

UNIVERZITA KARLOVA

FARMACEUTICKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

KATEDRA BIOLOGICKÝCH A LÉKAŘSKÝCH VĚD



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PSYCHICKÉ POTÍŽE ŽEN V TĚHOTENSTVÍ A PO PORODU

KRISTÝNA BEZDÍČKOVÁ

Vedoucí bakalářské práce: PharmDr. IVETA NEJMANOVÁ, Ph.D.

HRADEC KRÁLOVÉ 2021

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce PharmDr. Ivetě Nejmanové, Ph.D. za její odborný dohled, užitečné rady a materiály, které mi s ochotou poskytla.

Prohlášení

„Prohlašuji, že tato práce je mým původním autorským dílem. Veškerá literatura a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, jsou uvedeny v seznamu použité literatury a v práci jsou řádně citovány. Práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného titulu.“

V Hradci Králové dne 10.5. 2021

Kristýna Bezdíčková

Abstrakt

Univerzita Karlova v Praze

Farmaceutická fakulta v Hradci Králové

Katedra biologických a lékařských věd

Autor bakalářské práce: Kristýna Bezdíčková

Vedoucí bakalářské práce: PharmDr. Iveta Nejmanová, Ph.D.

Název bakalářské práce: Psychické potíže žen v těhotenství a po porodu

Cíl: Cílem této práce je sjednotit poznatky o náročnosti období těhotenství a šestinedělí. Chtěla bych poukázat, jak gravidita dokáže ovlivnit psychiku ženy. V mé práci se budu zabývat jednotlivými psychickými potížemi, jejich etiologií, diagnostikou, léčbou a prevencí.

Hlavní poznatky: Tato práce se věnuje problematice gravidity a puerperia. V úvodní části se zaměřuji na psychiku ženy v časném stádiu těhotenství, jejími možnými obavami, které mohou později vést k psychickým problémům. Dále bych chtěla upozornit na vliv steroidních hormonů v tomto období. Poté následuje obecná část týkající se etiologie, léčby a prevence. Ve druhé polovině práce jsou rozebrány méně či více závažné změny psychiky.

Závěry: Psychická onemocnění mohou mít závažný dopad na život matky a vývoj dítěte. Důležitá je jejich včasná diagnostika a případně následná léčba.

Klíčová slova: šestinedělí, poporodní blues, úzkost, nespavost, deprese, psychóza

Abstract

Charles University in Prague

Faculty of Pharmacy in Hradec Králové

Department of Biological and Medical Sciences

Author of bachelor thesis: Kristýna Bezdíčková

Supervisor of bachelor thesis: PharmDr. Iveta Nejmanova, Ph.D.

Title of bachelor thesis: Mental health problems during pregnancy and in the postpartum period

Background: The aim of this work is to unify the knowledge about the difficulty of pregnancy and the puerperium. I would like to point out how pregnancy can affect the woman's psyche. In my work I will deal with individual mental problems, their etiology, diagnosis, treatment and prevention.

Main findings: This work deals with the issue of pregnancy and puerperium. In the introductory part I focus on the woman's psyche in the early stage of pregnancy, her possible fears that may lead to mental health problems later. I would also like to draw attention to the effect of steroid hormones in this period. This is followed by a general section of etiology, treatment and prevention. In the second half of the work are discussed more or less serious changes in the psyche.

Conclusions: Mental disorders can have a serious impact on a mother's life and child's development. Their early diagnosis and possible treatment are important.

Key words: puerperium, baby blues, anxiety, insomnia, depression, psychosis

Obsah

1	Úvod	9
2	Cíl práce.....	10
3	Psychologie těhotenství.....	11
3.1	Možné obavy v období těhotenství.....	11
4	Hormonální změny.....	13
5	Šestinedělí.....	15
5.1	Involuční změny v šestinedělí.....	15
6	Psychologické změny u ženy v šestinedělí.....	17
6.1	Psychické změny u ženy v časném šestinedělí	18
6.1.1	Vliv porodní asistentky na péči o psychiku ženy v časném šestinedělí	18
6.2	Psychické změny u ženy v pozdním šestinedělí.....	19
7	Poporodní psychické poruchy.....	20
7.1	Vznik psychických poruch	20
7.2	Příčiny vzniku psychických poruch	21
7.2.1	Biologické změny vedoucí k rozvoji psychické poruchy.....	21
7.2.2	Psychosociální faktory vedoucí k rozvoji psychické poruchy.....	21
7.2.3	Rizikové faktory vedoucí k rozvoji psychické poruchy.....	22
7.3	Prevence psychických poruch během těhotenství a v šestinedělí.....	23
7.3.1	Prenatální screening	24
7.3.2	Prenatální příprava	24
7.3.3	Postnatální screening.....	25
7.4	Léčba psychických poruch během těhotenství a v šestinedělí.....	25
7.4.1	Psychoterapie.....	25
7.4.2	Farmakoterapie.....	26

8	Tokofobie	27
8.1	Charakteristika tokofobie	27
8.2	Etiologie tokofobie	27
8.3	Projevy a důsledky tokofobie	28
8.4	Diagnostika a léčba tokofobie	28
8.5	Mužská tokofobie	29
9	Poporodní blues	30
9.1	Charakteristika poporodního blues	30
9.2	Etiologie poporodního blues	30
9.3	Projevy poporodního blues	30
9.4	Diagnostika a léčba poporodního blues	31
10	Poporodní deprese.....	32
10.1	Charakteristika poporodní deprese	32
10.2	Etiologie poporodní deprese	33
10.2.1	Biologické faktory.....	33
10.2.2	Psychosociální faktory.....	34
10.3	Projevy a důsledky poporodní deprese	34
10.4	Diagnostika poporodní deprese	35
10.4.1	Edinburská škála postnatální deprese	36
10.5	Léčba poporodní deprese	37
10.5.1	Nefarmakologická terapie.....	38
10.5.1.1	Kognitivně behaviorální terapie.....	38
10.5.1.2	Interpersonální terapie	38
10.5.2	Farmakologická terapie.....	39
10.5.2.1	Antidepresiva	39

10.5.2.2	Benzodiazepiny	42
10.6	Prevence poporodní deprese	42
10.7	Vliv poporodní deprese na vývoj dítěte	43
11	Poporodní psychóza	44
11.1	Charakteristika poporodní psychózy	44
11.2	Etiologie poporodní psychózy	44
11.3	Projevy poporodní psychózy	45
11.4	Diagnostika poporodní psychózy.....	46
11.5	Léčba poporodní psychózy	46
11.5.1	Farmakologická léčba.....	47
11.5.1.1	Antipsychotika.....	47
11.5.1.2	Stabilizátory nálady.....	47
11.5.2	Nefarmakologická terapie.....	48
11.5.2.1	Elektrokonvulzivní terapie	48
11.6	Prevence poporodní psychózy.....	49
11.6.1	Profylaktická léčba	50
12	Závěr.....	51
13	Seznam zkratk	52
14	Seznam obrázků a tabulek	53
15	Zdroje	54

1 Úvod

Těhotenství, porod a péče o dítě znamená pro každou ženu velký mezník v jejím životě. První gravidita představuje pro nastávající matku novou a dosud nepoznanou etapu. Proto není divu, že se ženy často nové životní události obávají. Právě tyto obavy se mohou proměnit v úzkost, strach, nespavost a vyvinout se až v závažné psychické potíže. Poruchy psychiky však nepostihují pouze prvorodičky. Také pro zkušené matky může být gravidita a období šestinedělí mnohdy náročné.

Ženské tělo se mění. Od početí dítěte až do porodu se ocitá pod velkým vlivem hormonů, na což nebylo dosud zvyklé. Účinek hormonů se projeví v plné síle. Díky nim dochází ke značným změnám po porodu. Předpokládá se, že duševní změny jsou spjaty zejména s prudkým poklesem steroidních hormonů. Někdy by se až dalo říct, že psychické změny předchází fyzickým. Etiologie jednotlivých psychických onemocnění však mnohdy není přesně známa. Většinou je příčina multifaktoriální. Tedy kromě zmíněných hormonů ovlivňují psychiku ženy i jiné nepříznivé okolnosti, které se mohou negativně na jejím emočním rozpoložení podílet. Obzvláště v případě, kdy těhotenství přichází neplánovaně, může se na psychice ženy velmi podepsat. Důležitá při vzniku psychických poruch je i vlastní povaha pacientky, nervozita a stres zajisté těhotenství neprospívají. Také harmonický partnerský vztah a sociální podpora jsou velmi důležité v období, kdy se ze ženy stává matka. Avšak i tam, kde bylo těhotenství plánované a partneři se na potomka těší, se mohou psychické poruchy objevit. Lze tedy těžko předpovídat výskyt některé poruchy psychiky. Obecně však platí, že ohroženější jsou ženy s psychickým onemocněním v anamnéze. V dnešní době existují metody, které nám mohou pomoci odhalit rizikové matky.

Právě v období gravidity a puerperia je žena náchylná na rozvinutí méně či více závažných psychických poruch. Mezi nejčastěji se vyskytující poruchy patří tokofobie, poporodní blues, prenatální či postnatální deprese, případně poporodní psychóza. Důležitá je včasná diagnostika onemocnění. I když se některá onemocnění projevují pouze mírnými symptomy, existují také závažnější psychické stavy, kdy žena může být schopna ublížit sobě nebo svému dítěti. Těmito psychickými stavy, jejich etiologií, symptomy, diagnostikou, léčbou a prevencí se budu nadále zabírat ve své práci.

2 Cíl práce

Cílem této bakalářské práce je sjednotit poznatky zabývající se psychikou ženy v těhotenství a po porodu. Právě v tomto období je ženská psychika nejvíce citlivá k rozvoji psychického onemocnění. Nejdůležitějšími těhotenskými či poporodními stavy jsou tokofobie, poporodní blues, poporodní deprese a psychóza. Úzkostmi, poruchami nálad až závažnými psychickými potížemi se budu nadále zabírat ve své práci.

3 Psychologie těhotenství

Těhotenství, porod i poporodní období je velmi náročné období pro organismus ženy (Izáková, 2013). Změny doprovázející graviditu jsou sledovány nejen na biologicko-fyziologické úrovni, ale také na úrovni psychologické a sociální. Porucha psychiky se může u ženy vyskytovat od začátku těhotenství až do konce porodu a také v šestinedělí. Celý průběh těhotenství lze považovat za vysoce specifický emocionální stav, který může být silným stresorem. Perinatální stres matky může vést k různým komplikacím v somatickém i psychickém vývoji plodu (Bjelica et al., 2018).

3.1 Možné obavy v období těhotenství

Jelikož je těhotenství jednou z největších životních událostí v životě ženy, jsou určité obavy a pocity nejistoty na místě (Hofberg and Ward, 2003). Téměř každá žena se ze svého těhotenství strachuje, obzvláště pokud je těhotná poprvé či má nějaké negativní zkušenosti s předchozím těhotenstvím. Jedna z prvních obav je, jak její partner přijme fakt, že čekají dítě. V tomto ohledu záleží na stálosti jejich vztahu a zda gravidita byla plánovaná či nikoli (Tošner, 2014).

Někdy může být přehnaná úzkost způsobená nedostatkem informací o těhotenství a porodu. Nastávající změny v organismu mohou mít za následek zvýšenou podrážděnost ženy, rychlé změny nálad, nervozitu, přecitlivělost, poruchy spánku nebo přehnané reakce na určité podněty. Mohou se objevit i některé somatické potíže. U žen, které graviditu plánovaly, může vzniknout panický strach z potratu. Tento strach vzrůstá v případě, kdy žena měla v minulosti problémy se sterilitou či samovolný potrat již zažila. Někdy se může u těhotných žen objevit strach ze ztráty partnera, zejména se ženy bojí, že už nebudou pro partnera tolik atraktivní. Existuje i druhá možnost, kdy si ženy začnou všímat pouze sebe a svého těhotenství a ignorují partnera, případně přestanou plnit veškeré potřebné úkoly v domácnosti. Vážnou obavou je strach z narození poškozeného či mrtvého dítěte. Různá postižení se dají vyvrátit ultrazvukem nebo screeningovými vyšetřeními, po kterých lékař matku uklidní, že plod se vyvíjí správně. Doktor by neměl používat pro matku cizí a nesrozumitelné názvy či zkratky a vše by měl podrobně vysvětlit, aby žena chápala její stav a zklidnila se (Tošner, 2014).

Koncem těhotenství se hodně žen obává porodu. Mohou se strachovat, zda vůbec dokážou dítě porodit, případně zda nebude porod nesnesitelně bolet. Již před porodem může mít žena obavy, jestli dokáže dítě uživit, vychovat ho a mít s ním kde bydlet. Ve vážných případech je potřeba vyhledat psychologa, aby ženě pomohl a předešlo se případným vážným psychickým problémům (Tošner, 2014).

Průběh porodu a jeho bolestivost ovlivňuje nejen vyzrálost ženy, ale také přístup partnera. Pravděpodobně mnohem lépe bude zvládat porod žena, která má milujícího partnera a také žena, která si dítě přála, oproti matce osamělé, která nebude mít žádnou oporu. Z tohoto pohledu je také vhodná přítomnost otce u porodu, který bude okamžik narození dítěte prožívat společně s rodičkou (Tošner, 2014).

4 Hormonální změny

V průběhu těhotenství a po porodu se tělo ocitá pod velkým vlivem hormonů. Jedná se však o přirozený děj, který zdravá dospělá žena zvládá bez narušení funkce organismu (Wilhelm et al., 2003). Endokrinní systém ženy je v 1. trimestru těhotenství řízen placentoovariálně. Zvyšuje se koncentrace choriálních gonadotropinů (Pařízek and Honzík, 2015). Nejvíce studovaným hormonem, který je produkován trofoblastem, je lidský choriový gonadotropin (hCG). Funkcí tohoto hormonu je chránit žluté tělísko (corpus luteum) před involucí. HCG se používá také jako první diagnostický marker těhotenství. Je produkován placentou a svého koncentračního vrcholu dosahuje mezi 8.–10. týdnem gravidity (Kumar and Magon, 2012). Dále se zvyšuje koncentrace pohlavních hormonů – estrogenů a progesteronu. Žluté tělísko vzniklé z ovulujícího folikulu po oplodnění nezaniká, ale přeměňuje se na těhotenské, které produkuje hormony charakteristické pro těhotenství a má za následek absenci menstruace. Po 3. měsíci gravidity převezme funkci žlutého tělíska placenta. V této době placenta produkuje již nižší množství choriálních gonadotropinů, než tomu bylo v 1. trimestru. Zato se zvyšuje produkce placentových estrogenů a progesteronu. Vysoká koncentrace ovariálních steroidů utlumí diencefalo-hypofyzární centra, což vede k přerušení ovariálních a endometriálních cyklů (Pařízek and Honzík, 2015).

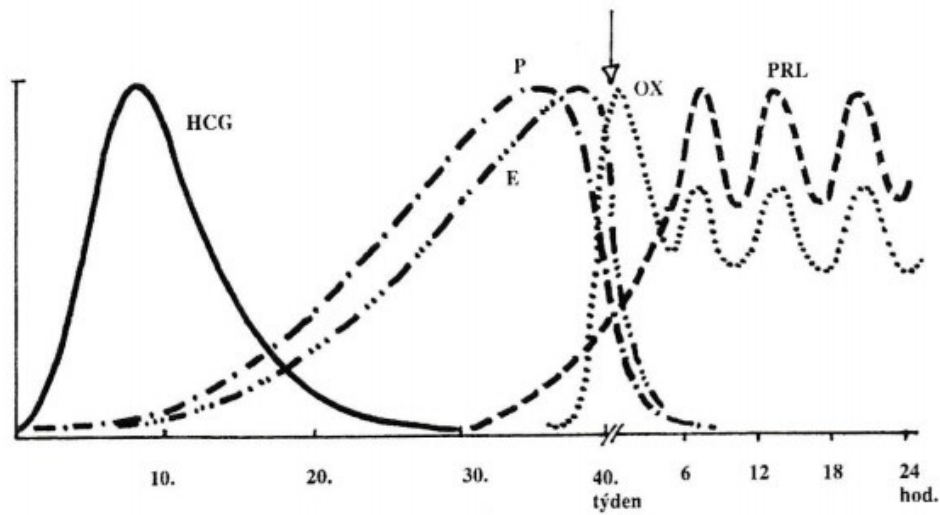
Adenohypofýza (přední lalok hypofýzy) dosahuje větších rozměrů, než tomu bylo před koncepcí. Vysoké hladiny estrogenů a progesteronu zpětnou vazbou utlumí tvorbu folikulostimulačního hormonu (FSH) a poté i luteinizačního hormonu (LH). Naopak dochází ke zvýšení sekrece adrenokortikotropního hormonu (ACTH) a thyreotropního hormonu (TSH) (Pařízek and Honzík, 2015).

Neurohypofýza (zadní lalok hypofýzy) shromažďuje hormony oxytocin a vazopresin. Tyto hormony jsou však během gravidity zbaveny účinku působením oxytocinázy a vazopresinázy. Krátce před porodem dochází ke snížení koncentrace těchto placentárních enzymů, a tudíž k aktivaci oxytocinu a vazopresinu. Díky tomu pak může oxytocin pomoci ke kontrakcím dělohy (Pařízek and Honzík, 2015).

Po porodu nastává období šestinedělí. Již během těhotenství se mléčná žláza připravuje na laktaci. Hlavním hormonem, který má přímý vliv na laktaci, je prolaktin. Tento hormon podporuje tvorbu mléka. Oxytocin má v tomto období vliv na kontrakci hladkého

svalstva mléčné žlázy a podporuje tak uvolňování mléka. Obrázek 1 zobrazuje koncentrace hormonů důležitých v období těhotenství a po porodu (Wilhelm et al., 2003).

Obrázek 1: Koncentrace jednotlivých hormonů v období gravidity a po porodu



HCG – lidský choriový gonadotropin, P – progesteron, E – estrogeny, OX – oxytocin, PRL – prolaktin

Zdroj: Wilhelm et al., 2003

5 Šestinedělí

Puerperium neboli šestinedělí je označováno jako krátké období po porodu, během kterého se reprodukční systém ženy vrací do původního stavu před otěhotněním (Lennon and Lennard, 1964). Jak již z názvu vyplývá, období trvá zhruba 6 týdnů. Přesná délka šestinedělí je však u každé ženy individuální. Jeho začátek zahajuje porod placenty. Konec šestinedělí charakterizují dokončené involuční změny, dostavení se první ovulace a menstruačního cyklu (Roztočil, 2004).

5.1 Involuční změny v šestinedělí

Puerperální změny můžeme pozorovat téměř okamžitě po porodu. Dochází k involuci na většině orgánů. Tyto orgány se během involuce dostávají funkčně i anatomicky do stavu před otěhotněním. Nikdy však nedojde k úplnému návratu do předporodního stavu. K velmi rychlé involuci dochází na děloze. Holá děloha těsně po porodu váží 1 000 gramů, zatímco děloha před graviditou dosahuje hmotnosti 50–100 gramů. Involuce děložní svaloviny je individuální, avšak většinou do 6ti týdnů dosáhne své původní velikosti. Děložní výstelka (endometrium) se po porodu diferencuje do 2 vrstev. Povrchová nekrotizuje a je z těla vyloučena v podobě očistků (lochií). Z vnitřní vrstvy se pak vytváří endometrium nové. To začíná růst pár dní po porodu a zcela vzniklé je za 6 týdnů (Roztočil, 2004).

Během těhotenství a po porodu dochází ke zvětšení ňader. Z mléčných žláz se začíná uvolňovat kolostrum, což je forma mléka s vysokým obsahem bílkovin. Postupně se kolostrum přeměňuje na mateřské mléko, které obsahuje bílkovin méně (Lennon and Lennard, 1964).

Involuční změny probíhají také na dalších částech ženského reprodukčního systému. Jedny z největších změn můžeme pozorovat na vaječnicích. Hladina prolaktinu je zvyšována stimulací prsní bradavky ústy novorozence a dochází k potlačení sekrece FSH a LH a tím i k potlačení ovariální steroidogeneze a folikulogeneze. Tudíž by se dalo říct, že prolaktin v období laktace má i antikoncepční účinek (Roztočil, 2004). Na toto tvrzení nelze s jistotou spoléhat, ale podporuje jej studie, kterou prováděli Zacharias et al. (1987). Do této studie bylo zapojeno 217 žen, které byly rozděleny do 2 skupin. 1. skupina zahrnovala 74 matek, které se rozhodly své děti nekojit, jelikož chtěly v brzké době po porodu opět otěhotnět.

Do 2. skupiny bylo zařazeno 143 matek, které po porodu své dítě kojit chtěly. Tyto matky navíc žádnou jinou antikoncepční metodu nepoužívaly. V 1. skupině do 6ti měsíců otěhotnělo 53 žen (72 %), zatímco ve skupině kojících matek nebylo zaznamenáno žádné těhotenství. 16 žen ze 2. skupiny bylo nuceno studii přerušit kvůli nedostatku mateřského mléka (Zacharias et al., 1987).

U nekojících žen se tedy první ovulace objevuje mezi 70. a 75. dnem po porodu. U kojících žen může docházet k první ovulaci déle, někdy až kolem 6. měsíce po porodu (Roztočil, 2004).

Další změny probíhají také na děložním krčku, vejcovodu, dále v kardiovaskulárním systému, gastrointestinálním traktu a v neposledním řadě dochází k úbytku tělesné hmotnosti (Roztočil, 2004).

6 Psychologické změny u ženy v šestinedělí

Poporodní období je doba, ve které je nejpravděpodobnější výskyt psychopatologických jevů v životě ženy. Toto období je proto považováno za velice rizikové a žena by si měla hlídat své duševní zdraví. Dochází ke spoustě změn na úrovni biologické, psychologické i sociální (Ferreira et al., 2016). Tyto změny mohou vést k emoční nestabilitě ženy. Potencionální rodiče se ne vždy dobře adaptují na novou realitu spojenou s péčí o dítě. Každá budoucí matka potřebuje čas, aby se mohla na svého potomka dostatečně připravit (Talová et al., 2014).

Přizpůsobení se nové situaci bývá obvykle těžší pro matky předčasně porozených dětí. Při předčasném porodu mohou být matky vystaveny úzkosti více, ačkoli je jejich dítě klinicky v normě. Pro zachování zdravé psychiky je nutný raný kontakt mezi matkou a dítětem a je potřeba, aby rodič o své dítě pečoval již na neonatologické jednotce intenzivní péče. Toto je jeden ze způsobů, jak snížit poporodní úzkost a udržet matku v psychické pohodě (Talová et al., 2014).

Složité období mohou zažívat také matky, kterým bylo zjištěno vícečetné těhotenství. To s sebou může nést novorozenecká rizika, včetně předčasného porodu, nízké porodní hmotnosti, perinatálního úmrtí. Vícečetné těhotenství také mnohdy vyžaduje přijetí matky s dětmi na novorozeneckou jednotku intenzivní péče (Wenze et al., 2015).

O poznání náročnější přechod k mateřství mají ženy, kterým se narodí dítě se zdravotním postižením. Rodina se musí vyrovnat se stresem, strachem, smutkem, zklamáním. Reakce rodičů nemusí být identické. Záleží na jejich charakteru a individualitě. Někdo může po narození postiženého dítěte pociťovat hněv a stud, které vyplývají ze skutečnosti, že jejich dítě není takové, jaké očekávali. V některých případech naopak rodiče reagují přehnanou starostlivostí o své dítě (Kandel and Merrick, 2003).

Vědci z Montrealu studovali skupinu matek a jejich dětí, které se narodily s Downovým syndromem, vrozenou srdeční vadou, rozštěpem patra nebo rtu a kontrolní skupinu matek s dětmi bez postižení. Bylo zjištěno, že matky, jejichž děti trpěly Downovým syndromem nebo vrozenou srdeční vadou vykazují vyšší úroveň rodičovského stresu a utrpení než matky s dětmi s rozštěpem patra či rtu nebo matky z kontrolní skupiny (Kandel and Merrick, 2003).

Fyziologické i psychické změny v tomto období úzce souvisí s hormonálními změnami v organismu. Téměř ihned po porodu klesají koncentrace estrogenů a progesteronu, dochází ke změně v adrenální sekreci kortizolu a ke ztrátě hormonů placenty. Tím se výrazně mění metabolismus ženy a její psychika. I samotný porod vyvolává mnoho metabolických změn (Talová et al., 2014).

Pokud nejsou úzkostné poruchy včas odhaleny, může se to negativně podepsat na zdravotním stavu matky a na vývoji dítěte (Talová et al., 2014). Z hlediska patogeneze se psychické potíže mohou vyskytnout „de novo“, kdy se psychická porucha poprvé manifestuje v tomto období, další možností je prohloubení již existující psychické poruchy (Izáková, 2013).

6.1 Psychické změny u ženy v časném šestinedělí

Šestinedělí můžeme rozdělit na časně (rané) a pozdní. Časně šestinedělí je charakterizováno jako prvních 7 dní po porodu. Následující den se již řadí do pozdního puerperia (Fait, 2014).

Reakce psychiky ženy na zátěž po porodu je multifaktoriálně podmíněna. Mezi nejdůležitější faktory, které psychiku ženy ovlivňují, můžeme řadit: endokrinní změny po porodu, poporodní fyzické změny, matka si zvyká na novou životní roli, cítí se unavená, vyčerpaná. Žena se po porodu cítí velmi slabá, avšak přes neustálé myšlení na své dítě nemůže usnout. Celý porod se jí odehrává před očima. Pár dní po porodu nastává období, kdy se matka seznamuje se svým dítětem, seznamuje se s péčí o něj. Ačkoli byl ženě od narození dán mateřský pud, může se ze začátku cítit neohrabaná a neschopná. Všechny tyto okolnosti se velmi podílí na psychice ženy (Ratislavová, 2008).

U žen se často první den po porodu vyskytuje radostná nálada, která pramení hlavně ze zvládnutého porodu. Toto období je pak velice rychle střídáno obavami a úzkostí (Ratislavová, 2008).

6.1.1 Vliv porodní asistentky na péči o psychiku ženy v časném šestinedělí

Role porodní asistentky na oddělení šestinedělí je velmi významná. Nejenže se mnohdy o ženu stará již v těhotenství a předává jí důležité informace o porodu a šestinedělí, ale také

je to většinou první odborný pracovník, se kterým matka přijde do styku po převozu z porodního sálu (Ratislavová, 2008). Důraz je kladen zejména na vytvoření důvěryhodného vztahu. Jen tak dojde k otevřené komunikaci mezi matkou a porodní asistentkou, což je důležité, aby asistentka mohla plnohodnotně matce pomoci při různých potížích (Dahlberg and Aune, 2013). Zodpovědět veškeré potřebné dotazy, ukázat, jak správně přikládat dítě ke kojení, ale také vyslechnout a umět poradit v případě rozhozené psychiky ženy. Změněná psychika bývá po porodu zcela normální jev. V případě, že by asistentka pozorovala nějaké patologie, je nutné informovat o jejím psychickém stavu lékaře (Ratislavová, 2008).

6.2 Psychické změny u ženy v pozdním šestinedělí

Pozdní šestinedělí začíná 8. dnem po porodu. Většinou se již matka se svým narozeným dítětem vrátila z porodnice do domácího prostředí. Právě v tuto chvíli nastává fáze života, kdy se žena musí o své dítě postarat sama, aniž by měla při ruce odbornou pomoc. Což může být mnohdy pro matku náročné, nejen fyzicky, ale také psychicky (Ratislavová, 2008).

Kvalita partnerství a sociální podpora jsou důležité faktory pro udržení zdravého psychického stavu ženy. Je to právě partner, kdo je nejdůležitějším pomocníkem v rodině. Jsou na něho kladeny velké nároky. Složitě partnerské vztahy, těžká ekonomická situace, neklidné dítě nebo somatické potíže jsou největším rizikem pro narušení ženské psychiky (Ratislavová, 2008).

Velká změna probíhá také v partnerském vztahu. Novopečená matka a otec se stávají rodiči. Narodil se jim společný potomek, a to již nelze ze své podstaty změnit. Příchod dítěte na svět mění organizaci celé rodiny. Velmi významně se tato skutečnost může odrazit i na psychické struktuře rodiny (Ratislavová, 2008).

7 Poporodní psychické poruchy

Těhotenství a období po porodu je pro ženu velmi zatěžující. V tomto období se zvyšuje manifestace psychických poruch, které se nejčastěji projevují poruchou nálady (Izáková et al., 2013). Mnoho žen zažívá během těhotenství a po porodu velkou škálu nejrůznějších emocí, jako je očekávání, vzrušení, štěstí, ale také úzkost, frustrace, smutek nebo pocit viny. V období šestinedělí jsou ženy nejzranitelnější na rozvinutí se psychiatrických poruch. Mezi nejdůležitější psychiatrické poruchy tradičně řadíme poporodní blues, poporodní depresi a poporodní psychózu. Spektrum psychických stavů po porodu je však daleko širší. Psychika ženy se v šestinedělí projevuje zvýšenou labilitou nálad, nervozitou, podrážděností, úzkostí (Rai et al., 2015).

Postnatální psychóza je relativně vzácné onemocnění, které však bývá velmi závažné. Poporodní blues a deprese jsou méně vážné než postnatální psychóza, avšak bývají také častější. I tak je ale nelze podceňovat, neboť se jedná o stavy, které dokážou ženu velmi potrápiti. Podle výzkumu není dosud úplně jasné, zda se jedná o tři odlišné entity nebo zda všechny spadají do kategorie poruch poporodní nálady, u nichž se symptomy projevují podle různé intenzity. Od téměř žádné nebo malé změny psychiky až po velmi vážné narušení normálního stavu. Neexistují žádné dělicí body, které by jasně oddělovaly jednu poruchu od druhé. Příznaky žen na pomezí mezi jednotlivými psychickými poruchami jsou navzájem velmi podobné (O'Hara, 2008).

Psychické onemocnění je do značné míry nedostatečně diagnostikováno a léčeno, což může mít mnohdy pro rodinu až fatální následky. Psychický stav matky po porodu může být tak rozsáhlý, že potřebuje hospitalizaci. V takovém případě často dojde k odloučení matky od dítěte, dokud se matka dostatečně neuzdraví (Rai et al., 2015).

7.1 Vznik psychických poruch

Psychika ženy by se měla kontrolovat již během těhotenství, aby se včasné diagnostikovala psychiatrická porucha. Většinou však ke změně psychiky dochází náhle po porodu. Větší predispozici pro vznik některé poruchy mají ženy, které se již v minulosti s nějakou poruchou psychiky léčily, nebo které mají psychickou poruchu v rodinné

anamnéze, avšak i u ostatních žen, se tyto potíže vyskytují. Různě vážný psychický stav může vyvolat celá škála faktorů (Rai et al., 2015).

7.2 Příčiny vzniku psychických poruch

7.2.1 Biologické změny vedoucí k rozvoji psychické poruchy

Po porodu dochází k výraznému snížení hladin gonadálních steroidních hormonů. Během 1. a 2. doby porodní klesá koncentrace progesteronu. Hladiny estrogenů klesají po vyloučení placenty během porodu. Pokles těchto dvou hormonů může způsobit poruchy nálad po porodu (Rai et al., 2015).

Skutečná souvislost mezi tímto poklesem hormonů a rozvojem psychiatrických poruch dosud není stále přesně jasná. Je však známo, že hladiny progesteronu, estrogenů a dalších ženských reprodukčních hormonů během těhotenství několikanásobně vzrostou a poté po porodu prudce klesnou. Proto se předpokládá, že hladiny těchto steroidních hormonů mají na vznik psychických poruch vliv (Schiller et al., 2014).

Vznik poporodních psychických poruch se často přikládá také ostatním důležitým hormonům. V pozdním těhotenství jsou zvýšené hodnoty volného i vázaného kortizolu. Nejvyšší koncentrace tohoto hormonu je těsně před porodem. Stejně jako u progesteronu a estrogenů, i zde dochází po porodu k prudkému poklesu. Na konci těhotenství se v těle nachází také vysoká hladina prolaktinu. Po porodu zůstávají hodnoty hormonu, který se podílí na laktaci, vysoké a nedochází k tak rychlému poklesu, jako tomu bylo u steroidních hormonů, ale hladina prolaktinu se vrací do původní koncentrace o poznání pomaleji. Mimo již zmíněné hormony byly studovány také jiné substance běžně se vyskytující v těle – vitamín B6, elektrolyty (hlavně sodík a vápník), plazmatický tryptofan atd. Studie jsou však nejednoznačné, nelze skutečně říct, zda hladiny těchto hormonů a dalších látek mají přímý vliv na vznik poruch nálady po porodu (O'Hara, 2008).

7.2.2 Psychosociální faktory vedoucí k rozvoji psychické poruchy

Také psychosociální faktory mají velký vliv na vznik psychických poruch. Těhotenství a přechod k mateřství velmi úzce souvisí s psychologickými stresory. Žena se musí smířit

se změnou tělesného vzhledu, vyrovnat se se změnou v partnerském vztahu, ve vztazích s ostatními členy rodiny. Na ženu jsou kladeny větší nároky, musí pečovat o dítě a zároveň se starat o chod domácnosti (Rai et al., 2015).

7.2.3 Rizikové faktory vedoucí k rozvoji psychické poruchy

Mezi nejčastější rizikové faktory můžeme řadit primigraviditu. Pro matky prvorodičky může být zprvu přechod k mateřství velmi náročný. Dále svobodné matky si hůře zvykají na novou životní roli, chybí jim podpora od partnera. Dalšími rizikovými faktory jsou: porod císařským řezem, předchozí zkušenosti s poruchami psychiky, rodinná anamnéza psychiatrických poruch (Rai et al., 2015).

Dalším rizikovým faktorem, který může vést ke vzniku závažného psychického stavu, je premenstruační dystrofická porucha (PMDD) (Bloch et al., 2005). Jedná se o nepříjemné fyzické i emoční změny, které se v měsíčních intervalech opakují. Symptomy, kterými může být porucha nálady, pocit beznaděje, nedostatek energie, nervozita, změny apetitu, pocit nadmutosti, svalové bolesti, se začínají objevovat na konci luteální fáze ovariálního cyklu a končí několik dní po začátku menstruace. Porucha se může u ženy vyskytnout kdykoli po menarche, avšak nejčastěji k manifestaci PMDD dochází kolem 26. roku života. Tato porucha negativně ovlivňuje ženu v sociálním i rodinném životě, podobně jako ostatní psychické problémy. Premenstruačním syndromem (PMS) se rozumí lehčí forma této poruchy. Zatímco PMS trpí okolo 50–70 % žen, PMDD se objevuje mnohem méně často, výskyt se uvádí u 2–8 % žen v reprodukčním věku. Etiologie není přesně známa. Žádná studie jasně nepotvrzuje, že by za vznik mohla hormonální dysregulace. Hormonální rozdíly u žen trpících PMDD a žen bez této poruchy nejsou nijak zřejmé (Pidrman and Látalová, 2001). K orientační diagnóze se využívá dotazník, který se táže na premenstruační potíže. K definitivní diagnóze PMDD je nezbytné, aby si žena 2 měsíce vedla záznamy o závažnostech potíží. K terapii jsou využívána antidepresiva ze skupiny inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu, neboť některé studie ukazují, že právě serotonin by mohl být jedním ze spouštěčů PMDD. Používá se také hormonální antikoncepce YAZ[®], která kombinuje ethinylestradiol a drospirenon, případně je pacientce poskytována psychiatrická pomoc. Existuje také alternativní terapie postavená na doplňování vápníku, hořčíku, vitamínu B6 a vitamínu E do organismu. Dále může být prospěšná fyzická aktivita, úprava stravy

či přírodní medicína, kde léčba probíhá zejména pomocí bylinek. Mezi využívané bylinky můžeme řadit třezalku terčovitou, extrakt z drmků obecného, odvar z ploštičníku a olej z pupalky (Svojanovská, 2010).

7.3 Prevence psychických poruch během těhotenství a v šestinedělí

Těhotenství je jedinečný stav, který ovlivňuje ženu fyzicky, sociálně i emocionálně. Stejně jako v pubertě nebo menopauze dochází i zde k výrazným somatickým změnám. Žena po přechodu k mateřství je společností vnímána jinak než doposud (Leight et al., 2010).

Psychosociální prevence poruch nálady je zaměřená zejména na rizikové faktory. Týká se hlavně ohrožených žen, které trpěly v minulosti psychickými poruchami či PMS. Rizikovou skupinou jsou také ženy, které momentálně zažívají komplikované těhotenství. Prevencí by se však měly zabývat všechny nastávající matky (Praško et al., 2002).

Psychické poruchy jsou často velmi vážné stavy, které jsou náročné na léčbu, proto je jejich prevence důležitá. Již během těhotenství by měl psychický stav ženy kontrolovat její gynekolog, ke kterému chodí žena na pravidelné prohlídky (O'Hara, 2008). Zejména řada dřívějších zkušeností a životních událostí může do určité míry předpovídat vznik úzkostné poruchy (Praško et al., 2002).

Ženy, které během těhotenství užívají návykové látky (cigarety, alkohol, drogy) jsou náchylnější ke vzniku poruch psychiky během těhotenství nebo po porodu. Disponují také větším rizikem pro vznik deprese během těhotenství, která poté může pokračovat i v období po porodu. Přestože se předporodní a poporodní deprese vyskytují nezávisle na sobě, předpokládá se, že předporodní porucha nálady zvyšuje riziko vzniku poporodních poruch (Zinga et al., 2005).

Mezi důležité kroky v prevenci úzkostných poruch, na kterých by se měli podílet oba rodiče, patří následující:

- dostatek informací o těhotenství
- sociální podpora od okolí
- vytváření nových vztahů s páry v podobné situaci
- vyloučení nepotřebných plánů a aktivit
- nadměrně se nestarat o vzhled a pořádek

- neodpírat si příjemné aktivity
- dostatečně odpočívat a spát (Praško et al., 2002)

7.3.1 Prenatální screening

Odborný lékař by měl pravidelně získávat psychiatrickou anamnézu. Pacientka by měla být dotázána na jakékoli předchozí emoční problémy. Vzhledem k tomu, že problémy, jako jsou velké deprese a úzkostné poruchy, často nejsou léčeny, měl by se lékař informovat o časech, kdy pacientka byla mimo svůj normální stav nálady po dobu delší než 2 týdny. V případě podezření lékař položí pacientce otázky týkající se depresivních příznaků (O'Hara, 2008).

7.3.2 Prenatální příprava

Je důležité těhotným ženám vysvětlit, že mírná změna nálady v těhotenství a po porodu je zcela běžná a obvykle za krátkou dobu odezní. Pokud by však pozorovaly velké změny, je vždy lepší o tom lékaře informovat (O'Hara, 2008).

V dnešní době existuje mnoho předporodních kurzů, které jsou určeny zejména pro ženy v 3. trimestru těhotenství. Probíhají formou několika sezení. Cílem těchto kurzů je připravit rodičky na porod jak fyzicky, tak i psychicky. Psychická příprava slouží k odstranění všech negativních emocí z těhotenství a strachu z porodu. Žena má možnost dozvědět se na těchto kurzech mnoho užitečných informací. Obecně platí, že čím je žena informovanější, tím se méně stresuje. Kurz je vhodný i pro nastávající otce, kteří si přejí být s rodičkou u porodu. Také oni se musí psychicky na porod připravit. Fyzická příprava spočívá v provádění těhotenské gymnastiky, žena se učí, jak se správně uvolnit a dýchat. Cvičení je založené na zapojování a trénink svalů, které jsou potřebné při porodu. Cvičení učí porodní asistentky nebo rehabilitační pracovnice. Těhotenské cviky potom může nastávající matka cvičit pravidelně sama doma (Šindelářová, 2005).

Pacientky, které se v minulosti s psychickou poruchou léčily, je potřeba pravidelně pečlivě kontrolovat. U každé ženy s anamnézou psychózy je vhodné během těhotenství zajistit, aby se radila s jejím psychiatrem, který případný problém odhalí včas. Vzhledem k vysokému riziku, že by se psychická porucha mohla opět objevit, je vhodné intenzivní monitorování emočního fungování pacientky nejméně 30 dnů po porodu a poté méně

intenzivní sledování po dobu dalších 60 dnů. Pokud je u pacientky vysoká pravděpodobnost relapsu psychické poruchy, je vhodné zahájit profylaktickou léčbu léky až po porodu, aby se minimalizovalo riziko pro plod (O'Hara, 2008).

7.3.3 Postnatální screening

Porodníci by se měli matky před propuštěním domů z porodnice ptát na její psychický stav. Pokud pacientka hlásí příznaky poruchy nálady, měl by se porodník tázat na možné psychosociální zdroje, které poruchu způsobují. Příčiny mohou být různé. Žena se může vracet do nešťastného manželství nebo ji trápí finanční potíže. V těchto případech je žena odkázána na pomoc klinických psychologů nebo psychiatrů (O'Hara, 2008).

7.4 Léčba psychických poruch během těhotenství a v šestinedělí

Léčba psychické poruchy závisí zejména na vážnosti depresivního stavu pacientky. U žen s mírnější formou úzkosti mnohdy postačí psychoterapie. Pokud však je psychický stav pacientky závažný, matka není schopná se plně starat o dítě, či dokonce hrozí matce nebo dítěti nebezpečí, je nutná léčba psychofarmaky (Praško, 2002).

7.4.1 Psychoterapie

Psychoterapie je považována za nejúspěšnější léčbu úzkostných poruch v těhotenství a po porodu. Hlavní výhodou je bezpečnost, psychoterapie nijak nezatěžuje ženu ani plod, případně již narozené dítě a její výsledky bývají většinou stabilnější než u farmakoterapie. Mezi efektivní psychoterapie se řadí skupinová nebo kognitivně-behaviorální, více se těmito druhy budu zabývat v kapitole 10.5 Léčba poporodní deprese. Účinnost této nefarmakologické léčby závisí na více faktorech. Jedním z nich může být skutečnost, zda bylo těhotenství plánované či nikoli a jak matce ovlivní budoucí život. Některé závažnější depresivní stavy vyžadují dlouhodobější psychoterapii, jiným ženám pomůže tato terapie během chvíle. Obecně však platí, že každá žena je individuální, neexistuje jeden konkrétní způsob léčby, který by byl nejlepší pro všechny budoucí nebo stávající matky (Talová et al., 2014).

Závažnější psychické stavy je také možné léčit pomocí nefarmakologické metody – elektrokonvulzivní terapie (ECT). Jedná se o kontroverzní metodu léčby, které se využívá v případech, kdy psychoterapie, případně farmakoterapie, selhala. Detailněji je ECT popsána v kapitole 11.5.2.1 Elektrokonvulzivní terapie (Saatcioglu, 2011).

7.4.2 Farmakoterapie

Většina psychofarmak prochází přes placentu, proto je potřeba zvážit, zda psychotropní medikace je opravdu nutná. V tomto případě musí přínosy léčby významně převažovat nad možnými riziky léčby těmito léky (Talová et al., 2014). Rozhodujícím faktorem pro terapii pomocí psychofarmak je závažnost symptomů (Seifertová et al., 2007). Léky by měly být předepisovány těhotným nebo kojícím ženám pouze v případech, kdy psychický stav ženy je vážný. Dále je nasazení farmakoterapie možné, pokud pacientka nereaguje na psychoterapeutické postupy (Praško et al., 2002). Mezi psychofarmaka využívající se v léčbě psychických stavů v těhotenství a po porodu se řadí antidepressiva, benzodiazepiny, stabilizátory nálady, antipsychotika. (Talová et al., 2014; Seifertová et al., 2007). Při jejich nasazení je potřeba mít na paměti, že v organismu těhotné pacientky dochází ke změně farmakodynamice a farmakokinetice léčiva. Dále se nesmí opomenout, že u kojících žen psychofarmaka přechází do mateřského mléka a dále do organismu kojence (Talová et al., 2014). Blíže se lékovými skupinami budu zabírat u jednotlivých onemocnění.

8 Tokofobie

8.1 Charakteristika tokofobie

Tokofobie je definována jako chorobný strach z těhotenství a porodu. Většina matek popisuje strach o zdraví dítěte, strach z porodních bolestí a strach z neznáma. Jedná se o zcela normální reakce, které se mohou vystupňovat až do závažné úzkostné poruchy. Ženy s tokofobií obvykle požadují místo vaginálního porodu císařský řez. Vzhledem k tomu, že není známa žádná přesná definice tokofobie a není jasně určené rozhraní, lze míru prevalence jen stěží odhadovat (O'Connell et al., 2015).

Průkopníky v oblasti výzkumu tokofobie byly skandinávské země. V těchto zemích existují speciální kliniky, které pečují o ženy trpící tokofobií. Dále finská studie z roku 2014 uvádí, že míra prevalence je 2,5–4,5 %, což je méně, než ukazovaly předchozí studie (O'Connell et al., 2015). Pozdější studie již uvádí míru prevalence 14 %. Záleží, jak přísně se hranice tokofobie stanovuje. Výsledky tedy nelze interpretovat úplně jednoznačně. Dále se prevalence liší v závislosti na období a zemi (O'Connell et al., 2017).

Tokofobii lze rozdělit na primární a sekundární. Primární tokofobie je patologický strach z porodu u ženy, která dosud neměla s těhotenstvím a porodem zkušenosti. Tato úzkost může vzniknout v dospívání nebo v rané dospělosti. Sekundární tokofobie se vyskytuje u žen, které již zažili traumatickou událost v předchozím těhotenství, např. potrat, porod mrtvého plodu. Častější a intenzivnější jsou obavy u prvorodiček (Bhatia and Jhanjee, 2012).

8.2 Etiologie tokofobie

Příčiny vzniku mohou být různého charakteru. Tokofobie může vzniknout z biologické příčiny, a to v důsledku neurohormonální nerovnováhy. Již samotná povaha ženy předurčuje její sklon k tokofobii. Nízká sebeúcta a nedostatečná sociální podpora často vede ke vzniku tohoto onemocnění. Tokofobie také může vzniknout jako následek pohlavního zneužívání, případně se žena obává porodu, který by mohl vyvolat vzpomínky na nepříjemné gynekologické vyšetření. V případě sekundární tokofobie je strach z porodu vyvolaný negativními zkušenostmi z předchozí gravidity. Dále mohou být nastávající matky ovlivněny

informacemi z médií, neboť internet často slouží jako zdroj informací. Ne všechny informace, které je zde možné najít, jsou vždy pravdivé. Mýty a pověry o porodu rodiče také na odvaze nepřidají (O'Connell et al., 2015). Mezi další příčiny můžeme řadit negativní zkušenosti z porodu od příbuzných či přátel, obavy z nedostatečné lékařské péče, či přítomnost jiných psychických poruch (Liji, 2019).

8.3 Projevy a důsledky tokofobie

Mezi základní projevy patří záchvaty paniky, nespavost, noční můry. Ženy trpící tokofobií mohou vykazovat znechucení nad ostatními těhotnými ženami nebo nad obrázky týkající se gravidity. Ze strachu dochází ženy na kontroly velmi často, nejsou výjimkou ani denní návštěvy u lékaře. Nebo naopak dochází k lékaři s velkými prodlevami. Ženy často vyžadují porod císařským řezem, jakmile se blíží termín porodu (O'Connell et al., 2015).

Tokofobie může mít krátkodobé či dlouhodobé nepříznivé účinky na matku i dítě. U žen s tokofobií se častěji vyskytují předporodní nebo poporodní deprese, ženy nechtějí žádné další těhotenství, případně podstupují sterilizaci. Rizikem pro dítě může být nižší porodní hmotnost či nedostatečné spojení kojenců s matkou (O'Connell et al., 2015).

8.4 Diagnostika a léčba tokofobie

Pro diagnostiku tokofobie se v současné době nejvíce využívá Wijma Delivery Experience Questionnaire (W-DEQ). Mezi výzkumníky však stále neexistuje shoda ohledně optimálního mezního skóre, které by vypovídalo, zda žena tokofobií trpí či nikoli. Proto je tento nástroj pro identifikaci stále studován (Calderani et al., 2019).

Diagnostika a včasná léčba je velmi důležitá. Pokud by nebyla tokofobie léčena, může úzkost ještě více zesílit a ovlivnit vztahy mezi partnery nebo dítětem. Neexistuje však žádný přesný postup definitivní léčby. Léčba závisí na její příčině a závažnosti. Ženám s mírnou primární tokofobií může pomoci naslouchání a vyvrácení mýtů o porodu. U žen se sekundární tokofobií někdy stačí vysvětlení, proč se předchozí věci staly. Existují také poradenské programy, které se snaží pomoci ženám v boji se strachem z porodu, zvýšit jim sebevědomí a přesvědčit je, že jsou schopny vaginálního porodu. Ženy mohou pokládat otázky a diskutovat o předchozích zkušenostech (O'Connell et al., 2015). Dále je důležitá

podpora od manžela a ostatních příbuzných a přátel. Tato pomoc může snížit úroveň prenatálního stresu a zabránit rozvinutí ještě závažnější úzkosti. Pokud se u ženy projevila tokofobie v plné síle, mohou k léčbě pomoci různé druhy psychoterapie. Při vážných úzkostech nebo ve spojení s psychickými poruchami se podávají antidepresiva (Liji, 2019).

8.5 Mužská tokofobie

Je zajímavé, že tokofobie se může vyskytnout i u mužů. Muži mívají obavy z porodu, a to hlavně z důvodů, že se bojí o zdraví své partnerky a dítěte. V případě, že nastávající matka trpí tokofobií také a vycítí z muže nejistotu a strach, může dojít ke snížení jejího sebevědomí a rozvinutí ještě silnější úzkosti. Často také muž naléhá, aby partnerka rodila císařským řezem (Liji, 2019).

9 Poporodní blues

9.1 Charakteristika poporodního blues

Tímto názvem se označuje změna psychiky ženy, která není patologická. Vzhledem k vysokému procentu výskytu se jedná téměř o přirozený projev organismu na ukončené těhotenství (Ratislavová, 2008). K manifestaci příznaků dochází nejčastěji mezi 3.–5. dnem po porodu. Symptomy většinou samovolně odeznívají do 2 týdnů. Prevalence sahá až k 80 %. I přesto, že se nejedná o vážný stav, je potřeba matku sledovat. Až u čtvrtiny žen se poporodní blues přeměňuje v postnatální depresi (Šebela et al., 2018).

9.2 Etiologie poporodního blues

Příčiny vzniku nebyly jasně stanoveny. Velká pozornost byla zaměřena, jako u všech poporodních psychických poruch, na snižující se koncentraci hormonů po ukončení gravidity. Avšak výsledky nebyly průkazné. Dále se uvažovalo, zda se poporodní blues nevyskytuje více v některých kulturách. Avšak ani tato myšlenka nevedla ke zdárnému konci. Tato úzkost se objevila všude po světě, kde studie probíhaly. Věk, rasa a další faktory neměly na vznik onemocnění vliv. Podařilo se však prokázat, že stres a pláč v těhotenství, zvyšuje sklon k rozvoji poporodního blues (Seyfried and Marcus, 2003).

9.3 Projevy poporodního blues

Tento stav se vyznačuje zejména prudkými změnami nálady. Na rozdíl od poporodní deprese jsou úzkostné dny proloženy dny, kdy se novopečená matka cítí zcela v pořádku (Šebela et al., 2018). Mezi hlavní příznaky poporodního blues se řadí poruchy spánku, přecitlivělost, plačtivost, úzkost, bolest hlavy, roztržitost (Seyfried and Marcus, 2003). Symptomy jsou však mírné a většinu žen nijak nenarušují v jejím fungování (Ross et al., 2005).

9.4 Diagnostika a léčba poporodního blues

Přestože výskyt tohoto stavu je velmi častý, neexistují žádná kritéria, jak správně diagnostikovat poporodní blues a určit míru závažnosti. I proto může být prevalence tak vysoká, neboť nikde není zaznamenáno, co přesně se za poporodní blues dá považovat. Studie, které využívají přísnějších kritérií pro diagnostiku tohoto stavu, vykazují mnohem menší míru prevalence (Seyfried and Marcus, 2003).

Jako nástroj pro diagnostiku poporodního blues však můžeme označit dotazník „Maternity Blues Questionnaire“ (MBQ). Jedná se o validní metodu, kterou lze využít při výzkumu, ale také v klinické praxi k identifikaci žen trpících touto změnou psychiky. Vzhledem k tomu, že poporodní blues je často rizikovým faktorem pro vznik těžších poporodních stavů, může nám také pomoci odhalit ženy s vyšším rizikem vzniku poporodní deprese. Dotazník je vytvořený tak, aby příliš nezatěžoval ženu po porodu a zároveň měl o jejím stavu vypovídající hodnotu. MBQ lze vyhodnocovat až do 7 dní po porodu, nejvhodnější doba je však kolem 3. či 4. dne po ukončení těhotenství, neboť v tomto období symptomy poporodního blues gradují. Pokud je však vysoké skóre již 1. nebo 2. den po porodu, může nás MBQ informovat o riziku závažného poporodního blues. V tomto případě je vhodné opakovat dotazník v době, kdy mají symptomy vrcholit. Cut-off hodnota, která rozhoduje, zda je pacientka „blues-pozitivní“ či nikoli, není přesně stanovena. Gonidakis et al. (2007) ve své studii stanovili tuto hodnotu na 8 bodů, toto skóre však představuje poměrně málo přísné kritérium a při této studii trpělo poporodním blues 45 % žen. Extrémně vysoká hodnota MBQ může informovat o zvýšeném riziku vzniku poporodní deprese. MBQ však slouží pouze jako diagnostický nástroj, který může upozornit na poporodní depresi, k definitivní diagnóze je vždy nutné detailnější psychiatrické vyšetření (Gonidakis et al. 2007; Takács et al., 2016).

Těhotná žena by měla být o příznacích poučena již v průběhu těhotenství. Seznámen s tímto psychickým stavem by měl být také její partner, který by případně pomohl předejít vážnějšímu onemocnění. Léčba obvykle nebývá nutná, neboť se jedná o mírné narušení psychiky. Mnohdy stačí pouze dostatek klidu a odpočinku. Obvykle se její psychický stav do několika dnů, maximálně 2 týdnů, zlepší. Odbornou pomoc je třeba vyhledat, pokud by se její stav zhoršoval, případně nezlepšil do 2 týdnů po porodu, neboť hrozí riziko propuknutí závažnější depresivní poruchy (Seyfried and Marcus, 2003).

10 Poporodní deprese

Depresi spojenou s graviditou můžeme rozdělit na prenatální a postnatální. Zatímco prenatální deprese se vyskytuje v průběhu gravidity, postnatální deprese (PPD) se označuje porucha vzniklá v poporodním období. Prevalence prenatální deprese se pohybuje kolem 12 %, přičemž nejčastěji propuká v 2. a 3. trimestru. PPD postihuje 10–15 % žen po ukončení gravidity, ale může činit až 30 % v závislosti na přísnosti použitých kritérií pro diagnostiku (Brummelte and Galea, 2016).

Dušová and Moniaková (2010) prováděly studii, která se zabývala výskytem emočních změn v časném puerperiu v České republice. Emoční stabilitu hodnotily podle Edinburské škály postnatální deprese (EPDS). Mezní hodnota byla v této studii nastavena na 20 bodů. Do průzkumu se zapojilo 79 žen hospitalizovaných v Městské nemocnici Ostrava a Nemocnici Frýdek-Místek. Kritické hodnoty 20ti bodů dosáhly pouze 2 pacientky. Méně závažné nálezy byly zjištěny u 77 žen, z nichž 4 ženy dosáhly nulového skóre. Průměrné skóre činilo 9,8 bodů. Větší sklon k rozvoji poporodní deprese se ukázal u svobodných matek ve věkové skupině 21–29 let (Dušová and Moniaková, 2010).

10.1 Charakteristika poporodní deprese

Jedná se o psychickou poruchu, která se vyznačuje těžkou depresivní náladou. Ke vzniku symptomů obvykle dochází do 4 týdnů po narození dítěte, ale výjimkou není ani pozdější výskyt (Andrews-Fike, 1999). Některé zdroje uvádí, že k manifestaci onemocnění může dojít půl roku až rok po porodu. PPD probíhá v různé intenzitě (Ratislavová, 2008). Deprese zhoršuje sociální a fyzické fungování. Matky mohou být při této poruše tak bezradné, že jejich stav je donutí spáchat sebevraždu. U žen ve věku 15 až 44 let je deprese hlavní příčinou porodnických hospitalizací ve Spojených státech (Dennis and Dowswell, 2013). Vyskytuje se poměrně často u žen v plodném věku. Bohužel není neobvyklé, že porucha není rozpoznána a ani léčena. Mívá tak i závažný dopad na zdraví matky a dítěte (Seyfried and Marcus, 2003). PPD se vyskytuje v době, kdy je kojeneček maximálně závislý na péči rodičů, proto kvalitní interakce je nesmírně důležitá. PPD stejně jako ostatní poruchy nálady však mohou být v rozporu s kvalitní interakcí a vše se může nepříznivě projevit na vývoji dítěte. Výzkumy ukázaly, že děti, jejichž matky trpěly depresemi, mají obtížnější

povahu, vykazují horší studijní výsledky, špatně reagují na stres (Dennis and Dowswell, 2013).

10.2 Etiologie poporodní deprese

Čas po narození dítěte je pro matku náročný z fyziologického i psychologického hlediska. Mezi příčiny můžeme řadit faktory biologické nebo psychosociální. Přesná etiologie PPD však není úplně objasněna. Je možné, že právě těhotenství a porod je pro ženu tak stresující událost, že zejména citlivé ženy jsou ohroženy vznikem PPD. Mnoho studií zjistilo, že velkou roli hrají zejména faktory sociální povahy. Poporodní blues nebo prenatální deprese jsou často předchůdci PPD (Andrews-Fike, 1999).

10.2.1 Biologické faktory

Mezi biologické faktory se řadí hormonální výkyvy. Stejně jako tomu bylo u poporodního blues, i zde je velká pozornost věnována reprodukčním hormonům, jejichž koncentrace je v těhotenství velmi vysoká. Jak již bylo výše zmíněno, během těhotenství dochází k obrovskému nárůstu steroidních hormonů, které ihned po porodu, po vyloučení placenty z těla, klesají. Obecně se uvádí, že estrogeny a progesteron mají ochranný efekt před depresivními příznaky. Mnoho studií se snažilo dokázat přímý vliv estrogenů a progesteronu na vznik psychických poruch po porodu. Avšak v tomto směru existuje pouze malé množství důkazů (Šebela et al., 2018).

Dalším zkoumaným hormonem byl prolaktin. Vysoké koncentrace prolaktinu se nachází hlavně u kojících matek. Vliv hyperprolaktinémie na vznik depresivních poruch nebyl zcela prokázán. Dále se vědci snažili objasnit vliv oxytocinu, kortikoliberinu, ACTH nebo kortizolu na vznik PPD, avšak až na malé výjimky, se vědci museli smířit s negativními výsledky. Zkoumána byla také funkce štítné žlázy jako potenciální biomarker pro vznik PPD. (Šebela et al., 2018). Dalo by se říct, že dosud není přesně znám alespoň jeden biochemický či hormonální faktor, který by byl průkazně spojen s etiologií PPD (Seyfried and Marcus, 2003).

10.2.2 Psychosociální faktory

Pravděpodobně psychosociální faktory hrají důležitější roli v rozvoji PPD než ty biologické. Mezi hlavní důvody patří nevěra ze strany partnera, ukončení vztahu, složitá ekonomická situace, nedostatečná sociální podpora od blízkých. Další příčinou může být domácí násilí, které často bývá utajené. Předpokládá se také, že PPD se častěji vyskytuje u žen, které se nadměrně stresují a disponují negativním myšlením (Šebela et al., 2018).

Nejspíše nejrizikovějším faktorem, který je významný při vzniku tohoto onemocnění, je pozitivní psychiatrická anamnéza. Zvláště matky, které se již v minulosti setkaly s některou psychickou poruchou, by se měly mnohem více sledovat a dbát na prevenci. Existují mnohé studie, které zkoumaly vliv unipolární deprese v období kdykoli před graviditou na vznik PPD po porodu. Výsledky byly kladné, pravděpodobnost vzniku PPD je až několikanásobně vyšší. Dále jsou více ohroženy ženy s PMS. Tento syndrom značí vyšší citlivost ženy k hormonálním výkyvům (Šebela et al., 2018).

10.3 Projevy a důsledky poporodní deprese

Projevy PPD jsou podobné projevům poporodního blues. K hlavním symptomům tohoto psychického onemocnění patří plačtivost, porucha spánku, smutek, depresivní nálada, úzkost, únava, špatná soustředěnost. Příznaky se objevují v různé závažnosti, od mírných až po velmi závažné (Andrews-Fike, 1999). Mezi nespavostí a depresí existuje obousměrný vztah. Nespavost je rizikovým faktorem pro rozvoj deprese u novopečených matek. Výzkumy také ukazují, že deprese často vede k nespavosti (Murphey et al., 2017). PPD se může vystupňovat do té míry, kdy ženu začnou napadat sebevražedné myšlenky. Vzácně některá z žen sebevraždu opravdu vykoná. Přibližně u 8 % pacientek můžou depresivní příznaky přetrvávat i více jak rok po porodu (Dennis and Dowswell, 2013).

Deprese představuje pro ženu velké utrpení, ať už se objeví v předporodním nebo poporodní období, či kdykoli jindy během života. Nastávající matky, které podlehnou depresi v průběhu těhotenství, mají zvýšené riziko k užívání návykových látek, užívání tabáku a alkoholu. Vyskytnout se mohou také jiné zdravotní komplikace. Všechny tyto podněty mohou mít negativní vliv na vývoj plodu. Dítě se rodí s nízkou porodní hmotností, dochází k předčasnému porodu. Po porodu může být také odlišný pohled na kojence od matky,

která trpěla depresí a od matky zdravé. Kojenci od depresivních matek mají méně očního kontaktu při kojení, jsou méně hravé, ospalejší, rozrušenější než kojenci matek bez deprese (O'Hara, 2009).

10.4 Diagnostika poporodní deprese

Zdravotní pracovníci si často neuvědomují s jak závažnými problémy se žena v těhotenství či po porodu může setkat. Vzhledem k tomu, že příznaky nejsou příliš zjevné, je potřeba matku pečlivě kontrolovat. Novopečené matky mohou mít tendenci se stydět, že nejsou příliš nadšené z narození svého dítěte a mohou tak příznaky skrývat. Mnohdy se však jedná o nebezpečné stavy, které mohou mít vážné důsledky, proto je včasná diagnostika důležitá (Andrews-Fike, 1999).

PPD se řadí mezi onemocnění, která mají pevně stanovená kritéria pro diagnostiku uvedená v Mezinárodní klasifikaci nemocí (viz. Tabulka 1). K určení nemoci lze využít screeningový dotazník EPDS nebo MBQ. Jejich hlavními výhodami jsou časová nenáročnost a jednoduchost. Avšak hlavním diagnostickým ukazatelem PPD je psychiatrické vyšetření pacientky (Šebela et al., 2019a).

Tabulka 1: Symptomy sloužící k diagnostice poporodní deprese

Přítomnost alespoň jednoho hlavního a minimálně čtyř přidružených příznaků, trvajících minimálně 2 týdny vyskytujících se 4 týdny až 6 měsíců po porodu:	
Hlavní příznaky	• Pokleslá nebo smutná nálada
	• Pokles zájmu nebo úbytek příjemných prožitků
Přidružené příznaky	• Únava nebo ztráta energie a snížené libido
	• Porucha chuti k jídlu, signifikantní úbytek nebo zvýšení hmotnosti
	• Porucha spánku (insomnie nebo hypersomnie)
	• Pocity viny, sebeobviňování ztráta sebevědomí
	• Obtížná koncentrace, nerozhodnost
	• Neklid nebo psychomotorické zpomalení
	• Myšlenky na smrt a sebevraždu

Zdroj: Šebela et al., 2019a

10.4.1 Edinburská škála postnatální deprese

Jednou z nejpoužívanějších metod screeningu je EPDS, kterou vynalezli Cox et al. v roce 1987 (Andrews-Fike, 1999). Jedná se o dotazník, který obsahuje 10 jednoduchých otázek, z nichž každá uvádí 4 možné odpovědi. Ženy zde mají uvádět své pocity za posledních 7 dní. Každá položka je hodnocena 0–3 body, žena tedy může získat skóre 0–30. Vyšší skóre přitom ukazuje na více symptomů PPD. Zodpovězení otázek trvá přibližně 5 minut. Gibson et al. (2009) uvádí jako mezní body 9/10 a 12/13. Nižší skóre 9/10 je přisuzováno „možné depresi“ zatímco skóre 12/13 detekuje „pravděpodobnou depresi“. EPDS se může také použít jako screeningový nástroj pro diagnostiku předporodní deprese. Zde se uvádí 14/15 jako mezní bod pro „pravděpodobnou depresi“. Různé studie však mohou používat odlišné kritické

hodnoty (Gibson et al., 2009). Podle získaných bodů v dotazníku EPDS lze předpokládat, že vyšší počet bodů ukazuje na závažnější depresi, zatímco menší počet bodů představuje lehčí formu deprese (Garcia-Esteve, 2003). Neexistuje žádná metoda, která by byla dohodnutá, jako „zlatý standard“ pro diagnostiku prenatální i postnatální deprese. Ve Velké Británii je EPDS běžně předkládána ženám po 6.–8. týdnech po narození dítěte. EPDS slouží pouze jako screeningový nástroj, konečnou diagnózu musí stanovit odborně proškolený pracovník. Proto po pozitivním screeningu by měla žena podstoupit psychiatrické vyšetření, které potvrdí nebo vyvrátí, zda opravdu trpí PPD (Gibson et al., 2009). V tabulce 2 je ukázka českého znění EPDS.

Tabulka 2: Edinburská škála postnatální deprese

Nyní před sebou máte několik otázek a prosíme Vás, abyste u každé zvolila tu odpověď, která nejlépe vyjadřuje, jak jste se cítila v posledním týdnu. Nejde tedy o to, jak se cítíte právě v tento okamžik, ale o přibližnou hodnotu, jak jste se cítila v průběhu posledního týdne .
1. Byla jsem veselá a viděla převážně veselé stránky života.
2. Hleděla jsem do budoucnosti s radostí a nadějí.
3. Nepřiměřeně jsem se na sebe zlobila a vyčítala si, když se něco nedařilo.
4. Byla jsem úzkostná a ustaraná, aniž by k tomu byly rozumné důvody.
5. Cítila jsem se vyděšená, až trochu v panice, a to bez vážných důvodů.
6. Mnoho věcí se mě nepříjemně dotýkalo.
7. Byla jsem tak znepokojená, že jsem špatně spala.
8. Měla jsem špatnou a mizernou náladu.
9. Byla jsem tak nešťastná, že jsem plakala.
10. Napadaly mě myšlenky, které mě znepokojovaly.

Odpovědi: Ano, většinu času (3 body); Ano, častěji než jindy (2 body); Ano, ale jen výjimečně (1 bod); Ne, nikdy (0 bodů). Otázky 1 a 2 jsou bodovány reverzně.

Zdroj: Šebela et al., 2018

10.5 Léčba poporodní deprese

Léčba PPD zahrnuje farmakologické i nefarmakologické metody. Vždy záleží hlavně na lékaři, který vyšetří psychický stav ženy a vybere nejvhodnější terapii (Šebela et al., 2019a). Při lehkých depresích, kde symptomy neovlivňují matku v jejím přístupu k dítěti, může velmi pomoci psychoterapie. U těch závažnějších je potřebná léčba antidepresivy.

U těžkých depresivních stavů je užitečná kombinace antidepresiv a psychoterapie (Praško, 2002).

10.5.1 Nefarmakologická terapie

Nefarmakologické postupy jsou založené na psychoterapii a používají se zejména při lehčích formách PPD (Šebela et al., 2019a). Mezi účinné psychoterapeutické metody můžeme řadit kognitivně behaviorální terapii (KBT) a interpersonální terapii (IPT) (O'Hara, 2009).

10.5.1.1 Kognitivně behaviorální terapie

Tato alternativní léčba se ukázala jako výrazně efektivnější než běžná poporodní péče zdravotních sester (O'Hara, 2009). KBT se rozumí krátkodobý psychoterapeutický přístup, který se zaměřuje hlavně na myšlení, emoce a chování pacientky. Terapie učí matku, jak pozitivně tyto faktory změnit. Léčba se využívá u mírných až středně těžkých depresivních stavů, jako alternativa medikamentózní léčby. Lze jí také využít jako léčbu kombinovanou s léčbou antidepresivy (Praško, 2002).

V první fázi se terapeut zaměřuje na to, zda léčba pomocí KBT je dostačující, případně, zda je potřebná také léčba psychofarmaky. Pokud se rozhodne pro léčbu pomocí KBT, je kladen důraz na vytvoření důvěryhodného vztahu mezi terapeutem a pacientkou, podpořit sebevědomí a naději pacientky a také kontaktovat příbuzné a požádat je o jejich případnou pomoc. Pacientka je informována o tom, co pojem deprese znamená a o symptomech této nemoci. Dále se léčba zaměřuje převážně na problémy dané pacientky a dochází k sestavení cílů léčby (Praško, 2002).

10.5.1.2 Interpersonální terapie

Další významnou metodou je IPT, která je zaměřena hlavně na narušené mezilidské vztahy a klade zvláštní důraz na mezilidské spory (O'Hara, 2009). Jedná se o krátkodobou terapii, kterou lze využít při lehkých až středně těžkých depresích, kde její efektivnost je srovnatelná s farmakologickou léčbou. Jak již bylo uvedeno, zaměřuje se hlavně na mezilidské konflikty, ale také na změnu role ženy po porodu. V první fázi IPT je pacientka informována o klinických symptomech deprese, o tom, že deprese je známou nemocí

a že prognóza je velmi příznivá. Terapeut jí předkládá písemné materiály a odkazuje ji na literaturu, kde se také může dozvědět užitečné informace. Dále terapeut zjišťuje vztah pacientky k partnerovi, dítěti a ostatním příbuzným. V další fázi se terapeut snaží identifikovat primární problém a zaměřit se na jeho odstranění (Praško, 2002).

KBT i IPT obsahuje závěrečnou fázi léčby, kde probíhá rekapitulace všeho, co se pacientka naučila. Pacientka se připravuje do budoucna, aby příští případné stresové události již zvládla o mnoho lépe (Praško, 2002).

10.5.2 Farmakologická terapie

10.5.2.1 Antidepresiva

V 1. trimestru těhotenství užívá antidepresiva až 3,7 % žen (Talová et al., 2014). Pokud lékař rozhodne pro farmakologickou léčbu, většinou lékem první volby jsou antidepresiva SSRI (Šebela et al., 2019a). Do této skupiny můžeme řadit fluoxetin, sertralin, citalopram, paroxetin. Jedná se o blokátory zpětného vychytávání serotoninu. Všechny látky, kromě paroxetinu, se podle Food and Drug Administration (FDA) řadí podle teratogenity do skupiny C. Paroxetin spadá do skupiny D. SSRI skupiny C mají poměrně malý teratogenní účinek v oblasti kardiovaskulárních defektů a defektů srdečního septa. Vyšší riziko arteriálních vad se udává u paroxetinu, spadajícího do skupiny D. U antidepresiv SSRI je také nižší riziko předčasného porodu a nízké porodní hmotnosti. Při podávání paroxetinu se uvádí zvýšené riziko spontánního porodu (Sušilová, 2017).

Kromě SSRI je možné také použít inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI). SSRI i SNRI užívají zejména ženy v reprodukčním věku. Oboje zmíněná antidepresiva působí mechanismem inhibice zpětného vychytávání neurotransmiterů v presynaptickém úseku neuronu. Díky tomu dochází k zvýšení množství serotoninu či noradrenalinu na synapsi. Zároveň ovlivňují také expresi genu pro nervové růstové faktory, které disponují ochranným účinkem proti atrofii hippocampu (Mocková et al., 2012).

Mezi další skupinu antidepresiv, využívajících se při léčbě deprese patří tricyklická antidepresiva (TCA). Jedná se o psychofarmaka nejdéle dostupná na trhu. Podle FDA se řadí do skupiny C. Jejich nevýhodou je úzký terapeutický index, který souvisí s toxicitou

při předávkování. Z hlediska teratogenních účinků jsou TCA antidepresiva srovnatelné, případně mírně rizikovější než SSRI (Sušilová, 2017). Tabulka 3 ukazuje orientační dávkování jednotlivých antidepresiv.

Tabulka 3: Orientační terapeutické dávky antidepresiv při léčbě úzkostných poruch

látka	terapeutická dávka v mg	počáteční dávka u úzkostných poruch v mg	obvyklé dávkování
SSRI			
Paroxetin	10–60	10	1-0-0
Citalopram	20–40	10	1-0-0
Escitalopram	10–20	5	1-0-0
Sertralin	25–200	25	1-0-0
Fluoxetin	10–80	10	1-0-0
Fluvoxamin	100–300	50	0-0-1
Tricyklická antidepresiva			
Imipramin	100–300	10–25	1-0-0
Clomipramin	100–250	12,5–25	1-0-0

Zdroj: Vobořilová and Červený, 2018

Nejčastějším používaným preparátem užívaným v puerperiu je sertralin. Jeho bezpečnost byla potvrzena randomizovanými studiemi. (Šebela et al., 2019a). Dřívější studie, zkoumající vliv mirtazapinu na vznik spontánního potratu u těhotných, ukázala mírně vyšší riziko u žen, které jej užívaly. Chambers et al. (1996) zkoumali vliv fluoxetinu na stejné obtíže. Nenašli však žádné signifikantní rozdíly u žen léčených tímto psychofarmakem a u žen, které jej neužívaly. Fluoxetin tedy neměl vliv na vznik spontánních potratů. Ani další studie probíhající později, nezaznamenaly žádnou souvislost v užívání antidepresiv a rizikem samovolného potratu. Dále se zjišťoval vliv různých antidepresiv na vznik vývojových vad, narození mrtvého plodu, případně na vývoj motorických funkcí dítěte. Gentile and Galbally (2011) zkoumali studie z roku 1973 až 2010, zabývající se riziky a přínosy farmakologické léčby deprese během gravidity na vývoj plodu. Ve většině případů nebyla zjištěna žádná závažnější rizika pro plod, až na 2 studie, které ukazovaly na zvýšené riziko ve vývoji motorických funkcí. Byla by však potřeba dalších výzkumů, aby se nebezpečnost antidepresiv jednoznačně vyvrátila (Chambers et al., 1996; Gentile and Galbally 2011; Talová et al., 2014).

Při léčbě antidepresivy je nutné mít na mysli, že přechází do mateřského mléka a mohou tak ovlivňovat nejen matku, ale také kojence. Při výběru antidepresiv by mělo být prioritou zvolit taková, která nebrání ženám pokračovat v laktaci. Někdy však není jiná možnost, než kojení přerušit (Šebela et al., 2019a).

Pokud se matka rozhodne pro medikaci a zároveň chce pokračovat v kojení, první volbou je nasazení léčby sertralinem v nejnižší možné dávce. Je potřeba mít na mysli, že pokud by novorozenec byl také léčen medikací, zvyšuje se šance nežádoucích účinků (Seifertová et al., 2007). Dále se za relativně bezpečné antidepresivum, využívající se při kojení, považuje nortriptylin. Mezi nevhodná antidepresiva v tomto období se řadí venlafaxin, bupropion, agomelatin, trazodon. Mezi nejdůležitější faktor, který rozhoduje o bezpečnosti antidepresiv v poporodním období je vazebná afinita k proteinům. Ukazuje se, že u léků s vazebnou kapacitou k proteinům větší než 85 %, zůstává převážná část léčiva v mateřské plazmě a koncentrace léku v plazmě dítěte je neměřitelná. Dalším faktorem, který rozhoduje, zda bude antidepresivum přecházet do mateřského mléka je lipofilita léčiva. Lipofilní molekuly budou snáze přecházet do mléka než lipofóbní. Nemělo by se zapomínat také na farmakokinetiku léčiva. Čím bude poločas rozpadu delší, tím snáze se bude hromadit v těle kojence (Šebela et al, 2019b). V tabulce 4 jsou uvedeny nežádoucí účinky antidepresiv u kojených dětí, jejichž matky užívaly následující léky k léčbě deprese.

Tabulka 4: Přehled nežádoucích účinků léků u kojených dětí

Lék	Skupina	Nežádoucí účinky (NÚ)
Sertralin Doxepin Citalopram	SSRI	diskontinuální sy útlum dechového centra somnia, nezájem o kojení, úbytek hmotnosti
Fluoxetine		vodnaté stolice, zvracení, narušení spánku, křik
Paroxetine Escitalopram		nepopsány možná perzistující plicní hypertenze
Venlafaxin Mirtazapin	SNRI	neznámo, zda vylučovány do mléka
Fenothiaziny	Antipsychotika	ospalost, letargie
Clozapin Olanzapin Quetiapin Aripiprazol	Antipsychotika 2. generace	extrapyramidové jevy abnormální pohyby obtíže při sání, apatie ospalost a cholestatický ikterus
Diazepam Lorazepam, Oxazepam	Benzodiazepiny	sedace, diskontinuální sy poruchy krmení
Lamotrigin Karbamazepin Valproát	Antiepileptika	spavost vzácně alterace hepatálních funkcí

SSRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, SNRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu

Zdroj: Mocková et al., 2012

10.5.2.2 Benzodiazepiny

Benzodiazepiny podobně jako antidepresiva a ostatní psychotropní léky přestupují přes placentu do krevního systému nenarozeného dítěte. Dřívější studie zkoumající vliv benzodiazepinů na vývoj dítěte vykazovaly teratogenní účinky. Až 10krát zvýšené bylo riziko vzniku rozštěpu patra. Studie probíhající ve Švédsku sledovala matky, které se léčily benzodiazepiny. U těchto žen se prokázalo zvýšené riziko předčasného porodu a nízké porodní hmotnosti dítěte oproti ženám z kontrolní skupiny. Dále bylo pozorováno vyšší riziko vzniku velkých malformací. Novější studie zkoumající vliv benzodiazepinů na vznik rozštěpu patra však žádnou spojitost neshledaly. Nejvíce důkazů o teratogenním působení benzodiazepinů bylo potvrzeno u diazepamu a alprazolamu (Talová et al., 2014). Benzodiazepiny je možné podat při léčbě akutních stavů úzkosti, nikoli však v 1. trimestru těhotenství, kdy bylo zaznamenáno nejvíce teratogenních účinků. V nezbytných případech by měl lékař předepisovat léčivo v minimální účinné dávce. Je potřeba mít na mysli, že benzodiazepiny přestupují rovněž do mateřského mléka. Proto by je neměly užívat matky, které své dítě kojí. Pokud však matka v kojení chce pokračovat, měly by být upřednostňovány benzodiazepiny s krátkodobým účinkem, např. oxazepam (Strunzová et al., 2005). Benzodiazepiny s anxiolytickým účinkem jsou jedny z nejčastěji předepisovaných léků. Jsou užívány těhotnými ženami i přes jejich možná rizika pro plod. Nemají však jasně prokázaný teratogenní účinek (Šebela et al., 2017). Mezi hlavní nežádoucí účinky u novorozenců, jejichž matky byly léčeny anxiolytiky, patří sedace a závislost s abstinenčními příznaky. Opakované podávání může také způsobit poruchy krmení a pokles váhy dítěte (Seifertová et al., 2007). Z benzodiazepinů s hypnotickým účinkem, kterých se využívá při nespavosti, je možná léčba midazololem. Jedná se o léčivo, které přechází do mateřského mléka v minimálním množství, tudíž ho lze využít při kojení (Šebela et al., 2019b).

10.6 Prevence poporodní deprese

Obecně by se dalo říct, že v dnešní době je většina žen vystavena stresu a různým nátlakům společnosti. Prevence je tedy důležitá u všech žen bez výjimky. Hlavním cílem prevence je vyhledávat ženy se zvýšeným rizikem vzniku PPD. Tyto ženy by se měly pečlivě kontrolovat, případně u nich zahájit léčbu již v mírných formách onemocnění (Šebela et al. 2018).

Navzdory velkému počtu dokončených studií existuje jen velmi málo důkazů o účinnosti preventivních programů zaměřených na všechny ženy po porodu. Pravděpodobně nejefektivnější se zdají být programy, které se zaměřují na ženy s vysokým rizikem vzniku PPD. Tyto kurzy trvají v období těhotenství a také po porodu. Kromě této psychologické prevence se objevily pokusy poskytnou profylaxi ženám s anamnézou výskytu deprese v minulosti. Tyto pokusy spočívaly v zahájení léčby antidepresivy ze skupiny SSRI ihned po porodu. Avšak v této oblasti bylo provedeno příliš málo práce na vyvození definitivních závěrů o použití antidepresiv jako prevence pro vysoce rizikové ženy (O'Hara, 2009).

Studie zkoumaly vliv psychosociálních a psychologických intervencí na snížení rizika poporodní deprese ve srovnání s obvyklou péčí. U žen, které tyto intervence podstoupily, byl mnohem menší výskyt PPD. Předpokládá se, že ke snížení rizika vzniku PPD, může dojít následujícími mechanismy: profesionální domácí návštěvy, psychologické rozpravy, poporodní telefonická podpora, IPT. Prospěšná je podpora od zdravotnických pracovníků, jako je porodní asistentka, zdravotní sestra, psycholog, ale také od laické společnosti, např. zkušené matky, která se se stejným problémem v minulosti potýkala. Tyto intervence mohou být poskytovány již před porodem nebo ihned po porodu. Mohou být zaměřeny individuálně nebo poskytovány ve skupině. V případě skupinového prostředí je výhodou vzájemná podpora žen se stejnými nebo podobnými potížemi (Dennis and Dowswell, 2013).

10.7 Vliv poporodní deprese na vývoj dítěte

PPD má hluboký dopad na interpersonální vztahy. Je prokázáno, že kojenci jsou citliví na emoční stabilitu ženy. Je proto pravděpodobné, že PPD dokáže narušit vztah mezi matkou a kojencem. V důsledku toho pak může dojít k poruše vývoje dítěte. Byla provedena řada studií, které zkoumaly chování dětí od matek trpících depresí po porodu a chování dětí od matek se zdravou psychikou. Field et al. (1988) prováděli sérii studií a zjistili, že chování kojenců ve věku 3 až 6 měsíců bylo méně optimální v případě, že matka trpěla depresí. Field tedy pozoroval interakci depresivní a nedepresivní matky a jejího kojence. Kojenci od matek s depresí vykazovali mnohem méně pozitivních výrazů v obličeji. Tito kojenci byli také ospalejší, rozrušenější, méně uvolněnější. Fieldovy studie byly potvrzeny ještě dalšími studiemi od různých autorů (Field et al., 1988; Murray and Cooper, 1997).

11 Poporodní psychóza

11.1 Charakteristika poporodní psychózy

V poporodním období se může vyskytnout mimo lehčích poruch psychiky také těžká forma duševního onemocnění, kterou je poporodní psychóza. Celosvětová prevalence není vysoká, udávají se 1–2 případy na 1 000 porodů. Vzhledem k četnosti je poporodní psychóza klasifikována jako nemoc s nízkou mírou výskytu. Patofyziologie onemocnění dosud není přesně definována. Obvykle nemoc propuká během několika dní po porodu až prvních 6ti týdnů. I když se jedná o poměrně vzácné onemocnění, je velmi důležitá lékařská a psychiatrická péče. Pokud se u matky objeví symptomy onemocnění v návaznosti na nedávný porod, je nutná pečlivá a podrobná anamnéza a neuropsychiatrické vyšetření, aby se co nejdříve nemoc diagnostikovala a zahájila se léčba. Jelikož je bezpečnost pacientky a novorozence na prvním místě, je často nutná okamžitá hospitalizace. V případě zanedbané léčby, může mít onemocnění tragické následky. Velkým rizikem je sebevražda matky či vražda novorozence (Raza and Raza, 2020). Farmakologická léčba bývá účinná, pokud je zahájena včas. Opírá se zejména o antipsychotika a stabilizátory nálady. Prospěšná je také kombinace farmakoterapie s psychoterapií. Možná je také farmakologická profylaxe u žen s vysokým předpokladem vzniku poporodní psychózy (Davies, 2017).

11.2 Etiologie poporodní psychózy

Poporodní psychóza je akutní onemocnění, které má multifaktoriální původ. Mezi nejvíce rizikové faktory vedoucí ke vzniku tohoto onemocnění patří anamnéza bipolární poruchy, poporodní psychóza v předchozím těhotenství, rodinná anamnéza poporodní psychózy či bipolární poruchy, schizofrenie nebo vysazení psychotropních léků v období gravidity. Tyto faktory se pravděpodobně nejvíce podílejí na vzniku poporodní psychózy (Raza and Raza, 2020).

Dále rozvoj této poruchy může být spojen také s hormonálními výkyvy, zejména s rychle klesajícími hladinami estrogenů po porodu (Raza and Raza, 2020). I když není přesně stanoveno, zda pokles pohlavních hormonů po porodu se opravdu podílí na vzniku poporodní psychózy, existuje studie, která zahrnovala 10 žen s diagnostikovanou poporodní

psychózou. Jejich léčba spočívala v podávání 17 β - estradiolu. Při léčbě došlo k rychlému zvrácení psychózy. Po přerušení léčby u 1 pacientky došlo k relapsu onemocnění. Tato studie tak dokazuje, že pokles estradiolu po porodu hraje roli v patogenezi poporodní psychózy (Sharma and Mazmanian, 2003). Zejména však ženy s bipolární poruchou jsou velmi citlivé na ztrátu estrogenů a progesteronu po porodu (Spinelli, 2009). Předpokládalo se, že prospěšné může být umělé podávání estradiolu. Avšak další studie vykazovaly malý pozitivní vliv profylaktického podávání estradiolu na vznik poporodní psychózy u žen s anamnézou tohoto onemocnění. Tímto způsobem se chtělo zabránit vzniku relapsu v období po porodu (Raza and Raza, 2020).

Rizikem pro prvorodičky a ostatní matky může být i pokročilý věk, vrozené vývojové vady dítěte, předčasný porod či úmrtí kojence (Raza and Raza, 2020). Také nedostatek spánku může mít velký podíl na rozvoji psychózy. Vliv porodu na spánek ženy nebyl dosud dostatečně studován, avšak existuje souvislost mezi špatným spánkem a etiologií poporodní psychózy (Sharma and Mazmanian, 2003). Dále si pozornost zaslouží užívání návykových látek během těhotenství a také, zda žena nebyla v posledních letech pod velkým vlivem stresujících či traumatických událostí (Raza and Raza, 2020). Zajímavá studie však zjistila, že ženy, které kouří, vykazují snížené riziko vzniku poporodní psychózy. Zda kouření významněji ovlivňuje rozvoj tohoto onemocnění, zatím není přesně jasné (Davies, 2017).

11.3 Projevy poporodní psychózy

Poporodní psychóza se objevuje akutně v návaznosti na nedávný porod. Onemocnění propuká pár dní po porodu, ale může se také vyskytnout se zpožděním až 6ti týdnů (Raza and Raza, 2020). První 2 dny šestinedělí obvykle představují latentní období, po kterém se objeví první příznaky psychózy. Mezi časné příznaky patří zmatenost, únava, vyčerpání, smutek, negativní myšlení. Také porucha spánku je časným důležitým příznakem, který se vyskytuje téměř u všech matek s později diagnostikovanou psychózou. Dále mohou následovat psychotické příznaky, jako jsou bludy, halucinace (Sharma and Mazmanian, 2003). Mezi ostatní symptomy řadíme změněnou chuť k jídlu, odlišné fungování oproti dřívějšímu stavu, špatný kontakt s realitou, zavrhování dítěte, někdy mohou ženu napadat sebevražedné až vražedné myšlenky. U těžkých stavů je nutná okamžitá hospitalizace, neboť pacientka a její dítě může být ohroženo na zdraví (Raza and Raza, 2020). Riziko propuknutí poporodní

psychózy je největší během 30ti dní šestinedělí. V tomto období také nejčastěji dochází k hospitalizaci. Častěji se hospitalizují prvorodičky a také ženy s anamnézou bipolární poruchy. Ženy s jinými psychiatrickými problémy včetně schizofrenie tak vysoké riziko hospitalizace nevykazují (Sharma and Mazmanian, 2003).

11.4 Diagnostika poporodní psychózy

Jelikož neexistují žádné přesně stanovené screeningové postupy v prenatálním a postnatálním období, bývá poporodní psychóza v některých případech neidentifikována a neléčena. Obecně se odborníci více zaměřují na fyzické zdraví pacientky a dítěte než na psychický stav. Bylo by vhodné, aby poskytovatelé primární péče po porodu předkládali matkám k vyplnění dotazník, který by zvýšil šanci na odhalení psychické poruchy. Jako screeningový nástroj může sloužit EPDS nebo Dotazník pro poruchy nálady (MDQ). Jedná se o rychlé a jednoduché metody, které slouží k identifikaci poporodních změn psychiky. Tyto dotazníky jsou schopny upozornit na rizikové ženy a dále pomoci při psychiatrickém vyšetření (Raza and Raza, 2020).

Po podrobné anamnéze a celkovém fyzickém vyšetření mohou také laboratorní metody pomoci k diagnostice tohoto onemocnění. Laboratoře provádí vyšetření celkového krevního obrazu, elektrolytů, glukózy, kreatininu, vitamínu B12, folátu, vápníku, funkce štítné žlázy atd. Laboratorní testy pomáhají potvrdit či vyloučit organickou příčinu, která se může projevat jako psychóza (Raza and Raza, 2020). Mělo by být prověřeno, zda porucha psychického stavu pacientky není způsobena v souvislosti s infekčním onemocněním, eklampsií, thyroditidou po porodu, mrtvicí, nedostatkem vitamínů nebo zda není vyvolaná léky (Bergink et al., 2015). Jakmile budou vyloučeny organické příčiny vzniku psychózy, může následovat cílená farmakoterapie založena na základní diagnóze (Spinelli, 2009).

11.5 Léčba poporodní psychózy

Včasná identifikace onemocnění je důležitá pro úspěšnou léčbu. Poporodní psychóza je akutní onemocnění, které však trvá omezenou dobu a pomocí terapie bývá poměrně lehce zvládnutelné. Léčba je závislá zejména na etiologii. Po vyloučení organických příčin, může být zahájena léčba pomocí léků (Raza and Raza, 2020).

11.5.1 Farmakologická léčba

Vzhledem k závažnosti symptomů a nevyzpytatelné povaze psychózy je obvykle hlavní volbou farmakologická terapie. Léčba je v klinické praxi založena zejména na nejvýznamnějších symptomech. Mezi základní medikaci řadíme antipsychotika, benzodiazepiny a stabilizátory nálady (Bergink et al., 2015). O benzodiazepinech více v kapitole 10.5.2.2 Benzodiazepiny.

11.5.1.1 Antipsychotika

Antipsychotika nejsou tak prozkoumanou skupinou léčiv v poporodním období jako např. antidepresiva, proto se o jejich bezpečnosti existuje méně informací. Nejbezpečnějšími preparáty v tomto období jsou olanzapin a kvetiapin. Při užívání těchto léků může pacientka pokračovat v kojení. Za další možná antipsychotika, která jsou slučitelná s kojením se považují risperidon a haloperidol. Dále je možné použít aripiprazol, který se využívá nejen jako antipsychotikum a stabilizátor nálady, ale také slouží k farmakologickému zastavení laktace. Všechny informace o bezpečnosti antipsychotik však vyplývají pouze z drobných kazuistik (Šebela et al., 2019c).

11.5.1.2 Stabilizátory nálady

Nejčastěji používanými stabilizátory nálady v léčbě psychických poruch jsou lithium a některá antiepileptika (valproát, lamotrigin a karbamazepin). Lithium není v těhotenství doporučováno, neboť existují studie o jeho teratogenním účinku. V Dánsku byla srdeční malformace zjištěna u 25 z 225 lithiu vystavených dětí (8 %). Jedná se o 10krát větší výskyt než u běžné populace. Riziko teratogenních účinků výrazně stoupalo s vyšší denní dávkou lithia (Šebela et al., 2017). Lithium je vhodné nasadit ihned po porodu a zároveň přerušit kojení, neboť se dostává do mateřského mléka a může se kumulovat v těle dítěte (Raza and Raza, 2020). Užívání valproátu taktéž vykazuje teratogenní účinky na plod. Mezi ně můžeme řadit rozštěp rtu a patra, defekty neurální trubice, malformace srdeční či skeletální. Campbell et al. (2014) ve své studii zkoumali vliv valproátu, lamotriginu a karbamazepinu na výskyt teratogenních účinků. Malformace se vyskytly u 86 z 1 290 dětí (6,7 %), jejichž matky byly léčeny valproátem, u 51 z 2 198 dětí (2,3 %) vystavených lamotriginu a u 45 z 1 718 dětí (2,6 %) při léčbě karbamazepinem. Teratogenní účinek byl závislý na dávce u valproátu

a karbamazepinu, u lamotriginu tento efekt pozorován nebyl. Valproát a karbamazepin jsou kontraindikovány u těhotných žen a u žen, které plánují otěhotnět. Teratogenní efekt lamotriginu tak vysoký není (Campbell et al., 2014; Šebela et al., 2017).

Malá studie dokazuje, že také kombinace antipsychotik a lithia je účinnější v léčbě poporodní psychózy než samotná terapie antipsychotiky (Bergink et al., 2015).

11.5.2 Nefarmakologická terapie

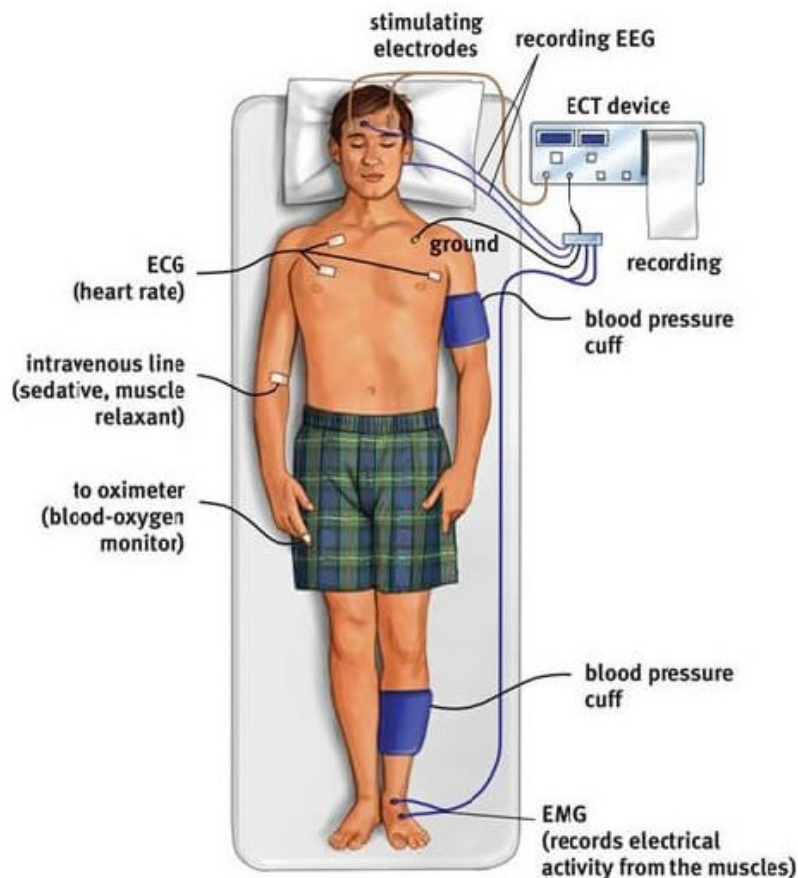
Vedle farmakoterapie je možné využít také nefarmakologickou léčbu. Tou je psychoterapie, která může být účinným a bezpečným prostředkem, který s sebou nese dobré výsledky. Může se použít také v kombinaci s terapií farmakologickou (Raza and Raza, 2020).

11.5.2.1 Elektrokonvulzivní terapie

Jako účinná možnost léčby se ukázala také ECT. Tato metoda byla poprvé popsána jako způsob psychiatrické léčby v roce 1938 a její první použití v době těhotenství bylo zaznamenáno v roce 1941. ECT se používá při léčbě poporodní deprese, psychózy, těžké mánie a schizofrenie. Obvykle přináší rychlé klinické zlepšení (Gressier et al., 2015). ECT je považována za velký přínos v léčbě těchto stavů. Jedná se o účinnou metodu, využívající se v období po porodu, která s sebou nese minimální riziko pro dítě a matku (Raza and Raza, 2020). Tato terapie se jeví jako obzvláště účinná při léčbě těžké poporodní psychózy se špatnou odpovědí na psychotropní léčbu (Gressier et al., 2015).

Navzdory její prokázané účinnosti bývá ECT nejkontroverznější metodou léčby v klinické psychiatrii. Vzhledem ke kontroverzní povaze se její použití snížilo spíše na krajní případy, kdy jiná léčba selhala či s sebou nese závažnější riziko. Kromě diagnózy je bráno v úvahu několik dalších faktorů při rozhodování o použití ECT. Těmito faktory jsou odpověď na předchozí léčbu, závažnost onemocnění, potřeba rychlé reakce či preference pacientky (Saatcioglu, 2011). Obrázek 2 ukazuje schéma ECT.

Obrázek 2: Elektrokonvulzivní terapie



ECG (heart rate) – tepová frekvence; intravenous line (sedative, muscle relaxant) – intravenózní podání (sedativa, svalová relaxancia); to oximeter (blood-oxygen monitor) – monitorování kyslíku v krvi; EMG (records electrical activity from muscles) – záznamy elektrické aktivity ze svalů; blood pressure cuff – manžeta sloužící k měření krevního tlaku; recording – záznam; ground – uzemnění; ECT device – ECT zařízení; recording EEG – měření EEG; stimulating electrodes – stimulující elektrody

Zdroj: Ankalwar, 2019

11.6 Prevence poporodní psychózy

Vzhledem k závažnosti poporodní psychózy a vysokému riziku vzniku onemocnění u pacientek trpících bipolární poruchou, případně vzniku relapsu poporodní psychózy, je vhodné podávat profylaktickou léčbu. Nejvíce se k tomuto účelu hodí lithium (Spinelli, 2009).

I když se to může zdát jako maličkost, také spánek má velký vliv na vznik poporodních poruch nálady. Důležitý je jeho dostatek v průběhu těhotenství i v období blížícího se porodu (Spinelli, 2009).

11.6.1 Profylaktická léčba

Profylaxe je velmi účinná cesta, jak zabránit vzniku poporodní psychózy u ohrožených matek. Je však potřeba mít na mysli určitá rizika s ní spojená. Jako profylaxi je možné podávat lithium. Užívání lithia během těhotenství je však rozporuplné, neboť s sebou nese značné riziko vzniku vrozených malformací a nízké porodní hmotnosti dítěte. Studie doporučují nasadit profylaktické lithium u žen s anamnézou bipolární poruchy ihned po porodu. Ženy by po porodu neměly kojit, neboť se lithium vylučuje do mateřského mléka. V těle novorozence by se mohlo hromadit, jelikož metabolické systémy a mechanismy vylučování ještě nejsou plně rozvinuty. Kojení může vést také k nedostatku spánku a vyčerpanosti matky, což může prohloubit její příznaky. Důležité je prodiskutovat s pacientkou, případně její rodinou, výhody a nevýhody kojení (Raza and Raza, 2020).

12 Závěr

Cílem této práce bylo sjednotit poznatky o psychickém zdraví ženy během těhotenství a po porodu, neboť si myslím, že ačkoli jsou poporodní psychická onemocnění závažná, veřejnosti nejsou dostatečně známa. Ve své práci jsem se zabývala nejdůležitějšími poporodními psychickými stavy, jejich diagnostikou, léčbou a prevencí.

Již během gravidity se může u některých žen vyskytnout problém zvaný tokofobie. Ta se dělí na primární a sekundární. U primární tokofobie mají ženy zejména strach z neznáma, z bolesti, bojí se o své dítě. Sekundární typ tokofobie vzniká v důsledku nepříjemných až odstrašujících zkušeností z předchozího porodu. Léčba není nikterak specifická. Je však potřeba mít na mysli, že v případě prohloubení úzkosti a strachu, se tokofobie může přeměnit ve vážnější psychický stav a může mít negativní dopad na matku i dítě.

Častým stavem, vyskytujícím se po porodu, bývá poporodní blues. Prevalence sahá k vysokému číslu, jelikož však nejsou přesně daná kritéria pro diagnostiku, lze jen skutečnou hodnotu odhadovat. K identifikaci je možné použít MBQ. Poporodní blues označuje změnu psychiky, která je částečně fyziologická. Léčba obvykle nebývá nutná, symptomy samovolně odezní do 14ti dnů po porodu.

Již o poznání závažnějšími psychickými poruchami jsou poporodní deprese či psychóza. Jak již z názvu vyplývá, stavy jsou charakterizovány depresivní náladou, smutkem, plačtivostí. Zejména u poporodní psychózy se vyskytují také halucinace a nemoc může vyústit v sebevražedné myšlenky. V těchto případech je nutná hospitalizace, neboť hrozí smrt matky či dítěte. Předpokládá se, že velký vliv na vznik onemocnění mají klesající steroidní hormony po porodu, avšak důležitější příčiny jsou zřejmě psychosociálního původu. Nejrizikovějším faktorem je anamnéza psychického onemocnění zejména bipolární poruchy. K diagnostice obou nemocí lze použít EPDS. Terapie psychických poruch je založena na farmakologických i nefarmakologických metodách. Je však potřeba mít na mysli, že psychofarmaka přechází do mateřského mléka a mohou ovlivňovat nejen matku, ale i její dítě. V některých případech je nejlepším způsobem léčby kombinace antipsychotik a psychoterapie. Zejména u poporodní psychózy je možné podávat profylaktickou léčbu. K tomuto účelu se využívá lithium, které však s sebou nese určitá rizika.

13 Seznam zkratk

ACTH – adrenokortikotropní hormon

ECT – elektrokonvulzivní terapie

EPDS – Edinburská škála postnatální deprese

FDA – Food and Drug Administration

FSH – folikulostimulační hormon

HCG – lidský choriový gonadotropin

IPT – interpersonální terapie

KBT – kognitivně behaviorální terapie

LH – luteinizační hormon

MBQ – Maternity Blues Questionnaire

MDQ – Dotazník pro poruchy nálady

PMDD – premenstruační dystrofická porucha

PMS – premenstruační syndrom

PPD – postnatální deprese

SNRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu

SSRI – blokátory zpětného vychytávání serotoninu

TCA – tricyklická antidepresiva

TSH – thyreotropní hormon

W-DEQ – Wijma Delivery Experience Questionnaire

14 Seznam obrázků a tabulek

Obrázky

Obrázek 1: Koncentrace jednotlivých hormonů v období gravidity a po porodu 14

Obrázek 2: Elektrokonvulzivní terapie 49

Tabulky

Tabulka 1: Symptomy sloužící k diagnostice poporodní deprese 36

Tabulka 2: Edinburská škála postnatální deprese 37

Tabulka 3: Orientační terapeutické dávky antidepresiv při léčbě úzkostných poruch .. 40

Tabulka 4: Přehled nežádoucích účinků léků u kojených dětí 41

15 Zdroje

- 1) Andrews-Fike C. A Review of Postpartum Depression. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 1999; 1(1): 9–14. doi: 10.4088/pcc.v01n0103.
- 2) Ankalwar V. Electroconvulsive Therapy (ECT) – An Overview and Recent Updates for Anesthesiologists. [online]. Publikováno: 7.9.2019 [cit. 2021-04-10]. Dostupné z: <https://www.isanagpur.org/newsletters/electroconvulsive-therapy-ect-an-overview-and-recent-updates-for-anesthesiologists/>.
- 3) Bergink V., Burgerhout K.M., Koorengel K.M., Kamperman A.M., Hoogendijk W.J., Lambregtse-van den Berg, M.P and Kushner S.A. Treatment of Psychosis and Mania in the Postpartum Period. *Am J Psychiatry*. 2005; 172(2): 115–123. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13121652.
- 4) Bhatia M.S. and Jhanjee A. Tokophobia: A dread of pregnancy. *Ind Psychiatry J*. 2012; 21(2): 158–159. doi:10.4103 / 0972-6748.119649.
- 5) Bjelica A., Cetkovic N., Trninic-Pjevic A. and Mladenovic-Segedi L. The phenomenon of pregnancy - a psychological view. *Ginekol Pol*. 2018; 89(2): 102-106. doi: 10.5603/GP.a2018.0017.
- 6) Bloch M., Rotenberg N., Koren D. and Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord*. 2005; 88(1): 9-18. doi:10.1016/j.jad.2005.04.007.
- 7) Brummelte S. and Galea L.A.M. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*. 2016; 77: 153-166. doi:10.1016/j.yhbeh.2015.08.008.
- 8) Calderani E., Giardinelli L., Scannerini S., Arcabasso S., Compagno E., Petraglia F. and Ricca V. Tocophobia in the DSM-5 era: Outcomes of a new cut-off analysis of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire based on clinical presentation. *J Psychosom Res*. 2019; 116: 37-43. doi: 10.1016 / j.jpsychores.2018.11.012.
- 9) Campbell E., Kennedy F., Russel A., Smithson W.H., Parsons L., Morrison P.J., Liggan B., Irwin B., Delanty N, Hunt S.J., Craig J. and Morrow J. Malformation risks of antiepileptic drug monotherapies in pregnancy: updated results from the UK and Ireland Epilepsy and Pregnancy Registers. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014; 85(9): 1029–1034. doi: 10.1136/jnnp-2013-306318.
- 10) Dahlberg U. and Aune I. The woman's birth experience—The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*. 2013; 29(4): 407-415. doi: 10.1016/j.midw.2012.09.006.

- 11) Davies W. Understanding the pathophysiology of postpartum psychosis: Challenges and new approaches. *World J Psychiatry*. 2017; 7(2): 77–88. doi: 10.5498/wjp.v7.i2.77.
- 12) Dennis C.L. and Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; 2. doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.
- 13) Dušová B and Moniaková N. Emoční změny u žen v období šestinedělí. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2010; 1(4): 121-123. ISSN 1804-2740.
- 14) Ferreira M., Coelho C., Batista B., Duarte J. and Chaves C. Determinants of psycho-emotional postpartum changes: the effects of self-esteem. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*. 2016; 19-25. ISSN 2357-1330.
- 15) Field T., Healy B., Goldstein S., Perry S., Bendell D., Schanberg S., Zimmerman E.A. and Kuhn C. Infants of depressed mothers show „depressed“ behaviour even with non-depressed adults. *Child Dev*. 1988; 59(6): 1569-79. doi: 10.1111/j.1467-8624.1988.tb03684.x.
- 16) Garcia-Esteve L., Ascaso C., Ojuel J. and Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord*. 2003; 75(1): 71-76. doi:10.1016/S0165-0327(02)00020-4.
- 17) Gentile S. and Galbally M. Prenatal exposure to antidepressant medications and neurodevelopmental outcomes: a systematic review. *J Affect Disord*. 2011; 128 (1–2): 1–9. 10.1016/j.jad.2010.02.125.
- 18) Gibson J., McKenzie-McHarg K., Shakespeare J., Price J. and Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand*. 2009; 119(5): 350–364. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01363.x.
- 19) Gonidakis F., Rabavilas A.D., Varsou E., Kreatsas G. and Christodoulou G.N. Maternity blues in Athens, Greece: a study during the first 3 days after delivery. *J Affect Disord*. 2007; 99(1-3): 107–115. doi: 10.1016/j.jad.2006.08.028.
- 20) Gressier F., Rotenberg S., Cazas O. and Hardy P. Postpartum electroconvulsive therapy: a systematic review and case report. *General Hospital Psychiatry*. 2015; 37(4): 310-314. doi:10.1016/j.genhosppsy.2015.04.009.
- 21) Hájek Z., Čech E., Maršál K. et al. *Porodnictví: 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. Grada Publishing a.s., Praha, 2014; str.580. ISBN 978-80-247-4529-9.

- 22) Hofberg K. and Ward M. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J.* 2003; 79(935): 505–510. doi: 10.1136/pmj.79.935.505.
- 23) Chambers C.D., Johnson K.A., Dick L.M., Felix R.J. and Jones K.L. Birth outcomes in pregnant women taking fluoxetine. *N Engl J Med* 1996; 335: 1010–1015 doi: 10.1056/NEJM199610033351402.
- 24) Izáková L., Duševné zdravie počas tehotenstva a po pôrode. *Psychiatr. Praxi.* 2013; 14(4): 161-163.
- 25) Izáková L., Borovská M., Baloghová B. and Krištúfková A. Výskyt depresívnych príznakov v popôrodnom období. *Psychiatr. praxi.* 2013; 14(1): 26-29.
- 26) Kandel I. and Merrick J. The Birth of a Child with Disability. Coping by Parents and Siblings. *ScientificWorldJournal.* 2003; 3: 741-50. doi:10.1100/tsw.2003.63.
- 27) Kumar P. and Magon N., Hormones in pregnancy. *Niger Med J.* 2012; 53(4): 179–183. doi:10.4103 / 0300-1652.107549.
- 28) Leight L.K., Fitelson E.M., Weston C.A. and Wisner K.L. Childbirth and mental disorders. *International Review of Psychiatry.* 2010; 22(5), 453-471. doi: 10.3109/09540261.2010.514600.
- 29) Lennon G.G. and Lennard M. The Puerperium. *British Medical Journal.* 1964; 1687–1690.
- 30) Liji T. Tokophobia – Fear of Pregnancy and Childbirth. *News-Medical.* 2019.
- 31) Mocková A., Nováková V., Lucková Z. and Dort J. Deprese a antidepresivní terapie matek z pohledu neonatologa. *Pediatr. Praxi* 2012; 13(3): 188-192.
- 32) Murphey C., Carter P., Price L.R., Dimmitt Champion J. and Nichols F. Psychological Distress in Healthy Low-Risk First-Time Mothers during the Postpartum Period: An Exploratory Study. *Nursing Research and Practice.* 2017; 1-12. doi.org/10.1155/2017/8415083.
- 33) Murray L. and Cooper P.J. Postpartum depression and child development. *Psychol Med.* 1997; 27: 253–260. doi: doi.org/10.1017/S0033291796004564.
- 34) O'Connell M., Leahy-Warren P., Khashan A.S. and Kenny L.C. Tocophobia – the new hysteria? *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine.* 2015; 25(6): 175-177. doi: 10.1016/j.ogrm.2015.03.002.

- 35) O'Connell M., Leahy-Warren P., Khashan A.S., Kenny L.C. and O'Neill S.M. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017; 96: 907-920. doi:10.1111/aogs.13138.
- 36) O'Hara M. Postpartum Mental Disorders. *Glob. libr. women med.* 2008; doi: 10.3843 / GLOWM.10420.
- 37) O'Hara M. Postpartum depression: what we know. *J Clinical Psychol.* 2009; 65(12): 1258-1269. doi:10.1002/jclp.20644.
- 38) Pařízek A. and Honzík T. Endokrinologické a imunologické změny v těhotenství. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti.* Galen, 2015; str. 1352 ISBN: 978-80-7492-213-8.
- 39) Pidrman V. and Látalová K. Premenstruální dystrofická porucha. *Psychiatr prax.* 2001; 2: 58-61.
- 40) Praško J. Psychoterapie poporodních depresí. *Psychiatrie.* 2002; 6: 39-44.
- 41) Praško J., Kosová J. and Herman E. Psychoterapie úzkostných poruch v těhotenství a poporodním období. *Psychiatrie.* 2002; 6: 45-55.
- 42) Rai S., Pathak A. and Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry* 2015; 57(2): 216-221. doi:10.4103 / 0019-5545.161481.
- 43) Ratislavová K. Psychologie časného poporodního období. *Moderní babičtví.* 2008; 15: 1-3.
- 44) Ratislavová K. Psychologie pozdního šestinedělí. *Moderní babičtví.* 2008; 16: 1-4.
- 45) Raza SK. and Raza S. Postpartum Psychosis. *StatPearls* [online]. Treasure Island (FL): StatePears Publishing. 2020 [cit. 2021-03-29]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544304/>.
- 46) Ross L.E., Murray B.J. and Steiner M. Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. *J Psychiatry Neurosci* 2005; 30(4): 247-56.
- 47) Roztočil A. Šestinedělí. *Moderní babičtví* 2004; 3: 1-5.
- 48) Saatcioglu O. and Tomruk N.B. The use of electroconvulsive therapy in pregnancy: a review. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2011; 48(1): 6-11.
- 49) Seifertová D., Mohr P., Strunzová V. and Čepický P. Léčba psychofarmaky v těhotenství a laktaci. *Psychiatr. Prax.* 2007; 3: 118–124.

- 50) Seyfried L.S. and Marcus S.M. Postpartum mood disorders. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15(3): 231-42. doi: 10.1080/0954026031000136857.
- 51) Sharma V. and Mazmanian D. Sleep loss and postpartum psychosis. *Bipolar Disorders*. 2003; 5(2): 98–10. doi:10.1034/j.1399-5618.2003.00015.x.
- 52) Schiller C.E., Meltzer-Brody S. and Rubinow D.R. The Role of Reproductive Hormones in Postpartum Depression. *CNS Spectr*. 2015; 20(1): 48–59. doi: 10.1017/S1092852914000480.
- 53) Spinelli M.G. Postpartum Psychosis: Detection of Risk and Management. *Am J Psych*. 2009; 166(4): 405-408. doi:10.1176/appi.ajp.2008.08121899.
- 54) Strunzová V., Seifertová D., Praško J., Mohr P., Horáček J., Herman E. and Bareš M. Léčba psychofarmaky v těhotenství a kojení. *Sanquis*. 2005; 38: str. 35.
- 55) Sušilová L. Léčba deprese v těhotenství. *Prakt. lékáren*. 2017; 13(3): 103–105. doi: 10.36290/lek.2017.061.
- 56) Svojanovská K. Současné možnosti diagnostiky a léčby závažného PMS/PMDD. *Moderní babičtví*. 2010; 19: 1-8.
- 57) Šebela A., Hanka J. and Mohr P. Etiologie, rizikové faktory a metody prevence poporodní deprese. *Česka Gynekol*. 2018; 83(6): 468-473.
- 58) Šebela A., Mohr P. and Hanka J. Diagnostika a moderní trendy v terapii poporodní deprese. *Česka Gynekol*. 2019a; 84(1): 68-72.
- 59) Šebela A., Nosková E., Goetz M. and Mohr P. Psychofarmaka během těhotenství – mírní, nebo zvyšují riziko pro plod? Část druhá: stabilizátory nálady, anxiolytika. *Pediatr. praxi* 2017; 18(6): 352-3. doi: 10.36290/ped.2017.068.
- 60) Šebela A., Hanka J. and Mohr P. Duševní onemocnění v poporodním období: specifika a farmakoterapie Část I: deprese, úzkostné poruchy, poruchy spánku a ADHD. *Psychiatr. praxi* 2019b; 20(1): 21–25.
- 61) Šebela A., Hanka J. and Mohr P. Duševní onemocnění v poporodním období: specifika a farmakoterapie Část II: psychotické poruchy a bipolární afektivní porucha. *Psychiatr. praxi* 2019c; 20(2): 82–85.
- 62) Šindelářová A. Prenatální péče, Předporodní příprava. *Moderní babičtví*. 2005; 7: 1-3.
- 63) Takács L., Smolík F., Mlíková Seidlerová J., Čepický P. and Hoskovcová S. Poporodní blues – česká adaptace dotazníku „Maternity Blues Questionnaire“. *Česka Gynekol*. 2016; 81(5): 344-368.

- 64) Talová B., Látalová K., Praško J. and Mainerová B. Úzkost a úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu. *Čes a slov Psychiat.* 2014; 110(1): 29-37.
- 65) Vobořilová V. and Červený R. Úzkostné poruchy. *Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře.* Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, 2018; str. 17. ISBN 978-80-88280-04-0.
- 66) Wenze S.J., Battle C.L. and Tezanos K.M. Raising multiples: mental health of mothers and fathers in early parenthood. *Arch Womens Ment Health.* 2015; 18(2): 163–176. doi:10.1007/s00737-014-0484-x.
- 67) Wilhelm Z., Bravený P., Fišer B., Honzíková N., Kukleta M., Nováková M., Nováková Z. and Šimurdová M. Fyziologie reprodukce. *Stručný přehled fyziologie člověka pro bakalářské studijní programy.* 1. vyd. Brno: Masarykova universita, 2003; str. 115. ISBN 80-210-2837-8.
- 68) Zacharias S., Aguilera E., Assenzo J.R. and Zanartu J. Return of fertility in lactating and non-lactating women. *J Biosocial Science.* 1987; 19(2): 163-169. doi:10.1017/S002193200001676X.
- 69) Zinga D., Phillips S.D. and Born L. Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented? *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2005; 27(2): 56-64. doi:10.1590/S1516-44462005000600005.