

Duševné zdravie počas tehotenstva a po pôrode

MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.

Psychiatrická klinika LF UK a UNB, Bratislava

Tehotenstvo a obdobie po pôrode predstavujú v živote ženy z hľadiska manifestácie duševných porúch rizikové obdobie. K najčastejšie sa vyskytujúcim poruchám patrí tokofóbia, popôrodná skleslosť, popôrodná, resp. perinatálna depresia a popôrodná psychóza. Etiologicky možno uvažovať aj o prvej manifestácii endogénnej duševnej poruchy alebo o relapse, či dekompenzácii už v minulosti sa prejavujúcej duševnej poruchy. Napriek skutočnosti, že žena v danom období pravidelne navštevuje ambulanciu lekára, psychické ťažkosti zostávajú často nediagnostikované, čo významne znižuje kvalitu života rodičky, negatívne pôsobí na ďalší priebeh poruchy a predstavuje rizikový faktor suicidálneho konania. Farmakoterapia v tehotenstve a laktácii má tiež svoje obmedzenia, vždy je potrebné posúdiť pomer benefitu a rizika, avšak nielen zo strany matky, ale aj vyvíjajúceho sa dieťaťa.

Kľúčové slová: tehotenstvo, popôrodné duševné poruchy, perinatálna depresia, popôrodná psychóza.

Mental health during pregnancy and after childbirth

Pregnancy and postpartum period represent during a woman's life, in terms of manifestations of mental disorders, risk period. The most commonly occurring disorders include tocofobia, postpartum blues, postpartum, respectively perinatal depression and postpartum psychosis. Etiology could also be considered as the first manifestation of endogenous mental disorder or a relapse/decompensation of existing endogenous mental disorder. Despite the fact that a woman at that time regularly visit the doctors, mental disturbances often remain undiagnosed, which significantly reduces the quality of life of the mother, child and whole family, negatively influence the further course of the disorder, and it is also risk factor for suicide. Pharmacotherapy during pregnancy and lactation has also its limitations, it is always necessary to assess the benefit-risk ratio, but not only for the mother, but also for the developing child.

Key words: pregnancy, postpartum mental disorders, perinatal depression, postpartum psychosis.

Psychiatr. prax; 2015; 16(3): e18–e20

Úvod

Tehotenstvo, jeho ukončenie pôrodom a popôrodné obdobie je aj za fyziologických okolností záťažovým obdobím pre organizmus ženy, ktorý prechádza biologickými, ale aj psychosociálnymi zmenami. Akékoľvek ochorenie rodičky tento stav komplikuje. Nielen samotné ochorenie, ale aj užívaná medikácia predstavuje riziko pre vyvíjajúci sa plod. V prekoncepčnom období a v prvom trimestri tehotenstva riziko predstavujú najmä teratogénne a embryotoxické účinky, v druhom a treťom trimestri hrozí funkčné neurologické poškodenie a retardácia intrauterínneho rastu plodu, v neskoršom období, počas pôrodu a laktácie, sú to najmä poruchy priebehu pôrodu, popôrodnej adaptácie novorodenca, neonatálny abstinenčný syndróm z vysadenia a ovplyvnenie priebehu včasného postnatálneho obdobia.

Klasifikácia duševných porúch v období tehotenstva až do ukončenia prvého roku po pôrode nie je v odbornej literatúre jednotná. Z etiologického hľadiska je možné duševné poruchy manifestujúce sa v uvedenom období rozdeliť na organické, psychogénne a endogénne (tabuľka 1). Z časového hľadiska ich výskytu na prenatalne a postnatálne (popôrodné), pričom sa používa aj súhrnné označenie perinatálne.

Z hľadiska patogenézy už prekoncepčne, ale aj v období tehotenstva a po pôrode, sa duševné poruchy môžu vyskytnúť „de novo“, keď sa endogénna psychická porucha prvýkrát manifestuje až v tomto záťažovom období a následne prebieha podľa známych charakteristík. Iné psychické poruchy sú výlučne charakteristické pre uvedené obdobie. Ďalšiu možnosť predstavuje relaps, resp. dekompenzácia už existujúcej duševnej poruchy. Dôvody na zhoršenie stavu môžu byť viaceré a nerovnomerne zastúpené, pričom je potrebné si uvedomiť, že základom je zmenená biologická situácia. Významnú úlohu môžu zohrávať vysadenie dlhodobo užíwanej medikácie pred plánovaným tehotenstvom, stresujúca nová psychosociálna situácia vyplývajúca z tehotenstva a blížiaceho sa pôrodu alebo obava o schopnosť postarať sa o dieťa po jeho narodení v kontexte už existujúcej duševnej poruchy.

Uvádza sa, že 14–23 % tehotných žien a až 88 % žien v období po pôrode trpí určitým typom depresívnej poruchy (1, 2). Hoci je väčšina

týchto príznakov len mierna a prechodná, znižujú schopnosť ženy postarať sa o seba a dieťa, ovplyvňujú kognitívny, sociálny a emočný rozvoj dieťaťa (3, 4).

Duševné poruchy v tehotenstve

Tokofóbia, strach z pôrodu, sa môže vyskytnúť už primárne u prvorodičiek pred prvým pôrodom, avšak nezriedka vzniká sekundárne ako reakcia na predchádzajúci komplikovaný pôrod. Terapeuticky, ale aj profylakticky, môže poruchu pozitívne ovplyvniť psychoprofylaktická príprava na pôrod, ktorá je už dnes bežnou súčasťou starostlivosti o tehotné. V prípade, keď je sekundárna tokofóbia súčasťou po komplikovanom pôrode sa manifestujúcej posttraumatickej stresovej poruchy, vyskytujú sa v klinickom obraze aj živé sny s traumatickou tematikou a flashbacky spomienok na traumatizujúci pôrod (5). Tokofóbia sa stáva dôvodom pre odmietanie ďalšieho tehotenstva alebo žiadosť rodičky o jeho ukončenie operatívne, cisárskym rezom.

Tabuľka 1. Etiologická klasifikácia psychických porúch v tehotenstve a po pôrode (upravené podľa 5)

Organické	Psychogénne	Endogénne
<ul style="list-style-type: none"> ■ post-eklamptické ■ infekčné ■ cievne ■ iné 	<ul style="list-style-type: none"> ■ tokofóbia ■ reaktívna depresia po potrate, resp. pôrode mŕtveho dieťaťa ■ popôrodná depresia u otcov ■ iné 	<ul style="list-style-type: none"> ■ popôrodná depresia ■ popôrodná psychóza ■ endogénna afektívna porucha ■ schizofrénia ■ iné

K najčastejším duševným poruchám, ktoré sa prvýkrát prejavujú v popôrodnom období, sa v literatúre uvádzajú prechodná popôrodná skleslosť (baby blues, popôrodné blues), popôrodná depresia, popôrodná a laktačná psychóza. Ich vzťah k endogénnym psychickým poruchám nie je zatiaľ uspokojivo objasnený.

Popôrodná skleslosť

Uvádza sa, že popôrodná skleslosť sa vyskytuje u viac ako polovice rodičiek. Podľa niektorých autorov je prítomná až približne u 80% rodičiek (6, 7). Príznaky sa objavujú v prvých dňoch po pôrode, kulminujú medzi 3. a 5. dňom. Majú prechodný a menlivý charakter. Dominuje podráždenosť, lakrimozita, vyčerpanosť, rýchle zmeny nálad a prítomné sú aj poruchy spánku. Častejšie sa opisujú u prvorodičiek. K potenciálne rizikovým faktorom možno zaradiť komplikovaný priebeh pôrodu, dieťa vyžadujúce zvýšenú popôrodnú starostlivosť, patologický stav novorodenca, nedostatočné sociálne zázemie matky, nepriaznivý začiatok dojčenia. Popôrodnej skleslosti sa zriedka prikladá väčšia dôležitosť, býva považovaná za prechodný popôrodný stav. Príznaky spravidla odznievajú bez liečby do 10–14 dní. Priebeh môže pozitívne ovplyvniť podporný prístup zo strany zdravotníckeho personálu a rodiny. Potrebné je si však uvedomiť, že pri nepriaznivom priebehu je vysoké riziko prechodu do popôrodnej depresie.

Popôrodná depresia

Depresívna porucha ako jedna z najčastejších sa vyskytujúcich duševných porúch má u žien, najmä v reprodukčnom období, všeobecne vyššie riziko manifestácie (8). Uvádza sa, že popôrodná depresia sa vyskytuje asi u 10–15% rodičiek (1). Súčasne sa upozorňuje na skutočnosť, že pomerne často zostáva nediagnosti-

kovaná. Ryan a kol. naznačujú, že popôrodná depresia môže byť súčasťou kontinua poruchy, ktorá začína už počas tehotenstva a vyskytuje sa do konca prvého roka po pôrode, tzv. perinatálna depresia (9).

Prvé príznaky popôrodnej depresie sú spravidla diagnostikované v prvých týždňoch po pôrode. Klasifikácia DSM-IV uvádza výskyt depresívnych príznakov v priebehu prvých štyroch týždňov po pôrode, v klasifikácii MKCH-10 je časovým kritériom šesť týždňov po pôrode. Ohraničenie obdobia výskytu depresívnych príznakov po pôrode sa však javí ako nedostatočné, nezahŕňa všetky stavy, ktoré súvisia špecificky s popôrodným obdobím, a preto sa v návrhu klasifikácie DSM V uvažuje o rozšírení časového obdobia na 6 mesiacov.

V klinickom obraze popôrodnej depresie dominujú únava, vyčerpanie, strach o dieťa, úzkosť, lakrimozita, podráždenosť, smútok, beznádej, pocity viny, myšlienky na smrť, časté bývajú poruchy spánku a nadmerné rýchle chudnutie. Príznaky pretrvávajú dlhšie ako 2 týždne. Riziko popôrodnej depresie je vyššie u matiek s pozitívnou osobnou anamnézou depresívnej poruchy, u matiek bez sociálneho zázemia, pri abúze psychoaktívnych látok, pri poruchách funkcie štítnej žľazy a iných chronických ochoreniach matky ako je napr. astma, ale aj pri zdravotnom postihnutí dieťaťa, resp. v závislosti od temperamentu dieťaťa (10). Popôrodná depresia zaťažuje nielen matku, ale aj dieťa, partnera a celú rodinu. Pauson a Bazemore na základe metaanalýzy 43 štúdií opisujú výskyt depresie u 10,4% otcov v priebehu obdobia prvého trimestra gravidity partnerky do konca prvého roka po pôrode (11). Súčasne zistili pozitívnu koreláciu výskytu depresie u otcov a matiek. Earls a kol. opísali u detí matiek s popôrodnou depresiou vyšší výskyt retardácie vývinu, problémového soci-

álneho správania, porúch spánku, stravovacích problémov, záchvatov zlosti a hyperaktivity (6). Popôrodná depresia pretrváva u 25–50% žien dlhšie ako 7 mesiacov (12, 13). Zvyšuje utilizáciu a cenu zdravotnej starostlivosti, často vedie k prerušeniu dojčenia, narúša vzťah matka-dieťa a súčasne aj partnerský vzťah. Vysoko riziková je aj možnosť letálneho priebehu poruchy v prípade suicidálneho konania, navyše matka s popôrodnou depresiou nie vzácnou prekvaľou rozšírenou samovraždou.

Stav vyžaduje včasnú diagnostiku. Samozrejme, nie je v možnostiach psychiatrov vyšetriť každú rodičku. Ako vhodnejšie sa javí použitie skriningových dotazníkov, napr. Edinburg Postnatal Depression Scale a Postpartum Depression Screening Scale, ktoré sú časovo a technicky nenáročné (14, 15). Tehotná žena, i žena po pôrode do konca prvého roka života dieťaťa, je často v kontakte s lekárom, najmä gynekológom-pôrodníkom a pediatrom, ale aj ďalším zdravotníckym personálom, ktorí môžu vykonať skriningové hodnotenie. Na základe získaného skóre sa rizikovým rodičkám následne odporučí psychiatrické vyšetrenie, pri ktorom sa stanoví diagnóza a vypracuje liečebný plán.

Terapia popôrodnej depresie, tak ako akejkoľvek inej depresívnej poruchy musí byť komplexná. Zahŕňa režimové opatrenia, psychoterapiu a v indikovaných prípadoch aj farmakoterapiu (16, 17). Farmakoterapia v období tehotnosti a laktácie je problematická, ale nie nemožná. Potrebné je vždy zvažovať pomer benefitu a rizika nielen pre matku, ale najmä pre dieťa. Všeobecné odporúčania pre liečbu uvádza tabuľka 2.

Hoci koncentrácia väčšiny liekov sa v materskom mlieku uvádza mnohonásobne nižšia ako v plazme, potrebné je uvedomiť si niekoľko

Tabuľka 2. Všeobecné odporúčania na liečbu perinatálnej depresie (upravené podľa (16))

Pokúsiť sa vysadiť medikáciu prekoncepčne pri plánovanej gravidite, resp. počas prvého trimestra pri neplánovanej gravidite. Za najrizikovejšie obdobie sa považuje 17.–60. deň po koncepcii.
Medikáciu nevysadzovať za každú cenu: zvýši sa riziko relapsu ochorenia, použitia vyšších dávok, resp. kombinácií psychofarmák.
Preferovať monoterapiu najnižšími účinnými dávkami lieku.
Počas tehotenstva aj laktácie preferovať lieky s kratším eliminačným polčasom.
Farmakokinetika liekov sa môže počas gravidity zmeniť!
Preferovať lieky s nízkym teratogénnym, resp. embryotoxickým rizikom (FDA kategórie).
Ak je to možné, farmakoterapiu redukovat', resp. vysadiť posledné týždne pred pôrodom. Zníži sa riziko syndrómu z vysadenia.
V prípade, ak matka počas tehotenstva užívala liek, pokračovať v jeho podávaní aj počas laktácie, po pôrode nemeniť terapiu, expozícia lieku je nižšia ako intrauterinne.
Užiť liek pred najdlhším spánkom dieťaťa, nedojsť v čase, keď sa dosahuje najvyššia koncentrácia lieku v materskom mlieku.
Po celý čas pravidelne monitorovať účinky a nežiaduce účinky liekov.
Súčasne podávať vitamíny a výživové doplnky (napr. kyselina listová).
Dodržiavať pitný režim.

faktov. Materské mlieko má kyslejšie pH ako plazma, a preto sa v ňom niektoré látky majú tendenciu hromadiť. Dôležitý je tiež obsah veľkého množstva proteínov, na ktoré sa liek môže viazať. Zadné materské mlieko obsahuje viac lipidov ako predné mlieko, a teda obsahuje aj vyššiu koncentráciu lieku. Všeobecne sa neodporúča dojiť matkám nedonosených novorodencov, detí s ochoreniami obličiek, pečene, srdca, resp. neurologickým poškodením, ale aj zreých novorodencov v priebehu prvých dní po pôrode.

Nakoľko je v súčasnosti dojenie dieťaťa odborníkmi a spoločnosťou vysoko hodnotené, iste z relevantných dôvodov, zlyhanie matky z tohto hľadiska môže prispievať k prehlbovaniu, resp. udržiavaniu depresívnej symptomatiky. Pri dodržiavaní určitých zásad pri terapii, preto nie je nevyhnutné laktáciu ihneď zastaviť. Podmienkou je však dobrá spolupráca zo strany matky.

Popôrodné psychózy

Popôrodné psychózy (puerperálne psychózy) sa vyskytujú len asi u 0,1–0,2% rodičiek (6, 18). Z časového hľadiska ich môžeme rozdeliť na skoré, ktoré vznikajú v období krátko po pôrode, často ešte počas pobytu rodičky na pôrodnici a neskoré, ktoré vznikajú pomalšie a v minulosti sa zvykli označovať aj ako laktačné psychózy. V klinickom obraze skorých popôrodných psychóz dominuje amentne-delirantný syndróm. Prítomné bývajú sluchové a zrakové halucinácie, paranoidné bludy, zmätenosť, bezradnosť, úzkosť, emočná labilita a vyskytnúť sa môžu aj katatonické príznaky. Symptomatika má v priebehu dňa undulujúci charakter. U neskorých foriem býva amentne-delirantný priebeh skôr zriedkavý, typické sú bipolárny a schizofrenický podtyp. Uvedené poruchy je diferencielne diagnosticky obtiažne odlišiť od pôrodom vyprovokovaných endogénnych duševných porúch (schizofrénia, bipolárna afektívna porucha). Dôležitý je ich ďalší priebeh. Popôrodné psychózy sa môžu prejavovať len jedenkrát, alebo po každom pôrode. Brockington uvádza až 20% incidenciu rekurencie popôrodnej psychózy v ďalšom popôrodnom období (5). Z hľadiska rekurencie psychotického ochorenia v priebehu ďalšieho života pacientky, Sharma a kol. udávajú až 90% výskyt (19).

Terapia psychofarmakami, najčastejšie antipsychotikami, je v prípade psychóz plne indikovaná. Napriek tomu, že v minulosti sa uvažovalo o nepriaznivom efekte materského mlieka na mozog, ukazuje sa, že hladiny estrogénov, progesterónu, prolaktínu a kortizolu sa u pacientok s a aj bez popôrodnej depresie javia ako rovnaké. V súčasnosti sa však uvažuje o zvýšenej senzitivite organizmu na zmenu hladiny hormónov (20). Vo väčšine prípadov sa pacientke odporúča ukončenie laktácie. Dôvodmi bývajú potreba použiť vysoké dávky psychofarmák, resp. ich kombináciu, nekritickosť pacientky k duševnej poruche, závažné poruchy správania, ktoré vedú často k nutnosti ústavnej liečby. Ako účinná metóda sa používa obmedzenie príjmu tekutín, kompresia prsníkov a odporúča sa použiť aj niektorý z inhibítorov prolaktínu (napr. bromokryptín, kabergolín). V prípade dobrej spolupráce zo strany matky nie je ukončenie laktácie bezpodmienečne nevyhnutné.

Záver

Psychické poruchy, ktoré sa vyskytujú v perinatálnom období majú svoje špecifiká z hľadiska psychopatológie, priebehu, ale aj liečebného prístupu. Z hľadiska etiológie a v súčasnosti platných, ale aj vznikajúcich klasifikácií, nie sú presne definované. Napriek tomu, v klinickej praxi je dôležité si uvedomiť, že v záťažovom období tehotenstva a po pôrode zostávajú často nediagnostikované. Nepriaznivo však ovplyvňujú kvalitu života pacientky – matky, jej dieťaťa a celej rodiny. Vhodné by bolo široké použitie jednoduchých skríningových nástrojov, pomocou ktorých by bolo možné identifikovať rizikové rodičky a následne profylakticky, resp. po manifestácii poruchy aj terapeuticky včas zasiahnuť.

Literatúra

1. 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.
2. Norwitz ER, Lye SJ. Biology of parturition. In: Moore RT et al. Creasy and Resnick's Maternal Fetal Medicine: Principles and Practice. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2009: 19103–2899.
3. Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: A meta-analysis. Arch Psychiatr Nurs, 1998; 12: 12–20.
4. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior:

a review and critical analysis of the literature. Arch Womens Ment Health, 2003; 6(4): 263–274.

5. Brockington I. Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. World Psychiatry 2004; 3(2): 89–95.
6. Earls MF. Clinical Report – Incorporating Recognition and Management of Perinatal and Postpartum Depression Into Pediatric Practice. Pediatrics, 2012; 126(5): 1032–1039.
7. Sit DK, Wisner KL. The Identification of Postpartum Depression. Clin Obstet Gynecol, 2009; 52(3): 456–468.
8. Escriba-Agüir V, Artazcoz L. Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. J Epidemiol Community Health, 2011; 65: 320–326.
9. Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. Can Fam Physician, 2005; 51: 1087–1193.
10. Dagher RK, Shenassa ED. Prenatal health behaviors and postpartum depression: is there an association? Arch Womens Ment Health, 2012; 15: 31–37.
11. Pauson JD, Bazemore SD. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression. JAMA, 2010; 303(19): 1961–1969.
12. O'Hara MW. Post-partum „blues“, depression, and psychosis: A review. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 1987; 7(3): 205–227.
13. England R. Infant development and management of infant problems in a family setting. Australian Family Physician, 1994; 23(10): 1877–1882.
14. Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry, 1987; 150: 782–786.
15. Beck CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. Nurs Res, 2000; 49(5): 272–282.
16. Bazire S. Psychotropic Drug Directory 2012. Malta: Lloyd-Reinhold Communications LLP, 2012: 540.
17. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol, 2009; 114(3): 703–713.
18. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of Puerperal Psychoses. Br J Psychiatry 1987; 150: 662–673.
19. Sharma V, Burt VK, Ritchie HL. Assessment and treatment of bipolar II postpartum depression: a review. J Affect Disord, 2010; 125(1–3): 18–26.
20. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M et al. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. Am J Psychiatry, 2000; 157(6): 924–930.

Článok je prevzatý z
Psychiatr. praxi 2013; 14(4): 161–163

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

