

A szülést követő poszttraumás stressz-zavar: klinikai relevancia, mérési lehetőségek

A traumatikus szülési élmények hatása

Kovács-Berta Renáta¹  ■ Dombi Edina dr.² ■ Pásztor Norbert dr.²

¹Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Klinikai Orvostudományi Doktori Iskola, Szeged

²Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged

A perinatalis időszakban a pszichés egészséget érintő zavarok közül kiemelkedően gyakori és iteratív módon a kutatások középpontjában álló kórkép a szülés utáni depresszió és szorongás. Kevésbé kerül azonban reflektorfénybe a szülés utáni és kiemelten a szülés során átélt élmények nyomán kialakuló poszttraumás stressz-zavar (PTSD). Korábban a poszttraumás stressz-zavart főként a háborús helyzetekhez kötötték, de ma már ismert, hogy különböző, az egyén számára traumatikusnak ítélt események – mint például a gyermekszülés – szintén kiválthatják. Tanulmányunk célja, hogy áttekintést nyújtson a szülés utáni poszttraumás stressz-zavar kialakulásához hozzájáruló rizikófaktorokról, a kórkép előfordulásának alakulásáról, valamint az anya-gyermek kapcsolatot nehezítő elhúzódó hatásokról. A poszttraumás stressz-zavar kezelése jelentős kihívást jelent a mentális jóllét biztosításában részt vevő szakemberek számára, és célzott, hatékony terápiás beavatkozások kidolgozását igényli, amelyek esélyt adnak az egyén számára a gyógyulásra. Azok az erőfeszítések, amelyek célja a szüléshez kapcsolódó poszttraumás stressz-zavar megelőzése, illetve a súlyos következmények enyhítése, a mai napig változásra szorúlnak mind konceptuális, protokolláris, mind gyakorlati szinten. A problémacentrikus támogatás komplex kezelési módjait jelentő pszichés támaszkodás lehetőségei továbbra is korlátozottak, az érintettek számára hozzáférhetőségük pedig szűkös, akárcsak a megfelelő képzéssel rendelkező szakemberek elérhetősége. *Orv Hetil.* 2024; 166(12): 459–468.

Kulcsszavak: poszttraumás stressz-zavar, szülés utáni PTSD, rizikófaktorok, trauma, terápiás intervenciók

Post-traumatic stress disorder in postpartum period: clinical relevance, measurement opportunities

The impact of traumatic birth experiences

Among mental health disorders in the perinatal period, postpartum depression and anxiety are particularly common and iteratively attract research interest. Less focus, however, is placed on postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) and that develops following traumatic experiences during childbirth. Previously, post-traumatic stress disorder was primarily associated with wartime experiences, but it is now understood that various situations perceived as traumatic – such as childbirth – can also trigger this disorder. Our study aims to provide an overview of the risk factors contributing to postpartum post-traumatic stress disorder, its prevalence, and the lasting impacts that can challenge the mother-child relationship. Managing post-traumatic stress disorder presents a significant challenge for mental health professionals, necessitating the development of effective therapeutic interventions that offer individuals a chance for recovery. Efforts aimed at preventing childbirth-related post-traumatic stress disorder, as well as moderating its severe consequences, still require changes at conceptual, procedural, and practical levels. The availability of complex, problem-focused psychological support remains limited, with restricted access for affected individuals, as well as a shortage of qualified professionals.

Keywords: post-traumatic stress disorder, postpartum PTSD, risk factors, trauma, therapeutic interventions

Kovács-Berta R, Dombi E, Pásztor N. [Post-traumatic stress disorder in postpartum period: clinical relevance, measurement opportunities. The impact of traumatic birth experiences]. *Orv Hetil.* 2024; 166(12): 459–468.

(Beérkezett: 2024. november 16.; elfogadva: 2024. december 13.)

Rövidítések

APA = (American Psychiatric Association) Amerikai Pszichiátriai Társaság; BDI = (Beck Depression Inventory) Beck Depresszió Kérdőív; BRS = (Birth-related symptoms) Szüléssel kapcsolatos tünetek; CB-PTSD = (childbirth-related post-traumatic stress disorder) szüléssel kapcsolatos poszttraumás stressz-zavar; City BiTS = (City Birth Trauma Scale) City Születési Trauma Skála; DSM-V = (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition) Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve, 5. kiadás; EMDR = (eye movement desensitization and reprocessing) szemmozgás deszenzitizálása és újrafeldolgozása; EPDS = (Edinburgh Postnatal Depression Scale) Edinburgh Postnatalis Depresszió Skála; GS = (General symptoms) Általános tünetek; IES = (Horowitz's Impact of Event Scale) Horowitz-féle Események Hatása Kérdőív; IES-R = (IES-Revised) az IES átdolgozott változata; LEC-5 = (Life Events Checklist for DSM-V) Életeseményellenőrző Lista a DSM-V alapján; PCL-C = (PTSD Checklist-Civilian Version) a PTSD Ellenőrző Lista polgári változata; PP-PTSD = (postpartum post-traumatic stress disorder) szülés utáni poszttraumás stressz-zavar; PPQ = (Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire) Poszttraumás Stressz-zavar Kérdőív; PSS = (Post-traumatic Stress Disorder Symptom Scale) Poszttraumás Stressz-zavar Tüneti Skála; PSS-SR = (PSS-Self Report) a PSS önbevallásos változata; PTSD = (posttraumatic stress disorder) poszttraumás stressz-zavar; TES-B = (Traumatic Event Scale-B) Traumatikus Esemény Skála-B

A második világháborút követően került a kutatások középpontjába a poszttraumás stressz-zavar (PTSD) vizsgálata, amelyről kiderült, hogy nem csupán katonai veteránoknál fordul elő, hanem minden olyan helyzetben, amelynél az egyén traumatikus eseményt él át. Az intenzív trauma hatására számos fiziológiai, hormonális és pszichés változás lép fel, amelyek komplex tünetek formájában jelentkeznek [1]. A traumás események során kialakulhat akut stressz-zavar, amely a trauma utáni hónapban jelentkezik, valamint poszttraumás stressz-zavar, amely esetén a patológiás stresszreakciók elhúzódóan, tartósan fennállnak [2]. A szülés utáni poszttraumás stressz-zavar vizsgálata az utóbbi években egyre nagyobb figyelmet kapott. Fontos különbséget tenni a szülés utáni poszttraumás stressz-zavar (PP-PTSD) [3] és a szüléssel kapcsolatos poszttraumás stressz-zavar (CB-PTSD) között [4, 5]. Míg az előbbi bármilyen trauma kiválthatja, beleértve a szülést is, addig az utóbbi kialakulása kifejezetten a szülés élményére adott stresszválasz következménye [4–7]. *Leinweber és mtsai* [8] egy nemzetközi, multidiszciplináris szakembereket és traumás szülést átélő nők visszajelzéseit felhasználó, konszenzusos folyamat eredményeként meghatározták a traumás szülés konceptuális keretét. A traumás szülésélmény azon, közvetlenül a szüléshez kapcsolódó interakciókat és eseményeket jelenti, amelyek (elsöprően szorongató) megterhelő érzelmi reakciókat váltanak ki, és rövid vagy hosszú távon negatív hatással vannak a nő jóllétére és egészségére. Kiemelt jelentőségű, hogy a definíció nem köthető

időhatárhoz, hiszen egyes kutatások szerint a nők a szülés után évekkel dolgozzák fel szülésélményeiket [8].

Waldenström [9] a kutatásában a nők szülési élményének utólagos értékelésére ható tényezőket vizsgálta. Eredményei szerint azok a nők, akik a szülés után egy évvel a kezdeti „pozitív” értékelésüket „vegyes érzéské” változtatták, több tényező miatt alakították át véleményüket: fájdalmas, nehéz szülésélmény, császármetszés, valamint nem megfelelő gondozás a szülőintézményben. Ez együtt járt depressziós tünetekkel és a szüléssel kapcsolatos félelmekkel. Ezzel szemben azok a nők, akik a szülés utáni második hónapban „negatív” kezdeti értékelésüket „enyhébben negatívra” változtatták, pozitívabb élményeket éltek meg az intézményben, a szülésznőktől támogató visszajelzést kaptak, és kevesebb szorongásról számoltak be a szüléssel kapcsolatban [9]. A traumás szülésélmény hatásai egyénenként eltérőek lehetnek, de jelentős egészségügyi, kognitív, pszichológiai és szociális befolyással bírhatnak a nők jóllétére [8].

Módszer

Irodalomkeresést végeztünk angol nyelvű adatbázisokban: PubMed, Elsevier, PsychInfo, Web of Science. Szintén angol nyelvű, a témához szorosan kapcsolódó metaanalíziseket, eredeti kutatásokat tekintettünk át a következő keresési kifejezéseket használva: „postpartum PTSD”, „postnatal PTSD”, „childbirth related PTSD”, „trauma questionnaire”, „Citybits”. Továbbá a City Birth Trauma Scale hivatalos weboldalán (<https://www.citybirthtraumascale.com/translated-versions>) található validáló és kutatási cikkeket használtuk fel a tanulmányunk célja szerinti feltáró szakirodalmi áttekintés során. Ezenkívül manuális keresést végeztünk a közlemények referencialistájából. A keresési folyamat során az elmúlt bő tizenöt évben (2008–2023) publikált tanulmányokra összpontosítottunk, amelyek a szülés utáni poszttraumás stressz-zavar előfordulásával, kockázati tényezőivel, diagnosztikai módszereivel és kezelési stratégiáival foglalkoztak. Az áttekintésbe kizárólag olyan tanulmányokat vontunk be, amelyek megfeleltek a következő kritériumoknak: (1) klinikai vagy epidemiológiai mintán alapultak, (2) a poszttraumás stressz-zavar diagnosztikai kritériumainak megfelelő mérési eszközöket alkalmaztak, és (3) a vizsgálatok eredményei átfogó adatokat szolgáltatnak a szüléshez kapcsolódó poszttraumás stressz-zavar sajátosságairól. Az irodalom relevanciáját két kutató értékelt, és a beválasztott tanulmányok közötti esetleges eltéréseket konszenzussal oldottuk meg.

A poszttraumás stressz-zavar tünetei

A poszttraumás stressz-zavar diagnosztikai kritériumait az Amerikai Pszichiátriai Társaság (American Psychiatric Association – APA) által kiadott Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve (DSM) határozza

meg. A korábbi DSM-IV kézikönyv szerint a poszttraumás stressz-zavar három fő tünetcsoport alapján diagnosztizálható: (1) a traumatikus esemény újbóli átélése, (2) elkerülés és érzelmi zibbadás, valamint (3) fokozott izgalmi állapot. A diagnózis felállításához legalább egy újbóli átélési, három elkerülő és két izgalmi tünet szükséges, továbbá a zavar jelentős szorongást és működésbeli nehézséget kell hogy okozzon az egyén számára [10]. A legújabb, DSM-V verzió szerint a poszttraumás stressz-zavar diagnózisának felállításához a következő kritériumok teljesülése szükséges: (A) a személy valódi vagy fenyegető halált, súlyos sérülést vagy szexuális erőszakot él át, vagy ezen események szemtanúja; (B) intruzív tünetek – mint betörő emlékek és visszatérő álmok – jelenléte; (C) elkerülő magatartás, amelyben a személy tartósan kerüli a traumához kapcsolódó ingereket, és folyamatos készenléti állapotban van; (D) negatív gondolatok és hangulati változások; (E) megváltozott éberség és reaktivitás; (F) a tünetek fennállása több mint egy hónapon keresztül; (G) klinikailag jelentős szorongás vagy működésbeli károsodás és (H) kizárási kritérium, amely alapján a tünetek nem tulajdoníthatók más szerhasználatnak vagy egészségügyi állapotnak [11, 12].

Poszttraumás stressz a szülést követően: előfordulás és veszélyeztetett csoportok

A szülést követően a nők 20–48%-a tekinti saját szülésélményét traumatikusnak, azonban a poszttraumás stressz-zavar diagnosztikai kritériumainak megfelelő előfordulás 6,9%-ra tehető. Számos esetben, bár az orvosok „normálisan lezajlott” szülésként értékelik az eseményt, a nők szubjektíven mégis traumatikusként élik meg [6]. *Ayers és mtsai* [13] szerint a poszttraumás stressz-zavar szülést utáni prevalenciája 0–7% között mozoghat, míg a reális értékelés 1–2% körülire becsülhető. A szülést követő 4–6 hétben a poszttraumás stressz-zavar előfordulása 1,2%-os, a 12. héten és a 24. héten pedig 3,1%-os volt [4]. *Stramrood és mtsai* vizsgálatában a nők 1%-ánál alakult ki szülés utáni poszttraumás stressz-zavar, mely szoros összefüggést mutatott sürgősségi császármetszés, a szülési fájdalom intenzitása és az alacsony megküzdési képességek jelenléte esetén [14].

Metaanalízisek eredményei alapján a postpartum poszttraumás stressz-zavar prevalenciája átlagosan 3–4%-ra tehető a teljes anyai populációban, míg a nagy kockázatú nők körében elérheti a 15–19%-ot [6]. Különösen gyakori a poszttraumás stressz-zavar a magzati halálestek után (39%) [15], illetve a korábbi magzat elvesztést követő várandósság esetén, amelynél az anyák 20%-ánál alakul ki poszttraumás stressz-zavar [16]. A prevalencia aránya jelentős eltéréseket mutat a közösségi minták (3,1%) és a nagy kockázatú anyák (15,7%) között [6]. *Ayers és mtsai* 1423, szülés utáni anyát vizsgáltak két mintán (internetes: N = 921, kórházi: N = 502), a Posttraumatic Stress Diagnostic Scale kérdőív DSM-IV-nek megfelelő önbevallásos változatával. Az internetes

mintában a poszttraumás stressz-zavar diagnosztikai kritériumainak megfelelés 21% volt, míg a klinikai mintában 2,5%-ra csökkent. A szexuális trauma prevalenciája 22,7–33,3% között volt, míg az érzelmi zibbadás és 'arousal' (feszültség) tünetek gyakoribbak voltak az internetes mintában (52%) a klinikai mintához képest (33%) [17]. *White és mtsai* kutatásában a szülés utáni 6. hétben a poszttraumás stressz-zavar gyakorisága 2%-os volt, míg a résztvevők 10,5%-a mutatott traumatikus tüneteket, de ezek nem érték el a poszttraumás stressz-zavar diagnosztikai küszöbértékét. A szubklinikai tüneteket mutató nők prevalenciája 6 hónap alatt 10,5%-ról 5,9%-ra csökkent [18]. Egy 1997–2003 közötti kvalitatív tanulmányokat áttekintő cikkben a szülést követő 6 héten belül a poszttraumás stressz-zavar előfordulása 2,8–5,6% között mozgott, míg 6 hónappal később 1,5%-ra esett vissza [19]. Az 1997 és 2015 között végzett 59 tanulmány szisztematikus áttekintése alapján a várandósság alatti poszttraumás stressz-zavar prevalenciája a közösségi mintákban átlagosan 3,3%-os volt, míg a nagy kockázatú csoportokban ez az arány 18,95%-ra emelkedett. A szülést követően a közösségi mintákban 4%-os előfordulást mutattak ki, míg a nagy kockázatú nők csoportjában 18,5%-os arányt találtak. Az egyes vizsgálatok között jelentős eltérések tapasztalhatók a prevalenciaértékekben, ami a mintavételi és mérési különbségekre, valamint az egyes országok közötti különbségekre vezethető vissza. Az is megfigyelhető, hogy a nagy kockázatú minták esetében a perinatalis poszttraumás stressz-zavar gyakoribb, hiszen a szövődeményekkel küzdő várandós és frissen szült nők körében lényegesen nagyobb valószínűséggel fordulnak elő a poszttraumás stressz-zavar tünetei, mint a közösségi mintákban szereplőknél [5]. A 2003–2010 közötti időszak kvalitatív összefoglalója szerint a szülés utáni 1–2. hónapban 1,3–2,4%, míg a 3–12. hónapban 0,9–4,5% volt a poszttraumás stressz-zavar gyakorisága [20]. Egy 1980 és 2013 közötti kvantitatív tanulmányokat összefoglaló metaanalízis eredményei szerint a terhesség alatti depresszió ($r = 0,34$) és szorongás ($r = 0,3$), valamint korábbi pszichopatológiai tényezők mérsékelt korrelációt mutattak a szülést követő poszttraumás stressz-zavar kialakulásával. A metaanalízis továbbá szignifikáns összefüggést talált a szülést segítő egészségügyi szakemberekkel való interakciók minősége és a postpartum poszttraumás stressz-zavar kockázata között; emellett a szülés körülményei és kimenetele is szoros kapcsolatban állt a poszttraumás stressz-zavar megjelenésével [6].

A perinatalis poszttraumás stressz-zavar kockázati tényezői és kialakulásának pszichoszociális hatásai

A szülés utáni poszttraumás stressz-zavar kialakulását és fennmaradását számos prae- és perinatalis trauma hatása jelentősen befolyásolja [19]. Perinatalis trauma esetén

a poszttraumás stressz-zavarra hajlamosító tényezők közé tartoznak a szülés alatt tapasztalt „hotspot”, amelyek során az érzelmi stressz eléri a csúcspontot. *Harris és Ayers* vizsgálatai alapján a szülő nők 67,4%-a számolt be legalább egy ilyen erősen stresszes eseményről, amely leginkább szülészeti szövődményekhez vagy a szülési környezetben tapasztalt interperszonális konfliktusokhoz kötődött [21]. Számos praenatalis faktor járulhat hozzá a poszttraumás stressz-zavar kialakulásához a szülés körüli időszakban, beleértve a korábbi traumás élményeket (például gyermekkorban elszenvedett szexuális abúzus), a meglévő mentális egészségügyi zavarokat (szorongás, depresszió), az érzelmi instabilitást és a szülés előtti komplikációkat, mint a veszélyeztetett várandósság és az anticipált szüléstől való félelem. További szociodemográfiai faktorok – így az életkor, az iskolai végzettség, valamint az etnikai és vallási háttér – is potenciális rizikótényezőként jelenhetnek meg [12, 19, 20, 22]. A perinatalis időszakban a következő tényezők bizonyultak erősen korrelálóknak a poszttraumás stressz-zavar kockázatával: intenzív emocionális stressz, alacsony szintű társas támogatás (mind a partner, mind az egészségügyi szakemberek részéről), valamint az események feletti kontroll elvesztésének érzete. A további tényezők közé tartoznak a szülés során alkalmazott orvosi beavatkozások, mint az instrumentális szülés, különösen a fogó használata, valamint a császármetszés (mind elektív, mind sürgősségi) és az episiotomia, amelyek mind hozzájárulhatnak a postpartum poszttraumás stressz-zavar kialakulásához [19, 22]. A szülés utáni poszttraumás stressz-zavar kialakulását számos praenatalis és perinatalis szövődmény előidézheti, többek között várandósság alatti komplikációk, mint például a praeclampsia. Továbbá a szülés utáni szövődmények és szülési komplikációk, mint az ureter katéterezése, aneszteziológiai problémák, méhfertőzés vagy a visszamaradt placenta, szignifikánsan növelhetik a poszttraumás stressz-zavar kockázatát [12, 19, 20, 22]. A cotyledontentio a szülések mindössze 1–3%-ában fordul elő [23]. Fontos kiemelni, hogy a normál hüvelyi szülés is vezethet poszttraumás stressz-zavar kialakulásához, különböző tényezők kombinált hatásaként [12, 19, 20, 22]. Továbbá a perinatalis disszociációs tünetek jelenléte előre jelezheti a poszttraumás stressz-zavar kialakulását, akár csak a szubjektíven átélt veszélyérzet, beleértve a saját és a csecsemő életének veszélyeztetettségét [6, 22]. A poszttraumás stressz-zavar kockázatát növelik az újszülött állapotával kapcsolatos aggodalmak és komplikációk, mint a koraszülés, a kis születési súly, egészségügyi problémák vagy rendelkezési hiányok, továbbá a perinatalis asphyxia és a gépi lélegeztetés szükségessége. Az alacsony Apgar-pontszámok szintén összefüggést mutatnak a poszttraumás stressz-zavar tüneteinek megjelenésével. Egyes tanulmányok szerint a sürgősségi császármetszéssel átesett nők körében a poszttraumás stressz-zavar előfordulása elérheti akár a 9%-ot [20].

A poszttraumás stressz-zavar kialakulásával kapcsolatban a következő tényezők viszonylag gyenge összefüggést mutattak: episiotomia, gátsérülések, a szülés időtartama, társadalmi-gazdasági státusz, életkor és iskolai végzettség. Egyes kutatások azonban azt mutatták, hogy az alacsonyabb társadalmi-gazdasági osztályhoz való tartozás szorosabb kapcsolatban áll a poszttraumás stressz-zavar tüneteivel [20, 22]. A paritás és a tervezettség kérdésében a kutatások vegyes eredményeket hoztak, mivel egyes vizsgálatok a primiparitás és a nem tervezett terhesség fokozott kockázatát bizonyították, míg mások nem találtak szignifikáns összefüggést [20]. A szociodemográfiai tényezők, mint az egyedülállóság és az életkor, valamint a csecsemőkori szövődmények tekintetében is ellentmondásos eredmények születtek, mivel ezek nem minden esetben mutattak szignifikáns összefüggést a poszttraumás stressz-zavar kialakulásával [6].

A traumás szülésélmény pszichológiai és szociális következményei

A traumás szülésélmény számos pszichológiai és szociális következménnyel járhat, amelyek a női identitás, testkép, kötődés, valamint az egészségügyi ellátórendszerhez való viszony megváltozásában nyilvánulhatnak meg. A traumatizált nők gyakran tapasztalják a saját testükbe vetett bizalom csökkenését, és negatív érzelmi reakciókat élhetnek át, mint például tehetetlenség, megaláztatás vagy a szülés élményével kapcsolatos szorongás, ez pedig megváltoztathatja a későbbi reprodukív terveket is [8]. *Simpson és mtsai* integratív áttekintése szerint a szülési trauma következtében a nők gyakran szembesülnek szexuális diszfunkcióval, és sok esetben orvosi sterilizálás iránti igény is felmerül. Az átélt trauma hatására fokozódhat a szuicid gondolatok megjelenése, valamint a depresszió, harag, zsidbadás és disszociáció, például deperszonalizáció és derealizáció is [12]. A traumás élmény azonban nem mindig vezet kizárólag negatív következményekhez, mivel egyes nők számára a későbbi, pozitív szülési tapasztalatok gyógyulást, valamint magabiztosságot hozhatnak [8].

A szülés utáni mentális zavarok: a poszttraumás stressz-zavar és a depresszió komorbiditása

A szülés utáni poszttraumás stressz-zavar (PP-PTSD) és a depresszió komorbiditása jelentős klinikai kihívást jelent a perinatalis mentális egészség területén. Számos kutatás kiemeli, hogy ez a két állapot gyakran együtt tapasztalható, és közös tüneteket mutat, mint a negatív gondolatok, az érzelmi diszreguláció és a betolakodó emlékek. A PP-PTSD és a szülés utáni depresszió gyakori együttes előfordulását a közös kockázati tényezők magyarázzák, ideértve a traumatikus szülési élményeket, a megfelelő szociális támogatás hiányát, valamint a koráb-

ban fennálló mentális egészségi problémákat [4, 24–26]. *Grekin és O'Hara* metaanalízisében a szülés utáni poszttraumás stressz-zavar és a szülés utáni depresszió közötti kapcsolatot vizsgálva megállapították, hogy a poszttraumás stressz-zavar legszorosabb összefüggése a szülés utáni depresszióval mutatkozott, különösen a veszélyeztetett anyák ($r = 0,7$) és közösségi minták ($r = 0,53$) esetében. A poszttraumás stressz-zavar tünetei közül a túlfeszültség (hiperarousal) és az érzelmi zibbadás tünetcsoportjai erősebb korrelációt mutattak a depresszió mértékével. A szociális támogatás közepes erősségű összefüggést mutatott a szülés utáni poszttraumás stressz-zavarral mindkét mintában. Az egyedülálló státusz a nagy kockázatú csoportban szignifikáns kockázati tényezőként jelentkezett a poszttraumás stressz-zavar kialakulásában, míg a közösségi mintában nem mutatott statisztikai jelentőséget. Ezzel szemben az életkor pozitívan mérsékelte a poszttraumás stressz-zavar előfordulásának mértékét, mivel az idősebb, egyedülálló anyák körében erősebb kapcsolat figyelhető meg a poszttraumás stressz-zavar tüneteivel. A szülészeti szövődmények, például a sürgősségi méheltávolítás, a különböző korcsoportokban eltérő összefüggéseket mutattak a poszttraumás stressz-zavarral, fiatalabb nőknél markánsabb korrelációval. Az élettörténetben szereplő korábbi trauma szignifikánsan összefüggött a szülés utáni poszttraumás stressz-zavar kialakulásával [6]. *White és mtsai* kutatása során a poszttraumás stressz-zavar kritériumait teljesítő nők többsége a depresszió magasabb szintjét is mutatta: a zavar 10,2%-ban major depressziót és 20,1%-ban minor depressziót okozott. A poszttraumás stressz-zavar és a depresszió tünete között közepes erősségű ($r = 0,63$) összefüggés mutatkozott, amelyet az EPDS és PSS-SR kérdőívvel mértek. A pontos diagnózist megnehezíti, hogy a két zavar tünete között jelentős átfedés található [18]. *Liu és mtsai* kínai kutatása szerint a perinatalis poszttraumás stressz-zavar és a depresszió komorbiditása a részt vevő 1136 nő 23,5%-ában mutatkozott, akiknél emelkedett depresszióértékeket mértek, míg 6,1%-uk a szülés utáni poszttraumás stressz-zavar tüneteit is tapasztalta. A szociális támogatás és az anya egyedüli gyermeki státusza védőfaktorok lehetnek a poszttraumás stressz-zavar és a depresszió kialakulásában [24].

A perinatalis poszttraumás stressz-zavar és a családi interakciók

Szülési trauma és párkapcsolati dinamika

A perinatalis poszttraumás stressz-zavar tartós hatása a párkapcsolatra és az anya-gyermek kötődésre jól dokumentált a szakirodalomban [27]. *Delicate és Ayers* kvalitatív kutatásukban 18 résztvevővel vizsgálták a szülési trauma párkapcsolatra gyakorolt hatását. A vizsgálat során feltárták a kapcsolódó támogatási igényeket és tapasztalatokat, és megállapították, hogy a szülési trauma

distresszt, szexuális problémákat és fokozott diszfunkcionális kommunikációt idézett elő a párok között. A résztvevők jelezték, hogy szívesen lettek volna jobban felkészülve a szülésre, mivel úgy vélték, hogy ez segíthetett volna csökkenteni a trauma kialakulását. Az átélt trauma továbbá hatással volt a párkapcsolati elégedettségre, amelyben a depressziós tünetek közvetítő szerepet játszottak [28–30]. Ugyanakkor egyesek számára a kapcsolat fejlődését és elmélyülését is eredményezte a trauma feldolgozása [28, 31]. *Garthaus-Niegel és mtsai* szerint a párkapcsolat minősége szoros összefüggésben áll a szülői nevelési stílussal, amely végső soron a gyermekkel való kapcsolatra is hatással van [29]. Apákkal készített interjúkban rávilágítottak, hogy a férfiak gyakran traumatikusan élték meg a szülés közbeni drámai élményeket, például a vér látványát és a tehetetlenség érzését. A férfiak egy része úgy érezte, hogy elmaradtak a szülés során várt pozitív élményektől, és csalódtak a kórházi személyzetben is, különösen az érzékenység és a tájékoztatás hiányosságai miatt. Ezzel párhuzamosan néhány apa pozitív tapasztalatokat is megosztott a személyzet interakcióiról, de általánosságban a szülés traumaélménye hatással volt a párkapcsolatra. Egyesek arról számoltak be, hogy bizonyos kulcsingerek beindították a szüléssel kapcsolatos emlékeket, az átélt élményekről visszatérő, negatív, betörő gondolataik voltak, amelyek a pihentető alvást is megakadályozták. A szülési élmény hatása a partnerrel való kapcsolatra eltérő volt: egyes esetekben a szülésélmény érzelmi elmélyülést és a kapcsolat új dimenzióit hozta, míg mások számára negatív hatásokkal járt, például érzelmi izolációval és a tapasztalatok elrejtésével [31]. A résztvevők különböző módon dolgozták fel a történeteket, és inkább problémaközpontú megküzdési stratégiákat alkalmaztak a stressz kezelésére [28, 31]. A gyermekkel való kapcsolatot nem befolyásolta negatívan az átélt szülésélmény. Az eredmények azt mutatták, hogy minden férfi szorongásos tünetekről számolt be, amelyek hatással voltak életük különböző aspektusaira, és mindegyik résztvevő klinikailag jelentős szorongásos tüneteket mutatott [31, 32].

Steen és mtsai metaszintézist készítettek az 1999 és 2010 között megjelent kvalitatív kutatások eredményeiből, amelyek az apák szülészeti ellátásban való részvételére és tapasztalataira fókuszáltak. A kutatás eredményei szerint bár manapság a férfiak többsége részt vesz a szülés folyamatában, a szülészeti ellátás során tapasztalt nehézségek és a kórházi személyzet részéről tapasztalt türelmetlenség miatt gyakran kirekesztettséget és bizonytalanságot élnek meg, ami megnehezíti partnerük hatékony támogatását [32]. *Nicholls és Ayers* félig strukturált interjúkutatásában arra jutottak, hogy a szülés utáni poszttraumás stressz-zavar negatívan befolyásolhatja a párkapcsolatot, a kommunikációt, az érzelmeket, a partner támogatásának minőségét és a szülő-gyermek kötődést is [30]. *Ayers és mtsai* hasonlóan megállapították, hogy a perinatalis poszttraumás stressz-zavar tartósan hat a párkapcsolatra és az anya-gyermek kötődésre,

azok a nők, akik a poszttraumás stressz-zavar tüneteivel küzdenek, gyakran szembesülnek szexuális működési zavarokkal és kapcsolati problémákkal is [27, 33].

A perinatalis poszttraumás stressz-zavar hatása a gyermekek fejlődésére és a szülői kötődés dinamikájára

Simpson és mtsai integratív áttekintése szerint a szülés utáni poszttraumás stressz-zavar negatív hatással van az anya csecsemője jelzéseinek értelmezésére és a rá való érzékeny reagálásra, valamint a kötődés minőségére. A poszttraumás stressz-zavar csökkenti az anya és gyermek közötti interakció iránti vágyat, és befolyásolhatja a szoptatás sikerességét is, szorongást keltve a csecsemőben [12]. *Parfitt és Ayers* kutatása hasonló eredményeket hozott, megállapítva, hogy a poszttraumás stressz-zavar tünetei közvetlen hatással vannak az anya-gyermek kötődésre. Az anyák kezdetben elutasító érzésekről számoltak be gyermekük iránt, amelyek később átalakultak [33]. *Ertan és mtsai* pozitív összefüggést találtak anya és gyermek kötődési nehézségei és a szülés utáni poszttraumás stressz-zavar ($r = 0,412$), valamint a depresszió ($r = 0,506$) között, míg negatív kapcsolatot találtak a szociális támogatás mértékével. A társas támogatás kulcsszerepet játszik a szülés előtti és utáni időszakban, mivel csökkenti a poszttraumás stressz-zavarra való sebezhetőséget. A szülés során átélt trauma nemcsak az anya, hanem a partner poszttraumás stressz-zavar kockázatát is növeli [34]. *Cook és mtsai* a perinatalis poszttraumás stressz-zavar és a gyermeki fejlődés, valamint az anya-gyermek kapcsolat közötti összefüggéseket vizsgálták 1980 és 2016 között megjelent tanulmányok alapján [35]. Eredményeik szerint az anya szülés utáni poszttraumás stressz-zavara összefüggésbe hozható a csecsemő kis születési súlyával, valamint a szoptatás kisebb valószínűségével. A szülés utáni depresszió pedig prediktív tényezője lehet a szoptatás korai abbahagyásának, illetve a rövidebb szoptatási időszakoknak. Az anya-gyermek kötődést, interakciót, valamint a koraszülés és a magzati növekedés kérdését illetően egyes eredmények születtek. A koraszülés kockázata nőtt azoknál a nőknél, akiknél szülés előtti poszttraumás stressz-zavar valószínűsíthető volt [35]. Kutatások azt mutatják, hogy a szülés utáni poszttraumás stressz-zavar mérsékelten összefügg a 15 hónapos gyermekek csökkent kognitív fejlődésével, bár nem befolyásolja jelentősen a nyelvi vagy motoros készségeket. Ez arra utal, hogy az anyai poszttraumás stressz-zavar specifikusan befolyásolhatja a kognitív területeket kora gyermekkorban anélkül, hogy károsítana más fejlődési területeket [29].

Az akut stressz-zavar szintén fontos előrejelzője lehet a szülés utáni poszttraumás stressz-zavarnak [2]. *Scho-binger és mtsai* adatai szerint az anyák 8,9%-a és az apák 4,4%-a tapasztalta az akut stressz-zavar tüneteit egy héttel a szülés után, míg egy hónappal később a poszttrau-

más stressz-zavar valószínűsége 20,7%-ra, illetve 7,2%-ra nőtt a szülés módjától függetlenül [36]. Az apák esetében a szülésélmény nem gyakorolt negatív hatást a gyermekkel való kapcsolatra, bár az általuk megélt stressz és szorongás befolyásolhatta a családi dinamika alakulását [31]. *Radoš és mtsai* kutatásukban arra a következtetésre jutottak, hogy a szülés utáni poszttraumás stressz-zavar hatásait a depresszió közvetíti, ami jelentős hatással van a kötődési folyamatokra is. A poszttraumás stressz-zavar szintje és a depresszió mértéke közvetlen összefüggésben állt a kötődési problémákkal, különösen azoknál az anyáknál, akik jelentős poszttraumás stressz-zavar és depressziós tüneteket mutattak. A kutatás szerint a poszttraumás stressz-zavartól szenvedő anyák között nagyobb arányban fordultak elő kötődési zavarok, ami megerősíti, hogy a pszichés zavarok közvetlenül befolyásolják a szülő-gyermek kapcsolatot [37]. Az anya és gyermek közötti kötődés minősége, különösen a kiszámíthatatlan, elhanyagoló vagy bizonytalan kötődési mintázatok, valamint az ártalmas gyermekkori élmények – például az anya mentális zavarai, mint a depresszió – jelentős szerepet játszhatnak a gyermekkori alvászavarok kialakulásában. Az alvászavarok nemcsak a gyermekek alvásmínőségét befolyásolják, hanem hosszú távon szomatikus és mentális egészségügyi problémák kialakulásához is vezethetnek [38, 39].

A perinatalis poszttraumás stressz-zavar mérési eszközei: kérdőívek és pszichometriai jellemzőik

A poszttraumás stressz-zavar mérésére alkalmazott eszközök közül számos, eltérő populációk számára kifejlesztett kérdőívet használnak, amelyek nem biztosítanak a szülés utáni populációra vonatkozó specifikus információkat. *Stramrood és mtsai* a Traumatic Event Scale-B (TES-B) és a PSS-SR kérdőívet alkalmazták, és arra a következtetésre jutottak, hogy az eszközök operacionálisálásában nagy eltérések vannak a kérdések megfogalmazásában, a határértékekben, az utasításokban és a válaszkategóriákban, ami megnehezíti az eredmények összehasonlíthatóságát [14, 40, 41]. A perinatalis kutatásokban széles körben alkalmazott TES a DSM-IV diagnosztikai kritériumait követi, és a poszttraumás stressz-zavar különböző tüneteit mérve hasznos eszközként szerepel [40]. A *PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C)* kérdőív 17 tételből álló önbeszámoló eszköz, amely a traumatikus élményekre adott válaszokat méri, de nem kifejezetten a perinatalis populációra fejlesztették ki. A PCL-C esetében a válaszokat ötfokú (1–5 tartomány) Likert-skálán értékelik, és a 44 pont feletti érték a poszttraumás stressz-zavar jelenlétét jelzi. A skála belső megbízhatósága nagy (Cronbach-alfa = 0,95) [42]. *Persson és mtsai* svéd, szülés utáni populációban alkalmazták a PCL-C-t és a LEC-5 Életesemény-ellenőrző Listát, és a poszttraumás stressz-zavar 4,1%-os prevalenciáját talál-

ták [43]. A *PTSD Checklist-Civilian Version-V (PCL-5)* 20 tételből álló kérdőív, ötfokú Likert-skálán pontozva (0–4 tartománnyal), amelyet a DSM-V poszttraumás stressz-zavar kritériumainak megfelelően alakítottak ki, és belső konzisztenciája kiváló (Cronbach-alfa = 0,94) [44]. A *Horowitz's Impact of Event Scale (IES)* (Horowitz-féle Események Hatása Kérdőív) a trauma hatására létrejövő stressztüneteket 15 tétel és 2 faktor mentén méri (a DSM-IV PTSD-diagnózisának a betörő gondolatok (B) és az elkerülés (C) kritériumait tartalmazza) [45] (a kérdőívet lefordították magyar nyelvre, és elérhetőek a pszichometriai jellemzői) [46]. Ezt később a 'hiperarousal'-al egészítette ki Weiss és Marmar 1997-ben [47]. Az *Impact of Event Scale-Revised (IES-R)* (Események Hatása Kérdőív – átdolgozott változat) kérdőív a katasztrófával kapcsolatos traumatikus tünetek mérésére szolgál 22 tétel mentén ötfokú Likert-skálán (0–4 tartományban) [47]. A *Post-traumatic Stress Disorder Symptom Scale (PSS)* (Poszttraumás Stressz-zavar Tüneti Skála) szintén széles körben alkalmazott, 17 tételű skála a poszttraumás stressz-zavarnak a DSM-III-TR kritériumai szerinti diagnosztizálására, és különböző populációkban használták a traumatikus élményekkel kapcsolatos tünetek felmérésére [41].

Két olyan mérőeszköz létezik, amelyet kifejezetten a perinatalis poszttraumás stressz-zavar mérésére fejlesztettek ki:

1) *A Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ)* (Poszttraumás Stressz-zavar Kérdőív) 14 tételű, dichotóm válaszlehetőségekkel rendelkező eszköz, amelyet a perinatalis időszakban fellépő poszttraumás stressz-zavar szűrésére terveztek. Bár az eszköz nem fed le az összes diagnosztikus kritériumot, az alacsony erőforrású környezetekben hasznos lehet [48]. Callahan és mtsai a kérdőívet ötfokú Likert-skálán történő válaszadással módosították, ami finomította a válaszlehetőségek értékelését [49].

2) *A City Birth Trauma Scale (City BiTS)* (City Születési Trauma Skála) kétfaktoros strukturális modelltől: az Általános tünetekből (GS) és a Szüléssel kapcsolatos tünetekből (BRS) áll, és a szülés utáni poszttraumás stressz-zavart méri az egy éven belül született anyáknál. A City BiTS 29 tételből álló kérdőív, amelyet a születéssel kapcsolatos poszttraumás stressz-zavar mérésére fejlesztettek ki a DSM-V kritériumai szerint: a stresszor kritériumai (A), az újraátélés tünetei (B), az elkerülés (C), a negatív kogníciók és hangulat (D) és a 'hiperarousal' (E), a tünetek időtartama (F), jelentős distressz vagy károsodás (E) és kizárási kritériumok (H). A skála kiváló pszichometriai tulajdonságokkal rendelkezik (Cronbach-alfa = 0,92) [50]. Több nyelven validálták: héber [51], horvát [52], kínai [53], török [54], német [55], francia [56], spanyol [57], brazil [58], svéd [59], perzsa [60], ausztrál [7]. A City BiTS pontozható a teljes PTSD-tünetek mérésére, beleértve a korábbi kutatások által azonosított alszállak tüneteit is. A skála a poszttraumás stressz-zavar diagnosztizálásának mérésére is használható [50]. A City BiTS

partneri változata 28 tétellel rendelkezik, és kifejezetten a traumatikus szülés partnerre gyakorolt hatásának mérésére készült, szintén kiváló megbízhatósággal (Cronbach-alfa = 0,94) [61], amelyet francia nyelven is validáltak [62].

A poszttraumás stressz-zavar és a perinatalis poszttraumás stressz-zavar pszichoterápiás intervenciók és prevenciók lehetőségei

Fodor és Bitter áttekintése szerint a poszttraumás stressz-zavar azonnali (72 órán belüli) és korai (1 hónapon belüli) intervenciói különböző mértékben befolyásolják a poszttraumás stressz-zavar kialakulását [2]. Rövid (1–3 alkalmas) és hosszabb (4–12 alkalmas) terápiák léteznek, amelyek különösen hatékonyak bizonyultak a kognitív viselkedésterápia alkalmazásával, míg a pusztán pszichoedukációs és élményfeldolgozó (debriefing) intervenciók korlátozott eredménnyel járnak [63]. Az APA útmutatása hangsúlyozza az akut stressz-zavarban és a poszttraumás stressz-zavarban szenvedő egyének esetén a farmakoterápia mellett a pszichoterápiás beavatkozások jelentőségét, amelyek segítenek a trauma élményének adaptív feldolgozásában. A terápiás módszerek közül kiemelkednek az egyéni terápiák, különösen a pszichodinamikus pszichoterápia, amely a múltbeli traumák újramodellezésével enyhíti a poszttraumás stressz-zavar tüneteit. A kognitív és viselkedésterápiák, mint az expozíciós terápia, valamint a szisztematikus deszenzitizáció és a relaxációs technikák, mint a progresszív izomrelaxáció, az irányított képzeletalkotás, hozzájárulnak a szorongás csökkentéséhez. A szemmozgás deszenzitizálása és újrafeldolgozása (EMDR) szintén hatékony a traumás élmények feldolgozásában, különösen azoknál a betegeknél, akik nehezen verbalizálják élményeiket. A traumaközpontú csoportos pszichoterápiák különösen hatékonyak lehetnek, és általában 3–6 hónap terápiás időtartamot igényelnek, többek között pszichoedukációt, pszichodinamikus elemeket, kognitív viselkedésterápiát, szorongáskezelést, stresszinzokulációt, asszertív tástréninget és kognitív átstrukturálást. A kritikus esemény bekövetkezte utáni azonnali (10 órán belüli) vagy késleltetett (48 óra után történő) egyszeri élményfeldolgozó (debriefing) krízisintervenció hatékony korai beavatkozási lehetőséget nyújt a poszttraumás stressz-zavar és az akut stressz-zavar megelőzésében. Emellett olyan új pszichoterápiás módszereket is megvizsgáltak, amelyek hatékonyságát még kevés empirikus bizonyíték támasztja alá, mint például: a) az írásos érzelmi feltárási technika, amelyben a páciensek három egymást követő napon át 20 percig írnak, majd beszélnek legsúlyosabb traumájukról; b) intruzív gondolatok monitorozása; és c) indián gyógyító rituálék, amelyek kulturális érzékenységet igényelnek, és tartalmazhatnak imaginációs expozíciós technikai elemeket is [64].

A poszttraumás stressz-zavar, különösen a szülés utáni poszttraumás stressz-zavar megelőzése és kezelése olyan komplex megközelítéseket igényel, amelyek a szülést megelőzően, valamint a szülés utáni időszakban is hatékonyak lehetnek. Az ilyen megelőző stratégiák és beavatkozások sok esetben a mentális egészség támogatására és a pszichológiai ellenálló képesség fokozására összpontosítanak. A szülés előtti pszichológiai felkészítés a poszttraumás stressz-zavar megelőzésének egyik kulcsfontosságú eleme lehet, különösen a rizikócsoportba tartozó várandósok esetében [6].

A szülés utáni poszttraumás stressz-zavar kezelésében a kognitív viselkedésterápiás megközelítések hatékonyan alkalmazhatók a traumával kapcsolatos gondolatok és érzelmek feldolgozásában. Kutatások szerint a rövid kognitív viselkedésterápiás intervenciók (4–8 ülés) csökkentik a poszttraumás stressz-zavar tüneteit a szülés utáni időszakban [19]. Emellett az interperszonális pszichoterápia is hatékonyan bizonyulhat, különösen a szociális támogatás és a személyközi kapcsolatok megerősítése révén, amely kritikus fontosságú a szülés utáni időszakban. Az *O'Hara és mtsai* által végzett kutatás szerint az interperszonális pszichoterápiában részesülő nők BDI-pontszámai szignifikáns csökkenést mutattak a terápia végére, és jelentős javulást értek el depressziós epizódjukból [65]. A peripartum szorongásos zavarok kezelésében az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápiás intervenciók hatékony eszköznek bizonyulnak, mivel elősegítik a tünetek enyhítését, és hozzájárulhatnak a súlyosabb pszichés zavarok kialakulásának megelőzéséhez [66]. *Grekin és O'Hara* áttekintése az expozíciós terápiát javasolja a poszttraumás stressz-zavar intervenciójaként, továbbá ajánlja a krízisintervenció, a relaxáció, a pszichoedukáció és a megküzdési készségek fejlesztésének alkalmazását [6]. Az expozíciós terápiát, amely a traumatikus események kontrollált feldolgozására irányul, szintén sikeresen alkalmazzák a PP-PTSD kezelésében. Emellett az EMDR-módszert is alkalmazzák a traumával kapcsolatos intenzív érzelmi reakciók csökkentésére [6, 64]. Az újabb megközelítések között szerepelnek a 'mindfulness' alapú intervenciók, amelyek a tudatos jelenlét gyakorlásán keresztül segítik a stressz kezelését és a traumatikus emlékekhez kapcsolódó negatív érzelmek enyhítését [67, 68]. Ezek a preventív és intervenciók lehetőségek fontos szerepet játszanak a PP-PTSD csökkentésében és kezelésében, valamint hozzájárulhatnak a hosszú távú mentális egészség fenntartásához. A hatékonyság értékeléséhez további kontrollált vizsgálatok szükségesek, különösen a kulturális és személyes tényezők figyelembevételével.

Következtetés

Az utóbbi évtizedekben a várandós nők és a szült anyák mentális egészségének vizsgálata kiemelt fontosságúvá vált, mivel a perinatalis időszakban előforduló depresszió, szorongás és poszttraumás stressz-zavar tünetei

egyre gyakrabban jelentkező problémák, amelyek számos tényezőtől függnnek. A magyar postpartum populáción végzett korábbi kutatások nem vizsgálták a szülés utáni poszttraumás stressz-zavar tüneteinek azonosítását és mérését, ugyanakkor egyre nyilvánvalóbb, hogy a szülési intézmények szakemberei, valamint a szülés utáni ellátást végző szakemberek fokozott figyelmet kell hogy fordítsanak erre a problémára.

A megelőzés szempontjából kiemelt jelentőséggel bír a várandósok megfelelő, szülésre való felkészítése, amely során az anyákat és apákat tájékoztatják a különböző szülési lehetőségekről, a szülészeti beavatkozások kockázatairól és előnyeiről. A nagy rizikójú csoportok esetében különösen fontos a poszttraumás stressz-zavar kialakulásának kockázatát növelő tényezők azonosítása. Ezen túlmenően figyelmet kell fordítani azokra a nőkre, akik elektív vagy sürgősségi császármetszéssel, szülési komplikációkkal szültek, vagy akiknek a várandósságuk alatt és a szülést követően különleges ellátásra volt szükségük. A perinatalis poszttraumás stressz-zavar bizonyos, csecsemőkorral kapcsolatos kimeneteleket is előre jelezhet, amelyek negatívan befolyásolják az anya válaszkészségét gyermeke jelzéseire, és hátrányosan hatnak az anya-gyermek kötődésre [12, 17, 34, 35]. A rutinszerű szűrések során validált, kultúraspecifikus kérdőívek alkalmazása segíthetne a mentális zavarok azonosításában, ehhez pedig elengedhetetlen a perinatalis szakemberek közötti összehangolt együttműködés. A nők felkészítésében fontos szerepe van a normál hüvelyi szülésről és a császármetszésről való tájékoztatásnak, amely érzelmileg segíthet a szülésre való felkészülésben. A szociális támogatás segíthet csökkenteni a poszttraumás stressz-zavar kialakulására való hajlamot a perinatalis időszakban [34]. A szülés közbeni támogatás és megnyugtató, amelyet a személyzet nyújt, potenciálisan csökkentheti a szülő nőben a magányosság érzését, a támogatás hiányát vagy figyelmen kívül hagyását [21, 22]. A szülésfelkészítő tanfolyamokon való részvétel, a szülésznői ellátás, a társas támogatás, a szülés utáni aranyóra biztosítása, a bőrkontaktus az újszülötellel és az azonnali mellre tétel mind olyan tényezők, amelyek szerepet játszhatnak a perinatalis poszttraumás stressz-zavar megelőzésében [12]. Az apai részvétel növelése a szülés folyamatában csökkentheti az apák féltelmeit és bizonytalanságait, és támogató szerepük megerősítheti a családi dinamikát [28, 32].

A perinatalis mentális egészségügyi szolgáltatások és a gyermekvállaláshoz, gyermekváráshoz, gyermekszüléshez kapcsolódó iránymutatások továbbra is hiányosak. Az integrált betegellátási utaknak tartalmazniuk kellene a mentális egészséggel kapcsolatos oktatási és képzési lehetőségeket, amelyek hozzájárulhatnak a szülés utáni poszttraumás stressz-zavar megelőzéséhez és káros következményeinek csökkentéséhez. Mindazonáltal célszerű folytatni a szülés utáni poszttraumás stressz-zavar kezelésének további finomítását, az egyes beavatkozások hosszú távú hatásának értékelését, valamint a szélesebb körben elérhető, multidiszciplináris támogató rendsze-

rek kidolgozását [68]. A postpartum posztraumás stressz-zavar megelőzése és kezelése így nemcsak az érintett anyák pszichés jóllétéhez, hanem a társadalom egészének egészségfejlesztéséhez is hozzájárulhat, elősegítve a következő generációk kiegyensúlyozottabb fejlődését.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása és a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: K.-B. R. a közlemény szövegének jelentős hányadát állította össze, D. E. és P. N. a közlemény megírását koordinálta. A közlemény végleges változatát mindhárom szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Fejes Cs, Révay R. Historical overview of post-traumatic stress syndrome (PTSD), possibilities for resolution of trauma. [A posztraumás stressz szindróma (PTSD) történeti áttekintése, a trauma feloldásának lehetőségei.] Lélektan és hadviselés 2021; 3: 63–75. [Hungarian]
- [2] Fodor KE, Bitter I. Psychological interventions following trauma to prevent posttraumatic stress disorder. A systematic review of the literature. [Pszichológiai intervenciók traumatikus események után a posztraumás stressz-zavar megelőzésére.] Orv Hetil. 2015; 156: 1321–1334. [Hungarian]
- [3] Liu Y, Zhang L, Guo N, et al. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. BMC Psychiatry 2021; 21: 487.
- [4] Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, et al. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. Psychol Med. 2010; 40: 1849–1859.
- [5] Yıldız PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2017; 208: 634–645.
- [6] Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2014; 34: 389–401.
- [7] Fameli AL, Costa DS, Coddington R, et al. Assessment of childbirth-related post-traumatic stress disorder in Australian mothers: psychometric properties of the City Birth Trauma Scale. J Affect Disord. 2023; 324: 559–565.
- [8] Leinweber J, Fontein-Kuipers Y, Thomson G, et al. Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: a discussion paper. Birth 2022; 49: 687–696.
- [9] Waldenström U. Why do some women change their opinion about childbirth over time? Birth 2004; 31: 102–107.
- [10] Guze SB. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text revision (DSM-IV TR). American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
- [11] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th ed.) American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2013.
- [12] Simpson M, Schmied V, Dickson C, et al. Postnatal post-traumatic stress: an integrative review. Women Birth 2018; 31: 367–379.
- [13] Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2008; 29: 240–250.
- [14] Stramrood CA, Huis In't Veld EM, van Pampus MG, et al. Measuring posttraumatic stress following childbirth: a critical evaluation of instruments. J Psychosom Obstet Gynecol. 2010; 31: 40–49.
- [15] Christiansen DM. Posttraumatic stress disorder in parents following infant death: a systematic review. Clin Psychol Rev. 2017; 51: 60–74.
- [16] Monostori D, Dombi E, Zelena A. Wrong communication panels for perinatal loss. [Hibás kommunikációs panelek perinatális veszteség esetén.] Orv Hetil. 2018; 159: 1033–1036. [Hungarian]
- [17] Ayers S, Harris R, Sawyer A, et al. Posttraumatic stress disorder after childbirth: analysis of symptom presentation and sampling. J Affect Disord. 2009; 119: 200–204.
- [18] White T, Matthey S, Boyd K, et al. Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: prevalence, course and co-occurrence. J Reprod Infant Psychol. 2006; 24: 107–120.
- [19] Olde E, van der Hart O, Kleber R, et al. Posttraumatic stress following childbirth: a review. Clin Psychol Rev. 2006; 26: 1–16.
- [20] Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, et al. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand. 2012; 91: 1261–1272.
- [21] Harris R, Ayers S. What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum 'hotspots'. Psychol Health 2012; 27: 1166–1177.
- [22] Ayers S, Bond R, Bertullies S, et al. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. Psychol Med. 2016; 46: 1121–1134.
- [23] Perlman NC, Carusi DA. Retained placenta after vaginal delivery: risk factors and management. Int J Womens Health 2019; 11: 527–534.
- [24] Liu Y, Zhang L, Guo N, et al. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. BMC Psychiatry 2021; 21: 487.
- [25] Vega-Sanz M, Berastegui A, Sanchez-Lopez A. Perinatal post-traumatic stress disorder as a predictor of mother-child bonding quality 8 months after childbirth: a longitudinal study. BMC Pregnancy Childbirth 2024; 24: 389.
- [26] Tatano Beck C, Gable RK, Sakala, C, et al. Postpartum depressive symptomatology: results from a two-stage US national survey. J Midwifery Womens Health 2011; 56: 427–435.
- [27] Ayers S, Eagle A, Waring H. The effect of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. Psychol Health Med. 2006; 11: 389–398.
- [28] Delicate A, Ayers S. The impact of birth trauma on the couple relationship and related support requirements; a framework analysis of parents' perspectives. Midwifery 2023; 123: 103732.
- [29] Garthus-Niegel S, Horsch A, Handtke E, et al. The impact of postpartum posttraumatic stress and depression symptoms on couples' relationship satisfaction: a population-based prospective study. Front Psychol. 2018; 9: 1728.
- [30] Nicholls K, Ayers S. Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: a qualitative study. Br J Health Psychol. 2010; 12: 491–509.
- [31] Etheridge J, Slade P. "Nothing's actually happened to me." The experiences of fathers who found childbirth traumatic. BMC Pregnancy Childbirth 2017; 17: 80.
- [32] Steen M, Downe S, Bamford N, et al. Not-patient and not-visitor: a metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. Midwifery 2012; 28: 422–431.
- [33] Parfitt Y, Ayers S. The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent-baby bond. J Reprod Infant Psychology 2009; 27: 127–142.
- [34] Ertan D, Hingray C, Burlacu E, et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth. BMC Psychiatry 2021; 21: 155.

- [35] Cook N, Ayers S, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: a systematic review. *J Affect Disord.* 2018; 225: 18–31.
- [36] Schobinger E, Stuijtzand S, Horsch A. Acute and post-traumatic stress disorder symptoms in mothers and fathers following childbirth: a prospective cohort study. *Front Psychiatry* 2020; 11: 562054.
- [37] Nakić Radoš SN, Matijaš M, Andelinović M, et al. The role of posttraumatic stress and depression symptoms in mother-infant bonding. *J Affect Disord.* 2020; 268: 134–140.
- [38] Kovács-Tóth B, Kuritárné Szabó I. The impact of adverse childhood experiences on mental and somatic health in childhood and adolescence. [Az ártalmas gyermekkori élmények hatása a mentális és szomatikus egészségre gyermek- és serdülőkorban.] *Orv Hetil.* 2023; 164: 1447–1455. [Hungarian]
- [39] Balogh P, Tesch D, Poós A. Background factors of childhood sleep disorders: interparental conflicts, parent-child attachment, parenting style and the quality of parent-child relationship. [A gyermekkori alvászavarok háttértényezői: a szülők közötti konfliktusok, a szülő-gyermek kötődés, a nevelési stílus és a szülő-gyermek kapcsolat minősége.] *Orv Hetil.* 2024; 165: 652–663. [Hungarian]
- [40] Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross-sectional study. *J Anxiety Dis.* 1997; 11: 587–597.
- [41] Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, et al. Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *J Traumatic Stress* 1993; 6: 459–473.
- [42] Weathers FW, Litz BT, Herman DS, et al. The PTSD checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility. In: Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX (Vol. 462).
- [43] Persson A, Lindmark S, Petersson K, et al. Potentially traumatic events, fear of childbirth and posttraumatic stress disorder during pregnancy in Stockholm Sweden: a cross-sectional study. *Sex Reprod Healthc.* 2020; 25: 100516.
- [44] Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, et al. The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): development and initial psychometric evaluation. *J Trauma Stress* 2015; 28: 489–498.
- [45] Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med.* 1979; 41: 209–218.
- [46] Kocsis-Bogár K, Miklósi M, Perczel Forintos D. Hungarian version of the Impact of Event Scale. Psychometric evaluation. [Az Események Hatása Kérdőív magyar változatának pszichometriai vizsgálata.] *Psychiatr Hung.* 2012; 27: 245–254. [Hungarian]
- [47] Weiss DS, Marmar CR. The impact of event scale – revised. In: Wilson JP, Keane TM. (eds.) *Assessing psychological trauma and PTSD.* Guilford Press, New York, NY, 1997; pp. 399–411.
- [48] Quinnell FA, Hynan MT. Convergent and discriminant validity of the perinatal PTSD questionnaire (PPQ): a preliminary study. *J Trauma Stress* 1999; 12: 193–139.
- [49] Callahan JL, Borja SE, Hynan MT. Modification of the perinatal PTSD questionnaire to enhance clinical utility. *J Perinatol.* 2006; 26: 533–539.
- [50] Ayers S, Wright DB, Thornton A. Development of a measure of postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Front Psychiatry* 2018; 9: 409.
- [51] Handelzalts JE, Hairston IS, Matatyahu A. Construct validity and psychometric properties of the Hebrew version of the City Birth Trauma Scale. *Front Psychol.* 2018; 9: 1726.
- [52] Nakić Radoš S, Matijaš M, Kuhar L, et al. Measuring and conceptualizing PTSD following childbirth: validation of the City Birth Trauma Scale. *Psychol Trauma* 2020; 12: 147–155.
- [53] Nie XF, Cheng L, Huang F, et al. Construct validity and psychometric properties of the Chinese version of the City Birth Trauma Scale. *J Obstet Gynaecol.* 2022; 48: 2946–2955.
- [54] Bayrı Bingöl F, Bal MD, Di siz M, et al. Validity and reliability of the Turkish version of the City Birth Trauma Scale (CityBiTS). *J Obstet Gynaecol.* 2020; 41: 1023–1031.
- [55] Weigl T, Beck-Hiestermann FM, Stenzel NM, et al. Assessment of child-related PTSD: psychometric properties of a German version of the City Birth Trauma Scale. *Front Psychiatry* 2021; 12: 731537.
- [56] Sandoz V, Hingray C, Stuijtzand S, et al. Measurement and conceptualization of maternal PTSD following childbirth: psychometric properties of the City Birth Trauma Scale – French version (City BiTS-F). *Psychol Trauma* 2022; 14: 696–704.
- [57] Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI, et al. Assessment of posttraumatic stress disorder among women after childbirth using the City Birth Trauma Scale in Spain. *Psychol Trauma* 2021; 13: 545–554.
- [58] Osório FL, Rossini Darwin AC, Bombonetti EA, et al. Posttraumatic stress following childbirth: psychometric properties of the Brazilian version of the City Birth Trauma Scale. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2022; 43: 374–383.
- [59] Stén G, Ayers S, Malmquist A, et al. Assessment of maternal posttraumatic stress disorder following childbirth: psychometric properties of the Swedish version of City Birth Trauma Scale. *Psychol Trauma* 2023; 15: 1153–1163.
- [60] Vatanparast A, Kamrani A, Shakiba S, et al. The latent factor structure and assessment of childbirth-related PTSD: psychometric characteristics of the City Birth Trauma Scale. Persian version (City-BiTS-P). *Front Psychiatry* 2023; 14: 1204392.
- [61] Webb R, Smith AM, Ayers S, et al. Development and validation of a measure of birth-related PTSD for fathers and birth partners: The City Birth Trauma Scale (partner version). *Front Psychol.* 2021; 12: 596779.
- [62] Sandoz V, Lacroix A, Jubin M, et al. The latent factor structure and assessment of childbirth-related PTSD in fathers: psychometric characteristics of the City Birth Trauma Scale – French version (partner version). *Psychol Trauma* 2023; 15: 1145–1152.
- [63] Vizin G, Farkas K. Possibilities of cognitive behavioral therapy in the oncological care. [A kognitív viselkedésterápia lehetőségei az onkológiai ellátásban.] *Magy Onkol.* 2020; 64: 62–69. [Hungarian]
- [64] Ursano RJ, Bell C, Eth S, et al. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161(Suppl 11): 3–31.
- [65] O’Hara MW, Stuart S, Gorman LL. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 1039–1045.
- [66] Zinner-Gérecz Á, Perczel-Forintos D. Psychotherapy in obstetrics: implementing low intensity psychological interventions. [Pszichoterápia a szülészetben: lehetőségek alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápiás intervenciókra.] *Orv Hetil.* 2021; 162: 1776–1782. [Hungarian]
- [67] Yang M, Song B, Jiang Y, et al. Mindfulness-based interventions for postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Iran J Public Health* 2023; 52: 2496–2505.
- [68] Luberto CM, Park ER, Goodman JH. Postpartum outcomes and formal mindfulness practice in mindfulness-based cognitive therapy for perinatal women. *Mindfulness (N Y)* 2018; 9: 850–859.

(Kovács-Berta Renáta,
Szeged, Korányi fasor 6., 6720
e-mail: bertareni@gmail.com)