

EJLEJTYJA NA PORODÓWCE. PSYCHICZNA ROLA REGRESJI I AGRESYWNOCI W PORODZIE A KOMPLIKACJE PORODOWE

EILEITHYIA IN THE DELIVERY ROOM. THE IMPORTANCE OF REGRESSION AND AGGRESSION IN CHILDBIRTH COMPARED TO DELIVERY OBSTACLES

Grupa Terapeutyczno-Szkoleniowa RUTA
Stowarzyszenie Psychoterapeutów Dziecięcych im. Donalda Winnicotta

aggression regression childbirth

Artykuł prezentuje psychologiczną dynamikę naturalnego porodu, przywołując mit o greckiej bogini porodów — Ejlejtji, której jedna postać dawała ulgę i pomoc w rodzeniu, a druga — zaburzała poród, przedłużając go i nasilając bóle. Poród przedstawiony jest jako kryzys psychiczny z jego naturalną konsekwencją — zjawiskiem regresji. W odniesieniu do teorii Melanie Klein przedstawiony jest przebieg regresji w poszczególnych etapach porodu oraz czynniki wspierające i zakłócające ten proces, ze zwróceniem uwagi zarówno na funkcjonowanie psychospołeczne kobiety rodzącej, jak i na szczególne działania personelu medycznego wobec niej.

Summary: The aim of the article is to present the psychological dynamics of natural childbirth. The main issue is the phenomenon of psychical regression as a process that facilitates the experience and the course of delivery. Using the theory of Melanie Klein, the author presents the progress of regression during particular phases of labor, the contributory factors and impediments. The predominant state in labor is the paranoid-schizoid one, because of the threat of women's physical and psychical borders. The regression comes to the point of the fusion with the mother and the symbiosis with the child, what symbolically and emotionally become the reversion to the intra-uterine life. This shift enables women to experience the labor with comparative equanimity and inner self-confidence as well as with reduced pain sensation. The author describes, the dynamics of parturient's aggression, connected with the paranoid-schizoid state, and the crucial role of handling this aggression by professionals. Both, the obstacles in regression and inefficacy of handling aggression of childbearing women are the main psychological determinants that disturb the process of labor. The factors facilitating regression are intimacy during the time and in the place of childbirth as well as successful identification with the mother. The myth of the Greek goddess of childbirth –Eileithyia –was used as to illustrate, in a symbolic manner, the discussed matter.

Experiencing childbirth means feeling through in a primitive way what it is to be a human, to be a part of an essentially uncontrollable process that started before we were born and will continue after we die

„Doświadczenie porodu to dogłębne odczucie w bardzo prymitywny sposób, jak to jest być człowiekiem, być częścią niekontrolowanego w swej istocie procesu, który rozpoczął się przed naszymi narodzinami i będzie trwać nadal po naszej śmierci”.

Lucy Holmes [1, s.119] (tłum. autorki)

Wprowadzenie

Podjmując się rozważań dotyczących psychodynamicznego rozumienia psychicznego przeżycia porodu, warto rozpocząć od przywołania mitu o Eklejty — bogini porodów. Była postacią trzecioplanową w panteonie greckich bogów, ale niezwykle bliską każdej rodzącej Greczynce. Właściwie mówiło się o dwóch Eklejtyjach. Jedna dawała ulgę i pomoc w rodzeniu. Druga zaburzała poród, przedłużając go i nasilając bóle. To rozszczepienie postaci przejawiało się również w jej wizerunku: kobiety niosącej pochodnię (symbol piekących bólów porodowych) lub wznoszącej dłoń do góry w geście unoszenia dziecka do światła.

Jeden z niewielu mitów¹ z jej udziałem przedstawia historię narodzin Apollina i Artemidy. Ich matka — bogini Leto — już dziewięć dni i nocy cierpiała z powodu strasznych skurczów. Pomagały jej wszystkie boginie, z wyjątkiem Eklejty. Ta siedziała nieświadoma na Olimpie za zasłoną złotych chmur sprowadzonych na nią przez jej matkę Here, która z zazdrości powstrzymywała poród Leto. W końcu boginie wysłały Iris, by wezwała Eklejtyję. Kiedy ta dowiedziała się o stanie rodzącej, poruszyło ją to do głębi i wyrwała się spod matczynego czaru. Jej pojawienie się sprawiło, że Leto bez trudu już urodziła bliźnięta. Za swoje nieposłuszeństwo wobec matki Eklejtyja ściągnęła na siebie jej gniew.

Powyższy mit przedstawia kilka niezwykle ciekawych aspektów przeżywania rodzącej. Wskazuje na normatywne rozszczepienie, możliwe komplikacje i ich przyczyny, konieczność identyfikacji z matką i odseparowania od niej, a także ukazuje symbolicznie przebieg faz porodu.

Poród jako kryzys

Poród jako przeżycie jest kryzysem psychicznym [1, 2]. Jest momentem przełomowym i wraz z całym okresem ciąży i połogu porównywanym przez Bibring [2] do kryzysu adolesencyjnego i menopauzalnego. W kryzysie powszechne jest zjawisko regresji, czyli psychicznego i emocjonalnego powrotu do wcześniejszych faz rozwoju człowieka, z charakterystycznymi dla nich stanami psychicznymi i mechanizmami obronnymi. Towarzyszy temu skupienie na sobie, doświadczanie silniejszych lęków związane z osłabieniem dotychczasowych mechanizmów obronnych oraz większa wrażliwość i dostępność materiałów konfliktowych określana przez Monique Bydłowski mianem przejrzystości psychicznej [3]. Tak jak we wspomnianych dwóch okresach kryzysowych w życiu kobiety — dorastania i menopauzy — regresja jest tu zjawiskiem naturalnym, a wręcz niezbędnym, by możliwe stało się przygotowanie do zmiany psychicznej, do nowej roli społecznej i nowej tożsamości. Ciąża i poród, szczególnie pierwszy, prowadzą kobietę od jej tożsamości jako istoty pojedynczej do tożsamości kobiety jako matki, będącej w niezbywalnej relacji ze swoim dzieckiem. Od skupienia na sobie do skupienia na innych.

Regresja według Kornas-Bieli [4] umożliwia kobiecie ciężarnej identyfikację, a także zrozumienie bodźców płynących z jej ciała i od dziecka oraz pomaga „przypomnieć sobie język podświadomości i nim posługiwać się w kontakcie z dzieckiem w łonie i w czasie porodu”. Z reguły regresja zaczyna się już w początkowym okresie ciąży i pogłębia się wraz z upływem czasu, aż do apogeum w czasie porodu. Według Bibring [2] regresja po-

¹ <http://www.theoi.com/Ouranios/Eileithyia.html>

stępuje od najświeższych osiągnięć psychiki do jej najbardziej pierwotnych mechanizmów, ale czasem też do specyficznych dla danej kobiety punktów fiksacji. W porodzie regresja postępuje aż do stanów psychotycznych z charakterystycznym dla nich mechanizmem rozszczepienia. Stany te uruchamiają się, gdy dochodzi do uszkodzenia czy też zagrożenia ciągłości naszych osobistych granic (fizycznych i psychicznych). A tak właśnie się dzieje w czasie porodu, gdy jedność matka — płód (płód jako części self matki) rozdziela się na matkę i noworodka.

Wspomniane stany psychotyczne są każdemu człowiekowi doskonale znane w formie pierwotnych impulsów cielesnych (choć nie są pamiętane świadomie) z własnego doświadczenia rodzenia się [1]. Własny poród, według Otto Ranka [5], jest zawsze traumą dla rodzącego się. Wiąże się z lękami przed śmiercią, rozplynięciem, byciem pochłoniętym.

Na poziomie fizjologicznym w naturalnym porodzie mamy do czynienia z dezaktywacją kory nowej i aktywnością najbardziej pierwotnych obszarów mózgu (takich jak podwzgórze, przysadka mózgowa czy śródmózgowie). Ma to miejsce szczególnie pod koniec pierwszego okresu porodu [6].

Dynamika porodu

W medycynie poród jest podzielony na trzy okresy z ich fazami. Pierwszy okres — rozwierania szyjki macicy — kończy się, gdy istnieje maksymalne rozwarcie na ok. 10 centymetrów. Drugi okres — „wydalania”, związany ze skurczami partymi, kończy się wyjściem dziecka z kanału rodnego. Trzeci okres — rodzenia łożyska i popłodu. Przyglądając się sposobowi psychicznego przeżywania porodu, będę odnosiła się do powyższego podziału.

Co zatem dzieje się w psychice zdrowej kobiety, gdy zaczyna rodzić zdrowe dziecko? Jeśli tylko warunki porodu są wystarczająco intymne, by dezaktywować korę nową tzn., gdy panuje cisza, ciemność oraz nie ma obserwatorów, zaczyna ona regresować się do coraz bardziej pierwotnych stanów psychicznych, które mają charakter psychotyczny [Odent M., 1993, za:[4]]. Oczywiście u kobiet względnie zdrowych psychicznie, z neurotyczną organizacją osobowości, nie dochodzi do dekompensacji psychotycznej ze względu na stale obecną zdrową i silną część self, która czuje, że czasowe regresje nie są zagrożeniem dla integracji psychicznej.

W pierwszym okresie porodu kobietę „zalewają” przeróżne lęki (szczególnie o charakterze prześladowczym), jest wyczulona na wszelkie przejawy zagrożenia dziecka lub jej samej. Rodząca często aktywnie poszukuje wtedy intymności i bezpieczeństwa, które zapewni ktoś, kto będzie dla niej jak matka: partner, położna, lekarz lub realna matka. Jest to symboliczny powrót do relacji z idealną matką z dzieciństwa. Apogeum tego może być stan psychotycznego zjednoczenia (fuzji) z własną matką [1], czyli symbolicznego powrotu do łona i płynącego z tego bezpieczeństwa. Przejawia się to jako stan wycofania i skupienia na swoim wnętrzu, charakterystyczny dla pierwszego okresu porodu. Bardzo żywa i istotna jest tu kwestia identyfikacji z matką.

Drugi okres porodu to czas wykorzystania siły i agresji kobiety oraz jej psychicznej zgody na separację z dzieckiem. To czas odpuszczenia i rozluźnienia kontroli. Poród jako rodzaj utraty uaktywnia dotychczasowe doświadczenia kobiety w tym obszarze. Wszelkie

fiksacje oraz schematy reagowania na utratę (w tym na separowanie się) zostają uruchomione i mogą zakłócać przebieg porodu. Na przykład kobieta może nieświadomie nie dopuszczać do utraty, zaprzeczać jej, wydłużać proces separowania się, reagować na utratę wściekłością itd. Może się to przejawiać m.in. w przedłużającej się akcji porodowej lub w zatrzymaniu jej. Tym, co może również wpływać na przebieg tego okresu porodu, jest lęk przed własną agresywnością, często związany poczuciem winy z przeżyciem utraty. Holmes [1] podkreśla możliwość symbolicznego i emocjonalnego odseparowania się od własnej matki w trakcie kryzysu, jakim jest poród — możliwość przeżycia utraty, ale i uzyskania autonomii. Dzięki doświadczeniu „przetrvania” i „wytrzymania” bólu i wysiłku pierwszego okresu porodu kobieta doświadcza swojej niezależności, nabywa siły i wiary w swoje możliwości, które są podstawą do przeżycia okresu drugiego.

W okresie trzecim, gdy dziecko jest już w ramionach matki, przeżywa ona dumę z siebie, zadowolenie pomieszane ze smutkiem.

Fazy psychicznego przeżywania porodu

Na podstawie obserwacji autorki oraz pracy terapeutycznej z kobietami, można dokonać wstępnej konceptualizacji psychodynamicznych faz przeżywania porodu. Do tego celu użyta zostanie koncepcja faz rozwoju Melanii Klein [7], gdyż odnosi się do tych bardziej pierwotnych procesów psychicznych, a z takimi mamy do czynienia w trakcie porodu.

Okres pierwszy. Poród rozpoczyna się najczęściej od odpłynięcia wód płodowych. U kobiety dominuje wówczas pozycja depresyjna, ze względu na koniec ciąży, który uaktywnia lęki związane z separacją i utratą. W rodzącej może dojść do reaktywowania się pierwotnego przejścia fazy depresyjnej i uruchomienia silnych lęków depresyjnych. Następnie, wraz z przygotowaniem miejsca porodu, najczęściej dojazdem do szpitala, uruchamia się pozycja schizo-paranoidalna i nasilają się lęki o przebieg porodu i zdrowie dziecka. Kiedy kobieta znajdzie się już w miejscu porodu, a otoczenie daje jej poczucie bezpieczeństwa, możliwe jest wejście w stan psychicznej fuzji z własną matką, czyli powrót do psychicznej jedności wewnątrzmacicznej. Jest to stan nierozróżnialnej psychicznej jedności ze swoją matką i zarazem fizyczno-psychicznej jedności ze swoim dzieckiem. Dzięki temu stanowi o charakterze psychotycznym, opisywanym przez kobiety jako „bycie w środku”, rodząca jest w stanie znieść wysiłek i ból porodowy. Co istotne, stan ten nie jest ucieczką od bólu, lecz byciem obecną i skoncentrowaną na akcji porodu, aktywnie reagującą na skurcze i starającą się rozluźnić w przerwach pomiędzy nimi, a jednocześnie będącą poza czy ponad tym wszystkim. Prawdopodobnie mamy wtedy do czynienia z falami mózgu o częstotliwości alfa lub nawet theta i towarzyszącym temu częściowym zniesieniem czucia. Na poziomie fizjologicznym jest to związane z wydzielaniem endorfin. Wspomniana fuzja jest możliwa pod warunkiem, że dojrzała część psychiki pozwala na utratę kontroli w postaci regresji oraz parcjalnego rozpadu psychicznego, a także jest w stanie neutralizować związane z tym lęki anihilacyjne. Warunki zewnętrzne i obecność dobrego obiektu w pobliżu rodzącej są tu niezbędne. W tej fazie silna i głęboka regresja jest kluczowa, a wydobywanie się z niej do bardziej racjonalnych stanów psychiki (np. rozmowy z personelem) zaburza ten proces.

Okres drugi. Często wraz z rozpoczęciem się drugiego okresu porodu i ustaniem bólów wywołanych przez skurcze, zaczyna się wydzielanie adrenaliny niezbędnej do wypierania dziecka. Perspektywa realności końca porodu i separacji z dzieckiem oraz siła i gwałtowność bólów partych sprawiają, że kobieta wychodzi ze stanu psychicznej fuzji z wewnętrzną matką. Uruchamiają się lęki anihilacyjne oraz obrona zdrowej części psychiki przed nimi w postaci lęków paranoidalnych. Następuje zatem przejście do pozycji schizo-paranoidalnej z lękami o to, czy dziecko urodzi się żywe, czy nie zostanie uszkodzone w drogach rodnych kobiety, ale też czy nie uszkodzi jej samej. W tej fazie mamy do czynienia ze stopniowym wychodzeniem z regresji, a dominacja stanów schizo-paranoidalnych (z charakterystycznym rozszczepieniem) może utrudniać kobiecie integrację doświadczeń cielesnych i psychicznych. Dlatego współpraca rodzącej z położną, jak i kontynuowanie porodu jest możliwe dzięki oscylowaniu kobiety pomiędzy pozycją depresyjną a schizo-paranoidalną, to jest pomiędzy psychicznym rozpadem (skurcz) i integracją (przerwa pomiędzy). To odzyskiwanie integracji może odbywać się dzięki czynnikom zewnętrznym (fizyczny odpoczynek między skurczami), relacyjnym (więź z położną) lub wewnętrznym (identyfikacja z matką). Im bardziej jest uwewnętrznione, tym powrót do pozycji depresyjnej jest łatwiejszy.

Okres trzeci. Następuje ponownie pozycja depresyjna — uświadomienie sobie realnej odrębności swojego dziecka i końca trudu porodu. Uspokojenie, ulga, radość, ale i smutek związane z końcem jedności. Odpowiada temu obniżenie poziomu endorfin.

Regresja postępuje zatem od pozycji depresyjnej, przez schizo-paranoidalną, aż do punktu fuzji z matką, czyli do symbolicznego powrotu do życia wewnątrzmacicznego. A następnie, wraz z wychodzeniem dziecka przez kanał rodny, ponownie dochodzi do rozszczepienia (symbolicznego matka–dziecko) oraz w umyśle matki, u której uruchamiają się bardzo cielesne i częściowe doświadczenia — wspomnienia z własnego porodu. Można mówić tu o cofaniu się regresji poprzez stan schizo-paranoidalny do depresyjnego. Warto podkreślić w tym procesie rolę nieustannego lub z różną częstotliwością odzyskiwanego kontaktu rodzącej ze swoją zdrową i silną częścią. Biorąc pod uwagę powyższe, można przewidywać, że kobieta przez większość porodu jest w stanie schizo-paranoidalnym, odzyskując co jakiś czas pozycję depresyjną. W okresie pierwszym, jeśli pozwoli sobie na utratę kontroli, może udać jej się wejść w stan symbiotycznej fuzji z matką. Charakterystyczny dla stanu schizo-paranoidalnego jest mechanizm rozszczepienia. W związku z tym u kobiety rodzącej aktywowany jest obraz matki preedypalnej rozszczepiony na onnipotentną matkę idealną, dobrą i chroniącą oraz onnipotentną matkę niszczącą, morderczą i agresywną. Onnipotencja jest mechanizmem służącym kobiecie do neutralizacji lęku przed śmiercią i uśmierceniem. Widoczne jest tu podobieństwo do wizerunku Ejlejtji z przytaczanego mitu, gdzie jedna postać bogini dawała ulgę, a druga wstrzymywała poród. Oczywiście przy dość dojrzałym ego kobieta jest w stanie integrować w sobie oba aspekty macierzyństwa poprzez to, że rodząc łagodnie, ale i pewnie, dba o bezpieczeństwo dziecka, a zarazem używa swojej siły płynącej z agresywności do tego, by dziecko z siebie wypchnąć, by walczyć z bólem, podejmować wysiłek porodu i nie poddawać się mimo wyczerpania.

Opisana tu sytuacja ma charakter optymalny. Jest możliwa dzięki korzystnemu ukończeniu procesu identyfikowania się kobiety z postacią macierzyńską. Proces ten rozpoczyna

się często jeszcze przed zapłodnieniem, nabiera szczególnego znaczenia w czasie ciąży [3], postępuje w czasie porodu i położu, kiedy widoczne są również jego efekty. Wiąże się z lękiem przed utratą zależności od matki, ale i utratą własnej autonomii. Według Offerman-Zuckerberg [8] każda kobieta wypracowuje własny sposób na bycie matką, czerpiąc z relacji z własną rodzicielką, ale staje się to jej własnym, indywidualnym rozwiązaniem. Od tego, jak ten proces przebiega, zależy tożsamość kobiety jako matki i w efekcie jej zachowania wobec noworodka, otoczenia i siebie samej. Zwieńczeniem tego procesu jest udana identyfikacja kobiety z własną preedypalną, omnipotentną i silną matką. Według Holmes [1], która pracowała z kobietami doświadczającymi silnych lęków przed porodem, jeśli ciążarna będzie identyfikować się jedynie ze swoją matką edypalną, tzn. kobiecą, delikatną, będącą w relacji z mężczyzną i będącą przez niego zdominowaną (w jakimś stopniu), nie będzie miała dostępu do swojej agresywności i siły z niej płynącej. Dlatego autorka podkreśla, jak ważna jest identyfikacja z matką preedypalną — silną, falliczną, łączącą w sobie zarówno męskie, jak i żeńskie aspekty, agresję i miłość. Dzięki temu kobieta osiąga autonomię oraz poczucie kobiecości i może bez lęku pozwalać sobie na wystarczającą dawkę masochizmu, by wytrwale zajmować się bezradnym noworodkiem. A zarazem czuje się na tyle silna, by walczyć np. w szpitalu o warunki i opiekę, którą uzna za optymalną dla siebie i dziecka, rodzić aktywnie, czuć się pewnie jako matka. W micie Eklejtyja za złotą chmurą blisko Hery nie jest jeszcze odseparowana od matki, jest nieświadoma swej siły, to znaczy niezidentyfikowana z siłą swojej matki. Dopiero gdy jej serce się porusza, czyli dochodzi do wewnętrznej przemiany, bogini staje się silna, a poród Leto postępuje.

Sam poród staje się końcem symbiozy z matką. Jak pisze Holmes o paradoksie bycia w ciąży: „Nieświadomość wymaga identyfikacji z matką, by możliwe stało się zajście w ciążę, ale poprzez wystarczającą identyfikację, by zajść w ciążę, kobieta może w końcu w porodzie osiągnąć prawdziwą indywidualność i psychiczną separację od (preedypalnej zalewającej) matki” [1, s. 112] (tłum. autorki). W micie to obraz zejścia Eklejtyi z Olimpu i narażenie się na gniew matki.

Zaburzenie regresji

Czasami jednak w trakcie porodu proces regresji do stanu psychicznej fuzji z matką ulega zaburzeniu. Oto kilka możliwych powodów tego:

Zaburzona identyfikacja z matką. Zdarza się to szczególnie wtedy, gdy realna matka, jak ją doświadczała rodzica w dzieciństwie, była głównie bezradna, opuszczająca, nieobecna albo sadystyczna. Identyfikując się ze słabą lub sadystyczną matką, trudno o poczucie, że uda się bezpiecznie urodzić dziecko. W pierwszym przypadku można przeżywać płód jako agresywny i uszkadzający, w drugim może się pojawiać lęk, że się to dziecko w sobie jakoś uśmierci w trakcie porodu.

Ogólnie słabe ego i zaburzenia psychiczne. Brak stałości obiektu. Wtedy regresja przy braku dojrzałych mechanizmów obronnych nasila lęki i może doprowadzić do dekompenсации (np. psychoza poporodowa czy okołoporodowa).

Brak bezpiecznych warunków zewnętrznych. Może to być związane z konfliktami w związku, trudnymi warunkami materialnymi, brakiem intymnych warunków w miejscu porodu.

Reakcja personelu oddziału położniczego zaangażowanego bezpośrednio w opiekę nad rodzącą (lekarz, położna, pielęgniarki, a potem neonatolog). Poprzez swoje zachowanie (nadmierna ingerencja, mała delikatność itd.) lub zaniechanie mogą nasilać lęki kobiety w sytuacji, gdy ich rolą jest zapewnienie jej bezpieczeństwa i neutralizowanie lęków.

Ingerencja w proces porodu poprzez podanie syntetycznej oksytocyny, przebicie pęcherza płodowego, zalecanie нефizjologicznej pozycji porodowej, rutynowe nacięcie krocza.

W sytuacji zaburzonej regresji dochodzi u kobiety do nadmiernej aktywności kory mózgowej i wyzwiania się adrenaliny, co nasila bóle porodowe. W konsekwencji kobieta doświadcza lęków oraz agresji zarówno wobec dziecka, jak i otoczenia. W tej sytuacji nie działa coś, co naturalnie neutralizowałoby lęk: regresja do stanu symbiozy wewnątrzmacicznej, w której miłość i agresja są jeszcze jednością. Na poziomie psychicznym przejawia się to jako stan wewnętrznej koncentracji i wycofania, a zarazem rozluźniania w czasie pomiędzy skurczami. Symbolicznie to psychiczna fuzja z matką i niejako powtórzenie procesu własnego porodu. Stan fuzji z matką w micie jest przedstawiony jako przebywanie Ejlejtji wraz z Herą za zasłoną złotych chmur.

Z punktu widzenia teorii relacji z obiektem, gdy nie udaje się tej symbiozy osiągnąć dzięki zapewnieniu bezpiecznych warunków i dobrej, uspokajającej położnej, kobieta przebywa przeważnie w stanie schizo-paranoidalnym. Doświadcza silnych lęków i agresji oraz czasami omnipotentnej miłości. W tym samym czasie rodzące się dziecko odczuwa silne lęki anihilacyjne, które stają się źródłem lęku prześladowczego. W rodzącej kobiecie reaktują się jej własne lęki prześladowcze, mające swe źródło w jej porodzie i wczesnym niemowlęctwie. Jak pisze Melanie Klein: „Pierwszego zewnętrznego źródła lęku można upatrywać w doświadczeniu narodzin. Doświadczenie to, będące — zdaniem Freuda — wzorcem wszelkich późniejszych sytuacji lękowych, wiąże się z wpływem pierwszych relacji niemowlęcia ze światem zewnętrznym. Wydaje się, że ból i dyskomfort, jakich doświadcza noworodek, a także utrata stanu wewnątrzłonowego, stanowią w jego przeżyciu atak wrogich sił, czyli prześladowanie [7, s. 64–65]”.

Dynamika agresywności w porodzie

W artykule tym agresja i agresywność rozumiana jest jako „tendencja lub zespół tendencji realizujących się w rzeczywistych zachowaniach lub w fantazji, których celem jest szkodenie drugiemu człowiekowi, niszczenie go, przymuszanie do czegoś, upokarzanie itp. Działania motoryczne, brutalne i destrukcyjne, nie są jedynymi formami agresji, w istocie każde zachowanie, czy to negatywne (np. odmowa pomocy), czy pozytywne, symboliczne (np. ironia), czy też rzeczywiście zrealizowane, może spełniać funkcję agresji” [9, s. 4–5]. Don Campbell rozwija ideę „agresji służącej przetrwaniu” [10] pisząc, że podstawową funkcją ego jest troska o przetrwanie self. Dlatego dba ono o równowagę fizyczną i psychologiczną, w tym też narcystyczną. „W sferze psychicznej agresja służąca przetrwaniu aktywuje się jako podstawowa, natychmiastowa i konkretna reakcja na wszelkie zagrożenia dla self, przy czym celem staje się usunięcie tego zagrożenia” [10, s. 286]. Odróżnia on „przemoc służącą przetrwaniu” jako fizyczny przejaw agresji od „agresji służącej przetrwaniu”, która jest psychiczną reakcją na zagrożenie. „Gdy służąca przetrwaniu agresja

zostaje rozegrana w relacji z obiektem, staje się służącą przetrwaniu przemocą”. [10, s. 286]. Winnicott [11] dodaje, że są dwa znaczenia agresji. W pewnym uproszczeniu: agresja to bezpośrednia lub pośrednia reakcja na frustrację. W drugim znaczeniu to jedno z dwóch (obok libido) źródeł ludzkiej energii.

Ponieważ każda kobieta w czasie porodu bywa w stanach schizo-paranoidalnych, a przy zaburzonej regresji jest to częstsze i bardziej nasilone, każda rodząca doświadcza wobec tego lęku prześladowczego. To z kolei uruchamia w niej agresję służącą przetrwaniu. Z jednej strony może ona przeżywać płód jako źródło zagrożenia, z drugiej strony może dostrzegać je w otoczeniu albo siebie jako źródło zagrożenia dla dziecka. Wtedy też może pojawić się w niej potrzeba pozbycia się ze swojej psychiki tej agresywnej i bezradnej części self po to, by zapewnić ochronę sobie i dziecku. Stosuje do tego mechanizm identyfikacji projekcyjnej z nadzieją, że otoczenie przetrawi te zagrażające aspekty i odda je jej w bezpiecznej formie.

Mechanizm identyfikacji projekcyjnej [12] składa się z trzech etapów. W pierwszym kobieta wyprojektowuje pierwotne, agresywne impulsy na zewnątrz, na partnera, położną, lekarza albo szpital jako całość. Dzięki temu pozbywa się tego, co jest nie do zniesienia, a zarazem nawiązuje relację, oczekując pomocy w przetworzeniu tych zagrażających impulsów. W drugim etapie włożone w drugą osobę impulsy zmuszają ją niejako do działania zgodnego z projekcją. To znaczy, że jeśli kobieta wyprojektowuje swą agresję na lekarza, on jako odbiorca projekcji w odpowiedzi czuje silną presję, by zareagować agresją. Osoba projektująca zaś odczuwa ulgę, gdyż jej impulsy zostały wyrzucone i zarazem zabezpieczone. W trzecim z kolei etapie przetworzone przez odbiorcę projekcji impulsy wracają do projektującego, by być ponownie zintegrowane.

Co może to zakłócić? Każdy pracownik oddziału położniczego ma swoją wyjątkową osobowość i w różny sposób będzie reagował na identyfikację projekcyjną. Ponadto może być on w danym momencie przemęczony nadmiarem obowiązków lub długo trwającym dyżurem i mieć z tego powodu ograniczone możliwości kontenerowania. Po trzecie, jest pod wpływem pierwotnych procesów psychicznych uruchamianych przez zregresowane kobiety, a siła tych procesów zależy m.in. od sposobu organizacji ich osobowości. Te czynniki mogą spowodować, że przetwarzanie agresywnych impulsów rodzącej może się nie powieść. Zamiast tego pracownicy będą tej agresywności w nich wprojektowanej: unikać, pozbywać się, zaprzeczać jej lub odrzucać. Na przykład „zaprzeczona” agresja może mieć postać bierną w formie zaniedbywania czy też niereagowania na potrzeby rodzącej. „Pozbycie się” agresji może przejawiać się w odreagowaniu agresji wobec kobiety. To znaczy, że personel może wobec takiej kobiety stosować procedury, które niekoniecznie są niezbędne, a w efekcie mają charakter przemocy, np. indukcja porodu przy braku pełnego rozwarcia albo rutynowe nacinanie krocza [13] bez pytania o zgodę, ale też słowne umniejszanie jej możliwości czy redukowanie jej osoby do diagnozy lub organu [14].

Przyjrzyjmy się informacjom dotyczącym jednego z przykładów nieudanego przetwarzania agresywnych impulsów rodzącej przez personel, a także wpływowi tak odreagowywanej agresji na psychikę kobiety. Z danych dotyczących nacięcia krocza [13] wynika, że jest to jeden z najczęściej stosowanych zabiegów chirurgicznych w Polsce w trakcie porodu. Według WHO, zabieg ten ma swoje uzasadnienie w 5–20% porodów. Mimo wielu badań, które ukazywały rozległe negatywne skutki nacinania krocza oraz podważających twier-

dzenia, że zabieg ten chroni krocze i dno macicy, jest on nadal szeroko stosowany. Dzięki krytyce WHO, która uznała, że nie ma usprawiedliwienia dla rutynowego nacięcia krocza, wskaźnik tych zabiegów spadł w Wielkiej Brytanii do 13%, w USA do 33%, w Szwecji do 9,7%. W Polsce nie ma oficjalnych statystyk. Z danych szacunkowych i ankiet Fundacji Rodzić po Ludzku wynika, że 50–80% kobiet miało w 2006 roku w trakcie porodu nacinane krocze, przy czym aż 60% z nich nie zapytano o zgodę na ten zabieg [13]. Osoby sprzyjające nacinaniu krocza zazwyczaj prowadziły poród tak, że był on krótszy, często przyśpieszany za pomocą oksycyliny, w pozycji leżącej. Częściej też diagnozowały zagrożenie płodu i niewspółmierność porodową [Klein i inni 1995, za: 13]. Z badań Sheili Kitzinger [Kitzinger 1990, za: 13] wynika, że oprócz różnych dolegliwości fizjologicznych wiele kobiet po tym zabiegu nie odczuwa zainteresowania seksem, ma trudności w relacji z partnerem, a te, które nie były pytane o zgodę na to, czuły się tak jakby były zgwałcone.

Wiąże się to z tym, że kobieta w stanie regresji jest bardzo wrażliwa — szczególnie w trakcie porodu. Offerman-Zuckerberg [8] porównuje poród do stosunku seksualnego. To znaczy, że w obu sytuacjach potrzebne jest zachowanie takiej samej intymności i bliskości. Jeśli kobieta spotka się wtedy z przemocą, np. w formie przedmiotowego traktowania, to może przeżyć to jako rodzaj gwałtu. I tak jak naturalne jest, że stosunek seksualny ulega wtedy zaburzeniu, tak proces porodu się komplikuje.

Jeśli rodząca poprzez mechanizm identyfikacji projekcyjnej pozbędzie się swojej agresywności, to pozostanie w pewnym sensie bierna i słaba. Często poród zaczyna się wtedy zaburzać i to nie ona rodzi, lecz niezbędna staje się agresywna interwencja lekarska. W ten sposób agresja jako siła konieczna do urodzenia dziecka nie jest używana od środka przez kobietę, tylko z zewnątrz przez personel, co może dawać kobiecie ulgę, ale i nasilać poczucie bezradności wraz z przeżywaniem personelu jako sadystycznego albo opuszczającego.

Agresja kobiety jest zatem niezbędna, by urodzić dziecko. Mówimy tu w głównej mierze o agresji jako źródle energii, ale też agresji służącej przetrwaniu. Aby z niej konstruktywnie bez lęku korzystać, konieczne jest poczucie bezpieczeństwa. Wynika ono z udanej identyfikacji z własną matką z okresu wczesnego dzieciństwa — silną, ale i opiekuńczą oraz z zewnętrznych intymnych warunków porodu. Poród, szczególnie pierwszy, daje kobiecie możliwość odczucia swojej realnej siły, płynącej z możliwości dawania życia i rodzenia dzieci. Dlatego tak ważne jest, co podkreśla położnik Michael Odent [6], zapewnienie kobiecie w trakcie porodu bezpieczeństwa poprzez minimalną ingerencję w ten fizjologiczny proces. Na poziomie psychicznym można to rozumieć jako zalecenie, by nie zaburzać procesu regresji, który pomaga kobiecie przetrwać traumę fizjologii porodu poprzez bycie w stanie pierwotnej unii ze swoim dzieckiem i fuzji ze swoją matką zarazem. Używanie swojej identyfikacji z matką (i całą linią przodków) ułatwia poród w myśl słów „skoro matka mnie urodziła, to i ja urodzę moje dziecko”. Dzięki osiągnięciu psychologicznej unii z dzieckiem i jednocześnie fuzji z matką, kobieta jest w stanie sama się uspokajać, co wpływa na niższą reaktywność bólową. To natomiast skutkuje tym, że znieczulenie, po którym często dochodzi do spadku tętna płodu, spowolnienia akcji porodu i konieczności przyśpieszenia porodu za pomocą syntetycznej oksycyliny lub w wyniku cesarskiego cięcia [15], może nie być potrzebne. Dzięki temu unika się wielu komplikacji porodowych zwanych „kaskadą interwencji”, gdy jedna interwencja w naturalny przebieg

porodu powoduje, iż niezbędne stają się kolejne medyczne działania [15]. A to ma swoje kolejne konsekwencje psychologiczne. Jak pokazują bowiem badania Ford i Ayers [16], kobiety, które doświadczyły wielu interwencji w czasie porodu, są szczególnie narażone na rozwój objawów PTS (post traumatic stress).

Podsumowanie

Naturalny poród można rozumieć z psychologicznego punktu widzenia jako proces regresji od pozycji depresyjnej poprzez schizo-paranoidalną aż do fuzji z matką i następnie wychodzenie z tej regresji w przeciwnym kierunku. Regresja jest niezbędna, by ze stanu fuzji wewnątrzmacicznej kobieta mogła czerpać poczucie bezpieczeństwa i pełnię identyfikacji ze swoją matką. Dzięki nim jest w stanie korzystać ze swojej agresywności jako siły potrzebnej do wysiłku porodowego, wytrwałości, znoszenia bólu, ale i uspokajania się. W stanie tym występuje częściowe zniesienie czucia. Wobec tego poród wymaga szczególnego podejścia, maksymalnej intymności, która nie zaburzy regresji. Ma to niewątpliwy wpływ na odpowiadające psychicznym przeżyciom fizjologiczne procesy porodu. Oprócz stanu fuzji z matką i unii z dzieckiem, kobieta rodząca przebywa w stanie schizo-paranoidalnym doświadczając lęków prześladowczych. Używa wtedy nieświadomie mechanizmu identyfikacji projekcyjnej, aby pozbyć się zagrażających agresywnych impulsów. To, jak personel oddziału położniczego zareaguje w tej sytuacji, ma kluczowe znaczenie dla przebiegu porodu. Może odreagować na kobiecie w sposób agresywny lub przetworzyć jej impulsy, zachęcając ją do wysiłku i uspokajając. W tym pierwszym przypadku kobieta może odebrać to jako karę za swoją impulsywność i/lub gwałt, w drugim jako wsparcie i wiarę w jej siły i możliwości.

W przytoczonym na początku micie można dopatrzeć się symbolicznych ilustracji dwóch okresów porodu. Pierwszy to przebywanie Leto z boginiami, a Eklejty z matką (stan fuzji). Następnie dochodzi do przełomu i wewnętrznej zmiany — zidentyfikowania się z siłą matki i odseparowania od niej — przybycia Eklejty do rodzącej. Wtedy następuje drugi okres porodu wraz ze skurczami partymi, ale już nie w towarzystwie bogiń, lecz w otoczeniu sprzyjającej natury. To z jednej strony obraz naturalnego porodu, a z drugiej symboliczne ukazanie psychicznej pracy niezbędnej do wykonania, by był on zgodny z naturą.

Implikacje

Od kiedy w położnictwie zaczęto postrzegać poród nie tylko jako zjawisko fizjologiczne, ale również jako proces psychiczny [17], stało się jasne, jak wielkie znaczenie ma psychika dla jego niezaburzonego przebiegu. Dlatego warto zwrócić uwagę na kilka kwestii, które są implikacjami powyższych wywodów:

Podstawową troską personelu oddziałów położniczych powinno stać się zapewnienie maksimum intymności i bezpieczeństwa psychicznego kobiecie rodzącej. I to zarówno jeśli chodzi o fizyczny wymiar miejsca porodu, jak i psychologiczną jakość opieki personelu.

Po drugie, warto uwrażliwić personel oddziałów położniczych na zjawiska związane z regresją i agresją rodzącej kobiety oraz ich własną reakcją na rodzącą, na którą składa się ich nieświadome nastawienie do matek, kobiet czy rodzących, ich osobowość i aktualny

stan umysłu. Można to osiągnąć dzięki psychoterapii własnej pracowników [17] oraz dzięki superwizjom grupowym (grupy Balinta) ich pracy na oddziale.

W przypadku kobiet bardziej zaburzonych, np. osobowościowo lub psychotycznie, niezbędna wydaje się dostępność psychoterapeuty nie tylko w trakcie całej ciąży, ale też w trakcie porodu na oddziale. Kobiety te szczególnie powinny mieć zapewnione poczucie bezpieczeństwa i intymności, gdyż narażone są na silniejszą regresję i dezintegrację.

Niektóre kobiety zaś, szczególnie te zdrowsze, ale z zaburzoną identyfikacją z matką, mogą skorzystać na jej przepracowaniu. Wielu badaczy (Scardino i In., 1992; D'Amelio i In., 1992a; 1992b; Barbato i In., 1993, za: [4]) i praktyków [2, 3] podkreśla bowiem, że okres ciąży jest czasem wzmożonej wrażliwości i dostępności konfliktów wewnątrzpsychicznych, a kobiety w tym czasie z otwartością i łatwością korzystają z form pomocy psychologicznej czy terapeutycznej. Przez to proces ten przy niskiej intensywności (by nie pogłębiać regresji kobiety) i wspierającym charakterze, może w krótkim czasie prowadzić do znaczących efektów.

Piśmiennictwo

1. Holmes L. The object within: childbirth as a developmental milestone. *Modern Psychoanal.* 2000; 25: 109–134.
2. Bibring GL, Dwyder TF, Huntington DS. A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother–child relationship — I. Some propositions and comments. *Psychoanal. Study Child* 1961; 16: 9–24.
3. Chrzan-Dętko M. Psychodynamiczne rozumienie macierzyństwa — implikacje dla pracy klinicznej. *Psychoter.* 2010; 1(152): 5–14.
4. Kornas-Biela D. Psychodynamiczny nurt w psychologii prenatalnej: wybrane problemy obszaru prokreacji. *Przeł. Psychol.* 2003; 46(2): 179–196.
5. Rank O. *Trauma narodzin*. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2011.
6. Odent M. *Cesarskie cięcie a poród naturalny. Wątpliwości, konsekwencje, wyzwania*. Wrocław: Fundacja Kobieta i Natura; 2010.
7. Klein M. *Zawiść i wdzięczność oraz inne prace z lat 1946–1963*. Gdańsk: GWP; 2007.
8. Offerman-Zuckerberg J. Psychological and physical warning signals regarding pregnancy: Adaptation and early psychotherapeutic intervention. W: Blum BL. *Psychological aspects of pregnancy, birthing, and bonding*. New York: National Institute for the Psychotherapies; 1980.
9. Laplanche J, Pontalis J-B. *Słownik psychoanalizy*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 1966.
10. Campbell D. *Perwersja — sadyzm i przetrwanie*. W: Budd S, Rusbridgera R, red. *Współczesna psychoanaliza brytyjska*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2008.
11. Winnicott DW. *Dziecko, jego rodzina i świat*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2010.
12. Mazgaj D, Stolarska D. Koncepcja rozwoju i psychopatologii Melanii Klein. W: Cierpiąkowska L, Gościński J, red. *Współczesna psychoanaliza. Modele konfliktu i deficytu*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2008, s. 39–62.
13. Kubicka-Kraszyńska U, Otfinowska A, Siemińska A, Witkiewicz M. *Nacięcie krocza — konieczność czy rutyna?* Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2010.
14. Roundtable discussion: The Language of birth. *Birth.* 2012; 39(2): 156–164.
15. Baranowska B, Otfinowska A. *Rytm i czas porodu. Indukcja porodu w świetle badań naukowych*. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2009.

16. Ford E, Ayers S. Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychol. Health.* 2011; 26(12): 1553–1570.
17. Arney WR, Neill J. The location of pain in childbirth: natural childbirth and the transformation of obstetrics. *Sociol. Health Illness.* 1982; 4(1): 1–24.

Adres: wilkowska_elzbieta@o2.pl