

Integrativní psychoterapie poporodní adaptace

Autor: Carol Merle-Fishman (2010)

Odborný článek z webových stránek: Institute for Integrative Psychotherapy

Přeložila: Michaela Bojko (K16)

Merle-Fishman, C. (2010) An Integrative Psychotherapy of Postpartum Adjustment [online]. [cit.2021-12-29]. New York: Institute for Integrative Psychotherapy. Dostupné na [www: <http://www.integrativetherapy.com/en/articles.php?id=75 >](http://www.integrativetherapy.com/en/articles.php?id=75)

Abstrakt:

Období, kdy se z ženy stává matka je časem velkých změn, transformace a někdy je dokonce spojeno s prožitím traumatu. Potřeby novorozeného dítěte nezřídka kolidují s potřebami novorozené matky, což je často důvodem vzniku deprese, úzkosti a stresu. Stud, zmatek, izolace a očekávání společnosti, ženy často odrazují od toho, aby si řekly o podporu, kterou v poporodním období tolik potřebují. To se pak může projevit dlouhodobou depresí, úzkostností a nevyřešeným traumatem. Integrativní psychoterapie, transakční analýza a teorie vztahové vazby nabízí cesty jak lépe porozumět období šestinedělí (poporodnímu nastavení ženy) a také konkrétní postupy jak zacházet s touto jedinečnou vývojovou událostí v životě žen.

Klíčová slova: Poporodní adaptace; Integrativní psychoterapie; Těhotenství; Narození

Fakt, že se žena stane matkou, představuje v jejím životě jedinečnou příležitost pro transformaci, integraci a redefinici. Mnoho žen si před porodem neuvědomuje a není připraveno na hluboký dopad, který mateřství na jejich životy bude mít. Zatímco příležitosti k přípravě na porod se dnes nabízí mnoho, možnost přípravy na povinnosti spojené s mateřstvím jsou stále omezené. Výsledkem je, že ženy jsou často překvapeny, šokovány či zmateny životními změnami, které s příchodem dítěte nastávají (Maushart, 1999). Mnohdy se cítí být dokonce oklamány a pociťují hněv nad tím, že je nikdo před skutečnou realitou šestinedělí a raného mateřství pravdivě neinformoval. Někteří tento jev popisují jako „mateřský šok“ (Buchanan, 2003). Komentáře jako: "tohle jsem nečekala", "takto to být nemělo" nebo "proč mi nikdo neřekl, že to tak bude?" jsou u žen po porodu běžné.

Každá žena prožívá poporodní období jinak a tento prožitek se může dokonce výrazně lišit s každým dítětem, které porodí. Medicínsky je „šestinedělí“ definováno jako období, během kterého jsou u ženy stále ještě patrné *fyzické příznaky*, jako je zvětšená děloha, zvětšený a oteklý děložní čípek. Toto období je zároveň provázeno odchodem očištěk. Všechny tyto symptomy obvykle odezní na konci

šesti týdnů (Bing a Coleman, 1997). Ženy jsou běžně propuštěny z lékařské péče ještě dříve než se tak stane, a zůstává tak na nich, jak si s novou rolí matky poradí.

Naproti tomu psychologie vysvětluje poporodní období jako dobu, během níž ženy zažívají *příznaky emocionální*. To může trvat měsíce nebo dokonce roky, přičemž některé ženy uvádějí, že jsou „po porodu po zbytek svého života, protože se cítí být narozením dítěte trvale změněny.“ (Bing a Coleman, 1997, str. 98). Většina žen je ponechána, aby svou psychickou poporodní rekonvalescenci zvládla sama; rekonvalescenci, která ovlivní zbytek jejich života, životy jejich dětí, ba celou kulturu; rekonvalescenci s dlouhodobými a dalekosáhlými sociálními a vztahovými důsledky. Rodinní příslušníci, přátelé, lékaři i psychoterapeuti často přehlížejí, nesprávně interpretují nebo nechápou přetrvávající příznaky šestinedělí. Jak poznamenává Erskine: „Novodobá literatura zabývající se neurovědami, vývojem dítěte a výzkumem rané vazby mezi dítětem a rodičem, zdůrazňuje důležitost psychoterapeutů, kteří se v rámci terapeutického vztahu s klientem, zaměřují na jeho předverbální vztahové zkušenosti v raném dětství.“ (2009, s. 2). Zaměřit se přitom musí také na vyšetření poporodní rekonvalescence matky.

V tom nejlepším případě je poporodní období časem bezesných nocí tlumených láskyplnou přítomností příbuzných a přátel, kteří přicházejí, aby tohoto nového človíčka přivítali na svět, aby ho obdivovali. V nejhorším případě je poporodní období noční můrou; zdánlivě nekonečný, nečekaný výlet do spánkové deprivace, nejistota, zmatenost, fyzické zotavení z nečekaného císařského řezu a/nebo traumatického porodu, neúspěšné pokusy o kojení, nedostatek spojení s dítětem a celkový pocit ztráty sebe sama a jakékoli schopnosti ukotvit se k záchytným bodům života dříve známého a žitého. Jak se denní potřeby kojence zvyšují a zintenzivňují, je péče o sebe často nutně zanedbávána. Spánek, jídlo a koupání se stávají vytouženým luxusem. Dovolená, odpočinek, kontakt s partnerem, přáteli a dokonce i vnějším světem se stávají vzdálenými vzpomínkami. Intenzivní potřeby nové rodiny mohou vést ke kumulaci zanedbávání vztahu i sebe sama, chronickému stresu a neočekávané zkušenosti s traumatem v období, které mělo být jedním z nejšťastnějších v životě. Nutnost okamžitého uspokojení potřeb kojence v kombinaci s učením se rodičovství za pochodu, vyvolává často deprese, úzkost a stres.

Literatura o poporodním období, jak populární, tak klinická, často přispívá k mylným představám o ženách po porodu tím, že nedokáže jejich poporodní adaptaci po psychické stránce akceptovat jako něco normálního. Raná klinická literatura o ženách po porodu často vycházela z psychoanalytické perspektivy, s bezpočtem případových studií poukazujících na konflikty, ambivalenci a potlačované fantazie, které narušují „zdravé“ mateřství (Mendell & Turrini, 2003) a zdálo se, že ze své podstaty obviňují ženy z poporodních nebo rodičovských potíží. V současné době jsou ženy po porodu, které hlásí jakékoli obtíže nebo „symptomy“, rozděleny do tří kategorií dle narůstající patologie: **baby blues**, definované jako „přechodné pocity nevysvětlitelného pláče, prchavého zoufalství nebo krátkých okamžiků, kdy se žena několik prvních týdnů po porodu necítí být úplně sama sebou.“ (Bing & Coleman,

str. 24); **poporodní deprese**, definovaná jako intenzivnější a déle trvající verze baby blues, která může zahrnovat pocit smutku, úzkosti, viny a/nebo bezcennosti, k tomu navíc změny stravovacích návyků, změny spánkových vzorců, změny úrovně aktivity, záchvaty paniky, potíže se soustředěním, zaujatost smrtí a/nebo sebevraždou, změny nálady, posedlost dítětem a/nebo intenzivní strach, že dítěti ublížíme (Bing & Coleman, str. 226); nebo **poporodní psychóza** definovaná jako zesílené blues nebo deprese, které mohou zahrnovat zmatenost, nekoherenci, iracionální myšlení a/nebo bludy a halucinace, které vážně narušují sebepéči a/nebo péči o dítě (Bing & Coleman, str. 241). I když jsou tyto zkušenosti prezentovány jako odlišné kategorie, mohou ve skutečnosti plynout společně nebo se mohou cyklicky pohybovat tam a zpět, přičemž během období akutního stresu dochází k „psychóze“. V této standardní taxonomii chybí jednoduchý, ale nezbytný koncept, že všechny ženy a jejich partneři prožívají **poporodní adaptaci**; psychická reorganizace po narození dítěte, která je žádaným a také nezbytným přizpůsobením na změnu struktury a rovnováhy jedince i rodiny. Toto poporodní přizpůsobení, jako každá změna dynamického systému, vyžaduje čas a podporu, protože se žena, ale i celá její rodina, učí používat nové vnitřní a vnější způsoby adaptace na novou situaci. Je pochopitelné, že ženy se mohou cítit dezorientované, depresivní, úzkostné, zaujaté nebo dokonce iracionální, a přitom projevovat změny chuti k jídlu, spánku a úrovně aktivity. Celá jejich fyzická, psychická a sociální rovnováha byla změněna. Avšak spíše než normalizovat své jedinečné adaptivní reakce jsou ženy hodnoceny, kategorizovány a „patologizovány“, pokud prokáží něco jiného než bezproblémové, šťastné přizpůsobení se mateřství.

Také populární literatura a média nenápadně posilují nepřiměřená očekávání ohledně přizpůsobení se rodičovství. Stránky rodičovských časopisů a televizních reklam plní atraktivní, veselé, usměvavé ženy a miminka. Při pohledu na tyto reklamy se ženy nutně ptají: „Co je to se mnou?“. Mají pocit, že každá druhá matka, s níž se setkají na veřejnosti, „má kombinaci všech těchto oceňovaných vlastností“, zatímco ony se tomuto idealizovanému obrazu snaží zoufale přizpůsobit. Stejně jako jedinečným kulturním, vztahovým a historickým požadavkům jejich původních rodin. Někdy jediné informace, které ženy o poporodní adaptaci dostávají, pocházejí z vysoce medializovaných příběhů celebrit, které zažily poporodní potíže, ale jen zřídka tyto celebrity zrcadlí život typické čerstvé matky (Shields, 2005). V soukromí svých domovů se ženy často cítí izolované, osamělé a zmožené nároky novorozeného miminka. Často se stydí za své přizpůsobení se mateřství. V kultuře, která je náchylná ke zkoumání a kritice matek za jejich selhání, se ženy cítí zranitelné a vyděšené vnitřními a vnějšími požadavky na výkon. Za těchto okolností se mnoho žen doslova a/nebo obrazně skrývá. Jak poznamenává DSM-IV (1994) "ženy se cítí zvláště provinile za to, že mají depresivní pocity v době, kdy věří, že by měly být šťastné. Mohou se zdráhat diskutovat o svých symptomech nebo svých negativních pocitech vůči svému dítěti." (str. 386). Podle studie zveřejněné v Journal of the American Medical Association v roce 2006 se odhaduje, že každá sedmá novepečená matka trpí poporodní depresí. Ještě

alarmující je odhad studie, že poporodní deprese není diagnostikována u zhruba 40–50 % novopečených matek, což vede výzkumníky k názoru, že poporodní problémy jsou ještě častější, než se dříve věřilo (Munk-Olsen, Laursen, Pedersen, Mors a Mortensen, 2006).

Ženy, které prošly neočekávaným předčasným porodem, císařským řezem, protražovaným, obtížným nebo traumatickým porodem s fyzickým zraněním sebe nebo svých dětí, ale i bez něj, či ženy, které dříve prožily emocionální, fyzické nebo sexuální zneužívání, jsou při poporodní adaptaci ohroženy ještě mnohem více (Simkin & Klaus, 2004). Přidáme-li na tento seznam anamnézu deprese, úzkosti, neplodnosti, potratu, porodu mrtvého dítěte, neschopnosti úspěšně kojit, adopce nebo emocionální/fyzické ztráty vlastní matky v raném věku, pravděpodobnost výskytu traumatu v rámci poporodní adaptace se ještě zvýší. Při absenci explicitní paměti mohou být potíže během těhotenství, porodu a poporodní rekonvalescence prvními indikátory předchozího zanedbávání, traumatu a/nebo emočního a fyzického zneužívání, což vede k obnově dříve nevědomých vzpomínek (Erskine, 2008). Poskytovatelé zdravotní péče, kteří to chápou, jsou neocenitelní při vedení těhotné ženy nebo ženy po porodu k pomoci, již potřebuje k vyřešení daných problémů, aby pak mohla úspěšně absolvovat porod, poporodní adaptaci a rodičovství, a to s odpovídajícími očekáváními tady a teď, pokud možno osvobozena od zátěže prožitého traumatu z minulosti, neřešeného zanedbávání nebo vztahových selhání.

Vzhledem k mnoha rozmanitým možnostem poporodní adaptace je nezbytné, aby ženám byly nabídnuty příležitosti k normalizaci jejich zkušeností. Jak píše Erskine & Trautmann, „...normalizace [pomáhá] klientkám i jejich okolí lépe porozumět jak jejich vnitřní zkušenosti, tak jejich pokusům vymanit se z patologizujícího pohledu ve smyslu „něco se mnou není v pořádku“ k takovému, který by respektoval jejich prožívání. Pro terapeuta může být obtížné čelit společenským nebo rodičovským obavám... a umět vysvětlit, že zkušenost klientky je normální obrannou reakcí – reakcí, kterou by mnoho z nich použilo, kdyby se setkali s podobnou životní zkušeností.“ (1997, str. 32). Spíše než definici „problematických“ poporodních reakcí na základě klinických popisů a patologie, vyžaduje v tomto ohledu vstup každé ženy do mateřství normalizaci a porozumění založené na její vlastní jedinečné historii, vztazích a vazbách.

Klinický model pro pochopení poporodní adaptace: Integrativní psychoterapie

Integrativní psychoterapie nabízí ucelenou teorii a metodologii, která zahrnuje pohled na „lidský vývoj, ve kterém nám každá fáze života předkládá náročnější vývojové úkoly, jedinečné prožívání citlivosti ve vztahu s ostatními lidmi a také příležitosti k novému učení“ (Erskine & Trautmann, 1996, s. 316). Integrativní psychoterapie tímto způsobem poskytuje vynikající rámec pro pochopení a práci s poporodní rekonvalescencí - specifickou fází v životě ženy, která představuje náročný vývojový

úkol učit se být rodičem, najít si svou vztahovou citlivost k partnerovi i dětem a poskytuje tak mnoho příležitosti pro učení se novým věcem.

Já ve vztahu

Model „Self in Relationship“, jak jej vymezil Erskine (1980), poskytuje způsob, jak porozumět kognitivnímu, behaviorálnímu, afektivnímu a fyziologickému fungování nové matky. Všechny tyto čtyři domény já jsou hluboce ovlivněny narozením dítěte a je třeba, aby jim žena věnovala pozornost a vzájemně je během rekonvalescence propojovala tak, aby naplnila požadované, ale často jí samou neočekávané vnitřní a vnější nároky mateřství. Vývojový úkol stát se matkou musí nastat v „reálném čase“ v reakci na zrychlený fyzický a psychický vývoj miminka v prvním roce života. V kultuře, která se stále více při informování o chování spoléhá na technologii, může být náročné uvědomit si, že miminka na svět nepřicházejí vybavena tlačítkem pauzy nebo s „pokyny k obsluze“ (Lamott, 1993). S tím, jak dítě každý den projevuje své potřeby, matka současně čelí své vlastní rozumové, emocionální, behaviorální a tělesné reorganizaci. Zatímco se žena po porodu veze na horské dráze emocionálních vrcholů a pádů, které jsou často ovlivněné hormonálními výkyvy, nevědomě přitom dochází ke stimulaci vzpomínek na její vlastní dětství. Ženy často uvádějí prožívání neobvyklých, silných pocitů lásky a připoutanosti, které nikdy dříve nezažily. Naproti tomu jiné ženy uvádějí pocity extrémní osamělosti a nedostatku péče o sebe. V obou případech se svět emocí hluboce aktivuje. Současně se nová matka musí zapojit do okamžitého řešení problémů spojených s péčí o novorozence, musí přemýšlet o nových a nečekaných situacích, vybudovat si novou sociální a/nebo lékařskou podpůrnou síť a naučit se široké škále pečovatelských dovedností, od kojení až po koupání miminka, skloubení práce a mateřství a zároveň řízení osobního a rodinného času. Mnohé ženy mají pocit, že jsou v neustálé hře na dohánění a snaží se držet krok s rychlým vývojem svého dítěte. Často uvádějí, že jakmile pochopí aktuální potřeby dítěte, objeví se potřeby nové. Například dítě, které minulý týden spalo celou noc, je nyní tento týden nepohodlným, bdělým mládětem, kterému se prořezávají zoubky. Matčina rozumová a behaviorální doména se nyní stala výzvou, stimulací a často také zdrojem stresu. Cozolino (2006) pojednává o fyziologických změnách mozku, ke kterým dochází v reakci na kognitivní a afektivní stimulaci plynoucí z rodičovství. Popisuje "plasticitu závislou na zkušenostech" mateřského mozku a poznamenává, že "mít děti obohacuje, stimuluje a vyzývá mozek k růstu." (str. 82). Jeho přehled výzkumu vývoje mozku vede k závěru, že „matky a děti si navzájem stimulují mozek k růstu“ (str. 83), přičemž poznamenává, že „u rodičů a nerodičů bylo prokázáno, že vykazují různé vzorce aktivace mozku v reakci na pláč a smích kojenců, odrážející změny mozku závislé na zkušenostech vyplývající z rodičovských zkušeností.“ (str. 83). Nabízí vysvětlení, že "emocionální labilita, kterou vidíme u mnoha nových matek, je výrazem zvýšené citlivosti na mezilidské podněty potřebné pro

optimální naladění a učení." (str. 83). V tomto ohledu může být emoční labilita považována za normální a nezbytnou, nikoli patologickou.

Zatímco se matka fyzicky zotavuje z porodu, jsou také ohroženy kognitivní, afektivní a behaviorální domény já. Ženy odkládají své vlastní potřeby stranou, aby uspokojily potřeby nezbytné pro přežití dítěte. Všechny formy sebeobsluhy a seberegulace, včetně spánku, jídla, koupání, cvičení, zábavy, sociální interakce a dokonce i nezbytných lékařských schůzek, mohou upadnout na vedlejší kolej, což významně přispívá k potenciální kumulaci stresu, úzkosti a deprese, jak se matka snaží, aby držela krok s tímto vysoce intenzivním obdobím růstu a vývoje jak pro své dítě, tak pro sebe. Pokud se matka musí vrátit do práce a/nebo existují další děti nebo rodinní příslušníci, kteří vyžadují její péči a pozornost, její schopnost věnovat se vlastní fyzické a emocionální péči je ještě více narušena. Způsob, jakým žena přistupuje ke všem těmto kognitivním, afektivním, behaviorálním a fyzickým výzvám, je nutně ovlivněn její vlastní historií a stylem připoutanosti - historií odhalenou prostřednictvím implicitní i explicitní paměti a/nebo narušení vazby (Cozolino, 2006). V pozoruhodné paralele vývoje se žena integruje, znovuobjevuje a dorůstá do mateřství, zatímco její dítě se současně vyvíjí a roste v lidskou bytost.

Životní scénář, paměť a připoutanost

Podle Berneho (1972) „dochází k prvnímu zapisování scénářů během kojeneckého období, a to ve formě krátkých protokolů, které mohou být později zpracovány do komplikovaných dramát.“ (str. 83). Například to, jak obvykle vypadá proces krmení dítěte (zda je při něm dítě ignorováno, musí jíst ve spěchu nebo se o něj naopak rodiče s láskou starají), je protokol, který si následně dítě přenesou do svých budoucích vztahů s ostatními lidmi. Erskine (2009) rozšířil Bernovu myšlenku naznačením souvislostí mezi životním scénářem a vzorci připoutanosti vytvořenými v raném dětství, přičemž zdůraznil „význam dětství a subsymbolických, předverbálních či fyziologických reakcí přežití a implicitních zkušeností, které tvoří nevědomé procedurální mapy nebo interní pracovní modely sebe sama ve vztahu.“ Tato komplexní definice životního scénáře zohledňuje „významný vliv novorozeneckého období a období raného dětství (Erskine, 2009, s. 4), čímž zdůrazňuje, že poporodní adaptace matky má potenciál hluboce ovlivnit psychický vývoj jejího dítěte. Fyzické zotavení matky po porodu, přizpůsobení se rodičovství, rodinná a sociální podpora a vlastní vzorce připoutání musí ze své podstaty ovlivňovat vytváření pracovních modelů nemluvnat o sebevztahu a utváření životního scénáře. Dítě je „hluboce ovlivňováno“ ve vztahu s ženou - matkou, která prochází jednou z nejvíce život měnících zkušeností dospělosti. Ta zahrnuje aktivaci jejich vlastních implicitních, předverbálních a subsymbolických vzpomínek na vlastní dětství a matku po porodu. Když se žena začne starat o své vlastní dítě, v reakci na její vlastní dětství se rychle projeví vzorce nebo poruchy vztahové vazby. V

kontextu poporodní dyády se začínají v různých vrstvách objevovat minulé, současné a potenciální vztahy

Kazuistika: Natalie

Natalie během svého života spolupracovala s mnoha různými terapeuty. Rozvedená matka tří dětí, nyní znovu vdaná, si v minulosti vybírala partnery, kteří nebyli ochotni uspokojit její vztahové potřeby - mimo ty sexuální. Jako mladá teenagerka Natalie zjistila, že sexuální kontakt je pro ni způsob, jak uspokojit potřeby náklonnosti, uznání a bezpečí. Natalie se pevně držela svého základního přesvědčení „něco se mnou není v pořádku“ a neustále hledala toho „správného“ terapeuta, který by s ní souhlasil a nakonec ji vyléčil, tak aby ji ostatní lidé milovali a byli jí emocionálně k dispozici.

Když jsme prozkoumávali rodinnou historii Natalie, příběhy z jejího dětství potvrdily její hluboký vnitřní pocit roztříštěnosti a toho, že je „špatně“. Např. když bylo Natalii 6 měsíců, nechala ji matka samotnou v hotelovém pokoji, zatímco se šla bavit do kina. Nebo když ji ve 3 měsících ponechala se sousedem, aby šla nakoupit, ale nevrátila se včas, aby ji nakrmila. Natalie byla výhradně kojena, a když se její matka vrátila, byla Natalie hysterická hladem a prožívala velkou úzkost.

Natalie si vybavuje příběh, kdy během koupání, což byl obvykle příjemný zážitek, plakala. Matka tomu nerozuměla, ale pak se podívala dolů a uvědomila si, že Natálii drží za paži tak pevně, že její paže zmodrala. Natalie tyto příběhy zná, protože se staly součástí rodinných historek, o kterých její matka často vyprávěla na rodinných setkáních. I dnes, když je už Natalie dospělá, zažívá pocit, že objetí její matky je špatné. „Nemohla ani držet moje děti, když byly miminka. Zdálo se mi to tak nepříjemné.“ Prostřednictvím své pokračující terapie si Natalie uvědomila, že její matka v poporodním období prožívala izolaci a byla velmi vydešená. Nemohla být tedy s Natalii plně přítomna v okamžiku „tady a teď“, naladit se na ni a na její potřeby. Nataliina hluboká vnitřní zkušenost, že „se mnou něco není v pořádku“, byla neustálým tvůrčím pokusem změnit sebe sama, aby se jí dostalo péče, kterou tak zoufale potřebovala. Její příběh šel ruku v ruce s matčíným poporodním zážitkem.

Ženy, které se domnívaly, že se na mateřství dostatečně připravily, jsou pak často zaskočeny, nebo dokonce zdrceny záplavou poporodních emocí a vzpomínek vyvolaných narozením miminka a nezbytnými povinnostmi, které s sebou péče o nově narozené dítě nese. Docházení na psychoterapii v období po porodu, poskytuje výjimečnou příležitost porozumět matčině vlastnímu dětství, zážitkům raného dětství a/nebo životním scénářům, jak je prožila v současném vztahu s jejím novým dítětem, partnerem, širší rodinou a přáteli. Zatímco se nová maminka začíná starat o své dítě a pokoušet se o změnu svého dosavadního chování, odhaluje se její vlastní raný příběh – dochází k vybavování implicitních i explicitních vzpomínek na úrovni myšlení, pocitů, chování i těla. Můžeme pozorovat narůstající vazbu mezi matkou a dítětem, které nabízejí příležitosti k utváření vlastního životního scénáře dítěte. Když se ženy potýkají s problémy souvisejícími s krmením, spaním, projevy lásky a

náklonnosti, návratem do práce versus pobytem doma, objevují se vložené příběhy bezpečné, úzkostné, ambivalentní, dezorganizované nebo izolované vazby (Erskine, 2009). Jak se příběh těchto dvou životů odvíjí a protíná, jsme na soutoku vzpomínek a vztahů, starých i nových, se všemi přítomnými příležitostmi k opakování nebo nápravě.

K vytvoření vazby, vzpomínek a poporodní adaptaci dochází i tehdy, když žena o své dítě přijde. Ženy, které podstoupily interrupci, potratily nebo porodily mrtvé dítě, cítí ke svému dítěti často hluboké pouto (Davis 1996). Marion, 43, je toho dobrým příkladem.

Ona a její manžel strávili šest let a tisíce dolarů pokusy o početí dítěte. Byli nesmírně šťastní, když jejich druhý pokus o oplodnění in-vitro vyústil v životaschopné těhotenství. Genetické testování v 16. týdnu však odhalilo vážné poškození chromozomů a zprávu, že jejich dcera těhotenství nepřežila. Marion si mohla vybrat, zda se bude porod vyvolávat anebo si na něj přirozeně počká. Rozhodla se tedy počkat a do dvou dnů porodila. Přestože ji lékař i její manžel uprostřed bolestivých kontrakcí ujišťovali, že už bude po všem, děsila se konce, kdy její miminko konečně opustí její tělo. Naštěstí jí a jejímu manželovi bylo dovoleno držet, pojmenovat a vyfotografovat dítě, což vneslo do zážitku určitý pocit uzavření. Marion nadále truchlila nad svým ztraceným dítětem na svých terapeutických sezeních, nakonec se se mnou podělila o fotky, které jí pořídili, a knihu o miminku, kterou pečlivě a s láskou dala dohromady, plnou raných vzpomínek, obrázků ze sonogramu, šťastných obrázků Marion, jak drží své těhotné břicho a obrázky rodinných příslušníků, které by její dcera nikdy nepotkala.

O 10 měsíců později Marion zázračně a navzdory mnoha očekáváním, počala díky IVF další dítě. Když se narození tohoto zdravého miminka blížilo, Marion jednoho odpoledne náhle upadla do deprese a úzkosti. Vybavily se jí vzpomínky na její první porod. Truchlila a nadávala si, že nepožádala sestru, aby její dceru rozbalila, aby mohla vidět všechny části jejího drobného tělíčka. Uvědomila si, že nedokázala vybrat jméno pro nové miminko (také holčičku). Myslela jen na svou první dceru a dokonalé jméno, které dostala. Trápila se, co má říct, když se lidé, kteří vidí její nafouklé břicho, zeptají, jestli je to její první dítě. Na všech úrovních začala mít pocit, že přicházející dítě je zradou její lásky k prvnímu dítěti. Naznačil jsem Marion, že mi vypráví důležitý příběh o připoutanosti a lásce. Byla připoutaná a zamilovaná do své první dcery, ale nevěděla, jak to vyjádřit. Potřebovala svolení, že je v pořádku milovat a vítat další dítě. Vyzval jsem Marion, aby napsala dopis svému ztracenému dítěti a přinesla ho na naši konzultaci. Tomuto návrhu odolávala několik týdnů, i když mi často vyprávěla o neustálém vnitřním rozhovoru, který vedla se ztraceným dítětem. Nakonec dorazila na naše sezení s dopisem; šlo o dojemné vyjádření její lásky k tomuto dítěti, lítosti nad ztracenou příležitostí ji poznat a odhodlání uchovat si ji v paměti. Požádala dítě, aby hlídalo její novou sestřičku, a poděkovala jí, že z Marion jako první udělala matku. Pro Marion to bylo trýznivé a bolestivé sezení. Následující týden dorazila Marion do mé kanceláře veselá a energická. O víkendu měla svůj první těhotenský sen o přicházejícím dítěti. „Byla jsem ohromena tím novým dítětem, ale viděla jsem ji. Byla tady. Nevěděla jsem, co s ní dělat, ale

to je v pořádku, protože se mi o ní zdál sen! Měla jsem normální sen o těhotenské úzkosti! To je tak vzrušující! Nechápala jsem, v čem mi psaní dopisu pomůže, ale ulevilo se mi. Děkuji.“ Marionino konečné a plné uznání připoutanosti k její ztracené dceři jí nyní otevřelo cestu k narození a přivítání dalšího dítěte.

Projevení zájmu, účasti, naladění na klienta a vztahové potřeby

Vyjádření zájmu, účasti a naladění se na klienta nám pomáhají dostat se za hranice typické terapeutické empatie směrem k hlubšímu vztahu, ve kterém klient zažívá, že ho terapeut plně zná, reaguje na něj a rozumí mu. Na nejzákladnější úrovni tento proces odráží proces raného rodičovství, který se opírá o vynikající a intuitivní formy dotazování, naladění a účasti. Při absenci sdíleného verbálního jazyka nebo konkrétní znalosti subjektivní zkušenosti dítěte, se matka musí spoléhat pouze na neverbální formy komunikace, které vyžadují neustálé zdokonalování intuice a citlivosti vůči dítěti (Stern 1985,1990). Jak Erskine et. al (1999) píše: "(I)V integrativní psychoterapii začíná naše dotazování předpokladem, že terapeut neví nic o klientově subjektivním prožívání." (str. 19). Stejně jako u terapeuta a klienta je to i s matkou a jejím novorozencem; zbrusu nové setkání dvou jedinců, vztah, kde ani jeden toho druhého ještě plně nezná. Zapojení do neverbálních způsobů vyjadřování zájmu, naladění a účasti se stávají prostředky, kterými matka začíná naplňovat rané vztahové potřeby bezpečí, hodnoty, přijetí, vzájemnosti, sebedefinice, vlivu a lásky, aby si s dítětem vytvořila bezpečnou vazbu a podporovala jeho zdravý vývoj (Erskine, Moursund & Trautmann, 1999). Minulé i současné nedostatky v naplňování matčiny vztahových potřeb, to vše nutně informuje o tom, jak se tato matka bude starat o své dítě a vytvářet s ním zdravý vzájemný vztah.

Když se matka začíná starat o své dítě, vystupují do popředí její vztahy – ať už minulé nebo ty současné. Neuspokojené potřeby z minulosti se mohou střetnout s přítomností ve formě nevědomých pokusů napravit selhání prostřednictvím vztahu s dítětem. Stejně jako dítě hledá u matky bezpečí, hodnotu, přijetí, vzájemnost, sebedefinici, vliv a lásku, také matka hledá u kojence a ostatních kolem sebe ujištění, že má svou hodnotu, přijímána a jistá ve své nové roli matky. Mezi ženou a jejím pečujícím partnerem se často objevují nové vztahové výzvy, protože žena se na něj často obrací jako na ústřední postavu, která má naplnit její současné potřeby a napravit tak minulé selhání. Ani v tom nejstabilnějším manželství nebo partnerství nejsou noví rodiče na rozsah těchto výzev zcela připraveni. Pokud se žena ve svém vývoji cítila nedocenená svou vlastní matkou nebo jinými důležitými osobami, tyto vzpomínky se pravděpodobně vynoří právě ve chvíli, kdy se blíží k nejdůležitějšímu úkolu svého dospělého života. Neustále bude hledat u svého partnera ujištění, porozumění a uznání. Pokud jí partner nedokáže tyto potřeby naplnit, téměř jistě nastane vztahová krize.

Ženy, které se v raném dětství cítily nejisté, nemilované nebo nemohly mít vliv na dění kolem sebe, často hledají u svých dětí a svých partnerů potvrzení, přijetí a lásku. Ženy, které využily k nahrazení těchto nedostatků ve vztazích kariéru, a našly svou hodnotu a sebedefinici ve výkonu na pracovišti, často zjišťují, že se snaží den s dítětem doma prostě jen přežít. Největší vítězství přitom spočívá v usnutí úzkostného dítěte nebo v nalezení chvíle pro sebe v podobě sprchy nebo možnosti se v klidu obléct (Maushart, 1999). Ženy od svého dítěte a/nebo partnera očekávají, aby jim naplnili celou řadu vztahových potřeb. S tím, jak se dále mezi partnery stupňuje soutěž o uspokojení základních fyzických a emocionálních potřeb, jako je spánek a náklonnost, se muži také musí vlastním způsobem vyrovnat s poporodní adaptací – mnohdy se cítí být zmatení, zahlceni a také bombardováni svými vlastními ranými vzpomínkami.

Jak jedna klientka bolestně vyjádřila uprostřed nečekaného poporodního manželského konfliktu: "Konečně si uvědomuji, že potřebuji, aby mi můj manžel každý den dával to, co já dávám dítěti. Pokud to od něj nedostanu, cítím se být vyčerpaná celodenní péčí o dítě a zcela rozhořčená a neschopná uspokojit jakékoli partnerovy potřeby." Na druhou stranu i matky, u kterých se v minulosti vytvořila bezpečná vazba a mají naplněné a uspokojivé vztahy, mohou bojovat s poporodní adaptací kvůli řadě neočekávaných okolností. Například dítě trpící několikaměsíční kolikou bude výzvou, a nakonec unaví i ty emocionálně nejbezpečnější a nejstabilnější rodiče.

Dokonce i partner, který nerodil, má sklony k prožívání poporodní adaptace. Jak píše Cozolino (2006) o jednom ze svých pacientů, „narození jeho dítěte... s sebou přineslo mnoho podnětů, které v něm vyvolaly bolestivé a násilné vzpomínky z jeho dětství... ty spouštěly např. pláč miminka, vůně dětského pudru nebo prožívání intenzivního pocitu lásky k jeho dítěti, a dokonce i závislosti na něm." (str. 137). Muži často nejsou připraveni na takové návaly vzpomínek a pocitů, které se nyní během péče o potřeby jejich čerstvě narozených dětí a do té doby nezávislých partnerek, projevují. Navíc muži běžně zažívají určitý stupeň ztráty, protože jejich partnerky se intenzivně zabývají jejich dětmi nebo se zabývají změnou své vlastní dosavadní role. Muži často uvádějí, že se cítí být zanedbáváni. Obvykle se uchylují k tvrdé práci, což ospravedlňuje dlouhé hodiny strávené mimo domov jako společensky přijatelné řešení, protože jejich zaměstnání je většinou hlavním příjmem domácnosti. V důsledku toho se otcové vyhýbají celé řadě pocitů spjatých s jejich partnerkami, dětmi i s nimi samotnými a jejich vzpomínkami z raného dětství. Je smutné, že zde často začíná začarovaný a dlouhotrvající kruh, kdy se oba rodiče cítí být zanedbáváni a rozzlobení, a nedostává se jim dostatečné podpory, jak tento kruh přerušit a posunout se vpřed pozitivním směrem. Navíc, z nespočetných důvodů, se mužům k řešení této krize mnohdy dostává ještě menší emocionální podpory než ženám.

Kazuistika: Gina

Gina přišla na terapii v důsledku intenzivní a nečekané poporodní rekonvalescence. Během téhož roku prodělala jeden potrat v prvním trimestru a jedno dokončené těhotenství. Nyní trpěla úzkostí, neschopností spát i jíst a rostoucí ztrátou zájmu o své dítě. Do týdne od narození její dcery, která přišla na svět císařským řezem, začala Gina pracovat na nových aktivitách-rozdělovala úkoly, vedla pohovory s poskytovateli denní péče a vyhledávala podpůrné skupiny. Nyní se cítila vyčerpaná, protože promeškala důležitý odpočinek, spojení se svým dítětem a emocionální a fyzické zotavení, které bylo během prvních týdnů po porodu potřebné. Při kojení se cítila obzvláště depresivně a úzkostně, považovala za nesnesitelné, když nevěděla, kolik mléka její dcera dostává. Po třech týdnech přešla výhradně na krmení z lahvičky. Okamžitý pokles hormonů dále prohloubil její úzkost, paniku a ztrátu zájmu o mateřství, což vedlo k doporučení jejího lékaře k psychoterapii a předepsání léků proti úzkosti.

Gina, osobní asistentka generálního ředitele multimilionové korporace, si nyní mohla povolání osobní asistentky vyzkoušet v té největší možné míře – byla matkou. Přesto byla úplně v rozpacích, jak přežít den s novým dítětem, protože ten čas byl nekonečný, osamělý a prázdný. Chyběli jí přátelé, smysluplné trávení času, úspěch a nezávislost. Přestože byla rodina důležitou součástí jejího životního plánu, cítila silnou vinu za své pocity prázdnoty a touhy po svém starém životě a nedokázala pochopit, jak se to stalo, když si všechno tak dobře naplánovala. Ginin manžel, vysoce motivovaný, samostatně výdělečně činný konzultant, navíc pracoval dlouhé hodiny a často cestoval celé dny. Přestože byl příchodem svého dítěte nadšený, intenzivně investoval do toho, aby se Gina „zlepšila“, aby se snížily nároky na jeho čas a energii. Když jsme se začali soustředit na Gininu zkušenost prázdnoty a já se vyptával více na její dětství a rodiče, začaly se objevovat důležité indicie. Její rodiče, přistěhovalci, přišli do Ameriky a „tvrdě pracovali“, aby si vydělali na živobytí a vychovávali své děti. Gina propukla v pláč, jakmile vyslovila slova „tvrdě pracovali“. Uvědomila si, že důležitou součástí její úzkosti je být doma a vzdát se práce. Přestože se starala o neustálé potřeby svého dítěte, věřila, že nedělá dost. Nemohla odpočívat, nemohla jen „být“ se svým miminkem. Podle jejího manžela si nenechala ani čas, aby odtruchlila prožitý potrat a už se pustila do další „mise“, dalšího otěhotnění. Gina si nepamatovala, že by její matka někdy jen tak seděla. Ve skutečnosti, když se její matka po narození dítěte přišla o Ginu postarat, stihla uvařit, uklidit, vyprat, postarat se o Ginu a dítě a mezi tím vyřídít pár pochůzek. Gina si uvědomila: "Pokud nejsem šíleně zaneprázdněná, pak nedělám dost. V práci to tak chodí. Tak jsem si vždycky nastavila život. Teď, když jsem doma s dítětem, mám neustále pocit, že potřebuji dělat něco jiného, že tohle nestačí. Jako by muselo být něco víc." Transgenerační scénářová sdělení (Noriega, 2010), která byla v Ginině poporodním příběhu hluboce zakořeněna, a která byla nyní uvedena do vědomí, přispěla k životnímu scénáři zaměřenému na výkon a úspěch, což významně ovlivnilo Gininu poporodní adaptaci.

Jedinečná povaha poporodní adaptace může představovat i paradoxy. Občas ženy, u kterých lze očekávat, že budou mít poporodní potíže, naopak vzkvétají a jako čerstvé matky prospívají. Sarah, 28, byla toho dokonalým příkladem. V minulosti měla potíže s plněním úkolů nebo stanovením směru v životě, byla zapomnětlivá a roztěkaná; neustále se omlouvala, chtěla se stát organizovanější a soustředěnější. Přestože byla nesmírně inteligentní, opustila vysokou školu. Uprostřed terapií, zkoumání svého uměleckého talentů a hledání kariéry se Sarah vdala a brzy otěhotněla. Bála jsem se, že nové mateřství pro ni bude nesmírně náročné. Jak by se mohla starat o dítě, když pro ni bylo tak těžké uspořádat si vlastní život? Naopak. Sarah se k mateřství vrhla s vášní, nasazením a láskou, kterou nikdy předtím nezažila. Paradoxně nedostatek denní struktury či předvídatelnosti Sarah dokonale vyhovoval. Prospívala a kvetla uprostřed dnů s otevřeným koncem věnovaných kojení a sledování růstu svého dítěte. Jak poznamenala: "Teď si uvědomuji, jak dobře se na to hodím. Jsem v roli děvčete. Cítím se velmi pohodlně, když celý den sedím, přebaluji a dělám hloupé obličejy." Mateřství poskytlo Sarah neočekávanou korektivní životní zkušenost, protože našla smysl svého každodenního života a útěchu v tom, že to, jaká je, je v pořádku.

Protože poporodní adaptace představuje významný vývojový milník v životě ženy, je nezbytné, aby byla prozkoumána i u klientek se staršími nebo odrostlými dětmi; toto bádání je mnohdy terapeutu a dalšími odborníky, přehlíženo. Neuvědomují si totiž, že ženy často prožívají pocity nepochopení, rozpaky a stud, a ty jim pak brání diskutovat o svých poporodních zážitcích. Připravují je tak o důležité příležitosti k vzhledu a uzdravení. Navíc také ženy, které prodělaly potrat nebo porod mrtvého dítěte, adoptovaly děti nebo sloužily jako náhradní matky, zažívají poporodní adaptaci, a ta je přáteli, rodinou a zdravotníky často zcela přehlížena.

Kazuistika: Rachel

Rachel a její manžel přišli do manželské poradny, aby řešili ochromující vliv úzkosti, kterou Rachel prožívá, na jejich manželství a tři dospívající děti. Rachel byla neustále úzkostná, přehnaně ostražitá a občas vyděšená v souvislosti s aktivitami dětí mimo domov či jejich přáteli. Prostřednictvím mnoha rozmanitých a kreativních manipulací našla způsoby, jak udržet děti doma, když nejsou zrovna ve škole. Když dětem dovolila věnovat se společenským zájmům, požadovala po nich, aby se jí neustále hlásily. Děti musely často čelit jejímu hněvu a rozhořčení v důsledku toho, že matku nezahrnuly do svých plánů. Neschopnost Rachel umožnit dětem prožívat přiměřenou nezávislost, ovlivnila všechny úrovně rodinného života.

Rachel věděla, že je ambivalentní ohledně výchovy svých dětí. Jediné, co kdy chtěla, bylo stát se matkou a založit rodinu, kterou jako dítě nikdy neměla. Když jsme si povídali o tom, jaké bylo splnit si tento sen, dozvěděl jsem se o narození jejího nejstaršího dítěte. Až do porodu měla Rachel normální těhotenství. Když jí praskla voda, zjistila, že je v plodové vodě přítomna smolka. Když se dostala do

nemocnice, bylo dítě v ohrožení života, a Rachel musela absolvovat akutní císařský řez. Poté bylo dítě okamžitě převezeno na JIP do fakultní nemocnice. Když se miminko narodilo, neměla Rachel příležitost si ho pochovat, celý první týden ho neviděla. Během rekonvalescence v nemocnici navštívily Rachel sociální pracovnice, které ji připravovaly na možnost, že dítě nepřežije. Za celou tu dobu však Rachel nikdo nenabídl, že může své dítě navštívit či se po porodu zotavit v jeho těsné blízkosti. Aby Rachel zvládla narůstající úzkost, začala se téměř každou hodinu obracet na novorozeneckou jednotku intenzivní péče s dotazy na zdravotní stav jejího miminka. Když jí bylo řečeno, že dítě rychle selhává, podepsala v porodnici revers, aby se mohla poprvé setkat se svým synem. Odmítala ho opustit. Dítěti se začalo dařit lépe a během několika dní mohlo být propuštěno. Jakmile se však Rachel vrátila domů, začala mít o dítě úzkostlivý strach, přehnaně ho ochraňovala, bála se s ním opustit dům nebo dovolit ostatním, aby s ním měli kontakt, a tak se ze syna stalo křehké miminko náchylné k nemocem, trpící na břišní koliky, které je obtížné zvládnout. Opatrně jsem tedy Rachel seznámil s problematikou porodního traumatu a poporodního stresu a začal jsem potvrzovat a normalizovat intenzivní úzkost a strach, které Rachel zažila, když jí dítě poprvé vzali. Tehdy se obávala, že by miminko mohlo zemřít, a ona mu nemůže nijak pomoci, ochránit ho nebo ho alespoň držet v náručí. Bylo po ní požadováno, aby bezprostředně po porodu ve svém těle zastavila a potlačila každý biologický instinkt. Moje poznámka, že se vlastně stále vzpomíná na z neepochopeného a nedignostikovaného poporodního traumatu, přinesla Rachel slzy úlevy. Dlouhých osmnáct let úzkosti a rodičovské ochrany bylo pokusem vyprávět tento dávno zapomenutý poporodní příběh.

Úzkostlivá matka, která se obsesivně obává o zdraví svého dítěte, jeho spánkový rytmus nebo rozvrh krmení, neustále vypráví příběh ze své vlastní minulosti. Málokdy se podaří její obavy zmírnit. K tomu, aby si matka uvědomila podstatu svého znepokojení, je zapotřebí citlivé pátrání, které spíše podporuje, než soudí nebo kritizuje. Citlivá, pečující, vztahově založená psychoterapie může novopečené matce nabídnout nesmírnou podporu a úlevu, protože vztah s terapeutem modeluje a paralelně formuje samotný proces vytváření bezpečné vazby, kterou potřebuje matka navázat se svým dítětem; projevení zájmu, účasti, naladění se na klientku přináší do vztahu pocit bezpečí, konzistence, potvrzení, přijetí a růstu. S pomocí terapeuta může nová matka prozkoumat a porozumět nejen svým reakcím po porodu, ale i minulým vztahům, přičemž je podporována, povzbuzována a normalizována při naplňování vztahových potřeb svého dítěte. Jak píše Erskine et. al. (1999): „Každý člověk, zvláště každé dítě, vyžaduje vztahy, ve kterých je druhá osoba recipročně zapojena...klienti prožívají nejen potřeby vztahu tady a teď, ale také své nenaplněné vztahové potřeby z minulosti...volání po vztahu, která zní v psychice klienta už léta.“ (str. 123). Tento proces není nikdy patrnější než při práci s ženami po porodu.

Matky spolu mluví

Silné účinky vztahově založeného přístupu v práci s čerstvými matkami jsou ještě silnější při práci s těmito ženami ve skupině. Skupinová práce nabízí ještě jiný pohled na projevy vztahových potřeb mezi matkou a jejím dítětem, stejně jako mezi matkou a jejími vrstevníky. Když je ženám nabídnuta příležitost k upřímnému dialogu bez studu a posuzování, pod vedením terapeuta schopného se na tyto ženy naladit, projevovat svůj zájem a účast na jejich tématech a normalizovat jejich potíže, zažijí maminky nesmírnou úlevu, možná dokonce tu nejlepší, když zjistí, že nejsou v konfrontaci s výzvami rodičovství samy. Ujistění nebo rady od poskytovatelů zdravotní péče, rodinných příslušníků nebo partnerů mají jen zřídka stejnou sílu jako ty, které jsou poskytovány ve skupině žen po porodu. Být svědkem toho, jak jiná matka zápasí za dveřmi s dětským kočárkem, pláče frustrací, když se snaží uklidnit dítě s kolikou, nebo se pokouší zvládnout intenzitu vnitřní kritiky a sebehodnocení při snaze o sladění potřeb dítěte s péčí o domácnost, kariérou a manželstvím, to vše jsou mocné prostředky v boji s izolací a hanbou, kterou mnoho žen v tomto období zažívá. Cozolino (2006) nám pomáhá pochopit hodnotu skupin prostřednictvím svého vysvětlení vývoje sociálního mozku, který je závislý na interakci s ostatními, aby stimuloval zrcadlové neurony a rezonanční chování. Stejně jako dítě potřebuje zrcadlení a empatii od matky, tak i matka potřebuje ke stimulaci svého mateřského chování, rozvoji empatie a rezonance s dítětem, sociální interakci s ostatními matkami. Kromě toho, že tyto skupiny poskytují místo pro přijetí a sounáležitost, poskytují cenné zkušenosti se sociálním učením, které nyní v naší západní kultuře často chybí z důvodu stále větší závislosti na technologii, jenž je zdrojem informací a nahrazuje opravdové vztahy. Ženy, jejich děti i partneři trpí, když jim chybí kontakt tváří v tvář, který by naplňoval vztahové potřeby s jinými lidskými bytostmi zapojenými do procesu výchovy.

Stavy ega

Berneho původní koncept stavů ega poskytuje významný koncepční a funkční model pro pochopení toho, jak může žena přistupovat k vývojovému úkolu stát se matkou. Berne (1961) postuloval tři stavy ega: rodič, dospělý a dítě. Stav ega rodiče definoval jako stav složený z myšlenek, pocitů a chování rodičů nebo významných pečovatелů; stav ega dítěte jako stav složený z myšlenek, pocitů a chování z minulosti dané osoby a stav ega dospělého jako myšlenky, pocity a chování osoby v přítomnosti - přístup ke světu vývojově odpovídající tady a teď.

Berne (1961) rozšířil teorii stavů ega ve své hypotéze o kontaminaci stavu ega, což je proces, kterým se jednotlivé stavy ega vzájemně překrývají a ovlivňují své současné fungování. Integrativní psychoterapie dále rozpracovala Berneho myšlenky popisem klinického přístupu založeného na „procesu integrace osobnosti, který pomáhá klientům uvědomit si a přizpůsobit obsah svých roztříštěných a fixovaných stavů ega do ega integrovaného, neopsychického...“ (Erskine & Trautmann, 1997).

Podle Berneho (1961) se pravděpodobnost, že ke kontaminaci dojde, zvyšuje, když je člověk pod vlivem stresu, ať už vnitřního nebo vnějšího. Tím se také zvyšuje pravděpodobnost, že ke zvládnutí stresu a řešení problémů budou použity nefunkční nebo introjované vzorce myšlenek, pocitů a chování a budou ovlivňovat náš další způsob myšlení, cítění a/nebo chování tady a teď.

Vzhledem k tomu, že poporodní období nevyhnutelně představuje stres a výzvu pro všechny oblasti našeho já ve vztahu, období poporodního přizpůsobení skýtá mnoho příležitostí ke kontaminaci stavu ega. I když čerstvá maminka měla v minulosti možnost pečovat o kojence v jiné osobní nebo profesní roli, nyní má před sebou zcela novou a jedinečnou životní zkušenost. Její stav dospělého ega (neopsyche) postrádá informace a zkušenosti o tom, jaké to je být matkou tohoto konkrétního dítěte tady a teď. Žena, jenž instinktivně přesně ví, jak se starat o své dítě za všech nových okolností, které se objeví, je spíše vzácnou výjimkou, i když může ke svému dítěti cítit okamžitou „mateřskou lásku“ a připoutanost. I za těch neoptimálnějších okolností, je díky prožitému stresu během fyzického zotavení a psychického přizpůsobení, splnění fyzických nároků kojence stresující. Při absenci lékařské, rodinné a/nebo sociální podpory a informací, může žena pochopitelně přejít z dospělého stavu ega do stavu ega dětského nebo rodičovského, aby mohla lépe řešit vzniklé problémy a zvládat stres.

Výchova dítěte vytváří potenciál pro neustálou stimulaci stavu ega rodiče a dítěte. Rodičovství poskytuje každodenní příležitost zažít vzpomínky na vlastní dětství a také si připomenout vliv vlastních rodičů (Siegel & Hartzell 2003). Zejména péče o kojence může nabídnout úplně první silné připomínky pre-symbolických, předverbálních vzpomínek, často skrytých nebo nedostupných z vědomé paměti, ale stále uchovávaných ve stavech ega dítěte a rodiče a demonstrováných prostřednictvím vložených, vtělených a/nebo odehraných příběhů a chování (Erskine, 2009). To, jak žena drží své dítě, reaguje na pláč a požadavky svého dítěte a přistupuje ke každodenním výzvám mateřství, může poskytnout silné vodítko nejen k tomu, jaké mohlo být její vlastní dětství, ale také k tomu, jak byla ona sama vychovávána. Pochopení stavů ega a potenciálu poporodní kontaminace stavů ega, pomáhá ženám spojovat jednotlivé útržky z minulosti a zvnitřněné fixace, aby se mohly plně potkat se svým dítětem tady a teď a starat o něj.

Kazuistika: Leah

Leah přišla na terapii kvůli intenzivní úzkosti a nespavosti v důsledku péče o svého čtyřměsíčního syna. Přestože se její brzké přizpůsobení mateřství zdálo být bezproblémové, nedávna změna jeho spánkového režimu, v ní vzbudila celou řadu reakcí. Zjistila, že jí čím dál častěji dělá potíže opustit dům. Když dělala něco jiného, než že se starala o syna, cítila se provinile. Svě dny organizovala pouze podle jeho potřeb. Leah sama sebe popsala jako vysoce organizovanou osobu, která ráda dodržuje plán, na domluvené schůzky chodí vždy včas, často jen sedí ve svém domě a sleduje hodiny, dokud není čas odejít. Péče o miminko byla náročná. Jak syn rostl a proměňoval se, měnil se i jeho

denní rozvrh. Leah měla čím dál větší potíž předvídat, kdy má jít ven na pochůzky, aby nezmeškala jeho čas na spánek nebo na krmení. Pokud zůstala doma a čekala, až se probudí, začala být neklidná, rozzlobená a našťvaná. Leah si stále více uvědomovala onen konflikt konkurenčních potřeb.

Mapování dětství Leah odhalilo agorafobní matku, která se nikdy nenaučila řídit a dodržovala přísný rozvrh domácích prací. Nakupování potravin probíhalo vždy v sobotu, večere byla vždy v 17:00 a nikdo nesměl do kuchyně, protože by se mohlo něco zašpinit. Úzkost její matky navíc vedla k extrémnímu rodičovství. "Kdybychom měli žízeň, vyskočila by a dala nám sklenici vody, než jsme to mohli udělat sami. Pokud bychom potřebovali něco vystříhnout pro nějaký řemeslný projekt, vzala by nám nůžky z rukou a udělala to za nás." Udělala by pro nás všechno, než bychom měli příležitost to udělat pro sebe.“

Leah, nyní sama matka, věděla, že musí vypadnout z domu a udělat věci pro sebe a dítě, ale nemohla přijít na to, jak to zařídit. Když se starala o svého syna, cítila se unavená, našťvaná a osamělá ve své dobrovolné izolaci. K tomu se přidaly pocity viny za to, jak celé rodičovství prožívá.

Cítila se směšně, že na to všechno není schopna přijít. Byla nucena držet se rutiny, zlobila se na to, co se od ní očekávalo. Poporodní příběh Leah byl ukázkovým příkladem nového mateřství, které v ní podněcovalo vzpomínky na malou holčičku vychovanou posedlou a vystrašenou matkou. Stejně tak dokládá introjikanou zkušenost této matky, která se zoufale snažila fungovat tady a teď. Její neschopnost změnit tento zastaralý vzorec vnitřního boje, poskytovala úrodnou půdu pro vznik poporodní úzkosti a stresu.

Závěr

Téma rekonvalescence ženy po porodu se dotýká oblasti psychoterapie od momentu, kdy žena na terapii dochází jako těhotná, nebo vyhledá terapii brzy po porodu, např. kvůli prožívanému poporodnímu stresu, případně jde o součást již probíhajícího psychoterapeutického procesu, během kterého dojde k otevření tématu porodu, manželství a/nebo vztahu se staršími dětmi. Každá novopečená matka se zoufale snaží být něčím víc než jen „dost dobrou matkou“.

Ať už vědomě anebo nevědomě, ženy do rodičovství vstupují s úmyslem být tou nejlepší matkou, jakou mohou být. Náročné nebo nečekané problémy s poporodní adaptací, jsou často prvním střetem s těmito velmi pochopitelnými představami. Zdravá poporodní adaptace závisí na schopnosti rodiny, přátel, profesionálů a podpůrného prostředí zajímat se o novou maminku a naladit se na ni. S podporou milující rodiny a komunity, může matka využít příležitost pochopit a také vyléčit staré rány a vyhnout se přenosu vztahových selhání na své nové miminko. Každá nová matka potřebuje a zaslouží si citlivost ke své jedinečné osobní historii a současným vztahům, aby plně pochopila svou adaptaci na mateřství. Jen tak můžeme ženy správně provázet jednou z nejdůležitějších etap jejich života, mateřstvím.

Carol Merle-Fishman, M. A., CMT, LCAT, LMHC je licencovaná poradkyně v oblasti duševního zdraví a licencovaná terapeutka kreativních umění s certifikací v oblasti klinické transakční analýzy, integrativní psychoterapie a muzikoterapie. Carol má nyní soukromou praxi v Cortlandt Manor v New Yorku, kde pracuje s jednotlivci, skupinami a rodinami. Pracuje také na fakultě Institutu pro integrativní psychoterapii v New Yorku, sloužila jako postgraduální pomocná klinická supervizorka v Institutu pro hudbu a vědomí na Anna Maria College ve Worcesteru, Massachusetts, a působí jako školitelka/supervizorka v Mezinárodní asociaci pro integrativní psychoterapii. Jako matka dvou dcer ve věku 24 a 17 let, se Carol celoživotně zajímá o ženská témata.

Datum zveřejnění: 30. 12. 2010

Zdroje

- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy: a systematic individual and social psychiatry*. New York: Grove Press.
- Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello? The psychology of human destiny*. New York: Grove Press.
- Bing, E. and Coleman, L. (1997). *Laughter and tears: the emotional life of new mothers*. New York: Henry Holt and Co.
- Black, K. (2004). *Mothering without a map*. New York: Penguin Books.
- Buchanan, A. J. (2003). *Mother shock: loving every (other) minute of it*. California: Seal Press.
- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships*. New York: Norton Press.
- Davis, D. (1996). *Empty cradle, broken heart*. Colorado: Fulcrum Publishing.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (1994). Washington D. C.: American Psychiatric Association.
- Erskine, R. (1980). Script cure: Behavioral, intrapsychic and physiological. *Transactional Journal*, 10, 102-106. Republished in R. G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles* (pp. 151-155). San Francisco: T. A. Press.
- Erskine, R. & Trautmann, R. (1996). Methods of an integrative psychotherapy. *Transactional Analysis Journal*, 26(4), 316 - 328.
- Erskine, R, Moursund, J., & Trautmann, R. (1999). *Beyond empathy: A therapy of contact-in-representation*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Erskine, R. (2007). *Life Scripts: Unconscious Relational Patterns and Psychotherapeutic Involvement*. New York: Institute for Integrative Psychotherapy. Retrieved from www.Integrativetherapy.com.
- Erskine, R. (2009) *Life scripts and attachment patterns: Theoretical integration and therapeutic involvement*. New York: Institute for Integrative Psychotherapy. Retrieved from www.Integrativetherapy.com.
- Lamott, A. (1993). *Operating instructions*. New York: Ballantine Books.
- Maushart, S. (1999). *The mask of motherhood*. New York: Penguin Books.
- Mendell, D., and Turrini, P. (2003). *The inner world of the mother*. Connecticut: Psychosocial Press.
- Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O., & Mortensen, P. B. (2006). New Parents and Mental Disorders: A Population-Based Register Study. *Journal of the American Medical Association*, 296, 2582 - 2589.
- Noriega, G. (2010). Transgenerational scripts: the unknown knowledge. In R. G. Erskine (Ed.), *Life Scripts: A Transactional Analysis of Unconscious Relational Patterns*. (pp. 269-290). London: Karnak Books, Ltd.

Shields, B. (2005). *Down came the rain: My journey through postpartum depression*. New York: Christa Incorporated.

Siegel, D. J. & Hartzell, M. (2003). *Parenting from the inside out*. New York: Tarcher/Penguin.

Simkin P. & Klaus, P. (2004). *When survivors give birth*. Seattle Washington:
Classic Day Publishing.

Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.

Stern, D. (1990). *Diary of a baby*. New York: Basic Books.