

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Deprese a úzkosti v těhotenství
a prenatální attachment**

Zuzana Daňková

Bakalářská práce

Studijní program: Psychologie

vedoucí práce: MUDr. Antonín Šebela, Ph.D.

Praha 2024

Prague College of Psychosocial Studies

**Depression and Anxiety in Pregnancy
and Prenatal Attachment**

Zuzana Daňková

The Bachelor Thesis

The Bachelor Thesis Work Supervisor: MUDr. Antonín Šebela, Ph.D.

Prague 2024

Anotace

V bakalářské práci si autorka klade za cíl prozkoumat vztah prenatálního attachmentu, tj. specifického vztahu těhotné ženy k jejímu očekávanému dítěti, na straně jedné a deprese a úzkosti v těhotenství na straně druhé. V teoretické části popisuje formování teorie a shrnuje stav současného bádání v dané oblasti. V praktické části následně představuje vlastní výzkum a jeho výsledky: na vzorku 524 žen vyplňujících dotazníky PAI-R, EPDS a PASS v průběhu třetího trimestru těhotenství odhalila negativní korelaci mezi prenatálním attachmentem a depresí, a to jak v případě celkového skóru attachmentu v PAI-R ($r_s = -0,140$; $p < 0,01$), tak – zejména – na jeho subškále *Interakce* ($r_s = -0,173$; $p < 0,001$).

Klíčová slova: prenatální attachment, deprese v těhotenství, úzkost v těhotenství

Abstract

The aim of the submitted thesis is to shed more light on the relation between prenatal attachment (i.e. the specific relationship of the expectant mother to her child) on the one hand and depression and anxiety in pregnancy on the other. In the theoretical section, the description of the prenatal attachment theory's formation is provided as well as the summary of the present state of research within the field in question. In the subsequent empirical section, the author's own research with its results is introduced. Based on the sample of 524 women in the third trimester of pregnancy who filled in the PAI-R, EPDS and PASS questionnaires, the significant negative correlation between prenatal attachment and depression was discovered, both in terms of the overall score of attachment in the PAI-R ($r_s = -.140$; $p < .01$) and, most notably, within its *Interaction* subscale ($r_s = -.173$; $p < .001$).

Key words: prenatal attachment, depression in pregnancy, anxiety in pregnancy

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Podpis

Obsah

Úvod	1
1 Historie výzkumu prenatálního attachmentu	2
1.1 <i>Počátky</i>	2
1.2 <i>Ženy v centru dění</i>	5
2 Deprese a úzkost	13
2.1 <i>Deprese</i>	14
2.1.1 Deprese v těhotenství	14
2.1.2 Deprese a prenatální attachment	17
2.2 <i>Úzkost</i>	23
2.2.1 Úzkost v těhotenství	23
2.2.2 Úzkost a prenatální attachment	26
3 Data a statistické analýzy	29
3.1 <i>Výzkumný vzorek</i>	30
3.2 <i>Statistické analýzy</i>	32
4 Diskuze	33
Závěr	40
Bibliografie	42
Příloha	48

Úvod

Těhotenství je více než období fyzického růstu a vývoje plodu. Těhotenství zahrnuje více než anatomický růst, vývoj, změnu a fyziologickou adaptaci k přijetí rostoucího plodu a péči o něj. Je to též období přetváření identity, mezilidských vztahů a prostoru a dobou osobního zrání. (Rubin, 1976, s. 367)

Těmito slovy otevírá svoji význačnou studii *Maternal Tasks in Pregnancy* americká vědkyně Reva Rubinová, jež položila základní stavební kámen pro výzkum psychologických aspektů prenatalního období. Za klíčovou součást přetvoření identity ženy v matku přitom považuje její navázání vztahu k očekávanému dítěti: tato vazba, jež tvoří tematické centrum mého zájmu, začala být označována jako „prenatální attachment“. V jádru mého zkoumání přitom bude tázání, zda a jakým způsobem souvisí tento attachment s depresí a úzkostí, jež mohou ženu v průběhu těhotenství postihnout.

Teoretickou část práce zahájím v první kapitole shrnutím teorie attachmentu tak, jak ji v klasické podobě rozpracoval její zakladatel John Bowlby (1969, 1988). Následně však budu věnovat pozornost výhradně attachmentu prenatalnímu, přičemž zdůrazním význačný rozdíl právě oproti linii Bowlbyho výkladu: zatímco ten se zaměřuje na popis vztahu dítěte k matce, prenatalní attachment naopak představuje postupně se rodící a prohlubující vztah nastávající matky k jejímu dítěti. Popíši formování teorie prenatalního attachmentu s vyzdvihnutím těch aspektů, které různí autoři považují za klíčové, zejména vytváření mentální reprezentace dítěte v představách nastávající matky, diferenciaci od něj, interakci s ním a přítomnost představ o společné budoucnosti. Ve druhé kapitole se bude v centru mého zájmu nacházet vztah prenatalního attachmentu k depresi, a následně k úzkosti v těhotenství. Předložím shrnutí dosavadního stavu bádání a podrobněji představím výsledky nejvýznačnějších výzkumů v dané tematické oblasti.

V praktické části práce (třetí kapitola) pro mne budou odrazovým můstkem data získaná v rámci projektu vedeného MUDr. Antonínem Šebelou, Ph.D. a realizovaného v *Centru perinatálního duševního zdraví pod Národním ústavem duševního zdraví* (NUDZ). Primární cíl daného projektu, jenž probíhal v posledních třech letech (2021–2023) a na němž jsem též participovala (formou pomoci s výzkumem i praktické stáže), spočíval právě ve zmapování

souvislosti mezi prenatálním attachmentem na straně jedné a depresivní a úzkostnou symptomatologií u těhotných žen na straně druhé. Tento konkrétní výzkum přitom spadá pod obecnější zastřešující záměr Centra perinatálního duševního zdraví rozvíjet v České republice zatím neexistující psychiatricko-psychologickou podporu žen, jež se v perinatálním období (v těhotenství a po porodu) potýkají s duševními problémy. Na pozadí této ideje bylo realizováno zavedení screeningových dotazníků do porodnic a gynekologických ambulancí, na jejichž základě je následně nabízena psychická podpora ženám, u nichž je detekováno riziko výskytu depresivních a úzkostných obtíží. V současné době na tomto projektu, s nímž seznamují stránky perinatal.cz, spolupracuje kolem 20 porodnic a 20 gynekologických ambulancí.

V rámci výzkumu, jehož se týká předkládaná práce, byly poté potenciální participantky oslovovány ve vybraných gynekologických ambulancích ve třech krajích (Středočeském, Olomouckém a v Praze), přičemž v případě projeveného zájmu vyplňovaly dotazníky mapující míru prenatálního attachmentu a přítomnost či absenci deprese a úzkosti. S použitím získaných dat a statistických analýz poskytnu odpověď na otázku, zda existuje signifikantní míra korelace mezi prenatálním attachmentem a depresí, potažmo úzkostí, a zda panuje rozdíl v tomto attachmentu mezi skupinou žen s depresivní, resp. úzkostnou symptomatologií a bez její přítomnosti. V následné diskuzi (čtvrtá kapitola) své výsledky srovnám se závěry referovaných studií a naznačím jejich možný širší souvislosti a konsekvence.

1 Historie výzkumu prenatálního attachmentu

1.1 Počátky

Vyřkneme-li v rámci psychologie slovo „attachment“, většině z nás bezesporu jako první vytane na mysli teorie attachmentu, tj. citového pouta, vazby či přilnutí, dítěte k matce či jiné primární pečující osobě, britského psychiatra Johna Bowlbyho (1952, 1969/2010). Právě ji lze přitom využít jako odrazového můstku k pochopení specifik koncepce attachmentu prenatálního, jímž se zde budu zabývat.¹

¹ V celé práci budu užívat výraz „prenatální attachment“, přičemž důvodem je pro mne lingvistická úspornost. Slovo „attachment“ bychom sice mohli přeložit jako „(citová) vazba“, popřípadě „přilnutí“ či „vztah“, nicméně poté bychom buď byli vystaveni nutnosti využívat nepřilíši elegantní česko-anglické spojení „prenatální vazba“, nebo i slovo „prenatální“ přeložit, což by se ovšem v češtině dle mého názoru neobešlo bez nutnosti víceslovného opisu (kupříkladu „vazba matky k jejímu nenarozenému dítěti v průběhu těhotenství“ a podobně). Pro zachování

Bowlbyho zájem o attachment se zrodil při jeho zkoumání psychického stavu dětí, jež byly během druhé světové války evakuovány z Londýna zmítaného leteckými nálety, a byly tak odtrženy od svých rodičů. Při následném studiu mladých delikventů (Bowlby, 1944) vyšlo na světlo, že velká část z nich zažila ranou separaci (odloučení od rodičů do pěti let věku dětí), a vynořila se tedy hypotéza, že narušení rané vazby mezi dítětem a rodičem může mít fatální následky. Nebylo překvapující, že po konci války byl právě Bowlby pověřen Světovou zdravotnickou organizací (WHO) sepsáním zprávy o duševním zdraví poválečných sirotků. Odpovědí na tuto žádost se stala slavná publikace *Maternal Care and Mental Health*, v níž Bowlby proklamuje, že „kojenec a malé dítě by měly prožívat vřelý, blízký a kontinuální vztah se svojí matkou (nebo stálou náhradou matky), v němž oba nalézají uspokojení a potěšení“ (1952, s. 11), a že pokud se tak nestane, může to vést k nevratnému poškození psychického zdraví dítěte. Ač lze výsledky studie považovat za problematické v tom ohledu, že mohly být zneužívány jako donucovací prostředek pro udržení žen v domácnosti, stojí jádro Bowlbyho výzkumu na pečlivém pozorování a má nesporný význam a dobově nepodmíněnou platnost.

Nejpodrobněji Bowlby rozpracoval svoji teorii attachmentu ve slavném díle *Vazba (Attachment)* (1969/2010), první části trilogie *Vazba a ztráta (Attachment and Lost)*, a dále přehledně shrnul v sérii přednášek *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory* (1988). Ovlivněn etologií (kupříkladu v podobě díla Konrada Lorenze o imprintingu, ale i mnohých dalších) a evoluční psychologií, tvrdí zde Bowlby, že attachment je evolučně dané chování zvířecích mláďat, ta lidská nevyjímaje, jehož funkcí je zajistit si přežití prostřednictvím zachování vlastní bezpečí (1969/2010, 1988, s. 26). U ne-lidských zvířecích mláďat jde zejména o ochranu před predátory, u lidského mláděte se ale vlastně jedná o totéž, ač ve specificky lidských podmínkách (poskytnutí bezpečného domova, zajištění pečujících osob atd.). Za doklad toho, že funkcí attachmentu je udržování bezpečí, lze považovat skutečnost, že vyhledávání blízkosti vztahové (tzv. „attachmentové“) osoby je nejsilněji realizováno ve chvílích úzkosti či strachu. Do tohoto specifického chování podmíněného potřebou bezpečí řadí Bowlby (1969/2010) u dětí pláč, smích, přidržování se matky, její následování či nenutriční sání (jehož cílem není přijímání potravy, nýbrž setrvání v matčině blízkosti).

Podobně jako kupříkladu u housat existuje tzv. „senzitivní období“, v němž se realizuje specifické chování, tj. vtištění (imprinting) a následné sledování matky či její náhrady třeba

kontinuity výkladu tak i u následujícího shrnutí Bowlbyho teorie dávám přednost nepřeloženému slovu „attachment“.

v podobě lidských holínek (Lorenz, 1935), existuje dle Bowlbyho u lidských mláďat zřejmě podobně rozhodující období, v němž se attachment vytváří a hraje pro dítě klíčovou roli – Bowlby hovoří o poměrně širokém rozmezí od cca půl roku do tří let dítěte (1969/2010). A obdobně jako nevytvoření imprintingu matky u housat může vést k fatálním důsledkům (nezajištění potravy, ochrany atd.), může mít kritické důsledky i selhání v navázání attachmentu u malého dítěte, ať již těmito konsekvencemi budou fyzické neprospívání či psychické poruchy v dalším vývoji (např. v podobě zmíněné delikvence, ale též třeba deprese, úzkosti atd.).

Jak Bowlby, tak celá linie jeho následovníků vedoucí až k současným badatelům do detailů analyzují, jakým způsobem může narušení attachmentu lidskou bytost v průběhu celého jejího života ovlivňovat (podrobné obeznámení s tematikou zprostředkují např. Mikulincer & Shaver, 2010). Autorům – a zejména autorkám –, jež do centra zájmu postavili attachment prenatalní, však leželo na srdci něco jiného: jejich badatelským cílem bylo zachytit, jakým způsobem se konstituuje vztah či vazba těhotné ženy k jejímu očekávanému dítěti. Mohli bychom v této souvislosti vznést námitku, že i v tomto typu attachmentu se odehrává určitá vzájemnost – vždyť je dokázáno, že i dosud nenarozené dítě mnohé vnímá. Již roku 1982 popsal v proslulé knize *The Secret Life of the Unborn Child* kanadský psychiatr Thomas Verny (Verny & Kelly), že dítě v děloze vidí, slyší, má chuť, cítí, je schopno základních forem učení (např. habituace) a vykonává pohyby: tyto již dokonce o několik týdnů dříve, než je matka schopna je rozeznat. Nadto jsou každému plodu vlastní specifické vzorce chování, jimiž je odlišitelné od všech ostatních, např. zaujímá různé polohy při bdění a spánku, liší se v periodicitě střídání pohybů atp. (Šulová, 2010, s. 14–15). Domnívám se, že skutečně nelze popřít, že chování dítěte v děloze má na budování vztahu nastávající matky k němu podstatný vliv, nicméně za zásadní též považuji, že jakékoli jeho projevy jsou v tomto období těhotnou ženou interpretované do mnohem vyšší míry než v situaci dítěte již narozeného. Pokud bychom tedy toužili hovořit o vzájemnosti, museli bychom toto specifikum dostatečným způsobem akcentovat.

Autorky, v jejichž dílech teorie prenatalního attachmentu započala svoji kariéru, obrátily každopádně svoji pozornost právě k detailní analýze způsobů, jakými se konstituuje vztah těhotné ženy k jejímu očekávanému dítěti.² A vzhledem k tomu, že se jednalo o badatelky psychoanalytického zaměření, střetneme se v jejich konceptualizaci s typicky

² Od této chvíle též platí, že kdykoli bude řeč o „attachmentu“, budu mít na mysli attachment prenatalní. Bez přívlastku „prenatalní“ se čas od času obejdu znovu pouze z důvodu jazykové úspornosti.

psychoanalytickými pojmy, jakými jsou například psychická energie, narcistní láska či individuace. Helene Deutchová, Therese Benedeková a Grete Bibringová popisují psychický proces stávání se matkou, jímž žena prý v průběhu těhotenství prochází, jako pout', na níž při neustálém investování psychické energie směrem k dítěti žena postupně přechází od počátečního prožitku identity s plodem, do nějž vkládá zprvu narcistní lásku k sobě samé, k postupné diferenciaci od něj, a na jejímž konci je poměrně propracovaná představa dítěte jako samostatné bytosti, jež je v této své odlišnosti a individualitě milováno (Benedek, 1959; Bibring, 1959; Deutsch, 1945). Ač se nám mohou takové psychoanalytické výklady jevit odtažitě a spekulativní, sdělení, jež má být jejich prostřednictvím předáno, bude i nadále pro teorii prenatálního attachmentu klíčové: těhotenství je obdobím, v němž nastávající matka podstupuje proces postupného psychického oddělování sebe a očekávaného dítěte, které se v její mysli, a fyzicky poté v průběhu porodu, stává samostatnou lidskou bytostí.

1.2 Ženy v centru dění

Když se bádání začne postupně realizovat v praktičtěji koncipovaných, empirickým výzkumem podložených studiích, stojí v čelních pozicích znovu zejména ženy, jež též všechny – byť každá svým originálním rukopisem – podnikají pokus zachytit klíčové momenty postupného formování vztahu matky k jejímu dosud nenarozenému dítěti. Jména prvořadého významu jsou zde zejména Reva Rubinová, Joan Lumleyová, Mecca Cranleyová a Marry Müllerová.

Americká vědkyně Reva Rubinová ve svém výše zmíněném článku *Maternal Tasks in Pregnancy* (1976) diferencovala v rámci ustavování prenatálního attachmentu čtyři klíčové úkoly, jež před ženou v těhotenství vyvstávají, nesou stejnou důležitost a probíhají někdy v časové posloupnosti, někdy synchronně: (1) *vyhledávání bezpečného průchodu skrze těhotenství a porod jak pro matku, tak pro její dítě*, (2) *zajištění přijetí dítěte od ostatních členů rodiny*, (3) *vytvoření vazby (bond) matky k nenarozenému dítěti* a (4) *dávání sebe sama (dítěti)*.

Z pohledu (1) zajištění bezpečí pro sebe a své dítě prochází nastávající matka několika logicky navazujícími fázemi: v prvním trimestru, kdy je pro ni dítě, jež se ještě neprojevuje pro ni postřehnutelným způsobem, zatím spíše abstraktní představou, se obává zejména o své vlastní zdraví. Toto zaměření dostojí změny na konci trimestru druhého, kdy matka dítě již vnímá a kdy se primárním terčem jejího zájmu stane *jeho* bezpečí. Třetí trimestr se poté nese ve znamení splnutí obou pozornostních pólů, kdy se matka s dítětem vnímá jako neoddělitelná

jednota, o jejíž bezpečí jako celku je třeba pečovat: zejména finální fáze těhotenství se nese v duchu zvýšené opatrnosti jak k reálným, tak jen domnělým hrozbám z vnějšího světa: v ženě fantazii se svět přechodně přemění v místo potenciálního nebezpečí a všemožných nástrah.

V kontextu (2) přijetí dítěte ostatními členy rodiny je klíčová postupná restrukturalizace vztahů v rámci rodiny: žena dospívá k uvědomění, že vztahy s jejími blízkými osobami dojdou s příchodem dítěte na svět zásadními proměnami, konkrétně že musí nastat určité jejich rozvolnění, aby mohla být centrální pozornost zaměřena na narozené dítě. Výlučnost a závažnost, jimiž se blízké vztahy definovaly, budou muset alespoň po určitou dobu ustoupit do pozadí v zájmu nového, zprvu nejzranitelnějšího člena rodiny. V průběhu těhotenství toto postupné rozvolňování probíhá spíše na úrovni přípravy a představ, ale není proto o nic méně závazné a význačné. Nastávající matka si v duchu přehrává různé scénáře očekávaných interakcí dítěte s dalšími blízkými lidmi a pocíťované přijímání (či nepřijímání) nového člena rodiny pro ni nabývá prvořadého významu.

Rubinové popis třetího momentu (3.), tj. postupného napojování či navazování se (*binding in*) matky na představu jejího dítěte, lze bez nadsázky prohlásit za klíčový pramen pro všechna další rozvíjení úvah o prenatálním attachmentu. Rubinová klade důraz zejména na skutečnost, že navázání vztahu k dítěti obsahuje jako svůj nevyhnutelný doplněk to, že nastávající matka začleňuje představu dítěte do své představy vlastního self: dítě se stává součástí její identity, a to jak na rovině fyzické, tak psychické. I zde přitom prochází nastávající matka několika fázemi odvíjejícími se od postupné konkretizace obrazu dítěte v jejích představách. V prvním trimestru, kdy je pro ni dítě spíše abstraktním objektem, se napojuje zejména na představu těhotenství jako takového, které zakomponovává do svého tělesného i psychického sebe-obrazu, zatímco druhý trimestr, kdy již začíná vnímat projevy dítěte, se nese ve znamení rodičů se lásky k této nové lidské bytosti, přičemž jde prý o jakousi fúzi lásky romantické (dítě je milováno jako objekt zájmu), posesivní (dítě je milováno jako cenný objekt, jež žena vlastní) a též sebelásky (prostřednictvím svého dítěte žena miluje sebe jako bytost, jež mu dává život). V trimestru třetím poté dle Rubinové již navázání nevykazuje výrazné změny, nýbrž jde spíše o fázi udržování konstantní míry napojení již nabytého, kdy ženina mysl osciluje mezi láskyplným vztahem k dítěti v ní a touhou po – samozřejmě úspěšném – konci těhotenství.

Poslední z momentů (4.), dávání sebe, rozhodně není méně podstatný než všechny dosud zmíněné, ba právě naopak: dle Rubinové reprezentuje schopnost sebe-dávání zřejmě nejkritičtější úkol dospělosti obecně, u nějž těhotenství pouze ještě více vyostřuje jeho význačnost. Znovu přitom rozeznává několik fází procesu odevzdávání se: v prvním trimestru žena provádí až jakousi analýzu zisků a ztrát, jejíž obtížnost je dána tím, že zatímco zisky se nachází zatím pouze v rovině teoretického, to, čeho se vzdává, je již reálné. Jak Rubinová jinde zdůrazňuje (1967), žena musí doslova oddruchlit skutečnost, že některých dosud pro ni význačných rolí se musí vzdát: musí kupříkladu alespoň přechodně opustit roli zaměstnankyně a odlehčit svým kariérním ambicím. Není tedy divu, že její představa dítěte osciluje v tomto období mezi představou objektu vytouženého a obávaného, a pokud fantazie obávaného objektu převezmou vedoucí místo, žena se může propadnout do deprese (1967, s. 244). Ve většině případů však přesvědčení o „zisku“ – a ruku v ruce s tím též radostné očekávání – od druhého trimestru jednoznačně nabývá převahy, žena se začíná s dítětem identifikovat a milovat ho. Dávání se dítěti se přitom u ženy odehrává na různých rovinách od abstraktních po ty nejkonkrétnější: dává dítěti v sobě svůj zájem, směřuje k němu myšlenky, ale též ho sytí tím, že sama konzumuje jídlo a přeneseně ho též obléká prostřednictvím toho, jak vhodně novým způsobem odívá své proměňující se tělo.

Další badatelka prvořadého významu specializující se na oblast perinatálního výzkumu, britsko-australská vědkyně Judith Lumleyová, již výslovně hovoří (1982) o „attachmentu“ matky k dítěti a do centra svého zájmu klade otázku, jakým způsobem se v průběhu těhotenství proměňuje představa ženy o jejím dítěti a jaké mají tyto proměny vliv na nárůst míry prenatálního attachmentu. Zatímco Rubinová mluví více teoreticky o proměně abstraktní reprezentace dítěte do podoby konkrétní představy, Lumleyová na základě semistrukturovaných rozhovorů s třiceti prvoroďkami doplňuje tento obecný koncept o řadu detailů.

Prostřednictvím rozhovorů se dozvídá, že pokud jde o představy o vývoji plodu, byl tento ženami značně podceňován v průběhu prvního trimestru, kdy udávaly, že dítě podle jejich soudu nemá tvar, případně že se podobá spíše zvířeti; realističtější podoby nabývaly představy nastávajících matek kolem poloviny těhotenství a kulminovaly u již velmi realistických obrazů kolem 36. týdne těhotenství. Velikost plodu byla naopak většinou nadhodnocována v prvním trimestru a podhodnocována v trimestru druhém. Představy o aktivitách dítěte se též formovaly postupně: v prvním trimestru téměř polovina žen uvedla, že dítě asi nedělá nic, případně že

pouze roste a že mu začíná bít srdce; kolem 20. týdne všechny ženy uváděly přesvědčení o pohybech dítěte, a to i v případě, že pohyby ještě necítily (přičemž zůstává otázkou do diskuze, na základě čeho tedy takového přesvědčení nabyly, zda například na podkladě toho, co se o těhotenství ve společnosti „říká“, „ví“ a podobně), zatímco na konci těhotenství akcentovaly ženy i specifické charakteristiky pohybů, například jejich hravost a sílu.

Podnícena těmito zjištěními se poté Lumleyová žen dotazovala, v jaké fázi těhotenství začínají být opravdu přesvědčeny o tom, že je v jejich těle přítomna nová bytost, přičemž znovu upozorovala výrazný zlom zejména v období mezi prvním a druhým trimestrem: zpočátku prvního ženy téměř nevěřily, že dítě v nich vůbec je, zatímco v druhém trimestru o tom již většina z nich byla skálopevně přesvědčena – samozřejmě buď na základě pocíťování pohybů, ale též díky tomu, že někdo jiný poznal, že jsou těhotné. Samotný attachment přitom Lumleyová jednoznačně váže právě k těmto přesvědčením o existenci, vývoji a aktivitě dítěte v těle matky, přičemž na základě toho odhaduje, že kolem 20. týdne by o attachmentu bylo možné hovořit přibližně u poloviny žen, zatímco k jeho jistému ustavení dochází u naprosté většiny z nich do 36. týdne těhotenství. Spekuluje též, že dřívější ustavení attachmentu pozitivně koreluje s větším strachem o zdravý vývoj plodu, s nižším výskytem ranních nevolností v prvním trimestru, s povoláním zdravotní sestry nebo učitelky či s početnější rodinou, zatímco pozdější souvisí prý s menší podporou partnera nebo s přítomností ranních nevolností ještě v průběhu druhého trimestru. V dalším textu uvidíme, zda některé tyto spíše zkusmé odhady Lumleové odvozené ze zpovídání malého vzorku těhotných žen našly své potvrzení v rozsáhlejších studiích.

Další významná autorka bádající v oblasti perinatálního zdraví, Američanka Mecca Cranleyová, zůstává v povědomí badatelů zejména jako autorka prvního dotazníku měřícího prenatální attachment, tzv. *MFAS (Maternal-Fetal Attachment Scale)*. Obdobně jako výše zmíněné vědkyně uchopuje těhotenství Cranleyová (1981) jako proces postupné přeměny ženy v matku, jehož integrální součástí je nabytí mateřské identity, získání představy dítěte a, především, utvoření vztahu k němu, jež nazývá vazbou matky a plodu (*maternal-fetal attachment, MFA*): odtud též název jí zkonstruované měřicí škály. V úvahách o daném vztahu přitom akcentuje zejména roli mateřského *chování*: vztah mezi matkami a jejich nenarozenými dětmi je dle jejího soudu totožný s „mírou, do níž ženy vykazují chování, které představuje vztah a interakci s jejich nenarozeným dítětem“ (1981, s. 282). V této souvislosti je ovšem třeba upozornit na to, že při formulování své koncepce attachmentu vychází autorka z rozhovoru

s ženami ve 35. až 40. týdnu těhotenství: pokud by směřovala svůj zájem do ranějších fází těhotenství, zůstává otázkou, zda by mohla spatřit již tak jasně demonstrované mateřské chování a zda by v její definici nabylo též vrchu.

Cranleyová od sebe pečlivě diferencuje řadu aspektů daného chování, jež poté naleznou využití i při definování jednotlivých subškál ve 24položkovém dotazníku *MFAS*. Těmito aspekty jsou podle ní (1) *diferenciace matky od dítěte*, (2) *interakce s ním*, (3) *připisování vlastností a záměrů dítěti*, (4) *dávání sebe* a (5) *přijetí mateřské role*. Jsou to přitom zejména konkrétní otázky zahrnuté v dotazníku, jež nám poskytují vhled do povahy jednotlivých kategorií. Diferenciace sebe od dítěte je schopnost ženy ustavit zároveň identitu svoji a identitu dítěte jako dvě od sebe oddělitelné kategorie: její míra se tak projeví například v odpovědi na otázku, zda se žena „ráda dívá na své břicho, když se dítě uvnitř hýbe“ (1981, s. 282) – na jedné straně je žena, která projevy dítěte ráda pozoruje, na druhé bytost, jejíž projevy to jsou.

Na základě takového ustavení identit se pak může realizovat interakce mezi nimi: žena si například „dloubne do břicha, aby jí dítě odpovědělo“ (1981, s. 282): jedná se o akci a reakci, v níž dvě bytosti vzájemně vstupují do určité formy komunikace. Ustavení identit je též nezbytným stavebním kamenem pro schopnost připisovat dítěti nějaké vlastnosti či záměry, kupříkladu když je žena přesvědčena, že dokáže rozeznat formující se osobnost dítěte na základě toho, jakým způsobem kope, nebo nabývá dojmu, že kope, aby si nemohla odpočinout. Sebe-dávání dítěti poté odpovídá tomu, co takto popsala již Rubinová, tj. nesobecké péči o vyvíjející se dítě, která se manifestuje například v tom, že matka jí zdravě, aby bylo zdravé dítě. A přijetí role je znovu obdobné, jedná se o akceptaci mateřské identity, nastávající matka si například představuje, jak dítě kojí a jak se o něj dalšími rozličnými způsoby stará.

Cranleyová přitom na základě pozorování 71 nastávajících matek uzavírá, že nejčastěji realizovaly aktivity v oblasti sebe-dávání se dítěti, zatímco do interakce s ním vstupovala jen přibližně polovina žen; obecně prý platí, že činnosti navázané na proměnu sebepojetí ženy (tj. diferenciace od dítěte, přijetí mateřské role a sebe-dávání) převládaly přinejmenším u zkoumaného vzorku těhotných žen nad participací v aktivitách založených na vzájemném vztahu (interakci, připisování vlastností dítěti). Lze jen spekulovat, proč tomu tak je: stěží se lze domnívat, že v jádru se nachází nezájem o dítě; možná se jedná spíše o to, že přeměna sebepojetí vytváří nutnou podmínku, bez níž rozvíjení jakéhokoli vztahu k další bytosti není

vůbec realizovatelné, a že se tedy právě na tuto proměnu musí upnout pozornost a úsilí primárně.

Další z řady významných badatelek, Američanka Mary Müllerová, proslula zejména jako autorka, jež zřejmě jako první vyslala do oběhu termín *prenatální attachment* pro vztah matky k jejímu očekávanému dítěti a jež zkonstruovala též dotazník k jeho měření, tzv. *PAI* (*Prenatal Attachment Inventory*, Müller, 1989; Müller & Mercer, 1993) mající sloužit jako doplněk nebo alternativa k dotazníku *MFAS* od Cranleyové. Celkové pojetí attachmentu u Müllerové lze ostatně do určité míry interpretovat jako názorovou opozici právě ke koncepci Cranleyové, a to v tom smyslu, že Müllerová umenšuje důraz položený Cranleyovou na mateřské chování a zohledňuje mnohem spíše *emoční vztah* matky k dítěti (Müller & Mercer, 1993, s. 199).

Prenatální attachment definuje Müllerová (1989, s. 11) jako „jedinečný emoční vztah, který se rozvíjí mezi matkou a jejím nenarozeným plodem“, přičemž pocity, které matka k dítěti chová, „nejsou závislé na pocitech, které má žena o sobě jako těhotné, nebo na jejím vnímání sebe jako matky“. Vazba k nenarozenému dítěti se přitom nevyčerpává pouze v emočním vztahu, nýbrž zahrnuje nadto též myšlenky a fantazie ohledně dítěte. (Jakkoli míří v této poznámce kritickým ostřím znovu na Cranleyovou, je třeba spravedlivě konstatovat, že ani ona tuto další dimenzi neopomíjí zcela: mohli bychom ji nalézt zejména v její kategorii připisování vlastností a záměrů dítěti a zřejmě také v procesu diferenciaci sebe sama od dítěte.) Ve 21 položkovém dotazníku PAI je attachment jako emoční vztah konkretizován kupříkladu ve výrocích „jsem nadšená, když nad dítětem přemýšlím“, „užívám si, když cítím jeho pohyby“ či „cítím k dítěti lásku“; myšlenky a fantazie o dítěti přichází poté ke slovu v položkách „sním o dítěti“, „přemýšlím, jak teď vypadá“, „myslím si, že už má osobnost“, „plánuji činnosti, které s ním budu dělat“ atp.

Podobně jako Müllerová klade další badatel prvořadého významu, tentokrát muž, Australan John Condon, důraz na to, že význačným rysem prenatálního attachmentu je jeho emoční složka: attachment definuje jako emoční vazbu (*tie*) či pouto (*bond*) ženy k jejímu dítěti, resp. k představě, kterou si o něm ve své mysli vytváří (1993). Konstitutivním prožitkem attachmentu je přitom dle Condonova *lásky*, pojem – jak Condon nepopírá – stěží definovatelný a vyjádřitelný s nejvyšší pravděpodobností pouze v metaforách. Snáze empiricky přístupné jsou prožitky, jež v rámci Condonova hierarchického modelu attachmentu vycházejí z lásky a

prostředkují mezi ní a empiricky projevovanými vzorci chování: mezi tyto prožitky Condon řadí potřeby či dispozice k vědění o dítěti, interakci s ním, k vyhýbání se separaci od něj či jeho ztrátě, k jeho ochraně a k uspokojování jeho potřeb.

Potřeba vědění se poté dle Condon naplňuje v ženě zájmu o její očekávané dítěte a v potřebě konstruovat si v mysli jeho čím dál konkrétnější obraz, potřeba interakce zahrnuje jak samotnou komunikaci s dítětem (typicky prostřednictvím dotýkání se břicha a promluv k dítěti), tak radost a uspokojení z tohoto kontaktu, potřeba vyhnoutí se separaci od dítěte či dokonce jeho ztrátě se odehrává ve strachu z těchto událostí, byť jen představovaných. Potřeba ochraňovat nenarozené dítě může nacházet projevy v různých formách altruistického chování, například v ženě zanechání kouření v těhotenství navzdory jejímu dřívějšímu potěšení z této aktivity: v tom se vyjevuje konečně i dispozice k uspokojování potřeb dítěte, v níž dochází k upozadění potřeb a tužeb vlastních ve prospěch zájmů očekávaného potomka. Na poslední rovině hierarchického uspořádání se poté všechny tyto dispozice přetavují v konkrétní formy chování: žena si vyhledává a čte informace o těhotenství a vývoji dítěte, konkrétními kroky ho chrání a vykonává aktivity, o nichž se domnívá, že dítěti přináší uspokojení.

Kromě pečlivě promyšleného modelu realizace mateřské lásky přispěl Condon do debaty o prenatálním attachmentu též svým rozlišením mezi jeho kvalitou a intenzitou, jež si v dalším vývoji bádání získalo ještě mnohem širší ohlas. S ohledem na *kvalitu* lze dle Condon rozlišit attachment pozitivní a negativní. V případě pozitivního attachmentu se matka na dítě těší, cítí k němu emoční blízkost a něhu, má o něm zřetelnou představu, s radostí očekává jeho narození, pojímá ho jako osobu a při myšlence nad jeho možnou ztrátou pociťuje smutek. Při attachmentu negativním se naopak žena na příchod dítěte na svět netěší, emočně je od něj vzdálená, cítí vůči němu spíše podráždění, v představách má pouze jeho vágní obraz, je pro ni spíše věcí než živou bytostí a nepociťuje smutek při pomyšlení na jeho možnou ztrátu. *Intenzita* attachmentu je poté identická s množstvím času, v němž se žena rozličnými způsoby dítětem zabývá (přemýšlí nad ním, představuje si ho, mluví s ním či o něm, má o něm sny atd.), a s mírou pocitů, jimiž je její zájem doprovázen.

Na tomto základě není obtížné dovodit, že optimální forma attachmentu se realizuje ve chvíli, kdy jeho kvalita i intenzita dosahují vysoké úrovně. Pro naše další úvahy o úzkostech a depresích v těhotenství však bude nabývat prvořadého významu situace jiná: ta, v níž je přítomna intenzita attachmentu, ale nedostává se mu kvality, tedy když se žena dítětem

nepopíratelně zaobírá a emočně je nějakým způsobem zaangažována, nicméně její vztah k dítěti je prodchnut do značné míry negativními pocity. Ambivalentní nebo přímo negativní pocity mohou pramenit z různých zdrojů a jedním z nich může být bezesporu i skutečnost, že se nastávající matka o dítě nadměru bojí: Condon hovoří výslovně o „úzkostném zaobírání se“, jež může nastat u žen, „jejichž nadměrné obavy o dítě nebo o sebe samotné jim znemožní prožívat pozitivní aspekty attachmentu“ (1993, s. 181). Neschopnost se na dítě těšit a s tím svázaná emoční odtažitost od něj nemusí tedy implikovat přímo nechtěnost dítěte či averzi k němu, nýbrž v některých případech může být spíše znakem nadměrných obav a nezvladatelných úzkostí.

Distinkci mezi kvalitou a intenzitou Condon zužitkoval též při konstrukci svého 19položkového dotazníku měřícího prenatalní attachment, *MAAS (Maternal Antenatal Attachment Scale*, Condon, 1993; Condon & Corkindale, 1997), v němž, dle něj též v opozici ke Cranleyové, podniká pokus pečlivě odlišit vztah nastávající matky k dítěti od jejího vztahu k těhotenství obecně a k ženě přijímání mateřské role. (Jak jsme viděli výše, Cranleyová (1981) skutečně považovala právě „přijetí mateřské role“ za jeden z konstitutivních prvků attachmentu.) Toho je dle Condon (1993) dosaženo tím, že jsou ženám kladeny otázky, jejichž předmětem je výhradně očekávané dítě a vztah k němu, konkrétně kupříkladu zda a jak často ženy o dítěti přemýšlí, zda jsou s myšlenkami spojené silné, slabé, pozitivní či negativní pocity, zda si vyhledávají informace o postupném vývoji dítěte, zda, jak často a jak konkrétně si dítě představují, mluví na něj, shánějí pro něj věci, vybírají mu jméno, mají o něm sny, dotýkají se břicha, strachují se o dítě atp.

Tedy, kdybychom měli doposud probírané shrnout, prenatalní attachment dle autorů, jež význačným způsobem přispěli k teoretickému vymezení daného pojmu i k jeho praktické aplikaci, sestává přinejmenším ze složky emoční (prožitky lásky, libosti, obav aj.), kognitivní (myšlenky, představy, fantazie atd.) a behaviorální (konkrétní chování). Takové propojení všech hledisek je uplatněno též v přepracované verzi dotazníku PAI od Müllerové, v tzv. *PAI-R (PAI-Revised)*, který se svými kolegyněmi zkonstruovala australská psycholožka a statistička Julie Pallantová (2014) a který je vhodné si tímto prostřednictvím představit, neboť se jedná o poslední z nejhojněji využívaných dotazníků detekujících míru prenatalního attachmentu.

(Základní údaje o všech referovaných dotaznících měřících prenatalní attachment uvádím v Tabulce 1.³)

Pallantová s kolegyněmi rozčlenily ve svém 18položkovém dotazníku jednotlivé výroky do tří subškál, každé o šesti položkách, jmenovitě do škál *anticipace*, *diferenciace* a *interakce*. Do kategorie *anticipace* zahrnuly zejména ženiny představy o dítěti a plány týkající se budoucnosti s ním: kupříkladu se ptají, zda nastávající matka uvažuje o tom, jak dítě teď asi vypadá, zda si představuje, že ho nazývá jménem, zda plánuje, jaké aktivity s ním po jeho narození bude realizovat či zda se jí o něm zdají sny. *Diferenciaci* nepojímají autorky ani tolik v linii výkladu Cranleyové jako mentální oddělení sebe od dítěte, nýbrž spíše ji identifikují s přesvědčeními o vlastnostech a činnostech dítěte: táží se, zda se žena domnívá, že dítě již má nějakou osobnost, zda je přesvědčena, že ví, jaké její činnosti mohou dítě přímo ovlivnit, zda pozná, kdy dítě spí, kdy se hýbe, kdy ji slyší apod. Na *interakci* poté pohlíží zejména v rovině emoční a sociální: zajímá je, zda žena prožívá radost, když cítí pohyby dítěte, zda dovolí jiným lidem dotýkat se jejího břicha, aby mohli pohyby též cítit, zda s nimi mluví o tom, co dítě dělá, zda pociťuje k dítěti lásku či zda ráda sedí s rukama na břiše a dítě přes ně hladí. Je tedy zřejmé, že jsou znovu přítomny složky emoční (miluji dítě, raduji se, když..., ráda dělám...), kognitivní (jsem přesvědčena o..., uvažuji o..., představuji si...) a behaviorální (plánuji..., hladím si břicho..., dovolím ostatním se břicha dotýkat atd.).

2 Deprese a úzkost

Předtím než obrátíme pozornost výhradně k tématu deprese a úzkosti v těhotenství, je přiléhavé podotknout, že zkoumaných vlivů, jež mohou vstupovat do hry při ovlivňování míry prenatalního attachmentu, je i mimo tyto dvě kategorie našeho zájmu celá řada. Zkoumání jsou průběžně podrobovány kupříkladu vliv sociální podpory (Condon & Corkindale, 1997; Cranley, 1981; Rubertsson et al., 2015), věku těhotné ženy (Lindgren, 2001; Müller & Mercer, 1993; Rubertsson et al., 2015; Siddiqui et al., 1999; Somerville et al., 2014; Yarcheski et al., 2009), jejího stupně vzdělání (Lindgren, 2001; Rubertsson et al., 2015; Yarcheski et al., 2009), socioekonomického statusu (Somerville et al., 2014), fáze těhotenství (Heidrich & Cranley, 1989; Lerum & LoBiondo-Wood, 1989; Müller & Mercer, 1993), počtu předcházejících dětí (Condon & Corkindale, 1997; Müller & Mercer, 1993; Rubertsson et al., 2015; Yarcheski et al., 2009) a dále například vlivu nepříjemných fyzických symptomů (Lerum & LoBiondo-

³ Všechny tabulky se nachází v Příloze na konci práce.

Wood, 1989; Lumley, 1982; Müller & Mercer, 1993; Siddiqui et al., 1999), stresu (Cranley, 1981), negativních pocitů ohledně porodu (Rubertsson et al., 2015) či mateřství obecně (Doan & Green, 2001; Hart & McMahon, 2006), délky trvání partnerského vztahu (Somerville et al., 2014), počtů prostřednictvím IVF (McMahon et al., 1997; Stanton & Golombok, 1993), předchozí perinatální ztráty (Armstrong, 2002; Armstrong & Hutti, 1998), stylům attachmentu (Mikulincer & Florian, 1999) či vlivu zkušeností z vlastního dětství a výchovy (Della Vedova et al., 2011; Siddiqui et al., 2000).

Aniž bych pozornost věnovala detailům, lze obecně shrnout, že u všech analyzovaných kategorií jsou výsledky nejednoznačné: někteří badatelé na základě svých výzkumů vztah (korelaci či jednosměrný vliv) – ať již pozitivní, či negativní – daných proměnných s prenatálním attachmentem nalézají, jiní nikoli. (Kupříkladu v případě věku nachází negativní korelaci s prenatálním attachmentem Lindgrenová (2001), Müllerová a Mercerová (1993), Rubertssonová et al. (2015) a Siddiquiová et al. (1999), zatímco Condon a Corkindalová (1997), Somervilleová et al. (2014) a Yarcheskiová et al. (2009) ji neidentifikovali, v kontextu vzdělání nalézají souvislost Lindgrenová (2001) a Rubertssonová et al. (2015), zatímco Yarcheskiová et al. (2009) nikoli.) U vlivu negativního postoje k mateřství, nevhodně ustaveného vztahování k ostatním lidem obecně či nepříznivé podobě vlastní výchovy se jeví negativní vliv na míru prenatálního attachmentu sice zřejmě intuitivní, nicméně studií zatím neexistuje dostatečné množství na to, abychom mohli souvislost jednoznačně potvrdit. S ohledem na můj badatelský zájem ostatně ani k jasným závěrům nuceni nejsme a můžeme se dále soustředit na depresi a úzkost objevivší se v průběhu těhotenství.

2.1 Deprese

2.1.1 Deprese v těhotenství

Těhotenství v žádném případě nelze považovat za období, v němž by byla žena vůči depresi imunní; ba právě naopak, výzkumy podporují domněnku, že je tomu zcela obráceně: výskyt jak lehkých, tak těžkých depresivních epizod je u těhotných žen přibližně stejně častý jako u žen netěhotných (tj. kolem 5 % u těžkých depresivních fází a kolem 10 % u těch lehkých, Bennett et al., 2004; jedna aktuální studie (Yin et al., 2021) uvádí dokonce prevalenci až 20 % u všech typů deprese a 15 % u deprese těžké). Další studie poukazují na to, že deprese v těhotenství představuje jev přinejmenším stejně rozšířený než rozsáhleji zkoumaná deprese poporodní (Evans et al., 2001; Hart & McMahon, 2006; Marcus et al., 2003). To vše je navíc

třeba nahlížet na pozadí faktu, že poruchy nálady jsou u žen obecně velmi rozšířené (pravděpodobnost výskytu těžké depresivní epizody je u nich téměř dvakrát vyšší než v populaci mužské) a nejvíce jsou jimi zasaženy právě ženy v produktivním věku (Kessler et al., 1993).

S větší pravděpodobností přitom deprese propukne v těhotenství u žen, jež ji prožily již někdy před tímto obdobím (Evans et al., 2001; Hendrick et al., 1998; O'Hara, 1995). Nejrizikovější skupinou jsou poté jednoznačně ty ženy, které si depresivními epizodami prošly dokonce opakovaně (Cohen et al., 2004). Jsou to právě tyto ženy, jež nezhřídkavě užívají psychiatrickou medikaci a u nichž bohužel nikoli výjimečně dochází k tomu, že je jim doporučeno medikaci po otěhotnění vysadit; prokázalo se však, byť jen na poměrně malé studii zahrnující 32 těhotných žen, že relaps onemocnění v tomto případě dosahoval celých 75 procent (Cohen et al., 2004).

O příčinách rozvoje depresivní epizody v průběhu těhotenství se vedou rozsáhlé diskuze, je však přinejmenším zjevné, že mohou být různorodé: zkoumání byly podrobeny například vnímaná podpora, resp. její absence, v blízkých vztazích, socioekonomický status, výskyt souběžných nepříznivých událostí v životě ženy či míra schopnosti přizpůsobení se nové životní situaci (Gotlib et al., 1989; O'Hara, 1995, s. 110–120). Dalším faktorem, jenž by neměl zůstat přehlédnut, je skutečnost, že neopominutelné množství těhotenských depresivních stavů může zůstat nezachyceno, neboť mnohé symptomy depresivní epizody se překrývají buď s obecnými příznaky těhotenského stavu nebo se symptomy onemocnění pro dané období typické (anémie, těhotenská cukrovka či porucha funkce štítné žlázy): jedná se kupříkladu o únavu, úbytek energie, snížení sexuální apetence, poruchy spánku či změny jídelního režimu.

Význačným faktorem přitom samozřejmě je již to, jak moc trpí samotná těhotná žena, ale pokud by někdo potřeboval další důvod k obavám, lze poukázat i na fakt, že psychická nepohoda nastávající matky nepřekvapivě ohrožuje samotné vyvíjející se dítě: pokud depresivní těhotná žena zanedbává kvůli nechutenství či apatii své vlastní stravování, nemusí se dostávat optimálního množství živin ani jejímu dítěti; navíc těhotná žena s depresí bude též s vyšší pravděpodobností kouřit a užívat alkohol či jiné návykové látky (Zuckerman et al., 1989). Další vliv na dítě je diskutabilní, pozornosti se dostává například možnému vlivu na předčasný porod, nižší porodní hmotnost plodu, jeho menší objem hlavy či nižší APGAR skóre (Zuckerman et al., 1989). A odbornému zájmu nešla ani otázka vlivu deprese matky

v těhotenství na vztah k dítěti po jeho narození (např. Alder et al., 2007; Flykt et al., 2010; Müller, 1996; Siddiqui et al., 2000).

Zmínky je dále třeba dopřát formám, jakými ve výzkumech, a ostatně i v klinické praxi, míru deprese odhalujeme. Obdobně, jako existují dotazníky detekující míru prenatálního attachmentu, máme k ruce i škály zkonstruované pro měření deprese v těhotenství (jejich souhrn uvádím v Tabulce 2 níže). Speciálně pro identifikaci deprese v perinatálním období byla vyvinuta *Edinburská škála poporodní deprese (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS, Cox et al., 1987)*. Její specifikum tkví v tom, že neobsahuje otázky na somatickou symptomatiku běžně se s depresí pojící, a to právě kvůli tomu, že fyzické obtíže mohou souviset se samotným těhotenstvím, nikoli depresí. Byť nese škála označení „postnatální“, je vhodná ze zmíněného důvodu i pro období těhotenství (Gaynes et al., 2005; Murray & Cox, 1990). Jedná se o 10položkový dotazník se 4bodovou Lickertovou stupnicí mapující pocity prožívané v posledním týdnu od vyplňování: otázky v něm krouží kolem (ne)schopnosti radovat se, vnímání budoucnosti, sebeobviňování, sebedestruktivních myšlenek, úzkostí, obav, strachů až prožitků paniky a pocitů smutku a zahlcení povinnostmi. Při celkových maximálně dosažitelných 30 bodech je v prenatálním období za hranici definující přítomnost mírné deprese považován limit 12 až 13 bodů a pro depresi těžkou hranice 14 až 15 bodů (Murray & Cox, 1990), případně dle novější metaanalýzy Levisové et al. (2020) jednotný limit 11 bodů pro jakoukoli depresivní symptomatologii.

K dalším škálám, s nimiž ve výzkumech vztahu prenatální deprese a attachmentu přicházíme do styku, patří dotazník CES-D (*The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Radloff, 1977*), Hamiltonova škála deprese (HDRS, *Hamilton Depression Rating Scale, Hamilton, 1960*) a HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond & Snaith, 1983*). Autorka CES-D, Lenore Sawyer Radloffová, ve svém dotazníku záměrně akcentuje zejména afektivní komponentu deprese (dotazník se táže na pocity provinění, bezcennosti, bezmoci a beznaděje), zatímco tělesné projevy jsou předmětem pouze dvou otázek z celkových 20 (konkrétně je tématem kvalita spánku a změny chuti k jídlu). Ženy v jejím dotazníku hodnotí své symptomy také za poslední týden, přičemž za indikátor deprese je považováno skóre 16 a výše z 60 bodů (Marcus et al., 2003).

Hamiltonova 17položková škála deprese (HDRS) sice využití v některých studiích nachází (např. McFarland et al., 2011), nicméně zahrnuje již více dotazů na somatické obtíže

(nespavost v různých fázích noci, snížená motorická aktivita, zažívací obtíže, bolesti hlavy, hyperventilace atd.), a její užití se tedy nejeví v těhotenství příliš vhodné. Ze stejného důvodu ostatně při výzkumu diskutovaného období nenalézám hojně využití ani jinak nejrozšířenější škála měřící depresi, 21položkový *BDI-II* (*Beck Depression Inventory-II*, Beck et al., 1996). A konečně 14položková škála *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) je koncipovaná především jako screeningový dotazník pro hospitalizované pacienty, a není tudíž příliš vhodná pro měření symptomů u nehospitalizovaných těhotných. Její nespornou výhodou však je, že autoři – aby dokázali diferencovat psychické obtíže od fyzických projevů nemocí u somatických pacientů – do ní též nezahrnuli téměř žádné dotazy na tělesnou symptomatiku. Díky tomu i tato škála v některých studiích dochází uplatnění (Gaudet et al., 2010; Rubertsson et al., 2015).

2.1.2 Deprese a prenatální attachment

Ani v kontextu vztahu deprese k prenatálnímu attachmentu není o odborné texty nouze. Tématu se věnovali již Condon s Corkindaleovou (1997), v současné době je k dispozici celá řada studií opírajících se o tu větší, tu menší vzorek těhotných žen. Nezanedbatelné množství studií připojuje k prenatálnímu attachmentu a depresi ještě třetí zkoumaný prvek, kupříkladu výši příjmu (Flykt et al., 2010; Müller, 1996), přítomnost těhotenské cukrovky (Chazotte et al., 1995; Napoli et al., 2020), předchozí perinatální ztrátu (Armstrong, 2002; Armstrong & Hutti, 1998), styl attachmentu (Flykt et al., 2010; Zhang et al., 2021) či zkušenosti z vlastní výchovy (Della Vedova et al., 2011).

Badatelka Luca Rollèová (2020) analyzovala všechny dle ní dostupné studie dotýkající se vztahu prenatálního attachmentu a perinatální deprese (tedy jak deprese v těhotenství, tak poporodní deprese) publikované mezi lety 1988 a 2019. Shromáždila přitom 45 studií a uzavírá, že 28 z nich postulují existenci nějaké formy vztahu (korelace nebo jednosměrného vlivu) mezi prenatálním attachmentem a depresí v těhotenství, ve 13 nebyl signifikantní vztah nalezen a ze tří studií vyplynul naopak vztah pozitivní s některou dimenzí attachmentu.

Když se však referovaným studiím věnujeme detailněji, zjistíme, že některé z nich měřily nikoli vztah těhotné ženy k očekávanému dítěti, nýbrž tuto vazbu u jejího partnera (Noh & Yeom, 2017) a některé při měření prenatálního attachmentu nevyužily ani jednu z výše popsaných škál (např. Priel & Besser, 1999). Nemalá řada dalších studií se poté zaměřovala na některé specifické skupiny těhotných žen: ženy, jež si prošly předchozí perinatální ztrátou

(Armstrong, 2002; Armstrong & Hutti, 1998; Gaudet et al., 2010), ženy s rizikovým těhotenstvím (Mercer et al., 1988), s nízkým příjmem (Alhusen et al., 2012), prvorodičky (Goecke et al., 2012) či adolescentní těhotné (Diniz et al., 2014).

S ohledem na co nejobecnější charakter výsledků se omezíme na ty studie, v nichž autoři do svého výzkumu zapojili těhotné ženy bez komplikovaného průběhu těhotenství a dalších rozličných specifík (přehledně shrnujeme výsledky všech níže referovaných studií v Tabulce 3 na konci této podkapitoly). V linii takového výkladu se můžeme odrazit od těch, jejichž závěr byl dle Rollèové – přinejmenším v jí analyzovaném období – nejfrekventovanější. Tento závěr, tedy postulování existence negativního vztahu (korelace nebo jednosměrné negativní závislosti) mezi prenatálním attachmentem a depresí v těhotenství, zřejmě jako první zazněl v již několikrát připomenuté studii Johna Condon a Carolyn Corkindaleové (1997). V ní autoři k detekci prenatálního attachmentu využili Condonovu výše zmiňovanou škálu MAAS (*Maternal Antenatal Attachment Scale*, Condon, 1993) rozlišující kvalitu a intenzitu attachmentu. Jejich vzorek čítal 238 nastávajících matek ve třetím trimestru těhotenství, k měření míry deprese autoři využili dokonce vícero dotazníků, kromě EPDS (Cox et al., 1987) také HADS (Zigmond & Snaith, 1983) a SDS (*Zung Self-Rating Depression Scale*, Zung, 1965). Jejich závěrem přitom je, že deprese negativně koreluje výrazně více s kvalitou než intenzitou attachmentu (u intenzity se prokázala signifikantní míra korelace pouze při aplikaci škály HADS pro detekci deprese, zatímco u kvality byla korelace signifikantní u všech k měření deprese určených škál). Deprese tedy, jinými slovy, souvisí zejména s tím, jakým způsobem ženy prožívají svůj vztah k očekávanému dítěti – zda k němu pociťují něhu, blízkost, zda mají z interakce s ním potěšení atd., a mnohem méně či dokonce téměř vůbec s tím, kolik času mu v myšlenkách a prožívání věnují.

Výzkumnice Ramona Mercerová s kolegyněmi (1988) se ve své studii sice zaměřily primárně na ženy s rizikovým těhotenstvím, nicméně vypracovaly data i pro kontrolní skupinu žen bez prenatálních komplikací. Všechny participantky se nacházely v období od 24. do 34. týdne těhotenství; riziková skupina čítala 153 žen, neriziková 218 žen. K měření attachmentu využily autorky škálu MFAS od Cranleyové (1981), u deprese nalezla uplatnění CES-D (Radloff, 1977). U žen na rizikovém těhotenství se korelace attachmentu s depresí neprokázala, u nerizikových signifikantní negativní korelace však přítomna byla. K podobnému výsledku dospěla ve svém hojně citovaném článku též badatelka Kelly Lindgrenová (2001), jež pozornost upřela na vztah prenatálního attachmentu, deprese a zdravého či nezdravého životního stylu

v těhotenství (tj. toho, zda žena nepije, nekouří, dostatečně spí, věnuje se cvičení, klade důraz na své stravování atp.). Její studie se zúčastnilo 252 žen nacházejících se mezi 20. a 40. týdnem těhotenství. Attachment Lindgreová měřila též prostřednictvím Cranleyové MFAS a depresi pomocí CES-D a dospěla k závěru, že míra deprese představuje signifikantní prediktor nižší míry prenatálního attachmentu.

Výzkum další autorky, Julie McFarlandové a jejích kolegů (2011), se centroval kolem souvislosti prenatálního attachmentu s těžkou depresivní fází v těhotenství. Na základě výzkumu se 161 ženami mezi 23. a 36. týdnem těhotenství, z nichž 65 splňovalo kritérium diagnózy těžké depresivní epizody, a při využití MFAS, Hamiltonovy škály deprese (HDRS, Hamilton, 1960) a semistrukturovaných rozhovorů (First, 2002) dospěli k závěru, že přítomnost těžké depresivní epizody v těhotenství negativně ovlivňuje prenatální attachment. Výsledek přitom označují za nepřekvapivý s poukazem na to, že se lidem v těžké depresivní fázi obecně nedostává energie ani motivace k vypořádávání se se závažnými životními změnami – a jen stěží si lze představit radikálnější životní změnu než očekávání a následné narození potomka. V případě těhotných žen, doplňuje McFarlandová, se tento útlum vůle může demonstrovat též v neschopnosti adaptovat se na novou, tj. mateřskou roli, jejíž nepřijetí může vyústit právě v umenšené rozvíjení vztahu k očekávanému dítěti (McFarland et al., 2011, s. 431).

A konečně třetí škálu, PAI, resp. její revidovanou verzi PAI-R (Pallant et al., 2014), využily ve své studii Christine Rubertssonová s kolegyněmi (2015): ostatně jak by ne, když členkou týmu byla také Julie Pallantová, jež PAI-R zkonstruovala. Tato škála byla zkombinovaná s HADS pro měření deprese, a to při účasti 718 participantek, jež vyplňovaly HADS v 8.–10. a PAI-R v 36. týdnu těhotenství. Autorky přitom shledaly, že existuje statisticky významný rozdíl v míře attachmentu u žen s depresí a bez ní (za indikátor přítomnosti deprese bylo přitom považováno dosažení více než 8 bodů ze 14 na škále deprese v HADS), přičemž depresivní ženy vykazovaly nižší míru attachmentu, a to ve všech třech subškálách PAI-R (diferenciaci, interakci a anticipaci).

Situace však není jednoznačná zcela, neboť s využitím stejných škál jiní badatelé negativní korelaci ani jednostrannou závislost neodhalili. Z řady studií lze zmínit třeba tu od Anny Marie Della Vedovové a kolegů (2011), jež administrovali dotazníky PAI a CES-D 146 ženám ve třetím trimestru, a od Cynthiy Chazotteové a kolegů (1995) využívajících MFAS a

CES-D, jež – zaměřujíc se primárně na ženy s těhotenskou cukrovkou – zahrnovala ovšem pouze 30 respondentek (mezi 34. a 36. týdnem těhotenství) bez těhotenských komplikací.

Některým studiím, jež žádný statisticky významný vztah mezi zmíněnými veličinami neprokázaly, jsou však vlastní určitá „ale“, s nimiž svůj závěr formulují. Tak Shuji Honjo a jeho tým (2003) sice na základě dat prokazují absenci korelace míry deprese a attachmentu, nicméně jsou si zároveň vědomi toho, že tento závěr může být podmíněn specifičností jejich studie: na rozdíl od naprosté většiny ostatních badatelů totiž zaměřili svoji pozornost k attachmentu, který si matka k dítěti vytváří v ranějších fázích těhotenství: attachment měřili v prvním a druhém trimestru těhotenství, zatímco většina ostatních studií jeho odečítání provádí ne dříve než ve druhé polovině druhého trimestru. Na základě této časové volby většina z 216 respondentek z Honjova výzkumu uvedla, že ještě necítí pohyby dítěte.

V daném kontextu však není překvapující, že attachment nabývá nižších hodnot: různé studie prokázaly, že v průběhu těhotenství narůstá attachment postupně, přičemž se nejčastěji skokově zvýší právě po tom, co žena prvně pohyby dítěte zaznamená (např. Reading et al., 1984). S ohledem na tento fakt lze tedy stěží vyloučit možnost, že attachment bude nabývat velmi podobných, tj. poměrně nízkých hodnot, ať již těhotná žena bude, či nebude depresivní, a že v důsledku toho rozdíly u korelace s depresí nebudeme s to detekovat. Problematická může být navíc též skutečnost, že – právě s přihlédnutím k absenci vnímaných pohybů dítěte – Honjo s týmem zkonstruovali pro měření attachmentu svoji vlastní škálu, AMAS (*Antenatal Maternal Attachment Scale*), nezahrnující hodnocení výroků vážících se k přímému vnímání dítěte, jejíž validitě se však nedostalo dostatečného prověření.

Nejednoznačná ve vztahu k absenci korelace mezi attachmentem a depresí je též studie Rolanda Harta a Catherine McMahonové (2006), jež do výzkumu zahrnuli 53 prvorodiček mezi 20. a 38. týdnem těhotenství a s využitím dotazníků MAAS a EPDS dospěli k závěru, že míra attachmentu a deprese signifikantně nekorelují. Zároveň však položili důraz na to, že pod mírou signifikace byl přítomný trend k negativní asociaci mezi kvalitou attachmentu a depresí, a svůj výsledek explicitně srovnávají se závěry výše sumarizované studie Condon a Corkindaleové (1997), jež existenci negativní korelace v tomto kontextu přitakávají.

Zřejmě nejparadoxnější se jeví možnost, že by mezi attachmentem a depresí v těhotenství mohl panovat vztah korelace nebo závislosti pozitivní. Nevzbuzuje příliš údivu, že mnoho studií takový vztah skutečně neprokázalo, nicméně ojedinělé výjimky jsou přesto

k nalezení. Lavinia Baroneová s kolegy (2014) využili ve studii zahrnující 130 žen v průměru ve 27. týdnu těhotenství k měření deprese škálu CES-D a u prenatalního attachmentu škálu PAI. Tu rozčlenili na základě výsledků předchozích studií (např. Bielawska-Batorowicz & Siddiqui, 2008) i realizace vlastní faktorové analýzy dotazníku na pět subškál: *citový vztah matky k očekávanému dítěti*, *interakce s ním*, *fantazie o něm*, *diferenciace od něj* a *vnímavost vůči němu*. Na základě daného rozlišení poté zformulovali závěr, že rozdíl v celkovém skóru prenatalního attachmentu u depresivních a nedepresivních nastávajících matek přítomen není, nicméně že pozitivní závislost na skóru deprese se objevila u subškál PAI „fantazie o dítěti“ a „vnímavosti (*sensitivity*) vůči dítěti“. Subškála „fantazie“ přitom zahrnuje výroky „mám o dítěti sny“, „vím, proč se dítě hýbe“ a „sdílím s ním tajemství“ a subškála vnímavosti pod sebou obsahuje tvrzení „myslím si, že mé dítě má již osobnost“, „vím, že to, co dělám, má na dítě vliv“ a „vím, že mě dítě slyší“.

Sami autoři dosažený výsledek označují za „zdánlivě kontradiktorický“ (Barone et al., 2014, s. 237). Určitý interpretační návrh předkládají ve svém tvrzení, že kategorie fantazie a vnímavosti se vztahují zejména k internalizaci myšlenek a pocitů, které nejsou nutně *pozitivního* charakteru, na rozdíl od těch měřených v ostatních třech subškálách: o dítěti mohou totiž mít i negativní sny či mohou vědět, že ho své jednání ovlivňuje, aniž bych k němu měla pozitivní emoční vztah apod. Navrhují, že je vhodné závěr jejich studie srovnat s Condonovým rozlišením kvality a intenzity prenatalního attachmentu, neboť v tomto dělení má též apriorně pozitivní konotace pouze určitý aspekt attachmentu, v jeho případě kvalita, zatímco intenzita nutně nikoli (lze se intenzivně vztahovat k očekávanému dítěti a být při tom kupříkladu ve zvýšené míře úzkostný). A vznášejí návrh ještě na dodatečné vysvětlení: může se jednat též o to, že ženy s depresivní symptomatikou jsou více vnímavé jak ke svému vlastnímu emočnímu stavu, tak k očekávanému dítěti.

Tyto návrhy jsou bezesporu podnětné, nicméně nikoli nenapadnutelné: nabízí se kupříkladu otázka, zda skutečně všechny položky ostatních subkategorií vykazují nutně pozitivní kvalitu: samozřejmě je to u výroků jako „cítím k dítěti lásku“ či „mám radost, když vnímám jeho pohyby“, méně jednoznačné dle mého názoru však již třeba v případě tvrzení „snažím se představit si, co dítě ve mne provádí“, „říkám ostatním, co dělá“ či „přemýšlím, jak nyní vypadá“. Všechna tato tvrzení, spadající do subškál „citového vztahu“, „interakce“ a „diferenciace“, mohou dle mého názoru vykazovat i negativní nádech, mohou být kupříkladu sycena úzkostí, stejně tak, jak tomu je u těch ze subškál fantazie a vnímavosti. Druhý

interpretační návrh autorů, totiž že depresivní ženy mají obecně zvýšenou míru citlivosti, jež se přenesou i na vnímání jejich očekávaného dítěte, je sice přijatelný, nicméně též by si zasloužil mnohem podrobnějšího prozkoumání, již jen proto, že stejně tak lze na obecné rovině tvrdit pravý opak, totiž že přítomnost deprese emoční vnímavost mnohem spíše utlumuje. K oběmu obrátím pohled zpět v závěrečné diskuzní sekci práce.

S vnímavostí vůči dítěti souvisí i závěr další studie, v níž autorky našly statisticky signifikantní rozdíly v attachmentu mezi ženami bez depresivní symptomatiky a v její přítomnosti. Badatelka Louse Seimyróvá s kolegyněmi (2009) zahrnuly do výzkumu 289 žen nacházejících se v 30. až 32. týdnu těhotenství. Při měření deprese škálou EPDS a attachmentu dotazníkem MFAS dospěly k závěru, že mezi celkovými skóry deprese a attachmentu mezi ženami depresivními a nedeprativními rozdíl není, nicméně že nastávající matky s lehkými depresivními symptomy skórují výše v subškále identifikované autorkami prostřednictvím faktorové analýzy a měřící „prožitek fyzického kontaktu s dítětem“, jež se vztahuje zejména na vnímavost k pohybům plodu. Do této kategorie autorky řadí kupříkladu výroky „zdá se mi, že mě dítě kope, když má hlad“, „hladím si břicho, když chci dítě uklidnit“ či „z toho, jakým způsobem se dítě hýbe, mohu téměř odhadovat, jakou má osobnost“.

Stejně jako v předchozí studii je i zde tedy u depresivních žen ve hře zvýšená sensitivita k projevům dítěte. Autorky článku přitom též nabízí různé interpretační varianty pro své zjištění: větší sensitivita k pohybům dítěte by mohla být prý vposled vysvětlitelná tím, že dítě skutečně více kope, neboť vnímá matčinu úzkostnost, která je v některých případech jednou z komponent depresivního ladění; nebo by ve hře mohla být skutečnost, že depresivní matku vnímané pohyby dítěte iritují a reaguje na ně intruzivně zpět – kupříkladu zatlačí přes břicho na dítě –, čímž však úroveň aktivity dítěte dále navýší. Nicméně takové závěry jsou znovu spíše na úrovni spekulace, neboť by se muselo podrobit přísnějšímu zkoumání přinejmenším to, zda děti depresivních matek skutečně vykazují více pohybové aktivity a zda takový závěr bude platný i v případě, že deprese není doprovázena zvýšenou úzkostností nebo podrážděností.

Na pozitivní korelaci, avšak znovu pouze s jednou ze subškál celkového skóru prenatálního attachmentu, upozorňuje studie Anny Dosterové a kolegů (2018), v níž participovalo 324 žen ve třetím trimestru těhotenství. Deprese byla měřena škálou EPDS a attachment prostřednictvím MFAS, v níž autoři s využitím faktorové analýzy vytyčili tři – namísto pěti původních – subškál: anticipaci (*anticipation*), empatii (*empathy*) a starostlivost

(*caring*) ve vztahu k očekávanému dítěti. Formulují závěr, že korelace celkových skóre těchto škál je negativní, přičemž naopak pozitivní panuje v tomto případě mezi skórem deprese a subškálou *empathie* v MFAS. Ta přitom zahrnuje takové položky jako „zajímalo by mě, zda dítě uvnitř mne vnímá a přemýšlí“, „žiji zdravěji, než kdybych nebyla těhotná“ nebo „zdá se mi, že mě dítě kope, když chce najíst“. Subškála *empathie* přitom dle autorů znovu vykazuje souvislost zejména s vnímavostí vůči projevům dítěte, přičemž předpokládají, že jde o schopnost ovlivňovanou vnitřními faktory: v tomto kontextu jim zřejmě tanou na mysli v první řadě osobní charakterové vlastnosti nastávajících matek. Empatii dokonce označují za vlastnost, jež může facilitovat rozvoj depresivní či úzkostné symptomatiky (Doster, 2018, 1174).

Negativní se naopak v jejich studii prokázala korelace deprese se subškálou starostlivosti, jejímž jádrem jsou dle autorů prožitky obav a úzkostí a jež je v MFAS konkretizována kupříkladu ve formě výroků jak spíše pozitivně laděných („Cítím, že těhotenství stojí za to, i když je náročné“, „Hladím si břicho, když dítě příliš kope“), tak i vysloveně negativně orientovaných („Moje tělo se mi zdá ošklivé“). Autoři spekulují, že – na rozdíl od *empathie* – je starostlivost podmiňována spíše externími faktory; konkrétně uvádí třeba zkušenost s předchozím předčasným porodem.

2.2 Úzkost

2.2.1 Úzkost v těhotenství

Nějakou formu úzkostné poruchy zažije v průběhu života přibližně 30 % žen (Regier et al., 1990). Obdobně jako v případě deprese, ani vůči úzkostem nejsou těhotné ženy imunní: prevalence úzkostných poruch v perinatálním období byla v různých studiích popsána v rozmezí od 6,6 do 21,7 % (Somerville et al., 2014). Úzkost je jak v těhotenství, tak v poporodním období často komorbidní s depresí (Abramowitz et al., 2006; Mohr, 2015), jakkoli se jí výzkumně věnuje méně pozornosti než depresi (Matthey, 2004). Ve studii s početným zastoupením participantek (téměř osm a půl tisíce těhotných žen) vykazovalo klinicky významné symptomy úzkosti téměř 22 % z nich, přičemž 64 % prožívalo úzkosti i v poporodním období. Nadto se prokázalo, že úzkost v těhotenství lze považovat za prediktivní ukazatel deprese v osmi týdnech i osmi měsících po porodu (Heron et al., 2004). Častý souběh deprese a úzkosti v poporodním období dokonce motivoval některé autory k návrhu, aby se namísto těchto dvou distinktních kategorií v daném kontextu zavedl souhrnný pojem „poporodní porucha nálady“ (*postnatal mood disorder*) (Matthey et al., 2003).

A znovu obdobně jako v případě deprese platí, že úzkost v těhotenství může mít v rozličných formách negativní vliv i na dítě: různé studie demonstrovaly souvislost úzkosti v průběhu těhotenství s nižším novorozeneckým APGAR skóre, s předčasným porodem či s nízkou porodní hmotností plodu (Levine et al., 2003; Oldham & Riba, 2007, s. 21). Řídce zastoupené jsou bohužel výzkumy prevalence konkrétních forem úzkostných poruch v těhotenství: výskyt panické poruchy se dle některých studií pohybuje okolo 2 % (Smith et al., 2004), PTSD mezi 1,7–8 % (Ayers & Pickering, 2001; Smith et al., 2004), OCD mezi 0,2–1,2 % (Ross et al., 2006); u generalizované úzkostné poruchy pouze jediná studie uvádí prevalenci 8,5 % ve třetím trimestru (Shear & Mammen, 1995) (u této diagnózy je situace navíc komplikována diagnostickým kritériem minimální doby přetrvávání symptomů šest měsíců, kvůli čemuž je velmi obtížné sledovat incidenci v průběhu těhotenství). Tato čísla přitom přibližně odpovídají prevalenci zmíněných diagnóz v běžné populaci (Phillips et al., 2009).

Větší pozornost je věnována úzkosti postnatální, u níž se obavy matek týkají zejména zdraví jejich dítěte, zvládnání denních povinností, financí, vzhledu jejich těla po porodu, udržování čistoty v domácnosti – dosahující nezřídka až kompulzivních rozměrů –, rodičovských kompetencí a vztahu s partnerem (Affonso et al., 1999; Wenzel et al., 2003, 2005). Jane Phillipsová s kolegy (2009), inspirovaná svými detailními rozhovory s matkami novorozenců, navrhuje, že lze tyto obavy, typické pro postnatální období, příležitostně označit zastřešujícím termínem „obavy spojené s mateřstvím“ (*maternal focused worry*). Úzkosti objevivší se v průběhu těhotenství se sice dostávají do centra pozornosti badatelů méně, přesto alespoň některé výzkumy dokládají, že témata s těmi postnatálními do vysoké míry korespondují: vyskytují se obavy o to, zda dítě je a bude zdravé, jak pro rodinu zajistit dostatečné finanční prostředky, jak těhotenství a porod promění tělo nastávající matky či zda bude žena během těhotenství a po porodu pracovat (Affonso et al., 1999). Specificky v těhotenství se může objevit též strach z porodu, např. ze ztráty kontroly nad situací či z neschopnosti snést porodní bolesti (Huizink et al., 2004; Somerville et al., 2014).

Stejně jako u deprese je vhodné uvést diskuzi o vztahu úzkosti a prenatalního attachmentu stručným představením hlavních škál, jimiž badatelé úzkost u těhotných žen detekují (jejich souhrn uvádíme v Tabulce 4 níže). Nezřídka se ke zjišťování úzkosti využívají škály měřící primárně depresi, kupříkladu námi zmíněné HADS, HDRS a EPDS, neboť některé jejich položky cílí spíše na identifikaci úzkosti než deprese. Zdaleka však nepanuje shoda

ohledně toho, zda je zvýšené skóre u těchto položek skutečně vhodným kritériem pro určování s depresí souběžně přítomné úzkosti (Matthey et al., 2003).

Autoři škály zkonstruované konkrétně pro měření úzkosti v perinatálním období (*Perinatal Anxiety Screening Scale, PASS*, Somerville et al., 2014) srovnávají, že zatímco jejich škála zachytila 68 % žen s diagnostikovanou úzkostnou poruchou, tak kupříkladu subškála úzkosti v EPDS jich detekovala pouhých 36 %. Jejich 31položkový dotazník PASS dle nich přitom nadto podchycuje symptomatologii široké palety úzkostných poruch od generalizované úzkosti přes OCD, PTSD, panickou poruchu až po poruchu přizpůsobení a sociální fobii. Škála má formu 4bodové Lickertovy stupnice posuzující četnost úzkostné symptomatiky v průběhu posledního měsíce, přičemž centruje své otázky do následujících čtyř tematických okruhů: (1) akutní úzkosti a problémy s přizpůsobením (např. přítomnost akutních úzkostí, paniky či agitovanosti, neschopnost přizpůsobit se probíhajícím změnám), (2) obecné strachy a specifické fóbie (např. obavy, že se něco stane dítěti, strach z budoucnosti, z bolesti, porodu apod.), (3) perfekcionismus, potřeba kontroly a trauma (např. přítomnost vtíravých myšlenek, opakujících se nočních můr, potřeba dělat věci bezchybně, vše opakovaně kontrolovat) a (4) sociální úzkosti (strach z hodnocení od druhých, ztrapnění se na veřejnosti atp.). Za indikátor vysokého rizika přítomnosti některé z úzkostných poruch je přitom považováno skóre 26 a více z celkových 93 bodů.

Poměrně hojně výzkumně využívaná je ještě *State-Trait Anxiety Inventory* Charlese Spielbergera (Spielberger et al., 1970, 1987), inventář sestávající ze dvou 4stupňových subškál Lickertova typu, obou o dvaceti položkách, z nichž jedna je určena pro měření úzkosti jako přetrvávající osobnostní charakteristiky (*trait anxiety*), zatímco druhá cílí na úzkost jako aktuální stav (*state anxiety*) reagující na právě přítomné stimuly, ať již v podobě reálného nebezpečí či psychologického, prožívaného stresu. Skóre 40 bodů a výše (z celkového maxima 80 bodů) u každé ze subškál indikuje u netěhotných i těhotných žen vysokou míru úzkosti (Barnett & Parker, 1986; Grant et al., 2008) jako aktuálního stavu, resp. vysokou úzkostnost jako vlastnost. Preference daného inventáře pro detekci úzkosti v těhotenství může být diskutabilní, její obliba mezi výzkumníky však zřejmě vyplývá právě z její schopnosti diferencovat mezi dvěma odlišnými typy úzkosti, a poskytnout tak rozlišenější vhled do jejich vztahu k perinatálnímu attachmentu, potažmo jiným tematickým oblastem.

2.2.2 Úzkost a prenatální attachment

Obdobně jako v případě deprese, i u úzkosti výzkumníci nezářídka zkoumají vliv další proměnné: tak je podrobován diskuzi kupříkladu vztah úzkostí a prenatálního attachmentu u žen podstoupivších IVF (McMahon et al., 1997), prožívších předchozí perinatální ztrátu (Armstrong, 2002; Armstrong & Hutti, 1998), u žen s těhotenskou cukrovkou (Napoli et al., 2020), rizikovým těhotenstvím (Nagle-Yang et al., 2019) či vystavených nedostatečné sociální podpoře (Hopkins et al., 2018). Pokud zacílíme pozornost na ženy bez přidružených těhotenských obtíží, budeme znovu analogicky k výzkumům deprese konfrontováni se třemi možnými výsledky studií: nějakou formu statisticky signifikantního vztahu mezi úzkostí a prenatálním attachmentem buď nepotvrdily, nebo identifikovaly pozitivní, nebo negativní souvislost. Studie nejsou v tomto případě tak četné jako u depresí a počty těch, jež dospěly k tomu kterému závěru, jsou v kontextu úzkostí velmi podobné.

Omezíme se znovu na studie, v nichž participovaly těhotné ženy bez závažných těhotenských obtíží a bez dalších specifik (souhrnně zobrazujeme výsledky všech níže diskutovaných studií v Tabulce 3 na konci této podkapitoly). Ve většině studií, jež shledaly přítomnost negativní souvislosti (korelace nebo jednostranné závislosti míry attachmentu na míře úzkosti), využili jejich autoři k měření úzkosti škálu STAI; v jednom případě (Condon & Corkindale, 1997) dali autoři přednost dotazníku HADS zachycujícímu jak depresi, tak úzkosti; prenatální attachment byl měřen prostřednictvím Cranleyové škály MFAS, Condonovy MAAS, Müllerové PAI nebo Pallantové PAI-R. U MAAS, jež diferencuje mezi kvalitou a kvantitou attachmentu, prokázaly dvě studie existenci negativní korelace mezi kvalitou attachmentu a úzkostí: Condon a Corkindaleová v již zmíněné studii (1997) zahrnující participantky ve třetím trimestru těhotenství konstatují, že úzkost signifikantně negativně koreluje pouze s kvalitou, nikoli s intenzitou attachmentu. K obdobnému výsledku dospěli též Hart s McMahonovou (2006), jež s využitím škály STAI, diferencující mezi úzkostí jako stálou charakterovou vlastností a jako aktuálním stavem, potvrdili u vzorku žen mezi 20. a 38. týdnem těhotenství přítomnost negativní korelace s kvalitou attachmentu u obou forem úzkosti; u intenzity attachmentu vztah s úzkostí v žádné z jejich forem neshledali.

Kombinaci škál MFAS a STAI poté poskytla aplikaci Elieh Abasiová (2012), konstatující přítomnost negativního vlivu úzkosti na attachment. Její výzkum vykazuje vysoký počet účastnic (386 žen), určitá problematičnost při srovnání s ostatními výzkumy by však

mohla spočívat v zahrnutí participantek ve všech třech trimestrech těhotenství (přibližně 10 % z nich vyplňovalo dotazníky již v prvním trimestru, zbylý počet byl téměř rovnoměrně rozložen mezi trimestr druhý a třetí).

Absenci statisticky signifikantního vztahu mezi úzkostí a prenatálním attachmentem ve svých studiích poté shodně konstatují Ramona Mercerová et al. (1988), Anna Hjelmstedtová et al. (2006), Julie McFarlandová et al. (2011) a Anna Marie Della Vedovová et al. (2011). Výzkumný vzorek týmu Mercerové sestával z 153 žen s rizikovým těhotenstvím a z kontrolní skupiny 218 žen s normálním průběhem těhotenství, v obou případech ve 24.–34. týdnu těhotenství: ani v jednom případě se při využití dotazníků MFAS a STAI neprokázala přítomnost korelace. Studie McFarlandové s 161 participantkami ve 23. až 36. týdnu těhotenství prokázala, jak jsem zmínila výše, negativní vliv těžké depresivní fáze na míru prenatálního attachmentu (měřeného škálou MFAS), u úzkosti signifikantní souvislost s attachmentem však neshledala. Nicméně určitou limitaci výpovědní hodnoty závěru lze spatřovat v tom, že se – vzhledem k primárnímu zaměření výzkumu – k měření úzkosti přistoupilo pouze prostřednictvím administrace dotazníku deprese (HDRS, Hamilton, 1960), jakkoli obsahovou šíři mohly dodatečně zajistit jinak velmi ojediněle využívané semistrukturované rozhovory. Týmy Della Vedovové a Hjelmstedtové, svorně zvolivší kombinaci dotazníků PAI pro zhodnocení míry prenatálního attachmentu a STAI pro míru úzkosti (administrované v první studii 146 ženám ve třetím trimestru a ve druhé 41 participantkám mezi 26.–36. týdnem těhotenství), ve svých výzkumech naprokázaly závislost míry attachmentu na přítomnosti či absenci úzkosti.

Konstatování pozitivní korelace či závislosti se jeví, obdobně jako v případě prenatálního attachmentu a deprese, nejvíce zarážející: takový závěr by byl identický s tvrzením, že vyšší míra úzkosti koresponduje s vyšší hodnotou prenatálního attachmentu. Závěr to však nemusí být zcela kontradiktorní: lze například spekulovat, že úzkostnější ženy se více zabývají svým vztahem k očekávanému dítěti, že mu věnují více pozornosti a podobně. Ať je tomu jakkoli, výsledky studií nasvědčují tomu, že pozitivní souvislost mezi hodnotami attachmentu a úzkosti se objevuje – pokud vůbec – vždy v určitém specifickém ohledu, tedy, řečí měřících dotazníků, vždy pouze v jejich určitých subškálách.

Tak dle Rubertssonové et al. (2015), jež identifikovali prostřednictvím škál PAI-R (vyplňované v 36. týdnu těhotenství) a HADS (administrované v 8.–10. týdnu těhotenství)

negativní vliv deprese na míru attachmentu, existuje naopak pozitivní vliv úzkosti, měřené též pomocí HADS, na složku *anticipace* attachmentu měřenou dotazníkem PAI-R. Jak jsem shrnula výše, kategorie anticipace je saturována zejména položkami tematizujícími současnou imaginaci o dítěti (představy o jeho vzhledu, referování k němu jménem) a zároveň očekávaný život s ním po jeho narození (představy o společných činnostech). Autoři studie navrhují daný výsledek interpretovat tak, že úzkostnější ženy věnují více pozornosti přemýšlení o stavu a aktivitách očekávaného dítěte a mohou být též všímavější ke svým tělesným pocitům spojeným s těhotenstvím. Explicitně se v tomto kontextu odkazují na koncept „mindfetalness“ Ingely Rådestadové (2012), jež touto na těhotenství aplikovanou variancí na pojem „mindfulness“ označuje „povědomí o tom, jak nenarozené dítě prospívá“, založené zejména na všímavosti k jeho pohybům (2012, s. 59).

V očích Rådestadové je přitom toto povědomí o aktivitách dítěte veskrze pozitivní kategorií, neboť může přispět k včasné intervenci při komplikacích plodu, které se často demonstrují právě proměnou jeho aktivity: další autoři dokonce z daného důvodu navrhují využívat právě otázky inspirované dotazníkem PAI k posilování povědomí těhotných žen o jejich očekávaných dětech (Saastad et al., 2008). Nicméně výsledky Rubertssonové nechávají bezesporu otevřené dveře i alternativě, že eskalovaná vnímavost podmíněná úzkostnou symptomatikou může vposled attachment ovlivnit spíše negativně: zřejmě zejména pokud se k úzkosti přidruží deprese, jak napovídá výše referovaný vliv deprese na míru attachmentu.

Druhou studií identifikující pozitivní souvislost mezi úzkostí a attachmentem, byť znovu pouze v omezené podobě, je též již vzpomínaná studie Anne Dosterové a kolegů (2018) se 324 účastnicemi ve třetím trimestru těhotenství, v níž autoři konstatovali přítomnost pozitivní korelace mezi depresí a subškálou empatie v (jejich verzi) MFAS. Obdobných výsledků se přitom dočkali i v případě vztahu attachmentu a míry úzkosti (měřené škálou STAI): pozitivní korelace se přitom demonstrovala se subškálou *empatie*, přičemž úzkost zde figurovala jako osobnostní vlastnost. Naopak, znovu zcela ve shodě s výsledky u deprese, odhalili negativní korelaci mezi subškálou starostlivosti (*caring*) v MFAS a úzkostí, nyní dokonce s oběma jejími formami (vlastností i aktuálním stavem). Tyto závěry jsou podnětné právě v kontextu srovnání s výsledky Rubertssonové, neboť se zdá, že anticipace demonstrující se ve zvýšené všímavosti k aktivitě dítěte má pozoruhodně úzkou souvislost právě s empatií, tj. se schopností takřkajíc se „nacítit“ na očekávané dítě. Naopak negativní korelace úzkosti se

starostlivostí hraničí se samozřejmostí, neboť jádro starostlivosti Dosterová s kolegy spatřuje právě v úzkostných obavách.

Tedy, takříkajíc „shrnuto a podrženo“, výsledky studií mapujících vztah prenatálního attachmentu k depresi a úzkosti v těhotenství nejsou ani v jednom z těchto případů jednoznačné. V kontextu deprese se situace jeví přehlednější: studií existuje jednoznačně větší množství a autoři většiny z nich konstatují přítomnost *negativní* korelace či jednostranné závislosti mezi ní a attachmentem, jakkoli i odlišné závěry nejsou v žádném případě zanedbatelné. Mnohem méně jednoznačnosti však panuje v případě úzkosti: rozličné závěry studií se vyskytují v přibližně stejném počtu, přičemž vysvětlení jak pozitivního, tak negativního nebo i žádného signifikantního vztahu s attachmentem vykazují ráz smysluplnosti. V následující části představím své vlastní hypotézy, založené na studiu dosud zreferované literatury, a jejich následné testování.

3 Data a statistické analýzy

V této praktické části práce vycházím z dat získaných v rámci výzkumu realizovaného v *Národním ústavu duševního zdraví (NUDZ)*, jež jsem popsala v Úvodu. Jak jsem uvedla, primárním cílem daného výzkumu, probíhajícího v letech 2021 až 2023, bylo zmapovat možnou souvislost mezi prenatálním attachmentem na straně jedné a depresivní a úzkostnou symptomatologií těhotných žen na straně druhé. Zmíněné proměnné byly měřeny ve všech třech trimestrech těhotenství. V této práci budu při analýzách vycházet pouze z dat v trimestru třetím, neboť v něm by data měla být nejvíce ilustrativní: prenatální attachment, narůstající v průběhu těhotenství a většinou se skokově zvyšující po počátku ženina vnímání pohybů dítěte, je zde již většinou pevně konstituovaný.

Na základě zjištění z teoretické části práce přitom formuluji následující hypotézy, které zde budu ověřovat:

Hypotéza 1: Existuje signifikantní negativní korelace mezi výší prenatálního attachmentu a depresí v těhotenství.

Hypotéza 2: Existuje signifikantní negativní korelace mezi výší prenatálního attachmentu a úzkostí v těhotenství.

Hypotéza 3: Těhotné ženy s depresivními symptomy budou vykazovat průměrně signifikantně nižší hodnotu prenatálního attachmentu.

Hypotéza 4: Těhotné ženy s úzkostnými symptomy budou vykazovat průměrně signifikantně nižší hodnotu prenatalního attachmentu.

3.1 Výzkumný vzorek

Z celkových 2233 žen, které se studie zúčastnily, se ve třetím trimestru těhotenství (průměrně ve 34. týdnu) nacházelo 524 z nich, přičemž jejich věk se pohyboval od 18 do 45 let (s průměrem 30,8 let). Data byla sbírána od března 2021 do března 2023 ve 14 gynekologických ambulancích ve třech českých krajích: Olomouckém, Středočeském a v Praze. Z Olomouckého regionu pocházelo přibližně 43,2 % respondentek, z Prahy 47,3 % a ze Středočeského regionu zbývajících 9,5 % účastnic. Těhotné ženy byly k účasti na výzkumu vyzvány ošetřujícím gynekologem nebo zdravotní sestrou v ambulanci, podmínkami účasti byla pouze aktivní znalost českého jazyka a vlastnictví e-mailové adresy. Své demografické údaje, stejně jako dotazníky a informovaný souhlas s výzkumem, poté ženy vyplňovaly na tabletu na platformě NUDZ (*forms.nudz.cz*). Většina žen uvedla, že žije buď s manželem (51,7 %) nebo partnerem (46,6 %), pouze zbývajících malá část z nich žila buď sama nebo uvedla rodinné uspořádání jako „jiné“. Pro nejvyšší procento žen bylo těhotenství prvním (49,8 %), 38 % z nich již mělo jedno dítě, 8,6 % mělo děti dvě a zbývajících 3,6 % účastnic mělo tři a více dětí. Souhrnně uvádíme sociodemografické charakteristiky žen v Tabulce 6.

Míra prenatalního attachmentu byla měřena prostřednictvím škály PAI-R (*Prenatal Attachment Inventory-Revised*, Pallant et al., 2014), deprese pomocí EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, Cox et al., 1987) a úzkost za pomoci PASS (*Perinatal Anxiety Screening Scale*, Somerville et al., 2014). Všechny dotazníky byly v rámci výzkumného projektu přeloženy do češtiny a jejich vnitřní konzistence byla prověřena Cronbachovým koeficientem alfa: u škály PAI-R se hodnota u celkové škály rovnala $\alpha = 0,91$, u subškály anticipace $\alpha = 0,80$, u škály diferenciací $\alpha = 0,78$ a u interakce $\alpha = 0,81$; v případě EPDS byla naměřena hodnota $\alpha = 0,85$ a u PASS $\alpha = 0,93$.

Jak jsem popsala již v teoretické části práce (s. 13), dotazník PAI-R sestává z 18 položek rovnoměrně rozložených do 3 subškál, přičemž škála *anticipace* se zaměřuje jak na současné představy o dítěti, tak na budoucí plány je zahrnující, škálou *diferenciací* jsou měřeny ženiny představy o činnostech a vlastnostech jejího nenarozeného dítěte a škála *interakce* cílí jednak

na ženin kontakt s dítětem, jednak na to, jakým způsobem se k němu vztahuje též s ohledem na ostatní lidi (zda je nechá dotýkat se jejího břicha, zda jim říká, co dítě právě dělá apod.). Těhotné ženy jsou přitom dotázány, jak často o nich v posledním měsíci platily rozličné výroky k attachmentu se vztahující, přičemž na frekvenci odpovídají v rámci čtyřbodové škály (1 = „skoro nikdy“, 2 = „někdy“, 3 = „často“, 4 = „skoro pořád“).

Jak jsem též uvedla výše (s. 16), 10položková *Edinburská škála poporodní deprese* (EPDS) představuje dotazník zkonstruovaný k detekci depresivní symptomatiky v perinatálním období. Ženy odpovídají, taktéž prostřednictvím 4bodové škály, na to, jak často prožívaly určité pocity a stavy v posledním týdnu (0 = „nikdy/vůbec ne“, 1 = „nepříliš často/výjimečně“, 2 = „někdy“, 3 = „velmi často/většinu času“). Za indikátor přítomnosti deprese přitom považujeme skór 11 bodů a vyšší (z celkových 30), v němž je dle metaanalýzy Levisové et al. (2020) v případě měření deprese u těhotných žen vhodněji zkombinována senzitivita a specifická dotazníku než u standardně užívané 12- či 13bodová hranice (Murray & Cox, 1990). A konečně 31položková škála pro měření perinatální úzkosti PASS (viz s. 25) se zaměřuje na úzkostnou symptomatiku v posledním měsíci, přičemž četnost úzkostných myšlenek, pocitů a stavů ženy znovu hodnotí na 4bodové škále (0 = „nikdy“, 1 = „zřídka“, 2 = „často“, 3 = „téměř stále“). Za indikaci přítomnosti úzkosti přitom dle návrhu Somervilleové et al. (2015) považujeme skór 26 bodů a vyšší (z celkových 93 bodů).

Bodové výsledky, jichž ženy na uvedených škálách dosáhly, uvádím v Tabulce 7. Vzhledem k tomu, že jsem s pomocí Shapirova-Wilkova testu odhalila, že tyto výsledky nejsou normálně rozložené, uvádím namísto průměru a směrodatné odchylky medián a mezikvartilní rozsah (*IQR*, *interquartile range*, tj. rozdíl mezi třetím a prvním kvantilem naměřených hodnot), jež jsou v případě nenormálního rozdělení méně náchylné ke zkreslení extrémními hodnotami. Vidíme, že medián skóru byl u EPDS 5 bodů z celkových 30, u PASS 20 z 93 možných a u celkového skóru PAI-R 53 bodů z celkových 72 možných. Skóru 11 a výše bodů v EPDS dosáhlo, a symptomy deprese tedy vykazovalo, 97 žen (18,5 % participantek), symptomatologie úzkosti (skór v PASS 26 a výše) byla poté přítomna dokonce u 166 žen (31,7 %).

3.2 Statistické analýzy

Statistické analýzy jsem zpracovávala v programu Jamovi (verze 2.3.28). Při zkoumání korelací mezi výsledky škál PAI-R, EPDS a PASS jsem, znovu s ohledem na absenci normálního rozložení hodnot, použila Spearmanův korelační koeficient. K zodpovězení otázky, zda existuje signifikantní rozdíl v hodnotách prenatalního attachmentu u žen se symptomy deprese, potažmo úzkosti, a bez nich, jsem se ze stejného důvodu přiklonila k využití Mannova-Whitneyho U testu pro dva nezávislé výběry. Velikost efektu u rozdílu mezi skupinami s depresí, potažmo úzkostí, a bez nich jsem poté určila prostřednictvím biseriální korelace (r_{rb}). Ve všech analýzách jsem za statisticky signifikantní považovala p-hodnotu nižší než 0,05.

Závěry analýz korelací u výsledků měřicích škál uvádím v Tabulce 8. Z ní je zřejmé, že moje hypotéza 1 se potvrdila: skutečně existuje signifikantní negativní korelace mezi prenatalním attachmentem (tedy zde vyšší celkového skóru PAI-R) a depresí v těhotenství (vyšší hodnoty skóru EPDS) ($r_s = -0,140$, $p < 0,01$). Při analýze korelací skóru EPDS se skóry u jednotlivých subškál v PAI-R navíc vyšlo najevo, že existuje též signifikantní negativní korelace mezi skórem v EPDS a subškálou *anticipace* ($r_s = -0,094$, $p < 0,05$) a *interakce* ($r_s = -0,173$, $p < 0,001$), tedy že existuje statisticky významný negativní vztah mezi depresí v těhotenství a mírou, do níž se těhotná žena zaměstnává myšlenkami na dítě a do níž s ním interaguje. Nejsilnější byla přitom korelace v případě vztahu deprese a interakce. V případě úzkosti a prenatalního attachmentu se má hypotéza 2 naopak nepotvrdila: analýza prokázala, že korelace mezi celkovým skórem PAI-R (a ani mezi výsledkem kterékoli ze subškál) nedosahuje roviny signifikance. Vyšlo však najevo, že jak celkový skór, tak skóry jednotlivých subškál PAI-R signifikantně negativně korelují s věkem: mladší těhotné ženy v průměru dosahovaly vyššího skóru v prenatalním attachmentu; u deprese a úzkosti se naopak signifikantní korelace s věkem neprokázala. A konečně s týdnem těhotenství, v němž se ženy nacházely, signifikantně nekorelovaly výsledky žádné ze škál.

Následně se do centra mého zájmu dostala otázka, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi hodnotou prenatalního attachmentu u skupin žen bez symptomů deprese a s nimi, potažmo bez symptomů úzkosti a s nimi: výsledky pro případ symptomů deprese uvádím v tabulce 9, pro úzkosti v tabulce 10. S využitím Mannova-Whitneyho testu pro dva nezávislé výběry se v případě deprese prokázala existence signifikantního rozdílu mezi skupinou žen bez

deprese a žen s depresivními symptomy ($U = 17\,745$, $p = 0,028$), přičemž nižší míru attachmentu vykazovaly ženy se symptomy deprese (u skupiny žen bez deprese byl medián celkového skóru v PAI-R 53 bodů, u skupiny žen s depresí 51 bodů): má hypotéza 3 se tedy potvrdila. U subškál anticipace a diferenciacce nebyl rozdíl mezi skupinami signifikantní, u subškály interakce však ano ($U = 16\,392$, $p = 0,001$), přičemž znovu výše skórovaly ženy bez deprese (medián 19 oproti 18 bodům). Velikost efektu byla v tomto případě dokonce vyšší než jeho výše u celkového skóru PAI-R ($r_{rb} = 0,2085$ u subškály interakce oproti $r_{rb} = 0,1431$ u celkového skóru), jakkoli se v obou případech jedná o nízkou míru efektu. V případě úzkosti se hypotéza 4 naopak znovu nepotvrdila: rozdíl mezi skupinami se neprokázal signifikantní ani v případě celkového skóru PAI-R, ani v případě výsledků u jakékoli z jeho subškál (p-hodnota byla vždy vyšší než 0,05).

Tedy, shrnuto, s pomocí statistických analýz jsem odhalila signifikantní, a to negativní, korelaci prenatalního attachmentu a deprese ve třetím trimestru těhotenství. Za pozoruhodné považuji vedle tohoto výsledku rovněž zjištění, že míra deprese negativně koreluje též se subškálami anticipace a zejména interakce v PAI-R: v případě interakce se jedná se o výsledek, jež zatím žádná jiná studie nepředložila. Jeho možným významem, stejně jako diskuzí o absenci korelace v případě prenatalního attachmentu a úzkosti, se budu zabývat v následující části práce.

4 Diskuze

V teoretické části práce jsem sumarizovala výsledky celkem 12 studií z období let 1988–2018 zabývajících se vztahem prenatalního attachmentu a deprese. Nejčastěji přitom výzkumníci tento vztah měřili v průběhu druhého a třetího trimestru: ve 4 studiích participantky vyplňovaly dotazníky ve 2. a 3. trimestru, v šesti studiích ve třetím; jedna studie se zaměřila na trimestry všechny a pouze jedna studie centrovala svůj zájem pouze na trimestr první a druhý. Negativní vztah mezi prenatalním attachmentem a depresí je přitom konstatována v pěti studiích, tři z nichž se zaměřily na 2. a 3. trimestr (Lindgren, 2001; McFarland et al., 2011; Mercer et al., 1988) a dvě na trimestr třetí (Condon & Corkindale, 1997; Rubertsson et al., 2015). Signifikantní míru vzájemného vztahu neodhalily 4 studie, jedna zaměřující se na trimestr první a druhý (Honjo et al., 2003), jedna na druhý a třetí (Hart & McMahan, 2006) a dvě na trimestr třetí (Della Vedova et al., 2011; Chazotte et al., 1995). A nakonec vztah pozitivní

potvrdily tři studie centrující svoji pozornost dvakrát na 3. trimestr (Doster et al., 2018; Seimyr et al., 2009) a jednou na trimestry všechny (Barone et al., 2014).

Vzhledem k relativně rovnoměrnému rozložení zájmu badatelů na jednotlivé trimestry u všech výsledků nepovažují za pravděpodobné, že by právě časový bod, v němž byly dotazníky administrovány, působil jako vysvětlující element rozličných závěrů. Jedinou výjimkou by zřejmě mohla být absence nalezené korelace v prvním a druhém trimestru ve studii Honja et al. (2003): zde by bylo možné spekulovat o tom, že vztah se neprojevil zejména proto, že attachment je v prvním trimestru většinou ještě na velmi nízké rovině, a i v průběhu trimestru druhého se teprve konstituuje, a že právě jeho nízká hladina mohla být hlavní příčinou absence korelace s depresí.

Zamyšlení si též zasluhuje otázka, zda odlišnost výsledků nemohla být podmíněna tím, které konkrétní dotazníky, včetně jejich kombinací, byly v tom kterém výzkumu administrovány. I zde je však rozložení poměrně rovnoměrné: v případě prenatálního attachmentu bylo s využitím dotazníku MFAS dosaženo všech variant výsledků, dotazník MAAS figuroval při prokázání vztahu jak negativního, tak žádného, s dotazníkem PAI byla prokázána pozitivní závislost míry attachmentu na depresi, ale též žádná korelace, a jeho revidovaná verze (PAI-R) figurovala ve studii uzavírající na existenci vlivu negativního. U měření míry deprese byl ku pomoci jednoznačně nejčastěji přizván dotazník CES-D, figurující v pěti studiích, a EPDS, objevivší se ve studiích čtyřech; u obou přitom shodně platí, že s jejich využitím badatelé znovu dospěli ke všem verzím závěrů. Zcela shodnou kombinaci dotazníků poté vykazovalo pět studií: tři administrovaly kombinaci dotazníků MFAS a CES-D a dvě kombinaci MFAS a EPDS. V prvním případě byl výsledkem dvakrát vztah negativní (Lindgren, 2001; Mercer et al., 1988) a jednou žádný (Chazotte et al., 1995). U druhého případu (MFAS v kombinaci s EPDS) může být považováno za pozoruhodné, že výsledkem byl v obou případech (Doster et al., 2018; Seimyr et al., 2009) vztah pozitivní (jednou korelace, jednou závislost hodnoty attachmentu na depresi), jež je jinak závěrem nejméně frekventovaným. Lze spekulovat o tom, že netriviální roli zde mohla sehrát skutečnost, že v obou případech si autoři studií škálu přizpůsobili, a teprve poté našli pozitivní vztah (s empatií, potažmo prožitkem fyzického kontaktu).

S ohledem na zaměření mého empirického výzkumu je podnětné věnovat pozornost též tomu, jaké výsledky přinesly studie administrující dotazníky též pouze ženám ve třetím trimestru těhotenství. Takových výzkumů bylo celkem šest a není bez zajímavosti, že rozložení výsledků je zcela symetrické: vždy po dvou studiích konstatuje vztah buď negativní (Condon & Corkindale, 1997; Rubertsson et al., 2015), nebo pozitivní (Doster et al., 2018; Seimyr et al., 2009), nebo žádný (Della Vedova et al., 2011; Chazotte et al., 1995). Mé vlastní výsledky rozšiřují řadu studií, v nichž je konstatována negativní korelace. Nejpřiléhavější se přitom jeví srovnání se studií od Christine Rubertssonové a kolegů (2015), neboť oni jako jediní kromě nás poskytli k měření prenatálního attachmentu využití dotazníku PAI-R. (To je ovšem pochopitelné vzhledem k tomu, že škála byla představena Julií Pallantovou až v roce 2014, tudíž ji mohla reálně využít už pouze Dosterová s kolegy (2018), kteří ovšem dali přednost dotazníku MFAS.) Míru deprese Rubertssonová a spol. sice hodnotili jinou škálou, konkrétně HADS, zatímco my jsme dali přednost dotazníku EPDS zkonstruovaným primárně pro detekci perinatálních depresivních symptomů, nicméně dodatečnou nespornou výhodou jejich studie je skutečnost, že zahrnula ze všech referovaných výzkumů nejvíce účastnic, 718 těhotných žen.

Jak jsem uvedla výše, specifická dotazníku PAI-R spočívá v jeho rozčlenění na tři subškály – anticipaci, diferenciaci a interakci –, jež poskytuje možnost sledovat nejen celkovou výši attachmentu, nýbrž též míru, s jakou mají těhotné ženy o dítěti konkrétní představy (diferenciace), s jakou frekvencí o něm a jeho příchodu na svět uvažují (anticipace) a jakým způsobem jsou s ním v kontaktu (interakce). Výsledky mého výzkumu se přitom s těmi od Rubertssonové et al. částečně překrývají, částečně rozcházejí: dle Rubertssonové existuje negativní závislost attachmentu (včetně všech jeho tří subškál v PAI-R) na depresi, zatímco v mém výzkumu se prokázala signifikantní negativní korelace s celkovým skórem PAI-R a se subškálami interakce a diferenciaci (nejvyšší byla přitom u interakce, následně u celkového skóru, a nakonec u anticipace), zatímco u škály diferenciaci nebyla korelace signifikantní.

Tento výsledek je pro další úvahy nadmíru podnětný: na straně jedné výsledky obou výzkumů nasvědčují tomu, že prenatální attachment a deprese spolu souvisí negativně, na základě našich výsledků lze však dedukovat, že přítomností deprese je ohroženo zejména to, jak se žena na příchod dítěte těší (anticipace), jak je s ním v průběhu těhotenství (ráda) v kontaktu a jak ráda sdílí své zážitky z těhotenství s jinými lidmi (interakce). Míra, do jaké od sebe dítě odlišuje, by přitom přítomností deprese měla zůstat poměrně netknutá. Mou

domněnkou je, že tato skutečnost může pramenit z hodnotové neutrality, s níž se diferenciací pojí: zatímco anticipace a interakce zahrnují zejména pozitivně laděné zkušenosti (nadšení při přemýšlení o dítěti, prožívání lásky k němu, plánování aktivit s ním, radost z vnímání jeho pohybů, z dotýkání se dítěte přes břicho, ze sdílení těchto zkušeností s druhými atd.), diferencovat od sebe dítě můžeme, aniž bychom se z toho těšili: mohu tušit, kdy dítě spí, proč se hýbe, věřit, že má už osobnost, že pro něj mé aktivity mají význam atd., aniž by se k tomu přidružily příjemné pocity.

Zřejmě by totéž bylo možné tvrdit též o některých položkách na subškále anticipace, konkrétně třeba o zvědavosti ohledně vzhledu dítěte, o představě, že ho oslovuji jménem či o snech o něm, které bezesporu mohou mít i negativní charakter. Naopak za nejvíce pozitivní považuji jednoznačně kategorii interakce, která obsahuje výroky o lásce k dítěti a o tom, co těhotná žena *ráda* dělá (hladí si břicho, sleduje pohyby dítěte, sedí s rukama na břiše). Právě pozitivní ladění, k němuž tato kategorie odkazuje, může být důvodem, proč se právě u této subškály objevila nejsilnější negativní korelace s depresí: deprese obecně implikuje nedostatek radosti a positivity, tudíž ženám může znemožňovat prožívání radosti při očekávání dítěte, jakkoli jsou schopny ho v sobě vnímat a přemýšlet nad ním.

S ohledem na tento útlum positivity, který je s depresí spojován, se nabízí též zamyšlení nad výsledky studií, jež konstatují pozitivní vztah mezi depresí a prenatálním attachmentem, neboť se v tomto kontextu takové závěry zdají kontraintuitivní. Za zmínku v této souvislosti bezesporu stojí fakt, že pozitivní vztah nebyl nikdy prokázán mezi depresí a celkovým skórem toho kterého použitého dotazníku měřícího prenatální attachment, nýbrž vždy pouze s některou z jeho součástí či subškálou: Baroneová s kolegy (2014) tak konstatují pozitivní závislost na míře deprese u výsledků subškál „fantazie o dítěti“ a „vnímavosti k dítěti“ v jejich verzi PAI, Seimirová s kolegyněmi (2009) u subškály „prožitku fyzického kontaktu s dítětem“ v jejich verzi MFAS a Dosterová s kolegy (2018) nalézají pozitivní korelaci deprese se škálou „empatie“ v MFAS. Fantazie o dítěti se přitom dle autorek týká například snů o dítěti a povědomí o jeho pohybech, vnímavost k dítěti se vztahuje k přesvědčení o existenci osobnosti dítěte, o tom, že dítě ženu vnímá atp., a „prožitek fyzického kontaktu“ se, stejně jako „empatie“, poté vztahuje zejména k ženině schopnosti vnímat pohyby dítěte.

Je podle mého názoru zjevné, že u všech těchto kategorií – fantazie, vnímavost, prožitek fyzického kontaktu a empatie –, s nimiž se ve zmíněných třech výzkumech operuje, stojí

v jejich tematickém centru schopnost vnímat nenarozené dítě. Na to ostatně autorky studií též kladou důraz a zakládají na tom své spekulace o významu pozitivního výsledku: Baroneová navrhuje, že deprese se může pojit jak obecně s větší vnímavostí k vlastním prožitkům, tak – u těhotných žen – k projevům jejich dítěte; Dosterová empatii výslovně ztotožňuje s rizikovým faktorem pro rozvoj depresivních, případně úzkostných symptomů a Seimyróvá poukazuje spíše na její souvislost s úzkostností. V jejich interpretacích se tak dostává ke slovu též již zmíněná skutečnost, že úzkost a deprese jdou nezřídka v perinatálním období ruku v ruce; avšak tím stále není přesvědčivě osvětleno, proč by se prokázal pozitivní vztah u attachmentu a deprese. Jedno z možných vysvětlení by snad mohlo spočívat v tom, že dotazníky měřící depresi zahrnují též otázky detekující spíše úzkost (kupříkladu „cítla jsem se vyděšená, až trochu v panice, a to bez vážných důvodů“ z EPDS či „cítla jsem se ustrašeně“ z CES-D). Přesto však i v případě využití těchto dotazníků autoři častěji detekovali korelace negativní či žádné, takže daný teoretický návrh vysvětlení není uspokojivý.

Mnou prezentované výsledky hovoří mnohem spíše ve prospěch konceptu deprese jako utlumujícího faktoru, jímž je attachment spíše ohrožen, jakkoli nás pouze prokázaná negativní korelace k jednoznačnému závěru ohledně kauzálního působení neopravňuje. Další úvahy by v tomto kontextu přitom bylo možné rozvíjet mnoha směry: mohli bychom uvažovat nad tím, zda depresivní propad znemožňuje těhotné ženě adaptovat se na novou roli matky (McFarland et al., 2011) a jakým způsobem do hry mohou vstupovat též rozličné další faktory, jimž naše studie nevěnovala explicitně pozornost, kupříkladu nižší sebedůvěra, negativní vztah ženy k mateřství (Hart & McMahon, 2006), přítomnost méně vhodných copingových strategií (Mikulincer & Florian, 1999), neuroticismus jako ženina charakterová vlastnost (Bunevicius et al., 2009) a další.

V případě úzkosti moji pozornost upoutalo 9 studií z let 1997–2018, z nichž čtyři měřily úzkost a prenatální attachment ve druhém a třetím trimestru, čtyři ve třetím trimestru a jedna v průběhu trimestrů všech. Na negativní vztah mezi nimi přitom uzavírají studie tři (Abasi, 2012; Condon & Corkindale, 1997; Hart & McMahon, 2006), na jeho absenci čtyři (Della Vedova et al., 2011; Hjelmstedt et al., 2006; McFarland et al., 2011; Mercer et al., 1988) a na pozitivní dvě studie (Doster et al., 2018; Rubertsson et al., 2015). S ohledem pouze na trimestr třetí, jenž figuroval v centru mého zájmu, jedna studie konstatuje negativní korelaci (Condon & Corkindale, 1997), jedna přítomnost žádného signifikantního vztahu neprokázala (Della

Vedova et al., 2011) a výše uvedené dvě uzavírají na přítomnost vztahu pozitivního (Doster et al., 2018; Rubertsson et al., 2015).

Pokud jde o aplikaci konkrétních škál, poté v případě attachmentu našly využití všechny námi popsané škály (dvakrát MAAS, čtyřikrát MFAS, dvakrát PAI a jednou PAI-R); v případě měření úzkosti s naprostou převahou dosáhla nejvyššího uplatnění škála STAI, využitá v šesti z devíti studií, dvakrát byla použita HADS a jednou HDRS. V žádné studii nebyla bohužel dána příležitost námi preferované škále PASS, zkonstruované právě pro měření úzkosti v perinatálním období. To je ovšem pochopitelné, analogicky jako u škály PAI-R u attachmentu, s ohledem na to, že PASS byla představena až v roce 2014 (Somerville et al., 2014), a aplikaci by mohla tedy nalézt pouze ve dvou referovaných studiích (Doster et al., 2018; Rubertsson et al., 2015); nicméně ani ty si ji ne zvolily: Dosterová dala přednost STAI a Rubertssonová HADS. Přesto je to znovu studie Rubertssonové et al., u níž může být srovnání s mým výzkumem nejpriléhavější díky tomu, že jako jediná shodně s námi poskytla využití alespoň škále PAI-R.

V rámci mého bádání jsem přitom signifikantní korelaci mezi úzkostí v těhotenství a prenatálním attachmentem neodhalila, ani jsem nedetekovala signifikantní rozdíl v hodnotách attachmentu u skupiny žen se symptomy úzkosti a bez nich, a to ani v celkovém skóru PAI-R, ani v jeho jednotlivých subškálách. Naopak Rubertssonová shledala pozitivní vliv úzkosti na hodnotu attachmentu, a to konkrétně na škálu anticipace. Jak jsem již opakovaně uvedla, tato škála je saturována položkami jednak tematizujícími současnou imaginaci o dítěti, jednak představami o životě s ním po jeho narození. Rubertssonová s kolegy přitom dosažený výsledek navrhuje interpretovat v tom smyslu, že úzkostné ženy jednak zaměřují více pozornosti k úvahám nad očekávaným dítětem, jednak jsou všímavější ke svým vlastním pocitům spojeným s těhotenstvím. Uvedla jsem též, že se přitom odvolávají na pojem „mindfetalness“ Ingely Rådestadové jakožto na „povědomí o tom, jak nenarozené dítě prospívá“, založené zejména na všímavosti k jeho pohybům (2012, s. 59).

Ve hře je tedy velmi podobný koncept jako ten, s nímž se Baroneová, Dosterová a Seymirová pokoušely poskytnout vysvětlení pro pozitivní vztah mezi prenatálním attachmentem a depresí: vyostřenější všímavost, vnímavost či empatie depresivních či úzkostných žen (Dosterová detekovala pozitivní korelaci se subškálou empatie v MFAS jak

v případě deprese, tak úzkosti). Zatímco v případě deprese jsem tuto interpretaci neoznačila za příliš přesvědčivou, v kontextu úzkosti se mi jeví jako smysluplnější, nicméně spíše na rovině osobního porozumění, v němž úzkost vnímám jako stav spíše aktivizující než utlumující. Můj empirický výzkum tuto intuici ovšem nepotvrdil – korelaci jsem neprokázala –, a je tedy spíše třeba uzavřít, že mé výsledky nasvědčují tomu, že úzkost v těhotenství, na rozdíl od deprese, významným způsobem prenatální attachment neovlivňuje, a to ani v pozitivním, ani v negativním smyslu.

Pokud bychom skutečně po vzoru autorek toužili udržet v kontextu diskuze o depresi a úzkosti v těhotenství koncept všímavosti či empatie, mé výsledky by spíše nasvědčovaly tomu, že je jimi attachment ovlivněn negativně (attachment koreluje s depresí negativně, a to jak v celkovém skóru PAI-R, tak na subškálách anticipace a interakce). Případně se, jak bylo zmíněno, takového teoretického konstruktů můžeme vzdát zcela a depresi ponechat raději v kontextu celkového útlumu, ztráty zájmu, motivace a podobně, jež by dle mého názoru přiléhavěji osvětlovaly zejména snížení skóru v subškálách anticipace a interakce. S tímto přístupem bychom byli ve shodě kupříkladu s Johnem Condonem, jenž položil důraz na to, že úzkostné obavy o sebe nebo dítě mohou představovat zásadní překážku pro prožívání pozitivních aspektů attachmentu (Condon, 1993, s. 181). Condon tuto úvahu rozvíjí na pozadí svého rozlišení mezi kvalitou a intenzitou attachmentu: v tomto kontextu by platilo, že depresivní, či možná spíše úzkostné, ženy se mohou svým očekávaným dítětem zabývat sice intenzivně, nicméně chybí jim pozitivní kvalita attachmentu, tj. radost a potěšení z navazovaného vztahu.

Znovu, obdobně jako v případě vztahu deprese a attachmentu, platí i u jeho vztahu k úzkosti, že bychom mohli věnovat pozornost řadě dalších proměnných, potenciálně sehrávajících nezanedbatelnou roli: kupříkladu negativnímu vztahu ženy k těhotenství (Hart & McMahon, 2006), typu attachmentu, jímž se žena vztahuje k lidem obecně (Zimerman & Doan, 2003), jejímu strachu z přijetí mateřské role (Anderson et al., 1994) apod. S tím souvisí též limitace mého výzkumu: některé, kupříkladu nyní zmíněné, proměnné, jež by vztah prenatálního attachmentu a deprese či úzkosti mohly teoreticky ovlivnit, jsem nevzala v úvahu. Další omezení spočívá poté ve skutečnosti, že překlad dotazníků PAI-R, EPDS a PASS nebyl validizovaný pro českou populaci, pouze byla ověřena jejich vnitřní konzistence prostřednictvím Cronbachova alfa. Dále je třeba připomenout, že data byla sbírána pouze ve třech českých krajích (ve Středočeském, Olomouckém a v Praze), přičemž se nabízí otázka, zda

by nebylo dosaženo odlišných závěrů, kdyby se vzaly v úvahu též chudší regiony s méně kvalitní či dostupnou zdravotní péčí.

Dalším faktorem, jenž mohl výsledky studie ovlivnit, je skutečnost, že sběr dat probíhal v průběhu pandemie Covidu 19: tím by zřejmě bylo možné vysvětlit vysoký podíl, celých 31,7 %, těhotných žen, s úzkostnou symptomatikou. (K obdobným číslům při měření úzkosti v perinatálním období v průběhu pandemie dospěli též Ravaldiová a Vannacci v Itálii (2020), zatímco v předchozím období se prevalence úzkosti v prenatalním období pohybuje do přibližně 20 % (Somerville et al., 2014).) U deprese se zde zjištěných 18,5 % nachází na podobné úrovni jako v jiných výzkumech z posledních let (Yin et al., 2021). Jisté omezení lze konečně spatřovat též ve výhradní práci s dotazníky, jež vyplňovaly těhotné ženy samy: využití standardních diagnostických metod nebo realizace rozhovorů se ženami by teoreticky mohly přinést jednak jiné výsledky ohledně prevalence deprese a úzkosti, jednak podrobnější vhled do vztahu mezi attachmentem a těmito dvěma proměnnými.

Závěr

Má práce tedy naznačuje, že existuje signifikantní negativní korelace mezi depresí ve třetím trimestru těhotenství a vztahem nastávající matky k očekávanému dítěti. V případě úzkosti korelace signifikantní hladiny nedosahovala, jakkoli se v řadě jiných studií tento vztah prokázal. Ač nemůžeme z korelace automaticky usuzovat na kauzalitu, je přinejmenším myslitelné, že snížení míry deprese bude mít za následek ustavení vyšší míry prenatalního attachmentu. Kvalita daného attachmentu může přitom představovat nezanedbatelný faktor ovlivňující vztah matky k dítěti i v poporodním období: v jedné studii bylo kupříkladu demonstrováno, že kvalita prenatalního attachmentu negativně koreluje nejen s depresí v těhotenství, ale též s depresivní symptomatologií tři týdny, šest a dokonce i 18 měsíců po porodu (Goecke et al., 2012). A další studie poukazuje na to, že prenatalní deprese může mít větší vliv na oslabenou interakci matky s dítětem než deprese postnatální (Flykt et al., 2010).

Depresi v těhotenství je tedy třeba věnovat zvýšenou pozornost. Tím více je politováníhodné, že v České republice dosud neexistuje systematická psychiatricko-psychologická pomoc pro ženy bojující v těhotenství nebo v poporodním období s psychickými obtížemi. Projekt *Perinatal* připomenutý v úvodu práce se jako první svého druhu pokouší tuto

mezeru zaplnit: screeningové testy na přítomnost deprese a úzkosti díky němu vyplnilo v porodnicích nebo gynekologických ambulancích již přibližně 20 000 žen v perinatálním období, těhotných z nich přítom bylo kolem 2 500. Nastávajícím matkám s rizikem přítomnosti psychických obtíží byla následně nabídnuta pomoc v podobě podpory peer-konzultantek ze spřízněné organizace *Úsměv mámy*. Ta kromě peer-konzultantské podpory nabízí též širokou paletu tematických seminářů, účast v podpůrných skupinách i konzultace spolupracujících psychologek.

V rámci Národního ústavu duševního zdraví zase funguje Centrum perinatálního duševního zdraví, v němž probíhá nejen odborný výzkum psychiky žen v perinatálním období, nýbrž též jsou těhotným ženám a čerstvým matkám otevřeny dveře psychiatrické ambulance. Lze jen doufat, že se povědomí o nutnosti i narůstajících možnostech léčby psychických obtíží v těhotenství bude rozšiřovat i mezi širší lékařskou komunitu, jejíž zájem je u těhotných žen stále většinou zaměřen výhradně na jejich fyzické prospívání.

Jak je zřejmé z předložené práce, výzkum by bylo možné prohlubovat či rozšiřovat mnoha směry: mohli bychom přesunout pozornost kupříkladu na postnatální deprese a úzkosti a pátrat po tom, zda a jak mohou souviset s pre- i postnatálním attachmentem. Stejně tak by byly realizovatelné výzkumy týkající se souvislosti prenatálního attachmentu s dalšími proměnnými, jež s ním mohou souviset, od dalších psychických obtíží v průběhu těhotenství po rozličné osobnostní charakteristiky těhotných žen atd. Výčet možných obměn by byl téměř nekonečný. V mém vlastním dalším bádání bych se chtěla nadále soustředit na proměnné depresi, úzkost a prenatální attachment a zaměřit se na jejich možnou souvislost se subjektivním prožíváním, jímž žena prochází během porodu. Konkrétně by mne zajímalo, jakým způsobem souvisí (pozitivní nebo negativní, případně až traumatický) prožitek porodu s depresí a úzkostí v průběhu těhotenství a též s tím, jakých hodnot nabývá prenatální attachment. Velmi podnětné by též bylo podrobit zkoumání, jakým způsobem je prožívání porodu ovlivněno nejen depresí a úzkostí situovanou (pouze) do období těhotenství, nýbrž též depresivitou a úzkostností jako stálou osobnostní charakteristikou žen procházejících porodem.

Bibliografie

- Abasi, E. (2012). Assessment on effective factors of maternal-fetal attachment in pregnant women. *Life Science Journal*, 9(1), 68–75.
- Abramowitz, J. S., Larsen, K., & Moore, K. M. (2006). Treatment of anxiety disorders in pregnancy and the postpartum. *Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum: Principles and treatment*, 83–108. https://doi.org/10.1007/978-1-59745-013-3_4
- Affonso, D. D., Liu-Chiang, C.-Y., & Mayberry, L. J. (1999). Worry: Conceptual dimensions and relevance to childbearing women. *Health Care for Women International*, 20(3), 227–236. <https://doi.org/10.1080/073993399245728>
- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösli, I., & Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 20(3), 189–209. <https://doi.org/10.1080/14767050701209560>
- Alhusen, J. L., Gross, D., Hayat, M. J., Rose, L., & Sharps, P. (2012). The role of mental health on maternal-fetal attachment in low-income women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(6), 71–81. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01385.x>
- Anderson, V. N., Fleming, A. S., & Steiner, M. (1994). Mood and the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12(2), 69–77. <https://doi.org/10.1080/02646839408408870>
- Armstrong, D. (2002). Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 339–345. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2002.00339.x>
- Armstrong, D., & Hutti, M. (1998). Pregnancy after perinatal loss: The relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 27(2), 183–189. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1998.tb02609.x>
- Ayers, S., & Pickering, A. D. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*, 28(2), 111–118. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2001.00111.x>
- Barnett, B., & Parker, G. (1986). Possible determinants, correlates and consequences of high levels of anxiety in primiparous mothers. *Psychological Medicine*, 16(1), 177–185. <https://doi.org/10.1017/S0033291700002610>
- Barone, L., Lionetti, F., & Dellagiulia, A. (2014). Maternal-fetal attachment and its correlates in a sample of Italian women: A study using the Prenatal Attachment Inventory. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(3), 230–239. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.883596>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory–II. *Psychological Assessment*. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase: A contribution to the libido theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7(3), 389–417. <https://doi.org/10.1177/000306515900700301>
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 698–709. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f>
- Bibring, G. L. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14(1), 113–121. <https://doi.org/10.1080/00797308.1959.11822824>
- Bielawska-Batorowicz, E., & Siddiqui, A. (2008). A study of prenatal attachment with Swedish and Polish expectant mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(4), 373–384. <https://doi.org/10.1080/02646830802426144>
- Bowlby, J. (1952). *Maternal Care and Mental Health*. World Health Organization.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Volume 1: Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. Basic Books.
- Bunevicius, R., Kusminskas, L., Bunevicius, A., Nadisauskiene, R. J., Jureniene, K., & Pop, V. J. (2009). Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(5), 599–605. <https://doi.org/10.1080/00016340902846049>
- Cohen, L. S., Nonacs, R. M., Bailey, J. W., Viguera, A. C., Reminick, A. M., Altshuler, L. L.,

- Stowe, Z. N., & Faraone, S. V. (2004). Relapse of depression during pregnancy following antidepressant discontinuation: A preliminary prospective study. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 217–221. <https://doi.org/10.1007/s00737-004-0059-3>
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66(2), 167–183. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1993.tb01739.x>
- Condon, J. T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70(4), 359–372. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01912.x>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30(5), 281–284. <https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00008>
- Della Vedova, A. M., Ducceschi, B., Cesana, B. M., & Imbasciati, A. (2011). Maternal bonding and risk of depression in late pregnancy: A survey of Italian nulliparous women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3), 208–222. <https://doi.org/10.1080/02646838.2011.592973>
- Deutsch, H. (1945). *The Psychology of Women. Vol. 2. Motherhood*. Grune & Stratton.
- Diniz, E., Volling, B. L., & Koller, S. H. (2014). Social support moderates association between depression and maternal–fetal attachment among pregnant Brazilian adolescents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(4), 400–411. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.910865>
- Doan, H. M., & Green, M. (2001). Maternal–fetal attachment: A function of cognitive and personality correlates. *Poster session presented at the meeting of the Canadian Psychological Association*.
- Doster, A., Wallwiener, S., Müller, M., Matthies, L. M., Plewniok, K., Feller, S., Kuon, R.-J., Sohn, C., Rom, J., & Wallwiener, M. (2018). Reliability and validity of the German version of the Maternal–Fetal Attachment Scale. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 297, 1157–1167. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4676-x>
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, 323(7307), 257–260. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7307.257>
- First, M. B. (2002). *Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorders, non-patient edition (SCID-I/NP)* (New York State Psychiatric Institute).
- Flykt, M., Kanninen, K., Sinkkonen, J., & Punamäki, R.-L. (2010). Maternal depression and dyadic interaction: The role of maternal attachment style. *Infant and Child Development*, 19(5), 530–550. <https://doi.org/10.1002/icd.679>
- Gaffney, K. F. (1986). Maternal–fetal attachment in relation to self-concept and anxiety. *Maternal-Child Nursing Journal*, 15(2), 91–101.
- Gaudet, C., Séjourné, N., Camborieux, L., Rogers, R., & Chabrol, H. (2010). Pregnancy after perinatal loss: Association of grief, anxiety and attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 240–251. <https://doi.org/10.1080/02646830903487342>
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., Brody, S., & Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes: Summary. *AHRQ evidence report summaries*. <https://doi.org/10.1037/e439372005-001>
- Goecke, T. W., Voigt, F., Faschingbauer, F., Spangler, G., Beckmann, M. W., & Beetz, A. (2012). The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286, 309–316. <https://doi.org/10.1007/s00404-012-2286-6>
- Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., Mount, J. H., Milne, K., & Cordy, N. I. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 269. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.2.269>
- Grant, K.-A., McMahon, C., & Austin, M.-P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1–2), 101–111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.002>
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and*

Psychiatry, 23(1), 56. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>

Hart, R., & McMahon, C. A. (2006). Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 329–337. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0141-0>

Heidrich, S. M., & Cranley, M. S. (1989). Effect of fetal movement, ultrasound scans, and amniocentesis on maternal-fetal attachment. *Nursing Research*, 38(2), 81–84.

Hendrick, V., Altshuler, L., Cohen, L., & Stowe, Z. (1998). Evaluation of mental health and depression during pregnancy: Position paper. *Psychopharmacology Bulletin*, 34(3), 297–299.

Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V., & Team, A. S. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80(1), 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.004>

Hjelmstedt, A., Widström, A.-M., & Collins, A. (2006). Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *Birth*, 33(4), 303–310. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00123.x>

Honjo, S., Arai, S., Kaneko, H., Ujiie, T., Murase, S., Sechiyama, H., Sasaki, Y., Hatagaki, C., Inagaki, E., & Usui, M. (2003). Antenatal depression and maternal-fetal attachment. *Psychopathology*, 36(6), 304–311. <https://doi.org/10.1159/000075189>

Hopkins, J., Miller, J. L., Butler, K., Gibson, L., Hedrick, L., & Boyle, D. A. (2018). The relation between social support, anxiety and distress symptoms and maternal fetal attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(4), 381–392. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1466385>

Huizink, A. C., Mulder, E. J., de Medina, P. G. R., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*, 79(2), 81–91. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014>

Chazotte, C., Freda, M., Elovitz, M., & Youchah, J. (1995). Maternal depressive symptoms and maternal-fetal attachment in gestational diabetes. *Journal of Women's Health*, 4(4), 375–380. <https://doi.org/10.1089/jwh.1995.4.375>

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G., & Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29(2–3), 85–96. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(93\)90026-G](https://doi.org/10.1016/0165-0327(93)90026-G)

Lerum, C. W., & LoBiondo-Wood, G. (1989). The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal-fetal attachment. *Birth*, 16(1), 13–17. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1989.tb00848.x>

Levine, R. E., Oandasani, A. P., Primeau, L. A., & Berenson, A. B. (2003). Anxiety disorders during pregnancy and postpartum. *American Journal of Perinatology*, 20(05), 239–248. <https://doi.org/10.1055/s-2003-42342>

Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2020). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: Systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*, 371. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4022>

Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research In Nursing & Health*, 24(3), 203–217. <https://doi.org/10.1002/nur.1023>

Lorenz, K. (1935). Der Kumpan in der Umwelt des Vogels. Der Artgenosse als auslösendes Moment sozialer Verhaltensweisen. *Journal für Ornithologie*, 83, 137–213.

Lumley, J. M. (1982). Attitudes to the fetus among primigravidae. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 18(2), 106–109. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.1982.tb02000.x>

Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C., & Barry, K. L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, 12(4), 373–380. <https://doi.org/10.1089/154099903765448880>

Matthey, S. (2004). Detection and treatment of postnatal depression (perinatal depression or anxiety). *Current Opinion in Psychiatry*, 17(1), 21–29. <https://doi.org/10.1097/00001504-200401000-00005>

Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: Whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 74(2), 139–147. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00012-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00012-5)

McFarland, J., Salisbury, A. L., Battle, C. L., Hawes, K., Halloran, K., & Lester, B. M. (2011). Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Archives of*

Women's Mental Health, 14, 425–434. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0237-z>

McMahon, C. A., Ungerer, J. A., Beaurepaire, J., Tennant, C., & Saunders, D. (1997). Anxiety during pregnancy and fetal attachment after in-vitro fertilization conception. *Human Reproduction*, 12(1), 176–182. <https://doi.org/10.1093/humrep/12.1.176>

Mercer, R. T., Ferketich, S., May, K., DeJoseph, J., & Sollid, D. (1988). Further exploration of maternal and paternal fetal attachment. *Research In Nursing & Health*, 11(2), 83–95. <https://doi.org/10.1002/nur.4770110204>

Mikulincer, M., & Florian, V. (1999). Maternal-fetal bonding, coping strategies, and mental health during pregnancy: The contribution of attachment style. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(3), 255–276. <https://doi.org/10.1521/jscp.1999.18.3.255>

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.

Mohr, P. (2015). Poporodní psychické poruchy. In L. Takács, D. Sobotková, & Šulová, L. (eds.) *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace* (s. 75–101). Grada.

Müller, M. E. (1989). *The development and testing of the Müller Prenatal Attachment Inventory*. University of California.

Müller, M. E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(2), 161–166. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1996.tb02420.x>

Müller, M. E., & Mercer, R. T. (1993). Development of the prenatal attachment inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2), 199–215. <https://doi.org/10.1177/019394599301500205>

Murray, D., & Cox, J. L. (1990). Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EDDS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8(2), 99–107. <https://doi.org/10.1080/02646839008403615>

Nagle-Yang, S., Phillips, M., Albaugh, A., Zhao, L., Amin, J., Ahmad, E., & Hatters Friedman, S. (2019). Depression, anxiety, and attachment among women hospitalized on an antepartum unit. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 54(6), 395–407. <https://doi.org/10.1177/0091217419837071>

Napoli, A., Lamis, D. A., Berardelli, I., Canzonetta, V., Sarubbi, S., Rogante, E., Napoli, P.-L., Serafini, G., Erbuto, D., Tambelli, R., Amore, M., & Pompili, M. (2020). Anxiety, prenatal attachment, and depressive symptoms in women with diabetes in pregnancy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph17020425>

Noh, N. I., & Yeom, H.-A. (2017). Development of the Korean Paternal-Fetal Attachment Scale (K-PAFAS). *Asian Nursing Research*, 11(2), 98–106. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.05.001>

O'Hara, M. W. (1995). *Postpartum depression: Causes and Consequences*. Springer.

Oldham, J. M., & Riba, M. B. (2007). *Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and Postpartum*. American Psychiatric Publishing.

Pallant, J. F., Haines, H. M., Hildingsson, I., Cross, M., & Rubertsson, C. (2014). Psychometric evaluation and refinement of the Prenatal Attachment Inventory. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32, 112–125. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.871627>

Phillips, J., Sharpe, L., Matthey, S., & Charles, M. (2009). Maternally focused worry. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 409–418. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0091-4>

Priel, B., & Besser, A. (1999). Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: Dependency, self-criticism and the moderating role of antenatal attachment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(2), 240–253. <https://doi.org/10.1521/jscp.1999.18.2.240>

Rådestad, I. (2012). Strengthening mindfetalness. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(2), 59–60. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.01.002>

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>

Ravaldi, C., & Vannacci, A. (2020). The COVID-ASSESS dataset-COVID19 related anxiety and stress in pregnancy, postpartum and breastfeeding during lockdown in Italy. *Data in Brief*, 33, 106440. <https://doi.org/10.1016/j.dib.2020.106440>

Reading, A. E., Cox, D. N., Sledmere, C. M., & Campbell, S. (1984). Psychological changes over the course of pregnancy: A study of attitudes toward the fetus/neonate. *Health Psychology*, 3(3), 211.

<https://doi.org/10.1037/0278-6133.3.3.211>

Regier, D. A., Narrow, W. E., & Rae, D. S. (1990). The epidemiology of anxiety disorders: The epidemiologic catchment area (ECA) experience. *Journal of Psychiatric Research*, *24*, 3–14. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(90\)90031-K](https://doi.org/10.1016/0022-3956(90)90031-K)

Rollè, L., Giordano, M., Santoniccolo, F., & Trombetta, T. (2020). Prenatal Attachment and perinatal depression: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph17082644>

Ross, L. E., McLean, L. M., & Psych, C. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *Depression*, *6*(9), 1–14. <https://doi.org/10.4088/JCP.V67N0818>

Rubertsson, C., Pallant, J. F., Sydsjö, G., Haines, H. M., & Hildingsson, I. (2015). Maternal depressive symptoms have a negative impact on prenatal attachment – Findings from a Swedish community sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *33*(2), 153–164. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.992009>

Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role: Part I. Processes. *Nursing Research*, *16*(3), 237–245.

Rubin, R. (1976). Maternal tasks in pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, *1*(5), 367–376. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1976.tb00921.x>

Saastad, E., Ahlborg, T., & Frøen, J. F. (2008). Low maternal awareness of fetal movement is associated with small for gestational age infants. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *53*(4), 345–352. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.03.001>

Seimyr, L., Sjögren, B., Welles-Nyström, B., & Nissen, E. (2009). Antenatal maternal depressive mood and parental–fetal attachment at the end of pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, *12*, 269–279. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0079-0>

Shear, M. K., & Mammen, O. (1995). Anxiety disorders in pregnant and postpartum women. *Psychopharmacology Bulletin*, *31*(4), 693–703.

Siddiqui, A., Hagglof, B., & Eisemann, M. (1999). An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *17*(4), 369–380. <https://doi.org/10.1080/02646839908404602>

Siddiqui, A., Hagglof, B., & Eisemann, M. (2000). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal of Reproductive and infant psychology*, *18*(1), 67–74. <https://doi.org/10.1080/02646830050001690>

Smith, M. V., Rosenheck, R. A., Cavaleri, M. A., Howell, H. B., Poschman, K., & Yonkers, K. A. (2004). Screening for and detection of depression, panic disorder, and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatric Services*, *55*(4), 407–414. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.4.407>

Somerville, S., Byrne, S. L., Dedman, K., Hagan, R., Coe, S., Oxnam, E., Doherty, D., Cunningham, N., & Page, A. C. (2015). Detecting the severity of perinatal anxiety with the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS). *Journal of affective disorders*, *186*, 18–25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.012>

Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, M., Byrne, S., Coe, S., Doherty, D., & Page, A. C. (2014). The perinatal anxiety screening scale: Development and preliminary validation. *Archives of Women's Mental Health*, *17*, 443–454. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0425-8>

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. C., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1987). *The State-Trait Anxiety Inventory: Test Manual*. Consulting Psychologists Press.

Stanton, F., & Golombok, S. (1993). Maternal-fetal attachment during pregnancy following in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *14*(2), 153–158. <https://doi.org/10.3109/01674829309084438>

Šulová, L. (2010). *Raný psychický vývoj dítěte*. Karolinum.

Verny, T., & Kelly, J. (1982). *The Secret Life of the Unborn Child: How You Can Prepare Your Baby for a Happy, Healthy Life*. Dell.

Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*(3), 295–311. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.04.001>

- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Robinson, K. (2003). Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, *6*, 43–49. <https://doi.org/10.1007/s00737-002-0154-2>
- Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., Hanks, M. M., & Cannella, B. L. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, *46*(5), 708–715. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.013>
- Yin, X., Sun, N., Jiang, N., Xu, X., Gan, Y., Zhang, J., Qiu, L., Yang, C., Shi, X., & Chang, J. (2021). Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. *Clinical psychology review*, *83*, 101932. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101932>
- Zhang, L., Wang, L., Yuan, Q., Huang, C., Cui, S., Zhang, K., & Zhou, X. (2021). The mediating role of prenatal depression in adult attachment and maternal-fetal attachment in primigravida in the third trimester. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03779-5>
- Zigmond, A. S., & Snaith, P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zimmerman, & Doan, H. (2003). Conceptualizing prenatal attachment: Toward a multidimensional view. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, *18*(2), 109–129.
- Zuckerman, B., Amaro, H., Bauchner, H., & Cabral, H. (1989). Depressive symptoms during pregnancy: Relationship to poor health behaviors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *160*(5), 1107–1111.
- Zung, W. W. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, *12*(1), 63–70.

Příloha

Tabulka 1

Škály prenatalního attachmentu

Autor(ka)	Název	Rok	Počet položek	Detaily
Mecca Cranleyová	MFAS	1981	24	subškály: (1) diferenciacie, (2) interakce, (3) připisování vlastností a záměrů, (4) dávání sebe, (5) přijetí role
Mary Müllerová	PAI	1989	21	není další členění
John Condon	MAAS	1993	19	kvalita x intenzita attachmentu
Julie Pallantová et al.	PAI-R	2014	18	subškály: (1) anticipace, (2) diferenciacie, (3) interakce

MFAS: Maternal-Fetal Attachment Scale; *PAI*: Prenatal Attachment Inventory; *MAAS*: Maternal Antenatal Attachment Scale; *PAI-R*: Prenatal Attachment Inventory-Revised

Tabulka 2

Škály hodnocení deprese

Autor(ka)	Název	Rok	Počet položek	Čas hodnocení symptomů
Max Hamilton	HDRS	1960	17	poslední týden
Lenore S. Radloffová	CES-D	1977	20	poslední týden
Antony Zigmund a Philip Snaith	HADS	1983	14	poslední týden
John Cox et al.	EPDS	1987	10	poslední týden
Aaron Beck et al.	BDI-II	1996	21	poslední dva týdny

HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; CES-D: The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; BDI-II: Beck Depression Inventory-II

Tabulka 3

Vztah prenatalního attachmentu a deprese

Měřicí škála pro pren. attachment	Měřicí škála pro depresi	Počet participantek	Věk	Týden/trimestr těhotenství	Výsledek studie: vztah deprese a attachmentu
Mercer et al. (1988) MFAS	CES-D	218	18 a výše	24.–34. týden	<i>negativní korelace</i> ($r = -0,17$; $p < 0,05$)
Condon a Corkindale (1997) MAAS	EPDS, HADS, SDS	238	27,4 (průměr)	3. trimestr	<i>negativní korelace</i> ($r = -0,38$ (EPDS); $-0,27$ (SDS), $-0,42$ (HADS-D); $p < 0,001$)
Lindgren (2001) MFAS	CES-D	252	18 a výše	20.–40. týden	<i>negativní závislost (A na D)</i> ($B = -0,015$; $p < 0,05$)

McFarland et al. (2011)	MFAS	HDRS (a semistr. rozhovory)	161	18–40	23.–36. týden	<i>negativní závislost (A na D) (B = -0,005; p < 0,0012)</i>
Rubertsson et al. (2015)	PAI-R	HADS	718	25–35	8.–10. (HADS), 36. týden (PAI-R)	<i>negativní vliv (D na A) (statisticky významně vyšší průměrná hodnota A pro HADS-D > 8, t = 3,668)</i>
Chazotte et al. (1995)	MFAS	CES-D	30	24 (průměr)	34.–36. týden	<i>není</i>
Honjo et al. (2003)	AMAS	SDS	216	20–41	1. a 2. trimestr	<i>není</i>
Hart a McMahon (2006)	MAAS	EPDS	53	21–44	20.–38. týden	<i>není</i>
Della Vedova et al. (2011)	PAI	CES-D	146	18–40	3. trimestr	<i>není</i>
Seimyr et al. (2009)	MFAS	EPDS	289	29 (průměr)	30.–32. týden	<i>pozitivní vliv (D na A) (statisticky významně vyšší průměrný skóre A pro EPDS ≥ 10, t = -2,603; p = 0,01)</i>
Barone et al. (2014)	PAI (5 subškál)	CES-D	130	19–45	27. týden (průměr)	<i>pozitivní závislost (A na D) (B = 0,75; p = 0,02; B = 0,71; p = 0,01)</i>
Doster et al. (2018)	MFAS (3 subškály)	EPDS	324	18 a výše	3. trimestr	<i>pozitivní korelace (r = 0,003; p < 0,001)</i>

MFAS: Maternal-Fetal Attachment Scale; *PAI-R*: Prenatal Attachment Inventory-Revised; *AMAS*: Antenatal Maternal Attachment Scale; *PAI*:

Prenatal Attachment Inventory; *CES-D*: The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; *EPDS*: Edinburgh Postnatal Depression Scale;

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; *HADS-D*: škála deprese v HADS; *SDS*: Zung Self-Rating Depression Scale; *HDRS*: Hamilton

Depression Rating Scale; *A* = attachment, *D* = deprese, *r* = Pearsonův korelační koeficient; *B* = regresní koeficient, *t* = hodnota t-statistiky

Tabulka 4

Škály hodnocení úzkosti

Autor(ka)	Název	Rok	Počet položek	Čas hodnocení symptomů
Max Hamilton	HDRS	1960	17	poslední týden
Charles Spielberger	STAI	1970, 1987	40	v současnou chvíli
Antony Zigmond a Philip Snaith	HADS	1983	14	poslední týden
John Cox et al.	EPDS	1987	10	poslední týden
Susanne Somervilleová et al.	PASS	2014	31	poslední měsíc

HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; *STAI*: State-Trait Anxiety Inventory; *HADS*: Hospital Anxiety and Depression Scale; *EPDS*: Edinburgh Postnatal Depression Scale; *PASS*: Perinatal Anxiety Screening Scale

Tabulka 5

Vztah perinatálního attachmentu a úzkosti

Měřicí škála pro pren. attachment	Měřicí škála pro úzkost	Počet participantek	Věk	Týden/trimestr těhotenství	Výsledek studie: vztah úzkosti a attachmentu
Condon a Corkindale (1997)	MAAS	HADS	27,4 (průměr)	3. trimestr	negativní korelace ($r = -0,41$; $p < 0,001$)
Hart a McMahon (2006)	MAAS	STAI	21–44	20.–38. týden	negativní korelace ($r = -0,400$ (úzkost-vlastnost), $r = -0,349$ (úzkost-stav); $p < 0,025$)

Abasi (2012)	MFAS	STAI	386	18 a výše	všechny trimestry	<i>negativní vliv (D na A)</i> (statisticky významný rozdíl mezi skupinami žen, $F(3,382) = 119,74$; $p < 0,001$)
Mercer et al. (1988)	MFAS	STAI	218	18 a výše	24.–34. týden	<i>není</i>
Hjelmstedt et al. (2006)	PAI	STAI	41	29–36	26.–36. týden	<i>není</i>
Della Vedova et al. (2011)	PAI	STAI	146	18–40	3. trimestr	<i>není</i>
McFarland et al. (2011)	MFAS	HDRS (a semistr. rozhovory)	161	18–40	23.–36. týden	<i>není</i>
Rubertsson et al. (2015)	PAI-R	HADS	718	25–35	8.–10. (HADS) a 36. týden (PAI-R)	<i>pozitivní vliv (D na A)</i> (statisticky významně vyšší průměrná hodnota attachmentu pro HADS-A > 8, $t = 2,519$)
Doster et al. (2018)	MFAS (3 subškály)	STAI	324	18 a výše	3. trimestr	<i>pozitivní korelace</i> ($r = 0,094$; $p = 0,002$)

MAAS: Maternal Antenatal Attachment Scale; *MFAS*: Maternal-Fetal Attachment Scale; *PAI*: Prenatal Attachment Inventory; *PAI-R*: Prenatal Attachment Inventory-Revised;

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; *HADS-A*: škála úzkosti v HADS; *STAI*: State-Trait Anxiety Inventory, *HDRS*: Hamilton Depression Rating Scale; r = Pearsonův korelační koeficient; B = regresní koeficient; F = F-statistika; D = depress, A = attachment

Tabulka 6*Psychosociální charakteristiky respondentek (N = 524)*

Sociodemografické charakteristiky	Průměr (směrodatná odchylka)	Minimum	Maximum
věk	30,8 (4,9)	18	45
týden těhotenství	33,6 (3,3)	28	42
počet dětí	0,7 (0,9)	0	6

Tabulka 7*Výsledky skóre měřicích škál*

Měřicí škála	Medián (IQR)	Minimum	Maximum
EPDS	5 (7)	0	25
PASS	20 (15)	1	64
PAI-R	53 (12)	24	72
PAIR, subškála <i>Anticipace</i>	17 (5)	6	24
PAI-R, subškála <i>Diferenciace</i>	17 (4)	8	24
PAI-R, subškála <i>Interakce</i>	19 (4)	7	24

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; PASS: Perinatal Anxiety Screening Scale; PAI-R: Prenatal Attachment Inventory-Revised

Tabulka 8

Korelace výsledků měřicích škál

	EPDS	PASS	PAI-R	PAI-R, Anticipace	PAI-R, Diferenciace	PAI-R, Interakce	Věk	Týden těhotenství
EPDS	—							
PASS	0,672***	—						
PAI-R	-0,140**	-0,041	—					
PAI-R, Anticipace	-0,094*	-0,002	0,895***	—				
PAI-R, Diferenciace	-0,084	-0,019	0,802***	0,559***	—			
PAI-R, Interakce	-0,173***	-0,083	0,860***	0,701***	0,543***	—		
Věk	-0,067	-0,056	-0,237***	-0,292***	-0,118**	-0,194***	—	
Týden těhotenství	0,035	0,029	0,005	0,026	0,016	-0,045	0,007	—

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; PASS: Perinatal Anxiety Screening Scale; PAI-R: Prenatal Attachment Inventory-Revised a jeho

subsčály Anticipace, Diferenciace a Interakce

p-hodnota uvedena pro Spearmanův koeficient, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabulka 9

Výsledky PAI-R pro skupinu participantek se symptomy deprese a bez nich

Měřicí škála	Skupina	Počet participantek	Mann-Whitney U	p-hodnota	Velikost efektu (r_{rb})
PAI-R	se symptomy	97	17745	0,028	0,1431
	bez symptomů	427			
PAI-R, Anticipace	se symptomy	97	18906	0,179	0,0871

PAI-R, <i>Diferenciace</i>	bez symptomů	427				
	se symptomů	97	19231	0,270		0,0714
	bez symptomů	427				
PAI-R, <i>Interakce</i>	se symptomů	97	16392	0,001		0,2085
	bez symptomů	427				

PAI-R: Prenatal Attachment Inventory-Revised a jeho subškály Anticipace, Diferenciace a Interakce

Tabulka 10

Výsledky PAI-R pro skupinu participantek se symptomy úzkosti a bez nich

Měřicí škála	Skupina	Počet participantek	Mann-Whitney <i>U</i>	p-hodnota	Velikost efektu (r_{rb})
PAI-R	se symptomy	166	27808	0,237	0,0641
	bez symptomů	358			
PAI-R, <i>Anticipace</i>	se symptomů	166	28812	0,575	0,0304
	bez symptomů	358			
PAI-R, <i>Diferenciace</i>	se symptomů	166	28196	0,345	0,0511
	bez symptomů	358			
PAI-R, <i>Interakce</i>	se symptomů	166	27415	0,152	0,0774
	bez symptomů	358			

PAI-R: Prenatal Attachment Inventory-Revised a jeho subškály Anticipace, Diferenciace a Interakce

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Zuzana Daňková

Studijní program: Psychologie, Bc.

Název práce: Deprese a úzkosti v těhotenství a prenatální attachment

Vedoucí práce: MUDr. Antonín Šebela, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2024

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh):
106 785

Přímé citace: 1285 znaků

Ostatní text: 105 500 znaků

Celkový počet znaků: 113265

Počet pramenů a literatury: 108

Názvy souborů:

Text práce ve formátu PDF: ZD_BP

Text práce ve formátu DOC nebo DOCX: Další soubory: -

**Posudek vedoucího bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Zuzana Daňková
 Studijní program: Psychologie, Bc.
 Název práce: Deprese a úzkosti v těhotenství a prenatální attachment
 Vedoucí práce: MUDr. Antonín Šebela, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 41
 Počet stránek příloh: 14
 Počet titulů v seznamu literatury: 108

Procento podobnosti z antiplagiátorského systému Theses: 4,8 %

Komentář k závěrům kontroly z Theses

Procento je velmi malé. Jedná se o práci bez významného překryvu s již publikovanou literaturou.

Výběr tématu

Závažnost tématu

Oborová přiléhavost tématu

Originalita tématu a jeho zpracování

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

Využití výzkumných empirických metod

Využití praktických zkušeností

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

	X			
--	---	--	--	--

	X			
--	---	--	--	--

		X		
--	--	---	--	--

	X			
--	---	--	--	--

	X			
--	---	--	--	--

	X			
--	---	--	--	--

	X			
--	---	--	--	--

	X			
--	---	--	--	--

		X		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	X			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	X			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	X			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		X		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	X			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Ve své práci uvádíte: „Má práce tedy naznačuje, že existuje signifikantní negativní korelace mezi depresí ve třetím trimestru těhotenství a vztahem nastávající matky k očekávanému dítěti.“ Jakou psychologickou intervencí byste pro matky s příznaky deprese ve třetím trimestru navrhla?
- 2) Hodláte svoji bakalářskou práci nějak dále rozvíjet? Např. v rámci magisterského projektu.

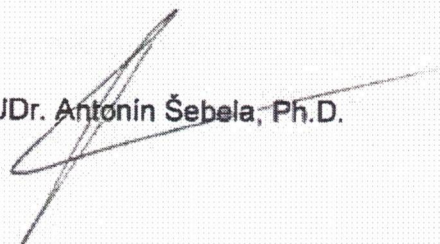
Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práce je psaná velmi kvalitně, čtivě a odborně. Studentka prokázala vysokou úroveň vědeckého myšlení a myslím, že její práce by mohla splňovat i atributy diplomové práce, i když se jedná pouze o korelační studii. K práci a celkovému přístupu studentky během naší spolupráce nemám výtek. Plně doporučuji její práci k obhajobě.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**

Navrhovaná klasifikace: 1 - výborně

Datum 25.4.2024 podpis: MUDr. Antonín Šebela, Ph.D.



**Posudek oponentky bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Mgr. Zuzana Daňková, PhD.
Studijní program: psychologie
Název práce: Deprese a úzkosti v těhotenství a prenatální attachment.
Oponentka práce: Mgr. Zuzana Janotková

Technické parametry práce:

Přímé citace 1285 znaků
Ostatní text 105500 znaků
Celkový počet znaků: 113265
Počet titulů v seznamu literatury: 108

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přílehlavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

x				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Které výsledky z vašeho výzkumu byly pro Vás překvapivé?
Kdybyste ve výzkumu dále pokračovala, jaký směrem?
Jaké jsou limity Vašeho výzkumu?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka předložila bakalářskou práci s názvem: „Deprese a úzkosti v těhotenství a prenatální attachment.“

Teoretická část práce je rozčleněna na tematické okruhy k danému tématu: historie výzkumu prenatálního attachmentu, deprese a úzkost – vztaženo k těhotenství a attachmentu. Odborný text je kultivovaný a velmi čtivý. Autorka pracuje s velkým množstvím odborné literatury. Velmi oceňuji odbornou rešerši výzkumů k danému tématu a také jejich zpracování.

V empirické části je stanoven hlavní cíl výzkumu: mapovat možnou souvislost mezi prenatálním attachmentem na straně jedné a depresivní a úzkostnou symptomatologií těhotných žen na straně druhé. Na základě teoretického konceptu byly stanoveny 4 hypotézy. Autorka pracuje zdatně se statistickou analýzou dat. Při čtení je zjevné porozumění a vhodně zvolené metody a analýza. Velmi oceňuji, jakým způsobem autorka přemýšlí nad teoretickým konceptem a výzkumy, na které se ve své práci odvolává, a propojuje je s vlastními výsledky a závěry práce. Je patrné kritické myšlení a reflexe daného tématu. Autorka se zamýšlí nad výsledky, nastiňuje možné odpovědi, které by stály za další prozkoumání. Je přínosné, jak se autorce povedlo téma zpracovat a prezentovat. Do budoucna bych doporučila formálně i obsahově lépe strukturovat empirickou část a podrobněji popsat metodiku výzkumu, včetně výběru typu výzkumu, prezentace dat a výsledků. Přehlednost a jasnost práce by se zlepšily.

Celkově bych ráda vyzdvihla jak výběr tématu, tak jeho zpracování. Pojednání o tématu „Deprese a úzkosti v těhotenství a prenatální attachment“ v českých podmínkách vnímám jako velmi důležité. Jak sama autorka ukazuje, další možné směřování se nabízí jak ve výzkumu, tak následně pro uplatnění v psychologické praxi. Při čtení práce byl patrný osobitý styl psaní autorky a velký zájem o dané téma. Ráda bych vyzdvihla autorčinu schopnost komparace výzkumů a teorie k danému tématu. Tato bakalářská práce je velmi kvalitní a pro mě samotnou bylo radostí ji číst. Doporučila bych výsledky práce prezentovat například na psychologické konferenci.

Autorce bakalářské práce přeji příjemnou a úspěšnou obhajobu.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně



Datum, podpis: 24.5.2024