

ÚZKOST A ÚZKOSTNÉ PORUCHY V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ A PO PORODU

souborný článek

Barbora Talová
Klára Látalová
Ján Praško
Barbora Mainerová

Klinika psychiatrie,
Lékařská fakulta Univerzity
Palackého v Olomouci
a Fakultní nemocnice Olomouc

Kontaktní adresa:

MUDr. Barbora Talová
Klinika psychiatrie
Fakultní nemocnice Olomouc
I. P. Pavlova 6
775 20 Olomouc
e-mail: b.talova@seznam.cz

SOUHRN

Talová B, Látalová K, Praško J, Mainerová B. Úzkost a úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu

Úvod: Přibližně 30 % žen se v průběhu svého života setká s nějakým typem úzkostné poruchy. Jedním z rizikových období, kdy se úzkostné poruchy objevují nebo se již diagnostikované úzkostné poruchy zhoršují, je období těhotenství a období po porodu.

Metoda: Provedli jsme průzkum literatury pomocí následujících klíčových slov: úzkost, úzkostné poruchy, těhotenství, poporodní období, posttraumatická stresová porucha, panická porucha, agorafobie, generalizovaná úzkostná porucha, sociální fobie, specifická fobie, obsedantně-kompulzivní porucha, farmakoterapie a psychoterapie. Články byly získány z databáze Medline v období od 1/1970 (datum založení databáze) do 2/2013. Mimo to jsme použili také dokumenty citované ve vybraných pracích.

Výsledky: U žen trpících úzkostnými poruchami může v průběhu těhotenství či v období šestinedělí dojít k prohloubení úzkostných symptomů. Úzkostné poruchy jsou v perinatálním období běžné. Četnost generalizované úzkostné poruchy a obsedantně-kompulzivní poruchy je u žen po porodu vyšší než v běžné populaci. Stres u matek během těhotenství má vliv na behaviorální rozvoj potomstva a expozice předporodní mateřské úzkosti je u dětí spojena s problémovým chováním. Studie ukazují,

SUMMARY

Talová B, Látalová K, Praško J, Mainerová B. Anxiety and anxiety disorders during pregnancy and postpartum

Introduction: Approximately 30% of women suffer from some type of anxiety disorder in the course of their life. One of the high-risk periods is pregnancy and the postpartum period, when anxiety disorders appear or already diagnosed anxiety disorders worsen.

Method: We studied literature using the following keywords: anxiety disorders, pregnancy, postpartum period, post-traumatic stress disorder, panic disorder, agoraphobia, generalized anxiety disorder, social phobia, specific phobia, obsessive-compulsive disorder, pharmacotherapy and psychotherapy. Articles were obtained from the Medline database for the period from 1/1970 (date of establishment of the database) till 2/2013. In addition, we also used documents cited in selected works.

Results: Anxiety symptoms may intensify with women suffering from anxiety disorders during pregnancy or in the postpartum period. Anxiety disorders are common in the perinatal period. The frequency of generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder is higher with women after childbirth than in the general population. Maternal stress during pregnancy affects the behavioural development of children and exposure to antenatal maternal anxiety is associated with behavioural problems of the children. Studies show that a higher occur-

že vyšší výskyt mateřské úzkosti v prenatálním období je spojován s vyšším počtem porodních komplikací a má vliv také na fetální vývoj, čímž pravděpodobně vede k většímu množství abnormalit a vysoké tepové frekvenci plodu. Taktéž bylo pozorováno, že vyšší úroveň mateřské úzkosti v období těhotenství je spojována s emočními potížemi a problémy chování u čtyřletých dětí, stejně tak jako u adolescentů. Přítomnost mateřské úzkosti však neslouží jako prediktor nízké porodní hmotnosti.

Závěr: Je nezbytné, aby lékaři této problematice úzkostných poruch v období těhotenství a po porodu porozuměli, stejně tak možnostem dostupné léčby. Mohou tak ženám plánujícím těhotenství podat všechny potřebné informace a poradit, jak s problémem dál zacházet. Další výzkum by byl užitečný k přesnějším odhadům prevalence perinatálních úzkostných poruch – a to s cílem identifikovat emocionální dopady mateřské úzkosti na děti, jejich kvalitu života i vývoj, a určit tak bezpečné a efektivní metody léčby.

Klíčová slova: úzkost, úzkostné poruchy, těhotenství, poporodní období, posttraumatická stresová porucha, panická porucha, agorafobie, generalizovaná úzkostná porucha, sociální fobie, specifická fobie, obsedantně-kompulzivní porucha, farmakoterapie, psychoterapie.

rence of maternal anxiety in the prenatal period is associated with a higher number of birth complications and also affects foetal development and is therefore likely to lead to more defects and a high heart rate of the foetus. It was also observed that a higher level of maternal anxiety during pregnancy is associated with emotional disorders and behavioural problems of four-year-old children as well as adolescents. The presence of maternal anxiety, however, does not serve as a predictor of low birth weight.

Conclusion: It is essential that doctors understand the issue of anxiety disorders during pregnancy and after childbirth, as well as the available treatment options. They can then provide to women planning a pregnancy all the necessary information and advice on how to deal with the problem further. Further research would be useful for more accurate estimates of the prevalence of perinatal anxiety disorders – with the aim to identify the emotional impact of maternal anxiety on children, their quality of life and development, and to determine safe and effective methods of treatment.

Key words: anxiety, anxiety disorders, pregnancy, postpartum period, posttraumatic stress disorder, panic disorder, agoraphobia, generalized anxiety disorder, social phobia, specific phobia, obsessive-compulsive disorder, pharmacotherapy and psychotherapy.

ÚVOD

Nadměrná úzkost a úzkostné poruchy v období těhotenství a v poporodním období často probíhají skrytě, tedy bez možnosti řádné léčby, a vedou tudíž k negativním životním důsledkům jak pro ženu, tak pro její dítě. Období těhotenství představuje pro ženu velkou životní změnu, a to jak z fyziologického, tak z psychologického pohledu. V průběhu těhotenství nastávají u budoucích matek tělesné změny, které mohou vést k rozvoji emoční nestability. Celkově se mění také role ženy v sociálně rodinném kontextu.

V prvním trimestru těhotenství se obavy ženy soustředí na tělesné problémy. Žena se musí vyrovnávat s ranními nevolnostmi, napětím v prsou, změnami kondice a změnami v oblasti sexuální. Jak v čase dění těhotenství pokračuje, starosti se přesouvají na oblast materiální. Ambivalentní postoje budoucích rodičů jsou běžné, i když je partnerství harmonické.¹ Rodičovství samo o sobě přináší enormní zodpovědnost; anticipační úzkost je proto namístě. Potenciální rodiče se nemusejí dobře adaptovat na náročnou re-

alitu spojenou s péčí o miminko a malé dítě. Pokud mají rodiče i další děti, může se negativní vztah staršího k nově narozenému stát zdrojem dalšího stresu.

Na druhé straně přítomnost psychické nepohody těhotné ženy či příznaky psychické poruchy mohou mít vliv na vývoj dítěte. Jsou zde tři možné důvody: přímý efekt na dítě, které je exponováno psychickému onemocnění matky, nepřímý dopad rodičovského onemocnění na interpersonální vztahy a přítomnost problematiky běžně spojované s psychickým onemocněním.²

Každá nastávající matka se potřebuje na příchod dítěte připravit. Přízpusobením se nové situaci bývá proto ještě těžší pro matky předčasně narozených dětí. Následek předčasného porodu je emočně výrazně stresující a matky dříve narozených dětí mohou být vystaveny úzkostným prožitkům, přestože je dítě klinicky v normě.³ Za účelem minimalizace dopadu negativních následků předčasného porodu byly v neonatální péči rozvinuty pomáhající strategie, včetně stimulace a podpory raného kontaktu mezi matkou a dítětem a aktivní účasti samotného rodiče na péči o dítě přímo na neonatologických jednotkách intenzivní péče.^{2,4} Tato raná intervence má za cíl redukovat mateřskou úzkost a pomoci u matky rozvinout psychickou pohodu. Mimo jiné představuje možnou prevenci adaptačních a raných vývojových problémů dítěte.⁴

Průměrně 30 % žen prožije během svého života určitý typ úzkostné poruchy.⁵ Události vyvolávající stres a nedostatek sociální podpory obecně blízkce souvisejí s rizikem vzniku úzkostných poruch a deprese ve všech obdobích života ženy.^{6,7} Stabilní partnerský vztah a sociální podpora jsou pro nekomplikovaný přerod ženy do role matky obzvláště důležité. Odlišné faktory, jako jsou perfekcionistická osobnost⁸ a anamnéza týraného dítěte,⁹ jsou také vnímány jako klíčové činitele, kteří přispívají k problému adaptace ženy na mateřský stav.

Těhotenská úzkost bývá spojována se zvýšeným rizikem předčasných porodů a dalších komplikací.¹⁰ Poporodní perioda zahrnuje mnohočetné psychické a fyziologické proměny, které v tomto období úzce souvisejí s hormonálními změnami. Záhy po porodu klesají koncentrace estrogenu a progesteronu, mění se adrenální sekrece kortizolu a ztráta placentárních hormonů výrazně transformuje metabolismus ženy a její psychiku. Porod samotný také vyvolává řadu metabolických změn. Longitudinální data ukazují, že zotavování se ženy po vaginálním porodu trvá déle než zotavování se ženy rodící císařským řezem. Čas pro rekonvalescenci, zdá se, koresponduje se závažností a následky perineálního traumatu.

Dalším stresujícím faktorem je spánková deprivace matky, která je běžná, ale ne vždy přítomná. Důvodem je fakt, že novorozencům chybí cirkadiální rytmus. Průměrný čas, který dítě potřebuje k tomu, aby nastavilo vlastní cirkadiální rytmus s nočním spánkem, trvá cca 12 týdnů. V neposlední řadě může být zdrojem psychické nepohody laktace. Ta vzniká na základě komplexních psycho-neuroendokrinních kaskád, které spouští náhlé snížení koncentrace estrogenu a progesteronu v průběhu porodu. Kojení je výhodné jak pro matku, tak pro dítě. Pokud však matka není schopna či nemůže kojit, je namístě ji ujistit, že o dítě je dobře postaráno i krmením umělými kojenecký-

mi přípravky. Tímto ubezpečněním minimalizujeme pocity viny matky, které by se tímto mohly negativně rozvinout.

METODA

Za účelem prozkoumání tohoto tématu jsme provedli průzkum literatury za užití klíčových slov: úzkost, úzkostné poruchy, těhotenství, poporodní období, posttraumatická stresová porucha, panická porucha, agorafobie, generalizovaná úzkostná porucha, sociální fobie, specifická fobie, obsedantně-kompulzivní porucha, farmakoterapie a psychoterapie. Články byly získány z databáze Medline a Web of Science v období od 1/1970 do 2/2013. Všechny relevantní práce byly publikovány v anglickém jazyce a udávají originální data spojená s úzkostnými poruchami, které se objevují v období těhotenství a po porodu. Články jsme třídili následujícím způsobem – dle velikosti vzorku, užití standardních diagnostických kritérií a validačních metod, posuzování, pojmenování onemocnění, kvality zpracování a prezentace výsledků.

ÚZKOST V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ A PO PORODU

Úzkostné poruchy, které jsou u ženy v průběhu těhotenství diagnostikovány a vyžadují tak léčbu ještě před samotným porodem, představují pro lékaře výzvu.¹¹ Psychobiologický dopad těhotenství může s sebou přinášet řadu nepříznivých efektů projevujících se na emoční vyrovnanosti matky. Zůstane-li úzkostné symptomy nerozpoznány, mohou být následky pro matku i dítě výrazně negativní.¹² Nárůst nově vzniklých úzkostných poruch v těhotenství není dostatečně zmapován. Průběh těchto poruch v období těhotenství je různorodý – může docházet ke zlepšování, ale i zhoršování psychického stavu ženy. Nedisponujeme důkazy o tom, že by těhotenství mělo protektivní efekt. Poporodní období s vyšší incidencí poruch nálady může představovat také obzvláště zranitelné období pro exacerbaci úzkostných příznaků.¹³ Aby bylo možno rozhodnout, koho léčit a koho ne, je potřeba posoudit i úzkostnost matky v prenatalním období.

Pouze jediná studie, posuzující vztah prenatalních psychosociálních faktorů a nízké porodní hmotnosti, se zaměřila na matky předčasně narozených dětí s nízkou porodní hmotností. Autoři studie konstatují, že prenatalní období je ovlivněno mírou rizikovosti chování matky – např. počtem vykouřených cigaret, úrovní vzdělání, počtem denních stresů, počtem odpracovaných hodin apod. Tyto rizikové faktory mohou nestejně přispívat k nízké porodní hmotnosti dítěte. Nadto u žádné ze skupin dětí, dle percentilu porodní hmotnosti, nebyla úzkost matky signifikantní proměnnou pro nízkou porodní hmotnost.¹⁴

Jedna ze studií se zaměřila na mateřskou úzkost, jakožto rizikový faktor těhotenství, i u matek dětí narozených v termínu, a to v souvislosti s poporodními komplikacemi. Autoři této studie zjistili, že ženy s diagnostikovanou prenatalní úzkostnou poruchou měly již během těhotenství větší pravděpodobnost porodních komplikací. Studie

shrnuje, že porodní komplikace souvisely s chronickým stresem v období těhotenství.¹⁵

Mateřská úzkost byla ve vztahu k normálnímu vývoji plodu považována za rizikový faktor v několika studiích.^{14–17} Autoři první ze studií se zaměřili na efekt akutních odpovědí na stres a mateřské úzkosti v souvislosti s psychologickou odpovědí plodu v podobě srdeční frekvence. Ženy, které se dostávaly do stresových situací v průběhu 3. trimestru těhotenství, byly rozděleny do dvou skupin dle úrovně úzkosti. Souhrnně lze říci, že ačkoliv nebyly mezi oběma skupinami zaznamenány žádné signifikantní rozdíly, plody matek s vysokou úrovní úzkosti, v porovnání s plody matek, které měly v průběhu stresových situací nižší úroveň úzkosti, vykazovaly vyšší srdeční frekvenci. Kromě toho matky s vyšší úrovní úzkosti reagovaly na stresové situace jinými vzorci než matky s nižší úrovní úzkosti.¹⁶ V druhé studii¹⁷ potvrdili autoři na těhotných adolescentních matkách souvislost mezi mateřskou úzkostí a reaktivitou autonomního nervového systému plodu, zvláště srdečního tonu. Bylo zjištěno, že vysoké skóre negativních emocí, včetně úzkosti matek v 16. týdnu těhotenství, predikuje nízký srdeční tonus plodu a vysoké Apgar skóre v 5. minutě po porodu. Rozdílné výsledky ukazují na diferenciální efekt mateřských emocí na vývoj plodu. Autoři studie přišli s vysvětlující hypotézou – přestože důsledkem úzkosti ženy v prvním trimestru těhotenství může být nižší srdeční tonus plodu, lze z této skutečnosti vyvodit i určité pozitivum – matka obávající se o zdárný vývoj svého těhotenství jej může kladně ovlivňovat vhodnými aktivitami a zvýšenou zdravotní péčí o sebe samu, a tím zlepšit vyhlídky na nekomplikovaný průběh těhotenství i následný porod.

PREVALENCE, KLINICKÝ OBRAZ A PRŮBĚH ÚZKOSTNÝCH PORUCH V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ A POPORODNĚ

Těhotenství a poporodní období je vnímáno vzhledem k rozvoji afektivních poruch jako období zvýšené zranitelnosti, zvláště co se týče poporodních depresí a úzkostných poruch.¹⁸ Vyhodnocování míry úzkosti v období těhotenství může být ztíženo somatickými problémy pro tento stav zcela typickými – nezřídka trpí budoucí matky poruchami spánku, poruchou příjmu potravy, přibíráním na váze, únavou a iritabilitou. Příznaky úzkosti sdělované těhotnými tak mohou být potížemi typickými pro těhotenství zcela překryty.¹⁹ Úzkostné poruchy jsou běžné i v poporodním období. V této specifické době jsou zpozorovatelné i určité symptomy OCD a GAD, které jsou u žen po porodu výraznější než u žen v běžné populaci.²⁰

POPORODNÍ BLUES

Nejčastější problematika změn nálady vyskytujících se u žen bezprostředně po porodu je popisována jako poporodní či baby blues. Vyskytuje se u 50–80% žen.²¹ Poporodní blues zahrnuje tyto přechodné symptomy: rychlé

změny nálady, včetně úzkosti, plačtivosti, iritability, nespavost, ztrátu energie a chuti k jídlu i všeobecné pocítování přepracování a zahlcení, zvláště s přihlédnutím na náročné požadavky péče o novorozence. Typický nástup poporodního blues přichází 3. den po porodu, často v momentě, kdy matka opouští porodnici. Symptomy poporodního blues vrcholí 5. den a zpravidla 10. den od porodu spontánně odeznívají.²² Předpokládá se, že u 75% žen má tato porucha přechodný charakter, ale u 20–25% může pokračovat a rozvíjet se do symptomů poporodní deprese, proto by součástí léčby matky měla být psychoedukace, validace jejích prožitků a pečlivé monitorování zhoršení či prodloužení trvání symptomů, které mohou indikovat nástup plně rozvinuté poruchy nálady či úzkostné poruchy.²¹

PANICKÁ PORUCHA

Data o průběhu panické poruchy v období těhotenství jsou nejednoznačná. Konsenzuálně se zdá, že se panická porucha v poporodním období zhoršuje. Drobné empirické důkazy však tuto klinickou domněnku spíše vyvracejí. Větší počet žen prožívá v souvislosti s panickou poruchou v období těhotenství relativní zlepšení.²³ Průběh panické poruchy u té samé matky může kolísat s ohledem na specifitnost jejích těhotenství – může dojít ke zlepšení, ke zhoršení nebo může porucha probíhat zcela beze změny.^{24,25}

OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA – OCD

Zambaldini et al.²⁰ vyšetřovali prevalenci, klinickou charakteristiku a příbuzné faktory u žen s poporodní OCD. Vzorek zahrnoval 400 žen, se kterými byly vedeny rozhovory v rozmezí od 2. do 26. týdne po porodu. K určení typů obsesí a kompulzí bylo užito Mini International Neuropsychiatric Interview, k diagnostice OCD Yale-Brown Obsessive-Compulsive Symptom Checklist a k diagnostice komorbidní depresivní poruchy Structured Clinical Interview. Z celkového počtu testovaných žen jich 36 (tj. 9%) splňovalo diagnostická kritéria OCD podle MINI a u 9 žen (tj. 2,3%) byl odhalen počátek poporodní OCD. U matek s anamnézou psychického onemocnění v době před otěhotněním, u matek s tělesným onemocněním, s komplikacemi již v průběhu těhotenství, při samotném porodu či poporodními komplikacemi a u matek, které měly více dětí, se OCD vyskytovala četněji. Nejčastěji se vyskytující obsese měly agresivní, kontaminační charakter. Kompulze se u žen objevovaly v podobě nadměrného čištění, umývání a kontrolování. Komorbidní deprese byla zaznamenána u 38,9% testovaných žen.

SOCIÁLNÍ FOBIE

Sociální fobie se v průběhu těhotenství a v poporodním období neprojevuje nikterak excentricky, k zesílení příznaků může dojít až během mateřské dovolené.²⁶ Obvykle je nápadné zesílené vyhybaté chování a úzkost vyvoláva-

jící rozličné sociální situace. Léčba této poruchy v období těhotenství i po porodu je identická s léčbou v jakémkoliv jiném období života ženy.

GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA – GAD

Projevem generalizované úzkostné poruchy objevující se v průběhu těhotenství bývají opakované epizody strachů, které se týkají jakéhokoliv aspektu života ženy – tj. období samotného těhotenství, obav o zdárný vývoj plodu, změn v partnerském vztahu atd. Tyto starosti jsou spojeny s úzkostnými projevy, častou iritabilitou ženy, její neschopností odpočívat a plánovat si čas.²⁶

SPECIFICKÉ FOBIE

Specifické fobie vznikají v období dětství. Zhoršení stavu matky po porodu nebývá příliš časté. Typickou fobií, která se v průběhu těhotenství objevuje, je strach z porodu.²⁶ Nicméně tato fobie se může projevit již v období puberty, tedy poměrně dlouho před samotným otěhotněním ženy. Obavy často souvisí s nadměrným strachem z bolesti, iniciačním faktorem pro vznik fobie se může stát např. zpráva o úmrtí jiné rodičky nebo ji spustí zhlédnutí filmu s touto tematikou. Zřídka bývá jádrem fobie sociální úzkost, stud, že během porodu bude před personálem porodnice vypadat „nemožně“, nebo stud z odhalení pohlavních orgánů. Tato fobie může u žen vést až k oddalování těhotenství, vyhýbání se sexuální aktivitě, sekundární anorgasmii či partnerským neshodám. S blížícím se porodem se její projev zhoršují.

POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA – PTSD

Posttraumatická stresová porucha se objevuje nejčastěji u žen, které buď dítě nedonosily, nebo došlo po porodu k jeho předčasnému úmrtí.²² V poporodním období může PTSD nastoupit i v případě, že porod samotný byl komplikovaný a pro ženu bolestný. K rozvoji této poruchy mohou přispět také okolnosti reálného života – tragédie v rodině, přepadení, živelní pohroma atd.

MATEŘSKÁ ÚZKOST A PROBLÉMY V CHOVÁNÍ U DĚTÍ

Stres v těhotenství má přímý vliv na vývoj chování potomka. Některé studie naznačují, že děti, jejichž matky trpí v těhotenství úzkostmi či depresemi, jsou exponovány vyšším hladinám kortikosteroidů, které u nich mohou přetrvávat i po porodu.^{27,28} Předpokládá se, že změny neuroendokrinní osy zprostředkované například úrovní sociální podpory mohou mít dopad na vývoj plodu a jeho

růst, zvláště s přihlédnutím k pozdější reaktivitě na stres a k rozvoji psychických onemocnění.^{28,29}

V rozsáhlé kohortové studii (ABC studie) byl předporodní stav úzkosti matek měřen kolem 16. týdne gestace.³⁰ Po 5 letech hodnotilo stav 3446 matek a 3520 učitelů u 3758 dětí s problémy v chování, s problémy v oblasti vztahů a emocí, s poruchami pozornosti a hyperaktivitou. U dětí matek, které udávaly vyšší úroveň prožívání úzkosti během těhotenského období, se tyto potíže projeví ve zvýšené míře. Analýza chování dětí, jejichž matky před porodem trpěly nadměrným strachem, poskytnutá učitelé, potvrdila hypotézu – děti, vystavené v prenatálním období stresu, vykazovaly všeobecně známky zvýšené problemovosti v chování a snížené prosociální chování. Výzkum prokázal, že dopad mateřské úzkosti prožívané ženou v těhotenství se vzhledem k pohlaví dítěte liší. Důsledky expozice předporodního stresu se u chlapců, na rozdíl od dívek, projevovaly většími problémy s chováním, nadto byl u nich předporodní stres signifikantně spojen také se zvýšenou hyperaktivitou a nepozorností, toto však nebylo prokázáno u dívek. Mimo to bylo pozorováno, že vyšší úroveň mateřské úzkosti v předporodním období působila problémy v oblasti emocí a chování u dětí ve věku 4 let,²⁹ stejně tak tomu bylo u adolescentů.³¹ Přítomnost mateřské úzkosti nesloužila jako signifikantní prediktor nízké porodní váhy.¹⁴

Dvě rozdílné studie hodnotily poporodní úzkost v souvislosti s vazbou matka–dítě.^{32,33} V těchto studiích byla incidence poporodního blues spojována s vazbou matky a dítěte narozeného v termínu. Autoři studie zaznamenali silnou korelaci mezi poporodním blues a mateřskou úzkostí zaměřenou na dítě. Čím mělo poporodní blues závažnější průběh, tím byla mateřská úzkost směřovaná k dítěti vyšší. Stav dítěte po porodu a poporodní blues matky byly predikativními hodnotami pro mateřskou úzkost zaměřenou na dítě.³² Další studie sledovala obavy matky a její vazebné chování k dítěti, těmito obavami ovlivněné, z pohledu neonatálního rizika dle tří kritérií – podmínky blízkosti, separace a potencionální ztráty dítěte. Výsledky studie vykazovaly u matek vysoké hodnoty míry úzkosti a separační úzkosti, nezávisle na zdravotním stavu dítěte, separaci mezi matkou a dítětem ukazující variace kognitivních komponent a hladiny stresu a mateřského zvládnání stresu v poporodní fázi.³³

Dvě studie se zaměřily na vyhodnocování míry úzkosti v poporodním období u žen, jimž byla vystavena anamnéza na základě následků sexuálního zneužívání.^{34,35} Matky dětí narozených v termínu rozdělili autoři studie do dvou skupin – do jedné skupiny byly zařazeny matky, které se v dětství staly obětí sexuálního zneužívání a po porodu prodělaly alespoň jednu epizodu deprese, do druhé skupiny matky bez tohoto zatížení. Autoři zjistili, že matky, které mají v anamnéze sexuální zneužívání, vykazovaly vyšší stupeň úzkosti a deprese než matky v kontrolní skupině bez této anamnézy.³⁴ Další ze studií se zaměřila na míru úzkosti. Úroveň úzkosti byla porovnávána u dvou skupin matek s ohledem na to, zda byly, či nebyly sexuálně zneužívány. Autoři studie zohlednili i kondici dětí po porodu – tedy zda matka rodila předčasně, nebo v termínu. Výsledky ukázaly, že míra úzkosti byla u obou skupin srovnatelná,³⁵ tj. anamnéza sexuálního zneužívání na ni neměla vliv. Další studie³⁶ se zabývala vztahem mezi mateřskou

depresí a narušením vztahu matka–dítě. Bylo do ní zavzato 79 žen, které měly diagnózu předporodní deprese. Ženy a děti byly pozorovány během prvního roku od porodu. Výsledky ukázaly, že matky, které měly více depresivních symptomů v průběhu těhotenství a jejichž rodičovství během prvních třech měsíců po porodu bylo méně optimální, měly komplikovanější vztahy se svými dětmi.

Dvě studie sledovaly úroveň mateřské úzkosti v kontextu odborné intervence – srovnávaly skupinu matek hospitalizovaných v nemocnici Parentcraft Unit s matkami v kontrolní skupině s běžnou sledovací léčbou.^{37,38} Autoři porovnávali a vyhodnocovali indikátory nálady matky – včetně úzkosti a deprese, spokojenosti v manželství a temperamentu dítěte. Děti se matkám narodily v termínu. Úzkost u matek hospitalizovaných v Parentcraft Unit byla prokazatelně vyšší v porovnání s hodnotami matek z kontrolní skupiny. Autoři studie také zaznamenali signifikantní korelaci úzkosti mateřské deprese a dětského problémového temperamentu, a to u obou skupin žen – čím vyšší byla úroveň mateřské úzkosti a deprese, tím více matky zdůrazňovaly, že má jejich dítě problémy s temperamentem.³⁷ Ve druhé ze studií byly srovnávány dvě skupiny matek dětí narozených s velmi nízkou porodní hmotností – tedy pod 1500 g, v gestačním období pod 30 týdnů, přijatých na neonatologickou JIP. Autoři studie rozdělili matky dle kritéria, zda participovaly, či neparticipovaly v Buddyho programu. Efektivita programu byla hodnocena mírou úlevy od pocítovaného stresu, úzkosti, deprese a prohloubení sociální podpory rodičů. Buddyho program spočívá v poskytnutí podpory rodičům jinými rodiči, kteří již prošli touto zkušeností se svými vlastními dětmi hospitalizovanými na neonatologických JIP. V úvodu testování autoři vysledovali, že matky z obou skupin vykazovaly vyšší hladiny distresu, úzkosti, deprese a sociální podporu vnímaly jako slabou. Ty matky, které participovaly v Buddyho programu, však následně vykazovaly nižší stav úzkosti a deprese a lepší percepci sociální podpory než matky z kontrolní skupiny bez účasti v Buddyho programu. Při vyhodnocování míry úzkosti nebyl mezi oběma skupinami matek zjištěn zásadní rozdíl.³⁸

LÉČBA ÚZKOSTNÝCH PORUCH V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ A PO PORODU

Farmakoterapie

Až 3,7 % těhotných žen užívá v období 1. trimestru antidepressiva.³⁹ Většina psychotropní medikace prochází přímo placentou, proto musejí být riziko léčby antidepressivy a benefity léčby nadměrně opatrně zvažovány. Kognitivně-behaviorální terapie (KBT), pokud je možná, je zcela bezpečnou formou léčby, a měla by tedy být prvotní volbou lékaře.^{21,40} Léčbu antidepressivy je třeba zvážit, i když je klinicky indikována. Vliv antidepressiv na vývoj dítěte musí lékař zohlednit u každé těhotné a kojící ženy.²³ Při léčbě těhotných matek by si lékaři měli být vědomi také změn, které se týkají farmakokinetiky a farmakodynamiky.

Antidepressiva

Údaje o bezpečnosti užívání antidepressiv v těhotenství jsou velmi omezené. Pastuszaková et al.⁴¹ zjistili nesignifikantní zvýšení prevalence spontánního potratu těhotných žen užívajících SSRI (14,8 %) či TCA (12,2 %) ve srovnání s těmi ženami, které tuto medikaci neužívají (7,8 %). Tematicky podobně zaměřená práce⁴² zjistila vyšší počet spontánních potratů u žen vystavených mirtazapinu. Chambers et al.⁴³ nezjistili ve své studii žádné signifikantní rozdíly v přítomnosti spontánních potratů u žen užívajících v období těhotenství fluoxetin a žen, které jej neužívaly. Stejně tak Kulin et al.⁴⁴ nevyšetřovali (v porovnání s 267 těhotnými ženami neužívající antidepressiva) na vzorku 92 těhotných žen, které užívaly fluvoxamin v kombinaci s jinými antidepressivy, žádnou signifikantní asociaci mezi užíváním antidepressiv v období těhotenství a rizikem spontánního potratu. Ani další studie z pozdějších let prováděné celkem na 434 ženách nevykázaly signifikantní vztah mezi užíváním paroxetinu v těhotenství a rizikem spontánního potratu.^{45,46} Podobné výsledky byly zjištěny na vzorku 150 žen u venlafaxinu.⁴⁷ Ovšem studie účastníci se skupina 136 žen užívajících v raném stadiu těhotenství bupropion a běžná kontrolní skupina žen zaznamenala zvýšení spontánních potratů ve skupině s ženami s užíváním bupropion.⁴⁸

Dvě hodnocení sledující spojitost mezi expozicí a rizikem užívání antidepressiv v raném stadiu těhotenství a vznikem spontánního potratu vykazovala protichůdné výsledky.^{49,50} Gentile⁴⁹ nezjistil statisticky významnou asociaci mezi užíváním serotoninergních antidepressiv v průběhu těhotenství a rizikem spontánního abortu. Broy a Bérard⁵⁰ shledali zvýšené riziko spontánního potratu při užívání antidepressiv u těhotných žen, zvláště pak paroxetinu a venlafaxinu. V rozsáhlém přehledu se Gentile⁵¹ zabýval užíváním SSRI u žen během těhotenství a možným vznikem vrozečných vad. V rámci recenze této studie bylo využito anglické literatury publikované v letech 1980 (listopad) až 2010. Nicméně souvislost mezi užíváním těchto antidepressiv a vznikem vrozečných vývojových dat nebyla prokázána.⁵¹

Také kanadská studie⁵² hodnotila riziko spontánního potratu v souvislosti s užíváním antidepressiv v období těhotenství. Celkem 284 žen (tj. 5,5 %), které prodělaly spontánní potrat, mělo během těhotenství alespoň jednou předepsána antidepressiva. Tyto výsledky byly porovnány s výsledky 1401 žen (tj. 2,7 %) z kontrolního vzorku. Autoři zjistili, že AD užívaná v průběhu těhotenství jsou spojena s 6,8% relativním zvýšením rizika spontánního potratu. Po přizpůsobení k potenciálním zavádějícím proměnným autoři zjistili, že užívání antidepressiv v průběhu těhotenství bylo spojeno s vyšším rizikem spontánního potratu (OR 1,68). Stratifikovaná analýza ukázala, že užívání SSRI samotných má OR 1,61, SNRI OR 2,11 a kombinace užívání antidepressiv z různých skupin OR 3,51. Všechna antidepressiva byla spojována s vyšším rizikem spontánního potratu.

Další kohortní studie, kterou publikovali Olof Stephansson et al.,⁵³ se zabývala souvislostí mezi užíváním SSRI v průběhu těhotenství a dětskou úmrtností v severských zemích (Dánsko, Island, Norsko a Švédsko) v letech 1996 až 2007. Do studie byly zahrnuty prvoroďičky – cel-

kem 1 633 877 žen, z nichž 29 228 (1,79 %) užívalo v průběhu těhotenství SSRI. Nicméně mezi ženami užívajícími SSRI nebyla zjištěna žádná významná asociace mezi SSRI a rizikem narození mrtvého dítěte.

Gentile a Galbally⁵⁴ se ve své studii zabývali zvážením rizika a přínosy farmakologické léčby deprese během těhotenství na vývoj dítěte. Pro tuto studii využili systematický přehled publikované literatury od ledna 1973 až února 2010. Jednotlivé studie se značně lišily ve své vlastní metodice. Navzdory těmto omezením většina studií nezjistila žádné významné rozdíly, pouze dvě studie zjistily statisticky významnější rozdíly v posouzení vývoje motorických funkcí u dětí. Tyto předběžné výsledky jsou uklidňující, nicméně musejí být potvrzeny ve větších studiích s delším sledováním, aby se s konečnou platností dalo vyloučit potenciální riziko teratogenity neurologického vývoje u dětí spojené s působením antidepresiv na plod v děloze.

U mnoha žen existují obavy z užívání této medikace, což může vést ke zhoršené lékové compliance a nevyhledání odborné pomoci jako takové.⁵⁵

Benzodiazepiny

Benzodiazepiny stejně jako ostatní psychofarmaka přestupují přes placentu do krevního oběhu embrya a plodu. Dřívější studie s BZD poukazovaly na jejich teratogenní účinky, zejména na 10krát vyšší riziko rozštěpu patra při pravidelném užívání, oproti běžné populaci žen bez tohoto lékového zatížení.⁵⁶ Novější studie ze Švédska sledovala 1979 matek, které užívaly benzodiazepiny či benzodiazepinová hypnotika. Autoři zjistili zvýšené riziko předčasněho porodu a nízké porodní hmotnosti po expozici BZD oproti kontrolní skupině. Relativně častější (1,24krát) byly velké malformace a také pylorostenóza nebo atrézie trávicího traktu. Zvýšená incidence orofaciálních rozštěpů se však nepotvrdila.⁵⁷ Nejvíce údajů o teratogenním působení benzodiazepinů existuje u diazepamu a alprazolamu, žádné malformace nebyly hlášeny po lorazepamu. Weinstock et al.⁵⁸ zkoumali důsledky medikace u 27 žen užívajících klonazepam. Ačkoliv nenalezli žádný důkaz potvrzující negativní dopad užívání BZD v období těhotenství – vrozené anomálie, odvykací stav u narozených dětí, nízké Apgar skóre apod., může nést užívání klonazepamu svá rizika, protože současně existují zprávy o tzv. „floppy infant“ syndromu a odvykacích syndromech u dětí, jejichž matky BZD užívají.

Stabilizátory nálady

Podávání lithia ženám během těhotenství je spojeno se vznikem srdečních malformací. Původní údaje hovořily až o 400násobném riziku vzniku, nicméně následná metaanalýza hovoří o 1,2–7,7krát vyšším riziku u srdečních vad a 1,5–3krát vyšším výskytu všech vrozených vad oproti běžné populaci.^{59,60} Užívání valproátu v tomto období je spojováno se zvýšeným výskytem poruch autistického spektra a neurologickým zpožděním vývoje kojenců, což je dáváno do souvislosti s průchodem valproátu přes placentu.^{60,61}

Většina ze zmíněných studií vykazuje určité limity, jakými jsou nedostatečná síla důkazů, nekvalitní design

studie, potenciální chybná klasifikace výsledků nebo expozice v důsledku následné nespolečné vybraných žen, nedostatek kompletních informací o expozici léků, včetně jejich charakteru, načasování, dávkování antidepresiv a také nemožnost dohledat potenciální zkreslující jevy, zvláště indikace k nasazení antidepresiv.^{48,49}

PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie se u úzkostných poruch v těhotenství i v poporodním období stala neúčinnější léčbou. Nezáleží ani na ženu, ani na dítě a mívá zpravidla stabilnější výsledky než farmakoterapie. Ženy, které byly v dětství zneužívány, nebo ty, které vyrůstaly ve slabých rodičovských modelech, mohou mít problémy s úzkostmi, které medikace nevyřeší. Psychoterapie může pozitivně ovlivnit fungování celé rodiny. Je příhodná ve všech případech, kde se naskytne šance navázat s matkou či oběma rodiči dobrý terapeutický vztah a spolupráci. Efektivní se zdají být terapie podpůrná, skupinová a kognitivně-behaviorální.⁵⁸ Nejčastější probíraná témata se týkají uvědomění si vlastní zranitelnosti, ztráty kontroly, kterou mohly pacientky prožít v dětství, a práce s pocity selhání. Účinnost psychoterapie může být výrazně ovlivněna skutečností, zda je očekávané dítě chtěné, či nechtěné. Některé ženy potřebují dlouhodobou psychoterapeutickou péči. Po porodu je velmi užitečná praktická pomoc – ženy se mohou cítit provinile, že tuto pomoc vyžadují, nicméně jim může poskytnout dostatek času a prostoru na rekonvalescenci vlastního já.

ZÁVĚR

Přítomnost vysoké úrovně úzkosti u žen v těhotenství i v poporodním období, bez ohledu na kondici dítěte při porodu a období sledování, představuje pro mateřskou emoční rovnováhu potenciálně rizikový faktor, stejně tak riziková je pro vývoj dítěte, a to již ve fetálním období, je proto zásadní rozeznávat v průběhu těhotenství symptomy úzkosti a možné vyvíjející se úzkostné poruchy. Čím dříve jsou symptomy rozpoznány, tím efektivněji se dají léčit, což výrazně zlepšuje prognózu a zamezuje jinak potenciálně devastujícím účinkům na dítě, matku, rodinu a společnost. Identifikace mateřské úzkosti umožňuje využít raných intervenčních prostředků a předchází tak zcela, či alespoň neutralizuje možný dopad mateřské úzkosti na vývoj nedonošených dětí. Užívání antidepresiv v období těhotenství, zejména paroxetinu, venlafaxinu nebo kombinace antidepresiv, bylo spojeno se zvýšeným rizikem spontánního potratu. Studie, které byly zaměřeny na užívání benzodiazepinů v tomto období, zjistily zvýšené riziko předčasněho porodu a nízké porodní hmotnosti. Nicméně většina studií s BZD vykazuje metodické nedostatky. Nejúčinnější léčbou v tomto období je psychoterapie.

Další výzkumnou činností je třeba zaměřit na prevalenci perinatálních úzkostných poruch, přesněji identifikovat potenciální důsledky mateřských úzkostných poruch na kvalitu života matky a vývoj dítěte a určit bezpečné léčebné metody.

LITERATURA

1. Person ES. Dreams of love and fateful encounters: the power of romantic passion. New York: Norton; 1988.
2. Rutter M. Psychiatric disorder in parents as a risk factor for children. In: Schaffer D, Phillips I, Enger NB (eds.). Prevention of mental disorder, alcohol and other drug use in children and adolescents. Maryland: Office for Substance Abuse, USDHHS; 1989.
3. Linhares MBM, Carvalho AEV, Padovani FHP, Bordin MBM et al. A compreensão do fator de risco da prematuridade sob a ótica desenvolvimental. In: Marturano EM, Linhares MBM, Loureiro SR Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004; 11–39.
4. Als H, Lester BM, Tronick EZ, Brazelton B. Toward a research instrument for the assessment of preterm infants. In: Fitzgerald HE, Lester BM, Yogman MW (eds.): Theory and research in behavioral pediatrics. New York: Plenum Press 1982; 35–63.
5. Levine RE, Oandasan AP, Primeau LA, Berenson AB. Anxiety disorders during pregnancy and postpartum. *Am J Perinatol* 2003; 20 (5): 239–248.
6. Dennerstein L, Leher P and Riphagen F. Postpartum depression – risk factors. *J Psychosom Obstetr Gynaecol* 1989; (Suppl. 10): 53–65.
7. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8: 37–54.
8. Boyce P, Parker G, Barnett B et al. Personality as a vulnerability factor to depression. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 106–114.
9. Buist A, Janson H. Childhood sexual abuse, parenting and postpartum depression – a 3 years follow-up study. *Child Abuse Negl* 2001; 25: 909–921.
10. Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M, Herbel C et al. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labour. *Am J Epidemiol* 2002; 155: 292–301.
11. Yonkers KA, Holthausen GA, Poschman K, Howell HB. Symptom-onset treatment for women with premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26 (2): 198–202.
12. Correia LL and Linhares MBM. Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: a literature review. *Rev Latinoam Enfermagem* 2007; 15 (4): 677–683.
13. Rubinchik SM, Kablinger AS and Gardner JS. Medications for panic disorder and generalized anxiety disorder during pregnancy. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005; 7: 100–105.
14. Paarlberg KM, Vingerhoets Ad. JJM, Passchier J, Dekker GA et al. Psychosocial predictors of low birthweight: a prospective study. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106: 834–841.
15. Verdoux H, Sutter AL, Glatigny-Dallay E, Missini A. Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 212–219.
16. Monk C, Fifer WP, Myers MM, Sloan RP et al. Maternal stress responses and anxiety during pregnancy: effects on fetal heart rate. *Dev Psychobiol* 1999; 36: 67–77.
17. Ponirakis A, Susman EJ, Stifter CA. Negative emotionality and cortisol during adolescent pregnancy and its effects on infant health and autonomic nervous system reactivity. *Dev Psychobiol* 1998; 33: 163–174.
18. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (8): 1285–1298.
19. Moses-Kolko EL, Feintuch MG. Perinatal psychiatric disorders: A clinical review. *Curr Probl Obstet Gynecol Fertil* 2002; 25: 66.
20. Zambaldi CF, Cantilino A, Montenegro AC, Paes JA et al. Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. *Compr Psychiatry* 2009; 50 (6): 503–509.
21. Praško J. Psychoterapie poporodních depresí. *Psychiatrie* 2002; (Supl. 2): 41–46.
22. Mohr P, Horáček J, Bareš M, Herman E, Seifertová D, Praško J. Psychiatrické poruchy v graviditě a laktaci. In: Seifertová D, Praško J, Höschl C (eds.): Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Academia Medica Pragensis; 2004: 373–385.
23. Mohr P, Praško J, Bareš M, Seifertová D, Herman E, Horáček J. Psychické poruchy v graviditě a laktaci. In: Seifertová D, Praško J, Horáček J, Höschl C (eds.): Postupy v léčbě psychických poruch. Algoritmy České neurofarmakologické společnosti. Praha: Amedra, Medical Tribune; 2008: 484–497.
24. Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl. 2): 29–33.
25. Northcott CJ and Stein MB. Panic disorder in pregnancy. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 539–542.
26. Praško J, Kosová J, Herman E. Psychoterapie úzkostných poruch v těhotenství a poporodním období. *Psychiatrie*, 2002, vol. 6 (Supl. 2): 47–57.
27. Glover V and O'Connor TG. Effects of antenatal stress and anxiety. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 389–391.
28. Wadhwa PD, Sandman CA and Garite TJ. The neurobiology of stress in human pregnancy: implications for prematurity and development of the fetal central nervous system. *Prog Brain Res* 2001; 133: 131–142.
29. O'Connor TG, Heron J, Vivette G. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 2002; 41 (12): 1470–1477.
30. Loomans EM, van der Stelt O, van Eijsden M, Gemke RJ et al. Antenatal maternal anxiety is associated with problem behaviour at age five. *Early Hum Dev* 2011; 87 (8): 565–570.
31. Allen NB, Lewinsohn PM, Seeley JR. Prenatal and perinatal influences on risk for psychopathology in childhood and adolescence. *Dev Psychopathol* 1998; 10: 513–529.
32. Nagata M, Nagai Y, Sobajima H, Ando T et al. Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101 (3): 209–217.
33. Feldman R, Weller A, Leckman JF, Kuint J, Eidelman AI. The nature of the mother's tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40 (6): 929–939.
34. Buist A. Childhood sexual abuse, postpartum depression and parenting difficulties. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32: 479–487.
35. Grimstad H, Schei B, Backe B, Jacobsen G. Anxiety, physical abuse, and low birth weight. *Scand J Public Health* 1999; 27: 296–300.
36. Hayes LJ, Goodman SH, Carlson E. Maternal antenatal depression and infant disorganized attachment at 12 months. *Attach Hum Dev* 2013; 15 (2): 133–153.
37. McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C, Don N. Postnatal depression, anxiety and unsettled infant behaviour. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35: 581–588.
38. Preyde M and Ardal F. Effectiveness of a parent "buddy" program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. *CMAJ* 2003; 168 (8): 969–973.
39. Ramos E, Oraichi D, Rey E, Blais L, Bérard A. Prevalence and predictors of antidepressant use in a cohort of pregnant women. *BJOG* 2007; 114: 1055–1064.
40. Praško J, Kosová J. Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných poruch a depresí. Praha: Triton, 1998; 234.

41. Pastuszak A, Schick-Boschetto B, Zuber C, Feldkamp M et al. Pregnancy outcome following first-trimester exposure to fluoxetine (Prozac). *JAMA* 1993; 269: 2246–2248.
42. Djulus J, Koren G, Einarson TR, Wilton L et al. Exposure to mirtazapine during pregnancy: a prospective, comparative study of birth outcomes. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 1280–1284.
43. Chambers CD, Johnson KA, Dick LM, Felix RJ, Jones KL. Birth outcomes in pregnant women taking fluoxetine. *N Engl J Med* 1996; 335: 1010–1015.
44. Kulin NA, Pastuszak A, Sage SR, Schick-Boschetto B et al. Pregnancy outcome following maternal use of the new selective serotonin reuptake inhibitors: a prospective controlled multicenter study. *JAMA* 1998; 279: 609–610.
45. Diav-Citrin O, Shechtman S, Weinbaum D. Pregnancy outcome after gestational exposure to paroxetine: a prospective controlled study cohort [abstract]. *Teratology* 2002; 65: 298
46. Ericson A, Källén B, Wiholm B. Delivery outcome after the use of antidepressants in early pregnancy. *Eur J Clin Pharmacol* 1999; 55: 503–508.
47. Einarson A, Choi J, Einarson TR, Koren G. Rates of spontaneous and therapeutic abortions following use of antidepressants in pregnancy: results from a large prospective database. *J Obstet Gynaecol Can* 2009; 31: 452–456.
48. Chun-Fai-Chan B, Koren G, Fayed I, Kalra S et al. Pregnancy outcome of women exposed to bupropion during pregnancy: a prospective comparative study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 932–936.
49. Gentile S. Pregnancy exposure to serotonin reuptake inhibitors and the risk of spontaneous abortions. *CNS Spectr* 2008; 11: 960–966.
50. Broy P, Bérard A. Gestational exposure to antidepressants and the risk of spontaneous abortion: a review. *Curr Drug Deliv* 2010; 7: 76–92.
51. Gentile S. Selective serotonin reuptake inhibitor exposure during early pregnancy and the risk of birth defects. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 123 (4): 266–275.
52. Nakhai-Pour HR, Broy P, Bérard A. Use of antidepressants during pregnancy and the risk of spontaneous abortion. *CMAJ* 2010; 182 (10): 1031–1037.
53. Stephansson O, Kieler H, Haglund B, Artama S et al. Selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and risk of stillbirth and infant mortality. *JAMA*. 2013 Jan 2; 309 (1): 48–54
54. Gentile S, Galbally M. Prenatal exposure to antidepressant medications and neurodevelopmental outcomes: a systematic review. *J Affect Disord* 2011; 128 (1–2): 1–9.
55. Buist A, Barnett B, Milgrom J, Pope S et al. To screen or not to screen – that is the question in perinatal depression. *Med J Aust* 2002; 177 (Suppl.): S101–S105.
56. Cohen LS, Rosenbaum JF. Psychotropic drug use during the pregnancy: weighing the risks. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl. 2): 18–28.
57. Wikner BN, Stiller CO, Bergman U et al. Use of benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists during pregnancy: neonatal outcome and congenital malformations. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2007; 16: 1203–1210.
58. Weinstock L, Cohen LS, Bailey JW, Blatman R, Rosenbaum JF. Obstetrical and neonatal outcome following clonazepam use during pregnancy: a case series. *Psychother Psychosom* 2001; 70: 158–162.
59. Mohr P, Praško J, Bareš M et al. Psychické poruchy v graviditě a laktaci. In Seifertová D et al. *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis; 2008: 484–497.
60. Acog Committee on practice bulletins. *Bulletins-Obstetrics*. ACOG Practice Bulletin: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 92, April 2008 (replaces practice bulletin number 87, November 2007). Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol*, 2008, 111: 1001–1020.
61. Gentile S. Drug treatment for mood disorders in pregnancy. *Curr Opin Psychiatry* 2011; 24 (1): 34–40.

Cyril Höschl

STRUČNĚ A JASNĚ



Stručně a jasně! Jaké asi tak odpovědi na své otázky si může našinec v dnešní zrychlené době přát více než ty stručné a jasné? Sloupky-odpovědi profesora Cyrila Höschla takové jsou. Nezapře v nich svoji profesi psychiatra, pomůže a pohladí po duši. Navíc je zkušený pedagog a nabízí nadhled a přesné formulace s darem srozumitelnosti. Jako člověk se smyslem pro humor ho

pak čtenáři v potřebném množství dává, má pochopení pro lidské slabosti a přidává přesně vybrané příklady ze života.

Knihy Stručně a jasně nabízí více než tři stovky krátkých sloupků Cyrila Höschla z let 2003 až 2011, které mají zároveň komentující a výkladový charakter a vznikaly jako odpovědi na otázky čtenářů časopisu Reflex.

290 Kč, Galén, první vydání, 335 s., černobíle, 148 × 200 mm, vázané

Objednávky: Galén, Na Popelce 10a, 150 00 Praha 5, tel.: 257 326 178, e-mail: objednavky@galen.cz

Přímý prodej: Zdravotnická literatura, Lipová 6, 120 00 Praha 2, tel.: 224 923 115