

Volum coordonat de
Elena Otilia Vladislav

MANUAL DE PSIHOLOGIE CLINICĂ PRE- ȘI POSTNATALĂ

Consilierea părinților
înainte și după naștere

Cuvânt-înainte de Iolanda Mitrofan

POLIROM
2023

Cuprins

<i>Cuvânt-înainte</i> (Iolanda Mitrofan).....	7
<i>Prezentarea autorilor</i>	9
Introducere.....	15

Partea I

Perioada prenatală

Dificultățile emoționale ale părinților în perioada prenatală (<i>Corina Ioana Paica</i>).....	21
Despre graviditate și tipuri de sarcini. Asistența psihologică a gravidelor (<i>Silvia Carmen Mikulović</i>)	42
Situații medicale cu risc psihologic: sarcinile cu risc și nașterea traumatică (<i>Anca Maria Panaitescu,</i> <i>Diana Antonia Iordăchescu, Iulia Huluiță, Adina Motoc</i>)	73
Intervenții psihologice și terapeutice în perioada prenatală (<i>Corina Ioana Paica, Camelia Vasilica Cbețu</i>)	93
Impactul situațiilor adverse din perioada sarcinii asupra dezvoltării fătului și copilului (<i>Florin Țibu</i>)	119

Partea a II-a

Perioada postnatală

Dificultățile emoționale ale părinților în perioada postnatală (<i>Gabriela Marc, Elena Otilia Vladislav</i>).....	137
Crearea primelor legături afective dintre părinte și copil (<i>Elena Otilia Vladislav, Diana Antonia Iordăchescu,</i> <i>Corina Ioana Paica</i>)	160

Intervenții psihologice și terapeutice în perioada timpurie, post-partum (<i>Simina Angelescu</i>)	195
Cuplul în perioada pre- și postnatală (<i>Gabriela Marc</i>)	234

Partea a III-a

Situații medicale și psihologice speciale

Doliul perinatal: suferința pierderii unei sarcini. Suferința pierderii unei vieți (<i>Camelia Vasilica Cbețu</i>).....	261
Infertilitatea – o perspectivă psihologică și medicală (<i>Corina Gică, Diana Antonia Iordăchescu</i>)	286
Precreare și parentalitate. O perspectivă transgenerațională (<i>Denisa Cristina Godeanu</i>).....	309
Prematuritatea – o perspectivă psihologică și medicală (<i>Nicolae Gică, Elena Otilia Vladislav</i>).....	330
Tulburările psihosomatice ale sugarului și perspectiva maternologică (<i>Daniela Marincaș</i>)	354
<i>Bibliografie</i>	375

Psihoterapia părinți-copil presupune ca părinții și copilul să fie prezenți împreună în timpul ședințelor terapeutice, accentul punându-se pe calitatea emoțională a relației copil-părinte, și se acordă atenție simultan contribuțiilor individuale pe care partenerii le aduc la tonul afectiv al interacțiunii. Intervenția terapeutică are ca scopuri creșterea sensibilității parentale față de copil și sporirea prezenței, conștientizării, acordării și interacțiunilor plăcute.

Atitudinea terapeutului de deschidere, acceptare și compasiune față de problematica psihică și comportamentul părinților este esențială în procesul terapeutic. Ca specialiști, trebuie să avem compasiune pentru ceea ce părintele a îndurat în copilărie. Chiar dacă ne afectează emoțional indisponibilitatea lui emoțională sau agresivitatea din prezent, este important să fim conștienți și să păstrăm permanent în minte copilul lui interior aflat în suferință. Având o atitudine de compasiune, îl vom ajuta pe părinte să recunoască daunele pe care vechea durere i le provoacă acum copilului lui. Modul în care ne adresăm, atitudinea nonverbală și cuvintele pe care le folosim trebuie să fie blânde și protectoare. Dacă parentăm cu blândețe și securizăm părintele (și copilul lui interior), dezamorsăm mecanismele de apărare disfuncționale și, astfel, putem să aducem în discuție în cadrul terapeutic experiența suferinței lui și furia față de ceilalți (Lieberman & Van Horn, 2008).

Terapeutul trebuie să se miște flexibil între aspecte concrete ale realității și mecanismele psihologice (exterior și interior), între trecut și prezent (evenimente și emoții trecute și cele prezente). El se poate axa în consultație, după cum este necesar, pe următoarele aspecte:

- pe acțiunile fiecărui partener în momentul prezent;
- pe reprezentările mentale pe care părintele le are asupra copilului, asupra lui însuși, asupra celuilalt părinte, a relației lor și a situației de viață;
- pe emoții/sentimente și tonul afectiv al relației.

Orice părinte are vulnerabilități psihice care îi pot altera capacitatea parentală, dar dispune și de resurse interioare ce

trebuie descoperite în procesul terapeutic pentru a-l întări în relația cu copilul lor. Terapeutul trebuie să-i ajute pe părinți să-și amintească și să prețuiască experiențele pozitive și momentele de relaționare și manifestare sănătoasă, atât din istoria lor personală, din copilărie, cât și din prezent.

6. Abordarea terapeutică a mamelor cu depresie post-partum

Ca și pentru nou-născut, îngrijirea fizică pentru mamă în perioada post-partum se împletește cu cea emoțională. Femeia care a născut are nevoie de susținere fizică, de atenție, de ascultare. O femeie sănătoasă se află în această perioadă în acea stare psihică modificată, de mare sensibilitate, și anume preocuparea maternă primară. Această stare este necesară pentru a se conecta cu propriul copil și pentru a-i împlini nevoile. Ea poate fi foarte fragilă, emoțională, mai puțin rațională și coerentă sau într-o stare de maximă mobilizare. Dar, indiferent cum se manifestă, ea are nevoie ca partenerul să fie lângă ea, să îi ofere sprijin și să medieze legătura ei cu lumea exterioară.

Pot apărea însă și dificultăți emoționale. Întâlnirea cu bebelușul real reactivează la mamă conflictele ei vechi cu propria mamă. Adică apar trăiri greu de înțeles, dar care vin din experiența de mamă de bebeluș. Dificultățile se manifestă divers: mama se simte foarte speriată, anxioasă, neputincioasă, nesigură, are dificultăți în a-și hrăni și a-și îngriji copilul. De asemenea, nu îl poate liniști când plânge, are probleme cu somnul, devine irascibilă, furioasă, instabilă sau evitantă, refugiindu-se rapid în activitățile profesionale și sociale.

Dacă stările persistă și mama nu se afla în disponibilitatea emoțională maternă, foarte curând bebelușul va manifesta acest lucru. Astfel, va avea și el dificultăți de adaptare: plâns dificil de domolit, dificultăți de alimentare, de somn, probleme pediatrice de natura psihosomatică. Dar toate astea

nu pentru că mama ar fi vinovată că îi transmite stările ei, așa cum se consideră de obicei, ci pentru că bebelușul trăiește toate experiențele, tot ce simte, în și prin corp în această etapă timpurie de dezvoltare. Acum mama este lumea lui, mediul lui de viață și el rezonază cu tot corpul și psihicul lui la această lume.

În aceste situații, sprijinul emoțional pentru mamă și bebeluș este important, foarte probabil și cel de specialitate – psihologic. În acest mod, este facilitată depășirea dificultăților, iar copilul este ajutat să se echilibreze și să se adapteze mai ușor.

Tulburările emoționale perinatale (de dispoziție și anxietate) sau dificultățile materne, cum le numește maternologia – în mod obișnuit denumite *depresie post-partum* –, sunt complicații ale sarcinii și nașterii, care se regăsesc, conform studiilor, în proporții de 10-15% (OMS) sau chiar de 15-21% (Wisner *et al.*, 2013), mai frecvente chiar decât diabetul gestațional sau hipertensiunea arterială indusă de sarcină (6-8%). Problematika aceasta nu este însă conștientizată de familii, cadrele medicale, comunității în general, iar simptomele, manifestările și factorii de risc nu sunt cunoscuți și acceptați, ceea ce face ca de multe ori dificultățile materne să ajungă în cabinetul specialistului atunci când situația se agravează sau se cronicizează, după vârsta de un an a copilului.

Dintre *semnele și simptomele* care apar frecvent în starea mamei la șase săptămâni după naștere și pot indica o tulburare emoțională post-partum enumerăm tristețea, plânsul, lipsa bucuriei, a plăcerii, apatia, nervozitatea, iritabilitatea, furia, fricile, atacurile de panică, lipsa de energie, oboseala, sentimentele de inadecvare, vinovăția, neputința, sentimentul de eșec, de a nu fi o mamă bună, anxietatea legată de starea copilului, gândurile intruzive de pericol sau de a-i face rău copilului, lipsa comunicării, retragerea, agitația, neimplicarea, dificultățile de concentrare, tulburările de somn, modificarea apetitului, tulburările de alimentație. Totodată, simptomele fizice apar foarte frecvent ca somatizări ale suferințelor: dureri de cap, dureri în piept, dificultăți de respirație/senzație de apăsare, palpitații, dureri musculare, hiperventilație, amorțeală

sau furnicături în membre, dureri de stomac, modificări de tranzit, colon iritabil, probleme de vedere.

Abordarea maternologică completează posibilitățile de recunoaștere, screening și diagnostic ale depresiei post-partum prin analiza interacțiunilor mamă-copil în momentul alăptării/hrănirii și analiza semnelor și simptomelor fizice, comportamentale, fiziologice, medicale ale bebelușului, „micul clinician” ce relevă starea psihică a mamei (refuzul sânului sau biberonului, dificultate de hrănire, hipertonie, agitație, plâns inconsolabil, hipotonie, tulburări de somn, lipsa apetitului, scădere în greutate, probleme dermatologice, tulburări digestive și gastrointestinale).

Vorbele prin care mamele în dificultate își exprimă criza emoțională și existențială pe care o resimt sunt de cele mai multe ori acestea:

- „Mă simt copleșită”;
- „Parcă nu mai sunt eu însămi, nu mă recunosc”;
- „Simt o suferință continuă”;
- „Mă simt foarte singură”;
- „Nu știu de unde vine tristețea asta”;
- „Mă enervează orice”;
- „Simt că pierd controlul”.

Mamele în dificultate post-partum ajung cu greu să solicite psihoterapie, de multe ori fiind trimise de medicul de familie, de psihiatru sau de un medic de altă specialitate, ca urmare a acuzelor somatice, iar familiile nu înțeleg exact întotdeauna ce presupune și de ce este necesară terapia. Femeile vor doar să iasă din criza în care s-au trezit, de obicei fără să își dea seama, și să redevină ele însele, așa cum erau înainte de nașterea copilului. Vor să pună capăt suferinței, neputinței și sentimentului de eșec și de vinovăție, de dezamăgire că viața de mamă nu este așa cum se așteptau ele și cum și-au imaginat. Și, de cele mai multe ori, sunt confuze pentru că nu înțeleg cum au ajuns în situația aceasta.

De aceea intervențiile psihoterapeutice pot începe mai degrabă printr-un proces treptat, cu întâlniri de grup, pentru

ca mama să simtă că este în siguranță, nu expusă – să descopere că nu este singura în această situație și să capete curajul de a se exprima și de a accepta ajutorul individualizat. Un grup de suport post-partum poate să normalizeze suferința mamei, ceea ce îi va da liniștea, elanul și motivația necesare pentru a accepta ajutorul terapeutic individual.

Primii pași în contactarea și comunicarea psiholog-mamă sunt esențiali, pentru a nu-i trezi mamei reacții psihice de apărare care să o îndepărteze sau s-o blocheze în proces. Fiind în general copleșită de responsabilitatea copilului, nu este eficient să îi impunem de la început un cadru terapeutic rigid, ci să manifestăm disponibilitatea de a asculta și a înțelege, a accepta și a face față trăirilor și suferinței ei. Uneori este necesar să îi prezentăm beneficiile ajutorului pe care îl va primi în termeni de liniștire, de recăpătare a sentimentului de control și siguranță decât să explicăm ce presupune un proces terapeutic profund și pe termen lung.

Femeia în depresie post-partum are nevoie de acceptare, de clarificarea faptului că alături de noi poate să își exprime frica, deznădejdea, furia, tristețea, regretul și orice alte emoții și gânduri, oricât de dureroase și de inacceptabile ar părea.

- „Sunt un haos în ce fac, în ce simt și în comportamentul față de copil.”
- „Am sentimentul că tot ce fac fac prost! Nu sunt o mamă bună.”
- „Mă simt ca într-o închisoare!”
- „Am vrut să îi fac rău copilului, mă irita că plângea și am vrut să îl dau cu capul de pat, să îl arunc pe geam!”

Nu mulți oameni din jurul ei pot să audă aceste trăiri dureroase, căci societatea pretinde și impune ideea unui univers postnatal idilic, plin de iubire, împlinire și fericire alături de copil. Această presiune socială o face pe mamă să se închidă în sine și să se ascundă mai mult, uneori chiar și față de sine însăși.

Noi îi înțelegem starea de regresie și dificultatea ca reacție la trauma depresivă, dar nu trebuie să îi spunem acest lucru;

nu e nevoie să îi explicăm și să o responsabilizăm verbal pentru travaliul terapeutic care urmează, ci trebuie doar să acționăm în consecință (Kleiman, 2009).

Terapeutul trebuie să ofere un *spațiu fizic și psihic protector*, de acceptare, ascultare empatică, de susținere și conținere. Cabinetul în care este primită mama în dificultate e primul cadru de conținere psihică pe care îl putem folosi terapeutic. Prezența fizică chiar contează, pentru că și la început, când eram bebeluși, totul se trăia în și prin corp, de aceea și în terapie începem de la confortul corporal.

Deoarece dimensiunea corporală este importantă post-partum, mama suferă și fizic. De cele mai multe ori nu se mai poate îngriji adecvat din cauza lipsei de timp, a dezorientării și a depresiei și poate avea dureri vaginale și abdominale persistente după naștere – mai ales dacă aceasta a fost traumatică –, dureri de sâni și alăptare dificilă, somatizări ale depresiei, dureri de stomac, amețeli, țiuit în urechi, migrene etc.

Dacă suntem cu adevărat atenți la problematica mamei după naștere, este important să știm că e posibil să nu fi reușit să se hrănească la timp sau să se hidrateze. Deseori, mamele cu nou-născuți nu reușesc să își facă noi rutine de autoîngrijire, fiind copleșite de programul și nevoile copilului, de perturbarea somnului și a ritmului zi-noapte. De aceea, a avea în cabinet, disponibil pentru sesiunea cu mama în depresie, un pahar cu apă, o cană de ceai cald, un bol cu covrigei contribuie la crearea cadrului securizant și conținător necesar unui pacient regresat.

Spațiul fizic în care se desfășoară psihoterapia trebuie să creeze acel mediu timpuriu de susținere suficient de bun (Winnicott, 1984) pentru ca pacientul să poată regresa, să se poată întoarce la copilul din el și să poată relua în condiții psihice adecvate dezvoltarea emoțională blocată. Cadrul terapeutic îi va oferi ritmic, previzibil o persoană stabilă, de încredere, care să o asculte, să o vadă, să o simtă, cu atenție, într-o încăpere plăcută, luminată și încălzită adecvat, pe o canapea confortabilă. Prezența fizică, senzorială în mediul cabinetului, corp la corp, împreună cu terapeutul poate să asigure susținerea fizică (*holding-ul*) asemeni brațelor materne.