**Porod jako spouštěč deprese nebo dokonce traumatu?**

*Autorka: PhDr. Eva Labusová*

**Obsah:**

# Proč právě téma porodu…………………………………………………………………………………1

# Deprese a trauma v souvislosti s porodem……………………………………………………..2

# Příčiny poporodní deprese a poporodního traumatu………………………………………3

## Možné příčiny poporodní deprese…………………………………………………………………..5

* 1. **Možné příčiny poporodního traumatu…………………………………………………………….6**

# Kazuistika klientky “Jany”……………………………………………………………………………….7

# Mé přenosy a protipřenosy…………………………………………………………………………….19

# Ještě krátce k porodní depresi………………………………………………………………………..20

# Úvahy o totalitě v nás: Odkud se bere a zrcadlí ji české porodnictví?.................21

# Vyhlídky do budoucna a možnosti prevence ………………………………………………….25

# Poděkování……………………………………………………………………………………………………..27

# Přílohy…………………………………………………………………………………………………………….27

**Poznámka k použitým zdrojům:** Odkazy na literaturu a adresy webových stránek uvádím v poznámkách pod čarou přímo v textu.

# Proč právě téma porodu

Těhotenství a porod představují pro současné ženy v západní kultuře velkou výzvu. Také v České republice se dětí rodí stále méně a v dlouhodobé perspektivě není zajištěna reprodukce obyvatelstva[[1]](#footnote-1). Jen menšina žen vnímá porod jako pozitivní, posilující zkušenost[[2]](#footnote-2). Obecně je u nás porod vnímán jako nepříjemná nutnost, kterou ženy musí podstoupit na cestě k dítěti. Za dobrý bývá označen takový porod, který matka a dítě fyzicky bez úhony přežijí.

V této práci se pokouším takový názor zpochybnit s tím, že fyzické přežití, jakkoliv je důležité, by v době kladoucí důraz na zdraví jako na komplexní bio-psycho-sociální veličinu pro kladné hodnocení porodu už samo o sobě stačit nemělo. Přibývá vědecky podložených informací o enormní důležitosti psychického rozpoložení ženy na průběh jejího porodu[[3]](#footnote-3) stejně jako o zásadním vlivu porodu na utváření ženské a mateřské identity.[[4]](#footnote-4) Průběh porodu je bezprostředně ovlivněn prostředím a typem péče, jichž se ženě během porodní práce dostane.

Porodnickou problematikou se zabývám od roku 1993, kdy jsem sama poprvé otěhotněla. První porod byl i pro mne nesnadným transformačním zážitkem, který mne záhy přesměroval z oblasti původní profese (výuka jazyků) k hlubšímu zájmu o psychologii a psychoterapii. Porodnictvím jsem se nejprve zabývala v rámci překladů a publicistiky pro českou verzi německého časopisu ELTERN / RODIČE[[5]](#footnote-5) (v redakci jsem působila asi 15 let). V roce 2001 jsem byla jednou ze tří spoluzakladatelek o.s. Aperio – Společnosti pro zdravé rodičovství[[6]](#footnote-6), jejímž prvním programem, tehdy podpořeným z Nadace OSF Praha, byla právě humanizace zdejšího porodnictví. Porody jsem se zabývala v rámci autorského pořadu Hovory o rodině, resp. Hovory o vztazích[[7]](#footnote-7) pro dnes již zaniklou stanici Český rozhlas 6 v letech 2007 – 2013. Do konce roku 2016 jsem spolupracovala s německým časopisem pro porodní asistentky Deutsche Hebammenzeitschrift[[8]](#footnote-8). Absolvovala jsem nebo spolupořádala několik konferencí a seminářů k tématu porodu a napsala mnoho textů[[9]](#footnote-9) pro různá média.

Od roku 2011 pracuji se ženami, které porod spolu se svými dětmi povětšinou (nepočítám-li některá masivní poporodní poranění nebo útrapy spojené s komplikacemi u operativních porodů) fyzicky přežily bez větší újmy. Zároveň však v souvislosti s porodem zaznamenaly následné závažné obtíže psychické, zahrnující nějakou formu poporodní deprese nebo nějakou míru rozvinutí posttraumatické stresové poruchy (PTSD).

# Deprese a trauma v souvislosti s porodem

**Poporodní depresivní stavy** se vyskytují ve třech podobách. **Poporodní propady nálad (tzv. baby blues)** se dle různě uváděných statistik[[10]](#footnote-10) během šestinedělí v nějaké podobě dotknou 50 – 80% žen. Jde o běžnou, odbornou intervenci nevyžadující situaci, která trvá několik hodin až dnů a která odezní sama od sebe, zejména když se ženě dostává patřičné podpory a pomoci okolí. Pokud žena z nedobrého rozpoložení nevyjde do konce šestinedělí, může se už jednat o **poporodní depresi**. Té v různé intenzitě podléhá 10 – 20% žen a může se projevit kdykoliv po porodu v řádu dnů, měsíců, výjimečně i let, obvykle během raného věku dítěte. Nejtěžší formou poruchy je pak **poporodní psychóza** (nesprávně také laktační, s laktací ovšem nemá nic společného), postihující 1 až 3 ženy z tisíce a projevující se silnou intenzitou problémů dvou předchozích poruch, ale také různých psychotických příznaků. Pro možný sklon k sebevražednosti může bezprostředně ohrozit život matky i dítěte. Klinické obrazy uvedených tří poruch nebývají jasně odděleny a mohou přecházet jedna v druhou.

U některých žen se po porodu vyvine **posttraumatická stresová porucha (PTSD)**, tedy porucha, která doprovází silně traumatizující, život ohrožující situace. Jako takovou některé ženy vnímají porod, když se během něho obávají o život svůj nebo o život svého dítěte. Případně jde o důsledek ztráty kontroly nad vlastním tělem, o prožitek nadměrného strachu či bolesti z použitých medicínských intervencí, o prožitek ztráty důstojnosti při neuctivém nebo hrubém chování porodního personálu apod. Statistiky ohledně počtu žen s PTSD po porodu se mi za české porodnictví sehnat nepodařilo a zahraniční zdroje se různí. V tomto případě si netroufám žádná čísla nabídnout. Samotné téma PTSD po porodu jako takové lze ale v respektovaných německy a anglicky psaných zdrojích (v nichž jsem schopna hledat) najít v  hojném počtu.[[11]](#footnote-11)

S potřebou zpracovat negativně vnímaný zážitek porodu mou poradnu obvykle vyhledávají ženy, které přivedly své dítě na svět neplánovaným akutním císařským řezem, případně jiným způsobem porodu s vysokou mírou lékařských intervencí (medikace,vakuumextraktor, kleště…). Přicházejí, protože vykazují depresivní či traumatické symptomy. Svůj stav často popisují s tím, že jsou zmatené a přestaly samy sobě rozumět. Ač se na dítě těšily, nyní si mateřství neužívají a v jejich životě celkově ubylo radosti a pocitu smyslu. Většina z nich přitom patří mezi tzv. vědomé matky - na rodičovství i na porod se pečlivě připravovaly. Přesto je s příchodem dítěte nakonec mnohé jinak, než čekaly. Cítí zklamání, trápí je pocity selhání a viny, podléhají pasivitě a pocitu vyhoření a jejich stav se často negativně podepisuje na vztahu s dítětem, ale také s partnerem, otcem dítěte.

Někdy se problémy projeví bezprostředně po porodu, jindy s odstupem. Typický je odklad vyhledání odborné pomoci, který bývá způsoben tím, že ač těmto ženám dlouhodobě není dobře, jejich manželé / partneři, jiní rodinní příslušníci, přátelé i lékaři je uklidňují. Porod se sice nepovedl, ale jistě bude brzy lépe. Když jsou oba, matka i dítě, nakonec v pořádku („Vždyť už je to za vámi, už jste to přežili!“), tak nač se trápit? „Nemám o svých skutečných pocitech s kým mluvit, nikdo mne nechápe, připadám si divná,“ slýchám při prvním setkání s těmito ženami.

Ostravská klinická psycholožka Michaela Mrowetz, s níž jsme v letech 2012 – 2013 v Praze pořádaly dva celodenní semináře[[12]](#footnote-12) k tématu pro odborníky, hovořila o poporodní depresi ve své přednášce nazvané „PTSD po porodu – diagnostika a terapie”[[13]](#footnote-13) na konferenci „Psychotraumatologie – Attachment – Psychoterapia“ v Trenčíně v roce 2012. Přednášku uvedla slovy, která, domnívám se, vícevrstvou podstatu porodního děje výstižně shrnují: *„Porod lze vnímat jako pozitivní vývojový úkol bio-psycho-sociálního a sexuálního zrání jedince, rodiny a společnosti. Vzhledem k dynamickému, otevřenému prostoru prožitků v unikátní hormonální balanci při porodních procesech, kterého se účastní bazální dvojice dítě – matka, lze porod vidět i jako vývojový krok spojený s existenciálním prožitkem konce i začátku. Biologické procesy bondingu (lepení, rané vazby), na něž nasedá rozvoj attachmentu, podporují překonání existenciální krize a proměny ženy z těhotné ženy v matku, její adaptaci na poporodní situaci a rozvoj opatrovatelských kompetencí. Také podporují imunologickou, emocionální a fyziologickou adaptaci dítěte na vnější svět. Jde o významnou změnu dynamiky celého rodinného systému.“* Takto všestranný pohled na porod v rámci standardního českého porodnictví chybí. (Více o tom v Přílohách k této práci.)

# Příčiny poporodní deprese a poporodního traumatu

Poporodní deprese a poporodní PTSD se mohou v symptomech vzájemně překrývat a některé symptomy jsou dokonce totožné. Jedná se ale o dvě různé poruchy a je nutno na to brát ohled.

Pro české porodnictví jsou jak poporodní deprese, tak i poporodní trauma prozatím okrajovými záležitostmi. O poporodním traumatu se v ČR v souvislosti s porodem až na výjimky[[14]](#footnote-14) nemluví a v češtině není běžně k dispozici ani žádná literatura. S poporodní depresí se počítá o něco víc, je na ni nejčastěji nahlíženo jako na adaptační poruchu. V debatách o jejích příčinách se nejčastěji objevuje otázka, zda jde primárně o geneticky dané nebo hormonálně podmíněné vychýlení z rovnováhy, nebo spíš o důsledek toho, že moderní společnost a její porodnictví nevycházejí vstříc skutečným potřebám žen v čase okolo porodu. Ačkoliv jednoznačná vědecky podložená odpověď prozatím zřejmě neexistuje, pravděpodobněji se jeví druhé vysvětlení. Kdyby totiž byly poporodní deprese dány biologicky, musely by se v obdobné míře objevovat v každé kultuře. Tak tomu ale není. U domorodých kultur je výskyt výrazně menší[[15]](#footnote-15). V ČR se prozatím oběma tématům veřejně věnuje pouze několik rodičům určeným webových stránek provozovaných povětšinou porodními asistentkami, dulami nebo porodními pedagožkami[[16]](#footnote-16). Z knižní produkce se téma objevilo v několika rodičovských publikacích[[17]](#footnote-17).

V zahraničí - vycházím z německy a anglicky psaných zdrojů - je informací k dispozici více. Např. americká psycholožka a medicínská publicistka Kathleen Kendall Tackett[[18]](#footnote-18), jedna z prvních odbornic, která se o téma začala zajímat, uvádí následující[[19]](#footnote-19): *„Poprvé jsem se zabývala porodním traumatem v roce 1990. Tehdy toto téma dosud nebylo v hledáčku vědců. Našla jsem pouze jednu studii, jejímž závěrem bylo, že neexistuje vztah mezi porodním zážitkem ženy a jejím emocionálním zdravím. Tyto výsledky se mnou nerezonovaly. Znala jsem příliš mnoho příběhů žen, které popisovaly své porody jako trýznivé. Byla jsem proto přesvědčena, že se vědci mýlí. Abych téma skutečně pochopila, rozhodla jsem se sama ponořit do literatury o posttraumatické stresové poruše. Během 80. a 90. let 20. století se vědci zajímali o dopady válek, holokaustu či sexuálního násilí. Nikde žádný porod. Až v klasickém díle Charlese Figleyho Trauma a jeho zrod[[20]](#footnote-20) jsem narazila pro pochopení možného vlivu porodu na něco užitečného. Ve shrnutí stavu výzkumu traumatu v polovině 80. let Charles uvedl, že událost je problematická do té míry, jak byla náhlá, nebezpečná a zdrcující.[[21]](#footnote-21) To byl pro mě rámec k pochopení zážitků žen z porodu. Zaměřila jsem se na subjektivní reakce žen, které jsem použila při popisu porodního traumatu ve své první knize Poporodní deprese[[22]](#footnote-22). A zatímco jsem první knihu psala, vzniklo spousta excelentních výzkumů k tématu porodního traumatu, které ukázaly, že vysoký počet amerických žen má po porodu symptomy posttraumatického stresu a některé dokonce splňují kritéria pro posttraumatickou stresovou poruchu. Například Mezinárodní Lamaze Studie Vyslyšme matky zahrnovala národně reprezentativní vzorek 1 573 žen. Studie zjistila, že 9 % z nich plně splňovalo kritéria posttraumatické stresové poruchy po porodu a dalších 18 % mělo symptomy posttraumatického stresu[[23]](#footnote-23). Tato zjištění se různila dle etnické skupiny: posttraumatickým stresem trpělo ohromných 26 % nehispánských černých matek. Autoři tehdy konstatovali, že ´vysoké procento matek s rozvinutým post-traumatickým stresem je střízlivá statistika´“.* Ve svém dalším publicistickém díle Kathleen Kendall Tackett k tématu porodního traumatu přinesla celou řadu dalších vysvětlení.

Pokud vím, v ČR podrobný výzkum na téma výskytu poporodní deprese nebo poporodního traumatu, resp. významu jejich prevence zohledněním specifických potřeb rodících žen, dosud proveden nebyl. A tak opět čerpám ze zkušeností zahraničních, z nichž se lze např. dozvědět, že *„…genetické předpoklady tvoří sice významný, nikoliv však nejpodstatnější důvod této depresivní poruchy. Poporodní deprese se rozvíjí i u žen geneticky zcela nezatížených, které ale v souvislosti s porodem zažijí větší stres nebo jichž se v čase porodu něco emociálně či sociálně bolestně dotkne“ .[[24]](#footnote-24)* Zároveň *„…jestliže jedna nebo více členek rodiny, z níž žena pochází, v minulosti trpěly poporodní depresí, může to znamenat zvýšenou pravděpodobnost, že se i u ní poporodní deprese vyvine. U žen trpících už před porodem poruchami nálad nebo úzkostí nebo v minulosti trpícími závažnějšími duševními nemocemi jako např bipolární poruchou, je o 30 až 35% vyšší pravděpodobnost, že u nich k poporodní depresi dojde. Také u žen, které zažily poporodní depresi při dřívějším porodu, je vyšší pravděpodobnost, že porucha propukne i u dalších porodů*“.[[25]](#footnote-25) Vývoj poporodního traumatu se údajně předem odhadnout nedá. Kazuistiky žen, s nimiž jsem pracovala, mi to potvrdily: „*…Jsou ženy, které prožijí traumatizující porod, ale deprese ani PTSD se u nich nevyvine, a jiné ženy naopak traumaticky reagují i tam, kde by následně problém nikdo nečekal.[[26]](#footnote-26)*

## Možné příčiny poporodní deprese

Nelze je definovat jednoznačně. Prožívání a reakce jednotlivých žen vždy záleží na jejich individuálních fyzických, psychických, sociálních a též na společenských podmínkách, krátce na konkrétní kombinaci zatěžujících okolností, na něž organismus ženy během těhotenství, porodu a po porodu reaguje. Mezi nejčastější rizika patří[[27]](#footnote-27):

**Fyzické faktory:**

* bouřlivé hormonální změny po porodu
* dysfunkce štítné žlázy
* biochemické změny z nedostatku spánku
* psychická zatížení z předchozího života
* genetické zatížení

**Peripartální (v čase okolo porodu se vyskytující) faktory:**

* dlouhé čekání na těhotenství
* předchozí potrat(y)
* neplánované nebo nechtěné těhotenství
* komplikace během těhotenství
* deprese během těhotenství
* traumatický, velmi bolestivý a/nebo příliš dlouho trvající porod
* nouzově provedený císařský řez
* neklidné, necitlivé prostředí, v němž porod probíhal
* předčasný porod, porod nemocného nebo mrtvého dítěte
* obtíže s kojením
* příliš časné nebo nechtěné přerušení laktace
* užívání léků na zastavení laktace

**Psychické faktory:**

* rozloučení se s těhotenstvím (některým ženám jako by víc vyhovovalo být těhotné než matkami)
* opuštění představy o vysněném dokonalém dítěti
* rozloučení se s vlastním dětstvím
* osobní omezení
* krize identity
* ztráta samostatnosti
* ztráta svobody a sebeurčení
* perfekcionismus
* ztráta pocitu kontroly
* traumatické zážitky v čase těhotenství a porodu
* zatěžující okolnosti typu stěhování, finančních či sociálních problémů
* vztahové problémy, zejména s otcem dítěte
* traumatické zážitky z vlastního dětství
* porodem reaktivované nezpracované zkušenosti z vlastní životní historie

**Sociální faktory**

* společenská idealizace mateřství (včetně vlivu literatury a reklam)
* náročné dítě vyžadující zvláštní péči (např. nadměrně plačící miminka)
* zabydlování se v nové roli matky
* nedostatečná podpora partnerem a sociálním okolím
* změny ve vztahu s partnerem
* změny ve vztazích s již narozenými předchozími dětmi
* změny ve vztazích k vlastním i partnerovým rodičům
* přerušení dosavadních přátelských vztahů s přáteli – nerodiči
* rozpad podpory širších rodinných společenství
* patriarchální společenské vzorce, nedostatečná podpora matky a mateřství

Švýcarsko-americká psychoterapeutka Aletha Solterová[[28]](#footnote-28) uvádí, že poporodní depresí jsou více ohroženy také ženy, které špatně snášejí dětský pláč. Za zmínku dle jejího pozorování stojí pokus skupiny amerických psychologů spolupracujících s matkami, které měly problém s vytvořením pouta ke svým dětem. Psychologové tyto ženy pozvali k intenzivnímu rozhovoru o jejich vlastním dětství. Pomohli jim spojit se s jejich tehdejšími pocity a vyplakat se z nich. Hned po této citové úlevě se většina matek začala se svými dětmi spontánně mazlit. Energie k vyživování miminka byla zjevně zablokovaná za silnou vrstvou nevyjádřeného vlastního trápení pocházejícího často z emočního vývojového traumatu matky (jejích nenaplněných potřeb či deprivace během vlastního dětství). Mohu potvrdit, že nesnášenlivost dětského pláče a nepřiměřené reakce na něj (agrese, úzkost, pocity viny…) matky, resp. rodiče, nezřídka přivádějí také do mé poradny.

* 1. **Možné příčiny poporodního traumatu**

Zatímco u poporodní deprese hraje důležitou roli celé široké spektrum životních okolností rodící ženy, u poporodního traumatu, resp. u rozvinutí posttraumatické stresové poruchy, jde především o okolnosti samotného porodu. Velmi záleží na tom, jakým způsobem ženy rodí, a jaký typ péče je jim během porodu poskytnut. Mezi nejčastější rizika patří[[29]](#footnote-29):

* příliš dlouhá nebo příliš krátká doba porodu (tzv. překotný porod)
* vysoká míra medicínských intervencí
* indukovaný porod - příliš silné, příliš bolestivé porodní kontrakce (často způsobené indukcí)
* nedostatečná opatření pro možnosti úlevy od bolesti (hodně souvisí s možnostmi sebeurčení ženy, volným pohybem a možností volby porodní polohy)
* pocity ztráty kontroly nad vlastním tělem
* nouzová situace, resp. porod s dramatickým průběhem - potřeba záchranné akce, např. v případě akutního císařského řezu
* neosobní nebo hrubé zacházení s rodící ženou ze strany pečujícího personálu
* pocit rodičky, že její potřeby nikdo nevnímá a není jí nasloucháno
* pocit rodičky, že se jí od personálu nedostává informací, o které žádá
* nedostatek soukromí nebo pocit ztráty důstojnosti při porodu
* strach rodičky o život svůj nebo dítěte
* porod postiženého dítěte
* porod mrtvého dítěte nebo úmrtí dítěte bezprostředně po porodu
* potřeba pobytu novorozence po porodu na JIP
* nedostatečná, zanedbávající péče na oddělení šestinedělí
* předchozí trauma v anamnéze rodičky zahrnující její předchozí život včetně dětství, její sexuální a porodní historie a dalších možných traumat, včetně domácího násilí

Není bez zajímavosti, že rozvinutí PTSD hrozí nejen samotným rodičkám vystaveným výše uvedeným okolnostem porodu, ale také jejich manželům či partnerům, kteří je u porodu doprovázejí.[[30]](#footnote-30)

**Poznámka:** Teoretickému pojednání o příznacích a léčbě poporodní deprese a poporodního traumatu se v tomto textu nevěnuji, protože se obecně neliší od příznaků a léčby jiných forem deprese a traumatu. Specifika krátce rozebírám v kapitole 6.

# Kazuistika klientky “Jany”

Nabízím konkrétní příklad práce se ženou, resp. párem, zpracovávající/m poporodní trauma. Jména i některé okolnosti měním tak, abych ochránila soukromí všech zmíněných osob.

**Setting:**

individuální psychoterapeutické poradenství, dohromady 18 sedmdesátiminutových sezení, interval sezení nejprve 7 x po týdnu, poté 11 x cca po 2 týdnech

**Metoda práce:**

integrativní

**Popis:**

Jana mne poprvé kontaktovala telefonicky. Stručně řekla, že by se mnou potřebovala probrat svůj druhý porod, který vnímá jako problematický a od jehož prožití se necítí dobře. Měla tehdy čtyři měsíce po porodu svého druhorozeného syna Matěje. Jejímu prvnímu synu Matoušovi byly v té době necelé 3 roky.

**První sezení**

Na první setkání Jana dorazila i se svým druhorozeným Matějem, který po většinu času spal nebo ho kojila, takže jsme mohly nerušeně mluvit.

Vyptala jsem se Jany na její základní osobní údaje. Též jsem se zeptala na její předchozí případné zkušenosti s „péčí o duši“: Už někdy předtím využila služeb psychologa, psychiatra, kouče apod.? Jednou na VŠ navštívila psycholožku, protože měla potíže s úzkostí a nespavostí v čase státnic. Nestíhala dopsat diplomku, bála se zkoušek. Psycholožka jí tehdy doporučila nějaké bylinné výtažky na zklidnění a nasměrovala ji ke kolegovi, který nabízel nácvik relaxace, resp. autogenní trénink. To jí postačilo. Studium zdárně ukončila.

Jana se domnívá, že v anamnéze nemá žádné předchozí významné zádrhely nebo dokoce trauma. Pochází ze soudržné moravské rodiny, má mladší dosud bezdětnou sestru, občas se jí po nich stýská, ale navštěvují se. Jinak už přivykla na Prahu, kde má svou rodinu, Janovu rodinu i dost přátel, vždyť zde studovala.

Samu sebe Jana vnímá jako ženu cílevědomou a organizovanou, která má ráda věci pod kontrolou. Přiznává, že má sklony k perfekcionismu. Pokud se vyskytne více stresu, propadá někdy úzkosti až panice, snaží se je ale ovládat relaxačními technikami. Žádná antidepresiva nebo anxiolytika nikdy nebrala, „chemickým“ lékům se v principu vyhýbá. Teď po porodu jí její běžná opatření proti stresu nezabírají. Proto mne vyhledala. Poté mi už líčí svůj porodní příběh, který ji ke mně přivedl.

První syn Matouš se bez problémů a s respektem personálu k Janinu porodnímu plánu narodil v menší porodnici v Janině moravském rodném městě. Na první těhotenství a porod vzpomíná Jana ráda jako na „euforické“ období, kdy si „plnými doušky užívala mateřství“. Také její manžel Jan se z příchodu dítěte radoval. Oba patří k vědomým rodičům, praktikují kontaktní rodičovství[[31]](#footnote-31). Druhé dítě čekali plánovaně, těšili se na ně. Avšak druhý porod se proměnil, jak Jana uvádí, v „noční můru“. Jana má pocit, že tento porod zásadním způsobem narušil a proměnil život její i celé rodiny.

Během druhého těhotenství, přesně ve třetím měsíci, se přestěhovali za Janovou prací z Moravy do Prahy. Stěhování bylo plánováno dlouho předem, proběhlo bez potíží. Těšili se. Záhy začali hledat porodnici, kde by Matěje přivedli na svět. Jana nechtěla rodit příliš daleko od bytu, kde v Praze žijí. Původně vzhledem k snadnému průběhu prvního porodu dokonce zvažovala, že pokud porod poběží bez problémů, zkusí porodit doma. Situace se zdála být o to uspokojivější, že se jim nabídl Janův spolužák z gymnázia, dnes gynekolog a porodník, MUDr. V., který v té době pracoval v pražské porodnici dopravně nejbližší k bytu Jany a Jana. MUDr. V. nabídl, že si případně rád vezme Janu do péče a postará se, aby v porodnici jejím potřebám a přáním v mezích jeho možností bylo vyhověno. Na Janu působil jako vcelku „osvícený“ porodník, který vnímá potřeby žen, nezlehčuje je a pokud může, snaží se je respektovat. Po krátkém váhání oba manželé s nabídkou MUDr. V. souhlasili a domluvili se na podmínkách.

Přesto následně kontaktovali ještě také soukromou porodní asistentku a dohodli se s ní, že Janě poskytne péči v závěru těhotenství a bude jí na blízku i doma, až se porod rozběhne, s tím, že další průběh nechají otevřený. Když doma vše dobře půjde, Jana přivede dítě na svět tam. Když se něco zkomplikuje, pojedou do porodnice, vzdálené asi 7 minut jízdy autem, kde platila domluva s MUDr. V. Jemu o plánované variantě domácího porodu neřekli. Zhruba měsíc před porodem Jana začala trpět zvýšeným krevním tlakem a porodní asistentka jí domácí porod rozmluvila. Bylo rozhodnuto, druhé dítě se narodí v porodnici. MUDr. V. neměl nic proti tomu, aby Janu k porodu doprovodil jak manžel, tak i její dula (ve kterou se terénní porodní asistentka vstupem na území porodnice automaticky promění).

Porod se ohlásil uprostřed noci dva dny po termínu vypočítaném podle poslední menstruace. Porodní asistentka, kterou si tedy Jana do porodnice zaplatila v roli duly, dorazila ráno kolem deváté, v tu dobu byla Jana otevřená asi na 2 cm a kontrakce běžely celkem pravidelně asi v patnáctiminutových intervalech. Během dopoledne stahy postupně zesilovaly, kolem poledne porodní asistentka doporučila odjezd do porodnice. MUDr. V. měl zrovna službu a Janu s Janem a porodní asistentkou - dulou osobně přijímal. Nechal natočit první kardiotografický monitor srdečních ozev plodu, vše bylo v pořádku. Jana vyšetření vnímala jako nepříjemné i bolestivé, protože se během něho nemohla hýbat. Poté lékař odvedl Janu i s jejím doprovodem do přípravného pokoje vybaveného sprchou a toaletou, kde měla strávit zbytek první doby porodní.

Po příchodu do této místnosti se kontrakce výrazně zpomalily, resp. ustaly. Janě se najednou chtělo spát, v noci toho moc nenaspala. Její porodní asistentka, resp. po vstupu na území porodnice už jen dula, by ji v takovém záměru podpořila, avšak nemocniční porodní asistentka naopak doporučila pokračující porod. MUDr. V. zrovna v tu chvíli přítomen nebyl - jak řekl, porodní asistentka ho ve všem zastupovala. Unavená Jana na její doporučení zkoušela chodit, pohupovala se na míči, využívala možnosti horké sprchy. Kontrakce se opět dostavily, dula jí masírovala záda. Jan, zmožen událostmi a i na doporučení duly na chvíli usnul. Nemocniční porodní asistentka pravidelně kontrolovala ozvy plodu. Při třetím měření vyhodnotila ozvy jako „slabší“a přivolala MUDr. V. To už ale Jana cítila velmi silné bolesti, které, jak říká, přestávala zvládat. Měla potřebu sténat a křičet. Nemocniční porodní asistentka ji slušně, ale přece jen napomínala, „ať přece tolik nevyvádí“. Aniž si Jana přesně vybavuje další vývoj událostí, ví, že jí někdy tou dobou byla provedena dirupce vaku blan. Po ní vnímala kontrakce ještě mnohem bolestivěji, ačkoliv samotný odtok teplé plodové vody jí byl příjemný. Cítila se už velmi vyčerpaná. MUDr. V. jí nabídl epidurální analgézii, kterou, ač v porodním plánu měla uvedeno, že ji nechce, nakonec „v zoufalství největším“ přijala. Po ní se kontrakce zase zpomalily a Janě mírně stoupla teplota. Byla jí nasazena oxytocinová infuze a průběžně připojován elektronický monitor. Intravenózní oxytocin posléze zabral, kontrakce se dle měření zrychlovaly, Jana je ale téměř necítila a propadla, jak říká, „totální apatii“. Pak monitor začal hlásit tíseň plodu. Od té chvíle se Jana na další průběh událostí přesně nepamatuje. Vnímala náhle vzniklý „šrumec“, přiběhnutí několika dalších zdravotníků, jejich vzrušené hlasy a konečně i rozhodnutí o urgentním provedení císařského řezu. To už ji vezli na operační sál, anesteziolog nasazoval masku, bylo rozhodnuto o celkové anestezii. Poslední, co si pamatuje z doby před operací, je myšlenka, co bude s dítětem, resp. dětmi, pokud ona, Jana, tuhle „hrůzu“ nepřežije.

Když se probudila, byla na JIP. Stál u ní MUDr. V. a vedle něho Jan, který v náručí držel už zavinutého Matěje. Jana si pamatuje, že jí v tu chvíli bylo všechno jedno. Točila se jí hlava. Jan se na ni usmíval, říkal, že Matěj je krásný a zdráv, že Matoušek ji pozdravuje a namaloval jí obrázek. Jan jí chtěl dát pusu, odvrátila hlavu. Cítila se „prázdná, odpojená“. Nemocniční porodní asistentka vzápětí zkoušela Matěje na chvíli přiložit, on se ale nepřisál.

Poté Jana zdravotníci poslali domů. Dula už přítomná nebyla, po provedení operace odjela s tím, že zavolá zítra. Jana s ní stejně nechtěla mluvit. Cítila zklamání a hněv a myslela tehdy poprvé na to, že ji její dula, která je přece zároveň taky porodní asistentkou, měla lépe chránit. Bylo jí do pláče a „jako by celá zamrzla“.

Následující den Janu i s miminkem přestěhovali na oddělení šestinedělí, kde měla k dispozici nadstandardní pokoj. Strávila tam týden, Jan byl převážně stále přítomen, vzal si dovolenou, pomáhal. Jana se pozvolna dávala dohromady. Kojení se rozbíhalo s velkými obtížemi, které naštěstí nakonec překonala a kojí výborně. Několik dnů po operaci ji silně bolela hlava. V péči o Matěje si na jednu stranu připadala mnohem zkušenější než po prvním porodu, zároveň se cítila limitovaná pooperační bolestí. Stýskalo se jí po Matoušovi. Doufala, že po příchodu domů, až bude mít u sebe obě svoje děti, se vše dá do pořádku. To se ale nestalo.

Ani po příchodu domů ji neopouštěla skleslá nálada. Děti ji naplňovaly jen krátkodobou radostí. Celkově se cítila se otupěle. Uvědomila si, že se chová chladně a odměřeně - k příbuzným, a nejvíc k Janovi. Vadilo jí, že nikdo, ani on, nechápe její smutek. Že se všichni tváří, jako by nic. Sama si v hlavě stále přehrávala, jak nebetyčný je to rozdíl – porodit normálně, a porodit císařem. Samu sebe zahrnovala obrovskými výčitkami i pocity viny, že svým chlapečkům nedala stejný start do života a také že Matějovi zdaleka není schopna dát tolik lásky jako kdysi po porodu prvorozenému Matoušovi. Snažila se „fungovat“, avšak co chvíli se přistihla přitom, že je stejně duchem nepřítomná, že si v hlavě přehrává nepovedený porod a zvláště tu dramatickou situaci těsně před odvezením na operační sál. Trápila ji nespavost i zlé sny. V jednom z nich se porodní sál změnil v středověkou mučírnu, do které ji předtím vezli dlouhou tmavou chodbou plnou výklenků s klecemi s uvězněnými ženami podobnými pacientům ze sanatoria, v němž dožíval Salieri ve Formanovu filmu Amadeus.

Do nemocnice, kde měla domluvenou kontrolu jizvy po císařském řezu, šla s odporem. MUDr. V. ji vyšetřil a bylo vidět, že by si s ní rád o porodu promluvil, ona ale rozhovoru schopna nebyla a co nejrychleji to šlo, opustila ordinaci. Ač měla původně jít k MUDr. V. i na vyšetření po skončení šestinedělí, raději se domluvila se svou gynekoložkou, což je naštěstí běžný postup, takže nikomu nic nemusela vysvětlovat. Přiznala, že se dalším setkáním s MUDr. V. vyhýbá. Dohadují se kvůli tomu s Janem, kterému to připadá jako „nevděk“. MUDr. V. přece dělal, co mohl.

Dále Janu dráždí jakékoliv řeči o porodech. Když jí po porodu volaly kamarádky a ptaly se, jaké to bylo a jak se má, téměř nebyla schopna mluvit. Přiznat, že rodila císařským řezem, vnímala jako „ostudu“. Mnoho telefonických hovorů vůbec nevzala. Zrušila několik návštěv. Celkově si připadá bez nálady a energie. Jako by jen mechanicky vykonávala své mateřské povinnosti, s chvilkovými lepšími momenty, třeba když se s ní přijde pomazlit Matoušek. Ač ví, že je to absurdní, Matouše začala vnímat jako „spojence“. Vztah s Matějem pořád není, jak by měl být. A také od manžela se Jana odtahuje. Sexuální život se jim prozatím nepodařilo zahájit. Jan na ni z toho důvodu začíná tlačit, ať se o svém stavu konečně s někým poradí, že „to už není normální“. Jana s ním, ač nerada, souhlasí. Proto je tady.

Času nám po vylíčení příběhu už z prvního sezení moc nezbývá. Několika otázkami se ještě snažím zjistit, zda problém, s nímž Jana přichází, má blíž k poporodní depresi nebo k poporodnímu traumatu. Sama se v tu chvíli už přikláním ke druhé variantě, protože Jana navzdory smutku, který z ní vyzařuje, nepůsobí dojmem depresivního člověka. Cítím z ní určitou sílu a taky odhodlanost se s problémem konfrontovat. Vidím, že dává najevo emoce (lítost, hněv…). A že si na mnohé otázky, které jí kladu, sama odpověděla dávno předtím.

**Druhé sezení**

Ptám se Jany, jak v ní doznělo naše minulé setkání. Říká, že se jí na několik dnů výrazně ulevilo. Zejména asi proto, že měla pocit, že ji konečně někdo poslouchal, aniž by si vyslechla, že problém je v ní, protože porod přece nakonec dopadl dobře, tak ať „se už konečně vzpamatuje…“. Po několika dnech se ale znovu propadla do svých nálad a neradostných stavů. Na další setkání se mnou se prý už těšila.

Zkouším diagnostiku podle Mezinárodní klasifikace nemocí a zkoumám u Jany přítomnost základních charakteristických rysů PTSD[[32]](#footnote-32). Nalézám následující:

* **vnímání porodu jako katastrofické události** - Jana uvádí strach o svůj život zejména ve chvílích těsně před operací. Nikdy předtím celkovou anestezii nezažila.
* **znovuprožívání** - Jana se k myšlenkám na porod neúměrně často vrací. Přiznává se k tzv. přežvykování, stále dokola si v hlavě přehrává chvíle z přípravny i z operačního sálu. Opakovaně se ptá, kde se stala chyba a který moment situaci zvrátil směrem k patologii? Doma přece nejprve vše běželo dobře, do porodnice přišla s rozběhlými kontrakcemi. Proč se porod zastavil? Vybavuje si pocity odcizení od svého těla, kdy ji nutili ležet při monitorování ozev plodu a kdy ji poutali k operačnímu stolu. Děsí ji vzpomínka pohledu na „jehlici“, kterou jí porodní asistentka provedla dirupci vaku blan - ačkoliv následný odtok teplé plodové vody jí byl v tu chvíli příjemný, záhy byl vystřídán „děsivě silnými kontrakcemi“, podpořenými intravenózním oxytocinem. Součástí znovuprožívání je zřejmě i sen o porodním sálu jako o mučírně. Vybavuje si, jak si v porodnici často mumlala „Jsem v domě hrůzy. Jsem v domě hrůzy. Co tady dělám?“. Ten sen jí s tím pocitem přesně koresponduje.
* **vyhýbání**  - Jana jen s krajním odporem navštívila porodnici za účelem kontroly hojení pooperační jizvy. Pozvracela se před vyšetřením na toaletě. Od té doby se MUDr. V. vyhýbá a stejně tak i kamarádkám, které s ní o porodu chtějí mluvit. Jana zmiňuje, že s Janem vždy chtěli mít tři děti, ona si teď ale další porod, a momentálně ani další sex, neumí představit.
* **přecitlivělost vůči tématům spojeným s porodem** - Jana nerada potkává matky s miminky. Když se dozví, že některá žena v jejím okolí porodila přirozeně, zaplavuje ji závist a také pocity vlastního selhání a sebeobviňování. Často se přistihne, jak sedí u internetu a hledá např. v různých rodičovských fórech zkušenosti žen po prožitku císařského řezu. Sama se debat neúčastní, jen hltá popisy jiných žen, které v mnohém odpovídají jejím prožitkům. Často pláče, nejčastěji v noci, když ji nikdo nevidí. Trápí ji nespavost. Potřebuje si rozsvítit. Naštěstí spí Jan s Matoušem v jiné místnosti. Taky zažívá záchvaty netrpělivosti a vzteku v intenzitě, jakou od sebe nezná. Velký hněv cítí směrem k MUDr. V., ale také k soukromé porodní asistentce - dule. Oběma zazlívá, že ač jí slíbili ochranu a pomoc a dokonce si za to nechali zaplatit, nakonec ji z jejího pohledu nechali ve štychu. Vadí jí, že se Jan obou zastává. Dělali prý, co mohli. Ona si to nemyslí. Zlobí se na ně. Nechce je vidět. A vztek má i na Jana. On si na přípravně klidně usnul! Ano, tehdy mu sice řekla, že je to v pořádku, ať si zdřímne, že ho nepotřebuje, ale co kdyby bývalo vše bylo jinak, kdyby nespal? Odmítá od porodu jeho fyzickou blízkost. Zároveň ví, že je k němu nespravedlivá, ale nemůže si pomoci. On jí přitom hodně pomáhá. Zároveň pořád dává najevo, že mu chybí milování, a Janu to štve. Jak na to Jan může myslet, když vidí, jak je jí bídně?

**Třetí až sedmé sezení**

Následujících několik sezení nepřináší mnoho nových faktů. Jde především o Janiny prožitky. Jana má potřebu ventilovat své dlouho potlačované emoce a vracet se k nepovedenému porodu. Popisuje z různých úhlů pohledu své postřehy a pocity. Já jenom poslouchám a zrcadlím. Mnohé řečené se opakuje, ale cítím, že to Janě přináší úlevu, tak na to nepoukazuji. Zároveň se snažím nabízet nový kontext jejího příběhu.

Obracím Janinu pozornost k jejímu manželovi, který, jak z jejího popisu vyplývá, začíná být situací doma vyčerpaný a zjevně trpí sexuální deprivací. Doporučuji Janě, aby se tomuto tématu v jejich konverzaci přestala vyhýbat a zkouším její vnímavost více obrátit také k Janovým potřebám. Nejde o to, aby hned zahajovali sexuální život se vším všudy, ale proč se bránit tomu, aby ji hladil nebo objal? Proč se zcela vyhýbat veškeré fyzické blízkosti? Jana souhlasí a říká, že ví, že je „zablokovaná“. Už je čas „s tím zkusit něco udělat“.

Hodně mluvíme o vztahu s druhorozeným synem Matějem. Janu nesmírně trápí, že k němu necítí stejně silný vztah jako k prvorozenému Matoušovi. Rozumem situaci nahlíží, ale emočně zůstává nezúčastněná. Mluvíme o podstatě lásky, která nespočívá v automatickém instinktivním chování, ale mnohem více v rozhodnutí. Zabýváme se významem kontaktního rodičovství a bavíme se o tom, jak lze vazbu mezi Janou a jejím druhorozeným synem podpopřit. Jana říká, že vše, co z nápravných opatření může dělat a zná, Matějovi dopřává - kojí ho, často ho chová, nosí ho v šátku, masíruje ho, koupe se s ním a spí s ním v postel. Uklidňuje ji, že je tohoto všeho schopna, ale trápí ji, že je to „mechanické“ a že jí chybí spontánní prožívání blízkosti a napojení na dítě, jaké si pamatuje z prvního porodu. Zdá se být trochu uklidněna, když si vysvětlíme, že jde o důsledek medicínského porodu, kterým byly narušeny přirozené, hormonálně podmíněné vazebné mechanismy. Rozhodně to neznamená, že má Matěje méně ráda, jen se její mateřské lásce v tomto případě nedostalo patřičné biologické podpory, což je bohužel nedílnou součástí lékařsky vedených porodů.

**Osmé sezení**

Hlavním tématem je Janin vztah k MUDr. V. a k soukromé porodní asistentce - dule, s nimiž Jana prozatím neměla (kromě vyšetření po porodu u MUDr. V. a jednoho telefonátu s dulou, kdy odmítla její další služby) kontakt. Jana zmiňuje, že se od společné známé dozvěděla, že MUDr. V. nedávno asistoval u porodu mrtvého dítěte a byl prý vůči rodící ženě i jejímu muži - které ona známá osobně zná - nesmírně pozorný a laskavý. Jana říká, že ji to vrátilo k úvaze, že by mu měla už konečně odpustit. Ví, že je to dobrý člověk i doktor. Ale navzdory vší snaze, ač racionálně uznává všechny jeho kvality, se jí odpuštění nedaří. Nabízím jí, že důvodem může být, že s MUDr. V. debatuje jen ve své hlavě. Vzniká tak spousta nepodložených fantazií a nereálných scénářů. Navrhuji, zda by mu třeba nechtěla napsat dopis, který nakonec ani nemusí odeslat, ale srovná si myšlenky aspoň sama pro sebe. To stejné může mimochodem uplatnit i směrem k porodní asistentce - dule.

Dále zkoušíme pracovat s Janiným vlastním myšlením. Poprvé jí nabízím zapojení „vnitřního pozorovatele“. Vysvětluji, že jde o původně buddhistickou, dnes často do západní psychoterapie integrovanou techniku tzv. mindfulness, která nás učí schopnosti uvidět se zdravým odstupem procesy odehrávající se v naší vlastní hlavě. Tato technika je přínosná právě pro situace, kdy se nám myšlení „vymkne z kontroly“ a zejména ve stresujících situacích začneme mít pocit, že se naše myšlenky „utrhly z řetězu“ - což jsou přesně pocity, které Jana zmiňuje. Připodobníme-li myšlení k vlnám na moři, je velký rozdíl, zda se při větrné bouři zmítáme ve vlnách, nebo stojíme na břehu a vlny jen pozorujeme. Tento obraz lze vztáhnout na procesy v naší hlavě. Díky vnitřnímu pozorovateli získáme odstup, nadhled a s velkou pravděpodobností i možnost vystoupit z vlastních destruktivních emocí, které nás „válcují“. Navíc jsme ukotveni do přítomnosti. Zmiňuji Janě podobenství o zdivočelých zvířatech (opice, koně…), která si lze představit jako myšlenky, nad nimiž nemáme žádnou kontrolu a je naším úkolem je pochytat a ukáznit… Tyto obrazy se Janě líbí a o mindfulness se chce dozvědět více. Věnujeme tedy zbývající čas povídání o mindfulness[[33]](#footnote-33).

Na závěr zkoušíme soustředěně dýchat, děláme několik uvolňujících cvičení. Janě to přináší úlevu a ráda by se naučila dalším technikám. Pro některé příští sezení si zkusí domluvit hlídání, abychom nějakou spolu mohly vyzkoušet přímo v poradně.

**Deváté sezení**

Jana přichází bez Matěje. Janova maminka přijela s ní a po dobu sezení bude Matěje vozit v kočárku v blízkém parku. Matouš je ve školce. Takto už bude vypadat setting většiny našich příštích sezení. Janě se hodně líbí, že má chvíli pro sebe a tchýně kluky ráda hlídá.

Jana popisuje, že cítí zlepšení ve vztahu k Janovi. Konečně iniciovala rozhovor a přestala se - zpočátku tedy jen silou vůle - vzpírat fyzickému dotyku. Bylo to pro ni velmi těžké. Když ji vzal Jan do náručí poprvé, dlouho jen plakala. Jan ji naštěstí jen držel a „nic nechtěl“. Pak jí nabídl masáž zad. To jí bylo příjemné. Uvědomila si v tu chvíli, jak po porodu dlouhodobě jen omezeně vnímala své tělo.

Postupně se s Janem sbližovali. Když po několika dnech snažení konečně došlo i k prvnímu poporodnímu milování, hned se vrátil do společné ložnice. Z toho Jana „nadšená není“, ale nic neříká, ví, že by Jana zranilo, kdyby mu své pocity přiznala. Matouš usíná ve svém pokoji, kde s ním až dosud Jan spal, v noci pak někdy přebíhá k nim a spí všichni v jedné posteli, Matouš po boku Jana, Matěj na straně u Jany.

Jana si myslí, že se konečně začíná k lepšímu měnit její vztah k Matějovi. Například cítí mnohem větší pochopení, když Matěj pláče. Už ho přitom dokáže s větším klidem chovat a dává mu podporu, sama se už tolik nepropadá do silných emocí, zejména netrpělivosti a hněvu, jako dřív. Taky si užívá kojení.

Dopis MUDr. V zatím nenapsala. Ale setkala se soukromou porodní asistentkou. Po minulém sezení jí nakonec zatelefonovala s tím, že by jí ráda vrátila knihu, kterou má od ní dosud půjčenou. Domluvily si krátké večerní setkání v kavárně blízko Janina bytu, aby Jana mohla jít bez dětí. Jan doma hlídal. Na setkání šla Jana se staženým žaludkem, ale jinak se, jak se ukázalo, nevedlo ani porodní asitentce. Ač to z počátku nebylo vůbec snadné, dokázaly si nakonec mnoho věcí vyříkat. Porodní asistentka připustila, že i pro ni byl Janin porod mimořádně stresující a že se poprvé v životě ocitla v situaci, kdy u porodu v tak bezprostřední blízkosti asistoval „zaplacený“ lékař. Jeho přítomnost ji prý paralyzovala. Navíc byla rozštěpěná ve své roli a příliš si nesedly s nemocniční porodní asistentkou. Nebyla proto schopna svého obvyklého plného pracovního soustředění a výkonu. Je to pro ni poučení. Prý vzala Janin případ i do supervize, sama potřebovala čas k „hojení“. Janu potěšilo, že se jí porodní asistentka přiznala k takovým pocitům a že se Janě de facto omluvila. Zeptala se také, zda chce Jana vrátit peníze. To Jana odmítla.

Jana si koupila si knihu o mindfulness, kterou jsem jí doporučila z nakladatelství Jan Melvin Publishing[[34]](#footnote-34). Kniha je sice „tlustá“, ale Janě se přesto líbí. Vždycky ji někde jen tak otevře a téměř vždy se stane, že ji daný úryvek osloví.

Na původně plánovanou řízenou meditaci mindfulness dnes už nedojde, nestíháme to. Zabýváme se v posledních minutách opět aspoň soustředěním na dech a dechovými cvičeními. Jana zkouší pracovat i se svými smysly: Co se děje teď a tady, co vidí, co slyší, vnímá, cítí?

**Telefonická intervence v mezičase mezi devátým a desátým sezením**

Čtyři dny po minulém sezení dostávám od Jany email následujícího znění: *„…Nevím, co se děje, ale poslední dny zase pořád zoufale brečím. Porod už zase vnímám, jako by byl včera. Kdybych mohla brečet bez omezení, asi by to bylo hodně na dlouho. Takto brečím například hodinu, než potřebuji jít něco dělat. Pak nějak funguju a když všichni usnou, navážu, kde jsem přestala - v zoufalém pláči, nad tím, že jsem neporodila své dítě tak, jak bych chtěla, nebyla jsem u toho emocionálně přítomna a už to nikdy nemohu vrátit. Mám pocit, že i když se mi stane tisíc dobrých drobností, intenzitě zážitku porodu se přece nic nevyrovná. Dokonce si někdy říkám, že chci zpátky svoje těhotenské břicho a možnost znovu porodit podle sebe a začít znovu. Pak koukám na Matěje, a zmocní se mne frustrace nad tím, co už jsem všechno emocionálně prošvihla od jeho porodu. Bohužel mé city jsou velmi otupělé. Nejde mi prožívat radost, uvolnit se, dojmout, zasmát. Vybavují se mi detaily z porodu a cítím se všelijak - bezmocná, prázdná, úplně sama, zoufalá, ublížená, ponížená. To, co se mi stalo, vnímám s časem stále hůř, jelikož si uvědomuji důsledky pro vnímání své vlastní osoby a narušení vztahů se všemi členy mé rodiny…“*

V nejbližší možné době si s Janou domlouváme setkání alespoň přes telefon. Říká, že je jí už zase o trochu lépe. Pátráme, co mohlo prudké zhoršení jejího stavu vyvolat. Nejdřív neví. Pak říká, že se večer po našem minulém setkání dozvěděla, že otěhotněla její švagrová. Ta zpráva ji paradoxně - vedle radosti, protože Janův bratr a švagrová na dítě dlouho čekali – „rozhodila“. I Jana by chtěla mít porod teprve před sebou! Uklidňuju ji, že takový propad je normální a že zpráva o těhotenství švagrové se jí skutečně mohla hodně dotknout. Vyzývám k přizvání „vnitřního pozorovatele“. Jana připouští, že když se dokáže zklidnit, zhluboka dýchá, uplatní mindfulness a nad situací přemítá v klidu, je jí jasné, že nejde o závist v pravém slova smyslu. Těší se, že bude tetou. Spíš jde zase o probuzení té staré bolesti, o paniku z vlastní ztráty.

Bavíme se o tom, že při vypořádávání se s traumatem, jakým Jana prošla, je obvyklé střídání cyklu negace, agrese, smlouvání, deprese a smíření v různém pořadí a intenzitě. Čas v tomto ohledu pracuje pro Janu, jen ho nelze popohnat.

**Desáté sezení**

Aniž se Jana jakkoliv vrátí k minulým sezením nebo telefonátu, rovnou zmiňuje, že se zase vrátily potíže ve vtahu s Janem. Sexuální život sice obnovili a je vidět, jak se Janovi ulevilo. Jana ale cítí, že věci mezi nimi nejsou jako dřív. Sama cítí značné odcizení. V myšlenkách se pořád často, mnohem častěji, než je jí milé, vrací do porodnice a vybavuje si svou bezmoc před operací. Čím dál víc v ní začíná hlodat nejistota, zda byl císařský řez skutečně nutný. Nebo zda by k němu bylo došlo, kdyby si nenechala vnutit epidurální analgezii. Její nejistota pak často končí právě u manžela. Jana má pocit, že v rozhodující chvíli ji nepodpořil. Nejprve spal, pak převzal postoje lékaře. Navíc Jan a MUDr. V. jsou nadále v kamarádském kontaktku, občas spolu chodí na fotbal. Jan tvrdí, že si věci okolo porodou vyříkali, lékař ho ujistil, že situace byla krizová a že sekce ji pomohla bezpečně vyřešit. Je mu to samozřejmě líto. Na Janu se pravidelně ptá a doufá, že ji taky zase někdy uvidí. Zároveň respektuje, že se Jana na něj zlobí a že ještě potřebuje čas. Jan už by ale rád dal věci do pořádku. Jana připouští, že zpětně je těžké cokoliv vyhodnocovat. A štve ji, že Jan se už k tématu porodu vracet nechce, protože ona by o něm a právě s Janem ještě mluvit potřebovala.

Ptám se, jaké má Jana vzpomínky na první porod, co se Janova tehdejšího doprovázení týká. Jana říká, že u prvního porodu bylo vše snazší a lepší. Plodová voda jí odtekla doma, jeli do porodnice, až tam se rozběhly kontrakce. Byli v péči známého lékaře i porodní asistentky - šlo o menší porodnici v Janině rodném městě a s personálem se víceméně znala. Jan byl tehdy velmi nápomocen, porod je spojil, byl to krásný zážitek. To se napodruhé nepodařilo. A hlavně má Jana pocit, že Jan je teď spíš na straně lékaře, že jejím prožitkům a potřebám vůbec nerozumí.

Ptám se, zda by Jana manžela někdy nechtěla přivést s sebou. Jana váhá. Říká, že se Jan o její setkávání se mnou zajímá a i sám už jednou říkal, že by mne rád poznal. Jana ale neví, zda ho chce přivést. Je to tady „její prostor“. Že prý o tom bude přemýšlet.

Posledních 20 minut věnujeme řízené uvolňující relaxaci se střídáním tělesného napětí a uvolnění. Jana při tom nechce být rušena hudbou. Přeje si, abych jí na CD pustila jen zvuky moře bez hudebního doprovodu.

**Jedenácté sezení**

Den před sezením mi Jana posílá SMS, že dorazí společně s Janem. Na začátku dáváme prostor hlavně jemu. Ptám se, s jakými pocity přichází a co od dnešního setkání čeká. Popisuje svoje pocity z druhého porodu i z chování, které po něm u Jany následovalo.

Na jednu stranu Jan průběh druhého porodu rovněž vnímá jako neradostný, dramatický, „ztrátový“. Rozdíl mezi příchodem prvního a druhého syna na svět je nesrovnatelný. Na druhou stranu, co se stalo, stalo se. Je přece třeba to přijmout. Jan sám za sebe z porodu dobrý pocit nemá, ale po něm se snažil. Soustředil se především na to, aby byl nápomocen. Jana byla po sekci několik dní „fakt hotová“, Jan je hrdý na to, že s ní mohl být povětšinou v porodnici a starat se o ni a o dítě, vzal si dovolenou. Také doma se pak snažil pomáhat a „sloužil s nasazením“. Má pocit, že tohle ale Jana vzala jako samozřejmost a že se přespříliš zabývala a pořád zabývá jen sama sebou. Vlastně mu místy přijde sobecká, ale nemluvil o tom, když viděl, že na tom není dobře. Celkově jejich manželský vztah považuje za kvalitní a stabilní a věří, že i touhle krizí projdou a věci se zase dají do pořádku. Ale má prostě pocit, že se Jana málo snaží, a kvůli tomu se často hádají.

Poté se Jana a Jan nějakou dobu baví, resp. spíše dohadují, spolu, jenom přihlížím a naslouchám. Jana se brání i vzteká. Říká, že nikdo z rodiny po porodu její vnitřní utrpení nebral vážně. Připadala si úplně osamělá. Ví, že Jan pomáhal a že by to málokterý muž tak zvládl, ale ona potřebovala, aby ji někdy prostě jen vyslechl, neodporoval jejím pocitům, vyladil se na její potřeby.

Nabízím jim pohled na různé jazyky lásky podle Garryho Chapmana, kterými spolu manželé mohou komunikovat[[35]](#footnote-35). Ani jeden Chapmanovu teorii nezná. Snažíme se zjistit, kdo z nich má jaký jazyk lásky dominantní. Vysvětluji, že se v naplňování vzájemných potřeb nemusejí vůbec potkat, pokud se v potřebách svých jazyků míjejí.

Zbytek času věnujeme rozboru situace, děláme test na jazyky lásky. Jana i Janu to zjevně baví, spolupracují, dokonce se smějí, když své příklady dokládají z historek předchozího života. Zjišťujeme, že se skutečně v naplňování svých vzájemných potřeb často míjeli. Souhlasí, že se do příště zkusí soustředit na to, co jim výsledek testu ukázal: Jan nejvíc hovoří skrze skutky služby, ač Jana pro pocit hluboké intimity potřebuje především naslouchání a ocenění. I Jana promlouvá hlavně skrze skutky služby, a přehlíží a zanedbává Janovu potřebu fyzického dotyku. Odcházejí s tím, že na své skutečné potřeby zkusí brát větší ohled.

**Dvanácté sezení**

Jana a Jan přicházejí opět spolu. Žádají, zda bychom ještě jednou mohli otevřít téma nevydařeného porodu. Dost se kvůli tomu po minulém sezení hádali. Jan je otrávený z toho, že na něj Jana pořád tlačí, aby víc uznal její utrpení z porodu. On se přece snaží ho uznat, ale zároveň má dojem, že to Jana prostě přehání. On přece ví, že prošla obrovským utrpením. A rozumí tomu, že operativní porod dal zabrat Janinu instinktivnímu mateřství. Zároveň byl u porodu přítomen, viděl, jak se zdravotníci snažili. Domnívá se, že všichni dělali, co mohli. A Jana to nechce uznat.

Jana se zlobí, že je Jan „slepý“, když nepřipouští, v kolika ohledech jí nebylo umožněno porodit v klidu. Sama zpětně zpochybňuje rozhodnutí, že si domluvili speciální péči MUDr. V. Ten prostě chtěl být něco platný, a tak Janě věnoval víc pozornosti, než potřebovala. Pořád nějaké měření a vyšetřování! Neměla klid. A především jí lékař „vnutil“ epidurál, kvůli němuž nakonec nejspíš došlo k císařskému řezu. Kdyby mohla rodit nerušeně, jen s porodní asistentkou, vše by třeba dopadlo lépe.

Nabízím jim, že oba do značné míry porod prožili jinak. Ať to zkusí připustit a nahlédnou porod i očima toho druhého. Zatímco Jana má pocit ztráty autonomie a kontroly, Jan se přece jen spoléhal na svého kamaráda lékaře. Uvažujeme společně nad rozdílným mužským a ženským pohledem na porod. Nad tím, co žena potřebuje, a muž možná není schopen plně pochopit a přijmout. Jde o základní konflikt, o hlubinný střet, který se projevuje i v různých pojetích porodu z pohledu porodní asistence a z pohledu lékařství. V ČR nebylo dosud rozhodnuto o profesních kompetencích, resp. porodní asistentky jich byly do značné míry zbaveny. Běžný je porod medicínský s mnoha intervencemi. Cesta k normálnímu, lékařsky nerušenému porodu je u nás trnitá.

Janě zjevně přináší úlevu, když Jan po chvíli řekne, že příště už by MUDr. V. k porodu taky nezval. Prostě se chtěli pojistit víc, než bylo nutné. Zbytečně to překombinovali.

**Třinácté sezení**

Jana přichází sama. Málem už ve dveřích hlásí, že se konečně setkala s MUDr. V. Bylo to na oslavě narozenin společného známého, která se konala na jeho chalupě a velké zahradě. MUDr. V. tam Janu sám vyhledal a oslovil. Jan u toho nebyl, mluvila s doktorem o samotě. MUDr. V. se zeptal, jak se Janě daří. Svou odpověď - spíš to z ní vyhrklo, než že by to bylo záměrné - začala tím, že už půl roku svůj druhý porod řeší v psychoterapii. MUDr. V. se zatvářil překvapeně, na nic bližšího se ale nezeptal. Řekl, že ho mrzí, co se stalo, a že se to u porodu stává, že věci jdou jinak, než si lidé přejí. Pak pochválil Janě děti, že je na nich vidět, že je Jana výborná matka. Jana setkání hodnotí jako „takové bezzubé“. Přesto se jí ulevilo.

Doma se situace uklidňuje. S Janem se už tolik nedohadují. Poprvé se dokonce bavili o možném dalším porodu. Chtěli by vůbec ještě třetí dítě? Odpověď na tuto otázku neznají.

Ve zbývajícím čase si Jana zase přeje uvolňující relaxaci. V imaginaci hledáme její bezpečné místo. Popisuje mi ho do velkých detailů jako ostrov v moři, který patří jen jí a který si často představuje v mysli, když se dostane do úzkých. Škoda, že tam zatím neumí vydržet déle, nutkavé myšlenky ji obvykle brzy odvedou nežádoucím směrem. Ale už ví, že její mysl je klíčem k jejímu vnímání a prožívání. Baví ji se potkávat sama se sebou. To prý dřív neznala.

**Čtrnácté sezení**

Jana se od posledního setkání nejvíce zabývala sama sebou. Konkrétně svým tělem. Od porodu se v péči o sebe odbývala. Měla i potíž podívat se na sebe do zrcadla. Došlo jí, že se na své tělo ještě pořád zlobí, že nedokázalo normálně porodit. Bavíme se o tom, zda je takový postoj vůči tělu fér - dělalo, co mohlo. Konec konců je utvořeno tak, aby přestalo spontánně rodit, když se žena necítí být v dostatečném soukromí a bezpečí. Problém asi nebyl v těle. Spíš v okolnostech, za jakých porod probíhal.

Nabízím Janě řízenou imaginaci zaměřenou právě na tělo. Souhlasí. A tentokrát chce i pustit hudbu. Nabízím jí návrat k nepovedenému porodu. Procházíme jím od začátku až do konce. Jana si vybavuje neuvěřitelné podrobnosti (jaký tvar měla skvrna na stropě, jak vonělo mýdlo na toaletách). Nabízím jí, ať si na vlastním místě zkusí představit svou dobrou kamarádku, někoho, koho má opravdu ráda. Kdyby ta kamarádka stejně nevydařeně rodila… Co ke kamarádce cítí? Našla by pro ni slova podpory? Jana ve své mysli zahrnuje kamarádku útěchou a pozorností. Během imaginace hodně pláče.

Po skončení se jí ptám, kdy si tělo naposledy ošetřila nějakým voňavým olejem nebo pleťovým mlékem. Sama už dávno ne, od porodu vůbec, říká. Občas ji namaže Jan. Vyzývám ji, ať si koupí nějaký kvalitní přípravek a do příště se zkusí na své tělo více zaměřit. Ať se ho zkusí s láskou a vděčností dotýkat. Odvedlo a odvádí neskutečnou práci.

V závěru sezení mluvíme o tom, zda by Jana připustila, že jí druhý nepovedený porod přece jen nepřinesl taky něco pozitivního. „Takhle bych to neřekla,“ odpovídá s tím, že jedno ví ale jistě: “Jsem teď někým jiným, a zatím hledám, kým.“

**Patnácté sezení (vidíme se až po třech týdnech, děti byly nemocné)**

Jana říká, že od minula přemýšlela o tom, jak ji zkušenost druhého porodu proměnila. Nejvíc asi v tom, že má teď mnohem větší pochopení pro ženy, které neporodily normálně. Cítí spříznění se všemi „císařovnami“. Přiznala si, že předtím se nad těmito ženami vnitřně přece jen trochu povyšovala. Že její první porod ji nesmírně posílil v ženské i mateřské identitě, a ten druhý jí to zase sebral. Jako by po něm nějakou dobu vůbec nevěděla, kým je. Je to tak, po druhém porodu ztratila sebevědomí a jako by sama sebou pohrdala.

Není to proto, ptám se, že je zvyklá se sebou zacházet přísně? Podávat výkon? Fungovat za všech okolností? Tohle sezení je výjimečné tím, že se víc dostáváme i k Janinu „emočnímu původu“. Přemítáme o okolnostech, v nichž sama byla jako člověk utvořena. Co považovali za důležité rodiče? Za co byla doma oceňovaná? Bylo dovoleno udělat chybu? Mohl čas někdy plynout jen tak pomalu, bez zaměření na výkon? Jak to Jana má se vztahem k sobě samé? Dovoluje sama sobě udělat chybu? Umí si ji odpustit? Umí prohrávat? Srovnává se s ostatními? Když se jí něco nepodaří podle plánu, je na sebe rozzlobená? Není někde hluboko v ní zakořeněný pocit, že ocenění a (sebe)lásku si prostě musí „zasloužit“? Odkud se vzalo, že tolik potřebuje mít věci pod kontrolou? Že téměř neumí být uvolněná a spontánní? Jak vnímá úspěch a neúspěch? Neusiluje o dokonalost a o výkon ze strachu, že nebude přijata? A může tohle všechno s prožitkem druhého porodu nějak souviset?

Všímám si, že dnes méně mluvíme a více mlčíme. Jana říká, že takhle o své rodině dosud nepřemýšlela. A že se to nedá říci jinak, než že oba rodiče „jsou prostě dříči“. “Nejdřív práce, potom zábava“ by mohlo stát v rodinném erbu. Při vizualizaci pak vidí těžký batoh, který sebou musela jako dítě vláčet na každou, třeba i krátkou, procházku. Líbí se jí představa, že by tenhle batoh mohla shodit ze skály.

**Šestnácté sezení**

Jana přichází s tím, že se opět viděla s MUDr.V. Zase to bylo na přátelské akci, tentokrát jen takové večerní grilování, na chvíli, bez dětí. Bylo tam asi osm lidí. Nějak přišla řeč na porody a jedna kamarádka, která je zrovna těhotná, mluvila o tom, jak by si porodní péči představovala. Většina zúčastněných už děti má, tak hned začali spontánně sdílet porodní zážitky. Byly dost různorodé. Janu překvapilo, že - ani neví proč - dokázala vylézt se své ulity a nabídnout srovnání, své dvě tolik odlišné porodní zkušenosti. V kruhu ostatních lidí, posílena přítomností těch, kteří upřednostňovali porod bez medicínských zásahů, vedli pak na chvíli debatu jen ona a MUDr. V. Pro Janu nečekaně si některé věci takto před svědky vyříkali. Ona z pozice matek. On z pozice lékařů. Bylo v tom hodně nervozity a napětí, ale nikoliv nepřátelství. Vlastně z toho měla dobrý pocit.

Brzy poté měla sen a po dlouhé době si ho zapamatovala: Jela v tom snu, sama, na běžkách kdesi v horách. Když sjížděla z kopce, ztratila najednou stopu a nevšimla si, že se dostává na zamrzlou vodní hladinu. Led, který byl skryt pod sněhem, pod ní začal křupat, hodně se lekla. Pak ale viděla, že led křupe stále, a přitom zůstává pevný. Sundala si lyže a pokračovala dál pěšky. Zůstávaly za ní pevné obrysy jejích stop, pořád se po nich ohlížela, jako by se chtěla ujistit, že se díky nim dostane zase zpět k lyžím. Pak si v jednom místě všimla podivného hrbolku. Když se k němu sklonila, uviděla, že je v něm něco zamrzlého. Něco, co vypadalo jako ledová socha. Nebo spíš jako do ledu uzavřená dětská postava. Vypadalo to hororově, ale kupodivu ji to nevylekalo. Klekla si a začala postavičku pod ledem zkoumat. Pak tu ledovou homoli vzala do náruče. Divila se, jak je lehká a že nestudí. Vzala ledové dítě do náruče a začaly spolu stoupat do kopce zpět tam, odkud Jana přijela. Na lyže nepomyslela, až cestou si říkala, že nové budou stát spoustu peněz. Během té cesty homole pomalu tála, Jana byla celá mokrá. Pak najedno to dítě, byla to holčička, ožilo.

Bavíme se s Janou o snu, nechávám nejprve ji, aby sama řekla, co ji napadá. Vybavuje si, že ten pohyb na lyžích byl hodně příjemný, uvolněný. Ještě i následující den se z toho cítila „lehce“. Diví se, proč šlo ve snu o holčičku, když ona má přece dva kluky. Mluvíme o výrazech „zamrzlá“, „ztuhlá“, „zmrtvělá“, která při našich setkáváních Jana už častěji použila. O slzách, které během toho času vyplakala. Mohlo by něco z toho předcházet obrazům ze snu? Má pocit, že i v reálném životě ztratila cestu? Že pro návrat bylo nutné šplhat do kopce? Ztratit/odložit lyže, po kterých to předtím tak pěkně jelo? A co ta holčička zamrzlá v ledové homoli? Jana sama navrhuje, že jde zřejmě o ni samotnou… O její vnitřní dítě. Kdysi na to téma četla knihu.

Závěr sezení věnujeme malé řízené imaginaci, kdy zkoušíme znovu vstoupit do Janina právě zmíněného snu. Zkouším ji vést podle příběhu, který mi odvyprávěla, a ona líčí další podrobnosti, jež nyní vidí. Říká, že oproti snu je teď hezčí počasí. Svítí slunce a sníh kolem ní jiskří. Ve snu byla spíš mlha. Led už nekřupe, ji ticho. V závěru cesty, když jde Jana do kopce, ji vyzývám, ať s holčičkou dosud zamrzlou v ledové homoli zkusí začít mluvit. Ať ji nese s tím, že její rozmrznutí očekává a nebude pro ni překvapením. O čem se s holčičkou chce bavit a na co se jí zeptá, až dítě za chvíli ožije? Jana cítí potřebu dítěti říci, ho chce chránit a hřát, aby už nikdy nemuselo zamrznout. Pláče, ale není to tentokrát pláč smutný, ani zoufalý.

Když skončíme, Jana říká, že měla pocit, že ta holčička ve snu by možná mohla být její třetí dítě. Vždycky si s Janem přáli tři děti. Do třetice by chtěli dceru.

**Sedmnácté sezení**

Jana přichází s Matějem. Od té doby, co jsem ho neviděla, pořádně povyrostl. Už leze a staví se na nohy. Když se trochu rozkouká, má Jana dost práce s tím, aby ho uhlídala. Zachází s ním přirozeně a láskyplně.

Jana hlásí, že od minulého sezení se nic mimořádného nedělo. A ani tohle sezení z mého pohledu nic nového nepřináší. Jsme hodně zabaveny Matějem, který vyžaduje matčinu pozornost. Když začne být hladový, Jana ho nakrmí a nakojí. Pak ho přebalí a navrhuje, ať jdeme ven, aby Matěj mohl v klidu spát a nemusela ho pak budit při odchodu. Balí ho do šátku a jdeme se projít do blízkého parku. Matěj skutečně ihned usne.

Když Janu pozoruji, cítím upřímnou radost z toho, jak samozřejmě si po celou dobu počíná - s krmením, hraním, přebalováním, vázáním chlapce do šátku. Působí jako naprosto kompetentní matka. Své pocity jí sděluji. Říká, že to ráda slyší a že skutečně cítí, že ten „blbý porod“ ustupuje do pozadí. Začíná se celkově cítit lépe. A konečně má i návaly lásky k Matějovi. Nutkavé myšlenky na porod ji téměř opustily. A když někdy přijdou, už ví, jak se k nim postavit. Lépe spí. Snaží se nebýt na sebe tak přísná. Učí se „nechat věci být, netlačit na pilu“. S Janem je to fajn, a když někdy ne, dokáží si to vyříkat.

Jana říká, že zvažuje, že už by ke mně přestala docházet. Co si o tom myslím? Ráda by se také zapsala do nějakého kurzu mindfulness, ptá se, jestli bych jí nepomohla najít nějaký, kam by nejlépe jednou týdně mohla chodit? Souhlasím a předběžně se domlouváme, že s příštím setkáním bychom naše setkávání ukončily.

**Osmnácté sezení**

Jana přichází sama. Potvrzuje, že dneškem se tedy rozloučíme. Cítí se dobře. Ráda si u mne dveře nechá otevřené, aby se mohla vrátit, kdyby se „zase něco vyvrbilo“. Sděluju jí, co jsem vyzkoumala ohledně možností kurzů mindfulness osobně i dálkově přes internet. Předávám jí kontakty.

Poté se Jany ptám, ať si zkusí vybavit, kým byla, když mne před asi sedmi měsíci vyhledala poprvé. A kým se cítí být dnes. Říká, že největším překvapením pro ni samotnou je, že teď už svůj operativní porod nevnímá tak „tragicky“. Nebylo to dobré, hodně ji to zranilo, ráda by si takovou zkušenost byla ušetřila. Ale musí uznat, že se v průběhu „lízání ran“ taky mnohému naučila a některé věci - i takové, o kterých by ji předtím ani nenapadlo přemýšlet - teď vidí novýma očima. Mnohem víc si váží toho, co má. Cítí se být samostatnější v rozhodování o tom, co chce a co nechce, co jí dělá a nedělá dobře. Už jí tolik nezáleží na tom, co si o ní myslí lidé kolem, a vlastně ji mnohem víc baví být jen tak sama sebou. Tohle dřív neznala. Taky se přestala tolik srovnávat s ostatními a nemá potřebu se pořád před někým obhajovat. Je k sobě laskavější. Vždy, když do „starých vzorců“ padá, což se občas stává, snaží se to vědomě zastavit. Začne zhluboka dýchat a pomyslí na větu, kterou si doma pověsila na ledničku: „…perfekcionsimus je upír, který tě nutí, abys primárně plnila jeho břicho a svou vlastní potřebu perfekcionsimu, bez ohledu na potřeby dětí…“. Tohle už prostě nechce. Jo, a to třetí dítě si s Janem možná pořídí. Pokud k tomu dojde, bude usilovat o VBAC (vaginální porod po sekci). Už se i zaregistrovala ve facebookové skupině, kde matky tenhle problém sdílejí.

Těsně před rozloučením od Jany dostávám dárek: „Nějaké svíčky jste tu se mnou propálila, tak tady máte zase pro ostatní,“ říká. Až po několika dnech, jak její svíčka usazená do sklenice, postupně vyhořívá, zahlédnu při poskakování plamínku ve skle skrytý nápis: *„What´s meant to be, will always find a way.“* „Co se má stát, stane se,“ říkáme českým ekvivalentem.

# Proč právě Janin příběh

Janin příběh mi připadal přehledný a strukturovaný, vhodný pro psané zaznamenání. Též nebyl poznamenán příliš silnými ideologickými střety, jaké se v podobných porodních příbězích v postojích jejich protagonistek nebo v konfliktech s porodnickým systémem někdy objevují.

Ve srovnání s jinými příběhy byl ten Janin jednodušší v tom, že Jana - aspoň jsem to tak vyhodnotila - řešila především problém PTSP, jíž reagovala na ničivý, silně negativně vnímaný zážitek druhého porodu. Nepřinesla, s výjimkou tlaku na výkon a perfekcionismus, do terapie významnější hlubinný problém, který se často objevuje v případech, že porod (a to i bezproblémový) v ženách aktivuje nějakou jejich starší spící bolest např. ze vztahu k matce, k mateřství, k sobě samé. Jana tedy mé poradenství vyhledala s konkrétní poptávkou. Její problémy jsme byly schopny relativně brzy vystopovat. Neměla potřebu řešit nevědomé záležitosti, které se v nějaké podobě objevují u depresivních příběhů a bývají kombinací genetických předpokladů, osobnosti ženy a spouštěče v podobě vývojové krize, kterou porod pro každou ženu představuje.

Kromě toho mi záleželo na tom, abych v této práci postihla i obecné pozadí situace porodnictví v České republice. Jsem přesvědčena o tom, že stávající nabídka péče je jednostranná a neumožňující volbu. V mnoha případech zbytečně připravuje ženy o posilující prožití porodu, čímž je pak zraňováno i rané rodičovství a ohrožen párový vztah i celý systém rodiny. Pokud např. manželé nejsou tak soudržní jako Jana a Jan nebo nepocházejí z podpůrných původních rodin, často poporodní krizi neustojí bez trvalých ztrát.

# Mé přenosy a protipřenosy

Jsem matkou tří dcer. Na vlastní kůži, byť k sekci nedošlo, jsem zažila slovy jen těžko vyjádřitelný rozdíl mezi porodem lékařsky řízeným, a porodem přirozeným, medicínsky nerušeným. Z prvního porodu mám osobní zkušenost s některými příznaky PTSP. Svůj první porod jsem vnímala jako násilný a zbytečně rušený, a trvalo mi dloho, než jsem to pochopila. Z počátku jsem totiž obviňovala sebe, že jsem nebyla dostatečně schopna porodit vlastní silou. Neuviděla jsem ihned, kolik překážek tomu při lékařsky vedeném porodu běžně stojí v cestě.

Alespoň, že po mém prvním porodu nedošlo hned k separaci od dítěte. Mám v živé paměti, jak jsem si bezprostředně, když se moje prvorozená Alžbětka ještě na porodním stole poprvé přisála a držela jsem ji v náručí, připadala jako po nelítostné bitvě, ve které jsme se my dvě, ona a já, staly spojenkyněmi na život a na smrt. Dodnes si vybavuji, jak jsem jí v duchu říkala: „Promiň, že budeš asi jedináček. Tohle už znovu zažít nechci…“ Zhruba rok jsem na další porod neměla ani pomyšlení.

Težko kdy zapomenu na chladné, nezúčastněné pokyny porodní asistentky, která mne tehdy během prvního porodu všelijak napomínala a omezovala v tom, co mohu a nemohu. Jak mi přes mé opakované prosby odmítala dát napít, přestože porod trval skoro celou noc. Jak mi v jednu chvíli ruce a nohy řemeny přivázala k porodnímu stolu, protože se jí zdálo, že se zbytečně moc hýbu… Svůj porodní příběh jsem do podrobností popsala na jiném místě[[36]](#footnote-36), zde proto jen ještě zmíním, jak jsem se té ženě při odchodu z porodice šla omluvit za to, že jsem porod nezvládla a že to se mnou měla těžké. Zpětně to, s trochou nadsázky řečeno, vnímám jako příznak Stockholmského syndromu. (Přišlo mi příznačné, že tahle porodní asistentka krátce po mém porodu z porodnictví odešla a začala prodávat vysavače. Nejspíš svou původní profesi nebrala jako srdeční záležitost.) Přitom šlo svým způsobem taky o porod „protekční“- i o mě se tehdy jako lékařka starala moje spolužačka z gymnázia. Měly jsme spolu hezký vztah, ale já dosud nic netušila o tom, že její přístup je „klasicky medicínský“. Až když jsem zpětně získala informace a svůj první porod analyzovala, a především, až když jsem se z něj plně zahojila dvěma dalšími, normálními porody, pochopila jsem, jak naivní jsem do porodnice poprvé šla. Sice jsem se na porod pečlivě připravovala, jenže převážně jsem čerpala ze zahraniční literatury (krátce před porodem jsem delší dobu žila v Německu). Netušila jsem, jak nesmírně různorodá může porodní zkušenost být a jak podpůrně a úžasně, ale taky stroze a odlidštěně, může porod proběhnout.

Mezi časem mého zraňujícího prvního porodu a zahájením poskytování poradenství uběhly dlouhé roky sebepoznáni i vzdělávání. A především se odehrály mé dva další, nádherné a posilující, porody. Věřím proto, že jsem si své případné přenosy a protipřenosy v tomto smyslu už zpracovala. Bez tohoto přesvědčení bych si na práci s traumatizovanými ženami vůbec netroufla. Doufám, že k potřebnému nadhledu přispěly i mé mnohaleté zkušenosti s prací v médiích a s porodnickým aktivismem, který rozhodně nemá jen světlé stránky, a podobně jako klasické porodnictví dodnes postrádá hloubkovou konfrontaci s vlastním stínem. To vše mne vnitřně vyzývá k zdrženlivosti a zkoumavosti vůči všem příliš vyhraněným nebo neměnným názorům a vůči příliš jednoznačným, předčasným soudům.

# Ještě krátce k porodní depresi

Kdybych měla postihnout, v čem jsou příběhy žen s poporodní depresí složitější než příběhy s poporodním traumatem (nejde-li o jejich kombinaci), musela bych rozebírat obvykle docela složitou psychologickou anamnézu takových klientek. Výhledově bych chtěla ještě i takový modelový příběh, spolu s autentickými příběhy žen, jež mají zkušenost s poporodní depresí nebo traumatem, do tohoto textu doplnit . Věřím však, že pro účely této práce, také vzhledem k žádanému rozsahu, Janin příběh stačí a že jeho zasazení do celkového kontextu českého porodnictví je pro uvedení do tématu podstatnější.

Zkusím aspoň stručně zmínit, na jaký typ problémů u žen s poporodní depresí narážím nejčastěji. Vedle genetického zatížení se podle mé zkušenosti jedná o tři hlavní "senzitivní" oblasti:

* **Vlastní emoční vývojové trauma**

Jde o vnitřní zátěžové okolnosti z doby zejména raného dětství až dospívání rodící ženy, ať už o necitlivé či zanedbávající rodiče, trauma z jejich konfliktů či rozvodu, o nepřiměřeně přísnou či manipulující nebo naopak přespříliš benevolentní a bezhraniční výchovu. Zvlášť důležitá je historie vztahu s matkou, která se buď starala nedostatečně, nebo naopak až příliš, a dceru svou péčí doslova dusila a dosud nepustila do dospělosti. Mimořádnou pozornost potřebují v perinatálním období ženy se sexuálními traumaty - ženy znásilněné a pohlavně zneužívané. Všem těmto ženám obvykle pomůže, když se dozvědí, že příchod dítěte na svět otvírá jedno z nejdůležitějších „oken příležitostí“ k vlastnímu uzdravení, to když v nás náš potomek účinně spouští přemíru pocitů, které jsme samy prožívaly, když jsme byly dítětem. Má-li žena v sobě nezpracovanou bolest z nějaké významné ztráty nebo opuštění, tato bolest se při zrodu jejího mateřství vynoří s velikou naléhavostí. Pokud její emoční potřeby nebyly v dětství naplněny, může jí závislost dítěte na ní připadat nesnesitelná, a nebývá hned schopna dítěti dát, co sama nedostala. Na druhou stranu bývá pro ni osvobozující začít o těchto věcech hovořit a nenásilně objevovat zamlčené souvislosti. Pro tento druh terapeutické práce jsou podle mojí zkušenosti inspirující a nápomocné zejména české překlady knih Alethy Solterové, Laury Gutmanové či Laurence Hellera a Aliny LaPierre[[37]](#footnote-37).

* **Problém s přijetím mateřské identity**

Západní společnost ženám předkládá, že převažujícím rozpoložením novopečené matky je oslňující radost z miminka. Jenže náhlá změna, kterou příchod dítěte často působí, bývá pro současné, od zdrojů autentického ženství často odpojené matky šokem. Pokud např. s dítětem přerušily kariéru a opustily významně jiný styl života, zažívají i pocity ohrožení a ztráty identity. Dítě navíc často zásadně mění i dynamiku párového vztahu. Ženy (páry) se ocitají se ve vnitřním zmatku, s nímž si samy nevědí rady.

* **Samotná reakce na těžký porod**

Porod sám o sobě se může stát spouštěčem depresivního stavu. Ženy při nešetrně vedených medicínských porodech a zejména při porodech operačních běžně zažívají zboření všech svých dosavadních hranic, ztrátu bezpečí a ztrátu identity. Rigidní nemocniční atmosféra porodního oddělení a vtíravost invazivního způsobu vedení porodu bývají pro ně doslova znásilňující. Není bez zajímavosti, že v některých případech se terapeutické metody podobají péči po znásilnění[[38]](#footnote-38). Ženy traumaticky vnímají i rutinní poporodní separaci od svého dítěte. Nelze vyloučit, že nedostatečná podpora bondingu může v kombinaci s porodní nebo pooperační bolestí nebo i s bolestí při revizi a šití po zdánlivě dobrém porodu, který ale žena sama vnímala jako silně vyčerpávající, odstartovat depresivní stav.

# Úvahy o totalitě v nás: Odkud se bere a zrcadlí ji české porodnictví?

Nedílnou součástí péče o těhotné a rodící ženy má být zvažování a zavádění opatření, která těhotenství a porod činí bezpečnými také po psychické stránce. Za téměř čtvrtstoletí, po které se porodnickou problematikou zabývám, jsem se na straně lékařů, s nimiž jsem hojně byla v kontaktu zvláště v letech, kdy jsem pracovala pro média, setkala jen s minimálním zájmem o psychologii porodu. A to jak na úrovni prevence, tak při vlastní péči v porodnicích.

Naposledy v čase, kdy jsem psala tuto práci, jsem zkusila oslovit své známé lékaře. Znovu mi potvrdili, že v českém porodnictví nadále převládá „technický“ pohled na věc. Za úspěšný je považován každý porod, kdy je dítě vybaveno z porodních cest matky a oba jsou po zhojení případných zranění fyzicky v pořádku.

Standardní nabídka českých porodnických služeb zahrnuje i bezmála třicet let po politickém převratu převážně porod lékařsky vedený na půdě nemocnic. Porod v kontextu péče face to face poskytované samostatnými porodními asistentkami není standardně dostupný. Jeden ze zásadních rozdílů obou pojetí přitom spočívá v tom, zda na porod nahlížíme jako na oddělený proces (a příležitost k poskytnutí technicky vyspělých zdravotnických služeb), nebo zda jej vnímáme také v kontextu psychologickém a v neposlední řadě i v kontextu celkové ženské sexuální historie.

Sexuální kontext porodu je u nás opomíjen. Nemluví se o tom, kolik má porod se sexualitou a s pohlavním stykem společného. Třeba to, že jde v obou případech o fyziologický proces, jehož uspokojivé vyvrcholení leží mimo vůli svých aktérů. Podobně jako milování, i porod potřebuje pro zdárný průběh kromě základního zdraví také vysokou míru intimity a pocit bezpečí. Žena potřebuje při porodu cítit, že ti, kdo jí asistují, jsou na její straně. Že jí umožní to, co právě ona v této mezní životní situaci potřebuje k tomu, aby se mohla do porodního procesu ponořit, zvládat kontrakce, uvolnit se mezi nimi, odevzdat se. Po porodu pak matka a novorozenec potřebují podpořit v bondingu, v první biologicky podmíněné citové vazbě, která mezi nimi při příchodu dítěte na svět vzniká a která u matky povzbuzuje bezpodmínečné přijetí miminka a posiluje její mateřské kompetence. U dítěte přispívá k základnímu pocitu vítanosti, zakořenitelnosti a životního bezpečí, byť pro jeho vlastní vztahovost je pak zřejmě ještě důležitější možnost jistého attachmentu[[39]](#footnote-39). Porod a jeho vypuzovací fáze, podobně jako milostný akt zakončený orgasmem, jsou nesmírně zranitelné události, které se při rušivých vlivech snadno zastaví[[40]](#footnote-40) . Teoreticky znějí tyto skutečnosti samozřejmě. V praxi se běžně děje, že díky nedostatku soukromí a intimity rozběhlé kontrakce umlknou a porod musí být uměle podpořen medicínskými zásahy.

Podle výzkumného projektu při katedře psychologie FF UK nazvaného Psychosociální klima porodnice očima rodičky[[41]](#footnote-41) je v ČR běžné, že personál stále ještě nedbá na potřebu soukromí rodiček, neumožňuje nerušené ponoření do porodního procesu, nezohledňuje přání žen ohledně vedení porodu. To mívá za následek zpomalení nebo zastavení spontánního porodu a potřebu medicínské intervence včetně stále častějšího císařského řezu, jehož nárůst se dnes v průměru blíží k hranici 30% a v některých, zvláště velkoměstských, nemocnicích tuto míru i překračuje.

Navzdory sílící poptávce porodní centra a porodní domy nejsou dostupné. Porody doma probíhají za systémově neošetřených podmínek, buď zcela bez zdravotnického dozoru, nebo za tajné asistence porodních asistetek, kterým za takovou účast hrozí až milionová pokuta[[42]](#footnote-42). Hlavní odpovědnost za režii porodu v nemocnicích mají lékaři. Jejich instrukcím podléhají tamní porodní asistentky. Možnosti pro porod lékařsky nerušený, s vyšší mírou autonomie rodící ženy, s větší trpělivostí ze strany ošetřujícího personálu zastoupeného zpravidla známou porodní asistentkou, volbou neinvazivních metod pro zvládání kontrakcí a celkově zvýšenou ohleduplností k potřebám rodící ženy a dítěte, jsou omezeny na počet několika vyhlášených porodnic. Tzv. porodní turistika, kdy ženy za porodem cestují dlouhé kilometry, je v naší zemi běžná. Pokud si šetrnou a také na psychické potřeby orientovanou péči chtějí rodičky zajistit, předpokládá to z jejich strany velké nasazení, pečlivou přípravu a výběr porodnice a v neposlední řadě i značné vlastní finanční přispění za služby soukromých porodních asitentek, dul, porodních pedagožek, za speciální přípravné kurzy apod.

V mnoha evropských zemích jsou přitom v rámci nabídky porodnických služeb vedle standardních nemocničních porodů k dispozici právě i porodní centra přímo na půdě porodnic nebo porodní domy se smluvním vztahem s blízkým porodním sálem pro případ nutnosti řešit urgentní stavy. Organizačně i legislativně jsou v těchto zemích ošetřeny rovněž porody doma, přestože i tam takové nabídky využívá jen minimum žen. Vyspělé demokracie nabízejí ženám možnost volby, která v ČR stále neexistuje. Moc i pravomoc rozhodovat o tom, co je a není dovoleno, je u nás soustředěna do rukou lékařů a ministerských úředníků, a protože zdravotní pojišťovny podléhají jejich vlivu, situace je prozatím nehybná.

Troufám si tvrdit, že rané mateřství není v České republice prozatím dostatečně chráněno, a právě už těhotenství a porod mnoha ženám zasazují zásadní a oslabující ránu. Má-li současná žena vedle náročného přerodu v matku zvládnut ještě i negativní nebo dokonce traumatickou zkušenost porodního zážitku a zároveň dočasnou ztrátu svého pracovního světa, ocitá se nezřídka v hluboké osobní krizi. O rozporuplném pocitu z nevydařeného porodu, z vlastního těla po něm nebo o bolestném poznání, že starý svět bezdětnosti odešel, a nový rodičovský se těžce rodí, se veřejně mluví stejně málo jako o tom, že současná společnost má na ženy nepřiměřené nároky, když po nich chce úspěch v profesi i v osobním a rodinném životě a tlačí je do nereálného perfekcionismu. Pokud ženy nemají po boku muže, který by s nimi péči o rodinu a domácnost férově sdílel, pokud jim nevyjde vstříc zaměstnavatel a pokud nenajdou potřebný prostor pro sebepéči, snadno upadnou do stavu úplného vysílení. Výskyt poporodních depresí nebo PTSD u nepřehlédnutelného množství současných matek svědčí o tom, že pro mnohé porod není posilujícím zážitkem a ani rodičovství není uspokojivým obdobím, což se odráží i v tom, že přibývající množství žen se mateřství vyhýbá či zůstává jen u jednoho dítěte a další už nemají.

Krátce: České porodnictví se profiluje odborně medicínsky a v tomto ohleduje světově na vynikající úrovni. Avšak psychologické či spirituální aspekty porodu jsou zanedbávány**. Jak je možné, že tento stav u nás trvá tak dlouho?**

Během různých zahraničních pobytů jsem měla možnost nahlédnout nabídku porodnických systémů jiných demoratických zemí (bližší zkušenost mám s Německem, Rakouskem, Velkou Británií, Japonskem a Austrálií). Když srovnávám s porodnictvím českým[[43]](#footnote-43) nebo když muvím s Čechy dlouhodobě žijícími v zahraničí, dospívám k názoru, že zdaleka nejde jen o finanční otázku (např. kde vzít zdroje na zřizování porodních domů), nýbrž že si v České republice situaci sami komplikujeme tím, že si vzájemně nebýváme schopni poskytnout ani to, co je jinde zadarmo - korektnost v komunikaci, základní slušnost a vstřícnost, schopnost zajímat se bez předsudků o názory a potřeby druhých, i když třeba neladí s našimi vlastními. **Snahy transformovat české porodnictví narážejí na neoblomnost autoritářského názoru, že zásadních změn v českém porodnictví není zapotřebí, když většině stávající stav vyhovuje, resp. není většinou zpochybňován.**

Beru v úvahu následující: Po desítky let u nás běžně docházelo k rutinnímu nerespektování potřeb žen během porodů a k rutinní vynucené separaci a k nerespektování potřeb bondingu u matek a dětí, což, jak jsem přesvědčena, několika generacím narušilo biologicky podmíněnou iniciaci utváření bezpečné vazby mezi matkou a dítětem. K separaci matek a dětí dochází v mnoha porodnicích dodnes, ač je to v rozporu s moderními poznatky o potřebách raného věku i o potřebách biologie mateřství. Česká společnost většinově přihlíží škodlivým praktikám s lhostejností a matky se jim ve většině případů bez odporu nebo jen s nevyjádřeným nesouhlasem přizpůsobují. **Pozorujeme významně sníženou citlivost k páchanému porodnickému násilí[[44]](#footnote-44).**

Zkusím-li uplatnit teorii traumatu, není těžké vypozorovat odpor společnosti jako celku k systémové změně a uplatňovanou strategii vytěsňování nebo dokonce disociace. Důsledkem je všudypřítomný, nepojmenovaný strach, chronický nedostatek sebeúcty i absence vědomí hlubšího smyslu. To všechno udržuje jednotlivce i systémy v nehybnosti, ve stavu „zamrznutí“. Vytrácí se plnohodnotný prožitek, a naopak přibývá náhražek autentického života v podobě nadměrné konzumace léků proti úzkosti a depresi, alkoholu a jiných psychotropních látek, ale i k nadužívání/zneužívání excesivního sportu, sexu, nakupování, příjmu potravy, jak to vidíme kolem.

Přibývá i nových specifických problémů přímo v oblasti rodičovství. Při své práci s klienty opakovaně řeším např. následující:

* nárůst rozpadů rodin s nejmenšími dětmi; opakovaně se stává, že rozchod přicházejí řešit dokonce i páry, které dítě teprve čekají
* matky/rodiče mají problém přilnout k dítěti - rozumem ho milují, ale emočně se neumějí vypořádat s jeho přirozenými potřebami a s časově podmíněnou intenzivní péčí, která zahrnuje dočasné upřednostněné potřeb dítěte před potřebami vlastními
* mezigenerační střety, které vyplývají ze zájmu současných žen, resp. rodičů o intuitivní / vědomé / kontaktní / attachmentové rodičovství, přehodnocující někdejší „studený odchov“ a péči postavenou na zneužívání moci dospělých nad dětmi (motivování dítěte k poslušnosti strachem, tresty, vyvoláním pocitů viny, podmínečnou láskou…); starší generace reaguje na „nové“ formy rodičovství nezřídka s nepochopením, potřeba najít kompromis rodiče a prarodiče přivádí až do poradny

Napadá mne otázka, nakolik je porodnictví oblastí nějak specifickou, a nakolik zrcadlí to, co je pro českou společnost typické i v jiných sférách? Mám na mysli např.:

* netoleranci k početně méně zastoupeným názorům
* manipulující až násilné postoje mocných, pasivita ovládaných
* materialistický pohled na věc (fyzické přežití akcentováno, psychologické či spirituální potřeby podceňovány, zlehčovány, popírány…)
* neomalenost, necitlivost i hrubost (ženy, které mají srovnání, uvádějí, že v západoevropských porodnicích je standardní laskavější nebo minimálně profesionálně korektní chování personálu, zatímco u nás tolerujeme zraňující chování - viz. např. běžná manipulace názorem matky nebo její zastrašování (typická věta: „Vy chcete, maminko, ublížit svému dítěti?“)

Často slýcháme, že jde o pozůstatky totalitního smýšlení. Není to ale po bezmála třiceti letech od převratu výmluva? Neleží příčiny nepostupující proměny porodnictví (a v mnoha ohledech celé společnosti) jinde?

Domnívám se, že inspirací pro pochopení současného stavu může být právě teorie traumatu. Použiji myšlenek Petera Levina[[45]](#footnote-45), jehož pojetí traumatu je mi obzvlášť blízké[[46]](#footnote-46): Jednoznačná definice traumatu neexistuje. Obecně jde o zranění, ke kterému dochází v důsledku traumatické události. Tou může být těžký úraz, úmrtí blízkého člověka, alkoholismus nebo duševní nemoc v rodině, šikana, znásilnění, emoční zanedbávání v dětství, přírodní katastrofa, ale jistě také mobilizace, válka, znárodňování či normalizace… Zkrátka jakýkoliv o zážitek, který jednorázově silně, nebo dlouhodobě vlekle zásadně naruší duševní rovnováhu zúčastněných a promění jejich vnímání života. Jde o situace, které není možno zvládnout běžnými adaptačními a kompenzačními mechanismy, protože přetížení bylo příliš zničující. Dochází k porušení vlastních hranic, ke ztrátě orientace v čase a prostoru, ke ztrátě integrity, vnitřní elasticity, rytmu a pohyblivosti, kontroly, pocitu bezpečí, důvěry a v konečném důsledku i k přerušení spojení sama se sebou, s druhými, s okolím, se světem. Aby člověk tento děsivý stav zvládl, nevědomě se uchyluje k některé ze strategií přežití. K nejčastějším patří, že se od reality i od sebe samotného odpojí, a prázdnotu, která tím vzniká, vyplňuje náhradními obsahy. Patří sem i přemíra stěžování vyplývající z pocitu, že člověk sám nic nezmůže a neznamená, že je jen oběť okolností. Vše se snad změní, až přijde nějaký „Zachránce“ a o vše potřebné se postará. Levine připomíná, že trauma vzniká a trvá tam, kde z jakýchkoli důvodů nemohly být dokončeny instinktivní obranné reakce útoku, útěku nebo zamrznutí. Nervový systém se proto tyto reakce v rámci své sebeléčivé schopnosti snaží opakovaně dokončit a zaintegrovat. Není-li zbytí, život vytváří podmínky, v nichž se okolnosti vzniku traumatu v nějaké podobě nastolují znovu, to aby k dokončení cyklu mohlo dojít a nastalo uzdravení. Než však k nápravě dojde, postižení nežijí naplno, spíš jen přežívají, živoří. Dochází k „přerušení spojení“ - chybí vědomí vlastní identity, zdravá sebedůvěra, sebevědomí, je přítomen pocit odcizení, úzkost, strach, agrese nebo vyhýbavé chování. Neřešené trauma má na život zničující dopad. Ovlivňuje každodenní prožívání, vede k projevům závislosti, k rozpadům vztahů, ke zdravotním potížím, neurózám, destruktivnímu sebepoškozování.

Co má tohle společného s českým porodnictvím?, ptám se. Jsem si vědoma značného zjednodšení, přesto svou úvahu dokončím: V roce 1989 jsme jako národ v novodobých dějinách dostali šanci začít znovu. A my jsme tu šanci do značné míry promarnili. Domnívám se, že to souvisí i s neochotou postavit se čelem k našim národním traumatům, a že jich - stačí, když budeme pracovat jen se stoletými dějinami československého/ českého státu - nebylo málo. Ano, jsou mezi námi hrdinové, jejichž traumata se zrodila ve statečném boji se zlem. To, jak tyto hrdiny neumíme docenit, možná rovněž souvisí s tím, o čem tu píšu. Jinak zatím nezhojeno a skryto v „národním nevědomí“ působí možná trauma příslušníků tohoto národa, kteří smrště totalit a brutalit 20. století přežili aktivní kolaborací či vstupem do těch správných politických stran, nebo potichu se shrbeným hřbetem a s možná nepojmenovaným, ale o to sžíravějším pocitem ztráty sebeúcty. Možná i fakt, že se do čela státu navracejí ti, kdo svým osobním nastavením připomínají bezohledné totalitářské bossy, poukazuje na Levinův traumatický kruh? Nabízejí dějiny národům traumatizovaným porobením mocnějšími opakovanou šanci k uzdravení? Je tento stav zrcadlen i v českém porodnictví? A kde je v této situaci místo psychoterapeutů?

# Vyhlídky do budoucna a možnosti prevence

Co lze udělat pro zlepšení situace? Ono už se toho hodně děje a dělá. A začalo to vlastně hned po listopadu 1989. Měla jsem a mám možnost zblízka sledovat, kudy se snahy o humanizaci českého porodnictví ubíraly a ubírají. Máme za sebou dlouhu cestu a nastalo mnoho pozitivních změn. Pokud těhotné ženy vyvinou patřičnou aktivitu, opatří si informace a jsou připraveny převzít odpovědnost, mohou už dnes v České republice dobře porodit. Jen je to často stojí, jak jsem zmínila výše, hodně odvahy, nasazení i finančních prostředků.

Zatímco v 90. letech byly zjevné snahy sblížit koncepce lékařsky vedeného a přirozeného porodu debatováním o vymezení kompetencí lékařů a porodních asistentek, konaly se konference a média přinášela mnoho příspěvků k tomuto tématu, v posledních zhruba deseti letech jako by mnohé ustrnulo. Jsme svědky stagnace a opětovného vzdalování se obou táborů, bez deklarovaného smíru, bez domluveného vymezení kompetencí.

 Z konkrétních opatření, k nimž je nadále nutné upírat pozornost a snažení, považuji za nejdůležitější následující[[47]](#footnote-47):

* Vzdělávejme všechny, kteří mají s těhotenstvím a porodem co do činění. Volejme po humanizaci českého porodnictví a neonatologie, aby se nastávajícím matkám dostávalo více individuální péče a podpory a aby nedocházelo k rutinním nebo zbytečným zásahům, k oddělování novorozenců od matek po porodu ani k jinému narušování instinktivního mateřství.
* Vnímejme těhotenství jako jedinečný, posvátný čas. Podporujme ženy, aby ho prožívaly v napojení na dítě v lůně.
* Zdůrazňujme důležitost medicínsky nenarušovaného porodu. Farmaka brání přirozenému uvolňování porodních hormonů a odstraňují pocity síly a radosti, které se po porodu bez intervencí dostavují. Podpůrné a laskavé podmínky při porodu mají na jeho dobrý průběh i zpětné vnímání prokazatelný pozitivní efekt a zásadně snižují zdravotní komplikace. Matky rodící v důvěryhodném prostředí s manželem nebo dulou po boku mívají porod kratší, je u nich méně často třeba provést císařský řez a jejich novorozenci obvykle nepotřebují neonatální intenzivní péči.
* Podporujme kojení. Uvolňuje to oxytocin, hormon lásky a vazby. Respektujme a podporujme šestinedělí. To umožní lepší rozjezd kojení i zotavení žen po porodu.
* Věnujme péči také mužům, resp. párovým vztahům. Pomáhá, pokud se otce dítěte daří dle jeho možností do procesu těhotenství a porodu co nejvíce zapojit, takže svou ženu dokáže dostatečně podpořit.
* Připomínejme, jak důležitý je pro těhotné a rodící ženy vztah s jejich matkou nebo s jinou moudrou starší ženou.
* Připomínejme význam fungující úplné rodiny pro properitu všech jejích členů. Zdůrazňujme podporu, kterou těhotné a rodící ženy potřebují od širší rodiny, komunity i profesionálů.
* Usilujme jako společnost o to, aby matky nejmenších dětí nežily v izolaci. Zdůrazňujme potřebu a význam mateřských a rodinných center a dalších součástí podpůrné sítě pro rodiče.
* Rehabilitujme samo mateřství. S biologickou ženskostí (menstruací, porodem, plodností, menopauzou…) nezacházejme jako s něčím, co je na obtíž. Dodávejme už dívkám všestranné informace. Neoceňujme na jejich životní cestě jen fyzickou krásu a úspěchy ve škole, v profesi, ve výkonové sféře. Posilujme jejich sebevědomí, aby dokázaly být nezávislé na většinových patologických postojích, které uprostřed konzumního dostatku a předčasné sexualizace vedou k závažnému zanedbávání základních emocionálních a sociálních potřeb.
* Hovořme o tom, že být matkou je náročný úkol. Někdo jej zvládá s lehkostí, jindy je třeba většího snažení nebo dokonce terapie.  Veďme ženy k tomu, aby více přemýšlely o okolnostech vlastního narození a dětství. Narazí-li na problémy, se kterými si samy nevědí rady, podporujme je ve včasném vyhledání odborné pomoci a rozšiřme její dostupnost.

V čase, kdy jsem psala tuto práci, jsem si opakovaně říkala, jak by bylo důležité téma poporodních depresí a poporodního traumatu už konečně zpřístupnit a rozšířit ve veřejném i odborném povědomí. S radostí jsem vyslechla reportáž, kterou zrovna přinesla Česká televize o založení spolku Úsměv mámy[[48]](#footnote-48) na podporu žen s poporodní depresí.

Naciťuji nahromaděnou destruktivní energii našich nezpracovaných národních traumat a vnímám je zrcadlená v dosavadní přehlížené nesvobodě českých žen přivádět na svět děti ve standardně láskyplném a respektujícím prostředí. Vybavuji si slova Petera A. Levina: „Trauma je nejvíce popíraná, ignorovaná, odpíraná, nepochopená a nehojená příčina lidského utrpení. Nezhojené trauma odebírá postiženým schopnost normálního bytí.“[[49]](#footnote-49)

Práce s traumatem často zahrnuje potřebu odborné pomoci. To když poškození bývají natolik zásadní, že je člověk - nebo kolektiv - svépomocí nezvládne. Nakolik je v tomto ohledu nápomocna současná psychoterapie? Od žen, které vyhledávají mé poradenství (často pocházejí z mimopražských regionů), slýchám, že ani v porodnici, ani v bezprostředním okolí nenašly vyhovující pomoc pro svůj nedobrý poporodní stav. Shodují se, že pro mnoho psychoterapeutů, podobně jako pro lékaře, problém poporodní deprese a zvláště poporodního traumatu nemá uchopitelné kontury a není brán s patřičnou vážností.

Zdravá identita jednotlivce i společenství souvisí s ochotou nahlédnout svou vlastní křehkost, své komplexy a svá zranění, která brání v plnohodnotném žití . Přála bych si, aby i tato práce napomohla přiblížit a pochopit situaci v českém porodnictví a přispěla k jejímu uzdravování.

#  Poděkování

***Závěrem chci poděkovat všem ženám, které se se mnou podělily o svůj příběh, a zejména Janě, která mi ho dovolila - s patřičnými změnami, aby nebyla dohledatelná identita žádného z protagonistů - zveřejnit. Děkuji všem, kteří jakkoliv spolupracují na tom, aby se podmínky pro vstup do mateřství, resp. rodičovství, v naší zemi lepšily. Děkuji MUDr. Kateřině Kneiblové za možnost konzultací z oblasti gynekologicko-porodnické problematiky. Děkuji Rafael Institutu, že jsem se mohla nad opomíjeným tématem zamyslet v rámci této práce. Doc. PhDr. Marku Preissovi, PhD., svému supervizorovi, děkuji za ochotu tuto práci vést, a Mgr. Heleně Klímové, své výcvikové terapeutce, děkuji za trvalou inspiraci. Za stálou pomoc a podporu děkuji své rodině, rodičům, dcerám a Davidovi. Všichni mi svým pochopením a trpělivostí umožňují opakovaně obnovovat naději, že snaha setrvat v úsilí, o jehož smyslu nepochybujeme, stojí za to navzdory průběžným prohrám.***

***Eva Labusová***

***Praha, únor - červen 2018***

#  Přílohy

K této práci připojuji dvě přílohy:

**Příloha č. 1:** Text, který vznikl na podnět frekventanta Rafael institutu Jana Sýkory pro účely jeho univerzitní diplomové práce. V textu se objevují úvahy o možnostech uplatnění psychologů v oblasti předporodní psychoprofylaktické péče v současné ČR, což považuji za související a naléhavé téma.

**Příloha č. 2:** Rozhovor s klinickou psycholožkou Michaelou Mrowetz pro časopis Rodiče. Pokud vím, je to jeden z vůbec prvních příspěvků k tématu poporodního traumatu ve zdejších médiích.

**Příloha č. 1:**

**Odpovědi pro frekventanta Rafael institutu Jana Sýkoru pro účely jeho diplomové práce k tématu možností uplatnění psychologů v oblasti předporodní psychoprofylaktické péče v současné ČR:**

**text: Eva Labusová, leden 2015**

**Jak vidíte možnosti uplatnění psychologů v oblasti předporodní psychoprofylaktické péče v současné ČR? S jakými nejčastějšími přáními a dotazy týkajícími se těhotenství se na Vás Vaši klienti a klientky obracejí?**

Abych se mohla rozepsat o možnostech uplatnění takové péče o těhotné ženy v současné ČR, potřebuji nejprve postihnout, jak stávající situaci v českém porodnictví vnímám: Porod v ČR stojí od politického převratu v roce 1989 v centru diskusí mezi zastánci a odpůrci dvou různých porodnických modelů. Lékařský model, propagující lékařsky vedený porod, spatřuje v těhotenství i porodu celou řadu rizik, která ženu a dítě potenciálně ohrožují na zdraví i na životě. Zdravotníci proto soustřeďují své snažení na to, aby případným problémům pokud možno předcházeli nebo je prostřednictvím vyzkoušených a účinných medicínských zásahů včas efektivně řešili. Model péče poskytované porodními asistentkami, usilující o porod přirozený, vychází naopak z předpokladu, že zrození člověka představuje normální fyziologický proces, který většina rodiček dokáže zvládnout vlastními silami, pokud jsou jim k tomu vytvořeny optimální podmínky a dostane-li se jim patřičné přípravy a podpory (ano, také psychologické). Zatímco lékařský model je v naší zemi masově rozšířený a veřejným i soukromým zdravotnictvím podporovaný, model péče poskytované porodními asistentkami živoří. Daří se jej sem tam uplatňovat v některých liberálnějších porodnicích a také (momentálně poněkud undergroundovým, protože oficiálně nepodporovaným a pod hrozbou sankcí provozovaným způsobem - ročně několik stovek případů) při porodech doma, kde porodní asistentky systémově nemají dovoleno pomáhat. Spíše a snáze se ženy v porodnicích domohou epidurálů, císařského řezu na přání apod., než medicínskými intervencemi nenarušovaného a také po psychické stránce bezpečného, spontánního porodu. A to i přesto, že výzkumy potvrzují, že každý neopodstatněný zásah do porodu zvyšuje riziko komplikací a prolékařské porodnictví jako norma je neúměrně drahé. (Více k výzkumům třeba zde: <http://www.azrodina.cz/2816-co-je-nadstandardem-v-peci-o-zdravou-zenu-behem-tehotenstvi-pri-porodu-a-po-nem>) Česká republika si dosud vyjasňuje, jak vlastně chápe vztah porodníka a porodní asistentky - zda jako vztah z hlediska dohledu a právní zodpovědnosti hierarchický, nebo jako vztah kolegiální, podobný třeba vztahu rodinného lékaře a neurologa. A jde také o narušování lidských práv, k němuž bohužel v České republice, v důsledku přece jen ještě se vyskytujícího paternalistického chování zdravotníků a zneužívání moci, dochází. (Více o tom např. zde: <http://llp.cz/2014/01/pravnici-vyzyvaji-rodicky-nenechte-si-libit-porusovani-vasich-prav/>) Z výše uvedených důvodů se psychologům a psychoterapeutům otvírá široké pole působnosti.

**Jak mohou být psychologové a psychoterapeuti těhotným ženám nápomocni?**

Především tím, že se sami informačně zorientují a zaujmou postoj. Ženy je třeba vzdělat a podpořit v jejich možnosti volby. Díky rozhovoru s odborníkem může žena, aniž je k čemukoliv tlačena, objevitprávě ten svůj způsob porodu, vycházející z její povahy, osobní historie, zdravotní anamnézy i světonázoru. Pokud už tuší, co si přeje a je zdravá, může se během těhotenství na daný způsob porodu připravit a zajistit si pro něj podmínky s tím, že psycholog nebo psychoterapeut jí připomíná i potřebu flexibility: i když o porodu mohu mít představu, je třeba počítat s tím, jeho průběh může být nakonec i nečekaný.

**S jakou konkrétní poptávkou, související s profylaxí, těhotné ženy za psychologem či psychoterapeutem přicházejí?**

Dle mé zkušenosti se jedná zejména o následující okruhy problémů:

*Potřeba pomoci se „zrozením matky“:*

Těhotenství a porod předznamenávají budoucí prožívání mateřství. Samotný porod je psychikou ženy silně ovlivněn. Aby mohl zdárně spontánně proběhnout, musí se cosi podstatného udát v hlavě ženy (odpojení neokortexu, probuzení instinktivního chování, ponoření se do sebe a do procesu porodu…). Jen tak je uveden do chodu jedinečný hormonálně řízený porodní proces. Medicínské zásahy a chirurgické metody jsou až nouzovým řešením s mnoha negativními vedlejšími účinky pro dítě i matku.

Okolnosti perinatálního období mají přímý vliv na prožívání mateřských kompetencí. Podpora přirozeného porodu, bondingu a rané vazby mezi matkou dítětem na biologické bázi podporují mateřské chování a usnadňují navázání pevné láskyplné vazby mezi matkou a novorozencem. Německo-francouzská lektorka předporodní přípravy a autorka knihy Slzy po porodu Elisabeth Geisel to postihuje slovy: "Dnešní ženy zažívají v souvislosti s mateřstvím pocity, které jim nahánějí strach. To, co v nich potlačila výchova a celý současný životní styl, na ně dopadá s obrovskou silou. Je nutné umožnit jim, aby se v nich v době, kdy čekají a rodí děti, probudila dávná přirozenost, aby mohl ožít instinkt, který jim otevře bránu nejen k mateřství, nýbrž často i k jejich vlastnímu nitru a k podstatě života." Redaktorka časopisu Deutsche Hebammenzeitschrift, porodní asistentka a porodní etnoložka Dr. Angelika Enselová připomíná: “Čas těhotenství, zvláště u prvního dítěte, představuje zranitelnou a velmi niternou vývojovou fázi ženy. Jde o čas velkých vnitřních proměn, intenzivních rozporuplných prožívání i hledání nové orientace. K nejčastějším pocitům patří radost, nejistota a strach. Způsob, jakým je se ženou v této fázi zacházeno, je pro její uvedení do mateřské role určující. Velmi záleží na tom, jaký koncept těhotenství a porodu ženám zprostředkujeme. Při této iniciaci nejde jen o předávání informací, nýbrž zároveň o budování jejich vlastního konceptu ženství a mateřství, včetně přijímání nového pohledu na vlastní tělo a jeho reprodukční schopnost. O tom, co si z péče žena odnáší, přitom nerozhodují jen slova, nýbrž i osobní přesvědčivost těch, kdo se o ženu starají.“

*Hojení vztahu s vlastní matkou*

Vztah matky a dcery patří k určujícím. Právě od matky se dívka učí pohledu na svět i sebe samu. Podle vzoru matky také zpravidla přijímá vzorec pečujícího chování, jež je považováno za hlavní charakteristiku mateřství. Schopnost pečovat o druhé souvisí se schopností pečovat o sebe samotnou. Pro ženu, které její vlastní matka dala jen málo lásky a péče, bývá obtížné, aby sama byla milující a pečující matkou. Pokud zranění a bolest zůstanou nepřiznané a neřešené, bývá zraňující chování dlouhodobě (a nevědomě) předáváno z generace na generaci. Pomoc přichází, pokud si žena vyjasní svou situaci a pokud začne hledat způsob, jak zatížení z minulosti odstranit.

*Pomoc s obtížemi a výzvami vyplývajícími z prenatální diagnostiky*

Cílem prenatální diagnostiky je poskytnout nastávajícím rodičům informace o zdravotním stavu jejich nenarozeného dítěte. Problém spočívá v tom, že žádná z metod nenabízí 100% záruku zdraví plodu a některé z metod mohou přinést falešně pozitivní nebo negativní výsledky. Zneklidnění a utrpení, které může prenatální diagnostika nastávajícím rodičům přinést, je nezměrné, proto je dostupnost krizové intervence i běžného poradenství a terapie velmi důležitá.

Podle provedených průzkumů (zdroje: Deutsche Hebammenzeitschrift 3/2003, [http://www.gennet.cz/](http://www.gennet.cz/pages/skrining.htm),časopis Rodiče 10/2007) dnes více než 90% lidí možnosti prenatální diagnostiky vítá a v případě zjištění, že dítě v lůně není v pořádku, upřednostní umělé přerušení těhotenství. Jiní podobné rozhodování o životě a smrti „nedokonalých“ dětí považují za hazard s humánními principy chránícími slabé a bezmocné. Někteří psychologové navíc varují před podmínečnou láskou, kterou matky v začátcích těhotenství mohou vůči nenarozenému dítěti pociťovat s tím, že ho přijmou teprve poté, co projde testy, ale do té doby (může jít o více než polovinu těhotenství) se od dítěte de facto citově distancují („aby to pak případně tolik nebolelo“).

Pochybnosti mají i někteří lékaři, kteří prenatální diagnostiku provádějí, byť v České republice jich není mnoho. Screening vývojových vad se u nás provádí automaticky a lékaři jako by někdy ani nepočítali s možností, že někteří rodiče možnost usmrtit postižené dítě nepřipouštějí.

Přesto i v naší zemi platí, že veškerá vyšetření jsou postavena na vzájemné důvěře a spolupráci mezi lékaři a rodiči. Základním principem je dobrovolnost. Pokud rodiče jakékoliv důvody vedou k odmítnutí některých vyšetření, jsou zdravotníci povinni jejich rozhodnutí respektovat.

Ve své praxi se setkávám s nejrůznějšími problémy, které těhotné ženy a jejich partneři v této souvislosti řeší. Příklady: Jak se vymezit vůči příliš autoritářskému lékaři, který matku nutí do vyšetření, jež ona sama odmítá? Jak obhájit před lékaři, a často i před blízkými, že si matka postižené dítě z důvodu svědomí chce ponechat? Jak vůbec dojít k rozhodnutí, zda postižené dítě nechat, či nenechat narodit? Jak se vyrovnat s výčitkami svědomí, když matka proti své vůli podstoupí amniocentézu, výsledky vyjdou v pořádku, a ji potom trápí, že nenarozenému dítěti zbytečně ublížila velkým nitroděložním stresem? Jak zvládnout zklamání z chování partnera, který ženy po špatných výsledcích testů nutí do interrupce s tím, že „o dítě-mrzáka se starat nebude“? Atd.

Více zde:

<http://www.evalabusova.cz/preklady/prenatalni_diagnostika_pandorina_skrinka.php>

<http://www.evalabusova.cz/rozhovory/d_smrzova.php>

<http://www.evalabusova.cz/rozhovory/d_pekarova.php>

*Příprava na vlastní porod a práce se strachem z porodu*

Více zde:

<http://www.evalabusova.cz/cesty/I_2_predporodni_priprava.php>

<http://www.evalabusova.cz/cesty/I_3.php>

**Důležitá je i poptávka poporodní:**

* zpracování zážitku nepodařeného porodu
* poporodní depresivní nálady u žen včetně skutečných poporodních depresí a PTSD
* obtížný vstup do reality rodičovství: když už se dítě narodí, často dochází k drsnému vystřízlivění z iluzí; dítě je prožíváno jako příliš velký závazek; pocit ohrožení, zklamání, hroucení…; problém s tím, že rodiče nejsou schopni přilnout ke svému dítěti, ač ho plánovali, vnímají ho jako „vetřelce“, který jim rozbil starý život; neschopnost adekvátně reagovat na dětský pláč atd.
* partnerské problémy vyplývající z nové dynamiky vztahu po narození dítěte; soupeření, soutěžení mezi rodiči, např. o přízeň dítěte, o spánek, o volný čas, o čas na práci… <http://www.evalabusova.cz/clanky/rozvody.php>
* sycení vlastních nenasycených dětských potřeb, na které přítomnost miminka upozorní <http://www.evalabusova.cz/media/nad_knihou.php>
* přijetí náročného (např. nadměrně plačího) nebo postiženého dítěte atd.

**Vidíte ještě rezervy v oblasti předporodní psychoprofylaktické péče u nás? Pokud ano, čeho se týkají?**

Rezervy se dle mého názoru týkají především nedostatečné obecné informovanosti o výše uvedených problémech a množství předsudků i neléčených individuálních i kolektivních traumat s touto oblastí spojených. A dále pak malého počtu odborníků, kteří by u nás perinatálnímu období a jeho výzvám do hloubky a kvalifikovaně rozuměli, také v kontextu specificky českých sporů o porod. V rámci běžné porodnické péče jsou u nás dostatečně zaopatřeny ty ženy, které souznějí s péči standardně poskytovanou a stačí jim, co nabízí. Psychologickou péči během těhotenství/porodu/raného mateřství nežádají. Psychologický nebo dokonce spirituální aspekt porodu většinou neřeší, často proto, že o jejich důležitosti nic nevědí. Mnohé z těchto žen nicméně k nové potřebě dospějí později, když poradenství či terapii vyhledají po nevydařeném porodu (porodní trauma) nebo pro potíže partnerské či rodičovské, které příchod dítěte otevře.

Ženy, jimž nabídka porodnických služeb, zaměřená převážně jen na fyzický/medicínský rozměr péče nevyhovuje, zůstávají bohužel při hledání cest k uspokojení nadstandardních, a přitom tak oprávněných!, požadavků odkázány samy na sebe. Pomoc psychologa či psychoterapeuta nezřídka vyhledají i proto, aby se vyrovnali se svou „jinakostí“, která však pro ně bývá i otázkou svědomí.

**Vnímáte své aktivity v oblasti psychoprofylaktické péče jako smysluplné? Pokud ano, v čem konkrétně?**

Ano, vnímám je jako smysluplné. Je patrné, že mohou k lepšímu proměnit životy jednotlivců, rodin a snad časem i společnosti. Jsem přesvědčená, že větší pozornost psychologické a psychoterapeutické obce směrem k těhotenství a porodu by mohla pomoci tomu, abychom přestali jako společnost ignorovat význam způsobu příchodu člověka na svět pro jeho pozdější psychické zdraví. Stres, který matka a dítě zažívají v této vývojově křehké době, ovlivňuje jejich schopnost vztahu k sobě i druhým a u dítěte jeho pozdější postoj k vnímání násilí a dominance, nebo naopak spolupráce a partnerství. Více o tom např. v knihách britské autorky Sue Gerhard <http://www.amazon.co.uk/Sue-Gerhardt/e/B001K892IC>, něco už vyšlo i v češtině.

Pokud jsme dnes svědky tolika nezvyklých disharmonií v mezilidských vztazích a jako společnost čelíme epidemii úzkosti a deprese, zjevné sebedestrukci i nebezpečí zničení vnějších zdrojů, měli bychom se více ptát, zda tyto problémy nevkládáme do lidských bytostí i vysokou mírou úzkosti a odcizení, které matky a děti během těhotenství i při porodech u nás dosud běžně zažívají.

Informace zahrnující význam těhotenství a porodu pro kvalitu rodícího se mateřství a pro psychické zdraví jedinců i společnosti by se měly stát součástí profesní vybavenosti především těch, kteří pracují v porodnictví. Než se tak stane, psychologové a psychoterapeuti by měli pomoci nedostatečný ohled zdravotnictví k psychologickým potřebám těhotných a rodících žen překlenout a své služby nabízet jak veřejnosti (více např. v knize <http://www.amazon.de/Schwangerschaft-Geburt-Heinz-Brisch-Bindungspsychotherapie/dp/3608947817>), tak porodnickým profesionálům (téma pomoci profesionálům by snadno naplnila jinou dipl. práci).

Je velká škoda, že o případných změnách k lepšímu u nás dnes nerozhodují kvalifikovaní odborníci s hlubokým a všestranným vhledem, ale spíše poptávka žen, které psychologickou podporu intuitivně vyhledávají a chtějí těhotenství a porod prožít nejen medicínsky, ale také psychologicky bezpečným způsobem. Slušná asertivita a trvání na právech spotřebitelek zdravotnického systému (týká se např. odmítání rutinních a WHO dnes již odmítaných zdravotnických zákroků nebo eliminování u nás dosud běžné separace matky a novorozence po porodu) je zřejmě to hlavní, co může časem české porodnictví transformovat do více humánní a psychologicky bezpečnější podoby. Existuje obrovský potenciál práce perinatálních psychologů a psychoterapeutů, jichž je ale u nás zatím bohužel jako šafránu.

**Příloha č. 2:**

**Dobré pocity žen z porodu jsou přínosné pro celou společnost**

***Rozhovor s klinickou psycholožkou Michaelou Mrowetz pro časopis Rodiče***

**Text: Eva Labusová pro časopis Rodiče 7-8 2012**

*Přibývá žen, které mají problém vstřebat zážitek komplikovaného porodu, resp. porodu císařským řezem. Oč více od porodu očekávaly, o to více bývají zklamané. Nezřídka se stává, že negativní porodní zkušenost zasáhne i do jejich mateřského prožívání. Rozhovor na téma poporodního traumatu časopisu Rodiče poskytla klinická psycholožka Michaela Mrowetz:*

**Existuje pro zklamání žen z nepovedeného porodu odborné vysvětlení?**

Existuje, a to velmi jednoduché. Pokud ztrácíme nad prožívanou situací kontrolu, jsme ve velkém stresu, který může končit až traumatem. A nejedná se pouze o ženy, které se těšily na normální porod. Velmi často ztrácejí kontrolu i takové, které předem plánovaly rodit medicínsky. Nejvyšší míra stresu po porodu vyplývá ovšem ze separace od narozeného dítěte a ze ztráty kontroly nad dítětem. K čemuž nejčastěji dochází právě po komplikovaných porodech. Děti rodíme proto, že se na ně těšíme a chceme se o ně starat. Pokud s nimi po porodu jako matky nejsme, cítíme zklamání, a to na hluboce biologické a psychologické úrovni.

**Co jsou příznaky posttraumatické poporodní poruchy?**

K příznakům posttraumatické poruchy (označuje se zkratkou PTSP) patří podle mezinárodní klasifikace nemocí např. následující: Prožití situace naplněné strachem o svůj holý život či o holý život blízké milované osoby, čili dítěte. Tuto situaci prožívají ženy mimochodem už jen při neprofesionálních komentářích personálu typu "Maminko, tlačte, přeci nechcete ublížit svému dítěti". Dále jde o opakované stereotypní prožívání situace ohrožení života. Ženy popisují negativní prožitky směrem k procesům porodu, ke zdravotníkům i k porodnici. Jde i o sny, strach z ostrých předmětů, flashbacky. Jedna má klientka si vždy, když šla na záchod, vzpomněla na to, jak se u porodu bála, a tyto prožitky pro ni byly velmi nepříjemné. Mezi příznaky dále patří i vyhýbání se místu, kde žena danou událost prožila, a také situacím s ní spojeným. Jedna moje klientka třeba opakovaně zvracela, když šla kolem porodnice. U těchto žen vnímáme celkovou přecitlivost a dráždivost vůči tématům spojeným s prožitou událostí. Pozorujeme, jak znervózní či jsou neklidné nebo se naopak nepřiměřeně smějí při vlastních vzpomínkách nebo při vyprávění jiných žen o porodu.

**Jak je u nás poporodní posttraumatická stresová porucha častá?**

V našich podmínkách ještě nikdo výzkum na četnost PTSP po porodu nevedl. Různé německé a anglické výzkumy uvádějí výskyt u 6 - 30% žen. Německé a anglické porodnictví je známo mnohem přátelštějším přístupem k potřebám dětí a matek, takže je nasnadě očekávat, že v ČR může být traumatizovaných žen a separovaných a tím traumatizovaných dětí více.

**Pokud žena po porodu cítí propad v psychickém stavu, jak pozná, že je čas vyhledat odborníka? A kam se má obrátit, když poradny zaměřené přímo na poporodní psychologickou péči u nás až na výjimky neexistují?**

Ideální je kontaktovat jakoukoliv linku důvěry, klinického psychologa nebo krizové centrum. Všichni pracovníci těchto profesí by měli mít základní znalosti o problematice, což ale bohužel není vždy realita.

**Znamená to, že jsou pocity a potřeby těchto žen často zlehčovány?**

Ano, nejprve doma, když příbuzní nechápou, co ženu trápí, když má přece zdravé dítě. A když jdou ženy k odborníkovi, není to nutně lepší. Jak vím z praxe, dokonce i mnoho psycholožek trpí po porodu PTSP a nejsou léčeny. Někdy se stává, že odbornice svá traumata popírají právě i skrze bagatelizující informace pro klientky. Je důležité najít takového profesionála, který se problematice poporodní posttraumatické poruchy věnuje, sám případně prošel léčivým procesem traumatu a nebagatelizuje jej.

**V jakých fázích probíhá léčebný proces? Jaké jsou podmínky jeho úspěšnosti?**

Vyjdu opět z vlastních odborných zkušeností. Léčebný proces u mých klientek je velmi různý, většinou jde o několik sezení. Předpokladem úspěchu je, že terapeut si je plně vědom problému a jsou mu známy dopady poporodního traumatu na psychiku ženy. K rehabilitaci porodních zážitků je nutná ventilace emocí a následně identifikace problémů i zpracování častého tzv. stockholmského syndromu. Ženy jsou zmítány v ambivalentních postojích, na jedné straně jsou zdravotníkům vděčné za záchranu svého života a života dítěte, na straně druhé popisují přímé agresivní a destruktivní faktory, kterým byly ony i jejich děti během porodu vystaveny. Nutná je imaginární či reálná komunikace se zdravotníky, sebevymezení, orientace na znovuprožití porodních kompetencí. V imaginaci je možno prožít porod a následnou péči o ženu i dítě tak, že žena kontrolu neztrácí, ale naopak získává. Nesmírně důležitá je i zpětná podpora raného kontaktu matky s dítětem, a to zdravým, nemocným, živým i mrtvým. Takové prožitky během terapeutického procesu jsou skutečně léčivé. Jistě sem ale patří i rehabilitace fyzických porodních zranění, tedy např. vyrovnávání se s traumatem z nástřihu hráze, z klešťových porodů či porodů pomocí vakuumextraktoru, a třeba i ze zlomenin klíčních kostí u dětí.

**Někdy se stává, že ženy na nepovedený porod svalují vše, co je v souvislosti s raným mateřstvím a možná v danou chvíli s celým jejich životem trápí. Porod je zkouškou našeho celkového nastavení, zároveň nejsme schopny ovlivnit všechny podmínky, za jakých probíhá. Slýchám o žen řečnickou otázku: "Kdybych jen věděla, co jsem mohla a nemohla ovlivnit, abych měla jasno v tom, co si mám vyčítat…!" Stojí snaha o zpracování poporodního traumatu na počátku nelehké cesty k sebepoznání, k přehodnocení životních postojů, k celkovému zlepšení kvality života?**

Pokud je žena u porodu nebo po porodu traumatizována, dochází k narušení jejích rodičovských kompetencí i její sebeúcty. Tím trpí její připravenost bezpodmínečně pečovat o dítě, z čehož následně plynou pocity viny. Tyto mechanismy jsou obvyklé a slouží vlastně k tomu, aby se daná žena se stresující realitou vyrovnala. Porod totiž představuje ve zdravém vývoji ženy a dítěte důležitý vývojový mezník, určující jejich další vývoj i schopnost adaptace na stres. Proto je tak důležitá podpora žen u porodu, ohled k jejich prožívání a především také podpora raného a nepřerušovaného prvního kontaktu matky s dítětem - bondingu. Bagatelizace nebo ignorování těchto potřeb jsou naopak velmi škodlivé. Pokud se daří poporodní trauma zpracovat, vede to vždy k úlevě a uzdravení, a to často nejen pro danou ženu a dítě, ale i pro celou blízkou rodinu. Uvědomění si patologických způsobů porodní péče, pojmenování patologie a vyhnutí se jí má pozitivní dopad na celou společnost.

**Co všechno může ženám a potažmo společnosti pomoci, abychom se nesnadným poporodním transformačním signálům otevřeli?**

Pro mnoho žen je porod drsná srážka s něčím, na co nestačí jejich dosud vybudované mechanismy ke zvládání stresu. Mají pocit, že udělaly něco špatně, a to vede k pochybnostem o celém dalším životě, o mateřských kompetencích, ba i k pochybnostem o dalších těhotenstvích k poruchám v sexualitě i k tělesným potížím, které s porodem vůbec nespojují. Získat znovu jistotu a sebedůvěru je těžké, ale ne nereálné. Pomoci může vzájemná podpora mezi ženami a otevřenost k informacím. Léčené trauma pod odborným dohledem dává možnost spoluprožívání a možnost otevření se druhým. Matce pomáhá léčba porodního traumatu plně rozvinout její mateřské kompetence, takže dítěti se tato matka pak stává plnohodnotnou podporou na jeho krkolomné cestě vlastním životním vývojem. Rodina, která projde léčbu poporodního traumatu, se mění v rodinu podporující, přijímající a posilující. Taková je darem jak pro děti, tak pro celou společnost. Věřím, že rodin, pro které je podpora normálního porodu, raného kontaktu matky s dítětem, dlouhodobé kojení, výchova s jasnými hranicemi a zároveň s respektem k vývojovým potřebám dětí důležitá, bude v naší společnosti přibývat. Pokud se tyto rodiny budou vzájemně podporovat a budou měnit v komunikaci s námi zdravotníky zažitá nezdravá klišé, bude to podstatným přispěním k ozdravení celé společnosti.

***Mgr. Michaela Mrowetz****, nar. 1972, je klinická psycholožka, psychoterapeutka a soudní znalkyně. Pracuje v soukromé ordinaci klinické psychologie a psychoterapie v Ostravě. Poskytuje supervizi pracovníkům v porodnictví a osobám, které podporují porodní procesy a rozvoj mateřských a rodičovských kompetencí. Je spoluatorkou knihy "Bonding - porodní radost" s podtitulem "Podpora rodiny jako léčba porodnictví a společnosti" (vydalo nakladatelství DharmaGaia).*

1. https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce [↑](#footnote-ref-1)
2. http://www.aperio.cz/85/zprava-o-stavajicim-stavu-porodnicke-pece-v-cr-2004 [↑](#footnote-ref-2)
3. [Enkin](http://www.martinus.cz/authors/m-enkin), M., [Keirse](http://www.martinus.cz/authors/j-n-c-keirse), J.N.C., [Nielson](http://www.martinus.cz/authors/m-nielson), M., [Renfrew](http://www.martinus.cz/authors/j-renfrew), J. (2002). Efektivní péče v perinatologii, Praha: Grada nebo

Goer, H.(2002). Průvodce přemýšlivé ženy lepším porodem. Praha: One Woman Press [↑](#footnote-ref-3)
4. Bruin, M., Gould, D. (2016). How to heal a bad birth. Sydney: Birthtalks [↑](#footnote-ref-4)
5. www.rodice.com [↑](#footnote-ref-5)
6. http://www.aperio.cz [↑](#footnote-ref-6)
7. http://www.rozhlas.cz/cro6/porady/\_porad/1971 [↑](#footnote-ref-7)
8. https://www.dhz-online.de [↑](#footnote-ref-8)
9. archiv na [www.evalabusova.cz](http://www.evalabusova.cz) [↑](#footnote-ref-9)
10. České údaje uvádí např. Vodáčková, D. (Ed.), Havránková, O. (2002). Krizová intervence. Praha: Portál, str. 228 – 237. Údaje předkládané v německy a anglicky psaných zdrojích se v hodnotách vcelku shodují. Zde uvádím čísla, která jsem nalezla na respektovaných německých webových stránkách věnovaných poporodní depresi <http://www.schatten-und-licht.de/index.php/de/krankheitsbilder> [↑](#footnote-ref-10)
11. Např. Barcelo, J. (2015). Birth Trauma and the Dark Side of Modern Medicine: Exposing Systematic Violence During Hospital Birth and the Hijacking of Human Love. CreateSpace Independent Publishing Platform nebo

https://midwiferytoday.com/mt-articles/healing-the-trauma/ [↑](#footnote-ref-11)
12. Jednalo se o semináře supervizního charakteru pro pracovníky v porodnictví a pro psychoterapeuty s názvem „Poporodní trauma - chiméra, nebo realita?“ [↑](#footnote-ref-12)
13. http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2013/ppp1-2013-cla22.pdf [↑](#footnote-ref-13)
14. Viz. Příloha č. 2 k této práci [↑](#footnote-ref-14)
15. https://www.medscape.com/viewarticle/581579 [↑](#footnote-ref-15)
16. např. http://www.prirozeny-porod.eu/psychicke-porodni-trauma/ [↑](#footnote-ref-16)
17. Asi nejznámější je kniha francouzsko-německé publicistky: Geisel, E. (2004). Slzy po porodu. Praha: One Woman Press [↑](#footnote-ref-17)
18. [www.kathleenkendall-tackett.com](http://www.kathleenkendall-tackett.com) [↑](#footnote-ref-18)
19. <http://www.kathleenkendall-tackett.com/kendall-tackett_birth_trauma_time_has_come.pdf>, v českém jazyce zmíněno na webových stránkách Magdaleny Sikorové http://www.prirozeny-porod.eu/psychicke-porodni-trauma/ [↑](#footnote-ref-19)
20. Figley, C. R. (Ed.) (1985). Trauma and its Wake: The Study and Treatment of Post- Traumatic Stress Disorders. New York: Brunner/Mazel [↑](#footnote-ref-20)
21. V podobném duchu se vyjadřuje i český psychoterapeut Peter Pöthe na http://www.dr-pothe.com: *„Spouštěčem psychické traumatické reakce, která může přerůst ve vážnou posttraumatickou stresovou poruchu (PTSD), může být téměř cokoli, co v člověku dlouhodobě a opakovaně vyvolává negativní emoce, především úzkost nebo neventilovanou agresi. I zdánlivě malá událost se může stát zdrojem traumatu, pokud zapadá do řetězce jiných podobných událostí, vyvolávajících negativní emoce… Podstatou traumatického působení tedy není ani tak charakter vnější události, ale to, jak tyto jednotlivé události a vlivy dohromady působí ve vnitřní realitě jedince.“*  [↑](#footnote-ref-21)
22. Kendall Tackett, K.A., with Kaufman Kantor, G. (1993). Postpartum depression: A comprehensive approach for nurses. Newbury Park, CA: Sage Publications [↑](#footnote-ref-22)
23. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1523-536X.2011.00475.x [↑](#footnote-ref-23)
24. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/postpartum-depression-facts/index.shtml [↑](#footnote-ref-24)
25. https://www.postpartumdepression.org/postpartum-depression/causes/ [↑](#footnote-ref-25)
26. http://www.birthtraumaassociation.org.uk/help-support/what-is-birth-trauma [↑](#footnote-ref-26)
27. Zdroj: <http://www.schatten-und-licht.de/index.php/de/die-ursachen> [↑](#footnote-ref-27)
28. Solterová, A. (2014). Moudrost raného dětství, Praha: Triton [↑](#footnote-ref-28)
29. Zdroj: <http://www.birthtraumaassociation.org.uk/help-support/what-is-birth-trauma> [↑](#footnote-ref-29)
30. https://depressioninnewdads.com/post-natal-ptsd-in-men/ [↑](#footnote-ref-30)
31. Sears, W., Searsová,M. (2016). Kontaktní rodičovství. Praha: Argo [↑](#footnote-ref-31)
32. https://www.estss.org/learn-about-trauma/icd10/ [↑](#footnote-ref-32)
33. Ač existuje mnoho pohledů a koncepcí, mně je nejbližší práce Jona Kabata-Zinna, více na https://www.mindfulnesscds.com/pages/about-us [↑](#footnote-ref-33)
34. Kabat-Zinn, J. (2016). Život samá pohroma. Praha: Jan Melvin Publishing [↑](#footnote-ref-34)
35. Chapman, G. (2010). Pět jazyků lásky. Praha: Návrat domů [↑](#footnote-ref-35)
36. Kolektiv autorů. (2004). Průvodce porodnicemi České republiky. Praha: Argo/Aperio [↑](#footnote-ref-36)
37. Solterová,A. (2016). Moudrost raného dětství. Praha: Triton

 Gutmanová, L. (2013). Mateřství a setkání ženy s vlastním stínem. Praha: Maitrea

 Heller, L. a LaPierre, A. (2016). Uzdravení emočního vývojového traumatu. Praha: Maitrea [↑](#footnote-ref-37)
38. https://www.positivebirthmovement.org/giving-birth-as-a-survivor-of-abuse/ [↑](#footnote-ref-38)
39. Brisch,K.H. (2012). Bezpečná výchova: Budování jisté vztahové vazby mezi rodiči a dětmi. Praha: Portál [↑](#footnote-ref-39)
40. Odent, M. (2013). Přirozené funkce orgasmů při milování, porodu a kojení. Praha: Maitrea [↑](#footnote-ref-40)
41. http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/psychosocialni-klima-porodnice-ocima-rodicek-i-vysledky-celorepublikoveho-pruzkumu-spokojenosti-s-perinatalni-peci-40540?confirm\_rules=1 [↑](#footnote-ref-41)
42. http://www.evalabusova.cz/rozhovory/a\_horejsi.php [↑](#footnote-ref-42)
43. viz. např. <https://www.maminka.cz/clanek/pobyt-v-nemecke-porodnici-by-se-dal-prirovnat-k-dovolene-rika-ceska-zijici-v-berline> [↑](#footnote-ref-43)
44. https://www.lidovky.cz/ceske-spitaly-ovlada-paternalismus-lekari-chteji-nepravem-rozhodovat-o-zivotech-rika-advokatka-ie1-/zpravy-domov.aspx?c=A180401\_175024\_ln\_domov\_ele [↑](#footnote-ref-44)
45. <https://traumahealing.org> [↑](#footnote-ref-45)
46. Levine, P. A. (2011). Probouzení tygra. Praha: Maitrea

 Levine, P. A. (2013). Vom Trauma befreien, Mnichov: Kösel Verlag [↑](#footnote-ref-46)
47. Inspiruji se knihou Grille, R. (2005). Parenting for a Peaceful World. Haberfield: Longueville Media [↑](#footnote-ref-47)
48. http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/2471500-strach-a-pocit-ze-nezvladam-poporodni-deprese-trapi-kazdou-sestou-matku [↑](#footnote-ref-48)
49. Levine, P. A. (2013). Vom Trauma befreien, Mnichov: Kösel Verlag [↑](#footnote-ref-49)