

# A szüléshez társuló pszichiátriai betegségek

Páll Irén

A rövid irodalmi áttekintés legfontosabb célja a figyelem ráirányítása a szüléshez társuló pszichiátriai betegségek jelenségére és jelentőségére. Történeti visszatekintés, fogalmi meghatározás, epidemiológiai adatok ismertetése után a szerző a sokrétű, szorosan összefonódó etiológiai tényezőket térképezi fel, kiemeli a rizikófaktorokat; körvonalazza a szűrés, megelőzés, kezelés alapelveit. Annak ellenére, hogy e betegségek nagyon gyakoriak – és súlyos következményekkel járnak az egyén (anya-csecsemő egység), a család és társadalom számára egyaránt –, felismerésük még ma is nehézségekbe ütközik. A diagnózis felállítása mellett legalább annyira fontos a megfelelő terápia korai elkezdése. Végleges megoldásként a jövőben a megelőzésen lenne a hangsúly. A megvalósítás útja a leendő szülők, egészségvédő szakemberek és kutatók közötti összefogásra épül.

**szüléshez társuló pszichiátriai megbetegedések, történet, meghatározás, oki tényezők, rizikófaktorok**

## PSYCHIATRIC DISORDERS ASSOCIATED WITH CHILDBEARING

The aim of this brief literary review was to draw attention to psychiatric disorders accompanying childbearing and to point out their importance. Authors begin with a historical perspective, the definition of concepts and the presentation of epidemiological data. It is followed by the mapping of multiple entwining etiological factors, then focus on the risk factors. Finally the principles are outlined to be followed in screening, prevention and treatment. Although these conditions develop quite frequently and have serious consequences regarding the individual (“unity of mother and child”) as well as the family and the society, their recognition still present difficulties. Following the establishment of the diagnosis, it is also important to start adequate therapy in time. The solution of the future would be to focus on prevention. This would be realized through the teamwork of would-be parents, health care specialists and researchers.

**psychiatric illnesses associated with childbearing, history, definition, causal factors, risk factors**

dr. Páll Irén (levelező szerző/correspondence): Nyíregyházi Jósa András Megyei Kórház, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Osztály/Department of Psychiatry and Psychotherapy, Jósa András County Hospital, H-4412 Nyíregyháza, Sóstói u. 62.

Érkezett: 2001. november 14.

Elfogadva: 2002. február 20.

Az anyaság első élményei – a terhesség, szülés, szoptatás – a boldogság képzetével azonosak egy nő életében. Ez a csodálatos időszak, sajnos, egyben fokozott lelki sérülékenységet is jelent.

Epidemiológiai vizsgálatok igazolták, hogy a nők 80%-a tapasztalt valamilyen hangulati ingadozást a szülés előtti vagy utáni időszakban (1). A gyermekszüléshez társuló pszichiátriai betegségeknek számos egyedi sajátossága van, közös precipitáló faktoruk a szülés. A nyugati kultúrákban nagy az érdeklődés a post partum zavar hétköznapi, közönséges, átmeneti formája, a „baby blues” iránt. Sokat foglalkozik vele a

népszerűsítő irodalom, sajtó, népi hagyományok, gyakran tévesen „depresszió” néven. Az orvosi szakirodalomban inkább a sokkal súlyosabb post partum pszichózisokkal foglalkoznak.

## Történeti áttekintés

A szüléshez társuló pszichiátriai betegségek a XIX. századig jól körülhatárolt körképek voltak.

Hippokratész i. e. 700-ban leírta és önálló kórformának tekintette az anyáknál gyermekágyban jelentkező el-

mezavarokat, akárcsak Galenus, Celsus és mások. Marcé 1858-ban közzétett egy tanulmányt a szoptató anyák tébolyáról (*Traits de la Folie des Femmes Enceintes*).

Kraepelin 1860-tól már nem tekintette különálló betegségnek a post partum kórképeket. Az érintett eseteket a tüneti kép alapján a meglévő diagnosztikus kategóriák valamelyikébe sorolta. Ezt a szemléletet átvették a modern klasszifikációs rendszerek is (DSM, BNO), a „post partum” jelzőt sem használták.

1980-tól fordulat következett be, megalakult a Marcé Society, a tudományos érdeklődés egyre nőtt e téma iránt. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság nem olyan régen szintén elismerte a specifikus kapcsolatot a gyermekszülés és a hangulati zavarok között, valamint a terhesség és szülés által kiváltott pszichés zavarok egyedi jellegzetességeit (1).

A DSM-IV szerint a szülés után négy héten belül megjelenő hangulatzavarok és rövid pszichotikus állapotok „post partum kezdet” megkülönböztető jelzést kapnak (2). Ez megváltozott szemléletet képvisel a DSM-III-R-hez viszonyítva (1987), ahol ezeket az állapotokat még mint máshol nem osztályozott, atípusos pszichózisként sorolták be (3).

A BNO-10-ben is kevés figyelmet szentelnek e témakörnek (4). A puerperiummal összefüggésben, a szülést követő hat hét időtartamra vonatkozóan biztosítanak egy kiegészítő kategóriát (5).

## Felosztás, tünetek

Az irodalom széles körben használja a *Brown* (1979) által bevezetett, általánosan elfogadott hármas osztályozást: post partum „baby blues”, post partum depresszió és post partum pszichózis (5–7).

### Post partum „baby blues” vagy átmeneti „minor affektív zavar”

Ennek az állapotnak a tünetei az érzelmi labilitás, sírás, érzékenység, irritabilitás, alvászavar, hangulátváltások, akár eufória is, valamint a sérülékenységgézés.

Általában szülés után egy-három nappal, mindenképpen egy héten belül kezdődik.

A tünetek akár hetekig is eltarthatnak, bizonyos esetekben az állapot súlyosabb post partum depresszióba is átmehet (5, 6).

### Post partum depresszió

A post partum depressziót közepes vagy súlyos depressziós jegyek jellemzik. Sajátja lehet a nagyfokú szorongás, gyakori szomatizáció, kifejezett fáradékonyság, erőtlenység, csüggedés, sírógörcs, önvádolás, ingerlékenység. Lassan, fokozatosan kezdődik, a szülést követő második-harmadik hét után. Néhány héttől több hónapig tarthat, az esetek körülbelül 4%-a akár egy éven túl is elhúzódhat (5, 8, 9).

### Post partum pszichózis vagy puerperalis pszichózis

A post partum pszichózis vagy puerperalis pszichózis esetén bármilyen, általánosan a pszichózisra jellemző kép előfordulhat. Leginkább a különféle és gyorsan változó tünetek jellemzik. A szerzők egy része a korán jelentkező deperszonalizációs, derealizációs érzéseket hangsúlyozza, de konfúzió, átmeneti téveszmék, akusztikus hallucinációk, mániformis, akár delirózus állapot is kialakulhat (5, 6, 10).

A kezdet súlyos és gyors, típusos esetben 3–14 napos szabad intervallumot követően indul a kórkép; máskor több hét, akár három hónap is eltelhet a tünetek kialakulásáig. A tünetek akár hetekig-hónapokig is fennállhatnak. A későbbiek során a pszichotikus esetek egy része az affektív csoportba (depresszióba, bipoláris zavarba) kerül, jelentős részük pedig a szkizoaffektív formába, illetve szkizofréniába (6, 8, 10). Súlyos esetben csecsemőgyilkosság fordulhat elő, ennek gyakorisága 4%. Az öngyilkossági veszély – különösen az első év során – hatványozottan emelkedik (11).

Néhány kutatás azt sugallja, hogy létezik egy *negyedik* lehetőség is: a „post partum poszttraumás stressz zavar”, amely a PTSD kritériumait a szüléssel hozza összefüggésbe; például bizonyos esetekben császármetszés, csecsemőhalál okozhat ilyen súlyos pszichotraumat (12).

## Epidemiológia

Az epidemiológiai vizsgálatok gyakran nem egységes diagnosztikai szempontokon alapulnak, ez megnehezíti értékelésüket. A post partum időszakra kifejlesztett, egységes skálák segítségével a jövőben hitelesebb adatokat nyerhetünk.

– A leggyakoribb jelenség a post partum „baby blues”, prevalenciája a különböző szerzők adatai szerint 50–85% között változik (1, 5, 6).

– A post partum depresszióval kapcsolatban már kevésbé egységesek a felmérések eredményei. A különböző szerzők 2–20% közötti értékeket adnak meg, újabb szülés esetén legalább 10–35%-os visszaesési rátával (1, 5, 6, 13).

– A post partum pszichózis viszonylag ritka kórkép, 0,1–0,2%-os a prevalenciája. Érdekes módon ez az arány nem változott az évszázadok során, 1850 után különböző megfigyelések során ugyanezeket az adatokat kapták. A relapszus esélye újabb szülés esetén 29–47% körüli (1, 5, 6, 10, 13).

## Etiológia

A lehetséges oki tényezőkkel kapcsolatban az irodalom elméletekben nagyon gazdag. A különféle változók nem zárják ki egymást, hanem szorosan összefonódva adják e kórképek multikauzális jellegét.

## Biológiai elméletek

Az 1950-es évek pszichofarmakológiai kutatásai hívták fel a figyelmet a post partum depresszió és a hormonális változások közötti összefüggésre. Több szerző arra az álláspontra jutott, hogy a szülés utáni harmadik napon jelentkező hangulatzavarok csakis hormonális eredetűek lehetnek (14–16).

Az ösztrogén- és progeszteronszintek a terhesség alatt lényegesen emelkednek, majd a szülést követően három nap alatt eredeti értékeikre térnek vissza. *Nappi* és munkatársai 40 személynél a betegség tünetek jelentkezésekor (45%) a szérumallopregnalon- és progeszteronszinteket lényegesen alacsonyabbnak találták, mint az egészséges kontrollszemélyeknél (14). *Abokas* olyan esetekről számol be, ahol az ösztrogénszint gyors csökkenése együtt járt a depressziós tünetek kialakulásával, és ennek rendezése gyógyulást eredményezett (15).

A prolaktinaktivitás a puerperium alatt szintén fontosnak tartott jelenség (16). Szülés után azonnal alacsonyabb értékek jellemzőek, majd az első hét végére magas plató alakul ki. Valószínű, hogy a nem szoptató anyák esetében hirtelen prolaktinszint-csökkenés következik be, ami kóroki tényezőként szerepelhet. Kórházi körülmények között emocionális és fizikális stresszhatások szerepe is érvényesül (a stressztengely aktiválódik). Gyakran igazolható pajzsmirigyfunkciózavar.

### Az anya életkora meghatározó lehet.

Más kutatók éppen ellentétes álláspontot képviselnek, megkérdőjelezzik ezeket a feltevéseket. *Harris* szemléltette, hogy nincs közvetlen összefüggés a post partum depresszió és a progeszteronszint csökkenése között (17). *Granger* is hasonló következtetésre jutott, áttekintve az 1966 és 1999 közötti irodalmi adatokat (18). *Gregoire* megállapította, hogy teljesen lehetetlen kapcsolatot találni a szteroidok, illetve a progeszteron változó értékei és a post partum depresszió között (19). Egyelőre a kérdésben nincsen bizonyosság, további kutatások eredményei tisztázhatják a kórkép hormonális eredetét.

## Pszichés változók

A lelki tényezők igen fontos dimenziót képviselnek, szerepüket a legtöbb szerző kiemeli. A megfigyelések jelentős részében az új anyák – mint legfontosabb panaszt – valamilyen „meg nem felelési érzést” helyeznek előtérbe (9, 20–23).

Feltételezik, hogy a post partum depresszió részben azzal áll összefüggésben, hogy nincsenek világos elvárások a nőkkel és anyákkal szemben, ezek a szerepek az

utóbbi ötven évben drámai módon megváltoztak (20). A szexuális identitás kérdése is szorosan összefügg a szerepkonfliktusokkal. Olyan nőket gondoztak, akik inkább férfiasnak határozták meg magukat; náluk már a terhesség alatt is észleltek pszichés zavarokat. Próbálták azonosítani a post partum depressziós anyák gondolkodásmódját a megváltozott szerepekről, elvárásait az anyasággal kapcsolatban. Az eredmény világosan szemléltette, hogy megközelítéseik, kognitív sémáik eltérőek (21). Más kutatók a terhesség alatti súlygyarapodás, önértékelés és a depresszió kérdését vetették fel. *Walker* a súlyfelesleggel rendelkező nőknél gyakrabban mutatott ki depressziós tüneteket, különösen, ha a súlygyarapodás alacsony önértékeléssel társult (24). Úgy tűnik, erős a kapcsolat a depresszió és az önértékelés között (22). Voltak olyan szerzők, akik kisebb jelentőséget tulajdonítottak ennek a jelenségnek. *Fontaine* és *Jones* két héttel a szülés után csupán mérsékelt hangulatzavart talált (23).

## Interperszonális változók

Interperszonális tényezők – például családi interakciók, párkapcsolatok, házassági problémák – szintén fontos szerepet kaptak. *O'Hara* az anya-lánya viszonyt mint egy jelentékeny változót azonosította, összefüggést talált az anyai elutasítás és a post partum depresszió között. Hasonlóan negatív hatású, ha anya és lánya között ellenséges a viszony (25). Egy *Beck* által készített metaanalízis az újszülött temperamentumának szerepére hívja fel a figyelmet (26). Másik, fontos kapcsolati forma sérülése az anya-gyermek szeperáció (6).

## Demográfiai változók

Kétszáz éven át azt feltételezték, hogy a nagymértékű társadalmi változások – például háború, gazdasági válság – szerepet játszanak a post partum depresszió kialakulásában.

1814-ben *Esquirol* Napóleon bukásával párhuzamosan a post partum depresszió nagyobb arányú előfordulását írta le Franciaországban. Mások hasonló jelenséget véltek felfedezni az Amerikai Egyesült Államokban az 1930–35 közötti gazdasági válság idején.

Vizsgálatok témája még a gazdasági-pénzügyi stressz, az alacsony szociális-gazdasági státusz, a geográfiai mobilitás (13, 27–29).

A post partum depresszió kockázati tényezőinek nehéz a hiteles azonosítása, kutatása, értékelése; előfordul az is, hogy ellentmondásokba ütközünk.

## Szülészeti tényezők

Az utóbbi évek során kerültek a vizsgálatok középpontjába a szülészeti szempontok. Az anya életkora meghatározó lehet, nagyon fiatal és először szülő nőknél a post partum depresszió nem pszichotikus formá-

ja 10-15%-os gyakorisággal fordult elő (13). Hudson gyermekágyas serdülőkorúak között végzett felmérése során 53%-uknál talált kifejezett depressziós tüneteket (30). A traumás szülés szintén súlyosabb rizikót jelent (12, 30). Feltételezhető a terhességek közti nagyon rövid és nagyon hosszú intervallumok, a sokadik szülés veszélyeztető szerepe (31). Koraszülöttek anyái is gyakrabban válnak depresszióssá a szülés után, hiszen gyermekük élete veszélyben foroghat. A nem kívánt terhesség hasonló hatást válthat ki (29).

Mindezekkel ellentétben Nielsen négy hónapos utánkövetés során úgy találta, hogy a szülészeti szövődményeknek nincsen szerepe a depresszió kialakulásában (32).

## Antropológiai szempontok

A biokulturális kutatások ugyancsak a közelmúltban lendültek fel. Sok antropológus úgy véli, hogy a falusi, nem nyugati kultúrákban – amelyek támogató családi, közösségi kapcsolatokra épülnek – az anyák nem betegszenek meg szülés után (33).

A különböző kultúráknak saját jellegzetes rituáléi vannak ezzel az időszakkal kapcsolatban (Malajziában egy ártó szellem, a hantu elűzése; kínai szokások stb.). Olyan amerikai bevándorlók között, akik megőrizték hagyományait, szintén alig találtak ilyen jellegű megbetegedéseket (20). A post partum rituálék preventív hatásúak, a figyelmet az új anyák érzelmi szükségletei felé irányítják, megerősítve őket testi és lelki egészségükben, felavatva őket új szerepükben (33). Ezzel szemben más szerzők holisztikus, egységes biokulturális szemléletet próbálnak képviselni. Egy egészen friss vizsgálatban Yosida összehasonlított 19, Angliában élő és 88, Japánban élő nőt; szülés után négy hónapig követte sorsukat (34). Japánban őrzik még a hagyományos rituálékat (satogaeri bunben: visszatérés a szülői házhoz). Az Angliában élő nők 12%-a, a Japánban élők 17%-a betegedett meg. A kutató arra a következtetésre jutott, hogy minőségileg át kell értékelni a hagyományos módszereket. A nyugati kultúráknak valóban hátránya, hogy medikalizálták a szülést, miközben a hagyományos társadalmi támasz már régen nem működik (33).

Az antropológusok azt sugallják, hogy a megoldás a biokémiai és a kulturális szempontok közelítése lenne, a szülést saját kulturális kontextusába visszahelyezve.

## A szociális támasz szerepe

A szülést transzkulturális vonatkozásban többnyire úgy értékelik, mint egy megterhelő életeseményt, ebben az időszakban óvják az anyákat, társadalmilag is támogatják őket.

Általánosan elfogadott vélemény, hogy a társadalmi háttér meghatározza a testi és lelki jólétet, különösen stresszkeltő körülmények kapcsán. Ennek hiányát sokan összekötötték post partum lelki betegségek kiala-

kulásával (27, 28, 30). A szociális támasz milyensége meghatározhatja a depresszió időtartamát (27). Kevés tanulmány készült ebben a témában, különösen az anyák otthonában. A stresszkeltő életesemények – ha pszichés problémákkal, valamint nem megfelelő szociális háttértényezőkkel fonódnak össze – megbetegítő

*A megoldás a biokémiai és a kulturális szempontok közelítése lenne, a szülést saját kulturális kontextusába visszahelyezve.*

hatása hatványozódik. Ilyen komplex módon meghatározott, kritikus időszak a kórházból való hazabocsátás, különösen akkor, ha nem tervezik meg kellő körülményekkel (27). Nyilvánvaló, hogy sokkal összetettebb kérdéssel állunk szemben annál, mintsem csak biológiai elméletekkel alátámasztható volna; erre a kérdésre a jövő vizsgálatai adhatnak választ.

## Szűrés és megelőzés

Walther szerint a terápia kulcsa is a megelőzésben rejlik (35). A cél eléréséhez fel kell kutatnunk a veszélyeztetett nőket. Hozzájuk az út a rizikófaktorok felderítése mentén vezet (27, 28, 32). Beck az 1990-es években készült 84 vizsgálat metaanalízise során 13 fontos rizikótényezőt jelölt meg: szülés előtti depresszió, aggodás az újszülött ápolása miatt, szülés előtti szorongás, megterhelő életesemények, szociális támasz, házassági kapcsolati problémák, korábbi depresszió, újszülött temperamentuma, „baby blues”, családi állapot, szociális-gazdasági helyzet, nem tervezett/nem kívánt terhesség, önbecsülés (28).

*A terápia kulcsa a megelőzésben rejlik.*

A rövid szülészeti megfigyelés során gyakran nem derül még fény a betegség tüneteire (35). Legalább négy-öt hétig post partum, otthonukban is követni kellene a nőket (36). Walther felmérése szerint a megkérdezett post partum depressziós nők 90%-a belátta, hogy valami nincsen rendben, de csak 20%-uk kért szakszerű segítséget, csak egyharmaduk hitte el, hogy beteg (35). A tüneteket alul- és félrediagnosticszálják, gyakran az alapellátás szakemberei és a szülészek is szem elől tévesztik. A szűrés megbízhatóbb, költségkímélő eszköze egy rövid, standardizált skála lehet (36, 37). Széles körben használják az „Edinburgh Postnatalis Depresszió Skálát” (37). Evins adatai szerint a skálával végzett szűrés során 35,4% volt a felderített esetek száma, a kontrollcsoport 6,3%-ával szemben (36).

Az adatok arra utalnak, hogy a szülés előtti pszichoszociális beavatkozások hozzájárulnak azokhoz a változásokhoz, amelyek a szülővé válást elősegítik és elhárítják a post partum depressziót. A nők gyakran úgy érezték, hogy már a hasznos tanácsok is védettebbé tették őket (30). A pszichoedukációt önmagában is hatékonynak találták. Több országban önszervező csoportok szerveződtek, a szülés előtti és utáni időszakra egyaránt. Egyes esetekben képzett terapeuták is részt vettek ebben a munkában.

*Az érintett nők 20%-a sem kap kezelést.*

Igazából hatékony társadalmi támaszra jelenleg még nincsen lehetőség. Csupán egészségügyi alapokon álló segítségnyújtásról beszélhetünk, a kulturális modell még csak gyerekcipőben lépeget (33).

## Kezelés

Hangsúlyoznunk kell, hogy a diagnózis felállítását követően nagyon fontos a komplex terápia mielőbbi elkezdése.

## Pszichoterápiás lehetőségek

Megfigyelték, hogy azoknál az anyáknál, akik magas pontszámot értek el a „Pszichológiailag kedvező támasz” skálán, a szülésnél harmadannyi volt a szövődés, mint az alacsony pontszámú anyáknál. Kiemelik a bizakodás, remény, pozitív beállítódás mint betegség-megelőző tényezők szerepét (9). Jól működik az egyszerű szupportív vezetés is. A pszichoterápiás módszerek közül a kognitív és viselkedésterápiát, valamint az interperszonális terápiát fogadták el hivatalosan a post partum depresszió kezelésére. Ezek önmagukban is hatékonyak, de a gyógyszeres kezelés alternatíváiként is szóba jöhetnek. Beszámoltak a párterápia, a csoportterápia pozitív hatásairól is (25).

A különböző pszichofarmakonok alkalmazása szoptatás esetén nem mindig veszélytelen. Az anyák egy része ezért inkább elzárkózik a gyógyszerek használatától (38). Az eredményes pszichoterápiás segítség igény mutatkozik. Az irodalmi adatok is alátámasztják a kedvező változásokat (25). Ezzel ellentétben ismeretek olyan közlemények is, amelyek lejáratták ezeket a módszereket, beszámoltak például szakmailag felkészületlen terapeuták által vezetett, nem standardizált kezelésekről, hibásan felállított diagnózisok alapján vagy éppen rosszul megválasztott célkitűzésekkel végzett pszichoterápiáról. Ezek a kérdések felvetik annak szükségességét, hogy jól körülhatárolt, standard pszichoterápiás programot kellene kidolgozni, speciálisan a post partum depressziók kezelésére (39).

## Gyógyszeres terápia

A gyógyszeres terápiát az előtérben álló tüneti kép alapján kell megválasztani. A szerzők egyetértenek abban, hogy a legtöbb pszichofarmakon kiválasztódik az anyatejvel, ezért mérlegelnünk kell a nyereség/kockázat arányát, a kezelést mindig egyénileg tervezve. A választást a beteg panaszai, a gyógyszer mellékhatásai és az anya szoptatással kapcsolatos döntése határozzák meg (38, 39). Az SSRI-csoportba tartozó szereket úgy jegyzik, mint elsőként ajánlandó, eredményes terápiát post partum depresszió esetén is (39).

Nordeng azt vizsgálta, hogy az e csoportba tartozó hangulatjavítók milyen mértékben választódnak ki az anyatejben (40). Legelőnyösebbnek a fuvoxamint találta, ezt követte a paroxetin, citalopram, fluoxetin. Két átfogó irodalmi összegzés is született az utóbbi tíz évre vonatkozóan (38, 39): úgy a triciklikus, mint az SSRI-csoportba tartozó hangulatjavítókat hatékonynak, viszonylag kockázatmentesnek véleményezték, az időben elkezdett kezelés megelőzte a post partum depresszió megjelenését, a profilaktikus lítium adagolása megakadályozta az affektív pszichózisok szülés utáni fellángolását; nagy adagú antipszichotikumokat nem javasoltak. A carbamazepin és valproátsav adását kockázatosnak vélik. A venlafaxinnal kapcsolatban kedvező eredményekről számoltak be. A MAO-inhibitorok, doxepin általában veszélyeztetőnek bizonyultak. Próbálkoztak progeszteron és ösztrogén terápiás alkalmazásával is (15); a szerzők többsége ezt nem tartja kellőképpen megalapozottnak, követendőnek a mindennapos gyakorlatban (18, 19).

Súlyos post partum depresszió és pszichózis jól indokolt eseteiben az elektrokonvulzív terápia is szóba jön.

A gyógyszeres kezelés csak a pszichológiai és társadalmi beavatkozásokkal szorosan összefonódva képzelhető el (35).

## Összegzés

A legtöbb kutatás e témában a biológiai elméletekre, a gyógyszeres kezelésre, illetve a súlyosabb, pszichotikus formákra fókuszál. A biológiai eredet hátterében a hormonális változások állnak, de a pontos mechanizmus, ahogyan a megbetegedést okozzák, nem ismeretes, nem kellően tisztázott. Amerikai kutatók azt sugallják, hogy a post partum pszichiátriai betegségek egyszerű-

*A felismerést követően fontos a terápia korai elkezdése.*

en affektív zavarok. Brit kutatók inkább egységes körképnek tekintik, ahol a tünetek hullámokban jelentkeznek. A pszichológiai faktorok pontos hatásmechanizmusát sem tárták még fel. A pszichológiai irodalom

bírák néhány kutatási, metodológiai problémát, például a vizsgálatok nagy része kórházi körülmények között készült. Az eredmények értékelésénél felmerül az a kérdés, hogy a hospitalizációnak mekkora a szerepe a kórkép kialakulásában. Kevés vizsgálat terjed ki a társadalmi környezetre, a család, a közösség szerepére. Az antropológiai vizsgálatok a szociokulturális tényezők fontosságát hangsúlyozzák. Ezek alapján elképzelhető, hogy nyugati civilizációban az enyhe és közepes súlyos post partum depresszió kultúrához kötött jelenség, amelyet kiválthatnak a természetes helyetti modern szülési technikák, a kórházi környezet, szerepzavarok, a szociális támasz hiánya.

A nők egészségének védelme, az egészségvédő programok előtérbe kerülése világszerte felhívta a figyelmet

ezekre a kórképekre. *Walther* szerint a megelőzés jelenti a terápia kulcsát is (35). A veszélyeztetett populáció felkutatásának, szűrésének nagy a jelentősége. Már használnak e célra rövid, hatékony, költségkímélő tesztek. A post partum betegségek nagyon komoly következményekkel járnak: öngyilkosság, csecsemőgyilkosság, az újszülött érzelmi szükségleteinek elhanyagolása, családi, szociális szerepek be nem töltése. Sajnos, napjainkban még a diagnózis felállítása is nagy nehézségekbe ütközik, az érintett nők 20%-a sem kap kezelést. A felismerés után nem kevésbé fontos a terápia korai beállítása sem. Összefogásra lenne szükség a leendő szülők, egészségvédő szakemberek (házi orvos, védőnő, szülész, gyermekorvos, pszichiáter, szociális munkás) és a kutatók között.

## IRODALOM

1. Meir S, Kinberly Y. Depression in women. *Martin Dunitz Ltd.* 1998. p. 26-7.
2. DSM-IV. Diagnosztikai kritériumok. *Budapest: Animula; 1995.*
3. DSM-III-R. A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve, revideált, III. kiadásának diagnosztikus kritériumai. *MPT.* 1991.
4. BNO-10. A mentális és viselkedészavarok osztályozása. *WHO-MPT.* 1994.
5. Trixler M. A szüléshez társuló pszichiátriai betegségek etiológiai és nozológiai problémái. *Medicus Universalis* 1997;1:27-31.
6. Szádóczky E, Rihmer Z. Hangulatzavarok. *Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.; 2001. p. 97-103.*
7. Füredi J, Németh A, Tariska P. A Pszichiátria Magyar Kézikönyve. *Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.; 2001. p. 753-62.*
8. Trixler M, Gáti A, Tényi T. Risk associated with childbearing. *Acta Psychiatrica Belgica* 1995;95:159-62.
9. O'Hara MW. The nature of postpartum depressive disorders. In: Murray L, Cooper PJ, eds. *Postpartum depression and child development.* New York: Guilford; 1997. p. 3-13.
10. Környey F, Fráter R. A puerperalis pszichózisok prognózisa. *Ideggyógyászati Szemle.* 1986;39:73-9.
11. Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB. Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *Br J Psychiatry* 1998;173:209-11.
12. Fisher J, Astbury J, Smith A. Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: A prospective longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1997;31:728-38.
13. Chaudon LH, Klein MH, Remington P, Palta M, Allen C, Essex MJ. Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001;22(2):103-12.
14. Nappi RE, Petraglia F, Luisi S, Polatti F, Farina C, Genazzani AR. Serum allopregnanon in women with postpartum "blues". *Obstet Gynecol* 2001;97(1):77-80.
15. Ahokas A, Aito M, Rimón R. Positive treatment effect of estradiol in postpartum psychosis pilot study. *J Clin Psychiatry* 2000;61(3):166-9.
16. Herlicoviez M. The post-partum period. Clinical follow up, breast-feeding and its complications. *Rev Prat* 2000;50(16):1817-22.
17. Harris B, Lovett L, Smith J, Read J, Walker R, Newcombe R. Cardiff puerperal mood and hormone study. III. Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum, and its hormonal correlates across the peripartum period. *Br J Psych* 1996;168:739-44.
18. Granger AC, Underwood MR. Review of the role of progesterone in the management of postnatal mood disorders. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2001;22(1):49-55.
19. Gregoire AJP, Kumar R, Everitt B, Henderson AF, Studd JWW. Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet* 1996;437:930-36.
20. Huang YC, Mathers N. Postnatal depression – biological or cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. *J Adv Nurs* 2001;33(3):279-87.
21. Grazioli R, Terry TJ. The role of cognitive vulnerability and stress in the prediction of postpartum depressive symptomatology. *Br Clin Psychol* 2000;39(4):329-47.
22. Jenkin W, Tiggerman M. Psychological effects of weight retained after pregnancy. *Women and Health* 1997;25:89-98.
23. Fontaine KR, Jones LC. Self esteem, optimism, and postpartum depression. *J Clin Psychol* 1997;53:59-63.
24. Walker LO. Weight and weight related distress after childbirth: Relationships to stress, social support, and depressive symptoms. *Journal of Holistic Nursing* 1997;15(4):389-405.
25. O'Hara M, Stuart S, Gorman L, Wenzel A. Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(11):1039-45.
26. Beck CT. A metaanalysis of the relationship between postpartum depression and infant temperament. *Nursing Research* 1996;45(4):225-30.
27. Seguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J. Socio-environmental factors and postnatal depressive symptomatology: a longitudinal study. *Women Health* 1999;29(1):57-72.
28. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001;50(5):275-53.
29. Bergant AM, Heim K, Ulmer H, Illmensee K. Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *J Psychosom Res* 1999;46(4):391-4.
30. Hudson DB, Elek SM, Campbell-Grossmann C. Depression, self-esteem, loneliness, and social support among adolescent mothers participating in the new parent project. *Adolescence* 2000;35(139):445-53.
31. Gurel SA, Gurel H. The evaluation of determinants of early postpartum low mood: the importance of parity and inter-pregnancy interval. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;91(1):21-4.
32. Nielsen Forman D, Videbech PJ, Hedegaard M, Dalby Salving J. Postpartum depression. Identification of women at risk. *Br J of Obstetrics and Gynecology* 2000;107(10):1210-7.
33. Kruckman L. "Rituals as Prevention: The Case of Postpartum Depression", In the Nature and Function of Rituals. Ruth-Inge Heinze. *Greenwood: Praeger Publishing; 2000. p. 12-20.*
34. Yoshida K, Yamashita H, Ueda M, Tashiro N. Postnatal depression in Japanese mothers and the reconsideration of "Satogaeri bunben". *Pediatr Int* 2001;43(2):189-93.
35. Walther VN. Postpartum depression: A review for perinatal social workers. *Soc Work Health Care* 1997;24(3-4):99-111.
36. Evin GG, Theofrastous JP, Galvin SL. Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. *2000;182(5):1080-2.*
37. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.
38. Austin M, Mitchell PB. Use of psychotropic medications in breast-feeding women: acute and prophylactic treatment. *Aust N Z Psychiatry* 1998;32(6):778-84.
39. Burt VK, Suri R, Altshuler L, Hendrick VC, Muntean E. The use of psychotropic medications during breast-feeding. *Am J Psychiatry* 2001;158(7):1001-9.
40. Nordeng H, Bergsholm YK, Bahler E, Spigset O. The transfer of selective serotonin reuptake inhibitors to human milk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121(2):199-203.