

Slovensko-Česká konference s mezinárodní účastí
Psychotraumatologie – Attachment – Psychoterapie, Trenčín 2012

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) po porodu – diagnostika a terapie

Michaela Mrowetz

Souhrn

Článek je zpracováním přednášky “PTSD po porodu – diagnostika a terapie” prezentované na konferenci Psychotraumatologie – Attachment – Psychoterapie v Trenčíně r. 2012. Rozděluje uváděnou problematiku do tří tematických celků. První část je zaměřena na identifikaci porodních procesů z hlediska bio-psycho-sociálně-sexuálního vývoje jedince, klasifikaci dopadů institucionalizace vývojových úkolů v návaznosti na psychosociální zrání rodinného systému, dynamiky rodiny a společnosti. V druhé části článku se vztahují ke klasifikaci posttraumatické stresové poruchy jako následku porodního procesu dle MKN-10, diagnostika je následně užitá v přiložených kazuistikách z praxe s uváděnou poruchou. Následně se zamýšlím nad rozvojem kolektivního traumatu jako reakce na násilí v předporodní, porodní a poporodní péči. Pozornost je věnována problematice eugenického přístupu k „prenatálním“ dětem s podezřením na vývojové vady. V závěru vyslovuji naději pro práci s problematikou v širším kontextu zdravotnické péče.

Klíčová slova: porod, posttraumatická stresová porucha, diagnostika, terapie, institucionalizace, stockholmský syndrom, postinstitucionalizační syndrom, kolektivní trauma, prenatální dítě, vývojová vada, moc, autoritářství, paternalismus, supervize, podpora, naděje.

Motto 1:

„Jsme přesvědčeni o tom, že násilí, které prožije dítě v děloze nebo u porodu, bude sloužit jako tichá aklimatizace a pasivní příjem násilí, které ovlivní vzory budoucích vztahů. Tato aklimatizace – v závislosti na frekvenci a závažnosti násilí – může ovlivnit fyzické a duševní zdraví jedince na další desetiletí.“

Dr. David Chamberlain - psycholog,

konference The Association for Prenatal and Perinatal Psychology and Health, San Francisco 1995.

Motto 2:

„Dialog je počátek naplňování smyslu.“

Dr. Helena Klímová - psycholožka,

konference Prix Irene „Trauma Sen Vědomí – traumatizované skupiny - hojení – identita“, Praha 2012.

Úvod

Porod lze vnímat, a to nejen z psychologického hlediska, jako pozitivní vývojový úkol bio-psycho-sociálního a sexuálního zrání jedince, rodiny a společnosti. Vzhledem k dynamickému, otevřenému prostoru prožitků v unikátní hormonální bilanci při porodních procesech, kterého se účastní bazální dvojice dítě – matka, lze také porod vidět jako vývojový krok spojený s existenciálním prožitkem konce i začátku. Biologické procesy bondingu – lepení, rané vazby, na něž nasedá rozvoj attachmentu, podporují překonání existenciální krize matky – proměny z těhotné ženy v matku,

její adaptaci na poporodní situaci, rozvoj „opatrovatelských“ kompetencí a také podporují imunologickou, emocionální a fyziologickou adaptaci dítěte na vnější svět (1). Jde o významnou změnu dynamiky celého rodinného systému.

Porod jako trauma?

Z psychologických výzkumů vyplývá, že ženy jsou náchylnější k prožití traumatu (2). Z mé zkušenosti s prací s klientkami navštěvujícími Ordinaci klinické psychologie a psychoterapie, a to v péči vyžádané institucemi či samotnými klientkami či doporučené jejich rodinnými příslušníky, se nabízí diagnostikovat popisovaný problém z hlediska Mezinárodní klasifikace nemocí, tedy charakteristickými rysy PTSD:

Ordinace klinické psychologie a psychoterapie, Ostrava, ČR

Adresa pro korespondenci: Mgr. Michaela Mrowetz,

Ordinace klinické psychologie a psychoterapie, Ostrava, ČR

E-mail: michaela.mrowetz@email.cz

1. **Katastrofická událost** – klientky vždy uvádějí prožití situace naplněné strachem o svůj holý život či o holý život blízké – milované osoby, prenatálního či rodičeho se, či narozeného dítěte v období prenatální, perinatální a postnatální péči.
2. **Znovuprožívání** – uvádějí opakované stereotypní prožívání situace ohrožení života - popisované negativní prožitky směrem k procesům porodu, zdravotníkům, porodnici, sny, strach z ostrých předmětů, sny, flash-backy.
3. **Vyhýbání** – vyhýbají se místu, kde prožily katastrofickou událost, a také situacím s ním spojených - po prožitém traumatu často volí jiné zdravotnické zařízení a provozují tzv. porodní turistiku – často v průběhu první doby porodní anebo před porodem jezdí i do stovky kilometrů vzdálených porodnic s lepší pověstí, mnohdy volí místo porodu mimo ZZ (zdravotnické zařízení), a to každá pátá z důvodu prožitého traumatu v ZZ – tzv. negativní volba (doma se bojí méně než v porodnici) (3). Mnohdy odmítání a vyhnutí se vědomě či nevědomě porodnímu procesu vede k tzv. sekundární sterilitě po předchozím normálním otěhotnění. Odmítají preventivní gynekologické kontroly při popisovaných projevech i partiální PTSD – nevyhledávají a vyhýbají se jakémukoliv dalšímu možnému kontaktu se situacemi podobnými traumatu, protože expozice problematické situace přináší zhoršení jejich psychického stavu, pokud tento není pečlivě psychoterapeuticky ošetřován.
4. **Iritabilita** – přecitlivost a dráždivost vůči tématům spojeným s prožitou katastrofickou událostí, tedy porodním procesem.

Charakteristické jsou symptomy pro projevy posttraumatu po porodu (4, 5):

- vtíravé a neodbytné pocity opakovaného prožívání traumatické události. Během dne pronikají do vědomí jako opakované vzpomínky. Emocionální náboj a živost vzpomínky se může blížit skutečně prožité situaci do takové míry, že je člověk může chápat jako skutečnou realitu a podle toho se chovat. V takovém případě se jedná o „zpětné záblesky“ čili „flashbacky“.
- mnohdy traumaticky „rodí“ své děti několikrát denně ve stereotypních rozhovorech s ostatními ženami či se svěřují donekonečna na internetových fórech, kde se bez možnosti adekvátní zpětné vazby nadále retraumatizují.
- v noci se jim opakují noční můry a děsy. Traumatické vzpomínky i sny se od normálních liší nemožností verbálního převyprávění, ulpívají tedy na pozitivním zážitku „přežít“ katastrofy porodu „hlavně že jsme to přežili a jsme zdraví“. Dalšími symptomy mohou být i častý pláč a pláč jako doprovodný projev svěřování se s porodním zážitkem známe od žen nejen z psycho-terapeutického procesu.

Klientky často uvádějí následně popisované symptomy poststresového syndromu, které opakovaně identifikují v jejich příbězích:

- **Deprese.**

- **Žal** – splňuje mnohdy kriteria patologického žalu: kulturní zvyklosti - tabu - "o tom" se nemluví – nemocnice neposkytují žádnou, ani základní krizovou intervenci odborníkem psychologem nebo psychiatrem, pokud ano, tak ji ženy vnímají jako „vyhrožování psychiatrickou péčí“, personál není vůbec, anebo velmi minimálně školen v nezvyklé komunikaci s čerstvými rodiči a otázka supervize personálu je neřešena.
- **Zpřetrhání citových vazeb** – dopady separace krátkodobé i několikaminutové při rutinním vyšetřování novorozence mimo kontrolu matky – po běžném fyziologickém porodu i dlouhodobé po operativním porodu či porodu předčasně narozeného dítěte odloučeného např. ve vedlejší budově či stovky kilometrů na specializovaném pracovišti.
- **Vina** se všemi stadii sebeobviňování mnohdy až se stockholmým syndromem, či na P–A–P konferenci uváděným postinstitucionalizačním syndromem – rodičky hledají vinu v sobě: „špatně rodily, špatně tlačily, špatně se o dítě staraly, či nejsou kompetentní se o dítě postarat vůbec, nejde jim kojení, jsou špatné matky, atd.“.
- **Nereálná očekávání** – předávání rodičovských kompetencí personálu a tím jeho neadekvátní zatěžování a otevírání prostoru pro možnost patologické moci u personálu.
- **Narušený spánek, strach, neschopnost adekvátní důvěry** partnerovi, dítěti, sobě, rodině, zdravotníkům.

Každá žena coby uživatelka zdravotnické péče v těhotenství, při porodu a po porodu je tématem senzitivována, sama jsem prošla léčbou díky senzitivaci identifikovaného poporodního traumatu a s rysy projevů senzitivace kolektivním traumatem se v supervizi střetávám dodnes. Práce s poporodním traumatem v oblasti psychoterapie, natož s kolektivním traumatem, je minimálně odborně zdokumentována. Pečlivě jsem hledala odborníky na poporodní kolektivní traumata, ale vzhledem k jejich malé dostupnosti jsem použila vzorec podobný práci s oběťmi násilných sexuálních trestných činů při práci se svými klientkami: **ventilace, uchopení a identifikace problémů, odčinění**, uvolnění-kontrola nad situací, **integrace** do osobní historie podle A treatment manual (6).

Vzorec práce ilustruji na následujících kasuistikách.

Anna (29 let)

Anamnéza: vdaná, středoškolačka, 1 těhotenství, 1 předčasný porod.

Kontakt: psychoterapii doporučil formálně gynekolog, před jím navrhovanou IVF 3 roky po porodu - sekundární sterilita, si sama řekla o psychologickou péči.

Problém: ztráta kompetencí po předčasném, traumatickém porodu kleštěmi, dlouhodobá separace dítěte, hospitalizace, její odchod od dítěte při hospitalizaci v druhé nemocnici po dlouhé primární separaci po porodu, masivní pocity viny a následný návrat k dítěti do nemocnice, ukončení laktace, sexuální potíže po episiotomii.

Dg.: PTSD a sekundární sterilita.

Zakázka: již 2. rokem touží po dalším dítěti, ale má silné obavy z následujícího porodu

Terapie: 1 vstupní vyšetření-dg. PTSD po porodu, splňuje všechna kritéria. 12 PT sezení zaměřených na zpracování traumatu z porodu a dominantní traumatický zážitek – separace dítěte. Po 8 sezeních spontánní otěhotnění po zlepšení prožívání sexuality po zaintegrování zraněné pochvy do životního prožitku, 4 sezení zaměřená na práci na porodním plánu a kontaktu s porodnicí.

Ukončení PT: porod CS s důslednou podporou raného kontaktu v doprovodu manžela, doly a matky klientky.

Závěr: 1 kontrolní vyšetření na žádost klientky půl roku po 2. porodu – PTSD kompenzovaná, kojí, cítí se kompetentní v péči o obě děti, starší syn má kompenzovaný ekzém.

Marie (32 let)

Anamnéza: středoškolačka, 2 těhotenství, 1. z IVF ukončené CS, druhé spontánně, ve 27.tt diagnostikována VV plodu, návrh na ukončení těhotenství ve 29.tt podstoupení zákroku – solný roztok jehlou do srdce dítěte, poté vyvolávaný programovaný vaginální porod.

Kontakt: telefonická intervence přednasty FN, následně sama klientka sjednává termín.

Problém: stále vidí před očima dítě na UTZ na němž nebyla poznat žádná vada, po porodu jej neviděla, chtěla se přesvědčit, dítě jí nedali, ale neintervenovala o kontakt, má masivní pocity úzkosti při péči o staršího syna, které před druhým porodem neměla.

Dg.: PTSD po „zákroku – usmrcení dítěte po poučení rodičů“.

Zakázka: „už to nechci prožít – chci další dítě“.

Terapie: 12 sezení, velmi depresivní, stažená, pozvolná ventilace emocí, pouze pláč, úryvky pochybností o rozhodnutí, popis zákroku, údajně se dívala na UTZ na injekci, dítě mimo své tělo už neviděla, čeká na zprávu z genetiky, ale není to důležité, rozhodli se sami, vychovávat postižené dítě nechtěla, ale není si jista, zda bylo postižené. Ventilace napětí, ventilace agrese a pochybností, korekce sebedestruktivních myšlenek, otevřený konflikt s manželem – odmítá ji podpořit ve stížnosti, o které ona uvažuje, neznala všechny možnosti pro život dítěte, nerozuměla poučení, manžel je právníkem se zákazkami od nemocnic. Terapeutická podpora osobních kompetencí, podpora v truchlení, přijetí odpovědnosti, práce s obrazem „vraha“ dítěte, osciluje mezi sebou a zdravotníky, přijetí reality, ukotvení, zmírnění obav při péči o „starší“ dítě po imaginaci pohřbu dítěte „mladšího“ – zaintegrování prožitku, orientace na realitu.

Ukončení: odeznění obavných myšlenek a představ, zklidnění, orientace na péči o dítě, konflikt s manželem zůstává neřešen, nechává si možnost otevřené spolupráce při dalším těhotenství, pozitivní jedno z přerámcování, „dokázala sama počít a porodit, dokáže to příště?“

Pozn.: Plošný prenatální screening a benevolentní postoj většinové společnosti vůči potratům postižených dětí vede v ČR ke zhruba 900 potratů či vyvolávaných porodů s předchozím usmrcením prenatálních dětí s podezřením na vrozenou vývojovou vadou ročně. Ve Velké Británii, kde se rodí téměř 8x

více dětí než v ČR, je ročně provedeno pouze okolo 2500 těchto "zákroků" z důvodu "podezření, že dítě se narodí postižené", tedy pouze 3x tolik co v ČR. Zatímco se v UK ročně narodí okolo 750 dětí s Downovým syndromem, v ČR je to pouze necelých 50. Podíl umělého ukončení těhotenství z indikace (jakéhokoli) postižení je tedy v UK oproti ČR méně než poloviční, podíl narozených dětí s DS dvojnásobný. Z hlediska nabízení prenatálního screeningu vývojových vad je strategie v UK spíše pasivní, screening je nabídnut jako možnost a proveden na žádost těhotné. V ČR je strategie nabízení screeningu aktivní, často je prezentován zdravotníky jako "povinný" a ženy, které ho podstoupit nechtějí, se setkávají s nepochopením, manipulací a agresí a jsou zdravotníky označovány za nezodpovědné a společensky neakceptovatelné osoby (7). Přesto není prenatální záchyt dětí s DS v obou zemích výrazně odlišný – v UK je prenatálně diagnostikováno stabilně okolo 60% případů DS, v ČR 6580% případů DS (česká evidence je však na rozdíl od UK velmi proměnlivé kvality). V UK pokračuje po prenatální diagnostice zhruba 8% těhotenství. V ČR jsou to jednotky (do 5% z prenatálně zachycených), v poslední době však přibývá těhotenství, která byla po diagnostice tzv. "ztracena z dohledu" – v roce 2010 tak 12 dětí v ČR dostalo šanci na normální narození, život či smrt, anebo kombinaci uvedených a v případě možného úmrtí dítěte pak jejich rodiče získali možnost normálního truchlení nad nejdramatičtější a na škále síly traumatu nejsilnější životní ztrátou – ztrátou dítěte, avšak bez pocitů účasti na vraždě.

Lenka (42 let)

Anamnéza: vysokoškolačka, v rozvodovém řízení.

Kontakt: doporučil gynekolog – opakovaně se vracející nepodložené bolesti břicha.

Dg.: přetrvávající somatoformní bolestivá porucha, PTSD po interrupcích a hysterektomii.

Problém: rozvádí se poté, co mladší manžel oznámil nevěru a těhotenství přítelkyně, rozvod se prodlužuje kvůli majetku, ona v anamnéze 3 interrupce s tímto mužem, poté operativní léčba 3 myomů a nakonec hysterektomie s prožitým strachem o svůj život a již z předrozvodové situace popisuje opakované bolesti břicha.

Terapie: dlouhodobá, neproduktivní, zlom při imaginaci historie její dělohy a rozloučení se s dělohou, sama dává do kontextu 3 děti – po porodu velmi negativně vždy prožívala separaci – „hledala děti po chodbě porodnice“, 3 zabití děti „ty hledá dodnes“ – podlela žádosti muže – silné pocity viny, obsese nad fotkami z UTZ, 3 myomy – „hroby dětí“ a nakonec rozloučení se s dělohou jako svou plodností, zčásti přestává ulpívat ve vztahu a přestává obviňovat „dítě svého muže, které mohlo být její“. Po odžívání truchlení nad ztrátou dětí a dělohy bez bolestí břicha.

Neukončeno: zůstává v kontaktu dle potřeby cca 1 za měsíc a řeší reaktivní problematiku.

Závěr: ještě není u konce, celkem běžná reprodukční historie české ženy.

Iva (24 let)

Anamnéza: studentka porodní asistence, svobodná v dlouhodobém vztahu s cizincem, 2 těhotenství, 1 porod mrtvého dítěte, 1 spontánní potrat v průběhu PT péče.

Kontakt: telefonní krizová intervence po porodu mrtvého dítěte v cizině, volala kamarádce a ta jí dala kontakt na mne, ochrnula na pravou paži, vrací se do Čech i s přítelem na doporučení španělské gynekoložky, aby si našla česky mluvícího terapeuta.

Problém: chtěla родit bez zásahů, začala родit doma s porodní asistentkou, byly domluveny na pozdější přesun do porodnice 5 minut od domu, urgentní přesun sanitkou pro špatné ozvy dítěte, v porodnici traumaticky ukončený porod masivním nástřihem a pitocinem, porod mrtvé holčičky (ne-diagn. VV, v tomto státě není ze zákona povinná pitva nezletilého – klientka toto hodnotí pozitivně), ihned po porodu kontakt s dítětem přerušeny půlhodinovou narkózou pro vybavení placenty, poté 4 hodiny s dítětem a otcem dítěte a poté návrat domů „s prázdnou náručí“, pátý den po porodu úraz přítele, jeho doprovod do nemocnice - stejné, na příjmové ambulanci „podivný stav“, ochrnula jí ruka a přestala rozumět a mluvit, což přešlo asi za hodinu (mluvení), ruka za několik dní, během šestinedělí návrat do ČR i pro terapii.

Dg.: PTSD – porod mrtvého dítěte a potrat.

Terapie: 40 hodin individuální terapie zaměřené na truchlení a rozloučení se s dítětem, v mezidobí otěhotnění a spontánní potrat, odžívání traumatu ze smrti dítěte po potratu, navazování vztahu s matkou, navazování porodních kompetencí a jejich posilování vč. posilování reprodukčních schopností, zpracování traumatu po potratu, ukončení studia po vyplavení sexuálních problémů po epiziotomii („mám na ruku krev?“), kontakt se španělskou porodní asistentkou, dopis pro španělskou gynekoložku o následcích epiziotomie.

Ukončení: zvažuje plastiku peritonea, zvažuje studium ošetřovatelského kurzu, odjíždí s přítelem do jeho rodné země, neví, jestli někdy bude PA (pokud ano chce studovat v Německu nebo Švédsku, kde je podíl epiziotomií kolem 10%, v ČR cca 50%), odmítá provádět nástřihy a chce mít hodně dětí.

Závěr: bude podporující průvodkyní porodem? V době psaní článku se objednává na pokračující podpůrnou terapii a je ve druhém trimestru třetího těhotenství a sděluje, že otěhotněla poté, co jí umřelo morče a když jej nesla v náručí zakopat jej do hrobu, jeho váha jí připomněla váhu mrtvého dítěte v jejím náručí po porodu.

Konkrétní charakteristiky PTSD po porodu

Co tedy z hlediska psychoterapeutické zkušenosti charakterizuje PTSD po porodu či související s reprodukcí? Na základě mé psychoterapeutické zkušenosti s psychoterapeutickým procesem u klientek s identifikovanou PTSD po porodu se jeví centrálním problémem katastrofický zážitek s těmito atributy a další uváděné aspekty potřebovaly nejčastější psychoterapeutické ošetření:

- ztráta kontroly nad porodem – medikace, epidurál a vyvolávání porodních procesů pitocinem, akutní CS, plá-

novaný CS, předčasný porod, operativní porod – kleště, vakuumextrakce,

- ztráta kontroly nad narozeným dítětem - separace dítěte od matky po jakémkoliv porodu, úmrtí dítěte, záměna dítěte v instituci na minuty, hodiny, dny, roky („Třebíčská kauza“) - iniciační kontakt s cizím dítětem, nevědomé nakojení cizího dítěte,
- ztráta kontroly nad nenarozeným dítětem - potrat, umělé ukončení těhotenství, "zákrok" - usmrcení dítěte a vyvolávaný porod pro podezření na VV,
- epiziotomie - nástřih pochvy, narušení tělesné a sexuální integrity s dopadem na sexualitu a trvalé tělesné změny,
- Kristellerova exprese – ženy popisují "skákání po břichu, tlačení, naléhání, válení po jejich břicho zdravotníky", metoda popisovaná v odborné gynekologicko – porodnické literatuře jako non lege artis, v anamnéze klientek velmi běžný zákrok při poloze na zádech či posedě u porodu,
- přivázání nohou k porodnímu lůžku, zamezování pohybu, usměrňování doprovodu k tomu, aby fyzicky zneumožňoval rodičce pohyb,
- fyzický kontakt se zdravotníky, čichově vjemy intimních pachů či zápachu cigaret a parfému zdravotníků, v senzitivním vnímání rodičky u porodu dochází k zjištěnému vnímání pohlavních znaků zdravotníků „porodní asistentka si sedla přede mne na židli, viděla jsem její kalhotky, byla tlustá, roztáhla nohy a chtěla, abych se jí držela kolem krku“, „smrděla cigaretami a těmi prsty mi šahala na prsa a dávala prsty mému dítěti do pusy“,
- poranění dítěte u porodu - zlomenina klíční kosti, jizvy na dítěti po CS, hematomy a fyzická traumata dítěte,
- patologické způsoby agresivního a pasivně - agresivního jednání zdravotníků a manipulace verbální i nonverbální „stály tam dvě opřené o futra, ruce založené na prsou a dívaly se ne mne, jak nahá klečím s vystrčeným zadkem“,
- nejasné a jednostranné informace o možných rizicích od personálu,
- absence laktace po traumatických prožitcích,
- nešetrný a zraňující první kontakt s dítětem tzn. "přiložení", narušení tělesné integrity střídáním se zdravotnic „na prsu ženy“, destrukce procesu samopřisátí dítěte k prsu,
- ztráta podpory doprovázející osoby (partner, rodinný příslušník, dula) prožívanou "kolaborací" s výše uváděnými projevy chování zdravotnického personálu.

Je zjevné, že zásadní podíl na prožitku katastrofy mají úkony v souvislosti s institucionalizací porodu. Institucionalize porodu přinesla historická pozitiva, zejména minimalizaci: novorozenecké a mateřské úmrtnosti. Přinesla také ale i svá negativa. Kromě již uváděného stockholmského a postinstitucionalizačního syndromu jde o tyto charakteristické jevy:

- potlačení individuality jedince,
- odklon od vývojové psychologické problematiky porodu,
- vytržení porodu z rodinné dynamiky,
- izolace porodu v ústavu,
- minimalizace pečovatelské role,
- nárůst PTSD z důvodů ztráty kontroly (nevyžádané intervence) a prožití katastrofické události a potlačování truchlení při izolaci a absenci loučení se s mrtvými dětmi,
- ztráta odpovědnosti rodičů – pasivní role,
- rodička v "dispenzární péči", nemocný porod,
- nadstandardní odpovědnost pro zdravotníky,
- nadstandardní aktivita zdravotníků vedoucí k jejich pocitům vyhoření,
- medicinalizace a medializace procesů reprodukce, porodu i smrti,
- manipulaci se statistickými údaji či jejich nevedení,
- mnohé způsoby chování zdravotníků, pokud by byly přeneseny z instituce do běžného života by byly označeny jako násilí např. v trestně právních kauzách,
- reakce zdravotníků – disociace – v diskuzích se zdravotníky dochází ke značnému množství projevů osobních traumat zdravotníků, ale i kolektivního traumatu, které je způsobené také dlouhým obdobím totality, jehož následky již někteří psychologové popisují a odborně zpracovávají. Zdravotníci byli většinou sami separováni po porodu od svých matek, jejichž porody byly industriálně vedeny často pod vlivem silné medikace. Jejich matky nejen v období totality většinou využívaly institucionalizační výchovou, zdravotníci sami nechávají své děti separovat po svých porodech a nadále separaci vnímají jako rutinní způsob práce bez psychologických dopadů.

V diskuzích s odborníky na poli porodnictví a neonatologie je velmi zřejmá nejen právní neznalost, ale i popírání známých a ověřených psychologických mechanismů. Projevují se úzkosti z přebírání kompetencí za rodiče a manipulace fakty. Uvedenými faktory nezatižených reakcí zdravotníků je minimum, poctivou snahu o humanizaci porodnictví a neonatologie čili odstoupení z paternalistických způsobů zaznamenávám jen u některých kolegů.

Diskuse

Téma posttotalitního porodnictví a způsobu perinatologické péče a jeho vlivu na zdraví dětí, psychický stav ženy i pečujícího personálu je, jak je z uvedeného zřejmé, silné a rozkolísané. Mé odborné stanovisko by se dalo shrnout následujícími slovy: Zdravotníků, jež by reagovali nezatiženě, jsem potkala minimum. Z většiny jejich projevů je nejen odborně, ale i lidsky zřetelné, jak se duch institucionalizace péče o porodní a poporodní procesy brání. Obranné mechanismy projevované u odborníků i uživatelů péče, neboli jedinců traumatizovaných jako příjemci či jako poskytovatelé v obou skupinách, plodnou diskuzi o psychologických faktorech traumatu a kolektivního traumatu mnohdy znemožňují.

Vzhledem k tomu, že na poli medicínských výzkumů např. z Holandska, Spojeného království a Německa, kde můžeme usuzovat na absenci totality ve zdravotnictví a porodnictví, je více orientováno na humanizaci a podporu emočnosti dětí a jejich rodin, přesto výzkumy opakovaně docházejí k tomu, že PTSD po porodu projevuje 1,9% žen a 30% žen projevuje symptomy PTSD (8).

Ženy udávají symptomy PTSD, aniž by porod vnímaly jako traumatický (8).

Ženy s negativním porodním zážitkem či dokonce s porodním traumatem splňující psychiatrickým vyšetřením po porodu definici posttraumatické stresové poruchy podle DSM-IV jsou v dalším životě významně častěji ohroženy:

- poruchou vztahu k dítěti či partnerovi,
- mívají sníženou důvěru ve své rodičovské schopnosti,
- dalšímu těhotenství se častěji snaží vyhnout,
- pokud otěhotní, je těhotenství častěji provázáno komplikacemi a s větší pravděpodobností ukončeno císařským řezem (9, 10, 11).

Symptomy deprese a symptomy posttraumatických stresových poruch u žen po narození - 6% sledovaných žen vykazovalo klinicky signifikantní příznaky posttraumatických stresových poruch v šesti týdnech po porodu, z čehož 14,9% vykazovalo tyto příznaky šest měsíců po porodu. Výsledky studie ukazují vysokou míru prevalence psychiatrických příznaků u žen po narození dítěte a předpokládají, že kromě samotného zážitku z porodu, to jsou především náchylnost nebo predispoziční minulost, které činí rozvoj psychiatrických příznaků více pravděpodobným (12).

Ukazuje se, že podstatným činitelem rozvoje PTSD je přítom interakce ženy a zdravotníků. Rozhodující je opora, kterou zdravotníci ženě poskytují, empatie, respekt a možnost mít kontrolu nad tím, co se s ní v průběhu porodu děje (9). Právě opora ze strany zdravotníků rozhodujícím způsobem mediuje rodičovskou self-efficacy novopečených matek. Zdá se přitom, že ženy, které samy nemají zkušenost s bezpečnou rodičovskou péčí, jsou při porodu zranitelnější a častěji hodnotí oporu zdravotníků jako nedostatečnou, čímž stoupá i riziko PTSD (13).

Závěr

Závěrem si dovoluji shrnout své zkušenosti s funkčními způsoby terapie PTSD po porodu, abychom se vyhnuli mnohdy užívané psychologické obraně - bagatelizaci, se kterou se klientky často setkávají nejen v gynekologických, ale také často i v psychiatrických a psychologických ordinacích: „přežili jsme to všichni, přežijete to taky“.

Rehabilitace porodních zážitků vyžaduje krátkodobou neretraumatizující ventilaci, identifikaci problémů - zpracování častého stockholmského a postinstitucionalizačního syndromu, imaginární či reálnou komunikaci se zdravotníky – vymezení se, orientace na znovuprožití porodních kompetencí – imaginace, realita, podpora raného kontaktu s jakýmkoliv dítětem – v realitě či imaginaci, mnohdy rehabilitaci fyzických porodních zranění (plastiku peritonea), pod-

poru rodičovských kompetencí a integraci porodních zážitků do vývojové linie s vyhnutím se rozvoji kolektivního traumatu, mnohdy po odčinění a vyhnutí se nereálným očekáváním vyžaduje stav po ukončení psychoterapie právní konzultaci a právní řešení.

Bezpečí pro konzumenty i poskytovatele zdravotní péče zajistí podporované procesy bondingu - rané vazby, otevírající možnost vytváření bezpečné vztahové vazby. Podpora rodičovské kompetence v bezpečné obrazné náručí zdravotníků, v bezpečné sociální děloze zdravotníků, kteří budou kompetentně pečovat o své emoční zdroje – zajištěním supervize, odborné znalosti i právní minima svých profesí. Množství kolegů psychologů a psychiatrů je připraveno odborně pomoci započatému procesu k pozitivnímu a zdravému růstu svými znalostmi z psychologie, psychopatologie a psychoterapie v okruhu podpory raného kontaktu a rané vazby, emoční podpory uživatelům i poskytovatelům péče a to hlavně z oblasti individuální supervize a léčby individuálních i kolektivních traumat bez rizika šíření další náklady.

Nadějně vnímám fakt, že na zvnitřnění práce s PTSD po porodu jako možným kolektivním traumatem a zveřejňováním problémů novodobé eugeniky „prenatálních dětí“ s podezřením na vývojové vady se v odborné společnosti bude podílet také stále početnější skupina kolegů, pro které nebudou představovat lidé ohrožení, anebo jen zoufale bránící se autoritářským, paternalistickým, mocnářským – posttotalitním a totalitním praktikám ve zdravotnictví ohrožení. Naopak budou vzájemně vítanými partnery a budou všichni podpořeni v efektivní péči o novou rodinu.

Nadějně je také ukotvení problematiky PTSD po porodu nejen jako výsledný efekt kolektivního traumata posttotalitními a totalitními praktikami ve zdravotnictví, ale také ukotvením v tématu práce zacházení s mocí, autoritářstvím a paternalismem ve zdravotnictví (7).

Příspěvek na konferenci P–A–P v Trenčíně a tento článek by měl sloužit k tomu, aby poskytovatelé péče o celé rodiny v předporodním, porodním i poporodním období - nejen odborníci, dokázali časem, například na začátku v přátelském prostoru podobných konferencí, vytvořit ochrannou náruč s podporou zdravých reakcí dětí a rodičovských kompetencí dospělých s respektem k individuálním možnostem jednotlivců a jejich světonázoru.

Literatura

1. **Mrowetz, Chrastilová, Antalová:** Bonding – porodní radost (Podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?) Dharmagaia, 2011.
2. <http://www.sfgate.com/health/article/PTSD-s-effect-on-female-veterans-studied-4091178.php#ixzz2Eq4JG5aK>
3. <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/komentare/motivy-k-planovanemu-porodu-mimo-zdravotnicke-zarizeni-457509>
4. **Levine, A.P., Frederickova, A.:** Prebúdzanie tигра. Liečenie traumy. 2002.
5. **Vizinova, D., Preiss, M.:** Psychické trauma a jeho terapie: psychologická pomoc obětem válek a katastrof. Praha: Portál, 1999.
6. A treatment manual By Patricia A. Resick and Monica K. Schnicke. Newbury Park, CA: Sage, Publications, 1992.
7. **Hasmanová Marhánková, J.:** Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství: Příklad prenatalních screeningů. Biograf, 47, 2008, 56 odst. Dostupné na adrese <http://www.biograf.org/clanky/clanek.php?clanek=v4702>
8. **Soet, J.E., Brack, G.A., Dilorio, C.:** Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. Birth, 30, 2003, č. 1, s. 36-46.
9. **Bryanton, J., Gagnon, A.J., Hatem, M., Johnston, C.:** Predictors of early parenting self-efficacy: results of a prospective cohort study. Nursing Research, 57, 2008, č. 4, s. 252–259.
10. **Kovaříková, Z.:** Porodní trauma. Diplomová práce. Praha: PedF UK, 2006.
11. **Ratislavová, K.:** Aplikovaná psychologie – porodnictví. Praha: Reklamní ateliér Area, 2008.
12. **Zaers, S., Waschke, M., Ehlert, U.:** Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 29, 2008, č. 1, s. 61–71.
13. **Kodyšová, E.:** Mateřská péče o matku. SOFT-Forum, http://www.soft-os.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=115%3Aelika-kodyova-mateska-pece-o-matku&catid=28%3Aacislo-12012&Itemid=43.

Do redakcie došlo 10.1.2013.