

Výskyt depresívnych príznakov v popôrodnom období

MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.¹, MUDr. Marína Borovská¹, MUDr. Beata Baloghová¹,
MUDr. Alexandra Krištúfková²

¹Psychiatrická klinika LF UK a UN Bratislava, Nemocnica Staré Mesto

²I. gynekologicko-pôrodná klinika LF UK a UN Bratislava, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda

Cieľ: Zistiť výskyt depresívnych príznakov u žien v popôrodnom období.

Metóda: Do analýzy bolo zaradených 50 rodičiek, ktoré kompletne vyplnili dotazníky pri poslednej gynekologickej prehliadke pred pôrodom, na 4.–6. deň po pôrode a po šiestonedelí.

Výsledky: Priemerné skóre v Zungovej sebaopisovacej škále pre depresiu nedosiahlo hodnoty svedčiace o depresívnej poruche. Hodnoty zodpovedajúce depresii sa vyskytli v obdobiach po pôrode a po šiestonedelí častejšie zhodne o 8%. Rozdiely sa nezistili ani pri porovnaní priemerných skóre získaných na vizuálnej analógovej škále hodnotiacej náladu, aj keď prítomnosť depresívnych príznakov sa zaznamenala na 4.–6. deň po pôrode častejšie o 8% a po šiestonedelí o 14%.

Záver: Zistil sa nízky výskyt depresívnych príznakov vo včasnom popôrodnom období. Charakteristiky súboru naznačujú protektívnu úlohu niektorých demografických a klinických faktorov v etiológii popôrodného blues.

Kľúčové slová: popôrodné blues, popôrodná depresia, Zungova sebaopisovacia škála pre depresiu, vizuálna analógová škála.

Incidence of depressive symptoms in the postpartum period

Objective: Find an incidence of depressive symptoms among women in the postpartum period.

Method: The analysis included 50 mothers, who completely fill out questionnaires at the last gynecologist visit before childbirth, at 4th–6th day after delivery and at the end of puerperium.

Results: The average score at Zung Self-Rating Depression Scale did not reach values indicative of depressive disorder. The values indicative for depression occurred in the postpartum period and after puerperium consistently about plus 8%. There were no differences when comparing the average values obtained on the Visual Analogue Mood Scale, although the presence of depressive symptoms reported at the 4th–6th day after delivery increased about 8% and at the end of puerperium about 14%.

Conclusion: The study showed a low prevalence of depressive symptoms in the early postpartum period. The characteristics of the study group suggests protective role of certain demographic and clinical factors in the etiology of postpartum blues.

Key words: postpartum blues, postpartum depression, Zung Self-Rating Depression Scale, Visual Analogue Mood Scale.

Psychiatr. prax; 2013; 14(2): 75–78

Úvod

Všeobecne je známe, že popôrodné obdobie, aj napriek fyziologickému priebehu, je pre organizmus ženy zaťažujúce. Z hľadiska duševného zdravia sa zvyšuje riziko manifestácie duševných porúch, z ktorých najčastejšie sa vyskytujú poruchy nálady. U časti z nich ide o endogénnu afektívnu poruchu, ktorá sa manifestovala v uvedenom období po prvýkrát, resp. je relapsom už v minulosti existujúcej poruchy nálady. Dôvodom je zmenená biopsycho-sociálna situácia. K predpokladaným etiologickým faktorom sa zaraďujú hormonálne zmeny, príprava na materstvo a záťaž zo starostlivosti o dieťa, vysadenie, resp. výmena medikácie počas tehotenstva. Ďalšia skupina duševných porúch je charakteristická pre uvedené obdobie a doteraz nie je presne objasnený jej vzťah k endogénnym duševným poruchám (1, 2). V popôrodnom období sa klinicky rozlišujú tri kategórie duševných po-

rúch: popôrodné blues (popôrodná skleslosť), postnatálna depresia a popôrodné psychózy.

Popôrodné blues sa vyskytuje u 50–80% rodičiek v prvých dňoch po pôrode (3, 4), pričom intenzita jeho príznakov je mierna a vymizne väčšinou spontánne v priebehu maximálne 1–2 týždňov. Postnatálna depresia, ktorá spĺňa kritériá pre depresívnu epizódu podľa MKCH 10, sa manifestuje u 10–20% rodičiek v priebehu prvého roka po pôrode (5). Najčastejšie sa vyskytuje v šiestom týždni a medzi 2. a 3. mesiacom po pôrode. Porucha vyžaduje komplexnú liečbu, ktorá zahŕňa režimové opatrenia, psychoterapiu a v indikovaných prípadoch aj farmakoterapiu. Popôrodné psychózy sa zisťujú len asi u 0,1–0,3% rodičiek (3). Najčastejšie sa manifestujú v priebehu prvých 4 týždňov po pôrode, ale vyskytujú sa aj neskoré formy. Prebiehajú pod obrazom amentne-delirantného, bipolárneho alebo schizofrenického syndrómu. Vyžadujú psychofarmakologické ovplyvnenie.

Popôrodné duševné poruchy napriek tomu, že sú nie zriedkavou klinickou realitou, zostávajú často nediagnostikované a nepriaznivo ovplyvňujú kvalitu života pacientky a celej jej rodiny, preto by im mala byť v záťažovom popôrodnom období venovaná adekvátna pozornosť.

Cieľom práce bolo zistiť výskyt depresívnych príznakov u žien v popôrodnom období.

Metóda

Miestom zberu údajov bola I. gynekologicko-pôrodná klinika LF UK a UNB, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Bratislava. Do sledovania sme zaradili 200 žien, ktoré vyplnili dotazník pri poslednej gynekologickej prehliadke pred pôrodom a následne boli požiadané o vyplnenie dotazníkov aj na 4. až 6. deň po pôrode a po šiestonedelí. Gynekológ-pôrodník poskytol údaje o priebehu pôrodu a zdravotnom stave novorodenca. Dotazník zahŕňal demografické údaje, Zungovu sebaopisovaciu škálu pre

depresiu a vizuálne analógové škály hodnotiace aktuálnu náladu a zmenu nálady oproti obdobiu pred pôrodom.

Výsledky

Prvé hodnotenie (1. fáza) sa realizovalo pri poslednej ambulantnej gynekologickej prehliadke rodičky pred pôrodom. Dotazník zameraný na zistenie demografických údajov, Zungovu sebaopisovú škálu pre depresiu a vizuálne analógové škály vyplnilo 200 žien. Druhé hodnotenie (2. fáza) sa realizovalo 4.–6. deň po pôrode, pri prepustení rodičiek z hospitalizácie na pôrodníckom oddelení. Otázky sa týkali priebehu pôrodu a zdravotného stavu novorodenca, súčasťou dotazníka boli Zungova sebaopisovacia škála pre depresiu a vizuálne analógové škály. Gynekológ-pôrodník tiež hodnotil priebeh pôrodu a stav novorodenca po pôrode. Pri druhom hodnotení odovzdalo kompletne vyplnené dotazníky 129 žien. Tretie hodnotenie (3. fáza) prebehlo po šesťdňovej korešpondenčnou formou. Dotazníky boli rodičkám odovzdané pri prepustení z hospitalizácie a obsahovali Zungovu sebaopisovú škálu pre depresiu a vizuálne analógové škály. Po tejto fáze hodnotenia bolo do analýzy zaradených 50 rodičiek, ktoré vo všetkých troch fázach kompletne vyplnili dotazníky.

Demografické charakteristiky základného súboru ($n = 50$) sa uvádzajú v tabuľke 1. Pri ich porovnaní s údajmi získanými v súbore rodičiek, ktoré kompletne vyplnili dotazníky v druhej fáze hodnotenia ($n = 129$), sa nezaznamenali štatisticky významné rozdiely (tabuľka 1).

Zungova sebaopisovacia škála pre depresiu

Sebahodnotiace škály pre depresiu sa používajú na skríning prítomnosti a závažnosti depresívnych symptómov. U osôb, ktoré získajú pri skríningovom vyšetrení zvýšené skóre, je potrebné diagnózu depresie potvrdiť psychiatrickým vyšetrením. Zungova sebaopisovacia škála pre depresiu je 20 položková škála (6). Proband sa vyjadruje k jednotlivým položkám – tvrdeniam podľa ich frekvencie výskytu (nikdy alebo zriedka = 1 bod, niekedy = 2 body, dosť často = 3 body, veľmi často alebo stále = 4 body). Maximálne hrubé skóre predstavuje hodnota 80 bodov. Častejšie sa však pre jednoduchšie vyhodnocovanie a interpretáciu výsledkov používa SDS index, ktorý je prevodom hrubého skóre na hodnotu 100. Podľa hodnoty SDS indexu sa hodnotí závažnosť depresívnych symptómov (tabuľka 2).

Priemerné hodnoty SDS indexu u žien v základnom súbore ($n = 50$) v jednotlivých fázach

Tabuľka 1. Demografické charakteristiky súborov

		N = 129	N = 50
Vek (roky)	priemer \pm SD medián (interval)	30,6 \pm 3,6 31 (21–41)	30,3 \pm 3,7 30 (22–40)
Vzdelanie (%)	vysokoškolské stredoškolské základné	71 23 6	70 24 6
Sociálny status (%)	vo vzťahu, vydatá slobodná rozvedená	85 10 5	84 12 4
Spolužitie (%)	s partnerom s rodičmi osamote	96 3 1	96 4 0
Poradie pôrodu (%)	prvorodičky viacrodičky	51 49	60 40
Priebeh pôrodu (%)	bez komplikácií s komplikáciami akútna sekcia	73 11 16	68 18 14
Novorodenec (%)	zdravý patologický	100 0	100 0

Tabuľka 2. Hodnoty SDS indexu a im zodpovedajúci Globálny klinický dojem (CGI)

SDS index	Globálny klinický dojem CGI
< 50	Nie sú známky depresie.
50–60	Prítomné sú známky minimálnej alebo ľahkej depresie.
60–69	Prítomná je stredne ťažká až celkom zreteľne vyjadrená depresia.
> 70	Prítomná je ťažká až extrémne ťažká depresia.

hodnotenia nedosiahli hodnoty svedčiace o depresívnej poruche. Ani pri vzájomnom porovnaní získaných SDS indexov v jednotlivých fázach hodnotenia sa nezaznamenali rozdiely (graf 1).

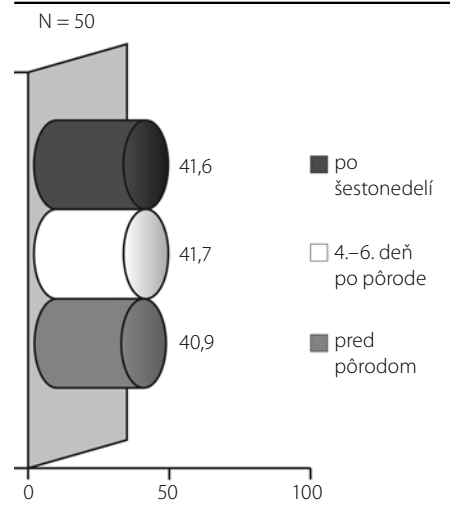
Súčasne sa zisťovali aj hodnoty SDS indexu v skupine rodičiek, ktoré kompletne vyplnili dotazníky v druhej fáze hodnotenia ($n = 129$) a zvlášť u tých z nich, ktoré dotazník v tretej fáze nevyplnili, resp. ho vyplnili nekompletne ($n = 79$). Priemerný SDS index v období pred pôrodom a na 4.–6. deň po pôrode v oboch súboroch nadobudol hodnotu 34,0, teda bol nižší ako v základnom súbore a nedosiahol hodnoty svedčiace o prítomnosti depresívnej poruchy.

Zvlášť sme hodnotili odpovede na položku č. 1: „Som smutná a skleslá“, ktorá priamo vypovedá o náladu. Priemerné skóre vo všetkých skupinách a sledovaných obdobiach sa nachádzali v intervale 1,4–1,6 bodu, teda medzi slovne vyjadrenými hodnoteniami „nikdy, zriedka a niekedy“.

Vizuálne analógové škály

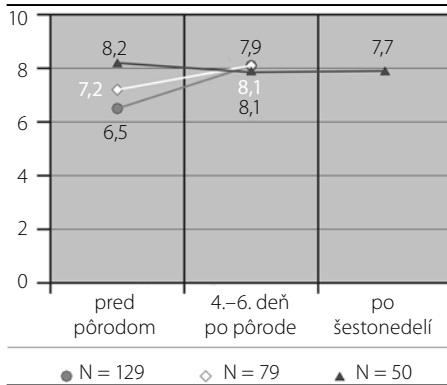
Na vizuálnych analógových škálach, 10 centimetrových úsečkách na koncových bodoch označenými ako minimum a maximum hodnoteného parametra, sa v jednotlivých fázach hodnotili aktuálna náladu (0 = zlá, depresívna/10 = výborná) a v 2. a 3. fáze aj zmena nálady v porovnaní s obdobím pred tehotenstvom (0 = nie/10 = áno).

Graf 1. Výskyt depresívnych príznakov v základnom súbore hodnotený SDS indexom

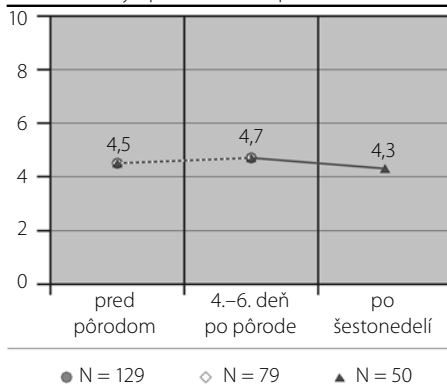


Pri hodnotení aktuálnej nálady v základnom súbore ($n = 50$) sa pri porovnaní jednotlivých fáz zaznamenalo len veľmi mierne zhoršenie nálady (graf 2). Najväčšia priemerná diferenciacia na 10 bodovej škále dosiahla $-0,5$ bodu. Pri hodnotení všetkých kompletne vyplnených dotazníkov v 2. fáze hodnotenia ($n = 129$) sa zaznamenalo len mierne zlepšenie nálady priemerne o $+0,9$ bodu (graf 2). Pri separátnom hodnotení odpovedí rodičiek, ktoré ukončili 2., ale neukončili 3. fázu štúdie ($n = 79$)

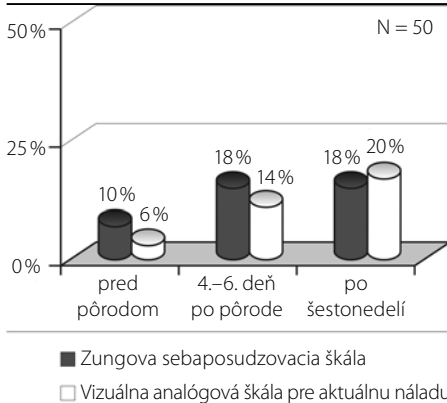
Graf 2. Výskyt depresívnych príznakov v súboroch hodnotený Vizualnou analógovou škálou pre aktuálnu náladu



Graf 3. Výskyt depresívnych príznakov v súboroch hodnotený Vizualnou analógovou škálou pre zmenu nálady oproti obdobiu pred tehotenstvom



Graf 4. Výskyt depresívnych príznakov v základnom súbore



sme zaznamenali zlepšenie nálady až priemerne o +1,6 bodu (graf 2). Potrebne je zdôrazniť, že zistené rozdiely boli malé a priemerné skóre ležalo pri všetkých hodnoteniach v intervale „výborná“.

Na vizualnej analógovej škále sa hodnotila aj zmena nálady oproti obdobiu pred tehotenstvom. Výsledky v základnom súbore ($n = 50$) a aj ďalších dvoch súboroch ($n = 129$, $n = 79$) boli zhodné v 1. fáze, keď bolo priemerné skóre 4,5 bodu, v 2. fáze 4,7 bodu a v 3. fáze hodnotenia u žien základného súboru ($n = 50$) 4,3 bodu (graf 3).

Vzájomné porovnanie hodnotení na Zungovej sebaopisovacej škále pre depresiu a vizualnej analógovej škále hodnotiacej aktuálnu náladu

Ďalej sme zisťovali zakolísanie nálady v negatívnom smere oproti východiskovej hodnote pred pôrodom, napriek tomu, že nedosiahlo hodnoty, ktoré by svedčali o depresii. Nárast SDS indexu sa zaznamenal pri porovnaní obdobia pred pôrodom a 4.-6. dňa po pôrode, ktoré zodpovedá obdobiu s najvyššou manifestáciou popôrodného blues, u 32 % rodičiek. Pri porovnaní obdobia pred pôrodom s obdobiem šestonedelia nálada negatívne zakolísala až u 52 % rodičiek.

Rovnako sme porovnali jednotlivé skóre získané z odpovedí na vizualnej analógovej škále hodnotiacej aktuálnu náladu. Pri porovnaní obdobia pred pôrodom a 4.-6. dňa po pôrode sme zaznamenali negatívne zakolísanie nálady u 46 % a pri porovnaní s obdobiem šestonedelia u 44 % žien.

Potrebné je si však uvedomiť, že napriek negatívne zakolísaniu, priemerné skóre pre vyjadrenie aktuálnej nálady v týchto obdobiach ležalo v intervale hodnotenia „výborná“.

Výskyt depresívnych príznakov, t.j. SDS index > 50 , v základnom súbore pred pôrodom sa zistil u 10 % žien, v obdobiach na 4.-6. deň po pôrode a po šestonedelí stúpol zhodne na 18 %. Rovnako na vizualnej analógovej škále hodnotiacej aktuálnu náladu sa hodnoty skóre < 5 bodov zaznamenali pred pôrodom u 6 % žien, na 4.-6. deň po pôrode sa vyskytli u 14 % a po šestonedelí u 20 % žien (graf 4).

Pri hodnotení odpovedí rodičiek, ktoré ukončili 2. fázu štúdie ($n = 129$) sa zaznamenali hodnoty SDS indexu > 50 pred pôrodom len u 1 % a na 4.-6. deň u 2 %. Skóre < 5 bodov zistené na vizualnej analógovej škále sa zaznamenalo pred pôrodom u 16 % a na 4.-6. deň po pôrode pokleslo na 11 %.

Diskusia

Popôrodné blues charakterizuje menlivosť príznakov. Objavujú sa už v prvých dňoch po pôrode, ich intenzita je najvyššia medzi 3. a 5. dňom. V klinickom obraze dominujú najmä podráždenosť, lakrimozita, vyčerpanosť, rýchle zmeny nálad a vyskytujú sa aj poruchy spánku. Príznaky odoznievajú spravidla veľmi rýchlo, najneskôr však do 10–14 dní. Z hľadiska výskytu sa v literatúre uvádza výskyt popôrodného blues až u 50–80 % rodičiek (3, 4). Z výsledkov nášho výskumu vyplýva, že v prezentovanom súbore sa pomerne často zaznamenalo kolísanie nálady v negatívnom smere v období 4.-6. dňa

po pôrode a po šestonedelí, avšak hodnotenie nálady nedosiahlo hodnoty svedčiace o depresii. Výskyt depresívnych príznakov v období 4.-6. dňa po pôrode bol zistený len u 14–18 % rodičiek v závislosti od použitej hodnotiacej škály. Protektívne a rizikové faktory uplatňujúce sa v etiológii popôrodnej depresie sú pravdepodobne významné aj pri vzniku popôrodného blues. K známym rizikovým faktorom, ktoré spolupôsobia pri vzniku popôrodného blues možno zaradiť nízky vek matky, komplikovaný pôrod, dieťa vyžadujúce zvýšenú popôrodnú starostlivosť, patologický stav novorodenca, nedostatočné sociálne zázemie matky, nepriaznivý začiatok dojčenia (3, 7, 8). Ako protektívne faktory v prezentovanom súbore možno hodnotiť vyšší priemerný vek, ktorý presiahol 30 rokov, vzdelanosť rodičiek, 94 % žien malo stredoškolské alebo vysokoškolské vzdelanie, existujúce sociálne zázemie, pretože žiadna z rodičiek nežila osamote. Pozitívny vplyv mal tiež nekomplikovaný priebeh pôrodu, v prezentovanom súbore viac ako dve tretiny pôrodov prebehlo bez komplikácií a novorodenci boli hodnotení ako zdraví. Niektorí autori uvádzajú častejší výskyt popôrodného blues u prvorodičiek (9), ktoré v základnom súbore tvorili len miernu väčšinu, t.j. 60 %.

Popôrodnej skleslosti sa zriedka prikladá väčšia dôležitosť, býva považovaná za prechodný popôrodný stav, ktorý nevyžaduje špecifickú liečbu. Potrebne si je však uvedomiť, že napriek tomu, že sú príznaky popôrodného blues len prechodné a ich intenzita býva mierna, môžu nepriaznivo ovplyvniť schopnosť ženy vo včasnom popôrodnom období postarať sa o seba a dieťa, ohroziť vytvárajúci sa vzťah matka a dieťa, rovnako ako aj začiatok laktácie a zhoršiť popôrodnú adaptáciu dieťaťa. V ostatnom období sa preto aj v profylaktickej príprave ženy na pôrod a následné dojčenie, ale aj z hľadiska celkovej populácie v masmédiách popôrodnému blues venuje zvýšená pozornosť. Tehotné ženy sú upozorňované na možnosť manifestácie skleslosti a depresívnych príznakov v popôrodnom období. Navyše, príznaky popôrodného blues môžu byť iniciálnymi príznakmi závažnejšej popôrodnej depresie, ktorá si vyžaduje intenzívnejší terapeutický zásah (10). Pozitívny vplyv na priebeh popôrodného blues má podporný prístup zo strany zdravotníckeho personálu a rodiny, ale aj edukačné programy, napr. laktačných poradkýň.

Mierne kriticky sa možno vyjadriť k niektorým aspektom podporného postoja spoločnosti k rodičovstvu, zdôrazňovaná nutnosť mať radosť z materstva ihneď po narodení dieťaťa, totiž nemusí byť v ťažšom popôrodnom období, napr.

po operačnom pôrode, reálne prežívaná, čo u rodičky môže prispievať k rozvoju poruchy nálady. Podobným mechanizmom pôsobí aj snaha matky čo najlepšie zvládnuť laktáciu, pretože v súčasnosti je dojčenie dieťaťa odborníkmi a spoločnosťou vysoko hodnotené a zdôrazňované. Insuficiencia matky v dojčení v prvých dňoch po pôrode, často biologicky podmienená neskorším nástupom laktácie napr. z dôvodu operačného pôrodu, alebo hyperbilirubinémie u dieťaťa, môže prispievať k manifestácii príznakov popôrodného blues.

Depresívne príznaky, ktoré sa zaznamenali pri hodnotení po šestonedelí, sa v závislosti od použitej škály vyskytli u 11–20% rodičiek, čo zodpovedá publikovaným údajom (5).

Výsledky štúdie majú svoje limity. Ako najzávažnejší nedostatok hodnotíme použitie seba-posudzovacích škál a nedostatočnú spoluprácu respondentov pri vyplňaní dotazníkov. Podobné skúsenosti s použitím seba-posudzovacích škál majú aj iní autori (11). Z uvedených výsledkov vyplýva, že najvyššiu adhérenciu k štúdiu mali rodičky, u ktorých nálada kolísala v popôrodnom období v negatívnom smere. Navyše, u žien, u ktorých sa zaznamenali depresívne príznaky, nebola depresívna porucha potvrdená psychiatrickým vyšetrením. Depresia predstavuje totiž široký a komplikovaný pojem, napriek pokročilým poznatkom sú stále nejasnosti o tom, čo je nielen z biologického, ale aj z klinicko-patologického hľadiska jej základom (12). Tiež sa domnieva-

me, že v budúcnosti by bolo vhodné venovať sa okrem sledovaných parametrov aj vplyvu psychoprofylaxie, edukácie, prítomnosti otca pri pôrode a pôsobenia laktčných poradkýň na priebeh skorého popôrodného obdobia.

Záver

Napriek tomu, že podľa literárnych údajov sa depresívne príznaky vo včasnom popôrodnom období vyskytujú pomerne často, v predkladanej práci sa zistil ich zriedkavý výskyt. Niektoré charakteristiky súboru naznačujú, resp. overujú, protektívnu úlohu faktorov ako sú vyšší vek, priaznivá sociálna situácia, vyššie vzdelanie, nekomplikovaný priebeh pôrodu a zdravý novorodenec.

Prítomnosť depresívnych príznakov v popôrodnom období nepriaznivo ovplyvňuje kvalitu života matky, dieťaťa a samozrejme, aj celej rodiny. Môže byť podmienená popôrodnou depresiou, ktorá má svoje riziká a vyžaduje si komplexnú liečbu, a preto je potrebné venovať im zvýšenú pozornosť.

Literatúra

1. Kašpárek T. Duševní poruchy v poporodním období – přehled. *Psychiatria pro praxi* 2011; 12(Suppl. A): 23.
2. O'Keane V, Lightman S, Patrick K, et al. Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during the early puerperium may be related to the postpartum blues. *J Neuroendocrinol*, 2011; 23(11): 1149–1155.
3. Earls MF. Clinical Report – Incorporating Recognition and Management of Perinatal and Postpartum Depression Into Pediatric Practice. *Pediatrics* 2012; 126(5): 1032–1039.

4. Sit DK, Wisner KL. The Identification of Postpartum Depression. *Clin Obstet Gynecol* 2009; 52(3): 456–468.
5. Gaynes BN, Meltzer-Brody S, Lohr KN, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Evidence Report/Technology Assessment (Summary) 2005; 119: 1–8.
6. Zung WWK. A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 15: 63–70.
7. Séjourné N, Denis A, Theux G, et al. The role of some psychological, psychosocial and obstetrical factors in the intensity of postpartum blues. *Encephale* 2008; 34(2): 179–182.
8. Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsou E, et al. Maternity blues in Athens, Greece: a study during the first 3 days after delivery. *J Affect Disord* 2007; 99(1–3): 107–115.
9. Yalom I, Lunde D, Moos R, et al. Postpartum blues syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 1968; 18: 16–27.
10. Reck K, Stehle E, Reinig K, et al. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord* 2009; 113(1–2): 77–87.
11. Kovářová M, Dóci I, Hegyi L. Hodnotenie depresie u somaticky chorých ľudí nad 60 rokov pomocou Zungovej škály depresie. *Geriatrics: odborný časopis slovenských a českých geriatrov* 2003; 9(2): 81–87.
12. André I, Novotný V. K fenomenológii depresie. In: Vladimír Novotný (ed) a spol. Kapitoly z psychopatológie 3, XIV Guensbergerov deň a iné. Nové Zámky: Psychoprof 2010: 31–35.

Článok je prevzatý z
Psychiatr. praxi 2013; 14(1): 26–29.

MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.
Psychiatrická klinika LF UK a UNB,
Mickiewiczova 13, 813 69 Bratislava
lubomira.izakova@fmed.uniba.sk

