LXXVI. ÉVFOLYAM 3. SZÁM 325–536. OLDAL 2026. február 3.

EGÉSZSÉGÜGYI KÖZLÖNY

A BELÜGYMINISZTÉRIUM HIVATALOS LAPJA

TARTALOM

I. RÉSZ
Személyi rész

II. RÉSZ
Törvények, országgyűlési határozatok, köztársasági elnöki határozatok, kormányrendeletek és -határozatok, az Alkotmánybíróság határozatai

III. RÉSZ
Miniszterelnöki, egészségügyért felelős miniszteri és egyéb miniszteri rendeletek és utasítások

IV. RÉSZ
Útmutatók

V. RÉSZ
Közlemények

A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a perinatális időszak mentális megbetegedéseiről 326

A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a diabéteszes retinopathia szűréséről, diagnosztikájáról, kezeléséről és szemészeti gondozásáról 414

A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a felnőttkori asztma gyógyszertárakban végzett gyógyszerbiztonsági ellenőrzéséről és gyógyszerészi gondozásáról 444

A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a kritikus betegállapotot jelző laboratóriumi eredmények kezelésének gyakorlatáról 493

VI. RÉSZ
A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő közleményei

VII. RÉSZ
Vegyes közlemények

I. RÉSZ
Személyi rész

II. RÉSZ
Törvények, országgyűlési határozatok, köztársasági elnöki határozatok, kormányrendeletek és -határozatok, az Alkotmánybíróság határozatai

III. RÉSZ
Miniszterelnöki, egészségügyért felelős miniszteri és egyéb miniszteri rendeletek és utasítások

IV. RÉSZ
Útmutatók

V. RÉSZ
Közlemények

A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a perinatális időszak mentális megbetegedéseiről

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	002180
Érvényesség időtartama:	megjelenést követő 3 év

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. **Pszichiátria Tagozat**
   Prof. Dr. Réthelyi János, pszichiátria, klinikai genetika, pszichoterápia, elnök
2. **Csecsemő- és gyermekgyógyászat Tagozat**
   Dr. Bereczki Csaba, csecsemő- és gyermekgyógyászati intenzív terápia; nephrológia; csecsemő-gyermekgyógyászat; klinikai farmakológia szakorvosa, elnök, 2024. december 10-ig
   Dr. Nagy Anikó, gastroenterológia, csecsemő-gyermekgyógyászat, egészségbiztosítás, gyermeksürgősségi orvostan szakorvosa, elnök, társszerző, 2024. december 10-től

Fejlesztő munkacsoport tagjai:

Prof. Dr. Kurimay Tamás, pszichiáter szakorvos, addiktológus, pszichoterapeuta, pszichiátriai rehabilitációs szakorvos, kiképző család-pszichoterapeuta, diplomás szupervizor, társszerző
Dr. Németh Tünde, csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos, pszichoterapeuta szakorvos, társszerző
Dr. Danis Ildikó PhD, fejlődéspszichológus, alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus, pár- és családterapeuta, integrált szülő-csecsemő konzulens, társszerző
Dr. Pelikán Anett, pszichiáter szakorvos, társszerző
Fenyves Tamás, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, kapcsolattartó, társszerző
Dr. Szilágyi Petra Andrea, pszichiáter szakorvos, társszerző
Hortobágyi Ágnes, pszichológus, klinikai szakpszichológus-jelölt, PhD-hallgató, társszerző

Mező Gábor Máté, pszichológus, klinikai szakpszichológus-jelölt, társszerző
Szabó Georgina PhD, pszichológus, klinikai szakpszichológus-jelölt, társszerző
Grenda Zsófia, pszichológus, klinikai szakpszichológus, társszerző
Bereczné Babus Eszter, diplomás ápoló, integrált szülő-csecsemő konzulens, társszerző
Dr. Tory Vera, csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos, neonatológus, integrált szülő-csecsemő konzulens, társszerző
Dr. Várady Erzsébet, csecsemő-gyógyász, neonatológus, IBCLC laktációs szaktanácsadó, társszerző
Prof. Dr. Hédervári-Heller Éva, gyermek és ifjúsági analitikus, integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens és terapeuta, szupervizor, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. **Addiktológia Tagozat**
   Dr. Szemelyácz János, addiktológia, pszichoterápia, pszichiátria szakorvosa elnök, véleményező
2. **Ápolási, szakdolgozói és Szülésznő Tagozat**
   Ujváriné Dr. Siket Adrienn, diplomás ápoló, egészségfejlesztési szakember, elnök, véleményező
3. **Gyermek-alapellátás (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvoslás) Tagozat**
   Dr. Kovács Tamás, csecsemő-gyermekgyógyászat, csecsemő- és gyermekkardiológia, neonatológia szakorvosa, elnök, véleményező
4. **Gyermekpszichiátria és -addiktológia Tagozat**
   Dr. Nagy Péter, gyermek- és ifjúságpszichiáter szakorvos, elnök, véleményező
5. **Háziorvostan Tagozat**
   Dr. Szabó János, háziorvostan, foglalkozás-orvostan (üzemorvostan) szakorvosa, elnök, véleményező
6. **Humán reprodukciós Tagozat**
   Dr. Sipos Miklós, szülészet-nőgyógyászat, szülészeti-nőgyógyászati ultrahang-diagnosztika elnök, véleményező
7. **Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat**
   Dr. Kovács Péter, pszichoterápia, klinikai és mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus, elnök, véleményező
8. **Mozgásterápia, fizioterápia Tagozat**
   Dr. Hock Márta, gyógytornász-fizioterapeuta, elnök, véleményező
9. **Védőnő (területi, iskolai, kórházi, családvédelmi) Tagozat**
   Lőrinczi Orsolya Éva, védőnő, okleveles szakvédőnő – területi szakvédőnő specializáció (MSc), elnök, véleményező
10. **Igazságügyi orvostan, orvosszakértés biztosítási orvostan Tagozat**
    Dr. Szabados György, igazságügyi orvostan és egészségbiztosítás szakorvosa, egészségügyi szakjogász, elnök, véleményező
11. **Szülészet és nőgyógyászat Tagozat**
    Dr. Nagy Sándor, szülészet-nőgyógyászat, klinikai genetika, szülészeti-nőgyógyászati ultrahang-diagnosztika szakorvosa, elnök, véleményező
12. **Dietetika, humán táplálkozás Tagozat**
    Gubicskóné Dr. Kisbenedek Andrea, dietetikus, elnök, véleményező
13. **Neonatológia Tagozat**
    Dr. Kiss Judit Klára, csecsemő-gyermekgyógyászat, neonatológia szakorvosa, elnök, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült."
„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt tagozatok dokumentáltan egyetértenek."

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői:
Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:
Nem került(ek) bevonásra.
Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:
Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság.
Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:
1. Házi Gyermekorvosok Országos Egyesülete.
2. Magyar Védőnők Egyesülete.
3. Magyar Pszichiátriai Társaság.

Független szakértő(k):
Nem került(ek) bevonásra.

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): Prevenció, szűrés, 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
0500 csecsemő- és gyermekgyógyászat
0501 neonatológia
0502 PIC
1800 pszichiátria
1801 addiktológia
1804 pszichiátriai rehabilitáció
1805 pszichoterápia
1806 addiktológiai rehabilitáció
2300 gyermek- és ifjúságpszichiátria
2301 gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitáció
6301 háziorvosi ellátás
6302 házi gyermekorvosi ellátás
6303 felnőtt és gyermek (vegyes) háziorvosi ellátás
7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia
7104 pszichoterápia (szakpszichológusi ráépített szakképesítéssel)
7302 pszichiátriai szakápolás és mentálhigiéné
7303 csecsemő- és gyermekszakápolás
7308 szülésznői ellátás (intézeti)
7600 dietetika
7901 területi védőnői ellátás
7903 családvédelmi szolgálatnál nyújtott ellátás

Ellátási forma:

A1 alapellátás, alapellátás
A2 alapellátás, ügyeleti ellátás
J1 járóbeteg-szakellátás, járóbeteg-szakellátás
J3 járóbeteg-szakellátás, jellemzően terápiás beavatkozást végző szakellátás
J7 járóbeteg-szakellátás, gondozás
J8 járóbeteg-szakellátás, nappali ellátás

	F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás
	F5 fekvőbeteg-szakellátás, nappali kórházi ellátás
Progresszivitási szint:	I., II., III. progresszivitási szint
Egyéb specifikáció:	1808 IZISZ pszichoginekológiai szakrendelés.
	Szociális munkások, családsegítő, gyermekjólét, gyámügy munkatársai kompetenciájuknak megfelelően használhatják az egészségügyi szakmai irányelvet klienseik ellátása során, hogy az ellátó csoport tagjaként részt vehessenek ez ellátásban.

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 támogató foglalkozás, mely önsegítő technikákra épít.

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

Antipszichotikum: a pszichotikus és affektív 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 egység (mother-baby unit/MBU): egy olyan bennfekvő egység/részleg, amely lehetővé teszi a krízisben lévő és/vagy pszichiátriai problémával küzdő anyának és gyermekének együttes felvételét. Legalább 4 ággyal rendelkezik, és elkülönül más kórházi osztályoktól. Az egységben a páciensek részére egy interdiszciplináris team áll rendelkezésre a hét minden napján, napi 24 órában. Az anya-gyerek **egységek** 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. Az **egységbe** 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.

Couvade-szindróma: olyan állapot, amelyben a várandósság alatt az apa ugyanazokat a tüneteket és viselkedést tapasztalja, mint várandós partnere. Ezek leggyakrabban jelentős súlygyarapodást, megváltozott hormonszinteket, reggeli hányingert és zavart alvási szokásokat foglalnak magukban. Szélsőségesebb esetekben a tünetek közé tartozhat a szülési fájdalom, fáradtság, szülés utáni depresszió is.

EBP (evidence based practice): a kutatások által bizonyított legmegfelelőbb ellátási forma, amely figyelembe veszi a páciens jellemzőit, az adott kultúra sajátosságait, valamint a szakmai team és a család preferenciáit is.

Az EBP a páciens szükségleteiből indul ki, azt a kérdést teszi fel, hogy az adott páciens esetén milyen bizonyítékok állnak a terapeuta rendelkezésére a legjobb eredmény elérése érdekében.

EPS (extrapyramidal symptoms): az antipszichotikum-kezelés mellékhatásaként jelentkező extrapiramidális tünetegyüttes (disztónia, akatízia, Parkinson-szindróma).

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

Gesztációs korhoz képest nagy súly (Large for gestational age, LGA): a gesztáció idejéhez képest nagy súly, mikor az újszülött súlya a 90-es percentilis fölé esik. Okai lehetnek: anyai diabetes mellitus, anyai obesitas, veleszületett rendellenesség szindrómák (például Wiedemann–Beckwith-, Sotos-, Weaver- stb. szindróma).

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

Igen kis súlyú újszülött: 1000–1499 gramm közötti súlyú újszülött.

Igen-igen kis súlyú újszülött (Extreme Low Birth Weight; ELBW): kevesebb mint 1000 gramm súlyú újszülött.

Interdiszciplináris családi szoba: a perinatális mentális és/vagy regulációs zavarban érintett családok (Baba, Mama, Papa) együttes ellátását segítő elhelyezési forma.

IZIS pszichoginekológiai szakrendelés: női hormonális ciklusokhoz, a perinatális időszakhoz, valamint a perimnopauzális időszakhoz köthető mentális zavarok komplex ellátása, amely magában foglalja a várandósságra való felkészítést, szülés körüli és a szülés utáni mentális zavarok kezelését a gyermek 3 éves életkoráig, valamint az anya mentális zavara mellett kialakuló regulációs zavarok kezelését a gyermek 5 éves koráig egyaránt.

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

Nappali ellátás: perinatális időszak mentális megbetegedéseinek komplex, interdiszciplináris ellátása, amely a nappali kórház ellátási formában és keretei között zajlik, család bevonásával.

NAS (Neonatal Adaptation Syndrome, Neonatal Abstinence Syndrome), NSWS (Neonatal Withdrawal Syndrome, Neonatal Serotonergic Syndrome, Neonatal SSRI Withdrawal Syndrome): a pszichofarmakont szedő várandós anyák újszülöttjeinél kialakuló idegrendszeri, vegetatív idegrendszeri, gyomor-bél és légzőszervi tünetekkel járó átmeneti tünetegyüttes *(lásd PNAS)*.

Perinatális halál: amikor az újszülött élve született, azonban a szülést követő 168 órán belül meghalt, illetve amikor a 24. gesztációs hét után az 500 gramm 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.

Perinatális Intenzív Centrum – PIC: a koraszülöttek és beteg újszülöttek ellátását foglalja magában.

PNAS (Poor Neonatal Adaptation Syndrome): a várandósság alatt alkalmazott pszichofarmakonek esetén az újszülöttnél fellépő sajátos adaptációs zavar, melyet az angol szakirodalom rossz újszülöttkori adaptációs szindrómának – PNAS – nevez. A PNAS-ra jellemző tünetek hasonlóak antidepresszánsok, antipszichotikumok és benzodiazepinek alkalmazása esetén, és általában enyhe neurológiai, vegetatív, légzési és gyomor-bél-rendszeri 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/peripartum depresszió: a BNO-11 a várandóssághoz vagy szülés utáni időszakhoz kapcsolódó szindrómaként írja le (a szülés után körülbelül 6 héten belül kezdődik), mely jelentős mentális és viselkedési jellemzőkkel, leggyakrabban depressziós tünetekkel jár. A szindróma nem tartalmaz téveszméket, hallucinációkat vagy egyéb pszichotikus tüneteket.

A BNO-10 külön nem osztályozza a depressziót, azonban nem meghatározott puerperiummal társuló mentális zavarként határozza meg, amely a szülést követő 6 héten belül jelentkezik. A DSM-5-ben (2013) major depressziós epizódként, a „szülés körüli (peripartum) kezdettel", úgynevezett 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 mentális zavar (szkizofrénia, bipoláris zavar) talaján jelentkező pszichotikus állapot. A BNO-11 a várandóssághoz vagy gyermekágyi időszakhoz kapcsolódó szindrómaként határozza meg (többnyire 6 héten belül a szülés után jelentkezik), amely jelentős mentális és viselkedési zavarral jár, beleértve a téveszméket, hallucinációkat vagy más pszichotikus tüneteket. A pszichotikus tünetek mellett jellemzően hangulati zavarok (depresszív és/vagy mániás) is jelen vannak. Ha a tünetek megfelelnek egy adott mentális zavar diagnosztikai követelményeinek, azt a diagnózist is kódolni kell. Rendszerint sürgős, kórházi ellátást igényel.

Posztpartum poszttraumás stressz zavar (PTSD): a szülés utáni PTSD egy pszichés zavar, amely a szülés után jelentkezik, olyan traumás élményből alakul ki, amely a szülés előtt, alatt vagy röviddel utána történt. A traumatikusnak észlelt esemény gyakran szorongást vagy pánikszerű tüneteket okoz, és a traumát átélők állandó félelemben és veszélyben élhetnek. A PTSD más formáihoz hasonlóan a szülés utáni PTSD-ben szenvedő nők is gyakran akaratlanul visszaemlékeznek a traumatikus eseményekre, mely folyamatosan aktivizálja az átélt traumát.

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. Az a gyógyítási forma, melynek során kommunikációs/kapcsolati eszközökkel specifikus változást hozunk létre a páciens élményszerveződésében, magatartásában és gondolkodásában. Ezeket az eszközöket tudatosan, tapasztalati/tudományos alapon kifejlesztve, specifikus képzettséggel, a pácienssel közösen meghatározott célokat tartalmazó, úgynevezett terápiás szerződés alapján alkalmazzuk. Alapformái az egyéni, a csoportos és a pár- és családterápiás módszerek.

Pszichofarmakon: a központi idegrendszer működésére ható, mentális zavarok kezelésére alkalmazott gyógyszer.

Relatív csecsemődózis (Relative Infant Dose; RID): a csecsemő szervezetébe jutó napi gyógyszermennyiség az anya által elfogyasztott napi gyógyszermennyiséghez viszonyítva. A gyógyszermennyiségeket mg/kg/napban (milligramm per kilogramm per napban) adják meg. (RID: dózis a csecsemő szervezetében mg/kg/nap, dózis az anya szervezetében mg/kg/nap). A 10% alatti relatív csecsemődózis biztonságosnak mondható, de egyes gyógyszereknél (például fluconazole, metronidazole) 10% feletti dózis is biztonságosnak bizonyult.

Strukturált pszichoedukáció: a hagyományos általános értelemben vett pszichoedukáció szervezett formája. Jellemzően témakörhöz kötött, meghatározó alkalomszámban, célzott tudás átadása, akár egyéni vagy csoportos formátumban.

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

Traumainformált ellátás (Trauma-informed care): olyan erőforrásokon alapuló keretrendszer, amely a trauma hatásainak megértésében és az azokra való reagáláson alapul, és amely a fizikai, pszichológiai és érzelmi biztonságot hangsúlyozza mind az ellátók, mind a traumát átélők számára, lehetőséget teremtve, hogy az anyák a kezelésük során a kontrollt visszaszerezzék.

Traumás szülés: minden olyan szülés, amely fizikailag traumatikus és/vagy az anya traumatikusnak élte meg attól függetlenül, hogy a szülés – a szakember megítélése szerint – 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 prenatálisan, illetve születés után) észlelnek.

2. Rövidítések

ADHD: Attention deficit, hyperactiv disorder, figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar
BAB: Bipoláris affektív betegség
BDI: Beck's depression inventory; Beck depresszió kérdőív
BMU: Baby-Mother-Unit; Baba-Mama-Egység
BNO: Betegségek nemzetközi osztályozása
CBT: Cognitive behaviour Therapy, Kognitív viselkedés terápia
COPE: Centre of Perinatal Excelence; Kiváló perinatális folyamatok központja
DBT: Dialectic behaviour therapy; Dialektikus viselkedésterápia
DSM: Diagnostic and statistical manual of mental disorders; A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve
EKT: Elektrokonvulzív terápia
EMDR: (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) terápia – pszichoterápiás módszer
EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; Edinburgh posztnatális (szülést követő) depresszió skála
FDA: Food and drug administration; Amerikai élelmiszer- és gyógyszerellenőrző hatóság
GAD-2: Generalized anxiety disorder 2-item; 2 kérdéses generalizált szorongásos betegség skála
IPT: Interperszonális pszichoterápia
IVF: In vitro fertilizáció
MBT: Mentalistaion based therapy, Mentalizáció alapú terápia
NICE: National Institute for Health and Care Excellence; Kiváló egészségért és ellátásért felelős Intézmény
PIC: Perinatális Intenzív Centrum; Koraszülött intenzív osztály
PMS: Premenstruációs szindróma
PMDD: Premenstrual dysphoric disorder; Premenstruációs diszfóriás zavar
PTSD: Post-traumatic stress disorder; Poszttraumás stressz zavar
PPD: Posztpartum depresszió
PPTSD: Posztpartum stressz zavar
PPP: Posztpartum pszichózis
SFT: Séma fókuszú terápia

SNRI: Serotonin–norepinephrine reuptake inhibitors; szelektív noradrenalin-visszavétel gátlók
SSRI: Selective serotonin reuptake inhibitors; szelektív szerotonin-visszavétel gátlók
STAI: State-Trait Anxiety Inventory; Spielberger vonás- és állapotszorongás skála
TCA: Triciklikus antidepresszáns
TFP: Transaction focused psychotherapy; áttétel fókuszú pszichoterápia
YSK: Young-féle sémakérdőív

3. Bizonyítékok szintje

Jelen irányelvben COPE [1] és NICE [2] [CG192] besorolási rendszerét alkalmaztuk. A COPE rendszert a farmakoterápiás ajánlások esetében, míg a NICE rendszerét minden egyéb esetben. [1], [2]

A bizonyítékok szintje az alkalmazott vizsgálati elrendezés típusán (a vizsgálat megtervezésén, a vizsgálat minőségének behatároltságán, a konzisztencián, közvetlenségen és más megfontolásokon) alapszik, és a következő definíciókat használva osztályozzuk:

Bizonyíték szintje	Bizonyíték szintjének meghatározása
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

Jelen irányelvben a NICE [2] [CG192] rangsorolási rendszerét alkalmaztuk. A szövegben használt szavak jelzik az ajánlások bizonyosságát (az ajánlások erősségét). A NICE [2] rendszer besorolási pontjai a következők:

Ajánlás rangsorolása	Ajánlás rangsorolásának magyarázata	Betűjel
Ajánlások, amelyeket használni kell/nem szabad – kötelező ajánlás	Amennyiben jogi kötelezettség miatt kell alkalmazni egy ajánlást, ott a „kell", illetve a „nem szabad" kifejezéseket használjuk. A súlyos következményekkel járó, illetve halálos kimenetelű beavatkozásoknál is ezt használjuk.	**K**
Ajánlások, amelyek ajánlatosak/nem ajánlatosak – „erős" ajánlások	„Ajánlatos", illetve „javasolt" szavakat használjuk, amennyiben biztosak vagyunk abban, hogy az ajánlás a páciensek nagy részének több jót okoz, mint kárt, és amely emellett költséghatékony is. „Nem ajánlatos, nem javasolt" kifejezéseket használjuk, amennyiben biztosak vagyunk benne, hogy a páciensnek nem válik előnyére valamilyen beavatkozás.	**E**
Ajánlások, amelyek használhatók – „gyenge"/mérsékelt ajánlások	A „megfontolandó" és „lehet" szavakat használjuk, amennyiben biztosak vagyunk abban, hogy az ajánlás a páciensek nagy részének több előnnyel jár, mint amennyi ártalmat okozhat, és emellett költséghatékonyak is, ugyanakkor más lehetőségek is lehetnek hasonlóan költséghatékonyak. Hogy melyik ajánlást követjük, az főleg a páciens preferenciáin múlik (nem úgy, mint az erős ajánlások), ezért a szakembereknek időt kell szánniuk, hogy a különböző opciókat átbeszéljék a pácienssel.	**M**

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

A perinatális zavarok prevalenciája

A perinatális időszak (a fogantatástól az első posztnatális év végéig) nagy változás egy nő életében, a legtöbb nő és családja számára a várandósság, a szülés és a gyermeknevelés nagy örömöt és boldogságot jelent. Ez az időszak ugyanakkor a mentális problémák kialakulásának és kiújulásának jelentősen megnövekedett kockázatával is jár – amely ebben az időszakban magasabb, mint egy nő életében sok más alkalommal.

– 5-ből 1 nő tapasztal valamilyen mentális problémát a várandósság alatt vagy a szülést követő egy évben [3],
– a **posztpartum blues** előfordulási gyakorisága 30–75%,
– a **posztpartum depresszióé** 6,5–20% (a visszaesés kockázata 30–50%, pszichotikus tünetek 0,5–1%) világszerte eléri a 25%-ot is, [4, 5]
– a **posztpartum pszichózisé** pedig 0,1–0,2% [6].
– A **posztpartum stressz zavar** prevalenciája 3,1% a teljes posztnatális anyai populációban és 15,7% a magas kockázatú csoportokban [7].
– A **meddőségi kezeléshez társuló hangulatzavarok** a nők körében elérik a 26,2%-ot, a férfiak körében a 9,2%-ot [8].
– A perinatális mentális zavarokkal küzdő nők 20%-a tapasztal **öngyilkossági** gondolatokat, vagy hajt végre önkárosító cselekedeteket [3].

Az adatok elsősorban nemzetközi statisztikákon alapulnak, és földrajzi régiónként eltérhetnek [9], de tekintettel arra, hogy a mentális zavarok előfordulásának gyakorisága hazánkban az EU-tagországaihoz viszonyítva hasonló (bizonyos területeken magasabbak, például öngyilkosság), feltételezhető, hogy hazánkban a helyzet legjobb esetben is megegyezik az Unió átlagával.

Protektív faktorok és kockázati tényezők

A mentális egészség nem pusztán a mentális zavarok hiányát jelenti, hanem egy olyan jólléti állapotot, amelyben az egyén megvalósíthatja lehetőségeit, megbirkózik a mindennapi stresszel, és pozitívan hozzájárulhat közösségéhez. [3] Bizonyos tényezők segíthetnek a mentális egészség megőrzésében, az ilyen **protektív faktorok** közé tartozik a perinatális időszakban az

– erős szociális támogatottság,
– a gondoskodó család, barátok és közösség jelenléte,
– az oktatási lehetőségek; lehetőség az iskolalátogatásra és az iskola elvégzésére,
– a jövedelemszerzés lehetőségei,
– az alapvető szükségletek fizetésének (önfenntartás) képessége,
– a pozitív szülésélmény,
– a döntések meghozatalához szükséges megfelelő informáltság élménye,
– az empatikus, hozzáértő, a nőkkel tisztelettel és méltósággal bánó egészségügyi ellátók jelenléte [3].

A várandósság és a szülővé válás tapasztalata minden nő esetében más és más, amit befolyásol a személyes kapcsolatok és a szociális környezet stabilitása is. Míg a perinatális mentális problémák kialakulásának **legnagyobb kockázati tényezője a korábbi mentális betegség**, bizonyos **pszichoszociális kockázati tényezők** jelenléte a mentális zavarok kialakulásának, visszaesésének vagy súlyosbodásának nagyobb kockázatával járhat. [10]

– Azoknál a nőknél, akik elszigeteltnek érzik magukat, nagyobb valószínűséggel alakulnak ki szorongásos vagy mentális egészségügyi problémák a perinatális időszakban.
– További rizikófatornak számítanak:
  – a különféle stresszhelyzetek (például családi problémák, családi erőszak vagy veszteség, rokkantság),
  – a traumatizáció,
  – a serdülőkori várandósság,
  – az alacsony iskolázottság,
  – a nehéz szülésélmény,
  – a rossz fizikai egészségi állapot,
  – a nem kívánt terhesség,
  – a szegénység,
  – a termékenységi nehézségek,
  – a diszkrimináció,
  – a természeti katasztrófák,
  – a szegényes táplálkozás,
  – a szerhasználat [3, 11].

Perinatális ellátás és együttkezelés nemzetközi gyakorlata

A perinatális időszak mentális zavarainak ellátásában a nemzetközi gyakorlat és irányelvek kiemelten hangsúlyozzák a holisztikus megközelítés fontosságát. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és más vezető egészségügyi szervezetek által kidolgozott irányelvek [1, 2] előtérbe helyezik a prevenciót, a szűrést és a korai intervenciókat a terhesség alatt és azt követően. Az optimális ellátás érdekében az irányelvek hangsúlyozzák a multidiszciplináris

csapatmunka fontosságát, valamint a szakemberek megfelelő képzését és az anyák és családjaik támogatását. Az integrált, személyre szabott gondozási modellek széles körű alkalmazása lehetővé teszi a hatékony kezelést és a perinatális mentális zavarok megelőzését, hozzájárulva ezzel az anya és gyermek egészségének optimalizálásához, jelentős prevenciós potenciált megvalósítva.

Az Egyesült Királyságban már az 1950-es évektől kezdődően alakultak ki olyan dedikált kórházi egységek, amelyekben az anya és a gyermek együtt került felvételre.

A londoni Maudsley Kórházban 1981-ben jött létre az első mai értelemben vett úgynevezett gyermek-anya egység, az úgynevezett Baby-Mother-Unit (BMU). Az Egyesült Királyságban jelenleg 22 BMU működik (19 Angliában, 2 Skóciában és 1 Walsben). Ezzel párhuzamosan 2016–2017-ben az úgynevezett Nemzeti Egészségügyi Rendszer Hosszú Távú Tervben beépítve (NHS Long Term Plan) a mentális problémákra jutó 2,3 milliárd font támogatás részeként jelentős összeggel támogatták a közösségi perinatális mentális egészségügyi szolgálatok fejlesztését. Olyan hálózat került kiépítésre, amely a perinatális mentális problémákkal küzdők számára Anglia egész területén nyújt ellátást akár pszichológusok és úgynevezett perinatális pszichiáter konzultánsokkal is rendelkező teamek segítségével (Specialist Perinatal Mental Health Services). Mind a BMU egységek, mind pedig a speciális közösségi perinatális mentális szolgálatok megadott minőségbiztosítási kritériumok alapján kerülnek auditálásra, és a feltételek megléte és teljesülése esetén kapják meg a minősítést és a támogatást.

Európában a frankofón területen Franciaország, Belgium, Luxemburg, illetve Hollandia és Németország rendelkezik perinatális mentális zavarok anya-gyermek együttes kezelését nyújtó egységekkel, ellátással. A francia Marcé már 1848-ban leírta, a perinatális időszakban jelentkező mentális zavar pszichopatológiáját, a róla elnevezett nemzetközi szakmai társaság (Marcé Sociaty) az egyik vezető szakmai szervezet a világon. Franciaországban jelenleg BMU és ambuláns központok léteznek, de még nem integrálódtak az országos mentális ellátásba. A közép-európai régióban a mind ez idáig első mentális betegséget anya-gyerek egységben is kezelő ellátás Magyarországon 2005–2006 között indult a Szent János Kórházban, német minta alapján [12, 13].

Perinatális ellátás a hazai gyakorlatban

A posztpartum depresszió (PPD), a posztpartum pszichózis (PPP), a posztpartum stressz zavar (PPTSD) és az egyéb, az anyákat sújtó mentális betegségek hazai ellátására ma az esetlegesség jellemző. A különböző szakterületek (háziorvosi, szülészeti, belgyógyászati, pszichiátriai, pszichológiai szakterületek, családsegítő, gyermekjólét, gyámügy, valamint a szociális munkások és védőnők) egymástól szinte függetlenül dolgoznak, nagyon ritkán végzik teamben egy-egy páciens ellátását. A szülésre, szülői hivatásra felkészítő kurzusoknak – a nemzetközi gyakorlattal ellentétben – itthon még nem általánosan beépített része a témát (PMS, PPP, PPD, posztpartum blues) érintő komplex, felvilágosító és edukációs program [14]. Szűrőprogram indítására lokális kezdeményezésekről tudunk. A diagnózis felállítása nehéz, mert az anyák szégyenérzete („nem vagyok elég jó anya") gátolja a szakemberhez fordulást, így az aluldiagnosztizálás a jellemző. A szégyenérzet sokszor meggátolja az anyákat abban, hogy segítséget kérjenek, szakemberhez forduljanak [15, 16].

Magyarországon a posztnatális hangulatzavarok mintegy 50%-a nincs diagnosztizálva, és ezért kezelve sincs [17]. Az egyén, a pár, illetve a család egészséges fejlődése akkor biztosítható, ha a depresszió tüneteit korán felismerjük [18]. A körültekintő egyéni és családi anamnézis felvétele, a kockázati tényezők pontos felismerése jelentős mértékben segíthet a depresszió komolyabb formáinak megelőzésében.

Az együtt kezelés hazai helyzete

Fejlett országokban megfigyelhető tendencia a szülés körüli mentális zavarokkal küzdő anyák gyermekükkel történő közös elhelyezése. Magyarországon 2005 óta először a Szent János Kórházban valósult meg a kórházi kezelést igénylő depressziós anyák és gyermekeik esetében a nemzetközi meghatározáshoz hasonló anya-gyerek egység a gyermekosztály, pszichiátriai osztály és a szülészet összefogásának köszönhetően [12, 13].

A Szent János Kórházban már több mint 19 éve megkezdett, saját forrásból építkező és jelenleg is működő modell programon kívül fekvőbeteg-ellátási 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 [13, 19, 20].

Amint Magyarországon a jogszabályi keretek adottak lesznek, a nemzetközi jó gyakorlatokból ismert, a definícióknál körülírt anya-gyerek-(apa) egység (mother-baby unit) megvalósítása a cél a pszichiátriai centrumon belül, vagy ahhoz szorosan kapcsolódva [21].

2. Felhasználói célcsoport

A perinatális mentális ellátás egyik karakterisztikuma a szakmák közötti együttműködés nélkülözhetetlen volta, amely

– egyrészről tükröződik az irányelvfejlesztésben, ahol számos szakember különböző területekről vett részt a fejlesztésben, valamint a véleményezésében,
– másrészről fontos hangsúlyozni, hogy – számos egészségügyi szakterülettel egyetemben –, az ellátás csapatmunkában történik, amelyben minden szakterület önálló kompetenciája mellett a szakmai együttműködésben érdekelt, a páciensekkel együtt.

Az egészségügyi szakmai irányelv *célja*, hogy

– támogassa az egészségügyi szakembereket a bizonyítékokon alapuló ellátásban, valamint támogassa a gondozottak minőségi érzelmi és mentálhigiénés információkkal történő ellátását, a várandósság ideje alatt fellépő pszichiátriai zavarok kezelését,
– az egészségügyi szakmai irányelv gyakorlatba átültetésével továbbá cél a várandósságok kimenetelének javítása, a hatékony kockázatazonosítással az anyai és perinatális mortalitás és morbiditás csökkentése,
– 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 [22],
– a hangulatzavarok kockázati tényezőt jelentenek más, nagy népegészségügyi jelentőségű megbetegedések szempontjából is (például szív-érrendszeri, daganatos megbetegedések, diabetes mellitus, evészavarok). Részben közvetlen élettani hatásuk következtében, részben mert önkárosító magatartásformákkal társulhatnak, mint például a dohányzás, alkoholfogyasztás, stresszevés [17],
– az egészségügyi szakmai irányelv további célja a születendő vagy megszületett gyermek személyiségfejlődésének támogatása, a szülő-gyerek kapcsolat elősegítése,
– végül az ellátás során keletkező adatok megfelelő gyűjtésének, feldolgozhatóságának és kutatásának segítése.

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:

– *alapellátásban*: háziorvos, házi gyermekorvos, védőnő,
– *járó- és fekvőbeteg-ellátásban:* szülészet-nőgyógyászat, pszichiátriai osztály, pszichiátriai rehabilitációs osztály, nappali kórház, pszichiátriai gondozó, gyermek-, koraszülött- és csecsemőosztály, perinatális ellátásra specializált szakambulancia, szociális munka,
– a feltételek megléte esetén telemedicinális ellátás kerül alkalmazásra, elsősorban kiegészítő, és/vagy konszekutív módszerként, illetve speciális helyzetben például Covid–19-járvány, önálló ellátásként is.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Jelen fejlesztés az alábbi, lejárt érvényességi idejű szakmai irányelv témáját dolgozza fel.

Azonosító:	001298
Cím:	A pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny, 2017. év, 4. szám, 1120–1168. oldal
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.okfo.gov.hu/iranyelvek

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:	Published: 17 December 2014, Last updated: 11 February 2020
Elérhetőség:	https://www.nice.org.uk/guidance/cg192?unlid=5551

Szerző(k)/Tudományos szervezet:	COPE
Cím:	Effective Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline. 2023 Revision
Megjelenés adatai:	2023
Elérhetőség:	https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2023/06/COPE_2023_Perinatal_Mental_Health_Practice_Guideline.pdf
Szerző(k)/Tudományos szervezet:	WHO
Cím:	Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services
Megjelenés adatai:	2022
Elérhetőség:	https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142
Szerző(k)/Tudományos szervezet:	Kalman, J. L., Burkhardt, G., Samochowiec, J., Gebhard, C., Dom, G., John, M., Kilic, O., Kurimay, T., Lien, L., Schouler-Ocak, M., Vidal, D. P., Wiser, J., Gaebel, W., Volpe, U., & Falkai, P./EPA
Cím:	Digitalising mental health care: Practical recommendations from the European Psychiatric Association
Megjelenés adatai:	European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists, 67(1), e4.
Elérhetőség:	https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2466
Szerző(k)/Tudományos szervezet:	RISEUP-PPD
Cím:	Evidence-based clinical practice guidelines for prevention, screening and treatment of peripartum depression.
Megjelenés adatai:	2024
Elérhetőség:	https://riseupppd18138.com/wp-content/uploads/2024/04/riseup_doc_net_english_v05a.pdf
Szerző(k)/Tudományos szervezet:	Thibaut F, Chagraoui A, Buckley L, Gressier F, Labad J, Lamy S, Potenza MN, Rondon M, Riecher-Rössler A, Soyka M, Yonkers K.
Cím:	WFSBP * and IAWMH ** Guidelines for the treatment of alcohol use disorders in pregnant women
Megjelenés adatai:	The World Journal of Biological Psychiatry, 20(1), 17–50.
Elérhetőség:	https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15622975.2018.1510185?scroll=top&needAccess=true

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:
Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel áll kapcsolatban.

Azonosító:	002239
Cím:	A szakpszichológiai ellátásról
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny, 2023. év, 6. szám 610–725. oldal
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.okfo.gov.hu/iranyelvek
Azonosító:	002218
Cím:	A dohányzásról való leszokás támogatásáról
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny, 2024. év, 1. szám 251–332. oldal
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.okfo.gov.hu/iranyelvek
Azonosító	002287

Cím:	Az alkohol által okozott mentális zavarokról
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny, 2024. év, 6. szám 1176–1225. oldal
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.okfo.gov.hu/iranyelvek
Azonosító:	002290
Cím:	A kannabisz és származékai által okozott mentális- és viselkedészavarokról
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny, 2024. év, 18. szám 2442–2463. oldal
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.okfo.gov.hu/iranyelvek
Azonosító:	002342
Cím:	A méhen belüli, élő várandósság megállapításáról és rizikóbesorolásáról a várandós gondozásba vétele céljából
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny, 2025. év, 20. szám 2398–2415. oldal
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.okfo.gov.hu/iranyelvek

Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában megjelenés alatt álló hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel áll kapcsolatban.

Azonosító:	002340
Cím:	A perinatális időszak mentális megbetegedések biológiai és farmakológiai kezeléséről

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

A. PREVENCIÓ, SZŰRÉS
B. DIAGNOSZTIKA, TERÁPIA
B/1 Posztpartum Blues
B/2 Posztpartum depresszió
B/3 Posztpartum pszichozis
B/4 Szorongásos zavarok
B/5 Obszesszív-kompulzív zavar (OCD)
B/6 Szerhasználat
B/7 Evészavarok
B/8 Borderline-személyiségzavarok
B/9 Öngyilkosság és a csecsemő veszélyeztetése
C. PERINATÁLIS GYÁSZ ÉS VESZTESSÉG
D. CSALÁDTERÁPIÁS MEGFONTOLÁSOK, SZÜLŐVÉ VÁLÁS KRÍZISE
E. TELEMEDICINA
F. KORAGYERMEKKORI REGULÁCIÓS ZAVAROK ÉS AZ INETRÁLT SZÜLŐ-CSECSEMŐ-GYERMEK KONZULTÁCIÓ INDOKOLTSÁGA, CÉLKITŰZÉSEI ÉS RÖVID MÓDSZERTANA
G. BABA-MAMA-PAPA EGYSÉG, EGYÜTT KEZELÉS
H. PIMM ELLÁTÁSI BETEGUTAK ÉS ELLÁTÁSI PROTOKOLL

A. PREVENCIÓ, SZŰRÉS

A prevenciós szemlélet végig nyomon követhető az egészségügyi szakmai irányelvben, azonban – terjedelmi korlátok miatt is – a prevenciós szemlélet elsősorban a klinikai munka során megjelenő területre fókuszál.

Ajánlás1
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 mentális zavarokról történő

tájékoztatást. Azoknak a családot tervezőknek, akiknek anamnézisében mentális zavar szerepel, vagy éppen zajlik, kifejezetten javasolt a tudatos, előrehozott, szakmailag vezetett családtervezést ajánlani. (K) [2]

A veszélyeztetett nők kiszűrésénél az alábbi rizikótényezőkre kell kitérni [23]:

– 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,
– korábbi neonatológiai rizikó tényezők figyelembevétele.

A rizikócsoportok kiszűrésnél mindezek mellett a premenstruális diszfória kiemelkedő fontosságú, ugyanis a premenstruális diszfória fennállásakor szignifikánsan többször lép fel gyermekágyi pszichózis, valamint a premenstruális szindróma és a postpartum depresszió kapcsolata is közismert [24].

A szülés előtti pszichoszociális beavatkozások hozzájárulnak azokhoz a változásokhoz, amelyek a szülővé válást elősegítik és elhárítják a posztpartum depressziót a rizikócsoportokban [25]. A pszichoedukációt önmagában is hatékonynak találták az anyák [26]. Több országban önsegítő csoportok szerveződtek a szülés előtti és utáni időszakra egyaránt, esetenként terapeuták is bekapcsolódtak a munkába [17]. Tervezett, örömmel viselt várandósság, valamint a stabil párkapcsolat, a partner és a család támogatása is redukálja a PPD előfordulásának esélyét [17]. A bipoláris zavar és a pszichotikus zavarok manifesztálódása teljesen nem előzhető meg, azonban a relapszus kockázat itt is csökkenthető. A szkizofrénia kockázatai és hatásai ugyancsak hatékonyan kezelhetőek és kontrollálhatóak a várandósságot kísérő konzultációk, tanácsadás és támogatás segítségével.

Ajánlás2

A minél korábbi megfelelő diagnózis és a szükséges terápia megkezdése érdekében fontos a szűrővizsgálat a rizikócsoportban. A rizikócsoport kiszűrése a Gyermek-alapellátási útmutató rizikókérdőívének használatával történik [294]**, a védőnőnek helyzetértékelést kell végezni a rizikókérdőív alapján és amennyiben szükséges, EPDS kérdőívet kell felvenni** [295]**.** *[XI. Melléklet fejezet, 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 1. Edinburgh posztnatális depresszió skála (EPDS) kérdőív].*
Az adatok, információk és tapasztalatok mérlegelése után, veszélyeztetettség esetén a hatályos jogszabályi előírás szerint kell intézkedni, a védőnőnek jeleznie kell a gyermekjóléti szolgálat, család- és gyermekjóléti központ, valamint *a* gyermek *háziorvosa/házi gyermekorvosa* felé.
Amennyiben az EPDS kérdőív depressziót jelez, a védőnőnek a kismamát az ezzel a témával speciálisan foglalkozó megfelelő intézetbe/szakemberhez kell irányítania. (K)

A rövid szülészeti megfigyelés során gyakran nem derül még fény a betegség tüneteire [27]. Legalább négy-öt hétig posztpartum, otthonukban is követni kellene a nőket. Walther felmérése szerint a megkérdezett posztpartum depressziós nők 90%-a belátta, hogy valami nincsen rendben, de csak 20%-uk kért szakszerű segítséget, csak egyharmaduk hitte el, hogy beteg [27].

Az egyén, a pár, illetve a család egészséges fejlődése akkor biztosítható, ha a depresszió tüneteit korán felismerjük [16, 18]. A körültekintő egyéni és családi anamnézis felvétele, a kockázati tényezők pontos felmérése és a pszichopatológiai tünetek felismerése jelentős mértékben segíthet a depresszió és egyéb pszichiátriai zavarok mielőbbi, adekvát kezelésében, a súlyosabb kórállapotok és azok következményeinek megelőzésében.

Ajánlás3

A háziorvos saját körzetében tájékoztatást ad a pre-, peri- és posztnatális mentális zavarokról, azok tüneteiről, jelentőségéről, a megelőzés és a kezelés lehetőségeiről és annak elérhetőségéről, követi a rizikócsoportba tartozó, valamint a megelőzően, vagy aktuálisan pszichiátriai kezelés alatt álló

pácienseket. Szükséges figyelemmel kísérni szomatikus állapotukat, felismerni a 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, illetve pszichiátriai ellátó helyre irányítja a várandós nőt, anyát. (E)

Amennyiben várandósság alatt, a gyermekágyas és az ezt követő időszakban hangulatváltozások, OCD, pszichoszomatikus tünetek, alvászavar jelentkezik, valamint a jelen irányelv **Ajánlás20–Ajánlás26**-ban részletezett panaszok és tünetek észlelhetőek, az állapot jellegének és súlyosságának megfelelő intervenció szükséges, amelyről a gyermek háziorvosát és a védőt is tájékoztatni ajánlott.

Szűrés jelleggel javasolt az EPDS kérdőív *[XI. Melléklet fejezet, 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 1. Edinburgh posztnatális depresszió skála (EPDS) kérdőív]* felvétele, és az eredménynek megfelelően az anyát tovább kell utalni a regionális ellátóhelyre.

B. DIAGNOSZTIKA, TERÁPIA

B/1 Posztpartum Blues

a) Klinikai kép

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 [7, 28].

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. Az érintettek 20%-ánál a szülést követő 1 éven belül postpartum depresszió alakul ki. Néha a gyermekágyi lehangoltság direkt módon is átmehet súlyos depresszióba [29].

A posztpartum blues vagy baby blues prevalenciája igen magas, a szülést követő 3–4. napon a nők 50%-a átesik ilyen jellegű hangulatingadozásokon. A szülés utáni major depresszió körülbelül 4–11-szer gyakoribb a szülés utáni bluesban szenvedő nők esetében. [30, 31]

Diagnózis megjelölése:

BNO-10: O90.6 – Posztpartum hangulatzavar (kizárva F53.0)

BNO-11: 6E20 – Terhességhez köthető mentális és viselkedészavarok pszichotikus tünetek nélkül

b) Prognózis

A tünetek általánosan 1–3 nap alatt maguktól megszűnnek, ritkábban eltarthatnak akár 8 napig is [32], két hét fennállását követően már postpartum depresszió véleményezhető.

c) Rizikófaktorok

Rizikófaktorok közé tartozik [14, 31, 32, 33]:

- előzetes depresszió és disztímia,
- várandósság során depressziós tünetek,
- 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.

NEM befolyásolják a zavar kialakulását:

- alacsony ökonómiai státusz,
- etnikai háttér, hovatartozás,
- graviditási státusz (egyszülés versus többszülés),
- tervezett versus nem tervezett terhesség,
- spontán terhesség versus IVF,

– szülés típusa (hüvelyi versus császármetszés),
– hangulatzavarok családi anamnézisében,
– korábbi posztpartum depresszió a kórtörténetben.

d) Kezelés
Posztpartum blues esetén nem szükséges hospitalizáció. A szülészeti-nőgyógyászati osztályon dolgozók által nyújtott támogatás kiemelt szerepet kap. Támogató kapcsolat, segítő beszélgetés, esetleg szupportív terápia javasolt. Súlyosabb és elhúzódó tünetek esetén ambuláns keretek között történő konzultáció szükséges.

Ajánlás4
Posztpartum blues esetén a tünetek idővel (két héten belül) gyógyszeres beavatkozás nélkül lezajlanak. Hasznos intervenció az érzelmi támogatás nyújtása, az anya és a család biztatása, a megfelelő pihenés és alvás biztosítása. [31, 34]
Ha a tünetek két héten belül nem javulnak, vagy rosszabbodnak, fel kell mérni, hogy fennáll-e posztpartum depresszió lehetősége. (K) [31]
Bár a postpartum blues legtöbb esetben ártalmatlan, bizonyos kutatások azt mutatják, hogy a tüneteket mutató nőknél megemelkedett a postpartum major depresszió kockázata [31]. Azon nők esetében, akiknek EPDS értéke meghaladja a 12-t, tüneteik mérsékelt vagy erős szociális diszfunkciót mutatnak, vagy öngyilkossági gondolatokról számolnak be, a posztpartum depresszió diagnózisa mindenképpen felmerül [37].

Ajánlás5
Fokozott figyelem és követés javasolt azon esetekben is, amikor az EPDS pontszám 12 feletti, az anyánál korábbi pszichiátriai probléma, és/vagy gyermekénél neonatális komplikáció, fejlődési rendellenesség vagy koraszülöttség áll fenn. (E) [38]

B/2 Posztpartum depresszió

a) Klinikai kép
A posztpartum depresszió (PPD) a gyermek egyéves koráig bármikor jelentkezhet. A tünetek általában jellemzően a szülést követő 4–6 héten belül kezdődnek, legalább 2 hétig fennállnak. A szülés utáni depresszió leggyakrabban a szülést követő 6 héten belül jelentkezik. A PPD a nők 6,5–25%-ánál fordul elő. Gyakrabban fordul elő serdülőkorú nőknél, gyermeküket koraszülő anyáknál és városi környezetben élő nőknél [5]. A tünetek érzelmi, kognitív, viselkedéses, motivációs és fizikai szinten jelentkezhetnek [16, 39]:
– Érzelmi: lehangoltság, 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,
– Lusskin és Misri [34] szerint továbbá az alábbi téren jelentkezhetnek problémák:
– szomatikus tünetek: gasztroenterológiai funkcionális tünetek, libidó csökkenése,
– szorongás, gyakran pánikrohamokkal,
– irritábilitás 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 [35] szerint a diagnózis felállításához a következő tünetekből öt vagy annál több fennállása szükséges egy kéthetes periódus alatt:
– Levert hangulat a nap legnagyobb részében, majdnem mindennap, akár szubjektív szinten (például szomorúnak, kiüresedettnek, reménytelennek érzi magát), akár a környezet megfigyelése által (például sokat sír).
– Majdnem mindennap jelentkező érdeklődés vagy öröm csökkenése minden, vagy majdnem minden tevékenység iránt (az egyén jelzése vagy a környezet megfigyelése alapján).

– Jelentős súlycsökkenés diétázás nélkül, vagy jelentős súlygyarapodás (több mint 5%-os súlygyarapodás egy hónap alatt), vagy az étvágy jelentős csökkenése vagy növekedése csaknem mindennap.
– Insomnia vagy hypersomnia majdnem mindennap.
– Motoros agitáció vagy gátoltság majdnem mindennap (mások által megfigyelt, nem csupán az egyén szubjektív meglassultság vagy nyughatatlanság érzése).
– Fáradtság vagy anergia majdnem mindennap.
– Értéktelenség érzése vagy kifejezett, illetve inadekvát önvádlás, bűntudat (akár deluzív mértékben is) majdnem mindennap (nem csupán a betegséggel kapcsolatos bűntudat).
– Csökkent gondolkodási, összpontosítási vagy döntési képesség majdnem mindennap (akár szubjektív szempontból, illetve mások által megfigyelt).
– Halál gondolatával való gyakori foglalkozás (nem csak halálfélelem), visszatérő öngyilkossági gondolatok konkrét terv nélkül, vagy öngyilkossági kísérlet, vagy konkrét öngyilkossági terv. (DSM-5)

BNO 11-ben a depresszív epizód diagnózishoz 10 tünetből 5 tünetnek kell fennállnia (BNO-10: 9-ből 4 tünet)
Reménytelenségérzés egy plusz kognitív tünet, erős evidencia van a prediktív értékére a major depresszió diagnózisa során.
A szülést követő két hét után is fennmaradnak a 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 [36]. 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 [16].

Diagnózis megjelölése:
BNO-10: F53 – Mentális és viselkedészavarok a gyermekágyhoz társulva, máshova nem osztályozott
BNO-11: 6E20 – Terhességhez köthető mentális és viselkedészavarok pszichotikus tünetek nélkül

i. Depressziós anyák gyermekei
Több kutatás 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. Multikauzális jellege komplex gondolkodást igényel. 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, valamint emocionális, szociális és viselkedési problémák is megfigyelhetőek [18]. A várandósság alatti anyai szorongás és depresszió a stressz-válaszon (HPA-tengely, kortizol és katekolaminok mediálta hatások) keresztül a magzati keringésre, oxigén- és tápanyagellátására, idegrendszeri fejlődésre 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. 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 [40].
Az anyai depresszió lehetséges negatív hatásai miatt a hatékony prevenció és terápia kiemelkedően fontos. Stein és munkatársai a PPD-ben szenvedő anyákat és gyermekeik fejlődését vizsgálták, akik CBT kaptak, A kezelést kiegészítették videó feedback, valamint relaxációs terápiával. Mindkét intervenciós forma hatékonynak bizonyult a gyermekek fejlődése szempontjából is [41].
Az anya helyzetét nehezíti, ha a gyermeke beteg, vagy nehezen kezelhető [42, 43, 44]. Azok a nők kevésbé veszélyeztetettek, akik jó megküzdési készségekkel és jobb szociális támaszrendszerrel rendelkeznek [42].

ii. 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 [33, 45, 46]. Továbbá megfigyelték, hogy a posztpartum depressziós anyának kevés a szemkontaktusa a gyermekkel, 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 [47, 48, 49]. Ilyenek a viselkedészavarok

[50], agresszió [51], kognitív és figyelemzavarok [51, 52, 53]. Az anya gyógyulása ugyanakkor pozitív hatással lehet a gyermek fejlődésére [54].

Összefoglalóan, az anya depressziója negatív hatással lehet [12]:
– 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.

iii. Apai depresszió

Az apák 4,1–16%-a mutat szorongásos zavarokat a perinatális időszakban, ez a szám 2,4–18%-ra emelkedik a posztnatális időszakban [55]. Az apai depresszió a szülés utáni nyolc hétben az apák 4%-ánál jelentkezik. A tünetek erős együttjárása található a partnereknél [56, 57, 58]. Az apai depresszió ugyanúgy negatív lenyomatot hagy a gyermek fejlődésén [59]. Érdekes, hogy az apai depresszió főleg a fiúgyermeknél akár háromszorosára is növelheti a későbbi viselkedészavarok például: hiperaktivitás előfordulását [56]. 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 [60].

Az apai viselkedésben megjelenő sajátos tünetegyüttes, az úgynevezett Couvade-szindróma, amikor a várandós anyához közel álló személy a terhességhez hasonló tüneteket produkál. A férfiakban a várandósság 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. [61].

Ritka esetekben a perinatális időszakban a házastársaknál/apáknál pszichotikus tünetek is megjelenhetnek, vagy a férfiakban is jelentkezhet terhességi téveszme [60, 62, 63].

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. [64, 65]

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. [64, 65]

b) Prognózis

A posztpartum depresszió megnöveli a későbbi major depresszió esélyét, mind a gyermekágyi depresszióét, mind a nem-gyermekágyi depresszióét [66]. A kezeletlen depresszió vagy spontán oldódik, vagy krónikus depresszív szindróma alakul ki. A várandósság alatti kezeletlen depresszió gyakran vezet posztpartum depresszióhoz [67].

c) Rizikófaktorok

Az előzetes depresszió – különösen a serdülő- vagy fiatal felnőttkorban történő depresszió a legjelentősebb rizikófaktor [68, 69, 70]. Ezenkívül megnöveli a megjelenés esélyét:
– az anyával való konfliktus [71, 72],
– stresszes életesemények az elmúlt 12 hónapban [6, 71, 72],
– a várandóssággal kapcsolatban tapasztalt támogatás hiánya a családtól és a barátoktól [6, 71, 72, 73],
– érzelmi és anyagi támogatás hiánya a partner részéről [69, 71, 74],
– egyedülálló anyaság [71, 73],
– nem tervezett várandósság [71, 73],
– a várandósság megszakításának gondolata [75],
– korábbi vetélés (vagy koraszülés) [71, 76],
– családi anamnézisben pszichiátriai megbetegedés [71, 73, 74],
– szegényes kapcsolat a saját anyával [77, 78],
– ha az anya nem szoptat [79, 80, 81],
– ha az anya munkanélküli (nincs hova visszatérnie) vagy háztartásbeli/a háztartás vezetője [71, 74, 80],
– a férj vagy partner depressziója [71],

– gyermekgondozással kapcsolatos stresszorok jelenléte [71, 82],
– a várandósság során sok orvosi vizit [71, 83],
– veleszületetten sérült újszülött [84],
– bizonyos személyiségvonások (neurocitás és magas introverzió) [85],
– várandósság előtti vagy alatti cukorbetegség [86],
– bipoláris megbetegedés az egyéni anamnézisben [71, 74],
– premenstruális szindróma [78, 87, 88] és premenstruális dysphoria (PMDD) [14, 24].

d) Kezelés

Ajánlás6

Posztpartum depresszió esetén az eset súlyosságától függően ambuláns vagy osztályos ellátás szükséges.

(XI. Melléklet fejezet, 1.4. Algoritmusok pont 1. ábra Gyermeket tervező depressziós nő kezelése [saját szerkesztés], 2. ábra Major depresszióban lévő, várandós kismama kezelési ábrája [saját szerkesztés], 3. ábra Major depresszióra antidepresszánst szedő páciens kezelése) [saját szerkesztés]

Ambuláns ellátás esetében:

– **Kezelőorvos, pszichológus és további, kezelésben részt vevő szakemberek kijelölése, személyre szabottan.**
– **Személyre szabott terápia alkalmazása.**
– **Dokumentáció vezetése (alapdokumentáció egy adott helyen, melyhez a team dolgozói hozzáférhetnek, abban az aktuális történések, illetve felmerülő problémák megoldási döntéseivel a pontos időpont és aláírás megnevezésével).**
– **Döntések hozatala a teamses üléseken.**

Osztályos ellátás esetében

– **Az anya osztályos felvétele (szükség esetén ügyeleti időben is az ügyeletes orvos által). A gyermek lehetőség szerinti mielőbbi elhelyezése az anyával együtt (átvétel biztosítása más osztályról, átmeneti elhelyezés gyermekosztályon).**
– **Gyermekkel kapcsolatos intézkedések: eldöntendő kérdés az elhelyezhetőség az anyával egy térben, gyermekbiztonsági szempontok alapján.**
– **A gyermek aktuális állapota alapján az anyával egy térben való elhelyezéséről a neonatológus dönt.**
– **Kezelőorvos, nővérek, pszichológusok és további, kezelésben részt vevő szakemberek kijelölése, személyre szabottan.**
– **Gyermek esetében: családi háttér feltérképezése, illetve a családtagok (apa, nagyszülők, testvérek) mielőbbi bevonása, gyermekkel kapcsolatos jogi és tárgyi feltételek tisztázása.**
– **Személyre szabott terápia alkalmazása.**
– **Az alkalmazott gyógyszeres terápia függvényében a napirend (szoptatás, gyermekkel 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, illetve felmerülő problémák megoldási döntéseivel a pontos időpont és aláírás megnevezésével).**
– **Döntések hozatala: viziteken, vizsgálatkor, szükség esetén teamses megbeszélésen. (E)**

Ajánlás7

A posztpartum blues-zal ellentétben antenatális és PPD esetében szükségessé válhatnak az alábbi kezelési formák:

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

  A megfelelő indikációval történő gyógyszeres kezelés, valamint az egyéb, nem-gyógyszeres biológiai terápiák lehetőségét is szem előtt kell tartani. [89, 90] *(Lásd: A perinatális időszak mentális megbetegedések biológiai és farmakológiai kezeléséről szóló egészségügyi szakmai irányelvet.)*

– **A fent felsoroltak mellett felkínálható kiegészítő egyéb terápiák:**
  – **Egyes kutatások a fényterápia hatékonyságát hangsúlyozzák a peripartum depresszió kezelésében** [91, 92, 93, 94]**, mindazonáltal bipoláris zavar esetében fennáll a mániás indukció kockázata** [94]**. Wirz-Justice és munkatársai** [95] **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. Az újabb eredmények megerősítik, hogy a fényterápia (BLT – bright light therapy) a perinatális depresszió kezelésében biztonságos, jól tolerálható, hatékony módszer** [96]**.**
  – **Több tanulmány az Omega-3 zsírsav és folsav hangulatzavarok kezelésében betöltött augmentáló szerepe mellett érvel, perinatális depresszióval küzdő páciensek számára naponta 1 gramm EPA + DHA, 0,4–5 milligramm folsav kiegészítés javasolt** [94]**.**
  – **A masszázsterápia hatékony lehet a depresszió perinatális és nem perinatális formájának kiegészítő kezelésében, heti 20 perc masszázsterápia csökkentheti a depressziós tüneteket enyhe depresszió esetében.**
  – **A testmozgás, enyhe-közepes intenzitású fizikai aktivitás jó hatású lehet az enyhe és középsúlyos posztpartum depresszió kezelésében** [97].
  – **A jóga jó hatású lehet az enyhe és középsúlyos posztpartum depresszió kezelésében** [97]**. (E)**

Ajánlás8

A várandósság ideje alatt, illetve a posztnatális periódus során jelentkező, tartósan fennálló, szubklinikus depresszió tünetei, valamint enyhe vagy közepes depresszió esetén érdemes megfontolni a szakember által támogatott önsegítő technikákat. (E) [2]

Ajánlás9

Azoknak a nőknek, akik bár kezdetben enyhe depressziót mutatnak a várandósság ideje alatt vagy a posztnatális periódusban, de előzményükben súlyos depresszió szerepel, antidepresszáns adása megfontolandó [TCA, SSRI vagy (S)NRI]. (E) [2]

Ajánlás10

Olyan nők esetében, akik a várandósság ideje alatt vagy a posztnatális periódusban közepes vagy súlyos depresszió jeleit mutatják, az alábbi lehetőségek megfontolandók:

– **magas intenzitású pszichológiai intervenció (például CBT),**
– **antidepresszáns [TCA, SSRI vagy (S)NRI], amennyiben a mentális zavar és gyógyszeres kezelés várandósság alatti és szülés utáni rizikótényezőit megérti, illetve:**
  – **a gyógyszeres kezelést preferálja,**
  – **elutasítja a pszichológiai intervenciókat,**
  – **vagy a pszichológiai intervencióktól nem javult az állapota,**
  – **magas intenzitású pszichológiai intervenció és farmakoterápia kombinációja, amennyiben a mentális zavar és gyógyszeres kezelés várandósság alatti és szülés utáni rizikótényezőit megérti, és önmagában a magas intenzitású pszichológiai intervencióra vagy gyógyszeres kezelésre nem, vagy részlegesen reagál. (E)** [2]

Ajánlás11

Ha egy nő enyhe és középsúlyos depresszió miatt antidepresszánst szed [TCA, SSRI vagy (S)NRI] és várandós lesz, egyeztessünk vele a gyógyszeres kezelés fokozatos elhagyásáról, és a szakember által támogatott önsegítő technikák lehetőségéről. (E) [2]

Ajánlás12

Amennyiben egy várandós nő középsúlyos depresszió miatt antidepresszánst szed [TCA, SSRI vagy (S)NRI] és a gyógyszer elhagyását fontolgatja, javasolt átbeszélni vele a kezelésre adott korábbi reakcióit, a graviditás stádiumát, a visszaesés kockázatát, a gyógyszeres kezeléssel járó kockázatot és kezeléssel kapcsolatos preferenciáit, valamint egyeztessünk az alábbiakról:

– **váltás magas intenzitású pszichológiai intervencióra (például CBT),**
– **váltás olyan gyógyszerre, mely számára hatékony, de az adverz hatás kockázata kisebb. (E)** [2]

Ajánlás13
Amennyiben egy várandós nő súlyos depresszió miatt antidepresszánst szed [TCA, SSRI vagy (S)NRI], javasolt átbeszélni vele a kezelésre adott korábbi reakcióit, a graviditás stádiumát, a visszaesés kockázatát, a gyógyszeres kezeléssel járó kockázatokat, a kezeléssel kapcsolatos preferenciáit, valamint egyeztessünk az alábbiakról:
– **a jelenlegi farmakoterápia folytatása,**
– **váltás olyan gyógyszerre, mely számára hatékony, de az adverz hatás kockázata kisebb,**
– **magas intenzitású pszichológiai intervenció (például CBT) és farmakoterápia kombinációja,**
– **váltás magas intenzitású pszichológiai intervencióra (például CBT), amennyiben a gyógyszer elhagyása mellett dönt. (E)** [2]

Ajánlás14
A PPD-vel diagnosztizált nők körében az Szupportív tanácsadás javasolt, ami magában foglalja: a „támogató hallgatást", a „problémamegoldást" és a „célmeghatározást". Mindez javíthatja a depresszió és a szorongás tüneteit. (M) [2]

Ajánlás15
A klinikai döntéseknél megfontolandó, hogy a pszichoszociális támogatás, a pszichoedukáció és a strukturált pszichoedukáció javítja a depresszió tüneteit a nők körében a perinatális időszakban. (E) [2]

Ajánlás16
Strukturált pszichoedukáció biztosítása javasolt a perinatális időszakban depressziós tünetekkel küzdő nők számára. Az Erős szociális támogatás és a szociális támogató csoportban (például koraszülött mentor program, sors-társ szervezetek) – való részvétel javíthatja a nők depressziós tüneteit a szülés utáni időszakban. (M) [2]

Ajánlás17
Javasolt a szülés utáni időszakban depressziós tünetekkel küzdő nők tájékoztatása a szociális támogató csoport lehetséges előnyeiről. (M) [2]

Ajánlás18
A klinikai döntéseknél megfontolandó, hogy a perinatális időszakban az egyéni strukturált pszichológiai beavatkozások (CBT vagy IPT) csökkentik:
– **a depresszió érték átlagpontszámát, és**
– **javíthatják a depresszió tüneteit a tünetekkel vagy depresszióval diagnosztizált nőknél. (M)** [2]

Ajánlás19
A klinikai döntéseknél megfontolandó, hogy a szülő-csecsemő kapcsolati beavatkozások és egyéni szülő-csecsemő beavatkozások a depressziós nők körében javíthatják a szülő-csecsemő kötődés problémáit és a szülő-csecsemő viselkedésszabályozás problémáit. (M) [2]
Az ajánlások szinkronban vannak az Európai Unió által támogatott és nemzetközi tudományos összefogásban dolgozó RISEUP-PPD munkacsoport által kibocsátott perinatális depresszióra vonatkozó 2023-as részletes irányelv eredményeivel. [97]

B/3 Posztpartum pszichózis

a) Klinikai kép
A posztpartum pszichózis ritkább (prevalencia 0,089–0,26%,) [98], 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 [99, 100]. 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, irritabilitás és pszichomotoros agitáció, a külvilág számára nehezen kifejezhető én elvesztés élménye [16]. Hosszan tartó alvászavar (mely nem a gyermekgondozás miatt lép fel) gyakran az első jele egy kezdeti hangulatzavarnak [101]. Előfordul téri és idői dezorientáció. A mentális státusz a konfúzió és intermittáló tiszta állapotok között változhat [102]. A PPP-t delúziók (szilárd, hamis tévhitek), a percepció zavara (vizuális, audiális vagy olfaktorikus hallucinációk), valamint a gondolatok dezorganizációja jellemzik. Bizonyos szerzők a PPP-t a szülés utáni hangulatzavarok súlyos formájának tekintik, mivel általában megfigyelhető akut mánia vagy depresszió, ami a szülést követő hetekben jelenik meg [103]. A nem gyermekágyi pszichózis ezzel szemben tipikusan a tér-idő-személy dezorientációja nélkül jelentkezik. A delúziók kapcsolatban állnak a páciens hangulati állapotával (például 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 a gondolatok gyakoriak, de gyakran titkoltak. E gondolatok gyakran csak direkt kérdésekre derülnek ki [16]. Ezzel együtt e tünetek pszichózisra utalhatnak, így fel kell mérni a pszichózis lehetőségét. Jelenleg azt feltételezzük, hogy a posztpartum pszichózis a bipoláris I. típusú zavar manifesztációja. [104]

Megjelenési formái [105]:

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 megbetegedésnek. A tünetek tisztázása érdekében nagy szerepe van a heteroanamnézisnek.

A mánia tünetei [39]:
– Érzelmi: emelkedett hangulat, önszeretet, kitörő jókedv.
– Kognitív: pozitív énkép, pozitív elvárások, mások hibáztatása, problémák tagadása, téves döntéshozatal.
– Motivációs: impulzivitás, tettvágy, függetlenség igény, önérvényesítési vágy.
– Viselkedéses: produktivitás, hiperaktivitás, harsányság.
– Fizikai: fáradhatatlanság, megnövekedett libidó, álmatlanság.

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

Szkizoaffektív zavar:
A posztpartum pszichózis mániával, depresszióval vagy kevert epizódokkal jelentkezhet. A bipoláris zavartól elkülöníti a korábbi vagy újabb krónikus pszichotikus állapot hangulati tünetek nélkül.
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 páciens állapota nyom nélkül rendeződik. A tünetek téveszméket, hallucinációkat, laza asszociációkat, inkoherenciát, katatón tüneteket, 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 [106]. A posztpartum megjelenő várandóssági téveszme bizarr szomatikus téveszmének tekinthető [107].

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, CO_2, benzin, festék).
Egyéb betegségek, melyek esetén pszichotikus állapot alakulhat ki a posztpartum időszakban:
– szkizoaffektív zavar,
– szkizofrénia,
– major depresszív zavar, pszichotikus epizódokkal (pszichotikus depresszió).

Diagnózis megjelölése:
BNO-10: F53.1 – Súlyos mentális és viselkedészavar, ami a puerperiumhoz társul, és máshol nem került besorolásra
BNO-11: 6E21 – Terhességhez köthető mentális és viselkedészavarok pszichotikus tünetekkel

b) Prognózis
A posztpartum pszichózist az anya gyermek elleni gondolatai, ritkán a gyermekre is kiterjesztett öngyilkossági gondolat, érzékcsalódás, bizarr téveszmék, kiszámíthatatlan magatartás teszik különösen veszélyeztetett állapottá, nagyon gyakran kórházi kezelést igénylő közvetlen veszélyeztető magatartás áll fenn [16]. Ugyanakkor a posztpartum megbetegedések közül a gyermekágyi pszichózis során vették figyelembe azt először, hogy előreláthatóan kedvező lefolyása [108, 109] és a kezelés viszonylag rövid időtartama indokolja az anya és a csecsemő együttes kezelését. Az együttkezelések tapasztalatait ültették át egyéb megbetegedések kezelésére is. A posztpartum pszichózis első epizódjánál, a kezelést követően kiváló eredményekre számíthatunk a legtöbb anyánál [103]. Azonban az érintett nőknél, akik további gyermeket vállalnak, több mint 50%-os esély van perinatális hangulati epizód megjelenésére [110].
A kezdeti súlyos és gyors, típusos esetben 3–14 napos szabad intervallumot követően indul a kórkép [111]; máskor több hét, akár három hónap is eltelhet a tünetek kialakulásáig. A tünetek 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 [100, 112, 113].
Néhány kutatás azt sugallja, hogy létezik egy negyedik lehetőség is: a „posztpartum poszttraumás stressz zavar" *(lásd továbbá: szorongásos zavarok fejezet)*, amely a PTSD kritériumait a szüléssel hozza összefüggésbe [114]; például bizonyos esetekben császármetszés, csecsemőhalál okozhat ilyen súlyos pszichotraumát [115]. Érdekes eredmény, hogy a traumatikus esemény önmagában nem befolyásolja az anya-csecsemő kötődést, de a felnőtt kötődési mintázatot is figyelembe véve már negatívan befolyásolhatja azt: az elkerülő és szorongó kötődésnél, PTSD-t követően indirekt hatásai vannak [116].

Rizikófaktorok
A pszichotikus zavarok okai nem teljesen egyértelműek, a legtöbb tanulmány egyetért abban, hogy a megbetegedés hátterében genetikus és környezeti kiváltó okok is húzódnak [117].
Rizikófaktorok:
– a korábbi gyermekágyi pszichózis,
– korábbi bipoláris megbetegedés,
– családi anamnézisben gyermekágyi pszichózis,

– illetve a litium vagy egyéb hangulatstabilizáló szedésének a közelmúltban történő megszakítása [118, 119],
– a korábbi pszichotikus zavar megjelenését a legerősebb rizikófaktorok közé soroljuk,
– veszélyeztető tényezőnek számít a családi anamnézisben szereplő pszichotikus zavar,
– valamint a várandósság előtt bármilyen mentális zavar miatti hospitalizáció.

Egyéb rizikófaktorok [120], mint például

– az első gyermek kihordása,
– szülési komplikációk,
– hosszú vajúdás,
– éjszakai szülés nem egyértelműen bizonyíthatók.

Hazelgrove és munkatársai [121] azt találták, hogy kockázatban lévő (bipoláris zavarral, szkizoaffektív zavarral vagy korábbi posztpartum pszichózissal diagnosztizált) nőknél:

– a súlyos gyermekkori elhanyagolás, és
– a harmadik trimeszterben mért magasabb kortizolszint bejósolta a szülést követő 4 hétben megjelenő relapszust, a klinikai és szocioökonómiai adatok kizárása után is.

c) Kezelés

Ajánlás20

Posztpartum pszichózis esetében közvetlen veszélyeztető magatartás meglétekor osztályos elhelyezés szükséges.

– **Az anya osztályos felvétele (ügyeleti időben is az ügyeletes orvos által).**
– **A gyermek lehetőség szerinti mielőbbi elhelyezése az anyával együtt (átvétel biztosítása más osztályról, átmeneti elhelyezés gyermekosztályon).**
– **Gyermekkel/csecsemővel kapcsolatos intézkedések: orvos általi megítélése, hogy elhelyezhető-e az anyával egy térben, vagy ezt csak a későbbiekben javasoljuk.**
– **A gyermek aktuális állapota alapján az anyával egy térben való elhelyezéséről a neonatológus dönt.**
– **Kezelőorvos, nővérek, pszichológusok és további, kezelésben részt vevő szakemberek kijelölése, személyre szabottan.**
– **Gyermek esetében: családi háttér feltérképezése, illetve a családtagok (apa, nagyszülők, testvérek) mielőbbi bevonása, gyermekkel kapcsolatos jogi és tárgyi feltételek tisztázása.**
– **Személyre szabott terápia alkalmazása.**
– **Az alkalmazott gyógyszeres terápia függvényében a napirend (szoptatás, gyermekkel 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, illetve felmerülő problémák megoldási döntéseivel a pontos időpont és aláírás megnevezésével).**
– **Döntések hozatala: viziteken, vizsgálatokon, szükség esetén teamses megbeszélésen. (K)**

Ajánlás21

Posztpartum pszichózis esetén szoros obszerváció, gyógyszeres terápia szükséges. A gyógyszeres terápia kiválasztásánál figyelembe kell venni a korábbi kezelésekre adott választ, a hatékonyság fokát, a mellékhatásokat, a páciens preferenciáját, a betegség súlyosságát és a szoptatást. A farmakoterápia indikálása a pszichotikus zavar diagnózisának és tüneteinek megfelelően történik, figyelembe véve a perinatális időszak jellegzetességeit. Az öngyilkosság és csecsemőgyilkosság relatív veszélyeit fel kell mérni és szem előtt kell tartani. (K) *(Lásd: A perinatális időszak mentális megbetegedések biológiai és farmakológiai kezeléséről szóló egészségügyi szakmai irányelvet.)*

Ajánlás22

A gyógyszeres terápia (indokolt esetben EKT) mellett pszichológiai intervenciók, pszichoterápia is javasolt: egyéni, család- és párterápia, csoportterápia, szülő-csecsemő konzultáció. (M)

Ajánlás23

A pácienst és családját az Ajánlás22-ben foglaltak mellett pszichoedukációban célszerű részesíteni, a gyermek ellátásával kapcsolatos tanácsadással és szupervízióval kiegészítve. (E) [120]

Ajánlás24

Bipoláris zavar esetén megfontolandó pszichológiai intervenciók:

CBT, interperszonális pszichoterápia, valamint bipoláris depresszió esetén strukturált egyéni terápia, csoportos és családi intervenciók a bipoláris zavarra célzottan, a visszaesés kockázatának csökkentésének érdekében, különösképp, amikor a farmakoterápia módosítása vagy elhagyása történik. (E) [2]

Ajánlás25

Amennyiben egy várandós nőnél mániás vagy pszichotikus epizód alakul ki és nem áll gyógyszeres kezelés alatt, javasoljunk antipszichotikumot. (E) [2] *(Lásd: A perinatális időszak mentális megbetegedések biológiai és farmakológiai kezeléséről szóló egészségügyi szakmai irányelvet.)*

Ajánlás26

Pszichológiai intervenciók (például CBT és/vagy családi intervenciók) alkalmazása megfontolandó azoknál a pszichotikus zavarral vagy szkizofréniával élő nőknél, akik várandósok lesznek és a relapszus kockázata felmerül az alábbiak miatt:

- **a várandóssággal és a posztpartum időszakkal társuló stressz,**
- **a farmakoterápia módosítása, beleértve az antipszichotikum elhagyását. (E)** [2]

Ajánlás27

Profilaktikus kezelésként javasoljunk antipszichotikumot azoknak a bipoláris zavarral élő nőknek, akik:

- **várandósak lesznek és elhagyják a lítiumot, vagy**
- **szoptatást terveznek. (E)** [2] *(Lásd: A perinatális időszak mentális megbetegedések biológiai és farmakológiai kezeléséről szóló egészségügyi szakmai irányelvet.)*

Ajánlás28

Ha egy bipoláris zavarral kezelt várandós nőnél a profilaktikus farmakoterápia mellett mániás epizód alakul ki:

- **ellenőrizzük a profilaktikus gyógyszer dózisát és az adherenciát,**
- **emeljük a profilaktikus gyógyszer dózisát, ha az antipszichotikum,**
- **más típusú hatóanyag esetén javasoljuk a váltást antipszichotikumra,**
- **ha a dózis emelésére nincs terápiás válasz és a várandós nőnél súlyos mániás epizód áll fenn, fontoljuk meg a lítium beállítását,**
- **ha a lítium kezelésre nincs terápiás válasz, fontoljuk meg az elektrokonvulzív terápia (EKT) alkalmazását. (E)** [2] *(Lásd: A perinatális időszak mentális megbetegedések biológiai és farmakológiai kezeléséről egészségügyi szóló szakmai irányelvet.)*

Ajánlás29

Elektrokonvulzív terápia alkalmazása megfontolandó azoknál a várandós nőknél, akiknél súlyos depressziós epizód, súlyos kevert affektív vagy mániás epizód, katatónia áll fenn, és ez az anya vagy a magzat testi egészségére súlyos kockázatot jelent. (E) [2] *(Lásd: A perinatális időszak mentális megbetegedések biológiai és farmakológiai kezeléséről szóló egészségügyi szakmai irányelvet.)*

B/4 Szorongásos zavarok

a) Klinikai kép

A várandósság alatt és posztnatálisan tapasztalt szorongásos tünetek számos nemkívánatos következménnyel járnak a nők és gyermekeik számára. A perinatális szorongással küzdő nők nagyobb valószínűséggel alkalmaznak rosszabb megküzdési stratégiákat, félnek a szüléstől, nagyobb arányban érinti őket a depresszió és az öngyilkosság, míg gyermekeiknél magasabb a koraszülöttség és a kognitív, érzelmi és viselkedési fejlődés zavarainak kockázata [122, 123, 124]. A perinatális szorongásos zavarok összesített prevalenciája körülbelül 20%-ra tehető [125], bár az előfordulás a kulturális környezet, a gazdasági berendezkedés és a perinatális periódus időszaka mentén is eltérhet [126].

b) A várandósság során vagy a posztnatális periódusban jelentkező szorongásos tünetek megjelenési formái:
– tokofóbia: szüléstől való extrém félelem;
– a várandósság során vagy a posztnatális periódusban jelentkező, küszöbérték alatti, de tartós szorongásos tünetek;
– a várandósság során vagy a posztnatális periódusban fennálló szorongásos zavar;
– posztpartum poszttraumás stressz zavar (Posztpartum PTSD): a PTSD kritériumait a szüléssel hozza összefüggésbe [114]. A PPTSD kifejezést általában a nők születési traumát követő szorongásának leírására használják – megjegyezve, hogy a szorongás nem azonos a PTSD-vel [11].

Posztpartum PTSD

A nők körülbelül 9%-a tapasztal szülés utáni poszttraumás stressz zavart (posztpartum PTSD) a szülést követően. A tüneteket leggyakrabban a szülés vagy a szülés után átélt trauma okozza. A szüléssel kapcsolatos traumák gyakran komplikációval kapcsolatosak, de egyéb tényezők is rizikófaktornak számítanak:
– a köldökzsinór előesése,
– nem tervezett, sürgősségi császármetszés,
– vákuum vagy fogó használata,
– a baba PIC-re kerülése,
– súlyos szülés utáni vérzés,
– váratlan méheltávolítás,
– súlyos preeclampsia/eclampsia,
– perineális trauma,
– tehetetlenség érzés,
– rossz kommunikáció és/vagy a támogatás és a megnyugtatás hiánya a szülés során,
– azok a nők, akik korábban traumát, például nemi erőszakot vagy szexuális zaklatást éltek át, szintén nagyobb kockázatnak vannak kitéve a szülés utáni PTSD-nek.

A szülés utáni PTSD tünetei a következők lehetnek:
– a traumatikus esemény tolakodó újraélése (amely sokszor magának a szülésnek az emléke),
– visszaemlékezések vagy rémálmok,
– az eseménnyel kapcsolatos ingerek elkerülése, beleértve a gondolatokat, érzéseket, személyeket, helyszíneket és az esemény részleteit,
– tartósan megnövekedett izgalom (ingerlékenység, alvási nehézségek, túlzott éberség, túlzott ijedtség),
– szorongás és pánikrohamok,
– negatív önértékelés, negatív érzelmek.

Egy nő a születést még akkor is traumatikusnak élheti meg, ha az szülészetileg egyszerűnek mondható. A traumatikus események megélése személyenként eltérő lehet. Szülési trauma előfordulhat PTSD-vel vagy anélkül is, és továbbra is társuló szorongást okozhat. A traumainformált ellátás a minőségi szülészeti és neonatológiai ellátás szerves részét képezi [11]. A komplex PTSD az új BNO-11 szerint egy önálló diagnosztikus entitás. Az én szervezésének zavaraként írható le. Az érzelemszabályozás, a negatív önkép és a kapcsolatok zavara jellemzi. Előfordulása a várandósság alatt disszociatív viselkedéssel jár. [127]

Diagnózis megjelölése:

BNO-10: O99.34 – A terhességet, szülést és gyermekágyat komplikáló mentális rendellenességek

BNO-11: 6E20 – Terhességhez köthető mentális és viselkedészavarok pszichotikus tünetek nélkül

6B41 – Komplex poszttraumatikus stressz-zavar

c) Kezelés

Ajánlás30

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. (E)

Ajánlás31
Tokofóbiában (szüléstől való extrém félelem) szenvedő páciens esetén perinatális pszichológiai konzultáció javasolt, mely során a páciensnek lehetősége adódik a félelmeiről egy szakemberrel beszélgetni. (E) [2]

Ajánlás32
A várandósság során vagy a posztnatális periódusban jelentkező, küszöbérték alatti, de tartós szorongásos tünetek esetén támogatott önsegítő módszerek javasoltak. Például CBT-alapú önsegítő anyagok, 2–3 hónapon át tartó szupportív terápiával megtámogatva (személyesen vagy telefonon), maximum 6 alkalom erejéig. (E) [2]

Ajánlás33
A várandósság során vagy a posztnatális periódusban szorongásos zavarral küzdő páciensnek kezdetben alacsony intenzitású pszichológiai intervenció javasolt (például támogatott önsegítő technikák), vagy magas intenzitású pszichológiai intervenció (például CBT), miközben betartjuk az alábbiakat:
- **PPTSD esetén kizárólag magas intenzitású pszichológiai intervenció: traumafókuszú CBT vagy EMDR terápia javasolt.**
- **Szociális fóbia esetén magas intenzitású pszichológiai intervenció javasolt kezdetben.**
- **A gyógyulás folyamatát szorosan monitorozni kell és magas intenzitású pszichológiai intervencióra célszerű váltani, amennyiben a tünetek két hét alatt nem javulnak. (E)** [2]

Ajánlás34
Amennyiben a páciens antidepresszánst szed [TCA, SSRI vagy (S)NRI] szorongásos zavarára és várandós lesz, egyeztessük vele a következő opciókat:
- **gyógyszerek fokozatos elhagyása és váltás magas intenzitású pszichológiai intervencióra (például CBT),**
- **farmakoterápia folytatása, amennyiben a mentális zavar és gyógyszeres kezelés várandósság alatti és szülés utáni rizikótényezőit megérti, illetve:**
  - **a páciens a gyógyszert preferálja,**
  - **elutasítja a pszichológiai intervenciókat,**
  - **vagy a pszichológiai intervencióktól nem javult az állapota,**
- **váltás olyan gyógyszerre, mely számára hatékony, de az adverz hatás kockázata kisebb,**
- **magas intenzitású pszichológiai intervenció (például CBT) és farmakoterápia kombinációja, amennyiben a mentális zavar és gyógyszeres kezelés várandósság alatti és szülés utáni rizikótényezőit megérti, és önmagában a magas intenzitású pszichológiai intervencióra nem, vagy részlegesen reagál. (E)** [2] *(Lásd: A perinatális időszak mentális megbetegedések biológiai és farmakológiai kezeléséről szóló egészségügyi szakmai irányelvet.)*

Ajánlás35
NICE alapján a tartós poszttraumás stressz-zavar (PTSD) tüneteivel rendelkező nőket 1 hónapon belül szakképzett szakemberekhez kell irányítani a NICE PTSD-re vonatkozó útmutatása szerint. (E) [2]

Ajánlás36
Az ellátás során a legtöbb vagy minden nő profitálhat a 2018-as SA Health Guideline „A szorongás kezelése traumás születés után" című általános kezelési stratégiáiból, mivel ez a fajta stratégia elősegíti az ellátás során a nő egyértelmű kommunikációját és a tájékozott döntéshozatalt (ha ezt a setting lehetővé teszi).
Figyelembe kell venni, hogy a javasolt stratégiák lehetséges ártalma, hogy nem valósulhatnak meg, ha nem állnak rendelkezésre olyan szolgáltatások, amelyek biztosítják a segítségnyújtást.
Valószínű, hogy a nagy intenzitású pszichológiai beavatkozásokból egyetlen alkalom, ami kifejezetten a trauma „újraélésére" helyezi a hangsúlyt ártalmasabb, mint amennyi előny várható belőle. (E) [2]

B/5 Obszesszív-kompulzív zavar (OCD)

a) Klinikai kép
Az obszesszív-kompulzív zavart, vagy más néven kényszerbetegséget kényszergondolatok (obszessziók) és/vagy kényszercselekvések tünetegyüttese jellemzi. A kényszeres betegségek akkor számítanak betegségnek,

ha a tünetek naponta több mint egy órát lefoglalnak, és ezzel jelentősen akadályozzák a személy mindennapi életvitelét. A kényszerbetegség élettartam prevalenciája 1–3%, tünetei sokszínűek, változatosak lehetnek. Jellemző a kényszergondolatok (obszessziók) visszatérő, a gondolkodásba betolakodó, ezáltal szorongást, szenvedést okozó természete. A gondolatok irracionalitásával a páciens tisztában van, azokat igyekszik elnyomni. A kényszercselekvések (kompulziók) olyan ismétlődő cselekvések (például mosakodás) vagy gondolati rituálék (például számolás), melyek célja az obszessziók által kiváltott szorongás csökkentése, vagy valamilyen rettegett esemény bekövetkezésének elhárítása [128]. A perinatális OCD a várandósság alatt vagy a posztnatális időszakban fordul elő. Előfordulhat, hogy a betegség kórelőzmény nélkül, hirtelen lép fel, illetve megjelenhet a meglévő OCD súlyosbodása is. A tünetek sokszor a baba és a gondozás témájára irányulnak. A várandósság alatt induló kényszeres tüneteket főleg a babának való véletlen károkozástól való félelem (például „elszennyeződhet a kezem"), és a hozzá kapcsolódó viselkedés (például a túlzott kézmosás, a szülés után a másokkal való érintkezés elkerülése), míg a születés után induló tüneteket inkább a csecsemőnek való szándékos károkozástól való szorongás (például „nem megfelelően érinthetem meg a babámat") jellemzi [129].

Az említett tünetek jelentős terhet és szorongást okozhatnak, mivel a mindennapi életet ebben az életszakaszban a gondozási tevékenységek uralják. A kutatások azt mutatják, hogy szándékos vagy véletlen sérüléssel kapcsolatos betolakodó gondolatok a lakosság 80%-ánál előfordulnak, különösen a friss szülőknél, ugyanakkor az egészséges személyek ezeket a gondolatokat általában könnyen el tudják vetni [130]. A kényszerbetegséggel élő személyek túlzott jelentőséget és jelentést tulajdonítanak a betolakodó gondolatoknak, amelyek azt jelzik számukra, hogy képesek a károkozásra. Bár az OCD-ben szenvedőkre nem jellemző, hogy a szándékos bántalmazásra vonatkozó gondolataik szerint cselekednének, tüneteik nagyfokú leterheltséget és szorongást okoznak számukra [129].

A gyermek véletlen vagy szándékos sérülésével, ártalommal kapcsolatos kényszergondolatok, a bűntudat, a kényszercselekvésekkel töltött idő következtében az érzelmi és fizikai eltávolodás a gyermekkel és családtagokkal való kapcsolatot negatívan befolyásolhatják.

A posztpartum depresszió jellegzetes tüneteként kényszergondolatok jelenhetnek meg, illetve a posztpartum OCD esetek harmadához társulhat depresszió. [131, 132]

Diagnózis megjelölése

BNO-10: F42 – A kényszeres (obszesszív-kompulzív) zavar

BNO-11: 6E20 – Terhességhez köthető mentális és viselkedészavarok pszichotikus tünetek nélkül

b) Kezelés

Ajánlás37

Számos randomizált, kontrollált vizsgálat támogatja a CBT expozíció-válaszgátlással történő alkalmazását az általános populációban, a perinatális időszakra vonatkozó bizonyítékok nagyrészt megfigyeléses vizsgálatokra korlátozódnak, amelyek mindegyike javulásról számol be korlátozott számú páciensnél. A CBT ERP-vel az egyetlen bizonyítékokon alapuló hatékony pszichoterápiás megközelítés, azonban más terápiás formák is hasznosak lehetnek a perinatális OCD néhány tünetére. A családterápia, a szupportív terápia, a motivációs interjúk és a dialektikus viselkedésterápia segíthetnek a tünetek okozta szorongás enyhítésében, különösen azon páciensek esetében, akik a tüneteik okozta súlyos szorongás miatt nem tudnak részt venni az ERP-vel végzett CBT-ben. Annak a páciensnek, aki nem részesül az ERP-vel végzett CBT-ben, vagy nem tud részt venni benne, valószínűleg gyógyszeres kezelésre lesz szüksége. (E) [133]

A gyógyszeres kezelés alapját az antidepresszánsok jelentik (SSRI, SNRI, TCA), ezek alkalmazásának perinatális vonatkozásáról *lásd A perinatális időszak mentális megbetegedések biológiai és farmakológiai kezeléséről szóló egészségügyi szakmai irányelvet.*

B/6 Szerhasználat

a) Klinikai kép

Annak ellenére, hogy a nemzetközi konszenzus a várandósság alatt teljes absztinenciát javasol, a prenatális alkohol-, és drogfogyasztás és következményei világszerte, így Magyarországon is jelentős közegészségügyi problémát jelentenek. Az elmúlt évtizedben az alkohol és kábítószerek használatának növekedését figyelték meg a szülőkorú nők körében és a perinatális időszakban [134].

A várandósság és az alkohol

A szerhasználati zavarok súlyos magzati ártalmak veszélyét hordozzák, károsítják az intrauterin fejlődést, de a posztnatális fejlődésre is hatással vannak. Magzati alkoholszindrómának (FAS, fetal alcohol syndrome) a prenatális alkoholexpozíció által okozott, veleszületett értelmi és fejlődésbeli károsodások halmazát (például a növekedés elmaradása, kraniofaciális malformációk, végtag- és szívfejlődési rendellenességek és intellektuális zavarok) nevezzük [135]. A legújabb terminológia az elváltozások szélesebb spektrumát öleli át, és a betegség elnevezése magzati alkohol spektrumzavarra (FASD, fetal alcohol spectrum disorder) módosult [135].

Nincs pontos adat arra vonatkozóan, hogy mennyi a magzatot még biztosan nem károsító alkoholmennyiség, ezért a várandósság alatt mindennemű alkoholfogyasztás kerülendő [136].

A különböző kábítószerek várandósság alatti használata növeli a halvaszületés, a rossz újszülöttkori adaptációs szindróma és a hirtelen csecsemőhalál kockázatát. A terhességre gyakorolt káros hatások közé tartozik a korai membránrepedés, a méhlepényszakadás, a koraszülés és az alacsony születési súly kockázatát [137].

A várandósság és a dohányzás

A várandósság alatti dohányzás nemcsak az édesanya és a fejlődő magzat egészségét károsítja, epigenetikai hatása is jelentős, következménye akár egy generációval később is észlelhető. A nikotin képes átjutni a placentán, a magzatban magasabb koncentrációt ér el, mint az anyában. Csökkenti a placenta vérellátását, amely magzati hipoxiához, acidózishoz vezethet, és hozzájárulhat számos fejlődési rendellenesség és viselkedészavar kialakulásához (anencephalia, spina bifida, asztma, ADHD, csökkent tanulási képességek) [138].

A leszokás támogatásának módszerei várandós anyák esetében a minimálintervenció, illetve a programszerű leszokás támogatáson belül a gyógyszermentes módszerek (például intenzív egyéni vagy csoportos tanácsadás, leszokásvonal).

Ajánlás38

A dohányzásnak a várandós nőkre és a magzatra gyakorolt káros hatása miatt a várandós nőknek a leszokás támogatással kapcsolatos minimálintervenciót meghaladó mértékben kell pszichoszociális leszokás támogatást nyújtani. (K) [293]

Epidemiológiai adatok

A várandósság alatt alkoholt és egyéb pszichoaktív szert fogyasztó nők száma országonként eltér.

- Az Egyesült Államokban arányukat 8,7%-ra becsülik, Franciaországban és Németországban az érték eléri a 20%-ot [139, 140].
- A legalacsonyabb prevalenciát a kelet-mediterrán régió országaiban (0,2%) figyelték meg [141].
- Az Egyesült Államokban a kábítószerrel összefüggésbe hozható várandós halálozás 2010 és 2019 között, 190%-os növekedést mutatott [142].

A perinatális szerhasználatra vonatkozó vizsgálatok alapján megállapítható, hogy a dohányzás, az alkohol, a cannabis, a stimulánsok és az opiátok fogyasztása számos negatív hatással járhat a várandósságra és az újszülöttre. Mindegyik kategóriában megfigyelhető a koraszülés, az alacsony gesztációs és születési súly, valamint a kognitív deficit és viselkedéses zavarok kialakulásának lehetősége. A vetélés/spontán abortusz is fokozott kockázatot jelent a legtöbb szerhasználat esetében. A legtöbb negatív hatás a dohányzás, alkohol és stimulánsok esetében várható, amit az opiátok, és cannabis követ. A káros hatások továbbterjednek a gyermekre, ami a legtöbb esetben kognitív deficitekhez, valamint viselkedési zavarok kialakulásához vezethet. A vizsgálatok egyértelműen igazolják, hogy a terhesség alatt történő drogfogyasztás széles körű és súlyos következményekkel járhat mind az anya, mind a csecsemő egészségére nézve *(1. táblázat)* [143].

1. táblázat: A perinatális szerhasználat hatása a várandósságra és gyermekre [143]

	Dohányzás	Alkohol	Cannabis	Stimulánsok	Opiátok
Várandósági következmények					
Koraszülés	X	X	X	X	X
Alacsony gesztációs súly	X	X	X	X	X
Alacsony születési súly	X	X	X	X	X
Vetélés/spontán abortusz	X	X		X	
Placentaleválás	X			X	
Korai burokrepedés	X			X	
Méhen kívüli terhesség	X				
Hatás a gyermekre					
Kognitív deficit	X	X	X	X	X
Fejlődési rendellenességek		X			
Gyermekhalál/Hirtelen csecsemőhalál	X				X
Neonatális megvonás/absztinencia		X			X
Viselkedési zavarok	X	X	X	X	X

Diagnózis megjelölése

Amennyiben a szerhasználat tünetei a várandósság vagy a gyermekágyi időszak alatt jelentkeznek:

BNO-10: O99.34 – A terhességet, szülést és gyermekágyat komplikáló mentális rendellenességek

BNO-11: 6E20 – Terhességhez köthető mentális és viselkedési zavarok pszichotikus tünetek nélkül

Amennyiben a szerhasználat tünetei már a várandósságot megelőzően fennálltak:

BNO-10: Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok F10–19

BNO-11: Szerhasználati és addiktív viselkedési zavarok 6C4

A BNO-10-ben kettő, BNO-11-ben négy fő diagnózis adható:

– káros szerhasználat (BNO-10, BNO-11),
– kialakult folyamatos szerhasználat (BNO-11),
– kialakult epizodikus szerhasználat (BNO-11),
– szerfüggőség (BNO-10, BNO-11).

Fenti kórképek hierarchikusan szerveződnek, egymást kölcsönösen kizárják. Kettő vagy több szer használata esetén azonban többes diagnózis is adható.

További kiegészítő diagnózisok, melyek a fenti elsődleges diagnózisok mellett is felállíthatóak:

– pszichoaktív szer okozta intoxikáció,
– pszichoaktív szer okozta megvonás, és
– pszichoaktív szer okozta mentális zavarok.

2. táblázat A pszichoaktív szerek listája a BNO-11-ben kiegészült [saját szerkesztés]

alkohol	stimulánsok	MDMA
kannabisz	szintetikus katinonok	disszociatív szerek
szintetikus kannabinoidok	koffein	inhalánsok
opioidok	hallucinogének	nikotin
kokain	nyugtatók és altatók	egyéb/ismeretlen/többféle

b) Kezelés

Ajánlás39

Minden fogamzóképes korú nőt tájékoztatni kell a pszichoaktív anyagok szülés előtti használatának potenciális ártalmairól, és arra kell ösztönözni őket, hogy a várandósság tervezésekor, de legkésőbb a várandósság ismeretében hagyják abba a használatot. A nők alkoholfogyasztásról való explorálását az első várandósság előtti látogatás alkalmával, majd a szülésig minden szülés előtti látogatás alkalmával rendszeresíteni kell. (E)

Szerhasználattal élő várandós édesanyák sok esetben nem jutnak el időben a megfelelő szociális és egészségügyi ellátáshoz, ennek hátterében a várandósság tagadása, szégyenérzet, bűntudat vagy ambivalens érzések egyaránt állhatnak. A szerfüggőséggel élő kismamák számára azonban a várandósság magában hordozhatja a felépülés lehetőségét, amihez kiemelt fontosságú, hogy az ellátórendszerek képesek legyenek előítéletmentesen támogató segítséget nyújtani az édesanyáknak és ezáltal a gyermekeiknek is [144, 142].

Ajánlás40

A várandós és szoptató édesanyákat ellátó egészségügyi szolgáltatóknak bizonyítékokon alapuló szűrési módszereket javasolt alkalmazniuk a szerhasználat és az egyidejűleg előforduló mentális zavarok tekintetében, és ezeket következetesen és megkülönböztetéstől mentesen kell elvégezniük. (E) [145]

Ajánlás41

Amennyiben egy várandós nő alkohol-, illetve drogfüggőséggel él, addiktológiai program ajánlása javasolt. Ha ezt elutasítja a páciens, akkor az alkohol-, illetve drogfogyasztás elhagyása, amennyiben ez nem megy, az alkohol-, illetve drogfogyasztás mértékének csökkentésének kell a kezelés céljának lennie. A gyermek megszületése után pszichológiai intervenció, valamint támogatás (szupport) nyújtása javasolt. Hívjuk fel a páciens figyelmét a túladagolás lehetőségére, amennyiben szülés után újra elkezd kábítószert használni. (E) [2]

Ajánlás42

Amennyiben a várandósság vagy posztnatális periódus során veszélyes alkohol- és/vagy drogfogyasztás észlelhető, javasolt:

- **Rövid intervenció: olyan emberek számára, akiknek nincs kapcsolata drogfogyasztókat segítő központokkal. Rövid tanácsadás és felvilágosítás, csoportos pszichoedukációs foglalkozások, valamint a leszokást segítő motiváció kiépítése sorolható ide. Ezek az ülések maximum 2 alkalmasak, 10–45 perc közöttiek.**
- **Pszichoszociális intervenció: például viselkedésterápia a pozitív viselkedés kialakításáért és megerősítéséért, párterápia.**
- **Káros ivás megelőzése: alkoholbetegség kezelésének irányelvét szem előtt tartva. (E)**

Ajánlás43

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

Ajánlás44

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

Ajánlás45

Ópiátfüggőséggel élő kismama esetén szintén addiktológiai program javasolt, ahol a professzionális mentális segítség biztosított. A leszokás 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 veszélye). (E)

A szerhasználati zavarok kialakulásának okai nem ritkán kora gyermekkori élményekből eredeztethetők. Az elmúlt évek kutatásai szignifikáns összefüggést találtak a gyermekkorban átélt traumák és a későbbi életszakaszokban

kialakuló szerhasználat között [146]. A fenyegetettségből fakadóan a szervezetben beinduló neurokémiai folyamatok olyan változásokat indukálnak az agy szerkezetében és működésében, ami ahhoz vezethet, hogy a stresszre adott adekvát és adaptív válaszreakció ellehetetlenül.

Ajánlás46

A szerhasználati zavarral élő páciensek kezelése során javasolt az egyes gyermekkori élményekből adódó traumát, illetve annak felnőttkori következményeit, testi és pszichés tüneteit is kezelni, elősegítve a kezelésbe kerülést és a kezelésben maradást, illetve csökkentve a visszaesés esélyeit. (E) [147]

Számos tanulmány igazolja a kontingencia menedzsment (CM) hatékonyságát a függőségek kezelésében. A páciensek ilyen irányba terelése is megfontolandó. Főbb elemei az elvárt magatartás ösztönzése (jutalmazással) és ellenőrzése, azzal a céllal, hogy elősegítse a beilleszkedést, az absztinenciát és/vagy a munkavállalást [143].

Ajánlás47

Amennyiben nincs egyéb terápiás indikációja, az alkoholhasználati zavarban szenvedő várandós vagy szoptató édesanyák esetén törekedni kell arra, hogy farmakológiai kezelések csak az akut alkoholmegvonás kezelésére irányuljanak, a gyógyszeres támogatás a megvonás lezajlását követően kerüljön elhagyásra. (E)

A szeparáció rövid és hosszú távú negatív következményeiről kiterjedt irodalom áll rendelkezésre [148]

Ajánlás48

Az édesanya és gyermeke elkülönítésére csak abban az esetben kerüljön sor, ha a destruktív szülői viselkedés vagy elhanyagolás meghaladja az elkülönítés kockázatát. (E) [145].

B/7 Evészavarok

a) Klinikai kép

Tanulmányok igazolják, hogy a nők a várandósság ideje alatt és a posztpartum időszakban egyaránt szenvedhetnek evészavaroktól [149, 150]. A jelenleg használatos nozológiai rendszerek (BNO-11, DSM-5) az anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), falásrohamzavar és az egyéb, nem meghatározott evészavarok kategóriákat különítik el, amelyek mind megjelenhetnek a perinatális időszakban. Az anorexia nervosa élettartam prevalenciája metaanalízisek alapján 0,1–3,5% között mozog [151, 152]. A klinikai szintet elérő evészavarok előfordulása nem emelkedik a szülés körül az átlagpopulációhoz képest. Kifejezetten várandósokat felmérő vizsgálatban az első 3 hónapban 0,5%-os prevalenciát találtak az AN esetében, 0,1%-ot a BN esetében, a falásrohamzavar előfordulása 1,8% volt, a máshova nem osztályozott evészavarok prevalenciája pedig elérte az 5%-ot. Mindemellett a nők 23,4%-a számolt be a testsúlyával és az alakjával kapcsolatos aggodalmakról [149]. Azonban az érintett nők gyakran nem kerülnek evészavar fókuszú ellátásba, mivel önként gyakran nem számolnak be panaszaikról. Ezért kulcsfontosságú lehet az esetleges tünetek feltérképezése – különösen az anamnézisben ismert evészavar esetén – azok empatikus fogadása, és az adekvát ellátásba irányítás.

Már a családtervezés időszaka alatt érdemes lehet nagyobb figyelmet fordítani a táplálkozási magatartás zavaraira. Több kutatás is igazolta, hogy a termékenységi nehezítettséggel ellátás alatt álló nőknél magasabb számban találhatóak evészavarban érintettek, mint a kontrollcsoportban [153, 154]. Emellett az evészavarban érintett nők között jelentősen magasabb a nem tervezett várandósságok aránya [154, 155, 156]. Ezek a vizsgálatok felhívják a figyelmet az edukáció fontosságára.

Az evészavarok tüneti képében összességében a terhesség ideje alatt javulás figyelhető meg, a táplálkozási szokások egészségesebb irányba tolódnak el, azonban gyakran nem szűnik meg teljesen a tünetviselkedés [157]. A kompenzátoros viselkedések (önhánytatás, böjtölés, fokozott testedzés, hashajtózás) a kutatások szerint csökkenő tendenciát mutatnak a várandósság előrehaladtával [149, 158, 159]. Pszichológiai, szociális és endokrinológiai tényezőket egyaránt feltételeznek a tünetredukció mögött [159]. Mindemellett azonban az evészavarban érintett nők több negatív érzésről számolnak be a várandóssággal kapcsolatban, mint a kontrollcsoport. Ezen érzések mérséklődnek a 18. hétre, de még ekkor is nagyobb mértékben jelentkeznek a nem érintett csoporthoz képest [154]. Továbbá kvalitatív vizsgálatok a várandósság alatti evészavarok pozitív és negatív aspektusait egyaránt igyekeztek megragadni. Az eredmények rámutatnak arra, hogy ugyan gyakori a tünetmérséklődés, ez pszichés szempontból megterhelő – gyakran bűntudattal és ambivalenciával terhelt – időszak lehet, amelyben fontos az empatikus, szupportív támogatás [157].

A szülést követő időszakban több tanulmány egyaránt felerősödő tüneteket talált. Baskin és munkatársai [150] azt találták kohorsz tanulmányukban, hogy a posztpartum 8–10. hetére a szubklinikai evészavaros csoport tünetei szignifikáns emelkedést mutattak a klinikai szint felé és a fokozott rizikófaktorú, de eredendően alacsony számú tünetet mutató csoport is állapotrosszabbodásról számolt be. Az anyák gyakran korábbi evészavarukhoz térnek vissza a posztnatális időszakban [157]. Fontos megemlíteni, hogy a szoptatási hajlandóság kapcsolatban áll a táplálkozási magatartással. A kutatások eredményei szerint szignifikánsan rövidebb ideig szoptatnak azok az anyák, akik érintettek evészavarban [160, 161]. A szoptatás idejének csökkenése mögött számos ok állhat, megjelenhet a gyermek etetése, mint teljesítményhelyzet, illetve csökkenhet a bizalom, hogy képes erre a testük, amely kutatások szerint egyik összetevője a sikeres szoptatásnak. Továbbá kutatások azt mutatják, hogy az evészavarban érintett anyák jobban igénylik a személyes teret önmaguk és a gyermek között [162]. Egyes anyák arról számoltak be, hogy a szoptatás mögött is elsősorban a fogyás motivációja állt, mások a kompenzátoros viselkedések (például fokozott testedzés) miatt hagytak fel a szoptatással [157]. Mivel ebben az időszakban is jellemző a tünetek elrejtése, ezért érdemes a szakembereknek rákérdeznie evészavar specifikus panaszokra, mivel számíthatunk azok felerősödésére.

Komorbiditás

Kutatások azt találták, hogy a posztpartum időszakban egyaránt fokozódnak a depresszív és szorongásos tünetek, illetve a distressz mértéke az evészavarban nem érintett populációhoz képest [156, 161]. A vonás- és állapotszorongás emelkedettségét, a depresszív tünetek fokozódását Easter és munkatársai [163] (2015) 8 hetes és 6 hónapos utánkövetés során egyaránt tapasztalták. Mindemellett számos szomatikus szövődménye ismert az anorexia nervosanak [164].

Gyermekre gyakorolt hatás

A szomatikus szövődményei felvetik annak a kérdését, hogy lehet-e negatív hatása a magzatra a várandósság alatt is fennálló evészavaroknak. A kutatások eredményei egyelőre inkonzisztensek, de találunk az irodalomban erre utaló adatokat. Watson és munkatársai [165] azt találták, hogy a bulímia nervosa és a falásrohamzavar növelik a terhességi diabétesz és a pre-eclampsia kockázatát. A magzati fejlődésre is hatással lehet a várandósság alatti táplálkozás, restriktív evészavarok esetén előfordulhat alultápláltság a csecsemőnél, illetve falásrohamzavar mellett túltápláltság. Továbbá megfigyeltek meghosszabbodott vajúdási időt, megnövekedett a császármetszés kockázata, illetve gyakrabban volt szükség a szülés megindítására.

Diagnózis megjelölése:

BNO-10: O99.34 – A terhességet, szülést és gyermekágyat komplikáló mentális rendellenességek
BNO-11: 6E20 – Terhességhez köthető mentális és viselkedészavarok pszichotikus tünetek nélkül

b) Kezelés

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 egyéves koráig eltérőek lehetnek. Fontos kiemelni, hogy a szoptatás fontos protektív tényező az anya és a gyermek irányába is, de paradox módon pont az evészavarok meg is nehezíthetik a zavartalan szoptatás könnyebb kialakulását [2].

Ajánlás49

A páciens egyéni körülményeit figyelembe véve pszichoterápia nyújtása javasolt az evészavarral összefüggő, érvényes szakmai irányelvnek megfelelően. A kezelés alatt a páciens állapotának folyamatos monitorozását célszerű végezni, mely során a magzati növekedés felmérésének is javasolt megtörténnie. (E) [2]

Ajánlás50

A pácienssel beszéljük át az egészséges táplálkozás fontosságát, a csecsemő és anya táplálkozásának protokollját szem előtt tartva. Ezenkívül tanácsadás nyújtása a gyermek etetésével kapcsolatban (figyelembe véve az erre vonatkozó, érvényes szakmai irányelvet) a terápia része kell, hogy legyen. (E) [2]

B/8 Borderline-személyiségzavar

a) Klinikai kép

A borderline személyiségzavar (borderline personality disorder, BPD) egy krónikus, összetett működési zavar, melyet főként az érzelmek, a kapcsolatok, az identitás instabilitása, a krónikus ürességérzés, az önsértő magatartás és az impulzivitás jellemez. A zavarban szenvedő személyek érzelmi és indulati reakciói rendkívül változatosak, viselkedésük provokatív lehet, az egészségügyi ellátórendszerbe gyakran visszatérő öngyilkossági fenyegetőzés vagy kísérlet esetén kerülnek be. A borderline-személyiségzavar átmeneti paranoid vagy disszociatív tünetekkel („mikropszichotikus epizódokkal"), súlyos funkcióromlással, depresszióval, szorongással és szerhasználati zavarokkal, valamint magas komorbiditással (például komplex PTSD) és mortalitással járhat együtt [166, 167].

A zavar prevalenciája 0,7–3,5% a normál populációban, emellett jóval magasabb a pszichiátriai páciensek körében, ahol eléri a 9–14% (osztályos páciensek) és a 12–18%-ot (ambuláns páciensek) is [168].

Diagnózis megjelölése:

BNO-10: F60.3 – Borderline-személyiségzavar

BNO-11: 6D11.5 – Borderline-mintázat

Családtervezés és BPD

Ajánlás51

A fogantatást megelőzően a borderline-személyiségzavarral élő nők esetében multidiszciplináris egészségügyi team szoros megfigyelése szükséges annak érdekében, hogy:

- **a kihívást jelentő tüneteket és viselkedéseket kezelni tudják,**
- **kezeljék az esetleges komorbid szerhasználatot,**
- **felmérjék a nők szülői kompetenciáját és a leendő anya szociális támogatottságát,**
- **megszervezzék a szükséges többlettámogatást a szülés utáni időszakra,**
- **olyan kezelést biztosítsanak, mely segíti az érzelmi szabályozási zavarok kezelését, valamint a várandósságra és a gyermeknevelésre való felkészülést. (E)** [1]

Várandósgondozás

Ajánlás52

Az ellátás során figyelni kell arra, hogy a várandósság alatt a borderline-személyiségzavarral élő nőknél

- **magasabb a terhességi cukorbetegség, a korai burokrepedés, a mélyvénás trombózis, a császármetszés és a koraszülés kockázata** [169]**,**
- **a borderline-anyák érintéskor szorongást tapasztalhatnak, traumatikusnak tekinthetik a születést, gyakrabban kérnek előrehozott szülést, esetükben gyakoribb a szerhasználat és magasabb a gyermekvédelmi szolgálatokhoz való beutalások aránya** [170],
- **a gondozó személyének folytonossága (ugyanaz a személy vagy emberek kis csoportja) jótékony hatással van a borderline-diagnózissal élő nők számára. (E)**

Szülés utáni gondozás

A borderline-személyiségzavarral élő anyáknak nehézséget jelent

- csecsemőjük érzelmi gondozása és a biztonságos kötődés elősegítése,
- különösen nyomasztónak találhatják a korai posztnatális időszakot, mivel a normál csecsemősírást tolakodónak és nyugtalanítónak érzékelik, miközben előfordulhat, hogy az interperszonális nehézségek miatt elszigeteltségben és gyenge támogatásban részesülnek [1].

a) Kezelés

Ajánlás53

A klinikai döntéseknél figyelembe kell venni, hogy a borderline-páciensek kapcsolati működése nehezített, a másik személyhez való kapcsolódás (még ha a saját gyermekről is van szó) szorongáskeltő lehet. Az anya-gyerek kapcsolat javítására összpontosító pszichoterápiás beavatkozások különösen fontosak

a szülés utáni első évben, mivel az anya-csecsemő kapcsolat nehézségei fokozhatják az anya mentális egészségügyi problémáit, valamint számos problémával járhatnak együtt a baba számára, beleértve a megkésett kognitív és érzelmi fejlődést. (E) [2]

Ajánlás54

A borderline-személyiségzavar kezelésénél figyelembe kell venni, hogy az alábbi pszichoterápiás módszerek a legmegfelelőbbek:

- **kognitív viselkedésterápia (CBT),**
- **interperszonális pszichoterápia (IPT),**
- **dialektikus viselkedésterápia (DBT),**
- **mentalizáció alapú terápia (MBT),**
- **sématerápia (SFT),**
- **áttétel fókuszú pszichoterápia (TFP). (E)** [1]

Ajánlás55

A klinikai döntéseknél figyelembe kell venni, hogy – bár a perinatális periódusra vonatkozóan még csak korlátozottan érhetőek el adatok –, valószínűsíthető, hogy

- **a szülés körüli időszakban a csoportos DBT készségfejlesztés a szorongás, a mentális egészség, az énhatékonyság, az érzelemszabályozás, a diszfunkcionális viselkedés, valamint a mentális állapotok iránti érdeklődés és kíváncsiság javulását eredményezi,**
- **a csoportos DBT és az anya-csecsemő részlegre történő felvétel a BPD-tünetek remissziójával, míg az anya-gyerek pszichoterápia csökkent poszttraumás stressztünetekkel jár együtt. Az anya-csecsemő részlegre történő felvétel az anyai születés utáni kötődés javulásával, a családlátogató programok pedig a biztonságosan kötődő csecsemők magasabb arányával járnak együtt. (E)** [171]

Ajánlás56

A borderline személyiségzavar kezelésében figyelembe kell venni, hogy a fentebb említett pszichoterápiák a leghatékonyabbak, ugyanakkor a hosszabb terápiák ideje alatt a páciensnek szüksége lehet egyéb pszichológiai – például mindfulness és/vagy relaxációs tréning – kezelésekre. A kiegészítő, alacsony intenzitású terápiák mellett szükség lehet az anya pszichoszociális támogatására, a hétköznapi tevékenységekben való megerősítésére. (E)

Ajánlás57

Az ellátás során, a borderline személyiségzavarral diagnosztizált nők számára a perinatális időszakban a világos kommunikációval, dokumentált gondozási tervvel és az ellátás folyamatosságával jellemezhető multidiszciplináris team munka elengedhetetlen. (E) [1]

Gyógyszeres kezelések

Ajánlás58

Bár a gyógyszeres kezelések nem változtatják meg a borderline-személyiségzavar természetét és lefolyását, rövid távon azonban hasznosak lehetnek az akut tünetek kezelésében. Amennyiben farmakoterápia beállítása mellett döntenek, mérlegelni kell az olyan gyógyszerek kerülését, amelyek túladagolás esetén halált okozhatnak (az öngyilkosság magas kockázata miatt), vagy szerfüggőséggel járnak. (E)

A borderline-személyiségzavar kezelése során alkalmazható gyógyszercsoportok perinatális vonatkozásáról lásd az A perinatális időszak mentális megbetegedések biológiai és farmakológiai kezeléséről szóló egészségügyi szakmai irányelvet.

B/9 Öngyilkosság és a csecsemő veszélyeztetése

a) Klinikai kép

Az Egészségügyi Világszervezet 2019. évi adatai szerint világszerte évente több mint 700 000 ember hal meg öngyilkosság következtében.

Bár az öngyilkossági veszélyeztetettség szempontjából a várandósság és a szülést követő egy év protektív tényező, a posztpartum időszakban bekövetkező anyai halálozás egyik vezető oka mégis az öngyilkosság. [172, 173]
A perinatális időszakban bekövetkezett öngyilkossági halálesetekről szóló szakirodalom eredményei szerint:
– Az öngyilkosság négyszer nagyobb valószínűséggel fordul elő a szülést követő 9 hónapban, mint a várandósság alatt. [174]
– Azon édesanyák körében, akik a szülést követően pszichiátriai osztályos sürgősségi gyógykezelésben részesültek, 70-szer nagyobb volt az öngyilkosság kockázata a szülést követő első évben [174, 175].
– Gyermek vagy csecsemő halála nagy kockázatot jelent öngyilkosságra [176].
– A korábbi öngyilkossági kísérlet és a pozitív BDI eredmény szintén erős prediktorai az öngyilkossági hajlamnak a posztpartum időszakban [177].

A várandósság és a szülést követő egy év az édesanyák számára az egészségügyi ellátáshoz való fokozott hozzáféréssel járó időszak, amely lehetőséget kínál az öngyilkossági veszélyeztetettség felismerésére és mielőbbi beavatkozásra.
A kórtörténetben szereplő és/vagy jelenleg fennálló mentális zavarral élő édesanyák az öngyilkosság szempontjából kiemelt rizikócsoportot képviselnek. Az erős kockázati tényezőként leggyakrabban azonosított kórképek a posztpartum pszichózis és posztpartum depresszió. Hangulatzavarban szenvedő páciensek körében az öngyilkossági kockázat 13–26-szor, szkizofrénia esetében 8,5–10-szer magasabb az átlagpopulációhoz képest. A posztpartum időszakban ezzel ellentétben posztpartum pszichózis esetén gyakrabban került sor befejezett öngyilkosságra, mint posztpartum depresszió esetén [16, 175, 178].

Diagnózis megjelölése:
Az öngyilkos magatartás leggyakrabban alkalmazkodási zavar részeként, illetve posztpartum pszichózissal vagy depresszióval összefüggésben fejlődik ki.

BNO-10
F43 – Súlyos stressz által kiváltott reakció és alkalmazkodási rendellenességek/F43.20 Alkalmazkodási zavarok
O90.6 – Posztpartum hangulatzavar (kizárva F53.0)
F53.1 – Súlyos mentális és viselkedészavar, ami a puerperiumhoz társul, és máshol nem került besorolásra

BNO-11
6B43 – Alkalmazkodási zavarok
6E20 – Terhességhez köthető mentális és viselkedési zavarok pszichotikus tünetek nélkül
6E21 – Terhességhez köthető mentális és viselkedési zavarok pszichotikus tünetekkel

b) Rizikófaktorok

A perinatális öngyilkosság rizikófaktorai

Egyéni rizikófaktorok:
– fiatal életkor,
– nem házas családi állapot,
– az egyéni/családi előzményben szereplő pszichiátriai zavar,
– az egyéni/családi előzményben szereplő öngyilkossági kísérlet vagy öngyilkossági gondolatok.

Kapcsolati rizikófaktorok:
– családi konfliktusok,
– fizikai/pszichológiai (családon belüli) erőszaknak való kitettség,
– magány és szociális/családi/párkapcsolati támogatottság hiánya,
– az apaságot elutasító partner.

Környezeti, szocioökonómiai rizikófaktorok:
– társadalmi és nemi egyenlőtlenség,
– társadalmi és faji diszkrimináció,
– etnikai vagy vallási kisebbséghez való tartozás,

– túlzsúfolt vagy nem megfelelő lakhatás,
– vidéki lakóhely,
– katasztrófának, konfliktusnak, háborúnak való kitettség.

Várandóssággal kapcsolatos rizikófaktorok:
– nem kívánt/nem tervezett várandósság,
– nulliparitás.

Klinikai rizikófaktorok:
– pszichiátriai zavar az előzményben,
– öngyilkossági kísérlet, vagy öngyilkossági gondolatok az előzményben,
– pszichiátriai komorbiditás,
– rövidebb betegség időtartam,
– bizonyos pszichológiai jellemzők (például premenstruális irritabilitás, a várandóssággal kapcsolatos bonyodalmak, a várandóssággal kapcsolatos negatív attitűd, a szüléssel kapcsolatos szorongás, távolító megküzdési stratégiák stb.).

c) Kezelés
A kórtörténetben szereplő vagy aktuálisan fennálló mentális zavarral élő és/vagy krízishelyzetben lévő édesanyák esetében az öngyilkossági veszély monitorozása elengedhetetlen. Az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet számos esetben előrejelezhető és megfelelő kezeléssel megelőzhető. Fontos kiemelni a rizikófaktorok átfogó értékelésének és egy olyan multidiszciplináris team létrehozásának szerepét, mely kompetens a biológiai, pszichológiai és szociális beavatkozások kombinációjának alkalmazásában [179].

Ajánlás59
A depresszió felmérésének részeként végzett általános öngyilkossági szűrés csökkenti a perinatális időszakban elkövetett szuicidium kockázatát. A posztpartum depresszió szűrésének széles körben alkalmazott eszközei közül elsősorban az Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) használata javasolt *[XI. Melléklet fejezet, 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 1. Edinburgh posztnatális depresszió skála (EPDS) kérdőív],* **mely mind az alapellátásban, mind a járóbeteg-szakellátásban hasznos lehet a depressziós és szorongásos zavarok, valamint a szuicid veszélyeztetettség szűrésére. A Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)** *(XI. Melléklet fejezet, 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 2. PHQ-9 kérdőív)* **kisebb specificitással és szenzitivitással bír. (E)** [175]

Az édesanya és a gyermek biztonsága

Ajánlás60
Közvetlen veszélyeztető magatartás esetén az édesanya pszichiátriai osztályos sürgősségi gyógykezelése és szoros obszervációja szükséges. A posztpartum időszakban leggyakrabban pszichózis talaján alakul ki, ahol a csecsemő elhanyagolásának, bántalmazásának a kockázata igen magas, szélsőséges esetben a csecsemő halálához, csecsemőgyilkossághoz is vezethet.
Posztpartum pszichózis esetén – amely állapot rapidan, akár néhány óra alatt is kialakulhat – azonnali pszichiátriai szakorvosi vizsgálat szükséges. A NICE irányelvének [2] **1.5.12. ajánlása posztpartum pszichózis gyanúja esetén 4 órás időablakon belüli szakorvosi vizsgálatot indikál a közvetlen veszélyeztető magatartás meglétének felmérésére. (K)**

Ajánlás61
Amennyiben közvetlen veszélyeztető magatartás nem áll fenn, mérlegelni kell a további lehetőségeket: fel kell mérni, hogy az édesanya rendelkezik-e megfelelő társas támogatottsággal, illetve tisztában van-e a különböző segítségforrásokkal. 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. (E) [2]

Az akut szuicid veszély felismerése

A szuicid veszélyeztetettség megítéléséhez ismernünk kell a páciens aktuális élethelyzetét, impulzivitásának mértékét, illetve, hogy fennálló pszichés tünetei miképpen hatnak az impulzivitásra. Fontos tudatosítani, hogy a gyermek védhet az öngyilkossággal szemben, de annak kockázati tényezője is lehet.

Ajánlás62

A szuicid rizikó értékelése során alaposan exploráljuk az öngyilkossági gondolatokat és vizsgáljuk meg az öngyilkossági szándék jellegét, különös figyelmet fordítva a következőkre:

- **öngyilkossági gondolatok – amennyiben a páciensnek vannak öngyilkossági gondolatai, azok milyen gyakran jelentkeznek és az idő mekkora részében vannak jelen,**
- **öngyilkossági terv – ha a páciensnek van konkrét terve, az mennyire kidolgozott és mennyire megvalósítható,**
- **a terv jellemzői – milyen módszert választott a páciens; mennyire halálos az,**
- **eszközök – rendelkezik-e a páciens a terv végrehajtásához szükséges eszközökkel,**
- **kockázati és védőfaktorok klinikai konstellációja,**
- **pszichés státusz – reménytelenség, kétségbeesés, pszichotikus tünetek, izgatottság, szégyenérzet, düh, bűntudat, impulzivitás explorálható-e,**
- **szuicid hajlam és magatartás a kórtörténetben,**
- **öngyilkosság vagy öngyilkos magatartás feltárása a családban,**
- **szerhasználat – jelenlegi, alkohollal vagy más pszichoaktív szerrel való visszaélés,**
- **támogató környezet megléte – segítő kapcsolatok, szociális háló azonosítása és elérhetősége. (E)** [11]

Amikor az öngyilkossági kockázatot vizsgáljuk, kérdezzünk rá, hogy az édesanya képes-e gondoskodni a csecsemőről, és vannak-e olyan gondolatai, amelyek arra irányulnak, hogy a gyermeknek ártson.

Az öngyilkos magatartás kockázatbecslése, kiemelve a kockázati és védőfaktorok interakcióját az „Öngyilkos és agresszív viselkedés operacionált kockázatbecslése" című publikációban is ismertetésre kerül. [180]

A szuicid veszélyeztetettség kezelése

Ajánlás63

Az ellátást és beutalási utat minden esetben személyre szabottan, az egyedi esetet értékelve kell meghatározni. Fordítsunk külön figyelmet a csecsemő biztonságára. Tartsuk szem előtt a baba magára hagyásának kockázatát vagy az esetleges gyermekgyilkosság veszélyét. (E)

Anyai gyermekgyilkosságokat vizsgáló tanulmányok az elkövetők között a 20-as éveik elején járó munkanélküli anyák túlsúlyát találták. Számos eset történt a gyermek bántalmazásával összefüggésben. Pszichiátriai zavar az esetek 36–72%-ában volt jelen – az esetek nagyobb hányadában posztpartum pszichózis vagy depresszió, kisebb százalékban személyiségzavar vagy mentális retardáció állt fenn [181].

Alacsony kockázat esetén:

Ajánlás64

Vizsgáljuk meg, hogy mi váltja ki az időszakos szuicid gondolatokat, illetve, hogy a gondolatok a peripartum tapasztalatai köré szerveződnek-e (például az anyai kudarc érzése; a csecsemővel kapcsolatos negatív gondolatok miatti szégyenérzet). (E) [11]

Közepes kockázat esetén:

Ajánlás65

Vizsgáljuk meg a jelenleg fennálló öngyilkossági gondolatok hátterét (például korábban jelentkeztek-e öngyilkossági gondolatok vagy viselkedés, ha igen annak következményei). Vegyük sorra azon rizikótényezőket, amelyek hozzájárulhatnak a szuicid rizikó növekedéséhez (például sokat síró csecsemő; matrimoniális konfliktusok). Ha a kiváltó okok a peripartum élményéhez kapcsolódnak (és nem oldhatók meg azonnal), jelöljünk ki egy személyt, aki az anya közvetlen veszélyeztető magatartása esetén képes a csecsemő/gyermekek felügyeletét biztosítani. (E) [11]

Magas kockázat esetén:

Ajánlás65
Azonosítsunk egy személyt, aki képes átmenetileg biztosítani a gyermek gondozását. A szuicid rizikó abban az esetben is magas lehet, ha az anya az öngyilkossági szándékot határozottan negálja. Figyeljünk a nonverbális jelekre (tekintetre, szemkontaktusra, a beszéd sebességére, beszédhang erősségére). Ha a perinatális mentális egészség romlik, nem ritka, hogy az édesanya képtelen gondoskodni magáról vagy a csecsemőről, és meggyőződése, hogy a családjának jobb lenne nélküle. Ebben az esetben a szuicid veszélyeztetettség nem feltétlenül kisebb, mint egy olyan páciens esetében, aki szuicid szándékát verbalizálja. (E) [11]

Biztonsági terv kidolgozása
Készítsünk biztonsági tervet, ami segít az édesanyának, hogy képessé váljon felismerni a szuicid krízis korai jeleit. A listán az anya szerepelteti az életben maradás mellett szóló érveit és életének pozitív aspektusait. Segítő kapcsolatait listázza, fontossági sorrendbe állítja. Szerepeltetjük a szuicid krízis kezelésére szolgáló eszközöket, a krízis esetére akciótervet biztosítunk, az édesanyát elérhetőségekkel ellátjuk. [11]

A csecsemő veszélyeztetése
Amennyiben az anya és a csecsemő közötti interakció nehezített és/vagy fennáll az anya esetében akut mentális zavar, további kivizsgálás szükséges. A csecsemő veszélyeztetése összefüggésben állhat az anya öngyilkossági kockázatával, de lehet önálló kérdéskör is. Fontos megjegyezni, hogy a csecsemő bántalmazásától való félelem kifejezése legtöbbször inkább a szorongás jele lehet, mint a szándékosságé, de természetesen ezt mindig tovább kell vizsgálni.
A csecsemő veszélyeztetettségének értékelését körültekintően kell végezni, hogy elkerüljük az anya hallgatólagos hibáztatását vagy megbélyegzését a csecsemővel kapcsolatos negatív gondolatok miatt, ami hatással lehet a terápiás kapcsolatra és akadálya lehet a nyílt és őszinte beszélgetéseknek. [11]

A következő feltehető kérdések Brockington szülés utáni kötődésre vonatkozó kérdőívéből származnak [106]:
– *Sokszor érzi magát ingerültnek, idegesnek a terhesség vagy a baba miatt?*
– *Volt-e bűntudata a teherbeesés vagy a baba megszületése miatt?*
– *Érezte-e azt, hogy a baba nem az Öné?*
– *Akart-e ártani gyermekének vagy születendő gyermekének, rázta, ütötte-e meg a babáját?*

A további teendő a fenti kérdésekre adott válaszoktól függhet. Előnyösebb, ha az anya és gyermeke együtt maradnak, de ha fennáll a csecsemő veszélyeztetésének esélye, elengedhetetlen más személy (például társszülő) bevonása a csecsemő gondozásába [11].
Szükség lehet az illetékes gyermekvédelmi hatóság értesítésére. Minden egészségügyi szakembernek ismernie kell a bántalmazás vagy elhanyagolás által veszélyeztetett gyermekekkel kapcsolatos aggodalmak bejelentésére vonatkozó hazai jogszabályokat, melyeket részletesen ismertet „Az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekbántalmazás és elhanyagolás gyanúja esetén, felismerés, kezelés és megelőzés" című klinikai egészségügyi szakmai irányelv.

C. PERINATÁLIS GYÁSZ ÉS VESZTESÉG

Gyász és gyászreakció
A perinatális időszakban bekövetkező veszteségek sok esetben traumatikus élményt jelenthetnek az anya és a család számára, melyek fizikai, pszichológiai és szociális következményekkel is járhatnak. Bár a perinatális – különösen a korai szakaszban történő – veszteséget átélt anyák gyakran kevés társadalmi megerősítést vagy támogatást kapnak, egyre több bizonyíték utal arra, hogy az esemény hatásai ugyanolyan sokkolóak lehetnek, mint ami bármely más veszteség esetén tapasztalható [182].
A perinatális halálozás a terhesség 22. betöltött hetétől (vagy 500 gramm születési súlytól) a születést követő 7. napig bekövetkező haláleseteket foglalja magában. Bár a perinatális halálozás globálisan csökken, világszerte évente mintegy 2,7 millió esetet jelentenek, ami körülbelül a szülések 2%-ának felel meg. Európában a perinatális halálozás aránya jóval alacsonyabb, körülbelül 5,5 eset jut 1000 születésre. [183].

A szülők számára a perinatális halál többszörös veszteség, trauma. Az ezt kísérő gyászfolyamatnak több speciális vonatkozása is van [184]:
– a tárgyi emlékek hiánya nehezítheti a feldolgozást,
– a várandósság, a testi-lelki együttlét megszakadása az anya saját testi-lelki integritását is veszélyeztetheti,
– megjelenhet az anya/apa által érzett erős bűntudat, önvád, harag,
– sérülhet a kompetenciaérzés,
– sérülhet, elveszhet a jövőkép,
– a téma társadalmi vagy esetleg családi tabu jellege miatt elmaradhat a társas támogatás.

A perinatális veszteségeket a következő testi és lelki tünetek kísérhetik [184]:
– étvágycsökkenés,
– fogyás,
– álmatlanság,
– krónikus betegségek fellángolása,
– az életminőség csökkenése,
– szorongás,
– depresszió,
– PTSD,
– az öngyilkosság magasabb kockázata.

A gyászfolyamatra – a teljesség igénye nélkül – az alábbi tényezők hathatnak [185]:
– a halál körülményei (gesztációs kor, voltak-e előjelek, otthon vagy kórházban történt-e a halálozás),
– a halál közlésének módja,
– a gyermekkel való találkozás lehetősége, módja, volt-e temetés,
– az anya, apa személyisége, kora, esetleges korábbi veszteségek feldolgozottsága, megküzdési stratégiák,
– társas támasz elérhetősége, minősége.

Gyász a családban

A csecsemő halála megváltoztathatja a családi kapcsolatokat, illetve az idősebb gyermekek viselkedését és gondozásának minőségét, a túlzott védelemtől az elhanyagolásig. A megváltozott reakciók következtében az idősebb testvérek bűntudatot, félelmet, szorongást élhetnek meg [183] ezért mindig fontos a családtagok kapcsolatainak és pszichés állapotának figyelemmel kísérése is.

Perinatális veszteség esetén sokszor megnő a házastársi konfliktusok gyakorisága. Halvaszülés esetén különösen magas annak kockázata, hogy a veszteségen átesett szülők párkapcsolata felbomlik, magasabb, mint a vetélésen átesett szülők esetében.

A koraszüléssel összefüggésbe hozható perinatális veszteségek a halálozások 75%-át teszi ki, emellett az anyák döntő többsége (75%) szorongást él meg koraszülést követően, amit külön súlyosbít, ha a csecsemőt Koraszülött Intenzív Osztályon (PIC) kell elhelyezni.

Mesterséges megtermékenyítés, koraszülés, ikervárandósság, abortusz

A megtermékenyítés nehezítettségével kapcsolatos veszteségek egyre szélesebb kört érintenek, a nemzetközi felmérések szerint világszerte 72,4 millió pár küzd meddőségi problémákkal, mely a párok közel 10–25 százalékát jelenti. A gyász részeként megjelenhet düh és lehangoltság, a sikertelen beavatkozást megélő páciensek sokszor generalizált stresszről, depresszióról és szorongásról számolnak be, ami akár az orvosi beavatkozások felfüggesztéséhez is vezethet.

A meddőség problémája a férfiaknál nem ritkán alacsonyabb önértékeléshez, szorongáshoz, valamint átmeneti szexuális zavarokhoz vezet, melyet a teljesítményszorongással hoznak összefüggésbe [190].

Az anyák átlagos szüléskori életkorának emelkedésével és a mesterséges megtermékenyítés elterjedésével megnőtt az ikervárandósságok száma, melyek a normál várandósságokhoz képest a koraszülés, a veleszületett rendellenességek, illetve a perinatális halálozás magasabb kockázatát hordozzák [191, 297]. Az ikervárandósságok esetén bekövetkezett magzati veszteségek a többi perinatális veszteséghez hasonlóan a depresszió, szorongás és poszttraumás stressz fokozott tüneteivel társulhatnak.

Nem tervezett terhesség és bizonyos reprodukciós eljárások esetén mind a nőkben, mind a férfiakban gyakoribbá válnak a mentális egészségi kockázatok, különösen a halállal kapcsolatos fantáziák megjelenése. A halálfantáziák

fokozott kockázata több ellátási szakaszban – a várandósság és a szülővé válás időszakában egyaránt – tartósan jelen lehet mindkét nemnél, ezért e jelenség szűrése és megfelelő kezelése kiemelt jelentőségű. [298]
A perinatális veszteségek sajátos csoportját alkotják a művi abortusszal kapcsolatos pszichés veszteségélmények, melyek a terhességmegszakítással kapcsolatos társadalmi stigma miatt sokszor kevésbé érzékelhetőek. Az abortusz körüli társadalmi tabu a veszteségről való kommunikációt is megnehezíti, a terhességmegszakításon átesett nők gyakran magukra maradnak a problémával, mely akadályozhatja a veszteség feldolgozását.

Ajánlás66
Az életet kísérő természetes jelenségként felfogott gyászfolyamat/gyászmunka egészséges és megfelelő társas támogatottsággal élőknél általában 12–18 hónap alatt lezárul, azonban társas támogatás hiánya esetén segítséget jelenthet a gyász feldolgozásában önkéntes vagy vezetett gyászcsoportok látogatása. Ha a gyász elakad, elhúzódó folyamattá válik, konzultáció vagy terápiás beavatkozás ajánlott. (E) [184]

Ajánlás67
Traumatikus szülés, halvaszületés, vetélés, művi abortusz után az anyának tájékoztatást kell nyújtani a lehetőségekről, valamint a családnak tanácsadás és támogatás 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 fókuszában a trauma újraélése van, erősen ellenjavallt. (E) [2]

Ajánlás68
Az ellátás során figyelembe kell venni, hogy a perinatális gyász speciális olyan szempontból, hogy a szülők olyasvalakit veszítenek el, akihez még nem kötődnek valódi emlékek, emléktárgyak, ezért nagy pszichés segítséget jelenthet a szülők számára, ha találkozhatnak meghalt gyermekükkel [186]**. Az elhunyt csecsemőhöz való szülői kapcsolódás és a róla való gondoskodás olyan pozitív emlékeket generál, melyek a gyermekhez való kapcsolattal és a gyermek identitásának megteremtésével elősegítik a gyászolást. (E)**

Ajánlás69
Míg a halva született gyermek megtekintésének és kézben tartásának vannak előnyei és hátrányai is, a jó gyakorlatok alapján kialakított irányelvek azt javasolják, hogy ezen a téren minden szülő szabadon választhasson a lehetőségek közül, mely döntéshozatal során az egészségügyi személyzetnek támogatnia szükséges őket. (E) [187]

Ajánlás70
Azoknál a nőknél, akiknél a halvaszülés/újszülött elhalálozása, vetélés, művi abortusz vagy traumatikus szülés után poszttraumás stresszbetegség alakul ki, magas intenzitású pszichológiai intervenció javasolt (például trauma-fókuszú CBT, EMDR) a PTSD terápiás irányelveit követve. Mindemellett a perinatális veszteséget követő pszichés támogatásnak és érzékeny kommunikációnak kimutathatóan pozitív pszichoszociális hatása van az egész család számára. (E) [188]

Ajánlás71
Az ellátás során figyelembe kell venni, hogy a perinatális veszteségre adott pszichológiai reakciók jelentős pszichés megbetegedésekhez vezethetnek, ezért lényeges, hogy a szülész-nőgyógyászok és más egészségügyi szolgáltatók, akik az anya és a család körül kulcsszerepet játszanak a perinatális veszteségek kezelésében, felismerjék a veszteségre adott pszichológiai válaszok széles skáláját, és megfelelően informálják, támogassák, és adott esetben kezeljék az érintetteket. (E) [189]

D. CSALÁDTERÁPIÁS MEGFONTOLÁSOK, A SZÜLŐVÉ VÁLÁS KRÍZISE

A családközpontú beavatkozások, a rendszerszemléletű megközelítés és a családterápiák mind terápiás beavatkozások formái, amelyeknek célja a kapcsolatok javítása, a pszichológiai problémák megoldása a személyközi dinamika kontextusában, de hatókör, fókusz és szaktudás tekintetében eltérnek egymástól.

Családközpontú beavatkozások

Elsősorban a kapcsolatok látható és technikai szintjét célozza meg, a kommunikáció fejlesztésére, a konfliktusok megoldására és a családtagok közötti kapcsolat erősítésére törekszik. Szemléletmód, ami gyakran a családtagok közötti dinamikára és interakciókra koncentrál, tanácsokkal, ismeretátadással, példamutatással, az indexpáciens segítésén túlmenően. Nem igényel szakspecifikus tudást, a szakember hozzáállásában és szemléletében érvényesül.

Rendszerszemléletű megközelítés

A rendszerszemléletű megközelítés a mag-családon túlmenően kiterjeszti fókuszát, és a „rendszeren" belüli kapcsolatok és interakciók szélesebb hálózatát veszi figyelembe. Idetartozhatnak nagyszülők, rokonok, barátok vagy akár munkatársak is. Ez a megközelítés azt vizsgálja, hogy a rendszeren belüli egyének hogyan befolyásolják egymást, és a rendszer egyes részeinek változásai hogyan befolyásolhatják az egész rendszer működését. Gyakran alkalmazzák a tágabb közegben megjelenő problémákra, illetve ahol a tágabb közeg segítsége előnyös, beleértve a családi konfliktusokat, a szervezeti dinamikát és a közösségi kapcsolatokat. Alkalmazásához előnyös a rendszerszemléleti alapok, továbbá csoport és kapcsolatdinamikai folyamatokra ható technikák ismerete.

Családterápia

A családterápiás beavatkozások célja, hogy megváltoztassák a család dinamikáját. A családterápia rendszerelméleten alapul, amely általában arra összpontosít, hogy a családi interakciók milyen módon befolyásolják az egyes családtagok és a család általános működését. Végzéséhez szakpszichoterápiás végzettség vagy a képzés megkezdése és szupervízió szükséges.

A perinatális időszakban fellépő mentális egészségi zavarokra vonatkozó Klinikai Gyakorlati Irányelvek [1] a családközpontú megközelítésre helyezik a hangsúlyt a mentális egészségügyi sérülékenységgel vagy kapcsolati nehézségekkel küzdő nőkkel végzett munka során [192].

A hozzáférhető családközpontú beavatkozások kidolgozása népegészségügyi stratégiaként segíthet csökkenteni a perinatális mentális egészségügyi problémák gyermekekre és szülőkre gyakorolt negatív következményeit [10, 193].

Család bevonása az ellátásba

Ajánlás72

Fontos figyelembe venni, hogy szükséges a partnerek és más családtagok bevonása az anya gondozásába, amíg az anya kapcsolatban van perinatális mentálhigiénés ellátással: állapotfelmérés, gondozásba vétel, gondozás alatt, elbocsátáskor, elbocsátás után, valamint az ellátások és azok helyszínei közötti váltások során. (E)

Ennek a „bevonásnak" számos különböző formája lehetséges:

- tájékoztatás és tanácsadás annak érdekében, hogy a családtag/ok támogassa/ák az anyát,
- a partner vagy családtag közvetlen bevonása az anya gondozásának gyakorlati vonatkozásaiba,
- a családtagok bevonása olyan terápiás beavatkozásokba, amelyek célja az anya pszichés tüneteinek leküzdése, olyan megközelítések alkalmazásával, amelyek a családi kapcsolatokra és a rendszerszintű szempontokra összpontosítanak, mint például a kapcsolatfókuszú beavatkozások vagy a családterápia. A NICE irányelv például párterápiát ajánl az egyik javasolt megközelítésként az anyai perinatális bipoláris depresszió leküzdésére.

Előnyök

A partnerek és más családtagok bevonása segíthet abban, hogy támogatást és segítséget nyújtsanak az anyának, ezzel elősegítve az anya lelki egészségét és a babáról való gondoskodás képességét.

Partnerek és más családtagok:

- elsőként észlelhetik az anyák lelki egészségének romlását,
- elsőként észlelhetik a visszaesés korai jeleit,
- mentálhigiénés ellátásból való elbocsátást követően ők az anyák fő támogatói.

A partnerekkel való szoros együttműködés kiépítése lehetővé teszi az anyák számára, hogy időben hozzáférjenek a megfelelő segítséghez. A kapcsolatfókuszú beavatkozások segíthetnek a családoknak abban is, hogy jobban kezeljék a kapcsolati vagy kommunikációs nehézségeket, a rendszerszemléleti megközelítés enyhítheti az anyák mentális egészségi problémáit.

Ajánlás73

Az ellátó, ha lehetséges, dolgozzon együtt a partnerrel és a család többi tagjával, hogy több oldalról ismerje meg az anya anamnézisét, így pontosabban kidolgozható a kezelési terv.

Ha megpróbálja bevonni a partnert és más családtagokat családközpontú intervencióba, például családterápiára vagy kapcsolatfókuszú terápiára, legyen nyitott és transzparens azzal kapcsolatban, hogy miért javasolt ez a kezelés. Bátorítsa őket, hogy tegyenek fel kérdéseket, és segítsen nekik bekapcsolódni ebbe a kezelési modellbe. Működjön együtt velük, hogy reális célokat tűzzenek ki a kezelésre vonatkozóan, minden szempontot és kívánságot figyelembe véve.

Vonja be a partnert és a többi családtagot a kezelési terv kidolgozásába. Ebbe beletartozik:

- **hogyan tudják támogatni az anyát abban, hogy tájékozott döntéseket hozzon a kezelési lehetőségekről, például a lehetséges kimenetelekről, kockázatokról, korlátokról és minden bizonytalan területről, ami aggodalmat kelthet,**
- **milyen módokon tudják aktívan támogatni az anya felépülését, például: a gyógyszeres kezelés vagy a kezelési tervek betartásával, valamint az alvás, a pihenés és a megfelelő tevékenységek ösztönzésével,**
- **hogyan tudják támogatni az anyát otthon, amikor „adaptációról" térnek vissza az osztályra, beleértve annak megbeszélését, hogy ez milyen hatással lehet a partnerre és a család többi tagjára,**
- **hogyan tudják felismerni a visszaesés jeleit és aktívan részt venni a további állapotromlás megelőzésében.**

Fontos a partner és a többi családtag bevonása a páciens ellátásába. Ebbe beletartozik:

- **küldjön a vizitekre/megbeszélések időpontjára vonatkozó információt/meghívót közvetlenül a partnereknek vagy más családtagoknak, hogy bevonva érezzék magukat,**
- **vegye számításba, hogy a vizitek olyan időpontban és helyeken/formában történjenek (például telemedicinális eszközökkel), amelyek jobban elérhetőek a család számára,**
- **a találkozók során bátorítsa a partnert és más családtagokat az aktív részvételre. Hallgassa meg a véleményüket, és adjon lehetőséget nekik is a kérdések feltevésére,**
- **fontos figyelembe venni a gyermek/ek felügyeletének igényeit. Egyes esetekben hasznos lehet, ha meghívjuk a partnert más családtagokkal együtt, valamint a csecsemőket és gyermekeket, máskor hívjuk fel a figyelmet, hogy nem szerencsés, ha eljönnek. Előzetes átgondolás szükséges ahhoz, hogy felmérjük a találkozó tartalmát és a gyermek/ek fejlődési szakaszát. (E)**

E. TELEMEDICINA

A telemedicinális ellátás, az elektronikusan biztosított egészségügyi ellátás (eHealth) kevéssé elterjedt/ismert ellátási forma. A WHO definíciója szerint: *az eHealth egészségügyi célzattal használt kommunikációs és információs technikák összessége* (WHO, eHealth). A perinatális időszak olyan generációkat érint, akik az elektronikus térben otthonosabban mozognak (telefonos applikációk, internet, közösségi terek ismerete). Alább a távolról, vagy interaktívan nyújtott egészségügyi ellátás lehetőségeit vesszük górcső alá.

A perinatális gondozásban, ellátásban, annak specifikumait is figyelembe véve, több területen is hasznosítható a telemedicinális ellátás valamely formája. Ezt egy, összesen 71 tanulmányt feldolgozó metaanalízis is alátámasztja [194].

Várandóssággal kapcsolatos ismeretek

Az egyik kiemelt terület a várandóssággal kapcsolatos tudás megszerzése, kérdések megválaszolása. Valamilyen applikáción keresztül, vagy honlap felkeresésével az érintett nők 50–98%-a keres információkat, így ez a magatartás általánosnak tekinthető, specifikus korcsoporthoz és iskolai végzettséghez nem köthető [195].

- Az **applikációk használata** gyakoribb a fiatal, magasabb végzettségű, az egészségükért jobban aggódó, szülés előtt álló, vagy azt tervező nők esetében. Ezt talán indokolhatja, hogy az első gyermeküket váró anyák általában még nem rendelkeznek kellő tapasztalattal a várandósságról, gyermeknevelésről [196]. Ezeken a felületeken a leggyakrabban feltett kérdések a gyermek fejlődésével, a várandósság során felmerülő komplikációkkal, az egészséges életmóddal, szoptatással, illetve általános témákkal kapcsolatosak [197]. Az érintettek sokszor bizonytalanok abban, hogy hol érdemes információt keresni, illetve nem tudhatják bizonyossággal, hogy a keresett információk hitelesek-e. Ez összhangban áll azzal a megfigyeléssel, hogy napjainkban a mindenkit elárasztó ingerek és információk tengerében a megfelelő tudás megtalálása, az információk szűrése jelenti

a kihívást, nem a szegényes kínálat. A fellelhető oldalak is sokszor egymásnak ellentmondó információkat tartalmaznak. Mindezek ellenére a páciensek ritkán beszélnek szakemberrel, mint referencia személlyel ezekről [198, 199].

Szoptatás

A szoptatás kiemelt szerepet tölt be az anya-gyermek kapcsolatban, túlmutat a szomatikus-immunológiai előnyökön, a lelki fejlődés szempontjából való jelentősége mind szakmai, mind laikus körökben ismert, egyben a „jó anya" ideáljának is része. Ennek tükrében különösen fontos az ezzel kapcsolatos kompetencia megszerzése.

– A laktáció témakörében megjelent meta-analízis [200] igazolta a **teleeszközök hatékonyság**át az érvényes ismeretszerzés szempontjából. Ennek során különböző módszereket (SMS – gyors, olcsó, könnyen elérhető –, fizikai adathordozók – CD –, internet,) vizsgálták, de további vizsgálatok szükségesek. A perinatális időszakban az életmód sajátosságai, az egészséges életmód már mind az anya, mind a gyermek életvitelét érinti, így ennek fontosságát nem lehet eléggé hangsúlyozni.
– Különösen hangsúlyos e tekintetben a **dohányzás prevenciója**, illetve a **leszokás támogatása**. A témában releváns vizsgálatok 38%, illetve 54%-os sikert találtak SMS vagy applikáció formájában történő intervenciós módszerek használatával a kontrollcsoporthoz képest (7,8%).
– Magyarországon 2020 szeptemberében megújult formában létrejött a **Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság (SZTNB)**, melynek egyik feladata munkacsoportjai révén a szoptatás értékének közvetítése és a perinatális időszak, családbarát szülészet szemléletének terjesztése is. Működését rendelet szabályozza. [296]

Telemonitorozás, telekonzultáció

A perinatális időszakban jelentkező vagy fellángoló mentális zavarok fontosságának tükrében kifejezetten értékesek azok a vizsgálatok, amelyek a különféle platformok (telefon, applikáció, tablet) hatékonyságát vizsgálták. Ezek alapján a vizsgálatokba bevontak nagy része jól reagált az ilyen jellegű ellátási formákra. Pilot studyk eredménye azt mutatja, hogy a telemonitorizálás, illetve a telekonzultáció hatékony eszköz a telemedicinális ellátásban [201, 202, 203].

– Ezen platformok között kiemelendő az úgynevezett **m-health (mobil-egészség)**, ami az okos telefonok alkalmazásának területe. Egy holland-amerikai egyesült államokbeli közös vizsgálatból kiderül, hogy a m-health területén használt alkalmazások (appok) száma – különösen a pandémia miatt – exponenciálisan nő, és egyre népszerűbb mind a felhasználók, mind pedig a gyógyítást végzők között. Egy korábbi kismintás vizsgálatban azt találták, hogy például a PHQ-9 (hangulatvizsgáló kérdőív) papíralapú teszthez viszonyítva a teszt app verziója sokkal érzékenyebben mér, és az *öngyilkossági gondolatokat is érzékenyebben követi* [204].
– A PHQ-9 alkalmazása a **perinatális depresszió monitorizálás**ában is igen elterjedt, Magyarországon is alkalmazzuk.
– A m-health területén gombamódra gyarapodó app-ok problémája, hogy a felhasználók és a szakemberek sem rendelkeznek megfelelő adatokkal arra nézve, hogy ezek az alkalmazások mennyire biztonságosak, hatékonyak, használhatók és az azokon keresztül érkező adatok kellően értékelhetőek, alkalmazhatóak-e.

Ezért megkezdődött egy olyan **osztályozási rendszer** kidolgozása, amelynek segítségével az appokat szakmai szempontok és hitelesség szempontjából értékelni lehet, majd ennek alapján javasolni a pácienseknek, vagy éppen az egészségügyi biztosítóknak [205].

E-Pszichoterápia

A telekommunikáció forradalmával párhuzamosan gyorsan felmerül az igény a hagyományos pszichoterápiás eszközpark kiterjesztésére. A gyakorlati klinikumban a kognitív viselkedésterápia a legintenzívebben kutatott pszichoterápiás irányzat – bár a többi megközelítés is felzárkózott az utóbbi években –, így a telemedicinában is elsőként ez az irányzat jelent meg [206].

– **A számítógép-alapú kognitív terápia (computer-based CBT, cCBT)** első alkalmazására már 1990-ben sor került az akkor viszonylag újdonságnak számító CD-ROM (illetve az azon tárolt útmutató) segítségével, azonban nem vált különösebben népszerűvé, mivel az ilyen irányú innováció fókusza az akkor fejlődésnek induló internet irányába mozdult el [207].
– Újabb irányzat az **internet- vagy számítógép-alapú intervenció (internet- vagy computer-based intervention, IBI)**. A páciens ebben egy honlapon keresztül kap feladatokat, problémájának megfelelő, ezáltal személyre szabottabb releváns letölthető írott, képes, vagy hanganyagot. Mindezeket a terapeuta figyelemmel kíséri, a pácienst szupportálja [208].

Az online intervenciónak a hagyományos, személyes találkozóval szemben van néhány **előnye**, mely a többi telemedicinális ellátással közös. Ezek közé tartozik:
– könnyebb elérhetőség,
– részleges anonimitás (ami egyben a stigmatizáció csökkentésében játszik szerepet) [209, 210],
– csökkenthetők a várólisták.

A cCBT mellett más irányzatok elektronikus formája is megjelent, mint például a **pszichodinamikus** és az **interperszonális irányzatoké**. Az IBI-vel kapcsolatban az elmúlt 30 év során több mint 100 kontrollált vizsgálat született [211, 212, 213], ami az intervenció rövid- és hosszú távú hatékonyságát igazolni volt képes, mindazonáltal a metaanalízisek tanulsága szerint további célirányos vizsgálatok, terápiás standardok szükségesek [214].

Az integrált szülő-csecsemő konzultáció (ISZCSK) online formája nem valósítható meg, mivel a résztvevők interakciói nem érzékelhetőek megfelelően, az áttételi-viszontáttételi folyamatok leszűkülve, esetleg torzítva jelennek meg, így a szülő-csecsemő kapcsolatának konfliktusdinamikája az online térben nem érzékelhető. A személyes kontaktusban kialakul egy interszubjektív tér, mely az online térben nem pótolható.

Azok a szakemberek, akik a saját szakterületükön az ISZCSK-n kívüli módszereket alkalmaznak, saját etikai felelősségüknek megfelelően döntenek az online tér használatáról. Ilyen esetekben fontos az ISZCSK egyértelmű elkülönítése a saját alapszakmához kapcsolódó esetleges online ajánlattól.

Telemedicinális ellátás előnyei/hátrányai

A jelenlegi vizsgálatokat áttekintve úgy tűnik, hogy a különféle telemedicinális ellátásoknak számtalan közös előnye, illetve hátránya van a kérdéses területen. A perinatális mentális egészség szempontjából hangsúlyosak a következők.

Az **előnyök** közé tartozik:
– könnyebb hozzáférhetőség (akár az alacsonyabb jövedelemmel bíró páciensek számára is),
– távolról is lehetséges elérhetőség,
– csökkentheti a kórházi megjelenés szükségességét,
– csökkentheti a költségeket is, a páciens és ellátó intézmény számára egyaránt,
– könnyebb elérhetőség a páciens és a klinikus számára,
– növelheti a biztonságérzetet.

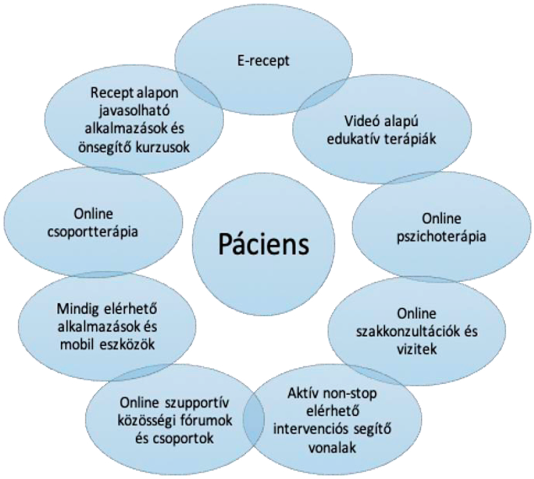
A lehetséges **hátrányok** közé tartozik:
– még formálódó jogi szabályozás kérdései,
– technikai problémák okozta különféle nehézségek (infrastruktúra és interferencia hatása az ellátásra),
– a díjazás rendezésének szabályai és keretei a magán- és a biztosítási alapokon nyugvó ellátásban.

Telemedicinális segítség hálózata

Ajánlás74

A perinatális mentális zavarral küzdő kismamák számára a következő telemedicinális segítő háló, kapcsolattartási formák és online terápiás modalitások javasolhatóak a mindenkori releváns egészségügyi és adatvédelmi szabályzat betartásával. (M) *(4. ábra):*

4. ábra: Telemedicinális segítő háló [215]



Ajánlás75

Megfelelő telemedicinális platform biztosítása szükséges az erre igényt tartó szakterületek számára. Az új platform feleljen meg az adatvédelmi és betegbiztonsági szempontoknak is.

A telemedicinális platformok használata közben keletkező információk megfelelő tárolása kiemelten fontos. Az adatok nemcsak a páciensek bizalmát erősítik, hanem kulcsfontosságúak a jogi szabályozásoknak való megfelelés és az esetleges jogi felelősség kérdéseiben is.

Szükséges ismerni és figyelembe venni a telemedicinális platformok használatával történő munkavégzés hátterét munkajogi és finanszírozási szempontból is. Az egészségügyi szakemberek és a telemedicinális platformok üzemeltetői számára kulcsfontosságú a finanszírozási rendszer és munkajogi háttér ismerete, ami biztosítja az egészségügyi szolgáltatások fenntarthatóságát és a minőségi ellátás biztosítását az online környezetben történő munkavégzés során. (E)

F. A KORA GYERMEKKORI REGULÁCIÓS ZAVAROK ÉS A SZÜLŐ-CSECSEMŐ/KISGYERMEK KONZULTÁCIÓ INDOKOLTSÁGA, CÉLKITŰZÉSEI ÉS RÖVID MÓDSZERTANA

A szülő-csecsemő konzultáció/terápia többek között alkalmas a klasszikus regulációs zavarok – excesszív sírás/krónikus nyugtalanság, alvászavarok, valamint a táplálkozási és gyarapodási zavarok – kezelésére. A kora gyermekkori regulációs zavarok kezelése során egy új kliens jön létre, mely nem külön a csecsemőt vagy nem külön a szüleit helyezi a fókuszba, hanem a szülő és a csecsemő aszimmetrikus kapcsolatát [216].

A regulációs zavarok kialakulása szoros összefüggésben áll a szülő-csecsemő interakció során megélt tapasztalatokkal és a szülő és csecsemője kapcsolatával, a konzultáció/terápia mindig közösen a szülő és a csecsemő/kisgyermek jelenlétében történik.

A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció módszertani megközelítése különböző elméleti alapokra épül, amelyek a következők:

– klasszikus és modern pszichoanalízis, reprezentációs megközelítés,
– modern fejlődéspszichológia, interakcionista, rendszerszemléleti megközelítés,
– kötődéselmélet, kapcsolat, érzelmi, valamint pszichoszociális megközelítés,
– integratív, figyelembe véve az előbbi három elméleti megközelítést [217].

Az interakcionista megközelítés a szülő-gyerek helyszíni interakciójának megfigyelésén, a család otthonában vagy a rendelőben készített felvételek elemzésén, valamint a video-feedback technikán alapul [12].

A konzultáció két általános célt követ:
– a szülő-csecsemő/kisgyermek kapcsolatban megjelenő problémák felismerése, feloldása, a kapcsolat javítása,
– valamint a gyermek problémás érzelem- és viselkedésszabályozási problémáinak/zavarának enyhítése és megszüntetése [217].

Mindkét cél a szülő, valamint a csecsemő/kisgyermek pszichés állapotának javítására irányul.

A konzulens/terapeuta jelentős szerepet játszhat az érzelmileg megzavart szülő-csecsemő kapcsolat helyreállításában, mint egy „szabályozó harmadik" jelenik meg. Ebben a helyzetben segítheti a szülőt gyermekének és saját szülői pozitív viselkedési állapotainak észlelésében és a pozitív interakciók megerősítése révén hozzájárul egy érzelmileg biztonságos szülő-gyermek kötődési kapcsolat kialakulásához [217].

Szülő-csecsemő konzulens

Feladata az első interjú és az anamnézis alapján a munkahipotézis felállítása az interakciós és kapcsolati nehézségek természetéről, lehetséges okairól. A konzultáció az interakciók megfigyelésén, valamint a pszichoanalitikus elméletek, a modern fejlődéslélektani és a kötődési vizsgálatok ismereteinek gyakorlati alkalmazásán alapszik.

A konzultáció céljai:
– az anya érzelmi támogatása,
– spontán és videóelemzés segítségével a szülő-csecsemő interakció megfigyelése, visszajelzése,
– az anyai szenzitivitás segítése,
– edukáció.

A szülő-csecsemő konzulens feladata a teames munkában: a kutatási protokollnak megfelelő mérések és belső szakmai, kezelési dokumentáció elkészítése, együttműködés a kutató teammel és a kutatás koordinátorával [218, 219].

Ajánlás76

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. (E) [2]

Ajánlás77

Amennyiben szükséges, szülő-csecsemő konzultáció alkalmazandó a program keretében az anyai szenzitivitás, az anya-gyerek kapcsolat, az anya-csecsemő kötődés kialakításának támogatására, valamint a gyermek egészséges személyiségfejlődésének megalapozásához. A szülő-csecsemő konzultáció történhet az anya-gyermek-apa egységben, valamint az ellátó kórházi egységben is. (E)

(Módszertani összefoglaló a XI. fejezet 1.5. Egyéb dokumentumok alatt található) 1. A KORA GYERMEKKORI REGULÁCIÓS ZAVAROK ÉS A SZÜLŐ-CSECSEMŐ/KISGYERMEK KONZULTÁCIÓ INDOKOLTSÁGA, CÉLKITŰZÉSEI ÉS RÖVID MÓDSZERTANA [218, 219].

G. BABA-MAMA-PAPA EGYSÉG, EGYÜTT KEZELÉS

Baba-mama egységek

Ajánlás78

Anyának és gyermekének együttes osztályos ellátásához elengedhetetlen feltétel egy kórházi egység létrehozása, melyben a szükséges szakirányú ellátás teames munkában megvalósulhat, a szoptatás feltételei biztosítva vannak és az anya anyai identitása erősödik. (K) [220, 221, 222]**.**

Ajánlás79

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

Ajánlás80

A kórházi egységbe történő felvétel minden esetben a páciens állapotától függ, amelyről az orvos döntsön. Amennyiben az anya közvetlen veszélyeztető magatartása 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 döntsön az anya-gyerek egy szobában történő tartós elhelyezéséről.

A perinatális zavarokban érintett nők speciálisabb kezelést igényelnek, mint az általános felnőtt pszichiátriai ellátás. (K)

Ajánlás81

Amikor az otthoni és ambuláns ellátás nem megoldható, mert az anya állapota kórházi felvételt tesz szükségessé, akkor a legjobb gyakorlatnak az anya csecsemőjével való közös elhelyezése bizonyul, melyről az orvos döntsön. (E) [2, 11]

Az anya-gyerek egységek (MBU) a súlyos perinatális pszichiátriai nehézségekkel küzdő anyák fekvőbeteg-ellátásának speciális modelljei. Ezen egységek lehetővé teszik, hogy az anyák teljes időben együtt lehessenek gyermekeikkel, ahelyett, hogy elválasztanák őket egymástól, ahogyan azt egy általános pszichiátriai osztályon tennék. Míg az általános pszichiátriai osztályok személyzete nem feltétlenül rendelkezik speciális perinatális szakértelemmel, az MBU-k multidiszciplináris teamjei alapos szakmai ismeretekkel rendelkeznek a perinatális mentális egészségügyi problémák, valamint a gyermekgondozás és -fejlesztés terén [21].

– **Posztpartum blues** esetén többnyire nincs szükség osztályos felvételre, ilyen esetekben legtöbbször a környezet támogatása is elég, azonban súlyosabb tünetek esetén ambuláns konzultáció szükséges.
– Az eset súlyosságától függően **posztpartum depresszió** esetén járóbeteg-ellátás vagy osztályos elhelyezés javasolt.
– **Posztpartum pszichózis** esetében veszélyeztető magatartás esetén mindenképpen osztályos elhelyezés szükséges.

Az együttes elhelyezés előnyei

– Az anya-gyerek egységekben történő együttes felvételnek köszönhetően az **anyában erősödnek az anyai érzések**, és folytatódhat a gyermek kötődési szükségleteinek megfelelő természetes szülő-gyermek kapcsolat.
– A **kórházi tartózkodás időtartama is lecsökkenhet**, amivel hosszú távon az ezzel járó egészségügyi költségek is mérséklődnek [223, 224].
– A közös elhelyezés továbbá **hatékonyan képes felkészíteni az anyát gyermekének későbbi önálló gondozására**, a közös anya-gyermek felvételt követően az anyák 87%-a képes volt gyermeke ellátására, míg a gyermekük nélkül felvett anyáknak csupán 31%-a volt képes az önálló gondozásra [225]. Az önállóság tapasztalata megerősíti az anya kompetenciaérzését és az anyai szerepek gyakorlását. További előny, hogy az együttes felvétel elősegíti a csecsemőgyilkosság megelőzését [225, 226, 227], valamint megakadályozza vagy lecsökkenti az olyan önkárosító magatartásformákat, mint a dohányzás, alkoholfogyasztás vagy stresszevés [17].
– Közös kórházi elhelyezés esetén az anya-gyerek interakció támogatásának segítségével nagyobb valószínűséggel alakul ki **biztonságos kötődési kapcsolat anya és gyermeke között** [228].
– A szeparáció és a gondozó személyek gyakori váltakozásának elkerülésével **az együtt kezelés és a folyamatos kapcsolat anya és gyermeke között nagymértékben elősegíti a biztonságos kötődés kialakulását**, jelentősen csökkentve a gyermek személyiség- és testi fejlődésére, az anya állapotára és a család szétesésére vonatkozó kockázatokat [228, 229, 230, 231].
– A kötődési biztonság nem csak a gyermek egészséges pszichés fejlődéséhez járul hozzá [232, 233], de **protektív faktornak** bizonyul a gyermekkori túlsúllyal szemben is. A biztonságos kötődés továbbá védőfaktor a felnőttkori szorongással szemben, rugalmasabb ént, jobb készséget eredményez a személyközi kapcsolatokban és az érzelemszabályozásban, emellett a neurobiológiai fejlődésre és a kognitív működésre gyakorolt hatása révén védőfaktort jelenthet például az időskori kognitív hanyatlás és demencia ellen [234].

Az apák és a családi környezet szerepe

A perinatális időszakban nem csak az anya pszichés állapota meghatározó a családi egyensúly szempontjából.

Ajánlás82

Az ellátás során figyelembe kell venni, hogy 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 anyai identitása megerősödik, a gyermek az édesanya betegsége miatt nem kerül tőle távol (például nevelőszülőhöz), esélye lesz arra, hogy biztonságos kötődési kapcsolat alakuljon ki az édesanyjával [228]**, emellett a kórházi tartózkodás időtartama is lerövidül. (E)**

Ajánlás83

A nemzetközi jó gyakorlatok alapján javasolt a gyermekükkel történő közös elhelyezés azon édesanyák számára, akik a szülés előtt, vagy 12 hónappal a szülés utánig bezárólag mentális zavaruk miatt kórházi kezelést igényelnek. (E) [1, 2]

Ajánlás84

Mindkét szülő, illetve a család nevelésben játszott szerepe szintén jelentős a csecsemő fejlődésére nézve, ezért az együtt kezelés során szükséges az apákat, illetve a családot is bevonni az ellátási folyamatba. (E)

A peripartum időszak az apák számára is új kihívást jelent, az apák 4,1–18%-a mutatott szorongásos zavarokat a szülés körüli hónapokban [55]. Apai depresszió a szülés utáni nyolc hétben az apák 4–5%-ánál jelentkezik, erős korrelációt mutatva a partner pszichés nehézségeivel [56, 57, 58]. Az apai depresszió ugyanúgy negatív lenyomatot hagy a gyermek fejlődésén, és – főleg a fiúgyermeknél – akár háromszorosára is növelheti a későbbi viselkedészavarok például: hiperaktivitás előfordulását [56].

Annak ellenére, hogy az anyák több időt töltenek a csecsemők gondozásával, az apák is fontos referenciaszemélynek bizonyulnak a kötődés szempontjából [235]. A szülés után mindkét szülő számára fontos, hogy minél hamarabb közeli kapcsolatba kerüljenek újszülöttükkel az anya-gyerek-apa interakciók, illetve a kötődési kapcsolat építése érdekében, ami szintén indokolja az apáknak is szerepet adó, együttes kezelést támogató kórházi egységek szükségességét [64, 65].

Együtt kezelés a hazai gyakorlatban

Magyarországon 2005-től egyedülálló módon a budapesti Szent János Kórházban működik egy olyan anya-apa-gyerek egység, mely a kórházi kezelést igénylő pszichés zavarral küzdő anyák, apák és gyermekeik, valamint családtagjaik számára biztosít korszerű ellátást a nemzetközi meghatározáshoz hasonló elrendezésben, egy interdiszciplináris szakmai team közreműködésével. A modell program hazai szinten egyedülálló módon biztosítja a fekvőbetegek ellátását a nemzetközi elvárásoknak megfelelő komplex – az anya-gyerek, valamint az apa és a család interakcióira is fókuszáló – egységben [13, 19, 20]. A modell programmal kapcsolatos visszajelzések pozitívak és megfelelnek azoknak a külföldi tapasztalatoknak, melyek szerint az osztályos felvételre kerülő anyák előnyben részesítik a speciális MBU-kat az általános pszichiátriai osztályokkal szemben, mivel a legtöbb édesanya nagyra értékeli, hogy babájával együtt kerülhet be az intézménybe. Az édesanyák a baba-mama egységeket gyermekbarátabb környezetnek találják, ahol felkészültebb perinatális szaktudást és befogadóbb, családközpontúbb gondozási szemléletet alkalmaznak, ezáltal jobban megfelelnek az édesanyák igényeinek [21].

H. PIMM ELLÁTÁS BETEGUTAK ÉS ELLÁTÁSI PROTOKOLL

Ajánlás85

Pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok felmerülése esetén a betegutak és ellátási protokollok az alábbiakban felsoroltak szerint javasoltak baba-mama-papa program (a továbbiakban: BMP) szerint együttesen történjenek a különböző ellátó egységekben (fekvőbeteg-ellátás, nappali kórház, szakambulanciák, telemedicinális ellátás). (M)

- Az érintett páciens pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok felmerülése esetén jelentkezhet ellátásra a BMP programba önkéntesen, vagy átirányíthatják más egészségügyi ellátótól, osztályról vagy intézményből.
- A bejelentkezést/átirányítást követően pszichiátriai és klinikai pszichológiai vizsgálat történik – mely tartalmazza az explorációt, részletes pszichodiagnosztikát, pszichoszociális felmérést, illetve szükség szerint heteroanamnézis felvételét is –, melyek alapján a kezelőszemélyzet összeállítja a kezelési javaslatot és terápiás tervet.

– Az eset súlyosságától és a hozzáférési lehetőségektől függően a kezelés osztályos elhelyezéssel, nappali kórházi ellátásként vagy ambuláns ellátásként valósulhat meg, illetve szükség esetén telemedicina is alkalmazható. Osztályos ellátás esetén – amennyiben a páciensnél közvetlen veszélyeztető, vagy veszélyeztető magatartás nem áll fenn – az anya, az apa és a gyermek együttes elhelyezése javasolt.
– Az aktív ellátás során személyre szabott kezelési terv alkalmazandó a mentális zavar típusa és a komorbid faktorok alapján. Szülés előtti időszakban az ellátás a pszichiátriai, klinikai pszichológiai és/vagy pszichoterápiás, pszichoszociális ellátás mellett a Szülészeti Nőgyógyászati Osztállyal/Ambulanciával, szülést követően a Gyermekosztállyal/Ambulanciával/Szülészeti-nőgyógyászati ambulanciával szoros együttműködésben valósul meg.
– Az aktív ellátást követő egy évben mind az anya, mind a gyermek szoros utánkövetése javasolt, illetve további, igény szerinti utánkövetésre lehet szükséges a gyermek 3–5 éves koráig.

Ellátási folyamat algoritmusa (ábrák)

A részletes betegutakat és ellátási protokollt, illetve az ellátás humánerőforrás-igényét a *XI. Melléklet fejezet 1.4. Algoritmusok 5. ábra PIMM ellátás betegutak és ellátási protokoll szemlélteti.*

VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

3. táblázat: Bejelentkezés, első interjú és pszichodiagnosztika fázisa [saját szerkesztés]

Ellátás	Feladatok	Ellátók kompetenciája
Bejelentkezések fogadása, adminisztráció, koordináció	– e-mail és telefon fogadása – kapcsolatfelvétel – időpont-előjegyzés – anamnézis lekérdezése – állapotfelmérő tesztek kiadása – dokumentálás – BMP adminisztrációs feladatok – BMP koordinációs feladatok	Program adminisztrátor
Diagnosztikus első interjú	– exploráció – anamnézis – heteroanamnézis – kezelési terv kialakítása – terápiás javaslat	Pszichiáter
Pszichodiagnosztika	– exploráció – pszichodiagnosztikai tesztek felvétele – pszichodiagnosztikai tesztek kiértékelése – pszichodiagnosztikai vélemény	Klinikai szakpszichológus

4. táblázat: Programba kerülés és aktív ellátás fázisa [saját szerkesztés]

Ellátás	Feladatok	Ellátók kompetenciája
Szülés előtt, körül és után észlelt mentális zavar alapellátása	– esetvezetés, farmakoterápia – csoportterápiák – egyéni terápia/szupport	Pszichiáter Klinikai szakpszichológus Klinikai szakpszichológus
Családtervezés ismert pszichiátriai betegség mellett	– farmakoterápiás tervezés – szüléstervezés	Pszichiáter Szülész szakorvos
Fertilitási problémák kezelése	– nőgyógyászati konzultáció – pszichiátriai konzultáció – egyéni terápia	Nőgyógyász szakorvos Pszichiáter Klinikai szakpszichológus
Genetikai tanácsadás	– szakorvosi konzílium – pszichiátriai konzultáció – pszichológusi konzultáció	Genetikus szakorvos Pszichiáter Klinikai szakpszichológus
Sectio Caesarea indikáció felmérése	– szülészeti konzultáció – pszichiátriai konzultáció – pszichológusi konzultáció	Szülész szakorvos Pszichiáter Klinikai szakpszichológus
Párkapcsolati zavar ellátása	– pár- és családterápia	Pár- és családterapeuta
Addiktológiai zavarok ellátása	– addiktológiai konzultáció	Addiktológiai konzultáns, Addiktológus
Perinatális veszteség, trauma ellátása	– gyásztanácsadás – traumafeldolgozás	Gyásztanácsadó EMDR terapeuta
Szociális krízis ellátása	– szociális szupport – esetmenedzsment, kapcsolattartás	Szociális munkás Védőnő Szociális munkás
Komorbid szomatikus zavarok ellátása	– szakorvosi konzílium – gyógytorna – dietetikai tanácsadás	Konzíliárus szakorvos Gyógytornász-fizioterapeuta Dietetikus
Anya kórházi fekvőbeteg alapellátása	– anya ápolása	Szakápoló
Anya nappali kórházi alapellátása	– szakdolgozói intervenciók	Szakápoló
Újszülött (és kísérője) kórházi fekvőbeteg alapellátása	– gyermek elhelyezése – kísérő(k) elhelyezése – tejkonyhai ellátás	Csecsemőgondozó Védőnő
Újszülött gondozása és gondozási edukáció Szoptatás/anyatejes tálalás támogatása	– táplálási tanácsadás – gondozási tanácsadás – napirendi tanácsadás – tágabb család edukációja	Gyerekszakápoló Védőnő Laktációs szaktanácsadó
Gyermek fejlődésével kapcsolatos zavarok ellátása	– gyermekorvosi vizsgálat – gyermek pszichodiagnosztika – gyógytorna	Gyermekorvos Gyermekpszichológus Gyógytornász-fizioterapeuta Védőnő
Szülő-gyermek kapcsolati zavarok ellátása	– szülő-csecsemő konzultáció – perinatális szaktanácsadás – gyerek pszichológiai tanácsadás – szoptatási tanácsadás – babamasszázs	Szülő-csecsemő konzulens Perinatális szaktanácsadó Gyerekpszichológus Szoptatási tanácsadó Babamasszőr Védőnő

5. táblázat: Utánkövetési fázis [saját szerkesztés]

Ellátás	Feladatok	Ellátók kompetenciája
Szülés utáni 6 hetes kontrollvizsgálat	– kontrollvizsgálat – pszichológiai felmérés	Szülész szakorvos Klinikai szakpszichológus
Anya szoros utánkövetése	– kontrollvizsgálat – pszichológiai szupport	Pszichiáter Klinikai szakpszichológus
Anya hosszú távú utánkövetése	– kontrollvizsgálat – pszichológiai szupport	Pszichiáter Klinikai szakpszichológus
Anya-gyermek kapcsolat alakulásának szoros utánkövetése	– szülő-csecsemő konzultáció	Szülő-csecsemő konzulens Védőnő
Gyermek fejlődésének utánkövetése	– kontrollvizsgálat	Gyermekorvos Védőnő

6. táblázat: Betegellátáshoz kapcsolódó további feladatok [saját szerkesztés]

Feladat	Ellátók kompetenciája
Szupervízió	Szupervízor Ellátásban részt vevő szakemberek
Teames megbeszélés	Ellátásban részt vevő szakemberek
Esetkonferencia	Ellátásban részt vevő szakemberek, gyermek háziorvos, védőnő, szociális munkás

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

– Akut pszichiátriai részleg súlyos állapotú betegek ellátására, közvetlen közelségben újszülött/csecsemő részleg, ami biztosítani tudja eközben a baba biztonságos elhelyezését és a mama és baba rendszeres felügyelt találkozását, szoptatás lehetővé tételét.
– Baba-mama egység: baba és mama egyidejű ellátására alkalmas egység pszichiátriai és gyermek szakápolói személyzettel az akut veszélyeztetettség megszűnése utáni közös elhelyezést biztosítandó.
– Orvosi és szakpszichológiai vizsgálóhelyiségek.
– Újszülött és csecsemő ellátásához szükséges alapfelszerelés (gyerekruha, pelenka, cumisüveg, tápszer, etetőszék, bili stb.).
– Hosszmérő, magasságmérő, vérnyomásmérő, mérleg.
– Légzésfigyelő, inkubátor, klímaberendezés.
– Tejkonyha, anyatej/tápszer tárolására alkalmas hűtőszekrény.
– Mellszívó és egyéb szoptatási segédeszközök, tejmelegítő, mikrohullámú sütő.
– Gyerekágy, gyerekágynemű, pelenkázó, szoptató fotel.
– Apának/egyéb családtagnak pótágy.
– Játszószőnyeg, plédek, párnák, 0–5 éveseknek való játékok, fejlesztőjátékok, plüssök.
– Szülő-csecsemő konzultációhoz kamera, kameraállvány, laptop.
– Online konzultációhoz szükséges elektronikai felszerelés (laptop, fülhallgató, internet stb.).
– Adminisztrációhoz szükséges eszközök (nyomtató, nyomtatófesték, papír irodaszer stb.).

Az egészségügyi szakmai irányelvben szerepel a perinatális mentális zavarok klinikai ellátásával kapcsolatos betegút protokoll, amely megkönnyítheti, elősegítheti a terület célzott finanszírozásának a lehetőségét is.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

A perinatális mentális zavarok irányított ellátása hazai viszonylatban kevésbé ismert terület, jelenleg egy ellátási hely létezik, amely komplex módon látja el a betegeket. Betegek jellemzően alulinformáltak, a terület zavarai stigmatizáltak.

Veszélyeztető magatartás esetén az arra vonatkozó eljárás alkalmazandó, amennyiben veszélyeztető magatartás nem áll fenn, az ellátásban való részvétel önkéntes.

1.4. Egyéb feltételek

Egyéb feltételek nincsenek.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készültek.

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1. EPDS kérdőív [295]
2. PHQ-9 kérdőív [204]

2.3. Táblázatok

1. táblázat: A perinatális szerhasználat hatása a várandósságra és gyermekre [143]
2. táblázat: A pszichoaktív szerek listája a BNO-11-ben kiegészült [saját szerkesztés]
3. táblázat: Bejelentkezés, első interjú és pszichodiagnosztika fázisa [saját szerkesztés]
4. táblázat: Programba kerülés és aktív ellátás fázisa [saját szerkesztés]
5. táblázat: Utánkövetési fázis [saját szerkesztés]
6. táblázat: Betegellátáshoz kapcsolódó további feladatok [saját szerkesztés]

2.4. Algoritmusok

1. ábra: Gyermeket tervező depressziós nő kezelése [saját szerkesztés]
2. ábra: Major depresszióban lévő, várandós kismama kezelési ábrája [saját szerkesztés]
3. ábra: Major depresszióra antidepresszánst szedő páciens kezelése [saját szerkesztés]
4. ábra: Telemedicinális segítő háló [215]
5. ábra: PIMM ellátás betegutak és ellátási protokoll [saját szerkesztés]
6. ábra: Nyomon követő kutatások lehetséges és ajánlott alapstruktúrája [saját szerkesztés]
7. ábra: Nyomon követő kutatások lehetséges és ajánlott időterve [saját szerkesztés]

2.5. Egyéb dokumentum

1. A KORA GYERMEKKORI REGULÁCIÓS ZAVAROK ÉS A SZÜLŐ-CSECSEMŐ/KISGYERMEK KONZULTÁCIÓ INDOKOLTSÁGA, CÉLKITŰZÉSEI ÉS RÖVID MÓDSZERTANA

2. KUTATÁSI IRÁNYELVEK AJÁNLÁSOK A PRE-, PERI ÉS POSZTNATÁLIS MENTÁLIS ZAVAROK BABA-MAMA-PAPA EGYSÉGBEN TÖRTÉNŐ KEZELÉS TUDOMÁNYOS NYOMON KÖVETÉSÉHEZ

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, auditkritériumok

Külső indikátor

Ajánlás2

A minél korábbi megfelelő diagnózis és a szükséges terápia megkezdése érdekében fontos a szűrővizsgálat a rizikócsoportban. A rizikócsoport kiszűrése a Gyermek-alapellátási útmutató rizikókérdőívének használatával történik [294], a védőnőnek helyzetértékelést kell végezni a rizikókérdőív alapján és amennyiben szükséges, EPDS kérdőívet kell felvenni [295]. *[XI. Melléklet fejezet, 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 1. Edinburgh posztnatális depresszió skála (EPDS) kérdőív].* **Az adatok, információk és tapasztalatok mérlegelése után, veszélyeztetettség esetén a hatályos jogszabályi előírás szerint kell intézkedni, a védőnőnek jeleznie kell a gyermekjóléti szolgálat, család- és gyermekjóléti központ felé.**

Amennyiben az EPDS kérdőív depressziót jelez, a védőnőnek a kismamát az ezzel a témával speciálisan foglalkozó megfelelő intézetbe/szakemberhez kell irányítania. (K)

Alkalmazás mutatói, audit kritériumok

1. A vizsgált várandósok hány százalékánál történt meg a rizikócsoportba tartozás felmérése a Gyermek-alapellátási útmutató rizikókérdőívével?
2. A rizikócsoportba sorolt várandósok hány százalékánál végeztek EPDS kérdőíves felmérést a szűrési protokoll szerint?
3. Az EPDS kérdőív által depresszióval érintettnek jelzett várandósok hány százalékát irányították tovább szakellátó intézményhez vagy pszichiátriai szakemberhez?
4. A veszélyeztetettség miatt jelzést igénylő esetek hány százalékában történt meg a gyermekjóléti szolgálat vagy család- és gyermekjóléti központ értesítése?

Ajánlás3

A háziorvos saját körzetében tájékoztatást ad a pre-, peri- és posztnatális mentális zavarokról, azok tüneteiről, jelentőségéről, a megelőzés és a kezelés lehetőségeiről és annak elérhetőségéről, követi a rizikócsoportba tartozó, valamint a megelőzően, vagy aktuálisan pszichiátriai kezelés alatt álló páciensek. Szükséges figyelemmel kísérni szomatikus állapotukat, felismerni a 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, illetve pszichiátriai ellátó helyre irányítja a várandós nőt, anyát. (E)

Alkalmazás mutatói, audit kritériumok

1. A háziorvos által ellátott várandós nők és friss anyák hány százaléka kapott tájékoztatást a pre-, peri- és posztnatális mentális zavarokról?
2. A háziorvos által követett rizikócsoportba tartozó várandósok és anyák hány százalékánál történt dokumentált állapotfelmérés?
3. A várandósság, gyermekágyas időszak vagy azt követő időszak alatt pszichés állapotváltozást mutató páciensek hány százalékánál kezdeményezett a háziorvos pszichológiai intervenciót?
4. A pszichés állapotváltozást mutató páciensek hány százalékát irányította tovább speciális mentálhigiénés ellátásra vagy pszichiátriai szakellátásba?
5. A veszélyeztető magatartást mutató páciensek esetében hány százalékban történt sürgősségi ellátásba irányítás vagy egyéb szükséges beavatkozás?

Ajánlás10

Olyan nők esetében, akik a várandósság ideje alatt vagy a posztnatális periódusban közepes vagy súlyos depresszió jeleit mutatják, az alábbi lehetőségek megfontolandók:

- **magas intenzitású pszichológiai intervenció (például CBT),**
- **antidepresszáns [TCA, SSRI vagy (S)NRI], amennyiben a mentális zavar és gyógyszeres kezelés várandósság alatti és szülés utáni rizikótényezőit megérti, illetve:**
  - **a gyógyszeres kezelést preferálja,**
  - **elutasítja a pszichológiai intervenciókat,**
  - **vagy a pszichológiai intervencióktól nem javult az állapota,**
  - **magas intenzitású pszichológiai intervenció és farmakoterápia kombinációja, amennyiben a mentális zavar és gyógyszeres kezelés várandósság alatti és szülés utáni rizikótényezőit megérti, és önmagában a magas intenzitású pszichológiai intervencióra vagy gyógyszeres kezelésre nem, vagy részlegesen reagál. (E)** [2]

Alkalmazás mutatói, auditkritériumok

A. A vizsgált esetek hány százalékában történt magas intenzitású pszichológiai intervenció (például CBT) olyan nők esetében, akik a várandósság ideje alatt vagy a posztnatális periódusban közepes vagy súlyos depresszió jeleit mutatták?

B. A vizsgált esetek hány százalékában történt antidepresszáns [TCA, SSRI vagy (S)NRI] alkalmazása olyan nők esetében, akik a várandósság ideje alatt vagy a posztnatális periódusban közepes vagy súlyos depresszió jeleit mutatták és akik
   - elutasították a pszichológiai intervenciókat,
   - vagy a pszichológiai intervencióktól nem javult az állapotuk?

Ajánlás20

Posztpartum pszichózis esetében közvetlen veszélyeztető magatartás meglétekor osztályos elhelyezés szükséges.

- **Az anya osztályos felvétele (ügyeleti időben is az ügyeletes orvos által).**
- **A gyermek lehetőség szerinti mielőbbi elhelyezése az anyával együtt (átvétel biztosítása más osztályról, átmeneti elhelyezés gyermekosztályon).**
- **Gyermekkel/csecsemővel kapcsolatos intézkedések: orvos általi megítélése, hogy elhelyezhető-e az anyával egy térben, vagy ezt csak a későbbiekben javasoljuk.**

- **Kezelőorvos, nővérek, pszichológusok és további, kezelésben részt vevő szakemberek kijelölése, személyre szabottan.**
- **Gyermek esetében: családi háttér feltérképezése, illetve a családtagok (apa, nagyszülők, testvérek) mielőbbi bevonása, gyermekkel kapcsolatos jogi és tárgyi feltételek tisztázása.**
- **Személyre szabott terápia alkalmazása.**
- **Az alkalmazott gyógyszeres terápia függvényében a napirend (szoptatás, gyermekkel 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, illetve felmerülő problémák megoldási döntéseivel a pontos időpont és aláírás megnevezésével).**
- **Döntések hozatala: viziteken, vizsgálatokon, szükség esetén teamses megbeszélésen. (K)**

Alkalmazás mutatói, auditkritériumok

1. A posztpartum pszichózissal osztályra felvett betegek hány százalékánál biztosították a gyermek közös elhelyezését az anyával?
2. Hány esetben történt gyermek elhelyezése gyermekosztályon, és milyen időtartamra?
3. A pszichiátriai osztályon kezelt anyák hány százalékánál alkalmaztak személyre szabott terápiás tervet?
4. Hány esetben valósult meg családterápia a kezelés során?
5. A posztpartum pszichózisban szenvedő anyák hány százaléka tarthatta fenn a kapcsolatot gyermekével a kezelés alatt, és milyen időtartamban?
6. A dokumentáció vezetésének megfelelősége és folyamatossága (például döntések pontos rögzítése, hozzáférhetősége az ellátó team számára).

Ajánlás59

A depresszió felmérésének részeként végzett általános öngyilkossági szűrés csökkenti a perinatális időszakban elkövetett szuicidium kockázatát. A posztpartum depresszió szűrésének széles körben alkalmazott eszközei közül elsősorban az Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) használata javasolt *[XI. Melléklet fejezet, 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 1. Edinburgh posztnatális depresszió skála (EPDS) kérdőív],* **mely mind az alapellátásban, mind a járóbeteg-szakellátásban hasznos lehet a depressziós és szorongásos zavarok, valamint a szuicid veszélyeztetettség szűrésére. A Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)** *(XI. Melléklet fejezet, 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok 2. PHQ-9 kérdőív)* **kisebb specificitással és szenzitivitással bír. (E)** [175]

Alkalmazás mutatói, auditkritériumok

1. A várandós és posztpartum nők hány százalékánál történt depressziószűrés az EPDS kérdőív alkalmazásával?
2. A szűrővizsgálatot követően hány százalékban történt szakellátásba irányítás súlyos depresszió vagy magas öngyilkossági kockázat esetén?
3. A szakellátásba irányított páciensek közül hányan jelentek meg pszichológiai vagy pszichiátriai konzultáción?
4. A PHQ-9 kérdőívet alkalmazó vizsgálatok milyen arányban azonosítottak magas kockázatú eseteket az EPDS eredményeihez képest?
5. A szűrési eredmények milyen arányban lettek dokumentálva és követve az ellátás során?

Ajánlás74

A perinatális mentális zavarral küzdő kismamák számára a következő telemedicinális segítő háló, kapcsolattartási formák és online terápiás modalitások javasolhatóak a mindenkori releváns egészségügyi és adatvédelmi szabályzat betartásával. (M)

Alkalmazás mutatói, audit kritériumok

1. Hány telemedicinális konzultáció történt a perinatális időszakban (várandósság alatt és posztpartum 1 éven belül)?
2. A telemedicinális ellátásba bevont kismamák hány százaléka részesült további pszichológiai vagy pszichiátriai ellátásban?

3. A kismamák milyen arányban vettek részt rendszeresen ismétlődő telemedicinális konzultációkon?
4. A telemedicinális beavatkozásokat hogyan értékelték a páciensek és az ellátók?

Ajánlás82

Az ellátás során figyelembe kell venni, hogy 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 gyermek az édesanya betegsége miatt nem kerül tőle távol (például nevelőszülőhöz), esélye lesz arra, hogy biztonságos kötődési kapcsolat alakuljon ki az édesanyjával [228]**, emellett a kórházi tartózkodás időtartama is lerövidül. (E)**

Belső indikátor

1. Ápolási idő hossza:
   a) Az anyák átlagos (átlag, medián, szórás) kórházi tartózkodási ideje a szülés körüli mentális zavarok kezelése alatt.
   b) Az egyes terápiás beavatkozások (például gyógyszeres kezelés, szülő-csecsemő konzultáció, egyéni pszichoterápia, csoportterápia, családterápia) hatása az ápolási idő hosszára.
2. Gyermek családban maradásának aránya:
   a) A szülés utáni időszakban hány gyermek maradhatott az eredeti családjában az anya mentális állapota ellenére.
   b) Azon esetek aránya, ahol a családi egység fenntartásával elkerülhetővé vált a gyermek állami gondozásba vagy nevelőszülőhöz helyezése.
3. Szoptatás fenntartásának sikeressége:
   a) Az anyák hány százaléka tudta folytatni a szoptatást a kezelés alatt és után.
   b) A szoptatás időtartama és annak hatása az anya-gyermek kötődésre.
4. Pszichés állapot javulása és anyai kompetencia megerősödése:
   a) A terápiás beavatkozásokat követően az anyák pszichés állapotának változása.
   b) Az anyai kompetencia és önbizalom növekedésének mérése kérdőívek vagy szakmai értékelések alapján.

Az egészségügyi szakmai irányelvben meghatározott ajánlások megvalósulásának mérésén túl fontos a bizonyítékokon alapuló továbbfejlesztése, pontosítása. Ennek egyik lehetséges alapja a kutatás, amelyet támogat a Kutatási irányelvek ajánlások a pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységben történő kezelés tudományos nyomon követéséhez *(XI. Melléklet 1.5. Egyéb dokumentumok 2. a Kutatási irányelvek ajánlások a pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységben történő kezelés tudományos nyomon követéséhez)*.

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az egészségügyi szakmai irányelv tervezett felülvizsgálata 3 évenként történik. A felülvizsgálat folyamata az érvényesség lejárta előtt fél évvel kezdődik el. Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Pszichiátria Tagozat elnöke javaslatot tesz a felülvizsgálat folyamatában részt vevő személyekre. Az aktuális egészségügyi szakmai irányelv kidolgozásában részt vevő fejlesztőcsoporttagok folyamatosan követik a szakirodalomban megjelenő publikációkat, szakkönyveket, irányelveket, illetve a hazai ellátókörnyezetben bekövetkező változásokat. Amennyiben a tudományos bizonyítékokban vagy az ellátókörnyezetben releváns és szignifikáns változás következik be, a fejlesztőcsoport kezdeményezheti az irányelv idő előtti felülvizsgálatát.

IX. IRODALOM

[1.] Revised Perinatal Clinical Practice Guidelines (COPE) 2023. Letöltve: 2025.02.20.

[2.] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. NICE Guideline CG192. London: NICE; 2014 (updated 2020). Letöltve: 2025.02.20.

[3.] World Health Organization (WHO). Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Geneva: World Health Organization; 2022. Letöltve: 2025.02.20.

[4.] Seyfried LS, Marcus SM. Postpartum mood disorders. International Review of Psychiatry (Abingdon, England) 2003;15(3):231–42.

[5.] Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Postpartum Depression. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. Letöltve: 2023.11.16.

[6.] Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. General Hospital Psychiatry 2004;26(4):289–95.

[7.] O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2014;28(1):3–12.

[8.] Volgsten H, Skoog Svanberg A, Ekselius L, Lundkvist O, Sundström Poromaa I. Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. Human Reproduction (Oxford, England) 2008;23(9):2056–63. doi:10.1093/humrep/den154.

[9.] Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and meta-analysis. Journal of Psychiatric Research 2018;104:235–48.

[10.] Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2020;19(3):313–27.

[11.] Highet NJ, and the Expert Working Group and Expert Subcommittees. Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence (COPE); 2023.

[12.] Hortobágyi Á, Németh T, Kurimay T. Pszichiátriai beteg anyák és gyermekeik kapcsolata, együttápolása – Elmélet és nemzetközi tapasztalatok. In: Danis I, Németh T, Prónay B, Góczán-Szabó I, Hédervári-Heller É (szerk.) A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéselméletek és empirikus eredmények. Budapest: Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet; 2020. p. 448–76.

[13.] Németh T, Kurimay T. Az első magyarországi modell pszichiátriai beteg szülők és gyermekeik együtt kezelésére. In: Danis I, Németh T, Prónay B, Góczán-Szabó I, Hédervári-Heller É (szerk.) A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Módszerek, irányzatok, modellprogramok. Budapest: Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet; 2020. p. 162–77.

[14.] Erős E, Hajós A. A perinatalis depresszió és szorongás megelőzése perikoncepcionális gondozással. Orvosi Hetilap 2011;152(23):895–900.

[15.] Dunford E, Granger C. Maternal guilt and shame: relationship to postnatal depression and attitudes towards help-seeking. Journal of Child and Family Studies 2017;26(6):1692–701.

[16.] Fusar-Poli P, Estradé A, Mathi K, Mabia C, Yanayirah N, Floris V, et al.. The lived experience of postpartum depression and psychosis in women: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2025;24(1):32–45.

[17.] Csatordai S, Kozinszky Z, Devosa I, Dudas R, Tóth E, Sikovanyecz J, et al.. Validation of the Leverton Questionnaire as a screening tool for postnatal depression in Hungary. General Hospital Psychiatry 2009;31(1):56–66.

[18.] Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. Journal of Affective Disorders 2016;191:62–77.

[19.] Kurimay T, Németh T, Hédervári-Heller É, Babus E, Madarasi A, Tary V, et al.. Introduction of a Baby-Mother-(Father) Unit into the Hungarian Health Service System: Results after five years. European Congress of Psychiatry, 6–9 April 2013, Nice, France.

[20.] Kurimay T, et al. Introduction Baby Mother Father programme at Saint Johns Hospital. WHO delegáció látogatása a Szent János Kórház Pszichiátriai Osztályán, 2014. március 26., Budapest (előadás).

[21.] Griffiths J, Lever Taylor B, Morant N, Bick D, Howard LM, Seneviratne G, et al.. A qualitative comparison of experiences of specialist mother and baby units versus general psychiatric wards. BMC Psychiatry 2019;19(1):401.

[22.] Ahlqvist-Björkroth S, Vaarno J, Junttila N, Pajulo M, Räihä H, Niinikoski H, et al.. Initiation and exclusivity of breastfeeding: association with mothers' and fathers' prenatal and postnatal depression and marital distress. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2016;95(4):396–404.
[23.] Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. Nursing Research 2001;50(5):275–85.
[24.] Eccles H, Sharma V. The association between premenstrual dysphoric disorder and depression: a systematic review. Journal of Affective Disorders Reports 2023;12:100–7.
[25.] Zlotnick C, Tzilos G, Miller I, Seifer R, Stout R. Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in mothers on public assistance. Journal of Affective Disorders 2016;189:263–8.
[26.] Páll I. A szüléshez társuló pszichiátriai betegségek. Lege Artis Medicinae 2002;12(5):.
[27.] Walther VN. Postpartum depression: a review for perinatal social workers. Social Work in Health Care 1997;24(3–4):99–111.
[28.] Kovácsné Török Zs. Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok, különös tekintettel a gyermekágyi lehangoltság kérdéskörére. Budapest: Oriold és Társai; 2010.
[29.] Beck CT, Reynolds MA, Rutowski P. Maternity blues and postpartum depression. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing (JOGNN) 1992;21(4):287–93.
[30.] Buttner MM, O'Hara MW, Watson D. The structure of women's mood in the early postpartum. Assessment 2012;19(2):247–56.
[31.] Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. Lancet (London, England) 2014;384(9956):1775–88.
[32.] Hegedűs R. A szülés utáni depresszió kezelésének lehetőségei, avagy ellássuk vagy elássuk? Letöltve: 2025.02.20.
[33.] Halbreich U. The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions – the need for interdisciplinary integration. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2005;193(4):1312–22.
[34.] Lusskin SI, Misri S. Postpartum blues and depression. UpToDate Online 16.2. Letöltve: 2025.02.20.
[35.] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2013.
[36.] Donahue-Jennings K, Ross S, Popper S, Elmore M. Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. Journal of Affective Disorders 1999;54:21–8.
[37.] Hirst KP, Moutier CY. Postpartum major depression. American Family Physician 2010;82(8):926–33.
[38.] Knights JE, Salvatore ML, Simpkins G, Hunter K, Khandelwal M. In search of best practice for postpartum depression screening: is once enough? European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology 2016;206:99–104.
[39.] Beck AT. Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. New York: Harper & Row; 1967.
[40.] Lundy B, Field T, Pickens J. Newborns of mothers with depressive symptoms are less expressive. Infant Behavior & Development 1996;19(4):419–24.
[41.] Stein A, Netsi E, Lawrence PJ, Granger C, Kempton C, Craske MG, et al.. Mitigating the effect of persistent postnatal depression on child outcomes through an intervention to treat depression and improve parenting: a randomised controlled trial. The Lancet Psychiatry 2018;5(2):134–44.
[42.] Terry DJ, Mayocchi L, Hynes GJ. Depressive symptomatology in new mothers: a stress and coping perspective. Journal of Abnormal Psychology 1996;105(2):220–31.
[43.] Howell EA, Mora P, Leventhal H. Correlates of early postpartum depressive symptoms. Maternal and Child Health Journal 2006;10(2):149–57.
[44.] Ueda M, Yamashita H, Yoshida K. Impact of infant health problems on postnatal depression: pilot study to evaluate a health visiting system. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2006;60(2):182–9.
[45.] Weinberg MK, Tronick EZ. The impact of maternal psychiatric illness on infant development. Journal of Clinical Psychiatry 1998;59(Suppl 2):53–61.
[46.] Murray L, Stein A. The effects of postnatal depression on the infant. Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology 1989;3(4):921–33.
[47.] Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. Child Development 1996;67(5):2512–26.
[48.] Stein A, Gath DH, Bucher J, Bond A, Day A, Cooper PJ. The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. British Journal of Psychiatry 1991;158:46–52.

[49.] Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2014;28(1):25–35.
[50.] Beardslee WR, Schultz LH, Selman RL. Level of social-cognitive development, adaptive functioning, and DSM-III diagnoses in adolescent offspring of parents with affective disorders: implications for the development of the capacity for mutuality. Developmental Psychology 1987;23(6):807–15.
[51.] Zahn-Waxler C, Cummings EM, McKnew DH, Radke-Yarrow M. Altruism, aggression, and social interactions in young children with a manic-depressive parent. Child Development 1984;55(1):112–22.
[52.] Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. Archives of Psychiatric Nursing 1998;12(1):12–20.
[53.] Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines 2001;42(7):871–89.
[54.] Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Talati A, Wisniewski SR, Fava M, et al.. Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STARD-child report. JAMA 2006;295(12):1389–98.
[55.] Leach LS, Poyser C, Cooklin AR, Giallo R. Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: a systematic review. Journal of Affective Disorders 2016;190:675–86.
[56.] Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG, ALSPAC Study Team. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. Lancet (London, England) 2005;365(9478):2201–5.
[57.] Parfitt Y, Pike A, Ayers S. The impact of parents' mental health on parent-baby interaction: a prospective study. Infant Behavior & Development 2013;36(4):599–608.
[58.] Epifanio MS, Genna V, De Luca C, Roccella M, La Grutta S. Paternal and maternal transition to parenthood: the risk of postpartum depression and parenting stress. Pediatric Reports 2015;7(2):5872.
[59.] Clark R, Keller AD, Fedderly S, Paulson A. Treating the relationship affected by postpartum depression: a group therapy model. Zero to Three 1993;13:16–23.
[60.] Bruno A, Celebre L, Mento C, Rizzo A, Silvestri MC, De Stefano R, et al.. When fathers begin to falter: a comprehensive review on paternal perinatal depression. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020;17(4):1139.
[61.] Tényi T. Ritka pszichiátriai tünetek és szindrómák. Budapest: Animula; 2009.
[62.] Tényi T, Trixler M. Pszichotikus couvade esete – pszichodinamikai elemzés. Orvosi Hetilap 1994;135:527–9.
[63.] Tényi T, Trixler M, Jádi F. Psychotic couvade: 2 case reports. Psychopathology 1996;29:252–4.
[64.] Paulson JF, Bazemore SD, Goodman JH, Leiferman JA. The course and interrelationship of maternal and paternal perinatal depression. Archives of Women's Mental Health 2016;19(4):655–63.
[65.] Sethna V, Murray L, Netsi E, Psychogiou L, Ramchandani PG. Paternal depression in the postnatal period and early father-infant interactions. Parenting: Science and Practice 2015;15(1):1–8.
[66.] Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. Journal of Clinical Psychiatry 1998;59(Suppl 2):34–40.
[67.] Yazici E, Kirkan TS, Aslan PA, Aydin N, Yazici AB. Untreated depression in the first trimester of pregnancy leads to postpartum depression: high rates from a natural follow-up study. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2015;11:405–11.
[68.] Lee D, Yip A, Chiu H, Leung T, Chung T. A psychiatric epidemiological study of postpartum Chinese women. American Journal of Psychiatry 2001;158(2):220–6.
[69.] Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. British Journal of Psychiatry 1999;175:554–8.
[70.] Nilsen W. Support for the link between adolescent mental health problems and subsequent perinatal depression: a 20-year prospective cohort study. Evidence-Based Mental Health 2016;19(2):56.
[71.] Míguez MC, Vázquez MB. Risk factors for antenatal depression: a review. World Journal of Psychiatry 2021;11(7):325–36.
[72.] Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, Biringer A, Carroll JC, Stewart DE. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. CMAJ: Canadian Medical Association Journal 1996;154(6):785–99.

[73.] Brugha TS, Sharp HM, Cooper SA, Weisender C, Britto D, Shinkwin R, et al.. The Leicester 500 Project: social support and the development of postnatal depressive symptoms – a prospective cohort survey. Psychological Medicine 1998;28(1):63–79.

[74.] Yang K, Wu J, Chen X. Risk factors of perinatal depression in women: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry 2022;22(1):63.

[75.] Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. British Journal of Psychiatry 1984;144:35–47.

[76.] Cryan E, Keogh F, Connolly E, Cody S, Quinlan A, Daly I. Depression among postnatal women in an urban Irish community. Irish Journal of Psychological Medicine 2001;18:5–10.

[77.] Murray D, Cox JL, Chapman G, Jones P. Childbirth: life event or start of a long-term difficulty? Further data from the Stoke-on-Trent controlled study of postnatal depression. British Journal of Psychiatry 1995;166(5):595–600.

[78.] Erős E. Családtervezés – különös tekintettel a pszichiátriai betegségekre. Letöltve: 2025.02.20.

[79.] Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, et al.. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. American Journal of Psychiatry 2001;158(11):1856–63.

[80.] Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. British Journal of Psychiatry 1996;168(5):607–11.

[81.] Misri S, Sinclair DA, Kuan AJ. Breast-feeding and postpartum depression: is there a relationship? Canadian Journal de Psychiatrie 1997;42(10):1061–5.

[82.] Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1995;173(2):639–45.

[83.] Josefsson A, Angelsiöö L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C, et al.. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. Obstetrics and Gynecology 2002;99(2):223–8.

[84.] Rona RJ, Smeeton NC, Beech R, Barnett A, Sharland G. Anxiety and depression in mothers related to severe malformation of the heart of the child and foetus. Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992) 1998;87(2):201–5.

[85.] Verkerk GJ, Denollet J, Van Heck GL, Van Son MJ, Pop VJ. Personality factors as determinants of depression in postpartum women: a prospective 1-year follow-up study. Psychosomatic Medicine 2005;67(4):632–7.

[86.] Kozhimannil KB, Pereira MA, Harlow BL. Association between diabetes and perinatal depression among low-income mothers. JAMA 2009;301(8):842–7.

[87.] Gastaldon C, Solmi M, Correll CU, Barbui C, Schoretsanitis G. Risk factors of postpartum depression and depressive symptoms: umbrella review of current evidence from systematic reviews and meta-analyses of observational studies. The British Journal of Psychiatry 2022;221(4):591–602.

[88.] Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. The British Journal of Psychiatry 1996;169(1):30–5.

[89.] Saatcioglu O, Tomruk NB. The use of electroconvulsive therapy in pregnancy: a review. The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences 2011;48(1):6–11.

[90.] Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. Annual Review of Medicine 2019;70:183–96.

[91.] Oren DA, Wisner KL, Spinelli M, Epperson CN, Peindl KS, Terman JS, et al.. An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. American Journal of Psychiatry 2002;159(4):666–9.

[92.] Epperson CN, Terman M, Terman JS, Hanusa BH, Oren DA, Peindl KS, et al.. Randomized clinical trial of bright light therapy for antepartum depression: preliminary findings. Journal of Clinical Psychiatry 2004;65(3):421–5.

[93.] Crowley SK, Youngstedt SD. Efficacy of light therapy for perinatal depression: a review. Journal of Physiological Anthropology 2012;31(1):15.

[94.] Deligiannidis KM, Freeman MP. Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2014;28(1):85–95.

[95.] Wirz-Justice A, Bader A, Frisch U, Stieglitz RD, Alder J, Bitzer J, et al.. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of light therapy for antepartum depression. Journal of Clinical Psychiatry 2011;72(7):986–93.

[96.] Garbazza C, Cirignotta F, D'Agostino A, Cicolin A, Hackethal S, Wirz-Justice A, et al.. Sustained remission from perinatal depression after bright light therapy: A pilot randomised, placebo-controlled trial. Acta Psychiatrica Scandinavica 2022;146(4):350–6.

[97.] RISEUP-PPD. Evidence-based clinical practice guidelines for prevention, screening and treatment of peripartum depression. 2023. Letöltve: 2025.02.20.
[98.] VanderKruik R, Barreix M, Chou D, Allen T, Say L, Cohen LS; Maternal Morbidity Working Group. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. BMC Psychiatry 2017;17(1):272.
[99.] Trixler M, Tényi T. Antipsychotic use in pregnancy. What are the best treatment options? Drug Safety 1997;16(6):403–10.
[100.] Szádóczky E, Rihmer Z. Hangulatzavarok. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.; 2001. p. 97–103.
[101.] Oh HY, Singh F, Koyanagi A, Jameson N, Schiffman J, DeVylder J. Sleep disturbances are associated with psychotic experiences: Findings from the National Comorbidity Survey Replication. Schizophrenia Research 2016;171(1–3):74–8.
[102.] Spinelli MG. Postpartum psychosis: detection of risk and management. American Journal of Psychiatry 2009;166(4):405–8.
[103.] Perry A, Gordon-Smith K, Jones L, Jones I. Phenomenology, epidemiology and aetiology of postpartum psychosis: a review. Brain Sciences 2021;11(1):47.
[104.] Jairaj C, Seneviratne G, Bergink V, Sommer IE, Dazzan P. Postpartum psychosis: A proposed treatment algorithm. Journal of Psychopharmacology 2023;37(10):960–70.
[105.] Raza SK, Raza S. Postpartum Psychosis. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2023. Letöltve: 2025.02.20.
[106.] Brockington I. The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. Archives of Women's Mental Health 2006;9(5):233–42.
[107.] Simon M, Vörös V, Herold R, Fekete S, Tényi T. A posztpartum megjelenő terhességi téveszme integratív megközelítése [Post-partum delusion of pregnancy: an integrated view.] . Neuropsychopharmacologia Hungarica 2009;11(2):103–10.
[108.] Platz C, Kendell RE. A matched-control follow-up and family study of 'puerperal psychoses'. The British Journal of Psychiatry 1988;153:90–4.
[109.] Rohde A, Marneros A. Zur Prognose der Wochenbettpsychosen: Verlauf und Ausgang nach durchschnittlich 26 Jahren. Nervenarzt 1993;64:175–80.
[110.] Gilden J, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Hoogendijk WJG, Kushner SA, Bergink V. Long-Term Outcomes of Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Clinical Psychiatry 2020;81(2):19r12906.
[111.] Cohen LS, Wang B, Nonacs R, Viguera AC, Lemon EL, Freeman MP. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. The Psychiatric Clinics of North America 2010;33(2):273–93.
[112.] Trixler M, Gati A, Tenyi T. Risks associated with childbearing in schizophrenia. Acta Psychiatrica Belgica 1995;95(3):159–62.
[113.] Környey E, Fráter R. A puerperalis psychosisok prognózisa. Ideggyógyászati Szemle 1986;39:73–9.
[114.] Muzik M, McGinnis EW, Bocknek E, Morelen D, Rosenblum KL, Liberzon I, et al.. PTSD Symptoms across Pregnancy and Early Postpartum Among Women with Lifetime PTSD Diagnosis. Depression and Anxiety 2016;33(7):584–91.
[115.] Fisher J, Astbury J, Smith A. Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1997;31(5):728–38.
[116.] Handelzalts JE, Levy S, Molmen-Lichter M, Ayers S, Krissi H, Wiznitzer A, et al.. The association of attachment style, postpartum PTSD and depression with bonding – A longitudinal path analysis model, from childbirth to six months. Journal of Affective Disorders 2021;280(Pt A):17–25.
[117.] Meli G, Ottl B, Paladini A, Cataldi L. Prenatal and perinatal risk factors of schizophrenia. Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2012;25(12):2559–63.
[118.] Videbech P, Gouliaev G. First admission with puerperal psychosis: 7–14 years of follow-up. Acta Psychiatrica Scandinavica 1995;91(3):167–73.
[119.] Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. The British Journal of Psychiatry 1987;150:662–73.
[120.] Lattova Z, Kazakova O, Riecher-Rössler A. Management of mental disorders during pregnancy and the post-partum period: Education, Experience, and Expertise. doi:10.1093/med/9780198723646.003.0031.
[121.] Hazelgrove K, Biaggi A, Waites F, Fuste M, Osborne S, Conroy S, et al.. Risk factors for postpartum relapse in women at risk of postpartum psychosis: The role of psychosocial stress and the biological stress system. Psychoneuroendocrinology 2021;128:105218.

[122.] Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Mamisashvili L, Dennis CL, Vigod SN, et al.. Benzodiazepine use during pregnancy alone or in combination with an antidepressant and congenital malformations: systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Psychiatry 2019a;80(4):18r12412.

[123.] Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Mamisashvili L, Tomlinson G, Vigod SN, et al.. Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Psychiatry 2018;79(5):17r12011.

[124.] Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Mamisashvili L, Tomlinson G, Vigod SN, et al.. A systematic review and meta-analysis of the effects of antenatal anxiety on postpartum outcomes. Archives of Women's Mental Health 2019b;22(5):543–56.

[125.] Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox ML, White IR, Fawcett JM. The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a multivariate Bayesian meta-analysis. Journal of Clinical Psychiatry 2019;80(4):18r12527.

[126.] Nielsen-Scott M, Fellmeth G, Opondo C, Alderdice F. Prevalence of perinatal anxiety in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders 2022;306:71–9.

[127.] Challacombe FL, McKenzie-McHarg K. Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). In: Howard L, ed. The Continuous Textbook of Women's Medicine Series – Obstetrics Module, Volume 7, Maternal mental health in pregnancy. King's College, London, UK; 2021. p. –.

[128.] Harsányi A, Csigó K, Németh A. Obszesszív-kompulzív és kapcsolódó zavarok. In: Füredi J, Németh A, szerk. A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 2015. p. 287–95.

[129.] Challacombe FL, Wroe AL. A hidden problem: consequences of the misdiagnosis of perinatal obsessive-compulsive disorder. Br J Gen Pract 2013;63(610):275–6.

[130.] Fairbrother N, Woody SR. New mothers' thoughts of harm related to the newborn. Archives of Women's Mental Health 2008;11(3):221–9.

[131.] Miller ES, Chu C, Gollan J, Gossett DR. Obsessive-compulsive symptoms during the postpartum period. A prospective cohort. The Journal of Reproductive Medicine 2013;58(3–4):115–22.

[132.] Sharma V, Sommerdyk C. Obsessive-compulsive disorder in the postpartum period: diagnosis, differential diagnosis and management. Women's Health (London, England) 2015;11(4):543–52.

[133.] Hudepohl N, MacLean JV, Osborne LM. Perinatal Obsessive-Compulsive Disorder: Epidemiology, Phenomenology, Etiology, and Treatment. Current Psychiatry Reports 2022;24(4):229–37.

[134.] Prince M, Daley S, Ayers D. Substance Use in Pregnancy. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–.

[135.] Cook JL, Green CR, Lilley CM, Anderson SM, Baldwin ME, Chudley AE, et al.. Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. CMAJ: Canadian Medical Association Journal 2016;188(3):191–7.

[136.] Department of Health and Social Care. UK chief medical officers' guidelines on how to keep health risks from drinking alcohol to a low level. London: Department of Health; 2016. Letöltve: 2025.02.20.

[137.] Schempf A, Strobino D. Illicit drug use and adverse birth outcomes: is it drugs or context? Journal of Urban Health 2008;85(6):858–73.

[138.] Wickström R. Effects of nicotine during pregnancy: human and experimental evidence. Current Neuropharmacology 2007;5(3):213–22.

[139.] Oh S, Reingle Gonzalez JM, Salas-Wright CP, Vaughn MG, DiNitto DM. Prevalence and correlates of alcohol and tobacco use among pregnant women in the United States: evidence from the NSDUH 2005–2014. Preventive Medicine 2017;97:93–9.

[140.] Chassevent-Pajot A, Guillou-Landréat M, Grall-Bronnec M, Wainstein L, Philippe HJ, Lombrail P, et al. Étude de prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans une maternité universitaire [Epidemiological study on addictive behaviours during pregnancy in a universitary department.] . Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2011;40(3):237–45.

[141.] Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Global Health 2017;5(3):e290–e299.

[142.] Thibaut F, Chagraoui A, Buckley L. WFSBP and IAWMH Guidelines for the treatment of alcohol use disorders in pregnant women. World Journal of Biological Psychiatry 2022;20(1):17–50.

[143.] Forray A, Foster D. Substance use in the perinatal period. Current Psychiatry Reports 2015;17(11):91.

[144.] Kaló Zs. Bevezetés a szerhasználó nők világába. Budapest: L'Harmattan; 2020.

[145.] APA Official Actions. Position Statement on Assuring the Appropriate Care of Pregnant and Newly-Delivered Women with Substance Use Disorders. 2019. Letöltve: 2025.02.20.
[146.] Khoury L, Tang Y, Bradley B. Substance use, childhood traumatic experience, and posttraumatic stress disorder in an urban civilian population. Depression and Anxiety 2010;27(12):1077–86.
[147.] Gubucz-Pálfalvi S, Kurimay T, Danis I. Az ártalmas gyermekkori élmények és a felnőttkori alkoholfüggőség közötti összefüggések [Relation between adverse childhood experiences and problematic alcohol consumption in adulthood.] . Orvosi Hetilap 2023;164(41):1628–36.
[148.] Howard K, Martin A. Early mother-child separation, parenting, and child well-being in Early Head Start families. Attachment & Human Development 2011;Author manuscript; available in PMC 2012 Jan 1.
[149.] Easter A, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, et al.. Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? European Eating Disorders Review 2013;21(4):340–4.
[150.] Baskin R, Galligan R, Meyer D. Disordered eating from pregnancy to the postpartum period: the role of psychosocial and mental health factors. Appetite 2021;156:104862.
[151.] Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. American Journal of Clinical Nutrition 2019;109(5):1402–13.
[152.] van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Current Opinion in Psychiatry 2021;34(6):515–24.
[153.] Freizinger M, Franko DL, Dacey M, Okun B, Domar AD. The prevalence of eating disorders in infertile women. Fertility and Sterility 2010;93(1):72–8.
[154.] Easter A, Treasure J, Micali N. Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. BJOG 2011;118(12):1491–8.
[155.] Bulik CM, Hoffman ER, von Holle A, Torgersen L, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T. Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa. Obstetrics and Gynecology 2010;116(5):1136–40.
[156.] Taborelli E, Easter A, Keefe R, Schmidt U, Treasure J, Micali N. Transition to motherhood in women with eating disorders: a qualitative study. Psychology and Psychotherapy 2016;89(3):308–23.
[157.] Fogarty S, Elmir R, Hay P, Schmied V. The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study. BMC Pregnancy and Childbirth 2018;18(1):121.
[158.] Morgan JF, Lacey JH, Sedgwick PM. Impact of pregnancy on bulimia nervosa. British Journal of Psychiatry 1999;174:135–40.
[159.] Madsen IR, Hørder K, Støving RK. Remission of eating disorder during pregnancy: five cases and brief clinical review. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology 2009;30(2):122–6.
[160.] Larsson G, Andersson-Ellström A. Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. European Eating Disorders Review 2003;11:116–24.
[161.] Sebastiani G, Andreu-Fernández V, Herranz Barbero A, Aldecoa-Bilbao V, Miracle X, Meler Barrabes E, et al. Eating disorders during gestation: implications for mother's health, fetal outcomes, and epigenetic changes. Frontiers in Pediatrics 2020;8:587.
[162.] Patel P, Lee J, Wheatcroft R, Barnes J, Stein A. Concerns about body shape and weight in the postpartum period and their relation to women's self-identification. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2005;23(4):347–64.
[163.] Easter A, Solmi F, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, et al.. Antenatal and postnatal psychopathology among women with current and past eating disorders: longitudinal patterns. European Eating Disorders Review 2015;23(1):19–27.
[164.] Cass K, McGuire C, Bjork I, Sobotka N, Walsh K, Mehler PS. Medical complications of anorexia nervosa. Psychosomatics 2020;61(6):625–31.
[165.] Watson HJ, Zerwas S, Torgersen L, Gustavson K, Diemer EW, Knudsen GP, et al.. Maternal eating disorders and perinatal outcomes: a three-generation study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. Journal of Abnormal Psychology 2017;126(5):552–64.
[166.] Tényi T, Fekete S. Személyiségzavarok. In: A pszichiátria magyar kézikönyve. p. 432–42; 2015.
[167.] Ford JD, Courtois CA. Complex PTSD and borderline personality disorder. Borderline Personal Disord Emot Dysregul 2021;8(1):16.
[168.] Doering S. Borderline personality disorder in patients with medical illness: a review of assessment, prevalence, and treatment options. Psychosomatic Medicine 2019;81(7):584–94.

[169.] Pare-Miron V, Czuzoj-Shulman N, Oddy L, et al. Effect of borderline personality disorder on obstetrical and neonatal outcomes. Women's Health Issues 2016;26(2):190–5.
[170.] Blankley G, Galbally M, Snellen M, et al. Borderline personality disorder in the perinatal period: early infant and maternal outcomes. Australas Psychiatry 2015;23(6):688–92.
[171.] May A, Balzan R, Williams AS, Wade TD, Paranjothy SM. Interventions for perinatal borderline personality disorder and complex trauma: a systematic review. Archives of Women's Mental Health 2023;26(3):295–309.
[172.] Sit D, Luther J, Buysse D, Dills JL, Eng H, Okun M, et al.. Suicidal ideation in depressed postpartum women: associations with childhood trauma, sleep disturbance and anxiety. Journal of Psychiatric Research 2015;66–67:95–104.
[173.] Trost S, Beauregard J, Chandra T. Pregnancy related deaths data from Maternal Mortality Review. Letöltve: 2025.02.20.
[174.] Oates M. Suicide: the leading cause of maternal death. British Journal of Psychiatry 2003;183:279–81.
[175.] Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in Perinatal Period. 2014. Letöltve: 2023.11.16.
[176.] Schiff MA, Grossman DC. Adverse perinatal outcomes and risk for postpartum suicide attempt in Washington state, 1987–2001. Pediatrics 2006;118(3):e669–75.
[177.] Pinheiro RT, da Silva RA, Magalhães PV, Horta BL, Pinheiro KA. Two studies on suicidality in the postpartum. Acta Psychiatrica Scandinavica 2008;118(2):160–3.
[178.] Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. Archives of Women's Mental Health 2005;8(2):77–87.
[179.] Rihmer Z, Németh A, Kurimay T. A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, ellátása és megelőzése. Psychiatria Hungarica 2017;32:4–44.
[180.] Blazsek P, Wernigg R. Öngyilkos és agresszív viselkedés operacionalizált kockázatbecslése. Orvosi Továbbképző Szemle (OTSZ) 2017;XXIV(1):14–22.
[181.] Hrouda D, Hatters S, Holden C. Child murder committed by severely mentally ill mothers: an examination of mothers found not guilty by reason of insanity. Psychiatria 2005;6:1466–71.
[182.] Fernández-Ordoñez E, González-Cano-Caballero M, Guerra-Marmolejo C, Fernández-Fernández E, García-Gámez M. Perinatal grief and post-traumatic stress disorder in pregnancy after perinatal loss: a longitudinal study protocol. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021;18(6):2874.
[183.] Fernández-Sola C, Camacho-Ávila M, Hernández-Padilla JM, Fernández-Medina IM, Jiménez-López FR, Hernández-Sánchez E, et al. Impact of perinatal death on the social and family context of the parents. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020;17(10):3421.
[184.] Németh T, Hortobágyi Á. Gyász és veszteség a perinatális időszakban és a kora gyermekkor idején. In: Danis I, Németh T, Prónay B, Góczán-Szabó I, Hédervári-Heller É (szerk.) A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéselméletek és empirikus eredmények. Budapest: Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet; 2020. p. 394–417.
[185.] Török Zs. A perinatalis veszteségélmény pszichológiája. In: Pápay N, Rigó A (szerk.) Reproduktív egészségpszichológia. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó; 2015. p. 87–107.
[186.] Thornton R, Nicholson P, Harms L. Scoping review of memory making in bereavement care for parents after the death of a newborn. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing (JOGNN) 2019;48(3):351–60.
[187.] Flenady V, Boyle F, Koopmans L, Wilson T, Stones W, Cacciatore J. Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2014;121 Suppl 4:137–40.
[188.] Hendson L, Davies D. Supporting and communicating with families experiencing a perinatal loss. Paediatrics & Child Health 2018;23(8):549–50.
[189.] Davoudian T, Gibbins K, Cirino NH. Perinatal loss: the impact on maternal mental health. Obstetrical & Gynecological Survey 2021;76(4):223.
[190.] Zouari A, Hammami F, Ellouze S, Turki M, Jenhani R, Chibani M, et al.. Impact of male infertility on self-esteem. European Psychiatry 2021;64 Suppl 1:S547.
[191.] Richards J, Graham R, Embleton ND, Campbell C, Rankin J. Mothers' perspectives on the perinatal loss of a co-twin: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth 2015;15:143.
[192.] Beyondblue. Clinical practice guidelines for depression and related disorders—anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis—in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne: Beyondblue: The National Depression Initiative; 2011. Letöltve: 2023.11.16.

[193.] Silverstein M, Diaz-Linhart Y, Cabral H, Beardslee W, Hegel M, Haile W, et al.. Efficacy of a maternal depression prevention strategy in Head Start: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 2017;74(8):781–9.
[194.] van den Heuvel JF, Groenhof TK, Veerbeek JH, van Solinge WW, Lely AT, Franx A, et al.. eHealth as the next-generation perinatal care: an overview of the literature. Journal of Medical Internet Research 2018;20(6):e202.
[195.] Rodger D, Skuse A, Wilmore M, Humphreys S, Dalton J, Flabouris M, et al.. Pregnant women's use of information and communications technologies to access pregnancy-related health information in South Australia. Australian Journal of Primary Health 2013;19(4):308.
[196.] Sayakhot P, Carolan-Olah M. Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth 2016;16(1).
[197.] Narasimhulu DM, Karakash S, Weedon J, Minkoff H. Patterns of internet use by pregnant women, and reliability of pregnancy-related searches. Maternal and Child Health Journal 2016;20(12):2502–9.
[198.] Gao L, Larsson M, Luo S. Internet use by Chinese women seeking pregnancy-related information. Midwifery 2013;29(7):730–5.
[199.] Knight-Agarwal C, Davis DL, Williams L, Davey R, Cox R, Clarke A. Development and pilot testing of the Eating4two mobile phone app to monitor gestational weight gain. JMIR mHealth and uHealth 2015;3(2):e44.
[200.] Lau Y, Htun TP, Tam WSW, Klainin-Yobas P. Efficacy of e-technologies in improving breastfeeding outcomes among perinatal women: a meta-analysis. Maternal & Child Nutrition 2015;12(3):381–401.
[201.] Hod M, Kerner R. Telemedicine for antenatal surveillance of high-risk pregnancies with ambulatory and home fetal heart-rate monitoring – an update. Journal of Perinatal Medicine 2003;31(3).
[202.] Nițulescu A, Crişan-Vida M, Stoicu-Tivadar L, Bernad E. Integrated wireless sensor network for monitoring pregnant women. Studies in Health Technology and Informatics 2015;210:354–8.
[203.] Vermeulen-Giovagnoli B, Peters C, van der Hout-van der Jagt MB, Mischi M, van Pul C, Cottaar EJE, et al.. The development of an obstetric tele-monitoring system. 37th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC) 2015.
[204.] Torous J, Staples P, Shanahan M, Lin C, Peck P, Keshavan M, et al.. Utilizing a personal smartphone custom app to assess the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) depressive symptoms in patients with major depressive disorder. JMIR Mental Health 2015;2(1):e8.
[205.] La'an S, D'Mello R, Vaidyam A, Bilden R, Torous J. Assessing mental health apps marketplaces with objective metrics from 29,190 datapoints from 278 apps. Acta Psychiatrica Scandinavica 2021;Advance online publication. doi:10.1111/acps.13306.
[206.] Selmi PM, Klein MH, Greist JH, Sorrell SP, Erdman HP. Computer-administered cognitive-behavioral therapy for depression. The American Journal of Psychiatry 1990;147(1):51–6.
[207.] Andrews G, Basu A, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, English CL, et al.. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical healthcare: an updated meta-analysis. Journal of Anxiety Disorders 2018;55:70–8.
[208.] Ebert DD, Van Daele T, Nordgreen T, Karekla M, Compare A, Zarbo C, et al.. Internet- and mobile-based psychological interventions: applications, efficacy, and potential for improving mental health: a report of the EFPA E-Health Taskforce. European Psychologist 2018;23(2):167–87.
[209.] Richards D, Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review 2012;32(4):329–42.
[210.] Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. The Lancet 2007;370(9590):878–89.
[211.] Andersson G. Internet-delivered psychological treatments. Annual Review of Clinical Psychology 2016;12(1):157–79.
[212.] Titov N, Dear BF, Staples LG, Bennett-Levy J, Klein B, Rapee RM, et al.. Mind Spot Clinic: an accessible, efficient, and effective online treatment service for anxiety and depression. Psychiatric Services (Washington, D.C.) 2015;66(10):1043–50.
[213.] Hedman E, Ljótsson B, Kaldo V, Hesser H, El Alaoui S, Kraepelien M, et al.. Effectiveness of internet-based cognitive therapy for depression in routine psychiatric care. Journal of Affective Disorders 2014;155:49–58.
[214.] Moshe I, Terhorst Y, Cuijpers P, Cristea I, Pulkki-Råback L, Sander L. Three decades of internet- and computer-based interventions for the treatment of depression: protocol for a systematic review and meta-analysis. JMIR Research Protocols 2020;9(3):e14860.

[215.] Kurimay T, Fenyves T, Szederkényi J, Pelikán A. A perinatális időszak telemedicinája. In: Radics J, Vizi J, Kurimay T (szerk.) Bevezetés a telepszichiátria gyakorlatába. Budapest: Akadémiai Kiadó; 2022. Letöltve: 2025.02.20.
[216.] Stern D. The Motherhood Constellation. New York: Basic Books; 1995.
[217.] Hédervári-Heller É. Szülő-csecsemő konzultáció és – terápia – A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban. Budapest: Animula Kiadó; 2020.
[218.] Danis I. A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának helye a koragyermekkori intervencióban. Gyógypedagógiai Szemle 2015;2015/2:100–16.
[219.] Hédervári-Heller É, Németh T. Alkalmazkodj a v–lághoz! – Az újszülött és a csecsemő alkalmazkodása. Biztos Kezdet Kötetek 2. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet; 2011. p. 68–100.
[220.] Glangeaud-Freudenthal NM, Howard LM, Sutter-Dallay AL. Treatment-mother-infant inpatient units. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2014;28(1):147–57. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.015. Epub 2013 Sep 3.
[221.] Poinso F, Gay N, Glangeaud-Freudenthal M. Care in a mother-baby psychiatric unit: analysis of separation at discharge. Archives of Women's Mental Health 2002;5(2):49–58.
[222.] Christl B, Reilly N, Yin C, Austin MP. Clinical profile and outcomes of women admitted to a psychiatric mother-baby unit. Arch Womens Ment Health 2015;18(6):805–16.
[223.] Meltzer-Brody S, Jones I. Optimizing the treatment of mood disorders in the perinatal period. Dialogues in Clinical Neuroscience 2015;17(2):207–18.
[224.] Kimmel MC, Lara-Cinisomo S, Melvin K, Di Florio A, Brandon A, Meltzer-Brody S. Treatment of severe perinatal mood disorders on a specialized perinatal psychiatry inpatient unit. Archives of Women's Mental Health 2016;19(4):645–53.
[225.] Stewart DE. Psychiatric admission of mentally ill mothers with their infants. Canadian Journal of Psychiatry 1989;34(1):34–8.
[226.] Hartmann W. Über die genleillsanmel lospitalisierung von pwclusclikranken Müttern mit ihren Kindern. Psychiatr 1981;8:136–41.
[227.] Lindsay JSB, Pollard DF. Mothers and children in hospital. Aust N Z J Psychiatry 1978;12:245–53.
[228.] Gillham R, Wittkowski A. Outcomes for women admitted to a mother and baby unit: a systematic review. International Journal of Women's Health 2015;7:459–76.
[229.] Galbally M, Sved-Williams A, Kristianopulos D, Mercuri K, Brown P, Buist A. Comparison of public mother-baby psychiatric units in Australia: similarities, strengths and recommendations. Australasian Psychiatry 2019;27(2):112–16.
[230.] Wright T, Jowsey T, Stanton J, Elder H, Stevens S, Wouldes TA. Patient experience of a psychiatric mother-baby unit. PLoS One 2018;13(5):e0198241.
[231.] Plasmans K, Glazemakers I, Dom G. Perinatale geestelijke gezondheidszorg voor moeders met schizofrenie in Vlaanderen; wat kan er nog beter? [Perinatal mental health care for mothers with schizophrenia in Flanders; where are we still short?.] . Tijdschrift voor Psychiatrie 2019;61(9):626–34.
[232.] Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. Br J Psychiatry 1977;130:201–10.
[233.] Bernard K, Hostinar CE, Dozier M. Longitudinal associations between attachment quality in infancy, C-reactive protein in early childhood, and BMI in middle childhood: preliminary evidence from a CPS-referred sample. Attachment & Human Development 2019;21(1):5–22.
[234.] Walsh E, Blake Y, Donati A, Stoop R, von Gunten A. Early secure attachment as a protective factor against later cognitive decline and dementia. Front Aging Neurosci 2019;11:161.
[235.] Bereczkei T. Evolúciós pszichológia. Budapest: Osiris; 2008.
[236.] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987;150:782–6.
[237.] Cox JL, Holden JM, Henshaw C. Perinatal Mental Health (2nd edn): The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual. London: Gaskell; 2014.
[238.] Veroszta Zs (szerk.). Kutatási koncepció Kohorsz '18 – Magyar Születési Kohorszvizsgálat. Kutatási jelentések 100. Budapest: KSH NKI; 2018.
[239.] Szabó L, Boros J, Fábián I, Gresits G, Hortobágyi Á, Kapitány B, et al.. Kohorsz'18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat – Várandós kutatási szakasz. Kutatási Jelentések 102. Budapest: KSH Népességtudományi Kutatóintézet; 2020.

[240.] Danis I (szerk.). 21. századi babaszoba. Egyéni, családi és tágabb környezeti tényezők a kora gyermekkori lelki egészség hátterében – feltáró kutatás. Elméleti háttér, módszertan, társadalmi indokoltság. Budapest: Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet; 2021.
[241.] Danis I, Bóné V, Hegedüs R, Pilinszki A, Szabó T, Dávid B. Infancy in 21st century Hungary – a project introduction. Policy, Theoretical and Methodological Framework and Objectives of the First National Representative Parent Survey on Infant and Early Childhood Mental Health. European Journal of Mental Health 2020;15(2):111–44.
[242.] Balázs J. A M.I.N.I. és a M.I.N.I. PLUSZ kérdőív magyar nyelvű változatának kidolgozása és alkalmazása a gyakorlatban – öngyilkossági kísérletet elkövetett személyek vizsgálata. Doktori értekezés. Budapest: Semmelweis Egyetem; 2002.
[243.] Scheuring N, Danis I, Németh T, Papp E, Czinner A. Az Egészséges Utódokért project 2010–2011. A koragyermekkori regulációs zavarok vizsgálata céljából indított első hazai szűrőprogram kutatás-módszertani háttere. Gyermekgyógyászat 2012;63(6):320–5.
[244.] Gervai J, Lakatos K, Ney K, Tóth I. Interjú a terhesség 30–34. hetében. Kérdőív a szülést követő 2–4. hétben. Budapesti Családvizsgálat. Budapest: MTA Pszichológiai Intézet; 1996. Kézirat.
[245.] Danis I. Kérdőív a várandósságról, a szülésről és a korai gondozásról. Szakdolgozati kutatómunka eszköze. Budapest; 1998. Kézirat.
[246.] Scheuring N, Danis I, Gervai J. Egészséges Utódokért kérdőívcsomagok. Budapest: Heim Pál Gyermekkórház; 2010. Kézirat.
[247.] Tóth I, Danis I. Életesemények és társas támogatás kérdőív. Budapest: MTA Pszichológiai Intézet; 2008. Kézirat.
[248.] Gödri I. A házassági kapcsolatok minősége és stabilitása. Elméleti támpontok és mérési lehetőségek. Budapest: KSH NKI; 2001.
[249.] Pongrácz T, Murinkó L. Háztartási munkamegosztás. Azonosságok és különbségek Európában. In: Nagy I, Pongrácz T (szerk.) Szerepváltozások 2009. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről. Budapest: TÁRKI; 2009. p. 95–116.
[250.] Pilinszki A. A háztartási munkamegosztás, a kapcsolattal való elégedettség és a párkapcsolati instabilitás összefüggései. Erdélyi Társadalom 2014;12(1):31–43.
[251.] Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. Journal of Personality and Social Psychology 2000;78:350–65.
[252.] Gervai J, Tóth I, Török Sz, Koren R, Danis I. Az Experiences in Close Relationships – Revised version (ECR-R) magyar változata. Nem publikált kézirat. Budapest: Természettudományi Kutatóintézet; 2018.
[253.] Gervai J, Tóth I, Török Sz, Koren R, Danis I. Az Experiences in Close Relationships – Revised version (ECR-R) rövidített magyar verziója. Nem publikált kézirat. Budapest: Természettudományi Kutatóintézet; 2019.
[254.] Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. Journal of Personality and Social Psychology 1991;61(2):226–44.
[255.] Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach (revised edition). Sarasota, FL: Professional Resource Press; 1999.
[256.] Bodenmann G. Dyadisches Coping Inventar. Test Manual (Dyadic Coping Inventory. Test Manual). Bern: Huber Testverlag; 2008.
[257.] Martos T, Sallay V, Nistor M, Józsa P. Párkapcsolati megküzdés és jóllét – A Páros Megküzdés magyar változata. Psychiatria Hungarica 2012;27:446–58.
[258.] Martos T, Sallay V. A Páros Megküzdés Kérdőív módosított, rövidített magyar változata. Nem publikált kézirat; 2019.
[259.] Sipos K, Sipos M, Spielberger CD. A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata. In: Mérei F, Szakács F (szerk.) Pszichodiagnosztikai vademecum I/2. Budapest: Tankönyvkiadó; 1978. p. 123–36.
[260.] Töreki A, Andó B, Keresztúri A, Sikovanyecz J, Dudas RB, Janka Z, et al.. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and antepartum validation for a Hungarian sample. Midwifery 2013;29(4):308–15.
[261.] Appels A, Höppener P, Mulder P. A questionnaire to assess premonitory symptoms of myocardial infarction. Int J Cardiol 1988;17(1):15–24.
[262.] Kopp MS, Falger PRJ, Appels AD, Szedmak S. Depressive symptomatology and vital exhaustion are differentially related to behavioral risk factors for coronary artery disease. Psychosom Med 1998;60(6):752–8.
[263.] Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. J Marital Fam Ther 1983;9(2):171–80.
[264.] Gervai J, Danis I, Lakatos K. Családi élet. Nem publikált kézirat. Budapest: MTA Pszichológia Intézet; 2002.

[265.] Danis I, Lakatos K, Ney K, Tóth I, Gervai J. A szülői- és a tágabb családi környezet kérdőíves vizsgálatának lehetőségei. Alkalmazott Pszichológia 2005a;7:59–74.
[266.] Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. Br J Med Psychol 1979;52(1):1–10.
[267.] Tóth I, Gervai J. Szüli Bánásmód Kérdív (H-PBI). A Parental Bonding Instrument (PBI) magyar változata. Magyar Pszichológiai Szemle 1999;LIV(4):551–66.
[268.] Ungváry RW, Ittzés A, Bóné V, Török Sz. Az Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) rövidített magyar változata. Nem publikált kézirat. Budapest: Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet; 2019.
[269.] Altorjai P, Fogarasi A, Kereki J. Gyermek-alapellátási útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal; 2014.
[270.] Haltigan JD, Leerkes EM, Burney RV, O'Brien M, Supple AJ, Calkins SD. The Infant Crying Questionnaire: initial factor structure and validation. Infant Behav Dev 2012;35(4):876–83.
[271.] Danis I, Gervai J, Schneider KV. Az Infant Crying Questionnaire (ICQ) magyar rövidített változata. Nem publikált kézirat. Budapest: Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet; 2019a.
[272.] Morrell JMB. The Infant Sleep Questionnaire: a new tool to assess infant sleep problems for clinical and research purposes. Child Psychol Psychiatry Rev 1999;4(1):20–6.
[273.] Sadeh A. A brief screening questionnaire for infant sleep problems: validation and findings for an internet sample. Pediatrics 2004;113(6):e570–7.
[274.] Tóth I, Gervai J. Az Infant Sleep Questionnaire és a Brief Infant Sleep Questionnaire magyar változatai. Nem publikált kézirat. Budapest: MTA Pszichológia Intézet; 2010.
[275.] Tóth I, Danis I, Gervai J. Az Infant Sleep Questionnaire és a Brief Infant Sleep Questionnaire magyar változatai. Nem publikált kézirat. Budapest: Természettudományi Kutatóintézet; 2019.
[276.] Ramsay M, Martel C, Porporino M, Zygmuntowicz C. The Montreal Children's Hospital Feeding Scale: a brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. Paediatr Child Health 2011;16(3):147–51.
[277.] Danis I, Pilinszki A, Gervai J. A Daily Coparenting Scale (D-Cop) magyar változata. Nem publikált kézirat. Budapest: Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet; 2019.
[278.] Wolke D, St James-Roberts I. Multi-method measurement of the early parent-infant system with easy and difficult newborns. In: Rauh H, Steinhausen H-Ch (eds.) Psychobiology and early development. Amsterdam: Elsevier; 1987. p. 49–70.
[279.] Lakatos K, Tóth I, Gervai J. A Mother and Baby Scale (MABS) magyar változata. Nem publikált kézirat. Budapest: MTA Pszichológia Intézet; 1996.
[280.] Gartstein MA, Rothbart MK. Studying infant temperament via the Revised Infant Behavior Questionnaire. Infant Behav Dev 2003;26:64–86.
[281.] Lakatos K, Tóth I, Gervai J. Csecsemő viselkedés kérdőív (0–18 hónapos) (IBQ-R). Rövidített változat. Nem publikált kézirat. Budapest; 2010a.
[282.] Lakatos K, Tóth I, Gervai J. Csecsemő viselkedés kérdőív (18–36 hónapos) (ECBQ). Rövidített változat. Nem publikált kézirat. Budapest; 2010b.
[283.] Oates JM, Gervai J. Baby and Mother Bonding Instrument. Nem publikált kézirat; 2004a.
[284.] Danis I, Oates JM, Gervai J. A szülő-gyermek kapcsolat kérdőíves felmérésének lehetőségei. Alkalmazott Pszichológia 2005b;7:27–37.
[285.] Oates JM, Gervai J. Mothers' Object Relation Scales: assessing mothers' models of their infants. Nem publikált kézirat; 2004b.
[286.] Kiplinger VL, Browne CH. Parents' Assessment of Protective Factors. User's Guide and Technical Report. Center for the Study of Social Policy; 2014.
[287.] Csapóné Ferenczi Sz, Csákvári J, Kostyál LÁ, Kun G. Zárókiadvány. A korai életszakaszban feltárt fejlődésbeli rendellenességek, lemaradások kezeléséhez szükséges hozzáférés javítása TÁMOP-5.2.6-13/1-2014-0001 kiemelt projekt. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet; 2015.
[288.] McDaniel BT, Teti DM, Feinberg ME. Assessing coparenting relationships in daily life: the daily coparenting scale (D-Cop). Journal of Child and Family Studies 2017;26(9):2396–411.
[289.] Verhoeven M, Deković M, Bodden D, van Baar AL. Development and initial validation of the comprehensive early childhood parenting questionnaire (CECPAQ) for parents of 1–4 year-olds. European Journal of Developmental Psychology 2017;14(2):233–47.
[290.] Danis I, Gervai J, Schneider KV. A Comprehensive Early Childhood Parenting Questionnaire (CECPAQ) magyar változata. Nem publikált kézirat. Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet; 2019b.

[291.] Gleason MM, Zeanah CH, Dickstein S. Recognizing young children in need of mental health assessment: development and preliminary validity of the early childhood screening assessment. Infant Mental Health Journal 2010;31(3):335–57.
[292.] Danis I, Gervai J, Schneider KV. Az Early Childhood Screening Assessment (ECSA) magyar változata. Nem publikált kézirat. Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet; 2019c.
[293.] Emberi Erőforrások Minisztériuma. Egészségügyi szakmai irányelve a dohányzásról való leszokás támogatásáról. 2024. Letöltve: 2025.02.20.
[294.] Gyermek-alapellátási útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez, 2. kiadás, V. sz. melléklet. 2015.
[295.] Gyermek-alapellátási útmutató VI. sz. melléklete. 2015.
[296.] 25/2019. (XI. 15.) EMMI rendelet a Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottságról. 2019.
[297.] Li N., Bai J., Wang L., Chen M., Zhu H., Dong J. et al. Factors influencing the anxiety and depression status in patients undergoing in vitro fertilization-embryo transfer assisted pregnancy. Sci Rep. 2025;15(1):16303.
[298.] Mizunuma N., Yamada K., Kimura T., Ueda Y., Takeda T., Tabuchi T. et al. Mental health risks in pregnancy and early parenthood among male and female parents following unintended pregnancy or fertility treatment: a cross-sectional observational study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2024;24(1):860.

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Pszichiátria Tagozat kezdeményezte a jelen egészségügyi szakmai irányelv fejlesztését. A Tagozat elnöke meghatározta az egészségügyi szakmai irányelv fejlesztésben résztvevőket. A fejlesztőcsoport tagjai meghatározták a feladatokat, a prioritásokat, a konzultációs időpontokat és a fejlesztés pontos menetét. Ennek megfelelően a tagok egyéni munka során, de egymással rendszeresen konzultálva alkották meg a magyar viszonyokra adaptált, nemzetközi irányelveken alapuló a témakörben a hazai egészségügyi szakmai irányelvet.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Külön szisztematikus irodalomfeldolgozás a témakörrel kapcsolatban nem készült, ez a nemzetközileg széles körben elfogadott, az egészségügyi szakmai irányelvben idézett perinatális, mentális ellátással kapcsolatos irányelvek idézésével került kiváltásra. Az egészségügyi szakmai irányelv az elérhető angol nyelvű és magyar szakirodalom feldolgozásával készült, értelemszerűen nem tartalmazza az egyéb nyelveken történt publikációkat. Az egészségügyi szakmai irányelv kapcsolódik számos más hazai szakmai irányelvhez is.

Az egészségügyi szakmai irányelv elkészítése hosszú folyamat volt, a munka során a releváns szakirodalom folyamatosan frissítésre került. A szakirodalom lezárásának ideje: 2025. 02. 20.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix"), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

A 2017-es egészségügyi szakmai irányelv kialakításánál a NICE irányelvben használt bizonyítékok szintjét vette figyelembe a fejlesztőcsoport, amelyet a jelen frissített és új egészségügyi szakmai irányelvben is alkalmazásra került. Mint ismeretes, a perinatális kutatásban az úgynevezett randomizált kontrollált vizsgálatokat (RCT) elsősorban a várandóssághoz kapcsolódó kutatásetikai okai miatt nem tudjuk alkalmazni. Az e területen megjelenő új szakmai irányelvek, publikációk ugyanezzel a problémával néznek szembe, éppen ezért különböző megközelítés módokat alkalmaznak a klinikai munka és a biztonságos betegellátás minőségi indikátoraiként.

Az ausztrál COPE irányelvben a javaslatok 4 típusát írták le: [1] Az egyik az evidencián alapuló ajánlás (EA), amely az evidenciák szisztematikus áttekintésén alapul, és amely lehet erős ajánlás (EA/E), biztonsággal lehet alkalmazni a kívánt hatás elérése céljából, és ez a hatás felülírja a nemkívánatos hatást. Erős lehet az állítás akkor is, amikor egy nemkívánatos hatás biztosan felülírja a kívánatos hatást. (2) A következő fokozat a COPE-ban az ugyancsak evidencián alapuló úgynevezett feltételes ajánlás (EA/F), amikor nagyobb valószínűséggel várható a kívánt hatás, mint a nem kívánt hatás. (3) A harmadik kategória az úgynevezett konszenzuson alapuló ajánlás (KA), amely ajánlást a minőségi evidencia hiányában, nem elégséges bizonyítékok mellett alkalmazható. Végül (4) a negyedik szempont az úgynevezett praxis pont (szakértői vélemény: SzV), amelyben az ajánlás tárgya nem szisztematikus

evidenciák áttekintésén, hanem szakértői véleményen alapszik, és egy konszenzussal létrejövő folyamat végén kerül kialakításra.

Az amerikai ACOG (American College of Obstetrician and Gynecologist) ajánlásban az ajánlásoknál erős-közepes és gyenge ajánlás, valamint a jó gyakorlati szempont osztályozás szerepel. Az ajánlás mellé kiegészítésképpen jelzik az úgynevezett evidenciaszintet, amely lehet magas, közepes és alacsony evidenciaszint is.

Végül példaként hozzuk a British Association of Psychopharmacology 2017-ben elkészült úgynevezett konszenzus publikációját, amely a perinatális mentális zavarok terápiájával, benne kiemelten a farmakoterápiával foglalkozik. Ebben az anyagban a jó gyakorlat standardjait, a konszenzusos ajánlást a szakértőkből álló csoport fogalmazta meg, ahol például a farmakológiai ágensek rizikójának a nagyságát osztályozták a rendelkezésre álló kutatási adatok, szakirodalom kutatás segítségével.

A perinatális mentális zavarok ellátásában elsődleges pszichoszociális intervencióknál a NICE osztályozását követtük, míg a gyógyszeres-terápiás részben a COPE ajánlások szerint osztályoztuk az ajánlások evidenciaszintjét.

4. Ajánlások kialakításának módszere

Jelen fejlesztés során lejárt érvényességi idejű szakmai irányelv ajánlásait az irányelv fejlesztők többszörösen áttekintették, összehasonlították a NICE 2020-as verziójával, valamint az ACOG és a COPE irányelvekben szereplő evidenciákkal, illetve magyar és nemzetközi (angol nyelven elérhető), 2017 után megjelent publikációkkal. Az áttekintés során az irányelvfejlesztő csoport a releváns nemzetközi szervezetek irányelveinek ajánlásait, a jó gyakorlatokat alapvetően iránymutatónak tartotta a hazai ellátási gyakorlatra. Az adaptálásra felhasznált szakmai dokumentumok ajánlásait, a nemzetközi jó gyakorlatot a fejlesztőcsoport tagjai megvitatták, beleértve a bizonyítékok szintjét és az ajánlások rangsorolását. A megvitatás után, jelen egészségügyi szakmai irányelv ajánlásainak kialakításánál az ajánlásokat egyesével értékelve, konszenzussal, számottevő véleménykülönbség nélkül, informális szavazással fogadta el a fejlesztőcsoport.

Amennyiben új evidencia nem jelent meg egy adott ajánlással kapcsolatosan, akkor azt változtatás nélkül fogadta el. Amennyiben új publikációk, kutatási eredmények az adott ajánlás módosítását igényelték, vagy új ajánlás(ok) megfogalmazását tette szükségessé, akkor ezt a fejlesztőcsoport végrehajtotta.

Új elemként kerültek az egészségügyi szakmai irányelvbe például a telemedicina alkalmazásával kapcsolatos, szakértői konszenzussal kialakított ajánlások.

Az irányelvfejlesztés során a fejlesztőcsoport tekintetbe vette, hogy az egészségügyi szakmai irányelv teljes mértékben kompatibilis legyen a Betegségek Nemzetközi Osztályozása 11-es (BNO-11) verziójával is. Az irányelvben megtalálhatók a BNO-11-ben szereplő új diagnosztikus kategóriák és a még hatályos BNO-10 diagnosztikus csoportok is. A BNO-11 hivatalos magyar fordítása még nem állt rendelkezésre az egészségügyi szakmai irányelv fejlesztésének befejeztekor.

A fejlesztőcsoport változatlanul fontosnak tartja, az előző, 2017-es egészségügyi szakmai irányelvben már ismertetett, a terület kutatására vonatkozó irányelveit, módszerét tartalmazó, jó gyakorlatot tükröző ajánlásokat.

5. Véleményezés módszere

Az egészségügyi szakmai irányelv megküldésre került az egészségügyi ellátási folyamatban érintett Egészségügyi Szakmai Kollégium Tagozatoknak véleményezésre. A Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság, Házi Gyermekorvosok Országos Egyesülete, Magyar Védőnők Egyesülete a Magyar Pszichiátriai Társaság tanácskozási joggal vett részt az egészségügyi szakmai irányelv fejlesztésben.

A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az egészségügyi szakmai irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került az egészségügyi szakmai irányelv, amennyiben az irányelvfejlesztők egyetértettek azok tartalmával. Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltak megfelelnek a véleményezőkkel kialakított konszenzusnak.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Nem került bevonásra.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készültek.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1. Edinburgh posztnatális depresszió skála (EPDS) kérdőív [236, 237] Gyermek-alapellátási útmutató 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez. 2. javított kiadás, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest, 2015

A kérdőívet abban az esetben kell felvenni, ha a(z)

– várandós a rizikókérdőív 20. kérdésére (Szokta-e a várandós), hogy lehangolt (nem tud örülni semminek, elvesztette az érdeklődését, reggel nincs ereje felkelni, gyakran van sírhatnékja) a válasz „néha", „gyakran" vagy „szinte mindig,
– újszülött rizikókérdőív 7. kérdésére (Szokta-e úgy érezni (anya/nevelőanya), hogy lehangolt (nem tud örülni semminek, elvesztette az érdeklődését, reggel nincs ereje felkelni, gyakran van sírhatnékja, a válasz), néha", „gyakran" vagy „szinte mindig,
– várandósság bármely időszakaszában, amikor a várandós anyával való beszélgetés során szorongás, félelem tapasztalható, vagy az anya erre panaszkodik, illetve terhelő anamnézis (korábbi várandósság alatt hangulatzavar) esetén
– szülést követően bármikor, amikor a gyermekágyas anyával való beszélgetés során szorongás, félelem, depresszió, súlyos hangulati zavar tapasztalható, vagy az anya erre panaszkodik, vagy a várandósság alatt az EPDS kérdőívek pontszámai magas tartományba estek, illetve terhelő anamnézis (korábbi posztnatális hangulatzavar) esetén.)

EPDS KÉRDŐÍV

Kérdőívünk segítségével azt szeretnénk megtudni, hogy érzi magát, milyen hangulatban telnek napjai. Kérjük, JELÖLJE MEG azt a választ, amelyről azt gondolja, hogy legjobban kifejezi, hogyan érezte magát **az elmúlt héten.** Kérjük MINDEN kérdésre válaszoljon.

1. Tudtam nevetni, és láttam a dolgok humoros oldalát.
(0) Ahogyan mindig.
(1) Talán nem annyira, mint máskor.
(2) Sokkal kevésbé, mint szoktam.
(3) Egyáltalán nem.

2. Örömmel készültem mindenféle dologra.
(0) Ahogyan mindig szoktam.
(1) Egy kicsit kevésbé, mint szoktam.
(2) Sokkal kevésbé, mint szoktam.
(3) Szinte egyáltalán nem.

3. Minden kudarc miatt magamat okoltam.
(3) Igen, folyton.
(2) Igen, elég sokszor.
(1) Nem túl gyakran
(0) Nem, soha.

4. Minden ok nélkül szorongtam vagy aggódtam.
(0) Egyáltalán nem.
(1) Nagyon ritkán.
(2) Igen, előfordul.
(3) Igen, gyakran előfordul.

5. Ok nélkül féltem vagy pánikba estem.
(3) Igen, elég sokszor.
(2) Igen, néha.
(1) Nem, nemigen.
(0) Egyáltalán nem.

6. Összecsaptak a hullámok a fejem felett.
(3) Igen, szinte egyáltalán nem tudtam elvégezni a teendőimet.
(2) Igen, előfordult, hogy nem tudtam olyan könnyen elvégezni a teendőimet, mint máskor.
(1) Nem, legtöbbször sikerült elvégezni a dolgomat.
(0) Nem, elvégeztem a teendőmet ugyanúgy, mint máskor.

7. Olyan rossz hangulatban voltam, hogy aludni sem tudtam rendesen.
(3) Igen, rendszeresen.
(2) Igen többször előfordult.
(1) Néha előfordult.
(0) Nem, egyáltalán nem fordult elő.

8. Szomorú és rosszkedvű voltam.
(3) Igen, szinte állandóan.
(2) Igen, elég gyakran.
(1) Nem, nem túl gyakran.
(0) Nem, egyáltalán nem.

9. Olyan rossz hangulatban voltam, hogy még sírtam is.
(3) Igen, nagyon sokszor.
(2) Igen, gyakran.
(1) Csak ritkán.
(0) Nem, soha.

10. Eszembe jutott, hogy kárt tehetnék magamban.
(3) Igen, gyakran.
(2) Néha.
(1) Legalább egyszer.
(0) Soha.

AZ EPDS kérdőív kódolási, értékelési sémája:
Minden állításnál 4 fokú skálán (0–3) lehet pontozni, így az összpontszám 0–30 között lehet. Fontos, hogy csak valamennyi kérdés megválaszolásakor érvényes az értékelés.

Értékelés
10–30 pont esetén depresszió valószínű: szakemberrel való konzultáció szükséges, 9 vagy alacsonyabb pontszám esetén alacsony a depresszió rizikó.
A 10. kérdésnél adott 3-as pontszám kiemelt figyelmet igényel az öngyilkossági szándék miatt: mentálhigiéniás szakemberhez irányítás szükséges azonnal.

2. PHQ-9 kérdőív

KÉRDŐÍV AZ ÖN EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁRÓL-9 (PHQ-9)

Az elmúlt 2 hétben milyen gyakran okoztak Önnek gondot az alábbi panaszok? *(✔–val jelölje válaszát)*	**Egyszer sem**	**Néhány napig**	**A napok több mint felében**	**Majdnem minden nap**
1. Kevés érdeklődés vagy örömérzés tevékenységei során	0	1	2	3
2. Szomorúság, lehangoltság vagy reménytelenség	0	1	2	3
3. Nehezen tud elaludni, éjszaka könnyen felébred, vagy túl sokat alszik	0	1	2	3
4. Fáradtság vagy kevés energia	0	1	2	3
5. Rossz étvágy vagy túlzott evés	0	1	2	3
6. Rossz érzések saját magával kapcsolatban, vagy olyan gondolatok, hogy Ön sikertelen, vagy csalódást okozott önmaga vagy családja számára	0	1	2	3
7. Koncentrálási nehézségek, például újságolvasás vagy tévénézés közben	0	1	2	3
8. Mozgása vagy beszéde annyira lelassult, hogy mások is észrevehették, vagy ellenkezőleg, olyan nyugtalan volt, hogy a szokásosnál sokkal többet mozgott	0	1	2	3
9. Olyan gondolatok, hogy jobb lenne meghalni, vagy hogy valamilyen módon kárt tehetne önmagában	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Amennyiben bejelölt egy vagy több problémát, mekkora nehézséget okoztak ezek a problémák a munkahelyén, otthoni teendői ellátásában vagy más emberekkel való kapcsolatában?

Egyáltalán nem okoztak nehézséget	**Kis nehézséget okoztak**	**Nagy nehézséget okoztak**	**Kifejezetten nagy nehézséget okoztak**
☐	☐	☐	☐

A kérdőívet Dr. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke és munkatársaik állították össze a Pfizer Inc. által nyújtott oktatási ösztöndíj igénybevétele mellett. Engedély nélkül másolható, lefordítható, megjelentethető és terjeszthető.

Értékelés:

PHQ-9 pontszám	**Depresszió súlyossága**
0–4	nincs/minimális
5–9	enyhe
10–14	mérsékelt
15–19	mérsékelten súlyos
20–27	súlyos

1.3. Táblázatok

1. táblázat: A perinatális szerhasználat hatása a várandósságra és gyermekre [143]

	Dohányzás	Alkohol	Cannabis	Stimulánsok	Opiátok
Várandósági következmények					
Koraszülés	X	X	X	X	X
Alacsony gesztációs súly	X	X	X	X	X
Alacsony születési súly	X	X	X	X	X
Vetélés/spontán abortusz	X	X		X	
Placentaleválás	X			X	
Korai burokrepedés	X			X	
Méhen kívüli terhesség	X				
Hatás a gyermekre					
Kognitív deficit	X	X	X	X	X
Fejlődési rendellenességek		X			
Gyermekhalál/Hirtelen csecsemőhalál	X				X
Neonatális megvonás/absztinencia		X			X
Viselkedési zavarok	X	X	X	X	X

2. táblázat A pszichoaktív szerek listája a BNO-11-ben kiegészült [saját szerkesztés]

alkohol	stimulánsok	MDMA
kannabisz	szintetikus katinonok	disszociatív szerek
szintetikus kannabinoidok	koffein	inhalánsok
opioidok	hallucinogének	nikotin
kokain	nyugtatók és altatók	egyéb/ismeretlen/többféle

3. táblázat Bejelentkezés, első interjú és pszichodiagnosztika fázisa [saját szerkesztés]

Ellátás	Feladatok	Ellátók kompetenciája
Bejelentkezések fogadása, adminisztráció, koordináció	– e-mail és telefon fogadása – kapcsolatfelvétel – időpont-előjegyzés – anamnézis lekérdezése – állapotfelmérő tesztek kiadása – dokumentálás – BMP adminisztrációs feladatok – BMP koordinációs feladatok	Program adminisztrátor
Diagnosztikus első interjú	– exploráció – anamnézis – heteroanamnézis – kezelési terv kialakítása – terápiás javaslat	Pszichiáter
Pszichodiagnosztika	– exploráció – pszichodiagnosztikai tesztek felvétele – pszichodiagnosztikai tesztek kiértékelése – pszichodiagnosztikai vélemény	Klinikai szakpszichológus

4. táblázat: Programba kerülés és aktív ellátás fázisa [saját szerkesztés]

Ellátás	Feladatok	Ellátók kompetenciája
Szülés előtt, körül és után észlelt mentális zavar alapellátása	– esetvezetés, farmakoterápia – csoportterápiák – egyéni terápia/szupport	Pszichiáter Klinikai szakpszichológus Klinikai szakpszichológus
Családtervezés ismert pszichiátriai betegség mellett	– farmakoterápiás tervezés – szüléstervezés	Pszichiáter Szülész szakorvos
Fertilitási problémák kezelése	– nőgyógyászati konzultáció – pszichiátriai konzultáció – egyéni terápia	Nőgyógyász szakorvos Pszichiáter Klinikai szakpszichológus
Genetikai tanácsadás	– szakorvosi konzílium – pszichiátriai konzultáció – pszichológusi konzultáció	Genetikus szakorvos Pszichiáter Klinikai szakpszichológus
Sectio Caesarea indikáció felmérése	– szülészeti konzultáció – pszichiátriai konzultáció – pszichológusi konzultáció	Szülész szakorvos Pszichiáter Klinikai szakpszichológus
Párkapcsolati zavar ellátása	– pár- és családterápia	Pár- és családterapeuta
Addiktológiai zavarok ellátása	– addiktológiai konzultáció	Addiktológiai konzultáns, Addiktológus
Perinatális veszteség, trauma ellátása	– gyásztanácsadás – traumafeldolgozás	Gyásztanácsadó EMDR terapeuta
Szociális krízis ellátása	– szociális szupport – esetmenedzsment, kapcsolattartás	Szociális munkás Védőnő Szociális munkás
Komorbid szomatikus zavarok ellátása	– szakorvosi konzílium – gyógytorna – dietetikai tanácsadás	Konzíliárus szakorvos Gyógytornász-fizioterapeuta Dietetikus
Anya kórházi fekvőbeteg alapellátása	– anya ápolása	Szakápoló
Anya nappali kórházi alapellátása	– szakdolgozói intervenciók	Szakápoló
Újszülött (és kísérője) kórházi fekvőbeteg alapellátása	– gyermek elhelyezése – kísérő(k) elhelyezése – tejkonyhai ellátás	Csecsemőgondozó Védőnő
Újszülött gondozása és gondozási edukáció Szoptatás/anyatejes tálalás támogatása	– táplálási tanácsadás – gondozási tanácsadás – napirendi tanácsadás – tágabb család edukációja	Gyerekszakápoló Védőnő Laktációs szaktanácsadó
Gyermek fejlődésével kapcsolatos zavarok ellátása	– gyermekorvosi vizsgálat – gyermek pszichodiagnosztika – gyógytorna	Gyermekorvos Gyermekpszichológus Gyógytornász-fizioterapeuta Védőnő
Szülő-gyermek kapcsolati zavarok ellátása	– szülő-csecsemő konzultáció – perinatális szaktanácsadás – gyerek pszichológiai tanácsadás – szoptatási tanácsadás – babamasszázs	Szülő-csecsemő konzulens Perinatális szaktanácsadó Gyerekpszichológus Szoptatási tanácsadó Babamasszőr Védőnő

5. táblázat: Utánkövetési fázis [saját szerkesztés]

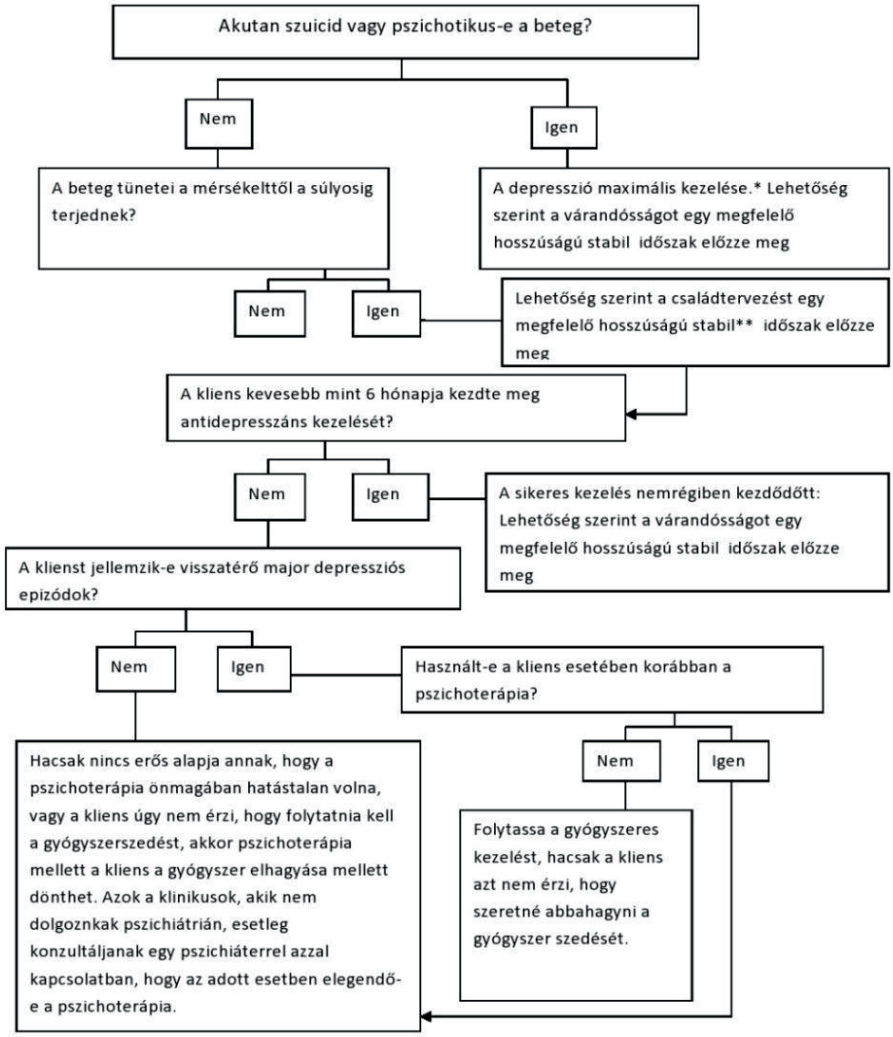
Ellátás	Feladatok	Ellátók kompetenciája
Szülés utáni 6 hetes kontrollvizsgálat	– kontrollvizsgálat – pszichológiai felmérés	Szülész szakorvos Klinikai szakpszichológus
Anya szoros utánkövetése	– kontrollvizsgálat – pszichológiai szupport	Pszichiáter Klinikai szakpszichológus
Anya hosszú távú utánkövetése	– kontrollvizsgálat – pszichológiai szupport	Pszichiáter Klinikai szakpszichológus
Anya-gyermek kapcsolat alakulásának szoros utánkövetése	– szülő-csecsemő konzultáció	Szülő-csecsemő konzulens Védőnő
Gyermek fejlődésének utánkövetése	– kontrollvizsgálat	Gyermekorvos Védőnő

6. táblázat: Betegellátáshoz kapcsolódó további feladatok [saját szerkesztés]

Feladat	Ellátók kompetenciája
Szupervízió	Szupervízor Ellátásban részt vevő szakemberek
Teamses megbeszélés	Ellátásban részt vevő szakemberek
Esetkonferencia	Ellátásban részt vevő szakemberek, gyermek háziorvos, védőnő, szociális munkás

1.4. Algoritmusok, ábrák

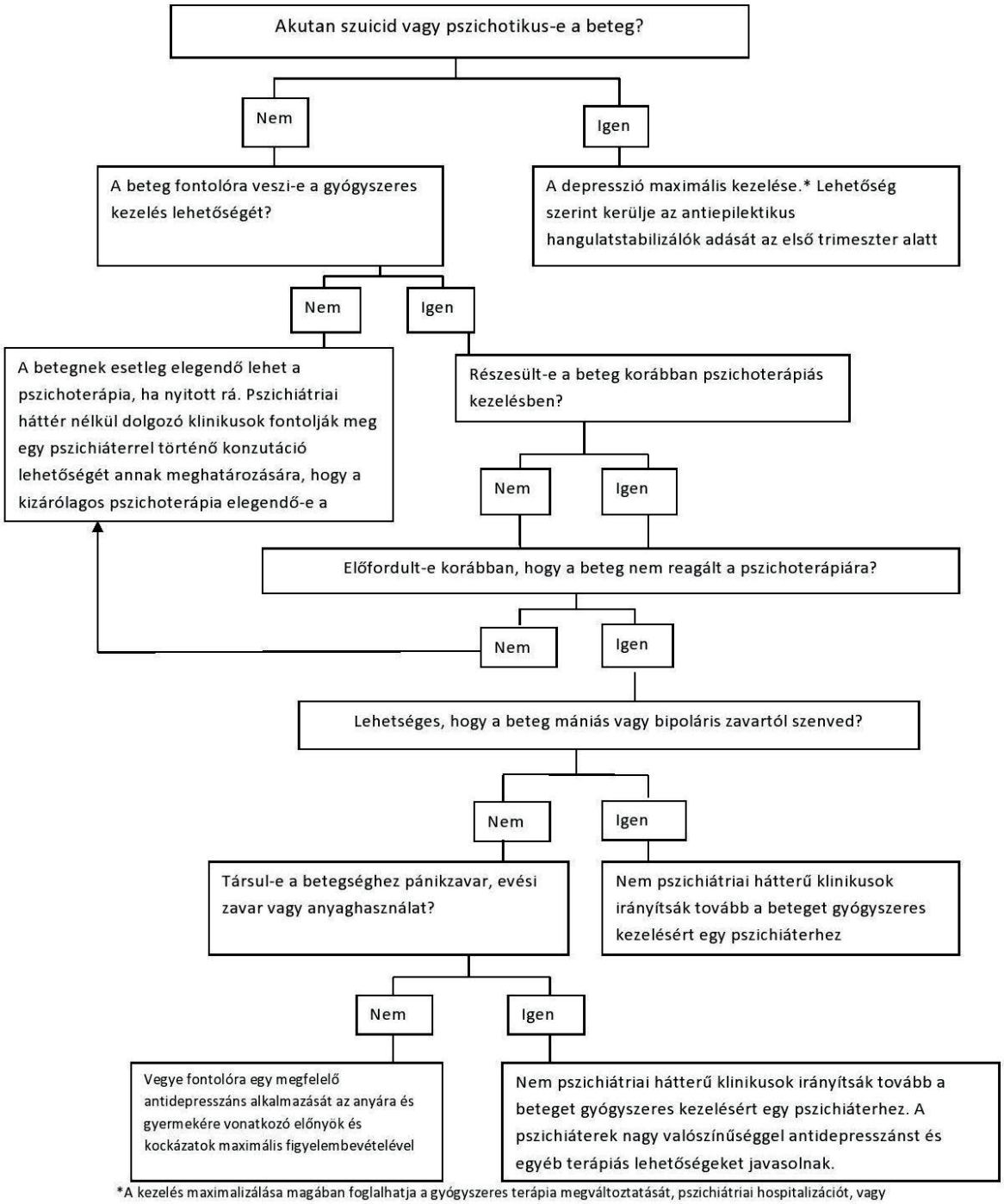
1. ábra: Gyermeket tervező depressziós nő kezelése [saját szerkesztés]



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

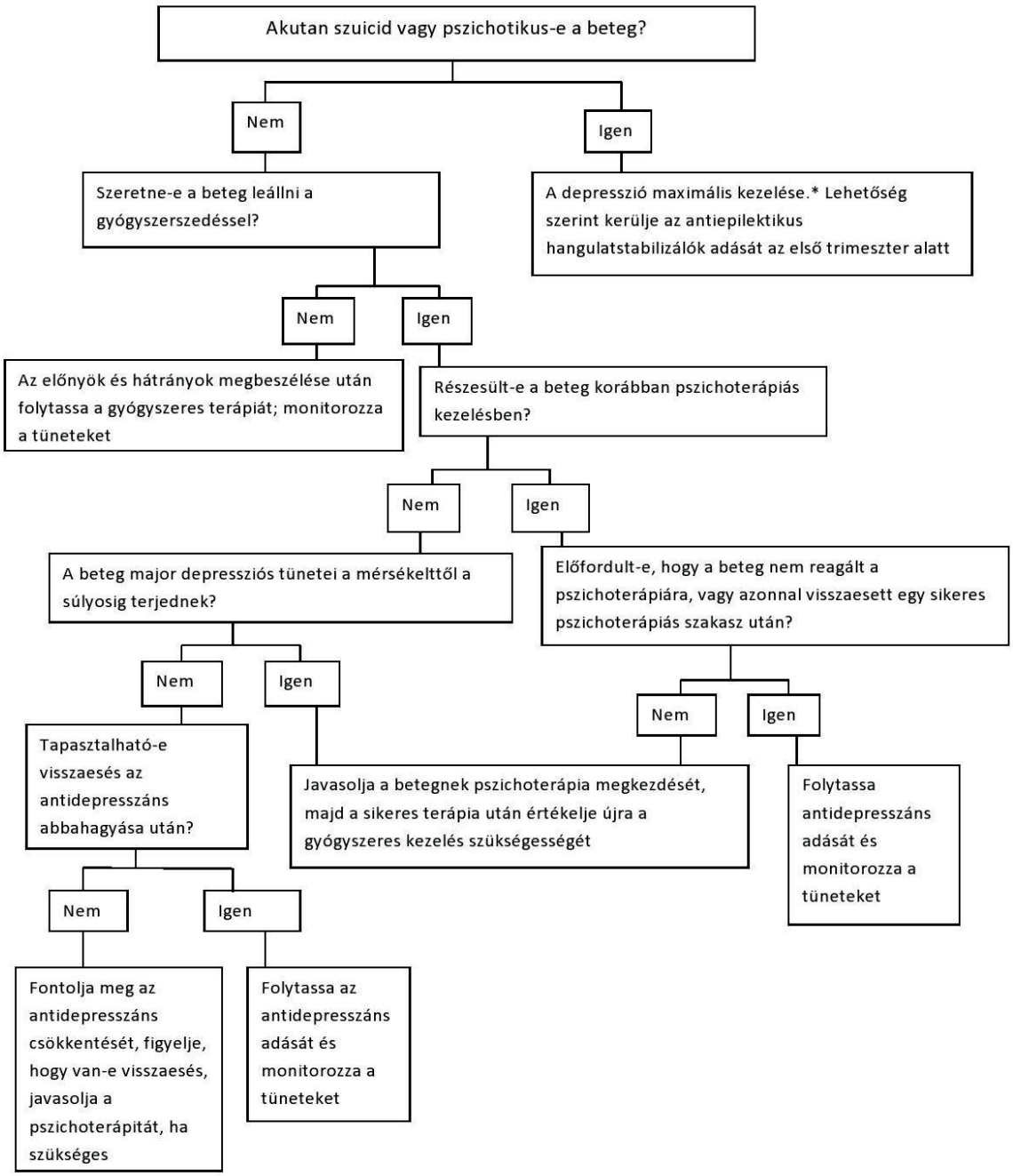
** A "megfelelő hosszúságú stabil időszak"-ot empirikusan nem határozták meg, így annak meghatározása teljesen a kliensre és klinikusára van bízva, melyet a betegség múltbeli epizódjai és a normál funkcionáláshoz szükséges időmennyiség is befolyásol

2. ábra: Major depresszióban lévő, várandós kismama kezelési ábrája [saját szerkesztés]



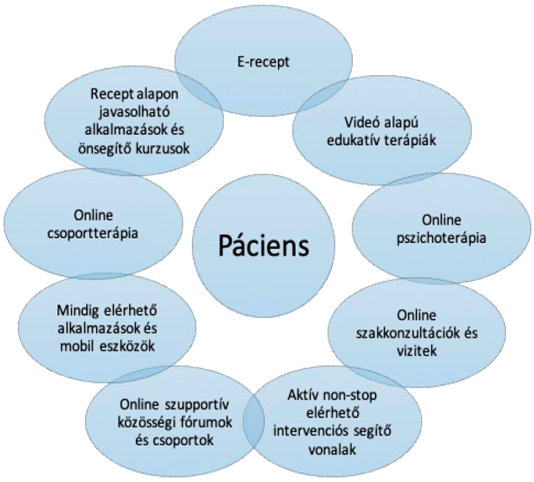
*A kezelés maximalizálása magában foglalhatja a gyógyszeres terápia megváltoztatását, pszichiátriai hospitalizációt, vagy egy nem pszichiátriai klinikus esetében a beteg azonnali pszichiáterhez utalását

3. ábra: Major depresszióra antidepresszánst szedő páciens kezelése [saját szerkesztés]

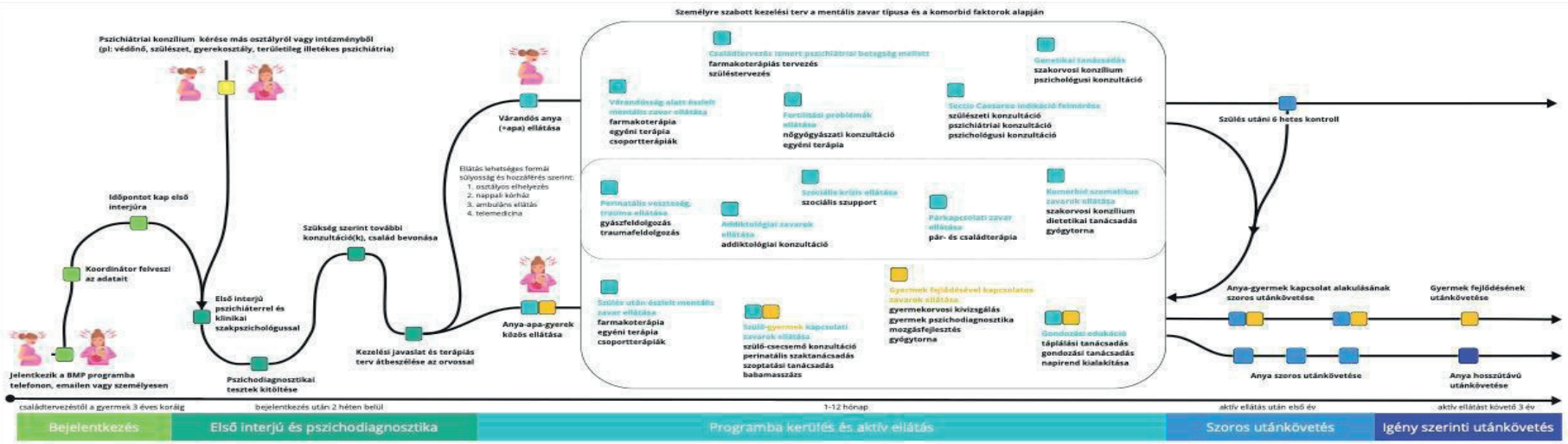


*A kezelés maximalizálása magában foglalhatja a gyógyszeres terápia megváltoztatását, pszichiátriai hospitalizációt, vagy egy nem pszichiátriai klinikus esetében a beteg azonnali pszichiáterhez továbbirányítását jelenti

4. ábra: Telemedicinális segítő háló [215]



5. ábra: PIMM ellátás betegutak és ellátási protokoll [saját szerkesztés]



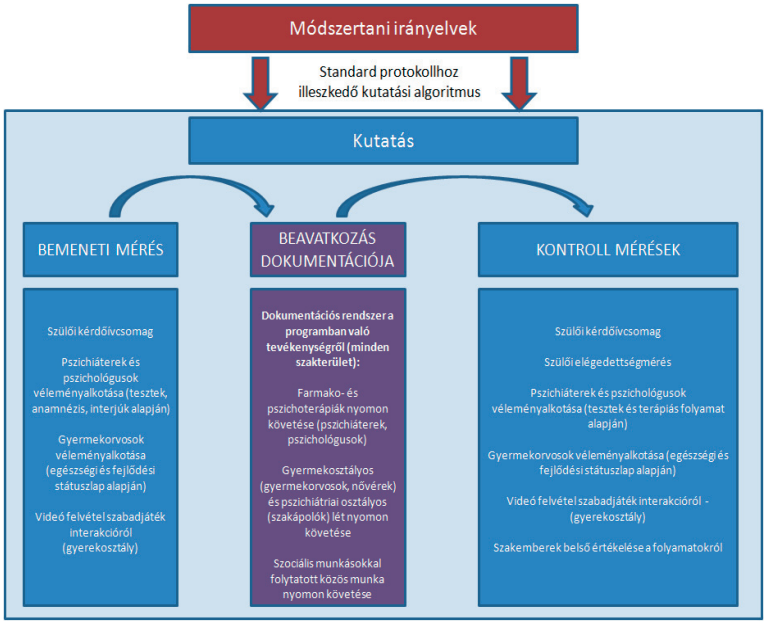
Ellátás	Feladatok	Személyi igény	Munkaóra
Bejelentkezések fogadása, adminisztráció, koordináció	-email és telefon fogadása -kapcsolatfelvétel -időpont előjegyzés -anamnézis lekérdezése -állapotfelmérő tesztek kiadása -dokumentálás Medworksben -BMP adminisztrációs feladatok -BMP koordinációs feladatok	BMP program adminisztrátor	napi 8 óra
Diagnosztikus első interjú	-exploráció -anamnézis -heteroanamnézis -kezelési terv kialakítása -terápiás javaslat	Pszichiáter (3 óra/beteg)	3 óra/beteg
Pszichodiagnosztika	-exploráció -pszichodiagnosztikai tesztek felvétele -pszichodiagnosztikai tesztek kiértékelése -pszichodiagnosztikai vélemény	Klinikai szakpszichológus	5 óra/beteg

Ellátás	Feladatok	Személyi igény	Munkaóra
Szülés előtt, körül és után észlelt mentális zavar alapellátása	-esetvezetés, farmakoterápia -csoportterápiák -egyéni terápia/szupport	Pszichiáter Klinikai szakpszichológus Klinikai szakpszichológus	5 óra / beteg / hét 5 óra / hét 2 óra / beteg / hét
Családtervezés ismert pszichiátriai betegség mellett	-farmakoterápiás tervezés -szülésztervezés	Pszichiáter Szülész szakorvos	2 óra / beteg 1 óra / beteg
Fertilitási problémák kezelése	-nőgyógyászati konzultáció -pszichiátriai konzultáció -egyéni terápia	Nőgyógyász szakorvos Pszichiáter Klinikai szakpszichológus	1 óra / beteg 1 óra / beteg 1 óra / beteg / hét
Genetikai tanácsadás	-szakorvosi konzílium -pszichiátriai konzultáció -pszichológusi konzultáció	Genetikus szakorvos Pszichiáter Klinikai szakpszichológus	1 óra / beteg 1 óra / beteg 1 óra / beteg
Sectio Caesarea indikáció felmérése	-szülészeti konzultáció -pszichiátriai konzultáció -pszichológusi konzultáció	Szülész szakorvos Pszichiáter Klinikai szakpszichológus	1 óra / beteg 1 óra / beteg 1 óra / beteg
Párkapcsolati zavar ellátása	-pár- és családterápia	Pár- és családterapeuta	10 óra / beteg
Addiktológiai zavarok ellátása	-addiktológiai konzultáció	Addiktológiai konzulens, Addiktológus	2 óra/ beteg
Perinatális veszteség, trauma ellátása	-gyásztanácsadás -traumafeldolgozás	Gyásztanácsadó EMDR terapeuta	5 óra / beteg 6 óra / beteg
Szociális krízis ellátása	-szociális szupport -esetmenedzsment, kapcsolattartás	Szociális munkás Védőnő Szociális munkás	2 óra / beteg 2 óra / beteg 5 óra / beteg
Komorbid szomatikus zavarok ellátása	-szakorvosi konzílium -gyógytorna -dietetikai tanácsadás	Konziliárus szakorvos Gyógytornász Dietetikus	- heti 20 óra 12 óra / beteg
Anya kórházi fekvőbeteg alapellátása	-anya ápolása	Szakápoló	napi 24 óra minden nap
Anya nappali kórházi alapellátása	-szakdolgozói intervenciók	Szakápoló	napi 8 óra munkanapokon
Újszülött (és kísérője) kórházi fekvőbeteg alapellátása	-gyermek elhelyezése -kísérő(k) elhelyezése -teljonyhai ellátás	Csecsemőgondozó	napi 8 óra a hét minden napján
Újszülött gondozása és gondozási edukáció	-táplálási tanácsadás -gondozási tanácsadás -napirendi tanácsadás -tágabb család edukációja	Gyerekszakápoló	napi 24 óra
Gyermek fejlődésével kapcsolatos zavarok ellátása	-gyermekorvosi vizsgálat -gyermek pszichodiagnosztika -gyógytorna	Gyermekorvos Gyermekpszichológus Gyógytornász	2 óra / beteg 5 óra / beteg 12 óra /beteg
Szülő-gyermek kapcsolati zavarok ellátása	-szülő-csecsemő konzultáció -perinatális szaktanácsadás -gyerek pszichológiai tanácsadás -szoptatási tanácsadás -babamasszázs	Szülő-csecsemő konzulens Perinatális szaktanácsadó Gyerekpszichológus Szoptatási tanácsadó Babamasszőr	10 óra/beteg 5 óra / beteg 10 óra / beteg 3 óra / beteg 8 óra / beteg

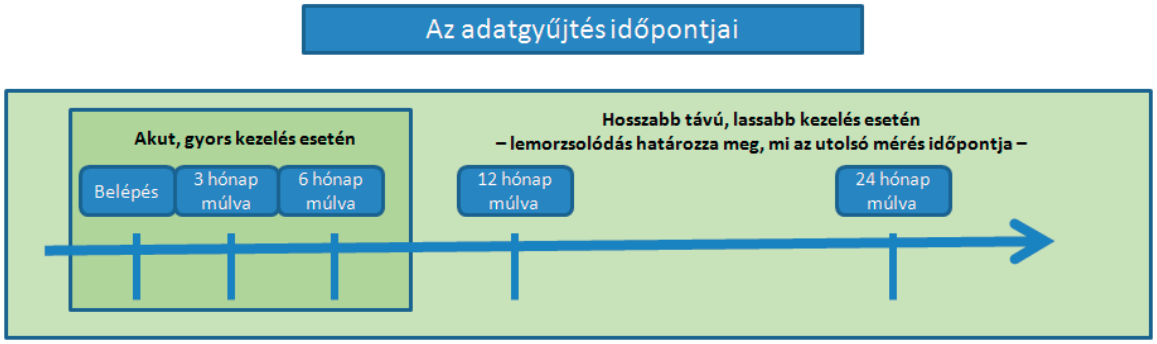
Ellátás	Feladatok	Személyi igény	Munkaóra
Szülés utáni 6 hetes kontrollvizsgálat	-kontroll vizsgálat -pszichológiai felmérés	Szülész szakorvos Klinikai szakpszichológus	1 óra / beteg 1 óra / beteg
Anya szoros utánkövetése	-kontroll vizsgálat -pszichológiai szupport	Pszichiáter Klinikai szakpszichológus	12 óra/év/beteg 12 óra/év/beteg
Anya hosszútávú utánkövetése	-kontroll vizsgálat -pszichológiai szupport	Pszichiáter Klinikai szakpszichológus	4 óra/év/beteg 1 óra/év/beteg
Anya-gyermek kapcsolat alakulásának szoros utánkövetése	-szülő-csecsemő konzultáció	Szülő-csecsemő konzulens	3 óra / év/ beteg
Gyermek fejlődésének utánkövetése	-kontroll vizsgálat	Gyermekorvos	2 óra /év/beteg

Betegellátáshoz kapcsolódó további feladatok	Személyi igény	Munkaóra
Szupervízió	Szupervízor Ellátásban résztvevő szakemberek	3 óra / hó
Team megbeszélés	Ellátásban résztvevő szakemberek	1 óra / hét
Esetkonferencia	Ellátásban résztvevő szakemberek, gyermek háziorvos, védőnő, szociális munkás	3 óra / beteg

6. ábra: Nyomon követő kutatások lehetséges és ajánlott alapstruktúrája [saját szerkesztés]



7. ábra: Nyomon követő kutatások lehetséges és ajánlott időterve [saját szerkesztés]



1.5. Egyéb dokumentumok

1. A KORA GYERMEKKORI REGULÁCIÓS ZAVAROK ÉS A SZÜLŐ-CSECSEMŐ/KISGYERMEK KONZULTÁCIÓ INDOKOLTSÁGA, CÉLKITŰZÉSEI ÉS RÖVID MÓDSZERTANA

Az alábbi összefoglalás az iszcsk.com protokollja alapján készült:

1. A szülő-csecsemő konzultáció egy olyan csecsemő- és kisgyermekkorban használható prevenciós és intervenciós módszer, amely alkalmas a korai érzelmi- és viselkedésszabályozási problémák (regulációs zavarok), kapcsolati nehézségek, és egyéb korai pszichoszomatikus problémakörök kezelésére, enyhítésére.
2. A kora gyermekkori viselkedésszabályozás problémái, a regulációs zavarok – excesszív sírás/krónikus nyugtalanság, alvászavarok, valamint táplálkozási és gyarapodási zavarok – klinikai szempontból a csecsemő- és kisgyermekkor pszichés vagy pszichoszomatikus megbetegedési formáinak és a későbbi pszichés megbetegedések előfutárainak tekinthetők. Ezek a kora gyermekkori viselkedésszabályozási zavarok komplexen, több tényező által meghatározottak, nem tekinthetők sem egyértelműen orvosi, sem egyértelműen pszichoszociális problémáknak. E tünetek létrejötte komplex: mind a gyermek oldaláról hatást gyakorló biológiai rizikófaktorok, mind a szülőknél jelen lévő kedvezőtlen pszichoszociális feltételek, és a társas környezet alacsony támogatási mértéke is kifejtheti negatív hatását.

3. A regulációs zavarok hátterében általában számos komponens áll. Kialakulásukban szerepet játszhatnak:
   – a szülő pszichiátriai megbetegedései – kiemelten PPD, PPP,
   – a csecsemők és a szülők által átélt traumák (például poszttraumás stressz), amelyek a kapcsolatfelvétel területén rövidebb-hosszabb időre súlyos deficiteket okozhatnak,
   – veleszületett zavarok, amelyek kezdettől fogva súlyosan érinthetik a szülő-gyermek interakciót,
   – a leggyakoribb mechanizmus, amikor olyan egyidejű gyermeki, szülői és környezeti tényezők fejtik ki hatásukat, amelyek negatívan befolyásolják a szülő-gyermek kommunikációt és a közös érzelem- és viselkedésszabályozást.
4. Gyermekorvosoknál, védőnőknél, bölcsődei gondozóknál, pszichológusoknál gyakran jelentkeznek szülők olyan panaszokkal, amelyek csecsemőik, kisgyermekeik mindennapi jóllétét veszélyeztetik:
   – Már kiscsecsemőkorban megmutatkoznak az úgynevezett klasszikus regulációs zavarok (például excesszív és perzisztáló sírás, alvás- és táplálási zavarok).
   – A második életévtől jelennek meg más korai viselkedésszabályozási zavarok (erős dac, dührohamok, agresszió, extrém csüngés, heves szeparációs szorongás, játék tevékenység iránti érdeklődés hiánya stb.).
   – Említésre méltók még további pszichoszomatikus zavarok (enuresis, encopresis, obstipáció, pszichogén has-, fejfájás stb.) is, amelyek már a 3–5 év alatti gyermekek mindennapjait is megkeseríthetik.
5. Az organikus és lelki, kapcsolati, pszichoszociális háttér kölcsönhatásának alábbi példái gyakoriak:
   – Gyakran a körültekintően elrendelt orvosi vagy gyógypedagógiai vizsgálatok nem mutatnak ki organikus hátteret.
   – Az is előfordul, hogy az organikus háttér (adódjon ez szomatikus betegségből vagy valamilyen testi, mentális sérültségből, megkésett vagy megzavart fejlődésmenetből) nem feltétlenül magyarázza a panaszok teljes körét.
   – Nem elhanyagolható azoknak az eseteknek a száma sem, ahol egyértelmű az organikus háttérből adódó „szomatopszichés" nehézség, de az orvosi, gyógypedagógiai kezelések mellett szükséges a konzulens együttműködése az interakciós, viselkedéses és kapcsolati együttműködés támogatása érdekében.
6. E komplex problémakörnek a megoldása (korai felismerés, megelőzés, illetve speciális, a kapcsolatra irányuló intervenció) interdiszciplináris és speciális szakmai felkészültséget igényel.
7. A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció módszertani megközelítése különböző elméleti alapokra épül, amelyek a következők lehetnek:
   – klasszikus és modern pszichoanalízis, reprezentációs megközelítés;
   – modern fejlődéspszichológia, interakcionista, rendszerszemléleti megközelítés;
   – kötődéselmélet, kapcsolat, érzelmi, valamint pszichoszociális megközelítés;
   – integratív, figyelembe véve az előbbi három elméleti megközelítést [217].
8. A konzultáció két általános célt követ
   – a szülő-csecsemő/kisgyermek kapcsolatban megjelenő problémák felismerése, feloldása, a kapcsolat javítása, valamint
   – a gyermek érzelem- és viselkedésszabályozási problémáinak/zavarának enyhítése és megszüntetése [217].
9. A konzultáció fontos eleme, hogy a regulációs probléma az „itt és most"-ban is megjelenik, amely lehetőséget ad és szükséges is a regulációs probléma azonnali kezeléséhez. A konzultációs ülések tartalmi elemei [217]:
   – a szülő-gyermek interakciónak, a gyermek pszichomotoros fejlettségének, szomatikus és pszichés állapotának a megfigyelése,
   – problémaanamnézis és az anamnézis további adatainak a felvétele,
   – a felmerülő témák – elméleti háttér alapján történő – megbeszélése,
   – szülő-gyermek interakciókról videófelvételek készítése, feldolgozása és az erről való visszajelzés (közös megtekintés és beszélgetés a szülőkkel),
   – a fejlődési szükségletekről és gondozási-nevelési helyzetekről történő szülő edukáció. A konzultáció lezárásának előkészítése és maga a lezárás fontos része a közös munkának.

10. Az ISZCSK (Integrált Szülő-Csecsemő Konzultáció) képzés egységes „konzulensi" tevékenységre készít fel, azonban az előzetes szakképzettség meghatározza az alkalmazható kompetenciák „szintjét", mely a következő két pontban kerül megfogalmazásra.
    A. A pszichoterapeuta képzettséggel nem rendelkező résztvevők (orvosok, pszichológusok, pedagógusok, védőnők elsősorban, továbbá szociális munkások, gyermek- és családjogi szakemberek) egy speciális konzultáció alkalmazására készülnek fel, mely a problémák kezdeti fázisának felismerésére, megoldására, de legalább is enyhítésére irányul. Ezen túlmenően érzékenyíti a szakembereket azon esetek feltárására, melyek várhatóan rövidebb vagy hosszabb ideig tartó pszichoterápiás kezelést igényelnek. Értve ezalatt a szülők vagy gyermek egyéni terápiáját, család- és párkapcsolati terápiát, vagy pedig szülő-csecsemő terápiát.
    B. A képzett klinikai, alkalmazott egészségpszichológiai vagy neuropszichológiai szakpszichológus és pszichoterapeuta végzettséggel rendelkező résztvevők – a pszichoterápia különböző hivatalosan elfogadott területeiről a program elvégzésével a szakmai kompetenciájukat a konzulensi tevékenység mellett a „szülő-csecsemő terápia" alkalmazásának gyakorlati ismereteivel bővítik.
    Gyakran nehéz a konzultáció és a terápia egymástól való elkülönítése, különösen akkor, ha figyelembe vesszük, hogy a konzultáció is terápiás hatással bírhat. Néhány lényeges különbség mégis felmutatható [2]. Ennek a különbségnek az ismerete és gyakorlati alkalmazása elvárható a képzett egészségügyi szakpszichológusoktól és pszichoterapeutáktól.
11. A szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens/terapeuta a következő kompetenciákkal rendelkezik:
    – Rendelkezik a csecsemő- és kisgyermekkora vonatkozó komplex egészségügyi, pszichológiai, pedagógiai, valamint aktuális családszociológiai kérdések ismeretével.
    – Az interdiszciplináris képzés – orvos, pszichológus, pedagógus, gyógypedagógus, gyógytornász-fizioterapeuta, szociális munkás, gyermekjogi szakemberek stb. – az elméleti képzés mellett új minőséget hoz létre a gyakorlati tapasztalatok megosztása által, így a végzett szakember képessé válik interdiszciplináris megoldások gyakorlati alkalmazására.
    – Korszerű ismeretek birtokába kerül a csecsemő- és kisgyermekkor testi és lelki fejlődésének sajátosságairól, a kötődési kapcsolatok minőségéről kisgyermek- és felnőttkorban, a szülővé válás folyamatáról, a párkapcsolat problematikájáról.
    – Képes lesz a kora gyermekkori regulációs zavarok, érzelem-, viselkedésszabályozási és kapcsolati nehézségek időbeni felismerésére, erre a területre kidolgozott, speciális interjú készítésére, intervenciók speciális alkalmazására, krízisintervencióra, dokumentáció készítésére.
12. A folyamat során szükség szerint konzultáció és együttműködés történik más szakemberekkel (orvossal, védőnővel, gyógypedagógussal, gyógytornásszal, pszichológussal, pszichiáterrel, családgondozó szociális munkással stb.)
13. A rövid, 2–10 alkalmas konzultációkon a szülők és gyermekük együtt vesznek részt. A találkozások egy a csecsemők és kisgyermekek számára is alkalmas játszószobában zajlanak.

Preferált tér:

- minimum 12 nm-es „családi" szoba,
- minimum három kényelmes szék, fotel,
- kis asztal, két kis szék,
- tükör a falon,
- játékpolcok függönnyel, vagy elhúzható szekrényben,
- 0–5 éves korú gyerekeknek való játékok,
- tiszta, egyszínű szőnyeg (belépés csak zokniban, váltócipőben, textilpapucsban),
- ha van rá lehetőség: kis matrac kis párnákkal, plédekkel,
- csecsemőknek alkalmas öltöztető szekrény mosdóval,
- kis WC, kis mosdó,
- belépés előtt, vagy a konzultációs térben öltöző rész a gyerekeknek is: kispad, alacsony ruhaakasztó,
- kellemes, natúr színek, természetes anyagok a berendezésben (fa, textil),
- kamera, kameraállvány, laptop,
- adminisztrációhoz szükséges eszközök (például: nyomtató, nyomtatófesték, papír irodaszer).

2. KUTATÁSI IRÁNYELVEK AJÁNLÁSOK A PRE-, PERI- ÉS POSZTNATÁLIS MENTÁLIS ZAVAROK BABA-MAMA-PAPA EGYSÉGBEN TÖRTÉNŐ KEZELÉS TUDOMÁNYOS NYOMON KÖVETÉSÉHEZ

I. BEVEZETÉS

– *A pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok egységében történő kezelése* egy komplex, organikus/medikális, pszichológiai/mentálhigiénés és szociális/tágabb környezeti tényezőket egyaránt figyelembe vevő szakmai program a pszichiátriai zavarokkal küzdő édesanyák és csecsemőik/kisgyermekeik együttes kezelésére, gondozására vonatkozóan.
– A nemzetközi szakirodalom és hatékonyság-/eredményességvizsgálatok ismeretében a Szent János Kórházban zajló modellprogram során a kezelések alatt és azt követően a szülők és gyermekeik pszichoszociális jóllétét, valamint egyéni és kapcsolati fejlődését tervezzük tudományosan nyomon követni. Ezt a törekvést és az ismertetésre kerülő kutatási modellt, illetve mérési lehetőségeket más intézmények figyelmébe is ajánljuk.
– A kutatási irányelvek ajánlott eszköztárát a Szent János Kórház szakmai teamje állította össze (már standard, illetve más kutatócsoportokban adaptált eszközök beépítésével, valamint új eszközök kidolgozásával). Jelen ajánlásunkban törekedtünk arra, hogy olyan változókat, konstruktumokat és az azokat megragadó mérőeszközöket, eljárásokat ajánljunk, amelyek alkalmazása lehetőséget teremt hazai nagymintás lakossági felmérésekkel való összehasonlításra is (például Kohorsz'18 – Magyar Születési Kohorszvizsgálat [238, 239], 21. századi babaszoba kutatás [240, 241]. Ennek jelentősége abban áll, hogy a speciális célcsoportban *(lásd pszichiátriai problémákkal jelentkező anyák, gyermekeik és családja körében)* felmért adatokat lakossági, standard adatokhoz lehet viszonyítani, ezzel pedig pontosabb képet lehet kapni a célcsoport kockázati sajátosságairól, illetve a lehetséges (prognózist is befolyásoló) védőtényezőkről.
– Mind a Szent János Kórházban, mind más intézményekben a tervezett kutatási protokoll és a mérőeszközrendszer kidolgozását követően pilotvizsgálatok lefolytatására van szükség *(lásd a továbbiakban)*. A pilotvizsgálatok egyik fontos része, amely révén a kutatástervezés participatív (részvételi) kutatást eredményezhet, ha a célcsoport résztvevőit bevonjuk a mérőeszközrendszer és az adatfelvételi eljárások értékelésébe, véleményezésébe, és változtatási javaslataikat beépítjük a végleges kutatási eszköztárba és eljárásokba. A pilotvizsgálatok tapasztalatai, illetve a részvételi kutatástervezés, -véglegesítés folyamatát követően indítható el az „éles" kutatóprogram.
– Értékes együttműködési folyamatokat és egzakt összehasonlíthatóságot garantálhatunk azzal, ha a különböző intézmények, programok azonos, vagy legalább részben hasonló konstruktumokkal (változókkal), mérőeszközökkel és eljárásokkal dolgoznak.
– Ez utóbbi törekvés esetén, amennyiben a módszertani irányelvek alapján más kórházak, egészségügyi intézmények is szeretnék tudományos módszerekkel nyomon követni tevékenységüket, a Szent János Kórház szakmai teamje vállalja az országos összehasonlító vizsgálatok koordinációját.
– A tudományos nyomon követés célja többszintű lehet:
  (1) fontos leíró adatokat nyerhetünk a kezelésbe kerülő speciális célcsoport (pszichiátriai problémákkal jelentkező anyák, gyermekeik és családjuk) tüneti, élettörténeti és pszichoszociális jellemzőiről,
  (2) részletesen nyomon követhetjük a diagnosztikai és az intervenciós folyamatok lépéseit, tartalmát és eredményeit, és így az ellátás hatékonyságát, eredményességét mérhetjük,
  (3) a kórházi bennfekvő és/vagy ambuláns támogatást követően nyomon követhetjük a kezelt anyák, gyermekeik és családjuk pszichoszociális jóllétének alakulását.
– A tudományos nyomon követés fenti céljainak egy *longitudinális kutatási dizájn* felel meg, amelyben ajánlásunk szerint a kezdőpont a család bekerülése a programba, míg a nyomon követés végpontja – az egyéni lemorzsolódás figyelembevétele mellett – legkésőbb a programba kerüléstől számított 24. hónap (lásd 2. ábra).
– Egy intézményen belül az etikai szempontok nem teszik lehetővé a klasszikus kísérleti (=treatment) versus kontrollcsoportos elrendezéssel működő eredményesség- és hatásvizsgálatokat, kivéve azokban az esetekben, ahol a kliensek egy része lemond a baba-mama-papa programban való részvételről. A kísérleti kontrollcsoportos kutatás lefolytatásához a vizsgált, kezelésben részesülő minta mellett szükség van egy szocio-demográfiai szempontból páronként illesztett kontrollcsoportra, amelynél a fő bemeneti adottság is azonos a kísérletihez, vagyis az, hogy az anyáknál pszichiátriai relevanciájú problémák adottak. Ekkor a treatment csoporthoz képest a különbség abban áll, hogy a kontrollkliensek nem részesülnek a program által nyújtott szolgáltatásokban. Egy intézményen belül az etikai szempontok figyelembevételével csak akkor valósulhat meg ez a dizájn, ha vannak, akik nem szeretnének részt venni a klinikai programban, viszont a kutatási programba önkéntesen csatlakoznak kontrollesetként. Ellenkező esetben a dizájn diszkriminációt eredményezne a kontrollcsoporttal

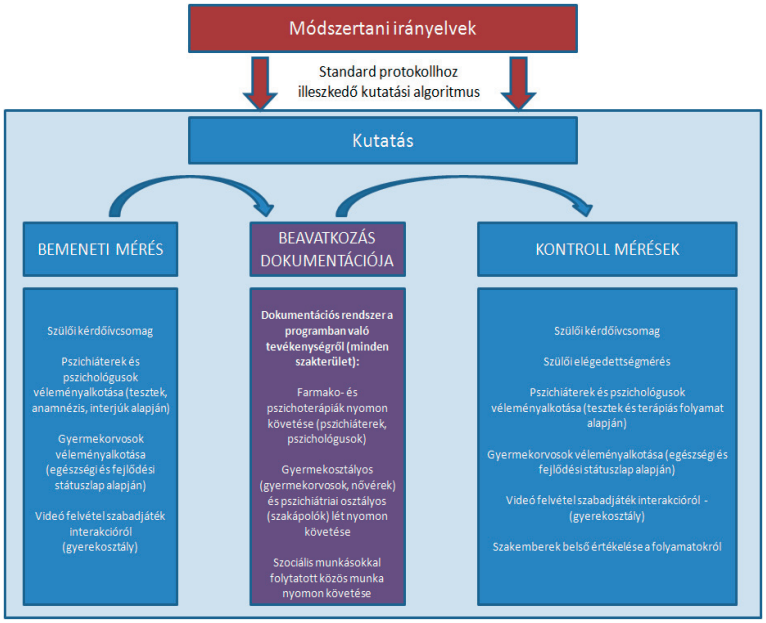
szemben *(lásd: milyen alapon vonunk meg lehetséges szolgáltatásokat azonos, gyakran súlyos, akut problémával jelentkező családoktól, ahol a kora gyermekkori szeparáció leginkább a gyermek, de a szülő számára is negatív következményekkel járhat)*.

– Intézmények közötti együttműködésben a kísérleti/kezelési versus kontrollcsoportos dizájn kivitelezhető két olyan kórház bevonásával, ahol az egyikben működik a baba-mama-papa program, a másikban sajnos még nem. Ebben az esetben a két kórház pácienskörének azonos bemeneti és kontrollfelméréseken kell részt vennie, és utólagos szociodemográfiai illesztést követően a két minta összehasonlíthatóvá válik. Ekkor a kutatási dokumentációk csak azon része kerül kitöltésre a kontrollcsoportot kezelő kórházban, ami ott is releváns.
– További összehasonlító dizájn lehetséges klinikai és egészséges várandós és kisgyermekes női populációk bevonásával. Ebben az esetben nem releváns a klinikai kezelési dokumentáció kitöltése, csupán a bemeneti mérések elvégzése. Az összehasonlítás alapját az anamnézis, az interjúk, a kérdőívek, a tesztek és a videófelvételek adhatják. Ilyen összehasonlításokra nyílhat lehetőség a fentebb említett lakossági mérésekhez (például Kohorsz'18, 21. századi babaszoba) való viszonyítás esetében.

II. A KUTATÁS LEFOLYTATÁSA

– A Szent János Kórházban tervezett kutatási projekt lehet az első Magyarországon, amely megpróbál statisztikailag megbízható és érvényes eredményeket felmutatni a pszichiátriai betegséggel küzdő anyák és gyermekeik együttápolásának nyomon követése során. A projekt vázát a longitudinális kutatások módszertana alkotja.
– Ajánlásunk szerint, a jövőbeli országos összehasonlítások céljából más kórházaknak is ajánljuk az alább felvázolt dizájn alkalmazását.
– Az említésre kerülő vizsgálni kívánt témák, konstruktumok bővíthetők, szűkíthetők azzal a megkötéssel, hogy az intézmények közötti összehasonlítást csak az azonos módon felvett adatok szolgáltathatják. A kutatás tervezése során törekedni érdemes olyan mérőeszközök alkalmazására, amelyeknek van hazai adaptált, standard, illetve normatív adatokkal leírható változata *(lásd bővebben fentebb)*.
– A következő ábrák érthetővé teszik a kutatás felépítését és kérdésfeltevéseit.

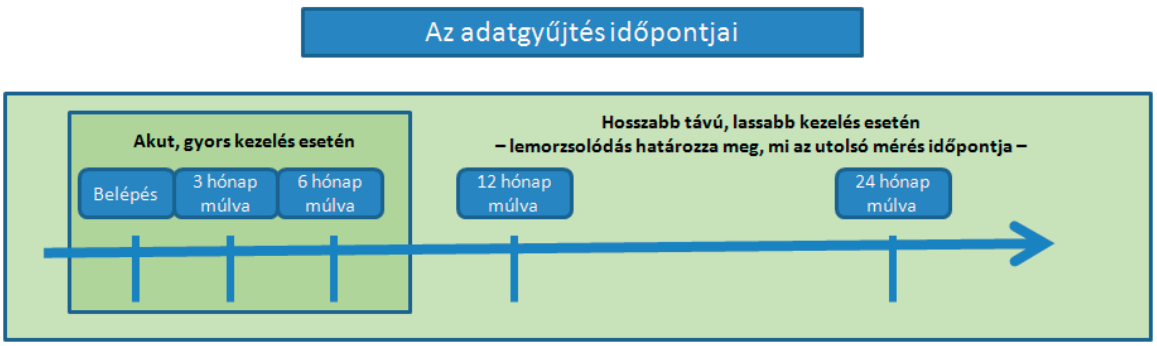
6. ábra: Nyomon követő kutatások lehetséges és ajánlott alapstruktúrája [saját szerkesztés]



– A módszertani irányelvekben megfogalmazott klinikai protokollal összhangban kell történjen a kutatás megtervezése és lefolytatása.
– A Bemeneti mérést a programba kerülés időpontja körül ajánlott megszervezni. Amennyiben az anya pszichés állapota engedi, a pszichiátriai első interjút és anamnézist követően minél hamarabb ajánlott felvenni a szülői kérdőív csomagot, illetve a standard teszteket legfeljebb két részletben.

- A kérdőívcsomagok összeállításánál szempont, hogy egy alkalommal maximum 50–60 perc legyen a kitöltés ideje. A szerkesztés lépései a következők:
- korábbi vizsgálatok, kutatások kérdőívcsomagjaiból releváns kérdőívek, skálák adaptációja, illetve standard tesztek kiválasztása,
- kifejezetten a baba-mama-papa programok céljainak megfelelő kérdőívek, skálák, kérdések szerkesztése a kezelő/kutató team tagjainak együttműködésében,
- pilotvizsgálatok 1: kérdőívek kitöltése a kezelő/kutató team tagjai által, tapasztalatok alapján módosítások,
- pilotvizsgálatok 2 (participatív/részvételi kutatástervezés részeként): legalább 10 páciens bevonása, véleményezésük kérése a kérdőívcsomagok érthetősége, formátuma, tartalma, kitöltési ideje és egyéb szempontok alapján; e tapasztalatok alapján fontos módosítások elvégzése.
- A Bemeneti mérésnél a körülbelül 2×60 perces törzsanyagot (például: Szerkesztett ívek és standard tesztek) minden szülő kitölti, ehhez kapcsolhatók még olyan ívek, amiket relevánsnak gondolnak a teamtagok (például: Alternatív modulok), de az nem képezi automatikusan a kutatás tárgyát.
- A kutatási dizájn és eszközrendszer megtervezése kapcsán a kezelő/kutató teamben legalább a következő szakmacsoportok együttgondolkodását ajánljuk:
  - pszichiáterek,
  - pszichológusok,
  - szociális munkások,
  - pszichiátriai szakápolók,
  - gyermekgyógyász szakorvosok,
  - gyermekosztályos nővérek,
  - szülészek.
- A kezelési folyamat nyomon követéseként az egyes szakmacsoportokat az előírt kórházi klinikai dokumentáció mellett egy kutatási célokra kifejlesztett belső dokumentáció vezetésére is kérjük, amely a családokkal végzett munkáról előre meghatározott kutatási szempontok szerint történik adatfelvétel. Néhány szakmacsoport (gyermekgyógyászok, gyermekosztályos ápolók, pszichiátriai szakápolók) akár napi szintű, néhány szakmacsoport (pszichoterapeuták és szociális munkások) pedig hosszú távú, alkalmankénti dokumentációt vezethetnek a szakmai munkáról.
- A kutatás megkezdése előtt minden teamtag számára ajánlott a teljes eszközrendszer és a dizájn egészének megismerése, és érdemes minden szakmacsoport számára külön képzési napo(ka)t biztosítani a saját munka és a családok lehető legobjektívebb megítélése, dokumentációja érdekében. Mivel a belső szakmai dokumentációs lapok kitöltése név vagy személyes kód szerint történik, így utólagos statisztikai elemzések révén kontrollálhatók az esetlegesen fennmaradó szubjektív személyközi különbségek. (Ennek elkerülésére és a standard megítélés és dokumentáció biztosítására indokolt a képzési napok megtartása, ahol több kolléga szempontjainak egységesítésére kerülhet sor.)
- A kutatási folyamatot ajánlásunk szerint legalább egy kutatási koordinátor fogja össze.
- Minden szülő a kutatás időterve alapján a bemeneti méréstől számított 3., 6., 12. és 24. hónapban tölt ki íveket, teszteket, míg a szakemberek a kórházi bennfekvés során intenzívebben, míg ambuláns találkozások során ritkábban dokumentálnak, majd a kontrollidőpontok alkalmával összesítik az adott vizsgálati szakaszra vonatkozó dokumentációikat. Csakis szigorú időrend szerinti működésben lehet standard az adatfelvétel *(lásd ajánlott példaként a 7. ábrát).*

7. ábra: Nyomon követő kutatások lehetséges és ajánlott időterve [saját szerkesztés]



– Minden szakmacsoportnak ajánlott egy szakmacsoporti koordinátort választani, aki mind az előzetes kiképzési időszakban, mind a kutatás során koordinálja, menedzseli és ellenőrzi a szakmacsoport szakmai munkáját és kutatási dokumentációját.
– A kutatási koordinátor(ok) felügyeli(k) a kutatás lefolytatását, idői megvalósítását, nyomon követi(k) a családok útját a programban, minden releváns adatfelvételi időpont előtt értesíti(k) a szakembereket a következő felvétel teendőiről, begyűjti(k), archiválja(k) az adatokat, folyamatosan konzultál(nak) a szakmacsoportok vezetőivel.
– Az adatfelvétel a lehetőségektől függően két módon lehetséges:
  – A papíralapú adatfelvétel: anonim, kódokkal ellátott kérdőívek, tesztek segítségével,
  – online adatfelvétel: a szintén anonim, személyes adatoktól mentes online felvétel esetében az egyes modulok kitöltéséhez egyéni linket, belépő kódot kapnak a kliensek, illetve a szakemberek.
– A válaszadás minden esetben anonim és önkéntes! A kutatási programba minden kliens informált, aktív beleegyezést követően csatlakozik. Minden válaszadónak bármikor jogában áll a válaszmegtagadás, illetve a kutatási programból való kilépés. A kutatás-etikai irányelveknek megfelelően minden szülő-gyermek pár kap egy személyes kódot. Mielőtt a szülők vagy a szakemberek kitöltik a kérdőíveket, a személyes kód feltüntetésre kerül a papírokon, illetve online kitöltés esetén a belépőkód/személyes link átadásra kerül az érintett kitöltőnek.
– A kitöltött íveken személyes adat nem szerepelhet. A kutatási programban való részvételről, a nyomon követésről, vagyis a későbbi időpontokban való megkeresés lehetőségéről a szülők írásban nyilatkoznak, arra előzetes engedélyt adnak. Az engedély bármikor visszavonható.
– A kódok, a személyes adatok és elérhetőségek nyilvántartása a kutatási koordinátor feladata. Csak ő és a kutatásvezető fér hozzá ezekhez az adatokhoz, de csakis a nyomon követés és a szervezés érdekében használják a kódlapokat. A kutatás lezárultával a kódlapokat a kutatásvezető őrzi, amelyeket harmadik személynek át nem ad sem a kutatás idején, sem azt követően.
– Minden kvantitatív, vagy kvantifikálható adat számszerűsítve, illetve a kvalitatív adatok szövegesen kerülnek egy adatbázisba (EXCELL, SPSS), amelyen például az SPSS szoftvercsomag segítségével végezhetők a statisztikai elemzések. Az adatbázisokban is csak az azonosító kódok szerepelnek, az elemzések csoportosan zajlanak.
– A kutatás elindítása előtt ajánlott egy utolsó pilothullám során, egy 3 hónapos próbaidőszakban a teljes kutatási protokollt kipróbálni. A tapasztalatok összegzése után kerülhet véglegesítésre mind az eszközrendszer, mind a kutatási protokoll teljes folyamata.

III. AZ ESZKÖZRENDSZER

Egy tervezett nyomon követő kutatás eszközrendszerében reagálnunk kell a módszertani irányelvben is megfogalmazott rizikó- és protektív tényezőkre.

A teljes eszközrendszer kidolgozásában érdemes korábbi nagymintás és kismintás kutatások eszközeire alapozni *(lásd előzőekben)*. A kutatás témái, konstruktumai, az ezekhez rendelt kérdőívek, skálák, tesztek, dokumentációs lapok kidolgozása egy-egy intézmény szakmai csapatának feladata, azonban az összehasonlíthatóság kedvéért érdemes összehangolni munkájukat a Szent János Kórház baba-mama-papa programjának csapatával. Az alábbi lista ajánlás, lehetőség van a preferált eszközrendszer szűkítésére, bővítésére.

A. BEMENETI MÉRÉS

1. Pszichiátriai diagnosztika

Pszichiáterek strukturált anamnézis felvétele – saját szerkesztésű anamnézis interjú mindkét szülő részére
MINI strukturált interjú [242].
Tesztek – *lásd a 3. Kérdőív csomagok két részletben*

2. Gyermekgyógyászati státuszvizsgálat

3. Kérdőív csomagok két részletben

Felvétel: bekerüléskor, illetve bekerülés után legfeljebb egy héttel, vagy amint lehetővé teszi az anya pszichés állapota; a kérdőívcsomagok pontos tartalma a klinikai és kutatási célkitűzések metszetében határozható meg:
– Szocio-demográfiai kérdőív: [240, 241, 243]
– Kérdőív a várandósságról: [240, 241, 244, 245, 246]
– Életesemények kérdőív:
– Társas támogatás kérdőív: [240, 241, 247]

– A partnerkapcsolattal és a háztartási munkamegosztással való elégedettség: [248, 249, 250]
– Felnőttkori partnerkapcsolati kötődés: [251, 252, 253], vagy RSQ [254]
– Sémák: például Rövidített Young-féle séma kérdőív [255,]
– Páros megküzdés: például Dyadisches Coping Inventar [256, 257, 258]
– Szorongás: például STAI [259]
– Posztnatális depresszió: például EPDS [236, 237, 260]
– Vitális kimerültség: például MQVE [261, 262]
– Családi működés: például FAD [263, 264, 265]
– Szülők saját szüleivel való kapcsolata: H-PBI [266, 267]

Ha a gyermek már megszületett, akkor pluszban lehetséges:
– Kérdőív a szülésről és a gyermekágyi időszakról: [240, 241, 245, 246]
– Kérdőív a szoptatásról: [240, 241, 246]
– Szoptatási attitűd: [268] például Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS)
– Kérdőív a gyermek egészségéről, fejlődéséről: [240, 241, 246]
– Fejlődési mérföldkövek: [240, 241, 269]
– Sírás: [270, 271] például Infant Crying Questionnaire (ICQ)
– Alvási nehézségek: [272, 273, 274, 275] pl Infant Sleep Questionnaire (ISQ) és Brief Infant Sleep Questionnaire (BISQ)
– Táplálási nehézségek: [276, 277] például The Montreal Children's Hospital Feeding Scale (MCH-FS)
– Gyermek temperamentuma és a szülő gondozói magabiztossága: [278, 279] Mother and Baby Scales (MABS)
– Gyermek temperamentuma: [280, 281, 282] például IBQ-R (0–18.hó) és ECBQ (18–36.hó)
– Gyermek szülői percepciója: [283, 284] például H-MORS
– A szülői gondozás dimenziói: [284, 285] például BMBI
– Szülői reziliencia: [286, 287] például Parental Resilience Scale of Parents' Assessment of Protective Factors (PAPF)
– Közös szülőség: [288, 277] például Daily Coparenting Scale (D-Cop)
– Gyermeknevelési attitűd, szenzitivitás, fegyelmezés, mindennapi tevékenységek: [289, 290] például Comprehensive Early Childhood Parenting Questionnaire (CECPAQ)
– Gyermeki viselkedésproblémák: [291, 292] például Early Childhood Screening Assessment (ECSA)

4. Szabad játék standard videófelvétele

B. KONTROLLMÉRÉSEK LEHETSÉGES TEMATIKÁI
– Kérdőívcsomag, tesztek: a kutatási és klinikai nyomon követés közös célkitűzéseinek megfelelő konstruktumok újramérése
– Gyermekgyógyászati státuszvizsgálat
– Szabad játék standard videófelvétele
– Szülői elégedettségmérés a programban részt vevő szakemberek munkájával kapcsolatban
– Szakemberek elégedettségének mérése a családokkal folytatott munkával kapcsolatban

C. KEZELÉSI DOKUMENTÁCIÓK LEHETSÉGES TEMATIKÁI
– Farmakoterápia dokumentációja: gyógyszerezés és mellékhatások
– Pszichoterápiák dokumentációja: egyéni, pár- és család-, csoportos terápiák
– Pszichiátriai szakápolók napi dokumentációja
– Gyermekosztályos ápolók és gyermekorvosok napi dokumentációja
– Kórházi szociális munkások dokumentációja
– Szülő-csecsemő konzulensek dokumentációja