

PSYCHODYNAMICZNE ROZUMIENIE MACIERZYŃSTWA — IMPLIKACJE DLA PRACY KLINICZNEJ

PSYCHODYNAMIC UNDERSTANDING OF MATERNITY — THERAPEUTIC IMPLICATIONS IN CLINICAL WORK

Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego
Zakład Psychologii i Psychopatologii Rozwoju
Kierownik zakładu: prof. zw. dr hab. Marta Bogdanowicz

pregnancy maternity

Autorka opisuje dynamiczne etapy ciąży i macierzyństwa podkreślając, że w ich przebiegu mogą ożywić się latentne kryzysy, odsłaniając zakłócenia relacji z własną matką. Materiał wzbogacony opisami dwóch przypadków komplikacji ciążowych wymagających prowadzenia przy współudziale psychoterapeutów.

Summary: The aim of the article is to present psychological aspects of pregnancy and adjustment to motherhood. The author shows the possibilities in which pregnancy complications may alter the normal emotional psychodynamics of this life period and highlights the possible change in maternal adjustment in the high risk pregnancy. In the author's opinion presented issues are crucial for clinical: consulting and therapeutic work with patients in this moment of life. The cited research show that obstetric treatment without taking into consideration the psychological factors and psychotherapeutic support may not be sufficient. The author presents a literature review concerning this topic, with special regard to work of M. Bydłowski, French psychiatrist and psychoanalyst. The material is illustrated with case studies.

Wprowadzenie

Ciąża to nie tylko złożone zmiany biologiczne zachodzące w organizmie kobiety. Już Helen Deutsch, psychoanalytyczka i uczennica Zygmunta Freuda, w 1947 r. pisała o tym, że dla kobiet okres ciąży, poród, laktacja i połóg to nie tylko czas ważnych zmian fizycznych i fizjologicznych, ale również psychicznych. Oprócz przemian fizycznych i biologicznych, ciąża to czas tworzenia więzi między rodzicami a dzieckiem oraz wewnętrznego obrazu dziecka, który ma jego matka — reprezentacji dziecka u matki. Badania pokazują, że okres ten nie pozostaje bez wpływu na kształt późniejszej relacji — myśli, fantazje i pragnienia matki związane z nienarodzonym dzieckiem mogą rzutować na późniejszą jakość jego przywiązania do niej. Benoit i wsp. [2], oceniając, w trzecim trymestrze ciąży, matczyną reprezentację dziecka, próbowali przewidzieć jakość przywiązania dziecka do matki w 12. miesiącu jego życia. Badania przeprowadzone przez Crawforda i Benoit [3] przyniosły podobne wyniki u 12-miesięcznych dzieci kobiet — u których w ostatnim trymestrze

ciąży zdiagnozowano zdeorganizowany styl przywiązania¹ — istotnie częściej, stosując procedurę obcej sytuacji, diagnozowano również zdeorganizowane przywiązanie². Wyniki te wskazują na stabilność matczynej reprezentacji dziecka, kształtującej się jeszcze przed jego urodzeniem. Życie psychiczne przyszłej matki: jej fantazje, myśli, pragnienia, projekcje dotyczące dziecka wydają się więc istotnie związane z późniejszym funkcjonowaniem kobiety jako matki. Dlatego oddziaływania psychoterapeutyczne podjęte w okresie ciąży mogą być profilaktyczne również dla dziecka.

Teorie psychodynamiczne, teoria przywiązania, które kładą nacisk na znaczenie życia psychicznego, początki życia człowieka i jego wczesne relacje, wydają się więc szczególnie cenną podstawą teoretyczną badań tego obszaru klinicznego. Z drugiej strony, życie psychiczne przyszłych rodziców długo nie znajdowało się w centrum zainteresowania psychoanalizy i badaczy zajmujących się psychoterapią. Tłumaczyć to można stosunkowo krótkim okresem trwania ciąży oraz tradycją postrzegania jej w kategoriach *acting outu*³. To jednak badacze z tego nurtu przyczynili się do lepszego rozumienia i poznania emocjonalnej dynamiki tego momentu w życiu. G. L. Bibring [por. 4], jedna z pierwszych psychoanalytyczek zajmujących się rozumieniem psychicznych zmian przygotowujących do macierzyństwa, postrzegała ciążę, ale również dorastanie oraz menopauzę jako ważne kryzysy rozwojowe w życiu kobiety: momenty istotne dla rozwoju samooceny i afirmacji siebie. Dostrzegała u kobiet w ciąży specyficzną konstelację zmian emocjonalnych. Inspirowana pracami badawczymi Erika Eriksona, porównywała je do zmian psychicznych zachodzących w okresie adolescencji.

Porównanie ciąży do okresu dojrzewania badacze uzasadniali istotnymi zmianami fizycznymi, hormonalnymi oraz psychicznymi: dynamika emocji, przeciwstawne pragnienia w okresie ciąży powodują, że pod względem mechanizmów przypomina ona kryzys adolescencji. Podobnie jak dorastanie, ciąża jest przygotowaniem do zmiany, czasem budowania nowej tożsamości, kryzysem, który mobilizuje energię i przygotowuje do angażowania się w nowe role. G. Rubin [1984, za: 1], badaczka zajmująca się okresem transformacji związanej z macierzyństwem i ojcostwem, podkreśla, że okres ciąży jest czasem przeorganizowywania tożsamości, zaznacza konieczność przeżycia żałoby nad takimi aspektami self, które nie mieszczą się w nowym obrazie siebie jako matki. J.M. Maldonado-Duran [1] pisze o tym jako o procesie redefinicji self i zwraca uwagę, że praca ta – szczególnie przepracowanie żałoby — może być trudna dla kobiet, które są dopiero w momencie tworzenia swojej tożsamości. Dotyczy to głównie nastolatek i kobiet, którym nie udało się wcześniej własnej tożsamości stworzyć.

¹ W badaniu za pomocą Adult Attachment Interview zdeorganizowany styl przywiązania diagnozuje się, gdy podczas rozmowy o stracie, wykorzystaniu osoba badana wykazuje uderzające kłopoty w śledzeniu rozumowania lub dyskusji. Może w trakcie rozmowy zdradzić przekonanie, że zmarła osoba nadal żyje lub że zabiła tę osobę swoimi myślami, gdy była dzieckiem. Może też zamilknąć przy przywołaniu wspomnienia tej osoby lub wygłosić na jej cześć mowę pochwalną [26, s. 68].

² Stosując procedurę obcej sytuacji, zdeorganizowane przywiązanie diagnozuje się, gdy dziecko przejawia zdeorganizowane lub zdeorientowane zachowania na widok rodzica. Na przykład „może zastygnąć z miną jakby w transie, z uniesionymi rękami, może wstać na widok któregoś z rodziców, a potem upaść na brzuch i kulic się na podłodze” [26]. Badania pokazują, że ten styl przywiązania jest czynnikiem rozwoju emocjonalnego dziecka.

³ Inaczej rozebranie w działaniu, termin ten odnosi się do każdego działania mającego być wyrazem postaw przeniesieniowych, które pacjent obawia się zwerbalizować podczas terapii [12].

Wielu autorów, m.in. Monique Bydlowski [5], T. B. Brazelton i G.B. Cramer [6] zwraca uwagę, że w okresie ciąży, z uwagi na łatwość w reaktywacji dziecięcych wspomnień, wzbudzone mogą być niepokoje oraz latentne konflikty, które wcześniej uległy wyparci. Podkreślają oni również prorozwojowe znaczenie doświadczanych w tym czasie uczuć. Tak jak kryzysy związane z ważnymi zmianami życiowymi, tak kryzys związany z ciążą ma własne zdolności ewolucyjne i przyczynia się do uformowania nowej tożsamości: jest szansą na psychologiczny rozwój i samorealizację. Rozwiązanie tego kryzysu zależne jest jednak od wielu czynników, m.in. dotychczasowych relacji kobiety. Psychoanalitycy są zgodni, że dla procesu przystosowywania się do nowej sytuacji ważna jest identyfikacja z obiektem macierzyńskim. T. Benedek [7] pisze o tym jako o centralnym punkcie w stawaniu się matką przez kobietę. M. Ammaniti i wsp. [8] podkreślają znaczenie identyfikacji i pogodzenia się z własnymi rodzicami. Co interesujące, rytuały w społecznościach pierwotnych często wpisują się w te nieświadome procesy psychiczne. Francuska etnolog, S. Lallemand [za: 1], opisuje rytuał z Afryki Zachodniej mający na celu pojednanie się kobiety z jej rodziną pochodzenia. Podczas ceremonii zwanej „oddaleniem niebezpieczeństwa” przyszła matka prosi swoich przodków nie o ochronę nad sobą i dzieckiem, ale o przebaczenie jej dawnych win. Kobieta oddaje cześć swoim rodzicom, prosząc o wybaczenie przewinień zarówno jawnych, jak i tych ukrytych, które mogłyby wpłynąć na przebieg ciąży i narazić jej życie na niebezpieczeństwo. We współczesnym rozumieniu rytuał ten wydawał się ułatwiać godzenie się z wewnętrznym obrazem rodziców i identyfikację z nimi — czego znaczenie podkreślają psychoterapeuci. Według H. Deutsch [1947, za: 1] samoocena kobiety w okresie ciąży i porożu związana jest z wewnętrzną reprezentacją obiektu matki. Jeśli jest ona zdewaluowana lub zniechęcona, nie pozwala na zachowanie dobrego obrazu siebie jako kobiety. L.A. Bailey i B. J. Hailey [1986 za: 1] piszą o tym, że naturalne jest, że ciąża jest okresem doświadczania podwyższonego poziomu niepokoju. Autorzy rozumieją to jako oznakę dążenia kobiet do rozwiązania konfliktów z własnymi obiektami macierzyńskimi i kształtowania się tożsamości. Proces ten jednak może być obciążający. Badania populacyjne, międzykulturowe pokazują, że depresja — którą można być może wiązać z tymi procesami psychicznymi — zarówno przed-, jak i poporodowa jest fenomenem obserwowanym wśród kobiet na całym świecie: w Afryce, na Karaibach oraz w Europie [8, 9, 10]. W samych Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, w zależności od badania u 5 lub 15% kobiet w ciąży, diagnozowana jest depresja kliniczna [11].

Psychologiczne etapy ciąży

Według T.B. Brazeltona i B. Cramera [6], w perspektywie psychologicznej, podobnie jak medycznej, okres ciąży dzielony jest na trzy etapy. Każdy z nich ma swoją odmienną charakterystykę — zmiany fizyczne pociągają bowiem za sobą zmiany w świecie wewnętrznym kobiet.

Pierwszy etap ciąży, trwający do około czwartego miesiąca, jest według T. B. Brazeltona i B. Cramera [8] związany z akceptacją ciąży. Jest to okres ambiwalencji — odczuwanej nawet wtedy, gdy dziecko było planowane i oczekiwane. Ambiwalencję budują przeciwstawne uczucia: zarówno euforia, jak i lęk przed zmianami, odpowiedzialnością. Pierwszym miesiącom ciąży towarzyszyć może daleka od ambiwalencji narcystyczna fantazja

o byciu idealną matką oraz stworzeniu idealnego dziecka. Okres ciąży — poczynając od pierwszych jej tygodni — opisywany jest w literaturze jako czas, gdy kobieta jest bardziej skupiona na sobie. W psychologiczny obraz ciąży wpisuje się rodzaj wycofania kobiet ze świata zewnętrznego w świat własnych myśli, przeżyć — obserwuje się przejście z aktywności w pasywność, nawet wtedy, gdy kobieta pozostaje mocno zaangażowana w życie zawodowe [12].

Drugi psychologiczny etap ciąży zaczyna się wraz z odczuwaniem przez matkę pierwszych ruchów dziecka, najczęściej koło 16.–20. tygodnia ciąży [6]. Podczas gdy w pierwszym trymestrze płód może być traktowany jako pewnego rodzaju intruzja, w drugim — dziecko postrzegane jest już jako część samej siebie, o którą należy dbać i chronić. W tym okresie fantazje matki o dziecku zabarwione są najczęściej jej wspomnieniami z dzieciństwa. Monique Bydlowski [5] pisze również o doświadczeniu ciąży przez kobiety jako poczuciu pełni, omnipotencji. Uczucia te często doświadczane są właśnie w tym okresie, gdy ustępują dolegliwości związane z pierwszym trymestrem, a ciąża nie jest jeszcze tak zaawansowana jak pod koniec trzeciego trymestru.

Trzeci etap ciąży związany jest z dostrzeganiem przez matkę większej odrębności psychicznej dziecka i możliwości śledzenia jego indywidualnych reakcji [6]. Już od 26.–28. tygodnia ciąży stymulacja głosowa matki powoduje ruchy dziecka. W okresie tym dochodzi również do istotnego zwiększenia się ruchów płodu z około 200 w 20. tygodniu ciąży do maksimum 575 w 32. tygodniu, co powoduje u matki większą świadomość noszenia w sobie dziecka — ale również jego odrębności. Gdy ciąża staje się coraz bardziej widoczna, matka — w większym stopniu doświadczając indywidualności dziecka — może, według G.L. Bibring [4], inwestować miłość w dziecko jako obiekt inny od niej. Trzeci etap ciąży to również czas, gdy nasilają się lęki przed uszkodzeniem dziecka podczas porodu — często jest to powrót niepokoju doświadczanego na początku ciąży. Mogą one być rozumiane jako wyraz ambiwalencji do ciąży, własnego zmieniającego się ciała, dziecka.

Podczas trwania ciąży obserwuje się również zmiany w matczynej reprezentacji nienarodzonego dziecka — proces ten badał m.in. Ammaniti [13]. Fantazje o dziecku przybierają na sile między 4. i 7. miesiącem ciąży. Są wtedy najliczniejsze i najbardziej pozytywne. Po 7. miesiącu ciąży dochodzi do rozmycia się idealnego obrazu dziecka kształtowanego w fantazji matki. Ma to funkcje adaptacyjne — ułatwia wejście w kontakt z realnym noworodkiem.

Dynamika opisanych zmian emocjonalnych przygotowuje do macierzyństwa, opieki nad zależnym noworodkiem. To D.W. Winnicott [14] jako pierwszy zaobserwował istnienie anormalnych stanów psychicznych u zdrowych psychicznie kobiet, które niedawno urodziły dziecko. Ten szczególny stan, który w innym przypadku mógłby być brany za autentyczną patologię psychiczną, został przez Winnicotta nazwanym okresem „pierwotnego zaangażowania matczynego”. Według niego ten stan rozwija się stopniowo poprzez wzmożoną wrażliwość podczas ciąży, szczególnie nasilającą się pod jej koniec. Również według Monique Bydlowski [5], francuskiej psychoanalityczki pracującej na oddziałach ginekologiczno-położniczych, kobiety w ciąży uznane za całkowicie zdrowe psychicznie znajdują się jednak w pozycji regresji. Wspomnienia z dzieciństwa, doświadczenia związane z dziecięcą relacją z matką, z dziecięcymi potrzebami wypartymi w dorosłym życiu — w tym okresie życia znów mogą wracać do świadomości. Monique Bydlowski [6] określa

ten wyjątkowy stan emocjonalny terminem przejrzystości psychicznej, który według niej ustala się z łatwością już w pierwszych tygodniach ciąży. Ten fenomen, który charakteryzuje klinicznie ciężkie stany afektywne, np. psychozy, u ciężarnych kobiet jest czymś naturalnym. Wyparcie przestaje pełnić swoją obronną funkcję, konfliktowe uczucia stają się łatwiej dostępne do badania i przepracowania. Podczas kilku konsultacji pacjentki są w stanie łączyć swój obecny smutek, lęk z wydarzeniami z przeszłości, które nagle stają się dostępne pamięci. Opisany przez Monique Bydlowski [5] fenomen przejrzystości psychicznej obrazują dwa przypadki — pani A. i pani B. Pacjentki były konsultowane psychologicznie przez autorkę artykułu podczas hospitalizacji na oddziale ginekologiczno-położniczym (pani A.) oraz oddziale patologii ciąży (pani B.).

Pani A.

Potrzeba konsultacji psychologicznej została zgłoszona przez lekarzy ginekologów. Pani A. była w 14. tygodniu ciąży i cierpiała na zespół przewlekłych wymiotów. Od stwierdzenia ciąży w 6. tygodniu, wymiotowała po każdym przyjętym posiłku. W 14. tygodniu ciąży znajdowała się w stanie znacznego wyniszczenia, karmiona była kroplówkami, rozpoczęły się u niej autoagresywne procesy immunologiczne. Pani A. miała zdrowe, czteroletnie córki bliźniaczki. Lekarze ginekolodzy, z uwagi na jej stan, rozważali przerwanie ciąży. Psycholog poproszony został przez zespół lekarzy ginekologów o ocenę stanu pacjentki, wynikającą z jej sytuacji medycznej oraz reakcji na zasugerowaną przez nich możliwość aborcji.

Pani A. na początku konsultacji mówiła głównie o dylemacie związanym ze stanem fizycznym: z jednej strony nie chciała usunąć ciąży, z drugiej — martwiła się o swoje zdrowie i czuła się skrajnie wyczerpana wymiotami. Poprzednią ciążę wspominała również jako bardzo trudną. Dyskomfort i odczuwany wtedy stan depresyjny wiązała głównie z koniecznością leżenia. Według pani A. jej „prawdziwe” trudności zaczęły się dopiero po porodzie. Drobnym wypadkiem, który przydarzył się przy próbie podniesienia dwójki dzieci, doprowadził do poważnych komplikacji zdrowotnych. Przez kilka miesięcy nie mogła zajmować się dziećmi, leżała i „wymagała takiej samej opieki jak niemowlę”.

Doświadczenia pani A. z ciążami i początkiem macierzyństwa zostały skomentowane jako bardzo trudne, wręcz odbierające jej zdrowie – co mogło budzić jej ambiwalentny stosunek do macierzyństwa. W odpowiedzi na ten komentarz pacjentka zaczęła mówić o swoim zmęczeniu związanym z opieką nad dziećmi, myślała, że nie nadaje się na matkę, braku odczuwania chwilami miłości do córek, a wręcz doświadczeniu nienawiści. Była wyraźnie poruszona brakiem spodziewanej krytycznej reakcji ze strony psychologa. Zarysował się również silny związek pani A. z jej matką, jej trudność z odseparowaniem się, wyjściem z roli dziecka i staniu się matką dla własnych dzieci. Po konsultacji, pani A. stwierdziła z zaskoczeniem, że podczas półtorej godziny konsultacji (z uwagi na interwencję kryzysową i sytuację szpitalną nie był przestrzegany setting) nie wymiotowała i nie odczuwała nudności.

Materiał dostarczony przez panią A. pozwala na postawienie hipotez dotyczących jej funkcjonowania. Uwypukliły się jej trudności związane z separacją od obiektu macierzyńskiego, zdolnością do regulacji emocji, w szczególności przeżywania i wyrażania emocji

związanych z wrogością i złością oraz rywalizacyjnymi uczuciami dotyczącymi płodu — jako istoty odbierającej jej rolę dziecka. Według Monique Bydlowski [5] odczucia takie mogą wystąpić w sytuacji, gdy relacja zależności pomiędzy przyszłą matką a jej matką nie może zostać rozwiązana. Podczas kolejnych konsultacji pani A. analizowała m.in. swoje odczucia dotyczące dziecka. Wprowadzenie medycznego leczenia i zapewnienie środowiska podtrzymującego — nawiązanie stałej relacji, połączenie objawów z historią pacjentki, umożliwienie wyrażenia doświadczanych uczuć — mogło wpłynąć na poprawę jej stanu. A wymioty pojawiały się, jednak ze znacznie mniejszym nasileniem, a pani A. urodziła zdrowe dziecko. Podsumowując, w sytuacji pani A. można mówić zarówno o szybko powstałym sojuszu terapeutycznym, jak i stosunkowo szybkiej możliwości dostępu do jej historii, dziecięcych doświadczeń i odczuć.

Pani B.

Pani B. została przyjęta na oddział patologii ciąży w 37. tygodniu ciąży. Z uwagi na duży niepokój, skargi somatyczne, które nie miały pokrycia w badaniach medycznych, i niepokojące zachowanie — pacjentka wymiotowała po podłączeniu jej do kardiotokografu, urządzenia monitorującego akcję serca płodu oraz czynności skurczowej mięśni macicy — personel oddziału zaproponował jej konsultację psychologiczną.

Pani B. była atrakcyjną, 42-letnią kobietą, bardzo szczupłą i o dziewczęcym wyglądzie. Podczas pierwszej konsultacji z psychologiem narzekała na stan zdrowia. Objawy somatyczne, o których mówiła — drżenia nóg, kołatanie serca, ból w klatce piersiowej — bardzo ją niepokoiły. Ciąża była nieplanowana i związana z dużym zaskoczeniem. Kilkanaście lat temu lekarz stwierdził u niej nieplodność, co przyjęła z ulgą. Pani B. leczyła się wcześniej psychiatrycznie na depresję. Podczas rozmowy podkreślała, że bardzo boi się śmierci, zależało jej na cesarskim cięciu. Uważała, że tylko to może uchronić ją przed poważnymi zagrożeniami dla jej zdrowia lub życia związanymi z porodem. Miała nadzieję, że psycholog wystawi jej zaświadczenie o zaleceniu cesarskiego cięcia ze względu na stan psychiczny. Zdawała sobie również sprawę z tego, że w szpitalu znajduje się głównie z uwagi na lęk o własne zdrowie. Pytana, czy w jej rodzinie były może jakieś trudne doświadczenia związane z porodem, przebiegiem ciąży, odpowiedziała, że nic o tym nie wie. Po chwili dodała jednak, że jej matka zmarła na skutek komplikacji okołoporodowych — miała zawał — ale nie sądzi, by mogło to mieć znaczenie dla jej sytuacji.

Pani B. była kolejnym dzieckiem w rodzinie, urodziła się, gdy matka miała tyle lat, ile ona teraz. Twierdziła, że o matce w domu w ogóle się nie rozmawiało. Po raz pierwszy poszła na jej grób jako osoba dorosła. W świetle tych informacji, dostarczonych przez pacjentkę na pierwszej konsultacji, lęk przed porodem został skomentowany jako zrozumiały. W komentarzu łączącym śmierć jej matki z jej obecnym lękiem dodano, że to z powodu tego przeżycia poród oznacza dla niej śmierć, że może być jej trudno wyobrazić sobie, że po porodzie mogłaby być zdrowa zarówno ona, jak i jej dziecko. Zaproponowano konsultacje podtrzymujące do momentu porodu — podano ich stałe godziny. Podczas kolejnych konsultacji pani B. mówiła o poprawie objawowej — wymioty były znacznie mniej dokuczliwe. Mniej czasu poświęcała stanowi fizycznemu. Wnosiła myśli i wspomnienia dotyczące matki, co było dla niej zaskakujące, gdyż — jak mówiła — nigdy wcześniej

o matce tyle nie myślała. Stopniowo w dostarczonym materiale zarysowała się pewna prawidłowość: wspomnienia pani B. związane były głównie z poczuciem bycia identyczną jak matka. Pani B. podkreślała swoje fizyczne podobieństwo do matki. Pojawiły się również jej fantazje na temat odczuć ojca, który, pogrążony w żałobie, musiał opiekować się córką przypominającą mu swoją osobą i swoim wyglądem o doznanej stracie.

Wspomnienia pacjentki wskazują na opisany przez Monique Bydłowski [5] mechanizm przejrzystości psychicznej i większą dostępność materiału objętego niepamięcią. Wątki o treści edypalnej pozwalały na postawienie hipotezy dotyczącej sposobu radzenia sobie przez panią B. z utratą matki. W kontakcie z panią B. psycholog miał poczucie, że postrzegała ona siebie jako swoją matkę, uznawała, że nie ma innego rozwiązania niż konieczność powtórzenia jej losu. Można postawić hipotezę, że pacjentka radziła sobie z utratą obiektu poprzez imitowanie go. Nie musiała odczuwać żalu, gdyż — stała się matką. Ceną za nieodczuwanie bólu, tęsknoty za utraconym obiektem było poczucie bycia matką i edypalna chęć zastąpienia jej również ojcu. Wydaje się również, że wzmagało to poczucie winy i lęk przed karą w postaci podzielenia losu matki podczas porodu. Sama możliwość zwerbalizowania odczuwanego lęku, dokonanie połączeń, nadanie sensu oraz możliwość stworzenia relacji przeniesieniowej doprowadziły do poprawy objawowej u pacjentki. Ważną rolę odegrało również pozytywne przeniesienie — pani B. wydawała się postrzegać psychologa jako osobę, która zapewni jej cesarskie cięcie i w ten sposób uchroni jej życie. Hipotezę tę potwierdziły kolejne konsultacje; skurcze porodowe, a w konsekwencji rzeczywiście cesarskie cięcie, nastąpiły w zaplanowanej dwa dni wcześniej godzinie konsultacji.

Psychoterapia w okresie ciąży

Większość autorów jest zgodna, że specyfika emocjonalna związana z okresem ciąży — co obrazują również przypadki pani A. oraz pani B. — może wspomóc pracę nad wcześniejszymi problemami. T. Benedek [7] opisuje ciążę jako szansę na pogodzenie się — intrapsychiczne — z obiektem macierzyńskim. Obserwację tę potwierdzają doświadczenia autorki z pracy na oddziałach położniczych i ginekologicznych — oprócz pacjentek zgłaszanych do psychologa z uwagi na chorobę dziecka, przedwczesny poród, istotną część konsultowanych kobiet stanowiły młode matki z doświadczeniami deprywacji opieki macierzyńskiej w dzieciństwie lub nierozwiązanymi dylematami zależnościowymi.

Według J. Stacka [15] ciąża jest kryzysem rozwojowym, co może ułatwić zmiany i reorganizacje wewnątrzpsychiczne, które i tak są wymuszone przez kryzys. Autor ten uważa również, że okres ciąży technicznie ułatwiać może przepracowywanie dylematów pacjentki: płód staje się obiektem przeniesieniowym i skojarzenia matki dotyczące nienarodzonego dziecka mogą wiele wniesić do rozumienia jej funkcjonowania przez terapeutę. W sytuacji pani A. dziecko postrzegane było przez pryzmat projekcji, jako istota pełna złości do swojej matki — takie uczucia trudno było pani A. rozpoznać w sobie. Stack uważa wręcz, że psychoterapeuta w niektórych sytuacjach staje się dodatkowym łożyskiem, wspomagając funkcje opiekuńcze „karmiące” — przyszłej matki.

Reaktywacja przeszłości uderzająca jest również dla kobiet, co obrazuje przypadek pani B. Z uwagi na aktualizację emocji i reprezentacji związanych z dziecięcymi konfliktami, traumami oraz fenomenem przejrzystości psychicznej, okres ciąży może stać się czasem pracy

nad sobą oraz — w niektórych sytuacjach — czasem poszukiwania pomocy psychologicznej. Drugą grupą sytuacji, które mogą skłaniać do poszukiwania pomocy psychologa — co obrazują zaprezentowane przypadki — są również medyczne powikłania i zagrożenie ciąży, podejrzenie choroby bądź uszkodzenia płodu. Warto podkreślić rolę personelu medycznego — to spostrzeżenie związków między medycznymi objawami a stanem pacjentki przez lekarza lub pielęgniarkę i skierowanie jej na konsultację psychologiczną może zapoczątkować proces leczenia. W niektórych sytuacjach możliwość stworzenia relacji z lekarzem wchodzącym w rolę obiektu macierzyńskiego prowadzi do osłabienia niepokoju i lęku doświadczanego przez pacjentki. Potwierdzają to badania statystyczne: matki, które otrzymały wyczerpujące informacje od lekarza, spały około dwóch godzin więcej oraz doświadczyły mniejszej liczby komplikacji okołoporodowych [16]. Analiza L. Culpeppera i B. Jacka [17] pokazała, co obrazują również zaprezentowane przypadki, że ginekologiczne oddziaływania mające na celu podtrzymanie ciąży mogą okazać się nieefektywne, jeśli nie są brane pod uwagę czynniki psychiczne. Istotnych implikacji klinicznych dostarczają również badania dotyczące związku emocji odczuwanych przez matki, szczególnie lęku, silnego stresu i depresji, z funkcjonowaniem płodu i późniejszym rozwojem zdolności do samoregulacji u noworodka. Już S. Ferenczi w 1913 roku pisał, iż „byłoby głupotą wierzyć, że umysł człowieka zaczyna funkcjonować dopiero w momencie narodzin” [1913/1952, s. 5, za: 1]. Odkrycia tego prekursora psychoanalizy potwierdzają współczesne badania neurobiologiczne. Dzieci matek cierpiących na depresję w okresie ciąży mają większe trudności z regulacją swojego zachowania, większe trudności ze snem, chroniczną, relatywnie wyższą aktywację w prawym płacie czołowym w badaniu EEG [18, 19, 20, 21]. Depresyjne matki częściej doświadczały komplikacji związanych z ciążą oraz porodem [22], a ich noworodki wykazywały pewne różnice w zachowaniu. W badaniu, za pomocą Skali do Oceny Zachowania Noworodka Brazeltona, dzieci te nie okazywały preferencji, jeśli chodzi o twarz oraz głos, potrzebowały więcej czasu, by przyzwycząić się do nowych bodźców [22, 23, 24]. Stres i niepokój doświadczany przez matkę związane są również z opóźnieniami w rozwoju fizycznym dziecka — szczególnie małym obwodem głowy [25]. Dane te wydają się sugerować, że wszelkie oddziaływania prowadzące do obniżenia niepokoju i depresji odczuwanych przez matkę — w tym psychoterapia — mogą swoimi dobroczynnymi oddziaływaniami obejmować nie tylko pacjentkę, ale również jej dziecko.

W świetle badań naukowych i doniesień klinicznych istotne wydaje się zapewnienie przyszłej matce możliwości refleksji nad swoim stanem psychicznym i niepokojami: zarówno w okresie ciąży, jak i po porodzie. Oczywiście jest również, że kilka konsultacji nie zmienia sytuacji psychologicznej pacjentki. Doświadczenia autorki z pracy na oddziałach położniczo-ginekologicznych pozwalają na postawienie hipotezy, że ten szczególny w życiu moment ułatwia pracę nad przeżywanymi dylematami, odczuwanym cierpieniem, relacją z uwewnętrznionymi obiektami, przede wszystkim z obiektem macierzyńskim. Przejrzystość psychiczna, procesy związane z przeformułowaniem tożsamości mogą ułatwić dostęp do treści, które w innych momentach życia pozostają wyparte. Każde nowe dziecko, nawet w bardzo obciążonej trudnymi relacjami i wydarzeniami rodzinie, wydaje się nieść w sobie nadzieję, że tym razem będzie inaczej. Jeśli personel medyczny, obecny

w szpitalu psycholog udzielił nowej rodzinie wsparcia już na samym początku, może to ułatwić utrzymanie tej nadziei.

Według Monique Bydlowski [5] rozmowy terapeutyczne, które prowadzone są na oddziałach ginekologiczno-położniczych, dają oczekującej dziecka kobiecie poczucie własnej wartości. Jak pisze Monique Bydlowski „to zainteresowanie jest szczególnie potrzebne w czasie, gdy lekarz i rodzina koncentrują się głównie na dziecku”. Zrobienie miejsca psychicznego dla matki, przywołanie dziecka, którym pacjentka kiedyś była, lub — według Bydlowski — „ekshumowanie” dawnego konfliktu psychicznego, któremu przejrzystość psychiczna okresu ciąży nadaje aktualność, może pomóc choć w części oddramatyzować sytuację pacjentki.

Piśmiennictwo

1. Maldonado-Duran JM. *Infant and toddler mental health. Models of clinical interventions with Infants and their families.* Washington: American Psychiatric Publishing Inc: 2002.
2. Benoit D, Parker KC, Zeanah CH. Mothers' representations of their infants assessed prenatally: Stability and association with infants' attachment classifications. *J. Child Psychol. Psychiatr.* 1997; 38: 307–313.
3. Crawford A, Benoit D. Caregivers's disrupted representations of the unborn child predict later infant caregiver disorganized attachment and disrupted interactions. *Inf. Ment. Health J.* 2009; 30 (2); 124–144.
4. Bibring GL, Dwyer TF, Huntington DS, Valenstein AF. A study of the psychological process of the pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *Psychoanal. Study Child.* 1961;16: 9–44.
5. Bydlowski M. *La dette de vie.* Paris: Presses Universitaires de France; 2002.
6. Brazelton TB, Cramer G. *The earliest relationship: parents, infants and the drama of early attachment.* London: Karnac Books; 1991.
7. Benedek T. Parenthood as developmental phase. A contribution to the libido theory. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1959; 7: 389–417.
8. Ammaniti M, Speranza AM, Tambelli RM, Lucarelli L, Vismara L, Odorisio F, Cimino SA. A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship. *Inf. Ment. Health J.* 2006; 27: 70–90.
9. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-partum depression and the mother–infant relationship in South African peri-urban settlement. *Brit. J. Psychiatr.* 1999; 175: 554–558.
10. Galler JR, Harrison RH, Ramsey F, Forde V, Butler SC. Maternal depressive symptoms affect infant cognitive development in Barbados. *J. Child Psychol. Psychiatr.* 2000; 41: 747–757.
11. Nagata M, Nagai Y, Sobajima H, Ando T, Nishide Y, Honjo, S. Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatr. Scand.* 2000; 101: 209–217.
12. Williams N. *Diagnoza psychoanalityczna.* Gdańsk: GWP; 2009.
13. Ammaniti M. Maternal representations during pregnancy and early mother-infant interaction. *Inf. Ment. Health J.* 1991; 12 : 246–255.
14. Winnicott DW. *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris: Payot; 1989.
15. Stack JM. Prenatal psychotherapy and maternal transference to fetus. *Inf. Ment. Health J.* 1987; 8: 100–109.

16. Field T, Sandberg D, Quetel TA, Garcia R, Rosario M. Effects of ultrasound feedback on pregnancy anxiety, fetal activity, and neonatal outcome. *Obstet. Gynecol.* 1985; 66: 525–528.
17. Culpepper L, Jack BW. Preconception care. W: Taylor RB, red. *Family medicine: principles and practice*. New York: Springer-Verlag; 1993.
18. Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Yando R, Bendell D. Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Inf. Beh. Develop.* 2004; 27: 216–229.
19. Field T, Diego M, Largie S. Depressed mothers' newborns show longer habituation and fail to show face/voice preference. *Inf. Ment. Health J.* 2002; 23: 643–653.
20. Jones JA, Field T, Fox NA, Davalos M, Lundy B, Hart S. Newborns of mothers with depressive symptoms are physiologically less developed. *Inf. Beh. Develop.* 1998; 21: 537–541.
21. Jones JA, Field T, Fox NA, Lundy B, Davalos M. EEG activation in 1-month-old infants of depressed mothers. *Dev Psychopathol.* 1997; 9: 491–505.
22. Goodman S, Emory EK. Perinatal complications in births to low SES schizophrenic and depressed women. *J. Abn. Psychol.* 1992; 101: 225–229.
23. Abrams SY, Field T, Scafidi F, Prodromidis M. Newborns of depressed mothers. *Inf. Ment. Health J.* 1995; 16: 233–239.
24. Lundy BL, Jones NA, Field T, Nearing G, Davalos M, Pietro PA, Schanberg S, Kuhn C. Prenatal depression effects on neonates. *Inf. Beh. Develop.* 1999; 20: 175–186.
25. Mulder E, Robles de Medina P, Huizink A. Prenatal maternal stress: Effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Hum. Dev.* 2002; 7: 3–14.
26. Siegel DJ. *Rozwój umysłu. Jak stajemy się tym, kim jesteśmy*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2009.

Adres: Instytut Psychologii UG
ul. Pomorska 68, 80-343 Gdańsk
tel. 502-642-608
e-mail: psymcd@univ.gda.pl