

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

ÚSTAV PORODNÍ ASISTENCE

Eva Májová

Psychika ženy v poporodním období

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Olomouc 2014

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Psychika ženy v poporodním období

Název práce v AJ: Women's psyche during the postpartum period

Datum zadání: 2014-01-30

Datum odevzdání: 2014-05-06

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Eva Májová

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, PhD.

Abstrakt v ČJ:

Tato přehledová bakalářská práce se zabývá psychickými změnami a poruchami u žen v poporodním období. První část zpracovává popis jednotlivých psychických poruch. Na základě dohledaných výzkumů a studií uvádí rizikové faktory poporodní deprese a poukazuje na možnosti její prevence. Zmiňuje se také o vlivu poporodní deprese na dítě. Druhá část předkládá poznatky o farmakologické, psychotherapeutické a alternativní léčbě psychických poruch v poporodním období.

Abstrakt v AJ:

This summarizing bachelor's thesis deals with psychic changes and disorders in women during the postpartum period. First part presents a description of particular mental disorders. On the basis of the researches and studies found it shows the risk factors of postpartum depression and refers about the possibilities of its prevention. It also mentions effects of postpartum depression on child. The second part presents pieces of knowledge in the pharmacological, psychotherapeutic and alternative treatment of mental disorders during the postpartum period.

Klíčová slova v ČJ: poporodní deprese, poporodní blues, puerperální psychóza, léčba poporodní deprese

Klíčová slova v AJ: postpartum depression, baby blues, puerperal psychosis, treatment of postpartum depression

Rozsah: 50 stran

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Šárky Ježorské, Ph.D. a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc

2014

podpis

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady a poskytnuté materiály.

OBSAH

ÚVOD	8
1 PSYCHICKÉ PORUCHY U ŽEN PO PORODU	10
1.1 Poporodní blues	10
1.2 Poporodní deprese	11
1.2.1 Historie poporodní deprese	13
1.2.2 Prevence poporodní deprese	14
1.2.3 Rizikové faktory poporodní deprese.....	16
1.2.4 Diagnostika poporodní deprese	18
1.2.5 Vliv poporodní deprese na vývoj dítěte.....	19
1.3 Poporodní psychóza (puerperální psychóza).....	20
1.4 Úzkostné poruchy po porodu.....	21
2 LÉČBA PSYCHICKÝCH PORUCH PO PORODU	23
2.1 Farmakologická léčba.....	23
2.1.1 Antidepresiva	23
2.1.2 Anxiolytika	24
2.1.3 Antipsychotika	25
2.2 Psychoterapeutická léčba.....	25
2.2.1 Kognitivně behaviorální terapie (CBT).....	26
2.2.2 Interpersonální psychoterapie	26
2.2.3 Psychoedukace.....	27
2.2.4 Psychodynamická terapie	28
2.2.5 Podpůrná psychoterapie	28
2.2.6 Elektrokonvulzivní terapie (ECT)	28
2.3 Alternativní léčba	29

2.3.1 Léčba hypnózou.....	29
2.3.2 Ajurvédská medicína	30
2.3.3 Čínská medicína.....	30
2.3.4 Holistická péče.....	30
2.3.5 Terapie světlem.....	31
2.3.6 Masáže	31
2.3.7 Akupunktura	32
2.3.8 Aromaterapie	32
2.3.9 Bylinky a potravinové doplňky.....	33
2.3.10 Léčba přírodním progesteronem	35
ZÁVĚR.....	37
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	39

ÚVOD

Přechod do mateřství je v životě ženy očekávaným, významným, ale také náročným obdobím, které nelze zvládnout dokonale (Nicolson, 2001, s. 7). V poporodním období se často vyskytuje krátká a většinou neškodná epizoda zhoršené nálady projevující se hlavně podrážděností, častým pláčem a střídáním nálady, což je dáno hlavně prudkým poklesem progesteronu a estrogeneru. U menšího počtu žen může docházet k déletrvajícím zhoršení nálady různého stupně a doby trvání (Praško, 2002, s. 39).

Zkoumaný problém přehledové bakalářské práce: „Jaké existují publikované poznatky o psychických poruchách u žen po porodu a možnosti jejich léčby“

K danému tématu byly stanoveny tyto hlavní cíle:

Cíl 1.

Předložit poznatky o psychických poruchách žen po porodu

Cíl 2.

Předložit poznatky o farmakologické, psychoterapeutické a alternativní léčbě psychických poruch po porodu

Vstupní studijní literatura:

- GEISEL, E. Slzy po porodu: jak překonat depresivní nálady. 1. vyd. Překlad Veronika Hilská. Praha: One Woman Press, 2004, 253 s. ISBN 80-863-5632-9.
- NICOLSON, P. Poporodní deprese. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001, 147 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9938-1.
- PRAŠKO J., KOSOVÁ J., HERMAN E. Psychoterapie úzkostných poruch v těhotenství a poporodním období. Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii. 2002. ročník 6, 45-55s. ISSN 1211-7579.

- PRAŠKO, J. Psychoterapie poporodních depresí. Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii, 2002. ročník 6, 39 - 44 s. ISSN 1211-7579.
- RATISLAVOVÁ, K. Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

Rešeršní strategie:

Rešeršní strategie byla provedena v databázích BMČ-Bibliographia Medica Čechoslovaca, MEDLINE a Proquest. Byly využity české odborné časopisy Postgraduální medicína, Praktický lékař, Psychiatrie pro praxi, Psychiatrie, Praktická gynekologie, Moderní babictví a Česká a slovenská psychiatrie.

Kritériem pro výběr odborných článků pro vytvoření přehledové bakalářské práce bylo: dokumenty odpovídající dané tématice stanovených cílů přehledové bakalářské práce, publikování dokumentů od roku 2004 do roku 2014.

Vyhledávání proběhlo na základě těchto klíčových slov: poporodní deprese, poporodní blues, puerperální psychóza, léčba poporodní deprese.

Prostřednictvím databáze Proquest bylo dohledáno bylo 95 dokumentů a prostřednictvím databáze BMČ 18 dokumentů. Z 95 dohledaných dokumentů ze zahraničních zdrojů bylo využito 54 dokumentů, které splnily zadaná kritéria. Ostatní dohledané články nebyly použity, poněvadž nebyly vhodné ke stanoveným cílům. Z 18 dokumentů dohledaných BMČ bylo použito 11 zdrojů. Ostatní dokumenty nebyly vhodné ke stanoveným cílům. Celkem tedy bylo pro vytvoření přehledové bakalářské práce využito 65 dokumentů.

1 PSYCHICKÉ PORUCHY U ŽEN PO PORODU

Mezi české a slovenské autory píšící o psychických poporodních poruchách po porodu patří Jedličková (2008), Kašpárek (2011), Strunzová (2007), Seifertová (2009), Izáková (2013), Praško (2014), Mohr (2009) a další. Ze zahraničních autorů se tomuto tématu věnují především Horowitz, Goodman (2004), Stuart (2012), Camp (2013) a Stotland (2004). Psychický stav žen po porodu by se dal rozdělit do několika stupňů, přičemž ne vždy se dá žena přesně zařadit. Největší skupinou jsou ženy, o které se nemusíme strachovat, protože si velmi rychle osvojily roli matky, naplňuje je pocit štěstí a spokojenosti a dobře se orientují v mezilidských vztazích. Druhým stupněm je poporodní blues, následuje poporodní deprese a puerperální psychóza. (Roztočil, 2004). Izáková rozděluje duševní poruchy v poporodním období do třech kategorií a to poporodní blues (poporodní skleslost), poporodní deprese a poporodní psychózy (Izáková et al., 2013b, s. 75). Někteří další autoři uvádějí ještě čtvrtou kategorii, kterými jsou úzkostné poruchy (Kašpárek, 2011, s. 23, Seifertová et al., 2009, s. 508).

Psychika v šestinedělí úzce souvisí s tím, jak probíhalo těhotenství, jestli měla žena nějaké psychické potíže a také jaký byl její psychický stav při porodu a po porodu (Seifertová et al., 2009, s. 508).

1.1 Poporodní blues

Ve třetím až čtvrtém dni po porodu 50-80% žen zažije přechodnou epizodu zhoršené nálady. Mohou být přecitlivělé, podrážděné, plačtivé, úzkostné, vystrašené a mít problémy se spánkem. Někdy nejsou schopny vnímat lásku k novorozenci, tudíž pak dochází k sebeobviňování. Poporodní blues se vyskytuje více u prvorodiček, dospívajících dívek a žen s premenstruální tenzí (Seifertová, 2009, s. 509). Poporodní blues je však fyziologický proces, jehož intenzita je ovlivněna mnoha psychosociálními faktory. Nejvýznamnějšími z nich jsou snížené sebevědomí

matky kvůli mateřství a zvýšené napětí z péče o dítě (M'baílara et al., 2005, p. 331-336).

Příznaky poporodního blues se podle Strunzové objevují třetí až čtvrtý den po porodu, vrcholí v pátém až sedmém dni a vymizí do dvanáctého dne. Pokud ale nevymizí do dvou týdnů, je zde riziko závažnější duševní poruchy. (Strunzová, 2007, s. 28). Včasná diagnóza poporodního blues a identifikace rizikových faktorů může zabránit vzniku poporodní deprese, proto je důležité, aby rodina i zdravotníci matce v tomto období věnovali zvýšenou pozornost. V Indii byl udělán průzkum mezi matkami do dvou týdnů porodu. Zkoumáno bylo sto dvacet tři žen a z toho sedmdesát dvěma byl diagnostikován poporodní blues, což je 58,5%. 62% z diagnostikovaných mělo nízký rodinný příjem. Deficit emocionální a fyzické podpory byl rovněž spojen se vznikem poporodního blues (Manjunath, Venkatesh, Rajanna, 2011, p. 231-233).

Je běžným předpokladem, že adoptivní rodiče jsou velmi šťastní, protože po dlouhém boji se jim podařilo získat dítě. Foli ve svém článku uvádí, že ojedinele se můžou příznaky poporodního blues až deprese vyskytnout i u nich. Některé z mnoha příčin jsou stále přetrvávající smutek z neplodnosti, fyzické rozdíly mezi nimi a adoptovanými dětmi, nepřiměřený vstup okolí nebo i nešťastná minulost dítěte, které si adoptovali. (Foli, 2009, p. 178).

1.2 Poporodní deprese

Poporodní deprese (PPD) je závažná psychická nemoc, která se může vyskytnout po jakémkoli ukončení těhotenství. To znamená po potratu, mimoděložním těhotenství, spontánním porodu nebo císařském řezu (Jedličková, 2008, s. 86).

Mezi specifické symptomy PPD patří pocity selhání, nerozhodnosti, obavy ze samoty, úzkosti, zoufalství, ztráty zájmů i problémy s příjmem potravy. Matka

může mít také pocit, že dítě nechtěla a nebude ho moct milovat. Velmi také klesá schopnost se o něj postarat (Seifertová et al., 2009, s. 510). Jedličková ještě navíc uvádí nadměrnou únavu až vyčerpanost spojenou s nespavostí a podrážděnost (Jedličková, 2008, s. 87). Jiný pohled na vztah matky k dítěti předkládá Stuart. Podle něj většina depresivních matek má vztah k novorozenci pozitivní. Matky popisují, že to je jediný vztah, který si užívají. Zmiňuje však také, že mívají ze svých dětí rozporuplné pocity. Cítí se k nim silně připoutány, ale cítí pocity nelibosti kvůli ztrátě své spontánnosti, větší zátěži a dopadu na jejich vztahy a kariéry (Stuart, 2012, p. 137).

U matek, které trpí výše uvedenými příznaky, může být diagnóza poporodní deprese stanovena až po 4 týdnech. Pocity vyčerpání a úzkosti po porodu jsou považovány za poporodní blues. Dá se vnímat jako reakce na zážitek z porodu, proto není považován za patologický (Lewis et al., 2010, p. 6). Výsledky výzkumu v Atlantě ukázaly, že nástup poporodní deprese byl u 11,5 % žen prenatální, u 66,5 % žen do šesti týdnů po porodu a u 22 % žen mezi šesti týdny až jedním rokem. Většina z žen, u kterých byl nástup během těhotenství, v minulosti už depresi prodělala, často konkrétně poporodní (Rebar, 2005). Poporodní deprese se může objevit kdykoliv během prvního roku po porodu, ale nejčastěji během prvních tří měsíců. Největší překážkou v léčbě PPD je, že mnoho rodin nehledá léčbu (Camp, 2013, p. 45). Izáková specifikuje šestý týden jako nejrizikovější pro vznik PPD a dále pak druhý až třetí měsíc po porodu (Izáková et al., 2013b, s. 75).

Více autorů zdůrazňuje, že příznaky by měly být důkladně zhodnoceny ve vztahu k předpokládaným změnám. Například fyziologická ztráta hmotnosti po porodu nebo problémy se spánkem při přizpůsobování se dětskému režimu by neměly být zhodnocovány jako depresivní symptomy (Horowitz and Goodman, 2004, p. 265, Stuart, 2012, p. 137). Na důkladné zhodnocení příznaků upozorňuje také Runquist. Únava je sice jedním z příznaků PPD, ale poporodní únavou mohou trpět i ženy bez deprese. Ne u všech žen s poporodní únavou se deprese projeví. Únava, která s depresí nesouvisí, po odpočinku vymizí nebo se alespoň zmírní (Runquist, 2007, p. 267-275). K diagnóze deprese musí být proto přítomny po dobu

alespoň dvou po sobě následujících týdnů krom základních příznaků, jako je depresivní nálada nebo ztráta zájmu o běžné činnosti, také poruchy spánku a chuti k jídlu, ztráta energie, pocity viny, případně sebevražedné myšlenky (Skalkidou et al., 2012, p. 659).

Až 13% všech nových matek trpí symptomy poporodní deprese na klinické úrovni. Poporodní blues je významný rizikový faktor pro vznik poporodní deprese a jeho těžké příznaky mohou být považovány za prodromální stádium poporodní deprese (Anonymous, 2010, p. 717). Strunzová udává, že PPD je postiženo 12-16% matek (Strunzová, 2007, s. 28). Pouze polovina žen s poporodními poruchami se diagnostikuje a léčí (Pujari et al., 2013, p. 235-236). PPD postihuje ve Spojených státech amerických až půl miliónu žen ročně a přibližně polovině z nich se nedostává léčby, protože nemoc není odhalena (Horowitz and Goodman, 2004, p. 265). Včasná diagnostika a zvýšená pozornost rodiny a zdravotníků je však velmi důležitá vzhledem k tomu, že v poporodním období je nejčastější příčinou úmrtí matky sebevražda spojená s poporodní depresí (Oates, 2003 in Doucet and Letourneau, 2009, p. 10). Prevalence sebevražedných myšlenek se pohybuje od 0,2% do 15,4% mezi různými populacemi (Lindahl, Pearson and Colpe, 2003 in Doucet and Letourneau, 2009, p. 10).

Ve Švédsku se zabývali tím, jestli se nemocné ženy liší v rysech osobnosti od zdravých. Při srovnávání čtyřiceti pěti nemocných žen a šedesáti dvou zdravých zjistili, že se liší v temperamentu i charakteru. U depresivních žen byla zjištěna vyšší míra HA (vyhýbání se poškození), což znamená být pesimističtější, bázlivější, plašší, unavitelnější a nižší míra SD (sebeřízení). To značí sníženou schopnost regulovat a přizpůsobit své chování dané situaci (Joseffson et al., 2007, p. 3-7).

1.2.1 Historie poporodní deprese

Deprese byla popisována již od starověku jako běžná nemoc. Spousta náboženských a mytologických textů obsahují popisy, které velmi dobře odrážejí dnešní chápání deprese. I ve velkých eposech Indie Ramayana a Mahabarata

najdeme popisy depresivních stavů, které odpovídají dnešním. Také mnoho shakespearovských postav trpělo depresemi. Například Hamlet, Macbeth nebo Jindřich VI. Starověcí řečtí a římské lékaři popsali velkou část příznaků dnes známých jako deprese a již zmiňovali pojmy jako „mánie“ nebo „melancholie“. Ve čtvrtém století před naším letopočtem Hippokrates popsal melancholii jako stav averze k jídlu, malomyslnost, nespavost, podrážděnost a neklid. O několik století později Galén (131-201 n. l.) definoval melancholii jako stav vyznačující se strachem a depresí, nespokojeností se životem a nenávisí všech lidí. (Galén, Hippokrates in Khandelwal et al., 2001, p. 10). Pokud je o poporodní depresi, pravděpodobně ji v 11. století jako první zaznamenal profesor medicíny Trotula ze Salerna. Tvrdil, že je-li děloha příliš vlhká, mozek je zaplněn vodou a ta voda se tlačí do očí, které jsou nuceny ronit slzy (Brockington, 2005, s. 1-3).

Od sedmnáctého století do první poloviny devatenáctého století byly velkým problémem veřejného zdraví vraždy novorozenců a ty také vedly ke vzniku soudního lékařství. Zabývalo se jím více lékařů. Tardieu to popsal jako jeden z nejděsivějších problémů, které mohou narušit duši, vzhledem k tomu, že mučitelé dětí jsou jejich vlastní matky. Boileau de Castelnau pro označení tohoto označení matky razil termín misopédie (nenávisť dětí). V roce 1964 Luft shromáždil 40 případů nechtěných těhotenství, u kterých bylo nejčastějším příznakem nenávisť k novorozenci. Lékaři popisují další a další případy psychických poruch po porodu a dávají to do souvislosti s tím, že porod je nejvíce složitou událostí v lidském životě. Po druhé světové válce psychiatrie obrátila svou pozornost na mírnější a častější poruchy. Gordons z New Jersey si zaslouží uznání za upozornění na frekvenci mírnějších emočních poruch po porodu (Luft, 1964, Gordons in Brockington, 2005, s. 1-3).

1.2.2 Prevence poporodní deprese

Po narození dítěte může být matce i rodině ženy trapné přiznat, že nejsou dokonale šťastni. Proto je velmi důležité, aby byli včas informováni (například porodní asistentkou o existenci PPD, rizicích a možnostech léčby. Je pro ně poté

snazší včas rozeznat příznaky deprese a nezdráhají se obrátit na psychologa či jiného odborníka. (Camp, 2013, p. 45).

Při prodělání PPD je riziko při dalším těhotenství nejméně 25%, proto byla provedena studie, zda může být recidivě zabráněno farmakologicky. Ženy s historií PPD užívaly setralin nebo placebo. U 50% žen užívajících placebo se znovu rozvinula deprese, u žen užívajících setralin to bylo 7 %, přičemž čas do recidivy byl mnohem delší (Stotland, 2004). Z nefarmakologických doplňků k prevenci PPD byl zkoumán vápník a omega-3 mastné kyseliny. Bylo zjištěno, že u žen, které začaly mezi 11. a 22. týdnem těhotenství užívat 2000 mg vápníku, bylo nižší množství depresivních symptomů ve dvanáctém týdnu po porodu (Battle and Zlotnick, 2005, p. 594). Američtí vědci se domnívají, že konzumace omega-3 mastných kyselin, obsažených v rybím tuku, může mít vliv na poporodní depresi. Provedli studii na padesáti dvou ženách, které po užívání kapslí obsahujících 300 mg kyseliny dokosahexaenové (DHA) opravdu měly významně méně příznaků PPD než ženy, které užívaly placebo. Avšak ve studii nebyl dostatek žen k tomu, aby se potvrdilo, zda konzumace DHA opravdu snižuje výskyt poporodní deprese (Anonymous , 2011a). K jinému závěru došla mnohem větší australská studie, která zjistila, že DHA žádnou takovou výhodu nemá. Bylo testováno přes dva tisíce žen a nebyl žádný klinicky významný rozdíl mezi skupinou užívající DHA doplňky (9,67%) a skupinou užívající placebo (11,19 %), (Reinberg, 2010).

Dalším preventivním faktorem, který byl zkoumán je souvislost PPD a kojení. Studie byla provedena na arabských ženách a její výsledky ukázaly, že ty ženy, které své dítě kojí, mají nižší riziko PPD a účinky kojení jsou zachovány až čtyři měsíce (Hamdam and Tamim, 2012, p. 243). Tento poznatek na základě své studie podporuje také Figueiredo, který ještě navíc dodává, že kojení může příznaky PPD dokonce zmírnit. U žen, které zahájily kojení, byly příznaky deprese do tří měsíců zmírněny, u nekojících nebyly pozorovány žádné změny (Figueiredo, Canário, Field, 2014, p. 927-936).

Zdravý sexuální život v těhotenství a po porodu je jedním ze základních kamenů pro partnery stávající se rodiči. Sexuální aktivita do třetího až šestého měsíce po porodu u většiny párů výrazně klesá. Obavy z možných nepříznivých následků, kojení, dyspareunie, dysfunkce pánevního dna, to všechno jsou možné příčiny zpoždění obnovení sexuálního života po porodu. Mezi problémy uváděné tři až šest měsíců po porodu byly uváděny také nedostatek vaginální lubrikace, potíže dosáhnout orgasmu, vaginální těsnost, krvácení nebo podráždění po sexu a ztráta sexuální touhy. O tři měsíce později bylo uváděno výrazné zlepšení. Páry by měly být informovány o poklesu libida a touhy a tím i snížení frekvence pohlavního styku (Serati et al., 2010, p. 2782-2790). Informovanost o obnovení sexuální činnosti může u čerstvých rodičů zmírnit úzkost. Většina matek čeká déle, než šest týdnů po narození dítěte, než dojde k obnovení vaginálního sexu. 53 % žen obnovilo sexuální aktivitu šest týdnů po porodu a 41 % se pokouší o vaginální sex. Od osmého týdne procento žen pokoušejících se o vaginální sex stoupl na 65 %, od dvanáctého týdne na 78 % a 94 % od šestého měsíce. U žen ve věku třicet až třicet čtyři let je výrazně méně pravděpodobné, že obnoví sexuální aktivitu během šesti týdnů po porodu, než u žen od osmnácti do dvaceti čtyř let v poměru 40 % k 63%. Méně pravděpodobné je to také u žen, které rodily císařským řezem, kleštěmi nebo měly nástřih hráze (Anonymous, 2013, p. 15).

1.2.3 Rizikové faktory poporodní deprese

Mezi nejčastěji uváděné a zkoumané rizikové faktory PPD patří deprese v anamnéze (Strunzová, 2007), deprese po minulém porodu (Goker, 2012), hormonální změny (Anonymous, 2010), nízký věk rodičky (Figueiredo, Pacheco, Costa, 2007), nedostatečná sociální opora (Yelland, Sutherland, Brown, 2010), negativní životní události a potíže v těhotenství (Gomez-Beloz et al., 2009).

U dospívajících matek hrozí větší riziko deprese během těhotenství i po porodu. Tyto ženy mají také více depresivních symptomů (Figueiredo, Pacheco, Costa, 2007, p. 103-109). Ke stejnému výsledku dospěl i Yelland ve svém průzkumu v Austrálii. Depresivní ženy byly nejčastěji mladší dvaceti pěti let a jako další

faktory uvedl, že byly svobodné nebo rozvedené, nedokončily střední školu a také měly druhé nebo další dítě. Dospěl k závěru, že tři nebo více stresující životní události či sociálně zdravotní problémy zvyšují riziko depresivních syndromů po porodu až pětikrát (Yelland, Sutherland, Brown, 2010, p. 1-11). Dle Gomeze-Belozé navíc, pokud jsou ženy v průběhu těhotenství týrané svým partnerem, mají vyšší riziko PPD, což popsal ve své průřezové studii dělané v Peru (Gomez-Beloz et al., 2009, p. 380). V Číně zkoumali vliv pohlaví dítěte na PPD. Ženám, které porodily holčičku, se dostalo menší podpory a péče od rodinných příslušníků, především manžela a rodičů, než těm, co porodily chlapce. Proto je u nich zvýšené riziko PPD (Xie et al., 2011, p. 722-726). Goker označuje za velmi rizikové ženy s historií PPD a nepracující ženy (Goker et al., 2012, p. 1-5). Pujari ve své studii nezjistil žádný významný vztah mezi věkem a vzděláním matky ani pohlavím současného dítěte (Pujari, 2013, p. 235-236). Riziko vzniku PPD u žen, které se již dříve léčily s depresivní poruchou je velmi značné, asi 25% (Strunzová, 2007, s. 28).

Další rizikové faktory PPD, kterým se studie věnují, jsou nízké hodnoty některých látek v krvi. Cílem studie v Norsku bylo zjistit, zda snížená hladina omega-3 mastných kyselin v krvi může vést k PPD. Závěrem bylo, že ve zkoumané populaci, nízké hodnoty omega-3 indexu v pozdní fázi těhotenství byly spojeny s vyšším výskytem deprese tři měsíce po porodu (Markhus et al., 2013, p. 1). Výsledky studie v Iránu ukazují, že klesne-li hladina hemoglobinu při porodu pod 11g/dl, také se zvyšuje riziko rozvinutí PPD (Goshtasebi, Alizadeh, Gandevani, 2013, p. 398-402). Je známo, že 3-4 dny po porodu, hladiny estrogenu klesnou 100-1000 krát. Výzkumníci přišli na to, že současně s poklesem estrogenu se dramaticky zvýší hladina enzymu monoaminoxidáza-A (MAO-A), což ze začátku přinese pocit smutku a později vysoké riziko deprese. Ženám, kterým se právě narodilo dítě, byla naměřena o 43% vyšší hladina MAO-A, než ženám bezdětným nebo dlouho po porodu. Hladina MAO-A je nejvyšší pátý den po porodu, což vysvětluje i nejhorší náladu v tento den (Anonymous, 2010, p. 717).

Jako další rizikový faktor byl zkoumán nezdravý životní styl. Satoh ve své studii na japonských ženách zjišťoval vliv kouření na PPD. Výsledky studie byly

protichůdné, jelikož kouření jako takové se dá považovat za rizikový faktor, hlavně při pokusech o odvykání, avšak na druhou stranu může zmírňovat depresivní příznaky (Sato et al., 2013, p. 1254-1259). S nezdravým životním stylem souvisí také spánek. Studie Parka uvádí, že špatný a nekvalitní poporodní spánek může být rizikovým faktorem deprese. Avšak není zde souvislost mezi délkou spánku a depresivními příznaky, ale záleží především na kvalitě a spánkové hygieně (Park et al., 2013, p. 539).

K PPD dle Vigodovy studie může mít vztah i místo bydliště, což bylo zkoumáno u kanadských žen. Ženy byly po porodu klasifikovány podle toho, jestli žijí na vesnici (<1000 obyvatel), ve větší vesnici (<30 000 obyvatel), v menším městě (30 000 až 499 999 obyvatel) nebo ve větším městě (\geq 500 000 obyvatel). Prevalence poporodní deprese byla nejvyšší ve větším městě (Vigod et al., 2013, p. 1129-35).

Jako porodnické rizikové faktory PPD Goker zmiňuje hyperemesis gravidarum neboli nadměrné zvracení těhotných. Způsob porodu podle Gokera (spontánní porod, plánovaný či akutní císařský řez) nemá na vznik poporodní deprese vliv. (Goker et al., 2012, p. 1-5). Na druhou stranu, toto vyvrací studie, prováděná na matkách v indickém městě Hubli, kde byla prokázána významná souvislost mezi poporodní depresí a způsobem porodu. Ženy rodící vaginálně onemocněly depresí po porodu v mnohem větším počtu, než ženy rodící císařským řezem. Dále také zjistili významný vztah mezi zdravím dítěte a PPD (Pujari, 2013, p. 235-236).

1.2.4 Diagnostika poporodní deprese

Nejběžnějším měřítkem pro screening deprese v souvislosti s porodem je Edinburská škála postnatální deprese (Dorothy and Wisner, 2009, p. 456-468).

Při podezření na PPD je nutné vyšetřit matku na onemocnění štítné žlázy, anémie a diabetu mellitu, protože tyto choroby mohou mít vliv na změny nálady a být omylem považovány za PPD (Horowitz and Goodman, 2004, p. 267).

Mezi faktory potvrzující správnou diagnózu PPD patří nedostatek důvěry v rodičovské dovednosti, komplikace s kojením, nedostatek spánku (ne poruchy spánku), přemožení rodičovskou odpovědností, nedostatečná pomoc od rodiny nebo přátel. Porodní asistentka by se proto při sestavování anamnézy a při komunikaci s klientkou měla na tyto věci zaměřit. (Lewis et al., 2010, p. 6).

1.2.5 Vliv poporodní deprese na vývoj dítěte

Jak se shoduje více autorů, mateřské duševní problémy výrazně zvyšují riziko problémů chování u dětí (Earls, 2010, p. 1032-1037, Agnafors et al., 2013, p. 1-8, Ali et al., 2013, p. 1-11). Každý rok se více než 400 000 dětí rodí depresivním matkám. Poporodní deprese vede ke zvýšení nákladů na péči, zneužívání a zanedbávání dětí, ukončení kojení, problémům v rodině a hlavně k narušení vztahu mezi matkou a dítětem. Dítě žijící v zanedbaném prostředí související s depresí matky, může mít nepříznivé změny na mozku viditelné na magnetické rezonanci. Děti, které žijí v rodině poznamenané depresí, vykazují zhoršenou sociální interakci. Mateřská deprese má negativní vliv na kognitivní vývoj, sociálně-emocionální vývoj a chování dítěte. Již u dvouměsíčního dítěte matky s depresí můžeme pozorovat znaky jako nižší úroveň aktivity, neprospívání a slabší reakce na okolí. V dětství a dospívání se pak mohou objevit deprese, úzkosti a sociální ostražitost (Earls, 2010, p. 1032-1037). Poporodní deprese má vliv na stránku sociálně emocionální, jazykovou, kognitivní a vývoj hrubé a jemné motoriky. Studie dále zjistila zajímavou věc, a to že vyšší věk matky měl negativní vliv na emocionální stránku dítěte a naopak pozitivní na jeho kognitivní vývoj. Chlapci jsou více ohroženi opožděním vývoje hrubé motoriky a také vývojem řeči než dívky (Ali et al., 2013, p. 1-11).

Poporodní deprese celkově ohrožuje kvalitu rodinného zdraví. Chování matky může být uzavřené, méně laskavé až nepřátelské. PPD ovlivňuje nejen dítě, ale může

mít také negativní vliv na duševní zdraví otce, proto je posuzování a léčba PPD žádoucí (Goodman, 2004 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 265)

1.3 Poporodní psychóza (puerperální psychóza)

Puerperální psychóza není v Diagnostickém a statistickém manuálu mentálních poruch ani v Mezinárodní klasifikaci nemocí zahrnuta jako samostatný subjekt (Boyce and Barriball, 2010, p. 45-47). Podle Izákové, můžeme puerperální psychózu z časového hlediska klasifikovat na ranou, vznikající krátce po narození dítěte, často tedy ještě v porodnici a pozdní, vyvíjející se pomaleji, v minulosti označovanou také jako laktační (Izáková, 2013a, s. 161-163).

Poporodní psychózy se vyskytují u 0,1-0,2% rodiček. Příznaky, na kterých se shoduje více autorů, jsou typické sluchové a zrakové halucinace, paranoidní a megalomanické bludy, impulzivita, zmatenost a deliriózní prvky (Kašpárek, 2011, s. 23, Izáková, 2013a, s. 161-163, Boyce and Bariball, 2009, p. 45-47, Earls, 2010, p. 1033). Často také vykazují obsesivní rysy. Typický je akutní nástup příznaků s minimálním prodromem (Boyce and Bariball, 2009, p. 45-47). Pokud se u pacientky objeví také autoakuzační bludy, mohou se rozšířit i na dítě a pak je zde zvýšené riziko sebevraždy či vraždy. Proto je u pacientky, která je v tu chvíli ve velkém napětí, nutno vždy pátrat po sebevražedných úvahách (Seifertová, 2007, s. 119). Další příznaky, kterých je nutné si všímat, uvádí Heron ve své studii provedené na sto dvaceti sedmi ženách ve Velké Británii. Nejčastější příznaky, které si ženy dokázaly vybavit, byly, že se cítily vzrušené, v povznesené náladě (52%), nepotřebovaly nebo nebyly schopny spát (48%), cítily se aktivní a energické (37%), více mluvily a cítily se velmi upovídané (31%). Tyto typy příznaků by měly být pečlivě sledovány u matek s vysokým rizikem puerperální psychózy. (Heron et al., 2008, p. 348). Stav ženy s psychózou se v průběhu dne rychle mění a terapie vyžaduje hospitalizaci a farmakologickou léčbu (Kašpárek., 2011, s. 23).

Puerperální psychóza postihuje pouze ženy. Má krátkodobou příznivou prognózu a vysoké riziko recidivy s následujícím porodem (50%). Nejkritičtější pro nástup puerperální psychózy jsou první tři týdny. (Boyce and Bariball, 2009, p. 45-46). 73% žen z britské studie zažilo nástup příznaků třetí den po porodu (Heron et al., 2008, p. 348). Je důležité ženu v tomto období pečlivě sledovat, obzvláště ženu s pozitivní anamnézou, protože při záchytu prvních příznaků je možné zabránit eskalaci psychózy. Moudré je minimalizovat stres a zajistit pravidelný spánek (Boyce and Bariball, 2009, p. 45-46).

1.4 Úzkostné poruchy po porodu

Úzkostné poruchy se objevují v ambulanci Psychiatrického centra pro gravidní a kojící pacientky nejčastěji (Mohr et al., 2008 in Seifertová et al., 2009, s. 511). Klinické příznaky po porodu se nijak zásadně neliší od obvyklých příznaků úzkostných poruch. Za biologický podklad úzkostných poruch můžeme považovat hormonální změny v ženském organismu a dysfunkci serotonergního systému. Důležitou roli mají také sociální a psychologické faktory a předchozí životní události (Seifertová et al., 2009, s. 508). Mohou být nové vzniklé, dochází k jejich novému vzplanutí, protože došlo během těhotenství ke zlepšení (může ale také docházet ke zhoršení), (Rubinchik, 2005 in Talová et al., 2014, s. 31). Mezi úzkostné poruchy, které se mohou po porodu objevit, patří obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha a sociální fobie (Talová et al., 2014, s. 31-33).

Zambaldini ve své studii zkoumal prevalenci, klinickou charakteristiku a související faktory poporodní obsedantně kompulzivní poruchy (OCD) na vzorku čtyř set žen od druhého do dvacátého šestého týdne po porodu. U 9 % žen diagnostikoval OCD a u 2,3 % její nástup. OCD byla výrazně častější u žen s anamnézou předchozí psychiatrické poruchy, se somatickým onemocněním, u vícerodíček a u těch žen, které měly komplikace ať už v těhotenství nebo při porodu. Obsese byly nejvíce v agresivním a kontaminačním duchu. Nutkání neboli kompulzi měly ženy k přehnanému umývání, čištění a kontrolování (Zambaldini et al., 2009, p. 503-509).

Výskytu a průběhu posttraumatické stresové poruchy (PTSD) po porodu se zatím nevěnovalo příliš pozornosti. Většina zdokumentovaných případů byla v souvislosti s traumatickou porodní zkušeností (např. potrat, fetální úmrtí, porod mrtvého plodu). Studie hodnotící výskyt PTSD po „normálním“ porodu zjistila, že 3 % žen mělo významné příznaky (Stowe and Newport, 2005, p. 910). Výskyt PTSD i po zdánlivě neproblematickém porodu uvádí ve svém článku také Seifertová (Seifertová et al., 2009, s. 511). Jedním z typů PTSD je postabortivní syndrom (PAS). Psychopatologické rysy pozorujeme u žen, které šly dobrovolně na potrat. PAS splňuje kritéria pro PTSD, tudíž ženy trpí vzpomínkami, emocionální otupělostí, nedůvěřivostí, bezmocí, smutkem, studem, sebevražednými myšlenkami, hněvem. Zároveň pacientky trpí dalšími nespécifickými příznaky, jako jsou opakované a přetrvávající sny a noční můry související s potraty, intenzivní pocity viny a potřeba něco napravit. Mnohé truchlí nad ztrátou dítěte, které se nikdy nenarodilo, protože vědomě či nevědomě si s plodem vytvořily pouto. (Goméz Lavín and Zapata García, 2005, p. 267-272).

V poporodním období ani v těhotenství se sociální fobie většinou nijak zvlášť neprojevuje, příznaky jako zvýšené vyhybavé chování se zhoršují až na mateřské dovolené. Léčba se neliší od léčby sociální fobie v jiném období života (Talová et al., 2014, s. 32-33).

2 LÉČBA PSYCHICKÝCH PORUCH PO PORODU

Rizikem neléčené duševní choroby může být nedostatečná péče o novorozence, zvýšený příjem alkoholu nebo nikotinu, poškození vazby mezi dítětem a matkou, zvýšené riziko sebepoškození nebo ublížení dítěti a mnoho dalších (Kašpárek, 2012, s. 37-38). Typ léčby závisí na závažnosti deprese, na tom, jestli matka kojí a také to, co sama preferuje (Horowitz and Goodman, 2004, p. 264.)

2.1 Farmakologická léčba

Ne vždy je nutno přistoupit ihned k farmakoterapii, mnohdy mohou být úspěšné i další léčebné metody. Preferujeme zejména psychoterapie, alternativou mohou být také elektrokonvulze (Seifertová et al., 2007, 118-124). Tyto metody budou zmíněny níže.

2.1.1 Antidepresiva

Vystavení kojence antidepresivům v mateřském mléce je razantně menší než při přechodu přes placentární bariéru. Hodnoty všech antidepresiv jsou relativně nízké, izolované negativní účinky jsou popisovány jen výjimečných kazuistických sdělení (Mohr et al., 2008, ACOG Committee on practice bulletins-obstetrics in Mohr et al., 2012, s. 17-23). Ve studiích nebyly nalezeny vysoké míry nepříznivých účinků na kojence vystavených tricyklickým antidepresivům a selektivním inhibitorům zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), (Eberhard-Gran , Eskild, Opjordsmoen, 2006 in Payne, 2007, p. 1331).

SSRI se dá naordinovat i během období kojení a obvykle není nutné ho přerušit nebo úplně ukončit (Davanzo et al., 2011 in Kašpárek 2012, s. 38). Z této skupiny antidepresiv je vhodné upřednostňovat setralin a paroxetin, protože v žádné studii nebyly zatím zaznamenány žádné nežádoucí účinky na kojence a v séru kojených dětí nebyly nalezeny žádné nebo minimální hodnoty. U léků citalopram

a escitalopram byly výjimečně popsány nežádoucí účinky u kojenců, avšak není dostatečné množství záznamů pro odpovídající zhodnocení rizika. Lék fluoxetin se v době kojení nedoporučuje, protože hodnoty v mateřském mléce jsou při jeho užívání vyšší než u jiných SSRI a obsahují dlouhodobě účinný aktivní metabolit. Zaznamenané nežádoucí účinky u kojenců při jeho užívání jsou průjmy, koliky, dráždivost, menší váhové přírůstky a nadměrná spavost. Jeli ale léčba fluoxetinem nezbytná, není nutné kojení ukončit, jen je třeba kojence více pozorovat. Celkově při užívání SSRI je důležité stav dětí důkladně sledovat, především mladších kojenců a krmených jen kojením (Kašpárek, 2012, s. 38).

Seifertová ve svém článku uvádí, že při užívání antidepresiv při kojení je vhodné upřednostňovat léčbu jedním lékem (SSRI nebo venlafaxin). Pokud je to možné, volí se co nejnižší možné dávkování, které je zároveň ještě účinné. Vždy se zvažuje zástava laktace, kterou by měl doporučit porodník nejlépe po poradě s psychiatrem. V případě zachování laktace se volí antidepresivum s malým množstvím metabolitů a krátkým poločasem vylučování. Lék by měl být podáván před nejdelší spánkovou dobou kojeného dítěte. Za nejbezpečnější farmaka se při kojení považují SSRI, nortriptylin, amitriptylin, clomipramin a desipramin (Seifertová, 2007, s. 118).

2.1.2 Anxiolytika

Benzodiazepiny prokazují oproti ostatním psychofarmakům nižší poměr hodnot v mateřském mléce proti hodnotám v plazmě. Z tohoto důvodu jsou považovány při kojení za relativně bezpečné. Zvýšené opatrnosti je však třeba dbát u novorozenců s narušenou schopností metabolizovat benzodiazepiny, protože se může i při malých dávkách vyskytnout sedace a poruchy krmení (Mohr et al., 2008, ACOG Committee on practice bulletins-obstetrics in Mohr et al., 2012, s. 17-23).

2.1.3 Antipsychotika

Děti vystavené antipsychotikům při kojení při sledování nejevily žádné významnější a dlouhodobé negativní následky. Vyskytly se však případy v jednom kazuistickém sdělení čtyř kojenců, jejichž matky se léčily klozapinem. Jednoho postihla agranulocytóza a druhého sedace (Mohr et al., 2008 in Mohr et al., 2012, s. 17-23).

2.2 Psychoterapeutická léčba

Psychoterapie je v léčbě poporodních psychických poruch neúčinnější metodou. Navíc může pomoci celé rodině. Nezatěžuje ženu ani dítě a má trvalejší výsledky než farmakoterapie. Ženy poznamenané z dětství mohou trpět úzkostmi a depresemi a medikace jim v tomto případě nepomůže (Talová et al., 2014, s. 35). Psychoterapeutické přístupy zaměřující se na problémy ve vztazích mohou být kombinovány s léčbou léky. Jako účinné přístupy se ukázaly být kognitivně behaviorální terapie, interpersonální psychoterapie, podpůrné poradenství, psychoedukace a psychodynamická terapie. Psychoterapii je možno provádět jednotlivě, nebo ve skupině. (Horowitz and Goodman, 2004, p. 268).

Při individuální terapii je ženě přínosem individuální péče a přizpůsobivost. Studie dokazují, že ženy upřednostňují léčbu zaměřující se na souvislosti respektující jejich postoje, zkušenosti, postavení ve společnosti a nabízí jim pomocnou ruku při zvládnání požadavků mateřství (Berggren-Clive, 1998, Fowles, 1998 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 268)

Skupinová terapie umožňuje vzájemnou komunikaci, umožňuje společenskou podporu, pomáhá navázat sociální kontakty a zařadit se do společnosti (Horowitz and Goodman, 2004, p. 268).

2.2.1 Kognitivně behaviorální terapie (CBT)

CBT má za cíl pomoci matce verbalizovat své pocity, včetně těch negativních. Otcové a partneři mohou být v této diskuzi přítomni. Přítomnost podpůrného člena rodiny má často ten nejlepší dopad na všechny (Camp, 2013, p. 47). Kognitivně behaviorální terapie v kombinaci se systémovou rodinnou terapií může zlepšit kvalitu spánku a mírné až středně těžké deprese po porodu (Hou et al., 2014, p. 47-52).

Terapie obvykle trvá dvanáct až čtrnáct týdnů. Klade důraz na přemýšlení o tom, co pacientka cítí a jak se chová. Pomáhá jí odhalit zkreslený pohled na svět a sebe samu, překonat to a nalézt nové modely chování (Horowitz and Goodman, 2004, p. 268).

2.2.2 Interpersonální psychoterapie

Podle Stuarda je interpersonální psychoterapie ověřenou a primární léčbou pro ženy trpící depresí v mírném až těžkém spektru. V současné době je to nejlepší ověřená metoda a měla by být považována za první volbu, zejména u kojících žen. Je to časově omezená terapie zaměřující se na zmírnění příznaků pacientky a zlepšení mezilidských vztahů. Na začátku léčby se sezení konají jednou týdně, po stabilizování co dva týdny. Jakmile je interpersonální problém vyřešen, terapeut by měl být k dispozici pro případ, že by nastala další krize. (Stuart, 2006 in Stuart, 2012, p. 136-137). V tomto mezidobí může terapeut poskytnout preventivní sezení, což je osvědčený přístup (Frank et al., 2007 in Stuart, 2012, p. 137). U pacientek s vysokým rizikem relapsu se doporučuje sezení jednou měsíčně, u těch s nízkým za šest měsíců. Prvky IPT lze rozdělit na teorie, cíle, taktiky a techniky. Tyto prvky mohou sdílet i jiné psychoterapeutické přístupy, ale jejich kombinace a interpersonální důraz definují IPT. Cíle léčby jsou psychiatrické symptomy, oblast mezilidských problémů (tj. konflikty, změny, ztráta zážitků v partnerských vztazích) a sociální podpora. Důraz by měl být kladen na vztahy ženy s dítětem, partnerem, její rodinou, rodinou partnera a přáteli. (Stuart, 2012, p. 134-140). Horowitz a Goodman

ji definují jako časově omezený psychotherapeutický zásah orientující se na mezilidské vztahy, změny rolí a žal. Terapie deprese se zaměřuje na pouto s miminkem a partnerem, na návrat do práce a přijetí dalších rolí (Horowitz and Goodman, 2004, p. 268).

Jako další techniku interpersonální terapie Stuart udává analýzu komunikace. Diskuze o konkrétních mezilidských sporech a incidentech, včetně opakování dialogů, může terapeutovi a pacientovi pomoci najít situace, které mohou být v komunikaci nejednoznačné a zavádějící (Stuart, 2012, p. 138)

Technika hraní rolí je užitečná pro získání náhledu do komunikací s partnerem. Pacientka by měla mít nejprve roli svého partnera, vzhledem k tomu, že terapeut hraje její roli. Toto „obrácení rolí“ je užitečné při pomoci pacientce ocenit svého partnera a pomáhá ji uznat, že také prochází velkou změnou (Stuart, 2012, p. 138).

2.2.3 Psychoedukace

Stuart nahlíží na psychoedukaci jako na jednu z technik interpersonální terapie. Terapeut poskytuje pacientce informace o povaze a průběhu PPD a o vývoji a péči o dítě. Může být mimořádně užitečná především, když se do sezení zapojí i otec dítěte, který vůbec nemusí vědět, jaké změny se po porodu udály a také nic o problematice vývoje dítěte (Stuart, 2012, p. 138).

Horowitz a Goodman označují psychoedukaci za jeden z psychotherapeutických přístupů v léčbě PPD. Poskytuje pacientce fakta o aktuálním problému a zdravotním stavu. Jsou s ní prodiskutovány problémy spojené s péčí o kojence, vztahy, změny rolí a podobné specifické potíže. Snaží se nabídnout optimální řešení nalezeného problému, často v kombinaci s podpůrnou terapií (Horowitz and Goodman, 2004, p. 268).

2.2.4 Psychodynamická terapie

Obecné označení pro postupy, jejichž cílem je vytáhnout na povrch pocity tak, aby jim pacientka porozuměla. Pracují na základě toho, že každý má podvědomí a pocity v něm ukryté jsou často bolestivé a když se vytáhnou na povrch, musí jim dotýčný čelit (Horowitz and Goodman, 2004, p. 268).

2.2.5 Podpůrná psychoterapie

Pomocí této metody se psychoterapeut spíše pokouší pacientce pomoci zvládnout každodenní obtíže, ale neřeší jejich příčinu (Horowitz and Goodman, 2004, p. 268).

2.2.6 Elektrokonvulzivní terapie (ECT)

Více autorů se shoduje na tom, že ECT je vynikající možností v léčbě psychických poruch po porodu, především pro poporodní psychózy (Furray and Ostroff, 2007, p. 188, Focht and Kellner, 2012, p. 31, Babu, Thippeswamy and Chandra, 2014, p. 247). Furray a Ostroff udávají, že ECT je hlavně vhodnou volbou až pro ženy, u kterých selhala přechodná medikace nebo závažnost jejich stavu vyžaduje rychlé řešení symptomů. U žen v jejich studii nastala významná změna po třech až šesti ošetřeních ECT (Furray and Ostroff, 2007, p. 188). U několika žen léčených ECT pro poporodní psychózu byly zpozorovány přechodné nežádoucí účinky ve formě kognitivních příznaků a déletrvajících křečí, ale nejsou žádné zprávy o nepříznivém vlivu na děti kojené matkami léčenými ECT. Tato léčba byla shledána jako účinná a bezpečná i pro ženy s těžkou poporodní psychózou (Babu, Thippeswamy and Chandra, 2014, p. 247 a 250).

2.3 Alternativní léčba

Mnohé ženy odmítají farmakologickou léčbu, protože se obávají účinků léků na kojení. Z tohoto důvodu jsou nezbytné alternativní metody nahrazující farmakologii (Corral, 2007, p. 221).

Alternativní terapie (AT) může být pro ženu přínosem, avšak bylinky a bylinné přípravky by měly být používány s opatrností, protože jejich síla nemusí být vždy známá či regulovaná. AT by žena měla využívat ve spolupráci se svým lékařem a ten by měl být seznámen o doplňkových a alternativních terapiích v průběhu těhotenství, porodu a kojení, aby mohl svým klientkám podávat přesné a aktuální informace (Gossler, 2010, p. 35). Mezi alternativní metody léčby PPD jsou uvedeny hypnóza, ajurvédská medicína, čínská medicína, holistická léčba, terapie světlem, masáže, akupunktura, aromaterapie, bylinky a potravinové doplňky, léčba přírodním progesteronem a placentofagie.

2.3.1 Léčba hypnózou

Zatím je velmi málo důkazů o účinnosti hypnózy na PPD. V minulých stoletích byla hypnóza považována za kontraindikovanou při depresi z důvodu z důvodu zvýšeného rizika sebevraždy (Crasilneck and Hall, 1985 in Yexley, 2007, p. 220). Yexley popisuje případ, v němž byla hypnoterapie úspěšně využita v léčbě PPD. Dvacet sedm let stará matka pětiměsíčních dvojčat byla léčena pro PPD a ukázalo se, že je rezistentní na psychofarmakologickou léčbu. Pacientka byla vdaná, po dobu pěti let se pokoušela otěhotnět a během těhotenství ji zemřeli dva lidé. Deprese začala pět dní po porodu. Hypnotické zásahy byly dva, první ihned po prvním pohovoru a druhý za čtrnáct dní. Etapy transu zahrnovaly indukční fázi, prohlubování, intervenci a ukončení. Cílem první hypnózy bylo zlepšit pacientčin náhled a poskytnout alternativní citovou odpověď na dětský pláč, který se zdál být hlavní příčinou utrpení. Na následujícím sezení pacientka prohlásila, že byla schopna se starat o své děti bez pomoci. Ačkoli cítila normální frustraci z péče o dvě děti, ani jednou mezi sezeními nepomyslela na to, že by jim ublížila. Šest týdnů po prvním

zásahu klientka uvedla, že od druhého sezení nemá již žádné příznaky (Yexley, 2007, p. 219-222).

2.3.2 Ajurvédská medicína

Podle ajurvédské medicíny jsou v těle čtyři hlavní typy toxinů způsobující choroby. Ama se skládá z částečně natrávené potravy v zažívacím traktu, která zpomaluje trávení a umožňuje tvořit toxiny. Visha je reaktivní forma Amy a nastane, když tělo není zbaveno trávicích toxinů. Gara Visha toxiny jsou léky, přísady, umělé chemikálie a další prvky znečišťující tělo. Čtvrtý toxin je vystavení elektromagnetickému záření, známé jako Indra Varjra Bhijanya Visha. Léčba je založena na posouzení, jaké aspekty těla jsou nevyvážené. Zpočátku se doporučují dietní změny, jako je jíst pouze čerstvé a snadno stravitelné potraviny a vyhýbání se například zmraženým nebo v mikrovlnné troubě upraveným pokrmům. Také se doporučuje každodenní jemná masáž ke snížení stresu a zlepšení krevního oběhu. Probírána je i potřeba a stanovení konkrétních cílů pro dosažení regeneračního spánku. Do plánu léčby poporodní deprese bývají zahrnuty i osoby žijící s pacientkou (Posmontier and Teitelbaum , 2009 in Gossler, 2010, p. 33).

2.3.3 Čínská medicína

Studie v Číně ukázala, že tradiční čínská medicína byla v léčbě deprese neúčinná (Zhao, Wan, and Chen, 2009 in Gossler, 2010, p. 32-33). Může však využít kombinace bylin v závislosti na příznacích osoby a zabývat se, který orgán je spojen s emocionálním statusem. Například nespavost je spojena s ledvinami, játry a žaludkem (Mantle, 2002 in Gossler, 2010, p. 32-33).

2.3.4 Holistická péče

Kvalitní péče pro ženy s PPD zahrnuje vzdělání o onemocnění a jeho léčbě, podpoře chování zlepšující duševní zdraví a celkový zdravotní stav. Fyzické

zdravotní problémy mohou mít spojitost s PPD (Brown and Lumley, 2000 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 267-268). Podpora fyzického zotavení může mít pozitivní vliv na náladu. Tato strategie zahrnuje pomoci ženám získat adekvátní spánek, správně se stravovat a cvičit, vyhnout se alkoholu a kofeinu. Může být také zapotřebí pomoc v domácnosti nebo se zvýšenými nároky v péči o dítě. Porodní asistentky by měly podpořit ženu ve využití sociálních služeb (Horowitz and Goodman, 2004, p. 268).

2.3.5 Terapie světlem

O terapii deprese světlem existuje málo údajů, v Kanadě zjišťovali vliv světla na PPD. Jedna skupina žen byla svícena jasným světlem a druhá tlumeným červeným světlem. U obou skupin bylo prokázáno významné zlepšení v průběhu šesti týdnů. Je však nemožné zjistit, zda k němu došlo na základě léčebného účinku nebo placebo efektu. Spontánní remise, relativní nedostatek spánku spojený s ranní světelnou terapií a úroveň interakce s terapeutickým týmem by taky mohlo vysvětlit nespecifické účinky pozitivní léčby. Další studie by měly odhalit, zda je světelná terapie účinnou nefarmakologickou léčbou (Corral et al., 2007, 221-224).

Také další studie ukázaly pozitivní výsledky. Léčba byla dobře snášena bez nežádoucích účinků (Wirz-Justice et al., 2011 And Epperson et al., 2004 in Deligiannidis and Freeman, 2014, p. 89).

2.3.6 Masáže

Nedávná metaanalýza sedmnácti randomizovaných kontrolovaných studií o masážní terapii u depresivních lidí došla k závěru, že masážní terapie je významně spojena se snížením depresivních symptomů (Hou et al., 2010 in Deligiannidis and Freeman, 2014, p. 90). Několik studií se zabývalo účinkem masáže na těhotné ženy, ženy po porodu a jejich děti. Prenatální masážní terapie je účinná při snižování prenatálních i postnatálních depresivních symptomů a snižuje hladinu kortizolu v moči. Prenatální masáž byla také spojena se snížením výskytu nedonošených dětí

a nízké porodní hmotnosti. Bylo prokázáno, že kombinace masážní terapie se skupinovou interpersonální psychoterapií snižuje depresivní symptomatologii víc než skupinová psychoterapie sama o sobě (Field et al., 2009 in Deligiannidis and Freeman, 2014, p 90).

2.3.7 Akupunktura

Akupunktura je od nepaměti považována za součást asijské medicíny, ve které je lidské tělo vnímáno jako složené z rovnovážných energií. /držení této rovnováhy je nedílnou součástí pro optimální zdraví a nerovnováha je spojená se zablokováním životní energie a nemocemi. Akupunktura stimuluje anatomické body na těle tenkými kovovými jehlami (ruční akupunktura), což slouží k obnovení toku energie, který byl zablokován (Deligiannidis and Freeman, 2014, p. 90-91). Některé studie prokazují rozporuplné výsledky v léčbě depresí akupunkturou, avšak nedávná metaanalýza třiceti studií hodnotila účinnost ruční, elektrické nebo laserové akupunktury a našla dostatek důkazů pro doporučení používání akupunktury v léčbě deprese (Smith, Hay, Macpherson, 2010 in Deligiannidis and Freeman, 2014, p. 90-91). Menší studie s elektroakupunkturou ukázaly zlepšení v příznacích poporodní deprese, avšak je v tuto chvíli předčasné doporučit ji jako léčbu první volby. Na základě současných důkazů může být atraktivní možností a stojí za zvážení zařadit ji do léčebného plánu (Chung, Yeung, Zhang, 2012 in Deligiannidis and Freeman, 2014, p. 90-91).

2.3.8 Aromaterapie

Aromaterapie je druh alternativní medicíny využívající rostlinné látky k výrobě vysoce koncentrovaných esenciálních olejů. Často se využívají k uvolnění a navození pohody nebo přímo k řešení určitých obtíží. Mechanismu účinku není přesně znám, ale je možné, že olej pracuje po absorbování kůží nebo vdechováním sloučenin. (Cavanagh, 2002 in Weier and Beal, 2004, p. 101). Aromaterapie se velmi dobře hodí pro kombinaci s masážní terapií, avšak doporučuje se zvýšená opatrnost

při masáži kojenců, jelikož není prokázána bezpečnost při používání (Weier and Beal, 2004, p. 101). Jako nejvhodnější a nejpoužívanější oleje pro léčbu deprese a úzkosti Tiran udává růži, bergamot, santalové dřevo, levanduli a jasmín. U několika z nich bylo prokázáno, že působí sedativně a způsobují uvolnění svalového napětí (Tiran, 2000 in Weier and Beal, 2004, p. 101). Několik autorů se shoduje na množství pozitivních účinků levandule. Například udržuje bdělost, zmírňuje agresi, celkově zklidňuje a zlepšuje usínání (Cavanagh, 2002 in Weier and Beal, 2004, p. 101). Výsledky jedné studie naznačují pozitivní vliv použití aromaterapie jako doplňkové léčby poporodní deprese a úzkosti s minimálními riziky. Léčba se skládala z patnáctiminutových sezení, dvakrát týdně po dobu čtyř týdnů. Byl užit esenciální olej z levandule a růže. Využívalo se dvou technik- dotykové a inhalační se stejnou směsí olejů. Ačkoli dotyková technika prokázala lepší výsledky, obě dvě ukázaly zlepšení. To naznačuje, že inhalační technika nejspíš jen potřebuje delší a častější expozici, aby prokázala kumulativní vliv na úzkost a depresi. Při provádění dalších studií se doporučuje častější léčba (4x týdně) na větší skupině (Condrad and Adams, 2012, p. 164-168).

2.3.9 Bylinky a potravinové doplňky

Jednou z bylin použitelných v alternativní terapii je kava, která byla v placebem kontrolované studii vyhodnocena jako účinný produkt při léčbě středně závažných nepsychotických poruch bez abstinenčních příznaků vyskytujících se u benzodiazepinů. Došlo k výraznému zlepšení depresivních příznaků na konci léčby kavou, ve srovnání s příznaky při ukončení léčby benzodiazepiny, což naznačuje, že v některých případech může být kava účinnější než benzodiazepiny (Weier and Beal, 2004, p. 99). Užívání kavy v doporučených dávkách je velmi dobře snášeno. Avšak při vyšších dávkách jsou uživatelé ohroženi velkou únavou, nestálostí, známkami intoxikace a změnami na kůži. Několik zpráv naznačuje také souvislost selhání jater s užíváním kavy, žádné spolehlivé epidemiologické údaje o tom však nejsou, zejména kvůli matoucím proměnným (předchozí jaterní onemocnění v anamnéze, užívání hepatotoxických léků nebo alkoholu). Kava je tedy kontraindikována u jedinců s onemocněním jater, při užívání sedativ a alkoholu. Kojící ženy by kavu

také užívat neměly (Connor, Davidson, Churchill, 2001 in Weier and Beal, 2004, p. 99).

Další neopomenutelnou bylinou v alternativní léčbě je třezalka tečkovaná, která je pro své léčivé vlastnosti užívána již od starověku. Dvě metaanalýzy srovnávaly účinnost třezalky tečkované s placebem nebo standardními antidepresivy v léčbě deprese a depresivních syndromů. Výsledky jednotlivých studií byly vyhodnoceny a velký účinek byl pozorován u jedinců s mírnými až středně těžkými depresivními symptomy a méně se projevovala účinnost u těžké depresivní epizody. Třezalka tečkovaná, při denním dávkování 300-1200 mg, byla oproti placebu ve výhodě a účinky byly srovnatelné s antidepresivy s tricyklickými nebo selektivními inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a byly účinkově lepší než standardní antidepresiva v podskupině lidí s mírnou až střední depresí (Linde, Mulrow, Berner M, 2005, Roder, Schaefer, Leucht, 2004 in Delgiannidis and Freeman, 2014, p. 88). Zdá se, že ve srovnání s jiným antidepresivy se do mateřského mléka vylučuje na nezjistitelně nízké úrovni a její bioaktivní složky jsou na nebo pod limitem určeného množství v dětské plazmě (Klier et al., 2006 in Delgiannidis and Freeman., 2014, p. 88).

Jedním ze zkoumaných potravinových doplňků při alternativní léčbě PPD je kyselina listová. Nebyly zveřejněny žádné studie potvrzující účinnost kyseliny listové v monoterapii nebo augmentaci léčby perinatální deprese. Epidemiologické údaje neprokazují, že by vyšší příjem kyseliny listové během těhotenství snižoval rozvoj PPD (Miyake et al., 2006 in Delgiannidis and Freeman., 2014, p. 88). Avšak Papakostas udává, že nízká hladina kyseliny listové v krvi je spojena s horší odpovědí na léčbu antidepresivy při depresi (Papakostas et al., 2004 in Delgiannidis and Freeman., 2014, p. 87) a naopak vyšší hladiny kyseliny listové jsou spojovány s lepší odpovědí na antidepresiva (Alpert, Silva, Pouget, 2003 in Delgiannidis and Freeman., 2014, p. 87).

Studie se dále zabývají kyselinou eikosapentaenovou (EPA) a kyselinou dokosahexaenovou (DHA), což jsou dvě důležité omega - 3 mastné kyseliny nacházející se v rybách. Je doporučeno jíst zejména tučné ryby nejméně dvakrát týdně. Dávka pro těhotnou ženu je asi 200 mg DHA denně (Koletzko,2008 in Delgiannidis and Freeman, 2014, p. 86). Studie ukazují významný antidepresivní

přínos omega-3 mastných kyselin. Jsou ale vhodné spíše jako podpůrná léčba (Freeman, 2006, Su et al., 2003 in Delgiannidis and Freeman, 2014, p. 86). I když některé studie prokázaly inverzní vztah mezi prenatálním příjmem ryb a perinatálních depresivních symptomů, několik randomizovaných, placebem kontrolovaných studií hodnotících účinnost omega-3 mastných kyselin, neprokázaly přínos v akutní léčbě nebo prevenci perinatální deprese (Rees, Austin, Parker, 2008, Freeman et al., 2008, Doornbos et al., 2009 in Delgiannidis and Freeman, 2014, p. 87). Omega-3 mastné kyseliny byly dobře tolerovány a na základě pozitivních nálezů z randomizovaných kontrolovaných studií, doporučuje se těhotným a ženám po porodu s depresí konzumovat 1g EPA a DHA denně (Delgiannidis and Freeman, 2014, p. 87).

2.3.10 Léčba přírodním progesteronem

Výzkum prováděný Ústavem papeže Pavla VI. pro studium lidské reprodukce v Omahu naznačuje, že přírodní progesteron může být velmi efektivní alternativní možností v léčbě poporodní deprese (Valenzuela , 2012, p. 22). Pokud jsou na vině PPD především hormonální výkyvy, je tato léčba zaměřující se především na tyto změny nejlepší volbou. Antidepresiva nemusí fungovat nejefektivněji pro hormonálně související PPD. Léčení antidepresivy je pomalé, ženy se cítí omámené a nikdy se nevrátí do původního stavu. Přitom jednoduchá hormonální terapie může přinést úlevu až v 95 % případů. Přírozený progesteron je podáván jako lokálně aplikovaný krém nebo v injekční formě. (Hilgers, 2010 in Valenzuela , 2012, p. 23). Vzhledem k tomu, že progesteron je přírodní látka vyráběna v těle ženy (na rozdíl od antidepresiv), nemá vedlejší účinky a matka na něj nebude alergická, protože ho její tělo samo vyrábí, jak konstatuje Giles. (Giles, 2011 in Valenzuela , 2012, p. 23). Další výhodou progesteronové terapie je její rychlost nástupu účinku. V několika minutách až hodinách po první injekci přichází úleva od symptomů (Pope Paul VI Institute for the Study of Human Reproduction, 2006, p. 23). Je nutno podotknout, že všechny účinky se vztahují pouze k přírodnímu typu progesteronu, ne syntetickému. Tyto dva progesterony nejsou stejné, varuje doktor Hilgers. Chemický progesteron, užívaný například v progesteronové antikoncepci, není

totožný s lidským. Jedná se o umělý progesteron, náhradu, která částečně metabolizuje na mužské androgenní hormony (Hilgers, 2010 in Valenzuela , 2012, p. 23). Jedna ze studií ukazuje rapidní zlepšení příznaků PPD po léčbě progesteronovou injekcí. Bylo dramatické zlepšení všech sledovaných symptomů, například pocitu bezmocnosti se snížily z 63,3% na pouhých 6,7 %, únava z 76,7 % na 26,7% , úzkost z 66,7% na 16,7 % a podivné myšlenky z 46,7 % na 16,7 %. Podle ústavu progesteron daleko přesahuje účinnost psychoterapie nebo antidepresiv a proto by měl být daleko více běžně užíván v léčbě PPD (Pope Paul VI Institute for the Study of Human Reproduction, 2006, p. 24).

Mezi další hormonální léčebné metody se řadí placentofagie. Na placentofagii neboli také konzumaci placenty nebyly provedeny žádné vědecké studie k léčbě poporodní deprese, ale mnoho matek potvrzuje její schopnost předcházet PPD nebo ji zmírnit (Friess, 2007 in Valenzuela , 2012, p. 24). Zastánci těchto metod se odvolávají na dlouhou tradici v čínské medicíně (Schrief, 2011 in Valenzuela, 2012, p. 24). Výhody placentofagie jsou dle literatury v tom, že kombinuje to, co je o placentě a její funkci v pozdním těhotenství známo s vědeckým výzkumem na různorodé změny po porodu (např. anémie, únava, nedostatek vitamínů a hormonální nerovnováhu). Během posledních měsíců placenta produkuje velké množství hormonu uvolňující kortikotropin (CRH), což je stres snižující a regulující hormon produkovaný v hypotalamu matky. Po porodu placenty hladiny CRH dramaticky klesají, zatímco hypotalamus pokračuje v normální produkci, což činí matku náchylnější ke stresu a poruchám nálady. Zastánci placentofagie argumentují tím, že konzumace placenty může pomoci zmírnit přechod zpět k normální výrobě CRH, čímž se zabrání potencionální příčině PPD (Duchene, 2009 in Valenzuela , 2012, p. 24). Studie také považuje vyčerpání živin, zejména železa a vitamínu B6, jako potencionální příčinu přispívající k PPD (Beard et al. 2005; Bodnar, Cogswell and McDonald 2004 in Valenzuela , 2012, p. 24). Vzhledem k tomu, že potenciálně řeší mnoho příčin PPD (např. chudokrevnost, nedostatek vitamínů a hormonální výkyvy), další studie o výhodách a případných rizicích plynoucích z této praxe by jistě byly přínosem jak pro poskytovatele péče, tak rodičky (Valenzuela, 2012, p. 24).

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku psychických poruch po porodu a jejich léčbu. Pro zpracování byly v úvodu stanoveny dva cíle.

Prvním cílem bylo předložit poznatky o jednotlivých psychických poruchách po porodu. Byly popsány příznaky a příčiny poporodního blues (Seifertová, 2009, M'baílara et al., 2005, Strunzová, 2007, Manjunath, Venkatesh, Rajanna, 2011). Zvláštní důraz byl kladen na poporodní depresi. Na příznacích se autoři ve velké většině shodují (Seifertová et al., 2009, Jedličková, 2008). Jako prevence poporodní deprese se uvádí dostatečná informovanost matky a její rodiny (Camp, 2013). Několik autorů se také shoduje, že kojení může mít preventivní účinek (Hamdam, Tenim, 2012, Figueigereido, Canário, Field, 2014). Další část je věnována rizikovým faktorům PPD. Nejčastěji uváděné jsou nízký věk matky (Figueiredo, Pacheco, Costa, 2007, Yelland, Sutherland, Brown, 2010), nedostatečná sociální opora a negativní životní události (Yelland, Sutherland, Brown, 2010, Gomez-Beloz et al., 2009, Xie et al., 2011) a deprese po minulém porodu (Goker et al., 2012). Způsob porodu dle Gokera nemá na vznik PPD vliv (Goker et al., 2012), ale Pujari ve své studii uvádí, že ženy rodící vaginální cestou jsou mnohem více ohroženy, než ženy rodící císařským řezem (Pujari, 2013). Více autorů se shoduje, že mateřské duševní problémy výrazně zvyšují riziko problémů chování u dětí (Earls, 2010, p. 1032-1037, Agnafors et al., 2013, p. 1-8, Ali et al., 2013, p. 1-11). Přestože poporodní psychóza postihuje jen 0,1-0,2% žen, byla zmíněna, protože může být velmi nebezpečná matce i dítěti (Kašpárek, 2011, Izáková, 2013, Boyce and Bariball, 2009, Earls, 2010). Mezi úzkostné poruchy, které se mohou po porodu objevit, patří obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha a sociální fobie (Talová et al., 2014). Cíl byl splněn.

Druhým cílem bylo předložit poznatky o terapii a péči o ženy s psychickými poruchami po porodu. Léčba zahrnuje dvě možnosti, farmakologii a psychoterapii. Pokud to stav žen dovolí, dává se přednost psychoterapii, především kvůli kojení (Seifertová et al., 2007), ale také proto, že má trvalejší výsledky (Talová et al., 2014).

Pokud je ale farmakoterapie nutná, není vždy nutné s kojením přestat. Vhodná jsou antidepresiva, především SSRI (Mohr et al., 2008, Kašpárek, 2012). Léčba může být doplněna hypnózou (Yexley, 2007), terapií světlem (Corral et al., 2007), masáží (Field et al., 2009 in Deligiannidis and Freeman, 2014), akupunkturou (Smith, Hay, Macpherson, 2010 in Deligiannidis and Freeman, 2014), aromaterapií (Tiran, 2000 in Weier and Beal, 2004), bylinkami a potravinovými doplňky jako je třezalka Linde, Mulrow, Berner M, 2005 in Deligiannidis and Freeman, 2014), kyselina listová (Alpert, Silva, Pouget, 2003 in Deligiannidis and Freeman., 2014) nebo omega-3 mastné kyseliny (Deligiannidis and Freeman, 2014). Z méně známých způsobů je uvedena léčba přírodním progesteronem (Pope Paul VI Institute for the Study of Human Reproduction, 2006) a placentofagie (Valenzuela, 2006). Cíl byl splněn.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. AGNAFORS, S., COMASCO, E., BLADH, M., SYDSJO, G., DEKEYSER, L., ORELAND, L., & SVEDIN, C. G. Effect of gene, environment and maternal depressive symptoms on pre-adolescence behavior problems - a longitudinal study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* [online]. 2013, 7(1),1-9 [cit. 2014-03-29] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/1322734665/fulltextPDF/2AC8BBE6A6584531PQ/2?accountid=16730>>.
2. ANONYMOUS The new postpartum blues. *O: The Oprah Magazine* [online]. 2009, 10, 178 [cit. 2014-03-03] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/219620211?accountid=16730>> ISSN 15313247
3. ANONYMOUS a) Fish oil promising against postpartum depression in small trial. *U.S.News & World Report* [online]. 2011a, 1 [cit. 2014-03-03] Dostupný také z WWW: <<http://health.usnews.com/health-news/family-health/brain-and-behavior/articles/2011/04/12/fish-oil-promising-against-postpartum-depression-in-small-trial>> ISSN 00415537
4. ANONYMOUS Postpartum depression; more than just the baby blues. *Obesity, Fitness & Wellness Week* [online]. 2011b, 717 [cit. 2014-03-03] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/580111902/C880954FFC5E4ACEPQ/1?accountid=16730>> ISSN 15316386
5. ANONYMOUS Information about resuming sex postpartum may allay anxiety in new parents. *Nursing Standard* [online]. 2013, 27(31), 15 [cit. 2014-03-29] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/1346243740/fulltextPDF?accountid=16730>> ISSN 00296570
6. ALI, N. S., MAHMUD, S., KHAN, A., & ALI, B. S. Impact of postpartum anxiety and depression on child's mental development from two peri-urban

communities of karachi, pakistan: A quasi-experimental study. *BMC Psychiatry* [online]. 2013, 13,274 [cit. 2014-03-28] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/1449197635/8DEB87DDA2EA466FPQ/1?accountid=16730>> ISSN 1471244X

7. BABU, G. N., THIPPESWAMY, H., & ChANDRA, P. S. Use of electroconvulsive therapy (ECT) in postpartum psychosis--a naturalistic prospective study. *Archives of Women's Mental Health* [online]. 2013, 16(3), 247-51 [cit. 2014-04-13]. Dostupný z WWW: <http://download.springer.com/static/pdf/947/art%253A10.1007%252Fs00737-013-0342-2.pdf?auth66=1397591381_01c2b95bf15684a485fbe1771949a16d&ext=.pdf> ISSN 14341816
8. BATTLE, C. L., PhD., & ZLOTNICK, C., PhD. Prevention of postpartum depression. *Psychiatric Annals* [online]. 2005, 35(7), 590-598 [cit. 2014-03-27] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/217046910/fulltextPDF/752EA8BC264C4836PQ/162?accountid=16730>> ISSN 00485713
9. BOYCE, P., & BARRIBALL, E. Puerperal psychosis. *Archives of Women's Mental Health* [online]. 2010, 13(1), 45-7 [cit. 2014-03-03] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/195081552/5F485311F364B83PQ/1?accountid=16730>> ISSN 14341816
10. BROCKINGTON, Ian. A Historical Perspective on the Psychiatry of Motherhood. RIECHER-RÖSSLER, Anita a Meir STEINER. *Perinatal stress, mood, and anxiety disorders: from bench to bedside* [online]. Basel: Karger, 2005, 8, 1-5 [cit. 2014-04-13] Dostupný také z WWW: <<http://f3.tiera.ru/1/genesis/575-579/578000/0d0fd55dd396e19a356bbe8fe5503868>> ISBN 3-8055-7865-2; ISSN 0067-8147
11. CAMP, J. M., B. S. N. R. N. Postpartum depression ioi: Teaching and supporting the family. *International Journal of Childbirth Education* [online]. 2013, 28, 45-49. [cit. 2014-03-29] Dostupný také z WWW:

<<http://search.proquest.com/docview/1445008831/fulltextPDF/33AE06563E5D4548PQ/5?accountid=16730>> ISSN 08878625

12. CONDRAD, P., & ADAMS, C. The effects of clinical aromatherapy for anxiety and depression in the high risk postpartum woman - a pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice* [online]. 2013, 18(3), 164-168 [cit. 2014-02-17] Dostupný také z WWW: <http://ac.els-cdn.com/S1744388112000400/1-s2.0-S1744388112000400-main.pdf?_tid=36b970bc-c353-11e3-8400-00000aacb360&acdnat=1397424972_7ab10befc68693f84fbb1f17c04b28e7> ISSN 1873-6947
13. CORRAL, M., WARDROP, A. A., ZHANG H., GREWAL, A. K., & PATTON, S. Morning light therapy for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health* [online]. 2007, 10(5), 221-4 [cit. 2014-04-12]. Dostupný z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/195117188/752EA8BC264C4836PQ/180?accountid=16730>> ISSN 14341816
14. DELIGIANNIDIS, K. M., & FREEMAN, M. P. Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology* [online]. 2014, 28(1), 85-95 [cit. 2014-04-13]. Dostupný z WWW: <http://ac.els-cdn.com/S1521693413001090/1-s2.0-S1521693413001090-main.pdf?_tid=86b5e074-c27b-11e3-8024-00000aab0f6c&acdnat=1397332334_9a1c1c4c32f19a5a51878a4adfd1f52b> ISSN 1532-1932
15. SIT, D., WISNER, K The Identification of Postpartum Depression. *Clin Obstet Gynecol* [online]. 2009, 52(3), 456–468 [cit. 2014-04-01]. Dostupný z WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2736559/pdf/nihms139493.pdf>
16. DOUCET, S., & LETOURNEAU, N. Coping and suicidal ideations in women with symptoms of postpartum depression. *Clinical Medicine. Reproductive Health* [online]. 2009, 3, 9-19 [cit. 2014-03-03]

Dostupný také z WWW:
<<http://search.proquest.com/docview/1034877396/816EAC1F890042EBPQ/74?accountid=16730>>

17. EARLS, M. F. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics*, [online]. 2010, 126(5),1032-1039[cit. 2014-03-29] Dostupný také z WWW: <<http://www.ncfahp.org/Data/Sites/1/media/images/pdf/CHIP-Clinical%20Report%20Postpartum%20Screening%20PEDIATRICS%20Nov%202010.pdf>>.ISSN 1098-4275
18. FIGUEIREDO, B., CANÁRIO, C., & FIELD, T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychological Medicine* [online]. 2014, 44(5), 927-936 [cit. 2014-03-03] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/1506758919/fulltextPDF/6A0EA558B5E54C6BPQ/1?accountid=16730>> ISSN 00332917
19. FIGUEIREDO, B., PACHECO, A., & COSTA, R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health* [online]. 2007, 10(3), 103-9 [cit. 2014-03-02] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/195062601/41058EAA25DB48FFPQ/6?accountid=16730>> ISSN 14341816
20. FOCHT, A., & KELLNER, C. H. Electroconvulsive therapy (ECT) in the treatment of postpartum psychosis. *Journal of Electroconvulsive Therapy* [online]. 2012, 28(1), 31-33 [cit. 2014-04-08]. Dostupný z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/954652061/4BBDEFB90807472DPQ/1?accountid=16730>> ISSN 1095-0680
21. FORRAY, A., & OSTROFF, R. B. The use of electroconvulsive therapy in postpartum affective disorders. *The Journal of ECT* [online]. 2007, 23(3), 188-193 [cit. 2014-04-01]. Dostupný z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/68242877/4BBDEFB90807472DPQ/2?accountid=16730>> ISSN 1095-0680

22. GOKER, A., YANIKKEREM, E., DEMET, M. M., DIKAYAK, S., YILDIRIM, Y., & KOYUNCU, F. M. Postpartum depression: Is mode of delivery a risk factor? *ISRN Obstetrics and Gynecology* [online]. 2012, 1-6 [cit. 2014-03-29] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/1282120469/fulltextPDF/752EA8BC264C4836PQ/220?accountid=16730>> ISSN 20904436
23. GOMEZ-BELOZ, A., WILLIAMS, M. A., SANCHEZ, S. E., & LAM, N. Intimate partner violence and risk for depression among postpartum women in lima, peru. *Violence and Victims* [online]. 2009, 24(3), 380-98 [cit. 2014-03-04] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/208556898/fulltextPDF/816EAC1F890042EBPQ/46?accountid=16730>> ISSN 08866708
24. GÓMEZ LAVÍN, C., & ZAPATA GARCÍA, R. Diagnostic categorization of post-abortion syndrome. *Actas Españolas De Psiquiatría*, [online]. 2005, 33(4), 267-272 [cit. 2014-04-20] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/42380508?accountid=16730>>
25. GOSHTASEBI, A., ALIZADEH, M., & GANDEVANI, S. B. Association between maternal anaemia and postpartum depression in an urban sample of pregnant women in iran. *Journal of Health, Population and Nutrition* [online]. 2013, 31(3), 398-402 [cit. 2014-03-29] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/1462526044/fulltextPDF/F7D3956613774306PQ/22?accountid=16730>> ISSN 1606-0997
26. GOSSLER, SANDRA M, PhD,A.P.R.N.-B.C.,I.B.C.L.C. Use of complementary and alternative therapies during pregnancy, postpartum, and lactation. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* [online]. 2013, 48(11), 30-36 [cit. 2014-04-17]. Dostupný z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/762450862/fulltextPDF/ECE967A281064FB3PQ/2?accountid=16730>> ISSN 02793695
27. HAMDAN, A., & TAMIM, H. The relationship between postpartum depression and breastfeeding. *International Journal of Psychiatry in Medicine* [online]. 2012, 43(3), 243-59 [cit. 2014-03-02] Dostupný také z WWW:

<<http://search.proquest.com/docview/1033561758?accountid=16730>> ISSN 00912174

28. HERON, J., MCGUINNESS, M., BLACKMORE, E. R., CRADDOCK, N., & JONES, I. Early postpartum symptoms in puerperal psychosis *BJOG* [online]. 2008, 115(3), 348-353 [cit. 2014-01-03] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/225616182/E271466460AE4445PQ/9?accountid=16730>> ISSN 14700328
29. HOROWITZ, J.A., GOODMAN, J.H. Identifying and Treating Postpartum Depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* [online]. 2005, 34(2), 264-273 [cit. 2014-02-21]. Dostupný také z WWW: <http://www.researchgate.net/publication/7952726_Identifying_and_treating_postpartum_depression/file/79e41509177cbdb095.pdf>. ISSN 0884-2175
30. HOU, Y., HU, P., ZHANG, Y., LU, Q., WANG, D., YIN, L., ZOU, X. Cognitive behavioral therapy in combination with systemic family therapy improves mild to moderate postpartum depression. *Revista Brasileira De Psiquiatria (São Paulo, Brazil : 1999)* [online]. 2010, 36(1), 47-52 [cit. 2014-04-15]. Dostupný z WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v36n1/1516-4446-rbp-2014-36-1-047.pdf>> ISSN 1809-452X
31. IZÁKOVÁ, L. Duševné zdravie počas tehotenstva a po pôrode. *Psychiatrie pro praxi*. 2013a, 14(4), 161-163
32. IZÁKOVÁ, L., BOROVSÁ, M., BALOGHOVÁ B., KRIŠTÚFKOVÁ A. Výskyt depresívnych príznakov v popôrodnom období. *Psychiatria pre prax*. 2013b, 14(2), 75-78
33. JEDLIČKOVÁ, M. Obecný náhľad na problematiku deprese po porodu z hľadiska gynekologicko-porodnického. *Praktická gynekologie*. 2008, 12(2), 86-90

34. JOSEFSSON, A., LARSSON, C., SYDJO, G., & P. O. NYLANDER. Temperament and character in women with postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health* [online]. 2011, 10(1), 3-7 [cit. 2014-03-02] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/195062508/752EA8BC264C4836PQ/120?accountid=16730>> ISSN 14341816
35. JUNE, A. H., & GOODMAN, J. H. Identifying and treating postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN* [online]. 2005, 34(2), 264-273 [cit. 2014-04-20]. Dostupný z WWW: <http://www.researchgate.net/publication/7952726_Identifying_and_treating_postpartum_depression/file/79e41509177cbdb095.pdf> ISSN 08842175
36. KAŠPÁREK, T. Duševní poruchy v poporodním období. *Psychiatrie pro praxi*. 2011, 12, 23-24
37. KAŠPÁREK, T. SSRI v graviditě a laktaci. *Psychiatrie pro praxi*. 2013, 14(1), 37-38
38. KHANDELWAL, S. et. al. Conquering Depression. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia [online]. 2001, 10-12 [cit. 2014-03-01]. Dostupný z WWW: <http://whqlibdoc.who.int/searo/2001/SEA_Ment_120.pdf>
39. LEWIS, C. A., BYERS, A. D., MALARD, S. D., & DAWSON, G. A. Challenges in diagnosing and treating postpartum blues, depression and psychosis. *Alabama Counseling Association Journal* [online]. 2010, 36(1), 5-14 [cit. 2014-04-17]. Dostupný z WWW: <<http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ911988.pdf>> ISSN 1546-2781
40. MANJUNATH, N., VENKATESH, G., & RAJANNA, R. Postpartum blue is common in socially and economically insecure mothers. *Indian Journal of Community Medicine* [online]. 2011 36(3), 231-233 [cit. 2014-03-03] Dostupný také z WWW:

<<http://search.proquest.com/docview/900812351/fulltextPDF/CFB92635FC244AB4PQ/3?accountid=16730>> ISSN 09700218

41. MARKHUS, M. W., SKOTHEIM, S., GRAFF, I. E., FRØYLAND, L., BRAARUD, H. C., STORMARK, K. M., & MALDE, M. K. Low omega-3 index in pregnancy is a possible biological risk factor for postpartum depression. *PLoS One* [online]. 2013, 8(7), 1-12 [cit. 2014-03-05] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/1382399621/fulltextPDF/816EAC1F890042EBPQ/55?accountid=16730>>
42. M'BAILARA, K., SWENDSEN, J., GLATIGNY-DALLAY, E., DALLAY, D., ROUX, D., SUTTER, A. L., HENRY, C. Baby blues: Characterization and influence of psycho-social factors]. *L'Encéphale* [online]. 2010, 31(3), 331-336 [cit. 2014-03-03] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/68555553/C07E16407D724D8EPQ/1?accountid=16730>> ISSN 0013-7006
43. MOHR P., HNÍDEK D., HANKKA J., et al. Psychofarmaka v těhotenství a laktaci. *Postgraduální medicína* 2012; 14(1): 17–23
44. PARK, E. M., MELTZER-BODY, S., & STICKGOLD, R. Poor sleep maintenance and subjective sleep quality are associated with postpartum maternal depression symptom severity. *Archives of Women's Mental Health* [online]. 2013, 16(6), 539-547 [cit. 2014-02-13] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/1458705529/1EFFB14FC844716PQ/14?accountid=16730>> ISSN 14341816
45. PUJARI, A. S., MANJUNATH, S. N., BHUNT, & HIREMATH, M. G. Comparative study of postnatal depression among subjects with caesarean and normal deliveries in tertiary care hospital at KIMS, hubli. *Australasian Medical Journal* [online]. 2013, 6(4), 235-236 [cit. 2014-03-01] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/1364797154?accountid=16730>>

46. REBAR, R. W. When does "postpartum" depression begin? *Journal Watch.Dermatology* [online]. 2005 [cit. 2014-03-03] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/1284417504/816EAC1F890042EBPQ/95?accountid=16730>> ISSN 15213595
47. REINBERG, S. Fish oil pills don't affect postpartum depression: Study. *U.S.News & World Report* [online]. 2010,1 1 [cit. 2014-02-06] Dostupný také z WWW: <<http://health.usnews.com/health-news/family-health/brain-and-behavior/articles/2010/10/19/fish-oil-pills-dont-affect-postpartum-depression-study>> ISSN 00415537
48. ROZTOČIL, A. Šestinedělí. *Moderní babičtví*. 2004, 3, 1-7
49. RUNQUIST, J. J. A depressive symptoms responsiveness model for differentiating fatigue from depression in the postpartum period. *Archives of Women's Mental Health* [online]. 2007, 10(6), 267-275 [cit. 2014-03-06] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/195065657/1EFFB14FC844716PQ/10?accountid=16730>> ISSN 14341816
50. SATOH, A., KITAMIYA, C., YAEGASHI, Y., OHSE, F., LEE, S., KISHI, C., Sasaki, H. Influence of smoking on postpartum depression in japan. *Health* [online]. 2013, 5(8), 1254-1260 [cit. 2014-02-06] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/1436058996/816EAC1F890042EBPQ/85?accountid=16730>>
51. SEIFERTOVÁ, D., MOHR, P., PRAŠKO, J., ČERMÁK, J. Deprese a úzkost těhotných žen. *Praktický lékař*. 2009, 89(9), 508-513
52. SEIFERTOVÁ, D., MOHR, P., STRUNZOVÁ, V., ČEPICKÝ, P. Léčba psychofarmaky v těhotenství a laktaci. *Psychiatria pre prax*. 2007, 3, 118-124

53. SERATI, M., SALVATORE, S., SSIESTO, G., CATTONI, E., ZANIRATO, M., KHULLAR, V., BOLIS, P. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *The Journal of Sexual Medicine* [online]. 2010, 7(8),2782-2790 [cit. 2014-02-26] Dostupný také z WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x/pdf>> ISSN 1743-6109
54. SKALKIDOU, A., HELLGREN, C., COMASCO, E., SYLVÉN, S., & SUNDSTROM POROMAA, I. Biological aspects of postpartum depression. *Women's Health* [online]. 2012, 8(6), 659-72 [cit. 2014-02-03] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/1206216532/fulltextPDF/816EAC1F890042EBPQ/63?accountid=16730>> ISSN 1745-5057
55. STOTLAND, N. L. Postpartum depression: Promise of prevention. *Journal Watch.Psychiatry* [online]. 2004,[cit. 2014-02-24] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/1284329449/816EAC1F890042EBPQ/100?accountid=16730>> ISSN 15213617
56. STOWE, Z. N., M.D., & NEWPORT, D. J. (2005). ADDENDUM. PTSD in pregnancy and the postpartum period. *Psychiatric Annals* [online]. 2009, 35(11), 910 [cit. 2014-02-13]. Dostupný z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/217052913/fulltextPDF/9C7DB04E4E7A4BC5PQ/3?accountid=16730>> ISSN 00485713
57. STUART, S. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy* [online]. 2012, 19(2), 134 [cit. 2014-04-01]. Dostupný z WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.1778/pdf>> ISSN 1063-3995
58. TALOVÁ B., LÁTALOVÁ K., PRAŠKO J., MAINEROVÁ, B. Úzkost a úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu. *Čes a slov Psychiat* 2014, 110(1), 29–37
59. VALENZUELA, S. K. The power of natural progesterone: Treating hormone-related postpartum depression. *Midwifery Today* [online]. 2012, 22-25 [cit. 2014-04-12]. Dostupný z WWW:

<<http://search.proquest.com/docview/1418416175/fulltextPDF/33AE06563E5D4548PQ/21?accountid=16730>> ISSN 15518892

60. VIGOD, SIMONE N,M.D.,M.Sc, TARASOFF, L. A., M.A., BRYJA, B., R.M., DENNIS, C., PhD., YUDIN, MARK H,M.D., M.Sc, & ROSS, L. E., PhD. Relation between place of residence and postpartum depression. *Canadian Medical Association Journal* [online]. 2012, 185(13), 1129-35 [cit. 2014-02-27] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/1448805287/fulltextPDF/F7D3956613774306PQ/13?accountid=16730>> ISSN 08203946
61. WEIER, K. M., & BEALL, M. W. Complementary therapies as adjuncts in the treatment of postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health* [online]. 2004, 49(2), 96-104 [cit. 2014-03-27] Dostupný také z WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jmwh.2003.12.013/pdf>> ISSN 1526-9523
62. XIE, R., LIAO, S., XIE, H., GUO, Y., WALKER, M., & WEN, S. W. Infant sex, family support and postpartum depression in a chinese cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health* [online]. 2011, 65(8),722-726 [cit. 2014-03-29] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/875062506?accountid=16730>> ISSN 1470-2738
63. YELLAND, J., SUTHERLAND, G., & BROWN, S. J. Postpartum anxiety, depression and social health: Findings from a population-based survey of australian women. *BMC Public Health* [online]. 2005, 10, 1-11 [cit. 2014-03-29] Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/902192894/F7D3956613774306PQ/17?accountid=16730>> ISSN 14712458
64. YEXLEY, M. J. Treating postpartum depression with hypnosis: Addressing specific symptoms presented by the client. *American Journal of Clinical Hypnosis* [online]. 2007, 49(3), 219-23 [cit. 2014-04-13]. Dostupný z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/218777237/fulltextPDF/816EAC1F890042EBPQ/49?accountid=16730>> ISSN 00029157

65. ZAMBALDI, C. F., CANTILINO, A., MONTENEGRO, A. C., PAES, J. A., de ALBUQUERQUE, T., LUCENA C., & SOUGEY, E. B. Postpartum obsessive-compulsive disorder: Prevalence and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry* [online]. 2009, 50(6), 503-509 [cit. 2014-04-13]. Dostupný z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/1029886066/fulltextPDF/FD4BA0BCA6B443FCPQ/4?accountid=16730>> ISSN 0010440X