

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Eva Chromcová**

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Eva Chromcová

**Psychické změny v graviditě a poporodním období**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Olomouc 2012

## **ANOTACE**

### **Název práce**

Psychické změny v graviditě a poporodním období

### **Název práce v AJ**

Psychological changes in pregnancy and the postpartum period

### **Datum zadání**

2012 - 01 - 27

### **Datum odevzdání**

2012 - 05 - 02

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

**Autor práce:** Chromcová Eva

**Vedoucí práce:** Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

**Abstrakt v ČJ:** Předmětem přehledové bakalářské práce je problematika psychických změn v graviditě a poporodním období. Výzkumy a studie v této práci vycházejí především z analýzy českých a zahraničních zdrojů. Jsou zde shrnuty změny psychiky během těhotenství, po narození dítěte, poznatky psychotherapeutického, farmakologického a alternativního způsobu léčby.

**Abstrakt v AJ:** The aim of the Bachelor's dissertation is to show psychological changes during pregnancy and the postpartum period. Research and studies are primarily based on a domestic and from abroad sources. The ambition is to demonstrate psychological changes during pregnancy, after childbirth, psychotherapeutic ideas, pharmacological and alternative medicine.

**Klíčová slova v ČJ:** psychické změny, těhotenství, porod, stres, úzkost, předporodní deprese, prenatální psychologie, poporodní období, poporodní deprese, psychoterapie, farmakoterapie

**Klíčová slova v AJ:** mental changes, pregnancy, childbirth, stress, anxiety, antenatal depression, prenatal psychology, postpartum period, postpartum depression, psychotherapy, pharmacotherapy

**Rozsah stran:** 46 stran

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 2. května 2012

podpis .....

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D. za ochotu a odborné vedení bakalářské práce.

## OBSAH

Úvod .....	8
1 Psychické změny v těhotenství.....	11
1.1 Psychické změny v těhotenství.....	11
1.1.1 Benigní těhotenská encefalopatie .....	12
1.1.2 Předporodní deprese .....	13
1.1.3 Rizikové faktory předporodní deprese .....	14
1.1.4 Stresové a úzkostné stavy .....	15
1.1.5 Příčiny rozvoje úzkostných poruch .....	16
1.1.6 Psychoanalytický pohled úzkosti v graviditě .....	17
1.2 Prenatální psychologie.....	18
1.3 Riziko pro plod .....	19
2 Psychické změny po porodu .....	21
2.1 Psychologie raného poporodního období .....	22
2.1.1 Poporodní blues .....	22
2.2 Psychika ženy v pozdním šestinedělí .....	23
2.2.1 Poporodní deprese .....	24
2.2.2 Poporodní psychóza.....	27
2.2.3 Rizikové faktory poporodních psychických změn .....	27
3 Terapie psychických poruch.....	30
3.1 Psychosociální prevence.....	30
3.2 Psychoterapeutická léčba.....	31
3.2.1 Kognitivně-behaviorální terapie .....	31
3.2.2 Interpersonální terapie .....	32

3.2.3	Elektrokonvulzivní terapie v těhotenství.....	33
3.3	Farmakologická léčba.....	34
3.3.1	Léčba antidepresivy .....	35
3.3.2	Anxiolytika a hypnotika v těhotenství.....	36
3.3.3	Farmakologie a kojení .....	36
3.4	Alternativní léčba .....	37
Závěr	.....	39
Seznam použitých zdrojů.....		42



## ÚVOD

Bakalářská práce se zaměřuje na psychické změny v těhotenství a poporodním období. Zkoumaný problém byl stanoven v podobě otázky: „Jaké byly publikovány informace o psychických změnách v graviditě a poporodním období a jaké byly publikovány poznatky o terapii psychických změn?“

Pro konkrétní dílčí oblasti zkoumaného problému bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1.

Předložit poznatky o psychických změnách v období gravidity

Cíl 2.

Předložit poznatky o psychických změnách v puerperálním období.

Cíl 3.

Předložit poznatky o možnostech terapie psychických změn.

Základní bibliografické citace vstupní studijní literatury zahrnovala:

- PONEŠICKÝ, J. Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 113 s. ISBN 80-7254-216-8.
- PRAŠKO J. Úzkostné poruchy. Klasifikace, diagnostika a léčba. Praha: Portál, 2005. 416 s. ISBN 80-7178-997-6.
- PRAŠKO, J. Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti. Grada, 2003. 204 s. ISBN 80-247-0185-5.
- PRAŠKO J., KOSOVÁ J., HERMAN E., Úzkosti během těhotenství a poporodním období. Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii, 2002. ročník 6, 45 - 55 s. ISSN 1211-7579.
- PRAŠKO, J. Psychoterapie poporodních depresí. Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii, 2002. ročník 6, 39 - 44 s. ISSN 1211-7579.

- RATISLAVOVÁ K., Aplikovaná psychologie porodnictví. 1. vyd. Praha atelier Area 2008, 105 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

- NICOLSON, P. Poporodní deprese. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 147 s., ISBN 80-7169-938-1.

Vyhledávací strategie:

Vyhledávání proběhlo na základě těchto klíčových slov: psychické změny, těhotenství, porod, stres, úzkost, předporodní deprese, perinatální psychologie, poporodní období, poporodní deprese, psychoterapie, farmakoterapie.

Na základě výše uvedených klíčových slov a na základě daných kritérií byla provedena rešerše v období od listopadu 2011 do března 2012 z pramenů z let 1999 – 2011, a to pomocí:

- ✓ Databáze: BIBLIOGRAPHIA MEDICA ČECHOSLOVACA (medvik); EBSCO; NURSING & ALLIED HEALTH SOURCE
- ✓ Vyhledávače: GOOGLE Scholar, ve kterém bylo po zadání výše uvedených klíčových slov zobrazeno nejvíce článků, a také po obsahové stránce odpovídaly tematicky bakalářské práci. Zde byly nalezeny tyto časopisecké zdroje:
  - ❖ Periodika v oficiálním seznamu recenzovaných periodik, vydávaných v České republice:
    - Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii ISSN: 1211-7579. Zde bylo nalezeno 10 odborných článků, ze kterých bylo vybráno 7 článků, které odpovídaly tematicky bakalářské práci, ostatní dohledané odborné články neodpovídaly tematicky bakalářské práci a cílům práce.
    - Profese on-line ISSN: 1803-4330. Zde nebyl na základě vyhledávání dle klíčových slov nalezen žádný vyhovující výzkumný článek.
  - ❖ Periodika v oficiálním seznamu recenzovaných periodik, vydávaných v zahraničí:
    - Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing ISSN: 1552-6909. Bylo nalezeno 10 odborných článků, ale použity byly pouze 2 výzkumné články.

- The Journal of Midwifery & Women's Health ISSN: 1542-2011. Přes vyhledávací databázi EBSCO bylo nalezeno 22 článků, z toho 3 odborné články obsahově vyhovovaly cílům bakalářské práce
- ❖ Odborná periodika, která nejsou na oficiálním seznamu recenzovaných periodik v České republice:
  - Moderní gynekologie a porodnictví ISSN 1211-1058. Zde bylo nalezeno 6 odborných článků, z toho 2 články odpovídaly tematicky bakalářské práci, ostatní neodpovídaly zvoleným kritériím.
  - Moderní babictví ISSN: 1214-5272. Zde bylo nalezeno 5 odborných článků, ale z těchto výsledků splňovaly daná kritéria pouze 3 články.
  - Ošetřovatelství a porodní asistence ISSN: 1804-2740. Zde byly nalezeny 2 výzkumné články, z toho daným kritériím odpovídal a byl použit jen 1 výzkumný článek.
  - Gynekologie po promoci – ISSN: 1213 – 2578. Zde byly nalezeny 2 odborné články, ale tematicky odpovídal jen 1 článek.
- ❖ Periodika, která nejsou na oficiálním seznamu recenzovaných periodik v zahraničí:
  - Journal of Obstetrics & Gynaecology of India ISSN: 0022-3190. Byl nalezen a splňoval dané kritéria 1 odborný článek.

Na základě výše uvedených klíčových slov a kritérií bylo v uvedené databázi a vyhledávacích dohledáno celkem 64 zdrojů. Z toho 35 v anglickém jazyce a 29 v jazyce českém. Jednotlivé texty byly po prostudování zařazeny do jednotlivých kapitol dle cílů práce. Pro bakalářskou práci bylo nakonec vybráno 34 zdrojů. Zbýlých 30 zdrojů autorka nepoužila, protože odborné zdroje obsahově nevyhovovaly či se opakovaly.

# 1 PSYCHICKÉ ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství i poporodní období je velmi podstatnou vývojovou událostí v životě ženy. V tomto období se žena vyrovnává se zásadními životními změnami. Rozvoj psychických změn je z významné části daný osobností těhotné, věkem, postojem a připraveností na novou roli, úlohu matky (Ratislavová, 2008, s. 16).

Narození prvního potomka je důležitou životní událostí, která významně ovlivňuje osobnost. Fyziologické a emocionální procesy, které se objevují již na počátku gravidity, mají zásadní vliv na rozvíjející vztah matka - dítě. (Wiklund et. al., 2009, p. 1636).

Praško uvádí, že plánované a chtěné těhotenství je radostná událost. Lidé ho spojují s vnitřním vyrovnáním a klidem. Věří, že vede k sebeúctě a dozrání ženy. U žen, které o sobě pochybují, nedůvěřují si a jsou úzkostné, doufá rodina ve zlepšení. Obecně se očekává, že po narození potomků rodiče naleznou smysl života a seberealizaci. Bohužel poměrně mnohdy je opak pravdou (Praško, 2002 s. 45-46).

## 1.1 Psychické změny v těhotenství

Gravidita je doprovázená výraznými psychickými změnami, jež jsou ovlivněny somatickými, sociálními a ekonomickými faktory. Podstatný je i samotný přístup ženy k těhotenství. Čepický (1999) uvádí, že nespokojené ženy mohou být zranitelnější a štíhlé ženy většinou snáší těhotenské změny snáze než ženy silnější. Během gravidity se těhotná žena více zaměřuje na sebe a na plod, což může být v partnerském vztahu příčinou konfliktů (Čepický, 1999, s. 215-216).

Čech (2006) popisuje, že se může objevit strach ze ztráty partnera kvůli snížení sexuální přitažlivosti. Extrém je, když ženy přestanou komunikovat, vykonávat jakékoliv funkce v rodině, manželství, popř. partnerství může směřovat k rozpadu. Ženy spokojené ve vztahu a přející si těhotenství se připravují k porodu mnohem lépe

než osamělé matky. Preferuje se přítomnost partnera u porodu, což většinou sníží pocit osamělosti a strachu (Čech, 2006, s. 86 - 87).

O'Hara o psychice ženy uvádí, že žena během těhotenství řeší řadu otázek typu: jaké bude dítě, dojde k těhotenským a poporodním komplikacím s trvajících následky na straně matky nebo dítěte? Svobodné ženy popohání gravidita do manželství, třeba jen proto, ať má dítě otce (O'Hara in Praško, 2002, s. 40).

Čech (2006) také zmiňuje, že změny organismu těhotné ženy přispívají k zesílení nervozity, podrážděnosti. Objevují se poruchy spánku, sklony ke zvýšené plačtivosti, agresivitě i depresím. Tuhle situaci oslabuje i výskyt somatických obtíží – nauzea, zvracení, pyróza, bolesti zad, obstipace aj. (Čech, 2006, s. 86).

Bernazzani et al., and Rubertsson et al., ve své odborné studii dospěli k vytyčení faktorů, které mají vliv na předporodní emoční poruchy. K rizikovým faktorům patří: tragické a stresující životní události, špatné životní prostředí, nedostatečná sociální podpora, konflikty v manželství a rodině. U primipar dále nechtěné těhotenství a věk (Bernazzani et al., Rubertsson et al., in Jomeen, 2004 p. 144-145 ).

### **1.1.1 Benigní těhotenská encefalopatie**

Čepický (1999) uvádí, že výskyt benigní těhotenské encefalopatie je v podstatě vysoká, zvláště u primipar (až 50 % žen). Tato odborná terminologie byla zavedena teprve v roce 1986, ale lidé se s ní potýkali již dávno (Čepický, 1999, s. 216-217). Ratislavová (2008) na základě výzkumů popisuje, že tyto psychické změny způsobené graviditou nepovažují ženy za patologické a nesdělují je lékaři. Ratislavová se s Čepickým společně shodují, že se objevují poruchy paměti, koncentrace, dezorientace, potíže se čtením a učením (Ratislavová, 2008, s. 26; Čepický, 1999, s. 216-217). Těhotenská encefalopatie se do značného rozsahu dá ovládat vůlí a není zapotřebí léčby, dodává Čepický (Čepický, 1999, s. 216-217).

### 1.1.2 Předporodní deprese

V populaci se s onemocněním depresivní porucha setkáme poměrně často. U žen se prevalence výskytu depresivní poruchy pohybuje mezi 5 – 9 % a u mužů mezi 2 – 3 %. Smolík (in Bareš, 2002, s. 9 – 16) podotýká, že existují zdroje, které ukazují celkovou prevalenci od 9 do 20 %. Pro ženy riziko onemocnění kolísá kolem 10 – 25 %. Nejvyšší výskyt ohrožuje ženy v rozmezí 25. až 44. roku života (Burke et al. in Bareš, 2002, s. 9 – 16). Bareš (2002, s. 9 -16) popisuje, že je někdy složité odlišit depresivní symptomy (např. poruchy spánku, zvýšená únava, nechut k jídlu) od obvyklých těhotenských obtíží. Seifertová (2009) sděluje, že v graviditě je prevalence depresivní poruchy stejná jako u negravidních žen. Nebezpečí onemocnění depresí u žen je uváděno v rozmezí 10 – 25 %. Remise depresivní poruchy v těhotenství velice zvyšuje riziko poporodních komplikací, nepostačující péče o dítě či chybné výživy (Seifertová, 2009, s. 509). Cohen (2006) ve své naturalistické prospektivní studii zkoumal remisi depresivní poruchy u žen, které v minulosti trpěly depresivními epizodami. Z jeho výzkumů vyplynulo, že z 201 dotazovaných s depresivní příhodou v anamnéze došlo v graviditě k remisi až u 43 % žen (Cohen in Seifertová, 2009, s. 509). Federenko (2004) uvádí, že prevalence psychických poruch v těhotenské populaci je vyšší, a to 14,1 %. Tím zdůrazňuje význam studie duševního průběhu těhotenství (Federenko and Wadhwa 2004, p. 2). Co se týká délky trvání a doby vzniku depresivní poruchy během gravidity, uvádí Smiht et. al., (2004, s. 31 – 37), že mnoho depresivních epizod začne i skončí během jednoho až tří trimestrů. Výsledky jedné studie ukazují, že u 25 % žen se deprese vyskytne jen v jednom trimestru, další výsledky ukazují, že až přes 30 % těhotných žen trpí depresí minimálně tři měsíce (Yonkers in Smiht et.al, 2004, s. 31 – 37).

Sharma at. al se ve své odborné práci zaměřili na výzkum typických příznaků, které pomohou diagnostikovat předporodní deprese. Do těchto příznaků se dle výzkumu řadí: pocity viny a beznaděje, ztráta pozitivního myšlení a radosti. Ojediněle se mohou vyskytnout sebevražedné myšlenky (Sharma at. al., 2005, p. 218). Čepický (1999) tvrdí, že sebevražda těhotných žen je nezvyklá záležitost. V těhotenství jsou suicidální myšlenky zaznamenány v minimální míře. Pokud se vyskytnou, bývají v rané graviditě

ve spojení s nechtěným těhotenstvím a nemožnou interrupcí (Čepický, 1999, s. 216-227).

Čepický (1999) uvádí, že depresivní epizody u těhotných žen jsou transkulturní záležitostí. Původci jsou nejspíš biologičtí činitelé. Žena, která v dětství přišla o rodiče, zažila tragickou událost, spíše propadne těhotenské depresi (Čepický, 1999, s. 216-217).

### **1.1.3 Rizikové faktory předporodní deprese**

Leigh a Milgrom (2008) se ve své odborné výzkumné studii snažili zjistit rizikové faktory, které jsou nejvíce prediktivní pro předporodní deprese. Této studii se účastnilo a dokončilo ji 367 těhotných respondentek v období 26. – 32. týdne těhotenství. Do významných ukazatelů předporodní deprese podle výzkumné studie patří: nízký socio-ekonomický status, tragické události v minulosti, sexuální zneužívání a týrání v dětství, nízké sebevědomí, nesprávný a nekvalitní životní styl, dále nižší úroveň dosaženého vzdělání, těhotenství v mladistvém období, úzkost, historie deprese a spontánních či umělých ukončení těhotenství v anamnéze. Výsledky této studie rovněž uvádějí, že předporodní deprese je nejsilnějším rizikovým faktorem pro vznik poporodní deprese (Leigh and Milgrom, 2008, p. 1 - 10).

„Bareš (2002) ve své práci uvedl tyto rizikové faktory:

- *Předchozí anamnéza depresivní poruchy,*
- *Mladší věk,*
- *Omezená sociální podpora,*
- *Osamělost a vyšší počet dětí,*
- *Manželské konflikty,*
- *Ambivalentní pocity ohledně gravidity”* (Bareš, 2002, s. 9 - 16).

Studie provedená v Nigérii předložila informaci, že věk, vzdělání, multiparita ani sociálně-ekonomické postavení nesouvisí s depresí a úzkostí během těhotenství. Zatímco předchozí potraty a porody vedené císařským řezem v anamnéze jsou pro nigerské ženy rizikovým faktorem ke vzniku depresivních poruch. Je možné, že kulturní a psychosociální aspekty mohou hrát velkou roli. Tedy stresory jsou

specifické pro každou společnost nebo populaci (Fatove et al, in Manber, Blasey and Allen, 2007, p. 17).

Dle názoru Ratislavové (2008) hraje věk ženy velkou roli. Nezralá mladá žena není schopna odolávat náročným psychickým situacím. Nedokáže uvažovat dospěle a přiměřeně vnímat realitu. Objevuje se často impulzivní chování. Za opačný extrém se dají považovat starší primipary po 35. roce. Ženy se potýkají s větší úzkostí a obavami. Myšlenky směřují k předčasnému porodu. Ratislavová (2008) podotýká, že multipara se mnohdy může stresovat zážitky z předchozí gravidity, které se neobešly bez komplikací. Psychiku rodičky také velice ovlivňuje předchozí neúspěšné těhotenství, končící abortem nebo porodem mrtvého plodu (Ratislavová, 2008, s. 29 - 30).

#### **1.1.4 Stresové a úzkostné stavy**

Již v dobách před naším letopočtem dával Hippokrates těhotným ženám rady, aby se vyvarovaly psychického stresu. První trimestr je období s nejvyšší mírou potratů. Za hlavní příčiny spontánních potratů prisuzoval otec medicíny i reakci na stres, strach, hněv, smutek i radost. Stejně uvažovali i lékaři v 17. a 18. století (Sharma et. al., 2005, p. 281).

Právě v prvním trimestru se může žena stresovat problémem, jak partner či rodina zprávu o těhotenství přijmou, hlavně když předpokládá zápornou odezvu. Všechny potíže v těhotenství sebou přináší stres a strach. O to více je psychika zatížena a budoucí matka prožívá naprostou úzkost a strach o sebe i o plod. Jestliže těhotné ženy mají závažné zdravotní problémy, traumatické zážitky z minulé gravidity a porodu, jsou více úzkostné a přehnaně se sledují, očekávají negativní výsledky vyšetření, obávají se předčasného porodu či patologického vývoje plodu. Významné je začlenění, především prvorodiček, do těhotenských skupin. Zde si mohou sdělovat společné dojmy, pocity, plány i obavy týkající se těhotenství a mateřství (Ratislavová, 2008, s. 26 - 34).

Lidé tradičně věří, že těhotenství chrání ženy před psychickým nátlakem, jsou klidné a vnitřně vyrovnané, uvádí Praško (2002). V minulosti pohlíželi na ženu jako na dárkyni života. Rodina ji chránila a pomocí užitečných kulturních rituálů pomáhala



dobře prožít těhotenství, porod a šestinedělí. Porod měl pro všechny nesmírnou hodnotu. Bylo velmi důležité, aby se žena cítila bezpečně. V dnešní moderní rodině se generace a rodinné vztahy od sebe vzdalují, klade se důraz na soběstačnost, samostatnost. Rodina je daleko a nemá pocit, že těhotná potřebuje její podporu. Novoroďčka je najednou osamělá. Nedostává se jí dostatečná ochrana, povzbuzení a žena je vržena do pochybností. Zápolí s myšlenkami, zdali je důležitější vlastní kariéra, svoboda, nezávislost, či pečování o dítě. Vede boj se strachem z tělesných změn, z bolesti. Strachuje se z nové mateřské role (Praško, 2002, s. 45-54).

„U ženy, jejíž těhotenství je rizikové, je ohrožena potřeba jistoty, budoucnosti, objevuje se anticipační úzkost (strach z toho, co bude, strach ze strachu). Častěji se objevují neadaptivní znaky v chování. Psychická tenze se může projevat slovně, ale také gesty, mimikou, neverbálně“ (Ratislavová, 2008, s. 33).

Praško (2002) popisuje, že většina těhotných je v některých situacích částečně úzkostná. Úzkostné reakce jsou pochopitelné. Velká zodpovědnost, obavy, starosti, nejistota, pochybnosti o sobě a dítěti a další pocity potkají 90% žen v těhotenství a po porodu. Tyto stavy jsou normální, ovšem mohou signalizovat rozvíjející se úzkostné poruchy. V poporodním období se prakticky vyskytují dvojnásobně (Praško, 2002 s. 45-54).

### **1.1.5 Příčiny rozvoje úzkostných poruch**

Především v odborné literatuře se setkáváme s údaji, že na vznik úzkostných poruch mají převážně vliv hormonální změny a dysfunkce serotoninergního systému organismu ženy. Ovšem významnou funkci zaujímají psychologické a sociální faktory. Charakter osoby, životní události a situace mohou do jisté míry mít predispozici v rozvoji úzkostných poruch (Rona a spol., in Praško, 2002 s. 45 – 47).

Kelly a spol. (2001) ve svém výzkumu dospěli k závěru, že existují tři hlavní rizikové skupiny žen. Na prvním místě jsou ženy s poruchou spánku, příjmu potravy, trpící premenstruačním syndromem, s depresí a úzkostí v anamnéze. Druhou skupinu tvoří stresující podmínky spojené s těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Patří sem fyziologické těhotenské změny, somatické potíže, vegetativní symptomy. Do poslední

skupiny spadají hospitalizované ženy, u kterých až dvojnásobně narůstá incidence duševních poruch (Kelly a spol., in Praško, 2002, s. 45 – 47).

Praško (2002) uvádí, že k přebytečnému stresu a rozvoji úzkostných poruch mohou vést nereálná, naivní, často přehnaná očekávání od těhotenství. Rodička chce být bezchybná a dokonalá. Doufá, že vztah k dítěti i partnerovi bude plný lásky a že porod zlepší hodnotu partnerského a také rodinného vztahu. Tuší i nepříjemné zážitky – porod bude příliš bolestivý, může vést ke komplikacím až k úmrtí (Praško, 2002 s. 45 – 47).

Sjogren ve své studii zdokumentoval u 100 těhotných žen nejčastější úzkosti, které se u nich v těhotenství vyskytovaly. Na prvním místě se objevila nedůvěra ke zdravotnímu personálu (73 %), dále ženy udávaly obavy z vlastní neschopnosti (65 %), strach ze smrti (55 %), na místě čtvrtém strach z velké bolesti (44 %) a obavy, že se nedokážou ovládat a nebudou správně spolupracovat (43 %) (Sjogren in Ratislavová, 2008, s. 41). Spinelli tvrdí, že silná sociální podpora značně redukuje výskyt úzkostných komplikací. Žena se cítí bezpečně, problémy a povinnosti nemusí řešit sama, ale může se obrátit na své blízké (Spinelli in Praško, 2002, s. 45 – 47).

Praško (2002, s. 45 – 47) upozorňuje, že nechtěné těhotenství a obráceně vytoužená gravidita vedou k nadměrnému stresu.

Do rizikových faktorů úzkostí se řadí:

- Psychická porucha v anamnéze
- Stresující činitele ve spojení s graviditou
- Komplikace předchozího těhotenství a porodu
- Sociální rizikové faktory (Ratislavová, 2008, s. 41).

### **1.1.6 Psychoanalytický pohled úzkosti v graviditě**

Praško (2002, s. 47) tvrdí: „V období těhotenství dochází k *regresi* psychického prožívání těhotné ženy, tyto změny jsou různě hluboké a závisejí jak na dosažené zralosti psychiky ženy, tak na její tendenci reagovat v tomto období. Pokud otěhotní žena s primárně přítomnou psychickou poruchou, dochází většinou k jejímu prohloubení...“

Dále Praško (2002) uvádí, že u zdravých žen probíhá regrese zvýšeným zájmem o vlastní osobu a o vyvíjející se plod. Pokud se objeví úzkost neuroticko - hysterická, žena má strach z opuštění dětské pozice, začíná vstup do dospělého ženského života, kterého se obává. Vyskytnou se stavy úzkosti vůči vlastní matce a jiným dospělým ženám, úzkost na narcistické hladině – ženy s nedořešenou narcistickou tématikou vnímají graviditu jako znehodnocující sebe samu. Obtížně vnímají těhotenské změny a ztrátu vlastního mladistvého vzhledu. Ženy, které jsou postiženy emočně labilní poruchou osobnosti, pociťují jak nadměrný strach a úzkost o dítě, tak i obavy z ohrožení na životě dítětem. Velice často můžou být paranoidní a dokonce projevovat agresi (Praško, 2002 s. 49 – 55).

Úzkostné poruchy v graviditě a puerperálním období se nijak významně neliší v dalších periodách života. Do úzkostných poruch se řadí: generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, sociální fobie, posttraumatická stresová porucha, obsedantně - kompulzivní porucha a specifická fobie související s graviditou a porodem, tokofobie (fobie z porodu). (Praško, 2002 s. 49 – 55). Do psychiatrické klasifikace ji zařadili v roce 2000 Hofberg a Brockington, a to na základě hodnotné analýzy 26 kazuistik (Hofberg a Brockington in Mohr 2002, s. 35). Setkat se s ní může již dívka v pubertě. Občas se vyskytuje společně s nadbytečným strachem z bolesti, někdy může být spouštěčem zhlédnutí porodu v televizi, ve filmu. Rodička se stydí obnažit před cizími lidmi, má strach, že nad sebou ztratí kontrolu a bude všem pro posměch. Pro tuto fobii je nápadná nechuť k sexuální aktivitě, neschopnost dosáhnout orgasmu neboli anorgasmie. V závěru gravidity většinou postupně ustupuje (Praško, 2002 s. 49 – 55).

## **1.2 Prenatální psychologie**

Zkoumá psychologické a psychosociální účinky plodu před narozením a bezprostředně po porodu. Uvádí se, že tato interdisciplinární studie je relativně nová, avšak první zmínky lze dohledat už u Sigmunda Freuda. Ten se ve svých pracích například zmiňuje o úzkosti, kterou plod při porodu zažívá. Právě ta se může stát zásadním podnětem pro vznik úzkostných stavů. (wikipedia 2012).

Ratislavová (2008) ve své literatuře uvádí, že se zabývá prenatálním životem, dále jak působí emoce matky na plod, její prožitky během gravidity a sociální vztahy. Snaží se zjistit, jestli tohle všechno může mít vliv na další vývoj plodu a nového člověka. Vědci totiž zjistili, že vývoj naší psychiky začíná již v intrauterinním období. Tahle perioda se stala prioritní pro prenatální psychologii. Z výzkumů vyplývá, že dokonce plod přijímá a pracuje s paměťovými funkcemi již v prenatálním období (Ratislavová, 2008 s. 24 - 26).

Fedor-Freybergh popisuje těhotenství jako aktivní dialog mezi dítětem, matkou a sociálním okolím. Ten probíhá i nevědomě, již od počátku těhotenství. Fedor-Freybergh považuje za nezbytné změnit péči v prenatálním období. Ať se nevěnuje jen medicínským výkonům, aby také měla větší zájem i o stránku psychologickou, sociální (Marek, 2002, s. 197). Ratislavová (2008) popisuje, že znalosti z prenatální psychologie mají vliv na společnost. Také dala vznik předporodním, psychoprophylaktickým přípravám, které jsou věnované rodičce i její rodině. Zrodil se z ní i tzv. bonding neboli citová vazba, která se vyvíjí mezi rodiči a jejich dítětem. Působení pozitivních emocí, myšlenek, dotyků a řečí s plodem v intrauterinním prostředí velmi kladně ovlivňuje psychiku dítěte (Ratislavová, 2008 s. 24 - 26).

### **1.3 Riziko pro plod**

Někteří lékaři se stále mohou domnívat, že těhotné ženy závažnou depresí netrpí. Bohužel opak je pravdou. Přibližně u jedné ze čtyř těhotných žen se symptomy deprese objeví. Ale depresí netrpí jen sama matka, snížená kvalita života může ohrozit plod (Smiht et.al, 2004, s. 31 – 37).

Psychický stres v těhotenství má vliv na spontánní potrat (Neugebauer et al., 1996), fetální malformaci plodu (Nimby et al., 1999), zvýšení rizika předčasného porodu a nižší poporodní hmotnosti novorozence (Paarlberg et al., 1995). Úzkost a deprese během gravidity jsou též spojeny s nedonošeným těhotenstvím, nízkou porodní hmotností plodu a růstovou retardací plodu (Rondo et al.,; Hickey et al.,; Cooper et al., Dayan et al, in Manber, Blasey, Allen, 2007, p. 17).

Studie v roce 1996 v Dánsku a ve Spojených státech amerických zkoumala, zda mají stres, úzkost a tragické životní události vliv na předčasný porod. Výsledky studie poukazují, že výše uvedené faktory značně ovlivňují a jsou velmi rizikovým činitelem pro předčasný porod (Nordentoft et al. and Copper et al., in Regan et al., 2005, p. 497-519). O'Connor a kol.(2002) s Murray and Cooper (1997) se shodují, že trpí-li těhotná žena úzkostí a psychickým stresem, je dítě do budoucna ohroženo opožděným motorickým vývojem, emociálními problémy, kognitivními a behaviorálními poruchami s tím, že je zde docela možné přetrvání těchto problémů do dospělosti (O'Connor a kol., Murray and Cooper in Jomeen, 2004, p. 144 - 145).

Cílem odborné prospektivní studie v Dánsku (1989 – 1998) bylo zjistit vztah psychického tlaku během těhotenství a porodu mrtvého plodu. Výzkum zahrnul 19 282 těhotných žen, které poskytly informace o svých psychických stavech během vlastního těhotenství. Z výsledků studie vyplynulo, že psychický stres během gravidity má spojitost se zvýšeným rizikem narození mrtvého dítěte až o 80 %. Faktory, které přispívaly: multiparita, hmotnost ženy, alkohol, kouření, kofein, špatné sociální a rodinné zázemí. Psychická zátěž ovlivňuje těhotenství a stres může způsobovat zvýšené riziko pozdní fetální úmrtnosti (stres, úzkost, deprese, zvýšená hladina katecholaminů způsobují snížení průtoku placentární krve a vedou k asfyxii plodu). (Wisborg et. al., 2008 p. 882 – 88).

## 2 PSYCHICKÉ ZMĚNY PO PORODU

Praško (2002) se ve svém odborném článku zmiňuje, že většina lidí si zrození nového života spojuje s obrazem nadšení a radosti. Bohužel si neuvědomuje, že v období po porodu se mnohdy objevuje zhoršená nálada. Tu prožívá 50 - 80% žen zpravidla 3. až 4. den po narození dítěte. Proměnlivou náladu charakterizuje epizoda euforie, která se často střídá s napětím, nervozitou, smutkem i úzkostí. Tyto změny můžeme většinou pozorovat u prvorodiček, adolescentních dívek a žen, které trpěly premenstruačním syndromem. Podnětem vzniku psychických změn je náhlý pokles estrogenů a progesteronu (Praško, 2002, s. 39).

Šestinedělí (puerperium) je období do 42. dne od ukončení těhotenství a porodu. Postupně mizí anatomické a fyziologické těhotenské změny organismu. Tělo ženy je stále značně zranitelné a toto období je pro šestinedělku nesmírně psychicky náročné. Šestinedělí lze rozdělit na rané (do 7. dne) a pozdní (Fait, 2006, s. 1- 8). Čech (2006, s. 153) ve své odborné publikaci také uvádí, že těhotenství a porod zanechají nenávratně spoustu tělesných i psychických změn v osobnosti ženy.

Raboch (2002) charakterizuje poporodní období jako nejrizikovější etapu v životě ženy, kdy nejčastěji mohou vzniknout duševní poruchy. Ty zpravidla souvisí celou řadou psychosociálních, biologických, ekonomických i sociálních změn (Raboch, 2002, s. 1).

Praško (2002) uvádí, že déletrvající zhoršení nálady pociťuje 10 - 15 % žen v poporodním období. Tento stav i jeho trvání může být různého stupně. U 8,2 – 14,9% rodiček se objevuje depresivní příhoda (Altshuler a spol., in Praško, 2002, s. 39). Vyšší výskyt depresivních příhod a to 26 % postihuje adolescentní matky (Troutman a Curtona in Praško, 2002, s. 39).

## 2.1 Psychologie raného poporodního období

Psychika ženy je multifaktoriálně podmíněná. Psychiku v raném období šestinedělí ovlivňují hlavně tyto faktory: hormonální a fyzické změny po porodu, samotný průběh porodu, nová role a změna životního stylu, osobní vlastnosti a sociální opora. Ratislavová (2008) dále uvádí, že v myšlenkách ženy se ustavičně promítají zážitky z nedávného porodu. Žena navzdory vyčerpání nemůže odpočívat, v mysli si opětovně přehrává celý porod. Její psychika se dále smiřuje s přijetím novorozence a snaží se postupně adaptovat na novou roli matky (Ratislavová, 2008, s. 82).

Raboch (2002) popisuje v poporodní údobí 3 typy puerperálních poruch nálady: „*poporodní skleslost, puerperální deprese a puerperální psychóza*“ (Raboch, 2002, s. 1).

Burian (1996) rozdělil poporodní psychické poruchy podle závažnosti do tří skupin. Nejméně relevantní skupinou jsou poporodní subdeprese, též označené jako poporodní blues. Druhou kategorií představují nepsychotické deprese, nazývané poporodní, či postnatální. Hospitalizaci si často vyžaduje třetí nejzávažnější skupina, kterou tvoří psychotická onemocnění (Burian in Roztočil, 2008, s. 131-138).

Cox a spol. (1987) v odborné publikaci uvedli dva základní typy poporodních depresí a Nonacs a Cohen (1998) doplnili třetí kategorii:

1. *Poporodní nebo mateřské „blues“ jako mírný emoční problém krátkého trvání;*
2. *Poporodní velkou depresi, závažnou a potenciálně život ohrožující psychickou nemoc;*
3. *Poporodní psychózu: vážné psychotické onemocnění ohrožující život matky i dítěte* (Cox at. al., Nonacs a Cohen in Praško, 2002, s. 40).

### 2.1.1 Poporodní blues

Ratislavová (2008) ji popisuje jako přechodnou subdepressivní epizodu, vznikající 3. – 6. den po porodu. Dle Ratislavové (2008) se baby blues objeví u 50 – 70 % žen. Dále uvádí, že poporodní blues není patologickou změnou v psychice, ale přirozenou

adaptační odezvou organismu ženy, vyskytující se ve všech kulturách. Odeznívá rychle, většinou do 10. dne od porodu (Ratislavová, 2008, s. 2). Altshuler (2001) popisuje výskyt příznaků 3. – 4. den. Symptomy vrcholí 5. – 7. den a vymizí do 12. dne po porodu (Altshuler in Praško, 2002, s. 40). Čech (2006, s. 256) též uvádí, že první dny po porodu se psychózy zpravidla neobjevují, vzestup začíná 3. až 4. den. Čepický (1999) baby blues považuje za období přechodné, jehož symptomy vrcholí 3. – 6. den a do 10. dne po porodu vymizí. Dále udává incidenci v rozsáhlém rozmezí 15 – 80 %. Příčina je nejasná a neovlivňuje ji sociální či rodinný stav. „*Je to jev trans kulturní*“ (Čepický, 1999, s. 15). Raboch (2002, s. 2) poporodní skleslost pokládá za mírně emoční poruchu, postihující asi 25 – 85 % rodiček.

Altshuler a spol. (2001) se spolu s Ratislovovou (2008), Rabochem (2002) a Čepickým (1999) shodují, že dochází ke kolísání nálady, zvýšené přecitlivosti, podrážděnosti, úzkosti, plačivosti, zmatenosti, únavy, časté nespavosti, pocitům strachu a neschopnosti vnímat lásku k novorozenci, z čehož pramení sebeobviňování (Altshuler in Praško, s. 40, 2002; Ratislavová, s. 2, 2008; Raboch, 2002, s. 2; Čepický, 1999, s. 15). Pokud příznaky do 14 dnů nevymizí, hrozí velké riziko rozvoje poporodní deprese (Altshuler in Praško, 2002, s. 40). Raboch (2002, s. 2) ve své odborné studii uvádí, že u asi 20 % případů žen trpících poporodní skleslostí dochází k prohloubení psychopatologie a k rozmachu depresivní epizody.

## **2.2 Psychika ženy v pozdním šestinedělí**

Ratislavová (2008) uvádí, že v pozdním poporodním období hlavní roli hraje osobnost ženy, kvalita partnerského vztahu a socioekonomické podmínky. Velmi záleží na zkušenostech matky s péčí o novorozeně, na samotném dítěti a míře podpory od rodiny. Pokud žena na sebe klade hodně vysoké nároky, chce být dokonalá matka, může to u ní vyvolat podněty pro vznik psychické nestability. Nespokojené, neklidné a plačivé dítě může matku přivádět do nejistoty, zda správně vykonává mateřské povinnosti. Vzájemné působení matky a dítěte se poté může komplikovat a vést k začarovanému kruhu, kdy si matka není jistá správností péče o dítě, nesprávně



vyhodnocuje reakce dítěte a chybí ji odporná pomoc. A potom se kvůli své nejistotě dopracovává ke skutečným chybám. (Ratislavová, 2008, s. 1-4)

### 2.2.1 Poporodní deprese

Dle názoru Jedličkové (2008) postpartální deprese představuje velice závažnou psychickou nemoc, která dokonce může ohrozit ženu a její dítě na životě. Dále uvádí, že je možný výskyt PPD v jakémkoliv období po ukončení těhotenství, od abortu (tzv. postabortionní syndrom) přes extrauterinní těhotenství po spontánní, eventuálně operativní porod.

Někteří autoři se společně shodují, že poporodní deprese se vyskytují obvykle mezi 6. - 12. týdnem po porodu (Praško, 2002, s. 39 – 44, Ratislavová, 2008, s. 91, Raboch, 2002, s. 1 – 7, O'Hara et. al in Bareš, 2002, s. 11 – 22 ). Jedličková (2008, s. 86 - 90) ve svém odborném výzkumu popsala, že již v 4. – 6. týdnu je rodička ohrožena vznikem poporodních depresí. Taktéž dva autoři společně upozornili, že postpartální deprese se mohou objevit kdykoliv během prvních šesti měsíců dokonce až do jednoho roku od narození dítěte (Ratislavová, 2008, s. 91, Praško, 2002, s. 39 – 44).

Z výzkumu Rabocha (2002, s. 1 – 7) vyplývá, že velká poporodní deprese postihuje 10 – 22% rodiček a více mnohdy adolescentní dívky. Seifertová et. al (2009) napsali, že PPD trpí 12 – 16 % žen. Ženy, které se již s depresivní epizodou v životě potkaly, jsou ohroženy až v 25 % případech vznikem poporodní deprese (Seifertová et. al, 2009, s. 508 – 510). Výsledky jedné výzkumné práce ukazují, že rodičky mají až o 15 % vyšší riziko vzniku závažné depresivní poruchy než ženy, které nikdy neporodily. Podle studie, které se účastnilo, až 6 000 rodiček se prevalence rozvoje velké PPD během dvou měsíců po porodu odhaduje na 15 % (Smith et. al., 2004, s. 31 – 37).

Rohde a Dorn (2007) rozlišují tři typy postnatální deprese, které se liší příznaky i strategií léčby:

a) „*Insuficientní typ*“ se vyskytuje nejčastěji. Upozorňují na něj především pocity nedostatečnosti. Nedělka si vsugeruje, že je špatná matka. Dojmy nejistoty velice

zesilují a jsou ambivalentní, dokonce matka pociťuje agresivní impulzy k dítěti. Jestli se tento druh depresivních událostí neřeší, vede k hlubšímu zoufalství a beznaději až k chronickým depresím.

b) „*Nutkavý typ*“ – klíčovým příznakem jsou nutkavé, nepříjemné myšlenky (ublížit dítěti), které nahánějí v matce pocity viny a strachu. Je nutné rozeznat, zda se jedná o akustické halucinace s rozkazovacím důrazem, jak je tomu u psychóz.

c) „*Panický typ*“ má náhlý vznik. Pocity úzkosti a hrůzy doprovází pocení, hyperventilace, palpitace srdce. V průběhu záchvatu může mít matka strach z omdlení i ze smrti (Rohde a Dorn in Ratislavová 2008, s. 1 – 4)

Cox a Holden (2003) uvádí, že poporodní deprese se zásadně liší svým průběhem i příznaky od depresí vyskytujících se v jiném časovém období. Termín poporodní deprese neznamena, že se deprese musí vždy vyvinout po porodu a nemusí být způsobena stresem z porodu (Cox a Holden in Jomeen., 2004 p. 144-145 ).

Jedličková (2008) uvedla termín tzv. mužské šestinedělí. Muži, jejichž ženy trpí PPD, jsou též ohroženi vznikem depresí. Ta dokonce postihuje až 42 % tatínků (Jedličková, 2008, s. 86 – 90).

Výzkum probíhající od února 2006 do ledna 2007 ve Svitavské a Pardubické krajské nemocnici měl za cíl zjistit informovanost žen o poporodních depresích, upozornit zdravotní veřejnost na závažnost psychických poruch po porodu a dále navrhnout screeningový dotazník. Ten by byl zařazen do ošetrovatelské dokumentace, aby v praxi usnadnil diagnostiku problémových skupin. Dotazníkové studie se zúčastnilo 200 respondentek, a to ženy 3. den po spontánním porodu a 5. den po císařském řezu a dále 50 žen po ukončení šestinedělí. Z výzkumného dotazníku vyplývá, že v průměru 22 % žen je ohroženo PPD a také by potřebovalo odborné vyšetření psychologem. Relativně dobře bylo informováno ve Svitavské nemocnici o PPD 60 % žen a 40 % žen nemělo žádné informace o pospartální depresi. V pardubické nemocnici tomu bylo naopak a dokonce se zde častěji vyskytovaly příznaky i rizikové faktory PPD. Nejvíce informací se rodičky dozvěděly od porodních asistentek, pak z předporodních kurzů a internetu, na posledním místě od lékařů. (Jedličková, 2008, s. 86 – 90).

Cílem prezentované studie prováděné u 79 žen hospitalizovaných v lednu a únoru 2010 na oddělení šestinedělí v Městské Ostravské nemocnici a v Nemocnici

Frýdek-Místek bylo zjistiť výskyt emočních změn u žen v raném šestinedělí. Byl použit dotazník EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) který byl roku 1999 Honzákem přeložen do češtiny. Dotazník obsahuje 10 otázek, kde šestinedělka vyjadřuje své emoce. Kritická hranice je 20 bodů, té dosáhly pouze dvě respondentky. Jedním z úkolů zkoumání bylo vypátrat, jestli věk rodičky ovlivňuje vznik PPD. Nejstarší ženy (40 a více let) byly hodnoceny průměrným počtem 8,8. Průměrné skóre u žen ve věku 30 – 39 let je 8,21 bodů. Mladší rodičky (21 – 29 let) dosáhly značné hodnoty – 11,4 bodů. Studie tedy zjistila, že nejvíce ohroženy postnatální depresí byly mladistvé rodičky. Nejmenší sklon k PPD měly matky se dvěma dětmi, dále ženy se třemi dětmi. Vyšší predispozici měly druhorodičky s jedním dítětem a ženy se čtyřmi dětmi. Nejvyšší sklon k PPD dle dotazníku mají prvorodičky s 13,5 body (Bohdanová, Moniaková, 2010, s. 121 – 123).

První riziko rozvoje PPD je po propuštění ženy a dítěte z porodnice do domácího prostředí. Žena se dostává do role matky, která je většinou pro ni nová a přebírá veškeré povinnosti a zodpovědnost. Chybí jí konzultace a rady od odborníka. Dalším rizikovým obdobím pro rozvoj PPD je druhý až třetí týden po příchodu z nemocnice, kdy většinou klesá pomoc od příbuzných (Ratislavová, 2008, s. 91).

Autoři se kolektivně shodují, že mezi symptomy poporodní deprese převládají pocity beznaděje, bezmocnosti, nejistoty a strachu, podrážděnosti, sebevýchytky, dále nerozhodnost, úzkost, insuficience, zvýšená únava až vyčerpanost. Smutná nálada se může rozvíjet do deprese rozdílné intenzity (Praško, 2002, s. 39 – 44; Ratislavová, 2008, s. 91, Raboch; 2002, s. 1 - 7; Čepický 1999, s. 217 – 235). Seifertová et. al (2009) a Praško (2002) se dále shodují, že depresivní matky ztrácí schopnost pečovat o dítě. Odsuzují se za to, že dítě nechtěly a nedokážou ho mít rády. Domnívají se, že jako matky selhaly a obávají se, že je partner opustí. Postupně se vyhýbají kontaktu s okolím, netěší se z věcí, které dříve měly rády. Také často pláčou, trpí urputnou nespavostí a ztrácí chuť k jídlu (Seifertová et. al, 2009, s. 508 – 510; Praško, 2002, s. 39 - 44).

Postpartální deprese může souviset a navazovat na poporodní skleslost nebo se vyskytne bez předešlých emociálních změn. Jedličková (2008) ve svém výzkumu dále uvádí, že u 10 – 15 % žen může trvat do příštího těhotenství. Nejintenzivnější deprese přichází záhy po porodu, méně silnější začínají od dvou týdnů do jednoho roku

po narození dítěte. Ovšem postupně se mohou rozvinout do depresí odlišné intenzity až v poporodní psychózu (Jedličková, 2008, s. 86 - 90).

### **2.2.2 Poporodní psychóza**

Dříve označovaná jako „laktační psychóza“ (tento výraz jako odborný nepoužívají ani klasické učebnice porodnictví) se vyskytuje velmi vzácně, ale představuje nejzávažnější formu postihující 1 – 2 situace na 1 000 porodů (Kennedy in Praško, 2002, s. 39 – 44). Praško (2002, s. 39 - 44) uvádí, že se objevuje již během 48 – 72 hodin až několik týdnů po porodu. Ratislavová (2008) popisuje, že se poporodní psychóza rozvíjí obvykle v prvním týdnu až v patnácti dnech po porodu. Je přítomna u 0,1 – 0,2 % nedělek (Sobotková, Šembera in Ratislavová, 2008, s. 92). Fait (2006) uvádí výskyt psychóz s frekvencí 1 na 400 porodů, obzvláště u prvorodiček ve věku 25 – 35 let. Klinické projevy nejsou jednotné. Mohou se vyskytnout stavy amentní, delirantní a stavy expresivně manické charakteru exogenní psychózy. Tyto těžké stavy mohou trvat až 3 měsíce. Psychózy typu endogenní deprese se objevují mezi 10. – 30. dnem od narození dítěte. Pozdní druh psychózy nastupující 3 – 4 měsíce po porodu vykazuje schizofrenní formu (Fait, 2006, s. 7).

Puerperální psychózu zpravidla představují těžší psychotické deprese s agitací, dezorientací. Mohou se také vyskytnout halucinace, bludy. Nejčastěji propuknou 3. – 4. den po porodu uvádí Raboch (Raboch 2002, s. 1 – 7). Praško (2002) uvádí, že je nutná urgentní hospitalizace, protože matka ztrácí kontakt s realitou. Matka i dítě jsou ohroženy na životě (Praško, 2002, s. 39 – 44).

### **2.2.3 Rizikové faktory poporodních psychických změn**

**Psychosociální činitelé** – shoduje se více autorů, patří sem:

- negativní, stresující životní události
- nedostatečná a nepříznivá socioekonomická situace
- nestabilita a problémy v partnerském vztahu
- psychologická nepřipravenost a negativní vztah k mateřství

- pohlavní zneužívání v dětství

(Beck Cox et al., in Praško, 2002, s. 39 – 44; Ratislavová, 2008, s. 91; Leigh and Milgrom, 2008, s. 1-2).

**Biologické faktory jsou:**

- předcházející epizoda deprese v anamnéze (u 30 % žen, které v minulosti zažily depresi, se rozvine opět deprese po porodu)
- depresivní příhoda po předešlém porodu (u 52 – 62 % žen se objeví nová depresivní příhoda po dalším porodu)
- depresivní porucha u pokrevných příbuzných (Kennedy in Praško, 2001, s. 39 - 44);
- anamnéza poporodní psychózy (Ratislavová, 2008, s. 91).

**Porodnická rizika mohou zahrnovat:**

- obtíže, které souvisí s graviditou (preeklampsie, hyperemesis, předčasné kontrakce)
- komplikace spojené přímo s porodem (předčasný porod, instrumentální porod, nadbytečné intrapartální krvácení, akutní i připravovaný sectio caesarea) (Robertson et al., 2003, p. 35).

**Je potřeba zohlednit závažnost těchto rizikových faktorů:**

- přítomnost sebepoškozujícího a sebevražedného chování
- aktuální stupeň funkčního postižení (způsobilost k základní péči o sebe)
- riziko pro potomka plynoucí z chorob matky
- diagnostiky k vyřazení odlišné duševní poruchy

Chung et al. (2001) zjistili velmi významnou souvislost mezi depresí a instrumentálním vedením porodu. Císařský řez a využití epidurální analgezie zvyšuje rozvoj PPD (Chung et al. in Jomeen., 2004, p. 144-145). Study in Australia (2003) provedla výzkum u žen, které urgentně musely podstoupit císařský řez. Výsledky uvedly sedmkrát vyšší nebezpečí rozvoje PPD (Hay et. al, in Ratislavová, 2008, s. 91).

Raboch (2002) a Čepický (1999) ve svých pracích upozornili na častější vznik depresivní příhody u lidí trpících tyreopatií. 1 – 5 % žen s PPD má v anamnéze poruchu funkce štítné žlázy (Raboch, 2002, s. 1 – 7; Čepický 1999, s. 217 - 235).

Beck (1996) zjišťoval účinek neplánovaného, nechtěného těhotenství a rozvíjející se deprese. Výsledky jeho šesti studií zahrnovaly 1200 žen a prokázaly malý vliv na rozvoj PPD (Beckin Robertson et. al., 2003, p. 36). Tyto výsledky podpořil Warner et al. (1996), který zjistil značnou spjitost mezi neplánovaným těhotenstvím a depresí po 6 týdnech od porodu na vzorku 2375 žen (Warner et al., in Robertson et. al., 2003, p. 36). S americkými autory se shoduje i Raboch (2002), který ve své práci popisuje, že disponujícím faktorem je nechtěné těhotenství, stejně jako stresové události, či špatné sociální a partnerské okolnosti. Ovšem dle jeho názoru nejsou přesné příčiny rozvoje depresí v postpartálním období úplně jasné. Podle něj hlavním faktorem stále zůstává genetická dispozice (Raboch, 2002, s. 1 – 7).

Johnstone et al. (2001) shledal zvýšené riziko PPD u 490 žen, které mají v rodinné anamnéze psychiatrické onemocnění. Významným prediktorem je poporodní psychóza (Johnstone et al. 2001 in Robertson et. al., 2003, p. 38).

Beck (1996) a O'Hara and Swain (1996) se ve svých studiích, kterých se zúčastnilo celkem 428, resp. 600 těhotných žen, shodují, že úzkost má značný vliv na PPD (Beck a O'Hara and Swain 1996 in Johnstone et al. in Robertson et. al., 2003, p. 38-39).

Raboch (2002) uvádí informaci, že duševní poruchy se vyskytují daleko více po narození mrtvého dítěte a potratech, než po fyziologickém porodu. Depresivní příznaky se objevují až u 40 % žen, a to během první poloviny roku po ukončení těhotenství. Délce samotné gravidity byla přímo úměrná intenzita depresivních stavů s tím, že byl taktéž navýšen výskyt úzkostných stavů, obsedantně kompulzivních i somatizačních poruch. Tyto klientky musí být pozorovány ve zvýšené míře v případech dalších těhotenství vzhledem k tomu, že je výrazně zvýšená pravděpodobnost recidiv depresivních a úzkostných poruch a stavů (Raboch, 2002, s. 1 – 7).

### 3 TERAPIE PSYCHICKÝCH PORUCH

Uvedenou problematikou se u nás zabývá Čepický, Bareš, Praško, Mohr, Ratislavová, Seifertová a Vrzalová. V zahraničí se problematice věnuje Goodman, Gossler, Freeman, Horowitz, Smith a Wisner. V následující kapitole se budu věnovat terapii psychických poruch v období gravidity a puerperálním období.

#### 3.1 Psychosociální prevence

Prevence psychických poruch v těhotenství a poporodním období by měla být zaměřena jak na potencionální rizikové skupiny žen, tak i na psychicky zdravé ženy. Praško (2002) ve svém odborném článku uvádí, že velkou pozornost bychom obzvlášť měli věnovat ženám, které prožily negativní, stresující životní události, v minulosti se již setkaly s psychickými poruchami, trpěly premenstruačním syndromem, prošly rizikovým těhotenstvím a komplikovaným porodem. Následující informace, jak předcházet psychickým komplikacím, by měli znát oba nastávající rodiče:

- Informace, edukace, vzdělávání budoucích rodičů, zamezit vzniku různých domněnek a mýtů
- Zajistit si podporu rodiny, přátel
- Přehodnotit priority, nezabývat se nedůležitými úkoly
- Nesnažit se vše zvládat a chovat se dokonale
- Neodmítat oblíbené, příjemné aktivity (snížit jejich náročnost)
- Po porodu se snažit hodně odpočívat, naučit se klidovému režimu a relaxaci
- Mluvit o svých problémech s přáteli, rodinou
- Zajistit si spolehlivého lékaře pro sebe i dítě (Praško, 2002, s. 54 – 55).

## **3.2 Psychoterapeutická léčba**

Psychoterapie se používá u klientky bez premorbidní závažnější poruchy osobnosti, kdy pacientka spolupracuje a projevuje zájem o dobrý terapeutický vztah a psychoterapeutickou spolupráci (Praško, 2002, s. 54 – 55). Seifertová et al. uvádí, že průměrně inteligentní těhotné ženy většinou nechtějí a obávají se užívat jakékoliv léky a chtějí být informovány o variantách léčby psychoterapií. Dále popisuje, že psychoterapii by měli provádět jen specializovaní a kvalifikovaní lékaři. V ordinaci praktického lékaře se jedná o podpůrnou psychoterapii (Seifertová et al. 2009, s. 511). Někteří autoři se společně shodují, že v případě výskytu slabých až středně obtížných depresivních příznaků by měly být na prvním místě učiněny pokusy ovlivnit deprese těhotné ženy nefarmakologickou léčbou, a to obzvláště v prvním trimestru těhotenství (Bareš, 2002, s. 18 – 19; Praško, 2002, s. 54; Seifertová, 2002, s. 45 – 46).

Praško (2002) uvádí, že léčebná strategie úzkostných poruch v těhotenství a po porodu se neliší od léčby netěhotných žen. Léčba spočívá v kognitivně-behaviorální terapii, která je plánovaná tak, aby vyhovovala potřebám těhotné klientky a jejímu partnerovi, jenž s těhotnou ženou spolupracuje a pomáhá jí řešit problémy (Praško, 2002, s. 54 – 55). Sjogeren a Thomas ve své studii popisují, že pro těhotnou ženu je nejvhodnější léčbou úzkostných změn psychoterapie. Právě tato léčba na rozdíl od farmakoterapie nezatěžuje ženu a dítě, cíleně ovlivňuje nejen ženu, ale i fungování rodiny, a také má kladný vliv na případné další těhotenství. Dále se autoři shodují, že psychoterapie má stabilnější efekt léčby a dokonce snižuje o 50 % obavy z porodu i počet instrumentálních porodů (Sjogeren a Thomas in Praško, 2002, s. 51).

### **3.2.1 Kognitivně-behaviorální terapie**

Z výsledků výzkumů Praška vyplývá, že léčba úzkostných poruch pomocí kognitivně behaviorální terapie (KBT) se v graviditě a po porodu neliší od běžných postupů KBT. Terapeut klientku seznámí s podmínkami léčby, snaží se s ní vytvořit terapeutický vztah a motivuje ji ke spolupráci (Praško, 2002, s. 51).



O'Hara (in Praško, 2002, s. 51) tvrdí, že KBT učí klientku, jak kladně ovlivnit své myšlení, emoce, postoje a chování. Simpson a Noble (in Praško, 2002, s. 51) ve své studii uvádí, že u klientek s lehkou a středně těžkou depresivní epizodou je na prvním místě volby KBT, než medikamentózní léčba. Délka léčby je ve většině případů 12 až 14 týdnů. Hlavním záměrem terapie je učení se, jak změnit a nahradit negativní myšlenky a pocity za kladné (Horowitz a Goodman, 2004, p. 268).

Praško (2002) ve své odborné práci popisuje postup léčby, při které je nejpodstatnější edukace o projevech poruch. Probírá se vše podstatné, co patří k poporodnímu období. Na začátku je nutné vyhodnocení depresivních prožitků a chování. Jako nejlepší se ukázalo zahájit léčbu zásadní změnou depresivního chování, a to diskuzí nad jejím běžným denním programem. Z tohoto pohledu je zde velmi důležité zapojit do programu KBT léčby nejbližší osoby, ať už se jedná především o partnera, matku anebo blízkou přítelkyni. Pacientka nejvíce ze všeho potřebuje psychickou podporu, proto se musí přesně určit, kterých instrumentálních činností se pomoc bude týkat. Při prvních úspěších by měla následně proběhnout pochvala a vyzdvižení zdařilých kroků. Tuto terapii doplňuje systém práce s depresivními myšlenkami. Jde zejména o pocity vlastní nedostatečnosti ve zvládnutí role matky, manželky či partnerky a také, aby žena nepochybovala o svém vzhledu a atraktivitě. Zajímavá je taky pochybnost o profesní zdatnosti, kdy se žena strachuje o ztrátu budoucích perspektiv (Praško, 2002, s. 54 – 55).

### **3.2.2 Interpersonální terapie**

Terapie poporodních depresivních stavů závisí na typu a vážnosti symptomů. Poporodní skleslost může vyřešit emociální podpora ženě a pomocná ruka s péčí o novorozence. V odborné studii Elkina a kol, prokázala interpersonální léčba u lehkých a středně těžkých depresivních stavů velice nadějně výsledky, kdy její efektivita je obdobná s účinností psychofarmak (Elkin a spol. in Praško, 2002, s. 41). Praško ve své odborné práci upozorňuje, že zásadním problémem, na který se interpersonální terapie u poporodních změn zaměřuje, je změna role ženy po porodu a interpersonální konflikty. Prvním cílem, kterého se chce v léčbě dosáhnout, je snížení depresivních příznaků, zvednutí sebehodnocení

a za druhé rozpracování účinné taktiky v jednání matky. Problémy v sociální roli mohou být prvním podnětem pro rozvoj depresivních stavů, a proto se žena postupně učí zvládat svou novou mateřskou i partnerskou roli, snaží se adaptovat na požadavky, nároky dítěte i ostatních (Praško, 2002, s. 41).

Honey et. al. realizovali průzkum, ve kterém se zaměřili na efektivitu skupinové interpersonální terapie u léčby postnatální deprese. Respondentky rozdělili do dvou skupin, kdy jedna část podstoupila obvyklou primární terapii a druhá skupina navštěvovala osmitýdenní skupinovou interpersonální psychoterapii. U 58 % žen ve skupinové terapii příznaky plně vymizely, přechodně vymizely u 29 % respondentek a u 11 % žen nedošlo k žádnému zlepšení (Honey et. al. in Horowitz a Goodman, 2004, p. 268). Smith et. al., poukazuje na studii, která též prokázala účinnost IPT u depresivních epizod i úzkostných změn. Studie se zúčastnilo 99 žen po porodu a byly dvanáct týdnů léčeny interpersonální terapií. U všech těchto pacientek přinesla léčba až dvojnásobné zlepšení psychického stavu než u žen, které odmítly podrobit se této léčbě (Smith et.al, 2004, s. 31 – 37).

### **3.2.3 Elektrokonvulzivní terapie v těhotenství**

Seifertová (2002) ve své odborné studii o elektrokonvulzivní terapii (EKT) uvádí, že EKT se řadí k bezpečné a efektivní léčbě psychických změn (Seifertová, 2002, s. 45-46). Krumholz popisuje, že v předešlé době byla gravidita považována za kontraindikaci EKT, avšak v posledních deseti letech se především při léčbě depresivních poruch v těhotenství řadí k první volbě léčby. Krumholz dále uvádí, že ze studií bylo zjištěno, že záchvatová rychlost se vlivem estrogenů redukuje a působení progesteronů ji zesiluje (Krumholz in Seifertová, 2002, s. 46). Po EKT dochází k navýšení produkce těchto tzv. těhotenských hormonů, což na psychiku ženy má kladný účinek (Seifertová, 2002, s. 46). Seifertová (2002) tvrdí, že EKT je v těhotenství bezpečná a účinná léčba, ale jako každá léčba má svůj postup a ten se musí dodržovat. Dále ve své odborné práci uvádí schválené postupy EKT u těhotných:

- Běžné interní vyšetření před EKT

- Gynekologické vyšetření a vyloučení kontraindikací (dilatace děložního hrdla, vaginální krvácení, riziko předčasného porodu, hypertenze včetně preeklampsie, gestační diabetes mellitus)
- Monitorovat děložní kontrakce jednu hodinu před a po EKT
- Den před terapií neužívat anticholinergika (zpomalují vyprazdňování žaludečního obsahu)
- Parenterální podání fyziologického roztoku, dvě hodiny před EKT
- Úprava žaludečního pH (podat sodium citrát)
- Omezit hypoventilaci během terapie
- Ve třetím trimestru při terapii podložit pravý bok klientky, abychom předešli aortální kompresi
- Kardiotokografická kontrola stavu plodu, při bradikardii zvýšit oxygenaci (Seifertová, 2002, s. 48).

Bareš (2002) elektrokonvulzivní terapii považuje za řešení u mírných až středně závažných depresí. Pokud se vyskytnou těžké rekurentní depresivní epizody s psychotickými symptomy, klientka by se měla léčit pomocí kombinované farmakologické terapie (Bareš 2002, s. 19).

### 3.3 Farmakologická léčba

Dle názoru Čepického (2002) se lékaři všeobecně obávají farmakoterapie v graviditě a samotné pacientky se většinou též brání užívání ordinovaných léků, raději nadužívají bylinky, minerály a vitamíny. Farmaceutické firmy většinou ve všech příbalových letácích uvádějí, že lék je v graviditě kontraindikován. Důvod těchto obav je historický. Čepický (2002) na základě výzkumů popisuje „základní pravidla farmakoterapie v těhotenství“:

- Nemoc sama znamená ve velké většině případů pro plod větší riziko než léčba.*
- Je-li terapie indikována, vůbec, je zpravidla indikována i v těhotenství.*
- Většina léků plod nepoškodí, ať udává výrobce cokoli.*
- Pokud možno volíme monoterapii.*

- e) *Pokud možno volíme přípravky staré a dávno používané.*
- f) *Terapie v těhotenství obvykle vyžaduje vyšší dávky.*
- g) *V těhotenství jsou kontraindikována homeopatika a „přírodní“ léky typu různých čajů, bylinných směsí a podobných přípravků.*
- h) *Při nejistotě je vždy možné kontaktovat gynekologa nebo genetika.“ (Čepický, 2002, s. 52 – 58).*

### **3.3.1 Léčba antidepresivy**

Bareš (2002, s. 16) poskytuje informaci, že lékařům pro snadnější výběr antidepresivní terapie slouží klasifikace U. S. FDA., která rozděluje farmaka na pět skupin dle jejich rizika teratogenity v těhotenství pro plod. Seifertová et. al., uvádějí, že při volbě daného množství léku je zapotřebí zohlednit účinnost a plazmatickou koncentraci léku, která je kvůli změně distribučního objemu v těhotenství zvýšena. Autoři ve svém odborném článku upozorňují na rizikové období pro nasazení léčby a tím je první trimestr gravidity. Vždy se musí vybírat antidepresivum s nízkým nebezpečím teratogenity. Výzkumy prokázaly, že tricyklická antidepresiva (TCA) i selektivní inhibitory vychytávání serotoninu (SSRI) mají nízké riziko teratogenity (Seifertová, et.al, 2009, s. 510). Dle zahraničních údajů v USA antidepresiva užívá 7 % těhotných žen. V ČR nejspíš doposud nejsou údaje o míře užívání AD v graviditě. Na psychiatrické klinice a ve FN Brno probíhal výzkum, který měl za cíl určit počet těhotných pacientek užívajících antidepresiva nebo benzodiazepiny, dále zjistit počet pacientek léčících se s depresí nebo úzkostí v graviditě a v poslední řadě zaměřit se na komplikace v průběhu těhotenství a porodu. Dle výsledků výzkumu užívalo v graviditě antidepresiva nebo benzodiazepiny 2 – 3 % žen, po porodu nebyly prokázány perinatální komplikace ani malformace plodu, ve srovnání s novorozenci, jejichž matky AD/BZD neužívaly. V porovnání s USA není zatím v České republice terapie antidepresivy a benzodiazepiny tak četná (Vrzalová, 2012, s. 16 – 17). Ovšem údaje z rozsáhlých populačních studií s desetitisíci porody poukázaly na eventuelní spojitost s některými typy vrozených vad (např. vady septa, omfalokéla, anencefalie). Specializovaná studie v Kanadě u 120 000 porodů upozornila, že monoterapie SSRI zvyšuje výskyt vrozených vad septa a spojení léčby SSRI

s benzodiazepiny zesiluje nebezpečí vzniku srdečních vad. Je velice zajímavé, že léčba v průběhu prvotního trimestru nesouvisí s výskytem malformací. Na podkladě publikovaných dat nemají zcela nová antidepresiva (venlafaxin, trazadon, nefazodon, mirtazapin, bupropin) vliv na zvýšený výskyt malformací plodu (Seifertová, Mohr et.al, 2009, s. 510).

### **3.3.2 Anxiolytika a hypnotika v těhotenství**

Podobně jako všechna ostatní psychofarmaka přestupují do placentárního oběhu embrya a plodu. (Altshuler at al., Arnon et al., in Mohr, 2002, s. 36). Pokud jde o teratogenní působení, výsledky starších studií předpokládají, že benzodiazepiny jsou v prvním trimestru spojené s vyšším výskytem rozštěpu rtu a patra (Laegreid et al., in Mohr, 2002, s. 36). Novější výzkumy Altshulerové a spol. (in Mohr, 2002, s. 36) tyto údaje zpochybňují a jejich závěry jsou rozporné. Bergman a spol. uvádí, že vyšší počet rozštěpů rtu a patra bývá nejčastěji vysvětlován současným užíváním alkoholu a drog. Z 104 000 sledovaných porodů v USA 80 gravidních žen pravidelně užívalo benzodiazepiny a současně silně konzumovaly alkohol a drogy. Dohromady bylo zaregistrováno pět úmrtí plodu a šest novorozenců se narodilo s vrozenými malformacemi (Bergman a spol. in Mohr, 2002, s. 36). Laegreid ve své odborné studii realizované ve Švédsku popsal u sedmi z osmi dětí, jejichž matky užívaly různé benzodiazeminy, kromě vrozených malformací i opožděný motorický vývoj a mentální retardaci. Dále zaznamenal nižší porodní hmotnost, perinatální komplikace a jiné neurologické postižení i příznaky intoxikace (Laegreid in Mohr, 2002, s. 37). Arnon et al., (in Mohr, 2002, s. 39) popisuje, že kvůli zvýšenému riziku vrozených malformací by se benzodiazepiny neměly vůbec podávat v prvním trimestru, případně jen v akutních stádiích nemoci.

### **3.3.3 Farmakologie a kojení**

Spousta žen vnímá zákaz kojení hodně negativně a kojit chce. Autoři se shodují, že na základě výsledků některých studií bylo doporučeno vysadit antidepresiva jeden až dva týdny před plánovaným termínem porodu, aby se zabránilo vzniku

abstinenčního syndromu u novorozenců (dlouho trvající pláč, hypotermie, apnoe, poruchy spánku atd.), (Bareš, 2002, s. 19 – 20; Seifertová, 2009, s. 510). Podle Altshulera et al.,(in Mohr, 2002, s. 40) při vysazení léčiv je potřeba pamatovat na značné množství relapsů. Vysazení medikace musí být pozvolné, jak ukazují výsledky studie Einarsonové a spol (in Hohn, 2002, s. 40), kdy se u 36 těhotných žen po náhlém vysazení antidepresiv a benzodiazepinů objevily výrazné psychické a somatické nežádoucí účinky, jedna třetina žen dokonce uvažovala o suicidii. Lékem první volby jsou podle výzkumů SSRI a to z důvodu snadného podání a nízké toxicity pro dítě. Výběr léků se musí řídit anamnézou pacientky, případně reakcí na předchozí terapii antidepresivy (Wisner et. al., in Horowitz and Goodman, 2004, p. 269). Seifertová et. al., uvádí, že antidepresiva jsou sice vylučována do mateřského mléka, ale ve studiích nebyly popsány nežádoucí účinky u kojených dětí. Z výzkumů vyplývá, že nejméně jsou ohroženi ti kojenci, jejichž matky užívají fluoxamin, imipramin, nortriptylin, sertralin (Seifertová, et.al, 2009, s. 510). Kojení je nevhodné u žen léčených lithiem, který je v těhotenství relativně kontraindikovaný, ale v některých případech nenahraditelný. Kojenec je ohrožený váhovým úbytkem, dechovým útlumem, vznikem srdečních vad, poruchou funkce CNS, funkce ledvin, cyanózou a hypotonií. Před léčbou je důležitá domluva s ošetřujícím neonatologem (Čepický, 2002, s. 56 – 58). Při rozhodování, zda bude matka kojit po dobu užívané farmakoterapie, je nezbytné informovat klientku a jejího partnera o možných zdravotních rizicích, kterými je dítě do budoucna ohroženo (Burt in Mohr, 2002, s. 40).

### **3.4 Alternativní léčba**

Samotné pacientky často vyhledávají jiné řešení léčby, strachují se účinků farmakologické léčby na dítě. Většinou vědí, že psychotropní léky jsou vylučovány do mateřského mléka (Čepický, 2002, s. 52 – 58). Alternativní terapie, do které spadá aromaterapie, masáže, akupunktura, relaxační techniky a bylinné doplňky stravy jsou obecně u žen populární. Poskytují úlevu od různých zdravotních potíží i v těhotenství u depresivních, úzkostných a stresových stavů (Freeman in Gossler, 2010, p. 31 – 32). Dong (in Gossler, 2010, p. 31 – 36) z klinických údajů poukazuje na akupunkturu,

kteřá je bezpečnou a velice účinnou terapií při úzkosti těhotných žen. Výzkumy objevily, že akupunktura má vliv na chronické úzkosti i deprese, ale přínos k léčbě PPD je velice nepatrný (Freeman et. al., in Gossler, 2010, p. 32). Výzkumy potravinových doplňků jako jsou omega-3 polynenasycené mastné kyseliny prokázaly, že mají příznivý účinek na postnatální deprese. Tyto kyseliny se nacházejí v rybách, ale výzkumníky znepokojuje možná kontaminace ryb s těžkými kovy (Freeman, Weier and Beal in Gossler, 2010, p. 31 – 32). Účinky masážní terapie se využívají už stovky let ke zmírnění napětí, zvýšení krevního oběhu, snižují vnímání bolesti, svalového napětí. Klinické výzkumy ukazují, že masážní terapie je hodně účinná i právě pro léčbu deprese, úzkosti a stresu. (Field in Gossler, 2010, p. 31 – 32). Burns et. al zkoumali vliv masáže a aromaterapie u 8 058 žen. Při masáži použili deset éterických olejů a některé éterické oleje, obzvlášt levandule a rozmarýn, snížily u těhotných žen strach a úzkost. Tato kombinace velice kladně působila i na porodní bolesti a nevolnost (Burns et. al., in Bastard and Tiran).

## ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo shromáždit a nastudovat dostatek zdrojů a vytvořit tak přehledovou studii. Problém byl stanoven ve formě otázky: „Jaké byly publikovány informace o psychických změnách v graviditě a poporodním období a jaké byly publikovány poznatky o terapii psychických změn?“. Poté byly stanoveny tři cíle, kterými se bakalářská práce zabývá.

První cíl zahrnuje poznatky o psychických změnách v období gravidity. Autoři (Čepický, 1999; Praško, 2002; Ratislavová, 2008; Wiklund et. al., 2009) se shodují, že těhotenství je velice podstatná a důležitá událost v životě ženy, doprovázená psychickými změnami, které mohou být ovlivněny stresujícími faktory zahrnující sociální, somatické problémy jako mohou být například deprese v průběhu těhotenství a po porodu. Jestliže těhotná žena v osobní, rodinné anamnéze uvádí depresivní a úzkostné změny, je prevalence vzniku těchto duševních změn zvýšena až o 43 %. Dále se autoři (Bareš, 2002; Leigh and Milgrom, 2008; Praško, 2002; Ratislavová, 2008) ve svých odborných výzkumných studiích shodují na rizikových faktorech a příčinách rozvoje psychických poruch. V období gravidity dochází k regresi psychického prožívání těhotné ženy, hlavní roli zde hraje osobnost, věk a dosažená psychická zralost ženy. V bakalářské práci byly také zahrnuty i studie, které se zabývaly zda stresové situace, úzkost a deprese ovlivňují plod a novorozence. Ty poukázaly, že výše uvedené faktory ovlivňují například předčasný porod, fetální úmrtnost a motorický vývoj dítěte.

Ve druhém cíli práce jsou předloženy poznatky o psychických změnách v puerperálním období. Z odborných článků vyplynulo, že poporodní období je nejrizikovější etapa v životě ženy, kdy nejčastěji mohou vzniknout duševní poruchy. Autoři (Čech 2006; Praško, 2002; Raboch, 2002) se shodují v tom, že proměnlivou, zhoršenou náladu prožívá větší počet žen po porodu. Autoři (Burian in Roztočil 2008; Raboch, 2002, Cox, Nonacs a Cohen in Praško, 2002) popisují tři typy puerperálních poruch nálady ženy – poporodní blues, deprese a puerperální psychózu. Dále autoři, (Altshuler in Praško, 2002; Čepický, 1999; Ratislavová, 2008; Raboch 2002) na základě výsledků, považují poporodní blues za přirozenou adaptační odezvu



organismu ženy, která se vyskytuje ve všech kulturách. Je potřeba si uvědomit, že tato skleslost může vést k prohloubení psychopatologie a k vzniku depresivní epizody. Také autoři (Jedličková 2008; O'Hara et. al in Bareš, 2002; Praško, 2002; Ratislavová, 2008; Raboch, 2002) společně upozornili, že postnatální deprese se mohou objevit kdykoliv během prvních týdnů dokonce až do jednoho roku od narození dítěte. Autoři uvádí, (Bohdanová a Moniaková, 2010; Ratislavová, 2008; Rabocha 2002; Seifertová et. al, 2009) že většinou jsou ohroženy adolescentní, starší rodičky a ženy s pozitivní anamnézou. Urgentní hospitalizace je nutná u matek s puerperální psychózou, která může ohrozit život matky i dítěte. Do rizikových faktorů poporodních psychických změn, na kterých se autoři (Beck, Cox et. al., in Praško; Leigh and Milgrom, 2008; Raboch, 2002; Ratislavová, 2008; Robertson et. al., 2003) kolektivně shodují, spadají psychosociální činitelé, biologické a porodnické rizikové faktory.

Třetí cíl dokládá poznatky o možnostech terapie psychických změn v průběhu těhotenství a po porodu. V této kapitole jsou shrnuty poznatky z odborných výzkumů na psychotherapeutickou, farmakologickou a alternativní léčbu. Důležitá je prevence psychických změn, která by měla být zaměřena na potenciálně rizikové skupiny žen. Autoři (Bareš, 2002; Praško, 2002, Seifertová, 2002) se společně shodují, že při výskytu slabých, středně obtížných depresí a úzkostných změn je na prvním místě volby léčby psychotherapie. Právě psychotherapie nezatěžuje ženu a dítě, také má kladný vliv na fungování rodiny a případné další těhotenství. Autoři (Elkin a spol., in Praško, 2002; Honey et. al. in Horowitz a Goodman, 2004; Smiht et.al, 2004) na základě výsledků odborných výzkumů prováděných u těhotných žen, které podstoupily kognitivně behaviorální terapii, interpersonální léčbu a elektrokonvulzivní terapii, potvrdili, že až u poloviny respondentek plně vymizely příznaky a došlo k zlepšení psychického stavu. Vyskytnou-li se těžké depresivní a úzkostné stavy s psychotickými příznaky, je nutné přistoupit k farmakologické léčbě. Vždy se musí vybírat farmakoterapie s nízkým nebezpečím teratogenity, protože všechna antidepresiva, benzodiazepiny, hypnotika, anxiolytika přestupují do placentárního oběhu. Pacientky se často strachují z farmakologické léčby, proto se vyhledávají alternativní terapie, do které se řadí aromaterapie, masáže, akupunktura, relaxační techniky a bylinné doplňky stravy.

Zajímavé by bylo provést další odborné studie, které by se zaměřovaly na to, zda na vznik depresivních a úzkostných změn těhotých žen a matek po porodu má vliv výživa anebo životní a sociální prostředí, ve kterém žijí.

Doporučila bych uvést do praxe vzdělávání porodních asistentek v oboru psychologie, zvýšit nabídku služeb v poporodním období ze strany laktačních poradkyň, privátních porodních asistentek, novorozeneckých sester.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ČECH, Evžen a kol., Porodnictví. 2. vyd., Praha:Ggrada Publishing a.s., 2006, s. 546, ISBN 80 – 247 – 1313 – 9
2. ČEPICKÝ, Pavel. 1999. Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Moderní gynekologie a porodnictví. Praha Volum 8(3), s. 215 - 242. ISSN 1211-1058.
3. ČEPICKÝ, Pavel., 2002. Psychofarmaka v těhotenství. Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii [online]. Praha: TIGIS, spol. s.r.o., 6(č. 2), s. 52 – 59 [cit. 2011-03-19]. ISSN 1211-7579. Dostupný z: [http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2002/suppl\\_02/07\\_suppl\\_2002\\_02.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2002/suppl_02/07_suppl_2002_02.pdf)
4. BAREŠ, Martin., 2002. Antidepresiva v léčbě depresivní poruchy v těhotenství a po porodu. Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii [online]. Praha: TIGIS, spol. s.r.o., 6(č. 2), s. 11 – 26 [cit. 2011-03-17]. ISSN 1211-7579. Dostupný z: [http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2002/suppl\\_02/03\\_suppl\\_2002\\_02.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2002/suppl_02/03_suppl_2002_02.pdf)
5. BASTARD, J., TIRAN, D., 2006. Aromatherapy and massage for antenatal anxiety: Ist effect on the fetus. Complementary Therapies in Clinical Practice [online]. Vol.12,(p. 48 – 54). [cit. 2011-03-30]. Dostupný z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16401530>
6. DUŠOVÁ Bohdana., MONIAKOVÁ Nikola., 2012. Emoční změny u žen v období šestinedělí. Ošetrovatelství a porodní asistence [online]. Ostrava: Lékařská fakulta v Ostravě, 1(č. 4), 121 – 123 [cit. 2011-03-21]. ISSN 1804 – 2740
7. DERQUIST, J., WIJMA, B., THORBERT, G., WIJMA, K., 2009. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, [online], Vol. 116 (5), (p. 672 – 680), [cit. 2011-11-08]. Dostupný z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x/pdf>

8. FAIT T., 2006. Šestinedělí. Moderní babictví [online]. Vyd. Praha. 2006(č. 9). s. 1 - 8 [cit. 2011-03-30]. ISSN 1214 – 5272. Dostupné z: <http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/?pdf=67>
9. FEDERENKO, S., WADHWA, P., 2004. Women's Mental Health During Pregnancy Influences Fetal and Infant Developmental and Health Outcomes. [online], Primary psychiatri: USA, 9(3), p. 1 – 10, [cit. 2011-02-23]. Dostupný z: <http://www.primarypsychiatry.com/asp/articleDetail.aspx?articleid=2742>
10. GOSSLER, M., 2010. Use of Complementary and Alternative Therapies During Pregnancy, Postpartum, and Lactation. Journal of Psychosocial Nursing, [online], Vol.48 (No. 11), (p. 30 – 36). [cit. 2012-03-30]. Dostupný z: <http://search.proquest.com/docview/762450862/fulltextPDF/1361F700D8A795DDF76/3?accountid=16730>
11. HOROWITZ, J.A., GOODMAN, J.H. 2005. Identifying and Treating Postpartum Depression. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing [online], 34, (No. 2)[cit. 2012-3-29]. Dostupný z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1177/0884217505274583/pdf>
12. JEDLIČKOVÁ, M., 2008. Obecný náhled na problematiku deprese po porodu z hlediska gynekologicko-porodnického. [online]. Svitavská nemocnice a.s. 2008, s. 86 – 90 [cit. 2011-03-02]. Dostupné z: [http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg\\_08\\_02\\_06.pdf](http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg_08_02_06.pdf)
13. JOMEEN, J., 2004. The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and the postnatal period as a multidimensional construct: A literature review. Clinical Effectiveness in Nursing. [online], (p. 144 – 155), [cit. 2011-02-08]. Dostupný z: <http://intl.elsevierhealth.com/journal/cein>
14. LEIGH, B., MILGROM, J., 2008. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. [online], BMC Psychiatry: UK, 8(24), p. 1 – 13, [cit. 2011-02-25]. Dostupný z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2375874/>
15. MANBER, R., BLASEY, C., ALLEN J. J. B., 2008. Depression symptoms during pregnancy. Archive of Women's Mental Health. [online], (p. 44 – 48), [cit. 2011-01-30]. Dostupný z: <http://www.springerlink.com/content/r74x236731667824/>

16. MAREK Vlastimil. Nová doba porodní, 1. vyd. Eminent Praha 2002, s. 260, ISBN 80-7281-090-1
17. MOHR, Pavel., 2002. Farmakoterapie úzkostných poruch a nespavosti v graviditě a laktaci anxiolytiky a hypnotiky. Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii [online]. Praha: TIGIS, spol. s.r.o., 6(č. 2), s. 31 - 44[cit. 2011-03-17]. ISSN 1211-7579. Dostupný z: [http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2002/suppl\\_02/05\\_suppl\\_2002\\_02.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2002/suppl_02/05_suppl_2002_02.pdf)
18. PRAŠKO, Ján., 2002. Psychoterapie poporodních depresí. Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii [online]. Praha: TIGIS, spol. s.r.o., 6(č. 2), s. 39 – 44 [cit. 2011-01-11]. ISSN 1211-7579. Dostupný z: [http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2002/suppl\\_02/09\\_suppl\\_2002\\_02.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2002/suppl_02/09_suppl_2002_02.pdf)
19. PRAŠKO, Ján., KOSOVÁ Jiřina., HERMAN Erik., 2002. Psychoterapie úzkostných poruch v těhotenství a poporodním období. Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii [online]. Praha: TIGIS, spol. s.r.o.. 6(č. 2), s. 54- 55 [cit. 2011-11-11]. ISSN 1211-7579. Dostupný z: [http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2002/suppl\\_02/10\\_suppl\\_2002\\_02.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2002/suppl_02/10_suppl_2002_02.pdf)
20. RABOCH, J., 2002. Poporodní a pooperační psychiatrické komplikace. Moderní gynekologie a porodnictví. Praha: LEVRET s.r.o. 2002, 11 (č. 1), s. 72-81. ISSN 1211-1058.
21. RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186.
22. RATISLAVOVÁ Kateřina., 2008. Psychologie časného poporodního období. Moderní babičství [online]. Vyd. Praha. 2008(č. 15). s. 1 - 4 [cit. 2011-02-27]. ISSN 1214 – 5272. Dostupné z: <http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=15>
23. RATISLAVOVÁ Kateřina., 2008. Psychologie pozdního šestinedělí. Moderní babičství [online]. Vyd. Praha. 2008 (č. 16) s. 1 - 4[cit. 2011-02-27]. ISSN 1214 – 5272. Dostupné z: <http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=6>

24. REGAN, A., R., G., at. al., 2005. Psychological predictors of prenatal anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, [online], Vol. 24, (No. 4), (pp. 497-519), [cit. 2011-02-23]. Dostupný z: [http://health.psych.ucla.edu/cds/pubs/2005%20GurungDunkelSchetter\\_Psychosocial%20predictors%20of.pdf](http://health.psych.ucla.edu/cds/pubs/2005%20GurungDunkelSchetter_Psychosocial%20predictors%20of.pdf)
25. ROBERTSON, E., CELASUN, N., STEWART, D. 2003. Risk factors for postpartum depression. In Stewart, D.E., at. al. *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Report for Toronto PublicHealth. Toronto: University Health Network and Toronto Public Health. [online], p. 36 - 40 ) [cit. 2012-3-19]. Dostupné z: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/lit\\_review\\_postpartum\\_depression.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf)
26. ROZTOČIL, A., et al. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, s. 405. ISBN 978-80-247-1941-2.
27. SEIFERTO VÁ, Dagmar., 2002. Elektrokonvulze v těhotenství. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii* [online]. Praha: TIGIS, spol. s.r.o., 6(č. 2), s. 45 – 51 [cit. 2011-03-18]. ISSN 1211-7579. Dostupný z: [http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2002/suppl\\_02/06\\_suppl\\_2002\\_02.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2002/suppl_02/06_suppl_2002_02.pdf)
28. SEIFERTO VÁ, D., MOHR P., PRAŠKO J., ČERMÁK J., 2009. Deprese a úzkost těhotných žen. *Praktický lékař* [online]. Praha: Psychiatrické centrum. 2009, 89(č. 9), [cit. 2011-02-21]. Dostupný z: [www.prolekare.cz](http://www.prolekare.cz)
29. SHARMA, S, SONAWALLA, S, PARIKH, F, PARIKH, R. 2005. Psychiatric disorders associated with pregnancy. *The Journal of Obstetric Gynecologic of India*. [online], Vol. 55, (No. 3) p. 219 – 227 [cit. 2012-1-15]. Dostupný z: <http://medind.nic.in/jaq/t05/i3/jaqt05i3p218.pdf>
30. SMITH, M., et. al., 2004. Perinatální deprese – čím dříve ji poznáte, tím lépe. *Gynekologie po promoci*. 2004, 4 (č. 6), s. 31 – 39. ISSN: 1213-2578
31. VRZALOVÁ, M. 2012. Deprese, užívání antidepresiv a benzodiazepinů v těhotenství a jejich vliv na perinatální okolnosti. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii* [online]. Praha: TIGIS, spol. s.r.o., 16(č. 1), s. 16 – 17) [cit. 2011-03-29]. ISSN 1211-7579. Dostupný z: [http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2012/suppl\\_01/04\\_odborna\\_sympozia\\_jesenik\\_1-12.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2012/suppl_01/04_odborna_sympozia_jesenik_1-12.pdf)

32. WISBORG, K., BARKLIN, A., HEDEGAARD, M., HENRIKSEN TB., 2008. Psychological stress during pregnancy and stillbirth: prospective study. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, [online], Vol. 155 (2), (p. 882 – 885). [cit. 2011-11-08]. Dostupný z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2008.01734.x/pdf>
33. WIKLUND, I., EDMAN, G., LARSSON, C., ANDOLF, E. 2009. First-time mothers and changes in personality in relation to mode of delivery. Journal of Advanced Nursing. 65 (8), [online], p. 1636–1644., [cit. 2011-02-08]. Dostupný z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2009.05018.x/abstract>
34. [WWW.en.wikipedia.org](http://www.en.wikipedia.org) [online] 2012 [cit. 2012 – 03 - 21]. Dostupné z: [www.en.wikipedia.org/wiki/Prenatal\\_and\\_perinatal\\_psychology](http://www.en.wikipedia.org/wiki/Prenatal_and_perinatal_psychology)