



6,28; 95% CI = 4,86–8,13) (17) a anamnéza premenstruačního syndromu či premenstruační dysforické poruchy (OR = 2,05; 95% CI = 1,25–3,33) (18). Dalšími nezanedbatelnými rizikovými faktory jsou nepříznivá sociální situace či nedostatek opory ze strany otce dítěte. V poporodním období se ale zvyšuje také riziko vzniku deprese u otců. Dle meta-analýzy 43 studií se u 10,4 % mužů, kteří jsou nově otci, rozvine deprese, což je 2× více, než je populační riziko (19).

Při diagnostice poporodní deprese se opíráme o kritéria depresivní fáze uvedené v Mezinárodní klasifikaci nemocí (20), diferenciatně diagnosticky musíme odlišit tzv. poporodní blues, které může klinickým obrazem poporodní depresi připomínat. Průběh a prognóza je odlišná; poporodní blues vzniká v řádu dnů po porodu, má proměnlivý průběh a zpravidla samovolně odezní do 1–2 týdnů. Oproti tomu poporodní deprese nejčastěji vzniká do jednoho měsíce po porodu a má delší a závažnější průběh. Pro podrobnější informace o diferenciatní diagnostice poporodní deprese a poporodního blues odkazujeme čtenáře na recentní přehledovou práci na toto téma (21).

Optimální péče o ženu s depresí, která plánuje graviditu, zahrnuje prekoncepční fázi (výběr bezpečného antidepresiva v těhotenství), udržovací fázi v době před a v průběhu gravidity (dosažení euthymie nejmenší účinnou dávkou zvoleného léku) a perinatální fázi bezprostředně před porodem a po porodu (prevence rozvoje poporodní deprese). Bezpečnostnímu profilu antidepresiv v těhotenství jsme se věnovali v naší předchozí přehledové práci (22).

Deprese a laktace

Hartová a kol. (23) našli asociaci mezi postpartální depresí matky a slabším přisáváním novorozence k prsu, nižším příjmem mléka a men-

ším váhovým přírůstkem kojeného novorozence. Vyšší míra depresivní symptomatiky negativně koreluje s hladinami oxytocinu během kojení (24). Deprese v poporodním období je také asociována s kratší dobou kojení a předčasným ukončením kojení (25).

Přítomnost depresivních příznaků u žen v poporodním období negativně ovlivňuje jejich mateřskou roli (např. méně tělesného kontaktu s dítětem, nižší přenos pozitivních emocí a menší míra pozitivní stimulace dítěte) (26). Narušení raného citového přilnutí dítěte je jednou z příčin vyšší míry psychopatologie a opožděného kognitivního vývoje dětí matek s poporodní depresí v porovnání s dětmi nedeprativních matek (27, 28).

Cílem léčby je proto dosažení co nejkvalitnější remise. Základním terapeutickým postupem v léčbě lehčích forem poporodní deprese je psychoterapie, kde nejlepšího efektu dosahuje kognitivně-behaviorální směr (29). U těžších forem onemocnění jsou metodou léčby antidepresiva, v nejzávažnějších případech, neodpovídajících na předchozí intervence, pak hospitalizace, kombinace psychofarmak, augmentace, či aplikace elektrokonvulzivní terapie.

Antidepresiva v laktaci

Všechna antidepresiva přecházejí do mateřského mléka (30). V tabulce 1 uvádíme bezpečnostní profil antidepresiv v laktaci. V tabulce nejsou pro nízkou sílu evidence uvedeny údaje pocházející z kazuistik a sérií kazuistik.

Za antidepresiva první volby při zachované laktaci a kojení jsou vzhledem k farmakologickým vlastnostem a relativní bezpečnosti pro kojence považovány paroxetin a sertralin (32). Dalším relativně bezpečným farmakem je nortriptylin (33).