

**Szegedi Tudományegyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(Igazgató: Pál Attila dr. egyetemi tanár) és
Szegedi Tudományegyetem, Pszichológia Intézet
(Intézetvezető: Szokolszky Ágnes dr. egyetemi docens)* közleménye**

**A prenatális szorongás és depresszió alakulása egészséges terheseknél, összevetve a
posztnatális depresszió kialakulásának esélyeivel**

**Tőreki Annamária , Keresztúri Attila Dr., Koloszar Sándor Dr., Sefcsik Tamás* és Pál
Attila Dr.**

Levelezési cím: Tőreki Annamária, 6725 Szeged, Semmelweis u.1.

Összefoglalás

A terhesség negyven hete alatt mérhető pszichés változások mennek végbe a terhesekben, még abban az esetben is, ha egészséges terhességről beszélünk. Negyvenöt gravida pszichés állapotának változásait követtük a terhesség alatt és a szülés utáni 6 hetes időszakban 2008. januártól 2009. februárig terjedő időintervallumban. A vizsgált személyek Csongrád megyéből kerültek ki. A pszichés változást Beck depresszió kérdőívvel, Spielberger szorongás kérdőívvel, illetve pszichológiai immunrendszer felmérő teszttel követtük. A negyvenöt terhest kétféleképpen osztottuk két csoportra: egyrészt aszerint hogy primiparák illetve multiparák (19/26 fő), valamint tervezett és nem tervezett teresség alapján (38/7 fő). Azok a nők, akik nem első gyermeküket várják, lényegesen nagyobb szorongással és depresszióval élik meg a terhességet, valamint szülés után a depresszív tünetek nagyobb mértékben jelentkeznek, mint az első gyermeküket váró nőknél. Akkor, ha a terhes nem tervezte a terhességet, szintén nagyobb mértékben figyelhető meg depresszió a terhesség elején, mint tervezett terhességnél. A pszichológiai immunrendszer állapota szorosan összefügg a terhesség alatti pszichés változások mértékével.

Kulcsszavak: *antenatális szorongás, perinatális depresszió, pszichológiai immunrendszer*

A szülészet-nőgyógyászatban az élettani folyamatok, mint például menstruáció, terhesség, szülés, menopauza, stb. olyan pszichopatológiás jelenségeket idézhetnek elő, mint szorongás vagy depresszió.

A pszichológia álláspontja szerint a pszichés zavarok gyakran kötődnek az életszakaszok váltakozásához, melyek a nőknél sokkal hangsúlyosabban jelentkeznek. A depressziós tünetek előfordulása kétszer gyakoribb nőknél, mint férfiaknál, mely tulajdonítható a nők ciklikus hormonszint változásának is. A szorongás gyakran fontos támpont lehet a nőgyógyászati diagnózis felállításában, mivel lehetnek nőgyógyászati következményei is, mint például vérzés zavar vagy meddőség [1].

Az állapotos nők kb. 25-30%-a számol be a graviditás alatt depresszív tünetekről, melyre leginkább az első és utolsó trimeszterben lévők az érzékenyek. A jelentkező pszichés változások miatt gyakran lehet szükség kezelésre, akár pszichoterápia, akár farmakoterápia formájában [2].

A szülést követő időszak pszichiátriai problémáit három csoportra osztjuk [3]:

- postpartum lehangoltság (prevalenciája 50-85%)
- postpartum depresszió (prevalenciája 10-20%)
- postpartum pszichózis (prevalenciája 0,1-0,2%).

Számos tanulmány, könyv, kutatás és publikáció született a témában Magyarországon és külföldön egyaránt.

1997-ben Szeverényi Péter és mtsai az akkori országos eredményeket tették közzé. Hangsúlyozzák a holisztikus szemléletmód jelentőségét, és felvázolják, miért olyan nehéz a gyakorlatban is megvalósítani a pszichoszomatikus orvoslást [4].

2006-ban Csatornai Sarolta és Kozinszky Zoltán támogatásával napvilágot látott egy kutatási eredmény, amely a szülés utáni depressziót mérte fel [5]. 163 anya pszichés állapotát vizsgálták Leverton-teszttel 2001-től 2003-ig. A vizsgálat szerint a terhesek 78,9%-a, a puerperiumban mérve 77,2%-a sérülékeny a depresszióra nézve.

A témában számos nemzetközi vizsgálat történt, és napjainkban is nagyon sok szinten jelen van a perinatális pszichológia szakterületén végzett kutatás. Hitelesen visszaigazolja a depresszív hangulatingadozásokat a Beck depressziós tüneteket mérő kérdőív (BDI: Beck Depression Inventory), mellyel egy átfogó kutatás eredményeit közölték az USA-ban 2008 júliusában [6]. A vizsgálatból nyilvánvalóvá válik, melyek azok a faktorok, amelyek

egyértelműen befolyásolják a terhesség alatti depresszív hangulatot: kor, családi állapot, egészségi állapot, stressz és traumatikus élmények mind hatással voltak a terhesség alatti és szülés utáni lehetséges depresszív tünetek kialakulására.

Szintén BDI-vel végeztek kutatást terhesek körében a BMC (Biomedcentral) Psychiatry-ban megjelent publikáció szerzői [7]. A kutatásban primiparákat és multiparákat mértek föl, 26-32. gestatiós hét között, összesen 367 terhest. Majd megismételték a kérdőív felvételét 10-12 héttel szülés után. Az eredmény alapján a terhesség alatti szorongás és depresszió egyértelműen előre jelezte a szülés utáni depresszív tünetek veszélyét. Az eredmények hitelesen jelzik, hogy a perinatális depresszió lehetőségével mindenképpen számolni kell, és az antepartum időszakban végzett sikeres pszichoterápiával vagy farmakoterápiával jó eséllyel megelőzhető a postpartumban kialakuló depresszió [8].

Jelen vizsgálatban célul tűztük ki a pszichés változások mérését a terhesekben a gestatio három trimeszterében. Azt vizsgáltuk, hogy vannak-e mérhető változások a szorongási tünetek és a depresszív tünetek alakulásában? Van-e különbség aközött, hogy valaki az első, illetve a második/harmadik gyermekét várja? Vajon a nem tervezett terhesség elég indok-e arra, hogy a gravida jobban szorongjon és fokozottabban produkálja a depresszív tüneteket? Vajon azok a terhesek, akiknek gyengébb a pszichológiai immunrendszerük, nehezebben viselik-e a terhességet: többet szoronganak és lehangoltabbak, mint azok, akik a pszichológiai immunrendszer skálán magasabb pontszámot érnek el, azaz erősebb pszichológiai immunrendszerrel rendelkeznek (Oláh, 2004)? Továbbá választ kerestünk arra a kérdésre is, hogy ha a terhesség alatt egy terhesről nyilvánvalóvá válik a fokozottabb lehangoltság, vajon ez előrevetít-e egyfajta postpartum lehangoltságot, netán depressziót?

Anyag és módszer

Vizsgált személyek

2008. januártól 2009. februárig kérdőíves felmérést végeztünk Csongrád megyében élő negyvenöt egészséges terhessel. Az említett asszonyok graviditásuk alatt terhespatológiai ellátásban nem részesültek. A terheseket két csoportra osztottuk aszerint, hogy először (19fő) illetve többször szülők (26fő), illetve a terhesség tervezettségére alapján (tervezett; n=38 és nem tervezett terhesség; n=7). A kérdőívek felvétele járóbeteg szakellátás keretei között történt, anonim módon, önkitöltéssel. A graviditás alatt minden terhes a terhesség ugyanazon

hetében töltötte ki a kérdőíveket: öt alkalommal terhesség alatt, egy alkalommal pedig szülés után, a következő módon:

- 10-18. hét: Beck Depresszió kérdőív (BDI)
- 18-24. hét: Spielberger szorongás kérdőív (STAI-S)
- 24-28. hét: Pszichológiai immunrendszer felmérő lap
- 28-32. hét: Beck depresszió kérdőív (BDI)
- 32-38. hét: Spielberger szorongás kérdőív (STAI-S)
- szülés után 6 héttel: Beck depresszió kérdőív (BDI)

Összességében tehát a terhesek három alkalommal BDI-t, két alkalommal STAI-t, egy alkalommal pedig coping tesztet töltöttek ki, melyek együttesen alkalmasak a szorongás és a depresszió tüneteinek változását mérni a terhesség alatti hónapokban és a szülés utáni időszakban. A fent felsorolt kérdőívek egyes tételeinek összesített pontszámával dolgoztunk. A Beck-féle depresszió kérdőív az egyik leggyakrabban használt kérdőív a depresszió súlyosságának megállapítására és követésére. A kérdőív pszichometriai elemzése igen jó validitás és reliabilitás értékeket jelzett. Alkalmazásával jól követhető a hangulat változása, így mind a kutatásban, mind a terápia folyamatos követésében hasznos eszköz, de nem diagnosztikai célzattal készült, vagyis önmagában nem alkalmas a depresszió diagnosztizálására (Kopp).

Az egyes tételek négyféle állítást tartalmaznak, 0-3 súlyossági sorrendben. A kitöltő személy a rá legjellemzőbb állításokat választja, ezek pontértékei kerülnek összegzésre. A terhesekkel végzett felmérésben a 21 kérdésből a súlygyarapodásra vonatkozó kérdést kihagytuk, mivel ezt a kérdést terhesek körében nyilvánvalóan fölösleges fölteni, hiszen terhesség alatt súlygyarapodásról, szülés után pedig normális súlyvesztésről beszélhetünk (Kopp).

A szorongás mérésére a Spielberger-féle állapot (STAI-S) és vonásszorongás (STAI-T) kérdőívek alkalmasak, mely 40 tételből áll. Az állapot szorongást mérő skálával a különböző pszichés terhelésekre fellépő szorongási reakció erősségét határozhatjuk meg. A szorongásra való hajlamot az alkati szorongást mérő skála mutatja meg (Sipos).

A Pszichológiai Immunrendszer koncepciójában Oláh egy komplex kognitív eszközrendszert feltételezett, mely védetté teszi a személyiséget a stressz testi-, lelki egészségkárosító hatásával szemben. A fogalom kialakítását a megküzdés-kutatások eredményei, valamint a coping potenciál vagy protektív dimenziók közös mechanizmusa indokolta (Oláh 2004). A

kérdőív 80 tételt tartalmaz, 16 olyan társas kognitív jellemzőt mér, amelyeket a pszichológiai stresszel szembeni védekezéssel hoznak kapcsolatba (Oláh+Oláh).

Statisztikai módszerek:

A statisztikai számításokat SPSS for Windows programmal dolgoztuk fel. Kolmogorov-Smirnov próbával ellenőrizve az egyes kérdőívekre kapott pontszámok normális eloszlást mutatnak. A folytonos változók összehasonlítását két csoport esetében (primiparák vs. multiparák, illetve tervezett vs. nem tervezett terhesség) két mintás t-próbával végeztük. Azoknál a hipotéziseknél, ahol a pszichológiai immunkompetencia volt a cél, korrelációs számítását végeztünk (a Pearson-féle korrelációs koefficiens kiszámításával). Az egyes t-próbáknál a szabadsági fokot, a szignifikancia szintjét is megadtuk. $P=0,05$ -öt tekintettük a statisztikai szignifikancia határának.

Eredmények

Primiparák és multiparák (19/26 fő) STAI skálán szerzett pontszámait adja meg az 1.ábra. A szorongás mértéke fokozódik a paritástól függetlenül a terhességi kor előrehaladtával. A középső trimeszterben a multiparák (32.5 ± 6.9 vs 30.7 ± 6.1 , $df:43$, $p:0.36$, $t:-0.93$), míg a terhesség harmadik harmadában a primiparák (35.6 ± 7.6 vs 35.3 ± 6.6 , $df:43$, $p:0.88$, $t:0.15$) érték el magasabb pontértékeket a szorongásskálán szignifikáns eredmény nélkül.

A depresszív tüneteket a terhesség folyamán két alkalommal mértük és hasonlítottuk össze a primiparák és a multiparák által elért pontszámok segítségével (2.ábra). A depresszív tünetek a terhesség előrehaladtával fokozottabban jelentkeznek, majd csökkennek a posztpartum periódusban, ám szignifikáns különbség nem figyelhető meg a két alcsoport között. A terhesség első felében a multiparák BDI pontszáma: 5.81 ± 4.0 , míg az először szülőké 4.89 ± 4.1 ($df:43$, $p:0.42$, $t:-0.82$), míg a terhesség végén ez a különbség kicsit nagyobb (8.1 ± 4.7 vs 6.4 ± 4.3 , $df:43$, $p:0.21$, $t:-1.3$). A gyermekágyi időszakban a BDI pontszámok majdnem a terhesség első időszakára jellemző szintre csökkennek (multiparák: 5.9 ± 4.0 vs 5.0 ± 3.7 , $df:43$, $p:0.88$, $t:0.43$).

Tervezett (38fő) és nem tervezett (7fő) terhességet viselők szorongását vizsgálva a következő eredményt kaptuk: az első mérésnél a nem tervezett terhességgel rendelkezők szignifikáns módon kevésbé szoronganak (27.1 ± 6.1 vs 32.6 ± 6.6 , $df:43$, $p:0.04$, $t:2.1$). Ezzel szemben a második adatfelvétel idején, azaz a harmadik trimeszterben, szülés előtt a szorongás esetében nincs különbség (tervezett: 35.8 ± 6.5 vs nem tervezett: 33.6 ± 9.4 , $df:43$, $p:0.44$, $t:0.77$). A nem

tervezett terhesség esetén a szorongásos tünetek nagyobb mértékben erősödnek a terhesség előrehaladtával, mint tervezett terhességnél (3.ábra).

A depresszív tünetek gyakoriságát vizsgálva a következőket tapasztaltuk: a nem tervezett terhességgel rendelkezők kissé magasabb pontszámokat értek el a terhesség elején (5.7 ± 3.1 vs 5.4 ± 3.8 , $df:43$, $p:0.82$, $t:-0.2$), míg a terhesség második felében (7.4 ± 4.7 vs 7.3 ± 4.0 , $df:43$, $p:0.95$, $t:0.06$) illetve a gyermekágyas időszakban (5.7 ± 4.0 vs 4.9 ± 3.13 , $df:43$, $p:0.62$, $t:0.5$) már a tervezett terhességgel rendelkezők értek el magasabb pontértéket. Szignifikáns különbség azonban nem adódott.

A szorongás és a pszichológiai immunrendszer összehasonlítására a két STAI kérdőív eredményeit összehasonlítottuk a coping kérdőív eredményével, amelyet a 24-28. gestációs hét között vettünk fel a terhesekkel.

A 18-24. héten ($r=-0.56$, $p<0.001$), illetve a 32-38. héten felvett STAI ($r=-0.42$, $p=0.001$) is szignifikáns korrelációt mutat a coping kérdőívvel, méghozzá fordított arányú összefüggéssel.

A különböző időszakokban felvett BDI-t összehasonlítottuk az Oláh-skálán elért eredményekkel: a terhesség első felében ($r=0.53$, $p<0.001$) és a második felében ($r=-0.55$, $p<0.001$), illetve a gyermekágyban ($r=-0.48$, $p=0.001$) mért BDI skálán elért pontszámok szignifikáns módon korrelálnak a coping teszt eredményeivel, azonban mindvégig fordított arányt mutatva.

A három különböző időpontban kitöltött BDI pontszámok korrelációja a következőképpen alakult: a koraterhességi BDI ($r=0.58$, $p<0.001$) egyenes arányban korrelált a gyermekágyban kitöltött BDI pontszámokkal. A késő terhességi BDI még erősebb korrelációt mutatott a szülés után felmért BDI-val ($r=-0.63$, $p<0.001$).

Megbeszélés

Eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy különbség van a depresszív tünetek megjelenésében a primiparák és a multiparák között az utóbbiak javára. A szorongás tekintetében is hasonló eredmények születtek, azaz azok a nők, akik nem az első gyermeküket várják, jobban szoronganak a terhesség elején, mint először terhes társaik. A szülés utáni depresszió alakulásában is megfigyelhető ez a tendencia: a nem első gyermeküket várók nehezebben viselik a szülés utáni megpróbáltatásokat, mint azok a nők, akik először mennek keresztül ezeken a folyamatokon. A kis elemszám limitálja vizsgálatunk eredményét, de eredményeink egybecsengenek Leigh B. és mtsa publikációjában leírtakkal, ahol 367 terhest

vizsgálva hasonló eredményt kaptak, ám ott szignifikáns eredmény mutatkozott [8]. Tehát a terhesség alatti depresszió előre jelzi a szülés utáni depresszív tünetek veszélyét.

A primiparák/multiparák tekintetében elgondolkodtató eredmények születtek. Laikusként azt várhatnánk, hogy azok a nők, akik még soha nem hordtak ki terhességet, sokkal nagyobb izgalommal, feszültséggel élik meg a terhesség 40 hetét, hisz számukra egy ismeretlen folyamat zajlik, és mint tudjuk, az ismeretlen nagyobb feszültséget generál, mint a már megtapasztalt élmények újbóli átélése. Ebben az esetben viszont azt látjuk, hogy egy fordított képletet kapunk. Ennek számos oka lehet: a multiparáknak már van legalább egy gyermekük, aki feltételezhetően elég kicsi ahhoz, hogy a terhes figyelmét lefoglalja, aki nagyobb törődést igényel, akivel számos kötelezettsége van az anyának, ami miatt a terhesnek nincs elég ideje ráhangolódni a méhében fejlődő magzatára, sőt esetenként kényelmetlen is lehet számára a megváltozott fizikai állapot, amely gyakran gátolja a már meglévő gyermekkel való foglalkozásban. Valamint az is oka lehet a kapott eredménynek, hogy a terhes már tudja, mi vár rá, és fokozottabban aggódik, hogyan fogja tudni ezt összeegyeztetni a már meglévő gyermekkel. Gondolunk itt az esetleges kórházi tartózkodásra, a szülési fájdalomra, a gyermekágyas időszak fizikai és lelki megpróbáltatásaira. Ha a terhes ezeket az élményeket az első gyermek születésénél is nehezebben viselte, akkor sokkal inkább aggódik amiatt, hogyan fogja tudni ezt a folyamatot két gyermekkel végezni.

A tervezett/nem tervezett terhesség esetén is depressziót és szorongást vizsgáltunk. Hasonló eredmények születtek, mint a korábbi kutatásokban [7]. Nem tervezett terhességnél a szorongás a terhesség előre haladtával egyre nő, azaz a szülés közeledtével a szorongás fölerősödik azokban a terhesekben, akik nem tervezett terhességet viselnek. Az eredmény nem szignifikáns, de tendenciájában mindenképpen látványos a különbség.

Erős korrelációt találtunk a szorongás/depresszió és a pszichológiai immunrendszer között. Az eredmény várható volt: azok a nők, akik egyébként is gyengébb pszichológiai immunrendszerrel rendelkeznek, érthető módon jóval többet szoronganak és jóval depresszívebbek, mint az erősebb pszichológiai immunrendszerrel rendelkezők. A terhesség megpróbáltatásait, a szülési fájdalmakat, valamint a szülés utáni folyamatokat nehezebben viselik.

Szintén erős összefüggést találtunk a terhesség alatti depresszív tünetek megjelenése, és a szülés utáni depresszió között. Azaz azok a terhesek, akikre a gestatio 40 hete alatt fokozottabban jellemző a depresszív hangulat, azokat bizonyára a szülés utáni időszak is jobban megviseli.

A posztnatális depresszió veszélyes a korai imprinting időszakra, azaz az anya-gyerek kapcsolat korai alakulására. Mivel gyakran rejtve marad, mert az anya nem kér segítséget a környezettől, a környezet pedig nem ismeri fel a jelentkező tüneteket, ezért veszélye az anya-gyerek kapcsolatra fokozottabb [8]. Emiatt fontos a terhesség alatti pszichés gondozás elérhetővé tétele, hiszen a terhesség alatt felismert irreális szorongás vagy depressziós tünetek előre jelezhetik a posztnatális pszichés zavarok lehetőségét, ennél fogva odafigyeléssel és kezeléssel jó eséllyel megelőzhetők a posztnatálisan kialakuló tünetek és betegségek.

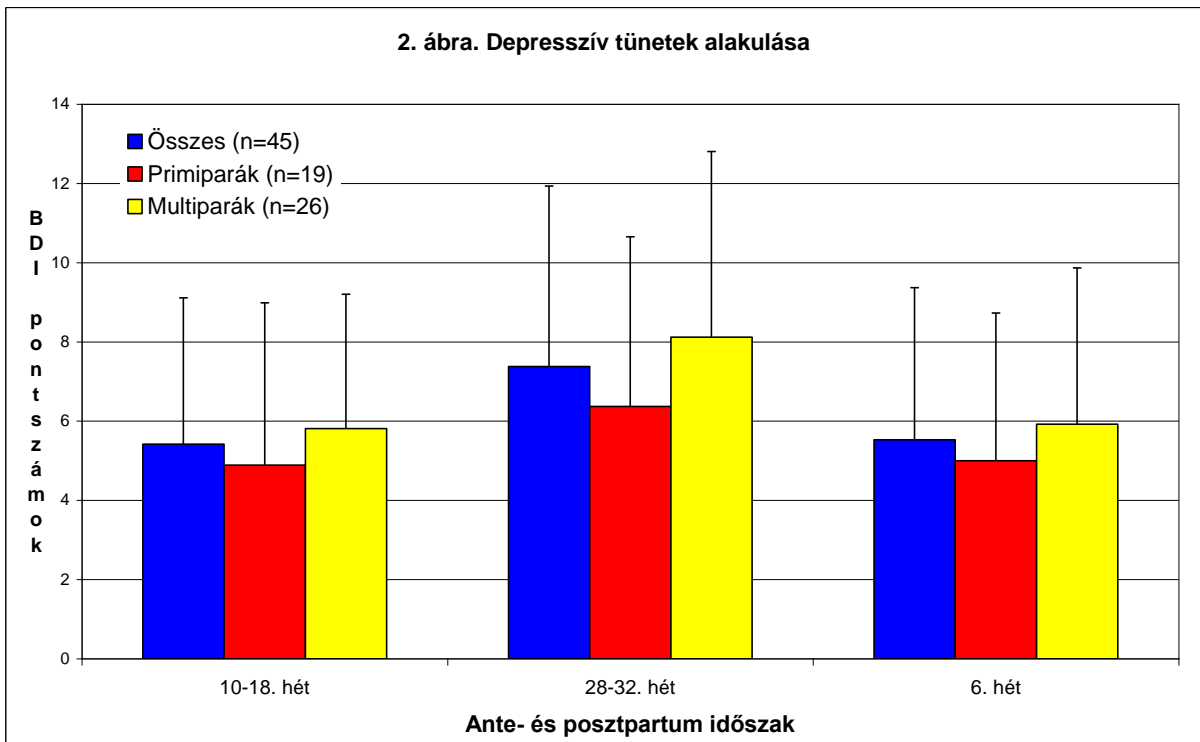
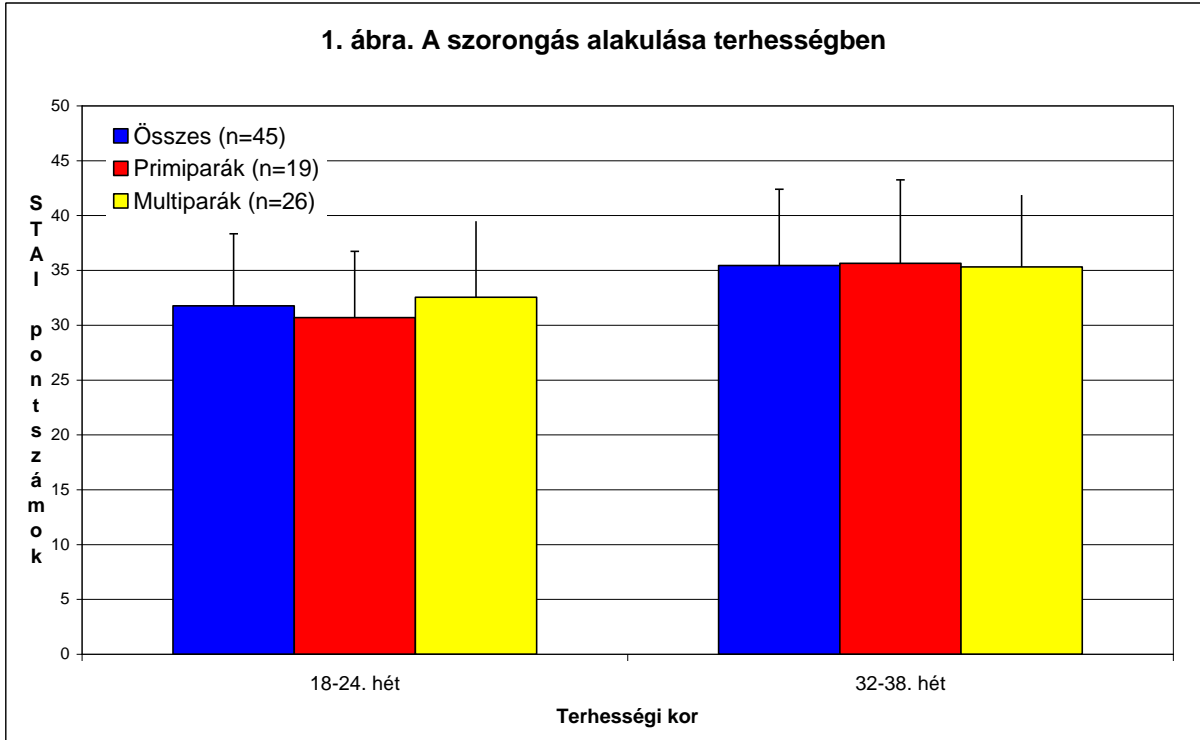
Köszönetnyilvánítás:

Köszönetemet és hálámat fejezem ki Dr. Kozinszky Zoltánnak, az Oslói Szülészeti Klinika orvosának, aki kiváló szakmai hozzáértésével elvégezte a szükséges utójavításokat a tanulmányon.

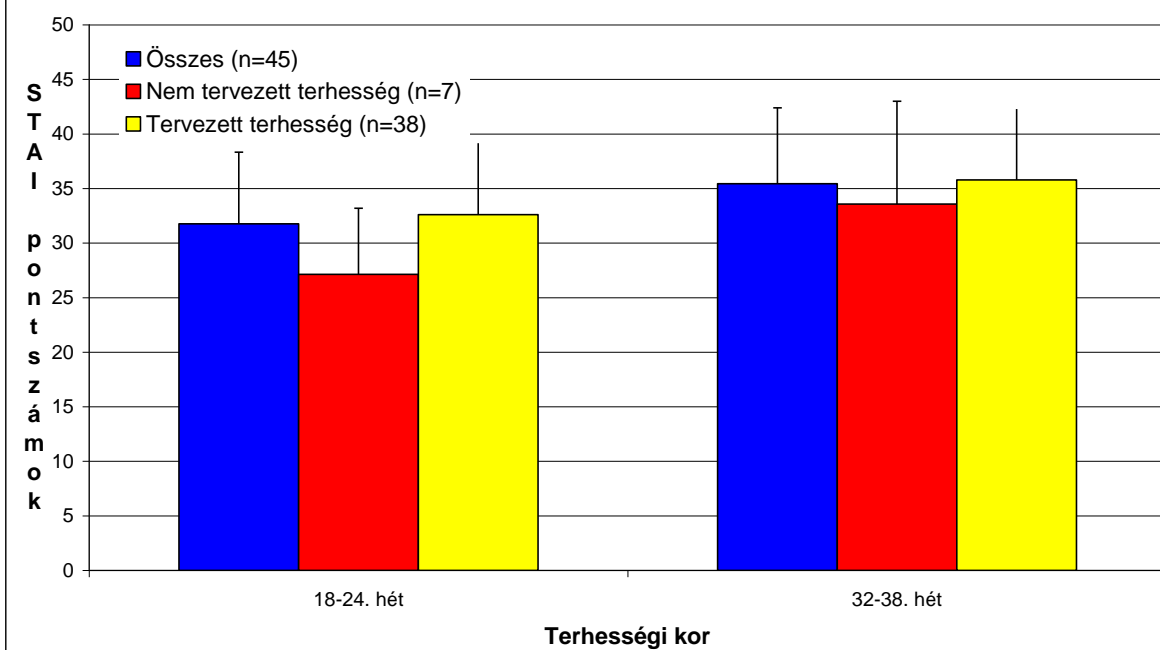
Irodalom

- [1] C. Molnár E. (2006) Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria. Budapest, Medicina
- [2] Belső N. (2006) A perinatális időszak pszichés zavarai Budapest, Medicina
- [3] C. Molnár E. (2006) Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria. Budapest
- [4] Szeverényi P. Pszichoszomatikus szemlélet a szülészeti-nőgyógyászati betegellátásban. Magyar Nőorvosok Lapja 1997; 76 143-148.
- [5]Csatordai S., Kozinszky Z. A szülés utáni depresszió előjelzése randomizált reprezentatív mintában. Magyar Nőorvosok Lapja 2006; 69 17-22.
- [6]Oriana Vesga-Lopez, , Carlos Bianco Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Woman. Archives of General Psychiatry, 2008/7; 805-815.
- [7]Leigh B., Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. BMC Psychiatry 2008/4; 169-174.
- [8] C. Molnár E. (2006) Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria. Budapest
- Kopp M. (1994): Orvosi pszichológia. SOTE Magatartástudományi Intézet, Budapest 157-159.old.
- Oláh A. (2004): Megküzdés és pszichológiai immunitás. In: Pléh Cs., Boross O. (szerk): Bevezetés a pszichológiába. Budapest, Osiris Kiadó, 631-663.
- Oláh A. (2000): Health protective and health promoting resources in personality: A framework for the measurement of the psychological immune system. Manuscript, Eötvös Lóránd University.
- Sipos K. &Sipos M. (1983): The development and validation of the Hungarian form of State-Trait Anxiety Inventory. In: Spielberger, C.D.&Diaz-Guerrero, R. (Eds): Cross-Cultural Anxiety (Vol.2.). Washington: Hemisphere, 27-39.

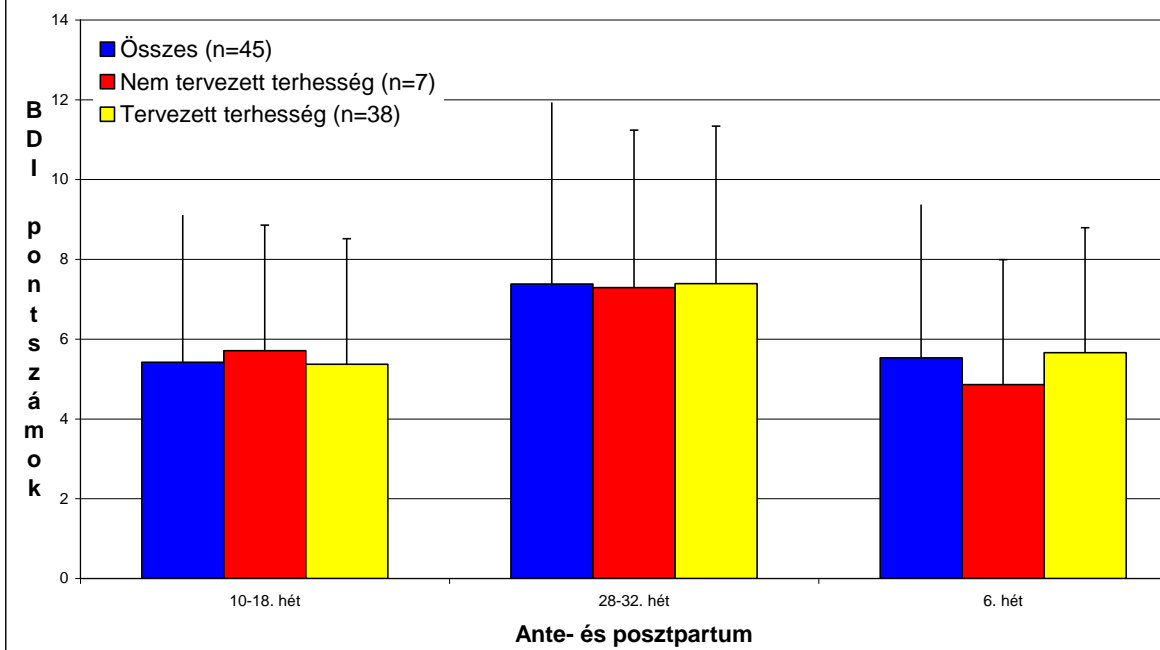
Ábrák



3. ábra. Szorongás alakulása a terhesség tervezettségére szerint



4. ábra. Depresszív tünetek alakulása



The prevalence of prenatal distress and depression in physiological pregnancies from the aspect of postpartum depression.

During the 40 weeks of pregnancy women undergo significant psychic changes even in case of physiological pregnancies. We followed the psychic status of 45 women during the perinatal period between January 2008 to February 2009. All women lived in County Csongrád.

Psychic changes were monitored by Beck Depression Inventory, Spielberger Inventory and a test aimed to assess the coping capacity. The 45 pregnant women were divided into two groups according to their being nulliparous or multiparous and further two groups according to their pregnancy having been planned or not.

Those already having one or more children experienced significantly higher level of distress and depression during their pregnancies, additionally symptoms of postpartum depression arose more intensively. In the case of unintended pregnancies distress and depression occurred more frequently compared to the planned ones. Coping skills are in strong correlation with the extent of psychic changes during pregnancy.

Keywords: antenatal distress, perinatal depression, coping

Töreki Annamária
pszichológus
Szegedi Tudományegyetem
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
Szeged 6725 Semmelweis u.1.
torekiannamaria@gmail.com