

Dr. Pető Zoltán

# Depresszió a szülést követő időszakban

„a születés a legnagyobb változás az életben, a létfeltételek teljes fordulása”  
/Méreí F./

## I. Bevezetés

A generációs folyamathoz társuló pszichiátriai betegségek alapvető sajátossága, hogy „a betegség egyszerre legalább két ember életének a veszélyeztetettségét jelentheti, gyakran az azonnali orvosi beavatkozás szükségességével”<sup>1</sup>. Ezen túlmenően hosszabb távon a már kialakult, vagy alakuló családok is veszélyeztetik, így a következő generációra is hatással lehetnek a terhességi és a szülést követő pszichiátriai zavarok. Akár terhességgel kapcsolódik össze a pszichés zavar, akár szüléssel vagy gyermekágygal, vagy azt követő időszakokkal; elképzelhetetlen ellátása teammunka nélkül. Lehetnek kérdések és alternatívák a gyermek megtartása, vállalása, a szülést követő szoptatási időszak formálása, a gyermek (újszülött, csecsemő) nevelése körül. Mindegyik sokirányú szakmai segítséget (nőgyógyász, gyermekgyógyász, neonatológus, családorvos, pszichiáter) követel meg, és amely gyakran azonnali és nem halasztható cselekvést igényel. Szem előtt kell tartanunk, hogy – bár a család és a háttérsegítség szerepe egyáltalán nem elhanyagolható –, különösen fontos az „anya-feleség”, aki megszüli és majdan ellátja a gyermeket. Ezért minél közelebb van pszichiátriai betegsége a szüléshez, annál inkább szenvedhet zavart ez a „specializált” feladat-sor.

Ha a bevezető előtti idézetre is gondolunk: hosszú időbe telik még a fordulásban az idegrendszer és a biológiai feltételek oda fejlődnek, hogy az új jövevény a környezethez tudjon alkalmazkodni. Ugyancsak hosszú időbe telik az is, hogy a család képes legyen a gyermek (fel)nevelés valamennyi funkciójának megfelelni.<sup>2</sup>

## II. Rövid irodalmi áttekintés és epidemiológia

Marce (1858) javasolta először, hogy a post partum (szülést követő) pszichiátriai betegségeket különböztessék meg a többitől, és voltak sokan (Hamilton, Brockington, Böszörményi) akik önálló entitásnak tekintették a betegséget. Már csak azért is, mert a szülés utáni pszichiátria zavarok kétszer gyakoribbak, mint a többi, generációs folyamathoz társuló zavar. Legtöbb közöttük a depresszió<sup>3</sup>, melynek a formáiról később részletesebben szólnunk. Előtte kis táblázatot közlünk a terhesség és szülés pszichiátriai betegségeinek megoszlásáról (1. táblázat). Szerzők és saját tapasztalatunk is azt erősíti, hogy az összes pszichiátriai betegség kétharmada (67,6%) az első vagy második terhesség során alakul ki, legtöbbször a szülést követő első hónap során. Így azt lehet mondani, hogy a szülést követő pszichiátriai betegségekre leginkább ilyenkor lehet „számítani”. Fel kell tehát készülni a felismerésre és a gyógykezelésre egyaránt.

Figyelmet érdemel, hogy a betegségekben a megelőző nőgyógyászati és pszichiátriai kórelőzmény szintje azonos nagyságrendben fordult elő (szülészeti,- nőgyógyászati 27; pszichiátriai 33 esetben a 117-ből!). Előbbiek közül a multikauzális „vérzészavar”, még utóbbiaknál a megelőzően is előfordult depresszió-szorongás emelkedett ki. Felhívjuk a figyelmet arra, hogy a

depresszió legnagyobb veszélye az öngyilkosság. Ezt a világirodalom adatai mellett saját megfigyeléseink is alátámasztják<sup>1</sup>.

Fiatal, generációs korú nőknél figyelmeztető jelnek értékelhető a premenstruális feszültség (tenzió) különösen akkor, ha annak hangulat-zavarban, szorongásban, irritabilitásban jelentkező jelei vannak. Ez a későbbi szülést követő depressziós betegség előjele lehet. Léteznek olyan megfigyelések, hogy a premenstruális tenzió tünetei az életkor előrehaladtával fokozódnak. Bár sokan e tünetek hormonális eredetét egyedüli okként feltételezik – monokauzális összefüggés nem bizonyítható a hormonszintek és pszichopathológiai kép között.<sup>4</sup>

## III. A szülést követő depressziók etiológiájáról

A kórházi kezelést (is) igénylő szülést követő depressziók megjelenése nem túlzottan gyakori 4-7% között van<sup>5</sup>. Irodalmi adatok azonban utalnak arra, hogy a hangulatzavar és szorongás előfordulása gyakoribb terhes nők között, mint az átlagpopulációban, ahol 1,5-2,5%. Azt is tapasztaltuk, hogy házas és nem házas nők között lényeges különbség nem található, és egyedülállóak között sem gyakoribb, mint a társal bíróknál. Saját vizsgálataink azonban arra utalnak, hogy a nem kívánt terhességet (szülést!) kísérő affektív zavarok és reakciók dimenzionálisan kiterjedtebbek, jelentősebbek, és nagyobb számban fordulnak elő, mint a várt

### 1. táblázat

Terhességi és szülést követő pszichiátriai betegségek megoszlása\*

	Hamilton <sup>1</sup>		Cambervell <sup>2</sup>		Edinburg <sup>2</sup>		Szeged <sup>3</sup>	
	esetsz.	%	esetsz.	%	esetsz.	%	esetsz.	%
Szülés előtt	57	23,0	62	41,9	72	35,5	45	38,5
Szülés után	190	77,0	86	58,1	131	64,5	72	61,5
Összesen:	247	100,0	148	100,0	203	100,0	117	100,0

\* A táblázat különböző területek összehasonlító adatait tartalmazza.

1= Paffenberger adatai

2= Kendell adatai

3= Pető adatai

Dr. Pető Zoltán  
SZTE ÁOK Pszichiátriai Klinika  
Neuropszichiátriai Rehabilitációs Osztály  
6724 Szeged, Pulcz u. 1.

és kívánt terhességekben. A szülés utáni hangulatzavarok biológiai hátterének vizsgálata még mindig nem hozott egyértelmű eredményeket. Transzmitter szinteken folyó vizsgálatok kiemelt jelentőséget tulajdonítanak a dopaminnak, de vannak több rendszer részvételét erősítő adatok is. Hormonális vizsgálatok között van, amely az ösztrogéneket, amíg más a gesztagéneket (kontraceptívumok) sorolja előbbre<sup>6</sup>. Vannak, akik a két hormonális rendszer, egyensúlyzavarát tartják fontosnak, ezek közé tartozik jelen sorok írója is<sup>1</sup>. A szociális helyzettel való összefüggések vizsgálata ugyancsak nem hoztak egyértelmű ok-okozati következtetésre lehetőséget adó prioritásokat. Nem csak a pszichoszociális státusszal mutat kapcsolatot a betegség kialakulása, sokféle premorbid faktort kell figyelembe venni, ahogyan azt a depresszió kutatásban is hangsúlyozzák.

Az analitikus iskolák elsősorban a koragyerekkori szülő-gyermek kapcsolatra hívják fel a figyelmet. Szerintünk azoknál az anyáknál fordul elő szülést követően depresszió, akiknél ez a korai szülő-gyermek kapcsolat problematikus, sérült volt.

Az életeseemények vizsgálata arra utal, hogy a szülés súlyos megterhelésekkel, nehézségekkel, kilátástalansággal vagy biológiai terhekkel együttsegíti a szülés utáni depressziók jelentkezését. Ennek ellentétét is, mint tény az életben, leírták már.

Összességében jelenleg azt mondhatjuk, hogy a biológiai (genetikai) – lélektani fejlődés, lélektani – szociális, ökonómiai tényezők külön-külön és együttesen is számításba jönnek, de egyetlen okra a betegség mégsem vezethető vissza. Ennél fogva ez már előrevetíti a terápia lehetőségét is, hogy a bajt csak komplex (bio-pszicho-szocio) terápiával és azok módszereivel lehet rendezni. Ezt a szemléletet támasztja alá Martin ábrája is<sup>7</sup> – mely szerint az adaptív szteroid szisztéma sokirányú változása, alakulása tételezhető fel. Annak zavara stressztől a biológiai, testi, lélektani hatásra, szociálpszichológiai krízisre kialakulhat. Rendezése is csak a többoldalú beavatkozással valósítható meg (1. ábra).

#### IV. A felismerés lehetőségei

A tünettann és a klinikai megjelenés elemzése céljából már számos de-

pressziót felismerő tünetskála készült, több interjúmódszert alkalmaztak. Ki kell mondanunk, hogy a részletes és alapos orvosi, szakorvosi vizsgálatot egyetlen skála sem pótolhatja! Veszélyei miatt, ha a depresszió megjelenésének csak gondolata is fölmerül, feltétlenül indokolt a pszichiátriai konzílium. A terápia tervezésében messzemenően kell figyelembe venni az „anyai indikáció – magzati, újszülötti konkraindikáció” elvet. Az értékelésekből különböző megoszlásban, de egyértelműen kiténik, hogy van egy legfeljebb egyénileg változó, típusos tünetegyüttes<sup>8</sup>, a szülést követő levertség, („post partuum blues”), amely akár példája, akár gyakran előjele is lehet a majdani súlyosabb depresszióknak. Ezért erre külön figyelmet fordítunk.

#### IV. 1. A szülést követő levertség (blues) tünetei:

Sírósság: a leggyakoribb tünet. Az asszonyok 50-70%-ánál a szülés utá-

ni órákban esetleg 1-2 nap alatt lezajlik, súlyosabb esetben 3-10 napig is eltarthat. Rosszabb a prognózis, ha főleg a reggeli órákban jelentkezik, állandósul és szorongással, reménytelenséggel együtt jár.

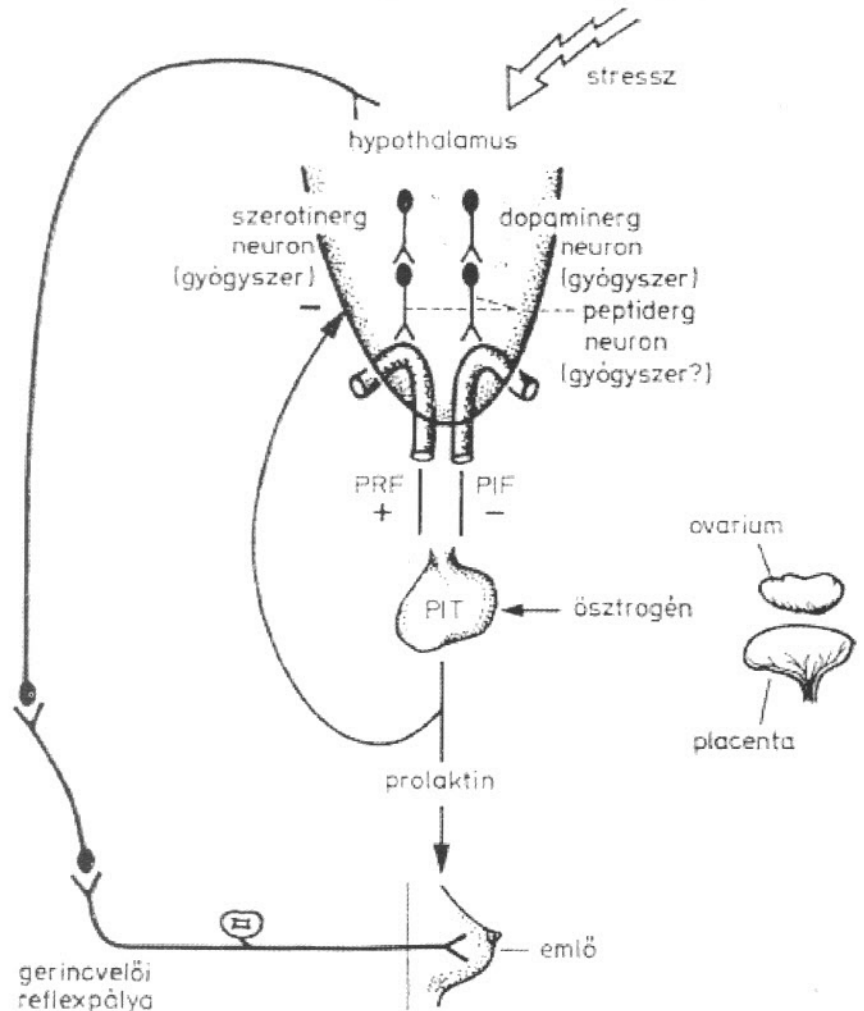
**Hangulatlabilitás:** igen jellemző tünet. A ritkább „feldobottság” érzése néha egészen hirtelen csap át hangulatcsökkenésbe. Ez akár PMD\* prodromája is lehet, ami már súlyosabb és rendszerint kórházi kezelést igénylő betegség.

\*PMD: pszichózis-maniako depresszió. A hangulati élet zavarának fel- és lehangoltsággal járó betegsége, az „endogén” kórformák egyike. Gyakran igen sok depressziós fázissal jár, igen ritka szabályos váltokozás és a csak kóros felhangoltsággal járó állapot.

**Depressziós hangulat:** rendszerint enyhe, bár átmenetileg és rövid ideig tartóan előfordulhat súlyos, öngyilkossági gondolatokkal kísért formában is. Gyógyszeres kezelési szük-

1. ábra

#### A szteroidrendszer mint az adaptív szisztéma végrehajtója (Martin után)



ségessége az ablaktálás mérlegelését kívánja meg.

**Fejfájás:** igen gyakori a szülés utáni első hetekben. Többnyire bifrontális lokalizációjú, kísérheti fénykerülés. Migrénes anamnézis esetében gyakrabban jelentkezik és általában tartósabb is.

**Kuszaság, feledékenység, dekoncentráció:** mindig felkelti az organikus háttér gyanúját, a teljesítményvizsgálatok azonban kórjelző eltérést általában nem mutatnak. Az „affektív pszeudo-demencia” már a későbbi, kialakult depresszió jellemző tüneteként értékelendő.

**Ingerlékenység:** igen gyakori. Főként a férjjel, családdal, de a kórházi személyzettel szemben is kialakulhat. Kifejezett formája álmatlansággal, türelmetlenséggel, dühreakciókkal társulhat.

**Gyermekkel szembeni negatív érzelm:** aránylag ritkán észlelhető, rendszerint legalább közepesen súlyos depresszió kíséri. Egyes megfigyelések szerint inkább nehéz szülések után jelentkezik, ami a fiziológiai tényezők jelenlétére utal. A fennmaradó, tartós félelem szorongással együtt pedig mindig szakorvosi, pszichológiai segítséget igényel.

**Alvászavar:** a szülés utáni (pszichés) zavarok legáltalánosabb tünete. A főként álmatlanságban megnyilvánuló alvászavarnak, számos reális oka is lehet (fájdalmas varrat és seb-fájdalom a mozgásnál, a gyermek közelsége, annak figyelése stb.). EEG-vizsgálatok szülés utáni alvászavar és hormonális változások közötti összefüggést is felvetik, de nem egyértelműen bizonyítják.

**Szomjúság és a tejbőlövelléstől független mellfeszülés:** Ahogy a premenstruációs tenzióban, a menzesz megjelenésekor szűnik a szomjúság, ugyanúgy megszűnik az enyhe forma, a „blues” oldódásakor is. Depresszió kialakulása esetén azonban tartósan fennmarad, és rontja a páciens hangulatát! Ez a két, hormonális eseményhez társuló pszichés zavar enged rokonságára következtetni, de még további bizonyítékokra is szükség van.

A tünetek nem mindig összességükben és nem azonos intenzitással fordulnak elő. Annak eldöntése, hogy „blues” vagy „fiziológias post partum emocionális labilitás” áll fenn, gyakran nehézséggel járhat.

A levertség kapcsolata a pszichiátriai és nőgyógyászati anamnézissel

számos vizsgálat tárgya volt. Az adatok nem teljesen egységesek, mégis megállapítható, hogy:

1. a súlyossága és gyakorisága korrelál az előző depresszióval, a késői terhességi pszichés zavarokkal, a neurotikus anamnézissel, a szülések számával (első a leginkább rizikót jelentő);

2. nincs értékelhető összefüggés a szülészeti eseményekkel, a szociális tényezőkkel, azok legfeljebb a tüneti prevalenciát, de nem az előfordulási arányt befolyásolhatják. Súlyosabbnak találták a depressziós tüneteket azoknál az asszonyoknál, akiknél premenstruációs tenzió szerepelt az anamnézisben az aktuális betegségükben.

IV. 2. A szülést követő depresszió tünetei: Ahhoz, hogy egy betegséget aránylag korán felismerjünk: – gondolni kell rá,

- ismerni kell tüneteit,
- tudni kell a diagnosztikus módszereket,
- megfelelő kérdezői és konzultatív háttérrel kell rendelkezni.

Az elmúlt évtizedek során hazánkban rendkívül jól kiépült a pszichiátria gondozók rendszere, ezért gyanú esetén minden területen a konzultációk megoldhatók. Ugyancsak az elmúlt évtizedek tették azt is lehetővé, hogy társintézetben, járóbeteg-

ként és otthoni környezetében egyre több depressziós beteget kezelhetünk. A modern gyógyszerek ezt lehetővé teszik és megengedik, de az a feladat, hogy a gyógykezeléshez a pontos diagnózist, a szükséges nőgyógyászati és csecsemőgyógyászati tennivalókat a legpontosabban azonosítani tudjuk.

Szülést követő depressziók kezelésében legfőbb hangsúlyt az alábbi tünetekre helyezük (2. táblázat):

Vannak még „másodlagos” tünetek, melyeket a betegek kínzóan (negatív érzésekkel) élnek meg. Ezek közé tartoznak (3. táblázat):

Bármely tünetcsoportba tartoznak is az észlelt jelenségek, kell, hogy kellő figyelemmel értékeljük jelenlétüket. Valamennyi depressziós tünet gyötörni és kínozni képes a beteget, de a környezetet is. Ugyanis az újszülött megérkezésének „boldog” időszakában állandó sírást látni, panaszkodást hallgatni és tartani az anya „érthetetlen” magatartásától, igen csak ijesztő a környezet számára. Az állandósuló panaszhalmaz, a mindig hangoztatott elégedetlenség, önértékelés zavara, a reménytelenség, az öngyilkossági szándék hangoztatása vagy félelem elfárasztja a beteg körül lévőket. Nem csak elfárasztja, de egy idő után megbéníthatja cselekvőképességüket, segítő szándékukat.

2. táblázat

**A depresszió elsődleges tünetei:**

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. nyomott alaphangulat,</li> <li>2. üresség érzése, közönyösség,</li> <li>3. öngyilkossági és halál közeli gondolatok,</li> <li>4. szomorúság tartós fennállása,</li> <li>5. reménytelenség,</li> <li>6. érdektelenség, döntésképtelenség,</li> <li>7. bűntudat,</li> <li>8. szociális kapcsolatok leszűkülése,</li> <li>9. a gondolkodás meglassulása,</li> <li>10. a gyermek iránti fogékonyság elvesztése,</li> <li>11. az anyai feladatok kerülése.</li> </ol> |
|--|

3. táblázat

**A depresszió másodlagos tünetei:**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– az étvágy változása,</li> <li>– a testsúly változása,</li> <li>– az alvás és ébrenlét ritmus eltolódása,</li> <li>– fáradékonyság és erőtlenség érzése,</li> <li>– memóriazavarok jelenléte,</li> <li>– szexualitás megváltozása,</li> <li>– fokozott betegségtudat és hipokondriázis,</li> <li>– túlzott aggodalmaskodás,</li> <li>– bizalmatlanság és vonatkoztatások.</li> </ul> |
|--|



Az is gyakori azonban, hogy a depressziót ugyan nem ismerik fel (vagy háíritják gondolatát), de a gyerekkel való törődés elmaradása, hiánya vagy extrém túlzó volta miatt fordulnak szakemberhez.<sup>1</sup>

Ezek a tünetek kóros köröket indukálnak, hiszen a depressziós beteg által egészségesnek gondolt, de sötétben látott környezet tehetetlensége, annak megélése újabb reménytelenség, vagy kapcsolati zavar forrása lesz.

### V. Szülést követő depressziók sajátosságai:

1. Szemben a többi pszichiátriai betegség huzamosabb (hetek, hónapok) időbeli kialakulásával, a szülést követő depresszióra jellemző a relatíve hirtelen kezdet, mely a szülést követő 4-14 napon belül, döntően a hangulat, valamint a gondolkodás zavarában jelentkezik. Igen gyakori a nagyfokú szorongás és aggodalom mellett az újszülött „elhanyagolása”.

2. Jellemzője, hogy az „anyaság” lényegében boldog szituációjában manifesztálódik, ezért különösen szokatlan a környezet száma. Nemegyszer azzal veszi kezdetét, hogy a fiatal anya gondolata saját alkalmasságának vagy alkalmatlanságának problémájára szűkül.

3. A szülés utáni állapot a maga fiziológiás változásaival, pszichológiai történéseivel és mindenki számára érthető szorongásaival sok esetben elfedheti a kezdeti tüneteket, ezért néha kezelésére is későn kerül sor.

4. A korábban ismert endogén depressziók vagy PMD puerperális recidívájától az anamnézis különítheti el a kizárólag puerperiához társuló kórképet.

5. Az ún. „anyasági levertség” rendszerint közvetlenül a szülés utáni napokban jelentkezik, tünettana körülhatárolt és átmeneti jellege segíthet a differenciálásban, de felismerése a súlyosabb állapotok miatt fontos tényező a kezelés megválasztásában.

*Peartstein és munkatársa*<sup>9</sup> azt tapasztalták, hogy azok a nők, akiknél a premenstruális dysphoria hosszú évekig fennállott, a szülés után is többször szenvedtek zavart. Főleg a pszichoszociális jól-lét érzésének hiánya kínozta őket. Háttérbe szorult a gyermekkel való törődés érzése. Saját megfigyeléseink szerint intenzív „ego-diasztole” jelent meg, mely-

ben csak a saját magára koncentráció jellemezte az anyát, tele panasszal, elégedetlenséggel, testi tünetekkel. Mindezek a depresszió felismerését is nehezítették.

A felsorolt sajátosságok háttérben tarthatják a szülést követő depressziók hangulati tüneteit, ezért a „szokatlan” viselkedésmódok észlelésekor gondolni kell rájuk. Érdemes és szükséges lélektani, kórlélektani konzultációt kérni. Rendkívül nagy segítséget nyújtanak a felismerésben a különböző depresszió-felismerő skálák és tesztek. *Thompson és munkatársai* vizsgáltak több tesztet is (Beck-depresszió skála; Edinbourgh-i szülést követő depresszió teszt; kórházi szorongás és depresszió-skála) és arra a megállapításra jutottak, hogy ezek igen érzékenyen jelzik a pszichés zavar megjelenését, változásait<sup>10</sup>.

### VI. A kezelés általános szabályai:

Ha a kezelés helyszíne szerint osztályozunk, irányelvek az alábbiak lehetnek:

– *helyszínen lehet kezelni:* az enyhe depressziókat, melyekben a tünetek alig jelentkeznek, csak csekély mértékben nehezítik a szociális aktivitásokat, és az emberi kapcsolatok minőségeit sem rontják, nem található akut veszélyhelyzet, nem kell a magzatra átkerülő gyógyszert adni.

– Ezen esetekben a szupportív pszichoterápiák, a nehézségeken, a megértéseken, a félelmeken átsegítő rövid pszichoterápiák igen jó hatásúak. Ugyancsak segíthetnek a magatartás-terápiás elemeket is tartalmazó szocioterápiás segítségék. Ezek a helyes, követhető, eredményre vezető új magatartásbeli és viselkedéselemeket mutathatják meg (ahogyan azt régebben a „nagycsaládokban” átadták egymásnak). Célravezetőek a családterápiás elemeket (is) tartalmazó pszichoedukációs foglalkozások, melyeken az (új!) család tagjai az egymáshoz tartozó, de mégis önálló felelősségi elemekkel járó új kapcsolati mintákat sajátíthatják el.

– *Konzíliumot kell kérni:* ha a tünetek legalább közepes fokban jelentkeznek, több van belőlük, mint 2-3;

#### 4. táblázat

- öngyilkossági gondolat, halálvágy, önpusztítás érzése jelenik meg,
- pszichózissal kombinált jelek vannak,
- bifázisos formáról van szó,
- az előzményben súlyos depresszióról tudunk,
- a depresszió pszichoaktív szerabúzással kombinált.

gátolják és befolyásolják a mindennapos tevékenységeket, rontják a kapcsolati funkciókat. Akkor is szakorvosi tanácsra van szükség, ha a krónikus tünetek hosszasan fennállnak, relatíve gyakran visszatérnek, vagy nagyobb hullámzást mutatnak. Mindenképpen szükséges az orvosi konzílium, ha a csecsemő anyatejes táplálása a gyógykezelés miatt megszüntetést igényel, ha a gyógyszer átmegy az anyatejbe, bejuthat a gyermek szervezetébe.

– Ilyenkor a szülész-gyermekgyógyász-pszichiáter-családorvos team tagjai közösen kell, hogy meghatározzák a gyógykezelést. Magunk a legjobb eredményt a bromocriptin ablaktalással tudtuk elérni, mert rövid, szövődésménymentes és gyors volt.

– Intézetbe kell küldeni, ha (4. táblázat):

A szülést követő depressziók kezelését a már említett „anyai indikáció – magzati, újszülötti, gyermeki kontraindikáció elve vezérli.

Általános alapelvek:

A reprodukciós időszak a menarchétól a menopauzáig terjed.

A generációs folyamat megjelölést szűkebb értelemben a megtermékenyüléstől a laktációs időszak befejezéséig használjuk. A specifikus nőgyógyászati és neuropszichiátriai tennivalók megkövetelik, hogy ezt a szakaszt több kisebb időszakra bontsuk fel (5. táblázat).

Jelen tanulmányban csak a szülést követő depressziós időszak gyógykezelésének alapjaival foglalkozunk. Az a természetes, hogy a három terület szakemberei a konzílium során egyeztetik a legfontosabb tennivalókat, és eldöntik a prioritásokat (6. táblázat).

Az anya-gyermek kapcsolat szempontjait figyelembe véve legjobb, ha a kezelést együtt tudjuk megoldani. Még ilyenkor is kérdésként merülhet fel: táplálhatja-e az anya gyermekét vagy a speciális pszichiátriai gyógykezelés miatt el kell-e választani? Amennyiben a gyógyszeres kezelés indokolja – és ez a súlyos depressziók esetében szinte kivétel nélkül így

van –, akkor ablaktalás szükséges. Ennek vannak hagyományos (több veszéllyel járó) módszerei és van a modern kromokriptin segítségével történő kezelésmódo. Ilyenkor az anyával meg kell beszélni az elválasztás okát, szükségességét és gyógyulási előnyeit. Utóbbiakból kétségtelenül legnagyobb az, hogy az újszülöttbe nem jut gyógyszer! Általában ez a leginkább megértett és elfogadott érv az anyák részéről. Emellett törődhet gyermekével, gondolhatja, figyelheti fejlődését, érzelmileg vele fejlődhet és a család is együtt marad.

Nehezebb a helyzet akkor, ha a gyermeket az anyától el kell választani, amint az öngyilkosság (és annak veszélye!), a kiterjesztett öngyilkosság veszélye, a pszichotikus szintű depresszió, ritkábban a szorongásos depresszió regressziója tesz szükség-

gessé. Saját tapasztalatunk az, hogy a szétválasztást meg kell oldani a gyermek biztonsága és az anya gyorsabb gyógyulása érdekében.

Felhívjuk a figyelmet arra, hogy tapasztalatunk szerint a legsúlyosabb depressziós állapotokban még az uterus involúciója is lassabban következhet be, ezért ez is külön figyelmet érdemel. A jelenséget a pszichoneuroendokrin-immunológiai megfigyelések alátámasztják, de a klinikus figyelme teszi elkerülhetővé ennek szövődményeit.

Pszichiátriai és nőgyógyászati szempontból egyaránt jó jel a ciklus újbóli szabályos megjelenése. A hormonális státusz rendeződése a szabályos biológiai ritmus mellett jó hatású a lelki működésre is, mert a szült nő pszichológiai egyensúlyát is jelenti a menzesz helyreállása. Ez a nő-

gyógyászati tennivalók csökkenését is magával hozza, de még nem jelenti a pszichiátriai kezelés elhagyhatóságát.

A pszichiátriai gyógykezelést addig kell folytatni, amíg:

- a depresszió klinikai képe a rendezettség állapotáig jut,
- a teszt-vizsgálatok egyértelműen a depresszió rendeződését bizonyítják,
- az anya-gyermek kapcsolat egyensúlyba jutott,
- a család pszicho-szociális kapcsolati rendeződése megtörtént.<sup>1</sup>

Rendező elvként elfogadjuk, hogy a depresszió kezelése sokszor prioritást élvez a saját anyatejtáplálással szemben, de az anyatej (vendég) táplálás nem elkerülhető. Az újszülött immunrendszerének védelme-alkulása érdekében ezt is a vezető tennivalók közé kell sorolni.

Nehéz azt megmondani előre, hogy meddig kell (időben!) kezelni a depressziót.

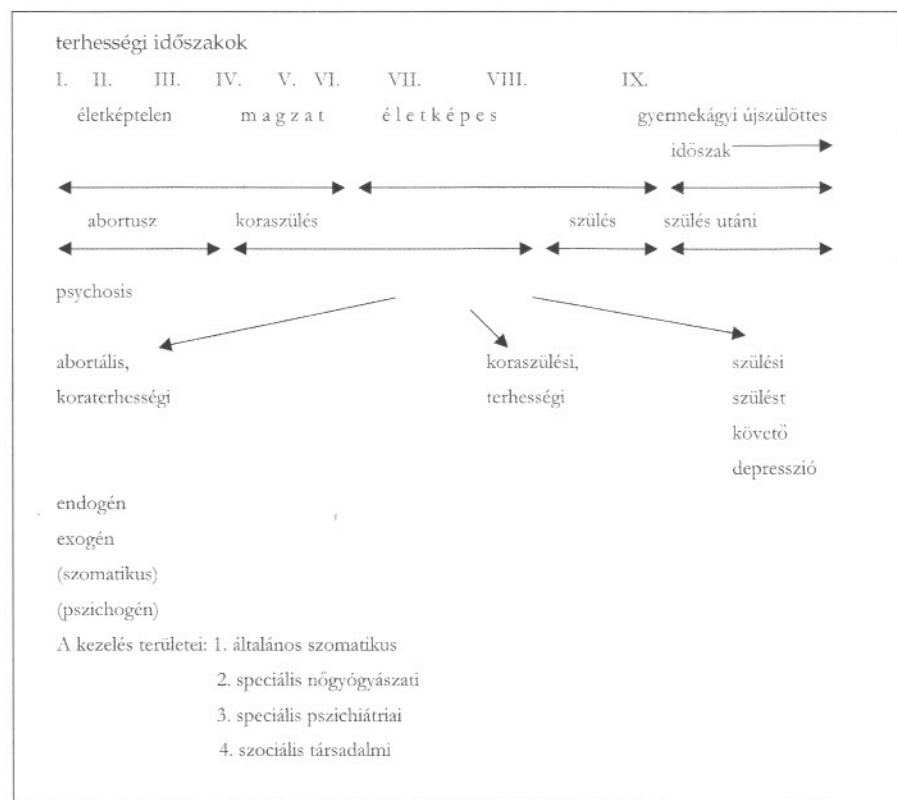
Az irodalom több hónapos intervallumot javall, mi magunk legalább 6 hónapig tartó kezelést javasolunk a visszaesés elkerülése érdekében. Egyébként pedig: a kezelés szükségességét a páciens aktuális állapota határozza meg, de tartózkodjunk annak korai abbahagyásától.

Még mindig nem hangsúlyozhatjuk eléggé, hogy a felismert depressziókat kezelni szükséges. Sajnos, van bizonyos (irreális) félelem az antidepresszív gyógyszerektől, és még napjainkban is előfordul, hogy bár felismerik, de nem írják fel az antidepresszív szereket. Pedig az idejében kezdett kezelés a gyorsabb remissziót, a kevesebb relapszust és a pszichiátriai betegség nélküli egyéni és családi életet jelentheti.

A szülést követő 2 héten belül a depressziós betegségek kezdete általában bizonyossággal megállapítható, még ha nem esik is mindig egybe a kórházi felvétellel. A tünetek gyakran már korábban jelentkeznek, de gyakorta csak az inadekvát anyai cselekedetek, az extrém fokú szorongás, nyugtalanság, kedélytelenség hívja fel a figyelmet a pszichiátriai depressziós betegségre. Leginkább elfogadott álláspont, hogy a betegség a jelentkezés időpontja szerint általában:

1. a szülés utáni 3-4. nap a szülést követő levertség típusos időszaka; ebből fejlődhet, vagy ezt követheti a szülés utáni depresszió,

5. táblázat



6. táblázat

**Prioritások a szülést követő depressziók kezelésében**

1. Az újszülött kezelési szempontjai
2. Az anya testi-lelki állapota
3. Az anya-gyermek együtt és/vagy külön kezelhetőségének lehetőségei
4. A méh visszafejlődése
5. A ciklus újbóli felépülése

2. a szülés utáni 5-9. nap között jellemzően a kataton és paranoid szindrómák jelentkeznek;

3. a szülés utáni 10-30. nap között a súlyosabb depressziók jelennek meg és manifesztálódnak az „endogén depressziók”, míg

4. a szülés után 3-4. hónappal alakulnak ki a szkizofréniás endogén pszichózisok. Ez az időbeliség csak nagy általánosságban érvényes, mindig az egyedi megítélés és elbírálás, kezelés a fontos.

**VII. Összefoglaló**

Modern korunk átalakította a hagyományos családstruktúrát. A nőnek a családban elfoglalt, mindig típusos szerepe biológiai és pszichológiai sajátosságaiból következik. Az anyává válás, a szülés-születés folyamata során elszenvedett betegségek, elsősorban a pszichiátriai zavarok, így a szülést követő depresszió is hatást gyakorolnak legalább két sze-

mély – az anya és gyermeke – sorsára, de közvetve befolyásolják az egész család életét is.

A nő élet ciklusos eseményei bonyolult biológiai és pszichoszociális krízisek, amelyekben a hormonális és pszichés-szociális tényezők összefonódása az elváltozások összetett jellegét magában hordozza. Egészséges körülmények között pozitív hatást, patológiás körülmények között kóros állapotok kiváltását, provokálását segíthetik elő.

A gyógykezelés mielőbbi megkezdése, a komplex terápia alkalmazása ad lehetőséget a harmonikus anya-gyermek kapcsolat alakítására, a további családtervezésre.

**Irodalomjegyzék:**

1. Pető Z. – Fráter R.:  
 „Terhesség, szülés, változó kor” A női reprodukció pszichiátriája Medicina, Budapest, 1991.

2. Mérei F.- Binét Á.: *Gyermelekéleten* Gondolat, Budapest, 1972.  
 3. Hamilton, J.A.: *Post-partum psychiatric problems* Mosby ed. St.Luis,USA,1962.  
 4. Dalton, K.: *Depression after childbirth: how to recognise and treat postnatal depression* Oxford Univ. Press, London, 1980;  
 5. Bratfos, O.-Haug, J.O.: *Puerperal mental disorders in manic depressiv females* Acta Psychiatrica. Scand. 42; 285-294; 1966.  
 6. Bánki M.-Bánki Cs.: *Depresszió és libidó változások a normális ciklusban, terhességben és orális anticoncepció folyamán* Orv. Hetilap; 114;47;2,8, 1973;  
 7. Martin, M.E.: *Puerperal mental illness* Brit.Med. J.2., 773-777; 1958;  
 8. Környei E.- Fráter R.: *A puerperalis pszichózisok prognózisa* Ideggyógy. Szle. 39;1986.  
 9. Pearlsein, T.B.el al.: *Nők pszichoszociális zavarai* J.of. Clin. Psychiatry, 61(2); 101-109;2000;  
 10. Thompson at al: *A comparison of the performance of rating scales used in the diagnosis of postnatal depression* Acta Psychiatr.Scand. 98, 224-227;1998.

**Dr. Csorba János**

**A gyermek-serdülőkorai depresszió és kezelése**

**Összefoglalás**

A szerző röviden összefoglalja a gyermek/serdülőkorai depresszió tüneteire, diagnosztikus típusaira és kezelési lehetőségeire vonatkozó fontosabb újabb ismereteket a gyakorló orvosok számára.

A gyermek-serdülőkorban előforduló depresszív zavarok a leggyakoribb betegségek az utóbbi évtizedben a 10-18 éves korosztályban, sőt jelentőségük egyre növekszik, ezért indokolt, hogy a gyakorló orvos számára összefoglaljuk a területet érintő legfontosabb ismereteket.

A „klasszikus” depressziós zavarok két legnagyobb kórképe, a fáziskusan jelentkező gyakori major depresszió és az enyhébb tünetekkel jellemezhető, de krónikus lefolyású disztímia a gyermekkorban 1-3, a serdülőkorban 2-6%-ban fordul elő. Kevéssé szigorú kritériumokkal az enyhébb depressziós zavarokkal ez a gyakoriság a 18 év alatti korosztály-

ban 10-13%-ra is felmegy. A gyermekkorai depresszióban gyakoribb a lehangoltság, a sírás, a tanulási teljesítmény csökkenése, meglassulás, fokozott szorongásosság, a súlyosabb esetekben alvászavar, étvágytalanság, bűntudati elemek és a hangulatban napi ingadozás (reggeli hangulati mélypontok) is jelentkeznek, a gyermek nem talál örömet a korábban favorizált játékaiban és időtöltéseiben. Serdülőknél nem ritkán a szomorú hangulat mellett vagy helyette ingerlékenység fordul elő, a depresszióknak nem mond ellent, hogy az adolescens korú gyereknél a számítógépezés, tv-sorozatok még lekötik a gyereket és kitöltik a délutánt, vagy hogy betérő barátok társaságában a gyerek még átmenetileg fel tud oldódni. A tünetek erőssége (expresszivitása) is változékony a nap folyamán a serdülőknél.

Újabb kutatások szerint a korai indulású gyermekkorai depressziót, melynek tüneti képe egyhangúbb, gyakran ismétlődik, nem ritkán bipoláris formát ölt és lefolyása, kórjósolata komolyabb, kezelése nehezebb, súlyosabbnak tekintik, mint a később induló serdülőkorai formát, és állítólag eltérő az örökléstani mintázatuk is.

A depresszió felismerését több körülmény nehezítheti, ami nemcsak a gyermekorvos, de a gyermekpszichiáter előtt is megnehezítheti a diagnózist. Az affektív zavarok több mint felében magatartászavar és szorongásos betegség (gyermekek), vagy drog/és alkoholabuzus és a szülői/iskolai autoritással való kamaszkori hadakozás (serdülők) elfedhetik a depressziós tüneteket, melyek így nehezebben kerülnek felismerésre és kezelésre. Az esetek túlnyomó többségében aktuális kiváltó stressz vagy családi megterhelés kimutatható (költözés, nagymama halála, iskolaváltás, családban válás, kistestvér születése stb.) és kézenfekvő, hogy kezdetben mindenki ezzel hozza összefüggésbe a gyerek leromlott hangulatát. A komplikáltabb háttértényezők (nevelési anomáliák, alkati jegyek, a betegség családi anamnézise) csak később szoktak felszínre kerülni. Leggyakoribb a családban, főleg női ágon előforduló, a depresszió-szorongás csoportba tartozó betegségek előfordulása, apai ágon inkább szerabuzus és személyiségzavar halmozódása deríthető fel.

A házi orvos előtt ismert típus az a gyermek vagy serdülőkorú beteg,

Dr. Csorba János  
 Semmelweis Egyetem Budapest  
 Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika  
 1083 Budapest, Balassa u. 6.