



XI. CSALÁDBARÁT KONFERENCIA

Mit tehetünk?
– Pszichés zavarok a perinatális időszakban

2009

„Mens sana in corpore sano!”

A RENDEZVÉNY VÉDNÖKE
Magyar Gyermekgyógyász Társaság

SZERVEZŐBIZOTTSÁG
Dr. Németh Tünde
gyermekgyógyász, pszichoterapeuta
Dr. Kurimay Tamás
pszichiáter, kiképző családterapeuta

TAGOK
Bürger Nóra, Hajós Anett, Káplár Judit, Kovács Réka



A KONFERENCIA RENDEZŐJE
Országos Gyermekkegészségügyi Intézet



Ezúton mondunk köszönetet Simon Andrásnak,
hogy grafikáit a kiadványhoz rendelkezésünkre bocsájtotta.
<http://www.simongaleria.hu>

A kiadvány megjelenését támogatta
„Közös Kincsünk a gyermek”
Nemzeti Csecsemő- és Gyermekkegészségügyi Program

TARTALOMJEGYZÉK

Konferencia programja	4
Köszöntő	5
Beköszöntő	7
A szülés utáni depresszió kezelésének lehetőségei, avagy ellássuk vagy elássuk?	11
A premenstruális szindróma és a szülés utáni depresszió felismerése és megelőzési lehetőségei	19
Szülésélménytől a kórházi gyakorlatig	26
Kérdőíves módszerrel szerzett gyakorlati tapasztalatok	35
Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok előfordulása hazánkban	42
Kutatási eredmények kontra gyakorlati tapasztalatok	42
A perinatális időszak érzelmi-hangulati zavarainak ambuláns terápiája	49
A pszichiáter lehetőségei az anya-gyermek szeparáció elkerülésére	58
Szülés-születés előtti, szülés-születés alatti és szülést-születést követő lelki zavarok EGYÜTT-es kezelése anya-gyermek egységben. Valóban EGYÜTT?	58
Szociális munkás szerepe az anya-gyermek egységben	66
„Együtt megtaláljuk a megoldást, a realitás talaján apró lépésekkel”	66
A szupervízor szerepe a pszichiátriai osztályon működő anya – gyermek egység munkájában Magyarországon	72
Méltatás	83
Páciens tájékoztató: Engedje meg, hogy röviden bemutassuk az Intézetünkben folyó rendeléseket!	84
EDDIGI CSALÁDBARÁT KONFERENCIÁK TÉMÁI	89



KONFERENCIA PROGRAMJA

- 8.30–9.30 Regisztráció
- 9.30–9.40 Megnyitó – **Dr. Mészner Zsófia** az OGYEI főigazgatója
A XI. Családbarát Konferencia résztvevőinek köszöntése
Dr. Németh Tünde a Családbarát program vezetője
- 9.40–10.00 Ellássuk vagy elássuk?
Szülés utáni depresszió kezelésének lehetőségei
Hegedűs Réka
- 10.00–10.20 A szülés utáni depresszió megelőzése, a premenstruális szindróma
Dr. Erős Erika
- 10.20–10.40 Korai anya-gyermek kapcsolat jelentősége a későbbi pszichopatológiában
Dr. Pászthy Bea
- 10.40–11.00 A szülés előtti szorongás következményei, prevenciók lehetőségei
Kovács Réka
- 11.00–11.20 Kávészünet
- 11.20–11.40 Kérdőíves módszerekkel szerzett gyakorlati tapasztalatok a védőnői praxisban
Balatoni Ágnes
- 11.40–12.00 Kutatási eredmények kontra gyakorlati tapasztalatok
Dr. Kovácsné dr. Török Zsuzsa
- 12.00–12.20 Szülés körüli időszak zavarainak ambuláns terápiája
Dr. Frigyes Júlia; Dr. Molnár Judit
- 12.20–13.20 Ebédszünet
- 13.20–13.40 A pszichiáter lehetőségei az anya-gyermek szeparáció elkerülésére
Dr. Kurimay Tamás
- 13.40–14.30 Esetismertetés
Fenyves Tamás; Babus Eszter; Atkári Gizella
- 14.30–14.50 A supervisor szerepe a pszichiátriai osztályon működő anya-gyermek egység munkájában
Magyarországon
Dr. Hámori Eszter
- 14.50–15.45 **Workshop** – gyakorlati lehetőségek a perinatális időszak pszichés zavarainál
- 15.45–16.00 Vizsgateszt, a konferencia zárása



KÖSZÖNTŐ

Tisztelettel köszöntöm a XI. Családbarát konferencia résztvevőit, a Kiadvány olvasóit!

Négy év szünet után újra megrendezésre kerül a Családbarát Konferencia, mely ismét egy olyan határterületi témát jár körül, ami az utóbbi időben egyre több családot érint: a perinatális időszak pszichés zavarait.

A Családbarát Program egyik célja, hogy felhívja az egészségügy, sőt, a társadalom figyelmét arra, hogy a családnak, mint a társadalom legkisebb egységének milyen fontos szerepe van az egészségmegőrzésben- és fejlesztésben. Hiszen az igazi megelőzés, a segítség a családban kezdődik el.

A Családbarát Programoknak helyet adó intézet, az Országos Gyermekégeszségügyi Intézet, Alapító Okiratában olyan alapelveket fogalmaz meg, melyek a gyermekek jól-létével és az ezzel kapcsolatos gyermeki jogok érvényesítésével összefüggő feladatok tekintetében az egységes szemléletet képviseli. A gyermekégeszségügyi és prevenciós feladatok módszertanát, a szakmai irányelveket a legújabb kutatások alapján fogalmazzuk meg. Feladataink közé tartozik a gyermekégeszségügy, a gyermekek jogai és a gyermek testi-lelki jólléte területén szakértői szolgáltatások nyújtása. Módszertani tevékenységünk magában foglalja a gyermek-egészségügyi ellátás prevenciós tevékenységét, a betegségek megelőzését és a prevenciós módszerek kidolgozását, mely a gyermekkor végéig tart. E feladatkör kiterjed a gyermekek egészségét meghatározó környezeti és szociokulturális tevékenységekre, melyekben szorosán együttműködünk a társszakmákkal.

Fontos, hogy e prevenciós tevékenység azt az időszakot is felölelje, amikor a legsérülékenyebb a fejlődés: a csecsemő- és kisgyermekkor. Az ebben az időszakban megjelenő problémák – mint például az anya mentális betegsége – olyan későbbi nehézségek kialakulásához vezethetnek, mely hosszú távon befolyásolja a gyermek fejlődését. Az időben észrevett és korrigált probléma a csecsemő- és kisgyermekkorban hamarosan rendeződik, azonban ennek elmulasztása későbbi következményekkel járhat. Ezen a konferencián a perinatális időszak megbetegedéseit, a kezelés- és a prevenció lehetőségeit járjuk körül.



A prevenció mellett a már kialakult betegségek gyors és hatékony kezelése is igen fontos a mielőbbi korrekció érdekében. Ez a hatékonyság jelenik meg a Magyarországon modellprogramként létrehozott „Együtt” nevet viselő programban ("EGYÜTT" Szülés előtti, szülés alatti és szülést követő mentális zavarok kezelése anya-gyerek egységben).

Ebben meg tud jelenni a prevenció, mely hosszú távú előnyöket hordoz magában a gyermek egészségének védelmében, ami az anya közelében tud leghatékonyabban megvalósulni. Emellett az alapvető gyermekjog – mely szerint a gyermek az anyjával lehet –, mely ily módon még az anya mentális betegsége mellett is megvalósítható. E prevenciós szemlélet továbbá lehetővé teszi, hogy a leginkább költség-hatékony módon küzdjünk meg a leggyakoribb betegségekkel.

Mindezen elméleti háttér fényében állítottuk össze a mai konferencia programját, hívtuk meg az előadókat, hogy e preventív, interdiszciplináris szemlélet megvalósulhasson.

Sok sikert kívánok Önöknek további munkájukhoz,

Dr. Mészner Zsófia



BEKÖSZÖNTŐ

Szeretettel és tisztelettel köszöntöm a XI. Családbarát Konferencia kiadványának olvasóját.

Öt év telt el az utolsó találkozás óta. A X. jubileumi konferencián jeleztük, hogy az egészségügy háttérterületeinek témáiban rendezett interdiszciplináris konferencia-sorozatot lezárjuk, de a Családbarát Program szellemében a szakmai munkát folytatjuk. Az elmúlt években három téma került az Országos Gyermekkegészségügyi Intézet Perinatális és Koragyermekkorai Prevenációs-, valamint a Családtervezési és Ifjúsági Osztály munkájának és a Családbarát Programnak a fókuszába. Mindhárom téma – szoptatás, csecsemőkori regulációs zavarok, perinatális időszakban jelentkező pszichés megbetegedések – önálló szubspecialitás. Ami mégis összeköti, és egy közös szakmai ívre fűzi fel a témákat, az a korai anya-gyerek interakció, a kötődés és a csecsemőkutatási eredmények gyakorlati hasznosítása.

Röviden a három témáról:

- A „Közös Kincsünk a Gyermekek” Nemzeti Csecsemő- és Gyermekkegészségügyi Program I./9-es pontjának megfelelően, a 2005-ben újraalakult Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottsággal közös munkában a természetes táplálás, a szoptatás széles körű elterjesztésének érdekében konferenciákat, képzéseket szerveztünk, kiadványokat készítettünk, és az Egészségügyi Minisztérium támogatásával emelkedett a Bababarát Területek száma, valamint – a WHO és az UNICEF által elindított, a nemzetközi minőségbiztosítási követelményeknek is megfelelő – Bababarát Kórház címet viselő kórházak száma. Az elmúlt három évben 102 Bababarát Terület kialakítása történt meg, és tíz év szünet után hét új kórház nyerte el, valamint hat kórház erősítette meg a Bababarát Kórház címét.
- 2003-ban, a IX. Családbarát Konferencián – (Félre)értjük-e a csecsemő jelzéseit? címmel – a fő téma a csecsemőkori pszichoszomatikus betegségek voltak. A német Gyermekligával együttműködésben – személyesen Dr. Éva Hédervári-Hellerrel folytatott közös munkám során – két alkalommal szervezett az Országos Gyermekkegészségügyi Intézet 100-100 órás képzést a csecsemő- és kisdédkori regulációs zavarok témájában, melyet az elmúlt két évben is folyamatosan működő szupervíziós lehetőséggel egészítettünk ki. Ez a munka és a kollegákban megfogalmazódó igény alapozta meg, hogy a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Karán – Dr. Hámori Eszter docens együttműködésével – akkreditálásra került az Integrált szülő-csecsemő konzultáció, melynek első évfolyama reményeink szerint hamarosan elindul.



– A perinatális időszakban előforduló anyai pszichés megbetegedések negatív hatásainak csökkentése – a korai anya-gyerek interakció támogatásával, lehetőség szerint a szoptatás fenntartásával – szintén az intézetben folyó munka egyik sarkalatos pontja.

A XI. Családbarát Konferencia ez utóbbi témának a feldolgozására nyújt lehetőséget, egyrészt hazai gyakorló szakemberek – szociálpolitikus, felnőtt- és gyermekpszichiáter, kutató és gyakorló pszichológus, védőnő, gyermekgyógyász, szociális munkás előadásaival –, másrészt a workshop keretében a résztvevők és a szakemberek interaktív munkája révén.

Hogyan kerültek szakmai érdeklődésem előterébe a perinatális kor pszichés zavarai által indukált nehézségek? Hogyan lett ebből az érdeklődésből több év alatt egy nemzetközi és hazai interdiszciplináris team munka? Hogyan indult el – hogyan született az „EGYÜTT” Program – A szülés előtti, a szülést követő mentális zavarok felismerése és kezelése az anya-gyerek egységben –, ami szakmai alapját adja a XI. Családbarát Konferenciának?

Gyermekgyógyászati munkám során sok problémát vetett fel a postpartum depresszióban, a postpartum pszichózisban, valamint az egyéb pszichés zavarban szenvedő anyák és gyermekeik ellátása. A regulációs zavarok témájával foglalkozva 2000-ben, Dr. Éva Hédervári-Heller mutatta meg a Heppenheimeri Szociál-Pszichiátriai Centrumot, melynek igazgató főorvosa, Prof. Dr. Hans Peter Hartmann Németországban először hozott létre egy 11 ágyas önálló osztályt, ahol anya-gyerek egység működik, és az anyák és gyermekeik együttápolását és ambuláns kezelését sikeresen végzik.

Az Országos Gyermekegészségügyi Intézetben működő komplex családtervezési program több szülést követő szolgáltatással – gyermekgyógyászati eufenikai program, szoptatási rendelés, csecsemő- és kisgyermekes klub, szülő-csecsemő konzultáció – is kiegészül. Témánk szempontjából kiemelt a PMS-ben szenvedő nők postpartum depressziót megelőző programja, melyet Dr. Erős Erika vezet.

A fenti tapasztalatok, gyakorlati munkám és családterápiás képzettségem indította el Dr. Kurimay Tamással azokat az elmélyült szakmai beszélgetéseket, amelynek alapján 2004-ben megkezdődött az együttműködés az Országos Gyermekegészségügyi Intézet, a Szent János Kórház Pszichiátriai Osztálya és a Heppenheimeri Pszichiátriai Intézet között, amelynek egyik célja volt, hogy Magyarországon is elindulhasson a pszichiátriai osztályon az anya-gyerek egységek kialakítása.

Egy műhelysorozat keretében, a nemzetközi tapasztalatokat áttekintve fogalmazta meg a team – főorvos, orvosok, pszichológusok, ápolók, szociális munkás – saját lehetőségeit, kompetenciáját. Ennek mentén indult el – a magyarországi lehetőségeket figyelembe véve – a pszichiátriai osztály és a gyermekosztály szoros együttműködésében, a pszichiátriai megbetegedésben szenvedő anyák és gyermekeik közös ellátása.



2008 során emelkedett a programban résztvevők száma, a team összehangolt munkájának következtében.

2008 decemberében a Heppenheimeri Klinika szakembereivel közösen szervezett konferencián mutattuk be az „EGYÜTT” Programot a hazai szakembereknek és érdeklődőknek.

Olyan általános modell kialakítására törekszünk, melynek keretében a megelőző szakmai feladatok protokolljának a kidolgozásában az Országos Gyermekegészségügyi Intézet, a gyógyító feladatoknál a Szent János Kórház Pszichiátriai-, Gyermek- és Szülészeti Osztálya, míg az ambuláns ellátásnál a két szakmai partner közös tapasztalatait integráljuk.

Rendezvényünkkel, a kiadvány közreadásával szeretnénk lehetőséget teremteni a gondolatok, tapasztalatok átadására; a problémakör áttekintésére; egy szemléletváltás elindítására a perinatális periódusban jelentkező pszichés zavarok kezelésében.

Ezúton szeretnék köszönetet mondani Simon András művész úrnak, hogy ismét lehetővé tette számunkra grafikai közreadását, a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal nyomda vezetőjének, Szauer Miklósnak, hogy ebben a nehéz helyzetben ezt a kiadványt kézbe vehetjük, és nem utolsó sorban kollegáimnak munkájukért.

*Dr. Németh Tünde
gyermekgyógyász, pszichoterapeuta*



A szülés utáni depresszió kezelésének lehetőségei, avagy ellássuk vagy elássuk?

Hegedűs Réka

Szociálpolitikus

Telefon: 06 (70) 253 2857

E-mail: reka.hgds@gmail.com

Nem olyan régen anyatársak körében feltettem a kérdést: Kinek van saját élménye a szülés utáni depresszióról? A kérdés kiváltotta hatás számomra is váratlan és megdöbbentő volt: majd mindenki – egymás szavába vágva – mesélte, hogyan vészelte át, meddig húzta segítség nélkül, milyen képzetei, félelmei voltak.

Volt, aki másfél év küszködés után végül – jobb és korábbi megoldás híján – szakemberhez fordult.

A többség valahogy átvészelte, elmúlt, de fel nem dolgozta. Azóta sem tudja, hogy ha ismét ebbe a helyzetbe kerülne, kihez fordulna, merre indulna.

Pedig, ha a kutatási eredmények és statisztikák igazat mondanak (s mi okuk lenne a világméretű adathamisításra), a modern világon mindenhol a szülés utáni depresszióban szenvedő nők aránya 10–15%. Ez pedig igen magas szám. Magyarországi élve születések alapján néhány évre megnéztem ezt a nagyságrendet. 1980-ban meghaladja a 15 ezret, 1990-ben 13 ezer, 2000 óta pedig évente legkevesebb 10 ezer körüli tehető a hosszabb-rövidebb időn át szülés utáni depresszióban szenvedő nők száma. Ez

a mennyiség, azt hiszem, már joggal indokolhatna nagyobb odafigyelést mind az egészségügy, mind pedig a társadalom részéről.

Az idevonatkozó orvos- szakmai, egészségügyi protokollt jelen esetben nem célozom elemezni, jobban érdekelt a szülés utáni depresszió társadalmi kontextusa.

Már szinte közhely, de mégis igaz, hogy a várandósság, a szülés és a gyermeknevelés mind olyan sajátos eseménnyé lettek, melynek során a nő gyakran nem kap külső segítséget, támogatást a környezetétől. A mintákat adó és gyakorlati segítséget folyamatosan nyújtó hagyományos nagycsalád már nem áll mögötte, ugyanakkor viszont számtalan olyan, az anyaszerepre vonatkozó tradicionális elvárásnak meg kell még felelnie, amelyeknek tökéletesen ellentmondanak a modern társadalmi érvényesülés igényei.

A várandósság terhességgé, „teherré” vált, a szülés folyamata medikalizálódott, a szülő nő a rendszer korlátolt cselekvőképességű betegként kezeli, amikor nem engedi, hogy az őt érintő természetes élettani folyamatban egyen-



rangú döntéshozóként vegyen részt. Természetesen a szülő nők is leszoktak arról, hogy érezni, ismerni merjék saját testüket, hogy önmagukért, érzéseikért felelősséget vállaljanak. Nemcsak a szülés folyamata, hanem az egész társadalom hospitalizálódott.

Az orvostársadalom egy részénél is érezhető igény van arra, hogy változások történjenek. Leginkább azonban a civil, illetve a hagyományos ellátórendszerhez ugyan kapcsolódó, de mégis inkább alternatív törekvéseket támogató szervezetek azok, akiknek van már egy olyan biztos magja, amely a szülés körüli folyamatok megváltoztatását tűzte ki céljául. A társadalom, a leendő szülők egyre nagyobb része ébred fel a hagyományos ellátás csipkerózsika-álmából, és veszi kezébe a testük és lelkük feletti rendelkezés felelősségét, nehézségeit és örömeit.

A SZÜLÉS UTÁNI PSZICHÉS ZAVAROK

A szüléssel kapcsolatos pszichiátriai problémák nagy részét a gyermekágyas, laktációs időszakban jelentkező betegségek alkotják. A várandósság a nőket szinte megvédi a pszichés zavaroktól, a szülés utáni hormonális és életmódbeli krízist okozó változás időszaka ellenben kedvező táptalaja ezeknek a betegségeknek.

A szülés utáni pszichés zavarok súlyosságukat tekintve alapvetően három csoportba sorolhatóak.

A „BABY BLUES”

A „baby blues” („maternity blues”, gyermekágyi szomorúság, anyasági „blues”) a legenyhébb posztpartum pszichés zavar, az általánosan a szülés utáni 3-4. napon jelentkező levertség, síró állapot neve. A szülés utáni lehangoltság szinte természetesnek mondható, hiszen egyes vizsgálatok szerint ez az epizód a frissen szült nők 50-80%-ánál jelentkezik. Kísérheti fejfájás, ingerlékenység, fáradékonyság, nyomott hangulat, gyakori sírógörcs, félelem érzése, szorongás, esetleg alvászavar. A tünetek általánosan 1-3 nap alatt maguktól megszűnnek, ritkábban eltarthatnak akár 8 napig is.

A tünetekre jellemző, hogy nagyon homályosan körvonalazhatóak, egyénenként nagyon változatosak lehetnek – éppen ez a változékonyság a legfőbb jellegzetességük. Gyakran eufórikus boldogságérzés vált át sírógörcsbe. Kialvatlanság, érzelmi hullámvás gyakran kíséri ezeket a napokat.

A „baby blues” szomorúsága, intenzitása miatt nem nevezhető a szülésre adott elfogadható emocionális válasznak, s ezért megítélése sem egységes: betegség, szindróma, vagy normál reakció-e. Ennek természetesen a kezelés megválasztása miatt lenne fontossága, amitől ugyan a szakirodalmak egyhangúan eltekintenek, a tünetek átmeneti jellege miatt, s csupán az odafigyelést, a korai anya-gyerek kapcsolat támogatását hangsúlyozzák.



A SZÜLÉS UTÁNI LEHANGOLTSÁG OKAI

A kutatók már régóta keresik a választ arra, hogy mi lehet a pontos oka a szülés utáni lehangoltságnak, de pontos válasz nincs erre a kérdésre. Legtöbb esetben a hormonokat teszik felelőssé a kialakulásáért. Valószínű, hogy ez is közrejátszik, de eddig még egyetlen olyan hormont sem találtak a kutatók, amelynek csökkenése, vagy növekedése a depressziós anyák többségére inkább jellemző lenne.

Felmerül még a „baby blues”-zal kapcsolatban az a kérdés is, hogy vajon a tünetei nem téveszthetők-e össze egy súlyosabb gyermekági depresszió vagy pszichózis első jeleivel? A válasz egyértelműen igen, s noha tudvalevő, hogy a posztpartum pszichózis előfordulása igen ritka, mégis az esetleges korai bejósolhatóság szempontjából érdemes lenne odafigyelni e látszólag jelentéktelen, nyom nélkül elmúló epizódra.

A POSZTPARTUM PSZICHÓZIS

A posztpartum pszichózis (puerperális, laktációs pszichózis) a szülés utáni legsúlyosabb pszichiátriai megbetegedés. Előfordulása szerencsére viszonylag ritka, 1-2 ezrelékre tehető, de minden esetben kórházi ellátást igénylő állapot. Tünetei jelentkezhetnek akár a szülés utáni 2-3. napon is (ezért lenne fontos már ilyenkor odafigyelni a „csak” sírdogáló anyukákra), de leggyakrabban a

szülés után 3-4 hónappal alakulnak ki, tartamát tekintve pedig a szakirodalmak megegyeznek abban, hogy 5 hónaptól akár 5 évig is terjedő időszakot vehet igénybe a felépülés.

Többnyire bipoláris tünetekkel jelentkeznek: dezorientáltság, agitált, bizarr viselkedés, lehangolt vagy emelkedett hangulat, hallucinációk, téveszmék, bűnösség érzése, alvászavarok, étvágytalanság, koncentrációs zavar jellemzi. Az újszülött ellátását lehetetlenné teheti, hogy a hallucinációk gyakran a szüléssel és a gyermekkel vannak kapcsolatban (például a gyermeket elcserélték vagy meghalt).

A pszichózis kialakulásánál kockázati tényező a korábbi bipoláris epizód, az első szülés, az újszülött halála és a partner támogatásának hiánya. A kórkép lehetséges oka a szülést követő óriási hormonális változás, és súlyosságát jelzi, hogy szélsőséges esetben az öngyilkossági, illetve gyilkossági késztetések miatt veszélyeztetheti mind az édesanya, mind a gyermek életét (Walther, 1997). A kórkép előfordulása a különböző kultúrákban azonos, és az elmúlt 150 év adatai sem mutatnak változást, ami szintén a hormonális folyamatok elsődlegességét támasztja alá.

Kezelésében a pszichotrop szerek széles skáláját alkalmazzák, és többnyire nem lehet elkerülni a kórházi tartózkodást sem. Ma már a Szent János Kórházban létezik olyan osztály („mother and baby unit”), ahol az anyának a kezelés alatt sem kell elválnia a gyermekétől, ami a kötődés és a későbbi kapcsolat alakulása szempontjából na-



gyon fontos (Pritchard- Harris, 1996; Walther, 1997) – lásd további előadások. Ugyanakkor tudni kell azt is, hogy más pszichiátriai kórképekhez képest a szülés utáni pszichózisok kedvezőbb lefolyásúak, nagyobb a teljes gyógyulás aránya.

A SZÜLÉS UTÁNI DEPRESSZIÓ

A szülés utáni depresszió (posztpartum depresszió, gyermekági depresszió) a gyermekági időszakban a 10–30. nap között alakul ki, és a fiatal anyák kb. 10–15%-a szenved a szülés utáni hónapokban, ebben az esetlegesen kezelést is igénylő állapotban.

A gyermekági depresszió kétféle módon alakul ki, és válik súlyossá: vagy a baby blues egyik fázisja uralkodik el, és válik kórossá, vagy pedig lassan, észrevétlenül alakul ki, s csak hetekkel a gyermek születése után mutatkozik meg.

A szülés utáni depresszió általában később jelentkezik, mint a lehangoltság, de az első évben bármikor felléphet. A diagnózis olyan kritériumok mentén adható, mint: (1) jelen legyenek a depresszió tünetei, (2) szülés után jelentkezzenek, (3) mind a beteg, mind pedig környezete vegye észre a változást (4) a hangulatbetegség ne oldódjék meg 4 héten belül.

Hajlamosító tényezők, rizikócsoporthoz tartozás ezen a területen is vannak (pl. a korábban pszichiátriai kezelésben részesült, illetve az első gyermeküket későn vállaló nők), de alap-

vetően a témában folytatott vizsgálatok nem hoztak általánosítható eredményt. Különböző pszichológiai irányzatok is próbálnak választ adni a problémára, amelyek közül leghatározottabban az analitikus iskola képviselői állítják, hogy a posztnatális depresszió leginkább azoknál az asszonyoknál fordul elő, ahol a koragyermekkori szülő-gyermek kapcsolatban konfliktusok adódtak.

A SZÜLÉS UTÁNI DEPRESSZIÓ TÜNETEI

A szülés utáni depresszió tünetei lehetnek: lehangoltság, szorongás, örömtelenség, érdektelenség, ingerlékenység, fáradékonyság, étvágytalanság, alvászavar, feledékenység, koncentrációs zavar, döntésképtelenség, büntudat, önvádolás, értéktelenség érzése.

A DEPRESSZIÓ KIALAKULÁSÁT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

A depresszió kialakulásának hátterében az egyéni sérülékenység és a környezeti hatások játszanak szerepet. Az egyéni sérülékenységet egyrészt örökletes tényezők, másrészt a korai életévek tapasztalatai (anya-gyermek kapcsolat, nevelési módszerek) szabályozzák. Környezeti tényező lehet minden olyan stresszel járó életesemény, mely kimeríti az alkalmazkodó képességünket, s ezáltal elősegíti a depresszió kialakulását. Többek között ilyen életesemény a szülés is.

A betegség kialakulásában szerepe van:
– az egyéni hajlamnak,



- hormonális okoknak,
- a megváltozott élethelyzettel kapcsolatos pszichés stressznek.

A szülés utáni depresszió korai felismerése és kezelése több hónapos szenvedéstől szabadíthatja meg az érintett nőket, és a gyermekre gyakorolt káros, a fejlődését hátráltató hatásokat is csökkenteni tudja. A korai felismerés az egyik legnagyobb kihívás ezzel a kórképpel kapcsolatban, mert a szociális stigma, ami övezi, gyakran megakadályozza a nőket abban, hogy segítséget kérjenek. Ezért lenne fontos, hogy azokat a nőket, akik magas kockázati csoportba tartoznak, már lehetőleg a várandósság alatt ki lehessen szűrni. Ehhez azonban arra van szükség, hogy felderítsük, és rendszerbe foglaljuk azokat a hajlamosító tényezőket, amelyek a szülés utáni depresszió kialakulását befolyásolják, kockázatát növelik.

A SZÜLÉS UTÁNI DEPRESSZIÓ KEZELÉSE

Amikor szülővé válunk, mindannyian sok tapasztalattal és elvárással érkezünk az új állapotba. Ezek legtöbbször a minket körülvevő környezetből hozzuk, és nagyon sokat közvetlen családunkból. A szülővé válással kapcsolatos leggyakoribb elvárás az, hogy ez egy mindannyiunkkal veleszületett ösztönös képesség, különösen a nőknél, és csak a szűk családra tartozik. Ez a felfogás napjainkban nagyon tipikus, és nagyon sok nehézséget okoz. A gyermeknevelés ugyanis közös felelősség, ami akkor működik

legjobban, ha a szülők megosztják egymás között, a tágabb család és a közösség támogatását is igénybe veszik. Tudjuk, hogy azoknak a nőknek, akiknek nem áll rendelkezésére ez a támogatás, illetve szükségtelennek tartják azt, sokkal keményebb küzdelmet kell vívniuk a depresszióval.

Az enyhébb fokú szülés utáni depresszióban szenvedő nők alapvetően nem kezelést igényelnek, hanem odafigyelést, törődést. Azt gondolná az ember, hogy ezt a legegyszerűbb megoldani, hiszen normális esetben egy új gyermek születésekor a család, a környezet figyelme a mama és a baba körül forog. Ugyanakkor a mamák gyakran szembesülnek azzal, hogy a környezetük leginkább a felmerülő biológiai szükségletek kielégítésével és problémák megoldásával foglalkozik csupán, s az általában önmaguk által is szégyenletesnek, érthetetlennek tűnő lelki nyavalyákról, furcsa képzelgésekről, gyötrelmekről inkább mélyen hallgatnak. Pedig nagyon sok esetben a szülés utáni depresszióban szenvedők számára már az is megoldás lehet, ha beszélnek a betegségükről, illetve annak tüneteiről. A rokonok és barátok együttérző figyelme, egy orvos, vagy védőnő alkalmankénti támogató jelenléte igen gyorsan nyom nélkül megszüntetheti a problémát.

Sok szakember szerint a szülés utáni depresszió kezelésében fontos, hogy a szülést követő időszakban békeség és nyugalom vegye körül az anyát, és tudjon pihenni. A gyermek születésétől kezdve a mama egyik pillanatról a másikra állandó készenlétben kell, hogy legyen, holott fizikailag ő



is ilyenkor igényelné a pihenést. Senki nem tud heti hét napon át, napi huszonnégy órában dolgozni, ilyen vagy olyan következmények nélkül. Az alváshiány egyike azoknak a következményeknek, ami ingerlékenységet, rossz hangulatot okoz, és rontja a koncentrációs képességet. Sok mamának, akinek csak enyhe a várandósság utáni depressziója, jelentősen enyhülnek a tünetei, ha pár éjszaka képes nyugodtan, megszakítás nélkül aludni.

A hivatásos tanácsadás, szakemberrel (védőnő, pszichológus, szociális munkás, stb.) folytatott konzultáció nagyon hasznos lehet. Enyhe depresszió esetén csupán a tanácsadás képes ezt elmulasztani. Mivel a tanácsadás a depressziós anyák gyógyulásában komoly szerepet játszik, sajnálatos, hogy sok helyen nem elérhető.

Fontos és alapvető változás zajlik világszerte a szülés utáni depresszió kezelésének protokolljában is. A mentálhigiénés szakemberek felismerték és elfogadták azt, hogy az anyával és csecsemőjével együtt foglalkozzanak a terápia során.

Egy frissen publikált, Bostonban zajló kutatás (Paris, 2009) pedig a pszichoterápia során a fő hangsúlyt kimondottan az „anya-gyerek” interakcióra helyezi, a hétköznapi kommunikációs helyzetek megoldásait „tanítja”.

Az egyre többet emlegetett, kórházi ápolást nyújtó „mother and baby unit”-ok jelentősége pontosan abban rejlik, hogy a depressziós mamát nem választják el a csecsemőjétől, sőt, még ha gyógyszeres terápiát is kap, a szoptatást sem kell feltétlenül abbahagynia.

A SZÜLÉS UTÁNI DEPRESSZIÓ HATÁSAI

Az elmúlt évtizedekben egyre több kutatás foglalkozik a szülés utáni depresszió hatásait a csecsemőkre és gyermekekre gyakorolt hatásaival.

Nyilvánvaló, hogy egy kisgyermek életének korai szakaszában az őt körülvevő társas közeget elsősorban az édesanyja alkotja, ő tehát a forrása a kognitív-, érzelmi- és társas ingereknek. Beck (1998) vizsgálata szerint a depressziós anyák kevésbé tudtak reagálni gyermekeik igényeire s így fejlődésükre is negatív hatással voltak. Az anyák viselkedésére jellemző volt:

- a kevésbé odaadó magatartás,
- a csecsemő hangulatának változásaira adott kevésbé érzékenyen reakciók,
- az elutasító és/vagy ellenséges magatartás a csecsemővel szemben.

A depressziós mamák csecsemői pedig nyugösebbek, nyugtalanabbak voltak, kevesebb nyelvi és gesztusbeli jelzést használtak az önkifejezésre.

Murray (1999) 5 éves gyerekek között végzett kutatása szerint az anya korai depressziójának hatása túlmutat a csecsemőkoron. A megfigyelt gyermekek otthoni viselkedésproblémáit és kevésbé sikeres társas interakcióit egyértelműen ennek tudja be, továbbá ezek a gyerekek játékaik során kevesebb mozgásformát és kreatív tevékenységet végeztek, mint társaik.

Egy másik felmérés (Hay és mtsai, 2001) olyan 11 éves fiúkat vizsgált, akiknek édesanyja



három hónapos korukban depressziótól szenvedett. Amellett, hogy hiperaktivitás jeleit mutatták, intelligenciahányadosuk is jelentősen alacsonyabb volt, mint más, nem depressziós anyák fiúgyermekeié.

Összességében tehát elmondható – és egyre több kutatással megerősített az a tény –, hogy a szülés utáni depresszió igen nagy hatással van a korai anya-gyerek kapcsolat minőségére és a gyermekek hosszútávú kognitív és érzelmi fejlődésére.

VÉGÜL...

Fiona Marshall, a Szülés utáni depresszióról írott, angol nyelvterületen a laikusok számára az egyik leggyakrabban ajánlott könyvét így kezdi:

„Elsőként a legfontosabb tudnivaló: a szülés utáni depresszió elmúlik.”

De akkor miért is fontos ezzel foglalkozni?

Ha figyelmen kívül is hagyjuk azoknak a kutatásoknak az eredményeit, amelyek a depressziós anyák gyermekeinél kisgyermekkorban felmerülő tanulási és egyéb nehézségekről szólnak; ha figyelmen kívül hagyjuk azt is, hogy az anya-gyerek közötti korai kötődési kapcsolatok az anya nem megfelelő „működése” miatt szenvedhetnek csorbát; akkor „csupán” érdemes vele népegészségügyi szempontból foglalkozni.

– Azért, hogy a frissen szült mamák ne kudarcélménnyel vágjanak bele az anyaságba, ezzel

akár örökre elvéve a kedvüket egy későbbi gyerek vállalásától!

– Tudjuk azt, hogy a depresszió nem válogat szociális, kulturális szempontok alapján. Tehát ha valakinek amúgy is nehéz az élete (egyedülálló, hátrányos helyzetű, pszichiátriai kezelés alatt álló), akkor nem kellene tovább súlyosbítani a helyzetét.

– Hogy ne legyenek az amúgy is nyilván folyamatos lelkiismeret furdalással és szorongással küzdő mamák életük úgymond legboldogabb időszakában a leginkább magukra hagyottak, kapjanak figyelmet és törődést szűkebb és tágabb környezetüktől is!

– Hogy változzon meg az a közfelfogás, miszerint ez a probléma nem létezik, mindez csak hiszti, lustaság!

A szülés utáni depresszió prevenciója, szűrése, kezelése nem kívánja meg egy új ellátórendszer kiépítését, nem szükséges hozzá megbolygatni a bevett gyakorlatot, egyszerűen csak ki kell használni az elvileg világszínvonalú magyar csecsemő- és nővédelmi rendszer alkotta országos hálózat lehetőségeit.

A kérdés csupán az, hová illeszthető be az ezzel való foglalkozás, hol van már eleve szabad útja a szolgáltatások kiépítésének, összekötésének.

Szociálpolitikusként egyrészt az érdekelt, hogy az érintetteknek milyen ismeretei, információszerzési csatornái vannak, másrészt pedig hogy milyen lehetőségei, megoldási alternatívái adódnak, adódhatnak ma Magyarországon a



szülés utáni depresszió kezelésében.

Előadásomban szeretném bemutatni egy olyan, fiatal mamák körében készült, interneten lekérdezett kutatásnak az eredményeit, amelyben a szülés utáni depresszióról mondták el élményeiket, tapasztalataikat, illetve a témához kapcsolódó ismereteiket.

IRODALOMJEGYZÉK

Dr. Bagdy, E. (1998) A klinikai pszichológia és mentálhigiéné szakmai protokollja, Animula Kiadó, Budapest

Beck, C.T. (1995) The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis, *Nurs. Res.*, 44:298-304

Hay, D.F.- Pawlby, S.- Sharp, D.- Asten P.- Mills, A. et al. (2001) Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry*, 42:871-889

Losonczy, Á. (1999) A biztonságos szülés társadalmi, egyéni és emberi feltételeiről, *Védőnő*, 9. évf., 1.sz.

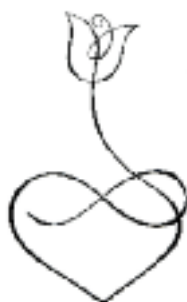
Murray, L.- Sinclair, D.- Cooper, P.- Docou-ran, P.- Turner, P. et al. (1999) The socioemotional development of 5-year old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry*, 40:1259-1271

Paris, et al (2009) Mother-infant psychotherapy: Examining the therapeutic process of change. *Infant Mental Health Journal*, 30 (3):301

Pritchard, D. B. - Harris, B. (1996) Aspects of perinatal psychiatric illness, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 169, 555-562

Dr. Szakács, K. (2001) Heveny pszichiátriai zavarok várandósságban és gyermekágyban, in: Dr. Papp Z. (szerk.): *Sürgősségi ellátás a szülészet-nőgyógyászatban*. Medicina Kiadó, Budapest, 195-208

Walther, V.N. (1997) Postpartum depression: A review for perinatal social workers, *Social Work in Health Care*, Vol. 24, No. 3-4, 99-111



A premenstruális szindróma és a szülés utáni depresszió felismerése és megelőzési lehetőségei

Dr. Erős Erika

Pszichiáter, neurológus

Az Országos Gyermekegészségügyi Intézet Ifjúsági- és Családtervezési Osztály vezetője.

Telefon: 06 (1) 383-8477, 06 (1) 363-2229, 06 (1) 363-5272

E-mail: eros.erika@ogyei.hu

Honlap: www.ogyei.hu

BEVEZETŐ

A szélsőséges kedélyállapotok genetikai, ún. eufénikai megelőzése két szempontból fontos. Egyrészt, még az orvosok is gyakorta túlzott különbséget tesznek a testi és lelki betegségek között. Másrészt, a WHO becslése szerint 2020-ra a depresszió lesz a vezető halálok a világon. Öngyilkossági gyakoriságban Magyarország sokáig világelső volt. E tragikus esemény hátterében gyakorta a szélsőséges kedélyállapotok állnak, így megelőzésük egyben az öngyilkossági halálozás csökkentését is jelentené.

A kedélybetegség elkülönítése a hangulat-kedély szokásos ingadozásaitól, illetve szokatlanul szélsőséges és/vagy tartósabb megnyilvánulásaitól nehéz.

A depresszió orvosi értelemben vett betegség, és nem azonos a mindennapi élet viszontagságai által okozott lelki problémákkal. A depresszió a pszichiátriai megbetegedések azon csoportja,

amelyben a hangulat tartósan negatív irányba tolódik el, s ezt a környezet történései nem, vagy alig befolyásolják. A hangulatváltozás a leglényesebb, de nem az egyetlen tünet. A hangulat, vagyis az általános (testi-lelki) közérzet megváltozása együtt jár a magatartás, az érzelmi reakciók, a kognitív és vegetatív funkciók változásával. Majdnem mindig károsodnak az interperszonális, szociális kapcsolatok és a munkahelyi teljesítmény. A depresszió diagnosztizálásához megfelelő számú tünetnek, megfelelő ideig kell fennállni.

A depresszió kórisméjét csak bizonyos kritériumok teljesülése esetén lehet felállítani, több jellegzetes lelki és testi tünet-együttes fennállásakor. Ilyenek:

– állandósult szomorú, rosszkedvű, levert, lehangolt, elkeseredett, reménytelen, sőt aggódó, kétségbeesett, üresség érzésével teli pesszimista alaphangulat;



- az örömeire való képtelenség (az örömszerzés elvesztése a szeretkezésben is);
- a szeretetérzés hiánya, amely érdektelenséggel társul;
- a gondolkodás lelassulása, ezért a koncentráció, emlékezés, döntéshozatal nehezebb;
- nyugtalanság vagy ingerlékenység;
- alvászavar, ritkábban aluszékonyság (különösen a téli időszakban);
- súlyos étvágytalanság, mely fogyásban is megnyilvánul, ritkán falánkosság (főleg szénhidrátéhség), amely a téli depresszióra jellemző, következményét régen bánatszírnak nevezték;
- csökkent energia, fáradtság érzés, lelassulás, amely cselekvésképtelenségbe torkollik, ami általában a mozgékonyság beszűkülésével jár a fizikai aktivitás minden területén (a beszéd, mimika, szexualitás) gátolt;
- tartós fájdalom vagy más betegségtünetek, aminek nem testi betegség az oka;
- a tehetetlenség, haszontalanság és meg nem felelés érzése;
- a bűnösség tudata és önvádlás;
- a halálvágy és öngyilkossági gondolat.

Mindezek azonban külön-külön is előfordulhatnak a depressziós állapot fennállása nélkül is, ezért a diagnosztizálás nagy tapasztalatot és körültekintést igényel. A depresszióknak különböző klinikai formái vannak: egypólusú depresszió, csak lehangolt, depresszív szakaszok fordulnak elő; bipoláris esetben azonban a depresszió és a felhangolt (mániás) állapot váltakozik.

A depresszió kialakulásában több tényező együttesen játszik szerepet: genetikai, organikus, pszichológiai és szociális faktorok. A depresszió megjelenéséhez örökletes hajlam és azt provokáló környezeti hatások szükségesek, melyek pszichológiai vagy biológiai természetűek. Léteznek védő és ártó környezeti tényezők. A megelőzési modell lényege, hogy a genetikailag hajlamos személyek esetén a védő és ártó tényezők ismerete, és a védőtényezők segítése a betegség elsődleges vagy másodlagos prevencióját eredményezheti: a betegség teljes mértékben megelőzhető, vagy megjelenése későbbi életkorban és enyhébb formában tapasztalható.

A depresszió eufenikai megelőzési modellje:

1. A veszélyeztetett egyének kiszűrése:
 - családja
 - pszichiátriai interjú
 - hajlamosító tényező (PMS)
 - génvizsgálat
2. A kiszűrt egyéneknél felvilágosítás a provokáló és védő tényezőkről
3. Utánkövetés

A PREMENSTRUÁLIS SZINDRÓMA FOGALMA ÉS KEZELÉSI LEHETŐSÉGEI

A premenstruális szindrómát először 1931-ben írták le, olyan tünetegyüttesként, mely 4–14 nappal a menstruáció előtt jelentkezik, és rögtön a vérzés megindulásakor vagy röviddel azután megszűnik. Az orvosok egy része azonban még ma sem ismeri el kórkép jelentőségét: ők a környezetük-



ben élő nők (feleség, kollégák) menstruációt megelőző panaszait észlelik, mely általában enyhe, s így a PMS-t nem tekintik önálló betegségnek.

A menstruáció előtti napokban a nők kb. 95%-a észlel enyhe panaszokat, melyek részben testi, részben pedig lelki természetűek. A panaszok a peteérést követő időszakban (a menstruációs ciklus második fele) lépnek fel, s a vérzés megindulásával néhány órán belül megszűnnek. Testi panaszok: mellfeszülés, has-, derék-, izomfájdalmak, hátfájdalom, fejfájás, súlynövekedés; lelki panaszok: lehangoltság, ingerlékenység, hangulati ingadozás, energiátlanság, fáradékonyság, étvágnövekedés, bizonyos ételek (édesség, csoki) megkívánása, aluszékonyság, szorongás, csökkent érdeklődés. Kb. 5%-ukban azonban a tünetegyüttes olyan súlyos, hogy életvételi nehézségeket, családi és munkahelyi problémákat okoz. Több nő követ el ebben az időszakban öngyilkosságot, agresszív cselekményeket. A statisztikai adatok azt mutatják, hogy a nők által elkövetett bűncselekmények fele erre az időszakra esik, éppen ezért néhány országban a törvények a PMS-t enyhítő körülményként veszik figyelembe.

A PMS gyakran szövődik migrénnel, s összefüggés mutatható ki a depresszióval is. A PMS-ben szenvedő nők között 5-6-szor gyakoribb a depresszió előfordulása, 86%-uk élete folyamán átesik egy kórházi kezelést igénylő depresszió. Kiemelkedően fontos a PMS, és a szülést követő depresszió közötti korreláció: a PMS fennállásakor sokkal többször lép fel gyermekágyi depressz-

zió. Ez pedig a gyermek ellátásának aktuális veszélyeztetettségén túl az anyától való elszakíttottság miatt annak személyiségfejlődésében is korrigálhatatlan zavarokat okozhat. Így hosszú távú káros következményekkel is kell számolnunk a nyilvánvaló szövődmények (családi problémák: akár válás, munkaidő-kiesések) mellett. A probléma megoldását tehát társadalmi, egészségügyi és gazdasági szempontok egyaránt sürgetik.

A kórkép jelentőségét az előfordulását jelző adatok is megerősítik. Saját vizsgálataink, melyek 725, a Családtervezési Szolgáltatásban részt vevő nő szűrésén alapulnak, a következő eredményeket mutatják: a nők 47,4%-ában fordul elő a normális életvitelt zavaró közepes súlyosságú, 5,4%-ában pedig azt teljesen lehetetlenné tevő, súlyos mértékű PMS. A mintaválasztás előnye az, hogy a vizsgálat alanyai nem kórházi betegek közül származtak, hanem az átlagnépességből. A súlyos csoportba tartozó nőket szülés után vizsgálva 20 eset közül 13-ban találtunk szülés utáni depressziót, míg a kontroll-csoportban (egészséges, azaz PMS-ben nem szenvedő nőknél) csupán 2 esetben fordult elő.

Tehát „népbetegség” szintű problémával állunk szemben, melynek kezelése – közvetlenül vagy közvetve – a lakosság jelentős részének mentálhigiénéjét érintheti.

A PMS okai ma még nem egyértelműen tisztázódtak. Tudjuk, hogy általában a harmincas életévek elején indul, s háttérében valószínűleg a normális hormonális események által beindí-



tott idegrendszeri mechanizmus áll. A biológiai háttere egyrészt az egészséges hormonális változások, másrészt a központi idegrendszer „hormonjainak” egyensúly felbomlása alkotja. A mélyből származó mérgek és a korábban tényként elfogadott só- és vízvisszatartás tévhitnek bizonyult: a mellfeszülést és hasi fájdalmat említő nők többségében nincs súlynövekedés a menstruációs ciklus második felében. A legvalószínűbb, hogy a normál petefészekhormonokra az idegrendszer abnormálisan reagál. Az érdeklődés középpontjában a szerotonin nevű anyag áll, mely az agyban képződő hormon. A közelmúltban bizonyították, hogy a PMS-ben szenvedő nőkben a petefészek sárgatest hormonja másképpen bomlik le: normálisan ennek kétféle bomlásterméke közül az egyiknek nyugtató, míg a másiknak izgató hatása van az idegrendszerre. PMS esetén a lebomlás az izgató anyagok irányába eltolódik, ami kétszeresen kellemetlen: kevés a nyugtató anyag, de túl sok az izgató. Ebből nyilvánvaló, hogy az általában rendelt fogamzásgátlók nem javítják, hanem rontják a tüneteket, hiszen a legkisebb hormontartalmú tabletta a normálisan termelődő hormonmennyiség kétszeresét tartalmazza.

Kezelési szempontból a PMS 4 típusát kell elkülönítenünk:

1. *Fiziológiás PMS:* enyhe panaszok, melyek a mindennapi tevékenységet nem zavarják, nem igényelnek specifikus terápiát.
2. *Pszichiátriai betegség,* melyhez PMS társul.

Mivel a PMS és a depresszió számos tünete egymást átfedi, fontos, hogy ne tévesszük össze a két betegséget.

3. *Elsődleges PMS:* visszatérő pszichológiai és testi tünetek jellemzik a menstruációs ciklus második felét. A tünetek teljesen megszűnnek a vérzés jelentkezésekor, de a menstruáció végére feltétlenül, s így a menstruáció és a peteérés közti időszak panaszmentes. A tünetek elég komolyak ahhoz, hogy a mindennapi életet zavarják.
4. *Másodlagos PMS:* a definíció azonos az előzővel, de a tünetek a menstruáció végére sem szűnnek meg. A páciens gyakran lelki problémákkal küzd, s ehhez kapcsolódnak a ciklikus zavarok.

A szokványos panaszok nem szorulnak terápiára, a pszichiátriai betegséghez tartozó, és a másodlagos PMS esetén pedig az alapproblémát kell kezelni.

A közepesen súlyos, elsődleges premenstruális panaszok életmódbeli változtatásokkal enyhíthetők, a tünetek megszüntethetők, a „rossz napok” elfelejthetők.

MEGELŐZÉSI STRATÉGIÁK

1. *B₆ vitamin:* hosszú ideig reményteljesnek tűnt több vizsgálat alapján. Segíthet bizonyos tünetek enyhítésében: csökken a szédülés, hányinger, bőrpanaszok.
2. *Vitamin C, Vitamin E:* e két vitamin köztudottan antioxidáns hatású, így az egészségmegőrzésében hasznos. Vannak tapasztalatok,



- mely szerint az E vitamin időnként önmagában is enyhíti a PMS-es tüneteket.
3. **Kalcium:** A kalcium segédanyaga annak az agyi hormon képződésének (szerotonin), mely központi szerepet játszik a jó hangulat és kiegyensúlyozottság biztosításában. Így kalcium tartalmú ételek segítik a PMS-es tünetek kezelését. Sok kalciumot tartalmaznak a tejtermékek. A sajt külön kiemelendő, mivel az említett szerotonin előanyagát is tartalmazza, viszont migrénre hajlamos egyének esetében rohamot provokálhat.
 4. **Magnézium:** A táplálkozás szerepét többen felvetették már a PMS létrejöttében, a magnézium szerepe napjainkban is erősen kutatott, úgy tűnik, hogy akár a depresszív állapotok kezelésében is használható. A magnézium befolyásolja az agyi átvivő-anyagok szintjét: a dopamin, szerotonin szintjére is hat. A magnézium hiány emeli az „édesség-kívánást”, ami az egyik alapvető tünete lehet a PMS-nek. Magnéziumot tartalmaznak a dió-félék, banán, galamb-begy saláta.
 5. **Omega 3 zsírsav:** Az omega 3 zsírsav védő szerepét többen ismerik az érrendszeri betegségekben, de napjaink kutatásai egyre több tényrt tártak fel, mely szerint a hangulatzavarokban – depresszió, PMS – is igen hasznos. Nagy mennyiségben fordul elő a tengeri halakban, és a tenger gyümölcseiben (rák, kagyló stb.).
 6. **Vas:** A menstruáció a nők számára rendszeres vérvesztést jelent. Sokszor laboratóriumban nem kimutatható vashiány esetén is hasz-

nos a fáradékonyság kivédésére a vas pótlása.

7. **Komplett szénhidrátok:** több vizsgálat bizonyította, hogy napi 4-5 pohár gabonapehely elfogyasztása csökkenti a PMS tüneteit. Ezek elfogyasztása után kb. 1,5 órával megemelkedik az agy szerotonin szintje, amely sajnos 1-1,5 óra múlva ismét lecsökken. Ezért van szükség a napi többszöri fogyasztásra. Ilyen pl. a müzli, burgonya, rizs, tészta.

A táplálkozás mellett (diétás tanácsok) a legtöbbet a testmozgás segíthet a PMS-es tünetek kivédésében. Bizonyított, hogy hetente négyszer negyvenöt perc intenzív mozgás (gyors séta, kocogás, biciklizés) nagy mértékben csökkenti, kivédi a PMS-es tüneteket. Ennek oka, hogy a mozgás hatására a szervezetben endorfinok képződnek, melyek jó közérzetet biztosítanak.

A kávéfogyasztás mindenképpen mérsékelendő. Naponta kettőnél több kávé olyan állapotot teremt a vérben, melynek hatására felerősödhetnek a premenstruális panaszok.

A SZÜLÉS UTÁNI DEPRESSZIÓ FOGALMA

A **post-partum depresszió** a szülés után fellépő depresszív epizódot jelenti. A szülés utáni első hat hónapban előfordulása megközelítően 12–15%. A szülés után egy hónaptól-egy évig való fellépésről számolnak be, de a szülést követő két éven belüli kezdet is elfogadott. A kutatások szerint a szülés után legalább fél évig a nők fokozottan érzékenyek a depresszióra.



Kiemelt jelentőségét adja, hogy a depresszió tüneteinek és szövődményeinek túl, igen nagy a családra gyakorolt hatása, a család felbomlásának kockázata, valamint a gyermek személyiségfejlődésének károsodása. Ez a veszély több tényezőt keresztül érvényesül. A depresszió genetikai hajlama öröklődik, de kialakulását környezeti tényezők alakítják, s ezek közül az anya lelkiállapota a legmeghatározóbb. Ezen túl, az anya depresszív állapota a gyermek személyiség-fejlődésében meghatározó hatást fejt ki, valamint befolyásolja az anya-gyermek kapcsolatot, és zavarja a gyermek kognitív és szociális fejlődését.

A szülés utáni depressziót meg kell különböztetni a „**baby-blues**”-tól (gyermekágyi szomorúság), ami a statisztikák szerint a frissen szült nők 50–80%-ánál, általában a szülést követő 3-4. napon jelentkezik. A vélemények megoszlanak arra vonatkozólag, hogy ez a fáradékonysággal, kialvatlansággal járó állapot betegségnek vagy normál reakciónak tekinthető-e. A kialvatlanságon túl persze vannak egyéb, aggodalomra inkább okot adó tünetek is, mint például a gyakori sírás, ingerlékenység, vagy félelem érzése. Legfőbb jellegzetesség maga a változékonyság, például az eufórikus boldogságérzés hirtelen átváltása sírógörcsbe. A nehezen körülírható tünetekre jellemző még, hogy a kismama gyakran csak utólag képes beszámolni ilyen tapasztalatairól.

A baby blues 7-8 napnál nem tart tovább, a félelem és levertség hullámai normális esetben hamar elcsitulnak. Ez az állapot azonban min-

denképpen figyelmet érdemel, amennyiben előfutára lehet a súlyosabb szülés utáni pszichózisnak vagy depresszióknak.

Az érzelmi hullámvölgyért a hormonokat szokás okolni, de a kutatóknak eddig még nem sikerült megállapítani, hogy pontosan melyiket. Csúcspontját a szülés utáni harmadik napon éri el, ezért gyakran összefüggést vélnek felfedezni a tejbelövelléssel, illetve a kórházból való hazatéréssel is. A megfigyelések szerint gyakrabban előfordul azoknál az anyáknál, akik első gyermeküket hozták világra, illetve akik a szülés előtt premenstruációs szindrómától szenvedtek.

Igen ritka, de minden esetben kórházi kezelést igényel a **szülés utáni pszichózis**. A kisbaba ellátását gyakran lehetetlenné tevő állapot. Bár a szülés utáni napokban is elkezdődhet, de általában később, a 3-4. hónapban jelentkezik súlyosabb formájában. Ha a környezet azt tapasztalja, hogy az újdonsült anyuka dezorientált, viselkedése bizarr, hangulata szélsőséges, vagy éppen hallucinációk gyöttrik, netán bántalmazza a kicsit, késlekedés nélkül szakemberhez kell fordulni. A szülés utáni pszichózis súlyosságát jelzi, hogy szélsőséges esetben az öngyilkossági illetve gyilkossági készletések miatt veszélyeztetheti mind az édesanya, mind a gyermek életét. Kialakulásánál kockázati tényező, ha az anyának korábban volt már ilyen pszichotikus epizódja, esetleg elvesztett már kisbábát. Rontja a helyzetet, ha a környezet és főleg a partner támogatása nem megfelelő. Külföldön az ilyen anyukák kezelését



már úgy oldják meg, hogy közben nem kell elválniuk gyermeküktől. Hazánkban a probléma megoldása még gyermekcipőben jár, de ugyanakkor tudni kell azt is, hogy más pszichiátriai kórképekhez képest a szülés utáni pszichózisok kedvezőbb lefolyásúak, nagyobb a teljes gyógyulás aránya.

Előfordulási adatok a világszinten:

- baby blues 70-80%
- szülés utáni depresszió megközelítőleg 10%
- szülés utáni pszichózis 1-2%

Angliában már 1992 óta kiemelt figyelmet fordítanak a szülés utáni depresszió megelőzésére, specifikus feltételeket biztosítva az „anyababa egység” egészséges működéséhez.

A SZÜLÉS, MINT ÉLETESEMÉNY

A szülés nagy irreverzibilis életesemény, amely számos kifejezett érzelmet (öröm, szorongás, szomorúság) vált ki. Azok az anyák, akik gyermekkorukban nélkülözték anyjukat, vagy kevés figyelmet kaptak tőle, nagyobb valószínűség szerint esnek depresszióba; az ő babáik körében gyakoribb az alvási probléma, ami tovább rontja a helyzetet.

Azok a nők, akiknek anyjukkal rossz a kapcsolata vagy bizonytalanok női szerepükben, szintén fogékonyabbak a szülés utáni depresszióra. A támogató háttér hiánya, árvaság, már meglévő kisdud és az első szülés szintén hajlamosító tényező. A nő új szerepével kapcsolatos elvárások fontosak a szülés utáni depresszió ere-

detének megértéséhez. Éppen ez lehet a magyarázata azon vizsgálati tapasztalatoknak, amelyek szerint az egészségügyi dolgozók (hazánkban leginkább a védőnők) rendszeres látogatása csökkenti a szülés utáni depresszió előfordulását: támaszt nyújt a depressziós anyának, és a rendszeres látogatás egy szükségszerű rendszert ad a család életének.

MEGELŐZÉSI STRATÉGIÁK

1. Elsődleges megelőzés

A rizikócsoport kiszűrésének lehetőségei:

- Genetikai hajlam (családban vagy anamnézisben, esetleg várandósság alatt depresszió megléte);
- Interjú (házassági problémák, szorongás);
- Hajlamosító tényező = premenstruális szindróma. A nő PMS-es panaszai esetén 50-60%-os valószínűséggel lép fel depresszió – ezt a saját kutatási adatok is megerősítik.

A külföldi tapasztalatok alapján elmondható, hogy a szülő nő számára biztosított konzultáció igen eredményes, a kockázat csökkenthető odafigyeléssel és a megfelelő időben történő segítségnyújtással.

2. Másodlagos prevenció

A korai diagnózis után alkalmazott konzultáció, rövid terápia igen hatékony, sok esetben pszichiátriai kezelésre nincs is szükség. A fennmaradó esetek azonban pszichiáter révén – szükség szerint akár gyógyszeresen is – kezelhetők.



Szülésélménytől a kórházi gyakorlatig

Kovács Réka

Pszichológus

Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Perinatális és Koragyermekkorai Prevenációs Osztály

Telefon: 06 (1) 383-8477, 06 (1) 363-2229, 06 (1) 363-5272

E-mail: kovacs.reka@ogyei.hu

Honlap: www.ogyei.hu

A várákozás időszakának nem egységesek a feladatai. A három trimeszter más és más feladatokat állít a leendő anya elé, melyeket Bibring írt le (Bibring, 1959, Idézi: Varga, Suhai).

A korai időszakban a cél a pszichés ráhangolódás, a magzat elfogadása, a várandósság elfogadása.

A középső szakasz feladata, hogy a gyermeket, mint önálló lényt fogadja el az anya, az apa. Ezt segíti, hogy a várandósság ilyenkor már külsőleg is megfigyelhető, a magzat mozgása érezhető. A magzat megmozdulása fontos pszichés élmény az anya számára, amely elindítja azokat a folyamatokat, amelyek során az anya magzatát, mint „emberi lényt” kezdi el érzékelni, és tulajdonságokkal felruházni (Raphael-Leff, 1993).

A harmadik szakasz feladata a leválás, az elválás előkészítése a gyerektől. (Bibring, 1959, Idézi: Varga, Suhai-Hodász, 2002). El kell fogadni, hogy a gyermek el fogja hagyni a testet. Ez gyakran nehéz, így a természet megint az „anya segítségére sietett”, hiszen a szülés után

még hosszú ideig szoptatja a gyermeket, így megélheti azt, hogy a testéből táplálja. A táplálás és a testi kontaktus rendkívül fontos a kezdeti időszakban, pszichésen az anyát segíti abban, hogy megélheti az egységet csecsemőjével.

A várandósság idejét a pszichoanalitikus iskola kettősséggel jellemzi. Az a fenyegető felelősség, hogy a várandós egy embernek életet fog adni, abba az irányba vonzza, hogy a biztonságot nyújtó időszakba akar visszamenni. Különösen azok számára jelent változást ez az időszak, akik megpróbálják kontrollálni testüket; attól félhetnek, hogy elvesztik a kontrollt. Nekik a medicalizált gyakorlat adhat reményt arra, hogy a zűrzavarban némi kontrollt megtarthassanak (Raphael-Leff, 1993).

A kettősség másképp is megjelenik: az új lehetőség, a teremtés, a kiteljesedés, másrészt pedig a leendő korlátok, melyeket a gyermek jelent, illetve az új helyzetből fakadó szorongás. E krízis megoldásának eredménye a magzat elfogadása, il-



letve az apához való viszony átalakítása, mely magában foglalja a megváltozott szexualitást is. Ezen kívül, ahogy már említettem az anyával való viszony is átalakul (Szeverényi, 1986).

Maga a várandósság a regresszió egyéb tekintetében is fontos: a nő átéli anyja, sőt nagyanyja várandósságát is. Egyes helyeken, általában a tradicionális kultúrákban ezt sokkal nyíltabban is kifejezik, míg nyugaton, ahol a nukleáris család a jellemző, ez már kevésbé jelenik meg, hiszen a generációk többnyire nem élnek együtt. Így sokkal kevesebb információval rendelkeznek a várandós nők a rájuk váró dolgokkal kapcsolatban, ami bizonytalansághoz vezethet (Raphael-Leff, 1993).

A várandósság során történő biológiai-hormonális változások minden szülés esetében szükségszerűen létrejönnek, ám ezek pszichés átélése nagymértékben függ az anya személyiségétől, fájdalomtűrésétől, szüléssel kapcsolatos fantáziáitól, és azoktól a szociális tényezőktől, amelyek a szülés aktusában körülveszik (Czarnocka és Slade, 2000).

Egy vizsgálat szerint (Sas, 1991) a vizsgált kismamák 47%-a a fájdalomtól, a szenvedéstől fél, 21%-uk a szülési komplikációktól. 10% említette a halálfélelmet, 9% attól félt, hogy rosszul bánnak majd vele. A várandósság során átélt félelmek hatással lehetnek a szülésre, mely, mint látni fogjuk, a szülés utáni pszichés élményeket befolyásolja.

A szülés során átélt fájdalmat számos tényező befolyásolja, de maga az élmény a szülés után is hatással van az anya hangulatára. Ezzel összefüggésben számos kutató szerint a fájdalomérzet a

szülés alatt függ a fájdalom iránti érzékenységtől, a fájdalomélményektől, a szociokulturális háttértől, és az egyén pszicho-fizikális állapotától (Tiba, Mészáros, Bányai, Jakubecz, 1977).

A várandósság során átélt félelmek – ahogy fent említettem – hatással vannak a szülés élményére. Fontos pszichés jelenségről van szó, hiszen a félelem, a szorongás a szimpatikus idegrendszeren keresztül káros feszültséget, a szülés alkalmával pedig fokozottan fájdalmas méhtevékenységet eredményezhet. Kialakulhat a Read-féle triász öngerjesztő köre: félelem – feszültség – fájdalom (a félelem feszítést, feszülést okoz, ez kóros méreteket ölt, és fájdalom keletkezik) (Read, 1944, Chenky, 1988). A szimpatikus túlsúly túlérzékenységhez, elhúzódó szüléshez, kimerültséghez vezet. Ha a fájdalom előre kiszámítható, kontrollálható, akkor a félelem, a bizonytalanság csökkenthető, ezáltal a fájdalomélmény nagysága redukálható. Pozitív reflex kialakításával csökkenthető az a káros kapcsolat, ami a félelem, feszültség és a fájdalom között létrejön. A szülésfelkészítő módszerek is befolyásolhatják a szülés alatt átélt fájdalom intenzitását (Hagymásy, 1994).

A szülésre vonatkoztatva a szimpatikus túlsúly a fontos, amely meggátolhatja a szülés folyamatát, lelassítva azt, negatív élményeket, fájdalmat okozva (Tiba, Juhász, Vértesi, Ritteródesz, Várfalvi, 1989).

A várandósság alatti állandósult, magas szorongásszint a stressz keltette biokémiai reakciók



révén panaszokhoz, klinikai tünetekhez vezethet. A fokozott anyai szorongás és stressz emeli a vérplazma katekolamin szintjét, és szignifikánsan gyakrabban vezet magzati hypoxiához a méh kontrakciói alatt (Spielberger, Jacobs, 1978, Idézi: Tiba, 1989). Más szerzők a szülészeti szövődmények és a műtétes szülésbefejezések szorongási szinttel való összefüggését emelik ki (Robert, McDonald, 1968, Idézi: Tiba, 1989). Tehát a magasabb szorongásszintet mutatók esetében több komplikáció várható, illetve újszülöttjeik állapota is rosszabb. Náluk hosszabb a vajúdás, több a szövődmény, és valószínűbb a szülésbefejező beavatkozás (Tiba, 1989).

Mindezekről fontosnak tartok szólni, hiszen egyes kutatók szerint a magyar állapotos nők 40%-a tartósan szorong (Boda, 1994). Ennek okaként a szerzők különböző szempontokat sorolnak fel: életformaváltás, szerepváltás, de egyesek szerint a személyiség stabil vonásáról van szó (Grimm, 1961).

Kutatásom témáját érinti, hogy a szülés élményének milyen hatásai vannak a későbbiekre, így fontosnak tartom kiemelni, hogy az anya állapota milyen következményekkel járhat. Számos kutatás vizsgálta a depressziós tüneteket mutató anyák kapcsolatát gyermekével (Pl. Murray, 1991, Amaniti, 1991, Lundy, Field, 1996). Murray például azt figyelte meg, hogy az anyai depresszió hatással van a gyermek kognitív fejlődésére, a kötődési mintázatra, és viselkedési problémák is megfigyelhetők az ilyen babáknál,

például alvási problémák, dühkitörések, evési problémák, önállótlanág.

Brahams (1995, Idézi: Lundy és Field, 1996) azt találta, hogy a depressziós édesanyák gyermekeinél csökkent motoros tónus, alacsonyabb aktivitási szint mellett a Brazelton-skálán is kevesebb pontot értek el. Ezek mellett ezek a csecsemők ingerlékenyebbek, édesanyjuk kevesebbszer néz rájuk, kevesebbszer érinti meg őket, és beszél hozzájuk, így nehezebben lépnek interakcióba másokkal. Mások a pszichomotoros hátrányokat, a nyugtalanságot és a szorongást emelik ki (Emde, 1983, Field, 1987, Lewis és Miller, 1990 stb.). Ugyanezek a szerzők felhívják arra a figyelmet, hogy a perinatális időszak különböző depressziófajtái nem ugyanolyan hatást fejtenek ki a babára, és az anya-gyerek kapcsolatra. Wrate (1985) három éveseknél viselkedéses zavarokat talált depressziós anyák gyermekeinél, Cogill (1986) négyévesek kognitív teljesítménye során talált hátrányokat (Idézi: Cox, Holden, Sagovsky, 1987).

Egyes szerzők (Lundy, Jones, Field, Nearing, Davalos, és mtsai, 1999) azt találták, hogy már a várandósság alatti depresszió is hatással van a magzatra, és nem pusztán az anya „depressziós karaktere” a meghatározó, mivel a megemelkedett kortizol és norepinefrin, és alacsony dopamin szint már az anyaméhben hat a magzatra.

Összegezve: a fenti áttekintésből látható, hogy a szülés folyamata, az azt meghatározó tényezők, és azok pszichés átélése hosszabb távon is hatás-



sal vannak az anya-gyerek kapcsolatra, így a szülés nem pusztán önmagában fontos esemény.

A fenti hatásokra nézve kutatásomban olyan tényezőket vettem számba, melyek az eddig általam olvasott irodalom, illetve a személyes tapasztalatok alapján befolyással lehetnek a szülés élményére. Céлом, hogy ezeket a tényezőket részletesebben megvizsgálva a szülésfelkészítő tanfolyamok kialakításában, illetve a kommunikáció hatékonyságának növelése érdekében ezen eredmények irányt mutassanak. Fel szeretném hívni arra a figyelmet, hogy milyen fontos a leendő anyák hiedelmeinek feltárása a várandósság alatt, és ennek módosításában milyen nagy szerepe van a kórházi személyzetnek. Továbbá mindezeket az eredményeket annak bizonyítására is fel szeretném használni, hogy a szülés élménye önmagában egy fontos esemény, de hosszú távon is kapcsolatba hozható a későbbi anya-gyerek kapcsolattal, így kiemelten kell vele foglalkozni, hiszen előrejelző értéke lehet.

Vizsgálatom egyik központi témája az, hogy a szülés során átélt fájdalom milyen tényezőkkel állítható összefüggésbe, illetve egyáltalán összefüggésbe állítható-e.

Emellett a szülés élményét meghatározható szempontokat fogok vizsgálni, többek között a stresszel való megküzdési stratégiák „hatásait”. Vizsgálatom célkitűzése hiánypótló abból a szempontból is, hogy ilyen jellegű kutatásra vonatkozóan sajnos eddig csak csekély számú szakirodalom lelhető fel. A vizsgálatban résztvevő

anyák átlagéletkora 30,7 év. A legfiatalabb nő 23 éves volt, a legidősebb 42 éves. A 42 nőből 33 most szült először. A várandósságok átlagos hossza 39 és fél hét, a legrövidebb várandósság 35 hetes volt, a leghosszabb 42 hetes.

A 42-ből kilencen szültek epidurális érzéstelenítés mellett, és tizenegyen császármetszéssel adtak életet babájuknak, de csak hat kismama volt, aki epidurális érzéstelenítés mellett szült császárral.

A következő fontos eredményeket találtam:

1. A magas szorongásszint, legyen az a vonás- vagy a szülésre aktuálisan jellemző szorongásszint, előre jelzi a szülés után megjelenő depresszív állapotot. Tehát akik a szülés előtt magasabb pontszámot értek el a STAI-n, azok a szülés után az EPDS-en is magasabb pontszámot mutattak. A két mutató együtt járását vizsgáltam: a vonásszorongás ($r = 0,795$, $p < 0,001$), s a szüléssel kapcsolatos szorongás esetében ($r = 0,038$, $p < 0,005$) hasonlóan szignifikáns eredményeket kaptam.

2. Az elvárt fájdalom mértéke adataim szerint összefüggésben volt azzal, hogy utólag az anya mekkora fájdalomról számol be. Tehát aki nagyobb mértékű fájdalmat várt a szülés előtt, az utólag nagyobb mértékű fájdalomról is beszámolt be ($r = 0,287$, $p < 0,05$).

3. Az önellfogadás és a fájdalomelvárás kapcsolatára vonatkozóan a következő eredményt találtam: nagyobb mértékű önellfogadás esetén nagyobb mértékű fájdalomra számítanak a leendő anyukák ($r = -0,358$, $p > 0,05$). Tehát azt mondhatjuk,



hogy a magasabb önelfogadást mutató anyák nagyobb mértékű fájdalmat várnak a szülés előtt.

4. A megküzdéssel kapcsolatban igen érdekes eredményt találtam: teljesen mindegy, hogy probléma- vagy érzelemfókuszú megküzdésről volt-e szó, a megküzdési stratégiák megléte hatással volt a várandósságra. A két stratégia bármelyikével rendelkező nők várandóssága tovább tartott, illetve nagyobb súlyú babákat hoztak a világra.

A vizsgált mintám növelésével kapott további adataim azonban a fenti eredményeket nem erősítették meg, sokkal inkább megcáfolták azokat.

A megküzdésnek érdekes aspektusa tárult fel az újabb eredmények feldolgozása során. Az érzelemfókuszú megküzdést előnyben részesítők nagyobb valószínűséggel éltek át a szülés után negatívabb érzelmeket. Tehát akik magasabb pontszámot értek el az érzelmi megküzdés skálán, a szülés utáni depressziót mérő skálán is magasabb értékeket mutattak ($r = 0,477$; $p < 0,01$).

5. A szülés élménye hatással van a szülést követő időszakra. Hipotézisem, mely szerint, aki negatívabban éli meg a szülést, az magasabb pontszámot fog elérni a szülés utáni depressziót mérő skálán, beigazolódott ($r = -0,636$, $p < 0,05$).

6. Adataim szerint nincs szignifikáns különbség az epidurális érzéstelenítést kérő szülő nők utólagos fájdalomélménye, és a fájdalomcsillapítás nélkül szült nők fájdalomélménye között, sem a testi élményt illetően ($t = -0,543$, $p > 0,05$), sem az „összességében” megélt szülésélményt illetően ($t = 0,486$, $p > 0,8$).

Továbbá nem volt szignifikáns kapcsolat a szülés utólagos értékelése (összességében hogyan értékeli a szülést), és aközött, hogy valaki császármetszéssel szült-e, vagy hüvelyi úton. Azt vizsgáltam, hogy a császármetszéssel, illetve természetes úton szült nők utólagos fájdalomélménye között van-e különbség. Adataim szerint ($t = -0,093$, $p > 0,9$) a két csoport között nem volt szignifikáns különbség.

7. A szülésre vonatkozó szorongásszint kapcsolatban volt a szülés során alkalmazott epidurális érzéstelenítés használatával. A kapcsolat nem szignifikáns, de tendenciaszerű, figyelmeztető jellegű: akik kértek fájdalomcsillapítást, jobban szorongtak ($t = -1,868$, $p = 0,069$). Továbbá azt a kérdést megvizsgálva, hogy mit várnak maguktól a kismamák, nagyon változatos válaszokat kaptam, mégis két csoportba oszthatók e válaszok. Voltak, akik aktívan szeretnének részt venni a szülésben (pl. „erős leszek és kiségittem a világra a babát, és hogy ő is segít nekem” „koncentráció, együttműködés, figyelem”), és voltak, akik passzív feladatot szabtak maguknak (pl. „én mindent megteszek, amit az orvos vagy a szülésznő mondani fog...”). A vizsgálat során nyert adatok tehát számos hipotézisemet megerősítették. A szorongás és a szülés utáni hangulat - adataim szerint - jelentősen összefüggnek. Ezt a hipotézisemet Hagymásy (1994) pszichofiziológiai elméletére alapoztam (ld. fent).

Másik hipotézisem szerint: melyet egy szociálpszichológiából jól ismert megközelítésből me-



rítettem (Merton, 1948, Darley és Fazio, 1980, Idézi: Smith, Mackie, 2004), az elvárásaink befolyásolják az események észlelését. A szülésre vonatkoztatva ezt a gondolatot Raphael-Leff (1993) ismerteti könyvében, s adataim szerint is az elvárt fájdalom mértéke összefüggésben van azzal, hogy az anya utólag hogyan számol be a szülés során átélt fájdalomról.

Humanisztikus megfontolásokra alapoztam (Rogers, 2004), amikor azt feltételeztem, hogy a pszichés jóllét, azon belül is az önelfogadás kapcsolatban van a szülés élményével. Adataim ezt a hipotézisemet részben igazolták, tapasztalataimra alapozva is fontosnak tartom, hogy a várandósság idején a felkészítő kurzusok az – igen fontos – tárgyi információk mellett a pszichés jóllétre is helyezzenek hangsúlyt.

A várandósság, mint krízisidőszak (pl. Molnár, 2005) elméletéből kiindulva a megküzdési stratégiák szerepét is vizsgáltam dolgozatomban. A megküzdés és a szülés utáni érzelmi állapot kapcsolata arra hívja fel a figyelmet, hogy már a várandósság alatt lehet foglalkozni azokkal az érzelmi tényezőkkel, amelyek a személyiség megküzdési stratégiáit meghatározzák. A várandósság alatti felkészítés szerepe lesz itt hangsúlyos, a meglévő erőforrások aktivizálásával.

Szintén gyakorlati szempontból fontos az az eredmény, amit Varga és munkatársai (2002) is kiemelték, hogy az EDA-val, illetve anélkül szült nők utólagos fájdalom-beszámolója között nincs szignifikáns kapcsolat.

Bár a következő adatok nem voltak szignifikánsak, tendenciaszerűen megfigyelhető, hogy aki jobban szorong a szülésre gondolván, az kevesebb szülésfelkészítő fórumon vett részt. Fontos eredmény ez, hiszen az információ szorongáscsökkentő hatását nem egy helyen használják a gyakorlatban.

Az írásos beszámolók alapján kiemelhetjük a kórházi környezet, személyzet fontosságát, hatását a várandósság, és a szülés élményére vonatkozóan.

E tendenciák arra is felhívták figyelmemet, hogy a szorongásnak nem csak magára a szülés élményére van hatása, hanem hosszú távon is vannak következményei az anya-gyerek kapcsolatra nézve, illetve a szorongó anyák az információkat is inkább kerülik, így kevesebb információval fognak rendelkezni, ami esetleg hátrány lehet a szülésre, és a későbbiekre nézve is.

A fent említett faktorok hátterében állhat a szorongás, mely a várandósság elejétől meghatározó, hatással van a várandósságra, a szülésre, és hosszú távon hangulati zavarok alapját képezheti. Így azt gondolom, hogy ez az egyik fő faktor, melyre a várandós gondozás során kiemelt figyelmet kell fordítani.

Összességében tehát kiemelném a kórházi környezet fontosságát, a közvetlen kórházi-személyi környezet szerepét, és a szülésfelkészítő fórumok kettős szerepét: a tárgyi információk mellett a személyi fejlődésre is nyújtsanak lehetőséget.



IRODALOMJEGYZÉK

- Ammaniti, M.** (1991) Maternal Representations During Pregnancy and Early Infant-Mother Interactions. *Infant Mental Health Journal*. 12 (3) 247-256.
- Atkinson, L., R.** (2001) *Pszichológia* Osiris, Budapest. 132-133.
- Boda, M.** (1994) *A gyermekvállalási kedv és az egészségügy kapcsolata* Lege Artis Medicinae, 4(6), 584-586.
- Dr. Bolodár, A.** (2005) *Élettani változások a várandós nő szervezetében.* In: Rigó, J., Papp, Z. (szerk.) *A várandós nő gondozása* Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Carver, S., C., Scheier, F. M.** (2002) *Személyiségpszichológia* Osiris, Budapest.
- Chenky, K.** (1988) *Szülési, szülésselőkészítési alternatívák* In: I. Várandósság- szülés- születes, Társadalmi Változások, életfordulók MTA Szociológiai Kutató Intézet, Kézirat, Budapest.
- Cole, M., Cole, S., R.** (2003) *Fejlődéslélektan.* Osiris, Budapest.
- Comer, R., J.** (2000) *A lélek betegségei.* Osiris, Budapest.
- Cox, J., L., Holden, J., M., Sagovsky, R.** (1987) Detection of Postnatal Depression Development of the 10- item Edinburgh Postnatal Depression Scale *British Journal of Psychiatry*. 150. 782-786.
- Czarnocka, J., Slade, P.** (2000) Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms. *British Journal of Clinical Psychology*, Vol. 29., No.1. 35-57 (17).
- Dr. Donáth, T.** (1999) *Anatómia- élettan.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Dúll, A.** (2001) *Az érzékelés és az észlelés.* In: Oláh, A., Bugán, A. (szerk.) *Fejezetek a pszichológia alapterületeiből.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Grimm, E.** (1961) *Psychological tension in pregnancy.* *Psychosomatic Medicine*, 23, 520-527.
- Hagymásy, L.** (1994) *Családközpontú szülészet* Signatura, Nyíregyháza.
- Karczag, J.** (1998) *A Gottschalk-Gleser- féle tartalomelemzési módszer* In: Mérei, F., Szakács, F. (szerk.) (1998). *Pszichodiagnosztikai Vademecum*, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Károvi, J., Szekeres, L., Juhász, Gy., Kincses, Zs.** (1989) *A szülési stressz vizsgálata.* *Magyar Nőorvosok Lapja*. 52. 22-26.
- Kincses, Zs., Károvi, J.** (1999) *A szülési fájdalomcsillapítás.* In: Doszpod, J., Cseh, I. *A szülészet és nőgyógyászat aktuális kérdései.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Leboyer, F.** (1994) *A gyöngéd születés.* Twins, Budapest. 39.
- Lundy, B., L., Jones, N., A., Field, T., Nearing, G., Davalos, M., Pietro, P., A., Schanberg, S., Kuhn, C.** (1999) Prenatal Depression Effects on Neonates. *Infant behavior & development* 22 (1) 119-129.



- Lundy, B., Field, T., Pickens, J.** (1996) Newborns of Mothers With Depressive Symptoms Are Less Expressive. *Infant Behavior and Development* 19 419-424.
- Molnár, A.** (1990) *Kissúlyú újszülötteleket szült asszonyok összehasonlító életmód vizsgálata*. KSH, Agrober, Budapest.
- Molnár, E.** (2005) *A várandósság pszichológiája* In. Rigó, J., Papp, Z. (szerk.) *A várandós nő gondozása*. Medicina Könyvkiadó, Budapest
- Murray, L.** (1991) Intersubjectivity, Object Relations Theory, and Empirical Evidence from Mother- Infant Interactions. *Infant Mental Health Journal* 12 (3) 219-232.
- Neményi, M.** (1991) *Anyává válás*. In. Hanák, K. (szerk.) *Várandósság- szülés- születés II*. MTA Szociológiai Kutató Intézet, Budapest.
- Oatley, K., Jenkins, J., M.** (2001) *Érzelmeink*. Osiris, Budapest.
- O'Connor, J., Seymour, J.** (1996) *NLP Bioenergetic*, Piliscsaba.
- Oláh, A.** (1993) *A megküzdő viselkedés vizsgálata serdülőknél: a megküzdési preferencia kérdőív*
- Oláh, Zs.** (1999) *Biológia II*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Perczel Forintos, D., Kiss, Zs., Ajtay, Gy.** (szerk.) (2005) *Kérdőívek, becslőkálák a klinikai pszichológiában*. OPNI, Belső használatra, Budapest.
- Pető, Z., Frater, R.** (1991) *Várandósság, szülés, változó kor* (A női reprodukció pszichiátriája) Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Read, G. D.**, (1944) *Childbirth without fear*. Harper Bross. New York, Natural Childbirth. Heinemann, London, 1933.
- Raphael-Leff, J.** (1993) *Pregnancy The inside story* Sheldon Press, London.
- Rogers, C. R.** (2004) *Valakivé válni*. Edge 2000, Budapest.
- Ryff, C.** (1998) *Psychological Well-Being Scales*. Kézirat.
- Sas, J.** (1991) *A várandósság ideje* (Kutatás a Pest megyei agglomerációban) In. Hanák, K. (szerk.) *Várandósság- szülés- születés II*. MTA Szociológiai Kutatóintézet, Budapest.
- Sipos, K., Sipos, M., Spielberger, C., D.** (1998) *A State-Trait Anxiety (STAI) magyar változata* In. Mérei, F., Szakács, F. (szerk.) *Psychodiagnosztikai Vademecum I/2*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. 122-134.
- Smith, E., R., Mackie, D., M.** (2004) *Szociálpszichológia*. Osiris, Budapest.
- Suhai-Hodász, G.** (2000) *Nem csak gyermek születik... A szülés körüli élmények összehasonlító vizsgálata* Szakdolgozat. ELTE, BTK, Budapest.
- Szentágothai, J., Réthelyi, M.** (2002) *Funkcionális Anatómia III* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 1389-1433.
- Szeverényi, P.** (1986) *A várandósság pszichológiája* In. Lampé, L. (1986) *Szülészet-nő-*



gyógyászat II. (A várandósság pszichoszomatikája). A DOTE Női Klinikájának kiadványai, 13(3), 5-21

Szigeti, M. (2002) *A személyiség, a szülésfelkészítés és a szülés élményének összehasonlítása Szakdolgozat.* ELTE BTK, Budapest.

Tiba, J. Juhász, Gy., Vértesi, M., Ritteródesz, E, Várfalvi, M. (1989) *A várandósság alatti szorongás és mérése.* Magyar Nőorvosok Lapja. 52. 3-5.

Tiba, J., Mészáros, I., Bányai, É., Jakubecz,

S. (1977) *Hipnózissal szerzett tapasztalataink a szülés alatti fájdalomcsillapításban.* Orvosi Hetilap 118.41 2443.

Varga, K. (2006) *Szuggesztiók módosult tudatállapotban.* In. Vértesi, G. (szerk.) *Hipnózis- Hipnoterápia.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Varga, K., Suhai-Hodász, G. (2002) *Szülés és születés.* Pólya Kiadó, Budapest.

Wall, P. (2003) *Fájdalom, a szenvedés tudománya.* HVG Press Kft, Budapest.



Kérdőíves módszerrel szerzett gyakorlati tapasztalatok

Balatoni Ágnes

Védőnő, demográfus

E-mail: balatoni.agnes84@chello.hu

Az élet folyamán minden egyén életében vannak olyan kritikus pontok, melyek odafigyelést, a társadalomtól fokozott törődést igényelnek, ha azt akarjuk, hogy az egészség meghatározóan ne károsodjon. Ilyen a magzati fejlődés folyamata és a szülés körülményei.

A fel nem ismert, vagy szövődményeket okozó, anyai hangulatzavar kihat az egész család életére, a személyközi kapcsolatokra, sőt a gyermek későbbi érzelmi, pszichológiai fejlődésére, magatartására is. A kezelés elmaradása károsan befolyásolja az anya személyiségét, a nyiladozó elméjű csecsemő életének legfogékonyabb periódusát egy depressziós anya mellett tölti el. A csecsemő koragyerekkori tapasztalatai alapján érzékeli a világot, és felnőve ezeket a tapasztalásokat játssza újra. Kapcsolatait, kötődési mintázatait, bizalmát, megküzdési módjainak gyökereit, belső életre szóló programját tanulja az anyával lévő kontaktusban. Ezért a korai anya-gyermek interakciók jelentősége mára vitathatatlan tényé vált. A szülés utáni érzelmi zavarok megjelenése, ezt az optimális, különleges kapcsolatot zavarja meg.

A nők életében minden szempontból kiemelkedő jelentősége van a várandósságnak, szülésnek és gyermekágyas időszaknak. Örömteli esemény ez, ugyanakkor egy fokozott stresszel és hormonális-testi változásokkal együtt járó állapot, mely mind fizikális, mind pedig érzelmi szempontból igénybe veszi a családot. Természetes folyamatról van szó, mégis sokszor tapasztalhatóak olyan érzelmi reakciók, amelyek nehezen küzdhetőek le, vagy külső segítség nélkül fel sem oldhatók. Ezen időszakban gyakrabban jelentkeznek segítséget igénylő pszichés problémák is.

A szülést követő időszak pszichiátriai problémáit három fő kategóriába soroljuk



Szülést követő lehangoltság (Postpartum blues): a szülő nők 50–85%-nál jelentkezik a szülést követő 1 héten belül. Átmeneti állapot, kezelést nem, de a környezet fokozott odafigyelését igénylő állapot.

Szülés utáni (Postpartum/postnatalis) depresszió (PND): 10–20% -os gyakoriságú, sokszor fel nem ismert állapot. Kezelés nélkül súlyos szövődményei is lehetnek. Korábbi szorongásos vagy depressziós probléma, vagy ennek előfordulása a családban növeli a kockázatát.

Súlyos pszichiátriai zavar (Postpartum pszichózis): ritka (0,1-0,2%), kezelés nélkül az anya és a gyermek élete is veszélybe kerülhet.

KIVÁLTÓ TÉNYEZŐK

Mint minden testi és lelki betegség esetén a depresszió hátterében is soktényezős oki folyamat szerepel. A depresszió kialakulása az egyéni sérülékenység (vulnerabilitás) és a környezeti hatások (pszichés terhelés, stresszhatások) egyensúlyának függvénye. Az egyéni vulnerabilitást örökletes tényezők alapozzák meg. Ezt bizonyítja számos olyan vizsgálat, amely depressziósok és nem depressziósok (ún. kontroll csoport) családjában követte nyomon a betegség előfordulását. A vizsgálatok azt mutatják, hogy a kétfázisú (ún. mániás-depresszió) depresszióban szenvedő betegek hozzátartozóiban a betegség 10–18-szor gyakrabban fordul elő, mint a kontroll személyben. Az egyfázisú depresszió rizikója a beteg hozzátartozóiban 2-3-szoros.

Az öröklött hajlamra rakódnak rá, ezt módosíthatják a korai életévek tapasztalatai: az any gyermek kapcsolat milyensége, a nevelési módszerek, a családi légkör. Ezek a tényezők határozzák meg, hogy hol helyezkedünk el azon a széles skálán, ami azok között húzódik, akik extrém súlyos negatív élmények hatására sem betegszenek meg, és akik láthatólag nyilvánvaló ok nélkül lesznek depressziósak.

Az ún. környezeti tényező a depresszió esetében olyan stresszt okozó életeseményeket jelöl, ami beindítja a betegség kialakulását. Számos olyan életesemény van, ami kimerítheti az alkalmazkodóképességet.

SZÜLÉST KÖVETŐ HANGULATZAVAROK KIALAKULÁSA

A gyermekágyi depresszió ok-okozata



A GYERMEKÁGYI DEPRESSZIÓ FELISMERÉSE

Adekvát szűréssel, interjúkészítéssel, kérdőív használatával, a szorongásos állapotok és hangulatzavarok időben felismerhetőek, az édesanya segítségért, kezelésért tovább irányítható.

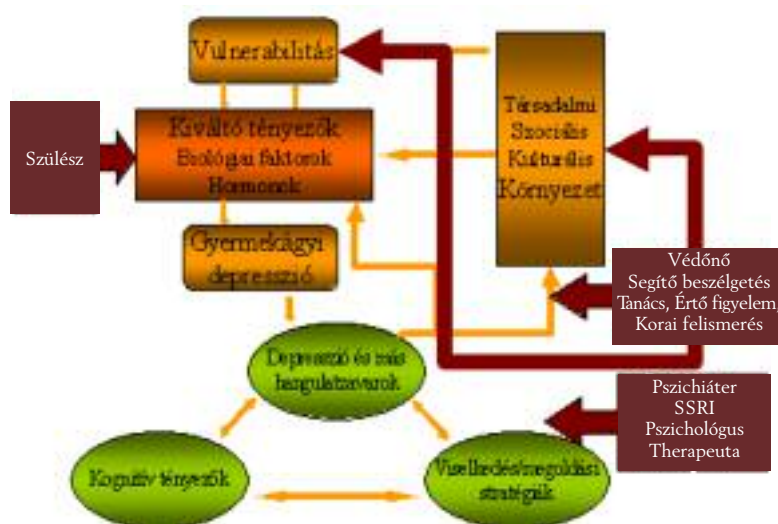
Felismerhetővé válik, hogy elég lesz-e egy feltáró, segítő beszélgetés a védőnővel, vagy pszichológus, módszer-specifikus terapeuta, esetleg pszichiáter bevonása szükséges. Időben történő felismeréssel, minden szakaszban van lehetőség, mind a visszafordulásra, mind a teljes gyógyulásra, megakadályozva ezzel a hosszú távú következményeket, személyes tragédiákat.

A kóros érzelmi hullámzások odafigyeléssel, iránymutatással, helyes irányba terelhetők. Vajon megkapja az anya ezt a segítséget? Hiszen, ha teljesen tehetetlennek és szerencsétlennek érzi magát, valószínűleg az is meghaladja pillanatnyi képességét, hogy segítséget kérjen.

A partnernek, nagyszülőknek, barátoknak, nem utolsósorban az egészségügyben dolgozóknak, védőnőknek tudni kell arról, hogy létezik a gyermekágyi depresszió.

A szülést követő hangulatzavarok felismerése, kezelése multidiszciplináris és multiszektoriális együttműködést igényel és feltételez. Ezen belül minden szakterületnek van feladata, és fontos, hogy képzettségének megfelelően maximálisan közreműködjön, közreműködhesen.

A szülést követő hangulatzavarok felismerésének, kezelésének lehetőségei



A VÉDŐNŐI ELLÁTÁS SZEREPE

A gyermekágyi depresszió indulásakor az aszszony érintőlegesen és véletlenszerűen áll orvosi felügyelet alatt, így csak a védőnőtől kaphat intézményesen segítséget. A védőnő a leginkább preventív szemléletű szakember. A védőnőket kedvezően fogadják, bebocsátást kap a család intim szférájába, s ezáltal bizalmi kapcsolatba kerülhet a gyermekágyassal, és környezetével.

Ez a bizalmi kapcsolat kulcsfontosságú, ez segíthet a probléma korai felismerésében, megoldásában. A körzeti védőnők a szülés utáni 6. hétig heti rendszerességgel látogatják a kismamákat. Csak így derülhet ki időben, hogy segít-



ségre van szükség, csak így válhat eredményesen működőképpessé a jelzőrendszer.

A védőnő lehetősége, kompetenciája négy területre osztható:

A védőnők szerepe és lehetősége



A SZÜLÉST KÖVETŐ HANGULATZAVAROK SZŰRÉSE KÉRDŐÍVES MÓDSZERREL

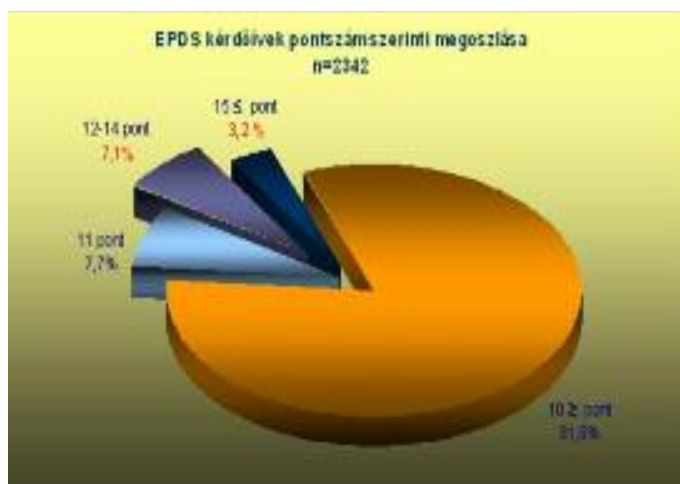
Adekvát szűréssel, interjúkészítéssel, kérdőív használatával, a szorongásos állapotok és hangulatzavarok időben felismerhetők, az édesanya segítségért, kezelésért tovább irányítható. Felismerhetővé válik, hogy elég lesz-e egy feltáró, segítő beszélgetés a védőnővel, vagy pszichológus, módszer-specifikus terapeuta, esetleg pszichiáter bevonása szükséges. Időben történő felismeréssel, minden szakaszban van lehetőség, mind a visszafordulásra, mind a teljes gyógyulásra, megakadályozva ezzel a hosszú távú következményeket, személyes tragédiákat.

Komárom-Esztergom megyében a gyermekágyas védőnői látogatás részeként, a depresszió

szűrésére, bevezetésre került az Edinburgh Postnatal Depression Scale, s egy részben saját fejlesztésű kérdőívet is létrehoztunk. Mindez a védőnői és a szülészeti ellátás jó együttműködésének eredménye. A védőnők családlátogatásaik során töltik ki a kérdőívet, rögzítik személyes benyomásaikat, beszélgetnek a témáról a kismamával, ezzel is segítséget, támogatást nyújtva a probléma megoldásához. Tapasztalataink szerint az anyák kifejezetten örülnek az ilyen jellegű rákérdezésnek, s spontán is elkezdik sorolni panaszukat, nehézségeiket.

Az EPDS kérdőíven a válaszokat 0 és 3 pont között értékeljük, aszerint hogy negálta, ill. abszolút egyetértett a kérdéssel. Ez alól csak az első két kérdés kivétel, ahol fordított a kérdés felvetés módja. A standard előírásai szerint, 12 pont felett – figyelembe véve a gondozás során szerzett tapasztalatokat – szakorvosi, pszichológusi konzultáció szükséges.





Anyagunkban 10,3% a postpartum depresszió, míg az irodalom ezt 7-10% között adja meg.

Szerencsére az esetek többségében a postpartum depresszió átmeneti jellegű volt, melyre a nagyobb odafigyelés, a problémák megbeszélése a védőnővel, családtaggal elegendő volt.

Igazán súlyos, pszichiátriai kezelést igénylő esetünk nem volt, így ez csak becslhető, tized százalékos nagyságrendben.

A 10,3%-os postpartum depresszióknak minősített 50 esetben - 3 kivételével - a szülés utáni 4. héten történt az adatfelvétel. A veszélyeztetett csoportba tartozók átlag életkora 28,2 év. Magasabb, mint a megkérdezett populációé, mely 26,3 év.

Vizsgálatunkban az esetek 2/3-ában már az első gyermek megszületését követően megfigyeltük a szülés utáni, tartósan lehangolt kedélyállapotot.

Felmerülhet a kérdés, hogy miért éppen a védőnő? Miért akarnak a védőnők depressziót

szűrni? A védőnő nem diagnosztizálhat, nincs rá kompetenciája! A szűréssel egy problémát generálunk, hisz hová kerülnek a kiszűrtek, hiszen nincs megfelelő ellátó hálózat, s amúgy is túlterheltek a pszichológusok, pszichiáterek!

A védőnő jelen van a családok mindennapi életében, ismeri a gondozottat. Tapasztalatok szerint a pontszám elengedhetetlen információ, a védőnő személyes véleménye a másik nagyon fontos adat, figyelembe véve a várandósság egészét. Hányszor, s miért fordult az asszony orvoshoz, a védőnői szolgálathoz, volt-e hiperemézise, imminens panasza stb. Kiderült-e valami, s mi a személyiség vertikális feldolgozása, megismerése során stb?

A védőnő nem diagnosztizál, nem mondja ki, hogy depresszióról van szó, egyszerűen pontszámot illeszt össze a gondozás folyamán szerzett tapasztalatával, tudásával, s ismeretei birtokában tovább tudja irányítani a gondozottat speciális segítségért.

MEGOLDÁS

A megoldásban a korai felismerés, a védőnő empátiája, a feltétel nélküli elfogadás és a hitelesség rendkívül fontos.

– A gyermekágyi depresszió nagyjából ugyanazokat a tüneteket mutatja, mint a szüléstől független. Egy olyan „szerencsés” depressziófajta, amelyben enyhe esetekben az egészségügyi személyzetnek csak az a dolga, hogy az értő figye-



lem, az aktív hallgatás eszközével meghallja, hogy mi rejlik a depresszió mögött az adott esetben, mi az, ami az anya életében ott és akkor elviselhetetlen. Az érzelmek feltárása és megfogalmazása, a problémák konkretizálása, kisebb célok kitűzése önmagában segít.

– A szűrés tekintetében a kérdőív diagnózis felállítására interjú nélkül nem alkalmas, arra viszont kiváló, hogy az elért magas pontszám alapján, szakember segítségét kérje a védőnő a további munkához, illetve megfelelő szakemberhez irányítsa az érintettet (pszichológus, pszichiáter, pszichoterápiás csoportok).

Mi történik a kiszűrést követően?



A TERÜLETI VÉDŐNŐ ALAPFELADATA ÉS KOMPETENCIÁJA A GYERMEKVÁLLALÁS KÖRÜLI HANGULATZAVAROKBAN

Egyéni és csoportos preventív tevékenység keretében tájékoztatás a várandós időszakban bekövetkező pszichés változásokról. Kiemelt fi-

gyelmet fordítva a szülést követő hangulatzavarok kialakulására, az anyává válás folyamatára, a lehetséges szerepkonfliktusokra, s azok megoldási módjaira, a segítségnyújtás lehetőségeire.

– A gondozásba vételkor a rizikótényezők megbeszélése, feltárása, szaktanácsadás a megelőzés, elkerülés, csökkentés, megszüntetés érdekében.

– A szülést követően, a korai észleléshez szükséges a szűrővizsgálatok szakmai előírások szerinti elvégzése.

– Az illetékességi körébe tartozó személyek és családok pszichés egészségi állapotának és környezetének nyomon követése, az értő figyelem, aktív hallgatás eszközeinek alkalmazásával. Eltérés, tünet, kóros elváltozás, érintettség, megbetegedés gyanújának észlelése (pl. kérdőív 10. kérdésére 0-nál nagyobb szám adása) esetén a gondozott szakemberhez irányítása.

– Az ellátást végző orvos gyógyításra vonatkozó útmutatásainak betartatásával segíti, támogatja a kezelés eredményességét.

– Kóros változás esetén az ellátást végző orvos haladéktalan értesítése.

– Veszélyeztetettség észlelése esetén az adatvédelem, a titoktartás szabályait kiemelten betartja.

– A védőnő rendelkezzen a mentálhigiénés segítségnyújtást biztosító intézmények, szervezetek, szakemberek adatbázisával.

– Egészségfejlesztéssel, pszichoszociális támogatással segíti a szükségszerűen kialakult hely-



zet elfogadását, az elfogadható körülmények és életvitel kialakítását.

– A párkapcsolat, a családi élet egyensúlyának megtartása, szükség esetén újraalakításának segítése. Az érintett személyek családi, közösségi integrációjának elősegítése.

– A szükségszerűen kialakult állapot vagy helyzet elfogadásának segítése.

– A további egészségromlás megelőzése, csökkentése.

– Elfogadás, elfogadtatás, tapintat, ösztönzés a helyzete vállalására – a fejlődés észrevétele.

– Pozitív visszajelzés. Kétoldalú információcsere, felvilágosítás, információ nyújtása a jövő lehetőségéről.

A védőnői ellátás jelzőrendszerként való működtetése az egészségi, mentális és szociális veszélyeztetettség megelőzésében napjaink aktualitása.

A területi védőnői szolgálat tevékenysége elsősorban az egészség megőrzésére, a gondozott családokban előforduló egészségi, mentális és szociális veszélyeztetettség megelőzésére, felismerésére és jelzésére, valamint megszüntetésére irányul. A megelőző ellátás javításában és fejlesztésében is fontos az esélyegyenlőség, és a szükségleten alapuló gondozás biztosítására való törekvés.

A magyar lakosság egészségi állapotának javítása, és a népegészségügyi feladatok megvalósítása érdekében szükséges a felsőfokú védőnői képesítésben rejlő tudás maximális kihasználása és igénybevétele.

IRODALOMJEGYZÉK

Jeannette, M., Paul R., M., Lisa, M., N. (1999) Treating Postnatal Depression A Psychological Approach for Health Care Practitioners

dr. Lux, E. (1997) *Női szerepek a szexuálp-szichológus szemével – A korai kötődés jelentősége a gyermek fejlődésében* – Dr. Gervai Judit MTA Pszichológiai Intézete, Bp. védőnő VII. évf. 1-2 sz.

Atkinson A.K., Rickel, A. U. (1984) Depression in women: The postpartum experience.- Postpartum anxiety in mothers and fathers -Ballard, C.G., Davis, R., Cullen, P. C. Mohan, R. N., & dean, C. (1994) British Journal of Psychiatry, 164

Cox, J. L. (1996) Postnatal depression: A guide for health professionals.- Edinburgh: Churchill Livingstone

Taylor E. (1987) Postnatal depression: what can a health visitor do?- Journal of Advanced Nursing, 14.8. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale Cox JL, Holden JM, Sagovsky R.: Br J Psychiatry 1987 Jun; 150: 782-6.



Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok előfordulása hazánkban Kutatási eredmények kontra gyakorlati tapasztalatok

Dr. Kovácsné Dr. Török Zsuzsa, Dr. Szeverényi Péter.¹, Márton S.²

Klinikai szakpszichológus

DEOEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Debrecen

E-mail: tor05@freemail.hu

Dr. Szeverényi Péter¹

Szülész-nőgyógyász

DEOEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Debrecen

e-mail: szepe@dote.hu

Márton Sándor²

tudományos segédmunkatárs

DE Szociológia és Szociálpolitikai Tanszék

Telefon: 06-(52)-512-900

E-mail: sanmar@puma.unideb.hu

CÉLKITŰZÉS

Vizsgálatunk célja kettős. Egyrészt szeretnénk megtudni, hogy hazai mintánkban milyen gyakran fordul elő a maternity blues és a post-partum depresszió (PPD). Másrészt szeretnénk meghatározni a korai gyermekágyban kialakuló hangulatzavar rizikótényezőit is.

MÓDSZER

Vizsgálatunk két részből állt. Első lépésben 2001. március és 2002. szeptember között 725 szült nőnél a gyermekágy 3. napján az Edinburgh

Postnatal Depression Scale-t (EPDS) vettük fel.

Második lépésben a szülést követően 3-9 hónappal postán küldtük ki az EPDS teszt és a Beck Depression Inventory (BDI) magyar változatát, amelyet Magyarországon régóta a depresszív hangulatzavar szűrésére használnak. Az ismételt vizsgálatban 165 nő vett részt. Mindkét teszten a 10-es küszöbértéket alkalmaztuk.

EREDMÉNYEK

A szocio-demográfiai tényezők közül a PPD kialakulása szempontjából lényegesnek bizonyult



a nő családi állapota, iskolai végzettsége és munkaviszonyának jellege.

Szoros kapcsolatot találtunk a PPD erőssége és a szülészeti mutatók közül a szülések száma, a várandósság lefolyása, a szülésvezetés módja, a koraszülés, hozzátartozó jelenléte illetve a nő saját szüléséről alkotott véleménye között. Az első vizsgálatban kóros EPDS értéket adott a nők 29,8%-a. Az ismételt vizsgálatban kóros EPDS értéket kaptunk a nők 28,7%-ától. A BDI teszt alapján depressziósnak tekinthető a nők 31,5%-a. A két időpontban felvett EPDS eredménye között szoros kapcsolat mutatható ki (OR = 3,840; (95% CI = 1,864-7,911) $p = 0,000$). A két depressziót mérő teszt összevetése alapján azt mondhatjuk, hogy az EPDS nagy biztonsággal alkalmazható a ténylegesen depressziós anyák azonosítására (OR = 22,873; 95% CI = 9,639-54,278 $p = 0,000$).

ÖSSZEFOGLALÁS

A post-partum depresszió előfordulása hazánkban sokkal gyakoribb, mint azt a világ különböző részein végzett korábbi vizsgálatok eredménye jelzi. Vizsgálatunk tapasztalatai a gyermekágyban kialakuló hangulatzavar szempontjából veszélyben lévő anyák korai azonosítására és kezelésére hívják fel a figyelmet.

Ma már alig kérdőjelezi meg bárki, hogy a pszichiátriai megbetegedések – előfordulásuk gyakoriságánál fogva – kiemelkedő népegészségügyi problémának tekintendők. A WHO jelzé-

sei szerint a keresőképtelen állományban töltött napok számában az első tíz helyezett között öt mentális zavar szerepel, és a sort a depresszió vezeti (Murray, 1998). Szintén a WHO előrejelzése szerint 2020-ra a depresszió lesz a második leggyakoribb oka a korai halálnak és a rokkantságnak (Murray, 1996/b).

Ezek a megállapítások sajnos hazánk vonatkozásában is megállják a helyüket. Kopp és munkatársai a magyar népesség körében végeztek felmérést. Adataik szerint a lakosság 31,8 %-a szenved depressziós tünetektől, 7,1 %-a pedig súlyos depressziótól. Ugyanezen tanulmány szerint a 16 év feletti férfiak 27,2 %-ánál, míg a nők 33,3 %-ánál fordul elő különböző súlyosságú hangulatzavar (Kopp, 1997).

Ki kell azt is emelni, hogy a depresszió nem tekinthető nemhez kötött betegségnek, mégis egyértelmű különbségek figyelhetők meg férfiak és nők között a hangulatzavar megjelenési formáinak és előfordulási gyakoriságának tekintetében (Shaw, 1996). Epidemiológiai adatok világszerte azt mutatják, hogy a depresszió megközelítőleg kétszer olyan gyakori nőknél, mint férfiaknál és hogy a betegség első jelentkezése gyakran a gyermekszülés éveire tehető (Belső, 2006; Young, 2002).

A hangulatzavarok egyik legérdekesebb területe a szüléshez társuló pszichiátriai betegségek kérdésköre. Egy nő életében az anyaság első élményei, a szülés, a szoptatás és az első hónapok történései a gyermekkel, általában a vágyott bol-



dogság képzetével azonosak. Ugyanakkor az anyaság örömteli időszakát sokszor lelki problémák teszik boldogtalanná. A szülést követően a hormonális rendszer változása mellett a nőnek új szerepéhez is alkalmazkodnia kell. Átalakul férjéhez, szüleihez fűződő kapcsolata, módosul testképe és énképe is. Így nem meglepő, hogy ebben a rövid életszakaszban számos pszichiátriai zavar jelentkezhet. Kopp és munkatársai 1992-ben végzett hazai vizsgálatának adatai ezt tényszerűen bizonyítják. A GYED-en, GYES-en lévő anyák 33,9%-a bizonyult depressziósnak, 10,1%-nál a hangulatzavar súlyos illetve közepesen súlyos volt (Kopp, 1992). Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a szülés körüli periódust az anya és a gyermek mentális egészsége szempontjából kritikus időszaknak kell tekintenünk.

Epidemiológiai vizsgálatok adataiból tudjuk, hogy a szülést megelőző és követő időszakban a nők 80 %-a tapasztal valamilyen hangulatingadozást. Ezeknek a gyermekszüléshez társuló pszichiátriai betegségeknek számos egyedi sajátossága van, azonban közös precipitáló faktoruk a szülés (Trixler, 1997).

Megdöbbentő adat, hogy a szüléshez társuló hangulatzavarokban szenvedők fele felismeretlen marad, illetve a diagnosztizáltak 30 %-a nem veszi igénybe klinikai segítséget (Appleby, 1998).

Miközben Európa sok országában már évekkel korábban elvégezték a szükséges méréseket, és népegészségügyi léptékű intézkedéseket is elindítottak, Magyarországon a szülés utáni psi-

chiátriai zavarok gyakorlatilag kimaradnak az egészségügyi ellátásból, sőt az előfordulásukról semmilyen országos adattal nem rendelkezünk.

Hazánkban eddig a gyermekágyhoz társuló pszichiátriai zavarok körében szűrővizsgálat nem történt. Debrecenben és vonzáskörzetében (Borsod-Abaúj- és Zemplén Megye, Hajdú-Bihar Megye, Heves Megye, Jász-Nagykun- és Szolnok Megye, Szabolcs-Szatmár-Bereg Megye, Nógrád Megye) a DEOEC Szülészeti Klinikáján működő pszichológiai szakrendelés vizsgálata az első, amely az Edinburgh Postnatal Depression Inventory (EPDS) teszt általunk kidolgozott magyar változatával igen nagyszámú mintán (725+165 fő) mérte a szüléshez társuló hangulatzavarok előfordulását. Az OTKA által támogatott vizsgálat eredményei alapján a szülést követő 3. napon az EPDS teszttel a gyermekágyasok 29,8 %-ánál azonosítható a gyermekágyi lehangoltság (Török, 2007). 3-6 hónappal később a Beck Depresszió Kérdőívvel (BDI) az anyák 31,5 %-nál igazolható a gyermekágyi depresszió.

Hazánkban, az 1992-ben alakult Magyar Pszichoszomatikus Szülészeti Nőgyógyászati Társaság évi rendszerességgel szervez konferenciát. Ezek a tudományos rendezvényeken a szüléshez társuló pszichiátriai zavarok témájával is megismerkedhetnek orvosok, szülésznők és védőnők. Az új rezidensképzés keretében pedig a szülészet-nőgyógyászati pszichoszomatika kurzus több előadás és gyakorlat formájában kiemelten



foglalkozik a női krízisszituációkkal (várandósság, szülés, születés, gyermekágy). Ezek hatásait nemcsak az anya, hanem a család egésze szempontjából is elemzi. Azt mondhatjuk, hogy a hazai szülészeti-nőgyógyászati szakma, a Magyar Védőnő hálózat és a perinatális időszak menedzselésére alakult teamek (l: sikertelen várandósság utáni gondozás) hatékony erőfeszítéseket tesznek a szülés körüli időszak pszichés zavarainak korai felismerésére és prevenciójára.

A szülést követő kóros lehangoltság diagnosztizálása nagyon nehéz feladat. Gátolja ezt az anya szégyenérzete, irreális félelme és önvádlása azzal kapcsolatosan, hogy nem elég jó anya. Így a nő nem kér segítséget, tünetei csak erősödnek. Feladatunk a gyermekágyas büntudatának csökkentése, a jó anya-gyermek kapcsolat létrejöttének a segítése, a nő kompetencia érzésének a növelése (Field, 1992).

A világban leggyakrabban alkalmazott szűrő-módszerek között szerepel a saját vizsgálatunkban is felhasznált EPDS és BDI kérdőív (Cox, 1987, Beck, 1961). Meg kell említenünk a „Két kérdés tesztet”, amelynek szenzitivitása 0,97, specificitása 0,57, tehát megbízhatóan kiszűri a hangulati labilitásban szenvedő gyermekágyasokat (Dosssett, 2008). A két fontos kérdés a következő: „Az elmúlt két hétben érezte-e magát elesettnek, kedvetlennek, reménytelennek?” illetve „Érezte-e, hogy kevesebb örömet talál a mindennapokban és kevésbé érdeklődő emberek/dolgok iránt?”.

Mire kellene még rákérdeznünk a gyermekágyas lelki állapotának a pontosabb azonosításához?

1. Családi és/vagy egyéni anamnézisben előfordult-e korábban mentális betegség? Az általános tapasztalat azt mutatja, hogy a szülést követő labilis hangulatot tapasztalók 73%-nál az előzményben depresszió igazolható volt (Spinelli, 2003).

2. Fontos támpontot adnak a nő várandóssággal kapcsolatos érzései, esetleges ambivalenciája.

3. Jelenlegi élethelyzetének feltérképezése is segítséget ad a kockázati tényezők azonosításához. Családi/társas támogatottságának szintje, minősége, a család anyagi helyzete, a partnerrel, saját anyával kapcsolatos stresszorok a szüléshez társuló hangulatzavarok kialakulása szempontjából meghatározó szerepet játszanak.

A szüléshez társuló pszichiátriai zavarok szűrésére ante- és postnatálisan van lehetőség (Dosssett, 2008). Szülést követően három leginkább veszélyeztetett időszakot kell kiemelnünk:

1. a szülést követő első 2 hét
2. a szülést követő 6 hét (ez pontosan a nőgyógyászati kontrollvizsgálat ideje!)
3. a szülést követő 6 hónap.

A szűrőmódszerekkel azonosított nők számára többfajta preventív és terápiás módszert fejlesztettek ki. Ezek leginkább pszichoszociális módszerek: edukációs vagy pszichoterápiás módszerek. Természetesen a pszichofarmakológiai segítségnyújtás is szóba jön; ezen



belül az antidepresszánsok, a hormonpótló kezelések alkalmazását kell megemlíteni (Zinga, 2005). A szülést megelőző edukáció, ismeretnyújtás segítik a szülővé válás folyamatát, és csökkentik a szüléshez társuló hangulatzavarok valószínűségét. Legtöbbször elegendő a nők edukatív támogatása, megnyugtatása. Hasznos lehet, ha a kismama és partnere számára általános ismereteket nyújtanak a szülést követő hangulatzavarokról is. Ez csökkenti a várandós/gyermekágyas büntudatát, és növeli a partner segítő szándékát, tudja, mikor kell esetleg szakemberhez fordulni (Elliott, 1989, Tam, 2003, Zlotnick, 2001). Több országban önszorgú csoportok illetve képzett terapeuták vállalják fel ezt a munkát. Ugyanakkor az edukációs programok nagy előnye, hogy nem igényelnek kiképzett terapeutát; szülésznő, védőnő, szülész hatékonyan képes ellátni ezt a feladatot! Nagymértékben növeli a programok hatékonyságát, ha hidat képezünk az ante- és postnatális gondozás között. Mit értünk ez alatt?

Ezek a törekvések kifejezetten a várandós-gondozást végzők (szülész, szülésznő, védőnő, szociális munkás, pszichológus) fokozott tevékenységére irányulnak. A gondozói munka történhet már a kórházban és otthoni környezetben is. Kiemelt jelentőségű a gyermekágyas hazabocsátását követő első hét, első hónap! A gyermekágy napjaiban a legfontosabb az, hogy a személyzet valamennyi tagjától egységes, pontos információt kapjon az anya. Támogató tanács-

kat adjunk, és ne kritizáljuk ebben a szenzitív időszakban. A rutin hathetes kontroll vizsgálaton is ki kellene térni a lehangoltsággal összefüggő pszicho-szociális tényezőkre. Az orvosoknak csupán a fele gondolja úgy, hogy a fizikális vizsgálat mellett időt kell szakítani a párkapcsolati, gyermeknevelési problémákra is. A női orvosok közül többen vélik úgy, hogy az anya fáradékonyságára, alvási zavaraira és az újszülött viselkedésére is érdemes rákérdezni.

A kórházi gondozás az osztályos munkába épített, 1-1,5 órás, tetszés szerint igénybe vehető alkalmat jelent (Chabrol, 2002). A megfigyelések szerint az anyák 75 %-a a 3. gyermekágyas napon vette igénybe ezt a szolgáltatást, amelyen mód van a szülői szerep, a „tökéletes anya” irreális képének a finomítására, az ambivalens érzelmek kifejezésére, és a normál újszülött problémáival kapcsolatos információnyújtásra. Egy szerkesztett segédanyag pedig a gyermekágyi lehangoltság és depresszió témakörébe ad betekintést a család számára, megadva a szükség szerint elérhető szaksegítséget. Ez a kórházi gondozási forma szignifikánsan csökkenti a szülést követő pszichés zavarok előfordulását, és pozitív hatása a szülést követő 4-6 hétig igazolható.

Az otthoni gondozás a védőnői munka keretén belül adhat támogatást a szüléshez társuló hangulatzavarok kialakulása szempontjából rizikó csoportba tartozó anyáknak (Armstrong, 1999). 6 hétig hetente, 3 hónapig kéthetente, majd félévig havonta ajánlott a családlátogatás,



mindig az anya időbeosztásához, igényeihez igazodva. A vizsgálatok bizonyítéka szerint az otthoni vizit szignifikánsan csökkenti a gyermekágyi depresszió kialakulását (MacArthur, 2002). Major depresszióban szenvedő nők csoportjában az jelentette a leghatékonyabb segítséget, ha a 8 antenatális vizitet, a szüléskísérést és az igény szerinti otthoni postnatális vizitet UGYANAZ a szülésznő végezte (Marks, 2003).

Mivel a szüléshez társuló hangulatzavarok kialakulása szempontjából veszélyben lévő gyermekágyas tovább küldése a legtöbbször nem sikeres, ezért a legfontosabb a jó, bizalomteli kapcsolat kiépítése az anya és a szülészeti intézmény szakemberei között, amelyben van idő a páciens érzelmeiről szóló beszélgetésre, és amely biztonságérzetet és alapvető információt nyújt az új szülők számára a szülést követő napokban. Ehhez a szülésznő, a védőnő, a klinikai pszichológus, a szülész, a neonatológus, a csecsemőápoló és a szociális munkás összehangolt munkájára van szükség.

IRODALOMJEGYZÉK

Appleby, L., Mortensen, P. B., Faragher E. B. (1998) Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *Br J Psychiat* 173: 209-211.

Armstrong, K.L., Fraser, J.A., Dadds, M.R., Morris, J.A. (1999) A randomized, controlled

trial of nurses home visiting to vulnerable families with newborns. *J Pediatr Child Health* 35: 237-244.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiat* 4: 561-571.

Belső, N. (2006) *A perinatális időszak pszichés zavarai*. In: C. Molnár E., Füredi, J., Papp, Z. (szerk.): Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp: 221-225.

Chabrol, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., Rogé, B., Mullet, E. (2002) Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychol Med* 32: 1039-1047.

Cox, J. L., Holden, J. M., Sagovsky, R. (1987/a) Detection of postnatal depression. *Br J Psychiat* 150: 782-786.

Dossett, E.C. (2008) Perinatal depression. *Obstet Gynecol Clin N Am* 35: 419-434.

Elliott, S.A., Leverton, T.J., Sanjack, M., Turner, H. Cowmeadow, P., Hopkings, J. et al. (2000) A controlled trial of postnatal depression. *Br J Clin Psychol* 39: 223-241.

Field, T. M. (1992) Infants of depressed mothers. *Developm Psychopatol* 4: 49-66.

Kopp, M., Skrabsky, Á. (1992) Magyar lelkiállapot. Végeken Alapítvány, Budapest

Kopp, M., Szedmák, S., Lőke, J., Skrabski, Á. (1997) A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakos-



ság körében. *Lege Artis Medicinae* 7: 136-144.

MacArthur, C., Winter, H.R., Bick, D.E., Knowles, H., Lilford, R., Henderson, C. et al. (2002) Effects of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 359: 378-385.

Marks, M.N., Siddle, K., Warwick, C. (2003) Can we prevent postnatal depression? A randomized controlled trial to assess the effect of continuity of midwifery care on the rates of postnatal depression in high-risk women. *J Matern Fetal Neonatal Med* 13: 119-127.

Murray, C. J., Lopez, A. D. (1996/b) Evidence-based health policy-lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science* 274: 740-743.

Murray, C. J., Lopez, A. D. (1998) The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard University Press, Cambridge

Shaw, J., Kennedy, S. H., Joffe, R. T. (1996) Gender differences in mood disorders: a clinical focus. In: *Gender psychopathol.* Am Psychiatric Press, 89-111.

Spinelli, M.G., Endicott, J. (2003) Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *Am J Psychiatry* 160: 555-562.

Tam, W.H., Lee, D.T., Chui, H.F., Ma K.C., Lee, A., Chung, T.K. (2003) A randomised controlled trial of educational counselling on the ma-

nagement of women who have suffered suboptimal outcomes in pregnancy. *BJOG* 110: 853-859.

Török, Zs., Szeverényi, P. (2007) Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok. A gyermekágyi lehangoltság. *Magy Pszichol Sz* 62: 395-405.

Trixler, M. (1997) A szüléshez társuló pszichiátriai betegségek etiológiai és nozológiai problémái. *Orvosképzés*, 1: 27-31.

Zinga, D., Phillips, S.D., Born, L (2005) Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented? *Rev Bras Psiquiatr* 27: 556-564.

Zlotnick, C., Johnson, S., Miller, I., Pearlstein, T., Howard, M. (2001) Postpartum depression in women receiving public assistance. *Am J Psychiatry*, 158: 638-640.

Young, S. A., Campbell, N., Harper, A. (2002) Depression in women of reproductive age. *Postgrad Med* 3: 45-50.



A perinatális időszak érzelmi-hangulati zavarainak ambuláns terápiája

Dr. Frigyes Júlia

Pszichiáter

Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia

Telefon: 06 (1) 392-1426

E-mail: frigyesj@gmail.com

Honlap: www.vadaskertalapitvany.hu

Dr. Molnár Judit Eszter

Klinikai szakpszichológus, kiképző pszichoterapeuta

Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia

Telefon: 06 (1) 392-1426

E-mail: info@vadasnet.hu

Honlap: www.vadaskertalapitvany.hu

A Vadaskert Kórház és Szakambulancia baba-mama rendelőjében sok éve folytatunk terápiás munkát a szüléshez kapcsolódó érzelmi-hangulati zavarok esetén nőikkel, anyákkal, baba-mama párokkal, családokkal.

Noha a pszichés zavar súlyos formákat ölthet ebben az időszakban, mégis – éppen a fájdalmas érzések jelenvaló megragadhatósága, az életadás és a destrukció egyidejű megjelenése miatt – sokkal jobb indulatú bármilyen más életszakasz hasonló súlyosságú problémáihoz képest, olyanira, hogy ebben az időszakban maga a krízis a magasabb szintű pszichés átrendeződés re-

ménységének letéteményese.

Az adatok tükrében a Vadaskert Kórház baba-mama rendelőjében végzett terápiás munkánkról a következőket lehet összefoglalóan elmondani:

– Évente mintegy száz új esettel fordulnak hozzánk – eddig legalább 700 hosszabb-rövidebb terápia történetét tudjuk magunk mögött.

– A terápiák ülésszáma átlagosan 8–12, de előfordulnak csupán egy alkalmas konzultációk és klasszikus hosszú terápiák is.

– Módszertanilag eklektikus szemlélet alapján dolgozunk, mindig az aktuális eset igényeihez igazodva. Terápiás gyakorlatunk gyökerei a klasszi-



kus pszichoanalízishez, jungi analízishez, hipnózishoz, a rendszerszemléletű és a Hellinger féle családterápiához, a csecsemőkonzultációs módszerekhez, a „rebirthing” terápiák tapasztalataihoz és a perinatális tudományhoz nyúlnak vissza.

– A terápiák sokszor egyéni terápiák, de a szülés után szinte mindig jelen van a gyerek, és nem ritkán a nő párja, de előfordul, hogy az édesanyja, vagy akár a védőnő, családgondozó, stb. is.

– A ránk találás forrásai (a teljesség igénye nélkül): a Kismama Magazinban közzétett hirdetés, a védőnők, házi orvosok, szülészek, más kollégák, a Vadaskert honlapja és más internetes oldalak, valamint informális és egyéb csatornák. Megjegyzendő, hogy a „pszichoterápiába küldés” annál jobb esélyű, minél kevésbé hivatalos és érzelmileg minél hitelesebb. Emiatt azt a gyakorlatot követjük, hogy az adott problémakörhöz kapcsolódó esetekben bárki, bármilyen súlyosságú bajjal fordulhat hozzánk, csak annak az egy feltételnek kell teljesülnie, hogy ő maga jelentkezzen be telefonon. Beutaló természetesen nem szükséges, sőt nem is lenne hasznos.

– A hozzánk forduló családok mintegy 85%-a középosztálybeli, közép,- vagy felsőfokú végzettségű. Fájdalmas tapasztalat, hogy ennél alacsonyabb rétegből viszonylag kevesen találnak meg bennünket, noha semmi ok nincs azt feltételezni, hogy köreikben ezek a zavarok ritkábban fordulnak elő.

– A hozzánk forduló nők valamelyest túlnyomó többsége először szülő.

– A császármetszéssel történő szülés aránya eseteink körében mintegy 60%. Ez az adat (hiszen az átlag népesség körében ez az arány, noha szintén riasztóan magas, de azért mégiscsak maximum fele ennek) a szülészeti műtétek rizikószerepét támasztja alá.

– Pácienseink között az előzményben mintegy 25%-ban fordul elő a mesterségesen asszisztált reprodukció valamilyen formája vagy annak megelőzése, ami nagyon beszédes, és szintén riasztó adat annak fényében, hogy – habár exponenciálisan szaporodik évről évre – az elmúlt évben az átlag népesség körében „mindössze” 2% volt. Az a benyomásunk, hogy ezek a beavatkozások a szülés utáni érzelmi-kötődési zavarok esélyét mintegy megtízszerezik.

Terápiás munkánk célkitűzése kezdetben az volt, hogy a „klasszikusnak” számító szülés körüli pszichológiai- pszichiátriai zavarokat gyógyítsuk, elsősorban ambuláns körülmények között, illetve igény és szükség szerint az érintett családok otthonában. Figyelmünket ekkor még – és részben természetesen azóta is – a várandósságtól a baba kb. egyéves koráig terjedő időszakra fordítottuk. Azóta tapasztalataink és az igények bővülésével ez az idő,- és problémakör-határ kitágult, amennyiben rendre fordulnak hozzánk fogamzási nehézségek esetén és az asszisztált reprodukció megvalósulásának valamilyik stádiumában, illetve a gyerek hároméves koráig evési, ürítési zavarokkal, valamint sokszor elhamarkodottan betegségnek (hiperaktivitás,



autizmus) „címkézett” viselkedésproblémákkal. (Ez utóbbi témakör kibontása meghaladja e dolgozat kereteit, csak utalásszerűen teszünk említést róla.)

Tapasztalataink szerint a fogamzási zavar – várandóskori szorongás – szülési traumatizáció – szülés utáni depresszió – csecsemő,- és kisgyermekkorú funkcionális és viselkedészavarok ívén át a tipikus problémakörök lényegében azonosak, csak éppen a pszichoszomatikus egység más-más szintjét érintik hangsúlyozottabban. Általánosságban elmondható, hogy minél korábbi a feloldatlan konfliktus, annál mélyebben van az elakadás, és fordítva: minél korábbi stádiumban sikerül az érzések terápiás felélesztése és újra-rendezése, annál jobb esélyei vannak hosszú távon a kölcsönös harmonikus működés megvalósulásának.

Ezek a tipikus, szinte minden esetben érintendő problémakörök a következők:

- fogamzás, várandósság, szülés
- intergenerációs hagyományok destruktív vonatkozásai
- családtörténeti ismétlődések a szülőpárnál
- múltbeli érzések jelenben való beazonosíthatatlan megelevenedése
- a „gyermek” és „az anya” fogalom jelentése az adott családban
- az anyával való kapcsolat hajdan és ma
- saját születés története
- pszichoszexuális fejlődés
- előző veszteségek

- bántalmazottság
- a szégyen megjelenése az élettörténetben
- a halálfélelemmel és halállal való szembesülés
- családi titok, kiteszítottság
- az ősbizalom sérülését előidéző élmények az élettörténetben és ezek visszatérése a szülés körüli eseményekben, esetleges iatrogéniákban
- pszichiátriai előzmények (kezelt és fel nem ismert, pl. evészavarok, fóbia, pánik, depresszió, kényszer)
- a párkapcsolat jellegzetességei a választás és a mindennapokban való együttlét vonatkozásában
- a család átrendeződésének problematikus vonatkozásai

MAGDOLNA

31 éves, élettársi viszonyban élt, korábban nem akart gyereket. Vérzések, vészes várandóssági hányás, normál terminusban mechanikus szülésindítás, oxitocin, külső prés a kitoláskor. Babája elgyötörtén érkezett meg, szeparáció következett, 8. napon, induló szopással érkeztek haza. Virág esete példaértékű típus történet. Hat hetesen kezdett hányni, ezután heteket töltött kórházban, rendszeresen szondán keresztül táplálták, ám súlya így sem közelítette meg a normál tartományt. Nyolc hónapos volt, amikor kórházi gyermekorvosa javaslatára szüleivel a pszichoterápiás kezelésre érkezett. A jó szakmaközi együttműködésnek köszönhetően az esti szondás kezelés a harmadik hétre már okafogyottá vált. Virág hamar gyarapodni kezdett. A



több hónapos betegség történetben tükröződött egy másik történet: az anya gyermekkori és felnőttkori táplálkozási zavara és a bizalom, a kötődés, az önszabályozás képességének alapvető hiányai. Magdolna saját korai élményei és a csecsemő története párhuzamosan végigkövethetőek voltak az intrauterin állapottól kezdve. A hányás, mint közös tünetnyelv jelent itt meg a három generációban (nagyanya, anya, lánygyerek).

Magdolna mondatai szívszorító és tárgyilagos pontosságú verssé álltak össze:

Családtörténet:

„nagyapa verte nagymamát”

„nagymama verte anyámat”

„apám verte anyámat, engem sose bántott”

„apám alkoholista lett”

„anyám verte apámat”

„anyám vert mindenért”

„ő nem érzi, hol a határ”

„ha sértődik, azt mondja, NEM VAGY A LÁ-
NYOM!”

„AZ ANYA HATALOM, az a nehéz, hogy ő
meg (a lányom) nekem kiszolgáltatt”

A továbbiakban az egyes tipikus problémakör-
rökhöz tartozó speciális terápiás tapasztalatokat
fogjuk áttekinteni:

A fogamzási nehézségek pszichoterápiája
többnyire egyéni vagy párterápiás keretben zaj-
lik, illetve nem ritka, hogy a terápia folyamatá-
ban e két formát váltogatjuk egymással. A
fogamzási zavar a legteljesebb értelemben pszi-

choszomatikus probléma, szinte sosem mondhat-
juk (szélsőségesen fogalmazva csupán a gonádok
hiánya esetén) hogy kizárólag fizikai okok vannak
a háttérben. Nem ritka, sokunk által ismerős ta-
pasztalat, hogy a teljességgel kizáró szomatikus di-
agnóziással dacolva valamilyen élethelyzet
mégiscsak úgy hozza, hogy megtörténik a spon-
tán fogamzás. A fogamzási zavar szintjén a gyerek,
mint olyan csak projekcióként, pozitív vágyfantá-
ziaként jelenik meg, a majdani kapcsolatban fel-
színre törő destruktív képzetek és félelmek (a
gyerek elszívja az életemet, bekebelez, stb.) há-
rítva vannak. A destrukció az én-nel kapcsolatban
tör felszínre (rossz vagyok, el vagyok rontva). Az
anyával, az elemi szexualitással kapcsolatos érzé-
sek hátrítása testi szinten jelenik meg.

Ha szakmai kihívásnak engedve, vagy türel-
metlenségből, vagy akár anyagi érdektől ve-
zérelve a szomatikus orvoslás körében
elhamarkodottan vagy túlzottan magától értető-
dően kínálnak fizikai megoldást a problémára, az
több szinten veszélyeztető a majdani kötődési
kapcsolatra nézve. Az asszisztált reprodukció az
intimitás, kölcsönösség helyett távolságnövelő és
szétválasztó, a „belső” és a „meleg” helyett a
„külső hideget” teremti meg. Azáltal, hogy fo-
lyamatosan számtalan orvosi eseményben kell
részt venni, az aktív cselekvés illúzióját kelti a
nőben azt a hamis képzetet hordozva, hogy az
érzések lecserélhetőek erre az aktivitásra. A „si-
keres” asszisztált reprodukció komoly rizikófa-
kora a szülés utáni depresszióknak, kötődési



zavarnak, szoptatási nehézségeknek, és a bajkezeső, gyanakvó attitűd kialakulásának a gyermek egészséges működését illetően. Mindehhez hozzá kell tenni, – és ez érvényes minden orvosi beavatkozásra – hogy a beavatkozás indokoltsága egyben védelmet is jelent az adott beavatkozás káros lelki hatásaival szemben.

A **várandóssággal** kapcsolatos lelki problémák terápiás eseteink kisebb hányadát teszik ki. Oka lehet ennek az is, hogy a szorongás testi formát öltve a nőgyógyászati/szülészeti ellátásnak kínálódik.

Talán azért is van ez így, mert a várandósság ténylegesen a női létezés kiteljesedése anélkül, hogy a „kapcsolatban levés” keltette lelki terheket viselni kellene. Szülés után depressziós pácienseink többsége úgy számol be a várandósság időszakáról, mint harmonikus és vágyott időszakról. Még akkor is így van ez, ha az ismeretlennel és a halállal való szembesülés és a félelem folyamatosan jelen van ebben az időszakban. Az ebben az időszakban megjelenő problémák az előző várandósságok veszteségélményeihez kapcsolódóan a szülés kimenetelét, a baba egészségét érintő túlzott szorongásban nyilatkozhat meg. Jellegzetes még a szomatikus változások s az új testérzetek betegségtünetként való kezelése. A várandóssági vészes hányás az előzőekhez hasonlóan olyan állapot, ahol az orvosi beavatkozások a lelki feldolgozás útjában állhatnak. A tervezett, kívánt magzat elutasítása, ellenségeség, utálat a növekvő babával szemben ritka, de évente felbukkanó téma a rendelőben.

Császármetszés utáni várandósságnál téma ennek feldolgozása, mely utat nyithat a természetes szülés számára.

ÁGI

Ági 30 évesen, vágyottan fogant meg. 8 hét után szorongásai kezdődnek, munkaköre miatt táppénzt javasolnak a szülésig. 13. héten kezdődnek elutasító érzései, 17. héten jelentkezett be. Apja alkoholproblémákkal küzdött, ő 18 éves a váláskor. Ekkor fogant először, abortusz mellett döntött akkor. Anyja él, 15 éve depresszióval kezelik. Ági húszas éve elején szorongás és bulimia miatt kezelés alatt állt.

„...gyűlölöm a kisbabámat. Gyűlölöm, hogy fel kell majd adnom mindent, amit szerettem az életben. Hogy egy életben maradásra képtelen vakarcs rabszolgája leszek napi 24 órában. Én már most tehetetlen vagyok, és magamat is gyűlölöm.”

Munkánk alatt az aktív gyűlölet közömbös, „legalább élni hagyom”, örökbeadási fantáziákon keresztül szelídült, ahogy a harag és büntudat a korábbi tárgy felé irányulhatott. A baba visszahúzódtan, de szépen nőtt. Ági a 34. héttől tudott felé fordulni, kezdetben még akaratos indulattal. A 39. héten egy katartikus hipnózis-ülésem mondta ki: „én vagyok a te édesanyád”. Megérkezett. Jól megélt vajúadás végén ödéma miatt indokolt császárral szült. A postnatális időszakban barátnője asszonyi segítségét jól használta, terápiánk folytatására nem volt szükség. 2 évig szoptatott, félévente küldött még képeket s büszke anyás híreket.



A szülés utáni időszak problémáinak kezelése teszi ki terápiai munkánk legjelentősebb hányadát. Baba-mama terápiánk gyökereiről, számunkra fontos művelőiről villantunk fel a továbbiakban rövid áttekintést:

– Liébault (1894) a nancy-i hipnózis iskola képviselője, aki a múlt század végén 32(!) súlyos csecsemőkori evészavart kezelt hipnózissal, miközben az anya ölében tartotta csecsemőjét.

– Winnicott angol gyermekorvos-pszichoanalitikus a korai gyermekkori lelki fejlődés és az anya-gyermek kapcsolat fázisainak originális teoretikusa és klinikus szakembere vezette be az „elsődleges anyai ráhangolódás” fogalmát, amely állapot a várandósság 8. hónapjától a baba mintegy 3 hónapos koráig áll fenn. Olyan élmények tartoznak ide, melyeket más időszakban akár pszichotikusnak tekinthetnénk, de ilyenkor az anya és csecsemője egymásra hangolódásának, az egészséges intimitás kialakulásának letéteményese. Ha ennek kibontakozása és megélése akadályba ütközik, ha a helyét a racionalitás igyekszik elfoglalni, akkor a kölcsönös harmónia komoly veszélybe kerül, félelmek, zavarodottság jön létre.

– M. Mahler majdnem ugyanezt a jelenséget a „cönesztéziás empátia” fogalmával írta le, ami az anya és a baba nem érzelmi, még kevésbé intellektuális, hanem zsigeri egymásra hangolódásának letéteményese. Azt jelenti ez, hogy az anya testi szinten éli át a baba élményeit és szükségleteit, és testi szinten reagál rájuk. Mindez független a mentálisan kialakított elméletektől,

elgondolásoktól, elhatározásoktól. Fontos eleme a kölcsönösség, ami azt is jelenti, hogy problematikus esetben az anya feszültségére, görcsösségére a csecsemő szükségképpen feszültséggel, elzárkózással, görcsösséggel reagál.

– C.G. Jung gondolatai a szülő-kisgyermekkapcsolatról, kezdve azzal a híressé vált mondásával, hogy „semmi nincs olyan erős hatással a kisgyermek lelki életére, mint a szülők feldolgozatlan tudattalan komplexusai” szintén terápiai munkánk vezérfonalát jelentik. Jung elgondolása szerint minden kisgyermekkorai lelki zavart csakis a szülővel egy térben érdemes és lehetséges érinteni. A kisgyermek (és tegyük hozzá, még inkább, hogy a csecsemő) számára még nincs elkülönült Én. Az Én elkülönüléséig a gyermek pszichéje mintegy „az anyai tudattalanban lebeg”. „A „participation mystique” révén – Jung szavaival – a gyermek érzékeli a szülők belső konfliktusait és annyira szenved tőlük, mintha azok a sajátjai lennének.

– Ferenczi Sándor a kora gyermekkori traumatizáció forrását és lényegét a felnőtt és gyermek közötti nyelvzavarként írta le.

– Meg kell említenünk azokat a szüléssel foglalkozó szakembereket (mint Leboyer, M. Odent, S. Kitzinger, I.M. Gaskin, Geréb Á. stb.), akik a szülés-születés körülményeinek külső beavatkozásokról, háborgatástól mentes megteremtésére tesznek kísérletet, ami által lehetővé válhat, hogy maga a szülés eseménye legyen az anyai kiteljesedésnek, az ősbizalom megteremtésének illetve visszanyerésének letéteményese.



– Utalás szintjén említjük F. Doltot (csecsemőterápia Franciaországban), Bowlbyt, Ainsworth-t (kötődéelmélet), Brazelton, aki gyermekorvosként a csecsemők képességeinek kutatását és különben is minden vizsgálatot és beavatkozást kizárólag az anya jelenlétében ill. bevonásával végez, D. Sternt, akinek csecsemőkonzultációs módszerét iránymutatónknak tekintjük, Brockington, aki pszichiáterként több évtizede alakított ki egy ún. anya-baba pszichiátriai részleget, ahol a poszt partum pszichotikus anyák kezelése a kisbabákkal egy térben zajlik. Végül, de nem utolsósorban megemlítjük, hogy 1972 óta a Nemzetközi Pre- és Perinatális Pszichológiai és Orvostudományi Társaság megalakulásával a perinatális tudomány az önálló tudomány rangjára emelkedett.

A továbbiakban saját csecsemőkonzultációs munkánk tapasztalatairól vetünk fel néhány szempontot:

– Elsőrendűen hasznos terápiás hatású a kisbaba jelenléte a terápiás üléseken több okból is: egyrészt létezésének lényegénél fogva hordozza mindazt a jót, amivel a depressziós anya átmenetileg nem tud kapcsolatba kerülni, a baba a harmónia készségének letéteményese, másrészt reakcióival, rezdüléseivel, sírásával, elalvásával, mosolyával, ellazulásával szemmel láthatóan leképezi a terápiás folyamatot ill. megmutatja azt az utat, melyet anya bejár és be kell járnia.

– Van szövegértés a preverbális korban. Azaz tudjuk és tapasztaljuk, hogy a csecsemő érti a

felnőttek beszédét. A csecsemő szövegértése éppolyan árnyalt és egészséges, mint ahogyan a nonverbális kommunikációt érti és reagál rá. Ennél fogva a terápia során a babához is beszélünk, vele is terápiás szövetséget kötünk. Arra biztatjuk az anyát, hogy fontos, lényeges dolgokról beszéljen a csecsemőnek, pl. a traumáról, vagy tervekről, hogy mi hogyan lesz stb.

– Nagyon fontos terápiás mozzanat annak ki nyilvánítása, hogy bármilyen büntudatosan érez is saját magával szemben és bármennyire elégtelennek érzi is önmagát az anya, ennek a kisbabának senki a világon nem lenne megfelelőbb anyja, és hogy a kisbabája számára ő az egyetlen alkalmas személy.

– A depressziós anyának nem ritkán az az élménye, hogy a csecsemő őt elutasítja. Hasznos annak felismerése, hogy ez lényegében az anya saját anyja iránti elutasításának tükröződése. Ennél fogva a terápiának lényeges mozzanata a saját anyával való megbékélés, illetve kiszabadulás a haragvó elutasításban való megrekedésből, az érzések szabad áradásának lehetővé tétele.

HELGA

28 éves, házasságban él. Első várandósság, vágyott gyerek volt a fiuk. A várandósság 6. hónapjában alkoholbeteg depressziós édesanyja brutális öngyilkosságot követett el, ő beszélt vele utoljára. Ő a gyerekre, szülésre „koncentrált”. A szülés után 6 héttel a súlyos depresszió valamennyi tünetét szenvedte már. Babája elutasító



vele, s ő percekig képes csak vele kettesben maradni a lakásban. Munkánk a korán megrekedt gyász folyamatának nyitott utat, a bűntudat feldolgozásával tér tárult a babájával összekapcsoló szeretet számára is.

– A gyerekeknek is ez a legfőbb törekvése: az anyát érző állapotba hozni. Egyfelől ennek megteremtődése után lehet hozzá kapcsolódni, másfelől attól kezdve, hogy az anya elkezd érezni, mentesül a baba ezen érzések magában való tartalmazásának terhe alól. Ha megvalósul az anya és a terapeuta közötti valódi kapcsolat, amelyben elérhetőek az érzések, akkor ebből a kapcsolatból kitekintve az anya már a valódi csecsemőt látja, aki ettől kezdve tehermentesül, és normálisan tud működni. Megindulhat közöttük a kapcsolat és a szeretetáramlás.

– A sírás jelentékeny és hatékony terápiás eszköz. A fenti gondolatmenethez kapcsolódva, amikor az anya a síró csecsemőt tartja a karjában, és közben időt hagy magának arra, hogy rátaláljon – a kisbabája sírását vezérfonalul „használva” – saját régi időkből eredő és a jelenben azonosítatlan érzéseire, akkor lehetőség alakul arra, hogy megtörténjen ezen érzések visszavétele a csecsemőtől.

– A csecsemő viselkedésével nyomon követi a terápiás folyamatot. Amikor felszínesebbé, elhárítóvá válik a folyamat, a csecsemő feszültté, nyűgössé, dühössé válik. Amikor a téma elmélyülne, a baba ellazul, szemkontaktust tart, nyugodtan tevékenykedik, illetve lejátssza azt,

amiről éppen szó van. Az is előfordul, hogy az érzelmileg terhet jelentő helyzetből a csecsemő igyekszik „megmenteni” az anyát, sírni kezd, el akarja hagyni a szobát stb. Ezen jelenségek megértése és visszajelzése fontos terápiás gesztus.

KINGA

Kinga 26 évesen, házasságban szülte első lányát. A várandósság jól telt, a vajúdás haladt, ám a kitolási szakaszban pánikban le akart mászni a szülőágyról. „Valami ott megszakadt bennem akkor.” 3 hónapos a lánya, mikor segítséget kér, örök kedvetlenség és a gyerekre irányuló hirtelen indulat, agresszív késztetések miatt. A terápia fókusza az agresszió és a bűntudat eredete. Ennek rétegeiként az anyja maximalizmusa, a babájával és anyjával való rivalizáció, az ambivalencia feloldásának megoldatlansága mutatta magát. Saját születésekor tapasztalt élmény/érzése – az elengedés veszélyes – beazonosítása és feldolgozása kulcsfontosságúnak bizonyult. Születésekor anyjának szóltak a kitoláskor, hogy tartsa vissza még, mert a szülőszobát fertőtleníteni kell egy akkor meghalt baba miatt. Anyja vajúdása leállt, s gyötrelmes és lassú folyamat lett. A halott baba ráadásul még a fiúnak remélt Kinga nevét kapta ott...

„azt a nyafogó hangot, amit Odett adott ki, a torkomban éreztem... azóta jobban viselek minden helyzetet”

Kinga még 2 lányt szült a következő években, problémátlan postnatális időket éltek.



– A szoptatás elősegítése és az anya eredményes szoptatásért folytatott küzdelmének kísérése kiemelt fontosságú, mivel a tej az anyai kompetenciának anyagban hordozott ékes bizonyítéka. A szoptatás felfüggesztésének indikációja a belőle kiinduló „rossz” képzetének megerősítését szolgálná az anyánál. Téves, bár mélyen gyökerező hiedelemnek tartjuk azt az elgondolást, hogy gyógyító hatása van a szoptatás abbahagyásának.

Súlyos esetben sokszor szembe kell néznünk a szoptatás melletti gyógyszerelés dilemmáival. Szoptató anya kezelése során különösen kiemelt jelentősége van a homeopátiának. Sokféle antidepresszáns és szorongáscsökkentő hatású gyógynövény létezik, ezeket is sokszor használjuk, és az esetek egy részében segítenek is. Gyógyszerelés során igyekszünk szem előtt tartani a „ne árts” elvét és nyomon követni az évről

évre szaporodó teratológiai tapasztalatok aktuális eredményeit. Súlyos esetben sokszor szembesülünk azzal, hogy igazán jó döntés nincsen, és igyekszünk a kevésbé rosszat támogatni, mindig egyéni mérlegelést követően.

A poszt partum pszichózis állapotában lévő anyát igyekszünk otthonában kezelni, a kiterjedtebb család és baráti kör bevonásával, többek között azért, mert ennek az állapotnak a viselése a gyógyulás folyamatában sokszor nem egy ember teherbírását próbára tevő feladat. Ezen kívül, ha a párja mellett az anya anyját vagy akár mindkét szülőjét be tudjuk vonni a pszichózisból való kigyógyulás folyamatába, akkor ez lehet az anya-lány viszony újrarendeződésének olyan letéteményese, aminek során akár a pszichózis állapota is hosszú távú prevenciók lehetőségei hordozójává válhat.



A pszichiáter lehetőségei az anya-gyermek szeparáció elkerülésére

Szülés-születés előtti, szülés-születés alatti és szülést-születést követő lelki zavarok EGYÜTT-es kezelése anya-gyerek egységben. Valóban EGYÜTT?

Dr. Kurimay Tamás

Pszichiáter, az orvostudomány kandidátusa, osztályvezető főorvos

Szent János Kórház Budai Egészségügyi Regionális Centrum

Pszichiátria Osztály

Telefon: 06 (1) 458 4500

Honlap: www.janoskorhaz.hu

A hosszú évek óta tartó, évente megrendezésre kerülő családbarát konferenciák egyik fő célkitűzése is az, hogy a családi élet kiemelkedő periódusait, életciklusait körbejárja, és segítse összefogni, az együttműködést elősegíteni az adott területen tevékenykedő szakemberek között. Ennek az 1990-es évek közepén indult munkának az egyik elindítója, vezető személyisége dr. Németh Tünde, gyermekgyógyász, pszichoterapeuta, aki valamennyi eddigi családbarát konferencia szakmai témáját megválasztotta és a konferenciák megszervezésében részt vett. Az ő tevékenysége is hozzájárult, hogy Magyarországon a szülés-születés előtti, alatti és utáni, egységben szemlélt, testi-lelki egészség kérdése fejlődjön, napirenden maradjon.

A talán redundásnak és rendhagyónak tűnő beve-

zető címmel a pre-, peri- és post-natalis kifejezés magyarosított tartalmának kiemelésével az anya-gyermek diadikus egységét kívánom hangsúlyozni, de úgy, hogy abban az apa és a tágabb család is helyet kaphasson. A születés hozza magával, hogy aki laikusként, segítő vagy egészségügyi, szociális szakemberként részt vesz vagy érintett e csodában, úgy érezheti, hogy e terület és a területhez kapcsolódó tevékenység a sajátja, hiszen ő is természetesen hozzájárul a szüléshez a mindennapi tevékenysége során.

Más szóval, az interdiszciplináris jellegtől függetlenül, hasonlóan pl. a labdarúgáshoz, ez az a terület, amelyhez „mindenki ért”, hiszen többen gondolják, hogy „csinálják”, csinálták vagy „volt már közük hozzá”. Amennyiben egy új tevékenység „elsőként” kerül bevezetésre, arról ki-



derülhet, hogy már más is végezte ezt a tevékenységet, de nem publikálta, vagy nem pont úgy, de „nagyon hasonlóan”, illetve már ehhez kapcsolódó próbálkozások máshol is voltak, valamint több előd és előzmény is fellelhető. Ez a tudományos felfedezések és a gazdasági életben tapasztalható előre vivő versengés, a születés körüli mentális egészség és a születés körüli mentális zavarok magyarországi fejlődésében és fejlesztésében alig hatékony, hiszen a forrás és megfelelő számú szakember hiányban, a terület kialakításában, és a mentális problémák elfogadtatásában, tudományos fejlődésében az együttműködés, a meglévő szakemberek, teamek közötti hálózatépítés szükségeltetik.

Nemzetközi felmérések szerint minden hetedik szülő nő érintett valamilyen pszichiátriai zavarban, a születést megelőzően valamint a születést követő egy évben (poszt-partum időszak). (www.nice.org.uk Ref 2007/011) Pszichiátriai szempontból a mentális betegségek teljes spektruma előfordulhat a várandósság alatt és a születést követően. Ezek közül a leggyakoribbak a szorongásos zavarok, a szenvedélybetegségek (elsősorban alkoholizmus és drog-függőség), a depressziós állapotok (elsősorban, de nem kizárólag az ún. poszt-partum depresszió), a bipoláris megbetegedés, a pszichózisok (szkizofrénia, a poszt-partum pszichózisok – mely heterogén, tünetcsoportot takar), az étkezési zavarok, valamint a kényszerbetegség. Érdemes megemlíteni a premenstruális szindrómát is, amely a váran-

dósság alatti és a születést követő szorongásos és depresszív zavarok rizikó-tényezőjeként is szerepel. (Erről részletesen dr. Erős Erika e kiadvány egy másik cikkében számol be.)

Elsősorban a mentális betegségeket övező stigma következtében ezek a segítséget és kezelést igénylő zavarok vagy egyáltalán nem, vagy csak ritkábban kerülnek felismerésre. Egyrészt a várandós és születés utáni időszakban lévő anyák, valamint a hozzátartozók, másrészt gyakran, az anyákat ellátó egészségügyi és szociális területen tevékenykedő szakemberek is negálják, bagatelizálják a panaszokat, tüneteket.

Az édesanya mentális problémája nagyon gyakran érinti a méhben fejlődő gyermekével és az újszülöttel való kapcsolatát is. Ezen túlmenően a lelki zavarnak rendszerint párkapcsolati és több generációt érintő családdinamikai vetülete is van. Éppen ezért nem lehet az édesanya pszichiátriai betegségét elszigetelten értelmezni és kezelni.

AZ ANYA-GYEREK EGYSÉG BEVEZETÉSE A SZENT JÁNOS KÓRHÁZBAN

A Szent János Kórház Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs osztályán 2001-ben került bevezetésre az ún. családközpontú pszichiátriai modell. A modell lényege, hogy a mentális problémákat a család aktív bevonásával, a családi erőforrások feltérképezésével és annak kiaknázásával végezzük. Ez nem családpszichoterápiás kezelést jelent, hanem a gondoskodás emberi, egzisztenci-



ális igényének a segítségét. A család- és egyéb pszichoterápiák részei a kezelési modellnek.

ELŐZMÉNYEK

A Szent János Kórház Pszichiátriai Osztálya, valamint a Csecsemő és Gyermekgyógyászati, Gyermeksebészeti Osztálya egy épületben helyezkedik el. Három esetben is előfordult, hogy a csecsemőosztályon lévő újszülötthöz rendszeresen átkísértük a pszichiátriai osztályon kezelt kismamát, amely jó hatásúnak bizonyult az anya pszichiátriai betegségének lefolyásában.

A család szemlélet mellett ez a megfigyelés és helyi sajátosság indította el az együttes kezelés lehetőségének szisztematikus átgondolását.

A Szent János Kórház Pszichiátriai osztálya és az Országos Gyermekegészségügyi Intézet (OGYEI) között 2004-ben kezdődött az a szakmai együttműködés, melynek célja a poszt-partum depressziós és pszichotikus anyák és gyermekeik közös kórházi kezelésének megvalósítása volt. Az OGYEI 2000-ben kezdődő gyümölcsöző szakmai, nemzetközi kapcsolata a németországi heppenheimi Pszichiátriai Intézetrel, ahol a poszt partum depressziós és pszichotikus anyák közös kezelését több éve sikeresen alkalmazzák, megfelelő szakmai segítséget adott az első magyarországi ilyen profilú pszichiátriai osztály indításához. A heppenheimi Intézet dr. Hans Peter Hartmann vezető közreműködésével, az első olyan intézet Németországban, ahol egy

11 ágyas önálló osztály alakult ki az anyák és kisgyermekek együttes kezelésére. A Szent János Kórház és az OGYEI együttműködő szakemberei a Pszichiátriai osztály alapítványának támogatásával személyes tapasztalatokat szereztek a heppenheimi Intézetben, mely alátámasztotta, hogy a módszer eredményesen vezethető be Magyarországon is.

A program ("EGYÜTT" Szülés előtti, szülés alatti és szülést követő mentális zavarok kezelése anya-gyerek egységben), ahol együttesen foglalkozunk a mentálisan beteg kismamákkal és csecsemőkkel, jelenleg három ágygal működik (ebből egy ágy a Gyerekosztályon), ám jóval több édesanyát, csecsemőt és családtagot gondozunk komplex programunkban. Egy hospitalizációval induló együttes kezelés időtartama általában 3-6 hónap, amely pszichológiai és szociális támogatást, valamint utánkövetést is nyújt. Engedély mellett rögzítjük például az anya-gyermek interakciót, igyekszünk segíteni a kötődés kialakulását, és praktikus tanácsokkal is ellátjuk a szakképzett csecsemőgondozók segítségével a kismamát és családtagjait. A speciális team tagjai között pszichiáter, pszichológus, gyermekgyógyász, szociális munkás, felnőtt- és gyermekápoló, pszichoterapeuta is dolgozik, s szükség esetén bevonunk szülésznőgyógyászt is. A szakmai team munkájának szerves része a szupervízió, melyet külső pszichológus, dr. Hámori Eszter egyetemi docens tart. A Szent János Kórház anya-gyermek egységét az OEP finanszírozza: az édesanyát a pszichiátriai osz-



tályon, míg a csecsemőt a gyermekosztályon számolja el a társadalombiztosítás.

A programban a Szent János Kórház és az OGYEI mellett a területi ellátó egészségügyi és szociális intézmények is szükséges hogy részt vegyenek, így alakul együttműködés épül a gyámügy-gyermekvédelem, szociális ellátó rendszer, védőnői szolgálat, családsegítők és gyermekjóléti szolgálatok, család és házi-gyermekorvosok között. A Pázmány Péter Katolikus Tudományegyetem, a heppenheimi Szociál-pszichiátriai Centrum a szupervíziós és a szakmai, tudományos munkát segítik. A Gyermekért és Családért Alapítvány támogatja a team építését és a szakmai munka fejlesztését.

A szakmai protokoll tervezet kidolgozása jelenleg is folyik, ennek célja, hogy külön finanszírozott modellként fogadják el az anya-gyermek egységet, valamint hogy a tapasztalatok alapján az országban máshol is be lehessen vezetni a modellt. Az anya-gyermek egység Európában egyáltalán nem új keletű: Németországban 1999-ben hozták létre az elsőt (ld. fent), Nagy-Britanniában azonban már 1948 óta működik ilyen részleg.

ELMÉLETI HÁTTÉR

A kötődélméletek közül Bowlby szerint a felnőtthez, gondozóhoz való közelség fenntartását olyan primér mechanizmusnak kell tekintelnünk, ami biztosítja a csecsemő számára mind a védelmet mind pedig a túlélést (Bowlby, 2009).

Bowlby szerint a gyermek fejlődését három viselkedési rendszer, illetve azok szövevényes kapcsolata, "kombinációja" regulálja: - a kötődési rendszer; -a félelmi rendszer;- a felfedezési rendszer. A kötődési rendszer célja, hogy a gondozó érzékenységét és hozzáférhetőségét folyamatosan ellenőrizze és fenntartsa. A kötődési viselkedés (sírás, mosoly, vokalizáció, helyváltoztató mozgás stb.) a belső és külső környezet változásaira aktiválódik.

A kötődési viselkedési rendszer egy összetett cél-kiigazító ellenőrző rendszer, melyet az ösztönös viselkedések és a környezet egyaránt befolyásolnak. Ez a rendszer szabályozza a gyermek számára optimális távolságot, a védelmet nyújtó és egyúttal autonómiát támogató kötődési figurához. Az pedig, hogy az elsődleges gondozóval való kötődési kapcsolat milyen mértékben képes védelmi szerepét és érzelmi támasz funkcióját ellátni, az jelentős mértékben a kötődési reakciók minőségétől függ.

A kötődés (attachment) heterogén folyamat, az első életév harmadik negyedében alakul ki egy hosszantartó, érzelmi kapcsolat a gyermek és egy kitüntetett személy között. Kialakulása a gondozó magatartásától is függ, amit Bowlby rendelkezésre állásnak hív, amely elnevezés magába foglalja a gondozó érzékenységét és válasz készségét.

Az első életév végétől létrejövő kötődés intenzív, kizárólagos ragaszkodás természete a második életévtől fokozatosan megváltozik, és elkezdődik egy olyan folyamat, amikor a kis-



gyermek lassan már mások érzéseit és szükségleteit is képes figyelembe venni, és hacsak időnként is, de elfogadja azokat.

„A legtöbb intenzív érzélem a korai kötődéskapcsolatok formálódása, fenntartása, elszakadása és megújulása kapcsán keletkezik.”
„Hasonlóképpen, a veszteség félelme szorongáshoz vezet, az aktuális veszteség bánatot vált ki, míg mindezen helyzetek növelik a haragot, a dühöt. Egy kötelék stabilitásának a megtapasztalása a biztonságérzet forrása, egy kötelék megújulása pedig örömforrás” (Bowlby, 1980).

Jelen ismereteink szerint a jól kötődő felnőttek érzékenyebbek gyermekeik szükségleteire, a csecsemők megnyugtatója, a deregulációs állapotok helyreállítása gyorsabban, könnyebben történik náluk. Emellett a felnőtt kötődés, mely mérhető, előrejelző szereppel rendelkezik. A csecsemő viselkedése az első életév végére célirányos, valamint a gondozójával való korábbi tapasztalatai már reprezentációs rendszerekbe sűrűsödik (belső munkamodellek kialakulása) (Fónagy, 2003, Gergely 2003).

A belső munkamodellek felnőttkorban befolyásolják a hiedelmeinket, elvárásainkat. Ezek lehetnek többek között saját és mások viselkedésével kapcsolatosak, önmagunkról alkotott képünk, pl. mennyire vagyok szerethető, értékes és elfogadható. Mennyire vagyok mások számára elérhető, érdeklődésre számot tartó, gondoskodnak-e rólam. Ezen belső szempontok vezetnek cselekedeteinket, gondolatainkat és ér-

zéseinket, azaz hogyan próbáljuk magunkat biztonságban tartani, szorosan a másikkal kapcsolódva és mások által szeretve.

A belső munkamodellek alapján, már Bowlby is megkülönböztetett biztonságosan és nem-biztonságosan kötődő csecsemőket. A biztonságosan kötődő csecsemő számára az elsődleges gondozó személy jelenléte biztonságot ad, idegen jelenléte szorongás vált ki, a gondozó távozása heves reakciót vált ki stb. Mint ismeretes Ainsworth vizsgálatai alapján a nem biztonságosan kötődők csoportját legalább három alcsoportra lehet bontani. Az ún. elkerülő az elsődleges gondozótól való szeparációban kevésbé szoronganak, azt követően nem keresik a gondozóval való kapcsolatot, nem feltétlenül a gondozót preferálják az idegennel szemben.

Az ambivalensen kötődő csecsemő a gondozó távozásakor extrém módon kiborul, a szeparációt követően a megnyugtató kísérletekkel szemben aktívan ellenáll, a csecsemő haragja meggátolja a megnyugtatót. Míg a dezorganizált kötődési mintával jellemzett csecsemő irányvesztett, szervezetlen viselkedést mutat, az ilyen kötődésű csecsemőnél a gondozó a félelem és a megnyugtató forrása egyszerre. A ma egyre intenzívebben kutatott mentalizáció és a kötődés is szoros összefüggést mutat. A hatékonyabb szülői tükrözés –mentalizáció –, előre jelzi a gyermek biztonságos kötődését. (Fónagy, Steele, 1991, Fónagy, 2003, idézi Fónagy 2003). Ha az anya gyermekkori kedvezőtlen deprivációról pl.



saját anyja mentális betegsége miatti ártalomról számol be, akkor lesz megfelelően kötődő a gyermeke, ha a mentalizációs készsége hatékony – azaz érti a babában zajló folyamatokat és azt megfelelően tükrözi (Fónagy, 2003). A biztonságos kötődés a reflektív képesség létrejöttét is segíti, valamint az apához fűződő kötődés is hozzájárul a megfelelő mentalizáció kialakulásához (Fónagy és mtsai, 1995 idézi Fónagy 2003). A szülő képessége arra, hogy megfigyelje gyermeke tudatállapotait, a gyermeknél is facilitálja a tudatállapotok általános megértését, és így a biztonságos kötődés mediátora. A reflektív gondozó növeli a gyermeknél a biztonságos kötődés kialakulásának valószínűségét, ez pedig facilitálja a mentalizáció fejlődését (Fónagy, 2003).

Más megközelítésben a kötődési rendszer egy nyitott, bio-szociális homeosztatisz szabályozó rendszer (Dallos, Vetere, 2009). E modell alapján a nem-biztonságos kötődési minta magában foglalja a kommunikációs torzítás lehetőségét: pl. mi nem mondhatjuk ki nyíltan vagy tisztán hogy érezzük magunkat, vagy mire van szükségünk.

Hipotézisként, a kötődési stílusokat, mint családi kommunikációs mintákat tekintjük, ennek alapján a kötődési modell egyben egy család kommunikációs szabályainak az építőeleme is. E modell szerint pl. a biztonságos kötődésű családi mintában az érzelmek kifejezése tükröződik a kommunikációban, tartalmi és emocionális válaszok az elismerést, a visszatükröződést és a tárgyalhatóságot tartalmazzák. A nem biz-

tonságosan kötődő mintában az ún. elutasító kötődésben az érzelmek kommunikációja azok felüggesztésére, elkerülésére és visszautasítására irányul – elsősorban tartalmi válaszok történnek (ún. szemantikus). Az ún. elmélyülő, nem biztonságosan kötődő mintában pedig az érzelmek kifejezése szimmetrikusan eszkalálódó, kölcsönös vádaskodások jellemzik a pár kommunikációját – elsősorban érzelmi válasz zajlik. (ún. emocionális). Ebből eredően – egyszerűsítve a modellt –, a nem-biztonságossággal kötődés élménye családi mintákból is eredhet. A szülők különbözhetnek kötődési mintájukban, amiben pl. az anya lehet elkerülő-elutasító, az apa ambivalens-elmélyülő kötődésű, amely kötődési különbség a gyermek számára a nem-biztonságosan kötődés élményét eredményezheti.

Mindezen csupán vázlatosan ismertetett koncepciók alapján feltételezhetjük, hogy a mentális zavarral küzdő kismama és édesanya tüneteit a családi és támogató rendszereken belül egymás kölcsönhatásaként, interakciójában szükséges megközelíteni, és a kötődési, mentalizációs és rendszerszintű kölcsönhatásokat nem szabad a terápiában sem figyelmen kívül hagyni.

AZ ELMÉLET GYAKORLATI ALKALMAZÁSA AZ „EGYÜTT” PROGRAMBAN

Bármely súlyosságú is az anya mentális betegsége, az anya-gyerek interakció fenntartása a gyógyító munka során kiemelt jelentőségű,



mind az anya (gondozás- és intuitív szülői szerep megtanulása, anyai szerep és önértékelés megerősítése, kórházi tartózkodás időtartamának csökkentése, otthoni beilleszkedés zökkenőmentesítése), mind a gyerek (szeparáció elkerülése, kötődés elősegítése, megerősítése) szempontjából. Ennek hiányában egy olyan szeparációs folyamat indul el az anya és a csecsemő között, melyet a későbbiekben igen nehéz kezelni.

A programunkban az anya-gyerek interakciót igyekszünk fókuszban tartani és segíteni. A kötődés kialakulásának elősegítése mellett – a hepenheimi modellhez képest is – nagyobb hangsúlyt helyezünk a hálózat és rendszerdinamikai szempontok érvényesítésére, az apák és az elérhető nagyszülők bevonására is.

Az anyák együttes kezelése az enyhe és közepes súlyos (pre-, peri és posztnatalis időszakban jelentkező) depressziós állapotoktól a pszichotikus állapotokig terjedt. A programunkban pszichiátriai diagnózis alapján a depresszióval küzdő anyák mellett, még szkizofréniával élő személy, bipoláris affektív zavarban és borderline személyiség zavarban, valamint szorongásos állapotban szenvedők kaptak segítséget.

Az elméleti háttérrel összefoglalva, munkánk vezérfonalait az alábbi hipotézisek képezik:

– A visszatükrözés képessége (több) generációs jelenség

– A kötődés függ a visszatükrözéstől és vice versa

– A gondozó szenzitív tükrözése segíti a kötődést

– A kötődés és a mentalizáció egy oda-vissza ható, az anya-gyerek-(apa), rendszerdinamikával is leírható jelenség

– A gondozói tükrözés fejlesztésével (terápiával) a megfelelő kötődés kialakulása segíthető

– A kötődés az anya gyógyulását is segíti!

– A kapcsolati etikai (kontextuális) szempontok (intergenerációs) figyelembevétele - pl. a nagyszülők saját szülőiségükkel kapcsolatos korrekciós lehetőségei (Ennek a pontnak a kifejtésére jelen tanulmányban nem volt lehetőség)

– A generációk közötti kapcsolatok terápiás korrekciójára ad lehetőséget (narratívumok, szkriptek stb.)

A 11, bent-fekvő rendszerben 3-6 hónapos időtartamban a tanulmány írásáig kezelt és jelenleg is utánkövetett páciensekkel való tapasztalat alapján, a következőket tartjuk fontosnak és kiemelendőnek:

– elsősorban nem gyógyszeres terápiás formákat, pszichoterápiát alkalmazni

– ha a terápia engedi, a szoptatás lehetőségét fenntartani

– amennyiben a gyógyszerelés elkerülhetetlen – azt a gyógyszerelőírásoknak megfelelően, az anyával, kismamával együttműködve alkalmazni, a szoptatás és egyéb kockázatok és előnyök figyelembevételével



– a családi erőforrásokat feltérképezni, és a pszichiátriai terápiákban is kiaknázni

– együttműködni a területi gyermek-háziorvossal és a védőnői hálózattal

A pszichiáterrel, a pszichiátriával szembeni előítéletek, hiedelmek egyrészt a rászoruló várandós kismamák valamint hozzátartozóik, de a nem team-tag egészségügyi dolgozók között is fennállnak. Ezt a pontos és folyamatos tájékoztatással lehet csökkenteni, megváltoztatni. A team munka konzultatív, kapcsolati-pszichiátriai szerepet kíván meg az e területen dolgozó pszichiátertől.

Kezdeti tapasztalataink alapján a kötődés kialakulását segítő beavatkozások nem csak az újszülött fejlődését, hanem az anya mentális betegségének lefolyását is kedvezően befolyásolja.

További kutató munka és a tapasztalatok adják meg a választ erre a valamennyiünket inspiráló megközelítésre.

A szakmai protokoll véglegesítése és elfogadása, az önálló finanszírozás megteremtése, a program tapasztalatainak alapján a szükséges módosítások elvégzése és a kutatás folytatása a közeljövő feladatai. Ezt a munkát csak EGYÜTT tudjuk elvégezni.

IRODALOMJEGYZÉK

Bowlby J (2009): A biztos bázis. A kötődés-elmélet klinikai alkalmazásai. Animula

Dallos R, Vetere, A (2009): Systemic Therapy and Attachment Narratives: Applications in a range of clinical settings. London: Routledge

Fónagy P (2003): A kötődés generációs átvittele: egy új elmélet. Thalassa, 14, 2-3, 83-106.

Hédervári-Heller É (2008): A szülő-csecsemő konzultáció és terápia. Animula.

Hámori E (2005): Koraszülöttség és az anyagyerék kapcsolat kezdete. Buktatók és korrektív lehetőségek a korai kapcsolat fejlődésében. Pázmány Péter Katolikus Egyetem.

Kurimay T., Füredi J.: Család és párterápiák. A Pszichiátria Magyar Kézikönyve, Medicina, Budapest, 2008

Szentgróti T (2006): Kötődés és konstruktív gondolkodás. Felnőtt kötődési biztonság és konstruktív gondolkodás. ELTE PPK, Budapest. Témavezető: Kökönyei Gyöngyi

Gergely Gy (2003): A szülői érzelmtükrözés szociális feedback elmélete: A normális és a patológiás érzelmi fejlődés interaktív mechanizmusai In. IX. Családbarát Kiadvány, Rálszisz-téma, Dabas

Németh, T., Paksy, M., Hámori, E., Boros, V., Bodor, Zs., Tunyi, T., Atkány, G., Albert, K., Juhász, K., Babus, E., Kurimay, T., (2009) „Együtt” – A szülés előtti, szülést követő mentális zavarok felismerése és kezelése az anyagyerék egységben. *Előadás, amely elhangzott a Magyar Pszichiátriai Társaság Vándorgyűlésén*, Debrecen, 2009, január 28-31.

www.nice.org.uk Ref 2007/011



Szociális munkás szerepe az anya-gyermek egységben „Együtt megtaláljuk a megoldást, a realitás talaján apró lépésekkel”

Atkári Gizella

Szociális munkás

Szent János Kórház Budai Egészségügyi Regionális Centrum

Telefon: 06 (1) 458 4500

E-mail: atkarigizi@citromail.hu

Honlap: www.janoskorhaz.hu

INFORMÁCIÓ GYŰJTÉSE

Az anya felvételét követően első lépésben tájékozódok a dokumentációból, bekerülésének előzményeiről, körülményeiről, az orvosától az állapotáról. A részletes információ gyűjtése elengedhetetlen ahhoz, hogy minél szélesebb aspektusból tudjam megismerni az anya bekerülését, ezért nem mellékes az a fontos információ, amit az őt felvevő orvostól és az ápoló személyzet elmondásából nyerhetek. Amennyiben közvetlenül a felvételnél is jelen vagyok, akkor saját tapasztalatom, benyomásom, az anyától kapott információ alapján nyerhetek nagyobb betekintést az állapotára vonatkozóan. Az anya sokféle módon érkezik az osztályra, ez történhet önkéntesen, egyedül vagy kíséreléssel, de külső intézményből, mentővel is. Az önkéntes részvétel azonban, sok esetben kényszerítő elemeket is tartalmazhat, ennél fogva a kliens lehet dühös, el-

lenséges, még akkor is, ha eredetileg beleegyezett a részvételbe.

Járjunk utána a beteg/kliens múltbéli kapcsolatainak, bármilyen apró, hétköznapi vagy jelentéktelen eredmények is azok. Nézzünk utána családi, rokoni és baráti kapcsolatainak.

A mi felelősségünk, hogy meggyőződjünk arról, hogy a kapott információ felhasználásánál nem tépünk-e fel régi sebeket, nem sértünk-e vallási, faji és egyéb, számára fontos értékeket.

KAPCSOLAT KIALAKÍTÁSA

Bemutatkozás után az anyával ki kell alakítani a megfelelő kapcsolatot, ami spontán beszélgetés formájában történik. Első lépésben egymás kölcsönös megismerése és elfogadása a cél.

Tájékoztatjuk a kliensünket és családját az „EGYÜTT” Programról, és amennyiben kéri az általunk felajánlott, teamben dolgozó szakem-



berek segítségét, írásos formába kell vállalniuk az együttműködést.

A megfelelő kapcsolat kialakításánál olykor a megfelelő stratégia, ha engedjük a kliens beszélni, és nem kérdezzük. Mindig kedvesen és halkán beszéljünk, használjunk pozitív szavakat, bizalomkeltő gesztusokat, a negatív tartalmú és pejoratív értelmű kifejezéseket kerüljük. A segítő kapcsolatról szóló megegyezés kialakítása, a célok megállapítása akkor kezdődik a kliens és a szociális munkás között, amint az első kontaktus létrejött. Ne szégyelljünk elnézést kérni, ha alkalmatlannak tartja a kliens a közeledésünket. Keressünk pozitív motivációt a viselkedésére, és emeljük ki azokat, ne felejtünk el a klienssel azonos nyelvet beszélni, semmiképpen ne legyünk hivatalosak. Legyünk türelmesek, nyugodtak, ne adjunk hirtelen tanácsot vagy javaslatot, inkább barátságosan közeledjünk. Felajánlott segítség mellett érdeklődjem tapintatosan, hogy mire lenne szüksége, biztosítsam támogatásomról. Beleegyezését, engedélyét kérve az interjú elkészítésére, egyben tájékoztatom kérdéseim irányáról. Fontos megnyugtatón arról, hogy nem kötelező válaszolnia az általam megfogalmazott kérdésre.

INTERJÚ KÉSZÍTÉSE

Az interjú készítése nagymértékben függ a kliens egészségügyi állapotától. Előzetesen a kezelő orvossal konzultálok, és a klienssel/beteggel

egyeztetett előzetesen megkért beleegyezésével, hozzájárulásával történik az interjú. A megismerés módszere, célja a kliens és a szociális környezetének feltérképezése, a probléma feltárása, adatok információk megszerzése. Célzott beszélgetés, amelyben információt gyűjtök, okokat tárok fel, a kliens értelmi, érzelmi szintjén dolgozom. A szociális munkás interjúja a kialakuló együttműködés eszköze, ahol nem az a legfontosabb, hogy megtudjon valamit, hanem hogy a kliens megszabaduljon szorongása egy részétől. A profi interjúkészítés alapvetően interakciós folyamat, a segítséget kérő kliens és a megfelelő tudással és jártassággal rendelkező szakember között. A szociális munkásnak nemcsak információt gyűjtésére kell használnia az interjú alkalmát, hanem a megoldások (megoldási alternatívák) megtalálására alkalmas helyzet kialakítására is.

Mindaddig, amíg képesek vagyunk a klienssel a megfelelő kontaktust megtartani, kapcsolatunk egyfajta rendszerré válik, amelyben mind a ketten hatást gyakorolunk egymásra. Azaz, amikor a szakember bizonyos módon viselkedik, arra a kliens szintén egy bizonyos módon reagál. Amikor csak lehetséges, a beszélgetésben a jövőről legyen szó, és mindig használjunk konkrét cselekvésre orientált szavakat, mint például: „tehát mit kell ahhoz tennie, hogy jobban érezze magát”.

A kérdéseinket úgy fogalmazzuk meg, hogy a kliens hozzá tudja tenni saját gondolatait, és elképzeléseit. Ha a kliens hirtelen eltér a tárgytól,



és el akarja terelni a beszélgetés irányát, finoman fogalmazzuk újra a kérdéseinket: „még mindig nem értem, vagy ha jól emlékszem ott tartotunk”, stb.

Mindig használjunk semleges pozitív megfogalmazást, mint például: „tudom, hogy megérintette, ami Önnel történt, hogyan segíthetünk”? Végig kell gondolnunk, mit kérdezünk, mikor, hogyan és mi célból.

A kérdések szóljanak a sikerekről, a kivételről, a múltbéli jó cselekedeteiről és a jelenlegi problémával kapcsolatos küzdelmekről. Amikor a múltbéli sikerekről kérdezünk, a kliensnek gyakran az arckifejezése és a testtartása is megváltozik, könnyebben elkezdhet bízni magában, ha segítséggel visszatekinthet múltbéli pozitív sikereire. Tudatosítanunk kell benne, hogy még mindig rendelkezik ezzel a képességgel, és tud változtatni jelenlegi helyzetén, vannak saját erőforrásai, és képességei előhívásával önmaga is meg tud oldani problémákat. A siker lehet nagyon apró, kis lépésekben kell gondolkodni.

A beszélgetés lezárása éppen olyan fontos, mint a kezdete, legyen konkrét elképzelésünk arra vonatkozóan, mi fog történni, mivel a következő találkozásunkat tervezzük meg, közös célunk elérése érdekébe.

Olykor egy 20-30 perces, komoly összpontosítással zajló beszélgetés sokkal hatékonyabb lehet, mindkettőnk számára, mintha 1-2 órás, céltalan elkalandozás.

A következő találkozásunk lehetőségét az in-

terjú végén kell felkínálni a kliensnek. Megköszönni neki, hogy meghallgatott bennünket, bepillantást engedett életébe, megosztotta kétségeit. Semmilyen körülmények között a befejezés nem lehet hirtelen vagy meglepetésszerű.

Egészségügyi állapotától függően megkérdezhetem, rendelkezik-e valamilyen jövedelemmel, milyen a családi és rokoni kapcsolata stb. Minél több információt próbálok nyerni a probléma meghatározásához a kliens szemszögéből, megfigyelni az érzelmi megnyilvánulásait, verbális és nonverbális jelzéseit.

Ne csak arra figyeljünk, amit mond, hanem azt is, ahogy mondja.

AZ ANYA-GYERMEK, MEGFIGYELÉSE

Az anya bizalmának elnyerése után, a gyermekosztályra átkísérve, megfigyelhetem gyermekével való kapcsolatát. Az anya-gyermek között kialakult kommunikáció intenzitása, a folyamatos odafigyelés esetleges nehézségei miatt aggodalom és félelem alakulhat ki az anyában, például a nehezen induló szoptatás miatt, sírása miatt, ha nem tud aludni vagy éppen aluszékonysága miatt. Találkozva a gyermekosztályon dolgozó kollégákkal, információt kaphatok arról, hogy mennyire sikerült az anyának megtanulnia gyermeke gondozását (etetése, fürdetése), a reá háruló terhek kezelésének irányítását, az anyai feladatok elsajátítását.

Alapvető feltételezés, hogy a kliens igenis



egymaga is meg tudja oldani a felmerülő problémákat, ám sok esetben biztonságot jelent számára a szakember jelenléte, akihez fordulhat tanácsért, segítségért. A legfontosabb, szem előtt tartandó az a megfontolás, hogy a klienseknek szükségük van arra, hogy érezzék, a saját kezükben tartják az életüket, amennyire csak lehetséges.

AZ ANYA LEHETŐSÉGEI

Milyen belső erőforrásokat vehet igénybe, ha együtt szeretne lenni a gyermekével? Családjával vagy egyedül szeretné nevelni, vagy kénytelen egyedül gondoskodni gyermekéről?

A családnak fontos szerepe van a gyermek fejlődése szempontjából, biztonságot nyújt, szerető környezetben személyiségük fejlődik, gazdagodik. Amennyiben az anyának nincs lehetősége arra, hogy a gyermeket édesapjával együtt nevelje, segítségére lehetnek rokonai, baráti köre.

Még akkor is, ha lépéseink és magatartásunk helyes és mindent jól teszünk, előfordulhat, hogy nem sikerül minden klienssel/beteggel együttműködni. Természetesen minél több siker érnek el, annál jobban érzik magukat.

Nyilvánvaló, hogy a célnak, amely megállapításánál segítünk a kliensnek, valami olyasvalaminek kell lennie, amit a kliens képes reálsan elérni az adott körülmények között. A kliensnek sikerre és nem kudarcra van szüksége önbizalma növeléséhez. A cél legyen fontos a kliens számára, mivel neki kell megtennie a szükséges lé-

péseket a pozitív változás eléréséhez. Bár a kliens motivációja gyakran egészen más, mint amit mi szeretnénk, de minden esetben jobb onnan kiindulni, ahol a kliens tart és nem kell vitatkozni vele, hogy változtasson az elképzelésin. Amennyiben a szociális munkás kooperál a klienssel, neki is könnyebb lesz a közös cél elérését megélni, sikerélményre nem csak a kliensnek van szüksége. A szakembernek legalább olyan fontos a siker megélése, hiszen megerősíti abban, hogy jó irányba haladnak együtt a közös célért.

A kliensek nagyon fogékonyak a finom nem verbális üzenetekre is, ezért győződjünk meg arról, hogy amit teszünk és mondunk, az hiteles legyen.

AZ ANYA KÜLSŐ KAPCSOLATAI

Amennyiben az anya nem rendelkezik belső kapcsolatokkal, a külső erőforrásokra lehet támaszkodni. Előfordulhat, hogy az anya nem rendelkezik családi kapcsolatokkal, gyermeke apjának kilétét sem tudja megmondani, szüleivel nem tartja a kapcsolatot, vagy nem akarja felvenni velük a kapcsolatot, akkor segítségére lehetnek a szociális szakemberek.

A TEAM TAGJAINAK TÁJÉKOZTATÁSA

A team tagjai pszichiáterekből, gyermekgyógyászokból, felnőtt- és gyermek szakápolókból, pszichológusokból és szociális munkásokból áll.



Az anyától kapott információ segítségével reális, személyre szabott megoldási alternatívák lehetőségeit vázoljuk. Külső szupervízor segíti munkánkat, aki az egyes szakterület szakembereinek esetismertetése során felfigyel, rákérdez és felhívja figyelmet a legapróbb, jelentéktelennek ítélt részletekre is.

KÉPESSÉ TÉTEL

Amennyiben kliensünk attól fél, hogy elsza-kítják tőle a gyermekét, és ezért igyekszik együttműködni velünk, ez tulajdonképpen megegyezik a szociális munkás céljával, miszerint a gyermekről való gondoskodást szülei teremtsék meg. Lehet, hogy a kliens célja a háttérben az, hogy megakadályozza a szociális munkás látogatásait, de ahhoz, hogy ezt elérje, bizonyos dolgokat teljesítenie kell, meg kell, hogy feleljen a gyermekgondozás minimális feltételének.

Akadályok mindig lesznek, amelyet a kliensnek kell meglépnie. A szociális munkás feladata közvetíteni a kliens felé, hogy meg tudja tenni ezt, csak idő kérdése, hogy mikor ezt ő dönti el, amikor készen áll erre.

Helyezzük pozitív keretbe, amit a kliens tesz, és adjunk neki minél több pozitív visszajelzést a múltbéli és jelenlegi sikereiről. Szinte mindig meg lehet erősíteni, hogy amit cselekszik az egy jobb – rosszabb kísérlet arra, hogy javítson életén, jobba tegye gyermeke sorsát.

CSALÁDLÁTOGATÁS, UTÓGONDOZÁS

A családlátogatás alkalmával megfigyelhetjük a család életét, hiszen saját környezetben mindannyian másképp viselkedünk, ezáltal a szociális munkás több, és más információt szerez, amit a team tagjaival megosztva segítségére lehet a kliens fejlődésének. A saját környezetében történő magatartásváltozás sokkal átfogóbb, teljesebb képet tár elénk.

Az időpont megbeszélésénél tiszteletben kell tartanunk a család kérését, a látogatásunk nem lehet váratlan, a lakásban lehetőleg a család döntse el, miről készüljön felvétel és miről nem. Az időpont megbeszélésénél tisztázni kell, hogy ez nem vendégség, hanem a program része, ami lehet egy látogatás, de inkább folyamatos (félévente vagy évente), több találkozás is, egészen a program lezárásáig. A gyermek fejlődését nyomonkövető, segítő támogatást kap a szakemberektől a család, visszajelezve nekik, hogy könnyebben tudjanak gondoskodó szülőkké válni. Mindenképpen az a cél, hogy a családot „működés” közben láthassuk, jobban megfigyelhető legyen a gyermekkel való kapcsolatuk.

FOLYAMATOS ÉRTÉKELÉS, ÚJRAÉRTÉKELÉS

Folyamatosan értékeljük munkánkat, vizsgáljuk felül, ha szükséges. A pótlólagos információk, melyek kezdetben még nem álltak rendelkezé-



sünkre, és melyeket nem láthattunk, egyéb lehetőségek, igényeket indíthatnak el. Amennyiben változás alakult ki, az elért célkitűzést is folyamatosan újra kell értékelni, ezért a szociális munkás legyen óvatos a haladás értékelésében és a cél kitűzésében. Az információ arról, hogy mit tegyünk, vagy ne tegyünk, lehet hasznos, ami segíti munkánkat, de némelyik nem a változást szolgálja. Ezt idejében fel kell tudni ismerni. Legyünk rugalmasak és hajlandók másképp gondolkodni az új információk birtokában. Bízunk saját intuitív és józan ítélőképességünkben, elismerve tévedésünket, és felülvizsgálva kezdeti benyomásainkat a beavatkozás céljairól.

Helyes-e a kitűzött cél? Miben kell módosítani? Mi maradhat változatlanul? Ha úgy érezzük, hogy csak mi dolgozunk keményen a közös cél elérése érdekében, míg a kliens nem tesz erőfeszítéseket arra, hogy változtasson életén, zsákutcába jutunk. Ne hibáztassuk a klienst, ne haragudjunk rá, hiszen ő is éppen olyan elkeseredett lehet, mint mi vagyunk. Tekintsük át az eddig elért eredményeket, és kezdjük egy, a kliens által is megléphető kis

céllal. A legjobb javaslat is – amelyet a szociális munkás fogalmaz meg – haszontalan, ha a kliens nem követi azt és nem érzi sajátjának.

Fontos, hogy tisztelettel, felelősséggel járjon el munkája során; a titoktartást és az információk felelős kezelését, kompetenciahatárait tartsa szem előtt.

IRODALOMJEGYZÉK

Hegyesi, G – Talyigás, K. (1993). A szociális munka elmélete és gyakorlata I. kötet Általános szociális munka, Budapest

Szabó, L. (1994). Krízisintervenció a szociális esetmunkában In. A Szociális Munka elmélete és gyakorlata, Semmelweis Kiadó, Budapest

Siteriné, K., A. – Tóth, I., E. (2007). Szenvedélybetegek részére nyújtott szolgáltatások SZEN-AK-PI Az első interjú a szenvedélybetegek segítésében, Protokoll

Dr. Kurimay, T. (2004). Családterápia és család Konzultáció, Európai Távoktatási tankönyv, Coincidencia, Budapest



A szupervízor szerepe a pszichiátriai osztályon működő anya – gyermek egység munkájában Magyarországon

Dr. Hámori Eszter

*Klinikai gyermek szakpszichológus, gyermek- pszichoterapeuta, kiképző gyermek- pszichoterapeuta
Pázmány Péter Katolikus Egyetem
E-mail: hamori.eszter@btk.ppke.hu*

Bálint Mihály háziorvosok számára tartott esetmegbeszélő csoportjainak egyik fontos tanulsága szerint csak akkor lehet igazán hatékony a gyógyító tevékenység, ha nem pusztán a betegségre koncentrálunk, hanem kiterjed figyelmünk a beteg, valamint az orvos személyiségére, annak környezetére, és kettőjük kapcsolatának sajátos elemeire is. A másik jelentős felismerése volt, hogy a szakmai közösségek rendelkeznek egy olyan kollektív bölcsességgel, amely általában külön-külön hozzáférhetetlen tagjai számára, ám egy sajátos légkörű és technikájú csoportos beszélgetésben mindenki meríthet belőle (Bálint, 1956/1990).

Ebben az előadásban az Anya-gyermek egység („EGYÜTT” Program) team-munkáját mutatom be a szupervízor szemszögéből. Bálint Mihály fent idézett szemlélete alapvető ebben a munkában. Az előadás rávilágít arra, hogy egy ilyen speciális programban, ahol eltérő képzettségekkel, tapasztalatokkal dolgozó szakemberek működnek együtt egyazon eset kezelésében, az interdiszcipli-

naritás egyszerre segítő tényező az esetek több szempontú megértésében, ugyanakkor nehézségeket is felvet. Az „EGYÜTT” Program team-munkájának történetében szakaszokat élhettünk át, a kezdeti nehézségektől az összekovácsolódás és a közös szemléletalakítás felé. Az előadásban ezeknek a szakaszoknak a főbb történéseit és a belőlük levonható tapasztalatokat világítom meg.

ELŐZMÉNYEK – AZ „EGYÜTT” PROGRAM MEGALAKULÁSA A SZENT JÁNOS KÓRHÁZBAN

Az OGYEI (Országos Gyermkegészségügyi Intézet) kezdeményezésére az OGYEI és a Szent János Kórház Pszichiátriai Osztálya között 2004-ben kezdődött az a szakmai együttműködés, amelynek célja az volt, hogy a poszt partum depressziós, valamint a pszichotikus anyák és gyermekeik közös kórházi, pszichiátriai ellátásban részesülhessenek. Az együttes kezelés szakmai indokoltágát két adat is támogatta: ez a kezelési forma csökkenti a poszt partum depresszió preva-



lenciáját, és az anyák kórházi ápolásának ideje, és hosszútávon költsége is csökken. A másik szakmai érv arra a – kötődéskutatások által is támogatott – felismerésre támaszkodott, miszerint a közös kezelés megelőzheti az anya és gyermeke – az anya kórházi tartózkodása miatti – szeparációjának a gyermek fejlődésére gyakorolt káros hatásait. A szakmailag támogatott kórházi tartózkodás alatti együttlét erősíti az anya kompetenciaérzését, és kötődési kapcsolat biztonságának alakulását, amely visszahat az anya és a gyermek pszichés jóllétére, és a gyermek fejlődési mutatóinak pozitív irányú változására is (Hartmann, 2008). A program indítása az OGYEI – ezen belül is Dr. Németh Tünde – szakmai előkészítő munkájával kezdődhetett meg. Fontos alapot jelentett a Heppenheimeri Pszichiátriai Intézetben folyó Anya-gyerekek Egységével történő szakmai együttműködés kialakítása (Németh és mtsai, 2008, 2009).

A Heppenheimeri Pszichiátriai Intézet az első olyan klinika Németországban, ahol a fenti elvek alapján egy 11 ágyas önálló részleget alakítottak ki post partum depressziós, valamint pszichotikus anyák és kisgyermekek együttes kezelésére, és ahol egy komplex team – pszichiáter, pszichológus, szociális munkás, nővérek – dolgozott az együttes kezelés diagnosztikai, intervenciós és terápiás szempontjainak kidolgozásában, és gyakorlatának kifejlesztésében. A Szent János Kórházi program indulásának idején a Heppenheimeri Klinika tapasztalatai már több éves múltat tekintettek vissza. Az anyák és gyermekek közös

kezelését – amelynek része az anya gyógyításán túl az anya-gyermek kapcsolat és a kötődés fejlődésének optimális irányba segítése – akkor már több éve sikeresen alkalmazták. A Klinikán belül működő önálló terápiás egység szakmai szemléletében a pszichoanalitikus-rendszer szemléletre támaszkodik, és követi a modern kötődélméleti, és csecsemőfejlődési kutatások eredményeit. Az anya-csecsemő interakciók videó-alapú elemzése és terápiás felhasználása éppúgy része a szakmai munkának, mint a csecsemőkonzultáció családszemponturnak alkalmazása, illetve a családcentrikus, pedagógiai elemeket is tartalmazó szociális munka (Hartmann, 2008). Az OGYEI által kezdeményezett és kiépített szakmai kapcsolat a Heppenheimeri Pszichiátriai Intézet Anya-gyermek egységével megfelelő szakmai segítséget, alapot adott a Szent János Kórházban Magyarországon elsőként bevezetett ilyen jellegű osztályos kezelés beindításához. Az alakuló team tagjai (az OGYEI és Szent János Kórház Pszichiátriai Osztályának szakemberei) személyesen szereztek tapasztalatokat a Heppenheimeri Intézetben, és kezdték el kialakítani a Heppenheimeri Intézet szakmai segítségével a hazai programot, annak megvalósításának lehetőségeit, kereteit (Németh és mtsai, 2009).

Jelenleg az „EGYÜTT” Program működése folyamatos, a Szent János Kórház Pszichiátriai Osztályán az infrastrukturális keretek (fekvő és járó beteg ellátás, gyermekosztályal történő együttműködés) biztosítják a szükséges alapot. Kialakult



a programban dolgozó interdiszciplináris team, kidolgozás alatt áll a szakmai protokoll és az önálló OEP finanszírozás megteremtése. 2007 óta folyamatos szakmai szupervízió segíti a betegekkel folytatott munkát és a szakmai szemlélet formálását (Kurimay és mtsai, 2009). A kezdeti tapasztalatokról és a program eddigi munkájáról több szakmai konferencián számoltak be a program vezetői (Németh és mtsai, 2008, 2009, Kurimay és mtsai, 2008, 2009).

AZ „EGYÜTT” PROGRAM ÉS A HEPPEINHEIM-I „ANYA-GYERMEK EGYSÉG” – HASONLÓSÁGOK ÉS KÜLÖNBSÉGEK

Az „EGYÜTT” Programhoz nem sokkal a program beindulását követően volt alkalmam csatlakozni, mint a team szupervízora, Dr. Németh Tünde (OGYEI) és Dr. Kurimay Tamás (Szent János Kórház) felkérésére. Így viszonylag a kezdetektől kísérhettem figyelemmel és lehettem részese a program szerveződésének, fejlődésének, a kezdeti problémáknak és a team erőfeszítéseinek azok leküzdésére. A program indulásakor számos nehézséggel kellett a teamnek szembesülnie anya és gyermeke együtt kezelésének osztályos lehetőségeit és korlátait, valamint a beteganyaggal való munka sajátos profilját, és teendőit illetően. Kiderült, hogy a Heppenheimi Intézet gyakorlatához képest a magyarországi programnak több szempontból is mások a feltételei, a lehetőségei, és eltérő a programba bekerülő beteganyag is.

Mindez sajátos – a heppenheimi gyakorlattól eltérő – feladatokat és kezelési munkát kívánt és kíván meg jelenleg is a teamtől, és amelyek megbeszélése, feldolgozása, és a megoldási lehetőségek megtalálása kiemelt témaként kerültek elő a program indítását követő munkaszakasz szupervíziós ülésein. A legfontosabb különbségeket röviden hat fő pontban foglalnám össze.

1. Az „együtt elhelyezés” problémája. Talán a legfontosabb különbség, hogy szemben a heppenheimi gyakorlattal, az anya és gyermeke együttkezelésére – azaz egy számukra rendelkezésre bocsátott, és a pszichiátriai osztálytól elkülönített részlegben való elhelyezésre – nem voltak adottak a lehetőségek a Szent János Kórház Pszichiátriai Osztályán. A Szent János Kórházban az anya klinikai zavara miatt a Pszichiátriai osztályon állt kezelés alatt, míg egészséges csecsemője a pszichiátriai osztállyal szomszédos Gyermekosztályon került felvételre, ahol az anya őt rendszeresen, a stáb felügyelete mellett látogathatta, és gondozhatta. Ez a gyakorlat jelenleg is érvényes. Emiatt a sajátos feltétel miatt a Pszichiátriai osztály és Gyermekosztály szoros szakmai együttműködése és az együttműködés módjának a kialakítása a Szent János Kórházban alapvető feltétele volt a program működtetésének.

2. Az esetek súlyossága - az indikáció kérdése és a kompetenciahatárok. A németországi klienspopulációhoz képest – ahol elsősorban középszintű, teljes családban és rendezett körülmények között élő anya-gyerek párokat lát-



nak el – az „EGYÜTT” Program kezdeti szakaszában a programba kerülő kliensek esetei anynyiban voltak súlyosabbak és többrétegűbbek, hogy az anyák fokozottan súlyos pszichiátriai betegsége mellett (borderline patológia, pszichotikus állapotok) igen komoly egzisztenciális (lakás, kereset hiánya, egyedülállóság, stb.) problémákkal is küzdöttek. Így a szociális munkás szerepe rendkívül fontos és kiemelt lett programunkban az első perctől kezdve (Kurimay és mtsai, 2008). Továbbá, ezek a típusú problémák felvetették azt, hogy komolyan kell foglalkozni a programba kerülés feltételeivel, kritériumaival. Bizonyos kompetencia határokat meg kell húzni ahhoz, hogy valóban hatékony, célzott segítséget kaphassanak a programba kerülő kliensek, és a stáb ne vállaljon fel olyan feladatokat, amelyek megoldásában nem kompetens, és nem lehet hatékony. (pl. a kliens egzisztenciális problémájának segítése, vagy a gyermekelhelyezés támogatása, konkrét beavatkozás a család szociális ügyei fölötti döntésbe, stb.). Ezek a problémák és feloldási lehetőségük szintén kiemelt témaként kerültek elő a szupervíziós megbeszéléseken.

3. Az „EGYÜTT” Program a Pszichiátriai Osztály struktúrájában. Szemben a Heppenheimi Intézettel, ahol a team kizárólag az anya-gyerekek programban dolgozik, és emellett nem lát el más feladatokat, a Szent János Kórházi „EGYÜTT” Programban dolgozó szakemberek egyben komoly felelősségű osztályos munkát is ellátnak. Az osztályos munka állandó rendelkez-

zésre állást kíván meg a kezelő személyzettől, így az „EGYÜTT” Programban végzett munka sok esetben az osztályos munka sürgős ellátási eseteinek kényszerül alávetnie magát. Ez ismét egy olyan szempont, amelyet komolyan figyelembe kellett venni akkor, amikor az „EGYÜTT” Program idői kereteit, lehetőségeit dolgoztuk ki. Ilyen volt például a szupervíziós ülések állandó időpontjának, a kezelés, a családlátogatás és konzultációk időpontjainak beillesztése az osztályos munka egyéb teendőinek rendszerébe.

4. Az „EGYÜTT” Program teamje – a felelősség kérdése. A németországi gyakorlathoz hasonlóan a Szent János Kórházi „EGYÜTT” Program teamje interdiszciplináris, azaz pszichiáter, pszichológus, szociális munkás, pszichiátriai nővér, gyermekorvos és gyermeknővér egyaránt és együttműködésben dolgozik a kliensek érdekében. A team tagok munkája egymásra kell, hogy épüljön, hiszen komplex kezelési formáról van szó. Azonban, míg a heppenheimi gyakorlatban a team tagok felelőssége – beosztásuktól függetlenül – azonos (pl. a beteg ügyeiben való döntés stb.), addig a magyarországi gyakorlatban az azonos felelősség elve kivétel, hiszen a hazai egészségügyi rendszerben a felelősség a kezelőorvosé, még akkor is, ha döntésében nagymértékben támaszkodik a pszichológus, a szociális munkás, vagy a nővérek véleményére. A felelősség kizárólagossága ezért szintén sajátos helyzetet teremtett az együttműködés és a döntéshelyzetek kidolgozásában, a németországi működésmóddhoz képest.



5. *A szakmai szemlélet alakulása az „EGYÜTT” Programban.* Mint ahogy említettem, a Heppenheimeri Intézethez hasonlóan a team interdiszciplinaritása az „EGYÜTT” Programban is megvalósult (gyermekorvos, pszichiáter, pszichológus, szociális munkás, nővér együttműködése). A Heppenheimeri Intézetben ugyanakkor az indulás feltételei mások voltak, mivel az egyes szakemberek eltérő képzettsége mellett a team egységes szemléletbeli képzést kapott. Ennek fókuszában a pszichoanalitikus rendszerszemléletben, valamint a csecsemő-anya kapcsolat terápiás egységében történő gondolkodás közös szemléleti formálása állt. Ez a közös szemlélet fontos volt, mert a megértés fókuszába az anya és a csecsemője kapcsolatának dinamikáját, valamint az anya zavarának a kettejük kapcsolatára gyakorolt hatását helyezte középpontba.

Az „EGYÜTT” Programban éppen ennek a közösen formált szakmai szemléletnek a hiánya éreztette kezdetben a hatását. Előny volt, hogy programban dolgozó, a kapcsolódó területeken tapasztalt szakemberek a saját képzettségüknek megfelelő szemléletet és gyakorlatot magukkal tudták hozni. A pszichoszomatikus és a gyermekpszichoterápiás szemlélet, a korai szoptatási gyakorlat modern, az anya-csecsemő kapcsolatot előtérbe helyező gyermekorvosi szemlélete (OGYEI részéről), a korszerű pszichiátriai ellátás és kezelés gyakorlata (Szent János Kórház Pszichiátriai osztályán dolgozó pszichiáterek részéről), a családterápiás szemlélet (a Pszichiátriai Osztály főorvosa és egyben az „EGYÜTT” Program Szent

János Kórházi vezetője által képviselt szakmai szemlélet), a korszerű gyermek- és csecsemőgondozás (Gyermekosztály részéről) egyaránt képviselve volt és jelenleg is képviselt a programban. A szakmai képzettségek és tapasztalatok sokfélesége tehát egyszerre jelentett előnyt is, hiszen az egyes szakemberek más-más aspektusát láthatták meg a kliens problémájának (A többszempontú szemlélet bemutatására ld. a 2008-ban szervezett konferencián történt esetdemonstrációt, ahol az egyik legproblémásabb esetünk ismertetésére került sor, külön a pszichiáter, a pszichológus, szociális munkás, a pszichiátriai nővér és a csecsemőgondozó nővér szemszögéből; Kurimay és mtsai, 2008).

A szemléletek sokfélesége – és ezzel párhuzamosan az egységes – anya-csecsemő szemléleti keretben gondolkodás hiánya – ugyanakkor magával hozta azt, hogy az adott problematika egy-egy aspektusa – különösen az anya-csecsemő kapcsolat dinamikus mozzanatainak megértése, és ennek a kezelés tervezésében történő felhasználása – láthatatlan maradt, vagy nem kapott kellő hangsúlyt a program kezdetén. A szupervízió folyamatában ezért kiemelt jelentőségű lett, hogy ez a fajta kapcsolati szemléleti keret bekerüljön és beépüljön az anya-csecsemő együtt kezelés gyakorlatába. Ennek folyamatára visszatérek a későbbiekben.

6. *A szupervízor munkája az „EGYÜTT” Programban.* A heppenheimeri anya-gyermek egység kezelési modell egyik legfontosabb pillére a szupervízor munkája. A szupervízor feladata, hogy segítse a team munkájának hatékonyságát, azáltal,



hogyan külső megfigyelőként rálát azokra a problémákra, amelyekre a team aktív involváltsága miatt nem képes belátást szerezni. A szupervízor feladata egyben a szemlélet alakítása és formálása. A heppenheimi klinikán a pszichoanalitikus szemléletű szupervízor segíti a stábtagnak belátását, megértését az adott probléma dinamikus hátterének felismerésében. A csecsemőkori pszichoszomatikus zavarok kezelésében, és a kötődésméletben való jártassága révén pedig hozzájárul egy olyan szemléletformáláshoz, amelyben az anya és gyermeke egységének kötődésszempontú, dinamikus modellje egy egységes keretben válik érthetővé, értelmezhetővé. A szupervízor tartózkodik a diagnózissal és a kezeléssel kapcsolatos konkrét tanácsadástól, és arra törekszik, hogy az esettel kapcsolatban a stábtagnak alakítsák ki saját – leghatékonyabb – megoldásmódjait. A megértés folyamatában ugyanakkor a szupervízor felhasználja azokat a kapcsolati – áttételi és viszontáttételi – tényezőket, amelyek a kezelő és a kliens, valamint a stábtagnak egymáshoz való viszonyában megjelennek (Hédervári-Heller, 2008).

Az „EGYÜTT” Program szupervízorként magam is hasonló képzettségi és tapasztalati háttérrel, a heppenheimi szupervíziós gyakorlathoz hasonló célokkal kezdtem meg a munkát a programban. Ugyanakkor számos olyan kérdés merült fel és probléma jelent meg a program beindulásától kezdve, amelyek a szupervízori szerepkörömben és feladatok többrétegűségét kívánta meg. Alapvető célként követtem azt az elvet, hogy

az eset dinamikus megértésének elmélyítése és a csoportmunka felhasználása a megértés folyamatában a leghatékonyabb módon vezethet ahhoz, hogy a team tagjai és a kliens közvetlen kezelői az eset szempontjából legadekvátabb megoldásmódokra találjon rá. Ugyanakkor a team kezdeti működésének és összekovácsolódásának problémái, a szakmai álláspontok eltérései, az osztályok közötti együttműködés kezdeti zökkenői, és nem utolsósorban az esetek nehézségi foka szükségessé tették, hogy a javasolt „absztinens” (Hédervári-Heller, 2008) hozzáállásom direkter, a konkrét problémamegoldást előtérbe helyező működésmóddal is kiegészüljön. Csak később, a szakmai szempontok és a működési keretek stabilizálódása után – és ezzel egyidőben az első, videóra vett anya-csecsemő interakció megfigyelésével és megbeszélésével – indulhatott meg az a fajta szupervíziós munka, amely támaszkodik a team tagjainak a megfigyelési anyaghoz fűzött asszociációira, és dolgozik a team és a páciens között megjelenő áttételi és viszontáttételi folyamatokkal. Ezekről a változásokról lesz szó bővebben a most következő részben, ahol az „Együtt” team munkáját és fejlődésének szakaszait a szupervízori szerepem szemszögéből és tapasztalataiból közelítem meg.

AZ „EGYÜTT” PROGRAM MŰKÖDÉSÉNEK ÉS SZAKMAI ARCULATÁNAK FEJLŐDÉSE – A KEZDETEK

A program indulásakor – mint ahogy arra már utaltam – számos olyan kérdés és probléma me-



rült fel, amely szorosan érintette az osztályos kereteken belül történő működés lehetőségeit és korlátait, a gyermekosztállyal történő együttműködés kialakítását, valamint a stábtagek felelősségvállalásának, szerepének kérdését a beteg, illetve az anya-gyermek egység kezelésében. A kezdeti időszak szupervíziós megbeszélései ennek megfelelően a következő kérdések köré csoportosultak:

Szervezetileg milyen keretek között működhet a program az osztályon belül? Mik a jogi feltételei a program működésének? Kinek milyen szerepe lesz az együttműködésen belül? Az osztály sürgősségi feladatai mellett hogyan lehet teljesíteni a programban vállalt feladatokat? Ki koordinálja a beteg kezelésében végzett interdiszciplináris munkát? Ki a felelős a beteg ügyeiért? Milyen plusz szerepkört vállalhat a szociális munkás a beteg familiáris tényezőinek megismerésében, kezelésében? Legyen-e külön dokumentáció – a szokásos ápolási napló mellett – amely segítheti a teamtagok munkáját a kölcsönös tájékozódásban? Ki kíséri át az anyát a gyerekosztályra csecsemőjéhez? Ki „felügyeli” kettejük kapcsolatát?

Szintén fontos és visszatérő kérdés volt a kezdeti szakaszban a gyermekosztály dolgozóinak feladatköre a programon belül. Nevezetesen, olyan kérdésekre kellett választ találnunk, mint például: a csecsemő gondozásán túl milyen kereteken belül és milyen módon segítsenek az osztály dolgozói az anyának gyermeke gondozásában? A tanácsadáson túl milyen szerepkört vál-

lhatnak még fel az anya-gyerek kapcsolat segítésében? Melyek azok a megfigyelések, amelyek segítheti a pszichiáter, a pszichológus és a szociális munkás munkáját? Milyen megfigyelési szempontokat kaphatnak ehhez a feladathoz?

A fenti kérdéseken túl aggodalmak fogalmazódtak meg a gyermekosztály dolgozóiban a kompetenciahatárok kérdését illetően, amellyel kiemelt témaként kellett foglalkozni a szupervíziós üléseken. Nevezetesen azzal, hogy a gyermekápolásban képzett nővérek felkészületlenül álltak azzal szemben, hogy felismerjenek és adekvátan kezeljenek olyan pszichopatológiai jelenségeket, amelyek az anya klinikai zavarának következményei, és amelyek káros hatással lehetnek az anya-csecsemő kapcsolatra is. Igényként merült fel ennek kapcsán, hogy a gyermekosztály dolgozói kapjanak útmutatót, segítséget ehhez a problémához a pszichiátriai osztály dolgozóitól.

Nehezítette a kezdeti szakasz problémáit az is, hogy ebben az időszakban a legnehezebb esetek kerültek be a programba. Olyan esetek, ahol az anya pszichiátriai betegségét súlyosbították létfenntartási és familiáris nehézségei, betegségbelátásának hiánya, és kezdeti motivátlansága a programban való részvételre (ld. pl. Anna esete, id.: Kurimay és mtsai, 2009). Olyan beavatkozásra volt tehát szükség, ahol konkrétan dönteni kellett a program szempontjából való alkalmasságról, és a konkrét teendőkről, amelyek az anya pszichés és egzisztenciális feltételeit olyan mértékben javíthatják, hogy képes legyen anyaságát felvállalni.



Az esetmegbeszélések fókuszában ebben az időszakban túlnyomóan a konkrét teendők megbeszélése állt, míg a kapcsolat-dinamikai szempontok nem kerültek be a megbeszélések tematikájába. A csecsemő sokszor „háttérben maradt” a megbeszélések témájában, inkább az anya problémájának, vagy a családi rendszer működési rendellenességeinek a feltárásán volt a hangsúly. Az anya-csecsemő kapcsolat, mint téma – a gyermekosztály dolgozóinak tapasztalatai nyomán – elsősorban, mint gondozási feladat, illetve a gondozással kapcsolatos problematika jelent meg, ahol elsődlegesen az anya felvilágosítása, és a gondozásban való aktív részvételének segítése volt a cél. Az anya-csecsemő interakció tudatos és tudattalan aspektusainak megértése így kezdetben nem került be a megértendő és figyelemmel kísérendő jelenségek közé.

AZ „EGYÜTT” PROGRAM MŰKÖDÉSÉNEK ÉS SZAKMAI ARCULATÁNAK FEJLŐDÉSE – AZ ÉPÜLÉS SZAKASZA

Ezt a szakaszt több olyan változás is fémjelzte, amelynek során a program keretei stabilizálódni látszottak, a kompetenciahatárok biztossá váltak, és megindult egy közös szakmai szemléleti formálódás, amely előkészíthette az „EGYÜTT” Programnak a heppeinhemi gyakorlathoz hasonló célját, az anya-gyerek egységben történő gondolkodást. Fontos lépés volt ebben az osztályok közötti együttműködés kereteinek

formálása. Bemutatkozó találkozásokat szerveztünk, ahol az osztályok kölcsönösen megismerhették egymás működésmódját, kezelési és ellátási gyakorlatát. Az osztálylátogatások során sok olyan gyakorlati kérdés merült fel, aminek tisztázása segítette mindkét fél részéről az anyagyerek egység létrehozásának praktikus teendőit, beleértve az anya látogatásának megszervezését a gyermekosztályra, és a gyermek ellátásának gyermekosztályos lehetőségeit.

A pszichiátriai osztály dolgozói rövid prezentációk formájában tartottak „továbbképzést” a gyermekosztály dolgozóinak azokról a pszichiátriai betegségekről, és viselkedéses jellemzőikről, amelyekkel a csecsemő- és gyermekgondozó nővérek találkozhatnak a programban résztvevő családokkal való kapcsolatuk során. Esetek kapcsán beszéltük meg azokat a kérdéseket, hogy milyen hozzáállás javasolt az anyák egyeditől eltérő viselkedéséhez, és mikor érdemes az anya kezelőjével való konzultációt kezdeményezni.

Fontos lépést jelentett ebben a szakaszban azoknak a videofelvételeknek a közös megtekintése és elemzése, amelyeket egy korábbi anya-csecsemő interakciós anyagból hoztam el, és ami példázta az anyai depresszió hatását az anya-csecsemő kapcsolatra. Megszületett az a szempontsor is, amely az anya-csecsemő kapcsolat kontextuális diagnosztika támpontjait foglalta össze, és segítséget nyújtott a gyermek- és a pszichiátriai osztály dolgozóinak az anya visel-



kedésének és a gondozási sajátosságainak szisztematikus megfigyeléséhez. Elkészült az a jogilag is kidolgozott, és az etikai bizottság által jóváhagyott nyilatkozási forma, amelyben a programban résztvevő családok hozzájárulnak az interakciós videofelvételek készítéséhez, és azoknak a stáb által történő megtekintéséhez, azzal a céllal, hogy a videofelvételek segítsék a stáb munkáját.

Összefoglalva, ebben a szakaszban jelentős előrelépések történtek az osztályos együttműködés és a szakmai kompetenciák formálásában, és nem utolsósorban annak a szemléletnek az alakításában, amely a pszichiátriai betegségben szenvedő anyát csecsemőjével való kapcsolatában veszi figyelembe.

AZ „EGYÜTT” PROGRAM MŰKÖDÉSÉNEK ÉS SZAKMAI ARCULATÁNAK FEJLŐDÉSE – AZ ÖSSZEKOVÁCSOLÓDÁS SZAKASZA

A szemléleti összekovácsolódás fontos lépését az az esemény fémjelzte, amikor – egyik első esetünkénél – a várandóssága előtt és alatt folyamatos kezelésben részesülő borderline anya csecsemője megszületését követően jó pszichés állapotban hazatérhetett otthonába, ahol – a beteg és a család belegyezésével – videó-felvétel készült csecsemőjével való együttlétéről. A több órás felvétel jelentős pontjainak kiemelése, és együtt megtekintése fordulópontot hozott abban, hogy az anya-csecsemő kapcsolat megfigyelhető moz-

zanatai – kritikus pontjai és pozitív aspektusai – révén a kapcsolat-dinamikai szempontok előtérbe kerülhessenek.

A video-megfigyelés során a team tagjaiban eltérő érzelmek, benyomások keletkeztek az anyacsecsemő-nagymama egység kapcsolatáról, megosztottság jelent meg a nagymama szerepét, viselkedését illetően. Volt, aki annak támogató megnyilvánulásait érzékelte, volt, aki beavatkozó-nak élte meg a nagymama jelenlétét egyazon helyzetben. Az anya-nagymama kapcsolatot domináló ambivalencia – ami korábbi feltételezésünk szerint meghatározó lehetett az anya patológiájában, és amely az anya leendő gyermekével szembeni viszonyulását is jellemezte – szinte tapinthatóan jelent meg a csoporttagok eltérő érzelmeiben, és a csoport megosztottságában. Volt, aki az anyával, volt aki a nagymamával azonosult megértőleg, és volt olyan, aki a csecsemő szemszögéből fogalmazta meg a megfigyelt jelenetben látott interakciókat. Az eltérő érzelmek, értelmezések megfogalmazása és ennek a csoportdinamikai történésnek a megértése segítette a team rálátását arra, hogy az anya patológiája (és ezen belül is a hasítás folyamata, és az ellentétes érzelmek egymástól való elválasztása) miként jelenik meg nemcsak saját anyjával és a csecsemőjével, de a kezelő személyzettel való kapcsolatában is.

A pozitív, harmonikus csecsemő-anya interakciók – ugyanezen a videó-megfigyelésen – ugyanakkor arra világítottak rá, hogy az anya képes gyermekével érzelmetli, ráhangolódó



pillanatokat teremteni, olyan pillanatokat, ahol a csecsemő is aktív részese, alakítója kettejük kapcsolatának.

A megfigyelések során a csoportban keletkezett érzelmek járultak tehát hozzá, hogy az eset bonyolult kapcsolati mozzanatait jobban értsük, és kiemeljük azokat a szempontokat, amelyek az anyával tervezett következő konzultáción, mint támogató intervenciót használhatott fel a kezelőorvos, és a családot gondozó szociális munkás. Nem utolsó sorban, a közös megfigyelés segítette azt is, hogy a csecsemő belépjen a terápiás és a szupervíziós térbe, és így az „együtt kezelés” aktív résztvevője legyen.

ÖSSZEFOGLALÁS

Hogyan is lehetne összefoglalni ezt a fajta szupervíziós munkát, amelyet az „EGYÜTT” Programban folytathatunk? A legutóbbi szupervíziós ülésen, ahol többek között erről az előadásról is beszéltünk, és a team-tagok hozzáfűzték a szakmai részhez a véleményüket, és együtt gondolkodtunk arról, hogy ennek a speciális szupervízióknak a „műfaját”, lényegét hogyan tudnánk meghatározni. Így született meg az „interdiszciplináris szupervízió” fogalma, amely nemcsak a team-tagok interdiszciplinaritására utal, hanem arra a módra is, amit a szupervízor működése ebben a sajátos munkában megkíván.

Mennyiben más ez a munka, mint amit a klinikai területen általam is vezetett pszichoanaliti-

kus szemléletű esetmegbeszélő csoportokban tapasztaltam? A pszichoanalitikus szemléletű szupervízió figyelembe veszi a kliens jellemzőin túl azokat a tényezőket is, amelyek a kezelő személyzet által átélt információkból származnak. A kapcsolati tényezők leginkább a kezelő és a kezelte által átélt élményekből érthetőek meg, így a szupervízió feladata ezeknek élményeknek a megértése és bevonása a feltárási folyamatba (Bálint, 1956/1990). Ez a fajta szupervíziós modell gyakran használatos olyan szervezetekben, vagy teamekben is, ahol a kezelés fókuszában a klienssel való kapcsolat áll, és ennek megérését nagyban segítheti a stábtagnak által átélt érzelmek feltárása, megértése, anélkül, hogy azok feldolgozását tűzné ki célul (Sárvári, 1999). A kapcsolati szempont – az „EGYÜTT” Program tapasztalatai szerint – különösen hangsúlyos, amikor a team egy olyan speciális kezelési helyzettel dolgozik, ami nem csupán a klienst helyezi a figyelem középpontjába, hanem a klienst, mint anyát, következőképp az anya-csecsemő kapcsolati egységet is. Egy ilyen speciális kezelési helyzetben szükségszerűen éledhetnek újra a team-tagok saját korai kapcsolati (gyermekkorai, és szülősegi) tapasztalatai, élményei, és segíthetik a gyógyítás folyamatát, vagy éppenséggel akadályt állíthatnak az eset mélyebb megértése elé. Ezeknek a kapcsolat-dinamikai szempontoknak a figyelemvétele szintén a megértési munka szerves részét képezi. Úgy vélem, ez a fajta munkamód az „EGYÜTT” Programban is megindulhatott, ám számos lép-



csőfokot kellett ahhoz meglépnünk, hogy eddig eljuthassunk. Tapasztalataink azt mutatják, hogy ennek a szempontnak a felhasználása akkor vált igazán hatékonyá, amikor az első videó-megfigyeléseket kezdtük el közösen elemezni.

A videó-megfigyelések és elemzések egyben erősítették a team tagjaiban az anya-csecsemő egység közös szemléletének jelenlétét az esetek megértésében. Az, hogy ezek a megfigyelések – és az erre épülő anya-gyermek kapcsolati diagnosztika – a kezelésnek, és így az „EGYÜTT” Programnak is szerves részévé váljon, megindult, de helyének stabilizálása még a program következő szakaszának feladatai közé tartozik.

IRODALOMJEGYZÉK

Bálint, M. (1956) Az orvos, a betege és a betegség. Animula Könyvkiadó, Budapest, 1990.

Hartmann, H., P. (2008) A Heppenheimi Pszichiátriai Klinika tapasztalatai az anya-gyermek egység tükrében. *Előadás, amely elhangzott az „Együtt” – A szülés előtti, szülést követő mentális zavarok felismerése és kezelése az anya-gyermek egységben c. konferencián*, Budapest, 2008. dec. 11.

Hédervári-Heller, É. (2008) A supervisor munkája a németországi pszichiátriai osztály anya-gyermek egységében és magyarországi szakmai tapasztalatai. *Előadás, amely elhangzott az „Együtt” – A szülés előtti, szülést követő mentális zavarok felismerése és kezelése az anya-gyermek egységben c. konferencián*, Budapest, 2008. dec. 11.

Kurimay, T., Paksy, M., Bodor, Zs., Tunyi, T., Atkári, G., Albert, K., Juhász, K., Boros, V., Babus, E. (2008) Esetismertetés, a team munkája. *Előadás, amely elhangzott az „Együtt” – A szülés előtti, szülést követő mentális zavarok felismerése és kezelése az anya-gyermek egységben c. konferencián*, Budapest, 2008. dec. 11.

Kurimay, T., Németh, T., Hámori, E., Bodor, Zs., Albert, K., Atkáry, G., Paksy, M., Boros, V., Kovács, R., Fenyves, T., Tunyi, T. (2009) Az első, hazai Baba-mama egységben szerzett tapasztalatok családdinamikai elemzése. *Előadás, amely elhangzott a Magyar Családterápiás Egyesület XXIII. Konferenciáján*, Sopron, 2009 április 17-19.

Németh, T., Kurimay, T., Boros, V. (2008) Beszámoló a Szent János Kórház Pszichiátriai Osztályának két éves munkájáról – a kezdeti nehézségek. *Előadás, amely elhangzott az „Együtt” – A szülés előtti, szülést követő mentális zavarok felismerése és kezelése az anya-gyermek egységben c. konferencián*, Budapest, 2008. dec. 1.

Németh, T., Paksy, M., Hámori, E., Boros, V., Bodor, Zs., Tunyi, T., Atkáry, G., Albert, K., Juhász, K., Babus, E., Kurimay, T. (2009) „Együtt” – A szülés előtti, szülést követő mentális zavarok felismerése és kezelése az anya-gyermek egységben. *Előadás, amely elhangzott a Magyar Pszichiátriai Társaság Vándorgyűlésén*, Debrecen, 2009, január 28-31.

Sárvári, Gy. (1999) *Metalépés*. Animula, Budapest, 1999.



Ezúton mondunk köszönetet Simon Andrásnak, hogy grafikáit a kiadványhoz rendelkezésünkre bocsájtotta.

MÉLTATÁS

Lélektől lélekig egy vonallal. Hangok nélkül, csupán a papíron hagyott jel lendületes ívével, finom rezdüléseivel szólít meg bennünket Simon András művészete. Hosszú évek óta már, hogy munkái kitörölhetetlen nyomokat hagynak a szívünkben. Rajzai szeretetből és szeretettel készülnek és jutnak el a címzethez, a nézőhöz. Örömnép minden alkalom, amikor célba ér egy – egy ilyen nagy gonddal és mesterségbeli tudással rajzolt, mély gondolati tartalommal átítatott grafika. Nem kell műértőnek lenni, nem kell semmiféle művészettörténeti előtanulmány ahhoz, hogy megértsék és megérezzék, miről mesélnek, mit is sugallnak a képek, hiszen Simon András grafikái közvetlenül a nézőkhöz szólnak. Egyszerű, már-már puritán megfogalmazásban a grafika legnemesebb hagyományait képviseli, és a műfajt szinte eszköztelenné redukálva, megújítja azt. Isten adta tehetséggel, néhány vonallal, pár alakkal, egyetlen szál papírral és tollal képes kifejezni egész sorstragédiákat, életeket és lelkületeket. Ezért valódi művész.

Simon András mondanivalója sokrétű, szimbolikája felöleli a lélek minden rezdülését, és minden lapja érezhetően mély hitet és humánusot tükröz. Néhány vonallal képes olyan gondolatokra, érzésekre rávilágítani, amelyek létezéséről nem is tudunk, vagy csak nagyritkán tűnnek elő lelkünk

rejtekeiből. Simon András egyvonalas képeivel elérte azt, amire mindig is vágyott: keze alatt megszületett a csoda. A gondolat, az érzélem, a kimondhatatlan szó vagy hang képi megfogalmazása, kifejezése és közvetítése. Hangtalan jelek a sima papíron. Beszédes jelek a fejben, szívben és lélekben azoknak, akik nyitott szemmel nézik. Üzenet a művészet médiumán keresztül: lélektől lélekig – egy vonallal. Csoda az is amit létrehozott, és az is, ahogyan megalkotta merőben új képi világot. Manapság ugyanis meglehetősen ritka, kiváltképp a grafika műfajában, hogy valaki új stílust teremtsen. Ez a grafikai stílus, az egyvonalas rajzok egyszerű ritmikája és többrétegű szimbolikája csakis Simon András sajátja. Stílus, egyfajta védjegy, amelynek alapján művei bárhol, bármikor felismerhetők, mással össze nem téveszthetők.

Simon András sikeres művész és sikeres ember. Sikeres, mert mindazt, ami a bensőjében munkál, többféleképpen is ki tudja fejezni, de mindenképpen művészi formában. Sikeres, mert számtalan kiállítás és előadás áll már mögötte, s mára nemzetközileg is elismert művész. Sikeres, mert művei népszerűek. Sikeres, mert sokan szeretik. Legfőképpen mégis azért sikeres, mert szeret.

Dr. Sinóros--Szabó Katalin
művészettörténész
<http://www.simongaleria.hu>



Országos Gyermek egészségügyi Intézet

www.ogyei.hu

PÁCIENS TÁJÉKOZTATÓ

Engedje meg, hogy röviden bemutassuk az Intézetünkben folyó rendeléseket!

Intézetünk Bolgárkerék utcai telephelyén családtervezési- és prevenciós tanácsadást és szakrendeléseket nyújtunk a lakosság részére.

Családtervezési programunkban 1984 óta fogadjuk a gyermekeket tervező párokat. A program segítségével a gyermekek egészségesebben jönnek a világra, csökken a veleszületett rendellenességek aránya, a koraszülés, a méhen kívüli várandósság.

- A program keretében lehetőségük nyílik rá:
- hogy felmerülő kérdéseiket, problémáikat a védőnővel megbeszéljék,
 - hogy egészségi állapotukat részben alapos kikérdezéssel (anamnézis felvétele), részben szűrővizsgálatok elvégzésével megismerjék,
 - hogy a várható gyermekáldás esetleges nehézségei időben kiderüljenek.

Mikor javasoljuk, hogy részt vegyen a tanácsadáson?

Ha Önök a közeljövőben szeretnének gyermeket vállalni, de még nem a várandósság nem jött létre, illetve meddőség gyanúja nem merült

fel Önöknél (erre akkor kell gondolniuk, ha fogamzásgátlás nélküli rendszeres nemi élet ellenére 12 hónap alatt nem következett be a várandósság). Ha szeretnének tenni azért, hogy születendő gyermekük egészséges legyen.

Mi történik majd?

Egy védőnő vezeti Önöket a program során, de a javasolt vizsgálatokon több munkatársunkkal találkozhatnak. Szükség esetén a szakorvosi rendelésekre irányíthatják Önöket. Munkacsoportunkban az alábbi szakemberekkel találkozhat: nőgyógyász, andrológus (férfigyógyász), genetikus, pszichiáter, pszichológus, gyermekgyógyász, védőnő, dietetikus, szoptatási tanácsadó.

A program részei:

- Védőnői tanácsadás általában három alkalommal 1-1 órában, majd folyamatos kapcsolattartási lehetőség a felmerülő kérdésekről
- Nőgyógyászati vizsgálat (rákszűrés, nőgyógyászati vizsgálat, hüvelyi ultrahangszűrés, konzultációs lehetőség, majd koravárandóssági ultrahang)



- Rubeola és bárányhimlő védettség ellenőrzése
- Spermavizsgálat
- Dietetikai tanácsadás
- Down-kór szűrés vérből (kombinált teszt)

Genetikai tanácsadónkban előre megbeszélte időpontban fogadjuk a pácienseket a hét minden napján. A genetikai tanácsadás olyan pároknak szóló szolgáltatás, akik valamilyen feltételezhetően genetikai hajlam talaján kialakuló betegség miatt aggódnak. A betegségek nagyobb részéhez szükséges genetikai hajlam. Ilyenek például a leggyakoribb halálokot jelentő szív- és érrendszeri betegségek, a cukorbetegség, a depresszió. Azok a betegségek, amiket kromoszóma-rendellenességek, vagy egy kóros gén (génpár) okoz, nagyon ritkák, ezek legtöbbször magasabb kockázattal öröklődnek. Ezeknél gyakran molekuláris genetikai vizsgálat, magzati diagnosztikai vizsgálat is lehetséges.

Akiknél, vagy akik gyermekeinél már jelentkező genetikai betegség, azok a kórisme pontosítása miatt szoktak hozzánk fordulni, akik gyermeket terveznek, azokat általában a megelőzés lehetőségei érdeklik. Az első találkozás alkalmával egy részletes adatfelvétellel, beszélgetéssel, esetleg orvosi vizsgálatra kerül sor és ha szükséges, akkor vizsgálatokra visszarendeljük, vagy beutaljuk a hozzánk fordulókat.

Intézetünk Családtervezési Programjában és Genetikai Tanácsadásán részvevő pácienseink in-

gyen igénybe vehetik az Intézetünk szomszédjában működő Magzati Diagnosztikai Központtal megkötött együttműködésnek köszönhetően a „**Kombinált teszt**”-nek nevezett **Down-kór szűrést**. A szűrővizsgálatot - amely nem helyettesíti a magzati kromoszóma vizsgálatot -, az Intézetünkben történő vérvétel és a képzett nőgyógyász által végzett ultrahangvizsgálat leletei alapján Londonban végzik el. Ennek eredménye egy esély-hányados, aminek ismeretében eldönthető, hogy az adott esetben szükség van-e magzati kromoszóma vizsgálatra.

Intézetünk **allergia-megelőző programot** kínál allergia szempontjából magas kockázatú kisbabák számára. Minden kisgyermek, akinek szülei vagy testvérei allergiás betegségben szenvednek, magas kockázatúnak számít allergia szempontjából. Ők ugyanis nagy valószínűséggel (30-80%) öröklik az allergiára hajlamosító géneket. Ha az Önök születendő kisbabája is közéjük tartozik, ne ijedjenek meg! Sajnos mindenki örökököl szüleitől valamilyen betegségre való hajlamosítást. Mi, megelőzéssel foglalkozó orvosok, azon fáradozunk, hogy a magasabb kockázat ellenére igyekezzünk megakadályozni a várható betegség vagy betegségek megjelenését.

Szülői hivatásra felkészítő kurzusunkat, mely 12 alkalomból áll, várandós kismamák, párjuk és a várt baba testvére részére tartjuk. Hétente egy alkalommal, több szakemberrel,



ugyanazokkal a team tagokkal (gyerekgyógyász, szülész, gyógytornász, védőnő/pszicho pedagógussal) közösen beszélgethetnek a szülésről, a szülővé válásról. A találkozásokon a témához kapcsolódó filmeket is bemutatunk, s utána megbeszéljük a felmerülő gondolatokat, érzéseket. Az „érintéses relaxáció” módszerével is megismerkednek a résztvevők, mely olyan lazító gyakorlat, ami segít a szülőknek, hogy már magzati korban közeli kapcsolatba kerülhessenek gyermekükkel. A relaxáció segítségével az anyák – testük tudatos irányításával – megkönnyíthetik a maguk és gyermekük számára a szülést. A programon minden alkalommal kismamatornát is tartunk. A felkészítő kurzus során az előző csoportokon részt vett párok „élménybeszámolót” tartanak a szülésről, a szoptatásról és az életük otthoni alakulásáról.

A program zárásaként a megszületett gyerekekkel együtt találkozunk az ún. „Bababálon”, ahol mindenki beszámol a tervezett és valós élményeiről.

A premenstruális szindrómát (PMS) először 1931-ben írták le, olyan tünet-együttesként, mely 4-14 nappal a menstruáció előtt jelentkezik, és rögtön a vérzés megindulásakor vagy röviddel azután megszűnik. A menstruáció előtti napokban a nők kb. 95%-a észlel enyhe panaszokat, melyek részben testi (pl.: mellfeszülés, has-, és deréktáji- és izomfájdalmak) részben pedig lelki (pl.: lehangoltság, nyugtalanság, hangulati ingadozás, bizonyos ételek (édesség, csoki)

megkívánása) természetűek. A testi és lelki panaszokat felölelő problémák a nők 5%-ában a mindennapi életvitelt lehetetlenné tévő, kb. 48%-ban azt megnehezítő körülményt jelentenek. A PMS-ben szenvedő nők között 5-6-szor gyakoribb a depresszió előfordulása, 86%-uk élete folyamán súlyos hangulati betegséget él meg. Különösen veszélyes időszak a szülés utáni életszakasz. Intézetünkben szeretnénk segíteni abban, hogy a gyermekágyi depressziót megelőzzük (ez PMS esetén 50-60%-os veszélyt is jelenthet). Ezért rákérdezzük a jellemző tünetekre, hogy amennyiben veszélyeztetett lenne, tanácsot nyújtsunk a depresszió kivédéséhez.

Szülő-Csecsemő konzultáció

A csecsemők és kisgyermekek egy bizonyos hányada olyan viselkedési problémákat mutat, melyek intenzitásukban és tartósságukban eltérnek az átlagtól. Kutatók becslése alapján a csecsemők mintegy 5-10%-ánál alakul ki vagy már születésétől fogva vannak jelen regulációs problémák.

Regulációs zavar alatt a csecsemők és kisgyermekek állapotainak, magatartásának és testi fejlődésének szabályozási nehézségeit értjük. Ezek a zavarok az első életévben leggyakrabban *erőtlenes sírás, krónikus nyugtalanság, alvászavar, valamint táplálkozási és gyarapodási rendellenességek formájában mutatkoznak meg.* A



második életévben zavarok léphetnek fel a szülő-gyermek kötődési kapcsolataiban, megjelenhet a testvérek között rivalizálás, a dacos ellenkezés, az elválástól való félelem és a kontroll nélküli dühkitörések.

A problémára irányuló konzultáció mellett teret kap többek között a csecsemő és kisgyermek egészséges fejlődésére, nevelési kérdésekre, a párkapcsolatra, a család jelenlegi helyzetére, a szülők gyermekkori élményeire és a szülők saját családjukra és problémájukra irányuló témakörök.

A **Csecsemő klub** kéthetente (minden páratlan hét) csütörtökön 9-11 óráig találkozási és információs lehetőség a családok részére. Minden alkalommal jelen van egy szakember is a foglalkozáson, akinek kérdéseket tesznek fel a szülők. A klubot azért hoztuk létre, hogy az újonnan alakuló családokat igényük szerint támogassuk, illetve részesüljenek egymás örömeiben. Támogatást kaphatnak a napirend, az étkezési és alvási szokások kialakításához, a mozgás és játéktevékenység optimális tárgyi környezetének megteremtéséhez. Kimozdulási lehetőséget biztosít a kisgyermekes anyáknak.

A **Kisgyermekes klub** kéthetente (minden páros hét) csütörtökön 9-11 óráig csoportos játszás, foglalkozás várja a gyermekeket. Az együttlétek alkalmával szeretnénk lehetőséget biztosítani arra, hogy egymással és szakembe-

rinkkel a gyermeknevelés aktuális kérdéseiről konzultáljanak. A csoportos játékok és együttlét során a szülők megfigyelhetik, hogy a gyermekük hogyan teremt más kisdedekkel kapcsolatot, hogyan játszik, hogy viselkedik konfliktus esetén. A szülők mintát kaphatnak a szakemberektől, a játék során kialakult nézeteltérések kezelési módjáról, valamint kérdéseik során saját megoldásaik megtalálásához.

SZOPTATÁSI TANÁCSADÁS

A szoptatás természetes folyamat, melynek készsége velünk születik. Csaknem minden édesanya képes rá, hogy gyermekét szoptassa. A természetes táplálás, a szoptatás a csecsemő egészséges fejlődéséhez nagyban hozzájárul.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) ajánlása szerint, gyermekünk hat hónapos koráig kizárólag anyatejet kapjon, egy éves korig a táplálék túlnyomórésze anyatej legyen, különböző élelmiszerekkel kiegészítve.

Ha a szoptatással kapcsolatban bármilyen problémája adódna, akkor sincs gond, mert megoldásukra képzett egészségügyi szakemberek és laktációs tanácsadók állnak az anyukák rendelkezésére.

A szoptatási tanácsadáson az anya mellének és a kisbaba szájának megtekintése és manuális vizsgálata, a szoptatás megfigyelése, adatok felvétele és elemzése történik. Segítséget nyújtunk a mellre helyezésben, a fejésben, a szoptatással



összefüggő felmerülő kérdésekben.

MIKOR JAVASOLJUK, HOGY KERESSE FEL A SZOPTATÁSI TANÁCSADÁST?

- Ha Önnek problémája van a szoptatással és személyes tanácsadásra lenne szüksége.
- Ha a csecsemő mellre helyezésével kapcsolatos kérdése van.
- Ha gyermeke valamilyen oknál fogva nem akar szopni.
- Ha érzékeny, kisebesedő a mellbimbója, fájdalmas a szoptatás.
- Ha úgy gondolja nem elegendő a teje gyermeke számára.
- Ha mellgyulladás van.
- Ha táplálással kapcsolatos kérdése van.

INTÉZETÜNK PSZICHOLÓGUSI KONZULTÁCIÓS RENDELÉST KÍNÁL ELSŐ

GYERMEKÜKET TERVEZŐ/VÁRÓ PÁROKNAK.

Tapasztalataink szerint ugyanis a gyermekvállalás öröme mellett kevesebbet beszélünk a baba érkezésének feszültségekkel teli részéről, családba illeszkedésének megfelelniük az immár szülővé vált házastársaknak. Mivel a kutatások azt mutatják, hogy a házastársi kapcsolatban nagyon sokszor akkor kezdődnek a problémák, amikor az első gyermek megszületik, – és ez súlyosabb problémákhoz vezethet, akár váláshoz is – fontosnak tartjuk, hogy a szülők tisztában legyenek a nehézségekkel is. Korai felismeréssel, a változásra való felkészüléssel a szülőpárok időben segítséget kaphatnak a további együttfejlődés erősítéséhez, s megelőzhetővé válnak a későbbi, nem szükségszerű krízisek.

Várjuk Önöket szeretettel!

1148 Budapest, Bolgárkerék utca 3.

Bejelentkezni az alábbi telefonszámokon lehet:

(06-1) 363-2229; (06-1) 363-5272; (06-1) 383-8477



EDDIGI CSALÁDBARÁT KONFERENCIÁK TÉMÁI

- | | | |
|-------|------|--|
| I. | 1995 | A rooming-in különböző vetületei Magyarországon |
| II. | 1996 | A korai hazaadás lehetőségei hazánkban |
| III. | 1997 | Másság – Ki?...Mikor?...Hogyan?...mondja meg |
| IV. | 1998 | A primer prevenció és minőségfejlesztés az egészségügyben |
| V. | 1999 | Várandósgondozás és az örökbeadás-örökbefogadás kérdései
Gyász a szeretetben és a családban |
| VI. | 2000 | Köszöntés helyett búcsú – Veszteségeink és a perinatális gyász |
| VII. | 2001 | Tükör – A szülés és a születés élménye |
| VIII. | 2002 | „A család mint egység, mint érték” |
| IX. | 2003 | (Félre)értjük-e a csecsemő jelzéseit? |
| X. | 2004 | Egészség – Jövőkép; Egészséges generáció; Az egészség dimenziói |



Kiadja: Országos Gyermekegészségügyi Intézet, 1113 Budapest, Diószegi u. 64.

Felelős kiadó: Dr. Mészner Zsófia főigazgató

Szerkesztő: Dr. Németh Tünde, Bürger Nóra, Kovács Réka

Készült: Foglalkoztatási és Szociális Hivatal – Nyomda – F.v.: Szauer Miklós

ISBN szám: 978-963-88560-0-5

J e g y z e t

J e g y z e t

J e g y z e t

J e g y z e t

J e g y z e t

J e g y z e t