Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről

hatályos: 2017.03.07 –

2017. EüK. 4. szám EMMI szakmai irányelv 2

Típusa: klinikai egészségügyi szakmai irányelv

Azonosító: 001298

Érvényesség időtartama: 2021. 01. 31.

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Pszichiátria és pszichoterápia Tagozat

Prof. Dr. Kurimay Tamás, pszichiáter szakorvos, addiktológus, pszichoterapeuta, pszichiátriai rehabilitációs szakorvos, kiképző családpszichoterapeuta, diplomás szupervízor, címzetes egyetemi tanár, osztályvezető főorvos, társszerző

Dr. Németh Tünde, csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos, pszichoterapeuta szakorvos, társszerző

Dr. Hegedűs Éva, pszichiáter szakorvos, főorvos, osztályvezető helyettes, társszerző

Dr. Danis Ildikó PhD, fejlődéspszichológus, családterapeuta, integrált szülő-csecsemő konzulens, társszerző

Tunyi Tünde, egyetemi oklveles ápoló, főnővér (pszichiátria), társszerző

Hortobágyi Ágnes, pszichológus, klinikai szakpszichológus jelölt, PhD hallgató, társszerző

Simon Zsuzsanna, pszichológus, klinikai szakpszichológus jelölt, társszerző

2. Csecsemő- és gyermekgyógyászat Tagozat

Bereczné Babus Eszter, diplomás ápoló, főnővér (gyerekosztály), integrált szülő-csecsemő konzulens, társszerző

Dr. Tory Vera, csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos, neonatológus, integrált szülő-csecsemő konzulens, adjunktus, koraszülött osztály részlegvezető, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Háziorvostan Tagozat

Dr. Szabó János, tagozatvezető, véleményező

2. Gyermek alapellátás (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvoslás) Tagozat

Dr. Póta György, tagozatvezető, véleményező

3. **Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat**

Dr. Császár-Nagy Noémi, tagozatvezető, véleményező

4. **Védőnői Tagozat**

Bábiné Szottfried Gabriella, tagozatvezető, véleményező

5. **Szülészet és nőgyógyászat, asszisztált reprodukció Tagozat**

Dr. Demeter János, tagozatvezető, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült."

„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatok vezetői dokumentáltan egyetértenek."

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

1. **Betegszervezet megnevezése**

Józan Babák Klub – Krízisdiszpécser-szolgálat alacsonyküszöbű szolgáltatás

Mándi Bettina, elnök

Józan Babák Klub – Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás alacsony küszöbű szolgáltatás

Oberth József, kuratóriumi elnök

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

1. **Hawa Munkacsoport**
2. **Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet**
3. **Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság, Várady Erzsébet csecsemő-gyógyász, neonatológus, IBCLC**
4. **Házi Gyermekorvosok Országos Egyesülete**

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

1. **Szakmai társaság megnevezése**

–

Független szakértő(k):

Szigethy Klára klinikai szakpszichológus

Dr. Arányi Viktória, pszichiáter szakorvos

Dr. Pelikán Anett pszichiáter szakorvos

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör: Pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok

Ellátási folyamat szakasza(i): Diagnosztika, terápia, rehabilitáció és követés

Érintett ellátottak köre: Pszichoszociális krízisben lévő és/vagy mentális betegségben szenvedő anyák/apák gyermekeikkel való együttes integratív kezelése a pre-, peri- és posztnatális időszaktól kezdődően a korai szülő-gyermek kapcsolat alakulásának szenzitív periódusában (a gyermek 3–5 éves koráig), a másik szülő és a tágabb család bevonásával.

Érintett ellátók köre:

Szakterület: 0405 Szülészet

0406 Nőgyógyászat

1800 Pszichiátria

1801 Addiktológia

1803 Pszichiátriai gondozás

1804 Pszichiátriai rehabilitáció

1805 Pszichoterápia

1806 Addiktológiai rehabilitáció

1852 Pszichiátriai gondozó szakrendelés

2300 Gyermek- és ifjúságpszichiátria

2301Gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitáció

6301 Háziorvosi ellátás

6302 Házi gyermekorvos ellátás

6303 Felnőtt és gyermek (vegyes) háziorvosi ellátás

7101 Klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia

7104 Pszichoterápia (klinikai szakpszichológusi képesítéssel)

7302 Pszichiátriai szakápolás és mentálhigiéné,

7303 Csecsemő- és gyermekszakápolás

7308 Szülésznői ellátás

7600 Dietetika

7901 Területi védőnői ellátás

7903 Családvédelmi szolgálatnál nyújtott ellátás

Egyéb specifikáció: nincs

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. **Fogalmak**

Ablaktálás: A szoptatott csecsemő elválasztása, újabb jelentés: a tejtermelés szupressziója. A kívánatos módszer a nem gyógyszeres ablaktálás, mely a mell űrítésének fokozatos csökkentésével és az anya megfelelő támogatásával éri el a tej elapadását.

Alacsony intenzitású intervenció: Facilitátor (és nem terapeuta) által vezetett pszichológiai vagy pszichoszociális foglalkozás, mely önsegítő technikákra épít.

Alacsony születési súly (Low Birth Weight; LBW): 2500 g alatti születési súly (gesztációs kortól függetlenül).

Antipszichotikum: A pszichotikus kórképek és az ezekhez társuló agitáltság gyógyításában alkalmazott szerek.

Anya-gyerek-apa egység (mother-baby-father unit): Speciális perinatális pszichiátriai egység, ahol a szülés körüli mentális megbetegedésben szenvedő anyákat és gyermeküket, valamint családjukat szakképzett multidiszciplináris személyzet (interdiszciplináris együttműködésben) segíti és látja el a magas kockázatú időszakban.

Az anya-gyerek unit (mother-baby unit/MBU): Egy olyan bentfekvő egység/részleg, amely lehetővé teszi a krízisben lévő és/vagy pszichiátriai problémával küzdő anyának és gyermekének együttes felvételét, legalább 4 ággyal rendelkezik, és amely elkülönül más kórházi osztályoktól. Az egységben a páciensek részére egy interdiszciplináris team áll rendelkezésre a hét minden napján, napi 24 órában. Az anya-gyerek unitok elősegítik a szoptatást, támogatást nyújtanak a gyermekgondozáshoz és -neveléshez, pszichoterápiát biztosítanak, a pozitív korai interakciók biztosítása és ösztönzése révén

támogatják a kötődési biztonság megalapozását, valamint pszichoedukációval segítenek a meglévő betegség kezelésében és a későbbi epizódok megelőzésében. Az egységek továbbá érzelmi és szakmai támogatást nyújtanak az anyák partnereinek és a tágabb család tagjainak, valamint szociális szolgáltatásokat nyújtanak a csecsemő veszélyeztetettsége esetén. A unitba történő felvétel esetén lehetőség nyílik az anya pszichiátriai zavarainak kezelésére, valamint az anyai identitás erősítésére. A közös felvétel segít az anya-gyerek szeparációk és a kötődési problémák megelőzésében.

EBP (evidence based practice): A bizonyitékon alapuló gyakorlat, az elérhető legjobb kutatás integrálása a klinikai szakértelemmel a beteg jellemzőinek, a kultúrájának és a preferenciák figyelembevételével.

Az EBP a betegből indul ki, azt a kérdést teszi fel, hogy az adott beteg esetén milyen bizonyítékok állnak a terapeuta rendelkezésére a legjobb eredmény elérése érdekében. (Unoka, Purebl, Túri, Bitter, 2012)

Extrém alacsony születési súly **(Extreme Low Birth Weight; ELBW):** 1000 g alatti születési súly.

Gesztációs kor szerinti alacsony születési súly (SGA - Small for gestational age): A gesztáció idejéhez képest kis súly. Mikor egy újszülött gesztációs kornak megfelelő születési súlya és/vagy hossza a 3 vagy a 10 percentilis alatt van, illetve, ha az újszülött gesztációs kornak megfelelő születési hossza és/vagy súly kisebb –2 SD-nál.

Gesztációs korhoz képest nagy súly **(Large for gestational age; LGA):** A gesztáció idejéhez képest nagy súly, mikor az újszülött súlya 90 percentilis fölé esik. Okai: anyai diabetes mellitus, anyai obesitas, veleszületett rendellenességszindrómák (pl. Wiedemann–Beckwith-, Sotos-, Weaver- stb. szindróma).

Igen alacsony születési súly **(Very Low Birth Weight; VLBW):** 1500 g alatti születési súly.

Igen kis súlyú újszülött: 1000–1499 g között.

Igen-igen kis súlyú újszülött: kevesebb, mint 1000 g.

Magas intenzitású intervenció: Speciálisan képzett szakember által vezetett pszichológiai, szocio- és pszichoterápiás foglalkozás egyéni vagy csoportos formában.

Neonatal Adaptation Syndrome, Neonatal Abstinence Syndrome, Neonatal Withdrawal Syndrome and Neonatal Serotonergic Syndrome: A pszichotróp gyógyszert szedő várandós anyák újszülöttjeinél kialakuló, idegrendszeri, vegetatív idegrendszeri, gyomor-bél és légzőszervi tünetekkel járó átmeneti tünetegyüttes.

Perinatális halál: Mikor az újszülött élve született, azonban a szülést követő 168 órán belül meghalt, illetve amikor a 24. gesztációs hét után az 500 gr vagy nagyobb súlyú, a legalább 30 cm hosszúságú magzat méhen belül elhalt.

Perinatális: A születés időszaka körüli idő, a várandósság 20–28. hetétől a szülés utáni 1–4 hétig.

PNAS (Poor Neonatal Adaptation Syndrome): A várandósság alatt alkalmazott pszichotróp gyógyszerek esetén az újszülöttnél fellépő sajátos adaptációs zavar, melyet az angol szakirodalom rossz újszülöttkori adaptációs szindrómának – PNAS – nevez. A PNAS-ra jellemző tünetek hasonlóak antdepresszánsok, antipszichotikumok és benzodiazepinek alkalmazása esetén és általában enyhe

neurológiai, vegetatív, légzési és gyomor-bélrendszeri tünetek formájában jelentkeznek. A legtöbb tünet a megszületést követő 48 órán belül lép fel és általában 2–6 napos korig tart.

Posztnatális időszak: A szülést követő első év.

Posztpartum blues: A szülés után a kismamák jelentős részénél előforduló jóindulatú, átmeneti állapot, amely változó, nyomott hangulattal jellemezhető. A szülést követően maximum 10–14 napig tart.

Posztpartum depresszió: A BNO-10 külön nem osztályozza a depressziótól, azonban nem meghatározott puerperiummal társuló mentális zavarként osztályozható, amely a szülést követő 6 héten belül jelentkezik. A DSM-5-ben (2013) major depressziós epizódként, a „szülés körüli (peripartum) kezdettel" ún. jelölő megnevezéssel szerepel, ha a szülés körül, vagy a szülést követő 4 héten belül jelentkezik.

Posztpartum pszichózis: A szülést követően jelentkező pszichózis, amely lehet önálló tünetcsoport, vagy más pszichiátriai betegség (szkizofrénia, bipoláris zavar) talaján jelentkező pszichotikus állapot.

Prenatális: A szülés előtti időszakra vonatkozó jelző.

Pszichoedukáció: A páciensek és családtagjaik számára biztosított szakszerű, de közérthető felvilágosítás a betegségről és a kezelés lehetőségeiről, valamint azok előnyeiről, illetve kockázati tényezőiről.

Pszichoterápia: Segítő, gyógyító szándékú beavatkozás, amely emberi kölcsönhatás (interakció) és jelzésváltási folyamat (kommunikáció) révén próbál változást létrehozni az élmények átélésének és feldolgozásának módjában, valamint a magatartásban (Szőnyi, Füredi, 2008). Az a gyógyítási forma, melynek során kommunikációs/kapcsolati eszközökkel specifikus változást hozunk létre a kliens élményszerveződésében, magatartásában és gondolkodásában. Ezeket az eszközöket tudatosan, tapasztalati/tudományos alapon kifejlesztve, specifikus képzettséggel, a beteggel közösen meghatározott célokat tartalmazó ún. terápiás szerződés alapján alkalmazzuk (Unoka, Purebl, Túri, Bitter, 2012). Alapformái az egyéni-, csoportos-, pár- és családterápia.

Pszichotróp gyógyszerek: Jelen irányelvben, mint bármilyen mentális zavarra adott gyógyszert definiáltuk.

Relatív csecsemő dózis (Relative Infant Dose; RID): A csecsemőbe jutó napi gyógyszermennyiség az anya által elfogyasztott napi gyógyszermennyiséghez viszonyítva. A gyógyszermennyiségeket mg/kg/napban adják meg. (RID: Dózis a csecsemőben mg/kg/nap, Dózis az anyában mg/kg/nap). A 10% alatti relatíve csecsemő dózis biztonságosnak mondható, de egyes gyógyszereknél 10% feletti dózis is biztonságos (pl. fluconazole, metronidazole).

Szorongásos zavarok: Generalizált szorongásos zavar, pánikzavar, obszesszív-kompulzív zavar, szocális szorongás zavar, poszttraumás stressz szindrómák és a fóbiák tartoznak ide.

Traumás szülés: Minden olyan szülés, amely fizikailag traumatikus és/vagy az anya traumatikusnak élte meg attól függetlenül, hogy a szülés rendben folyt le.

Veleszületett rendellenesség (kongenitális anomália): A magzati életben genetikai és/vagy külső környezeti tényezők hatására kialakuló, alaki (morfológiai), biokémiai vagy működési (funkcionális) zavar, amelyeket a születéskor (vagy prenatalisan, illetve születés után) észlelnek.

2. Rövidítések

BAB: Bipoláris Affektív Betegség

BDI: Beck Depresszió Kérdőív

BNO: Betegségek Nemzetközi Osztályozása

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EKT: elektrokonvulzív terápia

EPDS: Edinburgh Posztnatális (szülést követő) Depresszió Skála

FDA: Amerikai Élelmiszer- és Gyógyszerellenőrző Hatóság

GAD-2: 2 kérdéses generalizált szorongásos betegség skála

PTSD: poszttraumás stressz zavar

PPD: posztpartum depresszió

PPP: posztpartum pszichózis

SNRI: szelektív noradrenalin visszavétel gátlók

SSRI: szelektív szerotonin visszavétel gátlók

STAI: Spielberger Vonás- és Állapotszorongás Skála

TCA: triciklikus antidepresszáns

YSK: Young-féle Sémakérdőív

3. Bizonyítékok szintje (NICE guidance, 2014)

Jelen irányelvben a NICE [CG192] besorolási rendszerét alkalmaztuk.

A bizonyítékok szintje az alkalmazott vizsgálati elrendezés típusán (vizsgálat megtervezése, a vizsgálat minőségének behatároltsága, konzisztencia, közvetlenség és más megfontolások) alapszik, és a következő definíciókat használva osztályozzuk:

Magas:

További vizsgálatok nem valószínű, hogy módosítanak a becsült hatékonyság bizonyosságán.

Közepes:

További vizsgálatoknak fontos hatása lehet a becsült hatékonyság bizonyosságára és megváltoztathatja a megállapításokat.

Alacsony:

További vizsgálatoknak nagy valószínűséggel hatása lesz a becsült hatékonyság bizonyosságára és valószínűleg megváltoztatja a megállapításokat.

Nagyon alacsony:

Minden becsült hatékonyság bizonytalan.

4. **Ajánlások rangsorolása (NICE guidance, 2014)**

Jelen irányelvben a NICE [CG192] rangsorolási rendszerét alkalmaztuk. A szövegben használt szavak jelzik az ajánlások bizonyosságát (az ajánlások erősségét).

Ajánlások, melyeket használni kell/ nem szabad – kötelező ajánlás (K)

Amennyiben jogi kötelezettség miatt kell alkalmazni egy ajánlást, ott a „kell", illetve „nem szabad" szót használjuk. A súlyos következményekkel járó, illetve halálos kimenetelű beavatkozásoknál is ezt használjuk.

Ajánlások, melyek (nem) ajánlatosak – „erős" ajánlások (E)

„Ajánlatos", illetve „javasolt" szavakat használjuk, amennyiben biztosak vagyunk benne, hogy az ajánlás a páciensek nagy részének több jót okoz, mint kárt és emellett költséghatékonyak is. „Nem ajánlatos, nem javasolt" szavakat használjuk, amennyiben biztosak vagyunk benne, hogy a kliensnek nem válik előnyére valamilyen beavatkozás.

Ajánlások, melyek használhatók – „gyenge" ajánlás (M- mérsékelt/gyenge)

A „megfontolandó" és „lehet" szavakat használjuk, amennyiben biztosak vagyunk benne, hogy az ajánlás a páciensek nagy részének több jót okoz, mint kárt és emellett költséghatékonyak is, ugyanakkor más lehetőségek is hasonlóan költséghatékonyak. Hogy melyik ajánlást követjük, az főleg a páciens egyéni értékein és preferenciáin múlik (nem úgy, mint az erős ajánlások), ezért a szakembereknek időt kell szánniuk, hogy a különböző opciókat átbeszéljék a beteggel.

V. BEVEZETÉS

1. **A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása**

A WHO adatai szerint a posztpartum blues előfordulási gyakorisága 30–75%, a posztpartum depresszióé 10–15% (visszaesés kockázata 30–50%, pszichotikus tünetek 0,5–1%), a posztpartum pszichózisé pedig 0,1–0,2% (Robertson és mtsai, 2003). A posztpartum stressz zavar (PTSD-FC „following childbirth") prevalenciája 3,1% a teljes posztnatális anyai populációban és 15,7% a magas kockázatú csoportokban (Grekin és O'Hara, 2014). A meddőségi kezeléshez társuló hangulatzavarok a nők körében eléri a 26,2%-ot, a férfiak körében a 9,2%-ot (Volgsten és mtsai, 2008). Az adatok elsősorban nemzetközi statisztikákon alapulnak, de tekintettel arra, hogy a mentális zavarok előfordulásának gyakorisága hazánkban az EU tagországaihoz viszonyítva hasonló (bizonyos

területeken magasabbak, pl. öngyilkosság), megalapozott azt feltételezni, hogy hazánkban a helyzet legjobb esetben is megegyezik az Unió átlagával.

A gyermekágyi lehangoltság etiológiája a mai napig nem tisztázott (Trixler, 1997; Török és Szeverényi, 2007). A szakirodalom a hangulatzavart meghatározó faktorok tekintetében nem egységes, a rizikótényezők kultúránként is eltérhetnek (Török és Szeverényi, 2007).

A prevalenciát egyes szerzők szerint befolyásolja az iskolázottság, a családi háttér, életkor (35 év felett a legmagasabb a kóros EPDS aránya), betegség, negatív életesemények, a szülés lefolyásának módja, a szülések száma, a várandósság lefolyása, a szülésvezetés módja, a koraszülés, a hozzátartozó jelenléte, illetve a nő saját szüléséről alkotott véleménye (Török, 2009; Török és mtsai, 2009).

A szülés körüli mentális zavarok kezelése családi egységben a leghatékonyabb: a csecsemők és gyermekek számára kiküszöbölhetővé válik az anyától való szeparáció, lehetővé válik a szoptatás fenntartása, az anya kompetenciája és az anyai identitása megerősödik, a gyerek az édesanya betegsége miatt nem kerül tőle távol (pl. nevelőszülőhöz). Esélye lesz arra, hogy biztonságos kötődési kapcsolat alakuljon ki az édesanyjával, (Gillham és Wittkowski, 2015) emellett a kórházi tartózkodás időtartama is lerövidül.

A szakmai program lehetővé teszi, hogy csökkenjen a posztpartum depresszió prevalenciája, az anyák kórházi ápolásának ideje és ezzel hosszútávon a költsége is (Meltzer-Brodyés mtsai, 2015; Kimmel és mtsai, 2016).

A posztpartum depresszió (PPD), a posztpartum pszichózis (PPP), a posztpartum stressz zavar (PTSD-FC) és az egyéb, az anyákat sújtó mentális betegségek hazai ellátására ma az esetlegesség jellemző. A különböző szakterületek (háziorvosi, szülészeti, belgyógyászati, pszichiátriai, pszichológiai szakterületek, családsegítő, gyerekjólét, gyámügy, valamint a szociális munkások és védőnők) egymástól szinte függetlenül dolgoznak, nagyon ritkán végzik teamben egy-egy kliens ellátását. A szülésre, szülői hivatásra felkészítő kurzusoknak – a nemzetközi gyakorlattal ellentétben - itthon még nem általánosan beépített része a témát (PMS, PPP, PPD, posztpartum blue) érintő komplex, felvilágosító és edukációs program (Erős és Hajós, 2011; Torzsa és mtsai, 2008). Szűrőprogram indítására lokális kezdeményezésekről tudunk. A diagnózis felállítása nehéz, mert az anyák szégyenérzete és bűntudata („nem vagyok elég jó anya”) gátolja a szakemberhez fordulást, így az aluldiagnosztizálás a jellemző. Egy nemzetközi felmérés szerint a megkérdezett PPD nők 90%-a belátta, hogy valami nincs rendben, de csak 20% kért szaksegítséget és egy harmada hitte el, hogy beteg (Walther, 1997). Magyarországon a posztnatális hangulatzavarok mintegy 50%-a nincs diagnosztizálva, és ezért kezelve sincs (Csatordai, 2009). Hazai adatok csak korlátozottan állnak rendelkezésre, mivel nálunk a szüléshez társuló hangulatzavarok előfordulását mérő vizsgálatokra eddig alig került sor, kevés figyelmet szenteltek a témakörnek. A csekély számú, ám magas prevalanciát és incidenciát mutató itthoni felmérések arra hívják fel a figyelmet, hogy a szülés körüli depresszió kérdésével Magyarországon is foglalkozni kell (Csatordai, 2009). Az egyén, a pár, illetve a család egészséges fejlődése akkor biztosítható, ha a depresszió tüneteit korán felismerjük (Biaggi és mtsai, 2015). A körültekintő egyéni és családi anamnézis felvétele, a kockázati tényezők pontos felismerése jelentős mértékben segíthet a depresszió komolyabb formáinak megelőzésében.

Összefoglalva, a pszichiátriai megbetegedések előfordulási gyakoriságuk miatt kiemelkedő népegészségügyi problémának tekintendők, a magyar lakosság körében a depresszió (major depresszió, major depresszió részleges remisszióban, disztímia, minor depresszió) prevalenciája 18,5%, ezen belül a major depressziós epizód pont-prevalenciája 7,3% (Torzsa és mtsai, 2008). A PPD előfordulási arányát ma a nemzetközi statisztikák alapján 10–15%-ban jelöljük meg. Ha ezt vesszük figyelembe, a magyarországi élve szülésekre átszámolva, akkor ez a szám 1980-ban meghaladta a 15 ezret, 1990-ben a 13 ezret, 2000 óta 10 ezer körülire tehető ez a szám. A fel nem ismert és szövődményeket okozó antenatális (Yonkers és mtsai, 2009) és posztpartum depresszió károsan hat az anya személyiségére, családjára és gyermekének szocializációjára, mely akár a család felbomlásához is vezethet (Baldwin és mtsai, 2015; Capron és mtsai, 2015; Pawlby és mtsai, 2011; Murray és mtsai, 1995).

A felvilágosítás és az edukáció, valamint az egységes szűrőprogramok hiánya, az aluldiagnosztizálás és így a megkésett vagy elmaradt szakszerű ellátás jelentős hátrányt jelent a betegeknek és családjuknak (Elliott és mtsai, 2000).

A fejlett országokban megfigyelhető tendencia a szülés körüli mentális zavarokkal küzdő anyák gyermekükkel történő közös elhelyezése, melynek úttörője az angol Thomas Main volt, aki elsőként 1948-ban Surrey-ben, a Cassel Kórházban együttesen vette fel az érintett anyákat és gyermekeiket a peripartum időszakban. Kezdetben a felvétel csak neurotikus anyákra korlátozódott, később azonban fokozatosan kiterjedt a súlyos mentális zavarokra is az Egyesült Királyság, Európa, Kanada, Ausztrália és Új-Zéland területén. (Chandra és mtsai, 2015) 2005 óta Magyarországon először a Szt. János Kórházban a kórházi kezelést igénylő depressziós anyák és gyerekeik esetében valósult meg a nemzetközi meghatározáshoz hasonló anya-gyerek egység a gyerekosztályon. A pszichotikus és egyéb mentális zavarokkal jelentkező anyák állapotuktól függően akár egész nap elláthatják csecsemőiket, gyermekeiket. Addig, amíg az anya nem tudja ellátni a gyermekét, a család más tagjainak van lehetősége az akár 24 órás gondozásra.

A UK *National Institute for Health and Clinical Excellence clinical guidelines for antenatal and postnatal mental health* speciális Anya-gyerek Unit-ba történő felvételt javasol azon anyák számára, akik a szülés előtt, vagy 12 hónappal a szülés utánig bezárólag mentális zavaruk miatt kórházi kezelést igényelnek, hacsak nincs olyan körülmény, amely miatt ez nem javasolt.

Amint Magyarországon a jogszabályi keretek adottak lesznek, a nemzetközi hagyományból ismert, a definícióknál körülírt anya-gyerek egység (mother-baby unit) megvalósítása a cél a pszichiátriai osztályon belül.

A nemzetközi gyakorlattal ellentétben Magyarországon még nem alakultak ki centrumok, amelyek képesek komplex módon, interdiszciplináris teamben ellátni a betegeket, illetve helyben kevés szakember áll rendelkezésre a PPD és mentális betegségben szenvedő kliensek ellátására. A Szent János Kórházban már több mint 10 éve megkezdett, saját forrásból építkező és jelenleg is működő modell programon kívül fekvőbetegellátási szinten Magyarországon nincs a nemzetközi elvárásoknak megfelelő anya-gyerek egységben történő komplex - az anya-gyerek, valamint az apa és a család interakcióira is fókuszáló – ellátás. (Kurimay, Németh, Hédervári-Hellert és mtsai, 2013; Kurimay és mtsai, 2014)

2. Felhasználói célcsoport

Az irányelv célja (1) a várandósság ideje alatt fellépő pszichiátriai zavarok kezelése, szükség esetén a szülés pszichiátriai háttérrel történőbiztosítása, követése, vagy (2) a szülés után kialakult – leggyakrabban – gyermekágyi depresszió vagy pszichózis korai kezelése elsősorban annak érdekében, hogy a kezelés idején a szoptatás, illetve a gyermekkel való kontaktus folyamatosan biztosítva legyen, és az érintett felnőtt is hatékonyan gyógyuljon (Ahlqvist-Björkrothés mtsai, 2016). A hangulatzavarok kockázati tényezőt jelentenek más, nagy népegészségügyi jelentőségű megbetegedések szempontjából is (pl. szív-érrendszeri, daganatos megbetegedések, diabetes mellitus, evészavarok). Részben közvetlen élettani hatásuk következtében, részben mert önkárosító magatartásformákkal társulhatnak, mint például a dohányzás, alkoholfogyasztás, stresszevés (Csatordai, 2009). Az irányelv további célja (3) a gyermeket tervező és vállaló pszichiátriai betegek, gyermekük és családjuk támogatása, ellátása, követése.

Jelen dokumentáció az érintett szakemberek és intézmények részére útmutatóként szolgál, és tájékoztatja őket a pre-, peri-, és posztnatális időszakot érintő mentális betegségekkel kapcsolatos legújabb, bizonyítékokon alapuló ismeretekről:

1. Alapellátásban: háziorvos, házi gyermekorvos, védőnő

2. Járó- és fekvőbeteg-ellátásban: szülészet-nőgyógyászat, pszichiátriai osztály, pszichiátriai rehabilitációs osztály, pszichiátriai gondozó, gyermek-, koraszülött és csecsemőosztály.

Az irányelv ezzel egyidejűleg segít az említett állami szerveknek az egészségpolitikai, finanszírozási, illetve jogi döntések meghozatalában, valamint szakszerű tájékoztatást nyújt a betegség különböző aspektusairól. A nemzetközi gyakorlatban megtalálható anya-gyerek önálló egységek, az anya és gyermeke, illetve az apa és a család bevonásával hatékonyan képesek kezelni a peripartum időszak mentális megbetegedéseit, elősegítik a biztonságos kötődés kialakulását, jelentősen csökkentve a gyermek személyiség- és testi fejlődésére, az anya állapotára és a család szétesésére vonatkozó kockázatokat.

3. Kapcsolódás a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

Szerző(k): –

Tudományos szervezet: NICE

Cím:
Antenatal and postnatal mental health Clinical management and service guidance

Megjelenés adatai: 2014

Elérhetőség: https://www.nice.org.uk/guidance/cg192?unlid=555170366201610110327

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi hazai egészségügyi szakmai irányelvvel áll kapcsolatban.

Azonosító: 000845

Cím: A bipoláris affektív betegségek diagnosztikájáról és terápiájáról

Megjelenés adatai: Egészségügyi Közlöny

Elérhetőség: http://www.obdk.hu/UserFiles/000845_eszi_honlapra 160905.pdf

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

A teammunkáról

Ajánlás1 (K)

Anyának és gyermekének együttes osztályos ellátásához elengedhetetlen feltétel egy kórházi egység létrehozása, melyben a szükséges szakirányú ellátás team munkában megvalósulhat, a szoptatás feltételei biztosítva vannak és az anya anyai identitása erősödik (Glangeaud-Freudenthal és mtsai. 2013; Poinso és mtsai, 2002; Christl és mtsai, 2015).

A program fekvőbeteg- vagy járóbeteg ellátásban, illetve a kettő kombinációjának formájában is igénybe vehető (ld. a vonatkozó ajánlásokat). A programban való részvétel önkéntes. Az ellátás interdiszciplináris szemléletű teammunkát igényel. A szakemberekből álló team feladata az integrált kezelés megtervezése és kivitelezése, amely felöleli a mentális probléma kezelését és gondozását (ennek szerves eleme a teamen kívüli szakemberekkel való együttműködés), a szakemberek ebben betöltött szerepét, az intervenciókról való teljeskörű tájékoztatást, és a kezelés lezárásáról, valamint a programból való távozásról történő megegyezést az anyával és a családdal. A megfelelő teammunkához elengedhetetlen a tagok szakmai kompetenciája mellett a személyes kompetenciák megléte, a feladatok precíz koordinálása, a tagok közötti kommunikáció gördülékenységének biztosítása, a feladatkörök tisztázása, a hatékony, az érintettek bevonásával történő döntéshozatal biztosítása. A team tagjai a munkát kötelesek megfelelően dokumentálni. A szakemberekre a mindenkori Szakmai Etikai Kódex elvei érvényesek.

I. Együttműködés a team tagjai között

Az ellátás interdiszciplináris szemléletű teammunkát igényel. Az együttműködő team tagjai közt nincs hierarchia, mindenki a saját szakterületének legmagasabb szintű műveléséért felelős. Az együttműködés megvalósítása és a felmerülő problémák kezelése konfliktusokat eredményezhet a teamtagok között. Ezeket a konfliktusokat kezelni köteles a team, hiszen a munka hatékonyságát csökkentő és a team együttműködését befolyásoló folyamatokról van szó.

A csoport működését nagyban meghatározza a vezetés minősége, a munka szervezettsége. A koordinációs feladatot kis csoport esetén az egyik teamtag is elláthatja, azonban nagyobb team esetén feltétlenül, illetve amennyiben kis csoportban is van rá lehetőség – egy olyan szakember látja el a koordinációs feladatokat, aki kizárólag ezt a munkakört vállalja.

II. A feladatkörök tisztázása, kompetenciahatárok, kommunikáció a teamtagok között

Egy induló szervezet gyakran esik abba a hibába, hogy a szerepek, feladatok és kompetenciahatárok elmosódottak, így párhuzamos munkavégzés mellett az is előfordulhat, hogy a munka nincs elvégezve. Éppen ezért fontos, hogy két tényező mindenképp teljesüljön:

1. Mindenki, aki az anya kezelésében részt vesz, tisztában van a teendőivel (NICE guidance)

– Fontos a teamtagok feladatait, kompetenciáit mind írásban lefektetni, mind pedig – szükség esetén – a megbeszéléseken újra és újra tisztázni.

– A teamnek meg kell fogalmaznia a pontos elvárásait a tagokkal szemben, és a teamtagokkal (új belépőkkel is) szükséges ismertetni a feladataikat. Fontos, hogy ezek az elvárások és a kompetencia határok hangsúlyosak és tisztázottak legyenek.

– A fentiekkel összhangban a munkaköri leírásokban pontosan kell fogalmazni.

– A vezetők törekedjenek arra, hogy a hasonló munkát végzők terhelése hasonló legyen.

– Amennyiben a kompetenciát meghaladó feladatról van szó, fontos, hogy tudják, kihez lehet fordulni.

2. Az információmegosztás hatékonyan zajlik nem csak a szakemberek, de a szakemberek és a kliens között is (NICE guidance)

– A kommunikációs rendszernek átláthatónak kell lennie: kinek, milyen információt, milyen csatornán kell eljuttatnia a teamtagnak, illetve, az őt érintő információkat milyen csatornán kapja meg.

– Az azonos feladatokat ellátó teamtagok és a csoport egésze is rendszeresen megbeszéléseket tart.

– A legfontosabb, az egész csoportot érintő információkat írásban kell rögzíteni.

III. A döntéshozatal módja

– A jól működő teamet közös döntéshozatali stílus jellemzi.

– A teamtagok saját kompetencián belül önállóan döntenek.

– A kompetenciahatárt meghaladó döntés meghozatala a teamüléseken zajlik, amennyiben gyors döntés szükséges, a közvetlen felettessel történő konzultáció szükséges.

– A teamre vonatkozó döntéseket a munkacsoport közösen hozza meg. E döntések konszenzusra épülnek, a team minden tagja köteles megismerni.

– A meghozott döntések hatását megfigyelve, módosító döntéseket lehet hozni.

IV. A teamben dolgozó munkatársakkal kapcsolatos követelmények

a) Elkötelezettség

b) Mentális érzékenység

c) Jó kommunikációs képesség

d) Etikai elvek betartása

e) Teammunkára való képesség

f) Önállóság

g) Konfliktushelyzetek eredményes kezelése

A teamtagokra a hatályos adatvédelmi törvény és titoktartás vonatkozik. Kivételt képez ez alól:

A titoktartási kötelezettséget oldják az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény és az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény vonatkozó rendelkezései. Eszerint az orvosi titoktartás nem vonatkozik azokra az esetekre, ha az orvos a gyerek érdekében a Gyermekvédelmi törvény korábban hivatkozott 17. § (2) bekezdésében meghatározott jelzési kötelezettségének tesz eleget.

A szakemberekre a mindenkori Szakmai Etikai Kódex elvei irányadóak.

V. A munka dokumentálása

A betegekkel történő munkát minden szakember feladatkörének megfelelően a hatályos jogszabályoknak megfelelően dokumentálja, ezen felül a tudományos nyomonkövetés érdekében (lsd. XI. Melléklet 1. 1.5. 1.) az egyes esetekkel kapcsolatos beavatkozásokat mindenki egy közös dokumentációs rendszerben adminisztrálja. A dokumentálás az adatvédelmi, betegjogi szabályok alapján történik.

Ajánlás2 (E)

Nem ajánlott a teamben való részvétel azon segítők számára, akik valamilyen módon érintettek a kezelendő problémában, például

– Pszichés problémával küzdenek.

– Hasonló betegségben szenved aktuálisan valamely közeli hozzátartozójuk.

– Várandósok. (Thompson P, Clarke H, and Moore H., 2016)

Szuperízió

Ajánlás3 (K)

A team 2–4 hetente, vagy szükség esetén soron kívül szupervízió céljából, minimum másfél órára találkozik.

Ezeken a találkozásokon szakmai, az esetekkel kapcsolatos kérdések kerülnek megbeszélésre. A szupervíziókért a szupervízor felelős, ezeket a találkozásokat ő vezeti. A csoportos szupervízió a szakmai színvonal emelésén kívül a kiégés elleni védőfaktorként van jelen (Edwards és mtsai, 2006; Jovanović és mtsai, 2016), így minden teamtag számára kötelező. A szupervízió csökkenti a

teamtagok érzelmi megterheltségét is (Koivu és mtsai, 2012). Lehetőség szerint a szupervíziót külső szakember vezesse.

A szupervízor feladata, hogy segítse a team munkájának hatékonyságát, azáltal, hogy 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, tartózkodik a diagnózissal és a kezeléssel kapcsolatos konkrét tanácsadástól, és arra törekszik, hogy az esettel kapcsolatban a stábtagok alakítsák ki saját – leghatékonyabb – megoldásmódjaikat.

Alapvető cél, hogy az eset megértésének elmélyítése és a csoportmunka felhasználása a megértés folyamatában a leghatékonyabb módon vezessen ahhoz, hogy a team tagjai és a kliens közvetlen kezelői az eset szempontjából legadekvátabb megoldásmódokra találjanak rá (Hámori, 2009).

Interdiszciplináris kórházi együttápolás, együttkezelés

Ajánlás4 (K)

A kórházi egység, melyben a szakirányú ellátás megvalósul, az alábbi területeket érinti: (Kurimay, Németh, Hédervári-Heller és mtsai, 2013; Kurimay és mtsai, 2014)

– Pszichiátria

– Gyermekgyógyászat (újszülött, csecsemőellátással)

– Szülészet, nőgyógyászat

– Klinikai szakpszichológia

– Pszichoterápia

– Klinikai szociális munka

– Védőnő

A szakemberekből álló team tagjai a következők:

I. Kötelező alapteam

a) Pszichiáter szakorvos

b) Klinikai szakpszichológus

c) Pszichiátriai szakápoló /ápoló

d) Klinikai szociális munkás

e) Szülész–nőgyógyász szakorvos

f) Szülésznő

g) Csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos

h) Gyermek szakápoló/ápoló

i) Pszichoterapeuta (egyéni és csoport-terápiák, családpszichoterapeuta)

j) Szupervízor (Klinikai és szupervíziós gyakorlattal rendelkező szupervízor, aki lehet: pszichiáter szakorvos, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta vagy módszerspecifikus jártassággal rendelkező diplomás szupervízor)

II. Ajánlott/elérhető kiegészítő tagok

a) Védőnő

b) Szülő- csecsemő konzulens (Reg.szám OH-FHF/1088-4/2009.)

c) Családterápiával foglalkozó szakmák

– pár- és családterapeuta, családi tanácsadó (Magyar Családterápiás Egyesület módszerspecifikus képzése),

– családkonzulens/családterapeuta (OH-FHF/1271-4/2008),

– mentálhigiénés családtudományi és családterápiás szakember [15/2006. (IV. 3.) az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló OM rendelet]

d) Addiktológiai konzultáns (Reg. szám: OH-FHF/96-2/2009)

e) Laktációs szaktanácsadó (Reg.szám: OH-FHF/1647-2/2009)

Ajánlás5 (E)

Ideális körülmények között az anya kezelése a gyermekkel együtt, a csecsemővel szoros kapcsolatban történik (a családdal együttműködve), mely erősíti az anyaság érzését, a gyermek kötődési szükségleteinek megfelelő természetes interakciókat biztosít, valamint lehetővé teszi a gyermek egészséges személyiségfejlődésének alakulását.

A várandósság, az új családtag érkezése jelentős életciklus-átmenet egy család életében. A pre-, peri- és postnatális mentális zavarral küzdő családtag, szülő betegsége esetén szinte minden esetben számolhatunk a családi rendszer, szerepek, a család egyensúlyának zavarával, krízisével. A családterápiás szemléletben történő komplex megközelítésnek és kezelésnek része a pár- és családkonzultáció, illetve -terápia, melynek célja az interakció és kommunikáció révén a páciens javulása és a családi működésének helyreállítása (Kurimay és mtsai, 2015).

A peripartum időszakban fellépő anyai mentális zavarok kezelése alapvető fontosságú a gyermek egészséges személyiségfejlődésének érdekében, mely hosszú távon kihat a társadalomra, illetve az egészségbiztosítás rendszerére is (Jacobsen, 1999).

A gyermekágyi pszichózis előreláthatóan kedvező lefolyása (Platz és Kendell, 1988; Rohde és Marneros, 1993) és a kezelés viszonylag rövid időtartama is indokolja az anya és a csecsemő együttes kezelését. Ilyen feltételek mellett az anya a gyermekágyi pszichózis után gyermekét nem idegen testként érzékeli, erősíti az anyaság érzését, a gyermek kötődési szükségleteinek megfelelő természetes kapcsolat fejlődését facilitálja. Az együttes felvétel indokolt neurózisban vagy személyiségzavarban szenvedők esetében is (Gillham & Wittkowski, 2015).

Egy nemzetközi megfigyelés szerint a közös anya-gyermek felvételt követően az anyák 87%-a képes volt gyermeke ellátására, míg azoknak az anyáknak, akiket gyermekük nélkül vettek fel a kórházi osztályra, mindössze 31%-a volt képes erre (Stewart, 1989).

A csecsemők és gyermekek számára kiküszöbölhetővé válik az anyától való szeparáció, ezáltal megerősödik az anya kompetenciája és anyai szerepe, a gyerek így az édesanyja betegsége miatt nem kerül tőle távol (pl. nevelőszülőhöz), esélye lesz arra, hogy biztonságos kötődési kapcsolat alakuljon ki az édesanyjával (Gillham és Wittkowski, 2015). Ez a biztonságos kötődési kapcsolat egy védőfaktor a gyermek további egészséges, pszichés fejlődéséhez (Bowlby, 1976). A kutatások igazolták, hogy az együttkezelés a biztonságos anya-gyermek kötődés alakulását támogatja (Boom, 1994; id. Bradley, 2000, p. 60; Gillham és Wittkowski, 2015).

A közös felvétel esetén az anya szempontjából előnyök:

– Megtanulja a csecsemő gondozását

– Esetleg lehetővé teszi a szoptatást

– Elősegíti az anyai feladatok vállalását, erősíti az anyai identitást

– Lehetőséget nyújt az esetleges szeparáció élményének feldolgozására

– Lerövidíti a tartózkodás időtartamát

– Jobban előkészíthető a kórházi elbocsátás

– Észleli a gyermek reakcióit, megtanulja igényeit értékelni

– Anyai kompenetenciát növeli

– Anyaságérzetet erősíti

Gyermek számára az előnyök:

– Lehetővé teszi a szoptatást

– Bizalom kialakítása

– Elkerülhető a nevelőszülőhöz való utalás

– Elkerülhető a gondozó személyek gyakori váltakozása

– A kötődés elősegítése és megerősítése

További előny, hogy az együttes felvétel elősegíti a csecsemőgyilkosság megakadályozását (Hartmann, 1981; Lindsay és Pollard, 1978; Stewart, 1989).

A szakmai program lehetővé teszi, hogy csökkenjen a posztpartum depresszió prevalenciája és az anyák kórházi ápolásának ideje és ezzel hosszútávon a költsége is. (Meltzer-Brodyés mtsai, 2015; Kimmel és mtsai, 2016).

A programba való belépés, ambuláns és osztályos kezelés a betegségek vetületében

Ajánlás6 (K)

Az ellátásba, a programba való belépés történhet önkéntes jelentkezés alapján, ebben az esetben differenciáldiagnosztikai céllal vizsgálat történik. Amennyiben indokolt, megtörténik a programba való felvétel. Ezen kívül beutalóval (pszichiátriai beutalás, háziorvos, szülész-nőgyógyász), vagy kórházi áthelyezés során (szülészetről, nőgyógyászatról) kerülhet be egy anya a programba.

A beutalás rendje: A védőnőnek, gyerekorvosnak és szülész-nőgyógyásznak észlelő-irányító funkciója van. A fennálló problémát a védőnő jelezheti a háziorvos vagy a program felé, de a várandós nők vagy kismamák önkéntesen vagy háziorvosi beutalóval is jelentkezhetnek. Jelentkezhetnek anyák akut esetben, illetve előjegyzés alapján, beutalóval (pszichiáter által, ill. háziorvos által), vagy esetleg más kórházi osztályról (szülészeti osztály) történő áthelyezéssel.

A peripartum időszak mentális megbetegedéseinek felismerése nehézségekbe ütközhet, ha az anya a stigmatizációtól, anyaként való negatív megítélésétől, illetve a gyermek elvesztésétől való félelme miatt nem beszél a problémáiról. Problémát jelenthet, ha az anya saját mentális zavarának negatív megítélésétől tartva nehezen vonódik be a kezelésbe (Kantrowitz és Gordon, 2013).

Minden – az anyát kórházba utaló – egészségügyi dolgozó feladata, hogy a kórházat kielégítően tájékoztassa az anya korábbi és jelenlegi mentális problémáiról.

A beteg tájékoztatása

Ajánlás7 (K)

A szakembereknek részletes tájékoztatást kell nyújtaniuk a lehetséges rizikótényezőkről és a kezelés előnyeiről és hátrányairól. (NICE guidance 1.4.6.)

Az előnyök és hátrányok, valamint rizikófaktorok ismertetésénél, figyelembe véve az egyéni körülményeket, a tájékoztatásnak ki kell térnie a várandósság körüli, illetve posztnatális mentális zavarokra és azok lehetséges terápiájára. A mentális zavar tekintetében tájékoztatni kell a beteget a mentális zavar anyára és magzatra, illetve csecsemőre való hatásáról, valamint a tünetek hirtelen megjelenésének lehetőségéről várandósság alatt vagy a posztnatális időszak során, különös tekintettel a szülést követő első pár hétben (pl. bipoláris zavar esetén). Kezelés tekintetében részletesen tájékoztassuk a beteget (számításba véve a mentális zavar súlyosságát) a különböző terápiás lehetőségekről, azok előnyeiről és hátrányairól, valamint a különböző kezelési lehetőségek veszélyeiről, mind az anyára, mind a magzatra vagy csecsemőre nézve.

Hívjuk fel a beteg figyelmét a pontos, korrekt és megfelelő kezelés fontosságára, a kezeletlen állapotok csecsemőre vagy magzatra gyakorolt hatására, valamint arra, hogy a kezelés megszakításának vagy változtatásának mind az anyára, mind a magzatra, illetve csecsemőre nézve veszélyei vannak, és tájékoztassuk őt ezekről a veszélyekről.

A hátrány és előnyök, illetve rizikófaktorok mérlegelésénél, valamint a tájékoztatás során is vegyük figyelembe a beteg korábbi kezelésekre adott reakcióit.

Ajánlás8 (K)

Traumatikus szülés, halvaszületés, vetélés után az anyának tájékoztatást kell nyújtani a lehetőségekről, valamint a családnak tanácsadás és szupport biztosítandó. Mivel ez a másik szülőre/gondviselőre is hatással van, bátorítani kell mindkettőjüket a támogatás (szakmai vagy család, barátok részéről nyújtott) elfogadására. Olyan pszichológiai kezelés, melynek központi fókuszában a trauma újraélése van, erősen ellenjavallt. (NICE guidance 1.9.4.;1.9.5.;1.9.6.;1.9.7.)

A csecsemő elvesztése után nem sokkal célszerű beszélgetni az anyával/szülőkkel az őket ért veszteségről, és a gyászfeldolgozást segítendő, biztosítani kell, hogy a szülők megnézhessék a csecsemőt, kézbe vehessék, fényképet készíthessenek róla vagy más mementót tehessenek el a gyermekről. Ezt a folyamatot gyakorlott szakember támogatásával célszerű végrehajtani. A továbbiakban biztosítani kell további szupportot, illetve tanácsadást (az elsődleges vagy a másodlagos ellátás részeként) mind a szülők, mind az egész család részére. Amennyiben biztosan tudható, hogy a gyermek a méhben halálozott el, a beszélgetések már a szülés előtt meg kell, hogy kezdődjenek, és a csecsemő megszülése után is javasolt folytatni.

Azoknál a nőknél, akiknél a traumatikus szülés, halvaszületés/újszülött elhalálozása, vagy vetélés után poszttraumás stresszbetegség alakul ki, magas intenzitású pszichológiai kezelés javasolt (trauma-fókuszú CBT, EMDR (eye movement desensitisation and reprocessing) a PTSD terápiás irányelveit követve.

A perinatális halál során a gyermek tudatos vállalásával elinduló lelki folyamatok drasztikusan megszakadnak és ez súlyosan traumatizálja a szülőket, gyakran patológiás gyászmunkát indítva el. (http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/12/PDF/2010/104.pdf).

A halál tényének közlése hosszútávon meghatározza a szülői gyászt. Sokszor mindkét szülő évekkel később is szó szerint képes felidézni az orvos szavait. Éppen ezért ma már az irodalom is próbál segítséget nyújtani abban, hogy pszichológiai szempontból hogyan lehet „jól" megoldani a rossz hír közlését (http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/12/PDF/2010/104.pdf).

A szülészek csaknem fele szerint az indukciót 24 órán belül kell elkezdeni. Amennyiben az indukcióig több mint 24 óra telt el, a halál után 3 évvel az anyáknál magasabb szorongásszintet mértek. A pszichológiai támogatás része, hogy az indukció időzítésével a szülői igényekre is figyelünk.

A külföldi tanulmányok adatai szerint 1990-ben a szülők 29%-a, 1995-ben már 73%-a választotta a búcsúszertartás lehetőségét és 5 évvel a haláleset után is jónak érezte ezt a döntését. A szülők elégedettebbek, ha már az intézetben találkoznak hivatásos segítővel, ha kapnak emléket a gyermekről, magyarázó kiadványt a történtekről és tartottak búcsúszertartást (http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/12/PDF/2010/104.pdf).

A perinatális halált túlságosan korán követő újabb várandósság meggátolhatja a gyászmunkát és kóros lelki folyamatokat indíthat el az anyában. A perinatális halált gyorsan követő várandósságból született csecsemőknél gyakoribbak a kötődési és később a viselkedési zavarok (http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/12/PDF/2010/104.pdf). Ez nem csak az anya esetleges depressziójának, hanem az új várandósság miatt elnyomott, megoldatlan gyásznak is lehet a következménye. Az újabb várandósságból született gyermekek „pót-gyermekekké" válhatnak, akik azért születtek, hogy pótolják meghalt testvérüket. A velük szemben felállított szülői elvárásoknak szinte lehetetlen megfelelni, így nem véletlen, hogy ezek a gyermekek serdülőkorukban sokkal

gyakrabban szenvednek viselkedés- és személyiségzavarokban (http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/12/PDF/2010/104.pdf).

A 12 hónapon belül vállalt újabb várandósság alatt kórosan magas a depresszió, a szorongás aránya, gyakrabban alakul ki az anyában PTSD, mely a magzat számára is káros. Jótékony hatású, ha újvárandósság vállalásával 1 évet várnak a szülők (http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/12/PDF/2010/104.pdf).

Ajánlás9 (K)

A kórházi egységbe történő felvétel minden esetben a beteg állapotától függ, amelyről az orvos dönt. Amennyiben az anya közvetlen veszélyeztető magatatartása tartósan megszűnik (egy hétig nem jelentkezik) és a betegség lefolyása ismeretében ismétlődés kockázata alacsony, valamint a kezelés során az anya együttműködése folyamatosan és tartósan megvalósul, úgy a team javaslata alapján az osztályvezető főorvos dönt az anya-gyerek egy szobában történő tartós elhelyezéséről. (forrás)

A beteg állapota és diagnózisa alapján az alábbi lehetőségeket és lépéseket célszerű megfontolni és követni:

I. posztpartum blue esetén

Nem szükséges osztályos felvétel. A szülészeti-nőgyógyászati osztályon dolgozók támogatása kiemelt szerepet kap. Súlyosabb tünetek esetén ambuláns keretek közt történő konzultáció szükséges.

II. posztpartum depresszió esetén

Az eset súlyosságától függően ambuláns vagy osztályos elhelyezés.

1. Ambuláns ellátás esetében:

– A beteg kezelőorvosát kinevezik azzal a teammel együtt, aki a kezelésben részt vesz.

– Dokumentáció vezetése (alapdokumentáció egy adott helyen, melyhez a team dolgozói hozzáférhetnek, abban az aktuális történések, ill. felmerülő problémák megoldási döntéseivel a pontos időpont és aláírás megnevezésével).

– Döntések hozatala a teamüléseken.

2. Osztályos ellátás esetében

– Ügyeleti időben az ügyeletes orvos veszi fel az anyát.

– Munkaidőben a Programban részt vevő orvos veszi fel az anyát.

– A gyermek lehetőség szerinti mielőbbi elhelyezése az anyával együtt (átvétel biztosítása más osztályról, átmeneti elhelyezés gyerekosztályon).

– Gyermekkel kapcsolatos intézkedések: elhelyezhető-e az anyával egy térben, vagy ezt csak a későbbiekben javasoljuk.

– Kezelőorvos, nővérek, pszichológusok kijelölése, személyre szabottan.

– Gyermek esetében: családi háttér feltérképezése, ill. a családtagok (apa, nagyszülők, testvérek) mielőbbi behívása, gyermekkel kapcsolatos jogi- és tárgyi feltételek tisztázása.

– Az alkalmazott gyógyszeres terápia függvényében a napirend (szoptatás, gyerekkel való foglalkozás, pihenőidő, levegőztetés, mosás, fürdetés, pszichoterápia) és látogatási rend kialakítása a személyek meghatározásával.

– Szükség esetén családterápia elindítása.

– Dokumentáció vezetése (alapdokumentáció egy adott helyen, melyhez a team dolgozói hozzáférhetnek, abban az aktuális történések, ill. felmerülő problémák megoldási döntéseivel a pontos időpont és aláírás megnevezésével).

– Döntések hozatala: viziteken, szükség esetén teammegbeszélésen.

III. Posztpartum pszichózis esetében veszélyeztető magatartás esetén osztályos elhelyezés szükséges!

– Ügyeleti időben az ügyeletes orvos veszi fel az anyát.

– Munkaidőben a Programban részt vevő orvos veszi fel az anyát.

– A gyermek lehetőség szerinti mielőbbi elhelyezése az anyával együtt (átvétel biztosítása más osztályról, átmeneti elhelyezés gyerekosztályon).

– Gyermekkel kapcsolatos intézkedések: elhelyezhető-e az anyával egy térben, vagy ezt csak a későbbiekben javasoljuk.

– Kezelőorvos, nővérek, pszichológusok kijelölése, személyre szabottan.

– Gyermek esetében: családi háttér feltérképezése, ill. a családtagok (apa, nagyszülők, testvérek) mielőbbi behívása, gyermekkel kapcsolatos jogi- és tárgyi feltételek tisztázása.

– Az alkalmazott gyógyszeres terápia függvényében a napirend (szoptatás, gyerekkel való foglalkozás, pihenőidő, levegőztetés, mosás, fürdetés, pszichoterápia) és a látogatási rend kialakítása a személyek meghatározásával.

– Szükség esetén családterápia elindítása.

– Dokumentáció vezetése (alapdokumentáció egy adott helyen, melyhez a team dolgozói hozzáférhetnek, abban az aktuális történések, ill. felmerülő problémák megoldási döntéseivel a pontos időpont és aláírás megnevezésével).

– Döntések hozatala: viziteken, szükség esetén teammegbeszélésen.

Ajánlás10 (K)

A felvétel a kidolgozott felvételi algoritmus és protokoll szerint történik. (Megnin-Viggars, O., Symington, I., Howard, L.M. et al. 2015)

A diagnózis felállításában javasolt klinikai lépések megegyeznek a javasolt kutatási, a kezelés tudományos nyomon követését biztosító protokollal. A javasolt eszközök listáját lsd. X. Melléklet 1. 1.5. 1.

A felvételi diagnózist a beteg kezelőorvosa alakítja ki, a felelősséget ezért ő vállalja. A diagnózis felállításához szükséges anamnézist, interjút, teszteket a pszichiáter szakorvos és a klinikai szakpszichológus hatásköre felvenni, és ennek alapján tesz javaslatot a diagnózis felállítására, amennyiben szükséges.

Az anamnézis és a tesztek felvétele után a team közösen határoz a kezelés menetéről. A rendelkezésre álló adatokra és információkra épülve a kezelés menete magában foglalja a beteg kivizsgálási és kezelési tervét, melyet az ellátás során a kezelőorvos a beteg szükségleteinek megfelelően módosít és dokumentál. A kezelés során a team minden tagja, aki foglalkozik a szülő-gyermek párral egy dokumentációs rendszerben kvantifikálható módon rögzíti a beavatkozások adatait és a kezelési folyamatokról alkotott visszajelzéseit.

A kutatási protokollban ez a dokumentáció ad módot arra, hogy később a kezelések eredményességéről, hatékonyságáról összehasonlító statisztikai elemzések segítségével tudjunk komplex képet kialakítani, ezzel segítve a mérésértékelési, és a minőségbiztosítási folyamatot.

A felmérés és gondozás megtervezése

Ajánlás11 (K)

A várandósság alatt és a posztnatális időszakban a gyanított mentális probléma felmérésekor és a diagnózis felállításakor körültekintően, a beteg életének és állapotának minden területét érintően kell adatokat gyűjteni. Mérjük fel a beteget érintő kockázati tényezőket, és amennyiben beleegyezik, mérjük fel kapcsolati erőforrásait (partnerét, családját, gondviselőjét és egyéb jelentős más személyt) is. A leginkább lehetséges rizikófaktorokra koncentráljunk, mint pl. önelhanyagolás, önsértés, öngyilkos gondolatok és szándék, másokra veszélyes magatartás (pl. a babára), dohányzás, drog és alkohol használat, valamint a kapcsolati erőszak és abúzus (NICE guidance 1.6.1; 1.6.2; 1.6.3; 1.6.4).

Amikor várandósság alatti vagy posztnatális időszakban fellépő mentális zavart kezelünk vagy mérünk fel, vegyük figyelembe a különböző tanulási nehézségeket, vagy egyéb kognitív deficiteket, és mérjük fel, hogy szükség van-e szakértő bevonására a kezelési terv kialakításában.

A mentális probléma kórtörténetén kívül a jelenlegi vagy korábbi kezelésekről, illetve az azokra adott reakciókról is tájékozódjunk. Fontos megismerni a mentális problémák családi történetét (különösen elsőfokú rokonság).

Ezen kívül a beteg fizikai jóllétét és egészségmagatartását is mérjük fel, (beleértve súly, dohányzás, alkohol- és/vagy droghasználat, táplálkozás és aktivitási szint), valamint, ha van, a beteg fizikai betegségének kórtörténetét is.

A szociális háttér kikérdezésénél térjünk ki a szociális háló és interperszonális kapcsolatok minőségére, élethelyzetre és társas izoláltságra. Kérdezzük ki a beteget a lakhatás, munka, gazdasági és migrációs státusz tekintetében.

Fontos tisztázni, hogy előfordult-e beteg életében bármikor kapcsolati (családon belüli) erőszak és abúzus, szexuális erőszak, trauma vagy gyerekkori elhanyagolás.

Fontos, hogy a várandósságot és a posztnatális időszakot is kérdezzük ki. Térjünk ki a kliens attitűdjére várandóssága iránt (beleértve a várandósság tagadását), tapasztalataira várandósságával kapcsolatban, beleértve bármilyen jellegű problémát, ami nála, a magzatnál, vagy a gyermeknél, illetve az anya-gyermek kapcsolatban jelentkezett. Kérdezzük ki a beteget, hogy más felnőttek, más gyermekek és fiatal felnőttek iránt kellett-e valaha felelősséget vállalnia, mint gondviselő.

Amennyiben fennáll annak a lehetősége vagy veszélye, hogy a gyermekkel nem megfelelően bánnak, kövessük a hatályban lévő jogi szabályokat.

Ajánlás12 (K)

A kezelési tervnek tartalmaznia kell: a mentális zavar kezelését és gondozását, az egészségügyi szakemberek szerepét (beleértve, hogy ki felelős az integrált kezelési terv koordinálásáért és a megfigyelési tervért), az intervenciók nyújtásának módját, valamint az eredmények pácienssel való megbeszélését. (NICE guidance 1.3.5; 1.3.6)

Az integrált kezelési tervért felelős egészségügyi szakembernek biztosítania kell, hogy mindenki, aki az anya kezelésében részt vesz, tisztában van a teendőivel, valamint az információ megosztás hatékonyan zajlik (nem csak a szakemberek, de a szakemberek és a kliens között is). Biztosítani kell, hogy mindenfajta intervenció megfelelő időben történjen, számításba véve a nő várandósságának státuszát, vagy a csecsemő korát. Fontos, hogy a lelki egészség és jóllét minden kezelési terv központi részét képezze.

Ajánlás13 (K)

Az anya és a gyermek kezelésének koordinálása a kezelőorvos kezében van. Ő határozza meg, hogy mely szakembert vonja be a kezelő teambe. A teamüléseken a különböző szakemberek referálják a munkát, így minden érintett szakember értesül a családdal történő munkáról. Minden osztálynak és szakembernek megvan a maga feladata és szerepe az anya, illetve a gyermek ellátását tekintve.

Az anya kezelése

1. Szülészet-nőgyógyászat

A perinatális időszak szülészeti és nőgyógyászati ellátása a szakma szabályai, illetve a hatályos szakmai irányelvek és protokollok szerint történik.

2. Pszichiátria

Gyógyszeres, nem-gyógyszeres (pl. fényterápia) és pszichoterápiás (egyéni, pár, család, csoport) kezelés, a hatályos szakmai irányelvek alapján

3. Gyermekosztály (vagy ha van rá lehetőség, Anya-gyerek egység)

Az osztályon a gyermek gondozására, életkorának megfelelő foglalkozásra, valamint az interakciók helyes értelmezésére segítenek rámutatni a dolgozók (ápoló személyzet), melynek célja, hogy a hazatérést követően az anya gyermekét megfelelően tudja ellátni, életkorának megfelelően

foglalkozzon vele, észleje és helyesen értelmezze a gyermek jelzéseit, igényeit, miközben ő maga is elég szenzitivvé vált ahhoz, hogy biztonságban, kompetenciájában megerősítve, támogatva érzi magát. Nem a team látja el a gyermeket, hanem útmutatást, támogatást adnak, hogy az anya hogyan teheti ezt úgy, hogy ő maga is biztonságban érezze magát.

A gyermek ellátása

1. Szülészet, újszülött osztály

A gyermek ellátása a szülészeten, újszülött osztályon a szakma szabályai, illetve a hatályos szakmai irányelvek és protokollok szerint történik.

2. Gyermekosztály (vagy ha van rá lehetőség, Anya-gyerek egység)

Az egészségügyi ellátás és táplálás mellett a gyermekellátás gyakorlati teendőinek oktatása, támogatás a gyermek gondozásával kapcsolatban és felvilágosítás, illetve az anya szenzitivitásának fokozása, az anya-gyermek kapcsolat erősítése, támogatása.

3. Együttműködés a Gyámüggyel

Amennyiben mégis a gyermek nevelőszülőknél történő elhelyezésére kerül sor, a szociális munkással való kapcsolatfelvétellel és a vonatkozó jogszabályok szerint elindítjuk a gondoskodásba vételt.

Az anya-csecsemő közös kezelése

Ajánlás14 (E)

A gyermekosztály feladatai közé nemcsak a gyermek ellátása tartozik, hanem az anya és gyermek találkozásainak mediálása, felügyelete, valamint az anyának való segítségnyújtás a gyermek gondozásában.

Betegek ellátásában részt vesz:

– Programkoordinátor, aki lehet osztályvezető főorvos, osztályos orvos, osztályos nővér, szakápoló

– Osztályvezető főorvos

– Osztályos orvosok

– Osztályos nővérek, szakápolók

A gyermekosztályra történő felvétel folyamata során a pszichiátriai osztály teamtagjai, illetve vezetője - a programban részt vevő anyák felvételi javaslata alapján – jelzik a gyermekosztály program vezetőjének, illetve osztályvezető főorvosának a csecsemő és anya felvételének várható időpontját. Egyeztetés után a gyermeket korának megfelelően elhelyezik a koraszülött, illetve csecsemő részlegen. Felvétel után megtörténik az anya és gyermek anamnézisének dokumentálása (nővér, osztályos orvos), valamint a gyermek korától és ellátási szükségleteitől függően a gyermek ellátási tervének dokumentálása és a szükséges dokumentáció vezetése. Az osztályon használt általános dokumentáció (kórlap, lázlap, ápolási lap) kiegészül az erre a célra összeállított anya-gyerek interakciót is felmérő dokumentációs lappal (lsd. XI. Melléklet 1. 1.5. 1.).

Az anya kezelésének várható tartama, állapotának felmérése a pszichiátriai osztály tájékoztatása alapján történik. Fontos az anya teljes körű tájékoztatása, az osztály bemutatása, a gyermek elhelyezésének megmutatása, mely akár még a várandósság idején is megtörténhet. Amint az anya állapota ezt lehetővé teszi, a gyermekosztály köteles az anyának gyermekével együttes elhelyezést biztosítani, az együttlét alatt segítséget nyújtani a gyermek ellátásával kapcsolatban. Ha lehetséges, be kell vonni a családot is a gondozásba, különösen a hazamenetel előkészítése során.

Mind a gyerekosztály, mind a pszichiátria dolgozói számára kiemelt feladat a teamtagok folyamatos tájékoztatása a beteg állapotáról és a gyermekkel való kapcsolatáról.

Mivel az apa nevelésben játszott szerepe a csecsemő fejlődése szempontjából jelentős, ezért fontos a kezelés során az apákat is bevonni az ellátási folyamatba. A peripartum időszakban a férfiak hormonháztartásában -- valószínűleg párjuk hatására -- változások következnek be, feltehetőleg bizonyos kémiai jelzések (feromonok) közvetítésén keresztül. Az anya és az apa között megfigyelt hormonális szinkronizáció fontos szerepet játszhatott az evolúció során az apai gondoskodásban, és ennek következtében az utódok túlélésében. Ez a hormonális háttér állhat az ún. couvade szindróma mögött, melynek során a férfiak mintegy megismétlik a párjuk várandósságát kísérő tüneteket (Bereczkei, 2008).

A férfiak hormonális ráhangolódásai fontosak lehetnek az újszülött iránti fogadókészség kialakulásában, és annak ellenére, hogy a gondozással az anyák több időt töltenek, az apák a legtöbb esetben fontos referenciaszemélyeknek bizonyulnak, akikre jellemzőek az attachment bizonyos formái (Lamb, 1997, idézi Bereczkei, 2008). Ha az apáknak módjuk van arra, hogy a szülés után azonnal kapcsolatba kerüljenek a csecsemővel, ez hasonló érzelmi „többlettel" jár, mint az anyáknál: az ilyen apák még három hónap múlva is többet simogatják gyerekeiket, és többet játszanak velük, mint azok, akiknek nem volt részük a korai kontaktusban.

A stabil kötődés kialakulásának időpontját elsősorban az határozza meg, hogy mennyi időt tölt a gyerek az apjával, és milyen kapcsolat fűzi az anyához (Averett et al. 2000; Kalmin 1999, idézi Bereczkei, 2008). Mindezekből a vizsgálatokból arra következtethetünk, hogy az apai szerep szerves része a férfiak viselkedési repertoárjának,
és veleszületett programokra épül. Az apák az anyai kötődéstől független kötődést mutatnak gyerekeikhez, amely autonóm motivációs bázisra épül (Mackey 2001, idézi Bereczkei, 2008).

A csecsemők monitorozása a várandósság alatt szedett pszichotróp gyógyszerek során

Ajánlás15 (K)

Amennyiben a beteg pszichotróp gyógyszereket kapott a várandósság során, teljes körű állapotfelmérés szükséges az újszülöttnél (NICE guidance 1.9.2).

A felmérés során figyelembe kell venni a különböző pszichotróp gyógyszerek káros hatásainak kezdetét, további monitorozás szükségességét, releváns szakértők bevonását, valamint a beteg, párja és családja tájékoztatását a további monitorozásról, különösképp, ha a beteg elbocsátására a szakmai szabályok szerinti optimális időpont előtt kerül sor.

Az anya-gyermek kapcsolat támogatása

Ajánlás16 (E)

Fontos felismerni, hogy a mentális zavarral küzdő édesanyáknak problémája akadhat az anya-gyerek kapcsolat megélésével. Javasolt a köztük lévő kapcsolat felmérése, beleértve a verbális interakciót, érzelmi érzékenységet és fizikai ellátást, a csecsemővel való érintkezés minden szintjén (NICE guidance 1.9.12; 1.9.13).

Beszéljük át az anya gyermekével kapcsolatos minden aggodalmát, érzését, lássuk el a szükséges információval és kapjon megfelelő kezelést a mentális problémáira.

Amennyiben bármilyen megoldatlan problémát észlelünk az anya-gyerek kapcsolatban, akkor további beavatkozás javasolt a kapcsolat javítása, fejlesztése érdekében.

Ajánlás17 (E)

Amennyiben szükséges, indokolt szülő-csecsemő konzultáció alkalmazása a program keretében: az anyai szenzitivitás, az anya-gyerek kapcsolat, az anya-csecsemő kötődés kialakításának támogatására, valamint a gyerek egészséges személyiségfejlődésének megalapozásához. A szülő-csecsemő konzultáció történhet az anya-gyermek-apa egységben, valamint az ellátó intézményi egységben is. (Módszertani összefoglalót lsd. XI. Melléklet 1. 1.5. 2.) (Danis, 2015; Hédervári-Heller és Németh, 2011; Németh, Hédervári-Heller és mtsai, 2016)

Ajánlás18 (E)

Az utógondozás a szülő-csecsemő kapcsolat szempontjából az intézeti ellátást követően személyesen, előre egyeztetett időpontban történik. (Megnin-Viggars, O., Symington, I., Howard, L.M. et al. 2015)

Ennek függvénye az elbocsátást követően az anya kezelése, állapota, a gyermek állapota, valamint a szülő és gyermek kapcsolata. A pszichiátriai kontroll megbeszélést a kezelőorvos rendeli el. Ha a szülő kéri, telefonon, illetve személyesen tanácsadást, segítségnyújtást kell biztosítani, mind a pszichiátriai, mind a gyerekosztály részéről. Ha az anya állapota, illetve az anya és gyermeke közötti kapcsolat miatt szükségessé válik, akkor szülő-csecsemő konzultációt (mint a terápiás munka egységét) biztosítani kell az utógondozás során.

Amennyiben másképp nem rendeli el a kezelőorvos, a kutatási protokollnak (lsd. XI. Melléklet 1. 1.5. 1.) megfelelően is, a programba való bekerüléstől számított 3., 6., 12. és 24. hónapban történik az utógondozás.

Diagnózis és terápia

Ajánlás19 (K)

Posztpartum Blues esetén a tünetek idővel (két héten belül) gyógyszeres beavatkozás nélkül lezajlanak, hasznos intervenció a támogatás nyújtása, az anya és a család bíztatása, a megfelelő pihenés és alvás biztosítása (Lusskin & Misri, 2011).

Ha a tünetek két héten belül nem javulnak, vagy rosszabbodnak, fel kell mérni, hogy fenn áll-e posztpartum depresszió lehetősége (Kemp és mtsai, 2003).

Az érintettek 20%-ánál a szülést követő 1 éven belül postpartum depresszió alakul ki. Néha a gyermekágyi lehangoltság direkt módon is átmehet súlyos depresszióba (Beck és mtsai, 1992).

A posztpartum blues vagy baby blues prevalenciája igen magas, a szülést követő 3-4. napon a nők jelentős része átesik ilyen jellegű hangulatingadozásokon (Buttner és mtsai, 2012). A tünetek általánosan 1–3 nap alatt maguktól megszűnnek, ritkábban eltarthatnak akár 8 napig is (Hegedűs, 2009). A klinikai képre jellemző a hangulati labilitás, kontrollálhatatlan sírás, szorongás, ingerlékenység. Tipikus a reménytelenség, a magány, az állandó feszültség érzése. Az anyánál az étvágy és a koncentráció zavarai alakulhatnak ki. Szembeötlő a gyermekágyas kritikával szembeni fokozott érzékenysége (Kovácsné, 2010).

Átmeneti tünetek jellemzik, úgy, mint enyhe és gyakran gyors lefolyású hangulatingadozás (emelkedett hangulattól a szomorúságig), irritábilitás, szorongás, csökkent koncentráció, sírósság, (érzelmi) kiürülés, lehangoltság, érzelmi labilitás, alacsony anyai énhatékonyság érzés, alvászavar, kimerültség, olykor fejfájás.

Rizikófaktorok közé tartozik (O'Hara és mtsai, 1991; Blochés mtsai, 2005; Halbreichés mtsai, 2005; idézi Lusskin és –Misri, 2011, Erős, 2011):

– előzetes depresszió

– várandósság során depressziós tünetek

– családi anamnézisben depresszió

– premenstruális időszakban vagy fogamzásgátló tabletta szedéséhez köthető hangulatváltozások

– gyermekgondozás körüli stressz

– a munka, a kapcsolatok és szabadidős tevékenységek romlása

– személyiségjegyek: neuroticizmus, szorongás

– várandósság alatt előforduló alvászavar

Támogató kapcsolat, segítő beszélgetés, esetleg szupportív terápia javasolt. Emellett hasznos intervenció a támogatás nyújtása, az anya és a család megerősítése, a megfelelő pihenés és alvás biztosítása.

Bár a postpartum blues legtöbb esetben ártalmatlan, bizonyos kutatások azt mutatják, hogy a tüneteket mutató nőknél megemelkedett a postpartum major depresszió kockázata (Henshaw és mtsai, 2004). Azon nők esetében, akiknek EPDS értéke meghaladja a 12-t, tünetei mérsékelt vagy erős szociális diszfunkciót mutatnak, vagy öngyilkossági gondolatokról számolnak be, a posztpartum depresszió diagnózisa mindenképpen felmerül (Hirst és Moutier, 2010). Az érintettek 20%-ánál a szülést követő 1 éven belül postpartum depresszió alakul ki. Néha a gyermekágyi lehangoltság szintén átfordulhat súlyos depresszióba (Beck és mtsai, 1992). Fokozott figyelem és követés javasolt azon esetekben is, amikor az EPDS pontszám 10 feletti, az anyánál korábbi pszichiátriai probléma, és/vagy gyermekénél neonatális komplikáció, fejlődési rendellenesség, vagy koraszülöttség áll fenn (Knights és mtsai, 2016).

Ajánlás20 (E)

A posztpartum blues-val ellentétben depresszió esetében szükségessé válhat a gyógyszeres kezelés, akár várandósság alatt, akár a szülést követően (PPD), szoptatás alatt. Kizárólag indokolt esetben szabad farmakoterápiához folyamodni. A pszichoterápiás támogatás itt is kiemelkedő szerepet játszik akár egyéni (szupportív kezelés, kognitív-viselkedésterápia, interperszonális terápia), szülő-csecsemő konzultáció, pár- vagy család, valamint csoportos szinten. Súlyosabb és hosszan tartó depressziós tünetek esetében kórházi kezelésre lehet szükség. Bizonyos esetekben, ha a beteg állapota megköveteli, az elektrokonvulzív terápia lehetőségét is szem előtt kell tartani.

A posztpartum depresszió a gyermek két éves koráig bármikor jelentkezhet. A tünetek általában jellemzően a szülést követő 4–6 héten belül kezdődnek. A tünetek érzelmi, kognitív, viselkedéses, motivációs és fizikai szinten jelentkezhetnek:

– Érzelmi: nyomott hangulat, öngyűlölet, jókedv teljes hiánya

– Kognitív: negatív énkép, negatív elvárások, önmagunk hibáztatása, problémák felnagyítása, határozatlanság

– Motivációs: akaratbénulás, menekülésvágy, fokozott függőségigény, halálvágy

– Viselkedéses: tehetetlenség/nyugtalanság, improduktivitás, csöndesség

– Fizikai: fáradékonyság, csökkent libidó, álmatlanság (Beck, 1967)

Lusskin és Misri (2011) szerint továbbá az alábbi téren jelentkezhetnek problémák:

– szomatikus tünetek: gasztroenterológiai funkcionális tünetek, libidó csökkenése,

– szorongás, gyakran pánikrohamokkal,

– irritabilitás és dühösség érzése,

– bűntudat,

– lesújtó gondolatok önmagáról, annak az érzése, hogy nem képes gondozni a gyermeket,

– elégtelenség érzése, hogy anyaként megbukott,

– a gyermekhez való kötődés hiánya, ami növeli a szégyen és a bűntudat érzését, ez gyakran vezeti az anyát arra, hogy csendben szenvedjen.

A DSM-5 szerint a diagnózis felállításához a következő tünetekből öt vagy annál több áll fenn egy kéthetes periódus alatt:

1. Levert hangulat a nap legnagyobb részében, majdnem minden nap, akár szubjektív szinten (pl. szomorúnak, kiüresedettnek, reménytelennek érzi magát), akár a környezet megfigyelése által (pl. sokat sír).

2. Majdnem minden nap jelentkező érdeklődés vagy öröm csökkenése minden, vagy majdnem minden tevékenység iránt (az egyén jelzése vagy a környezet megfigyelése alapján).

3. Jelentős súlycsökkenés diétázás nélkül, vagy jelentős súlygyarapodás (több mint 5%-os súlygyarapodás egy hónap alatt),vagy az étvágy jelentős csökkenése vagy növekedése csaknem minden nap.

4. Insomnia vagy hypersomia majdnem minden nap.

5. Motoros agitáció vagy gátoltság majdnem minden nap (mások által megfigyelt, nem csupán az egyén szubjektív meglassultság vagy nyughatatlanság érzése).

6. Fáradtság vagy anergia majdnem minden nap.

7. Értéktelenség érzése vagy kifejezett, ill. inadekvát önvádlás, bűntudat (akár deluzív mértékben is) majdnem minden nap (nem csupán a betegséggel kapcsolatos bűntudat).

8. Csökkent gondolkodási, összpontosítási vagy döntési képesség majdnem minden nap (akár szubjektív szempontból, illetve mások által megfigyelt).

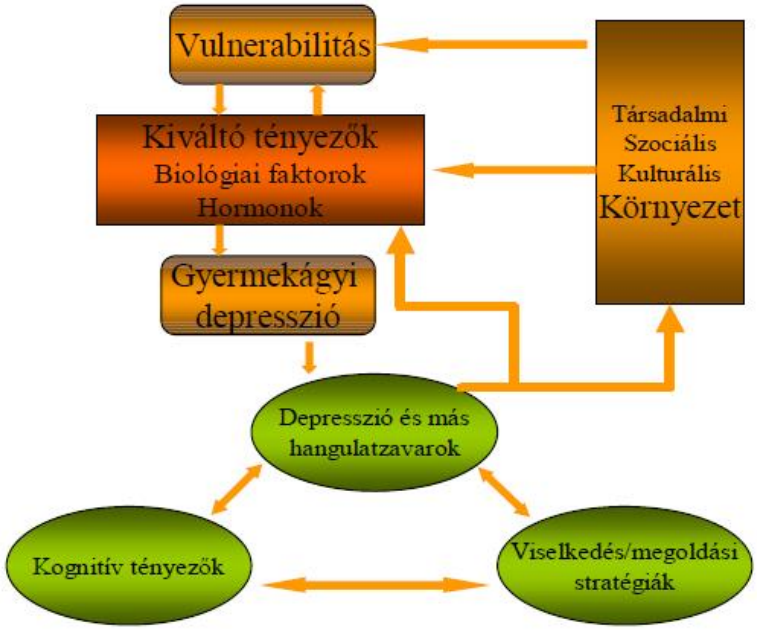
9. Halál gondolatával való gyakori foglalkozás (nem csak halálfélelem), visszatérő öngyilkossági gondolatok konkrét terv nélkül vagy öngyilkossági kísérlet vagy konkrét öngyilkossági terv. (DSM-5)

A szülést követő két hét után is fennmaradó tünetek, pánikroham, kényszeres tünet, fóbia is jelentkezhet. A gyermek bántalmazásával kapcsolatos gondolatok általánosak a depresszióban szenvedő anyáknál, bár az újszülött tényleges bántalmazása nagyon ritka. Azokat az anyákat, akiknél ezek a gondolatok súlyosak és kényszeresen visszatérők, fokozott gonddal kell nyomon követni, mert az állapotuk könnyen átcsúszhat gyermekágyi pszichózisba (Donahue-Jennings és mtsai, 1999). Gyakoriak azok a kényszergondolatok, melyek önsértéssel vagy a gyermek bántalmazásával kapcsolatosak, de ezek gyakran titkoltak. E gondolatok gyakran csak direkt kérdésekre derülnek ki. Ezzel együtt e tünetek pszichózisra utalhatnak, így fel kell mérni a pszichózis lehetőségét (Gutiérrez-Zotes és mtsai, 2013).

Több kutató is foglalkozott depressziós anyák gyermekeinek vizsgálatával. A várandósság ideje alatt fennálló depresszió kedvezőtlenül hathat a magzati fejlődésre, a terhesség kimenetelére, gyakoribbak a pre- és perinatális komplikációk. Már újszülött kortól leírtak eltéréseket a magatartás, vegetatív működések, az affektusok és interakciók terén. E kutatások megerősítették, hogy az anyai depresszió hatással van a gyermek kognitív fejlődésére, a kötődési mintázatra, emocionális, szociális és viselkedési problémák is megfigyelhetőek (Field és mtsai 2006, Biaggi és mtsai 2015). A várandósság alatti anyai szorongás és depresszió a stresszválaszon (HPA-tengely, kortizol és katekolaminok mediálta hatások) keresztül a magzati keringésre, oxigén- és tápanyag-ellátására, idegrendszeri fejlődésére is hatással lehet, míg a születést követő időszakban az anyai gondoskodáson és a csecsemővel való interakciókon keresztül az anya-gyermek kapcsolat és kötődés alakulását befolyásolhatja kedvezőtlenül (Porto és mtsai, 2016). Az anya, aki maga sem érzi magát biztonságban, nem érzi jól magát, nem tud kellő mértékben, kellő érzékenységgel figyelni gyermekére, kevesebb visszajelzést ad, ritkábban néz csecsemőjére, ritkábban érinti meg és beszél hozzá, így a gyermek fejlődése nincs kellőképpen támogatva (Lundy és mtsai., 1996).

Az anya helyzetét nehezíti, ha a gyermeke beteg, vagy nehezen kezelhető (Terry és mtsai, 1996; Howell és mtsai, 2006; Ueda és mtsai, 2006). Azok a nők kevésbé veszélyeztetettek, akik jó megküzdési készségekkel és jobb szociális támaszrendszerrel rendelkeznek (Terry és mtsai, 1996).

1. Ábra: Gyermekágyi depresszió ok-okozati összefüggései



Az Eü. Min. Szakmai Protokollja (A Szülést követő időszak pszichés változásai. A védőnők szerepe, lehetősége, kompetenciája a szülés körüli hangulatzavarok felismerésében, 4. o.) alapján.

Depresszió és kötődés

Mind a szülés előtti, mind a szülés utáni depresszió megzavarhatja az anya- gyerek korai interakcióit, és ezáltal a kötődést, mivel hatással van a gyermek fejlődésére és az anya érzéseire, úgymint szégyen és bűnösség érzése (Halbreich, 2005; Weinberg és Tronick, 1998; Murray és Stein, 1989). Továbbá megfigyelték, hogy a posztpartum depressziós anyának kevés a szemkontaktusa a gyerekkel, kevésbé tudja modulálni a hangját, az arckifejezéseit. A negatív interakciós minták a korai, kritikus időszakban hatással vannak a gyermek fejlődésére, az esetleges gyógyulás ellenére is (Murray és mtsai, 1996; Stein és mtsai, 1991; Glover, 2014). Ilyenek a viselkedészavarok (Beardslee és mtsai, 1987), agresszió (Zahn-Waxler, 1984), kognitív és figyelemzavarok (Zahn-Waxler, 1984, Beck, 1998; Hay és mtsai, 2001). Az anya gyógyulása ugyanakkor pozitív hatással lehet a gyerekre (Weissman és mtsai, 2006).

Az anya depressziója negatív hatással lehet:

– az anya-gyermek kötődésére, mivel az anya nem képes regulálni a gyermek érzelmi állapotait,

– a gyermek fejlődésére,

– a házastárssal való kapcsolatra,

– a házastárs mentális állapotára.

Az apák 4,1–16%-a mutatott szorongásos zavarokat a perinatális időszakban, ez a szám 2,4–18%-ra emelkedett a posztnatális időszakban (Leach és mtsai, 2015). Az apai depresszió a szülés utáni nyolc hétben az apák 4%-ánál jelentkezik. Erős korreláció található a partnereknél (Ramchandani, 2005; Parfitt és mtsai, 2013; Epifanio és mtsai 2015). Az apai depresszió ugyanúgy negatív lenyomatot hagy a gyermek fejlődésén (Clark és mtsai, 1993). Érdekes, hogy az apai depresszió főleg a fiúgyermeknél

akár háromszorosára is növelheti a későbbi viselkedészavarok pl. hiperaktivitás előfordulását (Ramchandani és mtsai, 2005). A témával foglalkozó szerzők kiemelik, hogy a gyermekágyi depresszióban szenvedő partner mellett az apa kevésbé tud következetes lenni a gyermeknevelésben, inkább egy túlóvó, a tényleges és az érzelmi korlátokat mellőző nevelési attitűd alakul ki nála.

Az apai viselkedésben megjelenő sajátos tünetegyüttes, az ún Couvad-szindróma. A férfiakban a várandóság alatt jelentkező couvade-tüneteket a szakirodalom a vizsgált házaspárok esetében egyharmad-egynyolcad gyakoriságúnak adja meg. Míg a couvade-szindrómán a páciens akaratától függetlenül létrejött pszichogén kórképet értjük, addig a „rituális couvade" a preindusztriális társadalmak hiedelemvilágának része, ahol a férj – tudatosan imitálva a várandós, illetve a szülő nő panaszait, tüneteit, magatartását – távol tartja a gonosz szellemeket, megrontókat, démonokat. (Tényi T, 2009)

Ritka esetekben a perinatális időszakban a házastárs/apáknál pszichótikus tünetek is megjelenhetnek, vagy a férfiakban is jelentkezhet terhességi téveszme (Tényi és mtsai, 1994, 1996).

Az apai viselkedés is befolyásolhatja az anya viselkedését, állapotát, valamint hatással lehet az újszülött viselkedésére is. Az apai kötődéssel kapcsolatos vizsgálatok azt mutatják, hogy az apa irányában is kialakul kötelék.

Mindezek alapján nem szabad figyelmen kívül hagyni az apai „oldalt", a baba-mama diád mellett a baba-mama-papa triádra is figyelemmel kell lenni, ami indokolja a baba-mama-papa egység szükségességét. (Paulson és mtsai, 2016; Sethna és mtsai, 2015)

Prognózis

A posztpartum depresszió megnöveli a későbbi major depresszió esélyét, mind a gyermekágyi depresszióét, mind a nem-gyermekágyi depresszióét (Nonacs és Cohen, 1998). A kezeletlen depresszió vagy spontán oldódik, vagy krónikus depresszív szindróma alakul ki. A várandósság alatti kezeletlen depresszió gyakran vezet posztpartum depresszióhoz (Yazici és mtsai, 2015).

Rizikófaktorok

Az előzetes depresszió – különösen a sedülő- vagy fiatal felnőttkorban megjelenő depresszió (Nilsen, 2016) - a legjelentősebb rizikófaktor (Lee és mtsai, 2001; Cooper és mtsai, 1999). Ezen kívül megnöveli a megjelenés esélyét:

– anyai konfliktus (Wilson, és mtsai, 1996; Kumar és Robson, 1984)

– stresszes életesemények az elmúlt 12 hónapban (Wilson, és mtsai, 1996; Robertson és mtsai, 2004)

– a várandósággal kapcsolatban tapasztalt támogatás hiánya a családtól és a barátoktól (Wilson, és mtsai, 1996; Brugha, 1998; Robertson és mtsai, 2004)

– érzelmi és anyagi támogatás hiánya a partner részéről (Cooper, 1999)

– egyedülálló anyaság (Brugha, 1998)

– nem tervezett várandósság (Brugha, 1998)

– a várandósság megszakításának gondolata (Kumar és Robson, 1984)

– korábbi vetélés (vagy koraszülés) (Cryan és mtsai, 2001)

– családi anamnézisben pszichiátriai megbetegedés (Brugha, 1998)

– szegényes kapcsolat a saját anyával (Murray és mtsai, 1995; Erős, 2009)

– ha az anya nem szoptat (Yonkers és mtsai, 2001; Warner és mtsai, 1996; Misri és mtsai, 1997)

– ha az anya munkanélküli (nincs hova visszatérnie) vagy háztartásbeli/a háztartás vezetője (Warner, 1996)

– a férj vagy partner depressziója (Goodman, 2004)

– gyermekgondozással kapcsolatos stresszorok jelenléte (Stowe, 1995)

– a várandósság során sok orvosi vizit (Josefsson és mtsai, 2002)

– veleszületetten sérült újszülött (Rona, 1998)

– személyiség (neurocitás és magas introverzió) (Verkerk, 2005)

– várandósság előtti vagy alatti cukorbetegség (Kozhimannil, 2009)

– bipoláris megbetegedés az egyéni anamnézisben

– premenstruális szindróma (Areias és mtsai, 1996; Erős, 2009) és premenstruális dysphoria (PMDD) (Erős, 2011).

Kezelés

A posztpartum blue-val ellentétben PPD esetében szükségessé válhat a:

– **gyógyszeres kezelés** akár várandósság alatt, akár a szoptatás során, azonban csak és kizárólag súlyos esetben szabad farmakoterápiához folyamodni. Súlyosabb és hosszan tartó depressziós tünetek esetében kórházi kezelésre van szükség.

– A **pszichoterápiás támogatás** kiemelkedő szerepet játszik akár egyéni (szupportív kezelés, kognitív-viselkedésterápia, interperszonális terápia), szülő-csecsemő konzultáció, pár- vagy család, valamint csoportos szinten.

– Bizonyos esetekben, ha a beteg állapota megköveteli, az **elektrokonvulzív terápia** lehetőségét is szem előtt kell tartani (Saatcioglu és Tomruk, 2011).

– A fent felsoroltak mellett egyre több evidencia áll rendelkezésre a nem gyógyszeres és az ún. **komplementer, alternatív medicína** által felkínált **egyéb terápiák vonatkozásában**:

– Egyes kutatások a fényterápia hatékonyságát hangsúlyozzák a peripartum depresszió kezelésében (Oren és mtsai, 2002; Epperson, 2004; Crowley és Youngstedt, 2012; Deligiannidis és Freeman, 2014), mindazonáltal bipoláris zavar esetében fennáll a mániás indukció kockázata (Deligiannidis és Freeman, 2014). Az evidencia-alapú fényterápis kutatások eredményei egyelőre még kevésszámú

kontrollált evidenciával rendelkeznek (Deligiannidis és Freeman, 2014), ugyanakkor számos kutatás számol be a fényterápia hatékonyságáról. (Wirz-Justice és mtsai, 2011) a fényterápia hatékonyságát tanulmányozták depressziós kismamák kezelésénél, melynek során a szerzők azt találták, hogy a 7000 lux éles fehér fénnyel való kezelés szignifikánsan hatékonyabb volt a depresszió kezelésében, mint a placebo vörös fény. A tanulmány szerint a fényterápia egy egyszerű, költséghatékony lehetséges antidepresszáns, minimális mellékhatásokkal az anyára nézve, és nincs ismert kockázata a magzat számára.

– Több tanulmány az **Omega-3 zsírsav** hangulatzavarok kezelésében betöltött pozitív szerepe mellett érvel, peripartum depresszióval küzdő betegek számára naponta 1 gram EPA + DHA javasolt (Deligiannidis és Freeman, 2014).

– A peripartum időszakban **folsav** használata is javasolt a születési rendellenességek és a depresszió elkerülésének érdekében (Deligiannidis és Freeman, 2014).

– Hacsak orvosi komplikációk nem akadályozzák, a peripartum időszakban a depresszió megelőzésének és/vagy kezelésének érdekében napi 30 perc **testmozgás** javasolt (Deligiannidis és Freeman, 2014).

– A **masszázsterápia** hatékony lehet a depresszió perinatális és nem perinatális formájának kezelésében, heti 20 perc masszázsterápia csökkentheti a depressziós tüneteket enyhe depresszió esetében.

– Az **akupunktúra** esetlegesen szintén segíthet a depressziós tünetekek kezelésében, egyelőre azonban nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték ennek alátámasztására (Deligiannidis és Freeman, 2014).

A posztpartum depresszió esetében további útmutatással szolgálnak a NICE irányelv idevonatkozó javaslatai:

1. A várandósság ideje alatt, illetve a posztnatális periódus során jelentkező, állandó, küszöbérték alatti depresszív tünetek, valamint enyhe vagy közepes depresszió során érdemes számba venni a gyógyszerezésen kívül más lehetőségeket (pl. gyógynövényeket, szakember által felügyelt önsegítő technikákat).

2. Azok a nők, akik bár kezdetben enyhe depressziót mutatnak a várandósság ideje alatt vagy a posztnatális periódusban, de kórelőzményükben súlyos depresszió szerepel, antidepresszáns adása javasolt [TCA, SSRI vagy (S)NRI].

3. Olyan páciensek esetében, akik a várandósság ideje alatt és/vagy a posztnatális periódusban közepes vagy súlyos depresszió jeleit mutatják, az alábbiak javasoltak:

– magas intenzitású pszichoterápia (pl. CBT)

– antidepresszáns [TCA, SSRI vagy (S)NRI], amennyiben a páciens megérti, hogy milyen rizikótényezőkkel jár a gyógyszerezés, valamint a mentális betegsége a várandósságra/szülés utáni állapotára, illetve:

– a páciens is a gyógyszert preferálja

– nem hajlandó elfogadni a pszichoterápiát

– vagy a pszichoterápiától nem javult az állapota

– pszichoterápia és farmakoterápia kombinációja, amennyiben a páciens megérti, hogy milyen rizikótényezőkkel jár a gyógyszerezés, valamint a mentális betegsége a várandósságra/szülés utáni állapotára, illetve amennyiben önállóan sem a pszichoterápiára, sem a gyógyszerekre nem reagál a páciens.

4. Ha egy nőbeteg, aki antidepresszánsokat szed (TCA, SSRI vagy (S)NRI), és várandós lesz, javasolt a gyógyszerezés átgondolása, akár fokozatos elhagyása, és más módszerekkel való helyettesítése.

5. Amennyiben a közepes depresszióval diagnosztizált, várandós beteg a gyógyszerek elhagyását fontolgatja, javasolt átbeszélni vele a kezelésre adott korábbi reakcióit, a graviditás stádiumát, a visszaesés kockázatát, a gyógyszerezéssel járó kockázatokat, a páciens preferenciáit, valamint egyeztessünk az alábbiakról:

– váltás magas intenzitású pszichoterápiára (pl. CBT)

– váltás olyan gyógyszerre, melyek azonos hatékonyságúak, de kevesebb káros hatása van.

6. Amennyiben súlyos depresszióval diagnosztizált, várandós beteg antidepresszánsokat szed [TCA, SSRI vagy (S)NRI], javasolt átbeszélni vele a kezelésre adott korábbi reakcióit, a graviditás stádiumát, a visszaesés kockázatát, a gyógyszerezéssel járó kockázatokat, a páciens preferenciáit, valamint egyeztessünk az alábbiakról:

– meglévő farmakoterápia folytatása

– váltás olyan gyógyszerre, melyek azonos hatékonyságúak, de kevesebb káros hatásuk van

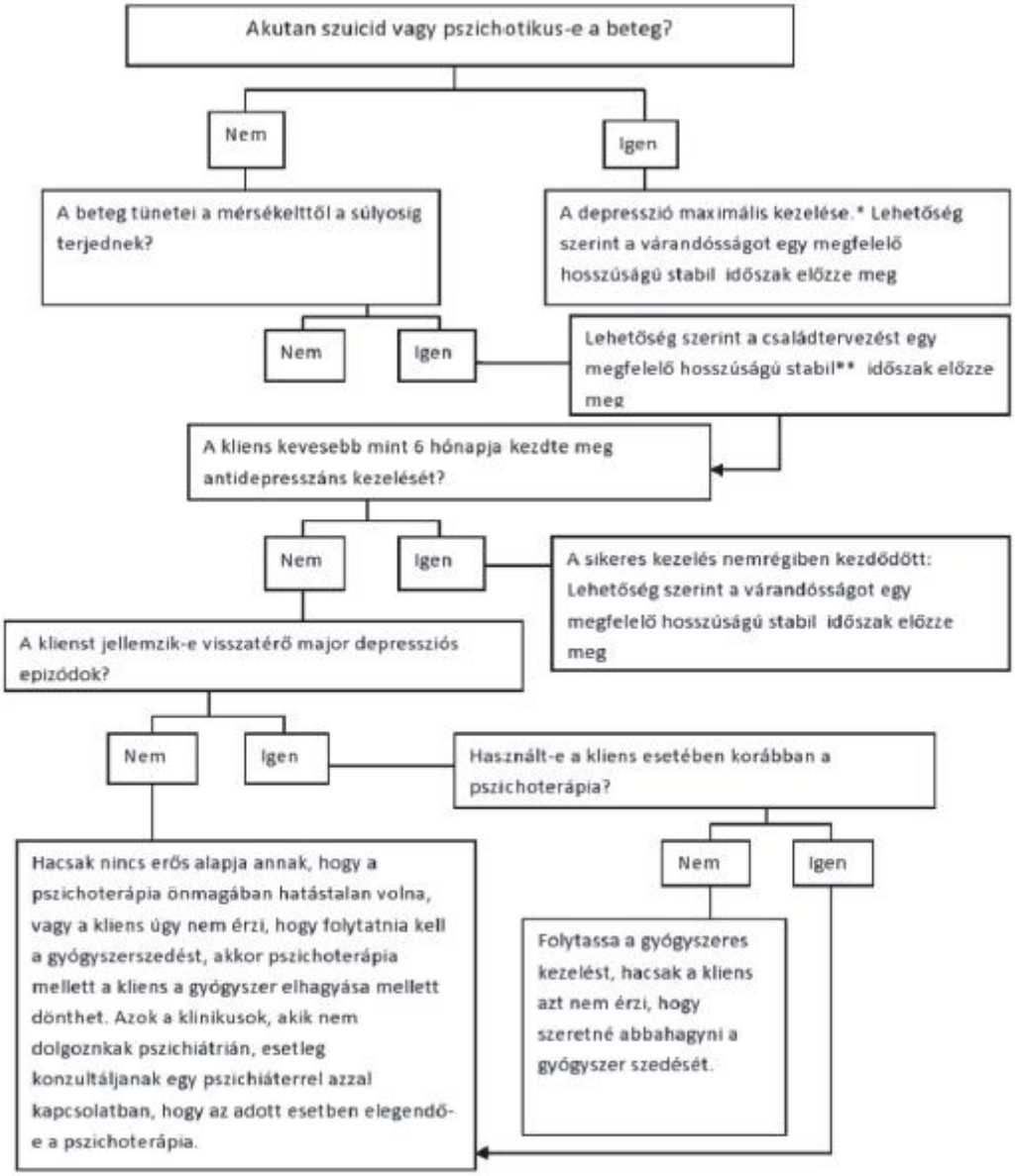
– pszichoterápia és farmakoterápia kombinációja

– magas intenzitású pszichoterápia, amennyiben a kliens a gyógyszerek elhagyása mellett dönt.

2. ábra Gyermeket tervező depressziós nő kezelése

A páciens várandósságot tervez és depressziós zavarát gyógyszeresen kezelik

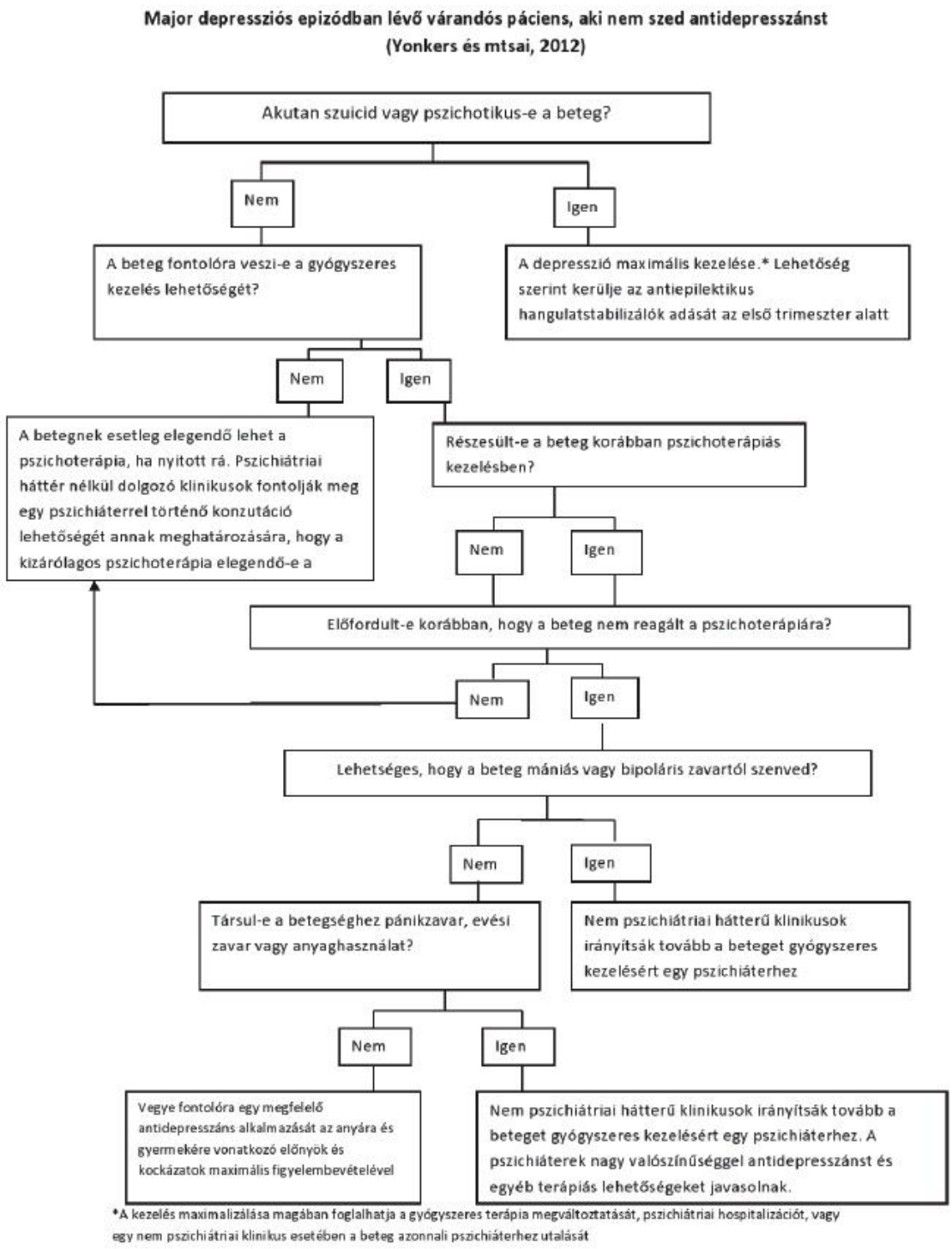
(Yonkers és mtsai, 2012)



*A kezelés maximalizálása magában foglalhatja a gyógyszeres terápia megváltoztatását, pszichiátriai hospitalizációt, vagy egy nem pszichiátriai klinikus esetében a beteg azonnali pszichiáterhez utalását

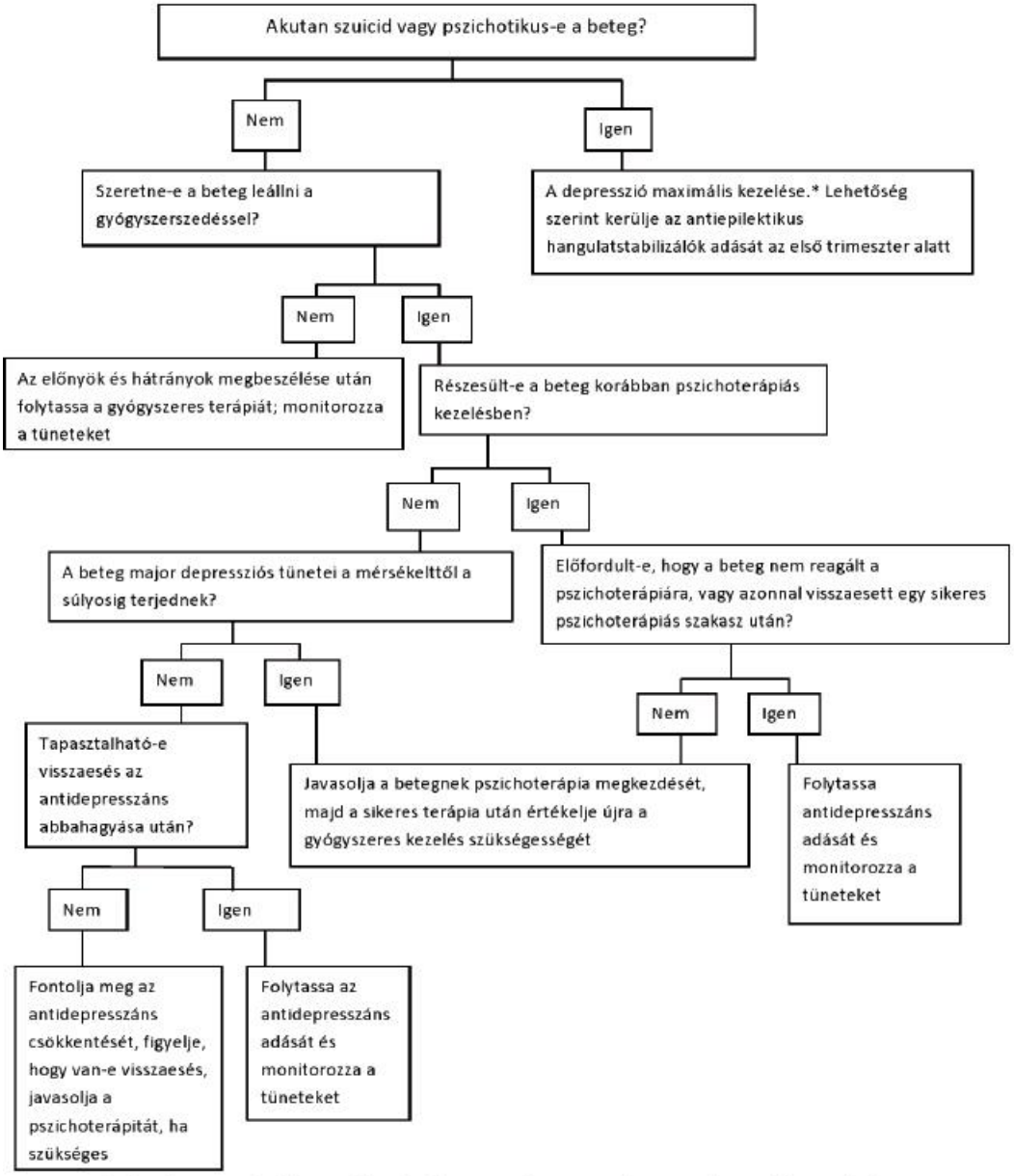
** A "megfelelő hosszúságú stabil időszak"-ot empirikusan nem határozták meg, így annak meghatározása teljesen a kliensre és klinikusára van bízva, melyet a betegség múltbeli epizódjai és a normál funkcionáláshoz szükséges időmennyiség is befolyásol

3. ábra: Major depresszióban lévő, várandós kismama kezelési ábrája



4. ábra: Major depresszióra antidepresszánst szedő beteg kezelése

Major depresszióra antidepresszánst szedő várandós páciens (Yonkers és mtsai, 2012)



*A kezelés maximalizálása magában foglalhatja a gyógyszeres terápia megváltoztatását, pszichiátriai hospitalizációt, vagy egy nem pszichiátriai klinikus esetében a beteg azonnali pszichiáterhez továbbirányítását jelenti

Öngyilkosság és csecsemőgyilkosság

Ajánlás 21 (K)

Ha fennáll az önsértés vagy öngyilkosság veszélye (és egyéb veszélyeztető magatartás): fel kell mérni, hogy a páciens rendelkezik-e megfelelő társas támogatottsággal, illetve tisztában van-e a különböző segítség-forrásokkal. A veszély szintjének megfelelően kell segítséget nyújtani, valamint értesíteni kell az összes releváns szakembert (beleértve a háziorvost és mindenkit, aki szerepel a kezelési tervben). Javasoljuk a páciensnek, párjának, családjának és/vagy gondviselőjének további segítség kérését, amennyiben a páciens állapota romlana. (NICE guidance 1.6.5)

A posztpartum időszakban bekövetkezett anyai halál egyik vezető oka az öngyilkosság (Sit és mtsai, 2015). Posztpartum pszichózis esetén gyakrabban fordul elő, mint posztpartum depresszió esetén, ezzel együtt öngyilkosság esélye megnő, főleg súlyosabb esetekben (Lindahl, 2005). Gyermek vagy csecsemő halála nagy kockázatot jelent öngyilkosságra (Schiff és Grossman, 2006). A korábbi öngyilkossági kísérlet és a pozitív BDI eredmény erős prediktorai az öngyilkossági hajlamnak a posztpartum időszakban (Pinheiro és mtsai, 2008).

A perinatális öngyilkosság rizikófaktorai (Orsolini és mtsai, 2016).

Egyéni rizikófaktorok:

– Fiatal életkor (Newport és mtsai, 2007; Khalifeh és mtsai, 2016; Celik és mtsai, 2015; Gavin és mtsai, Howard és mtsai, 2011; Kim és mtsai, 2015; Sit és mtsai, 2015; Huang és mstai, 2012; Tavares és mtsai, 2012; Farias és mtsai, 2013; Chen és Lau, 2008; Comtois és mtsai, 2008)

– Nem házas (Newport és mtsai, 2007; Khalifeh és mtsai, 2016; Celik és mtsai, 2015; Gavin és mtsai, Howard és mtsai, 2011; Kim és mtsai, 2015; Sit és mtsai, 2015; Huang és mstai, 2012; Tavares és mtsai, 2012; Farias és mtsai, 2013; Chen és Lau, 2008; Comtois és mtsai, 2008)

– Az egyéni/családi előzményben szereplő pszichiátriai zavar (Newport és mtsai, 2007; Khalifeh és mtsai, 2016; Celik és mtsai, 2015; Gavin és mtsai, Mauri és mtsai, 2012; Kim és mtsai, 2015; Sit és mtsai, 2015; Huang és mstai, 2012; Tavares és mtsai, 2012; Farias és mtsai, 2013; Chen és Lau, 2008; Comtois és mtsai, 2008; Couto és mtsai, 2016; Gelaye és mtsai, 2015; Girardi és mtsai, 2011; Einarson és mtsai, 2001; Pinheiro és mtsai, 2008)

– Az egyéni/családi előzményben szereplő öngyilkossági kísérlet vagy öngyilkossági gondolatok (Newport és mtsai, 2007; Khalifeh és mtsai, 2016; Celik és mtsai, 2015; Gavin és mtsai, 2011; Mauri és mtsai, 2012; Kim és mtsai, 2015; Sit és mtsai, 2015; Huang és mstai, 2012; Tavares és mtsai, 2012; Farias és mtsai, 2013; Chen és Lau, 2008; Comtois és mtsai, 2008; Couto és mtsai, 2016; Gelaye és mtsai, 2015; Girardi és mtsai, 2011; Einarson és mtsai, 2001; Pinheiro és mtsai, 2008).

Szocioökonómiai rizikófaktorok:

– Családi konfliktusok (Alhusen és mtsai, 2015; Stewart, 2015; Fisher és mtsai, 2013)

– Fizikai/pszichológiai (családon belüli, kapcsolati) erőszaknak való kitettség (Alhusen és mtsai, 2015; Stewart, 2015; Fisher és mtsai, 2013)

– Magány és szociális/családi/párkapcsolati támogatottság hiánya (Alhusen és mtsai, 2015; Stewart, 2015; Fisher és mtsai, 2013)

– Az apaságot elutasító partner (Alhusen és mtsai, 2015; Stewart, 2015; Fisher és mtsai, 2013).

Környezeti rizikófaktorok:

– Társadalmi és nemi egyenlőtlenség (Kim és mtsai, 2015; Fisher és mtsai, 2013)

– Társadalmi és faji diszkrimináció (Kim és mtsai, 2015; Fisher és mtsai, 2013)

– Etnikai vagy vallási kisebbséghez való tartozás (Kim és mtsai, 2015)

– Túlzsúfolt vagy nem megfelelő lakhatás (Gavin és mtsai, 2011; Kim és mtsai, 2015; Fisher és mtsai, 2013)

– Vidéki lakóhely (Fisher és mtsai, 2013)

– Katasztrófának, konfliktusnak, háborúnak való kitettség (Gavin és mtsai, 2011).

Várandóssággal kapcsolatos rizikófaktorok:

– Nem kívánt/nem tervezett várandósság (Newport és mtsai, 2007; Turkcapar és mtsai, 2015)

– Nulliparitás (Farias és mtsai, 2013).

Klinikai rizikófaktorok:

– Pszichiátriai zavar az előzményben (Newport és mtsai, 2007; Khalifeh és mtsai, 2016; Celik és mtsai, 2015; Gavin és mtsai, 2011; Mauri és mtsai, 2012; Kim és mtsai, 2015; Sit és mtsai, 2015; Huang és mstai, 2012; Tavares és mtsai, 2012; Farias és mtsai, 2013; Chen és Lau, 2008; Comtois és mtsai, 2008, Couto és mtsai, 2016; Gelaye és mtsai, 2015; Girardi és mtsai, 2011; Einarson és mtsai, 2001; Pinheiro és mtsai, 2008)

– Öngyilkossági kísérlet, vagy öngyilkossági gondolatok az előzményben (Newport és mtsai, 2007; Khalifeh és mtsai, 2016; Celik és mtsai, 2015; Gavin és mtsai, 2011; Mauri és mtsai, 2012; Kim és mtsai, 2015; Sit és mtsai, 2015; Huang és mstai, 2012; Tavares és mtsai, 2012; Farias és mtsai, 2013; Chen és Lau, 2008; Comtois és mtsai, 2008; Couto és mtsai, 2016; Gelaye és mtsai, 2015; Girardi és mtsai, 2011; Einarson és mtsai, 2001; Pinheiro és mtsai, 2008)

– Pszichiátriai komorbiditás (Newport és mtsai, 2007; Khalifeh és mtsai, 2016; Celik és mtsai, 2015; Gavin és mtsai, 2011; Mauri és mtsai, 2012; Kim és mtsai, 2015; Sit és mtsai, 2015; Huang és mstai, 2012; Tavares és mtsai, 2012; Farias és mtsai, 2013; Chen és Lau, 2008; Comtois és mtsai, 2008; Couto és mtsai, 2016; Gelaye és mtsai, 2015; Girardi és mtsai, 2011; Einarson és mtsai, 2001; Pinheiro és mtsai, 2008)

– Rövidebb betegség-időtartam (Newport és mtsai, 2007; Khalifeh és mtsai, 2016; Celik és mtsai, 2015; Gavin és mtsai, 2011; Mauri és mtsai, 2012; Kim és mtsai, 2015; Sit és mtsai, 2015; Huang és mstai, 2012; Tavares és mtsai, 2012; Farias és mtsai, 2013; Chen és Lau, 2008; Comtois és mtsai, 2008; Couto és mtsai, 2016; Gelaye és mtsai, 2015; Girardi és mtsai, 2011; Einarson és mtsai, 2001; Pinheiro és mtsai, 2008)

– Bizonyos pszichológiai jellemzők (pl. premenstruális irritabilitás, a várandóssággal kapcsolatos bonyodalmak, a várandóssággal kapcsolatos negatív attitűd, a szüléssel kapcsolatos szorongás, távolító megküzdési stratégiák stb.) (Newport és mtsai, 2007; Celik és mtsai, 2015).

Szorongásos zavarok kezelése

Ajánlás22 (E)

Szorongásos zavarok esetén pszichológiai intervenció nyújtása javasolt. A választott terápiának a szorongásos zavar típusához és a tünetekhez kell illeszkednie. Rendszeres ülések javasoltak,

amennyiben a tünetek nem javulnak két héten belül, növelni kell a terápia intenzitását. (NICE guidance)

A NICE az alábbiakat javasolja szorongásos zavarok esetében:

1. Tokofóbiában (szüléstől való extrém félelem) szenvedő kliens esetén perinatális lelki segítségnyújtás javasolt, ami során a kliensnek lehetősége adódik a félelmeiről egy szakemberrel beszélgetni.

2. A várandósság során vagy a posztnatális periódusban jelentkező, küszöbérték alatti, de tartós szorongásos tünetek esetén támogatott önsegítési módszerek javasoltak. Pl. CBT alapú önsegítő anyagok, 2–3 hónapon át tartó szupportív beszélgetéssel megtámogatva (személyesen vagy telefonon), maximum 6 alkalom erejéig.

3. A várandósság során vagy a posztnatális periódusban szorongásos zavarral küzdő kliensnek kezdetben alacsony intenzitású pszichológiai intervenció javasolt (pl. támogatott önsegítő technikák), vagy magas intenzitású pszichoterápia (pl. CBT), miközben betartjuk az alábbiakat:

– PTSD esetén kizárólag magas intenzitású pszichoterápia javasolt

– szociális fóbia esetén magas intenzitású pszichoterápia javasolt kezdetben

– a gyógyulás folyamatát folyamatosan monitorozni kell, és magas intenzitású pszichoterápiára célszerű váltani, amennyiben a tünetek két hét alatt nem javulnak.

4. Amennyiben a beteg antidepresszánsokat szed [TCA, SSRI vagy (S)NRI] szorongásos zavarára és várandós lesz, javasolt átbeszélni vele a következő opciókat:

– gyógyszerek fokozatos elhagyása és váltás magas intenzitású pszichoterápiára (pl. CBT)

– farmakoterápia folytatása, amennyiben a páciens megérti, hogy milyen rizikótényezőkkel jár a gyógyszerezés, valamint a mentális betegsége a várandósságra/szülés utáni állapotára, illetve:

– a páciens is a gyógyszert preferálja

– nem hajlandó elfogadni a pszichoterápiát

– vagy a pszichoterápiától nem javult az állapota

– amennyiben a páciens megérti, hogy milyen rizikótényezőkkel jár a gyógyszerezés, valamint a mentális betegsége a várandósságra/szülés utáni állapotára, illetve amennyiben önállóan sem a pszichoterápiára, sem a gyógyszerekre nem reagál a páciens, akkor érdemes váltani olyan gyógyszerre, melyek azonos hatékonyságúak, de kevesebb káros hatása van. Ezen kívül pszichoterápia és farmakoterápia kombinációja is megfontolandó.

Alkohol és droghasználat kezelése

Ajánlás23 (E)

Amennyiben egy várandós nő alkohol-, illetve drogfüggő, detox-program ajánlása javasolt. Ha ezt elutasítja a beteg, akkor az alkohol-, illetve drogfogyasztás elhagyása, amennyiben ez nem megy,

az alkohol- illetve drogfogyasztás csökkentésének kell a kezelés céljának lennie. A gyermek megszületése után pszichológiai intervenció, valamint szupport nyújtása javasolt. Hívjuk fel a beteg figyelmét a túladagolás lehetőségére, amennyiben szülés után újra elkezd szert használni. (NICE guidance)

1. Amennyiben a várandósság vagy postnatális periódus során veszélyes alkohol és/vagy drogfogyasztás észlelhető, javasolt:

– Rövid intervenció: olyan emberek számára, kiknek nincs kapcsolata drogfogyasztókat segítő központokkal. Rövid tanácsadás és felvilágosítás, csoportos pszichoedukációs foglalkozások, valamint a leszokást segítő motiváció kiépítése sorolható ide. Ezek az ülések max. 2 alkalmasak, 10–45 perc közöttiek.

– Pszichoszociális intervenció: pl. viselkedésterápia a pozitív viselkedés kialakításáért és megerősítéséért, párterápia

– Káros ivás megelőzése: alkoholbetegség kezelésének irányelvét szem előtt tartva.

2. Amennyiben a várandósság és/vagy postnatális periódus során veszélyeztető alkohol-, illetve szerhasználat észlelhető, javasolt a kismama egy erre szakosodott intézménybe utalása tanácsadás és kezelés céljából.

3. Alkoholfüggő kismama esetén kórházi ellátás és professzionális mentális segítségnyújtás biztosítása javasolt. Amelyik nőbeteg nem igényli a segítséget a megvonás során, annak az alkoholfogyasztás mértékének csökkentésében kell támogatást nyújtani.

4. Ópiátfüggő kismama esetén detoxkezelés javasolt, ahol a professzionális mentális segítség biztosított. A detox folyamatát szigorúan monitorozni kell. Különösen oda kell figyelni azokra a kismamákra, akik a várandósság során elhagyták a drogokat, de a szülés után újra használják azokat (túladagolás veszély).

Evészavarok kezelése

Ajánlás24 (E)

A várandósság vagy posztnatális periódus során evészavarral küzdő páciensnél az evészavarok szakmai standardjai alapján javasolt eljárni, de az abban foglaltakat rugalmasan kell alkalmazni, mert a betegség jellemzői a várandósság alatt, valamint a gyermek egy éves koráig eltérő lehet. (NICE guidance)

A beteg egyéni körülményeit figyelembe véve pszichoterápia nyújtása javasolt az evészavar szakmai irányelvének megfelelően. A kezelés alatt a beteg állapotának folyamatos monitorozását célszerű végezni, mely során a magzati növekedés felmérésének is javasolt megtörténnie.

A pácienssel beszéljük át az egészséges táplálkozás fontosságát, a csecsemő és anya táplálkozásának protokollját szem előtt tartva. Ezen kívül tanácsadás nyújtása a gyermek etetésével kapcsolatban (az erre vonatkozó irányelvet szem előtt tartva) a terápia része kell, hogy legyen (NICE guidance 1.8.11).

Ajánlás25 (K)

Posztpartum pszichózis esetén szoros obszerváció, gyógyszeres terápia és kórházi elhelyezés szükséges. Gyógyszeres terápia kiválasztásánál figyelembe kell venni korábbi kezelésekre adott választ, a hatékonyság fokát, mellékhatásokat, a páciens preferenciáját, a betegség súlyosságát és a szoptatást. Lítium, fázisprofilaktikumok és antipszichotikumok felírása ugyanúgy történik, mint a közönséges pszichotikus epizód esetén. A legtöbb pszichotróp gyógyszer (pl. lítium) kiválasztódik az anyatejben, az újszülöttre való káros hatásai miatt körültekintően kell alkalmazni, valamint a szoptatás előnyeit és veszélyeit minden esetben fel kell mérni. Az öngyilkosság és csecsemőgyilkosság relatív veszélyeit folyamatosan szem előtt kell tartani. Emellett a pácienst és családját pszichoedukációban célszerű részesíteni, a gyermek ellátásával kapcsolatos tanácsadással és szupervízióval kiegészítve (Lattova és mtsai, 2016).

A posztpartum pszichózis ritkább (prevalencia 1–2‰, Terp és Mortensen, 1998; Videbech, 1995), de annál súlyosabb kórkép. Leginkább a különféle és gyorsan változó tünetek jellemzik. A szerzők egy része a korán jelentkező deperszonalizációs, derealizációs érzéseket hangsúlyozzák, de konfúzió, átmeneti téveszmék, akusztikus hallucinációk, mániform, akár delirózus állapot is kialakulhat (Trixler, 1997; Szádóczky, Rihmer, 2001). A PPP-t delúziók (szilárd, hamis tévhitek, téveszmék), a percepció zavara (vizuális, audiális vagy olfaktorikus hallucinációk), valamint a gondolatok dezorganizációja jellemzik.

A kezdet súlyos és gyors, típusos esetben 3–14 napos szabad intervallumot követően indul a kórkép (Cohen és mtsai, 2010); máskor több hét, akár három hónap is eltelhet a tünetek kialakulásáig. A tünetek akár hetekig-hónapokig is fennállhatnak. A későbbiek során a pszichotikus esetek egy része az affektív csoportba (depresszióba, bipoláris zavarba) kerül, jelentős részük pedig a szkizoaffektív formába, illetve szkizofréniába (Szádóczky, Rihmer, 2001; Trixler és mtsai, 1995; Környey és Fráter, 1986).

Néhány kutatás azt sugallja, hogy létezik egy negyedik lehetőség is: a „posztpartum poszttraumás stressz zavar", amely a PTSD kritériumait a szüléssel hozza összefüggésbe (Muzik és mtsai, 2006); például bizonyos esetekben császármetszés, csecsemőhalál okozhat ilyen súlyos pszichotraumát (Fisher és mtsai, 1997). Egyéb betegségek, melyek esetén pszichotikus állapot alakulhat ki a posztpartum időszakban:

– szkizoaffektív zavar

– szkizofrénia

– major depresszív zavar, pszichotikus epizódokkal (pszichotikus depresszió).

Klinikai megjelenése:

Bipoláris zavar:

Lehet mánia, depresszió vagy kevert forma. Azoknál a nőknél, akik bipoláris zavarban szenvedtek korábban, nagy az esély a visszaesésre. Azoknál, akik korábban nem szenvedtek bipoláris megbetegedésben, a posztpartum pszichotikus epizód első megjelenési formája lehet a bipoláris megbetegedés. A tünetek tisztázása érdekében nagy szerepe van a heteroanamnézisnek.

A mánia tünetei (Beck, 1967):

– Érzelmi: emelkedett hangulat, önszeretet, kitörő jókedv.

– Kognitív: pozitív énkép, pozitív elvárások, mások hibáztatása, problémák tagadása, téves döntéshozatal.

– Motivációs: impulzivitás, tettvágy, függetlenségigény, önérvényesítési vágy.

– Viselkedéses: produktivitás, hiperaktivitás, harsányság.

– Fizikai: fáradhatatlanság, megnövekedett libidó, álmatlanság.

A mániás epizódok a mérsékelttől az extrémig terjedhetnek, téveseszmék és hallucinációk formájában pszichotikus tünetek is kísérhetik őket.

Bipoláris zavar esetén pszichoterápiás kezelés javasolt (NICE guidance 1.8.16). Mint pl.

– CBT, interperszonális pszichoterápia, valamint viselkedéses párterápia

– strukturált egyéni terápia, csoportfoglalkozások, családterápia, a visszaesés megakadályozását megcélozva, különösképp mikor a gyógyszerezésen változtatni kell, vagy teljesen elhagyni.

Szkizoaffektív zavar:

A posztpartum pszichózis mániával, depresszióval vagy kevert epizódokkal jelentkezhet. A bipoláris zavartól elkülöníti a korábbi vagy újabb krónikus pszichotikus állapot, mely hangulati tünetek nélkül jelentkezik.

A diagnózis akkor adható, ha a szkizofrénia jellemző tünetei bizonyos hangulati zavarokkal együtt jelentkeznek.

Pszichotikus depresszió:

Szülés után néhány hónappal jelentkezik. Gyakran paranoid téveszmékkel társul. Sem a hallucináció, sem az agitáció nem gyakori. Gyakran hosszan tartó, kezeletlen posztpartum depresszió előzi meg.

Rövid pszichotikus zavar:

Ha a pszichotikus tünetek hirtelen jelentkeznek, fennállásuk nem haladja meg az egy naptól egy hónapig terjedő időtartamot, s ezt követően a beteg állapota nyom nélkül rendeződik. A tünetek téveszméket, hallucinációkat, laza asszociációkat, inkoherenciát, katatóniát, dezorganizált viselkedést foglalhatnak magukban, gyakran valamilyen súlyos stresszt okozó eseményt követően jelennek meg. A tünetek a szülést követő négy héten belül jelentkeznek.

Szkizofreniform zavar:

A szkizofrénia tünetei megtalálhatóak, de a tünetek nem tartanak hat hónapnál tovább. Érzelmi viharok, rettegés, zavarodottság, nem ritkán feltűnő hallucinációk kísérik.

Téveszmés zavar:

Nem bizarr és nem egy tágabb szkizofrén mintázat részeként jelentkező téveszmék, melyek legalább egy hónapon keresztül fennállnak. A téveszméktől eltekintve nem viselkednek furcsán, hallucináció sem feltűnő, vagy nem gyakori.

A posztpartum pszichózisok során megjelenő téveszmékben a kóros gondolatok és ideák szinte egész spektruma megjelenhet, jóllehet némelyik téveszme speciálisan a gyermekszüléssel kapcsolatos (Brockington, 1996, idézi Simon et al., 2009). A posztpartum megjelenő várandóssági téveszme bizarr szomatikus téveszmének tekinthető (Simon et al., 2009).

Indukált pszichotikus zavar:

Amikor valaki osztozik a másik személy téveszméiben. A szoros kapcsolatban álló személy pszichotikus gondolkodásmódját átveszik. Ha a zavar kétszemélyes kapcsolatban jelentkezik, folie á deux a neve. Ha a kiváltó személlyel megszakad a kapcsolat, akkor a második személy téveszméi többnyire visszafejlődnek, akár teljesen el is tűnhetnek. A zavar néha egész családokra is kiterjed.

Pszichoaktív szer okozta pszichotikus zavar:

Valamilyen szer túlzott mértékű fogyasztása (alkohol, hallucinogén, kokain), vagy a megvonása is okozhatja a tüneteket. Gyógyszer vagy mérgező anyag hatására is felléphetnek a tünetek (ideggáz, CO, CO2, benzin, festék).

Általános egészségi állapot miatt bekövetkező pszichotikus zavar:

A pszichotikus tüneteket szervi megbetegedés vagy agysérülés okozza. Pl. agyér-elmeszesedés, Huntington-kór, epilepszia, endokrin rendszer betegségei, anyagcserezavarok (Comer, 2000).

Gyakran a gyermekszülés utáni két hétben jelentkeznek az első tünetek. A pszichózist gyakran kísérik olyan tünetek, mint mániás vagy depressziós hangulat (vagy mindkettő), alvászavar, gyors hangulatváltozások, szorongás, irritábilitás, és pszichomotoros agitáció. Hosszan tartó alvászavar (mely nem a gyermekgondozás miatt lép fel) gyakran az első jele egy kezdeti hangulatzavarnak (Oh és mtsai, 2016). Előfordul téri- és idői dezorientáció. A mentális státusz a konfúzió és intermittáló tiszta állapotok között változhat (Spinelli, 2009). A nem gyermekágyi pszichózis ezzel szemben tipikusan a tér- idő- személy dezorientációja nélkül jelentkezik.

A delúziók kapcsolatban állnak a beteg hangulati állapotával (pl. a gyermeke gonosz, vagy mérgezik őt). Ezzel ellentétben a szkizofréniával élőkre jellemző tévhitek jóval bizarrabbak (CIA lehallgató készüléket ültetett a fogába).

Az anya részéről önmaga vagy a gyermek bántalmazásával kapcsolatban gyakoriak, de gyakran titkoltak. E gondolatok gyakran csak direkt kérdésekre derülnek ki. Ezzel együtt e tünetek pszichózisra utalhatnak, így fel kell mérni a pszichózis lehetőségét. A posztpartum pszichózist az anya gyermek elleni gondolatai, ritkán a gyermekre is kiterjesztett öngyilkossági gondolat, érzékcsalódás, bizarr téveszmék teszik különösen veszélyeztetett állapottá. Ugyanakkor a posztpartum megbetegedések közül a gyermekágyi pszichózis során vették figyelembe azt először, hogy előreláthatóan kedvező lefolyása (Platz és Kendell, 1988; Rohde és Marneros, 1993) és a kezelés viszonylag rövid időtartama indokolja az anya és a csecsemő együttes kezelését. Az együttkezelések tapasztalatait ültették át egyéb megbetegedések kezelésére is.

A pszichotikus zavarok okai nem teljesen egyértelműek, a legtöbb tanulmány egyetért abban, hogy a megbetegedés hátterében genetikus és környezeti kiváltó okok húzódnak (Meli és mtsai, 2012). Rizikófaktorok közé a korábbi gyermekágyi pszichózist, korábbi bipoláris megbetegedést, családi anamnézisben gyermekágyi pszichózist, első gyermek kihordását, illetve a litium vagy egyéb hangulatstabilizáló szedésének a közelmúltban történő megszakítását sorolhatjuk (Videbech és mtsai, 1995; Kendell és mtsai, 1987). A korábbi pszichotikus zavar megjelenését a legerősebb rizikófaktorok közé soroljuk. Ezen kívül veszélyeztető tényezőnek számít a családi anamnézisben szereplő pszichotikus zavar, valamint a várandósság előtt bármilyen mentális zavar miatti hospitalizáció. Egyéb rizikófaktorok, mint pl. az első gyermek kihordása, szülési komplikációk, hosszú vajúdás, éjszakai szülés nem egyértelműen bizonyíthatók (Lattova és mtsai 2016).

Kezelése gyógyszeres terápiával (súlyos esetben EKT-val), valamint pszichoterápiával történik. Utóbbi esetében:

– egyéni

– család- és párterápia

– csoportterápia

– szülő-csecsemő konzultáció alkalmazható.

Farmakoterápia

Ajánlás26 (K)

A pre, peri- és posztnatális (szülés utáni első évben) időszakban fellépő pszichés problémák felismerése az első feladat, melyet az akut ellátás során a betegfelvételt követően a gyógyszerszedés szükségességének elbírálása követ.

A nemzetközi és hazai terápiás irányelveknek megfelelően lehetőség szerint nem gyógyszeres terápiás beavatkozásokat szükséges választani elsőként. Amennyiben a gyógyszeres kezelés elkerülhetetlen, akkor a várandós és szoptató anyáknál egyénileg risk-benefit hatásokat (terápiás kockázatot, valamint az anya kezeletlen pszichiátriai betegségének veszélyét) mérlegelni kell, lehetőleg monoterápiát kell alkalmazni, a lehetséges legkisebb hatékony dózisban.

A kezeletlen, illetve nem megfelelően kezelt anyai pszichiátriai betegség ronthatja a várandósgondozással való együttműködést, elégtelen táplálkozáshoz, illetve alultápláltsághoz, további és nem megfelelő gyógyszer- és gyógyhatású készítmény használatához, az alkoholfogyasztás és dohányzás fokozódásához vezethet, károsíthatja az anya-gyermek kötődést és a család működését (Chisolm és Payne, 2015).

Valamennyi pszichotróp szer átjut a placentán. Ebből következik, hogy az átjutott pszichotróp vegyület mennyiségétől és hatásmechanizmusától függ a magzatra gyakorolt hatás. A magzatot ért expozíció ideje befolyásolja a hatást és a következményeket. A várandósság korai időszakában, amikor a szervek fejlődnek a magzatra gyakorolt hatás nagyobb kockázatot jelent a major kongenitális malformációk kialakulása szempontjából. Ez a periódus legkésőbb a 19–20. gesztációs héten zárul. Ezt követően az expozíciós hatás kisebb funkcionális és kongenitális (minor) malformációkat okozhat. Következmény lehet még koraszülés, fejlődési eltérések (alacsonyabb

testsúly), a születést követően pedig toxikus hatás, megvonási tünetek az újszülöttnél, valamint az újszülött fejlődési eltérései.

A gyógyszerek placentán való átjutását befolyásoló tulajdonságok (Burkey és Holmes, 2013)

– Az anyai vér pH-ja befolyásolja az ionizáltság mértékét

– A placenta vérátáramlása

– Magzati-anyai koncentráció-grádiens

– A placenta fázis I és II gyógyszer-metabolizáló enzimei (pl. CYP1A1, 2E1, 3A4, 3A5, 3A7 és 4B1 mutatható ki a terminus idején a placentában)

– Molekulasúly (>600 Da molekulasúly esetén a humán placentán történő transzfer részleges)

– Az ionizáltság mértéke (pKa)

– Kizárólag a nem-ionizált frakció terjed diffúzió útján. A jelentősen disszociált savas gyógyszermolekulák transzfere általában nem teljes

– Zsíroldékonyság (a lipofil molekularészek könnyen diffundálnak)

– A fehérjekötés mértéke (a nem-kötött gyógyszer diffundál, az acidózis csökkenti a nem-kötött frakciót)

Mivel kettősvak, placebo kontrollált vizsgálatok etikai okok miatt nem kivitelezhetőek, ezért várandós regiszterek, populációs vizsgálatok, valamint kohort vizsgálatok és kontrollált esettanulmányok állnak rendelkezésre a lehetséges gyógyszerhatások megítélésére.

A várandósság során a magzat és a születést követően az újszülött állapotát, egészségét számos tényező befolyásolja, ezért sokszor nehéz megítélni a direkt vagy indirekt hatásokat. A kezeletlen mentális zavar és az egészségtelen életmód (stressz, életmód, fizikai egészség, alváshigiéné) kedvezőtlenül befolyásolja a várandósságot és az újszülöttet is.

Az evidenciákon nyugvó hagyományos kutatás a fentiek miatt is nehéz, de ugyanakkor az evidenciák gyűjtése és további vizsgálatok kiemelten fontosak.

Az ajánlások előtt áttekintjük a várandósság alatti, illetve a szoptatás kapcsán alkalmazható pszichotróp gyógyszerek alkalmazásának legfontosabb szempontjait, a rendelkezésre álló evidenciákat.

Az USA gyógyszerészeti intézete, az FDA 2015. június 30-ig egy kockázati besorolási rendszert használt, amelyben A, B, C, D, X és N/A (nincs adat) kategóriákat különböztettek meg.

A: Megfelelő és jól kontrollált, várandós nőkön végzett vizsgálatok nem mutatták a magzati rendellenességek megnövekedett kockázatát.

B: Állatkísérletek nem találtak bizonyítékot a magzati ártalomra nézve, azonban nincs megfelelő és jól kontrollált, várandós nőkön végzett vizsgálat, illetve állatkísérletek nemkívánatos hatást mutattak, de megfelelő és jól kontrollált, várandós nőkön végzett vizsgálat nem bizonyított magzati kockázatot.

C: Állatkísérletek nemkívánatos hatást mutattak, vagy nem végeztek állatkísérleteket, és nincs megfelelő és jól kontrollált, várandós nőkön végzett vizsgálat.

D: Megfelelő és jól kontrollált, vagy megfigyelésen alapuló, várandós nőkön végzett vizsgálat magzati kockázatot mutatott. Azonban a kezelés előnyei jelentősebbek a várható kockázatnál.

X: Megfelelő és jól kontrollált, vagy megfigyelésen alapuló állatkísérletek, vagy várandós nőkön végzett vizsgálat bizonyította a magzati rendellenességeket. A készítmény használata kontraindikált olyan nők esetében, akik várandósak, vagy teherbe eshetnek.

Ezt a beosztást, a pszichiátriai gyógyszerelés kockázata a terhesség és a szoptatás időszakában (Yatham és mtsai, 2013 idézi Bipoláris Irányelv, 2016, Rihmer és mtsai) alapján idézzük.

1. táblázat: A pszichiátriai gyógyszerelés kockázata a terhesség és a szoptatás időszakában (Yatham és mtsai, 2013)

Hatóanyag	**Terhességi kockázata**	**Kockázat szoptatás esetén**
SZORONGÁSOLDÓK		
Benzodiazepinek		
alprazolam	D	L3
klórdiazepoxid	D	L3
klonazepam	D	L3
klorazepat	D	L3
diazepam	D	L3 (tartós használat esetén L4)
lorazepam	D	L3
oxazepam	D	L3
Altató hatású benzodiazepinek		
esztazolam	X	L3
flurazepam	X	L3
kvazepam	X	L2
temazepam	X	L3
triazolam	X	L3
Nem benzodiazepin szorongásoldók, altatók		

buspiron	B	L3
klorálhidrát	C	L3
es zopiklon	C	N/A
zaleplon	C	L2
zolpidem	B	L3
ANTIEPILEPTIKUMOK ÉS HANGULATSTABILIZÁLÓK		
lítium	D	L4
valproát	D	L2
karbamazepin	D	L2
lamotrigin	C	L3
HANGULATJAVÍTÓK		
Tri- és heterociklusos szerek		
amitriptilin	C	L2
amoxapin	C	L2
klomipramin	C	L2
dezipramin	C	L2
doxepin	C	L5
imipramin	C	L2
maprotilin	B	L3
nortriptilin	C	L2
protriptilin	C	N/A
SSRI-k		
citalopram	C	L3
escitalopram	C	L3 idősebb csecsemőknél
fluoxetin	C	L2 idősebb csecsemőknél, L3 újszülöttek esetén

fluvoxamin	C	L2
paroxetin	D	L2
szertralin	C	L2
Egyéb hangulatjavítók		
bupropion	B	L3
duloxetin	C	N/A
mirtazapin	C	L3
nefazodon	C	L4
trazodon	C	L2
venlafaxin	C	L3
ANTIPSZICHOTIKUMOK		
Típusos szerek		
klórpromazin	C	L3
flufenazin	C	L3
haloperidol	C	L2
loxapin	C	L4
perfenazin	C	N/A
pimozid	C	L4
tioridazin	C	L4
tiotixen	C	L4
trifluoperazin	C	N/A
Atípusos szerek		
aripiprazol	C	L3
klozapin	B	L3
olanzapin	C	L2

quetiapin	C	L4
risperidon	C	L3
ziprazidon	C	L4

N/A = nincs adat

a) Az FDA (American Food and Drug Administration) az egyes szereket biztonság szempontjából az alábbiak szerint osztályozza: A = ellenőrzött vizsgálatok nem igazolnak kockázatot; B = humán alkalmazás esetén nem bizonyított a kockázat; C = kockázat nem zárható ki; D = kockázat bizonyított; X = terhességben ellenjavallt.

b) Szoptatás esetén a kockázati kategóriák értelmezése (Thomas Hale Lactation Risk Categories): L1 = legbiztonságosabb; L2 = biztonságos; L3 = mérsékelten biztonságos; L4 = veszély lehetséges; L5 = ellenjavallt.

2015. július 1-től az FDA szabályozás annyiban változott meg, hogy az eddig használt kategóriák helyett az un labeling (címkézés) rendszert vezetik át, amelyben a gyógyszerek kísérő iratain szöveges formában kell megjeleníteni a terhességi és szoptatási kockázatokat (http://www.fda.gov/Drugs/DevelopmentApprovalProcess/DevelopmentResources/Labeling/ucm093307.htm).

Ezzel összefüggésben továbbra is használják és továbbfejlesztették az ún. nemzeti gyógyszer regisztrációs rendszert, amelynek az egyik része az ún. nemzeti várandós jegyzék, amelyben a várandósság alatt szedett antidepresszánsok, antipszichotikumok, valamint egyéb, a mentális problémák miatt szedett gyógyszerek – köztük a hangulatstabilizálók is – biztonságosságának az értékelése zajlik. Ennek a jegyzéknek a célja, hogy a várandósság alatt szedett pszichotrop szerek biztonságosságáról gyűjtsenek információt, mind az anya, mind pedig a magzat, ill. az újszülött szempontjából. Ebbe a regiszterbe (jegyzék) valamennyi várandós, 18–45 év közötti nő jelentkezhet. Egyrészt interneten keresztül egy beteg-beleegyező nyilatkozat kitöltésével, valamint ingyenesen hívható telefonon keresztül lehet jelentkezni.

A jegyzék szakemberek számára is önkéntes alapon elérhető, egyrészt adatszolgáltatás, másrészt adatbázis, a gyűjtött információk anonim felhasználása céljából.

A gyógyszer csoportokat Lattova, Kazakova, Riecher-Rössler, 2016 közleménye alapján tárgyaljuk.

Várandósság alatt alkalmazott pszichotróp gyógyszercsoportok.

1. Antidepresszánsok

a) SSRI-ok

relatíve biztonságosan alkalmazhatók. Számos tanulmány nem erősítette meg azt, hogy az SSRI-ok kongenitális malformációt okoznának. Az első trimeszterben alkalmazott paroxetin expozíció növelheti a kombinált kardiális defektus előfordulását. A malformációk kockázatát a depresszió maga is fokozhatja. (Szádóczky és Németh, 2002; Erős és Hajós, 2010)

Egy lehetséges kapcsolat áll fenn a spontán abortusz, az idő előtti szülés, az alacsonyabb születési súly vonatkozásában. SSRI-ok alkalmazása in utero a szülést követően kb. 30%-kal megnövelheti az újszülött adaptációs problémáit. Nincsenek egyértelmű adatok arra nézve, hogy a perzisztens pulmonális hypertóniák kialakulása az újszülöttben milyen rizikóval jelentkezik, a rizikó alacsony, 1–1,5%-os.

b) Triciklusos AD

Triciklikus antidepresszánsok több évtizede kerülnek alkalmazásra. Eddigi adatok nem mutatnak arra, hogy a kongenitalis malformáció rizikóját növelnék az első trimeszterben történő expozíciójuk során. Várandósság alatti triciklikus antidepresszáns expozíciót követően rossz újszülöttkori adaptáció 20–50%-ban fejlődhet ki, antikolinerg tünetek gyakoriak (pl, vizeletretenció).

c) MAO Inhibitorok

A MAO inhibitorokról kevés adat áll rendelkezésre, éppen ezért a MAO inhibitorok nem javasoltak várandósság során. A MAO inhibitorokat szedő pácienseknél célszerű már várandósság előtt más típusú antidepresszánsra váltani.

d) Egyéb antidepresszánsok (kevés adat áll rendelkezésre)

Venlafaxin, duloxetin, mirtazapin, trazodone, bupropion – kevés vizsgálat és adat áll rendelkezésre. A mirtazapin, trazodon, bupropion vonatkozásában a malformációk rizikója nem emelkedett, a születést követő rossz újszülött adaptáció rizikója nem ismert.

2. Antipszichotikumok

2001-től kezdődően a második generáció (SGA) alkalmazása pl. az Egyesült Államokban folyamatosan növekszik, míg az elsőgenerációs (FGA) alkalmazás viszonylag állandó.

A várandósság alatt alkalmazott második generációs antipszichotikumok használatában, az indikációs körben első helyen a depressziós kórképek, a második helyen a BAB és a harmadik helyen szerepel a szkizofrénia.

A várandósság önmagában az egyik legfőbb tényezője az antipszichotikum farmakoterápia elmaradásának. A várandósok csupán 38%-ánál a második generációs szerek esetén és 19%-ánál az elsőgenerációs antipszichotikumok szedése esetén folytatódik az antipszichotikumok felírása a harmadik trimeszterben. A várandósságot megelőző kezelés időtartammal, az anyai életkorral és az adott dózissal állt összefüggésben az antipszichotikus kezelés folytatása. (Petersen és mtsai, 2014)

A gyógyszeres kezelés várandósság alatti elhagyásának további tényezői között szerepel az egészségügyi dolgozók hiányos tájékoztatása a várandósok, illetve a posztpartum időszakban a szoptatás megszüntetése vonatkozásában (Stevenson és mtsai, 2015).

A terhességi/gesztációs diabétesz incidenciája kétszeres AP kezelés mellett (Reis és Källen, 2008). Egy svéd vizsgálatban az antipszichotikus expozíció nem volt hatással a magzat növekedési paramétereire, kivéve a makrokefáliának a gyakoribb előfordulását az olanzapin/clozapin csoportban (OR: 3.02, Cl: 1,60-5,71) (Boden és mtsai, 2012).

Idegfejlődés (neurodevelopment) vonatkozásában egy jól megtervezett vizsgálatban, 76 újszülöttet magába foglaló prospektív kutatásban Peng és munkatársai első, vagy második generációs, antipszichotikumokat szedő várandósokat illesztettek 76 kontrollgyermekhez. Számos kognitív területen lemaradást mértek a korai szülést követő első hónapokban (Bayley scale alkalmazásával). A skálapontszámok 12 hónapos korra normalizálódtak (Peng és mtsai, 2013).

Az eredmények konzisztensek a korábban végzett, hasonló vizsgálatokkal.

a) Első generációs AP

Első generációs AP mintegy 50 éve van tapasztalat. A teratogenitás szempontjából az eddigi adatok nem mutatnak megnövekedett rizikót.

A szkizofréniában szenvedőknél a várandósság alatti és a szülési komplikációk vonatkozásában megnövekedett rizikót találunk az alacsony testsúllyal való születés, a koraszületés és a szülés körüli csecsemőhalál vonatkozásában. A szkizofréniában a betegség önmagában is növeli a rizikót a minor malformációk vonatkozásában is.

A születést követően a rossz újszülött adaptációra nézve bár vannak evidenciák, de az incidencia lényegében nem ismert.

b) Második generációs AP

Második generációs AP vonatkozásában a malformációk előfordulásának aránya kb. kétszeres az átlaghoz képest: elsősorban kardiovaszkuláris pitvari- és kamrai szeptumdefektus kockázat növekedés tapasztalható. A rossz újszülött adaptáció gyakorisága is valamivel nagyobb a második generációs AP esetén. A várandósság alatt kialakuló anyai hyperglikémia, csökkent glukóztolerancia előfordulása nagyobb.

Az antipszichotikumot szedő várandósok esetén a terhességi diabétesz kétszeres rizikóval jelenik meg, ez a rizikó kapcsolatban van a korai várandósságnál tapasztalt BMI-vel.

Quetiapin a metabolikus szindróma vonatkozásában várandósság alatt biztonságosabbnak tűnik.

A NICE ajánlása szerint minden várandóst, aki antipszichotikumot szed, szűrni szükséges terhességi diabéteszre. Minden várandósnak, aki antipszichotikumot szed, a második trimeszter végén egy orális glukóz tolerancia teszten kell átesnie.

A várandósság tervezése és a várandós mentális zavarban szenvedő páciensek antipszichotikus kezelésének, antipszichotikum beállításának figyelembe kell vennie:

– a testsúlnövekedés lehetséges következményeit,

– a terhességi diabétesz kockázatainak mérlegelését,

– a testsúlykontroll és -menedzselés megtárgyalását a várandóssal.

3. Hangulatstabilizálók/fázisprofilaktikumok

A hangulatstabilizálók a várandósság alatt lehetőség szerint kerülendők, és pl. a Valproát sav adása tiltott. Mivel elsősorban Bipoláris Affektív Betegségnél (BAB) kerülnek a várandósságot megelőzően

és a perinatális időszakban alkalmazásra, és jelenleg van érvényes BAB irányelv, ezért jelen irányelvünkben a pre-, peri- és postnatális időszak lényegi kérdéseire szorítkozunk, és a bipoláris zavart érintő részleteket illetően utalunk BAB irányelvben megfogalmazottakra.

a) Litium (Li)

A Li szívfejlődési rendellenesség (Ebstein-anomália) rizikója (4,45–7,6/1000 élveszületés), velőcső-záródási anomáliákat okozó hatása sem kizárható. A folsav kezelés javasolt a lítiumot szedőkben, várandósság előtt és alatt is, feltételezett protektív hatása miatt. A késői terhességben adott Li-terápia perinatális komplikációk rizikóját növeli az újszülöttben (Floppy baby szindróma: sárgaság, hipotónia, légzésdepriváció, cianózis, arrythmia, és csökkent szopóreflex) (Gentile, 2012).

Az első trimeszterben mindenképpen kerülni kell a Li adását. A legnagyobb rizikó a fogantatást követő 2–6 hét között van, összességében az abszolút rizikó 0,05–0,1% között van, amely nem számít magas rizikónak. A lítium expozíció összefügghet a nagyobb számú korai vetéléssel, valamint több a művi abortusz is. Az újszülöttnél gyakrabban jelentkezik a floppy baby szindróma a lítiumot várandósság alatt szedő anyáknál, amely azonban dózisfüggő. Ritkábban, de előforduló lítiumra jellemző toxikus ártalom lehet a neonatalis pajzsmirigy toxikus ártalom, nefrogén diabétesz insipidus, szív és veseműködési zavar, hepatotoxicitás is.

Amennyiben a várandósság alatt a lítium kezelés a második és harmadik trimeszter során folytatódik, úgy havonta szükséges lítium szintet ellenőrizni, a várandósság utolsó hónapjában pedig hetente. A napi adag a lehető legkisebb terápiás szintnek megfelelően legyen beállítva. A szülés során, kórházban, a vízháztartás-egyensúlyt a dehidrációt és az intoxikációt folyamatosan monitorizálni kell. Együtt kell működni a szülést vezető team-mel, illetve, amennyiben elérhető, a pszichiáter szakorvossal/baba-mama-papa team-mel. Nincs arra kutatási adat, vagy ajánlás, hogy a szülést megelőzően a lítium adagot csökkenteni vagy leállítani szükséges volna, viszont a programozott szülés megindításas előtt 1–2 nappal,a szülés megindulásakor pedig a lítiumot azonnal le kell állítani. Lítium-szintet a szülést követő 24 órán belül ellenőrizni kell a vesefunkciós- és elektrolit értékekkel együtt! A szülést követően – amennyiben az értékek és a körülmények lehetővé teszik – újra lehet indítani a lítium adagot a szülést megelőző dózisban. Egy metaanalízis szerint a lítium kevésbé „toxikus”, mint azt feltételezzük. (McKnight és mtsai, 2012)

b) Valproát sav

A Valproát sav expozíció számos kongenitális malformációval függ össze, mely az első trimeszterben kialakuló magzati valproát szindróma, vagy valproát okozta embriopátia néven is ismert (Chen, 2008; Burkey és Holmes, 2013). A születéskori veleszületett fejlődési rendellenességeknek (elsősorban velőcsőzáródási rendellenességek észcraniofaciális eltérések, pl. szájpadhasadék, valamint kongenitális kardiális defektusok, urogenitális és vázrendszeri eltérések, pl. polydactilia), összehasonlítva az általános populációba tartozó gyermekek 2–3%-os kockázatával sokkal gyakrabban (11%) fordul elő.

A valproát teratogén hatásának mechanizmusa nem tisztázott, bár egyes szerzők az első trimeszterben történő valproát expozíció esetén nagy dózisú folsav szupplementációt javasolnak, nem bizonyított, hogy ez kivédené a valproát indukálta velőcsőzáródási rendellenességeket (Denny és mtsai, 2013).

2014-ben az EMA, az Európai Gyógyszerügynökség (EMA/709243/2014 2014. november 21.) ajánlást fogalmazott meg a CMDh (Co-ordination Group for Mutual Recognition and Decentralised Procedures –Human) javaslatára, amely az uniós tagállamokat képviselő szabályozó hatóság. A valproát felülvizsgálatát az Európai Gyógyszerügynökség farmakovigilanciai kockázatfelmérési bizottsága (PRAC) végezte, amelyet követően a CMDh elfogadta a PRAC ajánlásait.

Javasolta, a valproát tartalmú gyógyszerek alkalmazására vonatkozó figyelmeztetések szigorítását nőknél és lányoknál a fejlődési rendellenességek és fejlődési problémák kockázata miatt, a méhben a valproátnak kitett magzatoknál.

A figyelmeztetések célja annak biztosítása, hogy a betegek tisztában legyenek a kockázatokkal, és csak akkor szedjenek valproátot, ha az egyértelműen szükséges.

Az EU területén dolgozó orvosoknak javasolják, hogy ne írjanak fel valproátot epilepszia vagy bipoláris zavar kezelésére várandós nőknek, olyan nőknek, akik teherbe eshetnek, valamint fogamzás képes lányoknak, kivéve, ha az egyéb kezelések hatástalanok vagy nem toleráltak. Az ajánlás szerint, azoknak, akiknek a valproát az egyetlen választható lehetőség az epilepszia vagy a bipoláris zavar kezelésére, azt kell tanácsolni, hogy alkalmazzanak hatékony fogamzásgátlást, és hogy az ezen betegségek kezelésében tapasztalattal rendelkező orvos kezdje meg és felügyelje a kezelésüket.

Ugyanakkor a közleményükben felhívják a figyelmet arra, hogy azok a nők és lányok, akiknek valproátot írtak fel, és nem hagyhatják abba a gyógyszer szedését anélkül, hogy azt megbeszélték volna orvosukkal, mert azzal árthatnának maguknak vagy születendő gyermeküknek.

Az eddigi evidenciák szerint a várandósság alatt szedett valproat sav a későbbi időszakra is kihathat. Ezen ajánlásoknál figyelembe veszik a legutóbbi vizsgálatokat, kutatási eredményeket, amelyek során a méhben valproátnak kitett, iskoláskor előtti gyermek akár 30–40%-ánál is fejlődési problémákat mutattak ki, ideértve a megkésett járást és beszédet, a memóriaproblémákat, a beszédzavarokat és nyelvi nehézségeket, valamint a rosszabb értelmi képességeket. (Bromley és mtsai, 2013; Christensen és mtsai, 2013; Cohen és mtsai, 2013; Perucca és mtsai, 2014)

A korábbi adatok azt mutatták, hogy a méhben valproátnak kitett gyermekeknél fokozott a kockázata az autisztikus zavarspektrumnak (körülbelül háromszor akkora, mint az általános populációban) és a gyerekkori autizmusnak is (körülbelül ötször akkora, mint az általános populációban).

Korlátozott adatok utalnak arra, hogy a méhben valproátnak kitett gyermekeknél nagyobb valószínűséggel jelentkeznek a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD) tünetei.

Az orvosoknak biztosítaniuk kell azt, hogy betegeik megfelelően tájékoztatva legyenek a valproát terhesség alatti szedésének kockázataival, és rendszeresen felül kell vizsgálniuk a kezelés szükségességét azoknál a nőbetegeknél, akik szülhetnek. Az orvosoknak újra kell értékelniük a valproát tartalmú gyógyszerek előny-kockázat profilját is azoknál a nőbetegeknél akik teherbe estek, vagy tervezik a teherbe esést, valamint a serdülőkort elért lányoknál is.

Az ajánlás 2014 óta Magyarországon is érvényben van, és a figyelmeztetés rákerült a valproátot tartalmazó készítmények gyógyszerelőírásaira, valamint a betegtájékoztatókra.

Ajánlás az orvos felé: Az epilepszia és a bipoláris zavar kezelésére vonatkozóan olyan nőbetegeknél, akiknek gyermekük lehet:

– Csak akkor írjon fel valproát tartalmú gyógyszereket az epilepszia és a bipoláris zavar kezelésére, ha az egyéb kezelések hatástalanok vagy nem toleráltak.

– A valproát tartalmú gyógyszereket szedő betegeknek adjon tanácsot a kezelésük alatti hatékony fogamzásgátlásra vonatkozóan.

– Biztosítsa, hogy az epilepszia és a bipoláris zavar kezelését az e betegségek kezelésében tapasztalattal rendelkező orvos felügyelje.

– Vegyen fontolóra alternatív kezeléseket, ha egy nőbeteg várandós lesz, vagy ezt tervezi a valproáttal történő kezelés alatt. Rendszeresen vizsgálja felül a kezelés szükségességét, és értékelje újra az előny-kockázat profilt a valproátot szedő nőbetegeknél, valamint a serdülőkort elért lányoknál.

–
Tájékoztassa a betegeket a valproát várandósság alatti szedésének kockázatairól.

(Jentink et al, N Engl J Med 2010; 362;23.)

c) Karbamazepin

A karbamazepin alkalmazásához emelkedett kongenitális malformáció kockázat köthető, de nem olyan mértékban, mint a valproátnál. A spina bifida mellett craniofaciális rendellenességeket, elsősorban a szájpadhasadék, kardiovaszkuláris, urogenitáls és fejlődési retardációt írtak le.

Elsősorban a spina bifida előfordulásának a kockázata nagyobb, 1,2–5,3% közötti rizikóval.

A karbamezapin tehát kerülendő a várandósság alatt, amennyiben mégis alkalmazzák, feltételezhető védő hatása miatt folsav; továbbá a harmadik trimeszterben K vitamin adása javasolt. (Jentink és mtsai, 2010)

d) Lamotrigin

Egy vizsgálat az újszülöttben megjelenő szájpadhasadék gyakorisága a normál populációs 1:10.000 előfordulási arányhoz képest, 1:1000 volt a lamotriginnel kezelt várandósok között. Más vizsgálatok ezt nem erősítették meg. Bár nem áll elég biztos evidencia a lamotrigin alkalmazásáról várandósság alatt, amennyiben antikonvulzív szer adása nélkülözhetetlen, úgy a lamotrigint javasolt adni. (Holmes és mstai, 2008; Hunt és mtsai, 2009; Dolk és mtsai, 2008; Cunnington és mstai 2011; Tomson és mstai, 2011)

Clark és mtsai 2013-as közleményében saját vizsgálatuk, illetve az elérhető szakirodalom alapján ajánlásokat fogalmazott meg a lamotrigin alkalmazásával kapcsolatban, és felhívja a figyelmet a várandósság alatt a szérumszint csökkenése miatt kialakuló relapszus, illetve a szülést követő anyai toxicitás lehetőségére.

– A fogantatás előtt a lamotrigin szintjét az optimális terápiás szintig javasolt titrálni és ellenőrizni a szérumszintet. Ha a páciens a várandósság idején jelentkezik, a lehető legrövidebb időn belül

ellenőrizni kell a szérumszintet. A szérum lamotrigin koncentrációja csökkenni kezd az első trimeszterben és a harmadik trimeszter közepén éri el a legalacsonyabb értéket. A lamotrigin szint csökkenése változó. Valószínűleg a második trimeszterben alacsonyabb lesz a szintje, mint az elsőben, és a harmadik trimeszterben alacsonyabb lesz, mint a másodikban.

– Tájékoztatás a lehetséges depresszív, illetve mániás tünetek megjelenéséről, és arról, hogy a lamotrigin dózisát a várandósság alatt csökkenő szérumszint miatt esetleg szükséges lesz emelni. Továbbá a mániás vagy depressziós tünetek kvantitatív követése tünetbecslő skálák (Young Mania Rating Scale, Montgomery-Ĺsberg Depression Rating Scale, Altman Self-Rating Mania Scale, Inventory of Depressive Symptomatology–Self-Report) segítségével, és ennek megfeleloen történő dózisváltoztatás.

– A lamotrigin szérumszintjének ellenőrzése 4 hetente. A dózis 20–25%-os emelése a terápiás szint elérése, illetve a tünetek csökkentésének érdekében.

– A gondozó szülész-nőgyógyásszal történő együttműködés, pl. a szérumszint kontrollja a várandósgondozás időpontjában, a dózis változtatásával kapcsolatosan közös döntések.

– Ha a várandósság során a páciens dózisának emelése négy vagy több alkalommal történt, a szülést követően azonnal csökkenteni szükséges 20–25%-kal, hogy a toxicitást elkerüljük, amit a gyors szérumszint emelkedés okozhat már post partum a 3. naptól, az első 2 héten belül. Egyéb esetben 1–2 hetente történő szérumszint ellenőrzés és 20–25%-os csökkentés javasolt, amíg a szérumszint a várandósság előtti értékre áll vissza.

– Ha a várandósság előtti szérumszint nem ismert és a dózist emelték a várandósság alatt, a szülést követő 2 héten belül a dózis fokozatos csökkentése javasolt a fogantatás előtti terápiás dózisig. A csökkentés a post partum 3 napon belül kezdődjön a toxicitás megelőzésének érdekében, és 1–2 hetente történjen szérumszint ellenőrzés.

– A szülést követően és a laktáció ideje alatt rutin gyermekgyógyászati követés indokolt. Az anyánál post partum kialakuló lamotrigin toxicitáshoz köthetően leírtak a szoptatott és ezáltal gyógyszer-expozíciónak kitett újszülöttnél apnoét, ezért szoros megfigyelés szükséges.

4. Anxiolitikumok (szorongásoldók)

a) Benzodiazepinek

A benzodiazepinek (BZD) adása az első trimeszterben a szájpadhasadék rizikójának emelkedését idézik elő, a kontrollált esettanulmányok kétszeres rizikónövekedést írnak le, bár egyes vizsgálatok a kockázatnövekedést nem tudták megerősíteni.

Az anyának a várandósság alatt adott BZD-k az újszülöttnél a pilórus sztenózis és vékonybél atrézia kockázatának növekedését idézik elő (Wikner, 2007).

Az újszülöttnél BZD függőség kialakulása, valamint a floppy-baby szindróma kockázata nőhet, ez elsősorban magasabb dózisú és tartósabb BZD adagolásnál jelentkezik.

A diazepamot számos tanulmány összefüggésbe hozta az ajak- vagy szájpad rendellenességek fokozott előfordulási gyakoriságával, bár az ok-okozati összefüggés még ennél a szernél sem

bizonyított. A várandósság első harmadában a diazepam használata szintén szerepet játszik az egyéb születési rendellenességek előfordulásában, beleértve lágyéksérvet, szív-hibákat, és a pilórus sztenózist is. A terhesség későbbi szakaszában szintén több fejlődési problémát összefüggésbe hoztak a diazepam használatával, többek között növekedési retardációt, craniofacialis hibákat és a mentális retardációt. A fenti problémák miatt az FDA a többi BZD-vel együtt a „D" kategóriába sorolta. A diazepámot hipnotikumnak is használják, éppen ezért a rendszeres altatóként való alkalmazása ugyanúgy ellenjavalt, mint a többi, e csoportba tartozó szer, rendszeres, napjában többszöri adminisztrációval történő alkalmazása.

Amennyiben alkalmazásukra sor kerül, akkor a legkisebb hatékony adagban történjék, lehetőség szerint napi egyszeri alkalmazás legyen. Elsősorban lorazepam és clonazepam jön szóba, alprazolamot és a klórdiazepoxidot kerüljük a kedvezőtlenebb farmakokinetika miatt.

Benzodiazepineket rendszeresen nem javasolt alkalmazni várandós nőknél, eltekintve rövidtávú kezelés esetén, amikor nagyfokú agitáltság, szorongás van jelen. Ennek oka, hogy a magzatnál megnő a szájpadhasadék és benzodiazepin függőség kockázata és újszülötteknél a floppy baby-syndroma lehetősége. A harmadik trimeszterben adott nagy adag BZD után, különösen, ha más gyógyszert is szedett a várandós, pl. antidepresszánst, akkor az újszülötteknél az apnoé és a hipotónia megjelenése is nagyobb valószínűséggel fordul elő.

Mind az alprazolam, mind a clonazepam, a klórdiazepoxid, diazepam és a lorazepam alkalmazása kerülendő várandós nőknél, az FDA D kategóriába sorolja. (Harding és Timko, 2008)

b) Egyéb szerek

Buspiron

A buspiron nem benzodiazepin típusú szorongásoldó, melyre jellemző a benzodiazepinek okozta dependencia, megvonási tünetegyüttes hiánya. A szorongásoldó gyógyszerek közül az egyetlen, amelyet az FDA B kategóriába sorol.

5. Hipnotikumok (altatók)

Altatók használata várandósság során kerülendő, az FDA beosztása szerint -egy kivétellel – a „D" kategóriába tartoznak.

a) Barbiturátok

Mivel a barbiturátok esetében több tanulmány is kimutatta, hogy születési rendellenességeket okozhat emberben, az FDA D kategóriába sorolja, így adásuk nem ajánlott várandósságban és mivel átjut az anyatejbe, így szoptatás alatt sem ajánlott alkalmazásuk. Ennek ellenére szükséges lehet az alkalmazása súlyos betegségekben, amelyek veszélyeztetik az anya életét.

Várandósság alatti alkalmazásuk vérzést okozhat az újszülöttnél, valamint 3 hónapon túli alkalmazása esetén a magzatnál függőség alakulhat ki a barbiturátokkal kapcsolatban, mely miatt a szülést követően megvonási tünetek jelentkezhetnek az újszülöttnél.

Egy tanulmány azt vetette fel, hogy a barbiturátok terhesség alatti alkalmazása növelheti a magzatnál kialakuló agydaganat esélyét.

Vajúdás során a barbiturát csökkentheti a méhösszehúzódások erejét és gyakoriságát, ezáltal meghosszabbíthatja a vajúdást. A vajúdás során légzési elégtelenséget okozhat az újszülöttben.

Összefoglalóan: Tekintettel a malformációk magasabb kockázatára, elsősorban az első trimeszterben kerülendő az alkalmazásuk. Ugyancsak kerülendők a légzésdeprimáló, valamint megvonási tüneteket okozó hatásuk miatt a szülést megelőző időszakban.

b)

Az anxiolitikumként és szükség szerint hipnotikumként is használatos BZD-kre a 4.a. pontban tértünk ki.

Kevés humán vizsgálat van egyéb benzodiazepin (temazepam, triazolám, és flurazepám) használatával várandósságban, de több hasonló veleszületett születési rendellenességgel való összefüggést vetettek fel, így azokat is D vagy X kategóriába sorolták.

A zolpidem, nem benzodiazepin típusú altatószer, az altatók közü az FDA által B kategóriába sorolt, bár nem nagyszámú evidencia áll rendelkezésre. Állatkísérletekben nem figyeltek meg teratogén hatást, de nagyon magas dózisok már toxikus hatásként csontosodási problémákat okozhatnak a koponyán vagy más csontokon.

Amennyiben a gyógyszeres alkalmazás elkerülhetetlen, pl. 3–4 napot meghaladó súlyos alvászavar áll fenn, akkor monoterápiában quetiapin, klórpromazin vagy promethazin alkalmazása jöhet szóba.

Altatók alkalmazása helyett inkább az alvási higiénia javítása, relaxációs technikák alkalmazása és a stressz kezelése javasolt. (Perry, 2004)

A várandósság alatt alkalmazott farmakoterápia szempontjai, összegzés (Kohen D, 2005 alapján, idézi: Lattova,et al 2016)

Monoterápia preferált a gyógyszerkombinációval szemben.

Kevesebb metabolittal rendelkező szert válasszunk.

Magasabb fehérje-kötődési képességű gyógyszert válasszunk – egyéb szempontok mellett –, mert az adott szer kevésbé juthat át a placentán.

A gyógyszerváltás növeli a magzat expozícióját.

A harmadik trimeszterben dózisemelés válhat szükségessé, a megnövekedett vérmennyiség/vértérfogat miatt. A szülést követően a dózist szükséges lehet visszacsökkenteni.

Amennyiben a fogantatás előtt alkalmazott farmakoterápia hatékony volt, úgy lehetőség szerint, a kockázatok figyelembevételével a hatékony gyógyszer folytatására szükséges törekedni, amennyiben nincs nagy malformációs kockázat.

Amennyiben a várandósság tervezett, az anya mentális állapota stabil, úgy a gyógyszer/ek elhagyását meg lehet fontolni.

Folsav adása javasolt már a fogantatást megelőzően, legalább az első trimeszter végéig.

Pszichotróp medikációt szedő várandós anyánál rendszeres UH vizsgálat javasolt a malformációk szűrése céljából.

A szakértői csoport ajánlása (E)

A tartós gyógyszerelés alatt álló, fogantatás képes pszichiátriai pácienseknél legalább évente egy alkalommal rá kell kérdezni a pontenciális terhesség meglétére, illetve ha indokolt menotesztet szükséges javasolni.

A gondozás során fel kell hívni a figyelmet a teherbe esés szempontjából magasabb kockázatú gyógyszerek potenciális veszélyére, ezért a védekezés módjait – megfelelő orvos-beteg kapcsolati légkörben javasolt megtárgyalni.

Törekedjünk rá és lehetőleg minden esetben tájékoztassuk a pácienst és a páciens hozzájárulásával a közeli hozzátartozóit a gyógyszeres kezelés várható terápiás hatásairól és lehetséges mellékhatásairól és velük együtt hozzunk döntést. Erről szükséges minden esetben dokumentációt készíteni, amelyet a páciens és az értintettek is lehetőség szerint aláírnak. (Kivételt képezhet: pl. a telefonon keresztüli dokumentált tájékoztatás.)

Amennyiben egy várandós beteg mániás vagy pszichotikus tüneteket mutat, és nem szed pszichotróp gyógyszereket, akkor antipszichotikum adása javasolt.

Pszichológiai intervenció (pl. szupportív terápia, pszichoedukáció) javasolt (a szkizofrénia kezelési protokolljában javasoltak alapján) azoknál a szkizofréniában vagy pszichózisban szenvedő betegeknél, akik várandósak lesznek és fennáll a visszaesés veszélye (melynek okai: várandóssággal és/vagy a szülés utáni időszakkal kapcsolatos stressz, gyógyszerezésben történő változások, antipszichotikumok leállítása).

Profilaktikus gyógyszer adása javasolt (ld. bipoláris zavarok kezelésének irányelve), amennyiben a bipoláris zavarban szenvedő nőbeteg:

– várandós lesz, ezért nem szedheti tovább a lítiumot,

– szoptatni szeretné gyermekét.

Amennyiben a várandós, bipoláris zavarban szenvedő beteg a profilaktikus gyógyszerek mellett mániás epizódba kerül, akkor javasolt:

– a profilaktikus gyógyszerek adagjának és megfelelő szedésének ellenőrzése,

– profilaktikus gyógyszerek adagjának emelése (antipszichotikus hatás kialakítása céljából),

– antipszichotikumokra való áttérés javasolása a betegnek,

–
litium adásának meggondolása, amennyiben a profilaktikus gyógyszerek nincsenek hatással a beteg súlyos mániás tüneteire,

–
amennyiben a lítium sem hatásos, elektrokonvulzív terápia (EKT) javasolt, pl. súlyos depresszióban,

súlyos kevert hangulatzavarban vagy maniában, illetve katatón állapotban szenvedő várandós nők esetén, akiknél az állapotuk súlyosan veszélyezteti a magzat egészségét (NICE guidance 1.8.22).

Súlyos vagy krónikus alvászavar esetén promethazine adható. Enyhébb alvásproblémákra az alvási szokások átbeszélése, valamint egészséges alvási szokások kialakítása javasolt (időben való lefekvés, koffein kerülése, aktivitás csökkentése lefekvés előtt).

Gyors gyógyszeres nyugtatás (Rapid trankvillizáció)

Ajánlás27 (K)

Amennyiben egy várandós nő súlyosan zavart vagy közvetlen veszélyeztető magatartást mutat, és az más módon nem hárítható el, akkor gyógyszeresen is átmenetileg trankvillizálni szükséges, mely korlátozó intézkedésnek minősül, a trankvillizáció a korlátozó intézkedés előírása alapján történik, a hatályos jogszabályok szerint szükséges dokumentálni (NICE guidance 1.8.23).

Rapid trankvillizáció után fokozott, folyamatos obszervációt igényel a beteg, a gyógyszer közvetlen, trankvilláns hatása megszűnéséig. A szigorított eljárás fókuszában a magzat védelme kell hogy álljon. Várandós beteg korlátozásához rövid hatású benzodiazepine vagy antipszichotikum javasolt; antipszichotikum esetén a minimális (de hatékony) dózis javasolt (a magzat extrapyramidáris tünetei miatt); benzodiazepine esetén számba kell venni a hipotónia veszélyét a magzatnál. A perinatális időszakban a beteg kezelését szoros együttműködésben kell végezni a gyerekgyógyászattal, szülészettel és az anaszteziológiával!

2. táblázat: Információforrások a várandósság és szoptatás alatt adott gyógyszerek biztonságosságáról

Referencia	**Megjegyzések**
Briggs, Freeman, Yaffe: Drugs in Pregnancy and Lactation	Kb. 3 évente jelenik meg. A várandósság és laktáció alatt adott gyógyszerekről ad információt.
LactMed http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/ sis/htmlgen?LACT	Ingyenes, bárhol megtekinthető, ahol internetes hozzáférés van. Szakértők által összeállított és rendszeresen frissített. A laktáció során adott gyógyszerekről ad felvilágosítást.
Elactancia www.e-lactancia.org/	Ingyenes, bárhol megtekinthető, ahol internetes hozzáférés van. A laktáció során adott gyógyszerekeről ad felvilágosítást. Jól áttekinthető.
Thomas Hale: Medications and mother's milk.	2 évente publikált könyv. A gyógyszereket L kategóriák szerint osztályozza: L1: a legbiztonságosabb, L5:ellenjavallt. Csak a szoptatás során adott gyógyszereket tárgyalja.
Lexi drugs	Előfizetéshez kötött. Rendszeresen frissített. A standard információ mellett részletes információ a

	gyógyszerekről a várandósság alatt.
TERIS /Teratogen Information System)	Előfizetéshez kötött. Micromedex előfizetéssel is hozzáférhető: http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian

(Burkey és Holmes, 2013, adaptáció)

Farmakoterápia és szoptatás

A szoptatás a csecsemőtáplálás optimális módja, biológiai standard, amihez minden más táplálási módot mérünk. Biztosítja az optimális növekedést és fejlődést. Rövid és hosszú távú védőhatása van mind a gyermeknél, mind az anyánál számos betegséggel szemben.

A szoptatott csecsemőknél, azokkal a csecsemőkkel összehasonlítva, akiket nem szoptatnak, vagy korán elválasztanak, a csecsemő és gyermekkori fertőzések, mint hevenyközépfülgyulladás, alsó légúti és gyomor-bélrendszeri fertőzések, a koraszülötteket érintő NEC (nekrotizáló enetrocolitis), ritkábban fordulnak elő. Csökken a hirtelen váratlan csecsemőhalál kockázata, ritkábban alakul ki gyermekkori leukémia, túlsúlyosságnak/elhízásnak és a 2-es típusú diabétesznek kisebb a valószínűsége későbbi életkorban. A szoptatásnak/anyatejes táplálásnak pozitív hatása van a gyermek kognitív funkcióira és pszichoszociális fejlődésére.

Az anyánál a szoptatással eltöltött időtartam arányában csökken a mellrák és petefészekrák kockázata. A hosszabb ideig szoptató anyáknál a posztmenopauzális időszakban kialakulómagas vérnyomás, cukorbetegség, továbbá szív és érrendszeri betegség ritkábban fordul elő. A jótékony hatás sok esetben a szoptatás kizárólagosságával és időtartamával arányos mértékű. (Victora és mtsai, 2016)

A WHO és számos szakmai szervezet a kizárólagos szoptatást az élet első hat hónapjában javasolja, majd a hozzátáplálás fokozatos bevezetése mellett a szoptatás folytatását 2 éves korig. A jelenleg érvényben levő hazai ajánlás és az Amerika Gyermekgyógyászati Akadémia ajánlása a kizárólagos szoptatást hat hónapos kor körüli ideig ajánlja, majd a hozzátáplálás bevezetése mellett a szoptatás folytatását legalább egy éves korig, illetve azon túl mindaddig, amíg azt az anya és a gyermek kívánják. (WHO, Global strategy for infant and young child feeding, 2003; A.A.P., Section on Breastfeeding 2012)

Magyarországon az anyák 98%-a elkezd szoptatni. Tekintetbe véve a szoptatás jótékony hatásait, az érvényben lévő csecsemőtáplálási ajánlásokat, továbbá azt a tényt, hogy a pre-, peri- és postnatális mentális zavarok összeségükben gyakran fordulnak elő (lásd a bevezetésben ismertetett adatokat) és gyógyszeres kezelésük szükségessé válhat, fontos tisztában lenni azzal, hogy azok az anyák, akiknél felmerül a pszichotróp gyógyszeres kezelés szükségessége, a megfelelő és legfrissebb információt kapják ezzel kapcsolatban.

A posztpartum időszakban fellépő hangulatzavar, a baby blue nem igényel gyógyszeres kezelést. Középsúlyos és súlyos posztpartum depresszió esetén, amennyiben a nem farmakológiai gyógymódok nem vezetnek eredményre, gyógyszeres kezelés szóbajön.

Pszichiátriai betegséggel élő nőknél a várandósság és a szülést követő 6 hónap alatt a pszichátriai betegség relapszusa vagy rosszabbodása gyakrabban következik be. (Kieviet és mtsai, 2013)

A szülés után fellépő pszichotikus betegségek közül a bipoláris mánia a leggyakrabban hospitalizációt igénylő állapot, amely az esetek 70–80%-ban a szülést követő hónapban jelentkezik. Ezt követi a szkizofrénia és formaköre, majd a pszichotikus depresszió. A mániás állapotok a leggyakoribb hospitalizációt igénylő posztpartális pszichotikus kórképek, melyeknél farmokoterápia válik szükségessé.

Középsúlyos és súlyos posztpartum depresszió esetén, amennyiben a nem farmakológiai gyógymódok nem vezetnek eredményre, gyógyszeres kezelés szóbajön.

Pszichiátriai betegséggel élő nőknél a várandósság és a szülést követő 6 hónap alatt a pszichátriai betegség relapszusa vagy rosszabbodása gyakrabban következik be. (Kieviet és mtsai, 2013)

Ha a gyógyszeres kezelés javallata fennáll, szoptató, illetve szoptatni szándékozó édesanyával és a közvetlen hozzátartozóival a szoptatás számos jótékony hatását, a kezeletlen depresszió kockázatát, a gyógyszernek az anya-csecsemő párost érintő kockázatát és a kezelés várható jótékony hatását szem előtt tartva, gondos egyéni mérlegelés alapján kell meghozni a döntést.

Fejlesztő teamünk tapasztalata, hogy a hazai gyakorlatban sajnálatos módon elterjedt a pszichotróp gyógyszerek bevezetése esetén, hogy posztpartum nem javasolják a szoptatás elkezdését, illetve a már szoptató anyánál leállítják a szoptatást, megbeszélés és mérlegelés nélkül. A posztpartum időszakban fellépő depresszió és pszichotikus betegségek, amennyiben gyógyszeres kezelést igényelnek, ne jelentsék az anya „automatikus ablaktálását”. Amennyiben a kezelés során a tejtermelés felfüggesztése válik szükségesség, a rutinszerűen történő gyógyszeres ablaktáció nem javasolt. A bromocriptin a lehetséges súlyos mellékhatások miatt kerülendő, cabergolin vagy lisurid jöhet szóba (Sénat és mtsai, 2016, CNGOF Guideline). A prolaktin szint gyógyszeres csökkentésének a tejbelövellést megelőzően lehet jelentősége, a későbbiekben a tejtermelődés mechanizmusa az emlő telítettségével, illetve kiürülésével függ össze, így az emlő stimulációjának csökkenése, illetve hiánya elegendő lehet, ugyanakkor figyelni kell a szoptatás hirtelen felfüggesztésének lehetséges következményeire (túltelítődés, mastitis és szövődményei).

A posztpartum depresszió és a szoptatás között korábban egyirányú kapcsolatot feltételeztek, miszerint a posztpartum depresszió ahhoz vezet, hogy kevesebben kezdik el és korábban hagyják abba a szoptatást. Újabb vizsgálatok azt vetik fel, hogy az összefüggés kétirányú; a posztpartum depresszió csökkenti a szoptatási mutatókat, a nem szoptatás viszont növelheti a posztpartum depresszió kockázatát és a szoptatás depresszió esetén segítheti a gyorsabb felépülést. (Pope és Dwight, 2016)

A gyógyszerekhez mellékelt ismertetők a szoptatással kapcsolatos információ szempontjából nem tekinthetők megbízható forrásnak; gyakran jelzik, hogy a gyógyszer nem ajánlható a szoptatás alatt, ami arra utalhat, hogy a gyógyszer a szoptató anyánál kerülendő, vagy szedése esetén a gyógyszer szedését abba kell hagyni. A figyelmeztetések nem szükségszerűen alapulnak megfigyelt vagy jelentett káros mellékhatásokon, gyakran a gyártó defenzív céljait szolgálják. Az FDA az utóbbi években a gyógyszercégek felé olyan kívánalom előkészítésén dolgozik, mely azt írná elő, hogy a gyógyszerekhez csatolt mellékletben a várandósság és szoptatás alatt történő adagolásról szóló

ajánlás külön címszóban szerepeljen és tartalmazza azokat a forrásokat, melyeken az ajánlás alapul. (Meltzer-Brodyés Jones, 2015)

Minden alkalommal, amikor döntést kell hoznunk a szoptató anyának adott gyógyszerelés bevezetéséről, tisztában kell lennünk a csecsemőbe jutó gyógyszer mennyiségét befolyásoló tényezőkkel és a gyógyszerek biztonságosságával kapcsolatos szisztémás adatgyüjtés eredményeivel (lásd a várandósság és szoptatás alatt adott gyógyszerek biztonságosságáról című táblázatot).

Amennyiben a szoptató anya számára a gyógyszeres kezelés szükségessége felmerül, ennek eldöntése előtt az alábbi tényezőket kell figyelembe venni:

– valóban szükséges-e a gyógyszeres kezelés, a tünetek kezelhetőek-e nem gyógyszeres terápiával,

– amennyiben gyógyszer szedése szükséges, az legyen hatékony és a legalacsonyabb hatékony dózis kerüljön alkalmazásra,

– a gyógyszer mind az anya, mind a csecsemő számára legyen biztonságos,

– a gyógyszernek van-e esetleg hatása a laktációra.

A szoptató anyának adott gyógyszer adásakor az újszülöttbe jutó gyógyszer mennyiségét meghatározza:

1. A gyógyszer adásának módja és pharmakokinetikája

   – a gyógyszer felszívódása po. adott gyógyszerek esetén

   – felezési ideje (választási lehetőség esetén rövid felezési idejű gyógyszer preferált, ugyanis a hosszú felezési idejű gyógyszereknek általában magasabb a koncentrációja a tejben)

   – mennyi idő alatt éri el a legmagasabb koncentrációját a szérumban

   – disszociációs állandó, milyen volumenben oszlik el a gyógyszer

   – a gyógyszermolekula nagysága, az ionizáció mértéke

   – a tej és a plazma pH-ja

   – a gyógyszer víz és zsíroldékonysága, kötődése a plazmafehérjékhez

2. A csecsemőbe jutó gyógyszermennyiséget meghatározó faktorok

   – mennyi tej termelődik és mennyi tejet fogyaszt

   – kolosztrumot vagy érett női tejet kap

   – milyen a gyógyszer koncentrációja a tejben

   – milyen mértékben ürítette ki a csecsemő a mellet az előző szopás alkalmával (a zsírdús hátsó tejben a zsíroldékony gyógyszerek felhalmozódhatnak)

   – milyen az újszülött metabolizmusa – hogyan szívódik fel, bomlik le és választódik ki a gyógyszer.

Általában elmondható, hogy nagy molekulasúlyú, magas fehérjekötődésú és alacsony zsíroldékonyságú gyógyszerek nem mennek át klinikailag jelentős mennyiségben a tejbe. A gyengén alkalikus vegyületek könnyebben jutnak be a tejbe, mivel a tej pH a plazmában mért pH értéknél alacsonyabb.

A legtöbb gyógyszerpasszív diffúzió útján jut át a sejtmembránokon. A gyógyszerek koncentrációja a tejben plazma koncentrációjuk függvényében változik. Ezért javasolják, hogy a szoptatás a gyógyszer bevétele előtt történjen, amikor az anya tejében a legalacsonyabb a gyógyszer koncentrációja. A legtöbb pszichotróp gyógyszer alkalikus vegyület és magas a zsíroldékonyságuk, ezért könnyen átmennek a tejbe.

A következő mutatókat használják:

– tej/plazma aránya: transzlaktális passzázs mértékét mutatja egy adott időpontban és nem utal a csecsemőbe jutó gyógyszer mennyiségére. Értéke állandóan változik attól függően, hogy mennyi idő telt el a gyógyszer bevétele óta. Az 1 alatti M/P arány arra utal, hogy a gyógyszerből kis mennyiség megy át a tejbe.

– relatív csecsemődózis: az anyai dózis százalékában kifejezve vagyis a csecsemőbe jutó gyógyszer dózisa az anyának adott gyógyszer mennyiségének hány százaléka, a testsúlykg-ra eső dózis százalékában.

Kiszámításához ismerni kell az anya és csecsemő testsúlyát, az adott időszakban elfogyasztott anyatej mennyiségét, a gyógyszer koncentrációját a tejben, továbbá az anyai gyógyszerdózist. Ha ez az érték 10% felett van, ez aggodalomra adhat okot és a szoptatott csecsemő szoros monitorizálása ajánlott.

Ha az anya olyan gyógyszert kap, ami terápiás céllal a csecsemőnek is adható, ki lehet számítani, hogy a csecsemő a számára adható gyógyszer ajánlott dózisához viszonyítva milyen gyógyszeradagot kap meg az anyatejjel.

– A gyógyszer-koncentráció mérése a csecsemő szérumában. A legpontosabb módszer, de a mindennapi gyakorlatban nem valósítható meg.

Az alacsony relatív dózis azonban nem mindig jelenti, hogy az anyai gyógyszernek nincs hatása a szoptatott csecsemőre. A 2 hónapnál fiatalabb csecsemőknek és a koraszülötteknek éretlenek a máj és vesefunkciói és ezáltal a gyógyszer metabolizmusa csökkent mértékű. A vér-agy gát ugyancsak éretlen, ami fokozza a lipophil gyógyszerek bejutását az agyba. A kifejezettebb gyógyszerhatásra az újszülött betegsége esetén is számítani lehet. A gyógyszerek metabolizmusa során keletkezhetnek olyan metabolitok, melyek gyógyszeraktivitást mutatnak és akár a gyógyszerénél hosszabb a felezési idejük.

A gyógyszerhatások megítélése a szoptatott csecsemőben kisszámú esetfeldolgozáson és esettanulmányokon alapul. Sok esetben az újabb gyógyszereket azért nem ajánlják, mert a laktáció során történő adagolás biztonságosságára vonatkozó adatok hiányoznak vagy hiányosak. A pszichotróp gyógyszerek esetén nincs elegendő adat a gyógyszerek esetleges hosszútávú hatásaira és a gyermek fejlődésére vonatkozóan. (Molyneaux és mtsai, 2014)

A posztnatális depresszió kezelésével kapcsolatos 2014-ben publikált Cochrane review azt a következtetést vonja le, hogy a kezelés hatékonyságára és biztonságosságára vonatkozóan nincs elegendő adat.

Az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia arra hívja fel a figyelmet, hogy a gyógyszerek legnagyobb része nem választódik ki klinikailag szignifikáns mennyiségben az anyatejbe, és ha alacsony koncentrációban meg is jelenik a tejben, az esetek nagyobb részében nem jelent kockázatot a csecsemő számára. Az ezzel kapcsolatos információk elérhetőek az amerikai Nemzeti Egészségügyi Intézet honlapján, https://toxnet.nlm.nih.gov/ honlapon és mobil applikációval is megtekinthetőek a LactMed oldalon, mely folyamatosan frissül.

Az FDA besorolás szerint számos pszichotróp szert az L2-es biztonságos csoportba sorol a szoptatás szempontjából. (Ld. fent).

Ajánlás28 (K)

A szoptató anya gyógyszerszedése esetén általában, ezen belül a pszichotróp gyógyszerek szedése esetén az újszülöttet/csecsemőt a lehetséges gyógyszerhatások és mellékhatások szempontjából meg kell figyelni. Ez akkor is szükséges, ha a gyógyszert biztonságosnak ítélik. Az anyai gyógyszerszedésről a védőnőt, illetve a házigyermekorvost tájékoztatni kell. Szokatlan panasz, tünet megjelenésekor soron kívüli orvosi vizsgálat válhat szükségessé.

A várandósság alatt alkalmazott pszichotróp gyógyszerek esetén az újszülöttnél sajátos adaptációs zavar léphet fel, melyet az angol szakirodalom PNAS (Poor Neonatal Adaptation Syndrome) néven tart számon. A PNAS-ra jellemző tünetek hasonlóak antidepresszánsok, antipszichotikumok és benzodiazepinek alkalmazása esetén és általában enyhe neurológiai, vegetatív, légzési és gyomor-bélrendszeri tünetek formájában jelentkeznek. A legtöbb tünet a megszületést követő 48 órán belül lép fel és 2–6 napos korig tart. Az SSRI-k, a mirtazepin és venlafaxin várandósság alatti alkalmazása esetén a szoptatásnak védő hatása van a PNAS kialakulásával szemben. Az antidepresszáns dózisa általában nem befolyásolja a PNAS kockázatát. A gyógyszertoxicitás és megvonás szerepe a tünetek kialakulásában nehezen különíthető el, mert a tünetek hasonlóak és valószínűleg a toxicitás és megvonás kombinációja is lehetséges.

A pszichotróp gyógyszert szedő anyák újszülöttjeit a megszületést követő 48–72 órában PNAS irányában meg kell figyelni, és ha a PNAS kialakult, az újszülött megfigyelését a tünetek megszűnéséig kell folytatni. A legtöbb esetben a tünetek enyhék és kezelés nélkül 6 napon belül oldódnak. Ritkán előforduló légzészavar, cianózis, hipoglikémia és görcsök miatt kerülhet sor pathológiás újszülöttosztályra történő felvételre. A túlnyomórészt enyhe lefolyású PNAS esetén a bőr-bőrkontaktus szorgalmazása és a táplálás többszöri szoptatással, illetve kisebb adagú gyakoribb táplálással javasolt.

3. táblázat :A PNAS jellemzői

	Toxicitás	Megvonás
A tünetek kezdete	Közvetlenül a megszületés után	A megszületést követő 8-48 órában

Gyógyszer vérszint az újszülöttben	Magas	Alacsony
A gyógyszer felezési ideje	Hosszú	Rövid
A pszichotróp gyógyszer típusa	Antidepresszánsok Benzodiazepánok Antipszichotikumok Lithium Lamotrigin	Antidepresszánsok Benzodiazepánok Antipszichotikumok Lamotrigin
Gyakori tünetek	Agitáltság/irritábilitás/hosszantartó sírás Tremor Myoclonia Légzési disztressz Hipertermia és izzadás Hiperreflexia Hasmenés Rigiditás	Táplálási nehézség Hányás Alvási nehézség Csökkent és fokozott izomtónus

(Kieviet és mtsai, 2013)

Pszichotróp szerek a szoptatás idején

Davanzo és mtsai szisztematikus irodalmi áttekintése kiemeli, hogy az SSRI-knek általában és a nortriptilinnek jó a biztonsági profílja. A SSRI-k közül két gyógyszer kevésbé kívánatos; a fluoxetin, melynek hosszú a felezési ideje, továbbá a citalopram, mely potenciálisan magas koncentrációt érhet el a tejben. Az SSRI-k közül a sertralinnak viszont nagyon jó a biztonsági profílja, 100 mg-nál kisebb napi adagok esetén egyáltalán nem vagy igen alacsony szinten mutatható ki a tejben. A triciklikus doxepin és az atipikus nefazodon inkább kerülendő, a lítium, bár ellenjavalltnak tartották a szoptató anyánál, újabban „rehabilitálták”. (Davanzo és mtsai, 2011)

1. Antidepresszánsok

A leggyakrabban használt antidepresszánsok listáját, melyeknek a relatív csecsemő dózisa <10%, az alábbi táblázat mutatja (Chad és mtsai. 2013).

4. táblázat: Az antidepresszánsok relatív csecsemő dózisa

Antidepresszáns	**RELATÍV CSECSEMŐDÓZIS <10 %**
Paroxetin	0.5–3
Fluvoxamin	< 2
Escitalopram	3–6
Sertralin	0.5–3

Citalopram	3–10
Desvenlafaxin	5.5–8.1
Bupropion	2
Duloxetin	<1
Mirtazapin	0.5–3
Venlafaxin	6-9

a) SSRI-ok

A SSRI-k sorába tartozó gyógyszerek a következők: paroxetin, fluvoxamin, escitalopram, citalopram, sertralin, desvenlafaxin, venlafaxin, fluoxetin, bupropion.

Általában elmondható, hogy az SSRI-knek alacsony a koncentrációja az anyatejben és több SSRI nem mutatható ki mérhető mennyiségben a csecsemő szérumában. A citalopramot és a fluoxetintviszont, változó mértékben mutatták ki a csecsemő szérumában, a relatív csecsemődózis a mérések egy részében meghaladta a 10%-os biztonsági határt. A sertralin és a paroxetin gyakran nem is mérhető a csecsemő szérumában és a különböző vizsgálatokban nem haladja meg a 1–3,5%-ot. A paroxetint több szerző nem tartja biztonságosnak (Riecher-Rössler et al., 2016), ezért a legtöbb közlemény az SSRI-k közül a sertralint ajánlja első választandó szernek. A Sertralin dózisát 5–7 napig 25 mg-ban, majd ezt követően 50 mg-ra emelve javasolja az amerikai Szoptatási Orvostársaság Akadémiája. (Sriraman és mtsai, 2015)

b) Triciklusos AD

A triciklikus antidepresszánsok (melyek sorába az alábbi gyógyszerek tartoznak: trimipramin, maprotilin, clomipramin, imipramin, nortriptilin, protriptilin, amitriptilin, doxepin, dothiepin, desipramin) relatíve biztonságosan alkalmazhatók a szoptatás idején. Az FDA általában az L2-es besorolást adja. A csecsemőben alacsony vagy mérhetetlen volt az eddigi vizsgálatokban a triciklikus antidepresszánsok szintje. Elegendő evidencia van a nortriptilin biztonságos használatátra. Egyedül a doxepin kerülendő, mivel metabolitja hosszú hatású. Habár a többi triciklikus szernél (amitriptilin, imipramin, desipramin, dothiepin, dosulepin, klomipramin) nem írtak le jelentősebb mellékhatásokat, de nem áll elég számú evidencia a rendelkezésre.

c) MAO Inhibitorok

Használatuk, biztonságosságuk tekintetében nincs elegendő adat, így általában a klinikai gyakorlat abban áll, hogy szedésüket szoptató anyáknál felfüggesztik, és más antidepresszánsra váltanak.

d) Egyéb antidepresszánsok (kevés adat áll rendelkezésre)

Mivel kevés adat áll rendelkezésre, ezért lehetőség szerint ne legyen az első választás. A bupropion szérum szintjét több tanulmány alacsonynak találta, egy esetben 6 hónapos csecsemőnél görcsöket írtak le (Chaudron és Schoenecker, 2004).

A venlafaxin szérumszintje a csecsemőben változó, inkább a 10%-os határ közelében, vagy a fölött is van. Mivel nincs elég adat, így kerülendő. A mirtazapin relativ csecsemődózisa alacsony ugyan, azonban egy legutóbbi szisztémás irodalmi áttekintés alapján nincs elegendő adat, mely alátámasztaná, hogy biztonságosan adható a szoptató anyának (Smit és mtsai, 2016).

A trazodon és a mirtazapin relatív csecsemődózisa alacsony 1–1,9%, mellékhatás a csecsemőben ritka, vagy mirtazapinnál nem volt riport erről, beleértve a testsúlynövekedést is. A duloxetinnel kapcsolatban sem írtak le mellékhatást. Az agomelatinnal kapcsolatosan is van esettanulmány, amelyben a tejben mért mennyiség figyelembevételével biztonságosnak tartották, de ez a publikáció is csupán egy esetről szólt (Schmidt és mtsai, 2013).

2. Antipszichotikumok

a) Első generációs AP

Az első generációs antipszichotikumok kevesebb, mint 3%-ban választódnak ki az anyatejbe. A legtöbb vizsgálat nem mutat mellékhatást a csecsemőben. A haloperidol relatíve magas dózisban megy át, azonban alkalmazhatóságát az FDA L2-be sorolja. A többi elsőgenerációs szer (klórpromazine, klórprothixen, perphenazin) is relatíve biztonságosnak tekinthetőek.

Phenothizain alkalmazása és a hirtelen csecsemőhalál esetleges kapcsolatáról egy 1982-es publikáció számol be, de a phenothiazin tartalmú készítményt közvetlenül a csecsemő kapta nasopharingitis kezelés kapcsán. (Kahn és Blum, 1982)

b) Második generációs AP

A quetiapin, risperidon, sulpirid és a ziprasidon szoptatáskor történt alkalmazása során a csecsemő szérumában alacsony vagy nem detektálható gyógyszerszintet mértek. A sulpiridet tejelválasztást fokozó hatása miatt is alkalmazták. Az olanzapine alkalmazásakor megnőhet az extrapiramidális mellékhatások kockázata, illetve somnolencia, irritabilitás, insomnia, tremor előfordulhat, de ennek mértéke nem haladja meg a populációs átlagot. Ezért olanzapint csak az anyai kifejezett előnyök birtokában javasoljunk, de a vérszint a csecsemőben alacsony.

Clozapine relatíve magas plazmakoncentrációt ér el, ezért, valamint alkalmazásakor több mellékhatást írtak le, ezért szoptatáskor kerülendő szer.

Hasonlóan kerülendő az amisulpirid, mert plazmakoncentráció 10% feletti, és annak ellenére, hogy alkalmazásakor nem tapasztaltak mellékhatást.

Az aripiprazol plazmaszintje is változó, azonban a 10%-os határt nem éri el, mellékhatás nem jelentkezett.

Jelen ismereteink szerint a quetiapine az a második generációs szer, amely a peripartum teljes időtartama alatt biztonságosabban alkalmazható, de további adatok szükségesek nagyobb számú esetmintán. (Tényi és mtsai, 2002)

3. Hangulatstabilizálók/fázisprofilaktikumok

a) Litium

A lítium kb. 50%-ban megy át az anyai szérumból. A szintje a csecsemőben változó. Bár vannak adatok arra nézve, hogy a lítiumot lehet biztonságosabban alkalmazni, a szoptatás alatt nem ajánlott, illetve lítiumot szedő anya ne szoptasson. Ha mégis az anya ragaszkodik lítium szedés mellett a szoptatáshoz, akkor a csecsemőt szorosan figyelni kell, lítiumszint, vese és pajzsmirigy paraméterek ellenőrzése mellett.

b) Valproát sav

A valproát sav a várandósság előtt és alatt ellenjavallt. A valproát sav szintje a tejben és a csecsemő szérumában alacsony, a relatív csecsemődózis 3% alatt van. Jelentős mellékhatásról nem számolnak be publikációk, egy eset kivételével, amikor thrombocythopenia és anémia jelentkezett a csecsemőnél. (Stahl és mtsai, 1997)

Mivel elméletileg a valproát sav sárgaságot és májkárosodást okozhat, elméletileg az újszülötteket monitorizálni kellene májkárosodás irányában.

c) Karbamazepin

A karbamazepin és metabolitjai jelentős mennyiségben megtalálható az anyatejben, valamint a csecsemő szérumában is vérszintje változó, akár 65%-ot is elér az anya szérumszintjének. Átmeneti hepatotoxikus jellemzői lehetnek, hyperbilinubinemia, emelkedett gamma-GT szint. Irritabilitás, csökkent szopó-reflex előfordulhat az újszülöttnél. Alkalmazása esetén a csecsemő gyógyszerszintjét és a májfunkcióit ellenőrizni kell.

d) Lamotrigin

Ugyancsak nagyobb mértékben megjelenik az anyatejben, akár 30%-os szintet is elérhet. Ennek ellenére nem volt jelentős mellékhatásról beszámoló az irodalomban.

Az antikonvulzív szerek és a szoptatással kapcsolatos eddig megjelent közleményeket minőségbiztosítási szempontból alacsonyabb kategóriába sorolták (Van der Meer és mtsai, 2015). Egy 2013-as áttekintő tanulmány viszont összességében biztonságosan alkalmazhatónak minősítette az antikonvulzív szerek alkalmazását (Davanzo és mtsai, 2013).

4. Anxiolitikumok(szorongásoldók)

a) Benzodiazepinek

Mivel a benzodiazepinek változó mennyiségben választódnak ki az anyatejbe, emiatt a szoptatott csecsemőknél levertséget, fogyást, a fiziológiás sárgaság és hyperbiirubinemia elhúzódását okozhatják. Éppen ezért, ha alkalmazásuk elkerülhetetlen, akkor csak rövid ideig és rövid felezési idejű szert célszerű alkalmazni.

b) Egyéb szerek

Mivel a barbiturátok esetében több tanulmány is kimutatta, hogy átjut az anyatejbe így szoptatás alatt sem ajánlott alkalmazásuk.

5. Hipnotikumok (altatók)

Általánosságban elmondható, hogy az altatók szedése ellenjavallt szoptatás idején. A zolpidem mivel vízben oldódó és gyorsan metabolizálódik szóba jöhet, de kevés adat áll rendelkezésre. Amennyiben az alvászavar farmakoterápiás megoldást igényel, akkor a quetiapin valamint amitriptilin alkalmazása jöhet szóba a szoptatás megtartása mellett.

Pszichotróp gyógyszerek és szoptatás

Ajánlás29 (E)

A mentális zavarral küzdő anyákat bátorítani kell a szoptatásra, kivétel, ha karbamazepint, klozapint vagy lítiumot szednek (a valproát adása nem javasolt gyermeket tervező nőbetegek esetén). Azonban mindig a betegnek és a családájnak legmegfelelőbb etetési mód támogatása a legcélszerűbb (NICE 1.9.8).

Amennyiben az anya pszichotróp gyógyszereket szed a szoptatás ideje alatt, célszerű monitorozni a gyermeket a káros hatások lehetősége miatt. Mindenképpen javasolt a perinatális mentális zavarok terén tapasztalt szakember tanácsát kikérni a gyógyszerezéssel kapcsolatban! (NICE guidance 1.9.11)

A várandósság jelentősen befolyásolja a gyógyszerek plazmaszintjét, valamint változó, hogy a gyógyszerekből mennyi megy át a placentán, illetve az anyatejbe. Bizonyos gyógyszerek szedése mellett megnövekszik a kockázata a teratogenitásnak, a szülészeti komplikációknak, valamint a későbbi viselkedésproblémáknak. Amennyiben lehetséges, javasolt a szülést megelőző időszakban a gyógyszerek dózisának csökkentése vagy a gyógyszer elhagyása, az egyes gyógyszerek alkalmazása esetén a szülés után az újszülöttnél esetlegesen megjelenő diszkontinuációs szindróma elkerülése érdekében.

A pszichotikus zavarokat elsősorban antipszichotikumokkal kezelik (Doucet és mtsai, 2011), melyeket kiegészíthetnek a nem gyógyszeres terápiák. Azon nőknél, akik nem reagálnak jól a gyógyszeres kezelésre, vagy a gyógyszer hatástalannak bizonyul, illetve erőteljesen felmerül az öngyilkosság veszélye, indokolt lehet az EKT használata (Sit és mtsai, 2006).

Kényszerbetegségben (OCD) szenvedő nő esetén, aki szoptatást tervez, a NICE irányelveknek megfelelő kezelés javasolt, kivéve klomipramin és citalopram kombinációja kerülendő, mert nagy mennyiségben választódnak ki az anyatejben.

Ajánlás30 (E)

Szülést követően gyógyszerszedés beállításakor a szoptatás esélyeinek mérlegelése, szükség szerint tejelválasztást csökkentő gyógyszerek beállítása javasolt. Amennyiben a szoptatás mellet dönt az anya a gyógyszeres kezelés mellett, a napi egyszeri adagolás és a gyors felezési idő együttese biztonságosabb, és alkalmat ad gyógyszermentes tej lefejésére a rizikósabb időszakra. Az egyszeri adag gyógyszer bevétele lehetőleg a gyermek hosszabb alvása előtti evést követően javasolt, így a csúcskoncentrációt tartalmazó tejet az anya lefejheti. A kezelés során jelentkező szoptatási probléma, átmenetileg indokolt gyógyszeres kezelés/ az anya állapota miatt felfüggesztett szoptatás esetén a tejtermelés fenntartása, az újszülött/csecsemő táplálása során szoptatásbarát eszközök használata, relaktáció kérdése laktációs szaktanácsadó (IBCLC) bevonását indokolhatja.

A gyógyszerek alkalmazásánál a következőket javasolt szem előtt tartani:

Benzodiazepineket rendszeresen nem javasolt alkalmazni várandós nőknél, eltekintve rövidtávú kezelés esetén, amikor nagyfokú agitáltság, szorongás van jelen. Javasolt mielőbbi fokozatos leállítása. Ennek oka, hogy a magzatnál megnő a szájpadhasadék és benzodiazepin függőség kockázata és újszülötteknél a floppy baby-szindróma lehetősége.

Klozapin alkalmazása szintén kerülendő várandós nőknél, mert megnő a magzati agranulocytosis kockázata. Szoptató nőknél is kerülendő, mert az anyatejben nagy koncentrációban választódik ki, így az újszülöttnél szintén kialakulhat agranulocytosis.

Depot antipszichotikumok szintén kerülendők várandós nők esetében, mert nagyon kevés információ van a biztonságosságukról, több hónappal a depot antipszichotikumok anyánál történő alkalmazását követően is megfigyeltek extrapyramidális tüneteket csecsemőkben.

Antikolinerg szerek adása kerülendő, kivéve akut esetben rövidtávon alkalmazva. Inkább az antipszichotikum megfelelő beállítása javasolt.

Valproát használata szintén kerülendő. 18 évnél fiatalabb nők számára szintén nem javasolt, mert megnő a polycystás ovarium kialakulásának kockázata és növekszik a nem tervezett teherbeesés esélye.

Lítium adása kerülendő várandós nőknél, főként az első trimeszterben, mert szívfejlődési rendellenességek kockázata megnő a magzatban (pl. Ebstein anomália), valamint szoptatás ideje alatt sem javasolt adni, mert nagy mennyiségben választódik ki az anyatejbe. A 2. trimeszterben biztonságosabb az alkalmazása, de helyette tanácsos inkább nagypotenciálú antipszichotikum adása.

Karbamazepin és lamotrigin adás szintén kerülendő várandós nőknél, mert nincs megfelelő bizonyíték a hatásosságára a velőcsőzáródási rendellenességek megnövekedett kockázatával szemben. Szoptatós anyának sem javasolt lamotrigin adása, mert megnő a csecsemőben a bőrgyógyászati problémák megjelenésének kockázata, pl. Stevens-Johnson szindróma.

Paroxetin adása szintén nem javasolt a várandósság alatt pánik rosszullét jelentkezése esetén, helyette biztonságosabb gyógyszer adása javasolt.

Olyan nőnél, aki post-traumás stressz zavarban szenved és gyermeket vár, nem javasolt olanzapin kiegészítő terápia beállítása.

Prevenció

Ajánlás31 (K)

A rövidebb és hatékonyabb kezelés érdekében célszerű a várandósgondozás, sőt, amennyiben lehetséges már a családtervezés során kiszűrni a veszélyeztetett nőket. A szülésre és a szülői hivatásra felkészítő kurzusok részévé kell tenni az esetlegesen előforduló szülést követő pszichiátriai betegségekről történő tájékoztatást.

Azoknak a családot tervezőknek, akiknek anamnézisében mentális zavar szerepel, vagy éppen zajlik, kifejezetten javasolt a pozitív családtervezést ajánlani, mely jelenleg a Nemzeti

Egészségfejlesztési Intézet Családtervezési Osztályán finanszírozott formában elérhető. (NICE guidance 1.4.2)

A premenstruális diszfória és a postpartum depresszió között észlelt kapcsolat kiemelkedő fontosságú, a premenstruális diszfória fenállásakor szignifikánsan többször lép fel gyermekágyi pszichózis. A praemenstruális szindróma és a postpartum depresszió kapcsolata is közismert (Erős, 1998).

A szülés előtti pszichoszociális beavatkozások hozzájárulnak azokhoz a változásokhoz, amelyek a szülővé válást elősegítik és elhárítják a posztpartum depressziót a rizikócsoportokban (Zlotnick és mtsai, 2016). A pszichoedukációt önmagában is hatékonynak találták az anyák. Több országban önsegítő csoportok szerveződtek, a szülés előtti és utáni időszakra egyaránt – esetenként terapeuták is bekapcsolódtak a munkába (Lee és mtsai, 2004, idézi Csatordai, 2009). Tervezett, örömmel viselt várandósság, valamint a stabil párkapcsolat, a partner és a család támogatása is redukálja a PPD előfordulásának esélyét (Csatordai, 2009). A bipoláris zavar és a pszichotikus zavarok nem megelőzhetőek. A szkizofrénia kockázatai és hatásai ugyanakkor hatékonyan kezelhetőek és kontrollálhatóak a várandósságot kísérő konzultációk, tanácsadás és támogatás segítségével.

A következő rizikótényezők szűrésére kell kitérni (Beck, 2001):

– megterhelő életesemények

– szociális háló

– szociális- gazdasági helyzet

– házassági kapcsolat problémái

– családi állapot

– önbecsülés

– nem tervezett/nem kívánt várandósság

– szülés előtti depresszió

– szülés előtti szorongás

– korábbi depresszió

– „baby blues”

– aggódás az újszülött ápolása miatt

– újszülött temperamentuma

Ajánlás32 (K)

A minél korábbi megfelelő diagnózis és a szükséges terápia megkezdése érdekében fontos a szürővizsgálat a rizikócsoportban (a rizikócsoport kiszűrése a Gyermek-alapellátási útmutató rizikókérdőívének használatával történik, ld. Gyermek-alapellátási útmutató a 0–7 éves korú

gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez, 2015, 2. kiadás, V. számú melléklet, jelen irányelvünk XI. melléklet 1. 1.2. 1.): a védőnőnek helyzetértékelést kell végezni a rizikókérdőív alapján és amennyiben szükséges, a Gyermek-alapellátási útmutató VI. számú mellékletének iránymutatása alapján EPDS kérdőívet kell felvenni (ld. XI. melléklet 1. 1.2. 2.). Az adatok, információk és tapasztalatok mérlegelése után, veszélyeztetettség esetén a jogszabályi előírás szerint kell intézkdeni, a védőnőnek jeleznie kell a gyermekjóléti szolgálat felé (Altorjai és mtsai, 2015).

Amennyiben az EPDS kérdőív depressziót jelez, a védőnőnek a kismamát az ezzel a témával speciálisan foglalkozó megfelelő intézetbe kell irányítania (XI. melléklet 1. 1.2. 2.).

A rövid szülészeti megfigyelés során gyakran nem derül még fény a betegség tüneteire (Walther, 1997). Legalább négy-öt hétig posztpartum, otthonukban is követni kellene a nőket (Evins és mtsai, 2000). Walther felmérése szerint a megkérdezett posztpartumdepressziós nők 90%-a belátta, hogy valami nincsen rendben, de csak 20%-uk kért szakszerű segítséget, csak egyharmaduk hitte el, hogy beteg (Walther, 1997).

Az adatok arra utalnak, hogy a szülés előtti pszichoszociális beavatkozások hozzájárulnak azokhoz a változásokhoz, amelyek segítik a szülőket a szülői szerep elsajátításában, és segítenek megelőzni a posztpartum depressziót. A pszichoedukációt önmagában is hatékonynak találták (Páll, 2002). Az egyén, a pár, illetve a család egészséges fejlődése akkor biztosítható, ha a depresszió tüneteit korán felismerjük (Biaggi és mtsai, 2015). A körültekintő egyéni és családi anamnézis felvétele, a kockázati tényezők pontos felmérése és a pszichopatológiai tünetek felismerése jelentős mértékben segíthet a depresszió és egyéb pszichiártiai zavarok mielőbbi, adekvát kezelésében, a súlyosabb kórállapotok és azok következményeinek megelőzésében.

Ajánlás33 (K)

A háziorvos saját körzetében tájékoztatást ad a pre-, peri- és postnatális mentális zavarokról, azok tüneteiről, jelentőségéről, a megelőzés és a kezelés lehetőségeiről és annak elérhetőségéről, követi a rizikócsoportba tartozó, valamint a megelőzően, vagy aktuálisan pszichiátrai kezelés alatt álló betegeket, emellett figyelemmel kíséri szomatikus állapotukat, belgyógyászati és egyéb betegségeiket, felméri és felismeri sürgősségi teendőt igénylő állapotokat és a veszélyeztető magatartást. Ha a várandósság alatt, a gyermekágyas időszakban, vagy azt követően pszichés állapotváltozást regisztrál, akkor pszichológiai intervenciót kezdeményezhet, vagy speciális ellátóhelyre (XI. melléklet 1. 1.3. 1.), illetve pszichiátriai ellátóhelyre irányítja a várandós nőt, anyát.

Amennyiben várandósság alatt, a gyermekágyas és ezt követő időszakban hangulatváltozások, pszichoszomatikus tünetek, alvászavar jelentkezik, valamint a jelen irányelv 19–25. ajánlásaiban részletezett panaszok és tünetek észlelhetőek, az állapot jellegének és súlyosságának megfelelő intervenció szükséges.

Szűrés jelleggel javasolt az EPDS kérdőív (XI. Melléklet 1. 1.2. 2.) felvétele, és az eredménynek megfelelően az anyát tovább kell utalni a regionális ellátóhelyre.