

A POSZTPARTUM MEGJELENŐ TERHESSÉGI TÉVESZME INTEGRATÍV MEGKÖZELÍTÉSE

SIMON MÁRIA, VÖRÖS VIKTOR, HEROLD RÓBERT, FEKETE SÁNDOR, TÉNYI TAMÁS

PTE OEKK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők áttekintik a terhességi téveszme nosológiáját és fenomenológiát, illetve esteken szemléltetik a szülést követően megjelenő terhességi téveszmét, mely bizarrnak tekinthető. Megvitatásra kerülnek a terhességi téveszme lehetséges etiológiai tényezői, különös tekintettel a legújabb kognitív elméletekre és az antipszichotikumok mellékhatásaként megjelenő hiperprolaktinémia-ra. A posztpartum megjelenő terhességi téveszme eseteinek megbeszélésekor a puerperális testi változások hibás kognitív feldolgozását a téveszmeképződés motivációs elméletével és a kulturális tényezőkkel is integráljuk.

KULCSSZAVAK: terhességi téveszme, téveszmeképződés, „két-faktor” modell, posztpartum

POST-PARTUM DELUSION OF PREGNANCY: AN INTEGRATED VIEW.

Case study and review of the literature

We review the nosology and phenomenology of delusion of pregnancy. Two cases with post partum delusion of pregnancy which can be regarded as a delusion with bizarre content are described. The possible etiological factors particularly aspects of the novel cognitive theories of delusion formation and the hyperprolactinaemia caused by antipsychotic treatment are considered. While discussing the cases with post partum delusion of pregnancy we integrate the false sensory and cognitive processing of the puerperal somatic changes with the motivation theory of delusion formation and with the effect of the cultural environment.

KEYWORDS: delusion of pregnancy, delusion formation, “two factor” model, post partum

Meglehetősen gyakori nem terhes nők körében, hogy tévesen terhesnek vélik magukat. Egyes esetekben ezek a fantáziák visszatérő jellegűek; különösen, ha tudattalan belső konfliktusok, bűntudat vagy éppen kifejezett ambivalencia társul az esetleges terhességhez. Mi több, a téves terhességi hiedelem időnként téveszmés formát ölthet: vagyis olyan szilárd meggyőződés alakulhat ki a nem létező terhességgel kapcsolatban, mely racionális érveléssel nem korrigálható. Differenciáldiagnosztikailag a terhességi téveszmét el kell különíteni négy olyan további állapottól, mely utánozhatja a terhességet:

1. Az álterhesség (pseudocyesis) az az állapot, melyben egy nem terhes nő terhesnek véli magát és a graviditás különféle testi jelei mutatkoznak nála (elmarad a menstruációja, megduzzadnak a mellei, émelygést érez, hasa előredomborodik, testsúlya gyarapodik, s magzatmozgásokat is észlelhet). A klasszikus felfogás szerint az álterhes-

ség típusosan infantilis személyiségű és abnormális szexuális előzményű, hiszteroid nőkben jelenik meg (Fried és mtsai, 1951), de leírták érett személyiség szerveződésű és szexualitású, meddőségben szenvedő nőben is (Lapido, 1979). Hangsúlyozandó, hogy a terhességről való meggyőződés nem kötelező tünet pseudocyesisben (a terhesség lehetősége gyakran csak futó gondolatok formájában bukkan fel), míg a nyilvánvaló testi változások mindig jelen vannak (Cohen, 1982, de Paw 1990). Másfelől: a pseudocyesis lehet téveszmés, ha a terhességgel kapcsolatos meggyőződés szilárd és megingathatatlan. Ezen a ponton a (téveszmés) pseudocyesis átfedést mutat a terhességi téveszmével, valójában a terhesség tüneteinek szomatikus manifesztációi alapján különíthetők el (Hardwick és Fritzpatrick, 1981). Megjegyzendő, hogy a pseudocyesist agyi organikus elváltozások talaján kialakuló organikus hangulatzavar részeként is leírták (Signer és munkatársai, 1992).

2. A pszeudoterhesség terhességet utánzó testi állapot, melyet valamiféle organikus tényező vált ki (gyakran pl. hormontermelő daganat).

3. Szimulált terhesség esetén a nő terhesnek vallja magát, holott tudja, hogy nem az (Underhill, 1878; Dumont, 1989).

4. A Couvade szindrómában az apánál alakulnak ki terhességi tünetek a gyermek születése előtt, alatt vagy után. A páciens terhes nőkre jellemző tüneteket észlelhet magán, jóllehet tudja, hogy nem terhes (Mayer és Kapfhammer, 1993). Ritkán a Couvade szindróma is lehet téveszmés (Tényi és munkatársai, 1996).

A terhességi téveszme a szomatikus (hipochondriás) téveszmék egy sajátos formájának tekinthető. Nozológiailag nem specifikus, hisz megjelenhet szkizofréniában (Aliez et al. 1956; Jenkins et al. 1962; Chengappa et al. 1989; Shankar, 1991; Michael et al. 1994; Aditaynjee, 1995; Quershi, 2001; Radhakrishnan et al. 1999; Rajagopalan és Varma, 1997; Shiwach és Dudley, 1997; Varma és Katsenos, 1999; Kornischka és Schneider, 2003), deluzív zavarban (Bitton et al. 1989; de Pauw, 1990), affektív kórképekben (Aronson 1952, Bokhari 1998, Harland és Warner, 1997; Michael et al. 1994; Millner és Forcier, 1992; Vié és Bobé, 1932; Baonville et al. 1935; Camus et al. 1995; Quershi, 2001), epilepsziában (Chaturvedi, 1989; Quershi, 2001; Marchand, 1971; Michael et al. 1994; Tényi, 2001), demenciában és más organikus agyi pszichoszindrómában (Toulouse és Marchand, 1902; Vié és Bobé, 1932; Schiff és Simon, 1933; Baonville et al. 1935; Focquet, 1935; Harland és Warner, 1997; Neveau és Boyer, 1950; Jenkins et al. 1962; Chaturvedi, 1989; Michael et al. 1994; Harland és Warner, 1997; Rajagopalan és Varma, 1997; Quershi, 2001), valamint olyan testi betegségekhez társulóan, mint például húgyúti fertőzés, gyógyszer indukálta galaktorrea, valamint polydipszia (Rajagopalan, 1997; Cramer, 1971; Ahuja et al. 2008; Shiwach és Dudley, 1997).

A XIX. század elején Esquirol írta le egy terhességi téveszmében szenvedő, 31 éves nő esetét (Jenkins et al. 1962). Esquirol esete egyebekben azt is jól példázza, hogy a terhességi téveszme gyakran erotomán talajon bukkan fel: betege úgy vélte, hogy híres professzorától esett teherbe, akivel egyébként még csak nem is beszélt (Brookington, 1996, 28. o.). E kezdeti beszámolót követően számos alkalommal dokumentálták a terhességi téveszmét – nem csak nőkben, hanem férfiakban is (Aditaynjee, 1995; Aliez et al. 1956; Aronson,

1952; Baonville et al. 1935; Bitton et al. 1989; Camus et al. 1995; Chaturvedi, 1989; Chengappa et al. 1989; Focquet, 1935; Jenkins et al. 1962; Marchand, 1971; Micheal et al. 1994; Miller és Forcier, 1992; Neveau és Boyer, 1950; Tényi et al. 2001; Varma és Katsenos, 1999; Radhakrishnan et al. 1999). Férfiban a terhességi téveszme különösen szokatlan és bizarr jelenség, talán ennek tudható be, hogy oly gyakran közlik az irodalomban (Kornischka és Schneider, 2003). Ezen kívül a terhességi téveszme egyéb bizarr megjelenési formáit is leírták: például a többszörös terhességi téveszmét (Michael et al. 1994; Chengappa et al. 1989), a visszatérő terhességi téveszmét (Radhakrishnan et al. 1999), olyan terhességi téveszmét, mely a vajúdás és szülés élményével is társult (Rajagopalan és Varma, 1997), lombik-bébi terhesség téveszméjét (Manoj et al. 2004), széles körben indukált terhességi téveszmét (Brookington, 1996), elsődleges sterilitás esetén fellépő terhesség téveszméjét (Griengl, 2000), valamint évtizedekig tartó terhesség téveszméjét (De Pauw, 1990; Kornischka és Schneider, 2003).

A fentiekhez hasonlóan, a posztpartum megjelenő terhességi téveszme is bizarr szomatikus téveszmének tekinthető. Az alábbiakban a posztpartum terhességi téveszme két esetét mutatjuk be. Az első egy posztpartum kezdődő szkizoaffektív pszichózis esete, akinek családi anamnézisében az anya szkizoaffektív zavara és szülési élménnyel járó álterhessége szerepel. A másik eset egy már ismert szkizofrén nőbetegben megjelenő posztpartum terhességi téveszme.

Első eset

P.J., 19 éves nőbeteg akut pszichotikus tünetek miatt utaltak klinikánkra azt követően, hogy 8 nappal korábban – terhessége 39. hetén – komplikációtól mentes, spontán szüléssel egészséges leánygyermeket szült. Anamnézisében pszichiátriai kezelés nem szerepelt. Ez volt a 3. terhessége az előző kettőt (15 és 16 éves korában) művi vetéléssel szakították meg az első trimeszterben. Jelenlegi partnerével 17 éves kora óta élt együtt. Tradicionális, falusi közegben éltek, ahol a gyermektelen párokat „megszólják”, így a családi környezet kezdetől fogva nagy nyomást gyakorolt a fiatal párra, hogy minél előbb legyen gyermekük. Ebben az időben a P.J. aggódott, hogy a korábbi terhesség-megszakítások miatt nem lehet gyermeke.

Két év múlva esett teherbe, s a terhesség során felmerülő anyagi nehézségek mellett aggódott a

szülés és az anyaság miatt is, nem tudta elképzelni magát jövőendő anyaszerepében. S mikor egy idősebb asszony szörnyű történeteket mesélt neki halálos kimenetelű szülésekről, ambivalenciái tovább erősödtek. Nem táplálkozott egészségesen és dohányzott.

A szülést követő napokban rendezett volt, sokat foglalkozott a gyermekkel, s úgy tűnt, minden rendben zajlik. Ám a hatodik napon – már otthonában – magatartása megváltozott, egyre nyugtalanabb lett, nem evett, nem aludt, éjszaka mezítenül járkált a kertben. Bizarr és grandiózus, többszörös posztpartum terhességi téveszmét hangoztatott, emellett nem létező személyekkel beszélt, és teljesen elhanyagolta az újszülöttet. Osztályos felvételekor elmondta, hogy szülése óta további harminc szülése volt. Nem tudta ugyan, hová lettek az újszülöttek, de folyamatosan hallotta a gyermekek sírását. Lüktetést érzett a hasában, melyet további magzatok mozgásának és szívműködésének tulajdonított.

P.J. gyermekkorában traumákkal teli. Hét gyermekből harmadikként született házasságon kívül. Két bátyját nem ismerte, ők állami gondozásban nőttek fel. Apját sem ismerte, anyja úgy mondta, hogy erőszakos közöszlővel fogant, melynek elkövetője egy, a szomszédságban lakó férfi volt. Három éves volt, amikor anyja házasságot kötött, majd további négy gyermeke született. P.J. perifériás szerepet foglalt el a családban, érzelmileg-fizikailag elhanyagolt volt, s gyakran tanúja volt anyja és nevelőapja dulakodásának ill. közöszlőseinek. Az anya első pszichiátriai kezelésére a hetedik gyermek születését követően, a korai posztpartum időszakban került sor, akut pszichotikus tünetek miatt. Ez idő alatt a nevelőapa molesztálta a 12 éves P.J.-t, aki a rákövetkező éjszaka megszökött és rokonoknál kért menedéket, akik jelentették a történeteket a gyermekjóléti szolgálatnak, így az elhanyagolt és bántalmazott lány 12 évesen állami gondozásba került, ahol 16 éves koráig nevelkedett. Nem sokkal azután, hogy kikerült az állami gondozásból, elhagyta a szülői házat és jelenlegi partneréhez, valamint annak népes családjához költözött, ahol rendezett körülmények között élt. Ezt követően csak felszínes kapcsolata volt anyjával. Az anyának visszatérően voltak pszichotikus epizódjai (a klinikai dokumentációiban szkizoaffektív pszichózis diagnózis szerepel). Megemlítendő, hogy P.J. szülése előtt kb. öt évvel az anyát pseudocyesis és hallucinátoros szülésélmény miatt vettük fel klinikánkra. P.J. ez idő tájt

nem állt szoros kapcsolatban anyjával, de később elmesélték neki, hogy anyja „álderhes volt”.

P.J. szkizoaffektív pszichózis diagnózist kapott és hangulatstabilizáló (lítium) és antipszichotikum (kezdetben haloperidol, majd EPS miatt olanzapin) kombinált gyógyszeres terápiában részesült. Pszichotikus tünetei fokozatosan elhalványultak, két hét múlva arról beszélt, hogy már csak egyetlen magzat van a hasában (egy fiú magzat). A negyedik hétre megszűntek az általa érzett magzatmozgások, s úgy vélte, a hasában levő magzat „felszívódott”. Nem sokkal ezután stabil állapotban otthonába bocsátható volt, ahol addig a család nőtagjai gondoskodtak az újszülöttről, s eztán is támogatták őt abban, hogy elássa a gyermekét. Egy év tünetmentesség után elhagyta a gyógyszereit, majd rövidesen ismét felvételre került szkizoaffektív pszichózis kórjelzéssel (terhességi téveszmék ezúttal nem voltak).

Második eset

F.K. 27 éves nőbeteg, akinél 22 éves korában paranoid szkizofréniát diagnosztizáltak, a 40. héten császármetszéssel történt szülést követő 4. napon került klinikánkra a szülészeti osztályról. Ezzel egyidejűleg az újszülöttet csecsemőotthonba helyezték. Közvetlenül az után, hogy egészséges fiút hozott a világra P.J. továbbra is terhesnek érzete magát, melyet a posztpartum időszak fiziológiai jeleivel is alátámasztott (hasa előredomborodó volt, fáradtnak, álmosnak érzet magát, stb.). Nem sokkal később kismencedei és hasi érzetekről számolt be, melyeket magzatmozgásoknak tulajdonított. Terhességi téveszméje a kombinált antipszichotikum kezelés ellenére hetekig megintgathatatlanul fennállt. A terhesség eredetét illetően magyarázó téveszmék voltak feltárhatók. Úgy vélte, hogy terhessége 6-7. hónapjában az italába csempészett altatókkal és nyugtatókkal elkábították, s miközben mélyen aludt, anyja által felbérelt férfiak megerőszakolták és teherbe ejtették. Azt állította, hogy az ily módon fogant második magzat a szülést követően továbbra is a méhében maradt, s majd eztán fog világra jönni.

A páciens városi munkáscsaládban nőtt fel. Apja alkoholbeteg volt, daganatos betegségben hunyt el, F.K. 18 éves korában. Számos, durva családi veszekedésre tudott visszaemlékezni gyermekkorából. Anyja érzelmileg távolságtartó és nehezen elérhető volt, apjával meghittebb kapcsolatban állt, aki azonban ittas állapotban néha csábító megjegyzéseket tett a kamaszodó F.K. külsejére. Miután apja beteg lett, F.K. ápolta őt, majd

annak halála után azt kezdte hangoztatni, hogy valójában nem is a biológiai, hanem csak a nevelő-anya volt. Egyre inkább bevonódott e téves geneológiai elképzelésekbe, az iskolai teljesítménye romlott, s végül nem sikerült az érettségije sem. Anyjával szemben is egyre ellenségesebbé vált. Első alkalommal 22 éves korában került sor pszichiátriai osztályos kezelésére, ekkor azt hangoztatta, hogy anyja ál-bábákat bérelt, akik megtermékenyítették őt, majd nem sokkal később álmában ollóval kivágták a méhéből a gyermekét, miközben összevagdosták a hüvelyét is.

Két évvel később valóban terhes lett, anyja nyomására megszakította a terhességet, s ez az eset végleg meggyőzte őt arról, hogy anyja nem az igazi anyja. Ettől fogva egyre promiszkuisabb életmódot folytatott, azt hitte, nem eshet teherbe, hisz oly „durván megsérül a méhe”. Váratlanul észlelte, hogy mégis állapotos – feltehetően attól a férfitől, akivel évek óta tartó, laza kapcsolata volt. F.K. örült a terhességnek, jóllehet az apa nem ismerte el az apaságot, anyja pedig a közelgő anyagi gondokra hivatkozva a terhesség megszakítását szorgalmazta, miközben azt vetítette előre, hogy a gyermek úgyszólván csecsemőotthonba kerül majd. Miután anyja mindennemű támogatást megvont tőle, F.K. korábbi téveszméi fellángoltak, és terhességének 8. hetében ollóval megtámadta és felületesen megsebesítette az anyját. Pszichiátriai osztályos felvételre került, ahol 10 mg/ die olanzapinra lett beállítva, amit a terhesség hátralevő részében rendszeresen szedett. A 40. gesztációs héten császármetsszéssel egészséges fiúgyermeket szült.

Akut pszichotikus állapotban lévén, nem tudott megfelelően gondoskodni az újszülöttről. A szülészetéről a pszichiátriai osztályra került, ahol korábbi üldöztetéses téveszméi mellett terhességi téveszméről is beszámolt. Miután F.K. anyja nem kívánt gondoskodni az újszülöttről, a gyermekjóléti szolgálat csecsemőotthonban helyezte el az újszülöttet. F.K. kombinált antipszichotikum adásban részesült, s amint állapota engedte, látogatni kezdte az újszülöttet. Szülés utáni nyolcadik hétre téveszméi elhalványodtak, reziduális tünetekkel távozott otthonába.

MEGBESZÉLÉS

Tudomásunk szerint ez a korai posztpartum időszakban megjelenő terhességi téveszme első leírása. Brockington (1996, 206.o.) elemezte a posztpartum pszichózisok során megjelenő téveszméket és azt találta, hogy a kóros gondolatok és ideák

szinte egész spektruma megjelenhet ilyenkor, jóllehet némelyik téveszme speciálisan a gyermekszüléssel kapcsolatos (pl. a gyermek származását illető nagyzásos elképzelések, a gyermek isteni avagy ördögi eredetével kapcsolatos fantáziák, a gyermek elcserélésével kapcsolatos üldöztetéses téveszmék). Néhány ritka téveszme megjelenését is észlelték: például posztpartum Capgras szindrómát (Cohn és mtsai 1977, De Leo és mtsai 1985, Nilsson és Perris 1971), valamint posztpartum Fregoli szindrómát (O'Sullivan és Dean 1991).

Manoj és mtsai (2002) hívják fel a figyelmet arra, hogy a terhességi téveszme általában etiológiailag heterogén jelenségnek tekinthető: egyes esetekben pusztán organikus tényezők indukálják mindennemű pszichodinamikus háttér nélkül, máskor organikus (pl. endokrin, neurokognitív) eltérések hatásaként és/ vagy környezeti-pszichológiai stresszre adott válaszként értelmezhető.

Neuroendokrin tényezők

Az irodalomban olvasható egy posztpartum tireoditiszhez kapcsolódó eset, melyben szülést követően három hónappal tireoditiszrel egyidejűen jelentek meg a terhességi téveszme tünetei, melyek zavartsággal, tájékozatlansággal is társultak (Bokhari és mtsai, 1998). A biokémiai eutireózis elérésével párhuzamosan a páciens pszichés állapota teljesen rendeződött.

Ismert továbbá, hogy az antipszichotikum kezelés által kiváltott prolaktin emelkedés is indukálhat terhességi téveszmét már előzőleg pszichotikus nöbetegekben feltehetőleg azért, hogy felill. megerősíti a terhességgel kapcsolatos, többnyire ambivalens fantáziákat (Ahuja és mtsai 2008, Ali és mtsai 2003, Cramer 1971). Jóllehet nem bizonyított a prolaktin közvetlen patogenetikus szerepe, Ali és mtsai (2003) felvetik, hogy a terhességi téveszmének esetleg közvetlen összefüggése lehet a megnövekedett prolaktin szinttel. De Paw (1990), Milner és Hayes (1990), Michael és mtsai (1994), Ahuja és mtsai (2008) pedig úgy vélik, hogy nemcsak a hiperprolaktinémia, hanem egyéb antipszichotikum kezelés indukálta testi tünetek (pl. tejszorgás, hízás, haspuffadás és ebből fakadó diszkomfort) előhívhatják vagy megerősíthetik a terhességgel kapcsolatos vágyakat, félelmeket, s így terhességi téveszmét idézhetnek elő már előzőleg pszichotikus betegekben.

Bemutatott eseteink kapcsán nem hagyható figyelmen kívül, hogy a korai gyermekágyas időszakban a prolaktin koncentráció fiziológiásan

emelkedett, ám meghatározó etiológiai szerepét kétségbe vonja, hogy ebben az időszakban a terhességi téveszme megjelenése igen ritka. Mindkét páciensünk nagy dózisú antipszichikumot kapott, ám közvetlenül felvételüket követően gyógyszeres ablaktálásuk is megkezdődött. Több hétig tartott ugyan, míg a tejelválasztás teljesen megszűnt és a prolaktin szint is normalizálódott, de a terhességi téveszme ettől eltérő (elhúzódóbb) időbeli mintázatot mutatott, így a magas prolaktin szint oki szerepe nem volt valószínű. Pácienseink pajzsmirigy státusza normális volt, fizikális vizsgálattal neurológiai kórjelük nem volt, s az EEG vizsgálat sem jelzett kórosat.

Pszichodinamikus és neurokognitív tényezők

A hagyományos pszichoanalitikus értelmezések vágyteljesítő és védő (én-védő) szerepet tulajdonítanak a téves hiedelmeknek. Klasszikus összefoglaló munkájában Helen Deutsch (1945) kifejti, hogy a terhesség, mint az anya és magzata zavartalan egysége, lehetővé teszi az egyedüllét és elhagyatottság élményének mágikus elkerülését, mely a téveszme képződés alapjául is szolgálhat. Hasonlóképpen feltételezhetjük, hogy a szeretet elvesztése, a szeretet tárgyának vagy éppen a termékenységnek az elvesztése is aktiválhat vágyteljesítő módon terhességi téveszmet (Shankar 1991). A szülést követő időszakban az anyaszerphez való ambivalens viszonyulás, az anyasággal kapcsolatos félelmek, bizonytalanságok további kiváltó okként szolgálnak a terhességi téveszme kialakulásához, mely a magzat és anya zavartalan egységét, az anyaságra való „várakozás” további fennállását hirdeti. Mindkét bemutatott esetünkben tetten érhető a saját anyával való azonosulás nehezítettsége, az elhanyagolás és az anya érzelmi elérhetetlensége, mely gyakori oka a saját anyaszerpellel kapcsolatos félelmeknek és ambivalenciáknak.

A téveszmék kialakulásának kurrens kognitív modelljeit tekintjük át, akkor azt találjuk, hogy e modellek két nagy csoportra oszthatók: a deficit és a motivációs modellek csoportjába (Winters és Neale 1983, Blaney 1999, Bentall és mtsai 2001). A deficit modellek a delúziókat kognitív diszfunkciók és perceptuális abnormalitások eredményeként fogják fel, míg a motivációs modellek figyelembe veszik a téveszmeképzésben az elviselhetetlen distressz avagy a dezintegráló szorongás feloldására tett erőfeszítést is.

A legszélesebb körben elfogadott deficit modell az ún. „két-faktor modell” (két-deficit modell), melyet Langdon és Coltheart (2000) dolgozott ki. E „két-faktor modell” a szenzoros percepció anomáliáit tekinti a téveszmeképződés „első faktorának” (vagyis első deficiitnek), mely azután egyfajta kognitív elfogultság révén meghatározza a kialakuló téveszme tartalmát. Az elmélet szerint az első faktor mellett egy második faktor is szükséges ahhoz, hogy egy szokatlan feltételezésből téveszme bontakozzon ki (vagyis – bemutatott példáinknál maradván – egy második tényező is szükséges ahhoz, hogy a beteg eljusson pl. a posztpartum időszak általa nem megfelelően észlelt fiziológiás jeleitől a posztpartum terhesség téveszmes szintű meggyőződéséig). A kognitív deficitmodellek a téveszmeképződés több lényeges mozzanatát megragadják, úgy tűnik azonban, hogy nem magyarázzák meg teljesen a téveszmék kialakulását és fennmaradását.

A motivációs felfogás felől közelítve McKay (2005) és munkatársai azt javasolják, hogy tekintsük a téveszméket „az elme szemfényvesztésének”, melyek azért alakulnak ki, hogy csökkenjen a páciens által átélt félelem, az elviselhetetlen diszkomfort és distressz, azaz hozzájárulnak egy integráltabb állapot kialakulásához. Ennek kapcsán felvetik, hogy célszerű a „két-faktor modell” első faktorát újragondolni, s motivációs elemekkel bővíteni. Érdeemes észrevenni, hogy a motivációs modellek bizonyos értelemben magukban foglalják a pszichoanalitikus hagyományok néhány tipikus aspektusát is (például az elhárítás fogalmát vagy a téveszmék potenciálisan vágyteljesítő szerepét). A téveszme képződés kognitív modelljének motivációs aspektussal való bővítése tehát egy árnyaltabb és individuálisabb megközelítést tesz lehetővé (McKay, 2007).

A kulturális környezet hatása

A terhességgel kapcsolatos gondolatok, hiedelmek megértésekor nem hagyható figyelmen kívül az a szocio-kulturális közeg, melyben a páciens él. Chowdhury és mtsai (2003) a téveszmés kutyakölyök terhesség 6 esetét (5 férfi és 1 nő) írták le, melyet a falusi nyugat-bengáliai övezet kultúrához kötött jelenségeként értelmeznek. A részletes fenomenológiai elemzés feltárta ugyanis, hogy India bizonyos területein egy igen erős meggyőződés él az emberek körében: a kutyaharapás állatkölyök terhességhez vezet – akár férfiakban is. Ez a pszichopatológiai ritkaságnak számító eset

egyebek mellett szocio-kulturális tényezők szerepét is hangsúlyozza.

A keresztény kultúrában a terhességet „áldott állapotnak” tartják, s a várandóstit tisztelet és elismerés övezi. A keresztény anyakultusz vélhetően az archaikus népeknél megfigyelhető termékenység kultusz továbbélése. A falusi román Magyarországon egy olyan etnikai csoportnak tekinthető, mely mindmáig megőrizte archaikus matriarchális kultúrájának sok elemét, s ahol a termékenység – egyebek között – egy olyan tényezőnek számít, mely nagyban meghatározza az egyén társadalmi megítélését, s ahol a szülés mágikus és kontrollálhatatlan aktusként jelenik meg. Első esetünk e kulturális környezet közegében jelent meg.

A téveszmeképződés integratív megközelítése

Az összes fent bemutatott tényezőt és modellt figyelembe véve összeállítható a posztpartum terhességi téveszme integratív és egyénre szabottabb megközelítése. A nő életében a szülést követő időszak a legviharosabb testi és hormonális változások időszaka, amikor rövid időn belül a pubertással és a klimaktériummal egyenértékű, ám sokkal rapidabb változások történnek, mellyel párhuzamosan a testséma, a test külső megjelenése is gyors változást mutat. Emellett az anyának alkalmazkodni kell a szoptatáshoz, mely első szülés után teljesen szokatlan testélménnyel járhat, valamint a szülést követően jelen levő különféle fájdalomtünetekhez is.

Szembevetendő volt, ahogy kezelése során mindkét páciensünk fokozott jelentőséget tulajdonított a gyermekágyas időszak amúgy fiziológias testi változásainak, elsősorban a kismencedei és abdominális érzeteknek. Mindkét nőbeteg észlelte az uterus fiziológias, szülést követő involúcióját is (mely első szülést követően különösen kifejezett érzetekkel járhat), majd egy idő után ezeket az érzeteket magzatmozgásként értelmezte, sőt az első esetben még a szülési fájdalmak szubjektív élményei is megjelentek. A ’két-faktor modell’-t alkalmazva úgy vélhetjük, a páciensek kezdetben az amúgy normál fizikális jeleket, folyamatokat anomáliásnak értelmezték, vagyis nem tartották a szülés utáni élettani változások részének, s végül egyre kifejezettebb kóros jelentést tulajdonítottak az anomáliás percepcióknak. Azonban a motivációs szempontokat is figyelembe véve nem hanyagolható el, hogy az észlelés és kognitív feldolgozás hiányosságai mellett, jelen volt anyává válás ki-

váltotta stressz, az anya szerepben mutatott inszufficienciától való félelem, a szülést követő magárahagyatottság élménye. Ez mindkét esetben motiválhatta egy olyan téveszme kialakulását, mely kiszolgálja az anya-magzat passzív és zavartalan egység visszaállításának vágyát, és beépíti a terhesség restitutív és védő szerepét. A korai gyermekágyban megjelenő terhességi téveszme tehát felfogható úgy, mint a várandósság idejének kiterjesztése. A téveszme fenntartásában szerepet játszó tényezők között megtaláljuk a megerősítést is, melyet a téveszme megjelenése okozta megkönnyebbülés és a terhességgel kapcsolatos kulturális tradíciók váltanak ki. Mindezek eredményeként, végül a valószínűségi okfejtés durva hibája a téveszme kialakulását és megszilárdulását eredményezi.

Klinikai jelentőség

A korai puerperiumban megjelenő terhességi téveszme a jelenség biológiailag lehetetlen jellegéből kifolyólag bizarr (vagyis képtelen, lehetetlen) tartalmú téveszme tekinthető, mely – az affektív avagy deluzív zavarral szemben – mindenképpen szkizofreniform avagy szkizoaffektív kórkép lehetőségét veti fel, s maga után vonja e diagnózisok minden terápiás és prognosztikai következményét, melyek nem hagyhatók figyelmen kívül a kezelés tervezésekor.

Tekintve, hogy a terhességi téveszmék esetében sokkal gyakoribb az ellenséges magatartás és a terápia rezisztencia (Rosch, 2002), felmerül, hogy ezek az esetek a gyermekágyi időszakban is fokozott figyelmet, több körülményt igényelnek. Az esettanulmányok többnyire a demográfiai jellemzők, a terápiás válasz és / vagy etiológia felvetésére szorítkoznak. A terhességi téveszmét illetően neurofiziológiai, endokrin és pszichodinamikai tényezők mellett beintegrálhatók a téveszme képződés újabb kognitív modelljei. A téveszmék integratív megközelítése egy sikeresebbnek ígérkező integrált és egyénre szabott terápia alapjául szolgálhat, ami a komplex megközelítés gyakorlati jelentőségét is alátámasztja.

*Levelezési cím:
Simon Mária dr.*

*PTE OEKK Pszichiátriai és
Pszichoterápiás Klinika, Pécs
e-mail: maria.simon@aok.pte.hu*

IRODALOM

- Adityanjee A: Delusions of pregnancy in males. *Psychopathology* 1995; 28:307-311.
- Ahuja N, Vasudev K, Lloyd A: Hyperprolactinaemia and Delusion of Pregnancy. *Psychopathology* 2008; 41:65-68.
- Ali JA, Desai KD, Ali LJ: Delusions of pregnancy associated with increased prolactin concentrations produced by antipsychotic treatment. *Int J Neuropsychopharmacol* 2003; 6: 111-115.
- Alliez MJ, Collomb H, Vidal G: Idees delirantes de grossesse chez un africain de race Oulof. *Ann Med Psychol (Paris)* 1956;114: 845-850.
- Alliez MJ, Petit MP, Echenoz MM: Delire de grossesse revelateur d'une paraphrenic fantastique. *Ann Med Psychol (Paris)* 1954; 112:774-777.
- Aronson GJ: Delusion of pregnancy in a male homosexual with an abdominal cancer. *Bull Menninger Clin* 1952;16:159-166.
- Baonville MMH, Ley J, Titeca J: Les idees de grossesse chez l'homme. A propos de deux cas. *Ann Med Psychol (Paris)* 1935;XV Serie, 93: 138.
- Bentall RP, Corcoran R, Howard R, Blackood N, Kindermann P: Persecutory delusions, a review and theoretical integration. *Clin Psychol Rev* 2001; 21: 1143-1192.
- Bitton G, Thibaut F, Lefevre-Lesage I: Delusions of pregnancy in a man. *Am J Psychiatry* 1991;148:811-812.
- Blaney PH: Paranoid conditions. In: T. Millon & P.H. Blaney (Eds.) *Oxford textbook of psychopathology*. New York, Oxford University Press, 1999, Vol. 4, pp 339-361.
- Bokhari R, Bhatara VS, Bandettini F, McMillin JM: Postpartum psychosis and postpartum thyroiditis. *Psychoneuroendocrinology* 1998; 23:643-650.
- Brockington I: *Motherhood and mental health*. Oxford, Oxford University Press, 1996, pp 27-35.
- Brockington I: *Motherhood and mental health*. Oxford, Oxford University Press, 1996, p. 206.
- Camus V, Schmitt L, Foulon C, De Mendonca Lima CA, Wertheimer J: Pregnancy delusions in elderly depressed woman: A clinical feature of Cotard's syndrome. *Int J Geriatr Psychiat* 1995;10:1071-1073.
- Chaturvedi SK: Delusions of pregnancy in men. *Brit J Psychiatry* 1989; 154: 716-718.
- Chaudron LH, . The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. 2003 Nov;64(11):1284-92.
- Chengappa KNR, Steingard S, Brar JS, Keshavan MS: Delusion of pregnancy in men. *Br J Psychiatry* 1989; 155:422-423.
- Chowdhury AN, Mukherjee H, Ghosh KK, Chowdhury S. Puppy pregnancy in humans: a culture-bound disorder in rural West Bengal, India. *Int J Soc Psychiatry*. 2003;49:35-42.
- Cohen LM: A current perspective of pseudocyesis. *Am J Psychiatry* 1982; 139:1140-1144.
- Cohn CK, Rosenblatt S, Faillace LA: Capgras' syndrome presenting as postpartum psychosis. *South Med J* 1977; 70:942.
- Cramer B: Delusion of pregnancy in a girl with drug-induced lactation. *Am J Psychiatry* 1971; 127: 960-963.
- De Leo D, Galligioni S, Magni G: A case of Capgras delusion presenting as a postpartum psychosis. *J Clin Psychiatry* 1985;46: 242-3.
- DePauw KW: Three thousand days of pregnancy: A case of monosymptomatic delusional pseudocyesis responding to pimozide. *Br J Psychiatry* 1990;157:924-928.
- Deutsch H: *The Psychology of Women*. New York, Grune & Stratton, 1945.
- Dumont M: La fecondite malheureuse de la premiere feministe francaise, Olympe de Gouges. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1989;84:63-66.
- Focquet M: Deux cas de delire de grossesse chez des sujets masculins. *Ann Med Psychol (Paris)* 1935;XV Serie, 93:328.
- Fried PH, Rakoff AE, Schopbach RR, Kaplan AJ: Pseudocyesis: A psychosomatic study in gynecology. *JAMA* 1951;145:1329-1335.
- Griengl H: Delusional pregnancy in a patient with primary sterility. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000;21:57-59.
- Hardwick PJ, Fitzpatrick C: Fear, folie, and phantom pregnancy: Pseudocyesis in a fifteen-year-old girl. *Br J Psychiatry* 1981; 139:558-560.
- Harland RF, Warner NJ: Delusions of pregnancy in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12: 115-117.
- Jenkins SB, Revita DM, Tousignant A: Delusions of child-birth and labour in a bachelor. *Am J Psychiatry* 1962; 118:1048-1050.
- Kornischka J, Schneider F: Delusion of pregnancy. A case report and review of the literature. *Psychopathology* 2003; 36:276-278.
- Ladipo OA: Pseudocyesis in infertile patients. *Int J Gynaecol Obstet* 1979;16:427-429.
- Langdon R, Coltheart M: The cognitive neuropsychology of delusions. *Mind and Language* 2000; 15: 183-216.
- Manoj PN, John JP, Gandhi A, Kewalramani M, Murthy P, Chaturvedi SK, Isaac MK: Delusion of test-tube pregnancy in a sexually abused girl. *Psychopathology* 2004; 37:152-154.
- Marchand L: A propos du delire de grossesse des idees pathologiques de puerperalite. *Ann Med Psychol (Paris)* 1971; 129:747-758.
- Mayer C, Kapfhammer HP: Couvade-Syndrom, ein psychogenes Beschwerdebild am Übergang zur Vaterschaft. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1993;61:354-360.
- McKay R, Langdon R, Coltheart M: "Sleights of mind": delusions, defences and self-depiction. 2005 Aug;10(4):305-26.
- McKay R, Langdon R, Coltheart M: Models of misbelief: Integrating motivational and deficit theories of delusions. *Conscious Cogn*. 2007 Dec;16(4):932-41.
- Michael A, Joseph A, Pallen A: Delusions of pregnancy. *Br J Psychiat* 1994;164:244-264.
- Miller LJ, Forcier K: Situational influence on the development of delusions of pregnancy in a man. *Am J Psychiatry* 1992;149:140-140.
- Milner GL, Hayes GD: Pseudocyesis associated with folie a deux. *Br J Psychiatry* 1990;156: 438-440.
- Neveu P, Boyer R: Delire paranoï de grossesse chez un encephalitique. *Ann Med Psychol (Paris)* 1950; 108:275.
- Nilsson R, Perris C: The Capgras syndrome: a case report. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1971;221:53-8.
- O'Sullivan D, Dean C: The Fregoli syndrome and puerperal psychosis. *Br J Psychiatry* 1991;159:274-7.
- Qureshi NA: Delusions of pregnancy in Saudi Arabia: A socio-cultural perspective. *Transcult Psychiatry* 2001; 38:232-242.
- Radhakrishnan R, Satheeshkumar G, Chaturvedi SK: Recurrent delusions of pregnancy in a male. *Psychopathology* 1999;32:1-4.
- Rajagopalan M, Varma SL: Urinary tract infection and delusion of preg-

- nancy. Aust NZ J Psychiatry 1997; 31:775-776.
- Rosch DS, Sajatovic M, Sivec H: Behavioral characteristics in delusional pregnancy: a matched control study. Int J Psychiatry Med 2002; 32:295-303.
- Schiff P, Simon R: Delire de possession zoopathique succedant a un delire de grossesse chez une obese post-encephalitique. Ann Med Psychol (Paris) 1933;91:612-615.
- Shankar R: Delusions of pregnancy in schizophrenia. Br J Psychiatry 1991; 159:285-286.
- Shiwach RS, Dudley AF: Delusional pregnancy with polydipsia: A case report. J Psychosom Res. 1997 May; 42(5):477-80
- Signer SF, Weinstein RP, Munoz RA, Bayardo JF, Katz MR, Saben LR: Pseudocyesis in organic mood disorders. Psychosomatics 1992; 33: 316-323.
- Tényi T, Herold R, Fekete S, Kovács A, Trixler M: Coexistence of delusions of pregnancy and infestation in a male. Psychopathology 2001; 34: 215-216.
- Tényi T, Trixler M, Jádi F: Psychotic couvade: 2 case reports. Psychopathology. 1996;29(4):252-4.
- Toulouse M, Marchand M: Du delire de grossesse. Ann Med Psychol (Paris) 1902; VIII Serie, 60:260-263.
- Underhill JW: Observations on pseudocyesis, and on pregnancy in its relation to capital punishment. Am J Obstet 1878; 11:21-36.
- Varma SL, Katsenos S: Delusion of pregnancy. Aust NZ J Psychiatry 1999;33:118.
- Vié J, Bobé J: Les idees delirantes de grossesse. L'Encephale 1932; 27: 468-502.
- Winters KC, Neale JM: Delusions and delusional thinking in psychotics: a review of the literature. Clin Psychol Rev 1983; 3: 227-253.