

Baby blues és szülés utáni depresszió

Tóth Renáta

adjunktus

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Egészségmagatartás és –fejlesztés Szakcsoport

e-mail: toth@etszk.u-szeged.hu

A baby blues kifejezés jól visszaadja azt a belső zaklatottságot, amelyet a nők a szülésük utáni napokban átélnek. A baby blues időtartama változó, néhány órától néhány napig terjedhet, tetőfokát a szülés után 24 órával éri el. A baby blues pozitív tünetei az öröm, a felfokozott lelkiállapot és a túlaradó szeretet. Negatív tünetei: a lehangoltság, a szorongás és aggodás, az üresség érzése, zaklatottság, ingerlékenység, fokozott érzékenység, az elhagyatottság érzése, a fáradtság. (Antoine, 2010) Láthatjuk, hogy ezek a negatív tünetek lényegében azok, amelyeket krízishelyzetekben él át az egyén.

A baby blues az esetek egy részében szülés utáni depresszióban folytatódik. A női bulvárlapok és a pszichológiai szakkönyvek egy része is elfogadott tényként kezeli, hogy a nők 50-75%-át jellemzi a szülés utáni depresszió (Vajda, Kósa, 2005).

A szülés utáni depressziót már a 20. század elején leírták genitális működészavarként. Angliában már a 19. század második felében gyakran hivatkozott a védelem, átmeneti elmezavarra, ha egy anya egy évnél fiatalabb gyermekét ölte meg. Előbb-utóbb széleskörű nézetté vált, hogy a gyermekszülés szükségszerűen mentális zavart okoz. Az 1970-es években az anyáknak szóló tanácsadó irodalomban már az jelent meg, hogy az a normális, ha valamennyire depressziós a nő szülés után. Sőt, ha nem jelentkezik depresszió, akkor valami baj van az anyával. (Oakly, 1986) A média - és sokszor a szakkönyvek - túlzó és hamis beállításai önbeteljesítő jóslattá válhatnak, normává téve a szülés utáni lehangoltságot. A fiatal anyák hajlamosak lesznek múltó rosszkedvüket, átmeneti szorongásukat depresszióként címkézni. (Vajda, Kósa, 2005)

Ma is az az uralkodó nézet, hogy a szülés utáni depresszió – és általában a női depresszió – a nemi hormonoknak köszönhető. A feminista nézőpontot alkalmazó pszichológusok viszont alaposan megvizsgálták ezt az elképzelést. Ussher (2010) szerint, ha azt tekintjük, hogy a depresszióknak igen magas a prevalenciája a serdülőkorban, a menstruáció, a terhesség, a korai anyaság és a menopauza ideje alatt is, akkor nehezen fogadhatjuk el a depresszió előfordulása és a nemi hormonok szintje közötti korrelációt. Hogyan lenne lehetséges, hogy a női nemi hormonok magas és alacsony szintje is depressziós állapothoz vezet? Azt láthatjuk, hogy amikor a depresszió prevalenciája növekszik, valamilyen krízishelyzettel állunk szemben. A serdülőkor, a terhesség, a szülés vagy a menopauza mind fontos fejlődési krízisei a női létnek. A szülés és a csecsemőgondozás megnövekedett felelősségtudattal, szorongással járhat. Az anyák megterhelése különösen a szülést követő napokban, hetekben igen nagy. A mai gyermekgondozási szokások irreálisan sokat követelnek az anyáktól, így nagyfokú aránytalanság alakulhat ki az anya teherbíró képessége és a csecsemő valódi vagy vélt szükségletei között (Vajda, Kósa, 2005). Azt sem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a nők megküzdési stratégiái eltérőek mint a férfiaké. A nők hajlamosabbak kifejezni negatív érzéseiket, sokszor hosszan rágódnak az eseményeken és gyakran keresnek érzelmi támaszt. Ráadásul kudarcok esetén a nők hajlamosabbak belső attribúciókat adni. (Ussher, 2010)

Egyértelmű összefüggés mutatkozik az anya életkora és a szülés utáni depresszió előfordulása között. Egy reprezentatív amerikai vizsgálatban a 23 éves kor mutatkozott vízváltásként. 23 éves kor alatt egyértelműen negatív emocionális következményekkel járt az anyaság, míg fölötte pozitíval. Vagyis 23 éves kor alatt az anyáknál nagyobb a depresszió prevalenciája, mint a gyermektelen nőknél. Az anyává válás optimális időpontjának a 30 éves életkor bizonyult: ekkor volt maximális az anyaszerep pozitív hatása a testi és mentális egészségre. Ezt a hatást elsősorban gazdasági és szociális faktorok közvetítik. (Mirowsky, Ross, 2002)

Az anyává válás és a depresszió kapcsolatáról a következőket mondhatjuk el összegzőképpen: az anyává válás folyamatának több olyan állomása is van, amely fejlődési, vagy akár akcidentális krízishelyzetet eredményezhet, ami lehangoltsághoz, szorongáshoz vezethet. Ebben az esetben viszont átmeneti krízisállapotról van szó, amely meghatározott környezeti tényezőkre adott reakcióként értelmezhető. Nagyobb valószínűséggel kerül krízisbe az anya, ha irreálisak az elvárásai magával szemben, ha hiányzik a támogató társas közeg, illetve ha elégedetlen a házasságával, partnerével (Emmanuel és mtsai, 2011). Ezt a krízisállapotot címkézzük a mi nyugati kultúránkban szülés utáni depresszióknak. A női reprodukciós folyamatot kísérő jelenségek magyarázatát – így a szülés utáni lehangoltság esetében is -, és a hétköznapi gyakorlatot meghatározza a kultúra: a társadalmi ideológiák, a hatalom megjelenési formái, a vizuális reprezentációk, a nyelvezet stb. (Ussher, 2008). Ussher (2010) felhívja a figyelmet arra, hogy sok kultúrában még ma sem ismert a depresszió fogalma. A szülés utáni állapotot átmeneti distresszként kezelik. Példaként említi, hogy Japánban 1999-ben indított egy gyógyszerészeti kampányt a depresszió mint népbetegség kezelésével kapcsolatban. Ennek következtében az addig az élet részeként kezelt, átmeneti lehangolt állapotokat depresszióként kezdték el diagnosztizálni. 2003-ra a diagnosztizált depressziósok száma exponenciálisan növekedett.

Irodalomjegyzék:

1. **Antoine, C.** (2010): A terhesség és az anyaság pszichológiája, Saxum Kiadó, Budapest
2. **Emmanuel, E. N., Creedy, D. K., St John, W., Brown, C.** (2011): Maternal role development: the impact of maternal distress and social support following childbirth, *Midwifery*, 27, 265-272.
3. **Mirowsky, J., Ross, C. E.** (2002): Depression, parenthood, and age at first birth, *Social Science and Medicine*, 54, 1281-1298.
4. **Oakley, A.** (1986): Feminism, motherhood and medicine – Who cares?, In: Mitchell, J.,
5. **Oakley, A.** (szerk.) *What is feminism?*, Basil Blackwell, Oxford, 127-150.
6. **Ussher, J. M.** (2008): Kísérlet az örültség, a szexualitás és a reprodukció materiális-diszkurzív elemzésére, In Kende A. (szerk.): *Pszichológia és feminizmus*, L' Harmattan Kiadó, Budapest
7. **Ussher, J. M.** (2010): Are we medicalizing women's misery? A critical review of women's higher rates of reported depression, *Feminism and Psychology*, 20, 9-35.
8. **Vajda Zs., Kósa É.** (2005): *Neveléslélektan*, Osiris Kiadó, Budapest