

Prout, T. A. (2019). Pregnancy and Disability: Therapist Transitions and Transformations. *Journal of psychotherapy integration*. 29 (2). p. 211-233.

Těhotenství a dočasná zdravotní omezení: Proměna terapeutky (výťah)

Změna je základním kamenem terapeutického procesu. Cílem terapie je zážitek změny formou snížení negativních symptomů a zlepšení kvality života. Přesto většina psychoterapeutických paradigmat považuje za zásadní neměnnost terapeuta. Terapeut se nezávisle na psychoterapeutickém směru má zaměřovat na konzistentní rámec péče. Přesto v životě terapeuta nastává mnoho situací, které mohou ovlivnit psychoterapeutický vztah, některé jsou nečekané (smrt partnera/dítěte), jiné zase částečně sdílené s klientem (teroristický útok), další změny, k nimž patří i těhotenství, mohou zahrnovat volbu na straně terapeuta a významný vizuální stimul.

Terapeutčino těhotenství často vede k rozhodnutí alespoň dočasně opustit klienta. Zároveň těhotenství dává klientovi signál o změnách v terapeutčině životě a může evokovat fantazie o jejím sexuálním životě, vztahu s partnerem a o tom, že se stará i o potřeby jiného člověka než klienta. Rostoucí těhotenské břicho mění a narušuje rámec terapie, terapeutka minimálně částečně vystupuje z neutrality a relativní anonymity, Těhotenství může stejně jako jiné životní změny vyvolat u terapeutky osobní i profesní krizi.

Stále více výzkumů se zaměřuje na vliv terapeutčina těhotenství na pacienty. Těhotenství může u pacientů vyvolat závist, pozitivní identifikaci, strach z opuštění a ztráty či pocit soutěživosti. Zároveň může otevřít dveře dříve nevyjádřeným pocitům a myšlenkám týkajících se raného vývoje pacienta. O vlivu těhotenství na samotné terapeutky toho bylo napsáno podstatně méně. Autorka proto v tomto článku předkládá několik příkladů, jak těhotenství ovlivnilo její psychoterapeutickou praxi.

V době prvního těhotenství byla natolik zabraná do sebe a soustředila se na to, jak se mění její tělo, že si u jednoho ze svých pacientů nevšimla velmi zjevného stažení z terapie. Tento pacient přišel před osmi měsíci z důvodů potíží s agresivitou, tyto problémy se dařilo usměrnit a pacientovy vztahy se významně zlepšily. Postupně se v terapii dostali k tématu sexuality a pacientově lítosti nad dříve prodělanou vasektomií. V době, kdy terapeutka byla v prvním měsíci těhotenství, se pacient několikrát omluvil ze setkání často s tím, že má moc práce, poté přišel s tím, že potřebuje terapii na osm až devět měsíců přerušit, protože jej čeká náročný pracovní projekt zaměřený na vývoj kojenecké výživy. Terapeutka byla velmi překvapena, protože těhotenství na ni nebylo znatelné a kromě partnera o něm v takto raném stadiu nikomu neřekla. Zároveň ještě neměla vyřešeno, jak oznámí těhotenství a nástup na mateřskou dovolenou svým pacientům, proto ani tomuto muži nakonec neprozradila, že za devět měsíců bude nejspíše na mateřské a dohodla se s ním na navázání terapie po ukončení projektu. Muž se rozloučil se slovy, že ačkoli bude pracovat na kojenecké výživě, stejně si myslí, že kojení je nejlepší. Tento zážitek byl pro terapeutku zajímavou zkušeností toho, jaký vliv může mít nevědomá komunikace na terapeutický proces. Pacient se k terapeutce po mateřské dovolené vrátil, a když zpětně probírali tuto jeho implicitní znalost terapeutčina stavu, svěřil se, že v čekárně zažil několik epizod denního snění, které se terapeutčina těhotenství dotkly. První těhotenství je pro terapeutku významné z hlediska kladení si otázek

o své osobní i profesní identitě a v terapii může provokovat množství přenosů a protipřenosů, kterým se terapeutky musí snažit porozumět souběžně s tím, jak se snaží porozumět samotnému těhotenství.

Druhý případ se týkal mladé ženy, která přišla s rozpory v manželství ohledně pořízení dítěte, kdy partner dítě nechtěl a ona po něm toužila, prvních několik sezení byla velmi strnulá, potlačovala emoce a zdálo se, že nemluví o množství minulých traumat. Na třetím setkání přišla pacientka s velkými bolestmi pánevního dna, které ji značně omezovaly v pohybu. Postupně byla vyloučena fyzická příčina a terapeutka mezitím s ženou pracovala na možných psychických příčinách této bolesti. Žena se postupně začala více otevírat a mluvila o své bolesti a obavách, po dvou letech terapie vyšlo najevo, že ačkoli pacientka do té doby trvala na tom, že touží po dítěti, vlastně se těhotenství velmi bojí. Začala mluvit o tom, že těhotenství je nechutné a nechápe, jak do něj někdo může jít dobrovolně. Tou dobou byla terapeutka podruhé těhotná. Těhotenství se ženě rozhodla oznámit tři týdny před pacientčinou plánovanou dovolenou, aby měly čas téma zpracovat. Pacientka zareagovala velkým vztekem a opustila pracovnu po 15 minutách setkání. I tato pacientka se nakonec vrátila a to až po plánované dovolené, kdy oslovila během setkání vztek, který odehrála po oznámení terapeutčina těhotenství, a oznámila terapeutce, že pokud s někým má zvládnout problém, který s těhotenstvím má, bude to s ní. V průběhu další spolupráce se podařilo zpracovat množství silných emocí a zároveň zcela odbourat chronické bolesti pánevního dna. Pacientka nakonec i dobrovolně otěhotněla a posunula se v terapii k mateřským tématům. Společně pracovaly ještě několik měsíců po pacientčině porodu, a poté se dohodli na ukončení terapie. Tento případ vedl terapeutku k objevení síly být špatným objektem v terapii a unést pacientův vztek, resp. negativní přenos. Zároveň ji dovedl k dalšímu studiu témat jako psychosomatická bolest, ambivalentní postoj k mateřství a těhotenství a vztah matka-dítě.

Třetí případ se týkal ženy, matky čtyř již dospělých dětí, které v dětství fyzicky týrala. Tato žena přišla do terapie v době, kdy se snažila navázat vztah se dvěma ze svých dětí a v rámci sezení mluvila o všem, co dětem v dětství dělala. Zdálo se, že si v průběhu vyprávění odehrávala emoce, které tehdy cítila (objevovaly se úšklebky a úsměv, když vyprávěla o tom, jak polonahé děti nechávala na mraze, nebo na ně pouštěla ledovou sprchu a křičela na ně, když chtěly odejít), přesto na konci vyprávění vždy připojila slova lítosti, která však nebyla doprovázena adekvátními emocemi. Ve chvíli, kdy terapeutka přišla na to, že je těhotná, začala pociťovat silný protipřenos, obavy z toho, že je pacientčina krutost nakažlivá a že i ona poškodí své dítě, nebyla schopna pacientku poslouchat a bála se o své dítě. Vzala si případ do supervize a čekala, že ji supervizorka dá rady, jak se přes tyto pocity dostat a být opět dobrou terapeutkou. Supervizorka jí však místo toho nabídla, že si ženu převezme, terapeutce se velmi ulevilo a pacientku předala kolegyni. Tento zážitek byl pro ni silný z toho důvodu, že si uvědomila, že i jako odbornice má své limity a mohou být pacienti, s nimiž nemusí být schopna pracovat a přitom to z ní nedělá špatnou terapeutku. Zároveň získala poprvé vhled na to, že rodiče jsou ochotni obětovat pro dobro svých dětí mnoho, i své ego.

Čtvrtý případ se týká ženy, které terapeutka od začátku záviděla (úspěšnou kariéru, krásu, peníze, oblečení), tento protipřenos byl odrazem toho, co cítili lidé v okolí pacientky. Pacientka sama přitom nebyla schopna vyjádřit pocit závidění. V době, kdy společně začaly

pracovat, byla terapeutka již těhotná, a jak její těhotenství postupovalo, pacientka začala mluvit o svých přípravách na otěhotnění a snahách otěhotnět, které došly až k IVF v době, kdy byla terapeutka podruhé těhotná. Terapeutka s postupujícím těhotenstvím přišla na to, že její druhé dítě bude trpět genetickou vadou a opět se u ní aktualizovala protipřenosová závist, která tentokrát pramenila z pacientčiny možnosti vybrat si své zdravé embryo. Terapeutka si na tomto případě uvědomila, že nesla celé těhotenství pocity závisti nejen své, ale i pacientčiny. Ta nebyla schopna vyjádřit, že závidí terapeutce, že má něco, co ona chce. Až po terapeutčině porodu byla pacientka schopna přiznat pocity závisti. Terapeutka se v tomto případě naučila respektovat pacientovu rezistenci a potřebu pomalé práce na odbourávání nefunkčních obran.

Spolu s těhotenstvím psychoterapeutka zažila i dočasné zdravotní komplikace, které jí znemožnily běžně fungovat. Objevil se u ní syndrom zahrnující mimo jiné silné bolesti kyčlí, zad, podbřišku. Každý pohyb, včetně sezení, byl bolestivý a terapeutka tak trpěla nejen při cestě do práce či spánku, ale i při samotné práci. Pacientům o své bolesti neřekla a snažila se, aby ji nezpозorovali. Pohlčená snahou skrýt bolest si nevšimla, že by pacienti jakkoli reflektovali její bolest. A nebyla proto schopna žádné přenosové práce s ohledem na své dočasné omezení soběstačnosti. Přesto v ní tento zážitek probudil zvýšenou citlivost a empatii k pacientům prožívajícím fyzickou bolest. Zároveň ji následné okamžité zapojení do práce umožnilo překonat úzkost a pocity bezmocnosti po předčasném porodu. Uvědomila si, že se po porodu dítěte, které muselo být na JIP, potřebovala cítit užitečná, nápomocná a produktivní.

Již při prvním těhotenství zvažovala, zda bude cítit touhu vrátit se do zaměstnání, nebo bude chtít být s dítětem. Po návratu do práce bojovala s tím, aby byla „dost dobrá“ matka a zároveň „dost dobrá“ terapeutka. Postupně však zkušenost těhotenství i mateřství integrovala a dokázala ji využít k profesnímu i osobnímu růstu. Rozšířila repertoár pacientů např. o rodiny potýkající se s potížemi s početím, prenatalní či perinatální ztrátou nebo s dítětem s postižením.

Článek se snaží na čtyřech případech konkrétní práce s pacienty přiblížit zásadní témata, která mohou těhotné terapeutky potkat. Zmiňuje vnímání těhotenství na nevědomé úrovni některými pacienty, které může terapeutku překvapit. Dále se dotýká především přenosových témat a pocitů, které může oznámení těhotenství vyvolat v pacientech a následně i v terapeutce, respektive i o pocitech, které může u terapeutky vzbudit zjištění těhotenství a řešení toho, jaký dopad bude mít na její pacienty. Autorka článku vidí těhotenství jako významnou životní událost, která jí pomohla jako terapeutce vyrůst a umožňuje jí nyní předávat zkušenosti další generaci terapeutů.

Konkrétní zdroje výše uvedených informací jsou k dohledání v originálním článku.

(přeložila a výtah zpracovala Tereza Pucholtová)