

Těhotná žena a rodička s psychiatrickou diagnózou

Prim. MUDr. Milan Šindlář

O čem budeme hovořit

- Nejčastější psychiatrické dg. pro porodnictví
- Neurotické poruchy
- Psychózy SCH, SCHAP
- Afektivní poruchy
- Poruchy osobnosti
- Léčba dle dg., specifika v těhotenství
- Léčba v poporodním období

Duševní poruchy a poruchy chování spojené těhotenstvím

- **F53 – Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělím**
Ostatní poruchy nemají svojí vlastní psychiatrickou dg.
- výraznou zátěží pro ženu po stránce tělesné i psychické
- nechtěné gravidity , kde je žádána interupce, což může vyvolat psychické poruchy / nestihnuté potraty/
- některé psychické poruchy jsou indikací k přerušení těhotenství /floridní psychózy/

Těhotenství

- poruchy neurotického charakteru, jako zvýšená nervozita, nesoustředivost, úzkost, obsese
- depresivní rozlady, sklony ke vznětlivosti, hypochondrické projevy
- zhoršení poruchy osobnosti /úzkostná, vyhýbavá, paranoidní, hraniční/
- Schizofrenie, SCHAP, BAP –relaps onemocnění

U některých žen se podobné stavy opakují při každém těhotenství

- Těhotenská úzkost bývá spojována se zvýšeným rizikem předčasných porodů a dalších komplikací.
- Po porodu klesají koncentrace estrogenu a progesteronu, **mění se adrenální sekrece kortizolu** a ztráta placentárních hormonů mění metabolismus ženy a její psychiku – **kolísání je endokrinně podmíněné**

Laktace

- vzniká na základě psycho- neuro- endokrinních kaskád, které spouští náhlé snížení koncentrace estrogenu a progesteronu v průběhu porodu - **zvýšení prolaktinu**
- zdrojem psychické nepohody / očekává se od ženy, že začne kojit
- u nekojících - minimalizujeme pocity viny matky, které by se tímto mohly negativně rozvinout.

Poporodní období (šestinedělí)

Onemocnění která, vznikly a trvají jen v období šestinedělí

- poporodní deprese
- těhotenské psychózy (puerperální či laktační, paranoidní)
- amentního nebo amentně-deliriózního syndromu -stav zmatenosti, dezorientaci, vystupňování úzkosti, bezradnosti a mohou vyústit až v sebevražednou aktivitu

Poporodní období (šestinedělí)

porod může provokovat již přítomné psychické poruchy

- (schizofrenii, schizoafektivní poruchu, bipolární afektivní poruchu)
- depresivní syndromy, méně časté jsou formy paranoidní nebo anxiózně depresivní.
- sebevražedná aktivita, jsou i případy sebevraždy spojené s vraždou dítěte

POPORODNÍ BLUES

- Vyskytuje se u 50-80 % žen v různé míře
- rychlé změny nálady, včetně úzkosti, plačtivosti, iritability, nespavost, ztrátu energie a chuti k jídlu i všeobecné **pocitování přepracování a zahlcení**, zvláště s přihlédnutím na náročné požadavky péče o novorozence.
- 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
- u 20-25 % může pokračovat a rozvíjet se do symptomů poporodní deprese, proto by součástí léčby matky měla být psychoedukace,

PRŮBĚH ÚZKOSTNÝCH PORUCH V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ A POPORODNĚ

- období zvýšené zranitelnosti, zvláště co se týče poporodních depresí a úzkostných poruch
- budoucí matky trpí poruchami spánku, poruchou příjmu potravy, přibíráním na váze, únavou a iritabilitou.
- **v poporodním období** symptomy obsedantně kompulzivní a rozvoj generalizované úzkosti

MATEŘSKÁ ÚZKOST A PROBLÉMY V CHOVÁNÍ U DĚTÍ

- Stres v těhotenství má přímý vliv na vývoj chování potomka
- Děti matek s úzkostmi či depresemi, jsou exponovány vyšším hladinám kortikosteroidů
- Možný dopad na vývoj plodu a jeho růst, zvláště s přihlédnutím **k reaktivitě na stres** a k rozvoji psychických onemocnění

Úroveň mateřské úzkosti

- vliv na fetální vývoj, čímž pravděpodobně vede k většímu množství abnormalit a vysoké tepové frekvenci plodu
- **vyššímu počtu porodních komplikací**
- spojována **s emočními potížemi a problémy chování u čtyřletých dětí**, a dále adolescentů

Psychózy

- rozdílně vnímá svět kolem sebe i sebe sama
- neoddělují realitu od svých vlastní fantazie a prožitků

Nedokáže tedy jasně rozpoznat, co je skutečnost a co není /bludy/

V mnoha případech nemocný vůbec nemá pocit nemoci /anosognosie/ .
Považuje se za zcela zdravého a odmítá léčení.

Člověk postižený psychózou se dostává do svého vlastního, nereálného světa a ostatním lidem a skutečnému světu se odcizuje.

Ostatní přestávají nemocnému rozumět, nedokáží jeho jednání a projevy pochopit a on sám jim nedokáže vysvětlit, co se s ním děje.

Psychický stav nemocného není neměnný

- střídají období, kdy trpí výraznými příznaky psychózy - hovoříme o tzv. akutní **atace** psychózy
- s období, kdy má jen nepatrné nebo vůbec žádné potíže . Tato období označujeme jako **remise**.

Průběh onemocnění

schizofrenie může probíhat:

- chronicky bez přechodného zlepšení
- v atakách s narůstajícím nebo stabilním defektem
- v atakách s částečnou nebo úplnou remisí

cca 1/3 – žádné důsledky

cca 1/3 – opakované epizody

cca 1/3 – degradace, defekt osobnosti, ...

Diagnostikování schizofrenie

Přítomnost alespoň **jednoho z následujících příznaků** v trvání delším než 1 měsíc: MKN 10

1. slyšení vlastních myšlenek a intrapsychické halucinace
2. bludy kontrolovatelnosti a ovlivňování, případně prožitky pasivity a přesvědčení o tom, že je subjekt ovládán psychotickými prožitky
3. halucinované hlasy, které komentují chování pacienta, případně o něm rozmlouvají
4. bludná přesvědčení, která se vymykají dané kultuře

Pokud není přítomen některý z předchozích příznaků, je třeba, aby byly přítomny alespoň **dva z příznaků** následujících:

5. přetrvávající halucinace
6. formální poruchy myšlení (inkoherece, zárazy, neologismy)
7. katatonní projevy
8. negativní příznaky v podobě apatie, alogie (ochuzení řeči, autismus, emoční oploštění až vyhaslost)
9. nápadné změny v chování (ztráta citových vztahů, zájmů, sociální stažení, nečinnost, bezcílnost ...)

Klasifikace afektivních poruch

Klasifikační kritéria pro af. poruchy (MKN 10):

příčina – primární, sekundární

polarita – bipolární, unipolární

intenzita – lehká, střední, těžká: psychotická, nepychotická

délka trvání – krátkodobé výkyvy nálad (cyklotymie), dlouhodobý pokles nálady (dystymie)

manická epizoda	depresivní epizoda
• hypománie	• lehká
• mánie	• středně těžká
• mánie s psychotickými příznaky	• těžká
	• těžká s psychotickými příznaky

F32 Depresivní epizoda

Základní příznaky depresivní epizody:

poruchy nálady:

- smutná nálada v trvání alespoň 2 týdny (nálada pesimistická, zoufalá, s pocity beznaděje a bezvýchodnosti)
- neschopnost prožívat radost (anhedonie) a ztráta zájmů
- pokles energie a zvýšená únavnost

poruchy myšlení a vnímání:

- ztráta sebedůvěry, výčitky, pocity viny, úvahy o sebevraždě (10-15% je realizuje), nesoustředivost, nerozhodnost, váhavost

poruchy psychomotoriky:

- retardace až stupor, nebo agitovanost

tělesné příznaky:

- poruchy spánku, snížená nebo zvýšená chuť k jídlu, ranní pesima, snížení libida

Depresivní epizoda

Epizody deprese se mohou objevit v životě jednou nebo opakovaně.

Rozvoji depresivní epizody může předcházet stresující životní období nebo životní událost, může se však také objevit bez zjevné vnější příčiny.

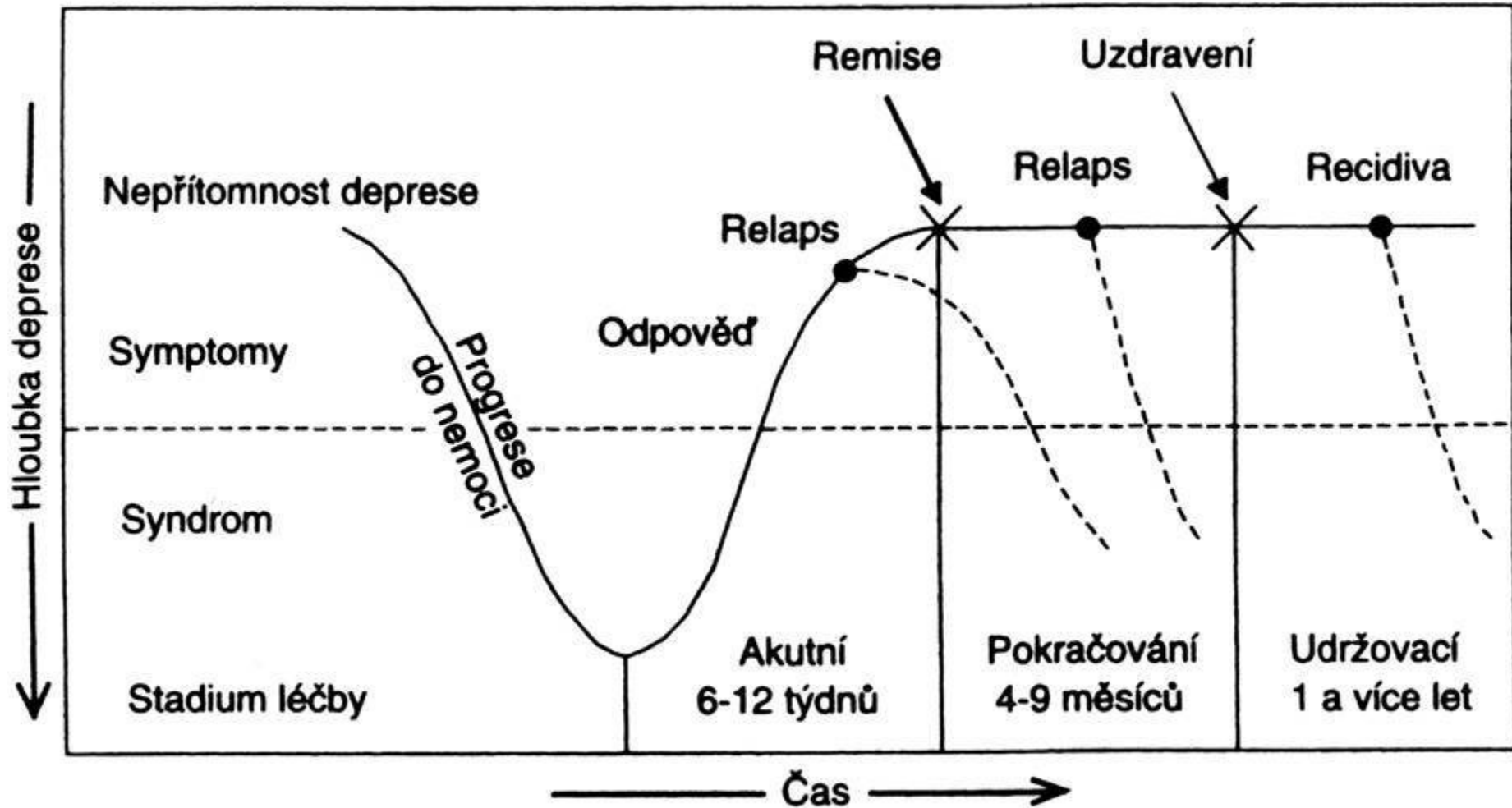
Je dvakrát častější u žen než u mužů. Celoživotním výskytem u žen 10-15%, u mužů 5-10%.

Hlavními (primárními) příznaky depresivní epizody je **depresivní nálada a/nebo ztráta radosti** nebo zájmů o většinu nebo všechny aktivity

Postižený musí také zažívat **nejméně 4 z následujících** druhotných příznaků:

- poruchy spánku
- neklid, agitaci nebo tělesné zpomalení
- únavu a ztrátu energie
- pocity bezcennosti nebo viny
- neschopnost se soustředit nebo dělat rozhodnutí
- myšlenky na smrt nebo sebevraždu

Etapy léčby depresivní poruchy



Volba psychofarmaka v graviditě a laktaci

- Duševní porucha se může objevit v akutní formě nebo relapsu
- U již psychiatricky léčené pacientky, dlouhodobě stabilizované, je v ideálním případě **gravidita plánována** ve spolupráci s ošetřujícím psychiatrem a gynekologem-porodníkem

Léčbu je v tom případě možné **upravit již před početím**

- stabilizovat na co možná nejnižších dávkách,
- provést změnu medikace na preparáty alespoň relativně bezpečné při podávání v graviditě

Volba psychofarmaka v graviditě a laktaci

- **U neplánovaného těhotenství** mohou pac. z obavy léčbu náhle vysadit a hrozí akutní dekompenzace s možným větším dopadem na plod
 - Zaleknou se těhotenství na lécích a žádají jeho přerušeni
 - Těhotenství u většiny psychicky nemocných žen považujeme za rizikové pro matku i pro plod.
- ??? zda vůbec a jakou medikaci nasadit???
- rizika vyplývající z možného poškození plodu
 - rizika vyplývající z přerušeni léčby u duševně nemocné matky a silného rozvoje onemocnění
-
- **V některých případech je třeba dát doporučení pro umělé přerušeni těhotenství, eventuálně doporučit zástavu kojení**

Léčba gravidních žen

U psychiatricky neléčených gravidních a kojících žen se vždy pokoušíme o nefarmakologické terapeutické intervence /PST, v krajnosti ECT/

- Je nutno zvažovat RIZIKA psychofarmakologické léčby na plod či kojence, ale rovněž rizika vyplývající z neléčené duševní poruchy matky
- nedostatečnou emoční dostupnost matky
- nedostatečnou péči o dítě, suicidiální a automutilační jednání matky nebo o týrání dítěte

Farmakologická léčba gravidních žen

- léky s dokumentovaným nízkým rizikem teratogenity
- nízkým počtem metabolitů, krátkým poločasem vylučování
- Nízkým výskytem nežádoucích účinků
- dávka by měla být co **nejnižší účinné** a odpovídající závažnosti symptomů duševní poruchy

Zásady léčby duševní poruchy v graviditě a v období po porodu

Je-li léčba duševní poruchy indikována, pak obtížnost rozhodnutí o volbě farmaka **nesmí být důvodem k neléčení** tohoto závažného stavu.

Vždy je však třeba zohlednit :

- [?] [?] závažnost onemocnění a psychotické prožívání
- [?] [?] výskyt suicidiálního či sebepoškozujícího jednání aktuálně a v anamnéze (schopnost základní péče o sebe, schopnost navštívit lékaře, podpora rodiny)
- [?] [?] riziko pro plod či dítě (schopnost zajistit výživu, hygienu a bezpečnost)

Toxické působení na plod je možné rozdělit na tři základní stupně:

Orgánová malformace (teratogenita) je nejzávažnější komplikací léčby v těhotenství. Jedná se o poruchu **organogeneze plodu s rizikem závažných vrozených malformací** nejčastěji orgánů, skeletu a končetin. Jejich incidence v běžné populaci je 2–2,5 %, vystavením působení léku **v prvním trimestru gravidity** se riziko zvyšuje.

Závažné malformace, vzniklé v prvních 17 dnech gravidity většinou končí spontánním potratem.

Neonatální toxicita



tedy přímé působení psychofarmaka na plod, které se projeví jako

- komplikace v okamžiku porodu. Obvykle jsou projevy podobné typickým nežádoucím účinkům psychofarmaka. S klesající hladinou farmaka by měl rychle odeznít
- Může se rovněž jednat o abstinenční příznaky po odeznění prenatálního účinku léku.

Behaviorální toxicita

dlouhodobé poruchy či **změny chování** u osob, které byly v době svého nitroděložního vývoje vystaveny působení psychofarmak.

- Mohou vést k opoždění raného psychomotorického vývoje dítěte, další pedopsychiatrické poruchy

Antipsychotika

- Léčba psychóz v těhotenství a laktaci je často zcela nezbytná
- Schizofrenie je spojena se signifikantně nižší fertilitou žen oproti v běžné populaci – **nestabilní onemocnění má větší riziko než medikace**
- U dětí psychoticky nemocných matek je až dvojnásobně vyšší riziko vzniku malformací, které je **nezávislé na podávání antipsychotik**.
- Důvody tohoto zvýšeného rizika mohou být genetické, také se však může jednat o důsledek životního stylu psychoticky nemocných (časté kouření, kofeinismus, nepravidelná životospráva).

PRAVIDLA PRO LÉČBU ANTIPSYCHOTIKY V TĚHOTENSTVÍ- shrnutí

- plánovat těhotenství
- nefarmakologické léčebné postupy
- vysadit medikaci v prvním trimestru
- snížit na minimální účinnou dávku
- lépe kontinuálně minimální dávku než vysoké dávky při dekompenzaci
- monoterapie
- haloperidol v malých dávkách doporučován
- nevysazovat před porodem
- nekojit

(Vyhnánková)

Antidepressiva

- Prevalence depresivní poruchy v graviditě je stejná jako u negavidních žen
- Poporodní deprese se objevuje u 12–16 % matek v období mezi 6. a 12. týdnem
- Depresivní porucha v graviditě s sebou nese nižší porodní hmotnost i předčasné porody a zvyšuje výskyt dráždivosti u novorozence
- U pacientky aktuálně léčené, která si přeje otěhotnět, je snaha **minimalizovat expozici plodu farmakem v prvním trimestru**

RIZIKA NELÉČENÉ DEPRESE

- rizika spojená s průběhem choroby (suicidální a sebepoškozující jednání, rozvoj psychotických příznaků)
- snížená chuť k jídlu (malnutrice)
- špatný spánkový režim
- nedostatečná perinatální péče
- užívání nežádoucích látek (drogy, alkohol)
- korelace neléčené deprese s nižším skóre Apgarové
- vyšší procento perinatálních komplikací a předčasný porodem

ANTIDEPRESIVNÍ LÉČBA

- Vzhledem ke zvýšenému hepatálnímu metabolismu, změně distribučního je k udržení původních účinných hladin farmaka nutné **zvýšit jejich dávkování**.
- doporučuje se vysazení antidepresiv 1–2 týdny před plánovaným termínem porodu
- Pokud nelze vysadit, je doporučeno snížit před porodem dávku o cca 1/3 vzhledem ke sníženému hepatálnímu metabolismu po porodu.
- Depresivní porucha v těhotenství je prediktorem vzniku poporodní deprese.
- Vzhledem k riziku rozvoje poporodní deprese je třeba zvážit vhodnost udržovací léčby a farmaka zcela **nevysazovat**

Antidepressiva podávaná u kojící

- přestupují do mateřského mléka cca 4 % mateřské dávky za hodinu. Ve většině případů se v séru kojených dětí vyskytují **pouze stopová množství léčiva.**

U kojenců mladších deseti týdnů

- (zejména u předčasně narozených) nelze vyloučit kumulaci farmaka v nezralém organismu.
- naprosto nezbytná dostatečná **hydratace kojence**

Kojení

- prakticky všechna psychofarmaka přestupují do jisté míry mateřského mléka
- doporučuje se obvykle po dobu farmakoterapie zástavu laktace/cabergolin-dostinex, AP aripiprazol/
- Pokud pacientka na kojení trvá, doporučuje se podávat lék, který byl v minulosti účinný, v dávkování **při dolní hranici terapeutického rozmezí v době před delším spánkem dítěte.**

- V případě, že novorozenec trpí neurologickým onemocněním, onemocněním jater, ledvin či srdce, **neměl by být exponován působení antidepressiva**
- **indikováno přerušit kojení** a převedení dítěte na umělou výživu.
- Převedení je nutno vždy ve spolupráci s pediatrem a gynekologem, který řídí zastavení laktace pacientky

Stabilizéry nálady

- **Lithium** patří mezi prokázané teratogeny. Riziko srdečních vad při podávání v prvním trimestru se udává na 7–8 % objevuje **Ebsteinova anomálie** (hypoplazie pravé komory a chybné umístění trojcípé chlopně do pravé komory)
- důsledek přímé toxicity lithia poporodní syndrom tzv. „floppy infant“, tj. novorozenec se sníženým skóre Apgarové, cyanózou, hypotermií, kardiopulmonální insuficiencí, bradykardií, poruchou sacího reflexu.
- U podávání **carbamazepinu a valproátu /nevhodné/** závěru gravidity může být přítomen postnatální přechodný útlum novorozence.

Anxiolytika a hypnotika

- Častým předmětem stesků gravidních bývají poruchy spánku, až 88 % těhotných trpí nespavostí.
- V posledních fázích gravidity bývá relativně často popisována spánková apnoe
- V období laktace jsou postupem volby nefarmakologické intervence, jako např. KBT, relaxační techniky, snížení stresu prostředí, úprava spánkové deprivace

BZD

- Benzodiazepiny / Diazepam/přestupují přes placentu do krevního oběhu plodu. Po expozici benzodiazepinům **v průběhu prvního trimestru je potvrzeno zvýšené riziko výskytu rozštěpových vad**
- Příležitostné užívání ve druhém a ve třetím trimestru je zcela bezpečné /BZD s krátkým poločasem/
- Chronická medikace „floppy infant syndrome“ – nižší skóre Apgarové, hypotonus, porucha sacího reflexu, špatná regulace tělesné teploty

Hypnotika

- Měli bychom se vyhnout polyfarmacii. Při laktaci jsou malé jednorázové dávky benzodiazepinů pravděpodobně spojeny s nízkým rizikem, zejména pokud je kojenec monitorován pro ospalost.
- Z hypnotik **nemá teratogenní účinky zopiclon** a lze ho použít v graviditě