

NEUROENDOKRINNÉ, BIOLOGICKÉ A BEHAVIORÁLNE ASPEKTY POPÔRODNEJ DEPRESIE A DOJČENIA

souborný článek

Soňa Ondrušová

Odbor klinické psychologie Katedry
psychologie FF UP v Olomouci

Kontaktní adresa:

Mgr. Soňa Ondrušová
Vodární 6
779 00 Olomouc
Česká republika
e-mail: sona.ondrusova01@upol.cz

SÚHRN

Ondrušová S. Neuroendokrinné, biologické a behaviorálne aspekty popôrodnej depresie a dojčenia

V minulosti sa predpokladalo, že hormonálne zmeny po pôrode spojené s dojčením sú rizikovým faktorom pre psychické zdravie žien a že dojčenie zhoršuje, či je priamo príčinou popôrodnej depresie či popôrodnej psychózy (dôkazom je napríklad zastaraný pojem „laktčná psychóza“). V súčasnosti však existuje veľa poznatkov v oblasti neuroendokrinológie, psychiatrie a psychológie, ktoré tento predpoklad nepodporujú, či dokonca priamo vyvracajú. Cieľom nášho článku bolo priniesť prehľad súčasných poznatkov k popôrodnej depresii a dojčeniu a porovnať odporúčania k liečbe dojčiacich žien na Slovensku a v zahraničí.

Náš článok obsahuje súhrn aktuálnych výskumov v oblasti popôrodnej depresie a dojčenia v súvislosti so spánkom a s fungovaním hormonálneho systému a osi HPA žien po pôrode. Autori výskumov uvádzajú, že hormóny, ktoré sú po pôrode vylučované vďaka dojčeniu, majú stabilizačný účinok na psychiku žien a os HPA, čo naznačuje, že dojčenie môže mať ochranný účinok pred rozvojom popôrodnej depresie, či ju zmiernovať, ak sa napriek dojčeniu rozvinie. Nedoženie je podľa našich zistení aj rizikovým faktorom pre kvalitu spánku žien po pôrode, čo môže ovplyvňovať ich psychické zdravie, a teda zvyšovať riziko, že sa popôrodná depresia rozvinie, či zhoršovať jej symptómy.

V záverečnej kapitole článku sme zhrnuli slovenské a české odporúčania pri liečbe

SUMMARY

Ondrušová S. Neuroendocrine, biological, and behavioral aspects of postpartum depression and breastfeeding

In the past, postpartum hormonal changes associated with breastfeeding were thought to be a risk factor for women's mental health. It was assumed that breastfeeding either worsened or was the direct cause for postpartum depression or postpartum psychosis (as evidenced, for example, by the outdated term "lactation psychosis"). However, there is currently much knowledge in the field of neuroendocrinology, psychiatry and psychology that does not support or even refutes this assumption. The aim of this article is to provide an overview of current knowledge on postpartum depression and breastfeeding and to compare recommendations for the treatment of breastfeeding women in Slovakia and abroad.

Our article contains a summary of current research in the field of postpartum depression and breastfeeding in connection with sleep and the functioning of the hormonal system and the HPA axis of women after childbirth. Researchers report that hormones secreted due to breastfeeding have a stabilizing effect on women's mental health and HPA axis, suggesting that breastfeeding may have a protective effect against the development of postpartum depression or alleviate it if it develops despite breastfeeding. According to our findings, bottle feeding is also a risk factor for the quality of women's sleep after childbirth, which can affect their mental health

popôrodnej depresie a porovnali ich so zahraničnými, konkrétne v Spojených štátoch amerických. Zistili sme, že kým v zahraničí sa neodporúča ukončenie dojčenia a zastavenie tvorby mlieka v prípade diagnózy popôrodnej depresie, na Slovensku je to stále bežnou, odporúčanou praxou, ktorá v článkoch nebola podporená žiadnymi relevantnými výskumami či argumentmi.

Kľúčové slová: popôrodná depresia, dojčenie, spánok dieťaťa, os HPA, oxytocín, prolaktín, progesterón, bromokriptín, anti-depresíva.

and thus increase the risk that postpartum depression will develop or worsen its symptoms afterwards.

In the final chapter of the article, we summarize the Slovak and Czech recommendations for the treatment of postpartum depression and compare them with those from abroad, specifically from the United States. We found that while breastfeeding cessation and lactation suppression in the case of a diagnosis of postpartum depression is not recommended abroad, it is still a common, recommended practice in Slovakia. Though recommended, this practice isn't supported in Slovak articles by any relevant research or arguments.

Key words: antidepressants, breastfeeding, bromocriptine, HPA axis, oxytocin, postpartum depression, progesterone, prolactin.

ÚVOD

Popôrodnou depresiou nazývame malú alebo veľkú depresívnu epizódu bez psychotických symptómov, ktorá sa objaví po pôrode. Podľa ICD-11 môžeme diagnostikovať popôrodnú depresiú v prípade, že sa objaví do šiestich týždňov po pôrode.¹ Od bežnejšieho popôrodného blues sa odlišuje tým, že jej príznaky sú závažnejšie a nemajú tendenciu spontánne odznieť. V niektorých štúdiách autori uvádzajú, že sa popôrodná depresia môže objaviť aj do roka po pôrode.² Symptómy sú rovnaké, ako pri depresívnej epizóde: depresívna nálada, strata záujmov a nadšenia, málo energie, nespavosť a strata apetítu. Na diferenciálnu diagnózu popôrodnej depresie nesmú byť prítomné psychotické symptómy.¹

Prevalencia popôrodnej depresie v súčasných výskumoch² je bežne uvádzaná v rozmedzí 10–15 %. Nie všetci autori však dospeli k rovnakým zisteniam. Napríklad Hahn-Holbrooková et al.³ v najnovšej metaanalýze uvádzajú prevalenciu popôrodnej depresie 17,7 %, pričom pri menej prísnych diagnostických kritériách (skóre v dotazníku Edinburskej škále popôrodnej depresie ≥ 10) je uvádzaná prevalencia až 21,3 %.³

NEUROENDOKRINNÉ A BIOLOGICKÉ ASPEKTY POPÔRODNEJ DEPRESIE A DOJČENIA

V živote ženy nastávajú viaceré obdobia, počas ktorých v jej tele prebiehajú významné endokrinné zmeny. Tieto môžu byť spúšťačom pre rozvoj afektívnych porúch.

Jedným z rizikových období je aj tehotenstvo a následne pôrod a popôrodné obdobie, počas ktorého ženám môže buď znovu prepuknúť, alebo sa po prvýkrát prejaví popôrodná depresia.

Počas tehotenstva sa telo ženy biologicky usposobuje na to, aby bolo schopné vytvoriť podmienky pre rast dieťaťa, podporovať vývin dieťaťa, pripraviť sa na pôrod a následne živiť dieťa dojčením. Tieto zmeny sprevádzajú aj iné hladiny hormónov, ktoré pôsobia na mentálne zdravie žien. Aj keď niektoré tieto zmeny môžu psychický stav žien ovplyvňovať negatívne, existujú balančné mechanizmy, ktoré majú za úlohu vplyv týchto zmien tlmiť. Jedným z týchto mechanizmov je napríklad **dojčenie**.

Endokrinné teórie popôrodnej depresie v súvislosti s dojčením

V minulosti sa predpokladalo, že jedným z možných biologických základov spustenia popôrodnej depresie je dramatický pokles reprodukčných hormónov estrogénu a progesterónu po pôrode.⁴ V tejto štúdii sa pokúsili autori simulovať tehotenstvo a následný pôrod podávaním progesterónu a estrogénu ženám počas ôsmich týždňov. Ich následné vysadenie malo simulovať zmeny po pôrode. Vysadenie týchto hormónov malo za následok zvýšený výskyt symptómov depresie žien, z čoho autori usúdili, že dramatický pokles týchto hormónov je spúšťačom popôrodnej depresie. V tom čase sa snažili prakticky potvrdiť tento predpoklad autori Lawrie et al.⁵ a uskutočnili dvojito zaslepený výskum, v ktorom podávali ženám po pôrode progesterón a estrogén vo forme antikoncepcie v snahe dokázať, že dodanie týchto hormónov bude ženám znižovať výskyt popôrodnej depresie. Táto hypotéza

Tab. 1. Prehľad hormónov v súvislosti s dojčením a popôrodnou depresiou

| Názov hormónu | Súvislosť s dojčením | Súvislosť s popôrodnou depresiou |
|------------------|---|---|
| Prolaktín | – pri dojčiacich ženách ostáva hladina vysoká približne do roku po pôrode | – nízke hladiny sú spojené s depresiou – vysoké hladiny tlmia odpoveď organizmu na stres |
| Oxytocín | – hladiny sú vysoké počas tehotenstva a aj počas dojčenia, keďže je zodpovedný za spúšťací reflex | – je známy tým, že znižuje stres, má na ľudí upokojujúci vplyv a zlepšuje náladu, čím môže zmiernovať symptómy depresie |

sa však nepotvrdila a dokázal sa presný opak – výskyt popôrodnej depresie sa zvýšil. K záveru, že znížené hladiny hormónov progesterónu a estrogénu po pôrode nie sú príčinou popôrodnej depresie, dospeli už dávnejšie aj autori Granger a Underwood⁶ vo svojom prehľade v tom čase dostupných štúdií venujúcich sa tejto problematike. Ani v súčasnosti výskumy nepoukazujú na to, že znížená hladina progesterónu a estrogénu by bola spúšťačom popôrodnej depresie.² Naším vysvetlením, prečo sa táto hypotéza nepotvrdzuje, je, že Bloch et al.⁴ vo svojej štúdií opomenuli fakt, že po pôrode sa okrem zmeny vo vylučovaní hormónov progesterón a estrogén začínajú vo veľkej miere vylučovať prolaktín a oxytocín,⁷ ktoré majú výrazné psychoprotektívne vlastnosti, pričom pokles estrogénu a progesterónu je fyziologický a má stabilizačný účinok. Umelé dodanie progesterónu, ktorý zabraňuje vylučovaniu prolaktínu, má za následok ohrozenie dojčenia, ktoré je známe ochrannými účinkami na psychické zdravie žien.^{7,8} Nízke hladiny progesterónu dokonca môžu pôsobiť ako stabilizátor nálady.

Prolaktín je aj hlavný hormón, ktorý treba spomenúť v súvislosti s dojčením. Jeho hladina sa zvyšuje už v priebehu tehotenstva a jeho efekt sa prejaví po pôrode v podobe zvyšovania tvorby mlieka vďaka dojčeniu a odoberaniu mlieka z prsníka v kombinácii s výrazným poklesom progesterónu a estrogénu v tele ženy. V dôsledku vysokých hladín prolaktínu zažívajú dojčiacie ženy spravidla laktačnú amenoreu, čiže nemajú menštruačný cyklus, a tým pádom sú v dôsledku neprebíhajúcej ovulácie chránené pred otehotnením.⁷ Nízke hladiny prolaktínu sú spájané s depresiou,⁷ teda nedojčenie predstavuje z tohto hľadiska riziko, pretože nedojčiacim ženám hladina prolaktínu klesne už približne 3 týždne po pôrode. Dojčiacim ženám sa hladina prolaktínu dlhé obdobie drží na vysokej úrovni a klesá pozvoľnejšie. Na hladinu nedojčiacich žien sa dostanú až približne rok po pôrode. Prolaktín je taktiež známy tým, že tlmí negatívnu reakciu organizmu na stres.⁷

Ďalším hormónom, ktorý je spomínaný v súvislosti s materstvom a dojčením, je *oxytocín*. Jeho vylučovanie je kombinované s prolaktínom a z hľadiska dojčenia je dôležitý pri podpore spúšťacieho reflexu, vďaka ktorému matke z prsníka vyteká mlieko. Oxytocín tiež tlmí vylučovanie adenokortikotropného hormónu (ACTH) a kortizolu, čím pozitívne ovplyvňuje reakciu organizmu na stres. Hladina oxytocínu v tele žien je ťažko zmerateľná, keďže tento hormón má špecifický (pulzný) spôsob vylučovania.⁷ O efektoch vylučovania oxytocínu žien niektorí autori polemizujú na základe toho, ako ženy ovplyvňuje dojčenie. Autori Mezzacappa a Katkin⁹ vykonali experiment, v ktorom sledovali zmenu pozitívneho a negatívneho afektu žien pred dojčením a po dojčení a pred kŕmením

a po kŕmení dieťaťa fľaškou. Zistili, že dojčenie významne zvyšovalo pozitívny afekt a znižovalo negatívny afekt žien oproti ich stavu pred dojčením, pričom kŕmenie fľaškou malo presne opačný efekt. Na základe tohto zistenia uvádzajú, že jednou z možných príčin tohto výsledku môže byť práve fyziologické vylučovanie oxytocínu pri dojčení, ktoré sa nedeje v takej miere pri kŕmení fľaškou. Dalo by sa podľa nich povedať, že každým dojčením žena sama sebe dodáva endogénne antidepresívum.

Hypotalamo-hypofýzo-adrenokortikálna os v súvislosti s popôrodnou depresiou a dojčením

Ďalší mechanizmus, ktorý je v biologických teóriách spájaný so vznikom popôrodnej depresie, je dysregulácia hypotalamo-hypofýzo-adrenokortikálnej (HPA) osi.¹⁰ V tehotenstve dochádza ku zmene fungovania osi HPA, čo je zapríčinené vznikom placenty, ktorá má, okrem vyživovacej, aj endokrinnú funkciu. Pri pôrode sa placenta z tela vylúči a telo ženy sa musí s touto zmenou vyrovnáť. Ak sa toto neudeje za správnych biologických okolností (nepretržitý kontakt koža na kožu a dojčenie ihneď po pôrode), neadekvátne fungovanie osi HPA a neprimeraná reakcia tela ženy na stres po pôrode môže podľa niektorých autorov prispieť k rozvoju popôrodnej depresie.¹⁰

Už spomínaný prolaktín a oxytocín, ktorých hladiny sú po pôrode v tele dojčiacich žien vysoké, pomáhajú okrem iného regulovať činnosť osi HPA, čím zmiernujú negatívne účinky stresu na organizmus.¹¹ Efekt dojčenia ako fyziologického stavu organizmu na HPA os je lepšie preukázaný na zvieratách, keďže pri nich je po pôrode výlučné dojčenie spravidla automatické.¹² Pre ženy je ale v súčasnosti bežné, že si mlieko odsávajú a kŕmia fľaškou alebo dojčenie kombinujú s kŕmením umelou výživou, prípadne kŕmia umelou výživou výlučne, čo komplikuje metodológiu výskumu ako aj randomizáciu. V dôsledku nejednotnosti a nepresnosti v zaraďovaní žien do kategórií podľa rôznych typov kŕmenia sú výsledky výskumov o dojčení niekedy zmätočné. Napríklad v štúdiách nie je rozlišované dojčenie a kŕmenie materským mliekom fľaškou, čiže ako „výlučne dojčiacie matky“ sú označované aj tie matky, ktoré výlučne kŕmia dieťa materským mliekom fľaškou (hoci nedojčia z prsníka).¹³

V niektorých štúdiách sa nerozlišuje ani medzi výlučným kŕmením materským mliekom a čiastočným kŕmením materským mliekom a kritérium pre dojčenie je len to, že dieťa prijíma nejaké materské mlieko. Výlučné kŕmenie materským mliekom prostredníctvom dojčenia z prsníka má preukázateľný vplyv na fyziológiu žien, napríklad zmiernuje reakciu sympatického nervového

systému ženy na stres, pričom pri čiastočnom dojčení sa tento vplyv nepreukázal.¹³

Jednoznačnejšie výsledky prinášajú štúdie, ktoré sa zaoberali efektom jedného nadojčenia na hladinu hormónov žien. Napríklad švédsky autor Handlin et al.¹⁴ skúmali hladiny hormónov kortizolu, ACTH a oxytocínu v telách žien pred dojčením a po dojčení, konkrétne na druhý deň po pôrode. V súlade s výsledkami z prechádzajúcich výskumov zistili, že hladina oxytocínu sa počas dojčenia zvýšila, pričom hladina kortizolu a ACTH sa znížila. Ich výskum sa od ostatných líšil tým, že okrem iného skúmali efekt podania epidurálnej analgézie (EA) a syntetického oxytocínu ženám počas pôrodu na hormonálne reakcie žien počas dojčenia. Zistili, že ženy, ktorým bola podaná aj EA, aj syntetický oxytocín, mali počas dojčenia vyššie hladiny kortizolu a nižšie hladiny oxytocínu ako ženy, ktoré počas pôrodu dostali len EA. Podľa nich ide o ďalší mechanizmus, ktorý po pôrode ovplyvňuje činnosť osi HPA. Podanie liečiv počas pôrodu je taktiež faktorom, ktorým sa ľudia líšia od zvierat, keďže napríklad podanie syntetického oxytocínu býva väčšinou v pôrodniciach rutinnou záležitosťou,¹⁵ pričom zvieratám sa za normálnych okolností nepodáva. Autori a autorky štúdií efekt dojčenia na hladinu kortizolu v tele ženy pripisujú rôznym mechanizmom účinku oxytocínu¹⁴ a prolaktínu,¹¹ ktoré sa počas dojčenia tiež vylučujú. Nápomocným pri znižovaní hladín kortizolu a ACTH a zvyšovaní hladiny oxytocínu v telách žien môže byť podľa Handlin et al.¹⁴ aj kontakt koža na kožu, ktorý dojčeniu predchádza a správdza ho a ktorý môže ešte iným spôsobom činnosť osi HPA regulovať. V súvislosti s osou HPA a dojčením je tiež zaujímavý model autorky Groer et al.,¹⁶ ktorý nazvali „*Model odolnosti voči stresu dojčiacich žien*“ („*lactation stress resistance model*“). Podľa tohto modelu je žena vďaka dojčeniu chránená pred negatívnymi účinkami stresu počas pôrodu a v popôrodnom období prostredníctvom zmien vo fungovaní osi HPA vďaka zvýšenej hladine prolaktínu a oxytocínu a zníženej hladine progesterónu a estrogénu, čo má pozitívny účinok na jej náladu. V súlade s týmto modelom je podľa viacerých prehľadových štúdií preukázaný pozitívny efekt dojčenia na aktivitu osi HPA.^{7,8,11} V súvislosti s aktivitou osi HPA a vylučovaním kortizolu, ktorý ovplyvňuje aj rytmus spánku a bdenia, sa v štúdiách ukazuje, že je s dojčením spojené optimálnejšie vylučovanie kortizolu počas dňa a lepší cirkadiánny rytmus žien.¹⁷

Spánok, popôrodná depresia a dojčenie

Medzi biologické faktory súvisiace s popôrodnou depresiou môžeme zaradiť aj jej súvis s problémami so spánkom, ktorý sa ukazuje vo viacerých štúdiách.^{18–20} Je známe, že existuje silný vzťah medzi problémami so spánkom a popôrodnou depresiou. Avšak chýbajú štúdie, ktoré by sa reálne zaoberali kauzalitou medzi týmito javmi, a tiež je nedostatok štúdií, ktoré by kvalitatívne zhodnocovali skúsenosti jednotlivých žien s popôrodnou depresiou s ich spánkom.

Aspekty spánku, ktoré sa primárne v štúdiách ohľadne popôrodnej depresie v súčasnosti skúmajú, sú nielen dĺžka spánku a ospalosť počas dňa,²¹ ale aj subjektívna^{18,19} či objektívna²⁰ kvalita spánku. Autorka Park et al.¹⁹ na

základe zistení vo svojom výskume uvádza, že subjektívne vnímaná kvalita spánku súvisí s popôrodnou depresiou viac než objektívna kvalita spánku, ktorá bola meraná náramkom na zápästí na zisťovanie pohybu a záznamami žien ohľadne času zaspátia a prebudenia. V tejto súvislosti je zaujímavé pozorovanie Posmontiera,²⁰ ktorý uvádza, že ženy s depresiou si do záznamov značili menej prebudení v porovnaní s aktografiou ako ženy bez depresie, čiže ich záznamy boli menej presné. V tomto výskume však nebola skúmaná subjektívna kvalita spánku žien, a preto ostáva otázkou, ako ženy svoj spánok v skutočnosti vnímali.

Z hľadiska dĺžky spánku autorka Goyal et al.²¹ vo svojom výskume prišla na súvislosť popôrodnej depresie a bdenia počas viac ako dvoch hodín medzi polnocou a šiestou hodinou ráno. Súvislosť celkovej dĺžky spánku a popôrodnej depresie sa však v tejto štúdií neukázala. Naopak, denná ospalosť s popôrodnou depresiou súvisí.²¹ Podľa tejto štúdie matky, ktoré trpia popôrodnou depresiou, častejšie udávajú, že sa počas dňa cítia ospalé, čo podľa dostupných vedeckých zistení pravdepodobne súvisí s ich horšou kvalitou spánku (nie však jeho dĺžkou) oproti ženám bez depresie. V dôsledku týchto zistení považujeme za dôležité venovať výskumnú pozornosť spánku žien po pôrode, keďže vyzerá, že je s popôrodnou depresiou úzko prepojený. Spánok sa totiž po narodení dieťaťa zásadným spôsobom mení a je možné, že denná ospalosť súvisí s únavou, ktorá je aj prejavom popôrodnej depresie, čo by mohlo byť predmetom ďalších štúdií.

Okrem iného by sa v tejto súvislosti malo metodologicky čistejšie a precíznejšie skúmať dojčenie. Ohľadne spánku detí je napríklad častým mýtom, že deti kŕmené umelou výživou spia dlhšie a menej často sa budia ako dojčené deti. Toto tvrdenie sa rozhodol preskúmať aj autor Montgomery-Downs et al.,²² ktorí prišli k záveru, že spánok dojčených a nedojčených detí sa nelíši. Z hľadiska spánku matiek sa dokonca ukazuje, že dojčiacie matky spia kvalitnejšie²³ a dlhšie, či už pri skúmaní dvoch dní,²⁴ mesiaca²⁵ či 3 mesiacov²⁶ po pôrode v porovnaní s nedojčiacimi matkami. V štúdií od Blyton et al.²³ sa zistilo, že dojčiacie ženy mali viac spánku s krátkymi vlnami, ktorý je známy svojimi neuroprotektívnymi vlastnosťami. Polemizujú, že tento rozdiel medzi dojčiacimi a nedojčiacimi ženami v spánku je pravdepodobne z dôvodu vyšších hladín prolaktínu dojčiacich žien, ktorý má potenciál zvyšovať dĺžku spánku s krátkymi vlnami. Z praktického hľadiska, pokiaľ žena spí s bábätkom v jednej posteli a výlučne dojčí, môže dieťaťko uspať po jeho prebudení s menšou námahou a nutnosťou úplného prebudenia, ako žena, ktorá s bábätkom nespí a prípadne nedojčí. Nemusí fyzicky vstať, preložiť si dieťaťko do postele a po dojčení ho vracat do postielky, či ešte navyše urobiť umelé mlieko a počúvať plač dieťaťa, kým bude umelé mlieko hotové. Toto môže výrazne skrátiť čas, ktorý matka strávi v noci bdením, špeciálne aktívnym bdením, pričom dlhé bdenie počas noci je rizikový faktor popôrodnej depresie.²¹ Vo svojej štúdií autorky a autori Kendall-Tackett et al.²⁷ uvádzajú, že dojčiacie ženy spali celkovo dlhšie, rýchlejšie zaspávali a udávali, že mali počas dňa viac energie ako čiastočne dojčiacie a nedojčiacie ženy. Ako spomíname už predtým, ženy s depresiou uvádzali vo vyššej miere dennú ospalosť,^{20,28} čiže je možné, že dojčenie môže mať v tejto súvislosti ochranný

účinok. Zároveň môže dojčenie pomáhať lepšiemu spánku dieťaťu, keďže materské mlieko obsahuje premenlivé množstvo melatonínu, ktorého hladina je najvyššia práve v noci, pričom umelé mlieko melatonín neobsahuje vôbec.

Veľa štúdií, ktoré skúmajú spánok a popôrodnú depresiu, neuvádza dojčenie ako relevantný faktor, ktorý by spánok ovplyvňoval. Keď si však pozrieme metodológiu týchto štúdií, zistíme, že niektoré z nich faktor dojčenia ani nezohľadňovali,¹⁸ prípadne sa na dojčenie pýtali iba otázkou, ktorá si vyžadovala iba kladnú alebo zápornú odpoveď bez ďalšej špecifikácie.^{17,19,21} Takúto metódu zisťovania stavu dojčenia považujeme za nepresnú a nepostačujúcu z viacerých dôvodov. Napríklad sa ukázalo, že medzi matkami, ktoré dojčili čiastočne, a tými, ktoré dojčili výlučne, sa v jednej štúdií zistili významné rozdiely.²⁸ Niektorí autori považujú „čiastočné“ a „výlučné“ dojčenie za jednu a tú istú kategóriu,¹⁹ kým iní čiastočne dojčiaci matky zaraďujú k matkám, ktoré krmia výlučne umelou výživou,²¹ čo tiež sťažuje vyhodnocovanie a porovnávanie dát. Validitu výsledkov najviac komplikuje fakt, že autori štúdií nerozlišujú medzi výlučným kŕmením materským mliekom fľaškou a výlučným dojčením priamo z prsníka. V spánku žien, ktoré si materské mlieko výlučne odsávajú a podávajú fľaškou, a žien, ktoré výlučne dojčia, sú od podstaty veci významné rozdiely, ktoré nemožno považovať za zanedbateľné. Matka, ktorá si mlieko v noci odsáva, totiž potrebuje na túto činnosť čas „navyššie“ ku kŕmeniu dieťaťa, ktorý predlžuje čas jej bdenia oproti matke, ktorá dieťa v noci nadojčí v polospánku či spánku. Ak sa medzi týmito skupinami matiek vo výskume nerozlišuje, jeho výsledky majú potenciál byť skreslené.

V súvislosti s dostupnými poznatkami zo štúdií s kvalitnou metodológiou a vedomosťami, ktoré existujú v oblasti endokrinológie, môžeme v súlade s autormi Gust et al.⁸ skonštatovať, že fyziologické aj praktické aspekty dojčenia môžu hrať dôležitú úlohu v kompenzácii prerušovaného spánku, ktorý sa spája s materstvom hlavne v jeho začiatkoch, ale aj neskôr. Štúdie naznačujú, že dojčenie vedie ku optimalizácii spánku matky a dieťaťa, aj keď ešte nie sú úplne známe všetky mechanizmy, prostredníctvom ktorých sa to deje.

LIEČBA POPÔRODNEJ DEPRESIE V KONTEXTE DOJČENIA – POROVNANIE MEDZINÁRODNÝCH A SLOVENSKÝCH ODPORÚČANÍ

V predchádzajúcich kapitolách sme uviedli, prečo je z hormonálneho hľadiska dojčenie dôležité pri prevencii popôrodnej depresie a taktiež prečo je pri popôrodnej depresii dôležité pokračovanie v dojčení. Dojčenie je preukázateľne prepojené s fyzickým zdravím dieťaťa aj matky, a preto je dôležité z hľadiska zachovania a zlepšenia jej psychického, aj celoživotného fyzického zdravia. Skúsenosti žien a výskumy, ktoré sa zaoberali dojčením pri ženách s depresiou a bez symptómov depresie, taktiež nasvedčujú, že nedojčenie pri popôrodnej depresii prináša riziká.

Kým dojčiaci ženy majú popôrodnú depresiu menej často ako nedojčiaci ženy, v klinickej praxi sa psychiatri

samozrejme stretávajú s prípadmi, keď aj dojčiaci ženy potrebujú adekvátnu liečbu. V prípade, že sú symptómy depresie mierne, postačujúcou intervenciou môže byť krátkodobá či dlhodobá psychoterapia alebo skupinová terapia. Ak sú však symptómy popôrodnej depresie závažné, prípadne ak žena nemá prístup k uvedeným intervenciám, indikovanou je popri, prípadne namiesto psychoterapie aj liečba antidepresívami.²⁹ Podľa viacerých prehľadových štúdií a medzinárodných odporúčaní je pri rozhodovaní o liečbe dojčiacich matiek antidepresívami nevyhnutné brať do úvahy význam dojčenia pre zdravie matky aj dieťaťa.^{30,31}

Existujú ukazovatele bezpečnosti užívania liekov popri dojčení, napríklad tzv. relatívna dávka pre dojča (z angličtiny: „*relative infant dose*“).³² Väčšina antidepresív sa však po užití nachádza vzhľadom na veľký distribučný objem v mozgu (kde aj majú pôsobiť), čo znamená, že ich množstvo v krvi je zanedbateľné a klinicky nevýznamné, na čo poukazuje aj výpočet RID. Materské mlieko sa totiž tvorí z krvi v tele, a nie z krvi v mozgu, ktorá je chránená hematoencefalickou bariérou.

Ženy, ktoré sa liečia na niektorú psychiatrickú diagnózu a dojčia, špeciálne ženy s úzkosťami, potrebujú od svojho psychiatra či lekára jednoznačné uistenie o tom, že môžu pokračovať v dojčení počas liečby psychofarmakami. Aj preto napríklad americká lieková agentúra FDA pred 7 rokmi zrušila klasifikáciu liečiv pri dojčení do kategórií L1-L5, lebo ženy potrebujú informáciu „áno, dojdite“ alebo „nie, nedojčite“, aby vedeli, že v dojčení môžu pokračovať. Je dôležité, aby matky dostali informáciu, že zanedbateľné množstvo antidepresív v materskom mlieku nemá terapeutický význam a je veľmi nepravdepodobné, že by mohlo byť dieťa ovplyvnené antidepresívami, ktoré užíva matka.³⁰ Zároveň, riziká neliečenej popôrodnej depresie pre matku aj dieťa a riziká podávania umelého mlieka pre rozvoj mozgu dieťaťa a pre jeho budúce psychické zdravie sú vedecky preskúmané a významné.³¹

Čo sa týka výberu antidepresíva pre ženu s popôrodnou depresiou z hľadiska dojčenia, existujú viaceré kritériá, ktorými sa ale v tejto práci nebudeme podrobnejšie zaoberať. Spomenieme však, že prvou voľbou pri dojčiacich ženách bez depresie v anamnéze bývajú SSRI antidepresíva, primárne sertralín, paroxetín a nortriptylín, keďže vo výskumoch neboli zaznamenané žiadne vedľajšie účinky na dojčených deťoch, ktorých matky ich brali.³¹ Ženám s depresiou v anamnéze je odporúčané predpísať to antidepresívum, ktoré im v minulosti zaberalo.³¹ Väčšinou ženy toto antidepresívum užívali aj počas tehotenstva, keď sú riziká jeho užívania mnohonásobne vyššie. Podľa autorky Sriramanovej et al.²⁹ je v tomto prípade dôležité ženy po pôrode uistiť, že je bezpečné tento liek naďalej užívať aj po pôrode a počas dojčenia. Ukončenie dojčenia z dôvodu brania antidepresív teda nie je odporúčané a takisto nie je odporúčané odkladanie liečby z dôvodu dojčenia,²⁹ pretože neliečenie môže mať negatívne dôsledky pre zdravie matky aj dieťaťa a v niektorých prípadoch aj pre ich bezpečnosť.

Prístup k liečbe popôrodnej depresie na Slovensku je významne odlišný od toho v zahraničí. Aj keď Ondrejka³³ v odporúčaníach pre zdravotníkov uznáva, že treba pri liečbe zvážiť benefity a riziká, uvádza, že väčšina

psychiatrov odporúča ženám, ktoré užívajú psychofarmaká, nedojčiť a zastaviť tvorbu mlieka. Ako dôvod uvádza, že „...dojčenie (najmä nočné dojčenie) je pre matku so psychickou poruchou biologickým stresorom a psychickou záťažou, ktoré môžu destabilizovať jej psychický stav (s. 106)“. K tejto informácii však neposkytuje žiaden výskum, ktorý by potvrdzoval tento predpoklad, pôvod tohto výroku je preto nepodložený. V našom skutočne rozsiahlom a podrobnom prieskume literatúry sme nenašli pre toto tvrdenie žiadne dôkazy. Pri nočnej starostlivosti je dojčenie fyziologický spôsob kŕmenia dieťaťa, keďže vďaka nemu matky spia lepšie a dlhšie.^{23–26}

Autorky Izáková³⁴ a Seifertová et al.³⁵ vo svojich odborných článkoch uvádzajú, že dojčenie pri liečbe popôrodnej depresie je v niektorých prípadoch možné, ale zvažuje sa ukončenie či prerušenie dojčenia (čo vo väčšine prípadov skončí taktiež jeho ukončením). Taktiež píšú, že je optimálne užiť liek pred najdlhším spánkom dieťaťa a nedojčiť v čase jeho najvyššej koncentrácie v materskom mlieku. Viacero zahraničných autorov uvádza, že tieto opatrenia nemajú zmysel, ohrozujú dojčenie a môžu ženy zmiest z hľadiska bezpečnosti užívania lieku počas dojčenia.³⁵ Toto tvrdenie tiež nemá oporu vo farmakokinetike liekov, keďže liek sa užíva jedenkrát denne preto, aby sa dosiahla jeho rovnomerná hladina, a jeho hladina v krvi sa nemení natoľko, že by to mohlo dieťa nejakým významne ovplyvniť. Z pohľadu dojčenia sú rozdiely medzi najvyššou hladinou liečiva v krvi a celodennou hladinou liečiva v krvi zanedbateľné. Navyše, dojčenie je z časového hľadiska nepredvídateľné. Odporúčanie „vynechať jedno dojčenie“ alebo

„nadojčiť pred najdlhším spánkom“ vychádza z princípov kŕmenia umelým mliekom a vytvára pre ženy dilemu, či nadojčiť, ak sa dieťa prebudí skôr.

Podľa týchto odborných článkov je teda na Slovensku aj v Čechách vždy minimálne otáznne, či pokračovať v dojčení, alebo ho ukončiť v prípade, že ženy potrebujú užívať antidepresíva. Ohľadne ukončenia dojčenia sme taktiež našli rozporuplné informácie v slovenských a zahraničných materiáloch. Ondrejka^{33,37} ako aj Izáková³⁴ uvádzajú, že na ukončenie dojčenia je odporúčané a používané na Slovensku liečivo s názvom bromokriptín. Toto odporúčanie oberá ženy o možnosť rozhodnúť sa o dojčení, prípadne sa vrátiť ku dojčeniu neskôr, pretože sa tvorba mlieka prakticky nezvratne zníži. Nehovoriac o tom, že predpis na bromokriptín dostávajú ženy v akútnej situácii a často bez adekvátnych informácií, aby mohli urobiť informované rozhodnutie. V našom prieskume zahraničnej literatúry sme narazili na viacero publikácií, ktoré od použitia bromokriptínu odrádzajú z dôvodu jeho nežiaducich účinkov na psychické aj fyzické zdravie.³⁸

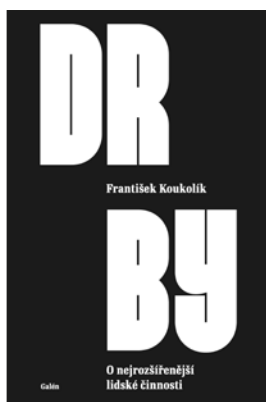
ZÁVER

Ostáva pre nás otázkou, z akých zdrojov vznikli odporúčania ohľadne popôrodnej depresie na Slovensku a prečo je dojčenie, ktoré je prínosné pre psychický stav žien,^{7,16} často neodporúčané a tvorba mlieka je zastavovaná liekmi, ktorých vedľajšie účinky sú, mimo iného, aj symptómy psychózy.

LITERATÚRA

- World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). 2018 [cit. 2020-20-1]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C. Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration. *Annual Review of Clinical Psychology* 2015; 11(1): 99–137.
- Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Frontiers in Psychiatry* 2018; 8: 248.
- Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M. Effects of Gonadal Steroids in Women With a History of Postpartum Depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 924–930.
- Lawrie TA, Justus Hofmeyr G, Jager et al. A double-blind randomised placebo controlled trial of postnatal norethisterone enanthate: The effect on postnatal depression and serum hormones. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1998; 105(10): 1082–1090.
- Granger ACP, Underwood MR. Review of the role of progesterone in the management of postnatal mood disorders. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2001; 22(1): 49–55.
- Donaldson-Myles F. Can hormones in breastfeeding protect against postnatal depression? *British Journal of Midwifery* 2012; 20(2): 88–93.
- Gust K, Caccese C, Larosa A, Nguyen T-V. Neuroendocrine Effects of Lactation and Hormone-Gene-Environment Interactions. *Molecular Neurobiology* 2020; 57(4): 2074–2084.
- Mezzacappa ES, Katkin ES. Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychology* 2002; 21(2): 187–193.
- Glynn LM, Sandman CA. Evaluation of the Association Between Placental Corticotrophin-Releasing Hormone and Postpartum Depressive Symptoms. *Psychosomatic Medicine* 2014; 76(5): 355–362.
- Heinrichs M, Neumann I, Ehlert U. Lactation and Stress: Protective Effects of Breast-feeding in Humans. *Stress* 2002; 5(3): 195–203.
- Groer MW, Davis MW, Hemphill J. Postpartum Stress: Current Concepts and the Possible Protective Role of Breast-feeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2002; 31(4): 411–417.
- Mezzacappa ES, Kelsey RM, Katkin ES. Breast feeding, bottle feeding, and maternal autonomic responses to stress. *Journal of Psychosomatic Research* 2005; 58(4): 351–365.
- Handlin L, Jonas W, Petersson M, Ejdebäck M et al. Effects of Sucking and Skin-to-Skin Contact on Maternal ACTH and Cortisol Levels During the Second Day Postpartum-Influence of Epidural Analgesia and Oxytocin in the Perinatal Period. *Breastfeeding Medicine* 2009; 4(4): 207–220.
- World Health Organization. Who recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Groër MW. Differences Between Exclusive Breastfeeders, Formula-Feeders, and Controls: A Study of Stress, Mood, and Endocrine Variables. *Biological Research For Nursing* 2005; 7(2): 106–117.
- Simon CD, Adam EK, McKinney CO, Krohn JB, Shalowitz MU. Breastfeeding, Bed-Sharing, and Maternal Cortisol. *Clinical Pediatrics* 2016; 55(5): 470–478.
- Okun ML, Mancuso RA, Hobel CJ, Schetter CD, Coussons-Read M. Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum

- women. Journal of Behavioral Medicine 2018; 41 (5): 703–710.
19. Park EM, Meltzer-Brody S, Stickgold R. Poor sleep maintenance and subjective sleep quality are associated with postpartum maternal depression symptom severity. Archives of Women's Mental Health 2013; 16 (6): 539–547.
 20. Posmontier B. Sleep Quality in Women With and Without Postpartum Depression. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 2008; 37 (6): 722–737.
 21. Goyal D, Gay C, Lee K. Fragmented maternal sleep is more strongly correlated with depressive symptoms than infant temperament at three months postpartum. Archives of Women's Mental Health 2009; 12 (4): 229–237.
 22. Montgomery-Downs HE, Clawges HM, Santy EE. Infant Feeding Methods and Maternal Sleep and Daytime Functioning. Pediatrics 2010; 126 (6): 1562–1568.
 23. Blyton DM, Sullivan CE, Edwards N. Lactation is associated with an increase in slow-wave sleep in women. Journal of Sleep Research 2002; 11 (4): 297–303.
 24. Hughes O, Mohamad MM, Doyle P, Burke G. The significance of breastfeeding on sleep patterns during the first 48 hours postpartum for first time mothers. Journal of Obstetrics and Gynaecology 2018; 38 (3): 316–320.
 25. Doan T, Gay CL, Kennedy HP, Newman J, Lee KA. Nighttime Breastfeeding Behavior Is Associated with More Nocturnal Sleep among First-Time Mothers at One Month Postpartum. Journal of Clinical Sleep Medicine 2014; 10 (3): 313–319.
 26. Doan T, Gardiner A, Gay CL, Lee KA. Breast-feeding Increases Sleep Duration of New Parents. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing 2007; 21(3): 200–206.
 27. Kendall-Tackett K, Cong Z, Hale TW. Depression, Sleep Quality, and Maternal Well-Being in Postpartum Women with a History of Sexual Assault: A Comparison of Breastfeeding, Mixed-Feeding, and Formula-Feeding Mothers. Breastfeeding Medicine 2013; 8 (1): 16–22.
 28. Dørheim SK, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. Sleep and Depression in Postpartum Women: A Population-Based Study. Sleep 2009; 32 (7): 847–855.
 29. Sriraman NK, Melvin K, Meltzer-Brody S, the Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #18: Use of Antidepressants in Breastfeeding Mothers. Breastfeeding Medicine 2015; 10 (6): 290–299.
 30. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 92, April 2008: Use of Psychiatric Medications During Pregnancy and Lactation. Obstetrics & Gynecology 2008; 111 (14): 1001–1020.
 31. Leight K, Fitelson SK, Baker A. Treatment of post-partum depression: A review of clinical, psychological and pharmacological options. International Journal of Women's Health 2010; 3: 1–14.
 32. Larsen ER, Damkier P, Pedersen LH, Fenger-Gron J, Mikkelsen RL, Nielsen RE, Linde VJ, Knudsen HED, Skaarup L, & Videbech P. Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding. Acta Psychiatrica Scandinavica 2015; 132: 1–28.
 33. Ondrejka I. Psychické problémy dojčiacich žien. In: Bánovčin P, Zibolen M. Základné informácie o materskom mlieku a dojčení pre pracovníkov v zdravotníctve. A-medi management 2016: 103–107.
 34. Izáková Ľ. Duševné zdravie počas tehotenstva a po pôrode. Psychiatrická prax 2015; 16 (3): 18–20.
 35. Seifertová D, Mohr P, Strunzová V, Čepický P. Léčba psychofarmaky v tehotenstve a laktácii. Psychiatr praxi 2007; 3: 118–124.
 36. Kim DR, Epperson CN, Weiss AR, Wisner KL. Pharmacotherapy of postpartum depression: An update. Expert Opinion on Pharmacotherapy 2014; 15 (9): 1223–1234.
 37. Ondrejka I. Psychické poruchy u žien v popôrodnom období. In: Jeseňák M, Havlíčková Z, Bánovčin P. Materské mlieko a dojčenie v kontexte modernej medicíny. A-medi management 2015; 284–291.
 38. Bernard N, Jantzen H, Becker M et al. Severe adverse effects of bromocriptine in lactation inhibition: A pharmacovigilance survey. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2015; 122 (9): 1244–1251.



200 Kč, Galén, 2022, 125 × 190 mm, 107 str., brožovaná

František Koukolík

DRBY

O nejrozšírenejší ľudskej činnosti

Nová kniha Františka Koukolíka Drby je určená širšiemu okruhu čtenáŕu a pojednáva o najčastejšej a nejrozšírenejšej ľudskej činnosti vo všetkých dobách a miestach. Spoločnosť, v níž by si ľudia nepovíдали o jiných ľidech, ktorí u toho nejsou nebo nevědí, že se vypráví o nich, dosud nebyla nalezena. Co jsou drby, začínají v plném rozsahu chápat děti ve věkovém rozmezí osm až dvanáct let. Ženy a muži drbou stejně často, odlišné jsou však náměty jejich sdělení.

V textu knihy se dozvíme, jak drby vznikají, jaký mají vztah k našim emocím, jak a kdy začínají drbat děti, jaké jsou rozdíly v ženském a mužském drbání, jaké drby žijí v organizacích, jak drbou vědci a jak se do drbání zapojují sociální sítě, mezi jejichž temné stránky patří šíření záporných, stigmatizujících a nepravdivých drbů. Závěr knihy patří celebritám, které z drbů žijí stejně jako média, která tyto celebrity vyrábějí i ničí.

Obrana neexistuje. Jen jedna prastará moudrost: Mlčeti zlato.

Objednávky: Galén, Na Popelce 3144/10a, 150 00 Praha 5, tel.: 602 139 914, e-mail: objednavky@galen.cz

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