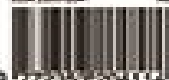


PIERWSZY MAGAZYN PORADNIKOWY DLA OSÓB STARAJĄCYCH SIĘ O DZIECKO

C H C E M Y B Y Ć

RODZICAMI

ISSN 2083-0047



NUMER ARKUSZU



9 772037 204114

NR 15

KWIECIEŃ - MAJ 2016

CENA 11,99 ZŁ

(W TYM 8% VAT)



Chazan
NIE BOJĘ SIĘ

Męskie Sprawy
UREAPLAZMA

ADOPCJA
W POJEDYŃCE

TAJEMNICE
CREIGHTONA

Raport
czy można
kupić
dziecko?

ŁUKASZUK
PRYWATNIE

Anna Janik
NA RATUNEK
TERAPEUTA

Paulina Holtz
Bezwarunkowa akceptacja

TABLETKA CZY TERAPIA

Na ratunek – terapeuta

Psychoterapia najczęściej kojarzy się z kozetką psychoanalityka oraz z leczeniem rozmaitych zaburzeń natury psychologicznej. Ale czy może służyć również leczeniu niepłodności? W jaki sposób może być wykorzystana do tego celu? Z Anną Janik, psycholog, która od 15 lat specjalizuje się leczeniem niepłodności, rozmawiała Agnieszka Burton.

Dlaczego zaczęła się Pani zajmować leczeniem niepłodności? Czy w Polsce jest duże zapotrzebowanie na taką terapię?

Kiedy wiele lat temu podjęłam pracę w klinice leczenia niepłodności, byłam zaskoczona ilością cierpienia, jakie tam spotkałam. Nawet pracując na onkologii, nie doświadczyłam tylu trudnych emocji, które były udziałem kobiet starających się o dziecko. Byłam już doświadczonym psychologiem i wiedziałam, że znalazłam „swoją drogę” jako psychoterapeuta.

To, co dla mnie najcenniejsze, to niepowtarzalne spotkanie w intymnym obszarze. Mam okazję towarzyszyć ludziom w tym, co uważam za najważniejsze, w zaproszeniu dziecka do życia, w rozwijaniu własnej rodziny.

W Polsce jest 1,5 mln par leczących niepłodność, wiele z nich było lub jest moimi pacjentami. Niestety, czasami czekają długo na rozpoczęcie terapii, nawet pół roku. Wiąże się to z ogromnym zapotrzebowaniem na profesjonalną pomoc psychologiczną i małą liczbą specjalistów w tej dziedzinie.

Jak ważne jest zdrowie emocjonalne kobiety, która stara się o dziecko?

We wszystkich kulturach rodzicielstwo jest uważane za ważne zadanie rozwojowe. Musimy pamiętać, że potrzeba urodzenia i wychowania biologicznego potomstwa jest pierwotną potrzebą – instynktem. Jeśli zostaje niezaspokojona, prowadzi do silnych przeżyć – frustracji.

A więc kobieta, która zamiast oczekiwanej ciąży dostaje miesiączkę, przeżywa wiele uczuć – smutek, złość, obwinia siebie lub innych, czuje się pokrzywdzona lub ukarana. Mówię moim pacjentom, że to „taka mała żałoba po wyobrażonym, oczekiwanym dziecku”.

Przeżywają ją co miesiąc i jest to bardzo trudne zarówno dla kobiety, jak i dla mężczyzny, który niejednokrotnie nie rozumie, co się dzieje, i nie wie, jak pomóc.

Dlatego osoby długo czekające na dziecko potrzebują pomocy psychologicznej. Często uczę pary, jak być dla siebie wsparciem w tym trudnym czasie.

Czy zdarza się, że kobieta nie może zajść w ciążę z przyczyn psychologicznych? Co to oznacza?

Trudno powiedzieć jednoznacznie. Zazwyczaj, jeśli para starająca się o dziecko jest zdrowa biologicznie, taką niepłodność określa się jako niepłodność idiopatyczną, gdzie psychika może mieć kluczowe znaczenie. To znaczy, że sposób przeżywania, reakcje na sytuacje stresowe, przeżycia z dzieciństwa, relacje z bliskimi osobami mogą modyfikować płodność.

Jak psychoterapia może pomóc osobom, które nie mogą mieć dziecka z przyczyn czysto fizjologicznych?

Naturalnie, takie osoby także często korzystają z psychoterapii. Pomagam im przejść cały proces leczenia, rozumieć wzajemne emocje, podejmować decyzje o korzystaniu z kolejnych propozycji wspomagania rozrodu lub o zakończeniu leczenia.

Czy depresja jest częstą reakcją na leczenie niepłodności?

Tak, kilkanaście procent kobiet leczących niepłodność ma za sobą epizod depresyjny. Jeszcze częściej, u około 30%, zdarzają się stany depresyjne, ze smutkiem, gniewem i poczuciem bezradności. To długie i kosztowne ekonomicznie, energetycznie i uczuciowo leczenie.

Niepłodność dla wielu osób to wstydlivy temat. Dlaczego?

Osoby leczące niepłodność to niejednokrotnie ludzie odnoszący sukcesy zawodowe, społeczne czy materialne i jako tacy nie budzą współczucia i zrozumienia. Nie widać ich choroby, cierpienia. Często są wręcz stygmatyzowani, określani jako wygodni, egoistyczni karierowicze. A przecież dziecko i jego poczęcie jest dla każdej pary tak intymną sferą, że chcą ją ochronić i nie mówić o niej publicznie.

Potrzebujemy więcej edukacji społecznej na temat tego, co przeżywają osoby leczące niepłodność, bo tylko wówczas zacznie się budować zrozumienie i pojawią się systemy wsparcia.

Żyjemy w czasach, kiedy macierzyństwo często odkładane jest na ostatnią chwilę. Nie powinno więc dziwić, że coraz więcej ludzi korzysta z inwazyjnej medycyny prokreacyjnej.

To prawda, choć wciąż wiele zależy od regionu świata, są miejsca, gdzie kobiety rodzą między 18 a 25 rokiem życia, w okresie największej płodności biologicznej.

W zachodniej kulturze życie się znacznie wydłużyło. Pozwalamy więc sobie na większą indywidualizację ścieżek rozwoju, mamy więcej czasu na wychowanie dziecka. Nie dziwi fakt, że 40-letnia kobieta oczekuje na dziecko, a inna w tym samym wieku czeka na swojego wnuka.

Podobnie jest z mężczyznami. Jednak często decyzje o późnym rodzicielstwie wiążą się z ograniczeniem płodności i potrzebą wspomagania medycznego.

Należy jednak pamiętać, że pary mają dziecko wtedy, kiedy są na to gotowe! Niektórzy potrzebują więcej czasu, żeby poczuć gotowość do rodzicielstwa. Bycie rodzicem jest tak trudną i odpowiedzialną rolą na całe życie, że nie wolno do niej zmuszać – siebie i innych.

Czy psychoterapia osób przechodzących in vitro różni się od tej dla starających się naturalnie?

Pracuję z człowiekiem i każde spotkanie z nim jest inne. Nie spotkałam dwóch takich samych osób i nie miałam dwóch takich samych sesji. To jest piękne w moim zawodzie.

Najpierw staram się zrozumieć sytuację pacjenta, poznaję historię, którą opowiada o sobie samym. Poszukuję jednocześnie zasobów wpływających na płodność w samej osobie, w parze, w ich rodzinach. Czasem to praca archeologa, a czasem – Sherlocka Holmesa.

Staram się korzystać z dowcipu i pracować tak lekko, jak tylko jest to możliwe. Moi pacjenci mają z tego sporo korzyści i jednocześnie uczą się skutecznych strategii na siebie samych.

Odpowiadając na Pani pytanie, dla procesu terapii nie ma znaczenia, czy pary korzystają z technik wspomagania rozrodu. Często towarzyszę im w procesie podejmowania decyzji, na przykład, czy korzystać z in vitro.

Czym są zasoby wpływające na płodność?

Zasobami określam możliwości, talenty, zdolności, cechy, dzięki którym osoba osiąga swoje cele. Zasoby wpływające na płodność to takie, które wzmacniają jej/jego kobiecość lub męskość; to także historie i tradycje rodzinne.

Jeśli ktoś siedzi u mnie w gabinecie, to pochodzi z płodnej rodziny – inaczej nie byłoby tej osoby na świecie. To jest już pierwszy zasób, który warto zauważyć. Zasoby trzeba pielęgnować i rozwijać, żeby móc z nich korzystać. Często ich w sobie nawet nie dostrzegamy.

Czy kobietom mającym problemy z postrzeganiem samych siebie, a nawet zaakceptowaniem własnej kobiecości, trudniej zajść w ciążę?

To bardzo ważna kwestia, bo dotyczy wszystkich osób leczących niepłodność, nie tylko kobiet.

Jedną z podstawowych psychologicznych konsekwencji długiego czekania na dziecko jest obwinianie się, złość na siebie, oskarżanie się za przeszłość, czyli różne autoagresywne zachowania. „Jestem jak drzewo, które nie owocuje”, „jak wyschnięta studnia”, „to kara za grzechy”. Takie myślenie o sobie powoduje zmianę obrazu swojego ciała, nieakceptowanie swojego ciała. Pojawiają się wówczas napięcia emocjonalne, które nieświadomie, automatycznie przenoszone są na napięcia w ciele. W ten sposób tworzy się błędne koło – napięcie emocjonalne rodzi napięcie w ciele i nie sposób zajść w ciążę. Obszar kobiecej miednicy staje się jak zamknięty orzech. I jak tu zaprosić dziecko do życia?

Czy jest Pani zwolenniczką takich technik relaksacji jak joga czy medytacja?

Jak najbardziej, zachęcam moje pacjentki, żeby korzystały z tych metod, które rozluźniają ich ciała, w szczególności obszar miednicy.

Uczę metod relaksacji, wizualizacji i autohipnozy. Są to umiejętności, z których można korzystać przez całe życie. Ciało jest naszym najważniejszym partnerem w życiu i warto je rozumieć.

To bardzo obszerny temat, ale czy mimo to mogłaby Pani powiedzieć, jak najlepiej walczyć o związek, w którym problemem jest bezpłodność jednego z partnerów?

Pomagając osobom starającym się o dziecko, zawsze mówię, że do urodzenia dziecka jest potrzebny mężczyzna. Nie można go pomijać, więc na terapię zapraszam pary. Niezwykle ważna jest obecność i udział obydwu osób, bo tylko wówczas może się budować zrozumienie. Inne jest przeżywanie mężczyzny i inne jest przeżywanie kobiety. Inaczej radzą sobie z cierpieniem i oczekiwaniem. Wiele badań potwierdza, że obecność pary na terapii buduje bliskość i wzmacnia związek. Pamiętajmy, że to bardzo trudna sytuacja dla związku, więc tym bardziej potrzebuje on pomocy.

Jak pracuje Pani z tymi, którym pomimo wielu prób nadal nie udaje się zająć w ciążę lub szczęśliwie jej donosić? Kiedy powiedzieć sobie „stop” i jak zaakceptować fakt, że nigdy nie będzie biologicznego potomstwa?

To jest często celem terapii. Ta decyzja zawsze należy do pary. Nie może być podejmowana przez jedną z osób, spontanicznie i emocjonalnie. Jako terapeuta pomagam w tym, aby podjęły ją dwie osoby, w zgodzie i szacunku dla swoich możliwości. Czasami z troski o zdrowie.

Rezygnacja z leczenia to bolesny proces i pomagam pacjentom wspólnie go przejść i stworzyć nowe rozwiązania.

Co daje Pani w pracy największą satysfakcję?

Zaufanie i szacunek, którym obdarzają mnie pacjenci.

Bardzo dziękuję za rozmowę.



Anna Janik

Ma 30 lat doświadczenia zawodowego (między innymi w Klinice Leczenia Niepłodności Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu).

Jest psychologiem i certyfikowanym psychoterapeutą Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Szkoliła się w psychoterapii w wielu ośrodkach w Polsce, a także w M.H. Erickson Foundation w USA, ZIST Niemcy.

Założycielka „Balans psychoterapia”, gdzie prowadzi, między innymi, psychoterapię w leczeniu niepłodności oraz „Balans Pro” – fundacji pomagającej parom leczącym niepłodność. Od 10 lat jest nauczycielem psychoterapii.

Prowadzi szkolenia i warsztaty dla psychologów oraz lekarzy pracujących z osobami leczącymi niepłodność. Mieszka wraz z mężem w domu w lesie pod Poznaniem. Ma dwoje dzieci, niedawno została babcią Marysi i Jerzego.