

vazby matky a dítěte a v závažných případech i sebevražda nebo infanticida (2). Děti vystavené perinatálním duševním poruchám jsou dále ohroženy problémy v oblasti chování, emocí, kognitivních funkcí, jazyka a motoriky, přičemž současné poznatky zahrnují období od kojenec-kého věku až po dospívání (3).

Vzhledem ke svým dlouhodobým dopadům na celou rodinu představují BPDP významnou zátěž pro společnost. Zdravotní a sociální intervence negativních následků spojených s neléčenými BPDP v USA byla v roce 2017 odhadnuta na 14,2 miliardy dolarů (4). Ve Spojeném království se známé náklady odhadují na 8,1 miliardy liber ročně; přičemž 72 % z nich je určeno na řešení negativních důsledků spojených s dětskou nemocností (5). Ačkoli jsou perinatální duševní poruchy běžné, v mnoha zemích světa se ženám nedostává potřebné péče a počty odborníků a odborníků na léčbu duševních poruch v těhotenství a při kojení jsou nízké (6).

Světová zdravotnická organizace v současnosti doporučuje integraci péče o perinatální duševní zdraví do služeb péče o somatické zdraví matek a dětí, která se opírá o implementaci screeningových služeb a následné doručení individualizovaných odstupňovaných intervencí dle závažnosti jednotlivých případů (např. peer podpora, svépomocné skupiny, sociální služby, specializované psychotherapeutické služby, farmakoterapie) do národních politik a státních modelů zdravotní péče s cílem zmírnit dopad BPDP (7). Takovýto integrovaný odstupňovaný model péče o duševní zdraví v těhotenství a po porodu může vést k tomu, že psychiatrická péče není přetížena pacientkami, které nejsou indikovány k psychiatrické péči, protože jsou intervenovány již v nelékařském stupni péče (8).

Tento přehledový článek se věnuje popisu důležitých prvků systémové péče o perinatální duševní zdraví v evropských státech, kde je péče o perinatální duševní zdraví na vysoké úrovni. Dále popisuje stav péče o perinatální duševní zdraví v České republice a snaží se identifikovat kroky nutné k tomu, aby se u nás mohla péče o duševní zdraví v perinatálním období dále rozvíjet.

Péče o perinatální duševní zdraví v Evropě

Horáková et al. (6) se ve své recentní přehledové práci věnovali stavu perinatální psy-

chiatrické péče v evropských státech. Autoři sledovali, zda ve státech existují národní politiky obsahující inovace péče o duševní zdraví obyvatel, specifické politiky v oblasti inovace péče o perinatální duševní zdraví obyvatel, odborné doporučené postupy pro léčbu perinatálních duševních poruch, zda je v evropských státech implementovaný systém screeningu perinatálních duševních poruch a zda existují dostupné specializované perinatálně psychiatrické služby. Každý stát tak mohl dostat celkem pět bodů, přičemž plný počet ukazuje na státy, které mají vedoucí roli v rámci evropské perinatální psychiatrie. Mezi tyto evropské lídry patří Belgie, Finsko, Irsko, Nizozemí, Švédsko, Velká Británie a Malta. Česká republika získala jen dva body, a to v rámci existence národních politik. V následujícím textu shrnujeme průnikové body systémů péče o perinatální duševní zdraví, které nalezneme u států s nejlépe rozvinutou péčí o perinatální duševní zdraví.

Screening: Uvedené státy mají na svém území implementovaný systém screeningu depresivních příznaků v těhotenství, po porodu a v prvním roce od porodu. Ke screeningu jsou používány rozličné škály, nejčastěji Edinburská škála perinatální deprese, která je také pro období konce šestinedělí validována v českém prostředí (9). Výsledek screeningu slouží jako vstup do dalšího odstupňovaného systému péče. Zajímavostí je to, že ve Švédsku se screenují i depresivní příznaky u otců.

Multidisciplinarita: V každém z výše uvedených států je péče o duševní zdraví žen v perinatálním období rozložena mezi více pečujících profesí, které spolu úzce spolupracují a tvoří multidisciplinární tým. Hlavní osobou, s kterou jsou ženy v kontaktu, a která taky často provádí a vyhodnocuje screening příznaků duševních poruch, je porodní asistentka. Porodní asistentka tak slouží jako tzv. gatekeeper, který v případě, že zjistí přítomnost lehčích příznaků úzkosti či deprese, provádí prvotní intervenci, či v případě závažnějších příznaků duševních poruch referuje ženu do vyššího stupně multidisciplinární péče (10). V případě potřeby se tak může žena dostat k rychlé psychologické intervenci nebo do péče perinatálního psychiatra, který péči následně přebírá a vede. Perinatální psychiatr však často působí v roli konzultanta, kdy po psychiatrickém vyšetření a stanovení diagnózy úzkostné poruchy nebo deprese nastaví medikaci

a následně předává ženu do péče registrujícího gynekologa nebo praktického lékaře. Ve své péči si nechává jen pacientky s komplikovanou psychofarmakologickou medikací nebo s poruchami z psychotického nebo bipolárního spektra (11). Porodní asistentky však také napojují ženy na různé nezávodnické organizace, které mohou těhotné nebo ženy po porodu a jejich rodiny podpořit. Jedná se o organizace založené na vlastní zkušenosti, poskytující tzv. peer podporu nebo organizace poskytující sociální služby. Díky gatekeepingu je zaručena komplexní péče o ženy a jejich rodiny v perinatálním období, která zahrnuje jak podporu duševního zdraví, tak podporu v případě přítomnosti psychosociálního stresu. Tento multidisciplinární přístup tak snižuje zatížení zdravotního systému a vede k nižší míře psychiatrizace čistě sociální problematiky (12).

Specializované služby: Vrcholem odstupňovaného modelu péče o duševní zdraví v perinatálním období jsou specializovaná ambulantní a lůžková psychiatrická centra, která navazují na screeningové služby a péči porodních asistentek či jiných zdravotníků primární péče. V zahraničí jsou často známy jako Mother and Baby Units (13). Efektivita těchto specializovaných jednotek byla v zahraničí opakovaně prokázána a například ve Velké Británii již existuje celkem 22 těchto zařízení (14, 15). Hlavním benefitem pro ženy a jejich rodiny je možnost společné hospitalizace matky a dítěte na psychiatrickém lůžku, kde se o ženu a její dítě stará multioborový tým složený z porodní asistentky, pediatrické sestry, psychologů a perinatálních psychiatrů. Cílem léčby není jen mírnění psychiatrických příznaků, ale i aktivní podpora rodičovských kompetencí, kojení a tvorby citové vazby u hospitalizovaných žen a jejich dětí. Důležitým aspektem péče je také práce s partnery pacientek. V těchto specializovaných centrech se soustředí perinatálně psychiatrický výzkum a vzdělávání dalších odborníků, kteří působí v komunitě nebo v porodnicích.

Vzdělávání: Žádný z výše uvedených bodů by nemohl existovat bez vzdělávání odborníků v oblasti perinatálního duševního zdraví. V Evropě je dostupné systematické specializační vzdělávání v oboru perinatální psychiatrie ve Finsku, Francii, Německu, Irsku, Maltě a ve Velké Británii (16). V řadě dalších států pak existují kurzy v rámci celoživotního vzdělávání, které mají jasně daná kurikula a několikadenní časovou dotaci