53
		Θεωρητική Συχνότητα	33.9	19.1	53.0
		% Σύνολο	35.1%	19.6%	54.6%
Σύνολο		Απόλυτη Συχνότητα	62	35	97
		Θεωρητική Συχνότητα	62.0	35.0	97.0
		% Σύνολο	63.9%	36.1%	100.0%

Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στα άτομα που σύμφωνα με το MBTI έχουν το χαρακτηριστικό της Κριτικής Θεώρησης (J) και ο αριθμός 2 στα άτομα που διαθέτουν το χαρακτηριστικό της Ευρύτερης Κατανόησης (P) x^2 (1) = 0,003, p> 0.05.

Για να απαντηθεί το πέμπτο ερώτημα που αφορά το αν είναι στατιστικώς σημαντικές οι πιθανές μεταβολές που μπορεί να εκδηλωθούν στις παραπάνω διαδικασίες της ζωής των γυναικών κατά την διάρκεια της κύησης και της λοχείας έγιναν δύο αναλύσεις διακύμανσης για επαναληπτικές μετρήσεις. Χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο Wilks' Lambda, που χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις διερεύνησης πολυμεταβλητών και το κριτήριο Greenhouse-Geisser, που χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις διερεύνησης μονομεταβλητών.

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις 5 επαναληπτικές μετρήσεις των διαστάσεων της προσωπικότητας. (βλέπε πίνακα 25).

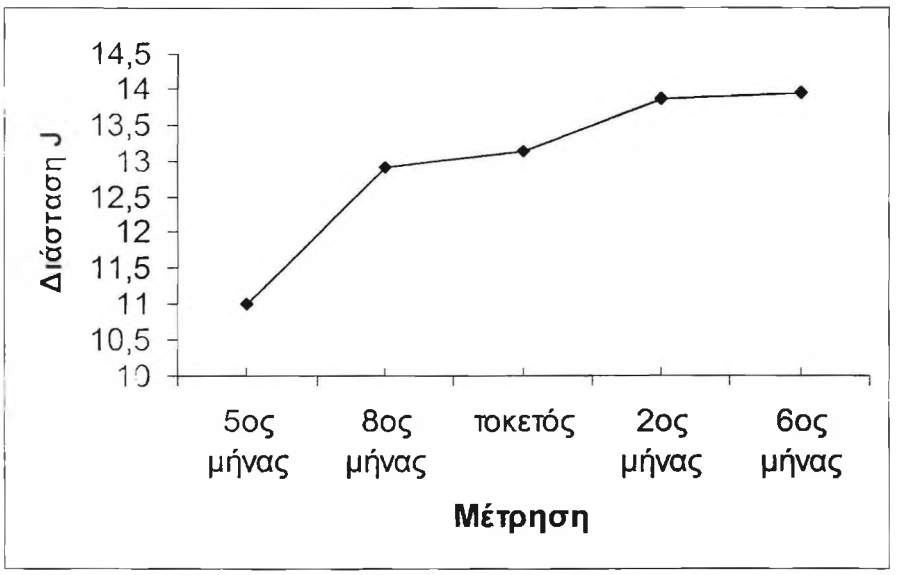
Πίνακας 25.

Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks' Λ.

	F	Βαθμοί Ελευθέριας df	Error df	p	η^2
Wilks' Lambda .910	1.121	32.000	1391.902	.295	.023

Από όλες τις διαστάσεις της προσωπικότητας που μετρήθηκαν μόνο η διάσταση προσωπικότητας Κριτική θεώρηση J βρέθηκε οτι παρουσιάζει οριακά στατιστικώς σημαντική διαφορά στις μετρήσεις 1 και 5 (βλέπε πίνακα 26 και σχήμα

1). Βρέθηκε ότι η τιμή της διάσταση προσωπικότητας Κριτική θεώρηση J αυξάνει από τον 5° μήνα της κύησης μέχρι τον 6° μήνα της λοχείας.



Σχήμα 1. Πολύγωνο των μέσων όρων του χαρακτηριστικού Κριτική Θεώρηση J κατά τις 5 μετρήσεις.

Πίνακας 26.

Ανάλυση διακύμανσης του χαρακτηριστικού Κριτική Θεώρηση J για τις 5 μετρήσεις.

MBTI	Άθροισμα Τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερίας df	Μέσα Τετράγωνα	F	p	H2
J	110.390	3.689	29.922	2.399	.055	.024

Για να απαντηθεί το έκτο ερώτημα που αφορά τον επηρεασμό στις πιθανές μεταβολές που μπορεί να εκδηλωθούν στις παραπάνω διαδικασίες της ζωής των γυναικών από την ηλικία των γυναικών, το οικογενειακό τους εισόδημα, το είδος του τοκετού τους, το αν η κύησή τους ήταν προγραμματισμένη και από το φύλο του νεογνού τους έγιναν δύο αναλύσεις διακύμανσης για επαναληπτικές μετρήσεις. Χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο Wilks' Lambda, που χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις διερεύνησης πολυμεταβλητών και το κριτήριο Greenhouse-Geisser, που χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις διερεύνησης μονομεταβλητών.

Για να γίνουν οι αναλύσεις διακυμάνσεις οι γυναίκες χωρίστηκαν σε δύο **ηλικια**κές ομάδες, η μία περιελάμβανε τις γυναίκες κάτω των 30 ετών και η άλλη τις γυναίκες άνω των 30 ετών, οι ηλικιακές ομάδες ήταν ισάριθμες. Δεν παρατηρήθηκε αλληλεπίδραση μεταξύ των δυο ηλικιακών ομάδων (άνω και κάτω των 30 ετών) και των επαναληπτικών μετρήσεων των διαστάσεων προσωπικότητας (βλέπε πίνακα 27).

Πίνακας 27.

Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks' Λ.

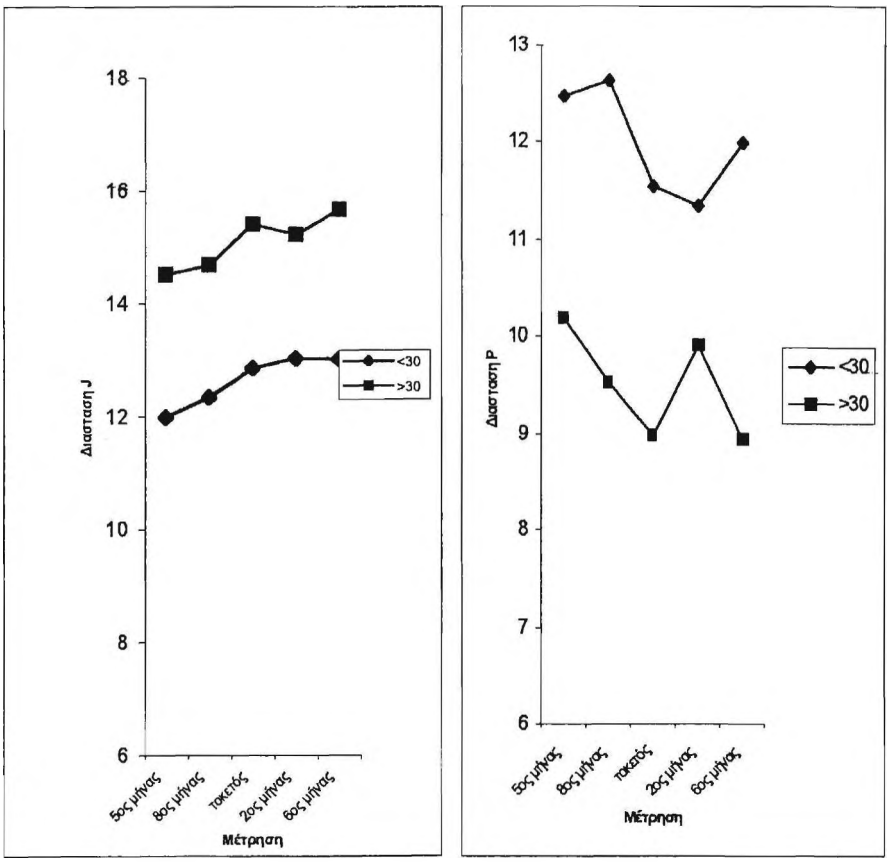
		F	Βαθμοί Ελευθερίας df	Error df	p	η^2
Ηλικία Wilks' Lambda	.858	1.734	8.000	84.000	.102	.142
MBTI Wilks' Lambda	.634	1.084	32.000	60.000	.386	.366
MBTI Wilks' Lambda Ηλικία	.619	1.154	32.000	60.000	.310	.381

Αντίθετα παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά και στις πέντε μετρήσεις στις διαστάσεις προσωπικότητας J Κριτική Θεώρηση (judgment) και P Ευρύτερη Κατανόηση (perception) (βλέπε πίνακα 28). Οι γυναίκες που εκφράζουν το χαρακτηριστικό Κριτική Θεώρηση J και είναι μεγαλύτερες των 30 ετών παρουσιάζουν σε υψηλότερες τιμές το χαρακτηριστικό από τις γυναίκες που εκφράζουν το χαρακτηριστικό Κριτική Θεώρηση J και είναι μικρότερες των 30 ετών. Ενώ οι γυναίκες που εκφράζουν το χαρακτηριστικό Ευρύτερη Κατανόηση P και είναι μικρότερες των 30 ετών παρουσιάζουν σε υψηλότερες τιμές το χαρακτηριστικό από τις γυναίκες που εκφράζουν το χαρακτηριστικό Ευρύτερη Κατανόηση P και είναι μεγαλύτερες των 30 ετών (βλέπε σχήμα 2)

Πίνακας 28.

Ανάλυση διακύμανσης μεταξύ των χαρακτηριστικών Κριτική Θεώρηση J και Ευρύτερη Κατανόηση P κατά τις πέντε μετρήσεις

	Άθροισμα Τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερίας df	Μέσα Τετράγωνα	F	p	η^2
J	687.698	1	687.698	5.023	.027	.052
P	714.877	1	714.877	4.838	.030	.050



Σχήμα 2. Πολύγωνα των μέσων όρων των χαρακτηριστικών προσωπικότητας Κριτική Θεώρηση J και Ευρύτερη Κατανόηση P κατά τις 5 μετρήσεις σε σχέση με την ηλικία.

Για να γίνουν οι αναλύσεις διακυμάνσεις σε σχέση με το **εισόδημα**, οι γυναίκες χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες, την πρώτη αποτελούσαν οι γυναίκες με εισόδημα μέχρι 300.000 δραχμές, την δεύτερη αποτελούσαν οι γυναίκες με εισόδημα από 300.000- 450.000 δραχμές και την τρίτη αποτελούσαν οι γυναίκες με εισόδημα άνω των 600.000 δραχμών. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των επαναληπτικών μετρήσεων προσωπικότητας και επιπέδου εισοδήματος (βλέπε πίνακα 29).

Πίνακας 29.

Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks' Λ.

Wilks' Lambda	F	Βαθμοί Ελευθερίας df	Error df	p	η^2
.860	.769	64.000	1857.977	.911	.019

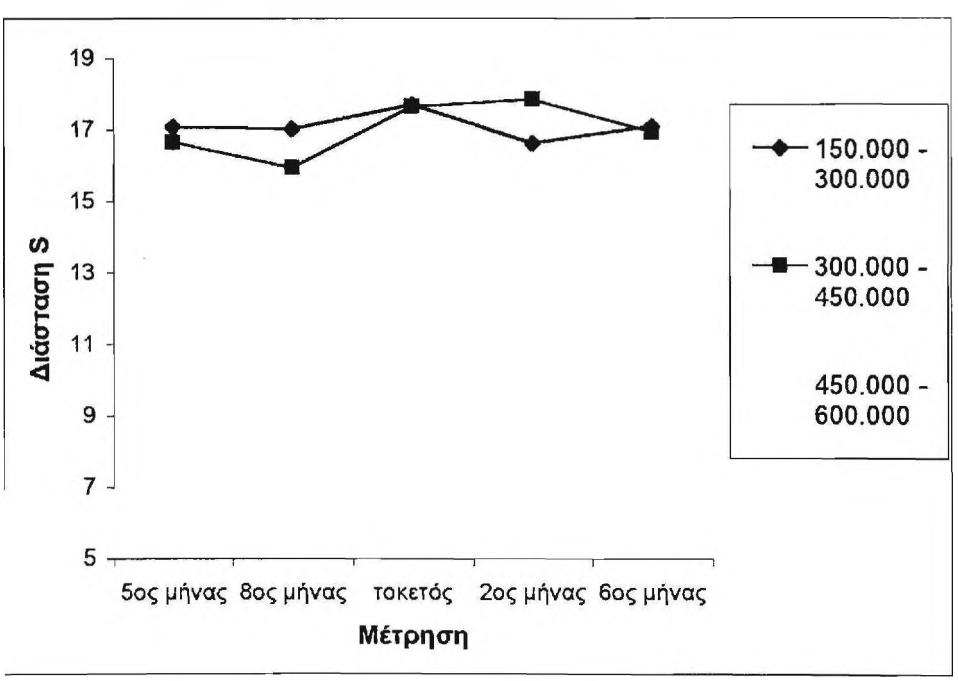
Αντίθετα παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά και στις πέντε μετρήσεις στις διαστάσεις προσωπικότητας S Αίσθηση (sensing) και N Διαίσθηση (intuition) (βλέπε πίνακα 30).

Πίνακας 30.

Ανάλυση διακύμανσης μεταξύ των χαρακτηριστικών S Αίσθηση και N Διαίσθηση κατά τις πέντε μετρήσεις

	Άθροισμα Τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερίας df	Μέσα Τετράγωνα	F	p	η^2
S	1811.357	2	905.679	7.961	.001	.163
N	668.538	2	334.269	5.698	.005	.122

Οι πολλαπλές συγκρίσεις έδειξαν οτι οι μητέρες που δήλωσαν οτι το εισόδημά τους κυμαίνεται μεταξύ 300.000 και 450.000 δραχμών το μήνα και των μητέρων με το υψηλότερο και το χαμηλότερο εισόδημα διαφέρουν ως προς στις διαστάσεις (S) και (N). Οι γυναίκες με το υψηλότερο εισόδημα που εκφράζουν το χαρακτηριστικό Αίσθηση S παρουσιάζουν χαμηλότερες τιμές από τις γυναίκες που εκφράζουν το ίδιο χαρακτηριστικό αλλά ανήκουν σε χαμηλότερα εισοδήματα. Ενώ οι γυναίκες που εκφράζουν το χαρακτηριστικό Διαίσθηση N παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές από τις γυναίκες που εκφράζουν το ίδιο χαρακτηριστικό αλλά ανήκουν σε χαμηλότερα εισοδήματα. (βλέπε σχήμα 3)



Σχήμα 3. Πολύγωνο των μέσων όρων του χαρακτηριστικού προσωπικότητας Αίσθηση S κατά τις 5 μετρήσεις σε σχέση με το εισόδημα.

Οι αναλύσεις διακυμάνσεις σε σχέση τον **προγραμματισμό της εγκυμοσύνης** έδειξαν ότι καμία στατιστικώς σημαντική αλληλεπίδραση δεν παρατηρήθηκε στις επαναληπτικές μετρήσεις των διαστάσεων προσωπικότητας και στις ομάδες από μητέρες που είχαν προγραμματίσει την εγκυμοσύνη και σε αυτές που δεν την είχαν προγραμματίσει (βλέπε πίνακα 31).

Πίνακας 31.

Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks'Λ.

Wilks' Lambda	F	Βαθμοί Ελευθερίας df	Error df	p	η^2
.694	.866	32.000	63.000	.666	.306

Οι αναλύσεις διακυμάνσεις σε σχέση το **είδος του τοκετού** έδειξαν ότι καμία στατιστικώς σημαντική αλληλεπίδραση δεν παρατηρήθηκε στις επαναληπτικές μετρήσεις των διαστάσεων προσωπικότητας και του είδους τοκετού (βλέπε πίνακα 32).

Πίνακας 32.

Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks'Λ.

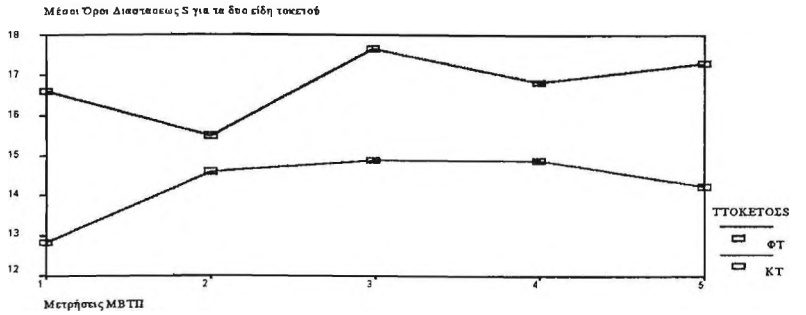
Wilks' Lambda	F	Βαθμοί Ελευθερίας df	Error df	p	η^2
.556	1.422	32.000	57.000	.122	.444

Αντιθέτως παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των μητέρων που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και των μητέρων που γέννησαν με καισαρική τομή στις Διαστάσεις προσωπικότητας S αίσθηση (sensing), N διαίσθηση (intuition), J κριτική θεώρηση (judgment) και P ευρύτερη κατανόηση (perception) (βλέπε πίνακα 33).

Πίνακας 33.

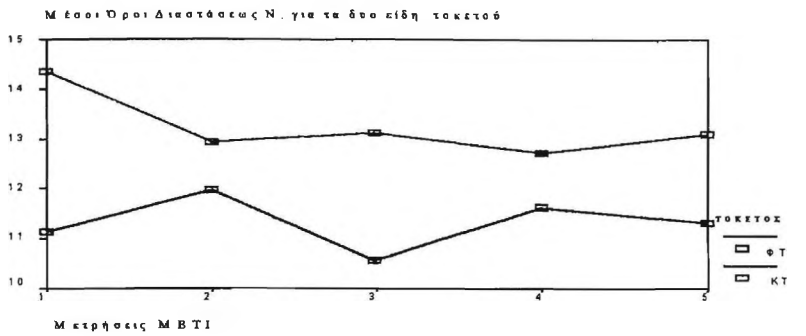
Ανάλυση διακύμανσης μεταξύ των όλων των χαρακτηριστικών κατά τις πέντε μετρήσεις

	Άθροισμα Τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερίας df	Μέσα Τετράγωνα	F	p	η^2
E	11.557	1	11.557	.183	.670	.002
I	27.063	1	27.063	.666	.417	.008
S	**634.787**	**1**	**634.787**	**5.336**	**.023**	**.057**
N	**382.819**	**1**	**382.819**	**6.860**	**.010**	**.072**
T	144.829	1	144.829	1.468	.229	.016
F	104.115	1	104.115	1.878	.174	.021
J	**539.930**	**1**	**539.930**	**3.908**	**.051**	**.043**
P	**972.393**	**1**	**972.393**	**6.694**	**.011**	**.071**



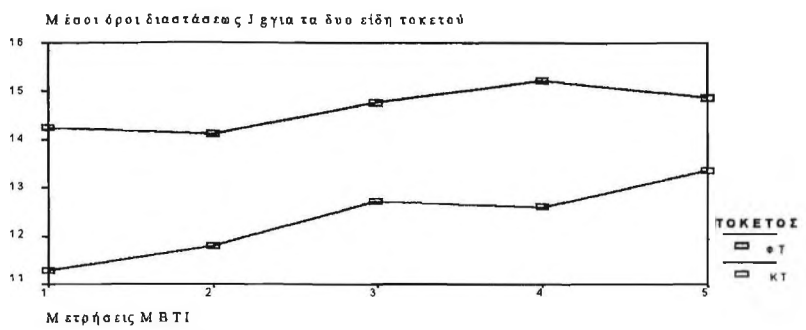
1 --- 5ος μήνας
2 --- 8ος μήνας
3 --- τοκετός
4 --- 2ος μήνας
5 --- 6ος μήνας

Σχήμα 4. Πολύγωνο των μέσων όρων της διάστασης Αίσθηση S για τα δύο είδη τοκετού



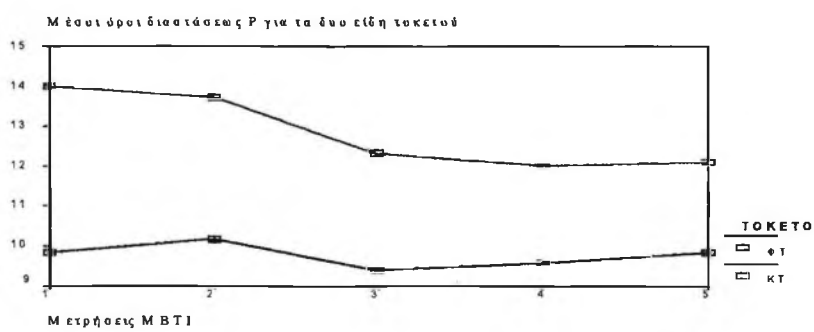
1 --- 5ος μήνας
2 --- 8ος μήνας
3 --- τοκετός
4 --- 2ος μήνας
5 --- 6ος μήνας

Σχήμα 5 Πολύγωνο των μέσων όρων της διάστασης Διαίσθηση N για τα δύο είδη τοκετού



1 --- 5ος μήνας
2 --- 8ος μήνας
3 --- τοκετός
4 --- 2ος μήνας
5 --- 6ος μήνας

Σχήμα 6 Πολύγωνο των μέσων όρων της διάστασης Κριτική Θεώρηση J για τα δύο είδη τοκετού



1 --- 5ος μήνας
2 --- 8ος μήνας
3 --- τοκετός
4 --- 2ος μήνας
5 --- 6ος μήνας

Σχήμα 7. Πολύγωνο των μέσων όρων της διάστασης ευρύτερη κατανόηση P για τα δύο είδη τοκετού

Οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό παρουσίασαν υψηλότερες τιμές στα χαρακτηριστικά της Αίσθησης S και Κριτικής Θεώρησης J. Ενώ οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή παρουσίασαν υψηλότερες τιμές στα χαρακτηριστικά της Διαίσθησης N και Ευρύτερης Κατανόησης P (Βλέπε σχήματα 4,5,6,7).

Οι αναλύσεις διακυμάνσεις σε σχέση το **φύλο του παιδιού** έδειξαν ότι καμία στατιστικώς σημαντική αλληλεπίδραση δεν παρατηρήθηκε στις επαναληπτικές μετρήσεις των διαστάσεων προσωπικότητας και του φύλου του παιδιού (βλέπε πίνακα 34).

Πίνακας 34.

Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks'Λ.

Wilks' Lambda	F	Βαθμοί Ελευθερίας df	Error df	p	η^2
.556	1.197	32.000	48.000	.282	.444

Παρομοίως δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς τις Διαστάσεις προσωπικότητας και το φύλο του νεογνού (βλέπε πίνακα 35).

Πίνακας 35.

Ανάλυση διακύμανσης μεταξύ των όλων των χαρακτηριστικών κατά τις πέντε μετρήσεις

	Άθροισμα Τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερίας df	Μέσα Τετράγωνα	F	P.	η^2
E	69.832	1	69.832	1.123	.293	.014
I	4.938	1	4.938	.121	.729	.002
S	154.805	1	154.805	1.196	.277	.015
N	98.237	1	98.237	1.654	.202	.021
T	41.563	1	41.563	.399	.529	.005
F	2.851	1	2.851	.048	.827	.001
J	184.833	1	184.833	1.323	.254	.016
P	153.658	1	153.658	1.082	.301	.014

Για να απαντηθεί το έβδομο ερώτημα που αφορά το αν οι έγκυες γυναίκες εκδηλώνουν **κατάθλιψη** ή η κατάθλιψη εκδηλώνεται μόνο με την μορφή της επιλόχειας κατάθλιψης μετά τον τοκετό τους έγινε ανάλυση διακύμανσης για επαναληπτικές μετρήσεις. Χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο Greenhouse-Geisser, που χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις διερεύνησης μονομεταβλητών.

Από την επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχθηκαν από το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης BDI προέκυψε ότι: η υψηλότερη τιμή της εκατοστιαίας αναλογίας της κατάθλιψης καταγράφηκε κατά τον 8° μήνα της κύησης και η χαμηλότερη μετά τον 6° μήνα της λοχείας, και η υψηλότερη μέση τιμή κατάθλιψης καταγράφηκε την εβδομάδα του τοκετού και η χαμηλότερη μετά τον 2° μήνα της λοχείας (βλέπε πίνακα 36)

Πίνακας 36.

Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, μέγιστη και ελάχιστη τιμή του ερωτηματολογίου κατάθλιψης BDI κατά τις τέσσερις μετρήσεις.

	N	%	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Κατάθλιψη 8°	49	47%	2	23	10.49	5.339
Κατάθλιψη 0	64	44%	1	46	12.31	8.427
Κατάθλιψη 2°	70	36%	1	29	9.53	5.860
Κατάθλιψη 6ο	77	29.9%	1	45	10.00	7.936

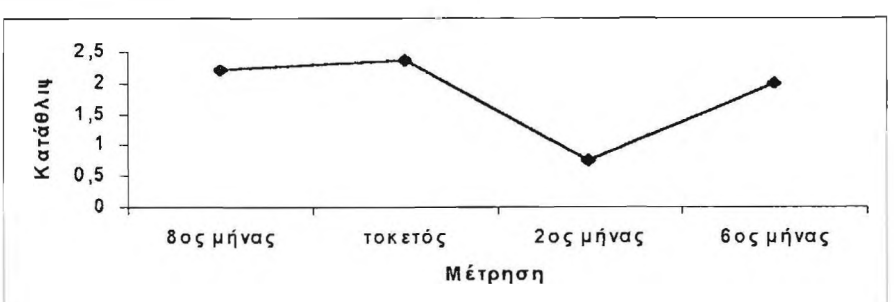
Στην συνέχεια από την επεξεργασία των δεδομένων του ερωτηματολογίου κατάθλιψης BDI παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις τέσσερις επαναληπτικές μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν (βλέπε πίνακα 37). Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε αφού οι αρχικές μετρήσεις μετατράπηκαν λογαριθμικά με τη χρήση του φυσικού νεπέριου λογάριθμου, με σκοπό την τήρηση των προϋποθέσεων της ανάλυσης διακύμανσης για επαναληπτικές μετρήσεις.

Πινακας 37.

Κριτήριο Greenhouse-Geisser.

	Άθροισμα τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερίας df	Μέσα Τετράγωνα	F	p	η^2
Κατάθλιψη	334.919	2.504	133.770	3.517	.024	.083

Η ανάλυση των πολλαπλών συγκρίσεων έδειξε οτι στατιστικώς σημαντική διαφορά παρουσιάζει η μέτρηση κατά τον 2° μήνα της λοχείας με όλες τις άλλες μετρήσεις (βλέπε σχήμα 7).



Σχήμα 8. Πολύγωνο των μέσων όρων Κατάθλιψης μετά την λογαρίθμηση

Για να απαντηθεί το όγδοο ερώτημα που αφορά το αν η εκδήλωση της προγεννητικής κατάθλιψης μπορεί να προβλέψει την εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης, η κατάθλιψη κατά την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό μπορεί να προβλέψει την κατάθλιψη κατά τον 2° και κατά τον 6° μήνα της λοχείας και κατά πόσο η επιλόχεια κατάθλιψη κατά τον 2° μήνα της λοχείας μπορεί να προβλέψει την κατάθλιψη κατά τον 6° μήνα της λοχείας έγινε ανάλυση συσχέτισης (βλέπε πίνακα 38). Η ανάλυση έδειξε:

Μεταξύ της μέτρησης κατά τον 8° μήνα της κύησης και της μέτρησης την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό παρατηρείται συνάφεια r=.686, p >.001. Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο δείκτη η μέτρηση κατά τον 8° μήνα της κύησης προβλέπει το 47,05% της διακύμανσης της κατάθλιψης της μέτρησης την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό.

Μεταξύ της μέτρησης κατά τον 8° μήνα της κύησης και της μέτρησης τον 2° μήνα μετά τον τοκετό παρατηρείται συνάφεια r=.980, p >.001. Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο δείκτη η μέτρηση κατά τον 8° μήνα της κύησης προβλέπει το 96,04% της διακύμανσης της κατάθλιψης της μέτρησης τον 2° μήνα μετά τον τοκετό.

Μεταξύ της μέτρησης κατά τον 8° μήνα της κύησης και της μέτρησης τον 6° μήνα μετά τον τοκετό παρατηρείται συνάφεια r=.474, p >.001. Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο δείκτη η μέτρηση κατά τον 8° μήνα της κύησης προβλέπει το 22,46% της διακύμανσης της κατάθλιψης της μέτρησης τον 6° μήνα μετά τον τοκετό.

Μεταξύ της μέτρησης την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό και της μέτρησης τον 2° μήνα μετά τον τοκετό παρατηρείται συνάφεια r=.650, p >.001. Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο δείκτη η μέτρηση κατά την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό προβλέπει το 42,25% της διακύμανσης της κατάθλιψης της μέτρησης τον 2° μήνα μετά τον τοκετό.

Μεταξύ της μέτρησης την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό και της μέτρησης τον 6° μήνα μετά τον τοκετό παρατηρείται συνάφεια r=.352, p >.001. Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο δείκτη η μέτρηση κατά την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό προβλέπει το 12,39% της διακύμανσης της κατάθλιψης της μέτρησης τον 6° μήνα μετά τον τοκετό.

Μεταξύ της μέτρησης τον 2° μήνα μετά τον τοκετό και της μέτρησης τον 6° μήνα μετά τον τοκετό παρατηρείται συνάφεια r=.454, p <.001. Σύμφωνα με τον

συγκεκριμένο δείκτη η μέτρηση κατά τον 2° μήνα μετά τον τοκετό προβλέπει το 20,61% της διακύμανσης της κατάθλιψης της μέτρησης τον 6° μήνα μετά τον τοκετό.

Πίνακας 38.

Δείκτες Συνάφειας Pearson r, μεταξύ των μετρήσεων κατάθλιψης.

	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ 8°	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ 0	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ 2°	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ 6°
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ 8°	1			
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ 0	.686	1		
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ 2°	.980	.650	1	
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ 6°	.474	.352	.454	1

Όλες οι συνάφειες είναι στατιστικώς σημαντικές σε επίπεδο 1%.

Για να απαντηθεί το ένατο ερώτημα που αφορά τη σχέση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των γυναικών με την εκδήλωση προγεννητική ή/και επιλόχειας κατάθλιψης έγινε κατά βήματα στατιστική ανάλυση παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή την τιμή της κατάθλιψης κάθε μέτρησης και ανεξάρτητες μεταβλητές τις διαστάσεις προσωπικότητας, όπως μετρήθηκαν από το MBTI.

Τα αποτελέσματα κατά τον 8° μήνα της κύησης έδειξαν ότι δεν υπήρξε καμία διάσταση της προσωπικότητας να αξιολογεί στατιστικώς σημαντικά την κατάθλιψη. Ενώ στην εβδομάδα του τοκετού η διάσταση της προσωπικότητας P Ευρύτερη Κατανόηση (perception) αξιολογεί στατιστικώς σημαντικά $F(1, 61) = 5.120$, $p < .05$, την κατάθλιψη σε ποσοστό 7.7%. Η σχέση των δυο μεταβλητών βρέθηκε να είναι αντιστρόφως ανάλογη, όταν αυξάνει η μία μειώνεται η άλλη (βλέπε πίνακα 39).

Πίνακας 39.

Συντελεστές παλινδρόμησης.

B	Τυπικό Σφάλμα	Beta	t	p.
-2.803E-02	.012	-.278	-2.263	.027

Κατά την μέτρηση δύο μήνες μετά τον τοκετό βρέθηκε οτι αξιολογεί η διάσταση της προσωπικότητας I Εσωστρέφεια (introversion) στατιστικώς σημαντικά $F(1, 43) = 4.979$, $p < .05$ την κατάθλιψη, ερμηνεύοντας 8.3% της διακύμανσης της κατάθλιψης. Η σχέση μεταξύ των δυο μεταβλητών βρέθηκε να είναι θετική ευθύγραμμη. Όσο αυξάνει η τιμή της Εσωστρέφειας τόσο αυξάνει και η τιμή της κατάθλιψης (βλέπε πίνακα 40).

Πίνακας 40.

Συντελεστές παλινδρόμησης.

	B	Τυπικό Σφάλμα	Beta	t	p.
E4	2.242E-02	.010	.322	2.231	.031

Κατά την μέτρηση τον 6° μήνα μετά τον τοκετό δεν βρέθηκε διάσταση της προσωπικότητας που να αξιολογεί στατιστικώς σημαντικά την κατάθλιψη.

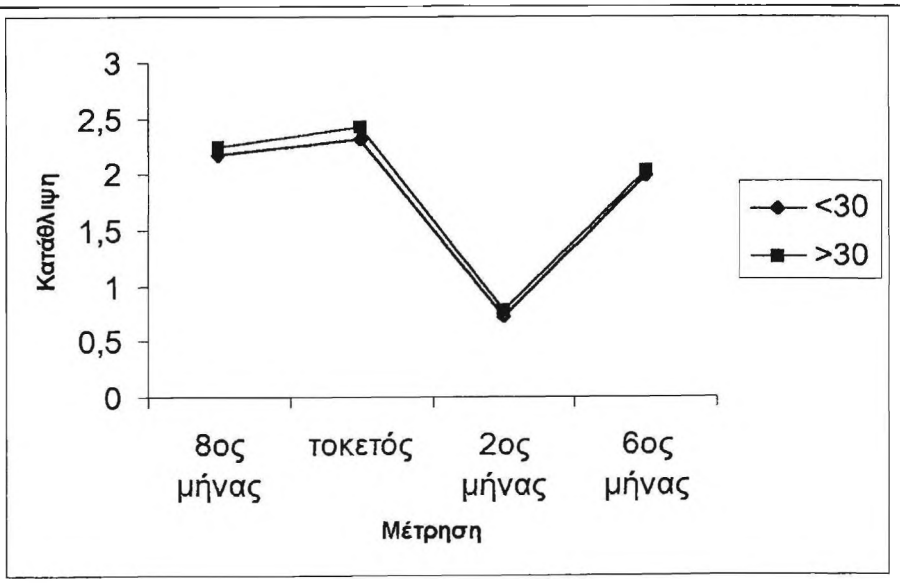
Για να απαντηθεί το δέκατο ερώτημα που αφορά τη σχέση της προγεννητικής και της επιλόχειας κατάθλιψης με την ηλικία των γυναικών, το οικογενειακό τους εισόδημα, το είδος του τοκετού τους, το αν η κύησή τους ήταν προγραμματισμένη, το και φύλο του νεογνού έγινε ανάλυση διακύμανσης για επαναληπτικές μετρήσεις. Χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο Wilks' Lambda, που χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις διερεύνησης πολυμεταβλητών.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικώς σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των επαναληπτικών μετρήσεων κατάθλιψης και των δυο ηλικιακών ομάδων (βλέπε πίνακα 41 και σχήμα 8), του οικονομικού επιπέδου των οικογενειών των γυναικών (βλέπε πίνακα 42 και σχήμα 9), του είδους τοκετού (βλέπε πίνακα 43 και σχήμα 10), του φύλου του παιδιού (βλέπε πίνακα 44 και σχήμα 11) και του προγραμματισμένου η όχι της κύησης (βλέπε πίνακα 45 και σχήμα 12).

Πίνακας 41.

Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks'Λ.

Wilk's Lamda	Βαθμοί Ελευθερίας df	Error df	Μέσα Τετράγωνα	F	p	η^2
.997	3	35	1.956E-02	.038	.990	.003

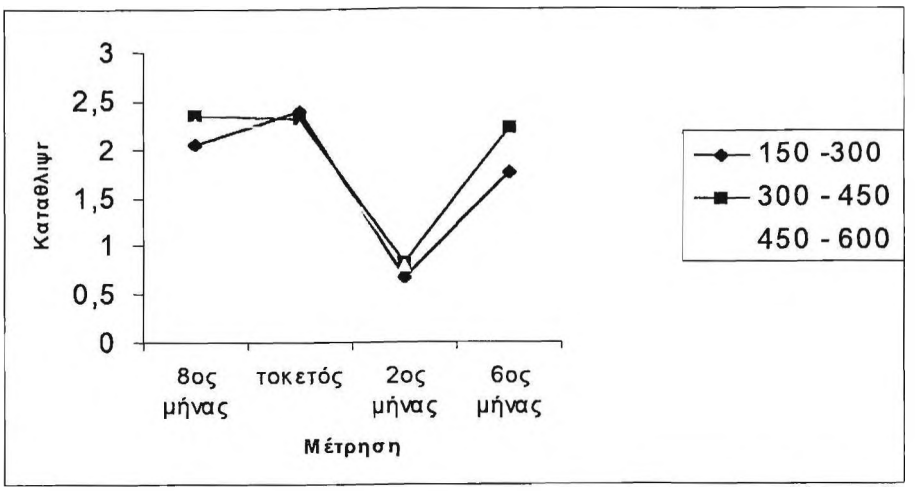


Σχήμα 9. Πολύγωνο των μέσων όρων Κατάθλιψης και ηλικίας

Πίνακας 42.

Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks'Λ.

Wilk's Lamda	Βαθμοί Ελευθερίας df	Error df	Μέσα Τετράγωνα	F	p	η^2
.900	6	58	.374	.941	.787	.052

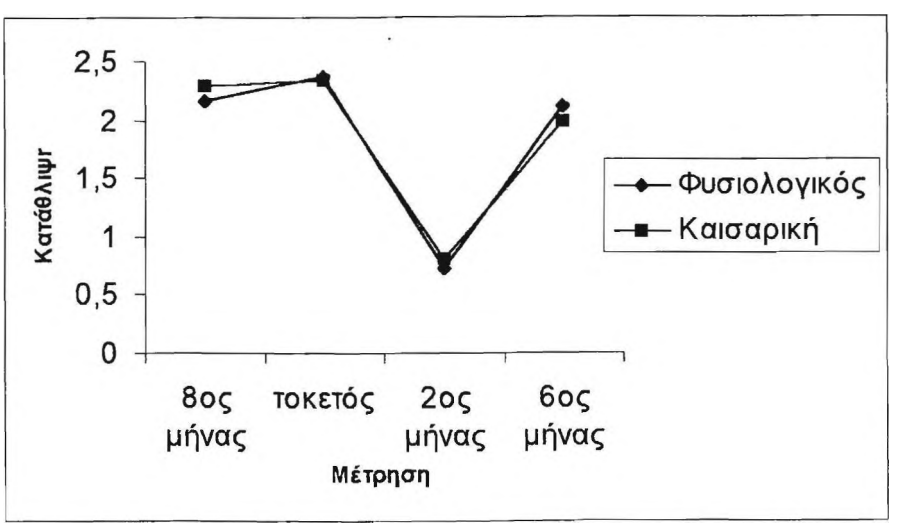


Σχήμα 10. Πολύγωνο των μέσων όρων Κατάθλιψης και εισοδήματος

Πίνακας 43.

Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks'Λ.

Wilk's Lamda	Βαθμοί Ελευθερίας df	Error df	F	p	η^2
.956	3	36	.551	.652	.044

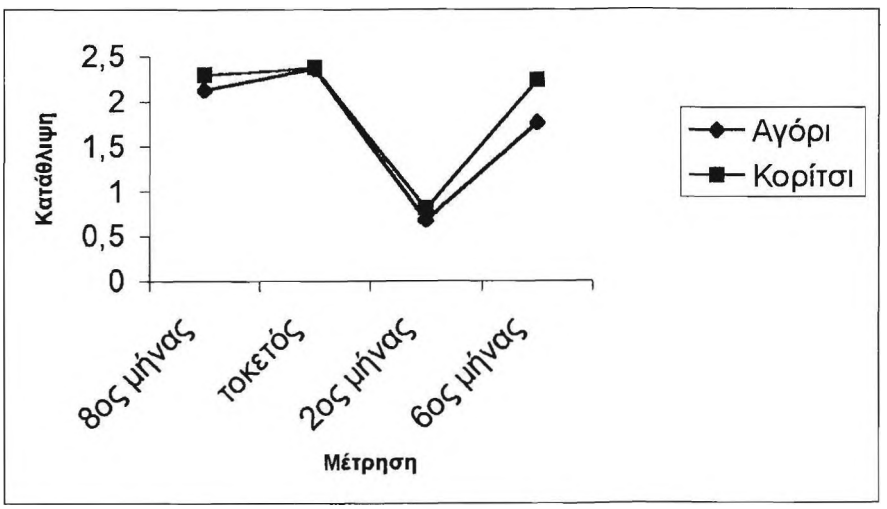


Σχήμα 11. Πολύγωνο των μέσων όρων Κατάθλιψης και είδους τοκετού

Πίνακας 44.

Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks'Λ.

Wilk's Lamda	Βαθμοί Ελευθερίας df	Error df	F	p	η^2
.902	3	36	1.117	.357	.098

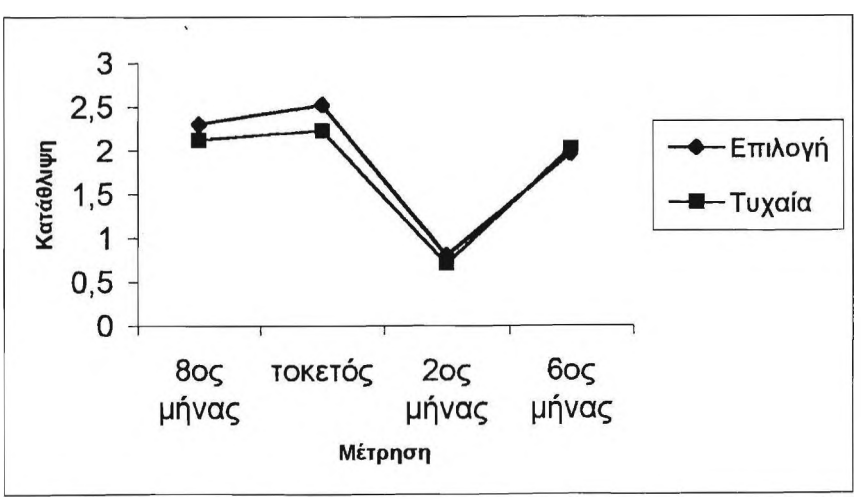


Σχήμα 12. Πολύγωνο των μέσων όρων Κατάθλιψης και φύλου νεογνού

Πίνακας 45.

Πολυμεταβλητό κριτήριο Wilks'Λ.

Wilk's Lamda	Βαθμοί Ελευθερίας df	Error df	F	p	η^2
.938	3	36	.800	.502	.062



Σχήμα 13. Πολύγωνο των μέσων όρων Κατάθλιψης και επιλογής κύησης

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προσφέρουν χρήσιμα δεδομένα σε σχέση με την επίδραση της εγκυμοσύνης και της λοχείας σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των γυναικών που βιώνουν την μετάβασή τους στην μητρότητα. Επίσης, χρήσιμα είναι τα αποτελέσματα που απορρέουν από την μελέτη της κατάθλιψης προγεννητικά και μεταγεννητικά στο ίδιο δείγμα πρωτοτόκων γυναικών.

Σε προηγούμενο κεφάλαιο αναφέρθηκε οτι η προσωπικότητα παρουσιάζει **σταθερότητα** (Ποταμιάνος, 1999). Η σταθερότητα της προσωπικότητας οφείλεται στα χαρακτηριστικά που την απαρτίζουν, τα οποία συνδέονται μεταξύ τους και οργανώνουν ένα ενιαίο σύνολο. Τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας δείχνουν οτι δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις πέντε επαναληπτικές μετρήσεις των διαστάσεων της προσωπικότητας. Η προσωπικότητα της εγκύου – λεχωΐδας παρουσιάζει σταθερότητα στις διαστάσεις κατά τη μετάβαση στη μητρότητα. Η μετάβαση στη μητρότητα δεν αποτελεί ένα τόσο κρίσιμο γεγονός στην ζωή της γυναίκας ώστε να μεταβάλλει τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας της. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι: ίσως η προσωπικότητα παρουσιάζει τέτοια σταθερότητα η οποία δεν μπορεί να μεταβληθεί ούτε από τα σημαντικά, αλλά φυσικά γεγονότα της ζωής, όπως είναι η γέννηση ενός παιδιού. Επίσης ίσως το γεγονός ζωής που λέγεται μητρότητα να μην προκαλεί δομικές αλλαγές στη γυναίκα, οι πιθανές αλλαγές που μπορεί να προκαλεί, όπως κοινωνικές αλλαγές, ίσως να μην είναι τόσο σημαντικές για να διαταράξουν την σταθερότητα της προσωπικότητας της.

Η πρώτη ερώτηση ήταν αν οι έγκυες γυναίκες δείχνουν ένα μεγαλύτερο ενδιαφέρον προς τον εσωτερικό κόσμο των πραγμάτων και των ιδεών αντί του εξωτερικού κόσμου των δράσεων, των αντικειμένων και των ανθρώπων, όπως έχουν δείξει οι υψηλότεροι βαθμοί εσωστρέφειας και αν θα συνεχίσουν να παρουσιάζουν αυτή την εσωστρεφή τάση και μετά τη γέννηση ή η πρόκληση της μητρότητας θα τους καλέσει σε μεγαλύτερη εκδήλωση εξωστρέφειας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν οτι οι γυναίκες, κατά την διάρκεια της κύησης και της λοχείας, δείχνουν ενδιαφέρον προς τον εσωτερικό κόσμο των πραγμάτων και των ιδεών αντί του εξωτερικού κόσμου των δράσεων, των αντικειμένων και των

ανθρώπων, παρουσιάζουν υψηλότερους βαθμούς εσωστρέφειας και συνεχίζουν να παρουσιάζουν αυτή την εσωστρεφή τάση και μετά τη γέννηση. Το ενδιαφέρον αυτό εκφράζεται από τις έγκυες κατά το 3° τρίμηνο της κύησης και τις λεχωΐδες 6 μήνες μετά τον τοκετό, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν εγκυμονούν και δεν βρίσκονται στη λοχεία. Πιο αναλυτικά:

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι συμβατά με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνητών, όπως με τα συμπεράσματα της έρευνας των Bailey και Hailey (1987). Η μελέτη αυτή έγινε επίσης με την χρήση του MBTI και προσφέρει αποδείξεις οτι υπάρχουν διαφορές προσωπικότητας μεταξύ των εγκύων, στο 3° τρίμηνο της κύησης και μη εγκύων γυναικών. Στην έρευνα των Bailey και Hailey, στατιστική ανάλυση της εσωστρέφειας έδειξε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, οι έγκυες γυναίκες παρουσίασαν μεγαλύτερα ποσοστά εσωστρέφειας. Οι έγκυες γυναίκες ήταν πιο απορροφημένες στους δικούς τους εσωτερικούς κόσμους παρά τον έξω κόσμο. Επίσης αυξημένη βρέθηκε η εσωστρέφεια και στη μελέτη των Passino, et al., (1993), στα πλαίσια αυτής της έρευνας βρέθηκε οτι οι έγκυες ενήλικες παρουσίασαν μεγαλύτερη τάση προς την εσωστρέφεια από την εξωστρέφεια. Η μελέτη των Passino, et al., αναφέρει εσωστρέφεια (internalizing) 14,76% και εξωστρέφεια (externalizing) 7,97%. Αντίθετα στη μελέτη του Sreedhar και Lata (1989) στο θέμα της εξωστρέφειας οι έγκυες γυναίκες δε διαφέρουν σημαντικά απ' τις μη έγκυες γυναίκες.

Ίσως κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τα γεγονότα που συμβαίνουν στο σώμα της γυναίκας, όπως η ανάπτυξη του εμβρύου, τα σκιρτήματα του, αλλά και η συμπτωματολογία της ίδιας της κύησης, όπως η πρωινή ναυτία, η αύξηση του βάρους του σώματος, οδηγούν της έγκυο να εστιάσει την προσοχή και το ενδιαφέρον της στα όσα συμβαίνουν μέσα της. Η αύξηση της προσοχής και του ενδιαφέροντος στα εσωτερικά γεγονότα, ίσως δίνουν την ευκαιρία στη γυναίκα αφ ενός να προσέχει περισσότερο τον εαυτό της και να τον διαφυλάσσει από αρνητικές για την ίδια και το έμβρυο καταστάσεις, όπως δουλείες που καταπονούν το σώμα ή επιβλαβείς συνήθειες όπως το κάπνισμα. Αφετέρου ίσως δίνουν την δυνατότητα ανάπτυξης της σχέσης μεταξύ εγκύου-εμβρύου, η ανάπτυξη της «επικοινωνίας» με το έμβρυο ίσως δίνει την δυνατότητα στην έγκυο να προετοιμαστεί για το μητρικό της ρόλο και να προετοιμάσει και το περιβάλλον της για τον ερχομό του παιδιού. Οι γυναίκες παρά την τάση τους για εσωστρέφεια θέλουν να ανακοινώνουν στον σύντροφο ή τους οικείους τους τα μηνύματα που λαμβάνουν από το έμβρυο, όπως τα σκιρτήματα του

εμβρύου καθιστώντας τους κοινωνούς της εσωτερικής τους κατάστασης και έτσι τους ενημερώνουν και τους προετοιμάζουν για την επικείμενη άφιξη του νεογνού.

Η παρούσα μελέτη δείχνει οτι μεγαλύτερη τάση να στρέψουν την ενέργεια τους προς τον εσωτερικό τους κόσμο παρουσιάζουν οι λεχωΐδες στους έξι μήνες μετά τον τοκετό, όταν πια βιώνουν το μητρικό τους ρόλο και οι έγκυες όταν βρίσκονται προς το τέλος της κύησης, ο τοκετός πλησιάζει και η μητρότητα αναμένεται.

Ανάλογα είναι και τα συμπεράσματα στη μελέτη των Kumar και Robson (1984) όπου παρατηρήθηκε οτι οι πρωτοτόκες έγκυες που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο προσωπικότητας (Eysenck Personality Inventory) στο 1° τρίμηνο της κύησης και απάντησαν ξανά ένα χρόνο μετά την πρώτη φορά, παρουσίασαν αύξηση της εξωστρέφειας τους.

Η έρευνα δείχνει οτι οι γυναίκες στο τέλος της εγκυμοσύνης τους και αρκετά μεγάλο διάστημα μετά τον τοκετό τους στρέφονται περισσότερο στον εσωτερικό τους κόσμο, αντλούν ενέργεια από αυτό, παρακολουθούν τα συναισθήματα και τις εντυπώσεις τους και οργανώνουν τον εσωτερικό τους κόσμο στην νέα κατάσταση που βιώνουν. Ίσως η νέα μητρότητα όταν γίνει γεγονός στη ζωή της γυναίκας απαιτεί ανάλογη εσωτερική δουλεία με αυτή της εγκυμοσύνης. Ίσως δύνεται με τον τρόπο αυτό η δυνατότητα στη γυναίκα να αναγνωρίσει νέα συναισθήματα και εμπειρίες που θα την βοηθήσουν να είναι πιο συγκεντρωμένη στο νέο της ρόλο, της μητέρας. Η αναγνώριση του μητρικού ρόλου ίσως προέρχεται αφενός από τις χαρές που προσφέρει η μητρότητα αφετέρου από τις δυσκολίες προσαρμογής, αλλά και της φροντίδας του νεογνού. Ίσως τελικά η τάση για εσωστρέφεια στη μητρότητα κάνει την γυναίκα να είναι πιο προσηλωμένη στη φροντίδα του βρέφους της αναλαμβάνοντας έτσι την επιβίωση ενός όντος, του παιδιού της, που δεν μπορεί να επιβιώσει μόνο του.

Η ανάγκη αυτή της γυναίκας για μια μεγαλύτερη ενασχόληση με τον εσωτερικό της κόσμο πρέπει να είναι γνωστή στους λειτουργούς που ασχολούνται με την περίοδο αυτή (όπως γυναικολόγους, ψυχολόγους, μαίες) για να μπορούν να καθησυχάζουν την γυναίκα ή/και τα άτομα του περιβάλλοντός της εξηγώντας οτι μια τάση για απομόνωση και εξωτερική συγκέντρωση κατά την κύηση και την λοχεία είναι απόλυτα φυσιολογική και απαραίτητη για αναγνώριση νέων συναισθηματικών βιωμάτων.

Η δεύτερη ερώτηση ήταν αν οι έγκυες γυναίκες δείχνουν μια προτίμηση στο να παρατηρούν τις πιθανότητες, τις σχέσεις και το νόημα των εμπειριών, από το να δεχθούν άμεσα τα πραγματικά γεγονότα των εμπειριών και της ζωής. Αν θα διατηρήσουν αυτή την προοπτική και μετά τον τοκετό ή οι ανάγκες της μητρότητας θα τις κατευθύνουν στην εστίαση στα αντικειμενικά γεγονότα της ζωής.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν οτι οι έγκυες γυναίκες δεν εκφράζουν ιδιαίτερη προτίμηση στο να παρατηρούν τις πιθανότητες, τις σχέσεις και το νόημα των εμπειριών, από το να δεχθούν άμεσα τα πραγματικά γεγονότα των εμπειριών και της ζωής και ανάλογη είναι η προοπτική των γυναικών και μετά τον τοκετό, οι ανάγκες της μητρότητας δεν τις κατευθύνουν στην εστίαση στα αντικειμενικά γεγονότα της ζωής.

Παρ' οτι παρατηρείται μια μικρή αύξηση των ποσοστών της Διαίσθησης (N) σε όλες τις δειγματοληψίες η αύξηση αυτή δεν χαρακτηρίζεται στατιστικά σημαντική. Τα αποτελέσματα μας δείχνουν οτι οι γυναίκες κατά την μετάβασή τους στην μητρότητα δεν μεταβάλουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους, στο δίπολο της Διαίσθησης (N) και της Αίσθησης (S).

Αν και η εγκυμοσύνη περίπου μέχρι τον πέμπτο μήνα είναι «σιωπηλή» (Καλογερόπουλος, 1992). Διότι τα ορατά σημεία της εγκυμοσύνης αργούν να εμφανιστούν και οι γυναίκες στην αρχή της εγκυμοσύνης τους πολλές φορές ξεχνούν οτι εγκυμονούν, ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχουν συμπτώματα από το νευροφυτικό σύστημα (π.χ. εμετοί, ζαλάδες) τα σκιρτήματα του εμβρύου είναι τα πρώτα σημάδια της παρουσίας της εγκυμοσύνης που γίνονται αντιληπτά στην έγκυο με τις αισθήσεις της. Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μπορεί να ειπωθεί οτι: για να πάρει τα «μηνύματα» της εγκυμοσύνης της η γυναίκα δεν χρειάζεται να επιστρατέψει τις αντιληπτικές ικανότητες που διαθέτει πέρα από τις ικανότητες των αισθήσεων της, δεν αναπτύσσει την διαίσθηση και τη φαντασία της. Μολονότι τα μηνύματα και τα ερεθίσματα που δέχεται την περίοδο αυτή προέρχονται από έναν άλλο κόσμο που εμφανίζεται στη ζωή της, πέρα από αυτόν που γνώριζε μέχρι τώρα, η γυναίκα δεν στρέφεται σ' αυτό τον «άλλο» κόσμο αναπτύσσοντας τις πέρα από τις αισθήσεις της ικανότητες για να τον αντιληφθεί, να πάρει τα μηνύματα και τα ερέθισμα που της στέλνει και να τον κατανοήσει. Δεν αναπτύσσει την παρορμητική λειτουργία που σχετίζεται με την κατανόηση λανθανόντων ερεθισμάτων, εικόνων της φαντασίας, αφηρημένων εννοιών και θεωρητικών σχημάτων (Noring, 1993).

Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα της έρευνας των Bailey και Hailey (1987). Η μελέτη αυτή έγινε όπως αναφέρθηκε μεταξύ των εγκύων, στο 3° τρίμηνο της κύησης και μη εγκύων γυναικών. Στην έρευνα των Bailey και Hailey, η στατιστική ανάλυση της Διαίσθησης (N) και της Αίσθησης (S) δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των αποτελεσμάτων των δύο ομάδων των γυναικών.

Ίσως οι ανάγκες του τρόπου ζωής και οι απαιτήσεις της καθημερινότητας δεν επιτρέπουν στις γυναίκες να εμπιστευτούν σε κόσμους πέρα από αυτούς των αισθήσεων τους. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι γυναίκες των υψηλών εισοδημάτων αναπτύσσουν περισσότερο της Διαίσθηση σε σχέση με τις γυναίκες των μεσαίων και χαμηλών εισοδημάτων. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι ίσως μόνο οι γυναίκες των υψηλών εισοδημάτων αισθάνονται ασφαλείς και μπορούν να εμπιστευτούν τον πέρα των αισθήσεων τους κόσμο. Ίσως οι γυναίκες των μεσαίων και χαμηλών εισοδημάτων να αισθάνονται ανασφαλείς στις οικονομικές απαιτήσεις που μπορεί να σημαίνει η άφιξη ενός νέου μέλους στην οικογένεια και η οικονομική ανασφάλεια να τους αναγκάζει να είναι σε άμεση επαφή με τις αισθήσεις τους και τα ερεθίσματα που παίρνουν από αυτές.

Η τρίτη ερώτηση ήταν αν οι έγκυες γυναίκες δείχνουν μια προτίμηση να παίρνουν τις αποφάσεις τους πιο προσωπικά και υποκειμενικά, παρά αντικειμενικά και πιο γενικά. Αν συνεχίζουν να παίρνουν με τον ίδιο τρόπο τις αποφάσεις τους και μετά τον τοκετό ή η ευθύνη για την ανατροφή του νεογνού τις κατευθύνει σε άλλο τρόπο λήψης αποφάσεων.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν οτι οι έγκυες γυναίκες δείχνουν προτίμηση να παίρνουν τις αποφάσεις τους πιο αντικειμενικά και γενικά, παρά προσωπικά και υποκειμενικά και επιλέγουν αυτό τον τρόπο να παίρνουν τις αποφάσεις τους και μετά τον τοκετό.

Τα αποτελέσματα δείχνουν οτι οι γυναίκες κατά την μετάβαση τους στη μητρότητα αν και παρουσιάζουν μια ποσοστιαία αύξηση του Συναισθήματος (F) σε όλες τις δειγματοληψίες η αύξηση αυτή είναι μικρή και δεν αξιολογείται. Το υψηλότερο ποσοστό του Συναισθήματος καταγράφηκε τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό και ήταν αναμενόμενο, ο τοκετός και η άφιξη του νεογνού να κάνουν τις γυναίκες πιο συναισθηματικές στον τρόπο που παίρνουν τις αποφάσεις τους.

Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα της έρευνας των Bailey και Hailey (1987). Η μελέτη αυτή έγινε όπως αναφέρθηκε μεταξύ των εγκύων, στο 3° τρίμηνο της κύησης

και μη εγκύων γυναικών. Στην έρευνα των Bailey και Hailey, στατιστική ανάλυση της Νόησης (T) και του Συναισθήματος (F) δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των αποτελεσμάτων των δύο ομάδων των γυναικών. Ίσως η μητρότητα δεν αποτελεί αναγκαία συνθήκη για να αλλάξει ο τρόπος με τον οποίο οι γυναίκες παίρνουν τις αποφάσεις τους. Ίσως οι γυναίκες να μην θέλουν να αλλάξουν τον τρόπο που παίρνουν τις αποφάσεις τους τώρα που έχουν να αντιμετωπίσουν ένα νέο ρόλο στη ζωή τους και τις δυσκολίες που αυτός συνεπάγεται.

Η τέταρτη ερώτηση ήταν αν οι έγκυες γυναίκες δείχνουν μια τάση στο να έχουν μια παρόρμηση προς το απρόβλεπτο και της «στιγμής» όταν δρουν, αντί να στοχεύουν στο να ρυθμίζουν και να ελέγχουν κατά την δράση τους. Αν θα παρέμβει η μητρότητα, με τις νέες ανάγκες και απαιτήσεις της, στον τρόπο που επιλέγουν οι γυναίκες να δράσουν.

Τα αποτελέσματα έδειξαν οτι οι έγκυες γυναίκες δείχνουν μια μικρή τάση στο να στοχεύουν στο να ρυθμίζουν και να ελέγχουν κατά την δράση τους αντί να έχουν μια παρόρμηση προς το απρόβλεπτο και της «στιγμής» όταν δρουν, η μητρότητα, με τις νέες ανάγκες και απαιτήσεις της δεν θα παρέμβει στον τρόπο που επιλέγουν οι γυναίκες να δράσουν.

Οι τιμές της διάστασης (J) σε όλες τις μετρήσεις παρουσιάζονται και περισσότερο αυξημένες, αλλά και η τάση τους είναι αυξητική. Μπορεί να υποτεθεί οτι οι γυναίκες κατά την μετάβασή τους στη μητρότητα επιλέγουν ένα τρόπο ζωής πιο οργανωμένο και προγραμματισμένο. Φαίνεται οτι οι γυναίκες κατά το πέρασμα τους από την εγκυμοσύνη και την λοχεία αναπτύσσουν περισσότερο την επιλογή τους να έχουν μια πιο προγραμματισμένη και πιο οργανωμένη ζωή. Η ευθύνη της μητρότητας οδηγεί τις γυναίκες που είχαν επιλέξει να έχουν οργανωμένο και προγραμματισμένο τρόπο ζωής να αναπτύξουν ακόμη περισσότερο τον τρόπο αυτό στην καθημερινότητα τους για να μπορέσουν να αντεπεξέλθουν στις νέες τους ευθύνες.

Όμως οι γυναίκες κατά την μετάβαση τους στην μητρότητα παρουσιάζουν μικρή αυξητική τάση στη διάσταση (J). Η αυξητική αυτή τάση δεν είναι στατιστικά σημαντική σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και δεν αξιολογείται.

Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα της έρευνας των Bailey και Hailey (1987). Η μελέτη αυτή έγινε όπως αναφέρθηκε μεταξύ των εγκύων, στο 3° τρίμηνο της κύησης και μη εγκύων γυναικών. Στην έρευνα των Bailey και Hailey, στατιστική ανάλυση

της Κριτικής Θεώρησης (J) και Ευρύτερης Κατανόησης (P) δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των αποτελεσμάτων των δύο ομάδων των γυναικών. Ίσως οι γυναίκες είτε επιλέγουν την οργανωμένη καθημερινότητα και τη ρουτίνα, είτε επιλέγουν το απρόβλεπτο και της «στιγμής» δεν δείχνουν διατεθειμένες να αλλάξουν τον τρόπο που παίρνουν τις αποφάσεις για την ζωή τους. Φαίνεται ότι η μητρότητα δεν αποτελεί αναγκαία συνθήκη για αλλαγές στο τρόπο λήψης των αποφάσεων.

Η πέμπτη ερώτηση ήταν αν οι πιθανές μεταβολές που μπορεί να εκδηλωθούν στις διαδικασίες της ζωής των γυναικών κατά την διάρκεια της κύησης και της λοχείας είναι στατιστικά σημαντικές.

Από όλες τις διαστάσεις της προσωπικότητας που μετρήθηκαν μόνο η διάσταση προσωπικότητας **Κριτική Θεώρηση** (Judgment) βρέθηκε οτι παρουσιάζει οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέτρηση μέχρι τον 5° μήνα της κύησης και στη μέτρηση που έγινε στον 6° μήνα μετά τον τοκετό.

Η διάσταση (J), όπως αναφέρθηκε, αφορά τον τρόπο ζωής του ατόμου, τον τρόπο που εφαρμόζει τις αποφάσεις του, που λύνει τα προβλήματα του, αποτελεί την επιλογή για όσους έχουν προγραμματισμένη και οργανωμένη ζωή. Οι γυναίκες που έχουν σαν χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους να προγραμματίζουν, να οργανώνουν, να ρυθμίζουν και να ελέγχουν την δράση τους αναπτύσσουν στατιστικά σημαντικά αυτό το χαρακτηριστικό τους, ίσως γιατί αντιλαμβάνονται οτι οι απαιτήσεις της καθημερινότητάς τους, που συμπεριλαμβάνει και την φροντίδα ενός βρέφους, απαιτεί από αυτές να έχουν ένα πιο οργανωμένο τρόπο ζωής.

Το γεγονός οτι από όλα τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που μελετήθηκαν στην εργασία αυτή η μόνη διάσταση που παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά στις μετρήσεις της κατά την διάρκεια της κύησης και της λοχείας είναι η διάσταση της Κριτικής Θεώρησης θα μπορούσε να οδηγήσει σε ορισμένες σκέψεις και περαιτέρω έρευνα. Τα μέχρι τώρα αποτελέσματα δεν μας έδειξαν μεταβολές στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας της γυναίκας κατά την μετάβασή της στην μητρότητα. Όμως η μελέτη της διάστασης (J) μας δείχνει μια μεταβολή μέσα στο εύρος της ίδιας διάστασης, μας δείχνει μια ανάπτυξη του χαρακτηριστικού, πιθανόν από τις ανάγκες της μητρότητας, από τις νέες ευθύνες που αναλαμβάνουν οι γυναίκες.

Ίσως μπορεί να ειπωθεί οτι οι γυναίκες που έχουν το χαρακτηριστικό της Κριτικής Θεώρησης στον τρόπο ζωής που έχουν επιλέξει, αξιοποιούν περισσότερο

αυτό το χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που συνεπάγεται η μετάβαση στη μητρότητα, από τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που έχουν διερευνηθεί στην παρούσα μελέτη. Ίσως οι γυναίκες που επιλέγουν να έχουν οργανωμένη την καθημερινότητα τους και αγαπούν της ρουτίνα να κρίνουν ότι αυτός είναι ο μόνος ή ο καλύτερος τρόπος για να αντιμετωπισθούν, προβλήματα, χαρές και ευθύνες που φέρνει ο μητρικός ρόλος στη ζωή τους. Ίσως οι γυναίκες θεωρούν ότι η καλά οργανωμένη καθημερινότητα τις βοηθάει και τις στηρίζει στο μητρικό τους ρόλο γιατί μέσα από αυτό τον τρόπο νιώθουν ασφαλείς οι ίδιες για να αναλάβουν την ευθύνη ενός παιδιού. Ίσως πάλι η ίδια η μητρότητα με τις απαιτήσεις της ωθεί τις γυναίκες στον πιο οργανωμένο και προγραμματισμένο τρόπο ζωής και λήψης αποφάσεων.

Είναι αξιοσημείωτο ότι οι γυναίκες δεν αλλάζουν ούτε την κατεύθυνση της ενέργεια τους, ούτε τον τρόπο που δέχονται τα ερεθίσματα, ούτε τον τρόπο που επεξεργάζονται τα ερεθίσματα, αλλά αλλάζουν μόνο τον τρόπο που παίρνουν τις αποφάσεις τους, «διαταράσσοντας» έτσι τη σταθερότητα της προσωπικότητας τους. Μία νέα έρευνα με μεγαλύτερο δείγμα γυναικών ίσως θα μπορούσε να δώσει περισσότερες πληροφορίες για τους τύπους των γυναικών που έχουν το χαρακτηριστικό της Κριτικής Θεώρησης.

Η έκτη ερώτηση ήταν αν επηρεάζονται οι πιθανές μεταβολές που μπορεί να εκδηλωθούν στις παραπάνω διαδικασίες της ζωής των γυναικών από την ηλικία των γυναικών, το οικογενειακό τους εισόδημα, το είδος του τοκετού τους, το αν η κύηση τους ήταν προγραμματισμένη και το φύλο του νεογνού τους.

Για να μελετηθεί η σχέση μεταξύ της **ηλικίας** της γυναίκας και των πιθανών μεταβολών των διαστάσεων της προσωπικότητας οι γυναίκες χωρίστηκαν σε δύο ηλικιακές ομάδες, η πρώτη με ηλικίες κάτω των 30 χρόνων και η δεύτερη με ηλικίες άνω των 30 χρόνων. Τα αποτελέσματα έδειξαν οτι δεν παρατηρείται αλληλεπίδραση μεταξύ των δυο ηλικιακών ομάδων και των επαναληπτικών μετρήσεων των διαστάσεων προσωπικότητας. Με εξαίρεση τις διαστάσεις της Κριτικής Θεώρησης (J) και της Ευρύτερης Κατανόησης (P) που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά και στις πέντε μετρήσεις.

Φαίνεται οτι οι έγκυες και οι λεχωΐδες άνω των 30 χρόνων επιλέγουν περισσότερο από τις έγκυες και λεχωΐδες κάτω των 30 χρόνων να έχουν προγραμματισμένη και οργανωμένη ζωή. Ενώ έγκυες και λεχωΐδες κάτω των 30

χρόνων που επιλέγουν να έχουν αυθόρμητη και ευέλικτη ζωή, παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές από τις γυναίκες που είναι μεγαλύτερες των 30 χρόνων με την ίδια επιλογή. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν οτι ίσως οι μεγαλύτερες γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση για ρουτίνα στην καθημερινότητα τους σε αντίθεση με τις νεότερες γυναίκες που όταν επιλέγουν μια πιο ευέλικτη καθημερινότητα ισχυροποιούν περισσότερο αυτή την επιλογή τους.

Ίσως οι μεγαλύτερες γυναίκες μέσα από τις εμπειρίες της ζωής τους αναγνωρίζουν ότι οι καταστάσεις που απαιτούν υπευθυνότητα, όπως είναι η μητρότητα, ο καλύτερος τρόπος για να αντεπεξέλθουν είναι η καλή οργάνωση και ο προγραμματισμός. Ίσως οι νεώτερες γυναίκες έχουν μεγαλύτερη ανάγκη να απολαύσουν την μητρότητα και αφήνονται σε ένα τρόπο ζωής πιο ευέλικτο και χαλαρό.

Σε σχέση με το **οικογενειακό εισόδημα** των γυναικών και τις πιθανές μεταβολές στις διαστάσεις της προσωπικότητας δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των επαναληπτικών μετρήσεων προσωπικότητας και εισοδήματος.

Αντίθετα παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά και στις πέντε μετρήσεις στις διαστάσεις προσωπικότητας Αίσθηση (S) και Διαίσθηση (N), στις γυναίκες που δήλωσαν εισόδημα μεγαλύτερο των 450.000 δραχμών το μήνα και στις γυναίκες χαμηλότερα εισοδήματα. Οι γυναίκες των υψηλών εισοδημάτων παρουσίασαν χαμηλότερες τιμές στη διάσταση (S) (Επιλογή για όσους χρησιμοποιούν τις αισθήσεις για να διαπιστώσουν τι είναι πραγματικό).

Ίσως οι γυναίκες των χαμηλότερων οικογενειακών εισοδημάτων, επειδή νιώθουν μεγαλύτερη οικονομική ανασφάλεια να έχουν μεγαλύτερη ανάγκη να δέχονται περισσότερα ερεθίσματα από τον κόσμο των αισθήσεων τους. Ενώ οι γυναίκες των υψηλότερων οικογενειακών εισοδημάτων, μπορεί να αισθάνονται οικονομικά ασφαλείς και να μην έχουν την ανάγκη να χρησιμοποιούν περισσότερο τις αισθήσεις τους για να παίρνουν τα μηνύματα από το περιβάλλον.

Επίσης σε σχέση με τον **Προγραμματισμό της Εγκυμοσύνης** και τις πιθανές μεταβολές στις διαστάσεις της προσωπικότητας δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση στις επαναληπτικές μετρήσεις των διαστάσεων προσωπικότητας τόσο στην ομάδα των γυναικών που είχαν προγραμματίσει την εγκυμοσύνη όσο και στην ομάδα των γυναικών που δεν είχαν προγραμματίσει την

εγκυμοσύνη τους. Τα αποτελέσματα δείχνουν οτι ο προγραμματισμός της εγκυμοσύνης δεν συνδέεται με καμία από τις διαστάσεις της προσωπικότητας που μελετήθηκαν.

Μεταξύ του **είδους του τοκετού** και των πιθανών μεταβολών στις διαστάσεις της προσωπικότητας δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των επαναληπτικών μετρήσεων των διαστάσεων προσωπικότητας και του είδους τοκετού.

Όμως παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μητέρων με φυσιολογικό τοκετό και των μητέρων με καισαρική τομή στις Διαστάσεις προσωπικότητας Αίσθηση (S), Διαίσθηση (N), Κριτική Θεώρηση (J) και Ευρύτερη Κατανόηση (P).

Οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση να επιλέγουν να χρησιμοποιούν τις αισθήσεις τους για να διαπιστώσουν τι είναι πραγματικό, όπως επίσης να επιλέγουν να έχουν πιο προγραμματισμένη και οργανωμένη ζωή.

Οι γυναίκες που γεννούν με καισαρική τομή επιλέγουν περισσότερο να χρησιμοποιούν την φαντασία για να οραματιστούν τί είναι πιθανό και να αισθάνονται πέρα από τις πέντε αισθήσεις, όπως επίσης επιλέγουν να έχουν πιο αυθόρμητη και ευέλικτη ζωή.

Ίσως οι γυναίκες που συγκεντρώνουν την προσοχή στο να έχουν μια μεγαλύτερη επαφή με τον κόσμο των αισθήσεων και που ταυτόχρονα επιλέγουν να έχουν ένα προγραμματισμένο και οργανωμένο τρόπο ζωή είναι πιο έτοιμες να αντεπεξέλθουν σε ένα φυσιολογικό τοκετό και οι γυναίκες που συγκεντρώνουν την προσοχή στο να χρησιμοποιούν την φαντασία για να οραματιστούν τί είναι πιθανό και να αισθάνονται πέρα από τις πέντε αισθήσεις και που ταυτόχρονα επιλέγουν να έχουν ένα πιο αυθόρμητο και ευέλικτο τρόπο ζωή να μην είναι έτοιμες να αντέξουν τις δυσκολίες και την προσωπική συνεισφορά που απαιτεί ο φυσιολογικός τοκετός.

Στην παρούσα μελέτη δεν παρατηρήθηκε σχέση μεταξύ της Εξωστρέφειας (E) και Εσωστρέφειας (I) και του είδους του τοκετού. Αντίθετα ο Lato (1985) παρατήρησε οτι μέσα στις ομάδες εγκύων, αυτές με τα χαμηλότερα σκορ στην εσωστρέφεια είχαν μη φυσιολογική γέννα κατά την πρώτη τους εγκυμοσύνη, ενώ αυτές με υψηλά σκορ εξωστρέφειας είχαν μη φυσιολογική γέννα στις επόμενες κυήσεις.

Το αποτέλεσμα αυτό χρήζει περαιτέρω έρευνας διότι μπορεί να είναι χρήσιμη γνώση στους λειτουργούς υγείας που ασχολούνται με την περίοδο της κύησης και της λοχείας στο να υποστηρίξουν τις γυναίκες ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους στην επιλογή τους στον τοκετό.

Επίσης σε σχέση με το **Φύλο του παιδιού** και τις πιθανές μεταβολές στις διαστάσεις της προσωπικότητας δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των επαναληπτικών μετρήσεων των διαστάσεων προσωπικότητας και του φύλου του παιδιού. Τα αποτελέσματα δείχνουν οτι δεν υπάρχει καμία σχέση μεταξύ των διαστάσεων της προσωπικότητας που μελετήθηκαν και του φύλου του εμβρύου-νεογνού.

Η έβδομη ερώτηση ήταν αν οι έγκυες γυναίκες εκδηλώνουν κατάθλιψη ή η κατάθλιψη εκδηλώνεται μόνο με την μορφή της επιλόχειας κατάθλιψης μετά τον τοκετό τους.

Παρατηρήθηκε οτι ενώ τα ποσοστά της κατάθλιψης είναι υψηλότερα κατά την κύηση και μειώνονται σταδιακά κατά την περίοδο της λοχείας, η μέση τιμή της κατάθλιψης παρουσιάζει την υψηλότερη τιμή της κατά την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό και την χαμηλότερή της 2 μήνες μετά τον τοκετό. Αξίζει να σημειωθεί οτι μπορεί το ποσοστό της επιλόχειας κατάθλιψης κατά την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό να είναι 44%, μικρότερο από το ποσοστό της κατάθλιψης που εκδηλώθηκε κατά την διάρκεια της κύησης, αλλά η μέση τιμή της κατάθλιψης την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό είναι η υψηλότερη από όλες τις μετρήσεις, δηλαδή στην μέτρηση αυτή καταγράφηκαν υψηλότερες τιμές κατάθλιψης. Η περίοδος αυτή ταυτίζεται με την περίοδο που εκδηλώνεται η επιλόχεια μελαγχολία (Κρητικού, και συν., 1996. Μωραΐτου, & Σταλίκας, 2001). Ίσως αυτός είναι ο λόγος που παρατηρείται η υψηλή μέση τιμή.

Όπως προαναφέρθηκε στις μελέτες για την προγεννητική κατάθλιψη τα ποσοστά αυξάνουν με την πάροδο των ετών. Οι μελέτες των τελευταίων χρόνων έδειξαν οτι προγεννητική κατάθλιψη εκδηλώνει μέχρι και το 49% των εγκύων. Ενδεικτικά αναφέρεται οτι: η έρευνα των Hobfoll, et al., (1995) έδειξε προγεννητική κατάθλιψη σε ποσοστό 27,6% στις πρωτοτόκες. Η έρευνα των Dimitrovsky, et al., (1998) έδειξε προγεννητική κατάθλιψη σε ποσοστό 49% στις πρωτοτόκες, στο 3° τρίμηνο. Στην έρευνα των Leathers και Kelley (2000), σε πρωτοτόκες γυναίκες, η

προγεννητική κατάθλιψη ανέρχεται σε ποσοστό 39%, στο 3° τρίμηνο της κύησης, ενώ η μελέτη του Da Costa, et al., (2000) παρουσιάζει προγεννητική κατάθλιψη που ανέρχεται σε ποσοστό 39%, από τις έγκυες που παρουσιάζουν κατάθλιψη το 60% είναι πρωτοτόκες και το 40% πολυτόκες.

Το ποσοστό της προγεννητική κατάθλιψης της παρούσας μελέτης είναι 47%, που παρ' οτι είναι υψηλό, δεν ξεπερνά τις τιμές που αναφέρονται σε προηγούμενες μελέτες.

Αντίστοιχα κάποιοι συγγραφείς αναφέρουν οτι το ποσοστό της επιλόχειας κατάθλιψης αυξάνει ανησυχητικά με τα χρόνια. (Drago–Carabotta et al., 1997). Ο κίνδυνος εκδήλωσης είναι περίπου διπλάσιος στις πρωτοτόκες (Harris et al., 1996).

Η μέτρηση της παρούσας μελέτης την εβδομάδα μετά τον τοκετό έδειξε οτι οι γυναίκες παρουσίασαν κατάθλιψη σε ποσοστό 44% και με μέση τιμή 12.31. Σε προηγούμενες μελέτες που έγιναν στην Ελλάδα επίσης την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό αναφέρονται: στη μελέτη των Κρητικού και συν. (1996), ποσοστό κατάθλιψης 50% και στη μελέτη των Μωραΐτου και Σταλίκα (2001) ποσοστό κατάθλιψης 47,42% στις πρωτοτόκες λεχωΐδες. Άρα τα ποσοστά της κατάθλιψης που εκδηλώνεται κατά την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό στις Ελληνίδες είναι υψηλά και το γεγονός αυτό πρέπει να είναι γνωστό στους Γυναικολόγους και στις Μαίες για να είναι προετοιμασμένοι και να μπορούν να αναγνωρίσουν την πιθανότητα της κατάθλιψης στις μισές περίπου λεχωΐδες και να προτρέπουν στην αναζήτηση βοήθειας από τους Ψυχολόγους Υγείας.

Η μέτρηση της παρούσας μελέτης στους δύο μήνες μετά τον τοκετό έδειξε οτι οι γυναίκες παρουσίασαν κατάθλιψη σε ποσοστό 36% και με μέση τιμή 9.53. Σε ανάλογη έρευνα της Δραγώνα (1987) επιλόχεια κατάθλιψη παρουσίασε το 13% των λεχωΐδων του δείγματος, κατά την τέταρτη εβδομάδα της λοχείας. Οι Areias, et al., (1996) σε μετρήσεις τους αναφέρουν ποσοστό κατάθλιψης 31,5% κατά τον 3° μήνα με τον τοκετό. Στην έρευνα των Dimitrovsky, et al. (1998) οι πρωτοτόκες παρουσίασαν μέτρια κατάθλιψη 26% και σοβαρή κατάθλιψη 4% στις 6-8 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Οι Da Costa, et al. (2000) αναφέρουν επιλόχεια κατάθλιψη 16%, ένα μήνα μετά τον τοκετό, από τις γυναίκες που παρουσίασαν κατάθλιψη το 77% είναι πρωτοτόκες και το 23% πολυτόκες. Στη μελέτη των Evans, et al. (2001) αναφέρεται επιλόχεια κατάθλιψη σε ποσοστό 9,1% κατά την 8η εβδομάδα της λοχείας. Στην έρευνα του Matthey, et al. (2002) αναφέρεται επιλόχεια κατάθλιψη σε ποσοστό 9,5% κατά την 6η εβδομάδα μετά τον τοκετό, στις πρωτοτόκες. Άρα τα

ποσοστά της επιλόχειας κατάθλιψης τον δεύτερο μήνα μετά τον τοκετό, της παρούσας μελέτης, με τα ποσοστά των προηγούμενων μελετών είναι παρόμοια.

Η μέτρηση της παρούσας μελέτης στους έξι μήνες μετά τον τοκετό έδειξε οτι οι γυναίκες παρουσίασαν κατάθλιψη σε ποσοστό 29,9% και με μέση τιμή 10.00. Η έρευνα των Terry, et al., (1996), σε πρωτοτόκες αναφέρει κατάθλιψη σε ποσοστό 17% στους 5 μήνες μετά τον τοκετό. Οι Areias, et al. (1996) αναφέρουν ποσοστό κατάθλιψης 53,7% κατά τον 12° μήνα μετά τον τοκετό. Στη μελέτη των Evans, et al. (2001) αναφέρεται επιλόχεια κατάθλιψη σε ποσοστό 8,1% κατά τον 8° μήνα της λοχείας. Άρα τα ποσοστά της επιλόχειας κατάθλιψης τον έκτο μήνα μετά τον τοκετό, της παρούσας μελέτης, με τα ποσοστά των προηγούμενων μελετών είναι παρόμοια και δείχνουν οτι η επιλόχεια κατάθλιψη συνεχίζεται για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά τον τοκετό.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν, όπως προαναφέρθηκε, οτι το χρονικό διάστημα των 2 μηνών μετά τον τοκετό είναι η περίοδος που η γυναίκα εκδηλώνει το βίωμα της νέας της κατάστασης, της μητρότητας. Παρατηρήθηκε οτι σ' αυτή τη χρονική περίοδο συμβαίνουν οι μεγαλύτερες εντάσεις εκδηλώσεων των διαστάσεων της προσωπικότητας της. Επίσης παρατηρήθηκε στους 2 μήνες μετά τον τοκετό οτι μειώνεται η μέση τιμή της επιλόχειας κατάθλιψης, ίσως γιατί οι γυναίκες είναι απορροφημένες με τις άλλες ψυχικές διεργασίες και παρότι το ποσοστό των γυναικών που παρουσιάζουν κατάθλιψη δεν είναι μικρότερο από το ποσοστό των γυναικών που παρουσιάζουν κατάθλιψη τον 6° μήνα μετά τον τοκετό, το ύψος της τιμής της κατάθλιψής τους είναι μικρότερο.

Επίσης είναι σημαντικό να σημειωθεί οτι το ποσοστό της επιλόχειας κατάθλιψης κατά τον 6° μήνα μετά τον τοκετό είναι αρκετά υψηλό, είναι 29,9%. Συγκρίνοντας το ποσοστό αυτό με το ποσοστό νοσηρότητας των (γυναικών) στο γενικό πληθυσμό που είναι περίπου 15-20% (Kumar, 1987) και το ποσοστό της επιλόχειας κατάθλιψης που δίνει η μελέτη του ίδιου του Beck, et al. (1961), που αναφέρει επιλόχεια κατάθλιψη σε ποσοστό 23,3% την 14η εβδομάδα της λοχείας, με μέτρηση που έγινε με το B.D.I.. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το υψηλό αυτό ποσοστό της επιλόχειας κατάθλιψης πολλές φορές μένει αδιάγνωστο και ίσως μετατρέπεται σε χρόνια κατάσταση με επιπτώσεις σε όλη την οικογένεια.

Η όγδοη ερώτηση ήταν κατά πόσο η ύπαρξη προγεννητικής κατάθλιψης μπορεί να προβλέψει την εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης.

Για να προβλεφθεί η κατάθλιψη κατά τη λοχεία χρησιμοποιήθηκε ανάλυση συσχέτισης. Βρέθηκε οτι από την μέτρηση της κατάθλιψης κατά τον 8° μήνα της κύησης προβλέπονται οι μετρήσεις της κατάθλιψης κατά τη λοχεία. Η κατάθλιψη στον 8° μήνα της κύησης προβλέπει: το 47,05% της διακύμανσης της κατάθλιψης της μέτρησης την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό, το 96,04% της διακύμανσης της κατάθλιψης της μέτρησης τον 2° μήνα μετά τον τοκετό και το 22,46% της διακύμανσης της κατάθλιψης στον 6° μήνα μετά τον τοκετό.

Η σχέση μεταξύ προγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης έχει καταγραφεί, ενδεικτικά αναφέρεται οτι το 30% των εγκύων που παρουσιάζουν κατάθλιψη εκδηλώνουν και επιλόχεια κατάθλιψη (Hobfoll, et al., 1995). Πρώτη η Dalton το 1971, αναφέρει οτι «η ανησυχία στην αρχή της κύησης αποτελεί ένδειξη για πιθανή εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης». Ο Gotlib επίσης συσχετίζει την επιλόχεια κατάθλιψη με συμπτωματολογία καταθλιπτική κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Στην συνέχεια οι μελετητές ασχολήθηκαν με την σύνδεση προγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης (Kumar, & Robson, 1984. Watson, et al., 1984) και αναφέρουν οτι ποσοστό 23% των γυναικών που παρουσίασαν επιλόχεια κατάθλιψη, είχαν ανάλογη συμπτωματολογία σε κάποια χρονική στιγμή της κύησης. Στην Ελλάδα οι αναλύσεις της Δραγώνα (1989) κατέδειξαν οτι όσο πιο κακή είναι η ψυχολογική κατάσταση στην εγκυμοσύνη τόσο μεγαλύτερη είναι η επιλόχεια κατάθλιψη. Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα της μελέτης του Areias, et al. (1996) που αναφέρουν οτι από τις πρωτοτόκες που παρουσίασαν επιλόχειο κατάθλιψη το 31,5% είχε προγεννητική κατάθλιψη καθώς και τα αποτελέσματα των Collins, et al. (1993), Da Costa, et al. (2000), Forman, et al., (2000), Leathers και Kelley (2000).

Η έρευνα δείχνει οτι υπάρχει σχέση μεταξύ προγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης, αλλά τα ποσοστά ποικίλλουν από 6% ως 31,5%. Το ποσοστό πρόβλεψης της επιλόχειας κατάθλιψης από την προγεννητική κατάθλιψη της παρούσας μελέτης είναι 47,05% για την πρώτη εβδομάδα της λοχείας, 96,04% τον 2° μήνα και 22,46% τον 6° μετά τον τοκετό. Το ποσοστό πρόβλεψης κατά την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό και ιδιαίτερα κατά τον 2° μήνα μετά τον τοκετό ξεπερνούν το ποσοστό πρόβλεψης των προηγούμενων ερευνών. Η ανάλυση της συσχέτισης έδειξε οτι σχεδόν όλες οι γυναίκες που εκδηλώνουν κατάθλιψη κατά τον 8° μήνα της κύησης εκδηλώνουν κατάθλιψη και τον 2° μήνα της λοχείας. Το αποτέλεσμα αυτό

μπορεί να αξιοποιηθεί για την πρόβλεψη της επιλόχειας κατάθλιψης κατά τον 2° μήνα της λοχείας, με την εφαρμογή ειδικής μέριμνας για της έγκυες που εκδηλώνουν κατάθλιψη κατά τον 8° μήνα της κύησης. Θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο στη ρουτίνα των εξετάσεων τους τρίτου τριμήνου της κύησης να συμπεριληφθεί και ένα ερωτηματολόγιο για την κατάθλιψη, που μπορεί να διατίθεται από τον ψυχολόγο υγείας στις γυναίκες και να αξιολογείται άμεσα ή να δίνεται το ερωτηματολόγιο από το ιατρικό ή μαιευτικό προσωπικό και να στέλνεται για εκτίμηση και αξιολόγηση στην ψυχολόγο υγείας, οποίος να επικοινωνεί με τις γυναίκες που εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα και να αναλαμβάνει την θεραπεία τους. Με τον τρόπο αυτό θα μπορούσε να γίνει πρόληψη της επιλόχειας κατάθλιψης σε όλες τις γυναίκες που εκδηλώνουν κατάθλιψη κατά τον 2° μήνα της λοχείας και στις μισές που εκδηλώνουν κατάθλιψη στον 6° μήνα της λοχείας. Ένας τέτοιος τρόπος πρόληψης θα μπορούσε να δώσει την ευκαιρία να «γλιτώσουν» οι οικογένειες από τις επιπτώσεις της κατάθλιψης και το κράτος από την οικονομική επιβάρυνση της κατάθλιψης.

Η ένατη ερώτηση ήταν ποιες από τις διαδικασίες της ζωής των εγκύων και των λεχωΐδων γυναικών συνδέονται με την εκδήλωση προγεννητικής ή/και επιλόχειας κατάθλιψης.

Τα αποτελέσματα από την επεξεργασία των δεδομένων των ερωτηματολογίων προσωπικότητας και κατάθλιψης δείχνουν την πιθανή σχέση μεταξύ των διαστάσεων της προσωπικότητας και της κατάθλιψης κατά την κύηση και κατά την λοχεία.

Ειδικότερα κατά την μέτρηση που έγινε κατά τον 8° μήνα της κύησης τα αποτελέσματα έδειξαν οτι *δεν υπήρξε καμία διάσταση της προσωπικότητας που να προβλέπει στατιστικά σημαντικά την κατάθλιψη*.

Προηγούμενη έρευνα που συνδέει την προγεννητική κατάθλιψη με την εσωτερικότητα και αναφέρει οτι: οι πρωτοτόκες Ελληνίδες με μεγάλη εσωτερικότητα δεν τείνουν να εκδηλώνουν κατάθλιψη (Dragonas, et al., 1997). Όμως η μελέτη αυτή της κατάθλιψης ήταν αναδρομική και το ερωτηματολόγιο δόθηκε τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό και όχι κατά την διάρκεια της κύησης, ίσως οι γυναίκες αλλιώς να κρίνουν την ψυχολογική τους κατάσταση αφού έχουν γεννήσει.

Κατά την μέτρηση που έγινε κατά την εβδομάδα του τοκετού η διάσταση της προσωπικότητας *Ευρύτερη Κατανόηση (P) προβλέπει στατιστικά σημαντικά την κατάθλιψη* σε ποσοστό 7.7%. Η σχέση των δυο μεταβλητών βρέθηκε να είναι αντιστρόφως ανάλογη. Γνωρίζοντας αν η γυναίκα εκφράζει της διάσταση (P) ίσως

αναμένονται λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την εβδομάδα μετά τον τοκετό και λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την εβδομάδα του τοκετού ίσως αναλογούν σε γυναίκες που ο τρόπος ζωής τους να είναι περισσότερο αυθόρμητος και ευέλικτος. Ίσως ένας ευέλικτος τρόπος ζωής να προφυλάσσει από την κατάθλιψη. Ίσως οι γυναίκες που επιλέγουν να είναι ανοικτές στις εμπειρίες να αποδέχονται ευκολότερα την εμπειρία του τοκετού και αυτό να τις προφυλάσσει από την κατάθλιψη των πρώτων ημερών μετά τον τοκετό.

Κατά την μέτρηση που έγινε στους δύο μήνες μετά τον τοκετό βρέθηκε οτι η *διάσταση της προσωπικότητας Εσωστρέφεια (I)* προβλέπει *στατιστικά σημαντικά την κατάθλιψη*, ερμηνεύοντας 8.3% της διακύμανσης της κατάθλιψης. Η σχέση μεταξύ των δυο μεταβλητών βρέθηκε να είναι ευθύγραμμη. Γνωρίζοντας αν η γυναίκα εκφράζει την διάσταση της Εσωστρέφειας (I) ίσως μπορεί να προβλεφθεί αν θα εκδηλώσει επιλόχεια κατάθλιψη στους 2 μήνες μετά τον τοκετό. Ίσως οι γυναίκες με μεγάλη εσωστρέφεια να μην μπορούν να αντιμετωπίσουν και να εκφράσουν τα προβλήματα ή τις ανησυχίες που δημιουργεί η μητρότητα στη ζωή τους και αναπτύσσουν καταθλιπτικά συμπτώματα.

Κατά την μέτρηση που έγινε τον 6° μήνα μετά τον τοκετό *δεν βρέθηκε διάσταση της προσωπικότητας που να προβλέπει στατιστικά σημαντικά την κατάθλιψη.*

Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα των Areias, et al. (1996), οι οποίοι μελέτησαν τις συσχετίσεις της επιλόχειας κατάθλιψης στις πρωτοτόκες, ένα χρόνο μετά τον τοκετό τους. Μεταξύ των άλλων μέτρησαν και στοιχεία της προσωπικότητας, όπως την εσωστρέφεια-εξωστρέφεια (exrtaversion-inrtaversion). Αναφέρουν οτι δεν βρήκαν συσχετισμό μεταξύ της επιλόχειας κατάθλιψης και της εσωστρέφειας-εξωστρέφειας. Ίσως η κατάθλιψη που εμφανίζεται στη ο όψιμη λοχεία να μη σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, αλλά με άλλους παράγοντες. Ίσως όλες οι γυναίκες να έχουν τις ίδιες πιθανότητες να εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Ίσως χρειάζεται περαιτέρω έρευνα στους τύπους της προσωπικότητας και όχι μόνο των χαρακτηριστικών για να δείξει ποιες γυναίκες εκδηλώνουν κατάθλιψη στην όψιμη λοχεία και να ληφθεί η ανάλογη μέριμνα για τις γυναίκες αυτές

Συμπερασματικά τα αποτελέσματα δείχνουν οτι δεν μπορεί να σκιαγραφηθεί ένας τύπος προσωπικότητας που να συνδέεται με την κατάθλιψη κατά την κύηση και την λοχεία. Όμως θα μπορούσε να ειπωθεί οτι οι γυναίκες που εκδηλώνουν τις διαστάσεις της Εσωστρέφειας (I) και της Ευρύτερης Κατανόησης (P) έχουν

περισσότερες πιθανότητες να προβλεφθεί η εκδήλωση της κατάθλιψη κατά την διάρκεια της λοχείας.

Η μέχρι τώρα μελέτη στον τομέα των διαστάσεων της προσωπικότητας σε σχέση με την προγεννητική και επιλόχεια κατάθλιψη είναι πάρα πολύ περιορισμένη. Οι κλίμακες προσωπικότητας, όπως και κατάθλιψης που χρησιμοποιούνται είναι διαφορετικές με αποτέλεσμα τα ευρήματα είναι περιορισμένα και είναι δύσκολο, αν όχι και επικίνδυνο να συγκρίνονται μεταξύ τους. Διότι τα συμπεράσματα που μπορεί να προκύψουν από ανάλογες συγκρίσεις δεν μπορεί να είναι ενδεικτικά, πόσο μάλλον να γενικεύονται.

Η δέκατη ερώτηση ήταν κατά πόσο η εμφάνιση της προγεννητικής και της επιλόχειας κατάθλιψης συνδέονται την με ηλικία των γυναικών, το οικογενειακό τους εισόδημα, το είδος του τοκετού τους, το αν η κύηση τους ήταν προγραμματισμένη, το φύλο του νεογνού τους και την βοήθεια και στήριξη που τους παρέχει το περιβάλλον τους.

Δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των επαναληπτικών μετρήσεων κατάθλιψης και των δυο ηλικιακών ομάδων των γυναικών του δείγματος. Το αποτέλεσμα αυτό είναι σύμφωνο με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών. Οι Gotlib, et al., (1989) στη μελέτη τους απέτυχαν να βρουν μια σχέση μεταξύ δημογραφικών παραγόντων και επιλόχειας κατάθλιψης. Ανάλογα ήταν και τα αποτελέσματα της έρευνας (Hobfoll, et al., 1995) που μελέτησε φτωχές έγκυες-λεχωΐδες και που συμπεριλάμβανε δημογραφικούς παράγοντες, όπως ηλικία, εθνικότητα, εργασία, και συμπέρανε οτι κανείς από αυτούς τους δημογραφικούς παράγοντες δεν συνδέονται με την επιλόχεια κατάθλιψη. Η έρευνα του Berthiaume, et al. (1998) έδειξε οτι: η ηλικία των γυναικών δεν συνδέεται με τα επίπεδα κατάθλιψης, με εξαίρεση τις έγκυες γυναίκες νεώτερες των είκοσι χρόνων. Οι έγκυες έφηβες παρουσιάζουν κατά την εγκυμοσύνη μεγαλύτερη κατάθλιψη από έφηβες που δεν είναι έγκυες (Troutman, & Cutrona, 1990). Στην παρούσα μελέτη δεν συμπεριλαμβανόταν έφηβες γυναίκες.

Επίσης δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των επαναληπτικών μετρήσεων της κατάθλιψης και του οικονομικού επιπέδου των οικογενειών των εγκύων, με το αποτέλεσμα αυτό συμφωνούν οι περισσότεροι ερευνητές. Αντίθετα στην έρευνα του Hobfoll, et al. (1995) οι χαμηλότερου εισοδήματος λεχωΐδες που ζουν στις πόλεις παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά

κατάθλιψης και κατά τη διάρκεια της κύησης και κατά τη διάρκεια της λοχείας. Ίσως η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση να μην ενοχοποιείται από μόνη της για την εκδήλωση της προγεννητικής κατάθλιψης, αλλά οι επιπτώσεις της στην ζωή των γυναικών (όπως η φτώχια ή η ανεργία) αποτελούν αρνητικά και επιβαρυντικά γεγονότα στη ζωή της γυναίκας, τα οποία σε συνδυασμό με την εγκυμοσύνη να συντελούν στην εκδήλωση της προγεννητικής κατάθλιψης (Kitamura, et al., 1996). Ανάλογα αποτελέσματα για την Ελλάδα δεν εμφανίζονται σε καμία μελέτη, ίσως μια μελέτη μόνο σε γυναίκες χαμηλού εισοδήματος που ζουν σε μεγάλες πόλεις θα ήταν χρήσιμη. Ίσως η κοινωνική δομή στην Ελλάδα δεν επιτρέπει στις φτωχές γυναίκες να γίνονται άγαμες μητέρες και να καταφεύγουν στην έκτρωση ή σε ένα γάμο.

Επίσης στη παρούσα μελέτη δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των επαναληπτικών μετρήσεων κατάθλιψης και του **είδους τοκετού** των γυναικών. Ανάλογες είναι και οι εκτιμήσεις προηγούμενων ερευνών. Όμως υπάρχουν ενδείξεις τόσο υπέρ όσο και κατά για την πιθανή αιτιολογική σημασία που μπορούν να έχουν μεταβλητές σχετικές προς την αναπαραγωγή, όπως για παράδειγμα, ο τόκος ή οι μαιευτικές επιπλοκές (Cox, et al., 1982).

Ο O'Hara, et al. (1984) ανέφεραν οτι οι επιπλοκές κατά τον τοκετό σχετίζονται με την επιλόχεια κατάθλιψη, σε αντίθεση με τους Paykel, et al. (1980). Κατά τους Cox, et al. (1982) οι γυναίκες που αποκτούν το πρώτο τους παιδί ή εκείνες που γεννούν με καισαρική τομή ή εμβρυουλκία δεν είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα από άλλες να πάθουν κατάθλιψη. Οι Nielsen, et al. (2000) αναφέρουν οτι ούτε οι προηγηθείσες, ούτε οι επείγουσες καισαρικές τομές συσχετίστηκαν με την επιλόχεια κατάθλιψη. Αντίθετα ο Fisher (1997) συμπέρανε οτι μια χειρουργική επέμβαση στον πρώτο τοκετό αφήνει τη λεχωΐδα ευαίσθητη στη θλίψη, στο μετατραυματικό άγχος και στην κατάθλιψη. Το είδος του τοκετού βρέθηκε να είναι καθοριστικός παράγοντας για την εκδήλωση της κατάθλιψης. Οι γυναίκες που είχαν έναν φυσικό κολπικό τοκετό ήταν περισσότερο πιθανό να βιώσουν μια αξιοσημείωτη βελτίωση στη διάθεση και μια μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση. Αντίθετα οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή ήταν πιο πιθανόν να βιώσουν μια πτώση της διάθεσης και της αυτοεκτίμησης. Οι γυναίκες που είχαν κολπικό τοκετό με επεμβάσεις (σικυουλκία ή εβρυουλκία) ήταν ενδιάμεσα στις άλλες δύο ομάδες. Οι γυναίκες ενδέχεται να ερμηνεύσουν την εμπειρία τους από τυχόν επιπλοκές κατά τον τοκετό σαν αποτέλεσμα της αδυναμίας τους να αντεπεξέλθουν στις ανάγκες της μητρότητας (Terry, 1992. Whiffen, 1992).

Στην παρούσα μελέτη οι τρεις γυναίκες που παρουσίασαν σοβαρή κατάθλιψη τον 6° μήνα μετά τον τοκετό τους είχαν βιώσει ένα εργώδη και δύσκολο τοκετό, εκ των οποίων ο ένας εξελίχθηκε σε φυσιολογικό τοκετό και οι δύο σε καισαρική τομή. Αυτό ίσως σημαίνει ότι ένας δύσκολος τοκετός μπορεί να οδηγήσει σε καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ανάλογη είναι και η εκτίμηση του Pitt (1968) ο οποίος σημείωσε πως ο «παρατεινόμενος τοκετός» ήταν συχνότερο εύρημα σε γυναίκες που υπέφεραν από επιλόχειο κατάθλιψη, απ' οτι σε άλλες. Η στατιστική ανάλυση δεν μπορεί να αποδείξει οτι υπάρχει στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των γυναικών που εκδηλώνουν επιλόχεια κατάθλιψη και αυτών που βιώνουν ένα εργώδη τοκετό, γιατί τα ποσοστά των εργωδών τοκετών είναι πάρα πολύ μικρά, ίσως 1-3%. Παρά το ότι δεν καταγράφεται στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση δεν πρέπει να παραβλεφθεί το γεγονός οτι ένας εργώδης τοκετός μπορεί να συνδέεται με καταθλιπτική συμπτωματολογία, ίσως για περισσότερους από 6 μήνες μετά τον τοκετό, με κίνδυνο να παρουσιαστεί χρόνια κατάθλιψη.

Επίσης στην παρούσα μελέτη δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των επαναληπτικών μετρήσεων της κατάθλιψης και της βοήθειας και στήριξης που παρέχει το περιβάλλον στις γυναίκες. Το αποτέλεσμα αυτό είναι αντίθετο με τα αποτελέσματα άλλων ερευνητών (Areias, et al., 1996. O'Hara, et al., 1983. Martin, et al., 1989. Hobfoll, et al., 1995). Ίσως γιατί στην ερώτηση δεν γινόταν διαχωρισμός από πού προέρχεται αυτή η βοήθεια και στήριξη, αν προέρχεται από το σύντροφο ή από την οικογένεια ή το ευρύτερο περιβάλλον. Σε μια επόμενη μελέτη πρέπει να γίνεται σαφής ο διαχωρισμός της παρεχόμενης βοήθειας και στήριξης.

Στην παρούσα μελέτη δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των επαναληπτικών μετρήσεων κατάθλιψης και του **φύλου** του νεογνού όπως επίσης δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των επαναληπτικών μετρήσεων κατάθλιψης και του **προγραμματισμένου** ή όχι της κύησης. Αντίθετα ο Warner, et al., (1996) βρήκαν οτι η τυχαία κύηση ήταν ανάμεσα στους πρώτους παράγοντες κινδύνου που συνοδεύουν την μεταγεννητική ψυχιατρική νοσηρότητα. Στη μελέτη των Orr και Miller (1997) συγκρίθηκαν οι γυναίκες που δήλωναν απροσδόκητη εγκυμοσύνη, με αυτές που δήλωναν ανεπίκαιρη εγκυμοσύνη και οι δεύτερες είχαν τις διπλάσιες πιθανότητες να βιώσουν κατάθλιψη σε σχέση με τις πρώτες, ενώ αυτές που δήλωναν ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη είχαν τις τετραπλάσιες πιθανότητες.

Στην παρούσα μελέτη οι γυναίκες ερωτήθηκαν αν είχαν προγραμματίσει την εγκυμοσύνη τους ή αν η εγκυμοσύνη ήταν τυχαία. Η στατιστική ανάλυση έδειξε οτι δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ της κατάθλιψης και της προγραμματισμένης ή όχι κύησης. Το γεγονός αυτό ίσως να οφείλεται στο οτι οι ελληνίδες αποδέχονται ή καλοδέχονται μια εγκυμοσύνη. Πιθανόν ανάλογη να είναι και η στάση των Ελλήνων συντρόφων των εγκύων γυναικών, διότι όταν η κύηση είναι επιθυμητή από την γυναίκα και ανεπιθύμητη από τον σύντροφο της τότε οι πιθανότητες εκδήλωσης κατάθλιψης τριπλασιάζονται (Kitamura, et al., 1993). Η παρούσα μελέτη δείχνει οτι ακόμη και αν η εγκυμοσύνη δεν είναι προγραμματισμένη, δεν επηρεάζεται ο ψυχισμός των γυναικών, και πιθανόν και των συντρόφων τους, έτσι ώστε να εκδηλώσουν οι γυναίκες κατάθλιψη.

Η **ενημέρωση** για τον οικογενειακό προγραμματισμό θα μπορούσε να προλάβει ανάλογα διλήμματα και επιπτώσεις από τυχαίες, ανεπίκαιρες ή μη προγραμματισμένες κυήσεις πριν οι γυναίκες ξεκινήσουν μια μη επιθυμητή εγκυμοσύνη. Σύμφωνα με τη Deutch "το ισχυρότερο στοιχείο που εμποδίζει τη χαρούμενη και ομαλή πορεία της μητρότητας είναι ο φόβος". Η ενημέρωση θα μπορούσε γενικότερα να προλάβει πολλές από τις επιπτώσεις του φόβου και της άγνοιας των γυναικών που ξεκινούν την εγκυμοσύνη και την πορεία τους στη μητρότητα.

Συνειδητά ή ασυνείδητα η έγκυος και η πρωτοτόκος μητέρα αναζητά επαφή, γνώση και πληροφόρηση από το προσωπικό του νοσοκομείου, τη μαία, τη νοσηλεύτρια (Ρήγα, 1991). Ο Chalmers (1982) είχε τονίσει οτι η κοινωνική στήριξη του συστήματος υγείας, που παρέχεται από γιατρούς, μαίες, νοσηλεύτριες, οικογενειακή παιδεία και φροντίδα υγείας, θα πρέπει όχι μόνο να είναι παρούσα, αλλά να είναι και αποτελεσματική στην ποιότητα των υπηρεσιών. Μια ρεαλιστική εξέταση των φόβων και των ψυχολογικών προβλημάτων κατά την διάρκεια της κύησης από το προσωπικό της κοινωνικής υποστήριξης είναι απαραίτητη για την αποτροπή τυχόν επιπλοκών της εγκυμοσύνης. Ο Horsley (1972) ισχυρίζεται οτι αν δεν αρχίσει η ψυχολογική προετοιμασία από την πρώτη επίσκεψη προγεννητικά, είναι πιθανόν να είναι ανεπαρκής. Επίσης η εκτίμηση της κατάθλιψης, με την χρήση ερωτηματολογίου αναφοράς, θα μπορούσε να βοηθήσει στην έγκαιρη αντιμετώπιση της προγεννητικής κατάθλιψης και στην πρόληψη της επιλόχειας κατάθλιψης.

Η παρακολούθηση των μαθημάτων προετοιμασίας προγεννητικά, δίνει μια ευκαιρία, κατά την οποία η γυναίκα ενημερώνεται για τα ψυχολογικά προβλήματα

που προκύπτουν κατά την κύηση. Εξ άλλου η **προγεννητική εκπαίδευση** είναι απόρροια της χαλάρωσης της επικοινωνίας μεταξύ των γυναικών και της απώλειας των παραδοσιακών ανεπίσημων δικτύων υποστήριξης. Τα προγεννητικά μαθήματα έχουν στόχο την μετάδοση πληροφοριών, δεξιοτήτων και τρόπων αντιμετώπισης των καταστάσεων. Με επίκεντρο ένα φυσικό τοκετό, όπου ο πόνος ελέγχεται μέσα από την πληροφόρηση και αναπνευστικές ασκήσεις, οι νέοι γονείς ενημερώνονται και εκπαιδεύονται στο γονικό ρόλο. Πολλές γυναίκες δεν βρίσκουν το λόγο να συμμετέχουν στα προγεννητικά μαθήματα γιατί έχουν ανάγκη προσωπικής επαφής για να εκφράσουν τους προσωπικούς τους φόβους και ανησυχίες, ο ρόλος του εκπαιδευτή είναι σημαντικός στην πρώτη συνέντευξη ώστε η γυναίκα να νιώσει οτι αποδέχεται την μοναδικότητα της και να την εντάξει στην κοινωνία των κοινών προβλημάτων των υποψήφιων μητέρων.

Η προγεννητική εκπαίδευση είναι ευρέως αποδεκτή από όλους τους λειτουργούς υγείας γιατί οι γυναίκες που παρακολούθησαν τα μαθήματα, είναι περισσότερο ενημερωμένες άρα λιγότερο φοβισμένες, είναι συνεργάσιμες, γίνεται λιγότερη χορήγηση φαρμάκων, λιγότερες μαιευτικές επεμβάσεις και καισαρικές, δεν παρατηρείται τοξιναιμία της κύησης, κάνουν λιγότερες επιλόχειες αιμορραγίες και μολύνσεις και τα νεογνά τους έχουν υψηλότερο Apgar από το πρώτο λεπτό. Γενικά οι γυναίκες έχουν μια θετική στάση για την εγκυμοσύνη τους, τον τοκετό, για τον εαυτό τους και το σώμα τους, για το σύντροφο τους και είναι πιο προετοιμασμένες για τα μητρικά καθήκοντα (Dragonas, & Chistodoulou, 1998). Αντίθετα οι γυναίκες που δεν παρακολούθησαν **μαθήματα προετοιμασίας** ήταν υψηλότερου κινδύνου στη διαδοχική επιλόχεια κατάθλιψη, από ότι εκείνων που παρακολούθησαν τα μαθήματα (Nielsen et al., 2000)

Κατά την περίοδο της μετάβασης στη μητρότητα η γυναίκα αφήνει τον εαυτό της ανοικτό ώστε να υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να την αγγίξουν νέες πληροφορίες, νέες εικόνες και συναισθηματική επιρροή. Ο Minkowski θεωρεί οτι αυτή η περίοδος προσφέρει τις καλύτερες προοπτικές για να γίνει αντικατάσταση των παλιών αρνητικών παραστάσεων των δικών τους γονέων και οτι όλες οι έγκυες και οι νέοι γονείς θα πρέπει να λάβουν μέρος σε ομαδικές συζητήσεις έχοντας στο νου τους αυτό το σκοπό. Η θεραπευτική **συμμετοχή σε ομάδες** κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κατά τη διάρκεια της πρώτης περιόδου μετά τη γέννηση, μπορεί να προσφέρει στη μητέρα μια πιο ρεαλιστική στάση απέναντι στο παιδί, να μειώσει την παράλογη μεταβίβαση και να την βοηθήσει να επιλύσει νωρίς την συναισθηματική

αμφιθυμία. Ίσως αυτό μπορέσει να αποτρέψει ή να μειώσει επερχόμενες διαταραχές σε σχέση με το παιδί. Το προσωπικό και ειδικά ο ρόλος της μαίας είναι σημαντικός, στο μαιευτήριο η δεκτική της στάση απέναντι στο νεογνό και η έμπρακτη βοήθεια του βρέφους μπορούν να επηρεάσουν τη συναισθηματική στάση της αμφιθυμικής μητέρας του, καθ΄ όσον θετικές εικόνες μπορούν να προσφέρουν νέους συνειδητούς τρόπους συμπεριφοράς (Ρήγα, 1991).

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

Η πρόβλεψη για την **παρουσία του συντρόφου** ή γυναικείας συντροφιάς κατά τη διάρκεια των ωδινών ή/και του τοκετού και το rooming in (η διαμονή των νεογνών μαζί με τις μητέρες τους) θα μπορούσαν να δώσουν ένα πιο ανθρώπινο και φιλόξενο χαρακτήρα στις μαιευτικές κλινικές (Dragonas, & Chistodoulou, 1998). Η επιθυμία της μητέρας να επιτρέψει στον άντρα της τη συμμετοχή του από πολύ νωρίς στην εγκυμοσύνη, στον τοκετό, στην φροντίδα, μπορεί να συμπέσει με την επιθυμία του πατέρα να μείνει κοντά της από την πρώτη στιγμή. Η σύμπτωση των επιθυμιών επιτρέπει αλλαγές και νέα έντονα συναισθήματα. Για τον άντρα είναι μια μοναδική ευκαιρία να γίνει μητέρα, όχι τόσο μητέρα του παιδιού του, όσο μητέρα της μητέρας του παιδιού του (ειδικά τους πρώτους μήνες). Αυτή η εμπειρία επιτρέπει στον άντρα να ξεφύγει από ορισμένα στερεότυπα του ρόλου του. Έτσι και το παιδί μπορεί να αποκτήσει μια ταυτότητα που δεν θα συνδυάζεται απαραίτητα με κάποια προνόμια ή σκοτούρες (Αμπατζόγλου, 1998).

Η μελέτη αυτή δεν κατάφερε να αποδείξει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ της κατάθλιψης και της κοινωνικής στήριξης, ίσως γιατί δεν συνοδευόταν από ένα ερωτηματολόγιο κατάλληλο να διερευνήσει τη σχέση αυτή. Επίσης οι γυναίκες του δείγματος προερχόταν από ένα συγκεκριμένο γεωγραφικό τμήμα της Ελλάδας, την κεντρική Μακεδονία, ίσως οι γυναίκες σε άλλα γεωγραφικά διαμερίσματα να εκφράζουν άλλα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και άλλες τιμές κατάθλιψης. Επίσης στην μελέτη αυτή δεν συμμετείχαν οι σύντροφοι των γυναικών με αποτέλεσμα να μην μπορούν να γίνουν εκτιμήσεις για την επίδραση που δέχονται οι γυναίκες από τους συντρόφους τους.

Στην παρούσα μελέτη το δείγμα των γυναικών που συμμετείχαν ήταν πρωτοτόκες γυναίκες. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα είχαν ειδικότερο ενδιαφέρον αν στην έρευνα συμμετείχαν και οι σύντροφοι των γυναικών. Μια ανάλογη έρευνα με τους ίδιους χρόνους δειγματοληψιών αλλά, με την συμμετοχή πρωτοτόκων ζευγαριών θα μπορούσε να δείξει την αλληλεπίδραση μεταξύ των συντρόφων, κατά την περίοδο της μετάβασης τους στη γονεϊκότητα.

Η παρούσα μελέτη ξεκίνησε με την συμμετοχή 125 γυναικών, από αυτές οι 97 παρουσίασαν ολοκληρωμένη συμμετοχή. Σε μια επόμενη μελέτη ένας μεγαλύτερος αριθμός γυναικών θα μπορούσε να δώσει αποτελέσματα όχι μόνο για τις διαστάσεις της προσωπικότητας αλλά και για τους 16 διαφορετικούς τύπους προσωπικότητας που προσδιορίζονται με το MBTI. Στην παρούσα μελέτη ο αριθμός των γυναικών ανά τύπο προσωπικότητας ήταν μικρός και τα αποτελέσματα ήταν επισφαλή για τους 16 διαφορετικούς τύπους προσωπικότητας.

Για την εκτίμηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα κατάθλιψης του Beck, επιλέχθηκε για την εκτίμηση και της προγεννητικής και της επιλόχειας κατάθλιψης. Σε μια επόμενη έρευνα ίσως θα ήταν χρήσιμο παράλληλα με την κλίμακα κατάθλιψης του Beck να χρησιμοποιηθεί, κατά την περίοδο της λοχείας και η κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS), η οποία είναι πιο ειδική για την εκτίμηση της επιλόχειας κατάθλιψης. Οι μετρήσεις στο ίδιο δείγμα με τις δύο κλίμακες θα μπορούσαν να δώσουν πιο ολοκληρωμένα αποτελέσματα για τη συχνότητα της επιλόχειας κατάθλιψης.

Επίσης στην παρούσα μελέτη δεν διερευνήθηκε ο ρόλος της κοινωνικής στήριξης κατά την περίοδο της μετάβασης στη μητρότητα. Θα ήταν πολύ ενδιαφέρον μια επόμενη μελέτη να συμπεριλάβει και αυτή την παράμετρο. Όλες οι γυναίκες που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη ήταν ενήλικες. Θα ήταν πολύ ενδιαφέρον να γίνει ανάλογη μελέτη με έφηβες που βιώνουν το πέρασμα τους στη μητρότητα. Η μελέτη αυτή ασχολήθηκε μόνο με τις μεταβολές των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και την κατάθλιψη, δεν είναι όμως μόνο η κατάθλιψη που κάνει έντονη την παρουσία της κατά την μετάβαση στη μητρότητα, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει στην περίοδο αυτή και το άγχος. Θα ήταν σκόπιμο μια νέα μελέτη να συμπεριλάβει και τον παράγοντα του άγχους στη μελέτη των μεταβολών της προσωπικότητας κατά την μετάβαση στη μητρότητα.

Ακόμη επειδή ιδιαίτερη σημασία έχει δοθεί σε αρνητικές καταστάσεις και συναισθήματα (κατάθλιψη, άγχος) θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα μια μελέτη η οποία

έκτος από την κατάθλιψη και το άγχος θα συμπεριλάμβανε και μελέτη της αυτοεκτίμησης και των θετικών συναισθημάτων των πρωτοτόκων γυναικών ή των πρωτοτόκων ζευγαριών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα σημαντικά συμπεράσματα της παρούσας μελέτης είναι:

1. Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στα ποσοστά εξωστρέφειας και εσωστρέφειας των γυναικών του δείγματος και του γενικού πληθυσμού κατά το 3° τρίμηνο της κύησης και κατά τον 6° μήνα της λοχείας, οι γυναίκες εκφράζουν μεγαλύτερη εσωστρέφεια και παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση να αντλούν ενέργεια από τον εσωτερικό κόσμο ιδεών, συναισθημάτων και εντυπώσεων, σε σχέση με τις υπόλοιπες γυναίκες.
2. Η διάσταση προσωπικότητας Κριτική Θεώρηση (Judgment) βρέθηκε οτι παρουσιάζει οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέτρηση μέχρι τον 5° μήνα της κύησης και στη μέτρηση που έγινε στον 6° μήνα μετά τον τοκετό.
3. Οι διαστάσεις της Κριτικής Θεώρησης (J) και της Ευρύτερης Κατανόησης (P) που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά και στις πέντε μετρήσεις στις διαστάσεις προσωπικότητας, μεταξύ των ηλικιακών ομάδων κάτω των 30 χρόνων και άνω των 30 χρόνων. Οι έγκυες και οι λεχωΐδες άνω των 30 χρόνων επιλέγουν περισσότερο από τις έγκυες και λεχωΐδες κάτω των 30 χρόνων να έχουν προγραμματισμένη και οργανωμένη ζωή. Ενώ έγκυες και λεχωΐδες κάτω των 30 χρόνων που επιλέγουν να έχουν αυθόρμητη και ευέλικτη ζωή, παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές από τις γυναίκες που είναι μεγαλύτερες των 30 χρόνων με την ίδια επιλογή.
4. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά και στις πέντε μετρήσεις στις διαστάσεις προσωπικότητας Αίσθηση (S) και Διαίσθηση (N),σε σχέση με το οικογενειακό εισόδημα των γυναικών. Οι γυναίκες των υψηλών εισοδημάτων παρουσίασαν χαμηλότερες τιμές στη διάσταση (S)
5. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μητέρων με φυσιολογικό τοκετό και των μητέρων με καισαρική τομή στις Διαστάσεις προσωπικότητας Αίσθηση (S), Διαίσθηση (N), Κριτική Θεώρηση (J) και Ευρύτερη Κατανόηση (P). Οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση να επιλέγουν να χρησιμοποιούν τις αισθήσεις τους για να διαπιστώσουν τί είναι πραγματικό, όπως επίσης να επιλέγουν να

έχουν πιο προγραμματισμένη και οργανωμένη ζωή. Οι γυναίκες που γεννούν με καισαρική τομή επιλέγουν περισσότερο να χρησιμοποιούν την φαντασία για να οραματιστούν τί είναι πιθανό και να αισθάνονται πέρα από τις πέντε αισθήσεις, όπως επίσης να επιλέγουν να έχουν πιο αυθόρμητη και ευέλικτη ζωή.

6. Η ανάλυση των πολλαπλών συγκρίσεων έδειξε οτι στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάζει η μέτρηση της κατάθλιψης κατά τον 2° μήνα της λοχείας με όλες τις άλλες μετρήσεις.
7. Η προγεννητική κατάθλιψη εμφανίζεται με την μεγαλύτερη εκατοστιαία αναλογία, ενώ η υψηλότερη μέση τιμή κατάθλιψης παρουσιάζεται την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό. Η χαμηλότερη εκατοστιαία αναλογία και μέση τιμή παρατηρούνται τον δεύτερο μήνα μετά τον τοκετό.
8. Με την ανάλυση συσχέτισης βρέθηκε οτι η κατάθλιψη στον 8° μήνα της κύησης προβλέπει 47.05%, 96.04% και 22.46% της διακύμανσης της κατάθλιψης κατά την πρώτη εβδομάδα, τον 2° και τον 6° μήνα μετά τον τοκετό, αντίστοιχα.
9. Η διάσταση της προσωπικότητας Ευρύτερη Κατανόηση (P) προβλέπει στατιστικά σημαντικά την κατάθλιψη σε ποσοστό 7.7%, κατά την μέτρηση που έγινε κατά την εβδομάδα του τοκετού. Η σχέση των δυο μεταβλητών βρέθηκε να είναι αντιστρόφως ανάλογη.
10. Η διάσταση της προσωπικότητας Εσωστρέφεια (I) βρέθηκε οτι προβλέπει στατιστικά σημαντικά την κατάθλιψη, ερμηνεύοντας 8.3% της διακύμανσης της κατάθλιψης κατά την μέτρηση που έγινε στους δύο μήνες μετά τον τοκετό. Η σχέση μεταξύ των δυο μεταβλητών βρέθηκε να είναι ευθύγραμμη.
11. Σε επόμενες μελέτες η έρευνα θα πρέπει να συμπεριλάβει και τους συντρόφους των πρωτοτόκων γυναικών και το μέγεθος του δείγματος θα πρέπει να είναι μεγαλύτερο.
12. Σε επόμενες μελέτες η έρευνα για την μελέτη της προσωπικότητας κατά την μετάβαση στην μητρότητα θα πρέπει να συμπεριλάβει εκτός από τη μελέτη της κατάθλιψης και την μελέτη του άγχους, της αυτοεκτίμησης και των θετικών συναισθημάτων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα μελέτη γίνεται μια σύντομη περιγραφή της προσωπικότητας, των παραγόντων που την διαμορφώνουν και αναφορά στην σημασία των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Επίσης γίνεται αναφορά στην εκτίμηση της προσωπικότητας με την χρήση των ερωτηματολογίων προσωπικότητας. Κατόπιν αναφέρονται οι έρευνες που έχουν γίνει για την μελέτη της προσωπικότητας κατά την εγκυμοσύνη ή/και την λοχεία και αφορούν την εξωστρέφεια, τον νευρωτισμό, την αυτοεκτίμηση, την αισιοδοξία, τον συναισθηματισμό, την σφαιρικότητα, την «σεξουαλική ταυτότητα» και την κυριαρχικότητα.

Ακολουθεί το κεφάλαιο που αφορά την κατάθλιψη, όπου γίνεται περιγραφή της διαταραχής. Στην συνέχεια περιγράφονται η προγεννητική κατάθλιψη και η επιλόχεια κατάθλιψης, η συχνότητα, οι αιτιολογικοί παράγοντες και η σχέση προγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης.

Μετά την καταγραφή των ερευνητικών ερωτημάτων περιγράφεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην έρευνα, γίνεται παρουσίαση του δείγματος που ήταν αρχικά 125 πρωτοτόκες έγκυες και ολοκλήρωσαν την συμμετοχή τους οι 97. Γίνεται παρουσίαση των εργαλείων συλλογής των δεδομένων, που είναι ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων και ατομικού ιστορικού που κατασκευάστηκε ειδικά για την μελέτη αυτή, το ερωτηματολόγιο των ψυχολογικών τύπων του Μ.Β.Τ.Ι. και το ερωτηματολόγιο αυτοεκτιμώμενης κατάθλιψης του Beck. Ακολουθεί η διαδικασία συλλογής των δεδομένων, στην μελέτη αυτή έγιναν πέντε διαδοχικές δειγματοληψίες, δύο κατά την διάρκεια της κύησης και τρεις κατά την διάρκεια της λοχείας, στο ίδιο δείγμα, με τα ίδια εργαλεία.

Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων με την χρήση του SPSS 11 και ακολουθεί η συζήτηση των αποτελεσμάτων. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν οτι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του χαρακτηριστικού της Εσωστρέφειας κατά τον 8° μήνα της κύησης και τον 6° μήνα μετά τον τοκετό σε σχέση με την Εσωστρέφεια που παρουσιάζει ο γενικός πληθυσμός. Η διάσταση προσωπικότητας Κριτική Θεώρηση (Judgment) βρέθηκε οτι παρουσιάζει οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ πρώτης και πέμπτης μέτρησης. Επίσης παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά και στις πέντε μετρήσεις στις διαστάσεις προσωπικότητας Κριτική Θεώρηση (Judgment) και Ευρύτερη Κατανόηση (Perception) σε σχέση με την ηλικία των

γυναικών. Επίσης βρέθηκαν ενδιαφέρουσες συσχετίσεις των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και του οικογενειακού εισοδήματος και του είδους του τοκετού.

Σε σχέση με την μελέτη της κατάθλιψης βρέθηκε οτι τα ποσοστά της προγεννητικής κατάθλιψης ήταν υψηλότερα από τα ποσοστά της επιλόχειας κατάθλιψης. Επίσης βρέθηκε οτι στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάζει η μέτρηση κατά τον 2° μήνα της λοχείας με όλες τις άλλες μετρήσεις. Ακόμη βρέθηκε οτι η διακύμανση της κατάθλιψης κατά τον 2° μήνα της λοχείας αξιολογείται σε ποσοστό 96,04% από την μέτρηση της κατάθλιψης κατά τον 8° μήνα της κύησης, το αντίστοιχο ποσοστό για την πρώτη εβδομάδα της λοχείας είναι 47,05% και για τον 6° μήνα της λοχείας είναι 22,46%.

Συσχετίζοντας τα αποτελέσματα των δεδομένων των δύο ερωτηματολογίων βρέθηκε οτι: κατά την μέτρηση που έγινε κατά την εβδομάδα του τοκετού η διάσταση της προσωπικότητας Ευρύτερη Κατανόηση (Perception) προβλέπει στατιστικά σημαντικά την κατάθλιψη σε ποσοστό 7.7%. Η σχέση των δυο μεταβλητών βρέθηκε να είναι αντιστρόφως ανάλογη. Ακόμη από την μέτρηση που έγινε δύο μήνες μετά τον τοκετό βρέθηκε οτι προβλέπει η διάσταση της προσωπικότητας Εσωστρέφεια (introversion) στατιστικά σημαντικά την κατάθλιψη, ερμηνεύοντας 8.3% της διακύμανσης της κατάθλιψης. Η σχέση μεταξύ των δυο μεταβλητών βρέθηκε να είναι ευθύγραμμη.

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των επαναληπτικών μετρήσεων κατάθλιψης και της ηλικίας, οικονομικού επιπέδου των οικογενειών των εγκύων, του είδους τοκετού, του φύλου του παιδιού και του προγραμματισμένου η όχι της κύησης.

Στο παράρτημα Α παρουσιάζονται στοιχεία που αφορούν τα ερωτηματολόγια. Συμπληρωματικά στοιχεία για την προσωπικότητα, την κατάθλιψη, την προγεννητική κατάθλιψη, την επιλόχεια κατάθλιψη και τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν παρουσιάζονται στο παράρτημα Β. Η μελέτη ολοκληρώνεται με την παρουσίαση της βιβλιογραφίας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α 1

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

1. Σκοπός

Στόχος αυτής της έρευνας είναι η μελέτη των πιθανών μεταβολών που συμβαίνουν στην γυναίκα κατά την διάρκεια της κύησης και της λοχείας καθώς και η μελέτη της κατάθλιψης που εκδηλώνεται κατά την κύηση και την λοχεία. Η συμμετοχή σας σε αυτήν την έρευνα θα αποτελέσει σημαντική συνεισφορά προς αυτόν τον σκοπό

2. Διαδικασία

Η έρευνα αυτή θα ξεκινήσει πριν συμπληρώσετε την 20η εβδομάδα της κύησης και θα ολοκληρωθεί 6 μήνες μετά τον τοκετό. Η δεύτερη συνάντηση θα γίνει περί την 35η εβδομάδα της κύησης, η τρίτη συνάντηση θα γίνει κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο την εβδομάδα μετά την τοκετό σας. Η τέταρτη συνάντηση θα γίνει 2 μήνες μετά τον τοκετό σας και η τελευταία 6 μήνες μετά τον τοκετό σας. Πριν από κάθε συνάντηση θα επικοινωνούμε τηλεφωνικά και θα ορίζουμε τον τόπο και τον χρόνο της συνάντησης. Για να γίνει η τρίτη συνάντηση μετά τον τοκετό παρακαλώ να επικοινωνήσετε εσείς μαζί μας στα τηλέφωνα που θα σας δοθούν. Σε περίπτωση αλλαγής τόπου κατοικίας ή αριθμού τηλεφώνου παρακαλώ ενημερώστε μας.

Σε κάθε συνάντηση θα σας δίνονται δύο ερωτηματολόγια που θα πρέπει να συμπληρωθούν κατά την συνάντηση μας, ο απαραίτητος χρόνος είναι 30-45 λεπτά. Όλα τα στοιχεία σας είναι απόρρητα και οι πληροφορίες που θα δώσετε θα αξιοποιηθούν για τον ερευνητικό σκοπό. Μπορείτε να διακόψετε τη συμμετοχή σας στην έρευνα οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία κύρωση.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας είναι πιθανό να παρουσιαστούν σε επιστημονικά συνέδρια ή να δημοσιευθούν σε επιστημονικά έντυπα. Για το σκοπό αυτό, τα δεδομένα θα παρουσιάζονται συνολικά ώστε να μην διακυβευτεί κατά κανέναν τρόπο η ανωνυμία σας. Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας τα δεδομένα θα βρίσκονται στη διάθεσή σας σε περίπτωση που τα ζητήσετε.

Για οποιαδήποτε επιπρόσθετη πληροφορία παρακαλώ επικοινωνήστε με την υπεύθυνη της έρευνας:
Μάρθα Μωραΐτου
031 791521

Όροι συμμετοχής
Κατανοώ τον σκοπό της έρευνας και γνωρίζω τους πιθανούς κινδύνους, τα οφέλη και τις απαιτήσεις που περιλαμβάνει.
Κατανοώ ότι είμαι ελεύθερη να διακόψω τη συμμετοχή μου οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία κύρωση ή προκατάληψη προς το πρόσωπό μου.
Κατανοώ πώς θα διαφυλαχθεί το απόρρητο των πληροφοριών που θα δώσω σε αυτό το ερευνητικό έργο.
Κατανοώ την προσδοκώμενη χρήση των δεδομένων, ιδίως σε ό,τι αφορά τη δημοσίευση και τη διάχυση των αποτελεσμάτων.

Όνομα: _____

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: _____

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α 2

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΚΥΟΥ – ΛΕΧΩΪΔΑΣ

Α/Α
ΟΝΟΜΑ:
ΕΠΙΘΕΤΟ:
ΕΠΙΘΕΤΟ ΣΥΖΥΓΟΥ:
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΣΠΟΥΔΕΣ:
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:
ΟΙΚΟΓ. ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ: 0-150.000 []
150.000-300.000 [] 450.000-600.000 []
300.000-450.000 [] 600.000 –άνω []

Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΥΗΣΗ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ [], ΤΥΧΑΙΑ []
Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΥΗΣΗ ΕΙΝΑΙ $1^{Η}$, $2^{Η}$, $3^{Η}$, $4^{Η}$, $5^{Η}$.
Τ.Ε.Ρ.
Π.Η.Τ.
ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ:* 1 2 3 4 5
ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΥΗΣΗΣ:
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ:
ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ:
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΠΑΦΗΣ:

ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ:* 1 2 3 4 5
ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΥΗΣΗΣ:
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ:
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:
ΕΠΟΜΕΝΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ:

ΤΟΚΕΤΟΣ:
ΦΥΛΟ ΝΕΟΓΝΟΥ:
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ:
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:
ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ:

ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ:* 1 2 3 4 5
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ:
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:
ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΛΟΧΕΙΑ:

*Η εκτίμηση γίνεται από την γυναίκα 1=καθόλου 2=λίγο 3=αρκετά 4=πολύ 5=απόλυτα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α 3

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΩΜΕΝΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΤΟΥ BECK

Επιλέξτε την δήλωση που περιγράφει **καλύτερα** τον τρόπο που αισθανόσαστε **την περασμένη εβδομάδα συμπεριλαμβανομένης της σημερινής ημέρας**. Αν περισσότερες από μία δηλώσεις μέσα σε μία ομάδα φαίνεται να σας εκφράζουν εξίσου, κυκλώστε κάθε μία από αυτές.

1. 0. Δεν νιώθω λυπημένη.
1. Νιώθω λυπημένη.
2. Είμαι λυπημένη διαρκώς και δεν μπορώ να ξεφύγω από αυτό.
3. Είμαι τόσο λυπημένη ή δυστυχισμένη που δεν μπορώ να το αντέξω.

2. 0. Δεν νιώθω ιδιαιτέρα αποθαρρημένη σχετικά με το μέλλον.
1. Νιώθω αποθαρρημένη σχετικά με το μέλλον.
2. Νιώθω ότι δεν έχω τίποτα να προσμένω.
3. Νιώθω ότι το μέλλον είναι απελπιστικό και ότι τα πράγματα δεν μπορούν να βελτιωθούν.

3. 0. Δεν νιώθω ότι είμαι αποτυχημένη.
1. Νιώθω ότι έχω αποτύχει περισσότερο από τον μέσο άνθρωπο.
2. Καθώς ανατρέχω στο παρελθόν μου, το μόνο που μπορώ να δω είναι πολλές αποτυχίες.
3. Νιώθω εξ' ολοκλήρου αποτυχημένη ως άνθρωπος.

4. 0. Ικανοποιούμαι τόσο από αυτά που κάνω, όσο συνήθιζα.
1. Δεν απολαμβάνω αυτά που κάνω, όπως συνήθιζα.
2. Δεν με ικανοποιεί αληθινά τίποτα πια.
3. Δεν είμαι ικανοποιημένη ή πλήττω με κάθε τι.

5. 0. Δεν νιώθω ιδιαίτερα ένοχη.
1. Νιώθω ένοχη αρκετές φορές.
2. Νιώθω αρκετά ένοχη τις περισσότερες φορές.
3. Νιώθω ένοχη διαρκώς.

6. 0. Δεν νιώθω ότι τιμωρούμαι.
1. Νιώθω ότι μπορεί να τιμωρηθώ.
2. Περιμένω ότι θα τιμωρηθώ.
3. Νιώθω ότι τιμωρούμαι.

7. 0. Δεν νιώθω απογοητευμένη από τον εαυτό μου.
1. Είμαι απογοητευμένη από τον εαυτό μου.
2. Ο εαυτός μου μού προκαλεί απηδία.
3. Μισώ τον εαυτό μου.

8. 0. Δεν νιώθω ότι είμαι χειρότερη από οποιονδήποτε άλλο.
1. Ασκώ κριτική στον εαυτό μου για τις αδυναμίες ή τα λάθη μου.
2. Κατηγορώ τον εαυτό μου διαρκώς για τα λάθη μου.
3. Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε τι άσχημο που συμβαίνει.

9. 0. Δεν σκέφτομαι καθόλου ν' αυτοκτονήσω.
1. Έχω σκέψεις αυτοκτονίας αλλά δεν θα τις πραγματοποιούσα.
2. Θα ήθελα ν' αυτοκτονήσω.
3. Θα αυτοκτονούσα αν είχα την ευκαιρία.

10. 0. Δεν κλαίω περισσότερο απ' ότι συνήθως.
1. Κλαίω περισσότερο απ' ότι συνήθιζα.
2. Κλαίω διαρκώς.
3. Μπορούσα να κλαίω, αλλά τώρα δεν μπορώ παρ' ότι το θέλω.

11. 0. Δεν εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ότι συνήθως.
1. Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι πιο εύκολα απ' ότι συνήθως.
2. Νιώθω διαρκώς εκνευρισμένη.
3. Δεν εκνευρίζομαι καθόλου με πράγματα, τα οποία συνήθιζαν να μ' εκνευρίζουν.

12. 0. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον για επαφή με άλλους ανθρώπους.
1. Ενδιαφέρομαι λιγότερο για επαφή με άλλους ανθρώπους απ' ότι συνήθιζα.
2. Έχω χάσει σε μεγάλο βαθμό το ενδιαφέρον μου για επαφή με άλλους ανθρώπους.
3. Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για επαφή με άλλους ανθρώπους.

13. 0. Η ικανότητά μου να παίρνω αποφάσεις παραμένει η ίδια.
1. Αναβάλλω τη λήψη αποφάσεων περισσότερο απ' ότι συνήθιζα.
2. Έχω μεγαλύτερη δυσκολία στη λήψη αποφάσεων απ' ότι παλαιότερα.
3. Δεν μπορώ καθόλου πλέον να παίρνω αποφάσεις.

14. 0. Δεν νιώθω πως η εμφάνισή μου είναι χειρότερη απ' ότι ήταν.
1. Ανησυχώ για το ότι φαίνομαι γεραισμένη ή μη ελκυστική.
2. Νιώθω ότι υπάρχουν μόνιμες αλλαγές στην εμφάνισή μου, οι οποίες με κάνουν μη ελκυστική.
3. Πιστεύω ότι φαίνομαι άσχημη.

15. 0. Μπορώ να εργάζομαι περίπου τόσο καλά όσο παλαιότερα.
1. Χρειάζεται να καταβάλλω μία επιπλέον προσπάθεια προκειμένου ν' αρχίσω να κάνω κάτι.
2. Πρέπει να πιέσω τον εαυτό μου πολύ σκληρά για να κάνω κάτι.
3. Δεν μπορώ να κάνω καμία δουλειά.

16. 0. Μπορώ να κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως.
1. Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθιζα.
2. Ξυπνώ 1-2 ώρες νωρίτερα απ' ότι συνήθως και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.
3. Ξυπνώ αρκετές ώρες νωρίτερα απ' ότι συνήθιζα και δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ.

17. 0. Δεν κουράζομαι περισσότερο απ' όσο συνήθως.
1. Κουράζομαι πιο εύκολα απ' ότι συνήθιζα.
2. Κουράζομαι κάνοντας σχεδόν οτιδήποτε.
3. Είμαι πολύ κουρασμένη για να κάνω οτιδήποτε.

18. 0. Η όρεξή μου δεν έχει αλλάξει.
1. Η όρεξή μου έχει ελαττωθεί.
2. Η όρεξή μου έχει ελαττωθεί σημαντικά.
3. Δεν έχω καθόλου όρεξη πια.

19. 0. Δεν έχω χάσει πολύ βάρος, αν όχι καθόλου, τελευταία.
1. Έχω χάσει περισσότερο από 2,5 κιλά.
2. Έχω χάσει περισσότερο από 5 κιλά.
4. Έχω χάσει περισσότερο από 7 κιλά.

Σκοπίμως προσπαθώ να χάσω βάρος τρώγοντας λιγότερο.
Ναι_____Όχι_____

20. 0. Δεν ανησυχώ περισσότερο για την υγεία μου απ' ότι συνήθως.
1. Ανησυχώ για σωματικά προβλήματα, όπως διάφοροι πόνοι ή στομαχικές διαταραχές ή δυσκοιλιότητα.
2. Ανησυχώ πολύ για σωματικά προβλήματα και μου είναι δύσκολο να σκεφτώ κάτι άλλο.
3. Ανησυχώ τόσο πολύ για τα σωματικά μου προβλήματα, που δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτε άλλο.

21. 1. Δεν έχω προσέξει κάποια πρόσφατη αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ.
2. Ενδιαφέρομαι λιγότερο για το σεξ απ' ότι συνήθιζα.
3. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για το σεξ τώρα.
4. Έχω χάσει εντελώς το ενδιαφέρον μου για το σεξ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α 4

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΥΠΩΝ ΤΟΥ Μ.Β.Τ.Ι.

Ποια απάντηση εκφράζει το πώς αισθάνεστε ή ενεργείτε συνήθως;

1. Όταν πάτε κάπου για όλη την ημέρα, προτιμάτε να:
   Α. σχεδιάζετε τι θα κάνετε και πότε, ή
   Β. απλώς να πάτε

2. Αν ήσασταν δάσκαλος –α θα προτιμούσατε να διδάσκετε:
   Α. θετικά μαθήματα, ή
   Β. θεωρητικά μαθήματα;

3. Είστε συνήθως:
   Α. κοινωνικός τύπος, ή
   Β. μάλλον ήσυχος και συνεσταλμένος;

4. Προτιμάτε:
   Α. να κανονίζετε ραντεβού, πάρτυ κλπ εκ των προτέρων, ή
   Β. να είστε ελεύθερος να κάνετε οτιδήποτε βρίσκεται διασκεδαστικό όταν έρθει η στιγμή;

5. Τα πάτε καλλίτερα συνήθως με τους:
   Α. ανθρώπους με φαντασία, ή
   Β. ρεαλιστές

6. Αφήνετε πιο συχνά:
   Α. την καρδιά σας να κυβερνά το κεφάλι σας, ή
   Β. το κεφάλι να κυβερνά την καρδιά σας;

7. Όταν βρίσκεστε με μια ομάδα ανθρώπων, προτιμάτε συνήθως να:
   Α. συμμετέχετε στη συζήτηση της ομάδας, ή
   Β. μιλάτε με τον καθένα ξεχωριστά;

8. Τα καταφέρνετε καλύτερα:
   Α. με το «απρόοπτο» και ενεργείτε «βλέποντας και κάνοντας», ή
   Β. ακολουθώντας προσεκτικά ένα μελετημένο σχέδιο;

9. Προτιμάτε να θεωρείτε τον εαυτό σας ένα:
   Α. πρακτικό άτομο, ή
   Β. άτομο με φαντασία;

10. Σ' ένα μεγάλο κύκλο ανθρώπων, συνήθως:
    Α. συστήνετε τους άλλους, ή
    Β. σας συστήνουν;

11. Θαυμάζετε περισσότερο τους ανθρώπους που είναι:
   Α. αρκετά συμβατικοί ώστε ποτέ να μην είναι προκλητικοί, ή
   Β. πρωτοπόροι και σίγουροι για τον εαυτό τους, ώστε να μην τους ενδιαφέρει το αν ξεχωρίζουν;

12. Το να ακολουθείτε ένα πρόγραμμα:
   Α. σας ελκύει, ή
   Β. σας περιορίζει;

13. Δημιουργείτε συνήθως:
   Α. στενές φιλίες με λίγους ανθρώπους, ή
   Β. γνωριμίες με πολλούς και διαφορετικούς ανθρώπους;
14. Η ιδέα να γράψετε ένα κατάλογο με το τι πρέπει να κάνετε το Σαββατοκύριακο:
   Α. σας ελκύει,
   Β. σας αφήνει αδιάφορο –η,
   Γ. σας καταπιέζει πολύ;

15. Ποιο έπαινο θεωρείτε σπουδαιότερο να σας αποδώσουν:
   Α. άτομο με γνήσια αισθήματα, ή
   Β. σταθερά λογικό άτομο;

16. Μεταξύ των φίλων σας, είστε:
   Α. από τους τελευταίους που μαθαίνουν τα νέα, ή
   Β. ενημερωμένος –η για όλα;

(Μόνο στην επόμενη ερώτηση αν δύο απαντήσεις είναι αληθείς, μπορείτε να σημειώσετε και τις δύο)

17. Στη καθημερινή σας δουλειά:
   Α. μάλλον απολαμβάνετε μια επείγουσα περίπτωση που σας υποχρεώνει να δουλέψετε με χρονικό περιορισμό,
   Β. απεχθάνεστε να δουλεύετε κάτω από πίεση,
   Γ. οργανώνετε τη δουλειά σας έτσι, ώστε να μη χρειαστεί να δουλέψετε κάτω από πίεση;

18. Προτιμάτε να έχετε φίλο –η κάποιο που:
   Α. έχει πάντα καινούργιες ιδέες, ή
   Β. είναι προσγειωμένος;

19. Α. Μιλάτε με ευκολία σχεδόν με οποιονδήποτε για όσο διάστημα χρειάζεται, ή
   Β. Βρίσκετε να πείτε πολλά μόνο σε ορισμένους ανθρώπους και υπό ορισμένες συνθήκες;

20. Όταν έχετε να κάνετε κάποια ιδιαίτερη δουλειά, σας αρέσει να:
   Α. την οργανώνετε προσεκτικά πριν να αρχίσετε, ή
   Β. ανακαλύπτετε τι χρειάζεται όπως προχωρείτε;

21. Συνήθως δίνετε περισσότερη σημασία:
   Α. στα συναισθήματα απ' ότι στη λογική
   Β. στη λογική απ' ότι στα συναισθήματα;

22. Όταν διαβάζετε κάτι για ψυχαγωγία:
   A. σας αρέσουν οι παράξενοι ή πρωτότυποι τρόποι έκφρασης, ή
   B. σας αρέσει να λένε οι συγγραφείς ακριβώς αυτό που εννοούν;

23. Μπορούν οι άνθρωποι που πρωτογνωρίζετε να καταλάβουν τα ενδιαφέροντα σας:
   A. αμέσως, ή
   B. μόνο αφού σας γνωρίσουν καλά;

24. Όταν είναι καθορισμένο από πριν να κάνετε κάτι σε μια ορισμένη στιγμή, το βρίσκετε:
   A. ευχάριστο, γιατί μπορείτε να κάνετε σχέδια ανάλογα, ή
   B. λίγο δυσάρεστο, γιατί αυτό σας δεσμεύει;

25. Όταν κάνετε κάτι που κάνουν πολλοί άλλοι άνθρωποι, σας ελκύει περισσότερο:
   A. να το κάνετε με τον κοινά αποδεκτό τρόπο, ή
   B. να ανακαλύπτετε ένα δικό σας τρόπο;

26. Συνήθως:
   A. δείχνετε τα αισθήματα σας ελεύθερα, ή
   B. τα κρατάτε για τον εαυτό σας;

Ποια λέξη σας ελκύει περισσότερο σε κάθε ζευγάρι;

Σκεφθείτε την σημασία των λέξεων και όχι πως φαίνονται ή ακούγονται.

27.	A.	προγραμματισμένο	απρογραμμάτιστο	B.
28.	A.	συγκαταβατικός -ή	ακλόνητος –η	B.
29.	A.	γεγονότα	ιδέες	B.
30.	A.	σκέψη	συναίσθημα	B.
31.	A	εγκάρδιος –α	ήσυχος –η	B.
32.	A.	πειστικό	συγκινησιακό	B.
33.	A.	δήλωση	έννοια	B.
34.	A.	αναλύω	συμπάσχω	B.
35.	A.	συστηματικός –η	αυθόρμητος -η	B.
36.	A.	δικαιοσύνη	ευσπλαχνία	B.
37.	A.	συνεσταλμένος –η	ομιλητικός –η	B.
38.	A.	συμπόνια	πρόβλεψη	B.
39.	A.	συστηματικό	τυχαίο	B.
40.	A.	ήρεμος –η	ζωηρός –ή	B.
41.	A.	ωφελήματα	χαρίσματα Θεού	B.
42.	A.	θεωρία	βεβαιότητα	B.
43.	A.	αποφασισμένος –η	αφοσιωμένος -η	B.
44.	A.	κυριολεκτικός –ή	μεταφορικός –ή	B.

45.	Α	σταθερός	εγκάρδιος	Β.
46.	Α.	δημιουργικός –ή	πρακτικός –ή	Β.
47.	Α.	ειρηνοποιός	κριτής	Β.
48.	Α.	κατασκευάζω	δημιουργώ	Β.
49.	Α.	μαλακός –ή	σκληρός –ή	Β.
50.	Α.	λογικός –ή	συναρπαστικός –ή	Β.
51.	Α.	συγχωρώ	ανέχομαι	Β.
52.	Α.	παραγωγή	σχεδιασμός	Β.
53.	Α.	παρόρμηση	απόφαση	Β.
54.	Α.	ποιος;	τι;	Β.
55.	Α.	μιλώ	γράφω	Β.
56.	Α.	με κατανόηση	επικριτικός	Β.
57.	Α.	ακριβής	νωχελικός	Β.
58.	Α.	συγκεκριμένος –η	αφηρημένος	Β.
59.	Α.	μεταβαλλόμενος –η	μόνιμος –η	Β.
60.	Α.	δύσπιστος –η	εύπιστος –η	Β.
61.	Α.	κτίζω	εφευρίσκω	Β.
62.	Α.	τακτικός –η	ξένοιαστος –η	Β.
63.	Α.	θεμέλιο	κορυφή	Β.
64.	Α.	γρήγορος –η	προσεκτικός –η	Β.
65.	Α.	θεωρία	εμπειρία	Β.
66.	Α.	κοινωνικός –η	μη κοινωνικός –η	Β,.
67.	Α.	σήμα	σύμβολο	Β.
68.	Α.	πάρτυ	θέατρο	Β.
69.	Α.	δέχομαι	αλλάζω	Β.
70.	Α.	συμφωνώ	συζητώ	Β.
71.	Α.	γνώριμο	άγνωστο	Β.

Ποιά απάντηση είναι πιο ακριβής για το πώς αισθάνεστε ή ενεργείτε συνήθως;

72. Θα λέγατε ότι:
    Α. είστε πιο ενθουσιώδης για κάποια πράγματα από το μέσο άνθρωπο, ή
    Β. είστε λιγότερο ενθουσιώδης για κάποια πράγματα απ' ότι οι άλλοι άνθρωποι;

73. Πιστεύετε ότι είναι μεγαλύτερο ελάττωμα να είναι κανείς:
    Α. ψυχρός –ή, ή
    Β. παράλογος –η;

74. Προτιμάτε να:
   A. τα κάνετε όλο την τελευταία στιγμή, ή
   B. αυτό το βρίσκετε εκνευριστικό;

75. Στα πάρτυ:
   A. μερικές φορές βαριέστε, ή
   B. πάντα διασκεδάζετε;

76. Βρίσκετε ότι η καθημερινή ρουτίνα είναι:
   A. ένας άνετος τρόπος για να κάνετε ότι πρέπει, ή
   B. επίπονη, ακόμα και όταν είναι απαραίτητο;

77. Όταν κάτι καινούργιο αρχίζει να γίνεται μόδα, είστε συνήθως:
   A. από τους πρώτους που θα το δοκιμάσει, ή
   B. δεν ενδιαφέρεστε και πολύ;

78. Όταν θυμηθείτε κάτι ασήμαντο που πρέπει να κάνετε ή να αγοράσετε:
   A. συχνά το ξεχνάτε μέχρι πολύ αργότερα,
   B. το σημειώνετε συνήθως σε χαρτί για να το θυμηθείτε, ή
   Γ. το κάνετε πάντα χωρίς υπενθυμίσεις;

79. Συνήθως είναι:
   A. εύκολο να σας καταλάβουν οι άλλοι, ή
   B. δύσκολο;

80. Στο τρόπο ζωής σας προτιμάτε να είστε:
   A. πρωτότυπος –η, ή
   B. συμβατικός –ή;

81. Όταν βρίσκεστε σε δύσκολη θέση, συνήθως:
   A. αλλάζετε θέμα,
   B. το γυρίζετε στο αστείο, ή
   Γ. μερικές μέρες αργότερα, σκέφτεστε τι έπρεπε να είχατε πει;

82. Ποιο είναι πιο δύσκολο για σας, να προσαρμοσθείτε:
   A. στη ρουτίνα, ή
   B. στη συνεχή αλλαγή;

83. Τι είναι πιο μεγάλος έπαινος να πείτε, ότι κάποιος έχει:
   A. διορατικότητα, ή
   B. κοινή λογική;

84. Όταν αρχίζετε μια σπουδαία εργασία που πρέπει να τη παραδώσετε σε μια εβδομάδα:
   A. αφιερώνετε χρόνο να κάνετε ένα κατάλογο με τα διαφορετικά πράγματα που πρέπει να γίνουν και με τη σειρά που θα γίνουν, ή
   B. «πέφτετε με τα μούτρα»;

85. Νομίζετε ότι είναι σπουδαιότερο να είστε ικανός –ή να :
   A. δείτε τις δυνατότητες σε μια κατάσταση, ή
   B. να προσαρμοστείτε στη πραγματικότητα όπως είναι;

86. Νομίζετε ότι οι άνθρωποι στο στενό σας περιβάλλον γνωρίζουν πως αισθάνεστε:
   A. για τα περισσότερα πράγματα, ή
   B. μόνο όταν έχετε κάποιο ιδιαίτερο λόγο να τους εξηγήσετε;

87. Προτιμάτε να εργάζεστε με κάποιο που είναι:
   A. πάντα καλός, ή
   B. πάντα δίκαιος;

88. Για να κάνετε μια δουλειά, βασίζεστε:
   A. στο να ξεκινάτε νωρίς ώστε να τελειώνετε έγκαιρα, ή
   B. στην αυξημένη ταχύτητα που αναπτύσσεται τη τελευταία ώρα;

89. Νομίζετε ότι είναι μεγαλύτερο ελάττωμα
   A. να παραδείξετε ζεστασιά, ή
   B. να μη δείξετε αρκετή;

90. Όταν είστε σε πάρτυ, σας αρέσει να :
   A. βοηθάτε να «ξεκινήσουν τα πράγματα», ή
   B. αφήνετε τους άλλους να διασκεδάσουν με τον τρόπο τους;

91. Προτιμάτε να:
   A. υποστηρίζετε τους καθιερωμένους τρόπους για να κάνει κανείς το καλό, ή
   B. αναλύετε τι φταίει και να καταπιάνεστε με τα άλυτα προβλήματα;

92. Ενδιαφέρεστε περισσότερο:
   A. για τα αισθήματα των ανθρώπων, ή
   B. για τα δικαιώματα τους;

93. Αν ένα Σάββατο πρωί σας ρωτούσαν τι σκοπεύετε να κάνετε εκείνη τη μέρα θα:
   A. μπορούσατε να περιγράψετε τα σχέδια σας λεπτομερώς, ή
   B. αναφέρατε περισσότερα απ' όσα θα μπορούσατε να κάνετε;

94. Αποφασίζοντας για κάτι σπουδαίο:
   A. πιστεύετε ότι μπορείτε να εμπιστευτείτε τις διαθέσεις σας για το τι είναι καλύτερο να κάνετε, ή
   B. νομίζετε ότι πρέπει να κάνετε αυτό που είναι λογικό, ανεξάρτητα απ' το πώς αισθάνεστε;

95. Θεωρείτε το μέρος της ημέρας που κυριαρχείται από ρουτίνα σαν:
   A. κάτι που σας ηρεμεί, ή
   B. βαρετό;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ψυχολογικές Θεωρίες

Ψυχοδυναμικές θεωρίες

Σύμφωνα με την κλασική ψυχανάλυση, η κατάθλιψη γίνεται κατανοητή σαν μια αποτυχία της φυσιολογικής διαδικασίας του πένθους και χαρακτηρίζεται από αρνητική αυτοκριτική, ενοχές, απώλεια της λίμπιντο και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Οι ψυχοδυναμικοί συγγραφείς δίνουν έμφαση στη σπουδαιότητα της έννοιας της απώλειας κατά την πρώτη παιδική ηλικία, καθώς και την ποιότητα της σχέσης μητέρας-παιδιού στον πρώτο χρόνο της ζωής, θεωρώντας τα παράγοντες που προδιαθέτουν και κάνουν τα άτομα ευάλωτα στην κατάθλιψη.

Σήμερα υπάρχουν πολλές ψυχοδυναμικές θεωρίες για την κατάθλιψη και παρά τις υπάρχουσες διαφορές τους μοιράζονται πολλά κοινά σημεία και έχουν ένα αριθμό κοινών βασικών υποθέσεων.

Όλες οι θεωρίες συμφωνούν οτι η κατάθλιψη έχει κάποιες ρίζες σε κάποια πολύ πρώιμη έλλειψη, που συχνά είναι η απώλεια ή η απειλή απώλειας ενός γονιού. Αυτό το πρωταρχικό τραύμα επανενεργοποιείται από κάποιο έντονο πρόσφατο γεγονός, όπως ένα διαζύγιο ή η απώλεια δουλειάς κ.α. Ανεξάρτητα του εκλυτικού γεγονότος το άτομο βυθίζεται ξανά στο πρωταρχικό τραύμα που βίωσε σαν παιδί. Συνέπεια αυτής της παλινδρόμησης είναι η αίσθηση της έλλειψης κάθε ελπίδας και βοήθειας, που το άτομο είχε νοιώσει στα αρχικά στάδια της ζωής του. Αυτή η αίσθηση αδυναμίας ελέγχου του περιβάλλοντος οδηγεί τον καταθλιπτικό στην απόσυρση από τον κοινωνικό περίγυρο. Η αμφιθυμία προς τα εσωτερικευμένα αντικείμενα είναι ουσιαστική για την κατανόηση του συναισθηματικού διλήμματος που βιώνει ο καταθλιπτικός. Οι καταθλιπτικοί προκειμένου να εξισορροπήσουν την χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοαντίληψή τους επιζητούν την κατανόηση και την επιβεβαίωση των άλλων. Η κατάθλιψη γίνεται συχνά η αιτία εξάρτησης του ατόμου από τους άλλους.

Ανθρωπιστική προσέγγιση

Η κατάθλιψη είναι μια αναμενόμενη αντίδραση σε μια μη αυθεντική ύπαρξη και τρόπο ζωής, όπου κυριαρχεί η αίσθηση οτι κάποιος δεν αξιοποιεί και δεν ζει σύμφωνα με το πραγματικό του δυναμικό. Οι καταθλιπτικοί δεν έχουν απλώς αισθήματα ενοχής, αλλά είναι ένοχοι, γιατί απέτυχαν να κάνουν τις κατάλληλες επιλογές που θα αξιοποιούσαν το δυναμικό τους και θα έπαιρναν τη ζωή τους στα χέρια τους. Οι καταθλιπτικοί εξαρτώνται συχνά από τους άλλους και η κατάθλιψη συχνά ακολουθεί την απώλεια μίας σημαντικής σχέσης, η μοναξιά αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα της κατάθλιψης.

Αλλά η μοναξιά δεν είναι κάτι που πρέπει να αποφεύγεται ή να θεραπεύεται, γιατί αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης φύσης και ως τέτοια θα πρέπει να γίνει αποδεκτή και να αξιοποιηθεί σαν μέσο προσωπικής εξέλιξης και ολοκλήρωσης.

Ο καταθλιπτικός θα πρέπει να λειτουργεί με βάση τις δικές του αξίες και πεποιθήσεις, έτσι θα μπορέσει κάποια στιγμή να έχει την αίσθηση της προσωπικής ολοκλήρωσης και να καταλάβει οτι η μοναξιά είναι συνυφασμένη με την ανθρώπινη ύπαρξη, να αναγνωρίσει την αξία της και να τη δεχθεί σαν στοιχείο ποιότητας και σαν κίνητρο εξέλιξης για την επίτευξη των προσωπικών στόχων.

Συμπεριφορικές θεωρίες

Σύμφωνα με τους συμπεριφοριστές, η κατάθλιψη οφείλεται στη σταδιακή εξαφάνιση των θετικών ενισχύσεων, αυτό συχνά παίρνει τη μορφή της γενικής ποιοτικής και ποσοτικής μείωσής τους και αφορά, κυρίως, την ελάττωση των κοινωνικών ενισχύσεων. Η κατάθλιψη συνδέεται με μια υπεργενικευμένη απάντηση, όπως ή απώλεια ενδιαφέροντος για πολλές δραστηριότητες, σε ένα συγκεκριμένο ερέθισμα, όπως η απώλεια εργασίας. Το πρόβλημα της υπεργενίκευσης έχει μελετηθεί, αλλά δεν υπάρχει ομοφωνία στην εξήγηση.

Κατά τον Skinner (1953) η κατάθλιψη είναι το αποτέλεσμα μίας διαδικασίας απόσβεσης. Κατά τον Fester (1973) το καταθλιπτικό άτομο βρίσκεται σε μια διαδικασία απόσβεσης, όπου δέχεται μειωμένο βαθμό ενίσχυσης, η απώλεια μιας κύριας πηγής ενίσχυσης οδηγεί σε μια μείωση όλων των συμπεριφορών που συνδέονται ή είναι οργανωμένες γύρω από το χαμένο ενισχυτή. Οι Wolpe και Lazarus (1966) επικεντρώνονται στο ρόλο της κλασικής εξάρτησης του άγχους. Μερικά ερεθίσματα μπορούν να προκαλέσουν εξαρτημένες συγκινησιακές

αντιδράσεις, τα άτομα αποφεύγουν να έρχονται σε επαφή με αυτά τα ερεθίσματα. Όταν μάλιστα τα συγκεκριμένα ερεθίσματα είναι επίσης συνδεδεμένα και με σημαντικέ πηγές ενίσχυσης, το άτομο αποκόπτεται από σημαντικές πηγές ικανοποίησης. Κατά τον Costello, η κατάθλιψη οφείλεται στη διάσπαση μιας αλυσίδας συμπεριφορών, που πιθανότατα οφείλεται στην απώλεια ενός από τους ενισχυτές της αλυσίδας, η γενική απώλεια ενδιαφέροντος του καταθλιπτικού είναι μια εκδήλωση της μείωσης της αποτελεσματικότητας των ενισχυτών. Κατά τον Lewinsohn (1975) το χαμηλό ποσοστό θετικής ενίσχυσης που ακολουθεί μια συμπεριφορά – αντίδραση του ατόμου σε σημαντικούς τομείς της ζωής του και/ή το υψηλό ποσοστό απωθητικών εμπειριών οδηγεί στη δυσφορία και στη μείωση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, καταλήγοντας στην κατάθλιψη. Κατά τον Coyne (1976) οι καταθλιπτικοί δημιουργούν ένα αρνητικό κοινωνικό περιβάλλον, όπου είτε η υποστήριξη των άλλων χάνεται, είτε οι αντιδράσεις τους είναι τόσο υποστηρικτικές όσο και εχθρικές.

Σύμφωνα με το Πολυπαραγοντικό Μοντέλο Κατάθλιψης του Lewinsohn (1985) οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως τα σοβαρά αρνητικά γεγονότα ή τα καθημερινά αρνητικά μικρογεγονότα, είναι σημαντικά γιατί είναι η αφορμή ή το ερέθισμα για την ενεργοποίηση της διαδικασίας προς την κατάθλιψη. Οι γνωστικοί παράγοντες είναι το φίλτρο διαμέσου του οποίου το άτομο αξιολογεί αυτό που του συμβαίνει και καθορίζει την αντίδραση του. Ακόμη υπάρχουν ιδιαίτεροι προδιαθεσικοί παράγοντες για κάθε άτομο, που ρυθμίζουν τον αντίκτυπο των αρνητικών καταστάσεων, άρα και τον τύπο και τη σοβαρότητα της κατάθλιψης.

Γνωστικές-συμπεριφορικές θεωρίες

Το μοντέλο «αυτοελέγχου» του Rehm (1977) δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη διαταραγμένη και προβληματική λειτουργία ορισμένων διαδικασιών, όπως η αυτοκαταγραφή ή αυτοπαρατήρηση, η αυτοεκτίμηση και η αυτοενίσχυση.

Το μοντέλο επίλυσης των διαπροσωπικών ή κοινωνικών προβλημάτων των D'Zurilla και Goldfried (1971) επικεντρώνεται στα διαπροσωπικά ή κοινωνικά προβλήματα που αφορούν το καθημερινό κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου, η επίλυση των οποίων γίνεται σε πέντε στάδια στην αναγνώριση της ύπαρξης προβληματικής κατάστασης, στην περιγραφή του προβλήματος, στην εύρεση εναλλακτικών λύσεων, στην επιλογή της καλύτερης και αποτελεσματικότερης λύσης και στην εφαρμογή της λύσης στην πραγματική ζωή.

Η θεωρία της «μαθημένης ανικανότητας» του Seligman (1975) λέει οτι η παθητικότητα ενός ατόμου και η αίσθηση οτι δεν είναι ικανό να δράσει και να ελέγξει τη ζωή του δημιουργείται μέσα από δυσάρεστες και τραυματικές εμπειρίες, τις οποίες το άτομο προσπαθεί ανεπιτυχώς να ελέγξει. Η παθητικότητα και η αίσθηση αδυναμίας ελέγχου της προσωπικής ζωής θεωρούνται υπεύθυνες και ικανές να οδηγήσουν το άτομο στην κατάθλιψη. Οι Abramson, Seligman και Teasdale (1978) είπαν οτι όταν το άτομο ανακαλύψει οτι βρίσκεται στην κατάσταση της μαθημένης ανικανότητας αναρωτιέται γιατί και αποδίδει αιτίες. Μπορεί να πιστεύει οτι τα αίτια είναι εσωτερικά ή εξωτερικά, οτι οφείλονται σε σταθερούς ή ασταθείς παράγοντες, οτι είναι σφαιρικά ή συγκεκριμένα. Τα άτομα με προδιάθεση στην κατάθλιψη αποδίδουν τα μη ελεγχόμενα αρνητικά αποτελέσματα σε εσωτερικούς, σφαιρικούς και σταθερούς παράγοντες και τα θετικά αποτελέσματα σε εξωτερικούς, ασταθείς και συγκεκριμένους παράγοντες. Οι Abramson, Metalsky και Alloy (1989) ανέπτυξαν τη θεωρία «της έλλειψης ελπίδας ή απελπισίας» και είπαν οτι η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα της προσδοκίας οτι τα θετικά και επιθυμητά γεγονότα δεν θα συμβούν ή οτι τα αρνητικά και ανεπιθύμητα γεγονότα και καταστάσεις θα συμβούν και οτι καμία αντίδραση δεν μπορεί να αλλάξει την κατάσταση.

Ο Rotter (1954, 1972) με βάση τη θεωρία του «κέντρου ελέγχου», χωρίζει τα άτομα σε αυτά που πιστεύουν οτι οι ενισχύσεις εξαρτώνται από τη δική τους συμπεριφορά, ικανότητες και δεξιότητες, σε αυτούς που πιστεύουν οτι οι ενισχύσεις δεν έχουν σχέση με τους ίδιους αλλά από άτομα που έχουν εξουσία, από την τύχη, το πεπρωμένο κ.λ.π. Τα άτομα με εσωτερικό έλεγχο ξεπερνούν ευκολότερα, από τα άτομα με εξωτερικό έλεγχο, τα ψυχολογικά προβλήματα και τις δυσκολίες και προσαρμόζονται γρηγορότερα στο περιβάλλον.

Η θεωρία της κατάθλιψης του Beck είναι ή ποιο γνωστή από τις γνωστικές θεωρίες για την κατάθλιψη. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή η κατάθλιψη δεν θεωρείται μια διαταραχή της διάθεσης, αλλά μάλλον η συνέπεια των αρνητικών λανθασμένων και παράλογων ερμηνειών της πραγματικότητας και των αντικειμενικών εμπειριών και γεγονότων. Για τον Beck (1971) τα συναισθήματα είναι στενά συνδεδεμένα με τις σκέψεις και τις ιδέες ενός ατόμου. Η συναισθηματική αντίδραση ενός ατόμου καθορίζεται από τον τρόπο με τον οποίο οργανώνει τις εμπειρίες του. Η διαφορά μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού βρίσκεται στον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η πραγματικότητα, οι καταθλιπτικοί αντιλαμβάνονται τα γεγονότα με τρόπο λανθασμένο και μη ρεαλιστικό. Ο Beck (1988) υποστηρίζει πως στους

καταθλιπτικούς ασθενείς παρατηρούνται σφάλματα στον τρόπο σκέψης (επιλεκτική αφαίρεση, υπερ-γενίκευση, διχοτομική σκέψη, υπερβολές κ.ά.) καθώς και αρνητισμός, ο οποίος εκφράζεται μέσω της «αρνητικής γνωστικής τριάδας»: αρνητική αντίληψη για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον.

Συμπτώματα

Το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη διακατέχεται από «ένα αφόρητο ψυχικό άλγος, το όποίο είναι χειρότερο από οποιονδήποτε σωματικό πόνο» (Τρίκκας, 2001). Η κατάθλιψη «είναι θάνατος» (Μπαλλής, 2000).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η κατάθλιψη ορίζεται κυρίως από τα συμπτώματά της που είναι ποικίλα και συχνά εκδηλώνονται τόσο με τρόπο ψυχολογικό όσο και οργανικό. Στη βιβλιογραφία περιγράφονται πολυάριθμα συμπτώματα. Θα πρέπει όμως να έχουμε υπόψη οτι τα ίδια αυτά συμπτώματα μπορεί να είναι παρόντα και σε άλλες διαταραχές εκτός από την κατάθλιψη. Σε γενικές γραμμές, τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής :

α) Συμπτώματα σχετικά με το συναίσθημα: λύπη, θλίψη, άγχος, ενοχές, θυμός, εχθρότητα, εκνευρισμός, ευερεθιστότητα.

β) Συμπτώματα συμπεριφοράς: διέγερση, καταθλιπτικό προσωπείο και στάση σώματος, ψυχοκινητική επιβράδυνση, αργή ομιλία και σκέψη, κλάμα και απόπειρες αυτοκτονίας.

γ) Συμπτώματα σχετικά με τις στάσεις απέναντι στον ίδιο τον εαυτό και στο περιβάλλον: αυτομομφή, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα ανημποριάς, απαισιοδοξίας και απελπισίας, σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας.

δ) Συμπτώματα γνωστικής εξασθένισης: μειωμένη ικανότητα σκέψης και αδυναμία συγκέντρωσης.

ε) Συμπτώματα σχετικά με οργανικές αλλαγές (μεταβολές) και ενοχλήσεις (νευροφυτικά συμπτώματα): αδυναμία να βιώσει κανείς ευχαρίστηση, απώλεια όρεξης, διαταραχές ύπνου, απώλεια ενέργειας και εξάντληση, μείωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος και παράπονα για οργανικά προβλήματα (Κλεφτάρας, 1998).

Υπολογίζεται οτι το 1% των καταθλιπτικών ασθενών πεθαίνει αυτοκτονώντας μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου (Μάνος, 1997). Τα 2/3 των καταθλιπτικών αρρώστων κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας, και ένα ποσοστό 10-15% αυτοκτονούν. Οι αυτοκτονίες αποπειρώνται στην έναρξη ή

στην αποδρομή του επεισοδίου της κατάθλιψης, επειδή τότε μόνο οι άρρωστοι έχουν τη δυνατότητα να πάρουν κάποια απόφαση και να την πραγματοποιήσουν. Ενίοτε πριν από την αυτοκτονία τους, είναι δυνατόν να σκοτώσουν αγαπημένα πρόσωπα, όπως παιδιά, σύζυγο ή αδελφό (διευρυμένη αυτοκτονία ή σύνδρομο της Μήδειας) (Μπαλλής, 2000).

Ο αριθμός των αυτοκτονιών κατά ηλικιακές ομάδες, δεν είναι ίδιος κατά τις εποχές του έτους. Οι νέοι κάτω των 21 ετών αυτοκτονούν συχνότερα το φθινόπωρο και το χειμώνα, ενώ οι ηλικιωμένοι, άνω των 60 χρόνων, την άνοιξη και το καλοκαίρι. Έχει υπολογιστεί οτι το 50% από τις απόπειρες αυτοκτονίας πραγματοποιείται το βράδυ (από 6-7 μ.μ. ως 12 ή 1π.μ.) επίσης υπάρχει αύξηση στις απόπειρες αυτοκτονίας κατά τις γιορτές και το Σαββατοκύριακο, λόγω αύξησης του αισθήματος μοναξιάς και της ψυχικής πίεσης από το γεγονός αυτό. Πάντως, οι απόπειρες που γίνονται το πρωί (1-9 π.μ.) είναι γενικά πιο επικίνδυνης πρόγνωσης για τη ζωή (Κούρος, Βουρδουμπά, & Καρκάνη, 2001).

Συχνά, τα καταθλιπτικά συμπτώματα φαίνονται παράλογα στους τρίτους. Το άτομο, για παράδειγμα, που αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως ανίκανο και αποτυχημένο μπορεί να φαίνεται στα μάτια των άλλων το ίδιο ικανό και αποτελεσματικό, όπως πριν την κατάθλιψη. Ακόμα, όταν οι άλλοι αντιλαμβάνονται κάποιες αλλαγές στη συμπεριφορά του καταθλιπτικού, δεν φαντάζονται οτι αυτές οι αλλαγές είναι μόνιμες, πράγμα που όμως πιστεύει ο καταθλιπτικός. Για το χρονικό διάστημα που το περιβάλλον του καταθλιπτικού δεν μπορεί να καταλάβει όλη αυτή την αρνητική διαδικασία την οποία βιώνει ο ίδιος και είναι τόσο διαβρωτική και διεισδυτική, τα συμπτώματα αντιμετωπίζονται με αμηχανία και οι σκέψεις του καταθλιπτικού ατόμου φαίνονται άστοχες και παράλογες. Στο βαθμό που οι άλλοι περιμένουν από το άτομο να «ξεπεράσει δυναμικά» την κατάθλιψή του και να «σταματήσει να λυπάται τον εαυτό του», είναι πιθανόν οτι θα δημιουργηθούν σοβαρές συγκρούσεις και ένταση, γεγονός που θέτει σε λειτουργία μια αλυσίδα από παρεξηγήσεις, αυξανόμενες ενοχές και αισθήματα απελπισίας (Κλεφτάρας, 1998).

Τουλάχιστον το 50% των ασθενών περιγράφουν διακυμάνσεις των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της ημέρας, με χαρακτηριστική όμως επιβάρυνση τις πρωινές ώρες (Μπαλλής, 2000).

Χαρακτηριστικά σχετικά με την ηλικία.

Αν και τα βασικά χαρακτηριστικά ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου είναι ίδια στα νήπια, τα παιδιά, τους έφηβους και τους ενήλικους, εντούτοις υπάρχουν ορισμένα συμπτώματα που διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία.

Έτσι ορισμένα σωματικά ενοχλήματα, ευερεθιστότητα και κοινωνική απόσυρση είναι πιο συχνά στα παιδιά, ενώ η ψυχοκοινωνική επιβράδυνση, υπερυπνία, και παραληρητικές ιδέες είναι λιγότερο συχνά στην προεφηβεία απ' οτι στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή. Σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια συχνά εμφανίζονται μαζί με άλλες ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα διαταραχές ελαττωματικής προσοχής και διασπαστικής συμπεριφοράς και αγχώδεις διαταραχές. Σε έφηβους τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια συχνά εμφανίζονται με διαταραχές ελαττωματικής προσοχής και διασπαστικής συμπεριφοράς, με αγχώδεις διαταραχές, με διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες και με διαταραχές στην πρόσληψη τροφής.

Έτσι, στα προεφηβικά χρόνια μπορεί να αναπτυχθεί άγχος αποχωρισμού, και να κάνει το παιδί να προσκολληθεί, να αρνείται να πάει στο σχολείο και να φοβάται οτι οι γονείς του θα πεθάνουν. Σε έφηβους μπορεί να εμφανιστεί αρνητική ή καθαρά αντικοινωνική συμπεριφορά, τάσεις φυγής από το σπίτι, αίσθημα έλλειψης κατανόησης και επιδοκιμασίας, ανησυχία, εκνευρισμός, ευερεθιστικότητα και επιθετικότητα είναι συχνά, όπως και η απομάκρυνση από κοινωνικές δραστηριότητες, η απομόνωση και προβλήματα με το σχολείο. Μπορεί να εμφανιστεί ιδιαίτερη ευαισθησία στην απόρριψη στις ετεροφυλικές σχέσεις. Μπορεί να εμφανιστεί εξάρτηση σε ψυχοδραστικές ουσίες (Μάνος, 1997).

Πορεία

Η διάρκεια της κατάθλιψης στην πιο σοβαρή μορφή της μπορεί να διαρκέσει όσο η ζωή του ανθρώπου (Χριστοδούλου, 2001).

Η πορεία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, υποτροπιάζουσας ποικίλει. Ορισμένα άτομα έχουν μεμονωμένα επεισόδια και ανάμεσα τους πολλά χρόνια χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα, άλλοι έχουν αλλεπάλληλα επεισόδια και άλλοι συνεχώς και περισσότερα επεισόδια καθώς προχωράει η ηλικία. Ο αριθμός των προηγούμενων επεισοδίων προλέγει την πιθανότητα για επόμενο επεισόδιο. Περίπου το 50%-60% των ατόμων με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, μοναδικό επεισόδιο αναμένεται να

έχουν και δεύτερο επεισόδιο. Το ποσοστό αυτό γίνεται 70%, να έχουν ένα τρίτο, μετά το δεύτερο και 90% να έχουν ένα τέταρτο (Μάνος, 1997).

Επιπτώσεις

Η κατάθλιψη έχει χαρακτηρισθεί σαν το αίσθημα του ατόμου πως το ίδιο δεν έχει καμία αξία, πως ο κόσμος είναι χωρίς σημασία και το μέλλον χωρίς προοπτική. Με άλλα λόγια είναι η άρνηση των τριών βασικών αναγκών, της αγάπης, της κατανόησης και της δυνατότητας επιλογής. ο τρόπος που αντιμετωπίστηκαν αυτές οι ανάγκες μας όταν ήμασταν παιδιά αντανακλά στον τρόπο αντιμετώπισης οποιασδήποτε απώλειας στη μετέπειτα ζωή μας (Sanders, 1989).

Μελετητές του φαινομένου υπολογίζουν οτι εκατό εκατομμύρια (Κλεφτάρας, 1998) άνθρωποι στον πλανήτη υποφέρουν από κατάθλιψη και οι επιπτώσεις της διαταραχής, όπως ο κίνδυνος της αυτοκαταστροφής, η δυσκολία δημιουργίας και διατήρησης των στενών προσωπικών, αλλά και των επαγγελματικών σχέσεων, οι επιπτώσεις στην οικογένεια και ιδιαίτερα στα παιδιά, ο αλκοολισμός, η κατάχρηση ουσιών, η κατάχρηση των υπηρεσιών υγείας, η πρώιμη συνταξιοδότηση και ο μεγάλος αριθμός ημεραργιών, είναι μεγάλες (Χριστοδούλου, 2001). Ευθύνεται περισσότερο από κάθε άλλη πάθηση για τις απουσίες από το σχολείο και την εργασία, και για την μείωση της παραγωγικότητας, στο ηλικιακό φάσμα των 15-45 ετών (Στεφανής, 2002). Υπολογίσθηκε οτι το κόστος των επιπτώσεων από την κατάθλιψη στις ΗΠΑ για το έτος 1990, ανέρχεται σε 53 δισεκατομμύρια δολάρια, ποσό συγκρίσιμο με τα αντίστοιχα για τον καρκίνο, τη στεφανιαία νόσο και το AIDS. (Meagher, & Murray, 1997).

Η κατάθλιψη έχει την μεγαλύτερη συνοσηρότητα με την κατάχρηση και την εξάρτηση από τα οινοπνευματώδη, με ποσοστό που υπερβαίνει το 30% (Στεφανής 2002). Επίσης η κατάθλιψη, σαν παράγοντας ατομικής προδιάθεσης που βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με την προσωπικότητα και το κοινωνικό περιβάλλον, οδηγεί σε συμπεριφορές που καταστέλλουν την υγεία (Ποταμιάνος, 1995).

Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή έχει υψηλή θνησιμότητα, όπως αναφέρθηκε παραπάνω 15% των πασχόντων πεθαίνουν αυτοκτονώντας, ο κίνδυνος αυτοκτονίας μεγαλώνει με την ηλικία και φτάνει στο τετραπλάσιο σε άτομα άνω των 55 ετών (Μάνος, 1997).

Πρόληψη

Η σημασία της πρόληψης των καταθλιπτικών καταστάσεων είναι πολύ σημαντική, αφού πέραν των επιπτώσεων στην υγεία του ατόμου που υποφέρει από κατάθλιψη, οι καταστάσεις αυτές συνδέονται με απόπειρες αυτοκαταστροφής ή και με την ίδια την αυτοκτονία (Μαδιανός, 2001)

Η πρόληψη της κατάθλιψης μπορεί να γίνει στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με γενετική συμβουλευτική, με συμβουλευτική στο σχολείο και στην οικογένεια, με φροντίδα της μητρότητας (Χριστοδούλου, 2001).

Ομάδες ιδιαίτερα ευπαθείς στην κατάθλιψη, στις οποίες είναι δυνατή η προληπτική παρέμβαση είναι οι γυναίκες της εργατικής τάξης, με προβλήματα συναισθηματικής επαφής με το σύντροφό τους, με περισσότερα από 3 παιδιά, χωρίς εργασία και με πρώιμη αποστέρηση της μητέρας τους, οι οποίες αντιμετωπίζουν αρνητικά γεγονότα ζωής ή χρόνιες δυσκολίες, οι γυναίκες μετά την κύηση, τα άτομα μετά το πένθος, τα άτομα εθνικών ή πολιτισμικών μειονοτήτων κ.α. (Μαυρέας, 2001).

Πρόσφατες μελέτες συνδέουν την αυτοκτονικότητα με χαμηλά επίπεδα κλάσματος HDL της χοληστερόλης στο αίμα, η επιβεβαίωση των ευρημάτων θα μπορούσε να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της αυτοκτονικής και επιθετικής συμπεριφοράς (Ρόντος, Ρίζος, & Σταθόπουλος, 2000).

Η κατάθλιψη στις γυναίκες έχει, σε σχέση με τους άνδρες, πρωιμότερη έναρξη, υψηλότερη συχνότητα υποτροπών, μακρότερη πορεία και μικρότερη συχνότητα αυτόματης ύφεσης. Τα παραπάνω είναι δυνατόν να οφείλονται σε συνδυασμό των ειδικών παραγόντων ψυχικής καταπόνησης των γυναικών και στο γεγονός οτι, μετά την εμφάνιση του πρώτου επεισοδίου κατάθλιψης, «η αρρώστια φέρνει αρρώστια». Η πορεία της κατάθλιψης επιπλέκεται περαιτέρω από το γεγονός οτι οι γυναίκες με κατάθλιψη παρουσιάζουν συχνή συνοσηρότητα άλλων σωματικών και ψυχικών διαταραχών, που σχετίζονται με μειωμένη συχνότητα επισήμανσης και δυσμενέστερη πρόγνωση. Η πιθανότητα αυτοκαταστροφής είναι μικρότερη στις γυναίκες από οτι στους άντρες, ενώ είναι 6 φορές μικρότερη κατά το πρώτο έτος μετά τον τοκετό, από οποιοδήποτε άλλο έτος, παρά την μεγάλη νοσηρότητα από ψυχικές νόσους στη διάρκεια αυτού του έτους (Meagher, & Murray, 1997).

Θεραπεία

Η κατάθλιψη είναι μια θεραπεύσιμη διαταραχή, με θεραπευτική δυνατότητα που παραλληλίζεται με εκείνη των χρόνιων σωματικών νόσων, όπως η υπέρταση και ο διαβήτης. Υπάρχει δυνατότητα επιλογής από μεγάλη ποικιλία φαρμακευτικών ουσιών και εναλλακτικών της φαρμακευτικής θεραπείας, όπως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία και η ψυχοθεραπεία. Τα καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται όταν η φαρμακοθεραπεία συνδυαστεί με ψυχοθεραπεία.

Τα **αντικαταθλιπτικά φάρμακα** χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των οξέων καταθλιπτικών επεισοδίων, την ανακούφιση των πιο χρονιών καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπιαζόντων καταθλιπτικών επεισοδίων. Τα αντικαταθλιπτικά προκαλούν άνοδο του θυμικού και διεγείρουν τις ψυχικές λειτουργίες, γι' αυτό καλούνται και θυμοαναληπτικά ή ψυχοδιεγερτικά ή ψυχοκινητικά. Τα αντικαταθλιπτικά βελτιώνουν την ψυχική διάθεση, προκαλούν ευφορία και αυξάνουν την πνευματική δραστηριότητα του ατόμου (Τσόχας, 1996).

Βρέθηκε στο ΕΝΥ ασθενών με κατάθλιψη μείωση του κύριου μεταβολίτη της σεροτονίνης (5-HT) και της νοραδρεναλίνης (NA) με αποτέλεσμα την διαταραχή _ σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης στον εγκέφαλο. (Grahame-Smith, & Aronson, 2001). Τα αντικαταθλιπτικά παρεμποδίζουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης στις συνάψεις, ανάμεσα στον πρό- και μετά-συναπτικό νευρώνα (Τσόχας, 1996).

Τα αντικαταθλιπτικά διαιρούνται σε δύο κατηγορίες, στα προφυλακτικά κρίσεων (άλατα λιθίου) και στα αμιγή. Τα αμιγή διακρίνονται στα θυμοληπτικά (τρι- και τετρακυκλικά) και στα θυμερεθιστικά ή ΙΜΑΟ (ανασταλτικά της μοναμινοξιδάσης, ΜΑΟ*). Τα θυμοληπτικά διακρίνονται σε αγχολυτικά, ανύψωσης θυμικού και αντιανασταλτικά, ενδείκνυνται στην αντιμετώπιση των καταθλίψεων αντιδραστικού ή νευρωσικού χαρακτήρα. Τα θυμερεθιστικά ενδείκνυνται στη θεραπεία των καταθλίψεων που χαρακτηρίζονται από ισχυρή ψυχοκινητική αναστολή ή απάθεια (Τσόχας, 1996).

---

* Οι αναστολείς της μοναμινοξιδάσης αναστέλλουν τον μεταβολισμό των μονοαμίνων, όπως η σεροτονίνη, η νοραδρεναλίνη και η ντοπαμίνη (Grahame-Smith, & Aronson, 2001).

Τα νεώτερα αντικαταθλιπτικά διακρίνονται σε: αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, της νοραδρεναλίνης, της ντοπαμίνης και τους μη εκλεκτικούς αναστολείς της μοναμινοξιδάσης, ανταγωνιστές α2-αδρενεργικών υποδοχέων και βενζοδιαζεπίνες.

Τα νεώτερα αντικαταθλιπτικά δεν παρουσιάζουν ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως ξηροστομία, δυσχέρεια ούρησης, γλαύκωμα, βραδυκαρδία κ.α. (Τσόχας,1996)

Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά και ιδιαίτερα οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης έχουν δείξει οτι είναι αποτελεσματικά, καλώς ανεκτά και ασφαλή σε υπερβολική δόση. Έτσι μαζί με τα τρικυκλικά θεωρούνται φάρμακα πρώτης γραμμής για την κατάθλιψη (Μάνος, 1997).

Άλλη κατηγορία ψυχοφαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι:

1.Τα μείζονα ηρεμιστικά (αντιψυχωτικά ή νευροληπτικά) χρησιμοποιούνται στην κατάθλιψη όταν υπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, σύγχυση, ή υπερβολικό άγχος, σε συνδυασμό με τρικυκλικά ή ηλεκτροσόκ, όταν από μόνα τους δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν την κατάσταση.

2.Τα ελάσσονα ηρεμιστικά μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να ανακουφίσουν από το άγχος, την ανησυχία, τον εκνευρισμό ή την αϋπνία. (Μάνος, 1997).

Για όλα τα παραπάνω φάρμακα απαιτείται εξατομίκευση της δόσης. Η θεραπεία ξεκινά με μικρές δόσεις που προοδευτικά αυξάνονται με παράλληλη κλινική παρακολούθηση του ασθενή. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα εμφανίζεται μετά την πάροδο 15-20 ημερών (Τσόχας, 1996).

Η **σπασμοθεραπεία** συνίσταται στην πρόκληση ενός μεγάλου επιληπτικού παροξυσμού. Εφαρμόστηκε το 1935 για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, με την χορήγηση ελαιώδους διαλύματος καμφοράς 25%, σε ενδομυϊκή ένεση περίπου 40 ml. Αργότερα διαπιστώθηκε οτι αντιμετώπιζε καλύτερα την κατάθλιψη από την σχιζοφρένεια και ο επιληπτικός παροξυσμός επιτεύχθηκε με ηλεκτρικό ρεύμα 50-60 κύκλων το οποίο σε ένταση 80-150 Volt διοχετεύεται με δύο ηλεκτρόδια για 0,1-1 δευτερόλεπτο στον ανθρώπινο εγκέφαλο (Φωτιάδης, 1988).

Τα **ηλεκτροσόκ**, κυρίως ενδείκνυνται στις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη είναι τόσο βαριά που κινδυνεύει η ζωή του ασθενή και που η ταχεία βελτίωση είναι αναγκαία, όπως στις περιπτώσεις «κατατονικής» κατάθλιψης, ή σε

σοβαρό κίνδυνο αυτοκτονίας. (Μάνος, 1997). Έχει αποδειχθεί σε μετα-ανάλυση οτι η απαντητικότητα της ηλεκτροθεραπείας είναι κατά 20% ανώτερη της θεραπείας με τρικυκλικά και κατά 45% ανώτερη εκείνης με αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (Αλεβίζος, 1999).

Ψυχοθεραπείες

Αν και ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας είναι ο πιο αποτελεσματικός στη θεραπεία της κατάθλιψης, η ψυχοθεραπεία μπορεί μόνη να είναι αποτελεσματική σαν μονοθεραπεία, ιδίως στους ασθενείς με ελαφρά καταθλιπτική συμπτωματολογία (Αλεβίζος, 1999).

Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία είναι, ίσως, η πιο διαδεδομένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στην κατάθλιψη. Η κατάθλιψη, σαν σύνδρομο, βοηθείται κατά την ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, έμμεσα, σαν αποτέλεσμα των διαπροσωπικών σχέσεων, της εμπιστοσύνης προς τα άλλα άτομα, των αμυντικών μηχανισμών κ.λ.π. Η βελτίωση έρχεται μέσα από την εξέταση, επαναβίωση και ερμηνεία σημαντικών προβλημάτων και συγκρούσεων της παιδικής ηλικίας, καθώς επανεμφανίζονται στη μεταβιβαστική σχέση θεραπευτή-ασθενή. Όλα αυτά αφορούν μακράς διάρκειας ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, η οποία ενδείκνυται για τις περιπτώσεις που η ζωή του ατόμου είναι χρόνια διαταραγμένη από ασυνείδητες συγκρούσεις (Μάνος, 1997).

Πολλές φορές ή βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία μπορεί να αποβεί πολύ αποτελεσματική, μπορεί να είναι υποστηρικτική, με χαρακτηριστικά επείγουσας παρέμβασης και ανακούφισης των συμπτωμάτων ή μπορεί να χρησιμοποιήσει συγκεκριμένες εστιακές τεχνικές, να είναι δηλαδή βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία.

Η διαπροσωπική θεραπεία είναι μια βραχείας διάρκειας θεραπεία που περιλαμβάνει συνδυασμό υποστήριξης, φαρμακοθεραπείας, διδασκαλίας της φύσης, των χαρακτηριστικών και της πορείας του καταθλιπτικού συνδρόμου και κυρίως εστιάζεται στην αναγνώριση και βελτίωση του χειρισμού των διαπροσωπικών προβλημάτων, όπως το πένθος και κάθε μορφής απώλεια, διαπροσωπικές διαμάχες, αλλαγές ρόλου στη ζωή κ.λ.π. που θεωρούνται οτι σχετίζονται με την κατάθλιψη (Μάνος, 1997).

Η διαπροσωπική θεραπεία εστιάζει στα τρέχοντα διαπροσωπικά προβλήματα του ασθενή με βάση την υπόθεση οτι αυτά έχουν τις ρίζες τους σε πρώιμες

δυσλειτουργικές σχέσεις και οτι αυτά μπορεί να υπεισέρχονται στην εκδήλωση και διατήρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Μελέτες έχουν δείξει οτι η διαπροσωπική θεραπεία είναι αποτελεσματική στη θεραπεία του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου και μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματική από άλλες θεραπείες (Αλεβίζος, 1999).

Η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη βελτίωση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης, καθώς παρέχει υποστήριξη, αναγνώριση διαπροσωπικών προβλημάτων και εσφαλμένων παραδοχών, και την ευκαιρία για δοκιμή νέων διαπροσωπικών τεχνικών που είναι πιο προσαρμοστικές και ανυψώνουν τον αυτοεκτίμηση. Η γνωστική θεραπεία είναι μια ειδική θεραπευτική τεχνική, που χρησιμοποιείται προοδευτικά και περισσότερο στην κατάθλιψη. Πρόκειται για μια βραχεία ψυχοθεραπεία με δομημένες συνεδρίες, που στοχεύει στην αναγνώριση και διόρθωση αρνητικών νοητικών σχημάτων στον ασθενή, που σύμφωνα με την γνωστική θεωρία προκαλούν κατάθλιψη. Η γνωστική θεραπεία εστιάζει στις λανθασμένες πεποιθήσεις του καταθλιπτικού, όπως είναι η επιλεκτική προσοχή του στις αρνητικές πλευρές των γεγονότων και καταστάσεων και η νοσηρή ενασχόλησή του με τις αρνητικές τους συνέπειες. Αποσκοπεί να καταστείλει την καταθλιπτική συμπτωματολογία και να εμποδίσει τις υποτροπές της νόσου, βοηθώντας τους ασθενείς να κατανοήσουν και να πιστοποιήσουν τις αρνητικές πεποιθήσεις τους. Π.χ. η μειωμένη ενεργητικότητα του καταθλιπτικού είναι αποτέλεσμα της νοσηρής, διαστρεβλωμένης πεποίθησής του οτι έχει αποτύχει παντού. Η ανάπτυξη εναλλακτικών και θετικών τρόπων σκέψης και η υιοθέτηση νέων γνωσιακών και συμπεριφορικών αντιδράσεων θα βοηθήσει στην υποχώρηση του νοσηρού ιδεασμού και της λοιπής συμπτωματολογίας και θα προστατεύσει από ενδεχόμενες υποτροπές (Αλεβίζος, 1999). Γνωστική θεραπεία δεν σημαίνει θετική σκέψη, απλά αναζήτηση αυτού που είναι γνήσιο και αληθινό στη ζωή του ανθρώπου (Bloomfield, & McWiliams, 2001).

Η συμπεριφορική θεραπεία βασίζεται στην υπόθεση οτι η δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά οδηγεί σε μειωμένη πρόσληψη θετικής ενίσχυσης του ατόμου από την κοινωνία και ίσως σε παντελή απόρριψη. Με τη θεραπεία οι ασθενείς μαθαίνουν να λειτουργούν σε ένα κόσμο που τους δίνει θετική ενέργεια (Αλεβίζος, 1999).

2. ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Συμπτώματα

Η κατάθλιψη εμφανίζεται συνήθως στο 1° τρίμηνο της κύησης, μετά η σοβαρότητα της μειώνεται στη διάρκεια του 2ου και στην αρχή του 3ου τριμήνου. Μερικές εβδομάδες πριν από τον τοκετό επανεμφανίζεται, οπότε και συνοδεύεται από έντονες αγχώδεις εκδηλώσεις. (Μπαλλής, 2000)

Η διάγνωση της προγεννητικής κατάθλιψης, όπως και κάθε καταθλιπτικού επεισοδίου σύμφωνα με το ICD-10, απαιτεί περίοδο δύο εβδομάδων επίμονης αλλαγής στη διάθεση με παράλληλη απώλεια ενδιαφέροντος και απόλαυσης για τις δραστηριότητες. Επιπλέον πρέπει να συνυπάρχουν: αλλαγή στον ύπνο, αλλαγή στην όρεξη, μειωμένη ή αυξημένη δραστηριότητα, υπερβολική κούραση, περιορισμένη συγκέντρωση, συναισθήματα αναξιότητας και σκέψεις θανάτου.

Η προγεννητική κατάθλιψη εμφανίζει θλίψη, πρόωρο ξύπνημα το πρωί, πιθανή απώλεια βάρους, ενοχή, έντονη ανησυχία, συναισθήματα ανεπάρκειας και αποτυχίας, κρίσεις πανικού, απόγνωση και ιδεοληπτική σκέψη. Έχει παρατηρηθεί οτι η έντονη οξυθυμία και ο θυμός επισκιάζουν τη θλίψη. Οι σκέψεις αυτοκτονίας είναι συχνές, εντούτοις οι έγκυες γυναίκες σπάνια κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας. Ίσως μειώνεται ο κίνδυνος της αυτοκτονίας, αλλά αυτό δεν πρέπει να οδηγεί σε εφησυχασμό σε οτι αφορά την ασφάλεια των εγκύων με σκέψεις αυτοκτονίας.

Συχνά η προγεννητική κατάθλιψη δεν αναγνωρίζεται έγκαιρα, και οι λόγοι που αυτό γίνεται είναι οτι:

1. Τα συμπτώματα της προγεννητικής κατάθλιψης θεωρούνται «φυσιολογικά» από τις εγκύους, τους οικείους τους και από τους γιατρούς, όπως οι αλλαγές στην όρεξη, στο βάρος του σώματος, στον ύπνο, στη λίμπιντο, στην ενέργεια που σχετίζεται μόνο με την κατάσταση της κύησης. Μέχρι πριν λίγο καιρό πιστευόταν ότι η εγκυμοσύνη δρα, κατά κάποιο τρόπο, προστατευτικά στην εμφάνιση της κατάθλιψης
2. Η έγκυος νιώθει ντροπή για την κατοχή αυτών των συναισθημάτων, κατά τη χρονική στιγμή που εμφανίζονται και που χαρακτηρίζεται σαν «χαρούμενος χρόνος», διότι η εγκυμοσύνη προαναγγέλλει την παρουσία ενός νέου μέλους στην οικογένεια, γεγονός που «πρέπει» να χαροποιεί την μέλλουσα μητέρα

3. Συχνά οι έγκυες δεν αναφέρουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης αν δεν ερωτηθούν, διότι κατά τη διάρκεια της τακτικής μαιευτικής εξέτασης δίνεται προσοχή στην ανάπτυξη του εμβρύου και στα αποτελέσματα των εργαστηριακών και κλινικών εξετάσεων, παρά στις συναισθηματικές μεταβολές της μέλλουσας μητέρας, έτσι η έγκυος διστάζει να εκφράσει τα καταθλιπτικά της συμπτώματα. Παρά τον αξιοσημείωτο βαθμό της θλίψης που εκδηλώνεται από γυναίκες με προγεννητική κατάθλιψη μόνο λίγες αναφέρουν τα συναισθηματικά τους προβλήματα παρ'όλο που έχουν επανειλημμένες επαφές με ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό.
4. Ακόμη συγχέονται τα συμπτώματα της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της κύησης, στην αποτυχία να διαγνωσθούν καθαρά ιατρικές παθήσεις (όπως η αναιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η δυσλειτουργία του θυρεοειδή), που θα μπορούσαν δυνητικά να συμβάλουν στην καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Θεωρητικές Προσεγγίσεις

Ψυχαναλυτικοί συγγραφείς (Benedek, 1959) υποστηρίζουν οτι οι συναισθηματικές διαταραχές που συνδέονται με την κύηση, ίσως αντανακλούν μια απόρριψη ή αμφιθυμία προς τη θηλυκότητα και τη μητρότητα. Απόπειρες να ελεγχθούν αυτές οι θεωρητικές υποθέσεις οδήγησαν σε αντιφατικά αποτελέσματα. Ο παραδοσιακός γυναικείος ρόλος προβλέπει την προσαρμογή της γυναίκας κατά την κύηση στο μητρικό ρόλο (Klatskin, & Eron, 1970) και τους παραδοσιακούς ρόλους στο αντρόγυνο (Nussbaum, 1980). Ακόμη η μέλλουσα μητέρα κατά την διάρκεια της κύησης έρχεται πιο κοντά στη δική της μητέρα και ταυτίζεται μαζί της. Ο τρόπος που η μέλλουσα μητέρα ταυτίζεται με τη μητέρα της υπεισέρχεται αποφασιστικά στο πως θα δομήσει τα συναισθήματα της απέναντι στη μητρότητα και το πώς θα συμπεριφερθεί στα παιδιά της (Benedek, 1959). Οι εμπειρίες αγάπης και μίσους, ικανοποίησης και ματαίωσης, που έχει η έγκυος από τη μητέρα της και που συνδέονται με την εικόνα της «καλής» ή «κακής» μητέρας, διαμορφώνουν τις αναπαραστάσεις της γυναίκας ως μητέρας. Όταν το μητρικό πρότυπο με το οποίο η έγκυος ταυτίζεται αντικατοπτρίζει την θετική της εικόνα για τη μητρότητα τότε δεν παρατηρείται πρόβλημα. Αντίθετα, όταν η ταύτιση με την εικόνα της καλής μητέρας

δεν είναι δυνατή, τα πράγματα είναι δύσκολα και μπορεί να εμφανιστούν συμπτώματα κατάθλιψης.

Καθώς μια γυναίκα περιμένει τη γέννηση του πρώτου της παιδιού, όπως και μετά τον τοκετό, έρχεται αντιμέτωπη με το έργο της ενοποίησης του νέου ρόλου, της μητρότητας, στη ταυτότητά της. Για να γίνει αυτό πρέπει να αντιμετωπίσει τα αισθήματά της για το νέο της ρόλο, να ορίσει την αντίληψή της για τη μητρότητα, και να επαναπροσδιορίσει την ιδέα για τον εαυτό της ως ένα πρόσωπο και ως μια γυναίκα, τόσο ως προς το *ποια είναι* η πραγματική της εικόνα και ως προς το *ποια θα ήθελε* να είναι η ιδανική ή η πραγματική της εικόνα. Είναι πιθανόν πως η αυτοαποδοχή ή ο αγώνας μεταξύ πραγματικού και ιδανικού εαυτού, κατά τη διάρκεια αυτής της κρίσιμης περιόδου της προσαρμογής, μπορεί να έχει ιδιαίτερη σημασία σε αυτή τη νέα και πολύ σημαντική φάση της ζωής. Η σύγκρουση των δύο εικόνων του εαυτού μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη (Dimitrovsky, et al., 1998).

Επιπτώσεις

Η κατάθλιψη είναι μια ψυχολογική διαταραχή με αρνητικές συνέπειες τόσο για το άτομο που αντιμετωπίζει το πρόβλημα όσο και για το περιβάλλον του. Στην περίπτωση της προγεννητικής κατάθλιψης οι επιπτώσεις της αφορούν κυρίως την έγκυο, το σύντροφό της και το έμβρυο-νεογνό. Οι λόγοι για να αντιμετωπιστεί η κατάθλιψη περιλαμβάνουν εκτός από την ανθρωπιστική ανακούφιση από τα ενοχλητικά συμπτώματα και το κοινωνικό καλό της μητρότητας. Διότι η προγεννητική κατάθλιψη έχει συνδεθεί, όπως αναφέρεται παρακάτω, με τη φτωχή μαιευτική παρακολούθηση, τη χρήση ουσιών, το χαμηλό βάρος γέννησης και τον πρόωρο τοκετό.

Επιπτώσεις στην έγκυο

Οι επιπτώσεις από μια κατάθλιψη που δεν αντιμετωπίστηκε θεραπευτικά μπορεί να οδηγήσουν σε κινδύνους την έγκυο, όπως σε κακή διατροφή, σε άστατο ύπνο, δυσκολία να ακολουθήσει οδηγίες για προγεννητική φροντίδα, αυτοκτονία, επιδείνωση χρόνιας ιατρικής πάθησης, ανάπτυξη της εξάρτησης από τον καπνό, το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά (Llewellyn, et al., 1997). Το γεγονός οτι οι γυναίκες με κατάθλιψη της κύησης είχαν περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν (με ενοχές) το

κάπνισμα στο 3° τρίμηνο της κύησης παρά τις ιατρικές συμβουλές, μπορεί να είναι ένδειξη ασυνείδητης σύγκρουσης με τη μητρότητα. (Kumar, & Robson, 1984)

Σε μια πρόσφατη μελέτη στη Φιλανδία (Kurki, Hiilesmaa, Raitasalo, Mattila, & Ylikorkala, 2000) σε δείγμα 652 εγκύων προέκυψε εκλαμψία* σε ποσοστό 4,5%, κατάθλιψη 30% και ανησυχία 16%. Η κατάθλιψη βρέθηκε να σχετίζεται με την αύξηση του κινδύνου για εκλαμψία.

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

Επιπτώσεις στο έμβρυο και νεογνό

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης κατά την διάρκεια της κύησης έχουν συνέπειες και στο έμβρυο (Evans, et al., 2001). Παρότι τα τελευταία χρόνια σημαντική προσοχή και μελέτη έχει εστιαστεί στην ενδεχόμενη βλαπτική επίδραση στο παιδί από ψυχική νόσο που εμφάνισε η μητέρα μετά την γέννησή του, οι προγεννητικές ψυχικές διαταραχές και η πιθανή βλαπτική επίδρασή τους στην ανάπτυξη του εμβρύου έχουν μελετηθεί πολύ λιγότερο. Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις οτι οι μεταβολές στο προγεννητικό περιβάλλον επηρεάζουν μακροπρόθεσμα το παιδί και οτι το έμβρυο αναπτύσσει ποικίλες αντιδραστικές συμπεριφορές πολύ νωρίς στη διάρκεια της κύησης. Οι μηχανισμοί μετάδοσης της μητρικής ψυχικής καταπόνησης στο έμβρυο δεν είναι γνωστοί. Μια πιθανή εξήγηση είναι οτι η αυξημένη παραγωγή μητρικών ορμονών προκαλεί σύσπαση της ομφαλικής αρτηρίας, με αποτέλεσμα τη ανεπαρκή αιμάτωση του εμβρύου. Υπάρχει επίσης το ενδεχόμενο ορισμένες ορμόνες όπως η αδρεναλίνη, να διέρχονται τον πλακουντιακό φραγμό και να επιδρούν στο έμβρυο. Γνωρίζουμε οτι το αναπτυσσόμενο κύημα-έμβρυο είναι ευαίσθητο στα φάρμακα. Δεν μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο να είναι ευαίσθητο και στο ορμονικό περιβάλλον. Η έρευνα προς αυτή την κατεύθυνση είναι ιδιαίτερα σκόπιμη και σημαντική (Glover, 1997) διότι θα μπορέσει να μας δώσει πληροφορίες για την ορμονική αλληλεπίδραση εγκύου και κυήματος-εμβρύου.

---

* Η προεκλαμψία – εκλαμψία ή τοξιναιμία της κύησης είναι το αποτέλεσμα της κακής προσαρμογής του μητρικού οργανισμού στην κύηση και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση υπέρτασης με λευκωματουρία ή οιδήματα ή και τα δύο (Καρπάθιος, 1999).

Παράλληλα η προγεννητική κατάθλιψη συνδέθηκε με την φτωχή ποιότητα και χαμηλότερη ποσότητα προγεννητικής μητρικής συναισθηματικής σύνδεσης με το έμβρυο (Conton, & Corkindale, 1997). Σε δείγμα γυναικών που παραπέμφθηκαν για να αξιολογηθούν οι ικανότητές τους για την άσκηση γονικής μέριμνας, μείζονα κατάθλιψη παρουσιάστηκε στις έγκυες με αρνητική προκατάληψη συναισθηματικής σύνδεσης, σε ποσοστό 45,2%, στις γυναίκες αυτές η ποιότητα της συναισθηματικής σύνδεση και αποδοχής της αναπτυσσόμενης σχέσης τους με το έμβρυο ήταν αρνητική. Ακόμη μείζονα κατάθλιψη παρουσιάστηκε στις έγκυες με αυτοαναφερόμενη παρόρμηση για πρόκληση βλάβης στο έμβρυο, σε ποσοστό 50,3% και με αναμενόμενη πιθανότητα απώλειας ελέγχου όταν το έμβρυο γεννηθεί, σε ποσοστό 49,2% (Pollock, & Percy, 1999). Οι έγκυες που παρουσιάζουν προγεννητική κατάθλιψη μπορεί να αποτελούν κίνδυνο για το έμβρυο και το νεογνό.

Οι έγκυες που παρουσίασαν προγεννητική κατάθλιψη, είναι πιθανότερο να έχουν νεογνά με αυξημένη ευερεθιστότητα (Grossman, 1980), διαταραχές του ύπνου και μειωμένη ανταπόκριση. Η προγεννητική κατάθλιψη της μητέρας μπορεί να θέσει το παιδί σε κίνδυνο για προβλήματα συμπεριφοράς στα πρώτα χρόνια του δημοτικού σχολείου. Οι μητέρες που ανέφεραν προγεννητική κατάθλιψη, είχαν 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν παιδιά με υψηλό επίπεδο εγκληματικότητας και επιθετικότητας. Ήταν επίσης 8,5 φορές πιο πιθανόν να έχουν παιδιά με υψηλό επίπεδο συνολικών προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένης της παιδικής εγκληματικότητας, επιθετικότητας και συμπτωμάτων κατάθλιψης και ανησυχίας κατά την ηλικία των 8-9 χρόνων (Thomson, 2001).

Επιπτώσεις στην οικογένεια

Η κατάθλιψη μπορεί επίσης να προκαλέσει σημαντική σύγκρουση στις συζυγικές και οικογενειακές σχέσεις. Η πορεία της κατάθλιψης κατά την κύηση είναι διαφορετική από το ένα τρίμηνο της κύησης στο άλλο, και μπορεί να έχει διαφορετικές επιπτώσεις στην οικογένεια.

Πορεία και Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Η πορεία της προγεννητική κατάθλιψης εξαρτάται από την αντιμετώπιση της. Στην έρευνα των Kumar και Robson (1984), από τις 16 γυναίκες που παρουσίασαν κατάθλιψη στο τέλος του 1^{ου} τριμήνου, οι 13 παρουσίασαν εμφανή ύφεση στο 2^{ο} και

στο 3° τρίμηνο της κύησης. Οι μελέτες (που αναφέρονται παρακάτω) επιβεβαιώνουν την σχέση μεταξύ προγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης, έτσι ένα ποσοστό περίπου 30% των γυναικών που παρουσίασαν προγεννητική κατάθλιψη θα παρουσιάσουν και επιλόχεια κατάθλιψη. Είναι γνωστό οτι το χρονικό διάστημα μεταξύ κύησης και λοχείας που είναι η διάρκεια του τοκετού δεν ξεπερνά τις 3-5 ώρες στο φυσιολογικό τοκετό και την μια ώρα στην καισαρική τομή. Με δεδομένη την φυσιολογία του τοκετού που θέτει τη λοχεία σαν συνέχεια του τοκετού και τον τοκετό σαν συνέχεια της κύησης, κάποια από τα προβλήματα της κύησης όπως η προγεννητική κατάθλιψη μπορεί να μεταφέρονται στη λοχεία.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της προγεννητικής κατάθλιψης περιλαμβάνει συνδυασμένη προσέγγιση φαρμακολογικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας (Evans et al., 2001). Η απόφαση για την χορήγηση ή μη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στην έγκυο με προγεννητική κατάθλιψη πρέπει κάθε φορά να εξατομικεύεται. Η έναρξη της φαρμακολογικής θεραπείας πρέπει να γίνεται μετά από συζήτηση των γνωστών, αλλά και των πιθανών κινδύνων, τόσο από τη θεραπεία, όσο και από τη μη θεραπεία.

Πρέπει να λαμβάνεται υπ΄όψιν: 1. η βαρύτητα της διαταραχής και ο τρόπος που η έγκυος βιώνει την κατάσταση. 2. η περίοδος έναρξης της διαταραχής, που στις περισσότερες γυναίκες συμπίπτει με την περίοδο της οργανογένεσης και η υποχώρηση της διαταραχής κατά το 2° τρίμηνο και την αρχή του 3ου τριμήνου. 3. τα εμβρυϊκά ένζυμα και οι μηχανισμοί νεφρικής απέκκρισης δεν είναι ανεπτυγμένοι, ο μεταβολισμός των φαρμάκων είναι αργός και τα αποτελέσματα έχουν μεγαλύτερη διάρκεια. 4. για τα περισσότερα φάρμακα δεν υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ώστε να θεωρηθούν με σιγουριά αβλαβή για το έμβρυο, ειδικά για το 1° τρίμηνο της κύησης (Hopkins, 1995).

Ακόμη η *φαρμακολογική προσέγγιση* σε έγκυες απαιτεί προσεκτική αξιολόγηση και εκτίμηση των πιθανών επιπτώσεων στο έμβρυο. Η φαρμακευτική εμβρυοτοξικότητα* μπορεί να επιφέρει: τερατογένεση (διαμαρτίες στη διάπλαση του εμβρύου), νεογνική τοξικότητα (λεπτός τρόμος, δυσκολίες σίτισης, νευροφυτική αστάθεια) και μακροπρόθεσμες νευρο-συμπεριφορικές επιδράσεις (εμφάνιση μελλοντικά νοητικών, συναισθηματικών ή συμπεριφορικών διαταραχών).

---

* Η φαρμακευτική εμβρυοτοξικότητα είναι η ιδιότητα ορισμένων ουσιών να προκαλούν τοξικές αντιδράσεις στο έμβρυο, όταν λαμβάνονται από την έγκυο. Η εμβρυοτοξικότητα εκδηλώνεται με επιβράδυνση της ανάπτυξης του εμβρύου, μειωμένη λειτουργία μέχρι και θάνατο (Μπούρος,1999)

Η πρόσφατη έρευνα στον τομέα της τερατογένεσης αποκαλύπτει οτι τα *τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά* μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια της κύησης, υπό τον όρο οτι η έγκυος λαμβάνει ή το άτομο που της χορηγεί το φάρμακο παρέχει την ενδεδειγμένη δοσολογία. Αλλά τα τρικυκλικά με σημαντικές αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως η χλωμιπραμίνη, θα πρέπει να αποφεύγονται, κατά το δυνατόν, επειδή η ορθοστατική υπόταση που μπορεί να προκαλέσουν ενδέχεται να επηρεάσει την αιμάτωση του πλακούντα. Ακόμη τα μακροπρόθεσμα νευρο-συπεριφορικά αποτελέσματα αυτών των φαρμάκων είναι άγνωστα και συνεχίζουν να ερευνώνται. Αν είναι απαραίτητη η χρήση των αντικαταθλιπτικών, προτιμότερες είναι οι *δευτερογενείς αμίνες* που έχουν λιγότερες αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως η νορτριπτυλίνη και η δεσιπραμίνη.

Από τα νεότερα αντικαταθλιπτικά οι *εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης* (newer Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, SSRIs) δεν έχουν μελετηθεί αρκετά ακόμη για να μπορούν να χορηγηθούν με ασφάλεια κατά την κύηση. Η μελέτη των Ericson,** Källén και Wiholm (1999) σε έγκυες γυναίκες που είχαν κάνει χρήση αντικαταθλιπτικών στην αρχή της κύησής τους αναφέρει οτι η συχνότητα των πολύδυμων κυήσεων ήταν χαμηλότερη από την αναμενόμενη, κρίνοντας από τις πολύ λίγες δίδυμες κυήσεις σε γυναίκες που χρησιμοποίησαν SSRI. Η διάρκεια της κύησης, στις μονήρεις κυήσεις ήταν μικρότερη, αλλά δεν επιδρούσε στη βιωσιμότητα του εμβρύου και ήταν παρόμοια σε χρήση SSRI και σε μη-SSRI αντικαταθλιπτικών. Τα νεογνά ήταν κατάτι βαρύτερα από οτι αναμενόταν, κυρίως μετά από μη-SSRI θεραπεία. Δεν βρέθηκε αύξηση σε συγγενείς ανωμαλίες, κατά την παρατήρηση στην περιγεννητική περίοδο (Ericson, et al., 1999). Ακόμη ο Μπαλλής (2000) προτείνει (από τους SSRI) την χορήγηση της φλουοξετίνης, διότι είναι «εκείνη που μέχρι σήμερα έχει περισσότερο ελεγχθεί και φαίνεται ασφαλές και μπορεί, ίσως, να χορηγηθεί». Παρά τις ενδείξεις οτι η χρήση των SSRI κατά την περίοδο της κύησης θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ασφαλής, απαιτείται μεγαλύτερη έρευνα. Διότι μελέτες σε ζώα έδειξαν υψηλότερες από τις αναμενόμενες συγκεντρώσεις των SSRI στο νευρικό σύστημα, συσχετιζόμενες με την έκθεση κατά την κύηση. Η κλινική εισαγωγή τους απαιτεί έρευνα της βιοδιαθεσιμότητας στο κεντρικό νευρικό σύστημα του εμβρύου (Newport, et al., 2001).

** Η έρευνα έγινε στη Σουηδία μελετήθηκαν 969 έγκυες που ανέφεραν χρήση αντικαταθλιπτικών, οι 531 χρησιμοποιούσαν μόνο SSRI, οι 423 χρησιμοποιούσαν μόνο άλλα αντικαταθλιπτικά και 15 χρησιμοποιούσαν και τα δύο.

Οι *βενζοδιαζεπίνες* φαίνεται να έχουν μικρή τερατογόνο δράση, αλλά οπωσδήποτε η χορήγησή τους στο 1° τρίμηνο της κύησης είναι καλό να αποφεύγεται, όπως και τα περισσότερα φάρμακα, γιατί το 1° τρίμηνο της κύησης συντελείται η οργανογένεση. Όταν χορηγηθούν, θα πρέπει να τηρηθούν όλοι οι γνωστοί κανόνες ασφαλείας (χορήγηση για βραχύ χρονικό διάστημα και σταδιακή μείωση πριν τη διακοπή, μόλις υποχωρήσουν τα συμπτώματα). Οι βενζοδιαζεπίνες που χορηγούνται κοντά στο χρόνο του τοκετού μπορεί να προκαλέσουν το «σύνδρομο άτονου νεογνού» με μυϊκή υποτονία, υποθερμία, αναπνευστική δυσχέρεια και μειωμένες αντανακλαστικές κινήσεις (Grahame-Smith & Aronson, 2001).

Στην μετα-ανάλυση της έρευνας των Wisner, Gelenberg, Leonard, Zarin και Frank (1999), επεξεργάστηκαν τέσσερις μελέτες που αφορούσαν την χρήση αντικαταθλιπτικών κατά τη διάρκεια της κύησης. Σύμφωνα με αυτήν:

1) Δεν υπάρχουν στοιχεία οτι η έκθεση σε τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά ή στα νεότερα SSRIs (sertraline, paroxetine, fluvoxamine) κατά την διάρκεια της κύησης αυξάνει τον κίνδυνο για ενδομήτριο θάνατο,

2) Δεν υπάρχουν στοιχεία οτι η έκθεση σε τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά ή στα νεότερα SSRIs προκαλούν σοβαρές γεννητικές ανωμαλίες, ούτε και αύξηση του κινδύνου για σοβαρή σωματική δυσμορφία (στις 3 από τις 4 μελέτες),

3) Η προγεννητική ανάπτυξη και το βάρος κατά τον τοκετό των νεογνών που εκτέθηκαν σε τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά ή στα νεότερα SSRIs μπορούν να συγκριθούν με αυτά των νεογνών που δεν εκτέθηκαν σε τερατογόνους παράγοντες, (για τα νεογνά που εκτέθηκαν στη φλουοξετίνη τα πορίσματα διαφέρουν),

4) Όσον αφορά την συμπεριφορά τερατογένεσης, θεωρείται οτι ο κίνδυνος είναι χαμηλός, αλλά είναι δύσκολη η εκτίμηση της επίδρασης στο κεντρικό νευρικό σύστημα και καμιά πληροφορία για τα SSRIs ή τα άλλα φάρμακα δεν είναι διαθέσιμη,

5) Όσον αφορά την νεογνική τοξικότητα, το στερητικό σύνδρομο που παρατηρείται στα νεογνά περιλαμβάνει αυτόματες αντανακλαστικές κινήσεις και παροξυσμούς, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, νευρικότητα, δυσκολία στη σίτιση και αυξημένη εφίδρωση. Τέλος η χρήση νέων φαρμάκων με πληροφορίες περιορισμένης ασφάλειας θέτει τις έγκυες ασθενείς στον κίνδυνο των αντιθέτων αποτελεσμάτων. Υπάρχουν περιορισμένες γνώσεις σχετικά με τα νέα φάρμακα. (Wisner, et al., 1999) και απαιτείται μεγαλύτερη έρευνα.

Τα στοιχεία που διατίθενται είναι ανεπαρκή για να προσδιορισθεί αν το έμβρυο βλάπτεται από τη έναρξη της θεραπείας από την αρχή του τοκετού. Συχνά συνιστάται η σταδιακή μείωση των αντικαταθλιπτικών πριν τον τοκετό, για να μειωθούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες στα νεογνά.

Σε βαριές καταστάσεις κατάθλιψης ή ψυχωσικής διέγερσης κατά την κύηση, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η *ηλεκτροσπασμοθεραπεία*, μετά από συνεργασία του ψυχιάτρου, του μαιευτήρα και του αναισθησιολόγου. Είναι ασφαλής και αμέσου απόδοσης, και ίσως βοηθήσει στη μείωση των χορηγουμένων ψυχοφαρμάκων (Μπαλλής, 2000)

Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία μπορεί να αποδώσει στην αντιμετώπιση της προγεννητικής κατάθλιψης, ιδιαίτερα η γνωστική – συμπεριφορική (Μπαλλής, 2000). Η ψυχολογική θεραπεία περιλαμβάνει διάφορους τρόπους ψυχοθεραπείας που στρέφονται στην στήριξη και στην εκπαίδευση. Η συμμετοχή του συντρόφου είναι ανεκτίμητη και στη αξιολόγηση και στην επίλυση των συζυγικών προβλημάτων που συνδέονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης. Πολλές γυναίκες βρίσκουν οτι η συμμετοχή τους στις ομάδες αυτοβοήθειας μειώνει την αίσθηση της απομόνωσης και τους παρέχει πρόσβαση σε πρακτικές συμβουλές. Ακόμη τα προφανή μέτρα όπως η ανάγκη για ξεκούραση και προσωπικό χρόνο δεν πρέπει να αγνοηθούν (Mirsi, & Duke, 1995).

Η θεραπεία των ήπιων καταθλίψεων των πρώτων μηνών περιλαμβάνει: κυρίως ατομική υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, επίλυση οικογενειακών και κοινωνικών προβλημάτων, χαλάρωση και ξεκούραση σε περιπτώσεις έντονου άγχους (Γκιόκα, και συν., 2001).

3. ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ιστορικά Στοιχεία

Με το φαινόμενο των ψυχικών διαταραχών μετά τον τοκετό ασχολήθηκε πριν από εκατοντάδες χρόνια ο πατέρας της Ιατρικής, ο Ιπποκράτης, ο οποίος περιέγραψε μια γυναίκα που μετά τη γέννηση διδύμων έγινε ανήσυχη και ανέπτυξε παραλήρημα. Για αυτή τη μορφή της κατάθλιψης, ο Ιπποκράτης έδινε μια κάπως μπερδεμένη

βιολογική ερμηνεία. Ισχυριζόταν πως επρόκειτο για επιπτώσεις από τα λόχεια, που δεν αποβλήθηκαν από τον οργανισμό καθώς και από τη διοχέτευση γάλακτος προς τον εγκέφαλο, που συνοδευόταν με ξαφνική εισροή αίματος στο στήθος (Χούελαν, 1978).

Επίσης, και στις περιγραφές των νοσοκομείων, τους προηγούμενους αιώνες, αναφέρεται πως στις πτέρυγες για τις λεχωΐδες τα παράθυρα ήταν φραγμένα με κάγκελα, σαν μέτρο προφύλαξης κατά κάποιας «απονενοημένης» ενέργειας από τις νέες μητέρες (Χούελαν, 1978). Η μελέτη της επιλόχειας κατάθλιψης άρχισε με τον Esquirol το 1845 και τον Marce το 1858 και συστηματοποιήθηκε μετά το 1950. Η επιλόχεια κατάθλιψη αναγνωρίστηκε οριστικά με την κλασική μελέτη του Pitt (1968) σε νοσοκομείο του Λονδίνου. Ο Pitt διαπίστωσε οτι το 10% των μητέρων που είχαν γεννήσει στη μαιευτική κλινική εμφάνιζαν κατάθλιψη τις πρώτες 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό, χωρίς προηγούμενα συμπτώματα κατά την παρακολούθησή τους κατά την διάρκεια της κύησης. Μετά την μελέτη του Pitt, η Dalton (1971) μελέτησε την επιλόχεια κατάθλιψη και αναφέρει ποσοστό 34% ήπιας ή προσωρινής κατάθλιψης. (Dalton, 1971). Ο Kumar (1987) αναφέρει οτι η μελέτη του Pitt τον ώθησε στην έρευνά του στην προγεννητική και την επιλόχεια κατάθλιψη και στην συνεργασία του με τον Robson (1984) στην έρευνα αυτή.

Επιλόχεια Μελαγχολία – Επολόχεια Ψυχωση

Οι άλλες ψυχικές διαταραχές που συναντάμε στη λοχεία είναι η επιλόχεια ψύχωση και η επιλόχεια αθυμία ή μελαγχολία της λοχείας.

Η *επιλόχεια ψύχωση* αφορά το 0,8-2,5 των περιπτώσεων σε 1000 τοκετούς, χαρακτηρίζεται από παραισθήσεις και αυταπάτες. Η πλειοψηφία των ψυχωτικών επεισοδίων συμβαίνων κατά τον πρώτο μήνα της λοχείας (Gotlib, 1998).

Η *επιλόχεια αθυμία ή μελαγχολία της λοχείας* (postpartum blues) παρατηρείται στο 40-85% των λεχωΐδων, πρόκειται για μια παροδική μεταβολή της διάθεσης που χαρακτηρίζεται από κλάμα, αίσθημα δυσφορίας και συναισθηματική διαταραχή. Ξεκινά την 3-4 ημέρα μετά τον τοκετό και διαρκεί 2-4 ημέρες (Gotlib, 1998).

Συμπτώματα

Η περίοδος από τον 1° ως τον 3° μήνα μετά τον τοκετό φαίνεται να είναι ο χρόνος όπου οι μητέρες είναι περισσότερο πιθανόν να εκδηλώσουν συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης (Kumar & Robson, 1984) και, αν δεν αντιμετωπιστούν κατάλληλα, διαρκούν συνήθως έως και δύο χρόνια (Σταμούλη, 2000).

Πολλές γυναίκες που ταλαιπωρούνται από επιλόχεια κατάθλιψη δεν αναγνωρίζουν οτι πάσχουν από την διαταραχή. Ένας σημαντικός φραγμός στη διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι η δυσκολία των γυναικών να αξιολογήσουν τον εαυτό τους, επίσης συχνά δεν αναφέρουν τα συμπτώματα αν δεν ερωτηθούν (Mirsi, & Duke, 1995). Από τις λεχωΐδες που ταλαιπωρούνται από κατάθλιψη ποσοστό πάνω από το 90% αντιλαμβάνονται οτι κάτι δεν πηγαίνει καλά, αλλά μόνο το 20% αναφέρει τα συμπτώματα σε κάποιο ειδικό, και μόνο το ένα τρίτο των γυναικών πιστεύουν οτι έχουν επιλόχεια κατάθλιψη (Whitton, et al., 1996).

Η έναρξη της νόσου μπορεί να εμφανιστεί με ένα αίσθημα της μητέρας οτι δεν την αγαπούν, οτι δεν είναι ικανή να φροντίσει το μωρό της, νοιώθει κουρασμένη, εκνευρίζεται εύκολα και δεν καταλαβαίνει τις αντιδράσεις του μωρού της. Ξεσπά εύκολα σε κλάματα, επειδή αισθάνεται οτι απασχολείται με το μωρό της χωρίς ευχαρίστηση και δεν το περιποιείται όσο πρέπει. Παρουσιάζει διαταραχές της συγκέντρωσης και αδιαφορεί για τον εαυτό της και το σύντροφο της. Μερικές φορές προστίθενται φοβίες για παρορμητικές πράξεις που τη βασανίζουν, επειδή φοβάται οτι όταν είναι μόνη μπορεί να κάνει κακό στο παιδί της. Στην περίπτωση αυτή για να μειώσει το άγχος της αποφεύγει να έχει επαφές με το μωρό της, παραμένει σε απόσταση ζητώντας από τα άτομα του περιβάλλοντός της να ασχοληθούν με αυτό, για να τους κατηγορήσει στη συνέχεια οτι δεν κάνουν τίποτε σωστά. Η καταθλιπτική μητέρα δεν παίζει με το μωρό της, δεν απαντά στις ανάγκες του, αδιάφορη γι' αυτό και ορισμένες φορές είναι δυνατόν να εκνευριστεί μαζί του και να το κακοποιήσει (Μπαλλής, 2000).

Ειδικότερα μπορεί να ειπωθεί οτι η συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης προσομοιάζει με αυτή ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου. (Σταμούλη, 2000) αν και τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια με επιλόχεια έναρξη δεν διαφέρουν στη συμπτωματολογία από τα αντίστοιχα επεισόδια διαταραχής της

διάθεσης χωρίς επιλόχεια έναρξη, εντούτοις μπορεί να χαρακτηρίζονται πιο συχνά από ευμετάβλητη διάθεση και κυμαινόμενη κλινική πορεία (Μάνος, 1997).

Η συμπτωματολογία του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου με καταθλιπτική διάθεση περιλαμβάνει απώλεια της ευχαρίστησης, διαταραχές στην όρεξη και τον ύπνο, ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση, κούραση και απώλεια της ενεργητικότητας, αίσθημα κόπωσης, αϋπνία, δυσκολία στην προσοχή, τη συγκέντρωση και τη μνήμη, αισθήματα αναξιοπάθειας, ανεπάρκειας και ενοχής, και αυτοκτονικό ιδεασμό (Ακτσαλής, & Σίμος,1992). Ο ιδεασμός επικεντρώνεται στο νεογνό, η λεχωΐδα έχει την απόλυτη πεποίθηση οτι είναι ανίκανη ή ανάξια μητέρα ή την πεποίθηση οτι το νεογνό θα πεθάνει ή οτι έχει ήδη πεθάνει (Σακελλαρόπουλος, 1995). Μπορεί ακόμη να παρουσιαστούν στην λεχωΐδα προβλήματα βάρους και διαταραχή στις διατροφικές συνήθειες, υπνηλία, ευερεθιστότητα και εριστική διάθεση, άγχος και επεισόδια πανικού (με σωματικά συμπτώματα όπως ταχυκαρδίες, σταμάτημα αναπνοής, πόνοι στο στήθος ή στο στομάχι, ίλιγγοι κ.α.). Σε ακραίες περιπτώσεις η γυναίκα αισθάνεται κάποια πνευματική σύγχυση, οπότε χάνει την αίσθηση του προσανατολισμού στο χώρο και στο χρόνο (Μελισσά – Χαλκιοπούλου, 1996).

Συχνά, παρατηρείται διέγερση και ευφορικό συναίσθημα ή μεταλλαγές της ευφορικής και καταθλιπτικής διάθεσης. Το ευφορικό συναίσθημα παρατηρείται κυρίως την πρώτη μετά τον τοκετό ημέρα και μειώνεται σε μεγάλο βαθμό μετά την τέταρτη. Θεωρείται ψυχογενούς αιτιολογίας και αποδίδεται στην ανακούφιση της λεχωΐδας από την ομαλή έκβαση του τοκετού. Σε μερικές γυναίκες το ευφορικό συναίσθημα παραμένει και κυριαρχεί στην κλινική εικόνα, χωρίς όμως να φτάνει στα επίπεδα της υπομανίας (Σινανίδου,1999).

Στο 30% περίπου των γυναικών παρατηρείται κεφαλαλγία, ιδιαίτερα σε γυναίκες με ιστορικό ημικρανίας. Διαρκεί όλη την ημέρα, είναι αμφοτερόπλευρη, και μερικές φορές συνοδεύεται από φωτοευαισθησία, ναυτία και εμετό. Ο κίνδυνος αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς ή βρεφοκτονίας είναι μικρότερος σε σύγκριση με την ψύχωση της λοχείας και δεν ξεπερνά το 5% (Δημητρίου, και συν., 1995).

Οι σκέψεις αυτοκτονίας είναι συχνές (Grudzinskas, & Beedham,1994), φτάνουν σε ποσοστό 5,3% (Georgiopoulos, et al., 1999), εντούτοις οι λεχωΐδες σπάνια κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας. Συχνότερα επιχειρούν οι γυναίκες που γεννούν νεκρό έμβρυο και οι έφηβες, στις οποίες ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι σημαντικά

μεγαλύτερος. Όταν αυτές οι γυναίκες αυτοκτονούν, τείνουν να χρησιμοποιούν βίαια μέσα (Mirsi, & Duke,1995).

Είναι αξιοσημείωτο οτι συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης παρουσιάζονται όχι μόνο σε βιολογικές μητέρες αλλά και σ' αυτές που υιοθετούν ένα παιδί, όπως και στους άνδρες μετά τη γέννηση του παιδιού τους. (Μελισσά – Χαλκιοπούλου, 1996).

Θεωρητικές Προσεγγίσεις Επιλόχειας Κατάθλιψης

Ψυχαναλυτική προσέγγιση

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

Η μητέρα έχει να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα και να αναδομήσει το νοητικό της κόσμο σύμφωνα με το παιδί που κρατά στα χέρια της και τις ανάγκες του, και να αποστασιοποιηθεί από το «φαντασιακό παιδί». Η αναδόμηση του νοητικού κόσμου της μητέρας περνά μέσα από τη νέα σχέση και σύνδεση με το νεογέννητο. Κάποια δυσκολία στη φάση αυτή μπορεί να επηρεάσει τη μητέρα και να της δημιουργήσει ψυχολογικά προβλήματα. Ο εσωτερικός δεσμός μεταξύ μητέρας και εμβρύου που διαχωρίζονται, και η επερχόμενη επιλόχεια κατάθλιψη συνδέονται (Righetti-Veltema et al., 1998). Πρώιμα σημάδια κατάθλιψης της μητέρας και τυχόν δυσχέρειά της στη δημιουργία σχέσης με το νεογνό πρέπει έγκαιρα να ανακαλύπτονται από τις μαίες ή το ιατρικό προσωπικό, ώστε με την κατάλληλη φροντίδα τους τα προβλήματα να εξομαλύνονται (Συνοδινού, 2000).

Σε επίπεδο φαντασιωσικό ή πραγματικό, υπάρχει σχεδόν πάντα ένα συναισθηματικό πλησίασμα της εγκύου προς τη μητέρα της. Εάν, στη διάρκεια της ζωής της γυναίκας, έχει υπάρξει διαφοροποίηση και ανεξαρτητοποίηση από την

προσωπικότητα της μητέρας της, τότε το παιδί που θα γεννήσει θα την ταυτοποιήσει σαν μητέρα. Διαφορετικά η σύγχυση των ρόλων θα οδηγήσει σε νευρωτική ή ψυχωτική συμπεριφορά. Ακόμα, σε νοητικό επίπεδο, η εγκυμοσύνη μπορεί να αποτελεί, μέσα από μηχανισμούς άμυνας του «εγώ», ένα είδος «θεραπείας» απραγματοποίητων και ανεκπλήρωτων προσδοκιών. Επειδή όμως ο ερχομός του παιδιού δεν «θεραπεύει» τίποτα, το συναισθηματικό κενό επανέρχεται και αυτό μπορεί να εξηγήσει, εν μέρει την κατάθλιψη στο διάστημα της λοχείας ή και αργότερα (Σωτηριάδης, 1998).

Η επιλόχεια κατάθλιψη συνέπεια του δυτικού τρόπου ζωής

Υπάρχουν ερευνητές που υποστηρίζουν οτι η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που περιορίζεται στη σύγχρονη δυτική κοινωνία. Η απουσία μίας σειράς συμπεριφορών και τελετουργικών σαράντα μέρες μετά τον τοκετό και η αλλαγή της περιρρέουσας ατμόσφαιρας που επέτρεπαν στη μητέρα τόσο να απολαμβάνει το κύρος και μεγάλης συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης από τους οικείους της και από όλη την κοινότητα, όσο και να συνδεθεί με το βρέφος ακολουθώντας τους δικούς της και τους δικούς του ρυθμούς, οδηγεί σε φυσική κόπωση, ανασφάλεια και αυτό σε υποτίμηση. Όλες αυτές είναι έννοιες που παραπέμπουν στην κατάθλιψη. Επιπλέον καθώς η έλλειψη αυτής της κοινωνικής δομής αντικατοπτρίζει την αμφιθυμία της κοινωνίας ως προς το κύρος και την αξία της μητρότητας, επιδεινώνονται οι συγκρούσεις που ενέχει ο ρόλος και επαυξάνεται η απειλή της αυτοεκτίμησης (Δραγώνα,1989).

Σε άλλες κουλτούρες, όπως στην Αφρική, συνηθίζεται να προσέχουν και να βοηθούν ιδιαίτερα τη νέα μητέρα. Οι γιαγιάδες, οι αδελφές και οι γειτόνισσες φροντίζουν το σπίτι, η μητέρα δεν ασχολείται παρά μόνο με το μωρό της και οι άλλες γυναίκες περιποιούνται τη μητέρα σαν να ήταν παιδί (Gamar, & Tendor, 1994).

Ο Oakley, όταν μελέτησε τους τσιγγάνους, βρήκε οτι η γέννα θεωρούνταν «μολυντική», και επομένως η εισαγωγή στο νοσοκομείο ήταν ενθαρρυντική. Αυτό επεκτεινόταν στην μητέρα που βρίσκεται στην λοχεία ώστε να μην μαγειρεύει, η δε βοήθεια έπρεπε να γίνει αποδεκτή για να προληφθεί η μόλυνση (Kelly, F.P. 1991).

Ο Kelly J. (1967) βρήκε οτι η επιλόχεια κατάθλιψη ήταν σπάνια μεταξύ των Ibibio της Νιγηρίας. Η νέα μητέρα και το νεογέννητο απολαμβάνουν ιδιαίτερης φροντίδας από την οικογένεια, αλλά και από ολόκληρο το χωριό, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2-3 μηνών. Μια μεγαλύτερη γυναίκα, η μητέρα ή η πεθερά της

λεχωΐδας αναλαμβάνει την φροντίδα της μητέρας και του νεογνού. Οι νέες μητέρες νοιάζονται μόνο για το φαγητό, τον ύπνο τους και τη φροντίδα του νεογνού.

Ο Harkness (1987: Kruckman, & Smith, 1998) βρήκε οτι η επιλόχεια κατάθλιψη ήταν ασυνήθιστη μεταξύ Kipsigis της Κένυα, όπου παρεχόταν στην λεχωΐδα υποστήριξη και ζεστασιά από το σύντροφο, τους γονείς και τους συγγενείς.

Η Laderman (1987: Kruckman, & Smith, 1998) αναφέρει οτι στην αγροτική Μαλαισία πιστεύεται οτι ένα άυλο πνεύμα, το"Hantu", συνδέεται με το αμνιακό υγρό και μπορεί να προκαλέσει επιλόχεια συναισθηματικά προβλήματα. Υπάρχουν ιδιαίτερα τελετουργικά για την αποφυγή αυτών των προβλημάτων.

Ο Macintyre (1992: Kruckman, & Smith, 1998) ενώ βρήκε αναφορές για σοβαρές επιλόχειες πνευματικές διαταραχές, στη Νοτιοανατολική Παπούα, δεν βρήκε αποδείξεις για επιλόχεια κατάθλιψη.

Ο Tseng (1994: Kruckman, & Smith, 1998) δήλωσε οτι οι γυναίκες που εφαρμόζουν τα κινέζικα έθιμα («κάνοντας τον μήνα») στο σπίτι τους, είχαν χαμηλότερα επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψης.

Ο Stewart et al., (1996:Kruckman, & Smith, 1998) ερευνώντας την επιλόχεια κατάθλιψη στις ΗΠΑ, στον πληθυσμό των μεταναστών των Hmong, βρήκε οτι οι λεχωΐδες που είχαν ακολουθήσει έθιμα και τελετουργικά για τη λοχεία ήταν περισσότερο προστατευμένες από την κατάθλιψη.

Ο Stern και Kruckman (1983: Kruckman, & Smith, 1998) βρήκαν οτι τα υψηλότερα επίπεδα αρνητικών επιλόχειων συναισθημάτων στις ΗΠΑ ήταν αποτέλεσμα της σχετικής έλλειψης σε:

1. κοινωνική δομή σε επιλόχεια γεγονότα,
2. κοινωνική αναγνώριση της αλλαγής του ρόλου για τη νέα μητέρα,
3. σημαντική συμπαράσταση στη νέα μητέρα, συμπεριλαμβανομένης και της παροχής πληροφοριών που αφορούν την φροντίδα του εαυτού της και του νεογνού της, και
4. μερικά πολιτισμικά τελετουργικά (rituals) είναι μοναδικά στο τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες εντάσσονται στην κοινωνική δομή.

Ο Kruckman (1998) βρίσκει οτι τα έθιμα της λοχείας μπορούν συμβολικά να βάλουν μια «ζεστή, ασφαλή κουβέρτα» συναισθηματικής στήριξης γύρω από τη νέα μητέρα, λέγοντάς της διαμέσου των εθίμων συμπεριφορών, όπως το μασάζ, τα ειδικά γεύματα, τα ποιήματα, τα τραγούδια, τα νανουρίσματα κλπ, οτι τα συναισθήματα της, οι ανησυχίες της, οι φόβοι της και οι αισθήσεις της, ακόμη και αν την κάνουν να

νοιώθει άβολα, είναι φυσιολογικά, και θα περάσουν. Εξ ίσου σημαντικό είναι να δουν οι γύρω της οτι βιώνει τη λοχεία της.

Εν τω μεταξύ η γέννα στο δυτικό κόσμο έχει τα δικά της έθιμα που σχετίζονται με την ιατρικοποίηση του τοκετού, όπως την μεταφορά της γυναίκας με το καρότσι του νοσοκομείου, τον ευπρεπισμό του αιδοίου, τα γαλάζια νυχτικά του νοσοκομείου, τα βραχιολάκια με το όνομα στον καρπό, τις ροζ και γαλάζιες καρτέλες των νεογνών. Αν και είναι γνωστά και αναμενόμενα, και συχνά επιθυμητά από τις γυναίκες, αυτά τα έθιμα αποτυγχάνουν στο να «κάνουν τη δουλειά» τους και να παρέχουν πνευματική και συναισθηματική ευεξία (Kruckman, & Smith, 1998)

Εκτός από την θεωρητική προσέγγιση της διαταραχής η διάγνωση και η πορεία της επιλόχειας κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα γιατί αφορά ολόκληρη την οικογένεια της λεχωΐδας που εκδήλωσε την διαταραχή.

Πορεία

Σχεδόν τα δύο τρίτα των ασθενών με επιλόχεια κατάθλιψη αναλαμβάνουν μέσα σε 12 μήνες. Μερικές γυναίκες μπορεί να παρουσιάσουν επιμονή ήπιων υπολειμμάτων, όπως ευερεθιστότητα, εξάντληση, θλίψη ή αδιαφορία για δραστηριότητες επί μακρό χρονικό διάστημα (Knops,1993: Βλάχος, 1996). Αρκετές όμως γυναίκες υποτροπιάζουν συχνά, πράγμα που επηρεάζει την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού (Δημητρίου, και συν., 1995). Υπάρχουν και περιπτώσεις που ακολουθεί χρόνια πορεία.

Οι Areias, et al., (1996) σε μετρήσεις τους στο ίδιο δείγμα πρωτοτόκων γυναικών αναφέρουν ποσοστό κατάθλιψης 31,5% κατά τον 3 μήνα με τον τοκετό και ποσοστό κατάθλιψης 53,7% κατά τον 12 μήνα μετά τον τοκετό.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί οτι οι γυναίκες που παρουσίασαν επιλόχεια κατάθλιψη βρίσκονται σε αυξημένη κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη στις επόμενες εγκυμοσύνες, τους ανεξάρτητα από την πορεία που είχε η διαταραχή στην υπάρχουσα λοχεία (Γεωργοπούλου, et al., 1999).

Η πορεία της επιλόχειας κατάθλιψης μπορεί να είναι και χρόνια, οι επιπτώσεις της είναι ιδιαίτερα σημαντικές τόσο για τη γυναίκα και το σύντροφό της όσο και για το παιδί.

Επιπτώσεις

Οι συνέπειες της κατάθλιψης κατά την επιλόχεια περίοδο είναι σημαντικά πιο δηλητηριώδεις απ' οτι σε κάποια άλλη στιγμή καθώς η γυναίκα αντιμετωπίζει την επιπρόσθετη ευθύνη της φροντίδας του νεογνού της. Οι απαιτήσεις του νεογνού και οι φροντίδες του είναι καινούριες και απαιτούν χρόνο για να ρυθμιστούν. Για μια γυναίκα που υποφέρει από επιλόχεια κατάθλιψη, η όλη εμπειρία της μητρότητας γίνεται συντριπτική (Misri et al., 2000). Οι γυναίκες με καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι αβέβαιες για τις μητρικές τους ικανότητες, δεν χαίρονται πλήρως τα παιδιά τους και δείχνουν αρνητική συμπεριφορά στα παιδιά τους (Mirsi & Duke, 1995). Οι συνέπειες της κατάθλιψης της μητέρας ποικίλουν κατά πολύ ανάλογα με την ποιότητα, τη διάρκεια της έντασης, ανάλογα με την προσωπικότητα του νεογνού – βρέφους, ανάλογα με την ποιότητα των προϋπαρχόντων δεσμών (Λαζαράτου, 1998).

Η επιλόχεια κατάθλιψη και η ανησυχία κατά τη μετάβαση στη μητρότητα οδηγούν σε σχέσεις μητέρας-νεογνού που παρουσιάζουν λιγότερη στοργή, ευαισθησία και αμοιβαιότητα. (Goldstein, et al., 1996). Οι συνέπειες της επιλόχειας κατάθλιψης στο παιδί, τη μητέρα και την οικογένεια συμπεριλαμβάνουν την παραμέληση του παιδιού, την οικογενειακή διάλυση, τον αυτοτραυματισμό και την αυτοκτονία. Εντούτοις, οι πιο κοινές συνέπειες περιλαμβάνουν τα συναισθηματικά προβλήματα και τα προβλήματα συμπεριφοράς και την γνωστική καθυστέρηση των παιδιών των μητέρων με καταθλιπτική συμπτωματολογία (Evans, et al., 2001).

Επιπτώσεις στο νεογνό το βρέφος και το παιδί

Μερικοί μήνες κατάθλιψης της μητέρας αρκούν για να επηρεάσουν την ψυχική εξέλιξη του παιδιού, αλλά και η ταχεία θεραπεία της δεν αποκλείει τελείως όλες τις επιπτώσεις. Επίσης, φαίνεται οτι η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει το νεογνό από τις πρώτες μέρες της ζωής του. Τα νεογνά δείχνουν κάποια απορύθμιση στη συμπεριφορά και στη φυσιολογία τους, που πιθανότατα απορρέει από τις ενδοκρινικές αλλαγές της μητέρας. Ωστόσο αυτή η απορύθμιση επηρεάζει με τη σειρά της την ψυχοσυναλλαγή μεταξύ της μητέρας και του νεογνού της, καθώς οι καταθλιπτικές μητέρες χρησιμοποιούν κυρίως δύο τρόπους ψυχοσυναλλαγής, είτε της απόσυρσης, είτε της παρεμβατικότητας, με αποτέλεσμα να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στα νεογνά (Παππά, & Σολδάτου, 1999. Murray, 1992).

Είναι βέβαιο ακόμη, οτι η επιβαρυμένη συναισθηματική διάθεση της μητέρας έχει άμεσες αλλά και μακροπρόθεσμες αρνητικές επιπτώσεις στο βρέφος. Άμεσα παρατηρείται απάθεια, απόσυρση, ή εξεσημασμένο κλάμα του νεογνού. Τα βρέφη των μητέρων με καταθλιπτική συμπτωματολογία εκδηλώνουν μειωμένη εγρήγορση, μεγαλύτερη υπνηλία, έντονο μυϊκό τόνο, λιγότερες εκφράσεις ικανοποίησης και μεγαλύτερη ευερεθιστότητα. Οι επιδράσεις της μητρικής κατάθλιψης αναφαίνονται σε ποικίλους τομείς της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης του βρέφους. Παρατηρούνται διαταραχές ύπνου, μηρυκασμός, ανορεξία (Λαζαράτου, 1998α). Στο νεογνό-βρέφος ο ψυχικός μηχανισμός δεν είναι ακόμη δομημένος, οι αντίστοιχες άμυνες φτιάχνονται μέσα από τις μητρικές φροντίδες. Η οικονομία της αλληλεπίδρασης μητέρας-παιδιού υποστηρίζει και διαχειρίζεται την ψυχική και σωματική ισορροπία του νεογνού-βρέφους (Λαζαράτου, 1998β).

Η επιλόχεια κατάθλιψη συνδέεται με αντίθετα αποτελέσματα στην πρώιμη παιδική ανάπτυξη, κυρίως ανάμεσα στα κοινωνικώς μειονεκτούντα παιδιά. Σοβαρές συνέπειες για το παιδί περιλαμβάνουν αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων, σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου και υψηλότερη συχνότητα εισαγωγής σε νοσοκομεία. (Nielsen, et al., 2000).

Παιδιά μεγαλύτερα του ενός έτους που οι μητέρες τους είχαν επιλόχεια κατάθλιψη, παρουσίασαν προβλήματα από αβέβαιη προσκόλληση, αντικοινωνική συμπεριφορά και νοητικό έλλειμμα. (Murray, 1992). Δεκαεννιά μηνών βρέφη που οι μητέρες τους είχαν παρουσιάσει επιλόχεια κατάθλιψη έδειξαν σημαντικά λιγότερο συναισθηματικό μοίρασμα και λιγότερη αρχική κοινωνικότητα με τους ξένους και παρουσίαζαν αξιοπρόσεκτη θλίψη στη διάρκεια σύντομου χωρισμού από τη μητέρα σε σχέση με τα βρέφη ίδιας ηλικίας που οι μητέρες τους δεν παρουσίαζαν επιλόχειο κατάθλιψη (Stein et al., 1991:Beck, 1998). Τα παιδιά των μητέρων που παρουσίασαν επιλόχεια κατάθλιψη βρέθηκε να παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς στην ηλικία των τριών χρόνων (Wrate, et al., 1985: Δραγώνα, 1989) ή νοητικές ελλείψεις (Cogill, et al., 1986: Δραγώνα, 1989).

Οι Uddenberrg και Englesson (1978:Beck, 1998) ανέφεραν οτι τα 4,5 έτους παιδιά, που οι μητέρες τους υπέφεραν από επιλόχεια κατάθλιψη, παρουσίαζαν συχνή αλλαγή διάθεσης και περιγραφόταν σαν πιο μη ελεγχόμενα από τα παιδιά που οι μητέρες τους δεν είχαν υποφέρει από επιλόχεια κατάθλιψη. Ο Margolies (1989:Beck, 1998) αναφέρει οτι τα παιδιά από μητέρες με επιλόχεια κατάθλιψη ήταν πιο νευρωτικά και παρουσίαζαν πιο αντικοινωνική συμπεριφορά από τα άλλα παιδιά. Η

Rotem (1989) υποστήριξε οτι τα παιδιά που οι μητέρες τους είχαν σημαντική κατάθλιψη κατά τους πρώτους μήνες τις ζωής τους, είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν συμπεριφορικές δυσκολίες στην ηλικία 4-8 ετών, όταν συγκρίθηκαν με παιδιά που οι μητέρες τους δεν παρουσίασαν επιλόχεια κατάθλιψη.

Μακροπρόθεσμα, έχει αναφερθεί επιβράδυνση της ψυχοκινητικής και της γνωσιακής ανάπτυξης του παιδιού, καθώς και προβλήματα στη δυνατότητα δημιουργίας σταθερών και ικανοποιητικών δεσμών στην ενήλικη ζωή του (Σινανίδου, 2000). Επίσης οι εργασίες (Murray, 1996) έδειξαν οτι τα αγόρια θίγονται περισσότερο στις κοινωνικές και γνωστικές επιδώσεις.

Στη μετα-ανάλυση της Beck C.T.(1998) σε 9 έρευνες που έγιναν στη Σουηδία, ΗΠΑ και Μεγάλη Βρετανία αναφέρεται οτι η επιλόχεια κατάθλιψη έχει ένα μικρό, αλλά σημαντικό αποτέλεσμα στη γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Τα παιδιά που οι μητέρες τους είχαν υποφέρει από επιλόχεια κατάθλιψη παρουσίαζαν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς και χαμηλότερη γνωστική λειτουργία συγκρινόμενα με παιδιά που οι μητέρες τους δεν είχαν κατάθλιψη.

Τα παιδιά που προέρχονται από μητέρες που παρουσίασαν κατάθλιψη έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη από τα παιδιά που προέρχονται από μητέρες που δεν παρουσίασαν κατάθλιψη.

Επιπτώσεις στη σχέση μητέρας - παιδιού

Οι μητέρες με καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσιάζουν δυσκολία να εγκαταστήσουν ικανοποιητικό δεσμό με το βρέφος τους (Σινανίδου, 2000). Οι μητέρες με καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσιάζουν ως επί το πλείστον καταθλιπτικές ή αγχώδεις μιμητικές εκφράσεις, μικρότερη δραστηριότητα, λιγότερες απαντήσεις στο βρέφος και μικρότερη συμμετοχή στα παιγνίδια. Η επικοινωνία αυτών των μητέρων δεν είναι πάντα ελαττωμένη ποσοτικά. Είναι κυρίως χωρίς συναίσθημα και χωρίς ζωή. Η επαφή είναι σχεδόν μηχανική, κρατούν το παιδί τους χωρίς να το κοιτάζουν στα μάτια, του αλλάζουν θέση στην αγκαλιά τους, το κουνάνε πολύ δείχνοντας μια υπερδραστηριότητα που δεν έχει την ευχαρίστηση της παροχής μητρικών φροντίδων. Το ενδιαφέρον της μητέρας είναι μειωμένο γιατί είναι απασχολημένη με κάτι άλλο (Λαζαράτου, 1998α). Σε πολλές περιπτώσεις είναι μια μητέρα που εξασφαλίζει και εγγυάται στο παιδί τη φυσική της παρουσία, αλλά όχι και τη συναισθηματική και την συγκινησιακή (Κούτση, 1992).

Ο γονιός με καταθλιπτική συμπτωματολογία παρεμποδίζεται στο σχεδιασμό και χρήση μιας αγωγής που θα εκθέσει το παιδί στο κατάλληλο επίπεδο άγχους που θα του επιτρέψει να αναπτύξει υγιώς την αυτοπεποίθηση του (French, 1983: Δραγώνα, 1989). Τα ευρήματα εισηγούνται τη σημασία της επιλόχειας κατάθλιψης στη μακροπρόθεσμη αρνητική επίδραση στην οικογένεια.

Επιπτώσεις στην οικογένεια

Η λεχωΐδα με κατάθλιψη αισθάνεται αβοήθητη και συχνά ντροπή για τη συμπεριφορά της. Ο σύντροφος δεν κατανοεί τη γυναίκα του, αισθάνεται οτι τον έχει απορρίψει και αναπτύσσει ανταγωνιστική σχέση με το νεογνό. Οποιαδήποτε διαφορά απόψεων υπήρχε από πριν τον τοκετό στο ζευγάρι τώρα γίνεται εντονότερη (Περιστέρης, & Μαρίνος, 1990). Η συζυγική σύγκρουση είναι κοινή μεταξύ των εγκύων και λεχωΐδων καταθλιπτικών. Η σύγκρουση συχνά μπορεί να διαρκέσει για χρόνια αφότου έχει επιλυθεί η κατάθλιψη.

Η επιλόχεια κατάθλιψη έχει αντίκτυπο στην απασχόληση, στην εκπαίδευση, στην αυτοεκτίμηση και επηρεάζει την ζωή των γυναικών ακόμη και μετά την επίλυση των συμπτωμάτων (Mirsi, & Duke, 1995).

Αρνητικά είναι τα αποτελέσματα των ερευνών που μελέτησαν τη σχέση της επιλόχειας κατάθλιψης με την μείωση των γνωστικών λειτουργιών που παρατηρείται στις γυναίκες κατά το 3° τρίμηνο της κύησης και στην αρχή της λοχείας. Μικρή επιδείνωση παρατηρήθηκε τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό και αποδόθηκε στην κόπωση από τον τοκετό. Η επιλόχεια κατάθλιψη δεν συνδέθηκε με την εξασθένηση της μνήμης και τα κενά στη συγκέντρωση, τα συμπτώματα αυτά αποδόθηκαν στην κούραση, στην έλλειψη ύπνου κ.α.(Harris, et al., 1996)

Παρά τις σοβαρές επιπτώσεις της, συχνά, η επιλόχεια κατάθλιψη δεν ανιχνεύεται. Η συστηματική χρήση μιας αυτοκριτικής κλίμακας αξιολόγησης στις πρώτες 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό και κατά την πρώτη μετά τον τοκετό μαιευτική εξέταση, μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματική και οικονομική μέθοδος αναγνώρισης γυναικών με συμπτώματα κατάθλιψης. Έτσι θα μπορούσε η μέθοδος αυτή να λειτουργήσει σαν μέτρο πρόληψης της επιλόχειας κατάθλιψης.

Οι επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης είναι ίσως βουβές και αθέατες, αλλά κάποτε τρομακτικές και καταστροφικές με επίδραση χρόνια και αργή. Γι όλες αυτές τις επιπτώσεις που αναφέρθηκαν η έγκαιρη αντιμετώπιση της διαταραχής είναι ιδιαίτερα σημαντική και επείγουσα.

Θεραπευτική Αντιμετώπιση

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

Η επιλόχεια κατάθλιψη χρειάζεται κατά κανόνα ψυχιατρική θεραπευτική αντιμετώπιση, με επίσης συχνή και αναπόφευκτη τη σύσταση **νοσοκομειακής νοσηλείας**, τόσο εξαιτίας του σοβαρού της κατάστασης, όσο και της πιθανότητας αυτοκτονικών αλλά και ανθρωποκτονικών, κυρίως κατά του νεογέννητου, συνεπειών. Εξαιτίας του άμεσα και μακροπρόθεσμα επώδυνου του αποχωρισμού της μητέρας από το παιδί, υπάρχει η τάση της ταυτόχρονης νοσηλείας σε ειδικές ψυχιατρικές κλινικές μητέρων – βρεφών και η εμπειρία στη Βρετανία κρίνεται πετυχημένη, παρά το μικρό ποσοστό δυσάρεστων συμβάντων ακόμη και σε εντατικά επιβλεπόμενες μονάδες (Ακτσαλής, & Σίμος, 1992).

Επίσης, η **προφυλακτική αντικαταθλιπτική αγωγή** σε λεχωΐδες υψηλού κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης, αμέσως μετά τον τοκετό μειώνει σημαντικά τα ποσοστά νόσησης (ποσοστό μη εμφάνισης συμπτωμάτων με χορήγηση προφυλακτικής αντικαταθλιπτικής αγωγής και χωρίς αυτή 6,7% και 62% αντίστοιχα). Ως θεραπευτική αντιμετώπιση σε γυναίκες με προδιαθεσιακούς παράγοντες για επιλόχεια κατάθλιψη συνιστάται η εκπαίδευση και η ενεργητική κοινωνική υποστήριξη πριν τον τοκετό (Παππά, & Σολδάτου, 1999)

Είναι σημαντικό να γίνει σεβαστή η **επιθυμία της γυναίκας να θηλάσει** ή όχι το παιδί της. Κοινωνικές πιέσεις και αίσθημα ενοχής για τη διακοπή της γαλουχίας μπορεί να έχουν αρνητική επίδραση στη διάθεση της λεχωΐδας. Όλα τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, που έχουν μελετηθεί, βρέθηκε οτι εκκρίνονται στο γάλα, αλλά δεν αναφέρεται ιδιαίτερα βλαπτική δράση στο νεογνό (Areias, et al., 1996).

Μακροχρόνιες μελέτες των νευροσυμπεριφορικών επιδράσεων και της τερατογόνου δράσης αυτών των φαρμάκων δεν υπάρχουν. Είναι φανερό οτι απαιτούνται περισσότερες μελέτες για την εκτίμηση των πιθανών κινδύνων της φαρμακολογικής αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης (Σινανίδου, 1999). Αν η λεχωΐδα επιμένει στο θηλασμό τότε η χορήγηση νορτριπτυλίνης (Wisner, Gelenberg, Leonard, Zarin, & Frank, 1999) ή δεσιπραμίνης φαίνεται οτι είναι περισσότερο ασφαλής για το νεογνό (Σταμούλη, 2000).

Στην επιλόχεια κατάθλιψη απαιτείται ένας συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας. Τα **αντικαταθλιπτικά** (Σακκάς, 1997) είναι τα πιο ενδεδειγμένα φάρμακα αν και ενδέχεται να χρειαστούν και οι **βενζοδιαζεπίνες** ή τα **νευροληπτικά** στην περίπτωση που υφίσταται διέγερση (Ζερβής, 2001). Από τα νεότερα αντικαταθλιπτικά οι επιλεγμένοι **υποδοχείς της σεροτονίνης** δεν έχουν μελετηθεί αρκετά ακόμη για να μπορούν να χορηγηθούν με ασφάλεια κατά την γαλουχία (Mirsi, & Duke, 1995). Η διαθέσιμη βιβλιογραφία δείχνει το φαρμακευτικό προφίλ των επιλεγμένων υποδοχέων της σεροτονίνης στο μητρικό γάλα. Μελέτες σε ζώα έδειξαν υψηλότερες από τις αναμενόμενες συγκεντρώσεις στο νευρικό σύστημα, συσχετιζόμενες με μαθηματικά μοντέλα για τον υπολογισμό της έκθεσης των νεογνών όταν θηλάζουν. Η κλινική εισαγωγή τους απαιτεί έρευνες της βιοδιαθεσιμότητας του κεντρικού νευρικού συστήματος στο νεογνό (Newport, Wilcox, & Stowe, 2001).

Τα **οιστρογόνα και η προγεστερόνη** έχουν δοκιμαστεί χωρίς όμως ιδιαίτερα πειστικά αποτελέσματα (Ζερβής, 2001). Οι Kumar, et al., (1996) και ο Murray (1996) πρότειναν για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης τη διάθεση οιστρογόνων 17 β-εστραδιόλη 200 mg ημερησίως δόθηκε ενδοδερμικά σε 34 γυναίκες για 3 μήνες, μετά δόθηκε κυκλική δυδρογεστερόνη 10 mg ημερησίως για 12 ημέρες κάθε μήνα, για 3 επιπλέον μήνες. Ο Sichel, et al., (1995: Abou-Saleh, et al.,1998) χρησιμοποιώντας υψηλή δόση οιστρογόνων από το στόμα αμέσως μετά τον τοκετό, ανέφεραν χαμηλότερη συχνότητα υποτροπής (9%) επιλόχειας συναισθηματικής διαταραχής από το 35-60% που αναμενόταν χωρίς προφύλαξη από οιστρογόνα. Η μελέτη του Gregoire et al., (1996: Abou-Saleh et al., 1998) στην οποία χρησιμοποιήθηκε ενδοδερμική οιστραδιόλη σε αρκετά υψηλή δόση, έδειξε μέτρια πτώση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων έπειτα από τρεις μήνες θεραπείας.

Η **ηλεκτροσπασμοθεραπεία** ενδείκνυται στις περιπτώσεις που είναι ανθεκτικές σε άλλες μορφές θεραπείας (Ζερβής, 2001).

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

Ένα διαφορετικό σύστημα παροχής συναισθηματικής υποστήριξης, πληροφοριών, συντροφικότητας και πρακτικής βοήθειας, μπορεί να δημιουργηθεί από μέλη που δεν συνδέονται μεταξύ τους με δεσμό αίματος ή φιλίας (παρόλο που εκεί μπορούν να αναπτυχθούν φιλίες), αλλά από την κοινή ανάγκη για βοήθεια σε κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα. Η μακρόχρονη επιτυχία των **ομάδων αυτοβοήθειας** φανερώνει την αξία τους και την ανάγκη που υπάρχει γι' αυτές. Μια ομάδα πραγματικής αυτοβοήθειας διοικείται από άτομα που δεν διαφέρουν από τα άλλα μέλη της ομάδας. Μερικές φορές ένας ειδικός λειτουργός μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο ως βοηθητικός σύμβουλος. Εκτός από την παροχή πολλών μορφών βοήθειας, αυτές οι ομάδες, όπως και τα δίκτυα, ενισχύουν τις προσπάθειες των ανθρώπων προκειμένου να δραστηριοποιηθούν θετικά. Δείχνουν τι μπορεί να επιτευχθεί με την ενεργοποίηση για την επίλυση προβλημάτων και πώς να πολεμήσει κανείς για ν' αλλάξει την κατάσταση.

Τέλος η **πλακουντοφαγία** σαν τρόπος για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης δημοσιεύθηκε σε περιοδικό (Field, 1988). Το ανάλογο άρθρο αποτελεί την μαρτυρία μίας μαίας από την Αγγλία που αντιμετώπισε με τον τρόπο αυτό την επιλόχεια κατάθλιψη μετά από δικό της τοκετό. Στο ίδιο άρθρο αναφέρεται οτι υπάρχουν αναφορές οτι γίνεται πλακουντοφαγία σε διάφορους λαούς και οτι όλα τα σαρκοβόρα θηλαστικά τρώνε τον πλακούντα τους μετά τον τοκετό τους.

Σχέση Ορμονών και Επιλόχειας Κατάθλιψης

Οιστρογόνα και προγεστερόνη

Κατά την Σινανίδου (1999) «οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν οτι: 1. υψηλότερα επίπεδα οιστρογόνων πριν από τον τοκετό σχετίζονται με μεγαλύτερη ευερεθιστικότητα των λεχωΐδων, 2. όσο μεγαλύτερη είναι η πτώση των επιπέδων της προγεστερόνης μετά τον τοκετό τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να αναπτύξει η λεχωΐδα καταθλιπτική συμπτωματολογία τις επόμενες 10 μέρες μετά τον τοκετό, και 3. όσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα των οιστρογόνων μετά τον τοκετό τόσο εντονότερες διαταραχές του ύπνου αναφέρονται.»

Τα μέσα επίπεδα των **οιστρογόνων και της προγεστερόνης** φυσιολογικά πέφτουν από 2100 ng/ml και 160 ng/ml δύο εβδομάδες προ του τοκετού, σε 14 ng/ml και 3 ng/ml, αντίστοιχα, μέχρι την πέμπτη ημέρα της λοχείας. Οι θεαματικές αυτές μεταβολές οδήγησαν την έρευνα να εστιασθεί σε ορμονικούς παράγοντες που πιθανόν να σχετίζονται με την εμφάνιση των επιλόχειων ψυχικών διαταραχών (Βλάχος, 1996).

Όμως τα αποτελέσματα των ερευνών είναι αντιφατικά, ίσως σχετίζονται με τις διαφορές των μελετώμενων πληθυσμών και των τεχνικών δοκιμασίας (Abou-Saleh, et al., 1998). Ο Nott, et al. (1976) δεν βρήκε σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών με ή χωρίς κατάθλιψη στα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης. Ο Feksi, et al., (1984) ωστόσο βρήκαν πως γυναίκες με μεγαλύτερη βαθμολογία επιλόχειας κατάθλιψης είχαν υψηλότερα επίπεδα οιστρογόνων και προγεστερόνης στον σίελο απ' οτι εκείνες με χαμηλότερη βαθμολογία κατάθλιψης. Αυτά τα ευρήματα επιβεβαιώθηκαν από τους Kuevi, et al., (1983) αλλά όχι και από τους Gard, et al., (1986). Ο O' Hara, et al., (1991) ερεύνησαν την προγεστερόνη του ολικού πλάσματος και την διάθεση από το δεύτερο τρίμηνο της κύησης μέχρι την ένατη μεταγεννητική εβδομάδα, αλλά δεν βρήκαν κανένα συσχετισμό. Οι Heidrich, et al., (1994) δεν βρήκαν κάποια αξιοσημείωτη διαφορά των οιστρογόνων και προγεστερόνης του πλάσματος μεταξύ των γυναικών με ή χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη. Οι Chang, et al., (1995) βρήκαν απότομη πτώση της προγεστερόνης αλλά όχι και των οιστρογόνων σε ασθενείς με επιλόχειο κατάθλιψη.

Κορτιζόλη

Σε σχέση με τη επιλόχεια κατάθλιψη, έχουν μελετηθεί οι μεταβολές στα κορτικοειδή, επειδή έχει αποδειχθεί οτι παρατηρείται αύξηση της παραγωγής ή μεταβολή του τρόπου εκκρίσεως στην ενδογενή κατάθλιψη. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τα επίπεδα της **κορτιζόλης** του πλάσματος σταδιακά αυξάνονται δύο με τρεις φορές από τα φυσιολογικά επίπεδα (Burke, & Roulet, 1970) με μια γρήγορη πτώση στα βασικά επίπεδα μέσα στις 3 πρώτες μετά τον τοκετό μέρες. Αυτό σχετίζεται με τα υψηλά επίπεδα της πλακουντικής κορτικοτροφίνης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την προσωρινή καταστολή των επινεφριδίων κατά τη λοχεία (Magiakou, et al., 1997). Οι Handley, et al., (1977) στην πρώτη τους μελέτη βρήκαν μια σχέση μεταξύ καλής (ανυψωμένης) διάθεσης και υψηλής συγκέντρωσης κορτιζόλης, κάτι που δεν μπόρεσαν να επιβεβαιώσουν στην δεύτερη μελέτη τους (Handley, et al., 1980). Δύο ακόμη μελέτες δεν βρήκαν συσχετισμό μεταξύ των επιπέδων κορτιζόλης του αίματος και κατάθλιψης της λοχείας (Gard, et al., 1986, Kuevi, et al., 1983). Οι Pedersen, et al., (1993) ανέφεραν αξιοσημείωτα υψηλά επίπεδα κορτιζόλης του πλάσματος στη διάρκεια της λοχείας σε γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό ψυχικής νόσου, απ' οτι σε εκείνες με αρνητικό ιστορικό. Επιπλέον εκείνες οι γυναίκες με μεταγεννητική δυσφορία είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης πλάσματος, απ' οτι εκείνες χωρίς δυσφορία.(Abou-Saleh, et al., 1998).

Τα πράγματα περιπλέκονται περισσότερο από το φαινόμενο οτι τα επίπεδα κορτιζόλης αίματος παρουσιάζουν εποχικές διακυμάνσεις, ενώ επηρεάζονται επίσης και από τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος (Βλάχος, 1996). Η εποχιακή μεταβολή της κορτιζόλης του πλάσματος συμβαίνει τόσο στις έγκυες όσο και στις υπόλοιπες φυσιολογικές γυναίκες. Οι τιμές είναι υψηλότερες το Χειμώνα και την Άνοιξη. Η επίπτωση της κατάθλιψης και της αυτοκτονικής διάθεσης αυξάνονται την Άνοιξη και τον Χειμώνα, όπως και η πλειονότητα των επιλόχειων ψυχώσεων έχουν την έναρξή τους τις εποχές αυτές (Προκοπάκης, 1994). Όμως η Γεωργοπούλου et al., (1999) έδειξε οτι οι εποχικές αλλαγές δεν είχαν ιδιαίτερη σημασία στην εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης.

Άρα και για την κορτιζόλη τα αποτελέσματα των ερευνών είναι αντιφατικά και απαιτούν μεγαλύτερη έρευνα.

Προλακτίνη

Μια άλλη ορμόνη που έχει μελετηθεί η σχέση της με την επιλόχεια κατάθλιψη είναι η **προλακτίνη**. Υπάρχουν ερευνητές που συσχετίζουν την επιλόχεια κατάθλιψη με χαμηλά επίπεδα προλακτίνης αίματος, ενώ άλλοι αποκλείουν μια τέτοια συσχέτιση (O'Hara, & Wet, 1991). Υπάρχουν ακόμα ερευνητές που βρίσκουν οτι η προλακτίνη προκαλεί επιλόχεια κατάθλιψη, όταν είναι αυξημένη σε σχέση με την προγεστερόνη και τα οιστρογόνα, όμως τα σχετικά ευρήματα είναι μάλλον αντιφατικά (George, & Sandler, 1988. Abou-Saleh, et al., 1998).

Αναλυτικά σε οτι αφορά την **προλακτίνη**, τα βασικά της επίπεδα αυξάνονται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και πέφτουν στη διάρκεια της μεταγεννητικής περιόδου τόσο στις θηλάζουσες όσο και στις μη θηλάζουσες γυναίκες (Bonnar et al., 1975). Η προλακτίνη έχει επίσης ρόλο στο να προετοιμάζει (Bridges, et al., 1985. Rosenblatt, 1994) και να δίνει το έναυσμα (Kinsley et al., 1994) για την μητρική συμπεριφορά και συνεχείς υψηλές συγκεντρώσεις προλακτίνης στο τέλος της εγκυμοσύνης και στη λοχεία είναι απαραίτητες για μια φυσιολογική μητρική συμπεριφορά. Στη μελέτη των Nott, et al., (1976) δεν βρέθηκαν διαφορές στις συγκεντρώσεις της προλακτίνης του πλάσματος σε γυναίκες με ή χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη, ευρήματα που επιβεβαιώθηκαν και από άλλες δύο μελέτες (Alder, et al., 1986. Kuevi, et al., 1983). Οι George, et al., (1980) ωστόσο, ανέφεραν έναν σημαντικό συσχετισμό μεταξύ των υψηλότερων βασικών συγκεντρώσεων προλακτίνης πλάσματος και των συναισθηματικών συμπτωμάτων στη διάρκεια της πρώτης μεταγεννητικής εβδομάδας. Ωστόσο η έκκριση της προλακτίνης βρίσκεται υπό τον έλεγχο ποικίλων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων και επηρεάζεται από το θηλασμό, την έκθεση στην οξυτοκίνη για πρόκληση τοκετού, την χορήγηση βρωμοκρυπτίνης για καταστολή της γαλουχίας, τα χορηγούμενα από το στόμα αντισυλληπτικά και τα ψυχοτρόπα φάρμακα.

Στην έρευνα των Abou-Saleh, et al., 1998, η υπόθεση ήταν οτι τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης σχετίζονταν με τα χαμηλά επίπεδα προλακτίνης, επιβεβαιώνοντας την αναφορά του Asher, et al., (1995). Οι περιπτώσεις που ανέπτυξαν κατάθλιψη 6-10 εβδομάδες μετά τον τοκετό, είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα προγεστερόνης πλάσματος αλλά χαμηλότερα επίπεδα προλακτίνης απ' οτι οι μη περιπτώσεις.

Ο Harris, et al., (1989) ανέφεραν έναν αξιοσημείωτο συσχετισμό μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης, προγεστερόνης και επιπέδων προλακτίνης σε αυτές που δεν

θήλαζαν, η προγεστερόνη συσχετίστηκε θετικά προς την κατάθλιψη ενώ στις θηλάζουσες αρνητικά. Επιπλέον τα επίπεδα της προλακτίνης του πλάσματος σε καταθλιπτικές μητέρες που θήλαζαν ήταν χαμηλά.

Τα αποτελέσματα της μέχρι τώρα έρευνας δεν μπορούν να ενοχοποιήσουν την προλακτίνη για την εκδήλωση της επιλόχειας κατάθλιψης

Τρυπτοφάνη

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους μελετητές παρουσιάζει η συμπεριφορά της τρυπτοφάνης. Είναι γνωστό οτι η **τρυπτοφάνη** πλάσματος παρουσιάζει μετά τον τοκετό μια διφασική αύξηση. Την πρώτη και τη δεύτερη ημέρα της λοχείας παρατηρείται ταχεία αύξηση, ενώ την τρίτη και την τέταρτη η αύξηση αυτή επιβραδύνεται και τα επίπεδα πλάσματος αποκαθίστανται στο φυσιολογικό. Η απουσία της αρχικής ταχείας αυξήσεως συνδυάζεται από ορισμένους με την εμφάνιση επιλόχειας αθυμίας και αργότερα επιλόχειας κατάθλιψης (Βλάχος, 1996).

Θυρεοειδικές ορμόνες

Τέλος η θυρεοειδική δυσλειτουργία συμβάλλει επίσης στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τα ποσοστά υποθυρεοειδισμού είναι σχετικά υψηλά, κυρίως τους έξι πρώτους μήνες μετά τον τοκετό (Abou-Saleh, et al., 1998. Ακτσαλής, & Σίμος, 1992) ο παροδικός υποθυρεοειδισμός συμβαίνει στο 5% των γυναικών εντός του πρώτου μεταγεννητικού έτους που φτάνει στην ακμή της γύρω στον $4^{o} - 5^{o}$ μήνα, (Amino, et al., 1981. Gerstein, 1990) κάτι το οποίο έχει φανεί πως σχετίζεται με την κατάθλιψη (Harris, et al., 1989. Pop, et al., 1991). όμως ο Hamilton (1977) στις μελέτες του εισηγήθηκε οτι τα επίπεδα θυροξίνης πέφτουν σε όλες τις λεχωΐδες από την τρίτη μεταγεννητική εβδομάδα και οι Οι George και Wilson (1983) δεν βρήκαν κάποια σχέση μεταξύ των αλλαγών της διάθεσης και των επιπέδων των T3, T4 και TSH (George, & Wilson, 1983: Abou-Saleh, 1998).

4. Ερωτηματολόγιο των Ψυχολογικών Τύπων του M.B.T.I. (MYERS-BRIGGS TYPE INDICATOR)

Το Personality Typing αναπτύχθηκε αρχικά από τον Carl Jung στις αρχές του 1920. Στην πρώτη του μορφή το Personality Typing του Jung ήταν η πιο περίπλοκη αντίληψη της ανθρώπινης φύσης που περιγράφηκε ποτέ, ενώ ακόμη και σήμερα είναι μια επίπονη εργασία η κατανόηση των γραπτών του Jung σχετικά με την προσωπικότητα.

Ευτυχώς τη δεκαετία του 1950 οι Myers και Briggs «ξέθαψαν» το Personality Typing του Jung, το τροποποίησαν προσθέτοντας μια τέταρτη κλίμακα, απλοποίησαν την περιγραφή του και ανέπτυξαν μια ψυχομετρική με το όνομα M.B.T.I. (Δείκτης τύπου του Myers και Briggs για την μέτρηση του αναθεωρημένου συστήματος του Personality Typing). Το M.B.T.I. test και το σχετικό μοντέλο έχουν γίνει τόσο δημοφιλή που σήμερα πολλοί άνθρωποι αναφέρονται στο personality typing ως M.B.T.I., αλλά με μια αυστηρή έννοια που δεν αληθεύει. Το M.B.T.I. είναι μόνο ένα όργανο ενός τεστ ανάμεσα σε άλλα που διαχωρίζουν τον τύπο προσωπικότητας παρόλο που είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο.

Το M.B.T.I. εκδόθηκε για πρώτη φορά το 1962 από την Educational Testing Service και αποτελεί ένα αυτό-χορηγούμενο ερωτηματολόγιο προσωπικότητας, το οποίο κατατάσσει τους ανθρώπους σε 16 διαφορετικούς ψυχολογικούς τύπους κατά αναλογία με την τυπολογία του Carl Jung, κατά την αναθεώρηση του 1977 συγκρίθηκαν όλες οι προηγούμενες φόρμες του.

Η θεωρία του Carl Jung

Ο Ελβετός ψυχίατρος Carl Jung ταυτίζει την προσωπικότητα με την ψυχή του ανθρώπου η οποία περικλείει όλες τις σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές, συνειδητές και υποσυνείδητες. Ο Jung θεμελίωσε το ψυχολογικό, τυπολογικό του σύστημα σε δύο παραμέτρους.

Από τη μια μεριά, στην παράμετρο της εξωστρέφειας και εσωστρέφειας, στην κατεύθυνση δηλαδή που παίρνει η ανθρώπινη ψυχική ενέργεια, προς τα έξω, τα πρόσωπα και τα πράγματα του εξωτερικού κόσμου ή προς τα μέσα, προς τις εμπειρίες, τα βιώματα, τις έννοιες και τις ιδέες του εσωτερικού μας κόσμου.

Από την άλλη μεριά, στην παράμετρο των τεσσάρων θεμελιωδών λειτουργιών της συνείδησης: της νόησης, του συναισθήματος, της αίσθησης ή αντίληψης και της ενόρασης ή διαίσθησης.

Η αντίληψη (sensation) είναι παρορμητική λειτουργία που σχετίζεται με τα ερεθίσματα που ο άνθρωπος προσεγγίζει με τις αισθήσεις του (αφή, γεύση, όραση, ακοή, όσφρηση).

Η διαίσθηση (intuition) είναι η παρορμητική λειτουργία που σχετίζεται με την κατανόηση λανθανόντων ερεθισμάτων, εικόνων της φαντασίας, αφηρημένων εννοιών και θεωρητικών σχημάτων.

Η νόηση (thinking) είναι η λογική λειτουργία με βάση την οποία το άτομο υποβάλει σε αντικειμενική θεώρηση και λογικό έλεγχο τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος προκειμένου να γίνει αντιληπτή η ουσία τους και η σημασία τους.

Το συναίσθημα (feeling) είναι η λογική λειτουργία με βάση την οποία το άτομο καταλήγει σε κρίσεις και αξιολογήσεις με ένα καθαρά υποκειμενικό και αυθόρμητο τρόπο.

Κατά τον Jung, οι παρουσιαζόμενες στην προσωπικότητα διαφορές οφείλονται στην εξωστρεφή ή εσωστρεφή κατεύθυνση που παίρνει η ψυχική ενέργεια για δράση και στη διαφορετική προτίμηση, που δείχνουν οι άνθρωποι σε μια από τις τέσσερις θεμελιώδεις λειτουργίες της συνείδησης.

Οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τον κόσμο με την αντίληψη ή με την διαίσθηση, και κρίνουν τον κόσμο με την νόηση (λογική) ή με το συναίσθημα. Σε μερικά άτομα όταν η αίσθηση αναπτύσσεται σε βάρος της διαίσθησης και αντίθετα ή όταν η νόηση αναπτύσσεται σε βάρος του συναισθήματος και αντίστροφα, τότε η λειτουργία που δεν αναπτύσσεται κανονικά και ισόρροπα, απωθείται στο ασυνείδητο και παρουσιάζει δυσαρμονία και ψυχολογική διαταραχή.

Το τυπολογικό σύστημα του Jung

Με βάση τα παραπάνω ο Jung διαμόρφωσε το τυπολογικό του σύστημα. Ο κάθε άνθρωπος όταν γεννιέται έχει την προδιάθεση να εξελιχθεί προς ένα συγκεκριμένο τύπο, το περιβάλλον και η ανατροφή που θα δεχθεί θα παίξουν καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση της προδιάθεσης. Εφόσον το άτομο ενθαρρυνθεί σωστά, επιλέγει μια από τις δύο στάσεις – τυπολογικές διαθέσεις, που εκφράζουν τους τρόπους εκτόνωσης της ψυχικής ενέργειας, καθώς και μια από τις τέσσερις λειτουργίες, που αποτελούν μορφές ψυχικής ενέργειας και συγκροτεί τον δικό του

ιδιαίτερο ψυχολογικό τύπο με βάση το προσωπικό του ασυνείδητο, το συλλογικό ασυνείδητο και τις απαιτήσεις της κοινωνίας. Σύμφωνα με αυτή την τυπολογία υπάρχουν οι παρακάτω ανθρώπινοι τύποι ή χαρακτήρες:

Ο εξωστρεφής τύπος

Προσανατολίζεται μόνιμα και σταθερά προς τα πρόσωπα, τα πράγματα και τα γεγονότα του αντικειμενικού εξωτερικού κόσμου, με αποτέλεσμα να εστιάζει την αντίληψη και την κρίση του στους άλλους και να απομακρύνεται από τον εαυτό του. Έτσι, ενδιαφέρεται για κοινωνικές συναναστροφές, συνάπτει εύκολα σχέσεις, αισθάνεται άνεση στις δημόσιες εμφανίσεις, αναζητά την συμπάθεια των άλλων, αλλά χάνει το σύνδεσμο και την επαφή με τον εαυτό του και παρουσιάζει υστερικές εκδηλώσεις (υστερικά λ.χ. ψεύδη)

Ο εξωστρεφής διανοητικός τύπος

Ο τύπος αυτός συνδυάζει την εξωστρέφεια με την επικρατούσα σε βάρος του συναισθήματος διανόηση και διακρίνεται για τη λογική και ορθολογιστική κρίση (ορθό, λάθος), για το ρεαλισμό και αρκετές φορές για τη σκληρότητα και την τυραννικότητα στη συμπεριφορά του.

Ο εξωστρεφής συναισθηματικός τύπος

Συνδυάζει την εξωστρέφεια με το συναίσθημα, που λειτουργεί σε βάρος της διανόησης και διακρίνεται για τη θυμική του κρίση (ευχάριστο, δυσάρεστο), τη διαχυτικότητα, την ευπροσαρμοστικότητα, αλλά στερούμενος λογικών επιχειρημάτων δεν γίνεται πειστικός. Ο τύπος αυτός παρουσιάζεται όχι μόνο στις γυναίκες, αλλά και στους άνδρες και η υπερβολική ατροφία της διανόησης τους οδηγεί σε νηπιακή διανοητική συμπεριφορά.

Ο εξωστρεφής αντιληπτικός τύπος

Αντιλαμβάνεται την εξωτερική πραγματικότητα, κυρίως, με τις αισθήσεις, χωρίς να ενδιαφέρεται για λογικές επεξεργασίες και συναισθηματικές εμβαθύνσεις. Στρέφεται μόνιμα και σταθερά προς τις ευχαριστήσεις και τις απολαύσεις, που προσφέρουν οι αισθήσεις και διακρίνεται για την ανευθυνότητα και την αδιαφορία.

Ο εξωστρεφής διαισθητικός τύπος

Συνδυάζει την εξωστρέφεια με την διαίσθηση, που λειτουργεί σε βάρος της αίσθησης, με αποτέλεσμα να αναλύει την εξωτερική πραγματικότητα, προσπαθώντας να συλλάβει τις σχέσεις των φαινομένων και των γεγονότων και να προβλέψει τις μελλοντικές εξελίξεις, αλλά εκτρέπεται σε αβάσιμους δογματισμούς, επειδή η προσπάθειά του για πρόβλεψη στηρίζεται σε ελάχιστα στοιχεία. Κατά τον Jung η διαίσθηση είναι γνωστική λειτουργία, που παράγει αντίληψη με ασυνείδητο τρόπο και δεν είναι ανθρώπινη ικανότητα με μεταφυσική σημασία.

Ο εσωστρεφής τύπος

Προσανατολίζεται μόνιμα και σταθερά προς τον εαυτό του, εστιάζοντας την αντίληψη και την κρίση του στα προβλήματα της δικής του υποκειμενικής πραγματικότητας, αδιαφορώντας για τους άλλους και την εξωτερική πραγματικότητα. Βυθίζεται στον εαυτό του και απορροφάται από τα προσωπικά του προβλήματα, με αποτέλεσμα να μην ενδιαφέρεται για την προσαρμογή του στο περιβάλλον, αλλά να αξιώνει από το περιβάλλον να προσαρμόζεται σε αυτόν. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση του Εγέλου, ο οποίος στην παρατήρηση οτι η θεωρία δεν συμφωνεί με την πραγματικότητα, απάντησε «τόσο το χειρότερο για την πραγματικότητα». Ο εσωστρεφής τύπος, ασχολούμενος συνέχεια με τον εαυτό του, στους στοχασμούς και τις ονειροπολήσεις του, χάνει την επαφή με το περιβάλλον και γίνεται εγωιστής και φίλαυτος, ευαίσθητος και συνεσταλμένος, αντικοινωνικός και ιδιόρρυθμος.

Ο εσωστρεφής διανοητικός τύπος

Ο τύπος αυτός συνδυάζει την εσωστρέφεια με την διανόηση, που λειτουργούν σε βάρος της εξωστρέφειας και του συναισθήματος, με αποτέλεσμα να βυθίζεται συνέχεια στον εαυτό του, να ενδιαφέρεται για τις προσωπικές του ιδέες και να παρουσιάζεται συνεχώς αφηρημένος, επιφυλακτικός και αδέξιος. Διακρίνεται για τις πνευματικές του ικανότητες, αλλά συνεχώς ζει συντροφιά με την παρανόηση και τείνει προς την διάσπαση και την ψυχασθένεια.

Ο εσωστρεφής συναισθηματικός τύπος

Συνδυάζει την εσωστρέφεια με το συναίσθημα και διακρίνεται για την έντονη συναισθηματικότητα του. Οι συγκινήσεις του όμως δεν απολήγουν σε άμεσες εξωτερικές εκδηλώσεις. Η ροή της συναισθηματικότητάς του προς τα έξω

πραγματοποιείται με αργό ρυθμό και άλλοτε εκδηλώνεται ως αγάπη και φιλία προς συγγενικά και γνωστά πρόσωπα, που βρίσκονται σε κατάσταση αδυναμίας, και άλλοτε παρουσιάζεται ως αφοσίωση προς τη θρησκεία, την ποίηση, την μουσική και την τέχνη. Ο τύπος αυτός ζει έντονα συναισθήματα και παρουσιάζεται απροσάρμοστος, αυτάρεσκος, φιλόδοξος, τυραννικός, ενώ στο βάθος είναι στοργικός και αφοσιωμένος.

Ο εσωστρεφής αντιληπτικός τύπος

Συνδυάζοντας την εσωστρέφεια με την αίσθηση, γοητεύεται από τις αισθησιακές του εμπειρίες, οι οποίες εμπλουτιζόμενες και από βαθύτερες παραστάσεις και αρχετυπικές εικόνες αποκτούν ιδιάζοντα υποκειμενικό χαρακτήρα. Στον τύπο αυτό ανήκουν πολλοί καλλιτέχνες και ιδιαίτερα μουσικοί. Οι τύποι αυτοί δυσκολεύονται να εκφραστούν και να γίνουν κατανοητοί, επειδή η διανόηση και το συναίσθημα δεν έχουν αρκετά αναπτυχθεί. Όταν ανακαλύπτουν οτι ο κόσμος μέσα στον οποίο ζουν δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα κυριεύονται από απογοήτευση και λύπη.

Ο εσωστρεφής διαισθητικός τύπος

Συνδυάζοντας την εσωστρέφεια και την διαίσθηση απεχθάνεται την εξωτερική πραγματικότητα και ασχολείται συνέχεια με το σκοτεινό βάθος του εαυτού του. Ζει απομονωμένος με τις αναμνήσεις του, τα όνειρα του και τις προβλέψεις του και υπερφαλαγγίζεται από τα πραγματικά γεγονότα. Είναι μυστικιστής, οραματιστής, δύστροπος.

Η εξωστρέφεια και η εσωστρέφεια είναι τα στοιχεία της προσωπικότητας που ο κάθε άνθρωπος επιλέγει και αναπτύσσει συνειδητά και κατά συνέπεια είναι αυτά που θα χαρακτηρίζουν και θα κατευθύνουν τη ζωή του. Το δεύτερο χαρακτηριστικό στοιχείο κάθε τύπου, η λειτουργία, επίσης επιλέγεται συνειδητά και είναι αυτό που χρωματίζει ανάλογα την εξωστρέφεια και την εσωστρέφεια. Ωστόσο, ο κάθε άνθρωπος, σύμφωνα με τον Jung, χρησιμοποιεί και τις τέσσερις λειτουργίες, απλά δεν έχει πλήρη επίγνωση αυτής της χρήσης. Οι υπόλοιπες λειτουργίες μπορούν να χρησιμοποιούνται βοηθητικά ή εξισσοροπιστικά στη ζωή του κάθε ανθρώπου. Με αυτή την τυπολογία ο Jung προσπάθησε να δείξει οτι τα χαρακτηριστικά της ανθρώπινης προσωπικότητας είναι συνεχείς μεταβλητές τις οποίες κάποιος έχει σε μικρό ή μεγάλο βαθμό και οτι ο κάθε άνθρωπος έχει έναν ορισμένο ψυχολογικό τύπο,

που είναι εντελώς διαφορετικός από αυτόν των υπολοίπων. Κάθε τύπος είναι διαφορετικός από τον άλλο, χωρίς να σημαίνει οτι κάποιος είναι καλύτερος ή χειρότερος. Απλά εκφράζουν διαφορετικούς δρόμους που μπορεί να ακολουθήσει ο κάθε άνθρωπος για να ζήσει τη ζωή του και να επιτύχει στους στόχους του.

Ένα άλλο στοιχείο που αναδεικνύεται μέσα από τη θεώρηση του Jung, είναι οτι η εξωστρέφεια και η εσωστρέφεια αποτελούν τρόπους έκφρασης της ψυχικής ενέργειας. Σύμφωνα με την αρχή αυτή δεν είναι σωστό να θεωρούμε οτι όλοι οι εσωστρεφείς μοιάζουν στη συμπεριφορά τους και έχουν κοινά στοιχεία, γιατί άλλη συμπεριφορά περιμένουμε οτι θα έχει ο εξωστρεφής αντιληπτικός, άλλη ο εξωστρεφής διαισθητικός, και άλλη ο εξωστρεφής συναισθηματικός τύπος.

Η ανάπτυξη του Μ.Β.Τ.Ι.

Το Μ.Β.Τ.Ι. σχεδιάστηκε ακριβώς για να μετατρέψει σε κλίμακα τη θεωρία του Jung για τους ψυχολογικούς τύπους και για τα την βάλει σε πρακτική εφαρμογή. Με βάση τη θεωρία του Jung υπολογίστηκε κάθε ερώτηση και κάθε βήμα για την ανάπτυξη του Μ.Β.Τ.Ι. Η ανάπτυξη του Μ.Β.Τ.Ι. από τους Myers και Briggs, κτίσθηκε στις σταθερές εισηγήσεις του Jung και προσεγγίστηκε κατά την έκδοση σε συσχετισμό με το δυναμικό μοντέλο. Οι Myers και Briggs επέκτειναν το μοντέλο με την JP (Judgment-Perception) σκάλα κάνοντας σαφέστερη μια άποψη της θεωρίας που ήταν υπονοούμενη αλλά όχι ανεπτυγμένη στα κείμενα του Jung.

Για την κατανόηση της θεωρίας του Jung είναι σημαντικό να εκτιμηθεί η κριτική σημαντικότητα της χρήσης των χαρακτηριστικών Judgment και Perception. Η κατανόηση (Perception) περιέχει πολλούς διαφορετικούς τρόπους για να γίνει το άτομο ενήμερο των πραγμάτων, των ανθρώπων, των γεγονότων και των ιδεών. Συμπεριλαμβάνει πληροφορίες για τη συλλογή, τη ζήτηση της αίσθησης ή της έμπνευσης, και την εκλογή των εισερχομένων ερεθισμάτων. Η κριτική (Judgment) περιέχει όλους τους τρόπους που βγάζει το άτομο τα συμπεράσματα του για ότι αντιλαμβάνεται. Συμπεριλαμβάνει τον τρόπο λήψης αποφάσεων, την επιλογή και την εκλογή των απαντήσεων μετά τη αντίληψη του ερεθίσματος

Η κατανόηση με τις αισθήσεις (sensing Perception) εστιάζεται σε αυτό που υπάρχει, γατί οι αισθήσεις επικεντρώνονται στην παρούσα στιγμή και εστιάζονται στη στιγμιαία εμπειρία. Τα άτομα αναπτύσσουν χαρακτηριστικά όπως να απολαμβάνουν την τρέχουσα στιγμή, τον ρεαλισμό, έχουν αυξημένη παρατηρητικότητα, θυμούνται λεπτομέρειες και είναι πρακτικοί.

Η κατανόηση με τη διαίσθηση (intuition Perception) αναφέρεται στην αντίληψη των πιθανοτήτων, των μηνυμάτων και των σχέσεων του τρόπου επίγνωσης. Είναι η αντίληψη των προτύπων στα φαινομενικά μη πραγματικά γεγονότα ή στην δημιουργική ανακάλυψη. Η κατανόηση με τη διαίσθηση συμπεριλαμβάνει τις πιθανότητες για μελλοντικά γεγονότα. Τα άτομα ενδιαφέρονται για τις πιθανότητες των δραστηριοτήτων και αναπτύσσουν χαρακτηριστικά όπως να μπορούν να ακολουθούν δίνοντας έμφαση στη διαίσθηση και να αναπτύσσουν την φαντασία, να γίνονται θεωρητικοί, να αντιλαμβάνονται το μέλλον και να δημιουργούν.

Η κρίση με την λογική (feeling Judgment) συνδέει τις ιδέες με την ανάπτυξη λογικών συνδέσεων. Το άτομο αναπτύσσει χαρακτηριστικά που συνδέονται με την αναλυτική ικανότητα, την αντικειμενικότητα, την κρίση και τον προσανατολισμό του χρόνου σε αυτό που ενδιαφέρεται για συσχετίσεις από το παρελθόν διαμέσου του παρόντος και προς το μέλλον.

Η κρίση με το συναίσθημα (thinking Judgment) αναφέρεται στις αποφάσεις ζυγίζοντας τις συσχετίσεις των αξιών των επιρροών της έκβασης. Επειδή οι αξίες είναι υποκειμενικές και προσωπικές, το άτομο που κρίνει με το συναίσθημα προσέχει περισσότερο τις αξίες των άλλων όπως και τις δικές του. Τα άτομα παίρνουν αποφάσεις προσέχοντας τί συμβαίνει στους άλλους και καταλαβαίνουν τους ανθρώπους, είναι ανθρώπινοι, ζεστοί και εναρμονισμένοι, στον προσανατολισμό του χρόνου συμπεριλαμβάνουν την αποδοχή των αξιών του παρελθόντος.

Τα άτομα με καλή προσταγή της κριτικής (Judgment) ή της κατανόησης (Perception), (π.χ. με καλό τύπο ανάπτυξης) είναι περισσότερο ξεκάθαρα στις επιλογές τους, αναφέρουν τις προτιμήσεις τους πιο ξεκάθαρα. Τα παραδείγματα των μετρήσεων σε μεγαλύτερα άτομα έχουν μεγαλύτερη αξιοπιστία από αυτά των νεώτερων ατόμων. Όσο η απόκτηση της καλής κριτικής είναι δόκιμος της μεγαλύτερης δυσκολίας της ανάπτυξης του ατόμου, ο TF πίνακας αναμένεται ιδιαίτερα τρωτός στον ορισμό των τύπων. Ωστόσο η χαμηλότερη αξιοπιστία σε λιγότερο αποτελεσματικά δείγματα αναμένεται να συμβαίνει στον TF πίνακα.

Η εγκυρότητα του M.B.T.I. ορίζεται από την ικανότητα να αποδείξει τις σχέσεις και τα συμπεράσματα που προβλέπονται από τη θεωρία του Jung. Η θεωρία λέει οτι τα άτομα είναι ή γίνονται διαφορετικοί τύποι. Το M.B.T.I. επιχειρεί την ταξινόμηση των ατόμων σύμφωνα με τους «αληθινούς» τους τύπους. Η θεωρία αξιώνει οτι οι βασικές επιλογές της κατανόησης μέσω των αισθήσεων ή της

διαίσθησης οδηγούν σε διαφορετικά ενδιαφέροντα και οτι οι βασικές επιλογές της κριτικής με λογική ή με συναίσθημα οδηγούν σε διαφορετική δράση πάνω σ' αυτά τα ενδιαφέροντα. Κίνητρα, αξίες και συμπεριφορές φαίνονται σαν επιφανειακοί δείκτες των αποτελεσμάτων στις βασικές επιλογές και στάσεις. Αν η θεωρία του Jung περιγράφει υπαρκτές επιλογές και αν το Μ.Β.Τ.Ι. αναδεικνύει αυτές τις επιλογές, τότε οι επιφανειακές συμπεριφορές θα μπορούσαν να είναι στην κατεύθυνση της πρόβλεψης στη θεωρία, επιτρέποντας την καταμέτρηση των λαθών, των σταθμών ανάπτυξης, και ακυρώνοντας περιβαλλοντικές πιέσεις που επεμβαίνουν στην έκφραση του τύπου επιλογής.

Οι τύποι προσωπικότητας του Μ.Β.Τ.Ι.

Πάνω στην τυπολογία του Jung έχει βασιστεί το Μ.Β.Τ.Ι. (Myers Briggs Type Indicator), που διακρίνει τους ανθρώπους σε 16 τύπους προσωπικότητας, οι οποίοι αντανακλούν τον διακριτό τρόπο με τον οποίο σκέφτονται, επεξεργάζονται τα ερεθίσματα και λαμβάνουν αποφάσεις τους τα άτομα. (McCaulley, 2000). Το στοιχείο αυτό είναι πολύ σημαντικό γιατί ο τρόπος που τα άτομα σκέφτονται, επεξεργάζονται, κωδικοποιούν, λαμβάνουν αποφάσεις, επιλύουν προβλήματα σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την τελική επιτυχία ή αποτυχία ενός προκαθορισμένου στόχου-έργου.

Το Μ.Β.Τ.Ι. καταγράφει τέσσερις διαστάσεις της προσωπικότητας διπολικά. Η μέτρηση ξεκινά από το σημείο σύγκλησης και αναπτύσσεται για το κάθε δίπολο μέχρι τους 65 βαθμούς.

Αξιολογεί:

- την κατεύθυνση της ενέργειας του ατόμου, αν είναι εξωστρεφές (extraversion) ή εσωστρεφές (introversion),
- τον τρόπο που δέχεται τις πληροφορίες, με τις αισθήσεις (sensing) ή με την διαίσθηση (intuition),
- τον τρόπο με τον οποίο παίρνει τις αποφάσεις του, με τη λογική (thinking) ή με το συναίσθημα (feeling), και
- τον τρόπο που εφαρμόζει τις αποφάσεις του, που λύνει τα προβλήματα του, βασισμένος σε κριτική θεώρηση (judgment) ή με ευρύτερη κατανόηση (perception).

Για κάθε μια από τις παρακάτω τέσσερις κλίμακες προτίμησης κάθε άτομο έχει συνήθως να επιλέξει μια από τις δυο αντίθετες και εξίσου καλές επιλογές. Αυτό δεν σημαίνει οτι κάνουν το ένα αποκλείοντας το άλλο – οι περισσότεροι άνθρωποι θα διαλέξουν οποιοδήποτε ανάλογα με την περίσταση όταν αυτή είναι εκτός του ελέγχου τους. Αλλά οι περισσότεροι άνθρωποι συνήθως έχουν μια απόλυτη και καθολική προτίμηση για καταστάσεις όπου έχουν τον έλεγχο.

Οι τέσσερις κλίμακες είναι :

- Δραστηριοποίηση – πώς ένα άτομο δραστηριοποιείται
- Προσοχή – πού δίνει ένα άτομο προσοχή
- Απόφαση – πώς ένα άτομο αποφασίζει
- Ζωή – ο τρόπος ζωής που ένα άτομο προτιμά

Παρακάτω είναι οι επιλογές για κάθε μια από τις τέσσερις κλίμακες.

1. Δραστηριοποίηση

- Εξωστρέφεια (E)

Επιλογή για αυτούς που αντλούν ενέργεια από τον εξωτερικό κόσμο ανθρώπων, δραστηριοτήτων και πραγμάτων.

- Εσωστρέφεια (I)

Επιλογή για αυτούς που αντλούν ενέργεια από τον εσωτερικό κόσμο ιδεών, συναισθημάτων και εντυπώσεων.

2. Προσοχή

- Αίσθηση (S)

Επιλογή για όσους χρησιμοποιούν τις αισθήσεις για να διαπιστώσουν τί είναι πραγματικό.

- Διαίσθηση (N)

Επιλογή για όσους χρησιμοποιούν την φαντασία για να οραματιστούν τί είναι πιθανό για όσους αισθάνονται πέρα από τις πέντε αισθήσεις.

3. Απόφαση

- Σκέψη (T)

Επιλογή για όσους συγκεντρώνουν και οργανώνουν πληροφορίες για να αποφασίσουν με ένα λογικό και αντικειμενικό τρόπο.

- Αίσθημα (F)

Επιλογή για όσους συγκεντρώνουν και οργανώνουν πληροφορίες για να αποφασίσουν με έναν προσωπικό τρόπο.

4. Ζωή

- Κρίση (J)

Επιλογή για όσους έχουν προγραμματισμένη και οργανωμένη ζωή.

- Αντίληψη (P)

Επιλογή για όσους έχουν αυθόρμητη και ευέλικτη ζωή.

Είναι ενδιαφέρον να παρατηρήσουμε τη κατανομή αυτών των προτιμήσεων στο πληθυσμό. Οι Keirsey και Bates δίνουν την ακόλουθη κατανομή από μια μελέτη του 1964.

- E (75%), I (25%)
- S (75%), N (25%)
- T (50%), F (50%)
- J (50%), P (50%)

Είναι προφανές οτι τα ποσοστά προκύπτουν κατά προσέγγιση και πιο πρόσφατες μελέτες δείχνουν λίγο διαφορετικά αποτελέσματα. Η κατανομή ωστόσο στα I και N παραμένει ίδια και με τις σημερινές μελέτες στο γενικό πληθυσμό.

Μετά τη συγκέντρωση των στατιστικών μελετών είναι πιθανό να γίνει έλεγχος των θεωριών των Myers Briggs οτι οι τέσσερις κλίμακες είναι ανεξάρτητες η μια από την άλλη. Ορισμένες μελέτες δείχνουν οτι είναι πράγματι ανεξάρτητες ενώ άλλες δείχνουν ένα μικρό συσχετισμό μεταξύ των κλιμάκων S-N και J-P.

Επίσης υπάρχει μια διαφοροποίηση που αφορά το φύλο του πληθυσμού στη T-F κλίμακα. Έτσι περίπου το 60% των γυναικών είναι F και το 60% των ανδρών είναι T.

Το M.B.T.I. αποτελείται από 95 ερωτήσεις και μέσα από αυτές το άτομο κατηγοριοποιείται σε δύο βασικές τυπολογικές διαθέσεις, της εξωστρέφειας (E) και της εσωστρέφειας (I) και 6 βασικές λειτουργίες που είναι οι εξής: Αντίληψη S (sensing), διαίσθηση N (intuition), νόηση T (thinking), συναίσθημα F (feeling), κριτική θεώρηση J (Judgment) και ευρύτερη κατανόηση P (Perception).

Ανάλογα με τις απαντήσεις που θα δώσει το άτομο θα κατηγοριοποιηθεί σε ένα τύπο που θα διακρίνεται από 4 γράμματα. Το πρώτο γράμμα δείχνει την κυρίαρχη τυπολογική διάθεση (Ε) ή (Ι) και τα υπόλοιπα 3, τις κύριες λειτουργίες.

Για κάθε ένα από τους 16 τύπους οι Myers και Briggs κατασκεύασαν μια σύντομη περιγραφή της προσωπικότητας και των ενεργειών που χαρακτηρίζουν τα άτομα που κατηγοριοποιούνται σε αυτόν. Κάθε περιγραφή αναφέρεται στα κυρίαρχα, αλλά και στα δευτερεύοντα στοιχειά του ατόμου και προσπαθεί να αποδώσει τις ικανότητες, τις συνήθειες και τις ιδιαιτερότητες του.

Τα ακόλουθα είναι μια σύντομη αναφορά στα αθροιστικά προφίλ για κάθε έναν από τους δεκαέξι τύπους. Για κάθε τύπο αναφέρεται και το ποσοστό του πληθυσμού που αντιπροσωπεύει, χρησιμοποιούνται τα ποσοστά των Keirsey – Bates του1964.

- ENFJ

Παιδαγωγός. Εξαιρετικός αρχηγός ομάδων. Μπορεί να γίνει επιθετικός στη προσπάθειά του να βοηθήσει τους άλλους να γίνουν το καλύτερο που μπορούν. 5% του συνολικού πληθυσμού.

- ENFP

Δημοσιογράφος. Διαισθάνεται τα κίνητρα των άλλων. Η ζωή είναι ένα συναρπαστικό δράμα. Συναισθηματικά θερμός και εμπαθής. 5% του συνολικού πληθυσμού.

- ENTJ

Πεδίο Marshall. Η βασική κινητήρια δύναμη και ανάγκη είναι να είναι αρχηγός. Έχει τη τάση να αναζητά μια θέση υπευθυνότητας και θέλει να είναι εκτελεστικός παράγοντας. 5% του συνολικού πληθυσμού.

- ENTP

Εφευρέτης. Ενθουσιώδες ενδιαφέρον για οτιδήποτε και δείχνει πάντα ευαισθησία στις πιθανότητες. Δεν συμμορφώνεται σε κανόνες και θέλει να καινοτομεί. 5% του συνολικού πληθυσμού.

- ESFJ

Πωλητής. Ο πιο κοινωνικός από όλους τους τύπους. Καλλιεργεί την αρμονία. Εξαιρετικός οικοδεσπότης. 13% του συνολικού πληθυσμού.

- ESFP

Αρτίστας – ψυχαγωγός. Ακτινοβολεί ελκυστική θέρμη και αισιοδοξία. Πνευματώδης ευγενικός, γοητευτικός, έξυπνος. Περνάς καλά μαζί του. Πολύ γενναιόδωρος. 13% του συνολικού πληθυσμού.

- ESTJ

Διαχειριστής. Σε μεγάλη επαφή με το εξωτερικό περιβάλλον. Πολύ υπεύθυνος. Με μεγάλη δύναμη. 13% του συνολικού πληθυσμού.

- ESTP

Διοργανωτής. Δράση! Όταν είναι παρών ξεκινούν πράγματα. Τρομακτικά ανταγωνιστικός. Συχνά χρησιμοποιεί υπερβολές για να τραβήξει την προσοχή. Διαπραγματεύεται αξίες. 13% του συνολικού πληθυσμού.

- INFJ

Συγγραφέας αρέσκεται και ικανοποιείται βοηθώντας τους άλλους. Περίπλοκη προσωπικότητα. 1% του συνολικού πληθυσμού.

- INFP

Αναζητητής. Έχει την ικανότητα να φροντίζει. Ήρεμο και ευχάριστο πρόσωπο. Υψηλό αίσθημα τιμιότητας που πηγάζει από εσωτερικές αξίες. 1% του συνολικού πληθυσμού.

- INTJ

Επιστήμονας. Ο τύπος με τη μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση. Παίρνει αποφάσεις πολύ εύκολα. Ένας χτίστης συστημάτων και παροχέας θεωρητικών μοντέλων. 1% του συνολικού πληθυσμού.

- INTP

Αρχιτέκτονας. Μεγάλη ακρίβεια στη σκέψη και στη γλώσσα. Μπορεί εύκολα να διακρίνει τις αντιλογίες και τις αντιφατικότητες. Ο κόσμος υπάρχει προσωρινά για να κατανοηθεί. 1% του συνολικού πληθυσμού.

- ISFJ

Συντηρητικός. Επιθυμεί να είναι σε υπηρεσία και να εξυπηρετεί τις ανάγκες των ανθρώπων. Πολύ τίμιος. 6% του συνολικού πληθυσμού.

- ISFP

Καλλιτέχνης. Ενδιαφέρεται για τις καλές τέχνες. Εκφράζεται κυρίως μέσω της κίνησης ή κάποιας μορφής τέχνης. Οι αισθήσεις είναι πιο ισχυρές από ότι σε άλλους τύπους. 5% του συνολικού πληθυσμού.

- ISTJ

Φύλακας. Αποφασιστικότητα σε πρακτικές υποθέσεις. Φύλακας ιδρυμάτων. Αξιόπιστος. 6% του συνολικού πληθυσμού.

- ISTP

Τεχνίτης. Παρορμητική δράση. Η ζωή θα έπρεπε να βασίζεται στη παρόρμηση και όχι στο σκοπό. Η δράση είναι αυτοτελής. Ατρόμητος. Λαχταρά τη συγκίνηση και χρησιμοποιεί με δεξιοτεχνία τα εργαλεία. 5% του συνολικού πληθυσμού.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήσαμε μεταφράστηκε στα ελληνικά και τυποποιήθηκε από τους Σταλίκα και Φυτόπουλο (1998). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της μετάφρασης συγκρίθηκε με την Αμερικάνικη έκδοση του Μ.Β.Τ.Ι. και αποτελεί μια έγκυρη έκδοση για την Ελληνική γλώσσα. Έχει επαρκή εγκυρότητα περιεχομένου, παρουσιάζει καλή διακρίνουσα εγκυρότητα, συναφή με αυτή του αμερικανικού και του γαλλοκαναδικού Μ.Β.Τ.Ι.. Παρουσιάζει επίσης ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής. Το ελληνικό Μ.Β.Τ.Ι. έχει αρκετά καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας, η οποία κυμαίνεται από 0,78 έως 0,91 και είναι σύμφωνη με τα στοιχεία που παρουσιάζονται στο πρωτότυπο εγχειρίδιο του Μ.Β.Τ.Ι.

5. Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτιμώμενης Κατάθλιψης του BECK (BECK DEPRESSION INVENTORY).

Το BDI είναι πιθανώς η πιο συχνή μέθοδος αξιολόγησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Το ερωτηματολόγιο αυτό αναπτύχθηκε στα πλαίσια της θεραπευτικής τεχνικής του Beck, η οποία αν και χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση ενός ευρύτερου φάσματος ψυχολογικών διαταραχών, είναι περισσότερο γνωστή για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Ο Beck είναι ουσιαστικά ο πρώτος που έδωσε έμφαση στην πρωταρχικότητα γνωστικών διαδικασιών, όπως λάθη λογικού συλλογισμού και τάση για αρνητική ερμηνεία των γεγονότων, για την κατανόηση τόσο της αιτιολογίας και της διατήρησης της κατάθλιψης, όσο και των μηχανισμών που εμπλέκονται στη θεραπεία και αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής.

Με βάση αυτές τις παρατηρήσεις ο Beck ανέπτυξε μια καινούργια γνωστική θεωρία της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη λοιπόν αντιμετωπίζεται ως συνέπεια της διαταραχής στις «σκέψεις» και στις «ιδέες» του ατόμου. Με τους δύο αυτούς όρους ο Beck αναφέρεται σε κάθε νοητική δραστηριότητα της οποίας το περιεχόμενο είναι λεκτικό ή αποτελείται από εικόνες. Συνεπώς, η κατάθλιψη δε θεωρείται μια διαταραχή της διάθεσης, αλλά μάλλον η συνέπεια των αρνητικών, λανθασμένων και παράλογων ερμηνειών της πραγματικότητας και των αντικειμενικών εμπειριών και γεγονότων (Κλεφτάρας, 1998).

Τόσο το αρχικό ερωτηματολόγιο που σχεδιάστηκε από τους Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh (1961), όσο και το αναθεωρημένο των Beck, Rush, Shaw, & Emery (1971) αποτελούνται από 21 ερωτήματα, σχεδιασμένα να αξιολογήσουν την σοβαρότητα της κατάθλιψης σε εφήβους και ενηλίκους. Τα ερωτήματα επιλέχθηκαν ώστε να αντιστοιχούν στα συναισθηματικά (καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, άγχος), γνωστικά (αισθήματα-σκέψεις ενοχής και αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολία στη συγκέντρωση) και σωματικά - νευροφυτικά συμπτώματα (απώλεια όρεξης, ύπνου, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης, ψυχοκινητική διέγερση, ψυχοκινητική επιβράδυνση), καθώς και στα συμπτώματα κινητοποίησης της κατάθλιψης (απώλεια του ενδιαφέροντος, ανημποριά, έλλειψη ελπίδας, σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας) (Μάνος, 1997).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί οτι το BDI δε σχεδιάστηκε για να διαγιγνώσκει σαφώς την κατάθλιψη. Κατασκευάστηκε περισσότερο, για να μετρά την κατάθλιψη σαν μια διάσταση της ψυχοπαθολογίας, εστιάζει δηλαδή κυρίως στο βάθος ή τη

σοβαρότητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως κατά βάση ορίζεται από το συνδυασμό του αριθμού, της συχνότητας και της έντασης των συμπτωμάτων (Gotlib, & Hammen, 1992).

Το αναθεωρημένο BDI εισήχθη στο Κέντρο Γνωστικής Θεραπείας (Center of Cognitive Therapy CCT) του Πανεπιστημίου της Πενσυλβάνια στην Ιατρική Σχολή το 1971, αντικαθιστώντας το αυθεντικό που κατασκευάστηκε το 1961. Η έκδοση του 1971 είναι ένα εργαλείο που διανέμεται από το CCT από το 1972. Το αυθεντικό BDI βασίζεται σε κλινικές παρατηρήσεις και περιγραφές της συχνότητας των συμπτωμάτων που δόθηκαν από καταθλιπτικούς ψυχιατρικούς ασθενείς σε σχέση με αυτές που δόθηκαν από μη-καταθλιπτικούς ψυχιατρικούς ασθενείς. Οι κλινικές παρατηρήσεις και περιγραφές των ασθενών σχηματοποιήθηκαν σε 21 συμπτώματα και στάσεις, οι οποίες θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε μια τετραβάθμια κλίμακα κυμαινόμενη από 0-3 σε σχέση με τη σοβαρότητα. Οι ερωτήσεις είχαν επιλεγεί για να αξιολογήσουν μόνο τη σοβαρότητα της κατάθλιψης και δεν επιλέχθηκαν για να δείξουν καμία συγκεκριμένη θεωρία της κατάθλιψης. Τα 21 συμπτώματα και στάσεις που αξιολογήθηκαν από το πρωτότυπο BDI περιλαμβάνουν: (1) Διάθεση, (2) Απαισιοδοξία, (3) Αίσθηση Αποτυχίας, (4) Αίσθηση του Ανικανοποίητου, (5) Ενοχή, (6) Τιμωρία, (7) Αυτοαπέχθεια, (8) Αυτοκατηγορία, (9) Αυτοκτονικές Ιδέες (Αυτοκτονικός Ιδεασμός), (10) Κλάμα, (11) Ερεθιστικότητα, (12) Κοινωνική Αποχώρηση, (13) Αναποφασιστικότητα, (14) Αλλαγή της Εικόνας του Σώματος, (15) Δυσκολίες Εργασίας, (16) Αϋπνία, (17) Κόπωση, (18) Απώλεια Όρεξης, (19) Απώλεια Βάρους, (20) Σωματικά Ενοχλήματα, (21) Απώλεια της Λίμπιντο.

Κλινική Χρήση

Το αναθεωρημένο BDI βοηθά στην αξιολόγηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης σε ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί ψυχιατρικά. Παρόλο που το BDI δεν είχε αναπτυχθεί ως διαγνωστικό (διακριτικό) εργαλείο για τον εντοπισμό καταθλιπτικών συνδρόμων σε φυσιολογικούς πληθυσμούς εφήβων και ενηλίκων, έχει χρησιμοποιηθεί γι' αυτό το σκοπό πάρα πολλά χρόνια.

Έχει συζητηθεί εκτενώς η χρήση του BDI για διαγνωστικούς σκοπούς. Ο Gotlib και Tanaka- Matsumi & Kameoka υποστηρίζουν οτι η υψηλή βαθμολόγηση στο BDI για πανεπιστημιακούς φοιτητές δεν είναι απαραίτητα ένδειξη της κατάθλιψης αλλά παρουσιάζει γενικά προβλήματα προσαρμογής.

Το αναθεωρημένο BDI έχει χρησιμοποιηθεί σε εφήβους της ηλικίας 13 ετών, όπως και σε ενηλίκους. Παρόλο που μπορεί εύκολα να χορηγηθεί και να βαθμολογηθεί από παρα-ειδικούς, θα πρέπει να χρησιμοποιείται και να ερμηνεύεται μόνο από ειδικούς με την κατάλληλη κλινική εξάσκηση και εμπειρία. Οι χρήστες θα πρέπει να γνωρίζουν τις κατευθυντήριες γραμμές για την χρήση των τεστ που είχαν θεσμοθετηθεί από την Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση (1985).

Χορήγηση

Χρόνος χορήγησης

Το αναθεωρημένο BDI απαιτεί περίπου 5-10 λεπτά για να συμπληρωθεί. Η προφορική χορήγησή του συνήθως διαρκεί από 15-30 λεπτά όταν πρόκειται για ψυχαναγκαστικούς ασθενείς.

Οδηγίες χορήγησης

Οι οδηγίες χορήγησης του BDI είναι χρήσιμες για να καθοριστεί αν το ερωτηματολόγιο εκτιμά την κατάθλιψη ως κατάσταση ή ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας. Σύμφωνα με το αναθεωρημένο BDI οι εξεταζόμενοι καλούνται να περιγράψουν τους εαυτούς τους για την προηγούμενη εβδομάδα, συμπεριλαμβανομένης και της ημέρας χορήγησης. Η αναθεωρημένη δηλαδή, έκδοση αξιολογεί ένα πιο επίμονο χαρακτηριστικό προσωπικότητας. Αντίθετα, η αρχική έκδοση μετράει μια παρούσα κατάσταση καθώς, σύμφωνα με αυτή την έκδοση οι οδηγίες ζητούσαν από τους εξεταζομένους να εκτιμήσουν τους εαυτούς τους για το τι συμβαίνει ακριβώς *τώρα*.

Το BDI είτε συμπληρώνεται από τον ίδιο τον εξεταζόμενο είτε χορηγείται προφορικά από τον εξεταστή.

Μνήμη και Απαντήσεις

Ο Beck αναφέρει έρευνες στις οποίες το αρχικό BDI χορηγήθηκε σε ασθενείς προκειμένου να εκτιμηθούν οι επιδράσεις ανάμεσα στη μνήμη και στις απαντήσεις χωρίς ωστόσο να βρεθεί σημαντική σχέση. Οι Hatzenbeuhler, Parpal και Mathews έχουν αναφέρει οτι οι επαναλαμβανόμενες χορηγήσεις δίνουν χαμηλότερες συνολικές βαθμολογίες στις μεταγενέστερες χορηγήσεις.

Σε σοβαρά καταθλιπτικούς ασθενείς, είναι συνηθισμένη η διχοτομημένη σκέψη, όπου οτιδήποτε γίνεται αντιληπτό ως υπερβολικά θετικό ή αρνητικό. Ωστόσο σε ασθενείς με κατάθλιψη ελαφρύτερης μορφής θα πρέπει να παρατηρηθεί κάποια

ποικιλία στις απαντήσεις τους, έτσι ώστε να μην αντιστοιχούν πάντα στον ίδιο αριθμό κατάταξης. Εάν ένας εξεταζόμενος δίνει και για τις 21 ερωτήσεις απάντηση ίδιου αριθμού κατάταξης ο εξεταστής θα πρέπει να του επισημάνει οτι τα άτομα σπάνια είναι ίδια ως προς κάθε σύμπτωμα και οτι θα μπορούσε να αναθεωρήσει ορισμένες απαντήσεις.

Οδηγίες Βαθμολόγησης

Η βαθμολόγηση του BDI γίνεται με πρόσθεση των απαντήσεων του εξεταζομένου για καθένα από τα 21 ερωτήματα. Κάθε ερώτημα αποτελείται από μια ομάδα τεσσάρων δηλώσεων που βαθμολογούνται από μηδέν έως τρία, η μέγιστη συνολική βαθμολογία είναι 63. Εάν ένας εξεταζόμενος έχει επιλέξει περισσότερες από μια δηλώσεις μίας ομάδας υπολογίζεται η δήλωση που βαθμολογείται υψηλότερα. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί σχετικά με το αν θα συνυπολογισθεί η απάντηση στο ερώτημα απώλεια βάρους (ερώτημα 19). Αν ο εξεταζόμενος έχει σημειώσει οτι σκόπιμα προσπαθεί να χάσει βάρος τότε η απάντηση αυτή δεν προστίθεται στη συνολική βαθμολογία.

Σύμφωνα με τον Beck και Beamesderfer, η κατάταξη των εξεταζομένων βάση της βαθμολόγησης τους στο BDI θα πρέπει να βασίζεται στις κλινικές αποφάσεις βάσει των οποίων το ερωτηματολόγιο χορηγείται. Το CCT διανέμει τις ακόλουθες γενικές οδηγίες για τη βαθμολογική κατάταξη σε καταθλιπτικούς ασθενείς: βαθμολογίες από 0-9 θεωρούνται ως ελάχιστες, από 10-16 οτι υποδηλώνουν ήπια κατάθλιψη, από 17-29 μέτρια κατάθλιψη και από 30-63 σοβαρή κατάθλιψη.

Η αρχική βαθμολογική κατάταξη προήλθε από αναλύσεις του αρχικού BDI βασισμένη σε κλινικές παρατηρήσεις της κατάθλιψης. Σύμφωνα με αυτές, η αξιολόγηση της κατάθλιψης ως ελάχιστη, ήπια, μέτρια και σοβαρή, αντιστοιχεί στις ακόλουθες μέσες συνολικές τιμές του BDI: 10.9 (SD 8.1), 18.7 (SD 10.2), 25.4 (SD 9.6) και 30.0 (SD 10.4). Σε φυσιολογικούς πληθυσμούς συνολικές βαθμολογίες υψηλότερες κατά 15 βαθμούς πιθανόν να ανιχνεύουν κατάθλιψη, αν και είναι απαραίτητη μια κλινική συνέντευξη για επιβεβαίωση.

Η χρησιμοποίηση διαφορετικής βαθμολογικής κατάταξης πρέπει να λαμβάνει υπόψη το δείγμα και το σκοπό χορήγησης. Αν ο σκοπός είναι η ανίχνευση του μέγιστου αριθμού καταθλιπτικών, η βαθμολογική κατάταξη των εξεταζομένων πρέπει να προσαρμοσθεί σε χαμηλότερα επίπεδα, ώστε να ελαχιστοποιηθούν λανθασμένες

αρνητικές απαντήσεις(δηλαδή απαντήσεις που βαθμολογούνται από 0-1). Αν και ο αριθμός των λανθασμένων θετικών απαντήσεων θα αυξηθεί, αυτή η μέθοδος μπορεί να αποβεί χρήσιμη όταν εξετάζονται πιθανές περιπτώσεις κατάθλιψης. Στην περίπτωση ερευνών όπου είναι σημαντικό να εξασφαλιστεί μια όσο το δυνατόν πιο ανόθευτη ομάδα καταθλιπτικών, η βαθμολογική κατάταξη θα πρέπει να αυξηθεί ώστε να μειωθεί ο αριθμός των λανθασμένων θετικών απαντήσεων.

Ερμηνεία Βαθμολόγησης

Καθώς η συνολική βαθμολογία του BDI παρέχει μόνο μια εκτίμηση της γενικής σοβαρότητας της κατάθλιψης, είναι κλινικά σημαντικό να εξετάζεται προσεκτικά το περιεχόμενο συγκεκριμένων ερωτημάτων. Ειδικότερα, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στα συμπτώματα που σχετίζονται με τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Οι Beck, Steer, Kovacs & Garrison, έχουν βρει οτι το δεύτερο ερώτημα του BDI (απαισιοδοξία) προέβλεψε ενδεχόμενη αυτοκτονία σε 211 άτομα με σκέψεις αυτοκτονίας, περίπου σε τέτοιο βαθμό όσο και η κλίμακα απόγνωσης. Ασθενείς που παραδέχονται σκέψεις αυτοκτονίας (ερώτημα 9) και απαισιοδοξία (ερώτημα 2) όταν δίνουν τις απαντήσεις που βαθμολογούνται με 2 ή 3 θα πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά για τάση αυτοκτονίας.

Είναι επίσης σημαντικό να παρατηρείται η συνολική μορφή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που περιγράφει ο ασθενής. Το BDI αντικατοπτρίζει όχι μόνο γνωστικά και συναισθηματικά συμπτώματα, αλλά επίσης σωματικά καθώς και νευροφυτικά συμπτώματα. Για παράδειγμα, ορισμένοι αυτοκτονικοί ασθενείς δε θα εκφράσουν σκέψεις αυτοκτονίας, αλλά στην πραγματικότητα έχουν σταματήσει να τρωνε και να κοιμούνται. Κάθε ασθενής παρουσιάζει τα δικά του ξεχωριστά καταθλιπτικά συμπτώματα τα οποία πρέπει να εξετάζονται ατομικά.

Ψυχομετρικές Ιδιότητες

Στάθμιση

Η στάθμιση ενός τεστ προϋποθέτει: 1) τη χορήγηση του τεστ σε μεγάλο αριθμό ατόμων (δείγμα στάθμισης), το οποίο επιλέγεται σαν αντιπροσωπευτικό ενός ευρύτερου αριθμού ατόμων, στον οποίο απευθύνεται το τεστ. 2) Τη μετατροπή των αποτελεσμάτων των μετρήσεων σε τυπικές τιμές ή νόρμες. Το CCT προκειμένου να σταθμίσει το αναθεωρημένο BDI χρησιμοποίησε ως δείγμα έξι ομάδες εξωτερικών

ασθενών, δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο επιλέχθηκε το δείγμα στάθμισης ήταν η κατά συστάδες τυχαία δειγματοληψία.

Αξιοπιστία

Οι μετρήσεις αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής σύμφωνα με το συντελεστή άλφα του Cronbach είναι οι ακόλουθες: για τους ασθενείς με Μεικτή Διάγνωση 0.86, με Μείζονα Κατάθλιψη- Μοναδικό Επεισόδιο 0.80, με Μείζονα Κατάθλιψη-Υποτροπιάζουσα 0.86, για τους ασθενείς με Δυσθυμικές Διαταραχές 0.79, για τους Αλκοολικούς 0.90 και για τους Ηρωινομανείς 0.88. Οι μετρήσεις αυτές συμφωνούν με τις μέσες τιμές συντελεστών άλφα που αναφέρονται από του Beck, Steer & Garbin, σε μια μετα-ανάλυση εννέα ψυχιατρικών δειγμάτων (0.86) καθώς και 15 μη ψυχιατρικών (0.81). Ως εκ τούτου, το αναθεωρημένο BDI έχει υψηλή εσωτερική συνοχή τόσο σε κλινικούς όσο και σε μη κλινικούς πληθυσμούς.

Το αναθεωρημένο BDI παρουσιάζει ψυχομετρικά χαρακτηριστικά διαφορετικά από εκείνα της αρχικής έκδοσης. Οι συνάφειες κάθε ερωτήματος με τη συνολική βαθμολόγηση δείχνουν οτι η απώλεια βάρους δε σχετίζεται σημαντικά με τη συνολική σοβαρότητα της κατάθλιψης για τέσσερα από τα δείγματα στάθμισης. Ωστόσο η απώλεια βάρους σχετίζεται σημαντικά με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης για το δείγμα των ηρωινομανών. Τα σωματικά ενοχλήματα επίσης τείνουν να αναφέρονται λιγότερο συχνά απ΄ οτι στα δείγματα στάθμισης της αρχικής έκδοσης.

Οι Beck & Beamesderfer αναφέρουν, οτι τουλάχιστον αναφορικά με την ανίχνευση αλλαγών σε ψυχιατρικούς ασθενείς, οι μετρήσεις της δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας της αξιοπιστίας, μπορεί να μην είναι πολύ χρήσιμες. Και αυτό γιατί αναμένεται οι ασθενείς να δείξουν μείωση της κατάθλιψης τόσο λόγω της επίδρασης της θεραπευτικής παρέμβασης όσο και λόγω του περάσματος του χρόνου. Οι Beck, Steer & Garbin επανεξέτασαν δέκα μελέτες που αντικείμενό τους ήταν η δοκιμασία και επαναδοκιμασία του BDI. Ανέφεραν οτι μεταξύ χορήγησης και επαναχορήγησης του BDI σε ψυχιατρικούς ασθενείς για ποικίλα χρονικά διαστήματα, ο δείκτης συνάφειας του Pearson κυμάνθηκε μεταξύ 0.48 και 0.86, ενώ σε εννέα μελέτες μη ψυχιατρικών ασθενών κυμάνθηκε μεταξύ 0.60 και 0.90. Τα δείγματα μη ψυχιατρικών ασθενών συνεπώς έδωσαν πιο σταθερές βαθμολογίες από εκείνα των ψυχιατρικών. Οι Lightfoot & Oliver αναφέρουν οτι ο δείκτης συνάφειας δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας ήταν 0.90 για ένα χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των δύο εβδομάδων σε ένα δείγμα 204 προπτυχιακών φοιτητών, εννοώντας οτι οι βαθμολογίες παραμένουν με το

πέρασμα του χρόνου σταθερές για μη ασθενείς. Ωστόσο ο Zinnerman βρήκε οτι για χρονικό διάστημα μίας εβδομάδας ο δείκτης συνάφειας δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας ήταν 0.64 για ένα δείγμα 139 προπτυχιακών φοιτητών.

Εγκυρότητα

Εγκυρότητα περιεχομένου

Οι Moran και Lambert συνέκριναν το αναθεωρημένο BDI ως προς το περιεχόμενο με τα κριτήρια του DSM-III για τη Συναισθηματική Διαταραχή και κατέληξαν στο συμπέρασμα οτι το BDI περιλάμβανε μόνο έξι από τα εννέα κριτήρια του DSM-III. Δύο κριτήρια του DSM-III αναφέρονταν μερικώς μόνο και ένα δε συμπεριλήφθηκε καθόλου. Ενώ δηλαδή το BDI ρωτά για την ανορεξία, ωστόσο δεν ρωτά καθόλου για την αύξηση της όρεξης που παρουσιάζουν ορισμένα καταθλιπτικά άτομα. Επίσης σχετικά με τις μεταβολές του ύπνου, το BDI ρωτά για την αϋπνία ενώ δεν αναφέρει καθόλου την περίπτωση της υπνηλίας. Επίσης οι Moran και Lambert, τόνισαν οτι το αναθεωρημένο BDI δεν δίνει σαφή ερωτήματα σχετικά με την ψυχοκινητική δραστηριότητα και την διέγερση, τα οποία περιλαμβάνονται στα κριτήρια του DSM-III στην διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής.

Η απουσία ερωτημάτων σχετικά με την αυξημένη όρεξη, την υπνηλία και την διέγερση ήταν σκόπιμη. Καθώς σύμφωνα με το Beck το 72% των ασθενών με σοβαρή μορφή κατάθλιψης παραπονέθηκαν για ανορεξία, ενώ το 87% ανέφεραν έλλειψη ύπνου. Λόγω του οτι η αύξηση της όρεξης και του ύπνου εμφανίζονται συχνά σε φυσιολογικούς ενήλικες, στην περίπτωση που θα συμπεριλαμβάνονταν στα ερωτήματα θα δημιουργούσαν λανθασμένες θετικές απαντήσεις. Η διέγερση αν και αποτελεί ένα κλινικά διαγνωσμένο σύμπτωμα, δε συμπεριλήφθηκε γιατί δεν θεωρήθηκε κατάλληλη για ένα εργαλείο αυτοαναφοράς.

Διακρίνουσα εγκυρότητα

Αν και το BDI δε σχεδιάστηκε για να διακρίνει ασθενείς με διαφορετικές ψυχιατρικές διαγνώσεις, μια σειρά από μελέτες έδειξαν οτι μπορεί να διαφοροποιήσει τους ψυχιατρικούς ασθενείς από τους φυσιολογικούς πληθυσμούς. Το BDI μπορεί να διαφοροποιήσει την Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή από τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, καθώς επίσης μπορεί να διακρίνει τη Δυσθυμική από τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή.

Οι Plumb, Holland και οι Cavanaugh, Clark & Gibbons αναφέρουν οτι διαφορετικές ομάδες ερωτήσεων του BDI είναι δυνατόν να διαφοροποιούν τα ψυχιατρικά και ιατρικά από τα φυσιολογικά δείγματα πληθυσμών. Δύο υποκλίμακες υπολογίζονται προσθέτοντας τις απαντήσεις για τα αντίστοιχα ερωτήματα. Το άθροισμα των δεκατριών πρώτων ερωτημάτων αποτελεί μια γνωστικό-συναισθηματική υποκλίμακα για την εκτίμηση της κατάθλιψης σε άτομα των οποίων η έλλειψη δραστηριοτήτων και τα σωματικά τους συμπτώματα μπορούν να συμβάλλουν στην υπερεκτίμηση της κατάθλιψής τους. Το άθροισμα των οχτώ τελευταίων ερωτήσεων αποτελεί μια υποκλίμακα η οποία μετρά σωματικά ενοχλήματα και συμπτώματα κινητοποίησης (απώλεια του ενδιαφέροντος, ανημποριά, έλλειψη ελπίδας, σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας). Οι Rounsaville, Weisman, Rosenberg, Wilberg, & Kleber περιέγραψαν το BDI ως εξαιρετικά αποτελεσματικό στο να ανιχνεύει την κατάθλιψη σε ηρωινομανή άτομα. Οι Shaw & al παρατήρησαν, οτι μερικά από τα συμπτώματα του εθισμού στην ηρωίνη είναι κοινά με αυτά στην κατάθλιψη. Η σύγκριση των αποτελεσμάτων της γνωστικής-συναισθηματικής υποκλίμακας, που προέρχονται από ηρωινομανείς και εκείνων (των αποτελεσμάτων) που αναφέρονται από τους ψυχιατρικούς ασθενείς μπορεί να βοηθήσει στην εκτίμηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης σε εθισμένα άτομα, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη τα σωματικά ενοχλήματα και συμπτώματα κινητοποίησης. Η γνωστική- συναισθηματική υποκλίμακα μπορεί επίσης, να χρησιμοποιηθεί για ιατρικούς ασθενείς των οποίων τα συμπτώματα, όπως η κόπωση, μπορούν επίσης να θεωρηθούν, λανθασμένα, συμπτώματα κατάθλιψης.

Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής

Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής έχει ερευνηθεί σε πολυάριθμες μελέτες με διαφορετικές μεταβλητές. Οι Beck, Weissman, Lester, & Texter μελέτησαν την υπόθεση αν η απόγνωση σχετίζεται με την κατάθλιψη και βρήκαν οτι τα αποτελέσματα του Beck Hopelessness Scale είχαν θετική συνάφεια με αυτά του αναθεωρημένου BDI και στα έξι δείγματα στάθμισης.

Συγχρονική εγκυρότητα

Οι Beck, Steer & Gardin έχουν εξετάσει σε μια σειρά από μελέτες το δείκτη συνάφειας r του Pearson ανάμεσα στο αναθεωρημένο BDI και σε επιλεγμένα τεστ που μετρούν την κατάθλιψη για τη μελέτη της συγχρονικής εγκυρότητας. Η μετά-

ανάλυση έδειξε μέση συνάφεια 0,72 ανάμεσα στην κλινική ταξινόμηση της κατάθλιψης και στο BDI για ψυχιατρικούς ασθενείς, καθώς και ένα δείκτη 0.60 ανάμεσα στην κλινική ταξινόμηση της κατάθλιψης και στη βαθμολόγηση για μη-ψυχιατρικά υποκείμενα. Οι Schafer & al έδειξαν τη συνάφεια ανάμεσα στο BDI και MMPI-D Scale και στην αυτοταξινόμηση στην κλίμακα του Zung σε 101 εσωτερικούς ψυχιατρικούς ασθενείς και σε 99 εσωτερικούς χρήστες ναρκωτικών. Όλες οι συνάφειες του BDI με το Zung και το MMPI-D είναι μεγαλύτερες από 0,55 και για τις δύο ομάδες. Οι Beck, Steer, & Gardin βρήκαν μέση συνάφεια 0.73 ανάμεσα στο HRSD και στο BDI για πέντε ψυχιατρικά δείγματα. Η σχέση ανάμεσα στο HRSD και το BDI είναι πολύ σημαντική, επειδή πολλοί ερευνητές χρησιμοποιούν αυτά τα δύο εργαλεία ταυτόχρονα για την αυτοαναφερόμενη και κλινικά παρακολουθούμενη εκτίμηση των αλλαγών στην κατάθλιψη. Μελέτες των Edwards & al, και Lambert & al, καταλήγουν στο συμπέρασμα οτι το αναθεωρημένο BDI επηρεάζεται λιγότερο από αλλαγές στην κατάθλιψη απ΄ οτι το HRSD. Παρόλα αυτά το BDI είναι λιγότερο πιθανό να υπερεκτιμήσει την πρόοδο της θεραπείας των ασθενών που μετέχουν σε φαρμακοθεραπεία ή σε ψυχοθεραπεία παρά το HRSD.

Παραγοντική εγκυρότητα

Το αναθεωρημένο BDI έχει αναλυθεί παραγοντικά και στους δύο πληθυσμούς: κλινικούς και μη κλινικούς. Ο αριθμός των παραγόντων που εξάγονται, εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά των κλινικών και μη κλινικών δειγμάτων που μελετήθηκαν. Επίσης, η μέθοδος της εξαγωγής είναι κρίσιμη για τον ορισμό της παραγοντικής δομής. Οι Tanaka & Huba και Clark, Cavanaugh & Gibbons αναφέρουν ένα βασικό σύνδρομο της κατάθλιψης που μπορεί να αναλυθεί σε τρεις υψηλά συσχετιζόμενους παράγοντες. Παρότι το σαφές θέμα σύνδεσης των παραγόντων αλλάζει από τη μια διαγνωστική ομάδα στην άλλη, οι τρεις παράγοντες αντανακλούν γνωστικά- συναισθηματικά, συμπτώματα κινητοποίησης και σωματικά ενοχλήματα.

Η επίδραση του φύλου και της ηλικίας

Σε γενικές γραμμές τα αποτελέσματα του αναθεωρημένου BDI δεν σχετίζονται ουσιωδώς με το φύλο και την ηλικία των εξεταζομένων. Ωστόσο ορισμένες έρευνες αναφέρουν σημαντικές, αλλά όχι ουσιώδεις σχέσεις ανάμεσα στο BDI και σε αυτές τις μεταβλητές. Σύμφωνα με αυτές η ηλικία σχετιζόταν

αντιστρόφως ανάλογα με τη βαθμολογία της μικτής διαγνωστικής ομάδας και ενώ στη βαθμολογία της ομάδας των ηρωινομανών η μεταβλητή φύλο παρουσίαζε θετική συνάφεια με τα αποτελέσματα. Συγκεκριμένα οι γυναίκες ηρωινομανείς είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν καταθλιπτικά συμπτώματα απ΄ οτι οι άνδρες αυτής της κατηγορίας.

Ωστόσο καμία από τις συνάφειες με τη μεταβλητή φύλο του BDI δεν ήταν μεγαλύτερη από 0.20, δηλώνοντας έτσι οτι η μεταξύ τους σχέση δεν είναι κλινικά σημαντική. Ωστόσο οι ερευνητές πρέπει να υπολογίζουν το εύρος των σχέσεων ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των δειγμάτων τους και το αναθεωρημένο BDI, προτού πραγματοποιήσουν εκτεταμένες αναλύσεις. Εάν η συνάφεια ανάμεσα σε ένα ψυχοκοινωνικό χαρακτηριστικό και το αναθεωρημένο BDI είναι μεγαλύτερη από 0.30, ο ερευνητής θα πρέπει να υπολογίσει κατά πόσο το χαρακτηριστικό αυτό πρέπει να ελεγχθεί προτού προχωρήσει σε περαιτέρω αναλύσεις με το BDI και άλλες εξαρτημένες μεταβλητές.

Κριτική

Το BDI είναι ένα ευρέως διαδεδομένο ψυχομετρικό εργαλείο στην κλινική έρευνα (συγκεκριμένα οι Beck, Steer & Garbin αναφέρουν οτι το BDI έχει χρησιμοποιηθεί σε περισσότερες από 1000 ερευνητικές μελέτες). Η χρήση του δεν έχει περιοριστεί μόνο στην αξιολόγηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης σε διαγνωσμένους ψυχιατρικούς ασθενείς, για την οποία είχε αρχικώς κατασκευαστεί, αλλά και στην ίδια τη διάγνωση της κατάθλιψης. Εξαιτίας της εκτεταμένης χρήσης του, το BDI αποτελεί κοινό τόπο μεταξύ των θεραπευτών, τα αποτελέσματά του δηλαδή είναι εύκολα αναγνώσιμα.

Το BDI χαρακτηρίζεται από ευχέρεια τόσο ως προς τη χορήγηση όσο και ως προς τη βαθμολόγησή του. Ειδικότερα ως προς τη χορήγηση το BDI:

1. Δεν απαιτεί περισσότερο από 15 λεπτά προκειμένου να συμπληρωθεί.
2. Παρέχει τη δυνατότητα ατομικής ή ομαδικής χορήγησης.
3. Η συμπλήρωσή του γίνεται είτε από τον ίδιο τον εξεταζόμενο, είτε κατόπιν προφορικής χορήγησης, από τον εξεταστή.
4. Το λεξιλόγιο του ερωτηματολογίου αντιστοιχεί σε επίπεδο πέμπτης τάξης δημοτικού, γεγονός που σημαίνει οτι μπορεί να συμπληρωθεί από άτομα σχεδόν όλων των μορφωτικών επιπέδων.

5. Κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης απαιτείται μόνο ησυχία και επαρκής φωτισμός.

Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου μπορεί επίσης να χαρακτηρισθεί ως εύκολη, επειδή συνίσταται στην απλή πρόσθεση των επιλεχθεισών απαντήσεων. Μπορεί επίσης, όπως έχει ήδη αναφερθεί, να γίνει και από παραειδικούς, πρακτική που θα πρέπει όμως να αποφεύγεται.

Από την άλλη μεριά τόσο η χορήγηση του BDI όσο και οποιουδήποτε άλλου ερωτηματολογίου που αφορά σε διαταραχή διάθεσης, δεν θα πρέπει να αποτελεί το αποκλειστικό μέσο για τη διάγνωση της κατάθλιψης. Η χορήγηση του BDI θα πρέπει να συνοδεύεται από λήψη ιστορικού και κλινικής συνέντευξης, προκειμένου η αξιολόγηση του ασθενούς να είναι ολοκληρωμένη. Τα παραπάνω είναι σημαντικά στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων, όμως ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δίνεται στις απαντήσεις των ερωτημάτων 2 και 9, γιατί, όταν η βαθμολόγηση είναι υψηλή, βοηθούν στη διάγνωση αυτοκτονικών τάσεων.

Όσον αφορά στις ψυχομετρικές ιδιότητες του BDI, σύμφωνα με τον Gotlib, τόσο η αξιοπιστία όσο και η εγκυρότητά του έχουν επανειλημμένως ερευνηθεί και επικυρωθεί. Βασική ιδιότητα που πρέπει να έχει κάθε ψυχομετρικό εργαλείο είναι ο βαθμός ακρίβειας και σταθερότητας που τα αποτελέσματα των ίδιων ατόμων πρέπει να έχουν σε διαδοχικά περάσματά του ίδιου τεστ.

Η μέτρηση της αξιοπιστίας του BDI έχει γίνει με δύο τρόπους: Ο πρώτος, που αφορά στην αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής, βασίζεται στο συντελεστή άλφα του Cronbach. Ο συντελεστής αυτός θεωρείται ο πιο αποτελεσματικός και προσδιορίζει το βαθμό που το τεστ μετρά ένα μόνο παράγοντα. Ο τρόπος αυτός προτιμήθηκε γιατί το συγκεκριμένο τεστ αξιολογεί μια συγκεκριμένη έννοια, δηλαδή την κατάθλιψη. Ο υψηλός συντελεστής άλφα στις σχετικές μετρήσεις δηλώνει υψηλή εσωτερική συνοχή για το συγκεκριμένο τεστ. Ο δεύτερος τρόπος που αφορά στην αξιοπιστία ως έννοια χρονικής σταθερότητας είναι η δοκιμασία-επαναδοκιμασία του BDI. Οι σχετικές μετρήσεις κατέληξαν σε χαμηλότερους δείκτες συνάφειας όσον αφορά σε ψυχιατρικούς πληθυσμούς και σε υψηλότερους όσον αφορά σε μη ψυχιατρικούς. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη τους παράγοντες που υπεισέρχονται από τη μια χορήγηση στην άλλη, όπως η διάθεση ή η ενδεχόμενη θεραπευτική παρέμβαση, (ιδιαίτερα στους ψυχιατρικούς πληθυσμούς), τα σχετικά αποτελέσματα μπορούν να θεωρηθούν ικανοποιητικά.

Η εγκυρότητα μιας μέτρησης αναφέρεται στο βαθμό που το χρησιμοποιούμενο όργανο μέτρησης πραγματικά μετρά αυτό το οποίο υποτίθεται οτι μετρά. Όσον αφορά τα κριτήρια ελέγχου της εγκυρότητας του BDI ξεκινώντας από την εγκυρότητα περιεχομένου έχουμε να παρατηρήσουμε τα εξής: Έχει μελετηθεί κατά πόσο τα ερωτήματά του αντιπροσωπεύουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης σύμφωνα με το DSM-III βάσει του οποίου διατυπώνονται. Δεν περιλαμβάνει όμως ερωτήματα σχετικά με την βουλιμία, την υπνηλία και την διέγερση που αναφέρονται στο DSM-III. Θα μπορούσαμε ωστόσο να παρατηρήσουμε, οτι εφόσον γίνεται ευρεία χρήση του ερωτηματολογίου σε φυσιολογικούς πληθυσμούς, σκόπιμη θα ήταν η αναφορά σε ερωτήματα σχετικά με τη βουλιμία και την υπνηλία, συμπτώματα της κατάθλιψης, όχι σπάνια. Όσον αφορά στη διακρίνουσα εγκυρότητα, το BDI διαφοροποιεί ικανοποιητικά τις διάφορες μορφές κατάθλιψης. Ο διαχωρισμός επίσης του τεστ σε δύο υποκλίμακες (γνωστικό-συναισθηματική, σωματικά συμπτώματα), είναι επίσης χρήσιμος ανάλογα με την ομάδα στην οποία συγκαταλέγεται ο εξεταζόμενος. Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής αναφέρεται στο βαθμό που η μέτρησή μας σχετίζεται με κάποιο θεωρητικό χαρακτηριστικό ή εννοιολογικό κατασκεύασμα.

Το ερωτηματολόγιο της κατάθλιψης του Beck επηρεάστηκε πολύ από την κλινική του εμπειρία και από τις μελέτες που είχε κάνει με τους συνεργάτες του στα τέλη της δεκαετίας του 1950. Ο Beck θεώρησε, οτι η βάση για τις διαταραχές της διάθεσης είναι τα αρνητικά παραμορφωμένα 'γνωστικά (νοητικά) σχήματα'. Το κοινό θεωρητικό υπόβαθρο όλων των ερωτηματολογίων του είναι αυτή η θεώρηση του. Έτσι εξηγείται και η θετική συνάφεια ανάμεσα στα διάφορα ερωτηματολόγια του Beck (BDI, BSI, BHS). Στην εκτίμηση της συγχρονικής εγκυρότητας, η οποία είναι τρόπος ελέγχου της εγκυρότητας σε σχέση με ένα άλλο αξιόπιστο μέσο, ερευνάται κατά πόσο το BDI σχετίζεται με άλλες κλίμακες, οι οποίες μετρούν την κατάθλιψη. Ο υψηλός δείκτης συνάφειας με άλλα τεστ κατάθλιψης, δείχνει οτι το BDI έχει υψηλή συγχρονική εγκυρότητα. Ωστόσο, ο Gotlib (1984) τονίζει οτι η υψηλή βαθμολογία στο BDI έχει υψηλές συνάφειες και με άλλα μέσα μέτρησης ψυχοπαθολογίας (τουλάχιστον σε φοιτητές), σε σημείο που το BDI ίσως να μετράει μια γενική αίσθηση δυσφορίας παρά κατάθλιψη.

Ένα από τα σοβαρά μειονεκτήματα των ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς είναι οτι είναι ευάλωτα στην παραπλάνηση εκ μέρους του εξεταζομένου. Η ανάγκη προσοχής ή βοήθειας στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του, είναι δυνατόν να

οδηγήσει το άτομο στην επιλογή μη αποδεκτών- κακών απαντήσεων (fake bad). Στην περίπτωση αυτή ο εξεταζόμενος θέλει να εμφανισθεί πιο προβληματικός ή πιο διαταραγμένος από ότι είναι στην πραγματικότητα. Ένας τρόπος αντιμετώπισης της προσποίησης των εξεταζομένων θεωρείται η σύσταση προς τον εξεταζόμενο να απαντήσει όσο το δυνατόν πιο ειλικρινά, εφόσον αυτό θα είναι προς όφελός του (Κουλάκογλου).

Οι χορηγητές οφείλουν να είναι προσεκτικοί στην αξιολόγησή τους, και στην εξαγωγή συμπερασμάτων και να μη χρησιμοποιούν τα αποτελέσματα ενός τεστ με σκοπό να δικαιολογήσουν μια εκτίμησή τους, μια σύστασή τους ή μια απόφαση του εξεταζόμενου που λήφθηκε κατά πολύ σε μια άλλη βάση. Τα τεστ που αναπτύχθηκαν με σκοπό την ανίχνευση κάποιων χαρακτηριστικών παθήσεων, και το BDI χρησιμοποιήθηκε ως τέτοιο, πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο για να αναγνωρίζουν ασθενείς που ίσως χρήζουν περαιτέρω βοήθειας. Σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιούνται τα αποτελέσματα των τεστ αυτών με σκοπό να χαρακτηρίσουν ένα άτομο ή να συμβάλουν στη λήψη αποφάσεων για το άτομο αυτό, χωρίς να ακολουθήσει επιπρόσθετη αξιολόγηση.

Η κατάθλιψη αποτελεί μια από τις συνηθέστερες ψυχικές διαταραχές. Ένα εύχρηστο εργαλείο για την εκτίμηση της κατάθλιψης αλλά και τη μέτρηση της σοβαρότητάς της, που να μπορεί να χορηγηθεί σε οποιαδήποτε πληθυσμιακή ομάδα, καθίσταται συνεπώς απαραίτητο. Ένα τέτοιο ψυχομετρικό εργαλείο είναι και το BDI .

Εφαρμογές του BDI

Στην Προγεννητική και Επιλόχεια Κατάθλιψη

Τα τελευταία, χρόνια μετά την εμφάνιση της Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), η BDI δέχθηκε ισχυρή κριτική για την εφαρμογή της στην μέτρηση της επιλόχειας κατάθλιψης. Παρ' όλες τις κριτικές, στην μετα-ανάλυση της Beck C.T. (2001), σε 84 μελέτες που έγιναν την δεκαετία του 1990, αναφέρεται οτι η BDI χρησιμοποιήθηκε σε ποσοστό 29%, σε 24 μελέτες. Ανάλογα στοιχεία για την εφαρμογή της BDI στην προγεννητική κατάθλιψη δεν, υπάρχουν γιατί δεν έχει γίνει ανάλογη μετα-ανάλυση, ίσως ακόμη το ενδιαφέρον των ερευνητών για την προγεννητική κατάθλιψη να μην είναι ιδιαίτερα υψηλό.

Ενδεικτικά παρατίθενται κάποιες μελέτες που έγιναν με την χρήση της BDI.

Η έρευνα των Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer, και Cameron (1995), αφορά την προγεννητική και την επιλόχεια κατάθλιψη, πρωτοτόκων γυναικών. Οι μετρήσεις έγιναν στο 2° και στο 3° τρίμηνο της κύησης και 7-9 εβδομάδες μετά την πιθανή ημερομηνία τοκετού, τα ποσοστά την κατάθλιψης στα αντίστοιχα χρονικά διαστήματα ήταν 27,6%, 24,5% και 23,4%.

Η Terry, Mayocchi, και Hynes (1996), μελέτησαν την κατάθλιψη σε 163 γυναίκες πρωτοτόκες. Χρησιμοποίησαν δύο κλίμακες για τη μέτρηση της κατάθλιψης την BDI και. EPDS Έγιναν τρεις δειγματοληψίες, κατά το 3° τρίμηνο της κύησης, την 4η εβδομάδα μετά τον τοκετό και τον 5° μήνα μετά τον τοκετό. Τα ποσοστά κατάθλιψης ήταν 17%, 16% και 17% αντίστοιχα.

Η έρευνα των Bernazzani, Saucier, David, και Borgeat (1997), αφορά την προγεννητική κατάθλιψη κατά το 2° τρίμηνο της κύησης, η μέτρηση με την BDI έδειξε οτι το ποσοστό καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ήταν 38%.

Η βιβλιογραφική μελέτη των Llewellyn, Stowe, και Nemeroff (1997) αναφέρει προγεννητική κατάθλιψη στο 70% περίπου των γυναικών και μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο στο 10-16%, και επιλόχεια κατάθλιψη στο 10-22% των γυναικών, αναφέρεται οτι οι μετρήσει έγιναν με BDI.

Στην μελέτη των Berthiaume και David (1998) σε 350 έγκυες γυναίκες η κατάθλιψη μετρήθηκε στην αρχή του 2ου τριμήνου της κύησης, συγκεκριμένα μεταξύ 12ης και 22ης εβδομάδας της κύησης. Χρησιμοποιήθηκε μόνο η κλίμακα BDI, το ποσοστό κατάθλιψης ήταν 7,43%.

Η έρευνα των France και Mikaib (1999), αφορά ζευγάρια με ιστορικό προηγούμενης αποβολής. Το ποσοστό κατάθλιψης στα ζευγάρια κατά την διάρκεια κύηση ήταν 39%.

Στην μελέτη των O' Hara, Stuart, Gorman και Wenzel (2000), που αφορούσε την επίδραση της διαπροσωπικής θεραπείας σε λεχωΐδες με επιλόχεια κατάθλιψη, βρέθηκε οτι η κατάθλιψη μετά τον τοκετό ήταν 23%.

Στην έρευνα των Γκιόκα, Κανδύλη, Καμπούρη και Ασπραδάκη (2001) σε 200 έγκυες γυναίκες, το 11,5% των γυναικών εμφάνισαν υποσημαινόμενα έως ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα και το 3% εμφάνισαν μέτρια νευρωτική κατάθλιψη, η μέτρηση έγινε μόνο με την κλίμακα BDI.

Το BDI χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της προγεννητικής ή/και της επιλόχειας κατάθλιψης στην έρευνα μαζί με άλλα ερωτηματολόγία όπως: με το Ways Coping Questionnaire και Social Readjustment Rating Scale (SRRS) και Research

Diagnostic Criteria (RDC) (O' Hara, Rehm, & Campbell, 1983), Social Provision Scale και Child Stress Inventory (Cutrona, 1984), Symptom Checklist (SCL) (Lips M. 1985), Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) (Terry, Mayocchi, & Hynes, 1996), Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) O' Hara, Stuart, Gorman και Wenzel (2000).

Στην παρούσα μελέτη αξιοποιήθηκε η αναθεωρημένη έκδοση του BDI, δεν συνυπολογίσθηκε η απάντηση στο ερώτημα απώλεια βάρους (ερώτημα 19), διότι το βάρος στις γυναικών κατά την διάρκεια της κύησης αυξάνει και αμέσως μετά τον τοκετό μειώνεται από φυσικά αίτια και διότι αν η γυναίκα έχει σημειώσει οτι σκόπιμα προσπαθούσε να χάσει βάρος, τότε η απάντηση αυτή δεν προστίθεται στη συνολική βαθμολογία.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β7 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ

General Linear Model

Notes

Contents	Output Created		07-NOV-2003 19:49:02
	Comments		
	Input	Data	C:\Documents and Settings\george\My Documents\diserf\martha\mbtif.sav
		Filter	<none>
		Weight	<none>
		Split File	<none>
		N of Rows in Working Data File	97
	Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
		Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the model.
	Syntax		GLM e1_1 e2_1 e3_1 e4_1 e5_1 i1_1 i2_1 i3_1 i4_1 i5_1 s1_1 s2_1 s3_1 s4_1 s5_1 n1_1 n2_1 n3_1 n4_1 n5_1 t1_1 t2_1 t3_1 t4_1 t5_1 f1_1 f2_1 f3_1 f4_1 f5_1 j1_1 j2_1 j3_1 j4_1 j5_1 p1_1 p2_1 p3_1 p4_1 p5_1 BY age2 /WSFACTOR = mbti 5 Polynomial /MEASURE = e i s n t f j p /METHOD = SSTYPE(3) /PLOT = PROFILE(mbti*age2) /EMMEANS = TABLES(mbti) COMPARE ADJ(LSD) /PRINT = DESCRIPTIVE ETASQ HOMOGENEITY /CRITERIA = ALPHA(.05) /WSDESIGN = mbti /DESIGN = age2 .
	Resources	Elapsed Time	0:00:00.67

Between-Subjects Factors

		N
AGE2	1	51
	2	42

Descriptive Statistics

			Mean	Std. Deviation	N
E1_1	AGE2	1	9.03	4.330	51
		2	10.21	3.967	42
		Total	9.57	4.189	93
E2_1	AGE2	1	9.60	4.200	51
		2	10.20	3.893	42
		Total	9.87	4.054	93
E3_1	AGE2	1	9.60	3.763	51
		2	10.28	3.783	42
		Total	9.91	3.767	93
E4_1	AGE2	1	9.87	4.421	51
		2	9.87	3.884	42
		Total	9.87	4.164	93
E5_1	AGE2	1	10.08	4.190	51
		2	10.15	3.923	42
		Total	10.11	4.050	93
I1_1	AGE2	1	8.39	3.727	51
		2	6.98	3.309	42
		Total	7.75	3.595	93
I2_1	AGE2	1	8.81	3.435	51
		2	7.03	2.755	42
		Total	8.00	3.254	93
I3_1	AGE2	1	8.16	3.013	51
		2	7.10	3.159	42
		Total	7.68	3.109	93
I4_1	AGE2	1	8.06	3.524	51
		2	7.93	3.381	42
		Total	8.00	3.442	93
I5_1	AGE2	1	8.25	3.707	51
		2	7.96	3.216	42
		Total	8.12	3.478	93
S1_1	AGE2	1	16.10	6.148	51
		2	14.62	6.409	42
		Total	15.43	6.277	93
S2_1	AGE2	1	15.74	5.709	51
		2	14.77	6.875	42
		Total	15.30	6.246	93
S3_1	AGE2	1	16.64	6.002	51
		2	16.63	6.280	42
		Total	16.63	6.095	93
S4_1	AGE2	1	15.76	5.860	51
		2	16.21	6.131	42
		Total	15.96	5.955	93
S5_1	AGE2	1	15.61	6.486	51
		2	17.14	6.229	42
		Total	16.30	6.383	93
N1_1	AGE2	1	12.18	4.828	51
		2	12.05	4.612	42
		Total	12.12	4.706	93
N2_1	AGE2	1	12.57	4.418	51
		2	11.78	4.727	42
		Total	12.21	4.552	93
N3_1	AGE2	1	11.68	4.583	51
		2	11.16	4.577	42
		Total	11.44	4.563	93
N4_1	AGE2	1	12.40	4.116	51
		2	11.77	4.889	42
		Total	12.12	4.467	93
N5_1	AGE2	1	12.64	4.801	51
		2	10.80	4.136	42
		Total	11.81	4.582	93
T1_1	AGE2	1	11.39	5.068	51
		2	10.90	6.358	42

Descriptive Statistics

			Mean	Std. Deviation	N
		Total	11.17	5.660	93
T2_1	AGE2	1	11.38	5.081	51
		2	10.30	6.256	42
		Total	10.89	5.636	93
T3_1	AGE2	1	10.44	5.149	51
		2	10.74	6.139	42
		Total	10.57	5.589	93
T4_1	AGE2	1	10.84	4.999	51
		2	10.46	6.016	42
		Total	10.67	5.454	93
T5_1	AGE2	1	11.35	5.668	51
		2	11.69	6.016	42
		Total	11.51	5.798	93
F1_1	AGE2	1	10.57	3.775	51
		2	11.00	5.213	42
		Total	10.76	4.461	93
F2_1	AGE2	1	11.25	3.860	51
		2	11.11	5.036	42
		Total	11.19	4.405	93
F3_1	AGE2	1	11.59	3.757	51
		2	11.47	4.793	42
		Total	11.54	4.232	93
F4_1	AGE2	1	11.26	3.905	51
		2	11.31	4.374	42
		Total	11.28	4.100	93
F5_1	AGE2	1	11.10	4.041	51
		2	10.74	4.266	42
		Total	10.94	4.125	93
J1_1	AGE2	1	11.98	5.679	51
		2	14.50	6.398	42
		Total	13.12	6.113	93
J2_1	AGE2	1	12.34	5.772	51
		2	14.67	6.444	42
		Total	13.39	6.162	93
J3_1	AGE2	1	12.85	5.655	51
		2	15.40	6.491	42
		Total	14.00	6.146	93
J4_1	AGE2	1	13.03	5.694	51
		2	15.21	6.273	42
		Total	14.01	6.029	93
J5_1	AGE2	1	13.01	6.520	51
		2	15.66	5.784	42
		Total	14.21	6.306	93
P1_1	AGE2	1	12.48	6.614	51
		2	10.19	6.833	42
		Total	11.45	6.775	93
P2_1	AGE2	1	12.64	6.154	51
		2	9.53	6.762	42
		Total	11.23	6.587	93
P3_1	AGE2	1	11.54	6.278	51
		2	8.97	6.111	42
		Total	10.38	6.303	93
P4_1	AGE2	1	11.34	6.016	51
		2	9.91	6.562	42
		Total	10.70	6.274	93
P5_1	AGE2	1	11.99	6.830	51
		2	8.94	5.002	42
		Total	10.62	6.231	93

General Linear Model			
Notes			
Contents	Output Created		*07-NOV-2003 19:49:03*
	Comments		
	Input	Data	*Settings\george\My Documents\disert\martha\mbtif.sav*
		Filter	*<none>*
		Weight	*<none>*
		Split File	*<none>*
		N of Rows in Working Data File	*97*
	Missing Value Handling	Definition of Missing	*User-defined missing values are treated as missing.*
		Cases Used	*Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the model.*
	Syntax		*GLM*
			e1_1 e2_1 e3_1 e4_1 e5_1 i1_1 i2_1 i3_1 i4_1 i5_1 s1_1 s2_1 s3_1 s4_1 s5_1
			n1_1 n2_1 n3_1 n4_1 n5_1 t1_1 t2_1 t3_1 t4_1 t5_1 f1_1 f2_1 f3_1 f4_1 f5_1
			j1_1 j2_1 j3_1 j4_1 j5_1 p1_1 p2_1 p3_1 p4_1 p5_1 BY sal2
			/WSFACTOR = mbti 5 Polynomial
			/MEASURE = e i s n t f j p
			/METHOD = SSTYPE(3)
			*/PLOT = PROFILE(mbti*sal2)*
			/EMMEANS = TABLES(mbti) COMPARE ADJ(LSD)
			/PRINT = DESCRIPTIVE ETASQ HOMOGENEITY
			/CRITERIA = ALPHA(.05)
			/WSDESIGN = mbti
			/DESIGN = sal2 .
	Resources	Elapsed Time	*0:00:00.33*

Descriptive Statistics					
			Mean	Std. Deviation	N
E1_1	SAL2	2	9.16	3.922	36
		3	9.40	4.601	25
		4	10.21	4.452	24
		Total	9.52	4.252	85
E2_1	SAL2	2	10.04	4.168	36
		3	9.39	4.319	25
		4	9.78	4.383	24
		Total	9.78	4.231	85
E3_1	SAL2	2	10.19	3.616	36
		3	9.36	4.812	25
		4	10.29	3.545	24
		Total	9.97	3.958	85
E4_1	SAL2	2	9.88	4.652	36
		3	9.03	4.323	25
		4	10.57	3.672	24
		Total	9.82	4.289	85
E5_1	SAL2	2	10.31	4.083	36
		3	9.53	4.399	25
		4	10.30	4.288	24
		Total	10.08	4.200	85
I1_1	SAL2	2	8.10	3.601	36
		3	8.40	3.905	25
		4	6.46	3.283	24
		Total	7.73	3.656	85
I2_1	SAL2	2	8.34	3.144	36
		3	8.16	3.496	25
		4	7.75	3.686	24
		Total	8.12	3.375	85
I3_1	SAL2	2	7.51	2.950	36
		3	8.16	4.190	25
		4	7.02	2.467	24
		Total	7.56	3.241	85
I4_1	SAL2	2	8.06	3.664	36
		3	9.00	3.829	25
		4	6.92	3.176	24
		Total	8.01	3.630	85
I5_1	SAL2	2	7.95	3.251	36
		3	8.82	4.049	25
		4	7.60	3.707	24
		Total	8.11	3.617	85
S1_1	SAL2	2	17.07	5.896	36
		3	16.64	5.715	25
		4	10.87	5.310	24
		Total	15.19	6.244	85
S2_1	SAL2	2	17.01	5.747	36
		3	15.93	5.914	25
		4	11.97	5.618	24
		Total	15.27	6.079	85
S3_1	SAL2	2	17.69	5.705	36
		3	17.64	5.634	25
		4	13.04	5.573	24
		Total	16.36	5.961	85
S4_1	SAL2	2	16.60	5.744	36
		3	17.84	5.259	25
		4	13.08	6.055	24
		Total	15.97	5.940	85
S5_1	SAL2	2	17.07	6.653	36
		3	16.91	5.879	25
		4	13.35	6.808	24
		Total	15.97	6.614	85
N1_1	SAL2	2	11.06	4.770	36
		3	11.40	4.528	25
		4	14.25	3.959	24
		Total	12.06	4.643	85
N2_1	SAL2	2	11.70	4.372	36
		3	11.29	4.182	25
		4	14.60	3.777	24
		Total	12.40	4.339	85
N3_1	SAL2	2	10.67	4.355	36
		3	10.76	4.206	25
		4	13.76	4.450	24
		Total	11.57	4.504	85
N4_1	SAL2	2	11.52	4.573	36
		3	10.85	4.204	25
		4	14.06	4.020	24
		Total	12.04	4.459	85
N5_1	SAL2	2	11.69	5.087	36
		3	11.03	4.214	25
		4	13.32	4.746	24
		Total	11.95	4.780	85
T1_1	SAL2	2	11.50	5.858	36
		3	10.68	5.336	25

Descriptive Statistics					
			Mean	Std. Deviation	N
		4	10.21	5.687	24
		Total	10.89	5.621	85
T2_1	SAL2	2	11.98	5.989	36
		3	10.79	4.183	25
		4	8.57	6.334	24
		Total	10.67	5.738	85
T3_1	SAL2	2	10.69	5.989	36
		3	11.40	4.873	25
		4	8.41	5.244	24
		Total	10.25	5.541	85
T4_1	SAL2	2	11.75	6.275	36
		3	11.46	4.247	25
		4	8.48	5.019	24
		Total	10.74	5.524	85
T5_1	SAL2	2	12.22	6.467	36
		3	12.27	4.675	25
		4	9.43	5.891	24
		Total	11.44	5.899	85
F1_1	SAL2	2	10.28	4.570	36
		3	11.24	4.294	25
		4	11.42	4.809	24
		Total	10.88	4.537	85
F2_1	SAL2	2	10.66	4.632	36
		3	11.21	3.201	25
		4	13.01	4.535	24
		Total	11.49	4.299	85
F3_1	SAL2	2	11.51	4.525	36
		3	10.60	3.674	25
		4	13.22	3.937	24
		Total	11.72	4.203	85
F4_1	SAL2	2	10.40	4.758	36
		3	10.87	3.426	25
		4	12.65	3.646	24
		Total	11.17	4.164	85
F5_1	SAL2	2	10.45	4.657	36
		3	10.36	3.463	25
		4	12.17	3.974	24
		Total	10.91	4.174	85
J1_1	SAL2	2	13.33	5.846	36
		3	14.08	6.082	25
		4	11.17	6.267	24
		Total	12.94	6.076	85
J2_1	SAL2	2	12.73	5.970	36
		3	14.37	5.273	25
		4	12.17	6.946	24
		Total	13.06	6.065	85
J3_1	SAL2	2	13.08	5.728	36
		3	15.52	5.402	25
		4	12.91	7.044	24
		Total	13.75	6.077	85
J4_1	SAL2	2	14.02	6.734	36
		3	15.55	4.314	25
		4	12.74	5.957	24
		Total	14.11	5.923	85
J5_1	SAL2	2	13.78	6.673	36
		3	15.98	5.161	25
		4	12.14	6.692	24
		Total	13.97	6.371	85
P1_1	SAL2	2	10.79	6.600	36
		3	10.72	6.516	25
		4	13.50	7.138	24
		Total	11.54	6.766	85
P2_1	SAL2	2	11.88	6.304	36
		3	9.90	5.292	25
		4	12.82	7.236	24
		Total	11.56	6.341	85
P3_1	SAL2	2	10.73	5.877	36
		3	8.88	5.442	25
		4	11.88	7.366	24
		Total	10.51	6.249	85
P4_1	SAL2	2	10.61	6.467	36
		3	8.42	4.397	25
		4	12.44	6.618	24
		Total	10.48	6.108	85
P5_1	SAL2	2	10.76	6.252	36
		3	8.76	4.871	25
		4	12.59	7.279	24
		Total	10.69	6.302	85

General Linear Model			
Notes			
Contents	Output Created		07-NOV-2003 19:49:03
	Comments		
	Input	Data	C:\Documents and Settings\george\My Documents\disert\martha\mbtif.sav
		Filter	<none>
		Weight	<none>
		Split File	<none>
		N of Rows in Working Data File	97
	Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
		Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the model.
	Syntax		GLM
			e1_1 e2_1 e3_1 e4_1 e5_1 i1_1 i2_1 i3_1 i4_1 i5_1 s1_1 s2_1 s3_1 s4_1 s5_1
			n1_1 n2_1 n3_1 n4_1 n5_1 t1_1 t2_1 t3_1 t4_1 t5_1 f1_1 f2_1 f3_1 f4_1 f5_1
			j1_1 j2_1 j3_1 j4_1 j5_1 p1_1 p2_1 p3_1 p4_1 p5_1 BY age2 sal2
			/WSFACTOR = mbti 5 Polynomial
			/MEASURE = e i s n t f j p
			/METHOD = SSTYPE(3)
			/POSTHOC = age2 sal2 (SCHEFFE)
			/PLOT = PROFILE(mbti*sal2 mbti*age2)
			/EMMEANS = TABLES(age2)
			/EMMEANS = TABLES(sal2)
			/EMMEANS = TABLES(mbti)
			/EMMEANS = TABLES(age2*sal2)
			/EMMEANS = TABLES(age2*mbti)
			/EMMEANS = TABLES(sal2*mbti)
			/EMMEANS = TABLES(age2*sal2*mbti)
			/PRINT = DESCRIPTIVE ETASQ HOMOGENEITY
			/CRITERIA = ALPHA(.05)
			/WSDESIGN = mbti
			/DESIGN = age2 sal2 age2*sal2 .
	Resources	Elapsed Time	0:00:00.43

Between-Subjects Factors			
		Value Label	N
AGE2	1		45
	2		38
SAL2	2	150.000 - 300.000 ΔPX	36
	3	300.000 - 450.000 ΔPX	23
	4	450.000 - 600.000 ΔPX	24

Descriptive Statistics							
					Mean	Std. Deviation	N
E1_1	AGE2	1	SAL2	2	8.40	4.122	24
				3	8.00	4.285	12
				4	11.00	4.690	9
				Total	8.81	4.327	45
		2	SAL2	2	10.67	3.114	12
				3	10.45	4.547	11
				4	9.73	4.399	15
				Total	10.24	3.996	38
		Total	SAL2	2	9.16	3.922	36
				3	9.17	4.489	23
				4	10.21	4.452	24
				Total	9.47	4.214	83
E2_1	AGE2	1	SAL2	2	9.94	4.349	24
				3	8.00	4.045	12
				4	9.87	4.512	9
				Total	9.41	4.292	45
		2	SAL2	2	10.23	3.959	12
				3	10.89	3.679	11
				4	9.73	4.464	15
				Total	10.23	4.011	38
		Total	SAL2	2	10.04	4.168	36
				3	9.38	4.064	23
				4	9.78	4.383	24
				Total	9.78	4.160	83
E3_1	AGE2	1	SAL2	2	9.79	3.671	24
				3	8.08	4.420	12
				4	10.88	3.759	9
				Total	9.55	3.934	45
		2	SAL2	2	10.99	3.518	12
				3	10.64	5.025	11
				4	9.93	3.494	15
				Total	10.47	3.917	38
		Total	SAL2	2	10.19	3.616	36
				3	9.30	4.790	23
				4	10.29	3.545	24
				Total	9.97	3.929	83
E4_1	AGE2	1	SAL2	2	10.19	4.691	24
				3	8.57	4.579	12
				4	9.99	4.444	9
				Total	9.72	4.564	45
		2	SAL2	2	9.24	4.711	12
				3	9.35	3.747	11
				4	10.93	3.242	15
				Total	9.94	3.876	38
		Total	SAL2	2	9.88	4.652	36
				3	8.95	4.126	23
				4	10.57	3.672	24
				Total	9.82	4.239	83
E5_1	AGE2	1	SAL2	2	10.67	3.985	24
				3	8.76	4.120	12
				4	10.11	5.419	9
				Total	10.05	4.306	45
		2	SAL2	2	9.58	4.358	12
				3	10.46	4.590	11
				4	10.41	3.659	15
				Total	10.16	4.070	38
		Total	SAL2	2	10.31	4.083	36
				3	9.58	4.337	23
				4	10.30	4.288	24
				Total	10.10	4.175	83
I1_1	AGE2	1	SAL2	2	8.65	3.923	24
				3	9.75	3.441	12
				4	6.67	4.062	9
				Total	8.55	3.889	45
		2	SAL2	2	7.00	2.663	12
				3	7.18	4.309	11
				4	6.33	2.870	15
				Total	6.79	3.223	38
		Total	SAL2	2	8.10	3.601	36
				3	8.52	4.010	23
				4	6.46	3.283	24
				Total	7.74	3.685	83
I2_1	AGE2	1	SAL2	2	8.67	3.370	24
				3	9.33	3.229	12
				4	9.23	4.763	9
				Total	8.96	3.573	45
		2	SAL2	2	7.67	2.640	12
				3	6.82	3.189	11
				4	6.87	2.669	15
				Total	7.11	2.769	38
		Total	SAL2	2	8.34	3.144	36
				3	8.13	3.388	23
				4	7.75	3.686	24

Descriptive Statistics							
					Mean	Std. Deviation	N
				Total	8.11	3.342	83
I3_1	AGE2	1	SAL2	2	8.07	2.621	24
				3	9.33	4.141	12
				4	7.19	2.982	9
				Total	8.23	3.172	45
		2	SAL2	2	6.39	3.358	12
				3	7.18	3.995	11
				4	6.91	2.210	15
				Total	6.83	3.101	38
		Total	SAL2	2	7.51	2.950	36
				3	8.30	4.128	23
				4	7.02	2.467	24
				Total	7.59	3.199	83
I4_1	AGE2	1	SAL2	2	7.50	3.477	24
				3	9.59	4.209	12
				4	8.22	3.563	9
				Total	8.20	3.721	45
		2	SAL2	2	9.17	3.927	12
				3	8.64	2.941	11
				4	6.13	2.749	15
				Total	7.82	3.424	38
		Total	SAL2	2	8.06	3.664	36
				3	9.13	3.609	23
				4	6.92	3.176	24
				Total	8.03	3.571	83
I5_1	AGE2	1	SAL2	2	7.47	3.136	24
				3	9.36	4.263	12
				4	8.56	5.053	9
				Total	8.19	3.874	45
		2	SAL2	2	8.92	3.397	12
				3	8.28	4.027	11
				4	7.02	2.654	15
				Total	7.98	3.341	38
		Total	SAL2	2	7.95	3.251	36
				3	8.84	4.094	23
				4	7.60	3.707	24
				Total	8.10	3.620	83
S1_1	AGE2	1	SAL2	2	16.47	6.511	24
				3	17.75	5.512	12
				4	10.78	4.711	9
				Total	15.67	6.342	45
		2	SAL2	2	18.25	4.434	12
				3	16.00	6.403	11
				4	10.93	5.800	15
				Total	14.71	6.324	38
		Total	SAL2	2	17.07	5.896	36
				3	16.91	5.885	23
				4	10.87	5.310	24
				Total	15.23	6.314	83
S2_1	AGE2	1	SAL2	2	16.60	5.856	24
				3	15.58	5.401	12
				4	13.24	5.199	9
				Total	15.66	5.640	45
		2	SAL2	2	17.85	5.679	12
				3	17.11	6.710	11
				4	11.20	5.894	15
				Total	15.01	6.686	38
		Total	SAL2	2	17.01	5.747	36
				3	16.31	5.971	23
				4	11.97	5.618	24
				Total	15.36	6.111	83
S3_1	AGE2	1	SAL2	2	17.23	6.189	24
				3	18.33	4.849	12
				4	12.83	4.428	9
				Total	16.64	5.780	45
		2	SAL2	2	18.62	4.697	12
				3	17.64	6.801	11
				4	13.17	6.306	15
				Total	16.18	6.353	38
		Total	SAL2	2	17.69	5.705	36
				3	18.00	5.737	23
				4	13.04	5.573	24
				Total	16.43	6.016	83
S4_1	AGE2	1	SAL2	2	15.95	6.238	24
				3	18.75	4.734	12
				4	10.55	4.712	9
				Total	15.62	6.161	45
		2	SAL2	2	17.91	4.564	12
				3	17.90	5.806	11
				4	14.60	6.400	15
				Total	16.60	5.787	38
		Total	SAL2	2	16.60	5.744	36
				3	18.34	5.169	23

Descriptive Statistics							
					Mean	Std. Deviation	N
				4	13.08	6.055	24
				Total	16.07	5.977	83
S5_1	AGE2	1	SAL2	2	16.93	7.631	24
				3	16.29	4.157	12
				4	9.78	4.764	9
				Total	15.33	6.844	45
		2	SAL2	2	17.33	4.355	12
				3	18.29	7.638	11
				4	15.50	7.073	15
				Total	16.89	6.462	38
		Total	SAL2	2	17.07	6.653	36
				3	17.25	6.016	23
				4	13.35	6.808	24
				Total	16.04	6.677	83
N1_1	AGE2	1	SAL2	2	11.84	5.148	24
				3	11.67	5.331	12
				4	14.67	3.536	9
				Total	12.36	4.959	45
		2	SAL2	2	9.50	3.606	12
				3	10.73	4.052	11
				4	14.00	4.293	15
				Total	11.63	4.389	38
		Total	SAL2	2	11.06	4.770	36
				3	11.22	4.680	23
				4	14.25	3.959	24
				Total	12.03	4.693	83
N2_1	AGE2	1	SAL2	2	12.57	4.706	24
				3	11.42	4.166	12
				4	14.93	3.919	9
				Total	12.74	4.493	45
		2	SAL2	2	9.95	3.083	12
				3	10.40	4.146	11
				4	14.40	3.814	15
				Total	11.84	4.173	38
		Total	SAL2	2	11.70	4.372	36
				3	10.93	4.094	23
				4	14.60	3.777	24
				Total	12.32	4.346	83
N3_1	AGE2	1	SAL2	2	11.19	4.688	24
				3	10.75	3.696	12
				4	14.17	4.440	9
				Total	11.67	4.486	45
		2	SAL2	2	9.63	3.552	12
				3	10.18	4.976	11
				4	13.50	4.592	15
				Total	11.32	4.655	38
		Total	SAL2	2	10.67	4.355	36
				3	10.48	4.263	23
				4	13.76	4.450	24
				Total	11.51	4.539	83
N4_1	AGE2	1	SAL2	2	11.81	4.783	24
				3	11.18	3.438	12
				4	15.91	2.387	9
				Total	12.46	4.365	45
		2	SAL2	2	10.93	4.257	12
				3	9.65	4.789	11
				4	12.94	4.445	15
				Total	11.36	4.584	38
		Total	SAL2	2	11.52	4.573	36
				3	10.45	4.116	23
				4	14.06	4.020	24
				Total	11.96	4.474	83
N5_1	AGE2	1	SAL2	2	11.78	5.633	24
				3	11.98	3.438	12
				4	16.78	3.193	9
				Total	12.83	5.038	45
		2	SAL2	2	11.50	3.989	12
				3	9.36	4.755	11
				4	11.25	4.347	15
				Total	10.78	4.342	38
		Total	SAL2	2	11.69	5.087	36
				3	10.72	4.240	23
				4	13.32	4.746	24
				Total	11.89	4.815	83
T1_1	AGE2	1	SAL2	2	11.58	5.963	24
				3	10.83	4.988	12
				4	10.33	3.808	9
				Total	11.13	5.264	45
		2	SAL2	2	11.33	5.898	12
				3	11.55	5.733	11
				4	10.13	6.696	15
				Total	10.92	6.051	38
				2	11.50	5.858	36

Descriptive Statistics							
					Mean	Std. Deviation	N
		Total	SAL2	3	11.17	5.245	23
				4	10.21	5.687	24
				Total	11.04	5.604	83
T2_1	AGE2	1	SAL2	2	12.07	5.871	24
				3	10.92	3.825	12
				4	8.64	3.759	9
				Total	11.07	5.099	45
		2	SAL2	2	11.82	6.481	12
				3	11.53	4.528	11
				4	8.53	7.605	15
				Total	10.44	6.508	38
		Total	SAL2	2	11.98	5.989	36
				3	11.21	4.090	23
				4	8.57	6.334	24
				Total	10.78	5.759	83
T3_1	AGE2	1	SAL2	2	10.14	5.519	24
				3	10.42	4.010	12
				4	8.49	3.384	9
				Total	9.88	4.748	45
		2	SAL2	2	11.78	6.961	12
				3	13.45	5.241	11
				4	8.36	6.215	15
				Total	10.92	6.423	38
		Total	SAL2	2	10.69	5.989	36
				3	11.87	4.789	23
				4	8.41	5.244	24
				Total	10.36	5.566	83
T4_1	AGE2	1	SAL2	2	11.38	6.060	24
				3	10.89	3.825	12
				4	8.75	3.879	9
				Total	10.72	5.161	45
		2	SAL2	2	12.48	6.902	12
				3	12.61	4.853	11
				4	8.31	5.719	15
				Total	10.87	6.106	38
		Total	SAL2	2	11.75	6.275	36
				3	11.71	4.335	23
				4	8.48	5.019	24
				Total	10.79	5.579	83
T5_1	AGE2	1	SAL2	2	12.33	6.578	24
				3	11.77	3.993	12
				4	7.78	4.055	9
				Total	11.27	5.724	45
		2	SAL2	2	12.00	6.523	12
				3	13.67	5.277	11
				4	10.42	6.694	15
				Total	11.86	6.242	38
		Total	SAL2	2	12.22	6.467	36
				3	12.68	4.645	23
				4	9.43	5.891	24
				Total	11.54	5.937	83
F1_1	AGE2	1	SAL2	2	10.25	4.493	24
				3	10.92	3.630	12
				4	11.56	2.877	9
				Total	10.69	3.953	45
		2	SAL2	2	10.33	4.924	12
				3	10.73	4.901	11
				4	11.33	5.765	15
				Total	10.84	5.144	38
		Total	SAL2	2	10.28	4.570	36
				3	10.83	4.185	23
				4	11.42	4.809	24
				Total	10.76	4.509	83
F2_1	AGE2	1	SAL2	2	10.98	4.360	24
				3	11.50	2.939	12
				4	13.14	2.593	9
				Total	11.55	3.743	45
		2	SAL2	2	10.02	5.280	12
				3	10.39	3.535	11
				4	12.93	5.470	15
				Total	11.28	4.984	38
		Total	SAL2	2	10.66	4.632	36
				3	10.97	3.213	23
				4	13.01	4.535	24
				Total	11.43	4.330	83
F3_1	AGE2	1	SAL2	2	11.90	4.075	24
				3	11.33	2.934	12
				4	13.29	2.477	9
				Total	12.03	3.523	45
		2	SAL2	2	10.72	5.423	12
				3	9.09	4.085	11
				4	13.18	4.686	15
				Total	11.22	4.954	38

Descriptive Statistics							
					Mean	Std. Deviation	N
		Total	SAL2	2	11.51	4.525	36
				3	10.26	3.633	23
				4	13.22	3.937	24
				Total	11.66	4.231	83
F4_1	AGE2	1	SAL2	2	10.29	4.645	24
				3	11.78	2.952	12
				4	13.04	2.890	9
				Total	11.24	4.026	45
		2	SAL2	2	10.61	5.181	12
				3	9.12	3.259	11
				4	12.42	4.113	15
				Total	10.89	4.377	38
		Total	SAL2	2	10.40	4.758	36
				3	10.51	3.321	23
				4	12.65	3.646	24
				Total	11.08	4.168	83
F5_1	AGE2	1	SAL2	2	10.46	4.700	24
				3	10.67	2.742	12
				4	13.33	3.240	9
				Total	11.09	4.078	45
		2	SAL2	2	10.42	4.776	12
				3	9.36	4.081	11
				4	11.47	4.307	15
				Total	10.53	4.367	38
		Total	SAL2	2	10.45	4.657	36
				3	10.05	3.431	23
				4	12.17	3.974	24
				Total	10.83	4.196	83
J1_1	AGE2	1	SAL2	2	12.33	5.522	24
				3	12.92	6.022	12
				4	8.33	4.796	9
				Total	11.69	5.668	45
		2	SAL2	2	15.33	6.199	12
				3	16.45	5.646	11
				4	12.87	6.567	15
				Total	14.68	6.226	38
		Total	SAL2	2	13.33	5.846	36
				3	14.61	5.990	23
				4	11.17	6.267	24
				Total	13.06	6.081	83
J2_1	AGE2	1	SAL2	2	11.64	6.002	24
				3	14.25	4.202	12
				4	9.57	6.569	9
				Total	11.92	5.809	45
		2	SAL2	2	14.93	5.497	12
				3	16.01	5.488	11
				4	13.73	6.902	15
				Total	14.77	6.004	38
		Total	SAL2	2	12.73	5.970	36
				3	15.09	4.830	23
				4	12.17	6.946	24
				Total	13.23	6.034	83
J3_1	AGE2	1	SAL2	2	11.79	5.281	24
				3	15.00	4.533	12
				4	11.99	6.533	9
				Total	12.68	5.429	45
		2	SAL2	2	15.66	5.932	12
				3	16.82	5.793	11
				4	13.46	7.501	15
				Total	15.12	6.549	38
		Total	SAL2	2	13.08	5.728	36
				3	15.87	5.137	23
				4	12.91	7.044	24
				Total	13.80	6.055	83
J4_1	AGE2	1	SAL2	2	13.20	6.665	24
				3	13.99	3.075	12
				4	11.10	6.349	9
				Total	12.99	5.826	45
		2	SAL2	2	15.66	6.855	12
				3	17.36	4.528	11
				4	13.73	5.700	15
				Total	15.39	5.839	38
		Total	SAL2	2	14.02	6.734	36
				3	15.60	4.123	23
				4	12.74	5.957	24
				Total	14.09	5.920	83
J5_1	AGE2	1	SAL2	2	13.38	7.022	24
				3	14.36	4.772	12
				4	8.78	6.924	9
				Total	12.72	6.659	45
		2	SAL2	2	14.58	6.127	12
				3	18.37	4.791	11
				4	14.16	5.878	15

Descriptive Statistics							
					Mean	Std. Deviation	N
				Total	15.51	5.822	38
		Total	SAL2	2	13.78	6.673	36
				3	16.28	5.101	23
				4	12.14	6.692	24
				Total	14.00	6.406	83
P1_1	AGE2	1	SAL2	2	11.57	7.021	24
				3	11.50	6.735	12
				4	17.33	5.148	9
				Total	12.70	6.886	45
		2	SAL2	2	9.25	5.627	12
				3	8.91	6.348	11
				4	11.20	7.311	15
				Total	9.92	6.453	38
		Total	SAL2	2	10.79	6.600	36
				3	10.26	6.538	23
				4	13.50	7.138	24
				Total	11.43	6.795	83
P2_1	AGE2	1	SAL2	2	13.51	6.389	24
				3	9.83	4.407	12
				4	16.73	6.102	9
				Total	13.17	6.217	45
		2	SAL2	2	8.63	4.880	12
				3	8.60	5.584	11
				4	10.47	6.999	15
				Total	9.35	5.906	38
		Total	SAL2	2	11.88	6.304	36
				3	9.24	4.928	23
				4	12.82	7.236	24
				Total	11.42	6.337	83
P3_1	AGE2	1	SAL2	2	11.82	6.044	24
				3	9.75	5.048	12
				4	13.62	7.587	9
				Total	11.62	6.142	45
		2	SAL2	2	8.55	5.072	12
				3	7.45	5.484	11
				4	10.84	7.289	15
				Total	9.13	6.165	38
		Total	SAL2	2	10.73	5.877	36
				3	8.65	5.271	23
				4	11.88	7.366	24
				Total	10.48	6.241	83
P4_1	AGE2	1	SAL2	2	11.30	6.782	24
				3	9.15	3.728	12
				4	13.86	7.038	9
				Total	11.24	6.255	45
		2	SAL2	2	9.23	5.811	12
				3	7.16	4.494	11
				4	11.58	6.447	15
				Total	9.56	5.885	38
		Total	SAL2	2	10.61	6.467	36
				3	8.20	4.142	23
				4	12.44	6.618	24
				Total	10.47	6.110	83
P5_1	AGE2	1	SAL2	2	11.10	7.092	24
				3	10.26	4.688	12
				4	17.11	7.849	9
				Total	12.08	7.042	45
		2	SAL2	2	10.08	4.295	12
				3	6.70	4.603	11
				4	9.88	5.551	15
				Total	9.02	5.013	38
		Total	SAL2	2	10.76	6.252	36
				3	8.56	4.892	23
				4	12.59	7.279	24
				Total	10.68	6.348	83

Mauchly's Test of Sphericity										
				Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon		
								Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
Within Subjects Effect	MBTI	Measure	E	.733	23.474	9	.005	.872	.978	.250
			I	.780	18.697	9	.028	.891	1.000	.250
			S	.651	32.335	9	.000	.800	.893	.250
			N	.718	25.007	9	.003	.849	.951	.250
			T	.739	22.845	9	.007	.872	.977	.250
			F	.813	15.621	9	.075	.911	1.000	.250
			J	.773	18.465	9	.022	.888	.997	.250
			P	.770	19.700	9	.020	.883	.991	.250

General Linear Model			
Notes			
Contents	Output Created		07-NOV-2003 19:49:03
	Comments		
	Input	Data	C:\Documents and Settings\george\My Documents\disert\martha\mbtif.sav
		Filter	<none>
		Weight	<none>
		Split File	<none>
		N of Rows in Working Data File	97
	Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
		Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the model.
	Syntax		GLM
			bdi_8 bdi_0 bdi_2 bdi_6
			/WSFACTOR = depres 4 Polynomial
			/MEASURE = bdi
			/METHOD = SSTYPE(3)
			/PLOT = PROFILE(depres)
			/EMMEANS = TABLES(depres) COMPARE ADJ(LSD)
			/PRINT = DESCRIPTIVE ETASQ
			/CRITERIA = ALPHA(.05)
			/WSDESIGN = depres .
	Resources	Elapsed Time	0:00:00.04

Descriptive Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
BDI_8	10.63	5.300	40
BDI_0	13.55	9.430	40
BDI_2	9.93	6.411	40
BDI_6	10.23	8.508	40

Regression

Notes			
Contents	Output Created		07-NOV-2003 19:49:03
	Comments		
	Input	Data	C:\Documents and Settings\george\My Documents\disert\martha\mbtif.sav
		Filter	<none>
		Weight	<none>
		Split File	<none>
		N of Rows in Working Data File	97
	Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
		Cases Used	Correlation coefficients for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair. Regression statistics are based on these correlations.
	Syntax		REGRESSION
			/MISSING PAIRWISE
			/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA CHANGE
			/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
			/NOORIGIN
			/DEPENDENT bdi_0
			/METHOD=STEPWISE bdi_8 bdi_2 bdi_6 .
	Resources	Memory Required	4580 bytes
		Additional Memory Required for Residual Plots	0 bytes
		Elapsed Time	0:00:00.05

General Linear Model

Notes			
Contents	Output Created		07-NOV-2003 19:49:03
	Comments		
	Input	Data	C:\Documents and Settings\george\My Documents\disert\martha\mbtif.sav
		Filter	<none>
		Weight	<none>
		Split File	<none>
		N of Rows in Working Data File	97
	Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
		Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the model.
	Syntax		GLM bdi_8 bdi_0 bdi_2 bdi_6 BY sal2 /WSFACTOR = depres 4 Polynomial /MEASURE = bdi /METHOD = SSTYPE(3) /PLOT = PROFILE(depres sal2*depres depres*sal2) /EMMEANS = TABLES(depres) COMPARE ADJ(LSD) /EMMEANS = TABLES(sal2*depres) /EMMEANS = TABLES(sal2) COMPARE ADJ(LSD) /PRINT = DESCRIPTIVE ETASQ HOMOGENEITY /CRITERIA = ALPHA(.05) /WSDESIGN = depres /DESIGN = sal2 .
	Resources	Elapsed Time	0:00:00.06

Descriptive Statistics

			Mean	Std. Deviation	N
BDI_8	SAL2	2	8.81	4.215	16
		3	12.44	5.341	9
		4	11.11	5.487	9
		Total	10.38	4.979	34
BDI_0	SAL2	2	13.44	10.869	16
		3	13.44	8.647	9
		4	11.33	7.280	9
		Total	12.88	9.250	34
BDI_2	SAL2	2	7.81	4.293	16
		3	10.67	8.031	9
		4	9.67	6.062	9
		Total	9.06	5.872	34
BDI_6	SAL2	2	9.00	10.437	16
		3	13.00	9.014	9
		4	10.22	7.242	9
		Total	10.38	9.205	34

General Linear Model

Notes			
Contents	Output Created		07-NOV-2003 19:49:03
	Comments		
	Input	Data	C:\Documents and Settings\george\My Documents\disert\martha\mbtif.sav
		Filter	<none>
		Weight	<none>
		Split File	<none>
		N of Rows in Working Data File	97
	Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
		Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the model.
	Syntax		GLM
			bdi_8 bdi_0 bdi_2 bdi_6 BY age2
			/WSFACTOR = depres 4 Polynomial
			/MEASURE = bdi
			/METHOD = SSTYPE(3)
			/PLOT = PROFILE(depres age2*depres depres*age2)
			/EMMEANS = TABLES(depres) COMPARE ADJ(LSD)
			/EMMEANS = TABLES(age2) COMPARE ADJ(LSD)
			/EMMEANS = TABLES(age2*depres)
			/PRINT = DESCRIPTIVE ETASQ HOMOGENEITY
			/CRITERIA = ALPHA(.05)
			/WSDESIGN = depres
			/DESIGN = age2 .
	Resources	Elapsed Time	0:00:00.07

Descriptive Statistics					
			Mean	Std. Deviation	N
BDI_8	AGE2	1	10.64	6.366	22
		2	10.63	3.998	16
		Total	10.63	5.430	38
BDI_0	AGE2	1	13.05	10.172	22
		2	14.56	9.099	16
		Total	13.68	9.637	38
BDI_2	AGE2	1	10.77	7.665	22
		2	8.75	4.328	16
		Total	9.92	6.478	38
BDI_6	AGE2	1	9.73	7.265	22
		2	11.31	10.524	16
		Total	10.39	8.688	38

Box's Test of Equality of Covariance Matrices	
Box's M	28.490
F	2.490
df1	10
df2	4.904.863
Sig.	.006

Mauchly's Test of Sphericity								
Measure: BDI								
						Epsilon		
		Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
Within Subjects Effect	DEPRES	.712	11.808	5	.038	.820	.910	.333

Levene's Test of Equality of Error Variances				
	F	df1	df2	Sig.
BDI_8	4.635	1	36	.038
BDI_0	.000	1	36	.999
BDI_2	3.105	1	36	.087
BDI_6	.370	1	36	.547

General Linear Model

Notes			
Contents	Output Created		07-NOV-2003 19:49:04
	Comments		
	Input	Data	C:\Documents and Settings\george\My Documents\disert\martha\mbtif.sav
		Filter	<none>
		Weight	<none>
		Split File	<none>
		N of Rows in Working Data File	97
	Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
		Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the model.
	Syntax		GLM
			e1_1 e2_1 e3_1 e4_1 e5_1 i1_1 i2_1 i3_1 i4_1 i5_1 s1_1 s2_1 s3_1 s4_1 s5_1
			n1_1 n2_1 n3_1 n4_1 n5_1 t1_1 t2_1 t3_1 t4_1 t5_1 f1_1 f2_1 f3_1 f4_1 f5_1
			j1_1 j2_1 j3_1 j4_1 j5_1 p1_1 p2_1 p3_1 p4_1 p5_1
			/WSFACTOR = mbti 5 Polynomial
			/MEASURE = e i s n t f j p
			/METHOD = SSTYPE(3)
			/PLOT = PROFILE(mbti)
			/EMMEANS = TABLES(mbti) COMPARE ADJ(LSD)
			/PRINT = DESCRIPTIVE ETASQ HOMOGENEITY
			/CRITERIA = ALPHA(.05)
			/WSDESIGN = mbti.
	Resources	Elapsed Time	0:00:00.30

Descriptive Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
E1_1	9.61	4.194	97
E2_1	9.79	4.107	97
E3_1	9.92	3.814	97
E4_1	9.89	4.169	97
E5_1	10.06	4.045	97
I1_1	7.67	3.599	97
I2_1	8.03	3.267	97
I3_1	7.69	3.135	97
I4_1	8.02	3.488	97
I5_1	8.10	3.446	97
S1_1	15.34	6.168	97
S2_1	15.17	6.184	97
S3_1	16.48	6.085	97
S4_1	15.94	5.962	97
S5_1	16.17	6.371	97
N1_1	12.19	4.700	97
N2_1	12.37	4.550	97
N3_1	11.56	4.533	97
N4_1	12.17	4.407	97
N5_1	11.91	4.538	97
T1_1	11.00	5.633	97
T2_1	10.78	5.564	97
T3_1	10.41	5.534	97
T4_1	10.71	5.385	97
T5_1	11.41	5.722	97
F1_1	10.93	4.456	97
F2_1	11.27	4.338	97
F3_1	11.64	4.180	97
F4_1	11.32	4.061	97
F5_1	11.01	4.068	97
J1_1	12.91	6.093	97
J2_1	13.14	6.234	97
J3_1	13.87	6.153	97
J4_1	13.93	6.026	97
J5_1	14.11	6.274	97
P1_1	11.56	6.727	97
P2_1	11.57	6.720	97
P3_1	10.56	6.351	97
P4_1	10.77	6.248	97
P5_1	10.72	6.238	97

General Linear Model

Notes			
Contents	Output Created		07-NOV-2003 19:49:04
	Comments		
	Input	Data	C:\Documents and Settings\george\My Documents\disert\martha\mbtif.sa
		Filter	<none>
		Weight	<none>
		Split File	<none>
		N of Rows in Working Data File	97
	Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
		Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the model.
	Syntax		GLM
			e1_1 e2_1 e3_1 e4_1 e5_1 i1_1 i2_1 i3_1 i4_1 i5_1 s1_1 s2_1 s3_1 s4_1 s5_1
			n1_1 n2_1 n3_1 n4_1 n5_1 t1_1 t2_1 t3_1 t4_1 t5_1 f1_1 f2_1 f3_1 f4_1 f5_1
			j1_1 j2_1 j3_1 j4_1 j5_1 p1_1 p2_1 p3_1 p4_1 p5_1 BY luckg
			/WSFACTOR = mbti 5 Polynomial
			/MEASURE = e i s n t f j p
			/METHOD = SSTYPE(3)
			/PLOT = PROFILE(mbti*luckg)
			/EMMEANS = TABLES(mbti) COMPARE ADJ(LSD)
			/PRINT = DESCRIPTIVE ETASQ HOMOGENEITY
			/CRITERIA = ALPHA(.05)
			/WSDESIGN = mbti
			/DESIGN = luckg.
	Resources	Elapsed Time	0:00:00.50

Descriptive Statistics					
			Mean	Std. Deviation	N
E1_1	LUCKG	1.00	9.53	4.177	56
		2.00	9.80	4.298	40
		Total	9.64	4.208	96
E2_1	LUCKG	1.00	9.45	4.194	56
		2.00	10.31	4.023	40
		Total	9.81	4.124	96
E3_1	LUCKG	1.00	9.42	3.436	56
		2.00	10.75	4.181	40
		Total	9.97	3.800	96
E4_1	LUCKG	1.00	9.72	4.278	56
		2.00	10.26	3.988	40
		Total	9.95	4.147	96
E5_1	LUCKG	1.00	9.79	4.203	56
		2.00	10.58	3.747	40
		Total	10.12	4.018	96
I1_1	LUCKG	1.00	7.71	3.468	56
		2.00	7.50	3.796	40
		Total	7.62	3.590	96
I2_1	LUCKG	1.00	8.43	3.121	56
		2.00	7.40	3.418	40
		Total	8.00	3.270	96
I3_1	LUCKG	1.00	8.16	2.857	56
		2.00	6.81	3.057	40
		Total	7.60	3.001	96
I4_1	LUCKG	1.00	7.84	3.155	56
		2.00	8.13	3.864	40
		Total	7.96	3.452	96
I5_1	LUCKG	1.00	8.17	3.223	56
		2.00	7.79	3.527	40
		Total	8.01	3.340	96
S1_1	LUCKG	1.00	15.61	5.986	56
		2.00	14.95	6.544	40
		Total	15.34	6.200	96
S2_1	LUCKG	1.00	15.46	6.137	56
		2.00	14.76	6.381	40
		Total	15.17	6.216	96
S3_1	LUCKG	1.00	16.95	6.129	56
		2.00	15.75	6.083	40
		Total	16.45	6.106	96
S4_1	LUCKG	1.00	15.57	6.381	56
		2.00	16.47	5.440	40
		Total	15.94	5.994	96
S5_1	LUCKG	1.00	15.96	6.361	56
		2.00	16.42	6.530	40
		Total	16.15	6.402	96
N1_1	LUCKG	1.00	12.31	4.801	56
		2.00	12.08	4.660	40
		Total	12.21	4.719	96
N2_1	LUCKG	1.00	12.72	4.715	56
		2.00	11.94	4.371	40
		Total	12.39	4.567	96
N3_1	LUCKG	1.00	11.25	4.548	56
		2.00	11.95	4.589	40
		Total	11.55	4.554	96
N4_1	LUCKG	1.00	12.38	4.601	56
		2.00	11.92	4.218	40
		Total	12.18	4.428	96
N5_1	LUCKG	1.00	12.35	4.422	56
		2.00	11.37	4.726	40
		Total	11.94	4.552	96
T1_1	LUCKG	1.00	10.73	5.368	56
		2.00	11.52	6.013	40

Descriptive Statistics					
			Mean	Std. Deviation	N
		Total	11.06	5.629	96
T2_1	LUCKG	1.00	10.72	5.435	56
		2.00	11.04	5.769	40
		Total	10.85	5.549	96
T3_1	LUCKG	1.00	10.08	5.091	56
		2.00	10.85	6.203	40
		Total	10.40	5.563	96
T4_1	LUCKG	1.00	9.88	5.087	56
		2.00	11.85	5.704	40
		Total	10.70	5.412	96
T5_1	LUCKG	1.00	11.15	5.383	56
		2.00	11.62	6.203	40
		Total	11.35	5.712	96
F1_1	LUCKG	1.00	11.11	4.203	56
		2.00	10.55	4.809	40
		Total	10.87	4.449	96
F2_1	LUCKG	1.00	11.57	3.952	56
		2.00	10.74	4.826	40
		Total	11.22	4.333	96
F3_1	LUCKG	1.00	11.96	3.789	56
		2.00	11.18	4.733	40
		Total	11.63	4.201	96
F4_1	LUCKG	1.00	11.55	4.051	56
		2.00	10.96	4.143	40
		Total	11.30	4.078	96
F5_1	LUCKG	1.00	11.14	3.660	56
		2.00	10.90	4.645	40
		Total	11.04	4.078	96
J1_1	LUCKG	1.00	12.09	5.619	56
		2.00	14.18	6.606	40
		Total	12.96	6.104	96
J2_1	LUCKG	1.00	12.58	6.150	56
		2.00	13.98	6.406	40
		Total	13.16	6.263	96
J3_1	LUCKG	1.00	13.31	5.987	56
		2.00	14.59	6.445	40
		Total	13.85	6.181	96
J4_1	LUCKG	1.00	13.33	5.859	56
		2.00	14.89	6.235	40
		Total	13.98	6.036	96
J5_1	LUCKG	1.00	14.05	5.921	56
		2.00	14.39	6.788	40
		Total	14.19	6.264	96
P1_1	LUCKG	1.00	12.19	6.151	56
		2.00	10.40	7.260	40
		Total	11.44	6.658	96
P2_1	LUCKG	1.00	12.46	6.707	56
		2.00	10.18	6.621	40
		Total	11.51	6.732	96
P3_1	LUCKG	1.00	11.13	6.259	56
		2.00	9.65	6.498	40
		Total	10.51	6.368	96
P4_1	LUCKG	1.00	10.98	6.459	56
		2.00	10.28	5.934	40
		Total	10.68	6.223	96
P5_1	LUCKG	1.00	10.81	5.793	56
		2.00	10.37	6.791	40
		Total	10.63	6.197	96

General Linear Model

Notes			
Contents	Output Created		07-NOV-2003 19:49:04
	Comments		
	Input	Data	C:\Documents and Settings\george\My Documents\disert\martha\mbtif.sav
		Filter	<none>
		Weight	<none>
		Split File	<none>
		N of Rows in Working Data File	97
	Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
		Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the model.
	Syntax		GLM
			logbd8 logbdo logbd2 logbd6 BY age2
			/WSFACTOR = dprs 4 Polynomial
			/MEASURE = bdl
			/METHOD = SSTYPE(3)
			/PLOT = PROFILE(dprs*age2)
			/EMMEANS = TABLES(dprs) COMPARE ADJ(BONFERRONI)
			/PRINT = DESCRIPTIVE ETASQ HOMOGENEITY
			/CRITERIA = ALPHA(.05)
			/WSDESIGN = dprs
			/DESIGN = age2 .
	Resources	Elapsed Time	0:00:00.05

Descriptive Statistics					
			Mean	Std. Deviation	N
LOGBD8	AGE2	1	21.702	.67089	22
		2	22.363	.45423	17
		Total	21.990	.58027	39
LOGBDO	AGE2	1	23.120	.73724	22
		2	24.294	.67745	17
		Total	23.632	.70504	39
LOGBD2	AGE2	1	.7176	.37140	22
		2	.7831	.22163	17
		Total	.7462	.31304	39
LOGBD6	AGE2	1	19.899	.82816	22
		2	20.209	.90793	17
		Total	20.034	.85226	39

Box's Test of Equality of Covariance Matrices	
Box's M	28.296
F	2.488
df1	10
df2	5.592.782
Sig.	.006

Mauchly's Test of Sphericity								
Measure: BDI								
						Epsilon		
		Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
Within Subjects Effect	DPRS	.272	46.564	5	.000	.622	.671	.333

Levene's Test of Equality of Error Variances				
	F	df1	df2	Sig.
LOGBD8	3.976	1	37	.054
LOGBDO	.558	1	37	.460
LOGBD2	3.539	1	37	.068
LOGBD6	.098	1	37	.755

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abou-Saleh, M., Ghubash, R., Karim, L., Krymski, M., & Bhai, I. (1998). Hormonal Aspects of Postpartum Depression. *Journal of Psychoneuroendocrinology, 23*, 5, 465-475.

Affonso, D. D. (2000). An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *Journal of Psychosomatic Research, 49*, 207-216.

Ahgest, J. Merikangas. K. (1997). Το καταθλιπτικό φάσμα: διαγνωστική κατάταξη και πορεία. *Journal of Affective Disorders, 45*, 31-40.

Αλεβίζος, Β. (1999). Η θεραπεία της κατάθλιψης. *Ιατρική του σήμερα, 26*, 11-19.

Αλεξόπουλος, Δ.Σ. (1998). *Ψυχομετρία*. Τόμος Α. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ακτσαλής, Α.Κ. & Σίμος, Γ. (1992). Ψυχικές Διαταραχές της Λοχείας. *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία, 5,* 2, 112-117.

Areias, M.E.G., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo E. (1996). Correlates of postnatal Depression in Mothers and Fathers. *British Journal of Psychiarty. 169*, 36-41.

Axinn, W.G., Barber, J.S., & Thorton, A. (1998). The long-term impact of parents' childbearing decisions on children's self esteem. *Demography, 3,* 4, 435-443.

Bailey, L.A., & Hailey B.J. (1987). The psychological experience of pregnancy. *Journal of Psychiatry in Medicine, 16,* 3, 263-273.

Bailey, L. (1999). Refracted Selves? A Study of Chances in Self-identity in the Transition to Motherhood. *Sociology, 33,* 2,335-352.

Beck, A.T., Ward, C.H. & Medelson, M. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch, Gen. Psychiatry, 4,* 308-312.

Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacks, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry, 142,* 559-563.

Beck, C.T. (1998). The Effects of Postpartum Depression on Child Development: A meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. XII, 1, 12-22

Beck, C.T. (2001). Predictors of Postpartum Depression: An Update. *Nursing Research, 50,* 5, 275-282.

Bebbington, P.R. (1998). Η επίδραση της ηλικίας και του φύλου στη συχνότητα των καταθλιπτικών καταστάσεων: πορίσματα της εθνικής έρευνας ψυχιατρικής νοσηρότητας. *Psychological Medicine, 28,* 9-19.

Benedict, M.I., Paineb, L.L., Painec, L.A., Brandtc, D. & Stallingc, B. (1999). The association of childhood sexual abuse with depressive symptoms during pregnancy, and selected pregnancy outcomes. *Journal of Child Abuse Neglect, 23,* 7, 659-670.

Bernazzani, O., Saucier, J.F, David, H. & Borgeat, F. (1997). Psychosocial Factors Related to Emotional Disturbances During Pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research, 4*, 391-402.

Berthiaume, M. David, H. Saucier, J-F., & Borgeat, F. (1998). Correlates of Pre-partum Depressive symptomatology: a multivariate analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 16,* 45-56.

Blechman, A.E., Lowell, E.S., & Garrett J. (1999). Prosocial Coping and Substance Use during Pregnancy. *Addictive Behaviors, 24,* 1, 99-109.

Βλάχος, Θ.Κ. (1996). Λοχειακές Ψυχώσεις. *Ψυχιατρική, 7,* 115-123

Bloch M., Schmidt P., Danaceau M., Murphy J., Nieman L., & Rubinow D. (2000). Effects of Gonadal Steroids in Women With a History of Postpartum Depression. *Journal of Psychiatry, 157,* 6, 924-930.

Bloomfield, H.H., & McWiliams, P. (2001). *Θεραπεύοντας την κατάθλιψη.* Αθήνα: θυμάρι. 3η έκδοση.

Bramwell, R. (1997). Studying the impact of the psychosocial work environment on pregnancy outcome: a review of methodological issues. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *15*, 257-269.

Briggs- Myers, I., & Myers, P. (1992). *Gifts Differing.* CA: Consulting Psychologist Press, Inc.

Briggs- Myers, I., & McCaulley, M. (1992). *A guide of development and use of the Myers-Briggs Type Indicator*. CA: Consulting Psychologist Press, Inc.

Broctinston, I.F., (2002). Επιλόχειες διαταραχές. Στο Βιδάλη Α.Α. (Επιμ. Εκδ.) *Επίκαιρα κλινικά θέματα,* (σ. 165-183). Θεσσαλονίκη: σύγχρονες εκδόσεις.

Brugha, T.S., Sharp, H.M., Cooper, A., Weisender, C., Britto, D., Shinkwin, R., Sherrif, T., & Kirwan P.H. (1998). The Leicester 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychological Medicine*, *28,* 63-79.

Bydlowski, M. (1998).Τι είναι η επιθυμία για παιδί. Στο Γ. Αμπατζόγλου, & Σ. Μανωλόπουλου (Επιμ. Έκδ.) *Προσεγγίσεις της γέννησης* (σ.29-44). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Cameron, R., Hobfoll, S.E., Crowrher, J., & Ritter C. (1996). Weight, Self-Esteem, Ethnicity and Depressive symptomatology During Pregnancy Among Inner – City Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2,* 294-297.

Carver, C.S., & Ganellen, R.J. (1983). Depression and Components of Seif-Punitiveness: High Standards, Self-Criticism and Overgeneralization. *Journal of Abnormal Psychology*, *92*, 3, 330-337.

Casey, P. (2000). A longitudinal study of cognitive performance during pregnancy and new motherhood. *Arch. Women Mental Health*, *3*, 65-76.

Γιαννίτση, Σ. (1998). Ψυχοσωματικά προβλήματα στη Μαιευτική. Στο Λώλη Δ. (Επιμ. Έκδ.), *Γυναικολογία και Μαιευτική*, (σ. 403-409). Αθήνα: Παρισιάνου. Τόμος Β.

Γκιόκα, Α., Κανδύλης, Δ., Καμπούρης, Η. & Ασπραδάκης Κ. (2001) Ψυχιατρικές Διαταραχές κατά την Εγκυμοσύνη. Βιδάλης Α., Διδασκάλου Θ., Τσιλίκας Σ., (επ. εκδ.) *Θέματα Ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο*. Σύγχρονες εκδόσεις.

Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel M., & Scrimshaw, S. C. M. (1993.) Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 6, 1243-1258.

Comer, I., & Goldman, E. (1981). *Ο μύθος της μητρότητας*. Αθήνα: Ελεύθερος τύπος, Β΄ έκδοση

Condon, J.T. (1987). Psychological and Physical Symptoms during Pregnancy: A Comparison of Male and Female Expectant Parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 5, 297-219.

Condon, J.T., & Corkindale C., (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *Journal of Medical Psychology*, *70*, 359-372.

Cox, J.L., Goldstein, L.H., Diener, M., & Mangelsdorf, S. (1996). Maternal Characteristics and Social Support Across the Tradition to Motherhood: Associations with Maternal Behavior. *Journal of Family Psychology, 19*, 1, 60-71.

Cox, J.L., Connor, Y., & Kentell, R.E. (1982). Prospective Study of the Psychiatric Disorders of Childbirth. *British journal of Psychiatry, 140*, 111-117.

Crockenberg, S. & McCluskey, K.(1986). Changes in maternal behavior during the baby's first year of life. *Child Development, 57*, 746-753.

Cutrona, C.E. (1984). Social Support and Sress in the Transition to Parenthood. *Journal of Abnormal Psychology, 93*, 4, 378-390.

Dalton, K. (1971). Prospective Study into Puerperal Depression. *British journal of Psychiatry, 118*, 689-692.

Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., & Brenet, W. (2000). Psychosocial correlates of prepartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders, 59*, 31-40.

DelliQuadri, L. & Breckenridge, K. (1981). *Η μητρική φροντίδα*. Αθήνα: Κονιδάρη.

Δημητρίου, Χ.Ε., Βλάσσης, Γ. & Καλογερόπουλος, Α. (1995). Ψυχικές διαταραχές της λοχείας. *Ψυχιατρική, 6,* 35-44.

Διακογιάννη- Ταρλατσή, Ε. (1988). Ψυχομετρική. Στο Ιεροδιακόνου, Χ., Φωτιάδης, Χ., & Δημητρίου, Ε. (Επιμ. Εκδ.) *Ψυχιατρική* (σ.113-122). Θεσσαλονίκη: Μαστορίδη.

Dial, L.W., & Hold, V.L. (1988). Young Maternal Age and Depressive Symptoms : Results from National Maternal and Infant Health Survey. *American Journal of Public Health, 88,* 2, 265-270.

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.

Diskin, S.D., & Heinicke, C.M.(1986). Maternal Style of Emotional Expression. *Journal of Infant behavior and development, 9,* 167-187.

Drago – Carabotta, D., Παναγόπουλος, Π., Laganara, R., Maggino, T., & Alessi, C. (1997). Οι παραστάσεις και οι αντιλήψεις της επιτόκου στον τοκετό – γέννηση. *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία, 9,* 2, 155-162.

Δραγώνα, Θ. (1987). *Γέννηση. Η γυναίκα μπροστά σε μία καινούργια ζωή*. Αθήνα – Γιάννινα: Δωδώνη.

Δραγώνα, Θ. (1989). Κατάθλιψη μετά τον τοκετό: Οι ψυχοκοινωνικές της διαστάσεις. *Ψυχολογικά θέματα, 2,*1,33-47.

Δραγώνα, Θ. (1992). Βιώνεται η μετάβαση στη γονεϊκή ιδιότητα ως κρίση; *Ψυχολογικά θέματα, 5,* 4, 355-369.

Δραγώνα, Θ. (1994). Μετάβαση στη γονεϊκή ιδιότητα. Στο Τσιάντης Ι. (Επιμ. Έκδ.) *Ερευνητικά και κλινικά κείμενα* (σ.131-157). Αθήνα: Καστανιώτη, τόμος Α΄.

Dragonas, T., Pertogiannis, K., & Adam, H. (1997). Working women, their emotional well-being and pregnancy in Greece. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 15*, 239-256.

Dragonas, T., & Chistodoulou ,G.N. (1998). Prenatal care. *Clinical Psychology Review, 18*, 2, 127-142.

Δραγώνα, Θ. (1999). Εγκυμοσύνη: σωματικές, ψυχικές και κοινωνικο-ψυχολογικές ανακατατάξεις. Στο Τσιάντης Ι., Δραγώνα Θ. (Επιμ. Έκδ.). *Μωρά και μητέρες*. (σ.147-170). Αθήνα: Καστανιώτη.

Δραγώνα, Θ. (1999). Η δυναμική της οικογένειας κατά τη μετάβαση στη γονική ιδιότητα. Στο Τσιάντης Ι., Δραγώνα Θ. (Επιμ. Έκδ.). *Μωρά και μητέρες*. (σ.203-218). Αθήνα: Καστανιώτη.

Δρίβα, Α. & Rohe, K. (1992). Συγκριτική διαπολιτιστική μελέτη της σχέσης μητέρας-βρέφους στην Ελλάδα και τις Ηνωμένες Πολιτείες. *Ψυχολογικά θέματα, 5*, 4, 319-323.

Dunkel-Schetter, C., & Lobel, M. (1998). Pregnancy and Childbirth. In Blechman E.A., Brownell K.D. (Eds.) *Behavioral Medicine and Women. A Comprehensive Handbook* (pp.475-488). New York, London: The Guilford Press.

Ericson, A., Källén, B., & Wiholm, B.E. (1999). Pharmacodynamics: Delivery outcome after the use of 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.

Evins, G.G., Theofrastous, J.P., & Galvin, S.L. (2000). Postpartum depression: A comparison of screening and routine clinical evaluation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 182*, 5, 1080-2000.

Ζερβής, Χ. (2001). *Ψυχοπαθολογία του ενήλικα*. Ηλεκτρονικές Τέχνες, β΄ έκδοση

Field, M. (1988). Πλακουντοφαγία. *Μαιευτικά Χρονικά, 5,* 14-16.

Feist, J., & Feist, J.G. (1998). *Theories of Personality*. USA:McGraw Hill, 4 edition

Flowles, E.R. (1998). The relationship between maternal role attainment and postpartum depression. *Journal of Health Care for Women International, 19*, 83-94.

Fontaine K.R., & Jones L.S. (1997). Self-esteem, Optimism and Postpartum Depression. *Journal of Clinical Psychology, 53,* 1, 59-63.

Fox, G.L., Bruce, C., & Combw-Orme, T. (2000). Parenting Expectations and Concerns of Fathers and Mothers of Newborn Infant. *Journal of Applied Family Studies, 49*, 2, 123-129.

Fowles, E.R. (1998). The relationship between maternal role attainment and postpartum depression. *Journal of Health Care for Women International, 19*, 83-94.

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.

Georgiopoulos, A. M., Bryan, T. L., Yawn, B. P., Houston, M. S., Rummans, T. A., & Thernaeau, T.M. (1999). Population – Based Screening for postpartum Depression. *Journal of Obstetrics and Gynecology, 93*, 5, 1, 653-657.

Gilbert, P. (1999). *Ξεπερνώντας την κατάθλιψη*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

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,

Goldstein, L.H., Diener, M., & Mangelsdorf, S. (1996). Maternal Characteristics and Social Support Across the Tradition to Motherhood: Associations with Maternal Behavior. *Journal of Family Psychology, 19*, 1, 60-71.

Gotlib, Whiffen, Wallace & Mouht, (1991). Depression and General Psychopathology in University Students. *Journal of Abnormal Psychology, 93*, 19-30.

Gotlib, I.H., & Hammen, C.L. (1992). *Psychological Aspects of Depression: Toward a Cognitive - Interpersonal Integration.* New York: John Wiley & Sons.

Gotlib, J.H. (1998). Postpartum Depression. In Blechman E.A., Brownell K.D. (Eds.) *Behavioral Medicine and Women. A Comprehensive Handbook* (pp.489-498). New York, London: The Guilford Press.

Grahame-Smith, D.G., & Aronson J.K. (2001). *Κλινική Φαρμακολογία-Φαρμακοθεραπεία*. Αθήνα:Τυπωθήτω – Γ. Δαρδάνος.

Gamar, K., & Tendor, F. (1994). *Η Οικογένεια Μωσαϊκό*. Αθήνα: Πατάκη.

Green, J., & Kafetsios, K., (1997). Positive experiences of early motherhood: predictive variables from a longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 15,* 141-157.

Grudzinskas, J.G., & Beedham, T. (1994). *Θεραπεία και πρόγνωση στη Μαιευτική και Γυναικολογία.* Αθήνα: Δημήτριος Γιαννακόπουλος.

Hagerty, B.M., & Williams, R.A. (1999). The effects of Sense of Belonging, Social Support, Conflict, and Loneliness on Depression. *Journal of Nursing Research, 48,* 4, 215-218.

Hall, C.S., & Gardner, L. (1985). *Introduction to theories of personality.* London: John Wiley & Sons inc.

Hall, C.S., Lindzey, G., Loehlin, J.C., Manosevitz, M. & Otis Locke, V. (1997). *Introduction to Theories of Personality.* New York: John Wiley & sons.

Hampson, S. (1999). Personality. *The Psychologist, 12,* 6, 1-5.

Hansen, D., Lou, H.C., & Oslen J. (2000). Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. *The Lancet, 356,* 9, 875-880.

Harris, N.D., Deaty, I.J., Harris, M.B., Lees, M.M., & Wilson, J.A. (1997). Peripartal cognitive impairment: Secondary to depression? *British Journal of Health psychology, 1,* 127-136.

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 νοσηλευτές.* Λευκωσία: Πέργαμος

Χούελαν, Ε. (1978). *Βασικός Οδηγός Εγκυμοσύνης.* Αθήνα: Δωρικός.

Jahan, M. (1987). Role of Psychological Factors in Complications during First Trimester Of Pregnancy. *Journal of Personality and Clinical Studies, 3,* 1, 11-16.

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

Καρκάνη–Κούρου Α. (1998). Μητρότητα. *Αρχεία ΕΨΨΕΠ, 5,* 2, 18.

Κατάκη, Χ.Δ. (1984). *Οι τρεις ταυτότητες της ελληνικής οικογένειας.* Αθήνα: Κέδρος.

Kelly, J. (1967). The Influences of Native Customs on Obstetrics in Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynecology, 30,* 4, 608-614.

Kelly, F.P. (1991). Postnatal Depression- Out of Sight, out of Mind. *Modern Midwife, 1,* 1, 18-21.

King, D.A., & Buchwald, A.M. (1982). Sex differences in subclinical depression: Aministration of Beck Depression Inventory in public and private disclosure situation. *Journal of Personality and Social Psychology,* 42, 963-969.

Kitamura, T., Shima, S., Sugawara, M., & Toda M.A. (1996). Clinical and Psychosocial Correlates of Antenatal Depression: A Review. *Psychotherapy and Psychosomatics, 65,* 117-123.

Κλεφτάρας, Γ. (1998). *Η Κατάθλιψη σήμερα : περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κοντογιώργου, Β. (1981). Οργάνωση και λειτουργία της οικογένειας με απουσία του πατέρα-επιδράσεις στη συμπεριφορά της μητέρας. *Επιθεώρηση κοινωνικών ερευνών, 42-43,* 178-193.

Κούρος, Ι., Βουρδουμπά, Α., & Καρκάνη, Α.(2001). Μελαγχολία, Αυτοκτονία και Εποχές. *Αρχεία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π., 31,*71.

Κούτση, Β. (1992). Επιλόχεια Κατάθλιψη. *Παιδί και νέοι γονείς, 4,* 66-71.

Κρητικού, Μ., Μωρογιάννης, Φ., & Λώλης, Δ. (1996). Βραχύχρονη Επιλόχεια Μελαγχολία. *Πρακτικά 7ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Μαιών* – Μαιευτών, Χανιά.

Kruckman, L., & Smith, S. (1998). *An Introduction to Postpartum Illness.* http://www.postpartum.net//

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.

Kumar, R. (1987). Μητρότητα και ψυχικές νόσοι. Ο ρόλος της μαίας στην πρόληψη και τη θεραπεία. *Μαιευτικά χρονικά, 2,* 8-14.

Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H., & Ylikorkala, O. (2000). Depression and Anxiety in Early Pregnancy and Risk for Preeclampsia. *Journal of Obstetrics and Gynecology, 95,* 4, 487-490.

Λαζαράτου, Ε. (1998α). Η Επίδραση των Ψυχικά Ασθενών Μητέρων στην Ανάπτυξη του Βρέφους. *Θέματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας, 12*, 4,344-349.

Λαζαράτου, Ε. (1998β). Πένθος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σύνδεση με την παθολογία του παιδιού. Στο Αμπαζόγλου Γ., & Μανωλόπουλος Σ.(Επιμ. Έκδ.) *Προσεγγίσεις της γέννησης* (σ.47-59). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

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.

Llewellyn, A.M., Stowe, Z.N., & Nemeroff, C.B. (1997). Depression During Pregnancy and Puerperium. *Journal of Clinical Psychiatry, 58,* 15, 26-32.

Lubin, B., Gardener, S. H., & Roth, A., (1975). Mood and Somatic Symptoms during Pregnancy. *Journal of Psychosomatic Medicine, 37,* 2, 136-146.

Lupton, D., & Fenwick, J. (2001). "They've forgotten that I'm the mum": constructing and practicing motherhood in special care nurseries. *Social Science of Medicine, 53,* 8, 1011-1022.

Λυμπεράκης, Ε. (1982). Νοσολογία – Βιοχημεία και Θεραπεία των Καταθλίψεων. *Ελληνική Ιατρική, 2*, 85-91,

Λώλης, Δ. (1998). *Γυναικολογία και Μαιευτική*. Αθήνα: Παρισιάνου, τόμος Β΄

MacFarlan, A. (1988). *Η ψυχολογία του τοκετού. Από τη σύλληψη ως τη γέννηση.* Αθήνα: Κουτσουμπός.

Macy, C., & Falkner, F. (1979). *Pregnancy and Birth. Pleasures and problems.* London: Harper and Row publishers.

Macy, C., & Falkner F. (1986). *Εγκυμοσύνη και γέννηση*. Αθήνα: Ψυχογιός. Τέταρτη έκδοση.

Μαδιανός, Μ.Γ. (2001). Επιδημιολογία της Κατάθλιψης. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου (Επιμ.Έκδ.) *Κατάθλιψη: Δεδομένα και προβληματισμοί* (σ.23-27). Αθήνα: Βήτα Medical Arts, δεύτερη έκδοση.

Mangelsdorf, S., Gunnar, M., Kestenbaum, R., Lang, S., & Andreas, D. (1990). Infant Proneness-to-Distress Temperament, Maternal Personality, and Mother-Infant Attachment: Associations and Goodness to fit. *Journal of Child Development, 61,* 820-831.

Μανταλενάκης, Σ. (1996). *Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας*. Αθήνα: Λίτσας ιατρικές εκδόσεις. Β΄ έκδοση.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press. Αναθεωρημένη έκδοση.

Μάρη, Ε. (1995). Η ψυχολογική αντιμετώπιση γυναικολογικών προβλημάτων. Στο Γ. Ποταμιάνος (Επιμ. Έκδ.) Δοκίμια στην ψυχολογία της υγείας (σ.12-19). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Markens, S., Browner, C.H., & Press, N. (1999). "Because of the risks": how US pregnant women account for refusing prenatal screening. *Journal of Social Science and Medicine, 49*, 3, 359-369.

Martin, C. l., Brown C.W., Goldberg, D.P., & Brockington I. F. (1989). Psychosocial stress and puerperal depression. *Journal of Affect Disorder, 16*, 283-293.

Matthey, S., Barnett, B., Howie P. & Kavanagh, D.J., (2002). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders, 1,* 4, 103-112.

Μαυρέας Β. (2001). Η κατάθλιψη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου (Επιμ.Έκδ.) *Κατάθλιψη: Δεδομένα και προβληματισμοί* (σ.131-139). Αθήνα: Βήτα Medical Arts, δεύτερη έκδοση.

McVeith, C., & Smith, M.(2000). A comparison of adult and teenage mother's self-esteem and satisfaction with social support. *Midwifery, 16*, 4,269-276.

Meagher, D., & Murray, D. (1997). Η κατάθλιψη στη γυναίκα. *Lancet,* 349, 117-120.

Meares, R., Grimwade, J., & Wood, C. (1975). A Possible Relationship Between Anxiety in Pregnancy and Puerperal Depression. *Journal of Psychosomatic Research, 20*, 605-610.

Μελισσά.- Χαλικοπούλου, Χ. (1996). *Η εξελικτική και η κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Θεσσαλονίκη: ιδιωτική έκδοση.

Mirsi, S., & Duke, M. (1995). Depression During Pregnancy and Postpartum. Journal of Society of Obstetrics and Gynecology of *Canada. 17,* 657-663.

Misri, S., Kostaras, X., Fox, D., & Kostaras, D. (2000). The Impact of Partner Support in the Treatment of Postpartum Depression. *Canadian Journal Of Psychiatry, 45*, 6, 554-558.

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

Μπεργιαννάκη, Ι.Δ. (2000). Ψυχολογικές και Ψυχιατρικές Διαταραχές συνδεόμενες με τη Λοχεία. Χριστοδούλου Γ.Ν. (επ. έκδ.) *Ψυχιατρική*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις.

Μπούρος, Δ. (1999). Βασικές αρχές κλινικής φαρμακολογίας και θεραπευτικής. Αθήνα: Παρισιάνου

Murray, L. (1992). The Impact of Postnatal Depression on Infant Development. *Journal of Child Psychology, 3*, 543-561.

Μωραΐτου, Μ. (1996). *Γένεσις*. Θεσσαλονίκη: Πράσινο φύλλο.

Μωραΐτου, Μ. & Σταλίκας Γ. Α. (2001). Μελαγχολία στη λοχεία. *Πρακτικά 8ου Συνεδρίου ΕΛ.Ψ.Ε.* Αλεξανδούπολη.

Νασιάκου, Μ. (1982). *Η ψυχολογία σήμερα. Γενική ψυχολογία*. Αθήνα: Παπαζήση. Δεύτερη έκδοση.

Νασιάκου, Μ. (1999). Προσωπικότητα. Στο Βοσνιάδου Σ. (Επιμ. Έκδ.) *Εισαγωγή στην ψυχολογία* (σελ. 125-188). Τόμος Β. Αθήνα: Gutenberg.

Newport, D.J., Wilcox, M.M., & Stowe, Z.N. (2001). Antidepressants during pregnancy and lactation: defining exposure and treatment issues. *Semin Perinatol. 25,* 3, 177-190

Nielsen Forman, D., Videbech, P., Hedegaard, M., Dalby Salvig, J. & Secher, N.J. (2000) Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 107,* 1210-1217

Νιτσόπουλος, Μ. (1987). *Η ψυχολογία της γυναίκας*. Καβάλα: Πολυτάκη.

Noring, J. (1993). *Personality Type Summary.* Revision 4.2 – ASCII Text Version

Ντούσιας, Β. (1998). Φυσιολογικές μεταβολές στην κύηση. Στο Λώλη Δ. (Επιμ. Έκδ.), *Γυναικολογία και Μαιευτική*, (σ. 107-121). Αθήνα: Παρισιάνου. Τόμος Β.

O' Hara, M., Rehm, L,. & Campbell, S. (1983). Postpartum Depression. A role for Social Network and Life Stress Variables. *Journal of Nervous and Mental Disease, 6,* 336-342.

O' Hara, M. (1997). The Nature of Postpartum Depressive Disorder. In Murray L. et Cooper P. (editors) *Postpartum Depression and Child Development.* New York, London: The Guilford Press.

O' Hara, M., Stuart, S., Gorman, L., & Wenzel, A. (2000). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression. *Arch.Gen.Psychiatry , 57,* 1039-1045.

Osofsky, J.D. & Osofsky H.J. (1984). Pregnancy and New Parenthood: Issues Related to Adjustment and Parental Bonding. *Journal of Psychosomatic Problems and Human Sexuality, 7,* 82, 1-11.

Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Ahlqvist, S., Helenius, M., & Piha, J. (2001). An early report on the mother-baby interactive capacity of substance-abusing mothers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 20,* 143-153.

Παππά, Δ. – Σολδάτου, Μ. (1999). Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία της γυναίκας. Στο Κ. Σολδάτος (έπ.έκδ.) *Άγχος και Κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και Αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική.* Αθήνα: Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.

Παπαδημητρίου, Γ.Ν. (2001). Γενετική της κατάθλιψης. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου (Επιμ.Έκδ.) *Κατάθλιψη: Δεδομένα και προβληματισμοί* (σ.33-39). Αθήνα: Βήτα Medical Arts, δεύτερη έκδοση.

Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1988). *Κλινική ψυχολογία. Διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.* Αθήνα.

Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1992). *Ψυχολογία των Ατομικών διαφορών.* Αθήνα.

Park, C.L., Moore, P.J., Turner, R.A., & Adler, N.E.(1997). The roles of Constructive Thinking and Optimism in Psychological and Behavioral Adjustment During Pregnancy. *Journal of Personality and Social Psychology, 73,* 3, 584-592.

Passino, A.W., Whitman, T.L., Borkowski, J.G., Schellenbach, C.J., Maxwell, S.E., Koegh, D., & Rellinger, E. (1993). Personal adjustment during pregnancy and adolescent parenting. *Adolescence, 28,* 109, 97-122.

Περιστέρης, Α. & Μαρίνος, Β. (1990). Ψυχιατρικές διαταραχές κατά την κύηση και λοχεία. *Τετράδια Ψυχιατρικής, 32,*29-32.

Πετρουλάκης, Ν.Β. (1983). *Ψυχολογία της προσαρμογής.* Αθήνα: Γρηγόρης.

Pervin, L.A., & John O.P. (1999). *Θεωρίες προσωπικότητας. Έρευνες και εφαρμογές.* Αθήνα: τυποθήτω.

Pollock, P. H. & Percy, A. (1999) Maternal Antenatal Attachment Style and Potential Fetal Abuse. *Child Abuse and Neglect, 23,* 12, 1345-1357.

Ποταμιάνος. Γ.Α. (1995). Ψυχολογία και υγεία. Στο Ποταμιάνος. Γ.Α.(Επιμ. Έκδ.) *Δοκίμια στην ψυχολογία της υγείας.* (σ.11-32). Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.

Ποταμιάνος, Γ.Α. (1999). *Θεωρίες Προσωπικότητας και κλινική πρακτική.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Προκοπάκης, Σ. (1994). *Το βιολογικό υπόστρωμα των ψυχικών διαταραχών της λοχεία.* Θεσσαλονίκη. Ιδιωτική έκδοση.

Ρήγα, Α.Β. (1991). Μητρότητα: απόπειρα παρουσίασης της ψυχοκοινωνικής της διάστασης. Στο Μαρκαντώνης Ι.Σ., & Ρήγα Α.Β. (Επιμ. Έκδ.) *Οικογένεια, Μητρότητα, Αναδοχή* (σ.89-113). Αθήνα.

Righetti – Veltema, M. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders, 49*, 167-180.

Rofe, Y., Blittne, M. & Lewin, I., (1993). Emotional Experiences during the Tree Trimesters of Pregnancy. *Journal of Clinical Psychology, 49*, 1, 3-12.

Ρόντος, Ι., Ρίζος, Ε. & Σταθόπουλος, Π., (2000). Κατάθλιψη - Αυτοκτονικότητα και χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης. *Τετράδια Ψυχιατρικής, 71,* 65-71.

Rudnicki, S., Pollock, P. H., & Percy, A. (1999). Maternal Antenatal Attachment Style and Potential Fetal Abuse. *Child Abuse and Neglect, 23,* 12, 1345-1357.

Rudnicki, S., Graham, J., Habboushe, D., & Douglas, R. (2001). Social Support and Avoidant Coping: Correlates of Depressed Mood During Pregnancy in Minority Women. *Women and Health, 34*, 3, 19-34

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.

Σακελλαρόπουλος, Π. (1995). *Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων. Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές στην Ελλάδα.* Αθήνα: Παπαζήση ΑΕΒΕ. Β΄ τόμος.

Σακκάς, Π.Ν. (1997). *Στοιχεία Συμβουλευτικής – Διασυνδετικής Ψυχιατρικής. Η Ψυχιατρική του Γενικού Νοσοκομείου.* Επιστημονικές Εκδόσεις Ε.Π.Ε.

Sanders, D. (1989). *Γυναίκα και Κατάθλιψη.* Αθήνα: Δίοδος.

Schaefer, A.., Brown, J., Watson, C.G., Plemel, D., DeMotts, J., Howard, M.T., Petrik, N., Balleweg, B.J., & Anderson, D. (1985). Comparison of the validates of the Beck, Zung, and MMPI depression scales. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53,* 415- 418.

Shields, N., Reid, M., Cheyne, H., Holmes, A., McGinley Turnbull, D., & Smith L.N. (1997). Impact of midwife-managed care in the postnatal period: an exploration of psychosocial outcomes, *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 15*, 91-108.

Σινανίδου, Μ.Δ. (1999). Λοχειακή κατάθλιψη: Η επίδραση της στην ψυχική ανάπτυξη του παιδιού. Προληπτικά μέτρα – Αντιμετώπιση. *Αρχεία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π., 22,* 31-32

Σινανίδου, Μ.Δ. (2000). Βρέφη Ψυχωτικών Γονέων σε <κίνδυνο>:Τρόποι Προληπτικής παρέμβασης. *Αρχεία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π., 7*,3, 61-63.

Sjogren, B., Widstrom, A,M., Edaman, G., & Uvnas-Moberg, K. (2000). Changes in Personality Pattern during the First Pregnancy and Lactation. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 21,* 31-38.

Σίσκος, Σ. (2000). Φυσιολογία και επιπλοκές της λοχείας. Στο Μιχαλάς Σ.Π. (Επιμ. Έκδ.) *Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία.* (σ.311-320). Αθήνα: Παρισιάνου.

Small, R., Lumley, L., Donohue, L., Potter, A., & Waldenstrom, U. (2000). Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *Journal of British Medicine, 321,*1043-1047.

Stoppard, M. (1999). *Σύλληψη, εγκυμοσύνη, τοκετός.* Ηράκλειο-Αθήνα: Μίνωας.

Striegel-Moore, R.H., Goldman, S.L., Garvin, V., & Robin, J. (1996). A prospective study of somatic and emotional symptoms of pregnancy. *Psychology of Women Quarterly, 20,* 393-408

Sreedhar, K.P., & Lata, P.M. (1989). A comparative study of personality characteristics of pregnant and non-pregnant women. *Psychological studies, 34,* 3, 204-208.

Stalikas, A. & Fitopoylos, L. (1998). The translation and Standardization of the MBTI into the Greek Language. *Journal of Psychological Type*, *46*, 13-21.

Σταλίκας, Α., Τρίλιβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Σταμούλη, Σ.Σ. (2000). Επιλόχεια Κατάθλιψη. Χριστοδούλου, Γ., Κονταξάκης, Β., & Οικονόμου, Μ., (έπ.έκδ.) *Προληπτική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Βήτα.

Στεφανής, Κ. (2002). Κατάθλιψη, η νόσος του 21ου αιώνα. *Συνέντευξη στην εφημερίδα Καθημερινή*, τις 17.2, σ.10

Sugawara, M., Toda, M.A., Shima, S., Mukai ,T., Sakakura, K., & Kitamura T. (1997). Premenstrual Mood Changes and Maternal Mental Health in Pregnancy and Postpartum Period. *Journal of Clinical Psychology, 53,* 3, 225-232

Συνοδινού, Κ. (2000.) *Σημειώσεις για το μάθημα Ψυχοπαθολογία ΙΙ*. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο

Susman, E.J., Schmelk, K.H., Worrall, B.K., Granger, D,A., Ponirakis, A., & Chrousos, G.P. (1999). Corticotropin – Releasing Hormone and Cortisol: Longitudinal Association with Depression and Antisocial Behavior in Pregnant Adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38,*4, 460-467.

Σωτηριάδης, Μ. (1998). Συνέντευξη με ένα μαιευτήρα. Στο Γ. Αμπατζόγλου, & Σ. Μανωλόπουλος (Επιμ. Έκδ.) *Προσεγγίσεις της γέννησης* (σ.87-99). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Terry, D.J., Mayocchi, L., & Hynes, G.J.(1996) Depressive Symptomatology in New Mothers: A Stress and Coping Perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, *105,* 2, 220-231.

Theut, S.K., Pedersen, F.A., Zaslow, M.J., Cain, R.L., Rabinovich, B.A., & Morihisa, J.M. (1989). Perinatal Loss and Paternal Bereavement. *Journal of Psychiatry, 146*, 635-639.

Thomson, J. F., Roberts, C. L., Currie, M.L., & Ellwood, D.A. (2000). Early discharge and postnatal depression: a prospective cohor study. *Medical Journal of Australia, 172,* 532-536

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.

Thorpe, K.J., Dragonas, T., & Golding, J. (1992). The Effects of Psychosocial Factors on the Mother's Emotional Well-being During Early Parenthood: A Cross-Cultural Study of Britain and Greece. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 10,* 205-217.

Tisdal, N. (1977). *Psychology of Childbearing*. BFM Press

Τσιμπούκης Κ. (1980). *Εκτίμηση της προσωπικότητας*. Αθήνα.

Τσόχας, Κ. (1996). *Επίτομη κλινική φαρμακολογία*. Τόμος Α. Αθήνα: Λύχνος. Β΄ έκδοση.

Uddenberg, N., Fagersrtom, C-F., & Hakanson-Zaunders, M. (1976). Reproductive Conflicts , Mental Symptoms during Pregnancy and Time in Labour. *Journal of Psychosomatic Research*, *20,* 575-581.

Ungerer, J.A., Waters, B., Barnett, B., & Dolby, R. (1997). Defense Style and Adjustment in Interpersonal Relationships. *Journal of Research in Personality, 31*, 375-384.

Φωτιάδης, Χ. (1988). Βιολογικές θεραπείες. Στο Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ. & Δημητρίου Ε. (Επιμ. Εκδ.) *Ψυχιατρική* (σ.376-398). Θεσσαλονίκη: Μαστορίδη.

Χαραλαμπόπουλος, Β.Ι. (1993). *Η ανάπτυξη της προσωπικότητας*. Αθήνα: Gutenberg.

Χασάπης, Ι.Γ. (1970). *Ψυχολογία της προσωπικότητας*. Αθήνα.

Χριστοδούλου, Γ.Ν, (2001). Ταξινόμηση των καταθλιπτικών συνδρόμων. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου (Επιμ.Έκδ.) *Κατάθλιψη: Δεδομένα και προβληματισμοί* (σ.7-11). Αθήνα: Βήτα Medical Arts, δεύτερη έκδοση.

Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2001). Κατάθλιψη: Δεδομένα και προβληματισμοί. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου (Επιμ.Έκδ.) *Κατάθλιψη: Δεδομένα και προβληματισμοί* (σ.1-5). Αθήνα: Βήτα Medical Arts, δεύτερη έκδοση.

Watson, J.P., Elliot, A., Rugg, J., & Brough, D.I. (1984). Psychiatric Disorders and the first Postnatal Year. *British journal of Psychiatry, 144*,453-463.

Weissman, M.M., Leaf, P.J., Tischler, G.L., Blazer, D.G., Karno, M., Bruce M.L., & Florio, L.P. (1988). Affective disorders in five United States communities. *Psychological Medicine, 18,* 141-153.

Well, J., Hobfoll, S.E., & Lavin, J. (1997). Resource loss, Resource gain, and communal coping during pregnancy among women with multiple roles. *Psychology of women Quarterly, 21,* 645-662.

Wheatley, S. (1998). Psychological Support in Pregnancy. In Clement S. (Edit.) *Psychological Perspectives on Pregnancy and Childbirth* (p.45-60). London: Churchill Livingstone.

Williams, H., & Carmichael, A. (1985). Depression in Mothers in a Multi-ethinic Urban Industrial Municipality in Melbourne. Aetiological Factors and Effects on infants and Prescool Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 26,* 2, 277-288.

Windridge, K.C., & Berryman, J.C. (1996). Maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and early motherhood in women of 35 and over. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 14,* 45-55.

Winnicott, D.W. (1996). *Μωρά και μητέρες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Wisner, K.L., Gelenberg, A.J., Leonard, H., Zarin D., & Frank, E. (1999). Pharmacologic Treatment of Depression During Pregnancy. *Journal of American Medical Association, 283,*13,1264-1269.