

Pokochać Dziecko-Pokochać Życie

Prezentacja pracy z pacjentką z depresją poporodową w modelu integratywnej psychoterapii systemowej.

mgr Ewa Karmińska

Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM-Katowice

Gabinet Psychoterapii KARMA-Tychy

Polskie Towarzystwo Psychoterapii Integratywnej -Kraków

Kontekst zgłoszenia i dane z wywiadu

- Pacjentka 34 lata, po 6 tygodniach od porodu hospitalizowana na oddziale psychiatrii i psychoterapii z powodu depresji poporodowej
- Pierwsze dwie sesje psychoterapii- w trakcie hospitalizacji trwającej 4 tygodnie-brak oporu w nawiązaniu sojuszu terapeutycznego; kontynuacja terapii –w prywatnym gabinecie przez 10 miesięcy
- Pacjentka przyjmowała leki antydepresyjne (SSRI) dawka została stopniowo zmniejszana w trakcie terapii
- Od 5 lat mężatka, od 4 lat mieszkała i pracowała wraz z mężem w Anglii- deklarowała dobrą relację z nim i duże wsparcie po porodzie, w trakcie hospitalizacji mąż pozostawał w Anglii
- Wykształcenie wyższe
- Przed urodzeniem syna dwa razy poroniła
- Ojciec zmarł na zawał gdy miała 5 lat, matka wyszła powtórnie za mąż
- Pacjentka ma 16 lat starszą siostrę

Diagnoza wieloosiowa wg DSM -IV-TR

- I Zaburzenie nastroju spowodowane porodem, z epizodem podobnym do Większego depresyjnego (293.83)
- II Depresyjne zaburzenie osobowości; cechy osobowości zależnej (301.9)
- III Poród, połóg
- IV Emigracja
- V GAF 50 (po terapii: 80)

Diagnoza psychoterapeutyczna

Depresyjna osobowość jest formą bycia „obok życia” i wyrazem podążania za zmarłymi osobami-ojcem i dwójką dzieci. Urodzenie dziecka, podjęcie opieki nad nim jest naruszeniem i załamaniem stabilności tego mechanizmu. Jest to konfrontacja ze zdolnością do bycia w bliskości i doświadczania przepływu miłości

Zmiany

- Pojawienie się radości z macierzyństwa, chęć opieki i troska wobec syna
- Usamodzielnienie-pacjentka przeprowadziła się do swojego mieszkania i samodzielnie opiekowała się synem (po hospitalizacji mieszkała u teściowej, a mąż pracował w Anglii, wrócił po 8 miesiącach od urodzenia syna)
- Poczucie posiadania i odzyskania więzi ze swoją rodziną oraz
- Poczucie zajmowania właściwego miejsca
- Zwiększenie energii życiowej-obserwowanej i deklarowanej, zmiana w ubiorze, żywsza gestykulacja i modulacja głosu
- Radzenie sobie z silnymi uczuciami-smutkiem, lękiem, gniewem
- Zwiększenie umiejętności wchodzenia w konfrontację, obrony swojego stanowiska i potrzeb
- Urealnienie w widzeniu siebie, poprawa w relacji z mamą
- Większe poczucie zaradności życiowej i radzenia sobie ze stresem

Follow-up

po 6 miesiącach od zakończenia terapii

- Pacjentka rozstała się z mężem i przygotowuje się do rozwodu
- Pierwszy raz, nieśmiało i ze wstydem, ujawnia fakty, które wskazują na paranoiczne cechy osobowości męża, jednocześnie nie dewaluuje go-docenia go jako ojca, jest zadowolona z relacji jaką tworzy z synem, nie ogranicza mu kontaktu z dzieckiem
- Podaje, że terapia pomogła jej poczuć swoją siłę, zmniejszyła jej zależność i depresyjność, czuje gotowość podjęcia samodzielnego życia
- Ujawnia, że zdecydowała o zakończeniu terapii pod wpływem męża, który nie jest zadowolony ze zmian które w niej zaszły
- Odczuwa zależność pomiędzy kontaktem z mężem a chwilowym pogorszeniem samopoczucia
- Jest zaangażowana w opiekę nad synem i zadowolona ze swojego macierzyństwa
- Czuje wsparcie swojej rodziny oraz nadzieję

Przebieg i etapy terapii

- 1. Praca nad relacją z dzieckiem-** początkowa niechęć do dziecka i opieki nad nim; zobaczenie macierzyństwa jako więzi, która trwa od poczęcia pierwszego dziecka, przyjęcie obrazu siebie jako matki trójki dzieci
- 2. Przyjęcie rodziców, przyjęcie życia-** nawiązanie więzi z ojcem, przejście od idealizacji mamy, poprzez konfrontację z realnym obrazem- zmierzenie się ze złością i rozczarowaniem, aż do zgody i przyjęcia jej; odzyskanie właściwego miejsca w systemie, dostęp do siły i przepływu miłości
- 3. Praca nad relacją z mężem-** zaprzeczanie problemom małżeńskim, skargi na niski poziom libido i satysfakcji z życia seksualnego, pogorszenie funkcjonowania, gdy mąż przylatywał do Polski na urlop, zatajenie faktu powrotu męża na stałe

Techniki, metody i zadania terapeutyczne

- Praca systemowa w hipnozie –przyjęcie życia od rodziców, budowanie więzi z ojcem i dziećmi, przyjęcie depresyjności
- Trans hipnotyczny– metafora, historia wbudowana
- Psychodynamiczna praca na relacji
- Praca na procesie
- Zadania terapeutyczne-wizualizacja rodziny, zdjęcie rodzinne, zimny prysznic
- Techniki poznawcze w radzeniu sobie z depresyjnymi myślami
- Elementy terapii behawioralnej
- Techniki terapii Gestalt
- Trening uważności- Mindfulness
- Elementy pracy z ciałem

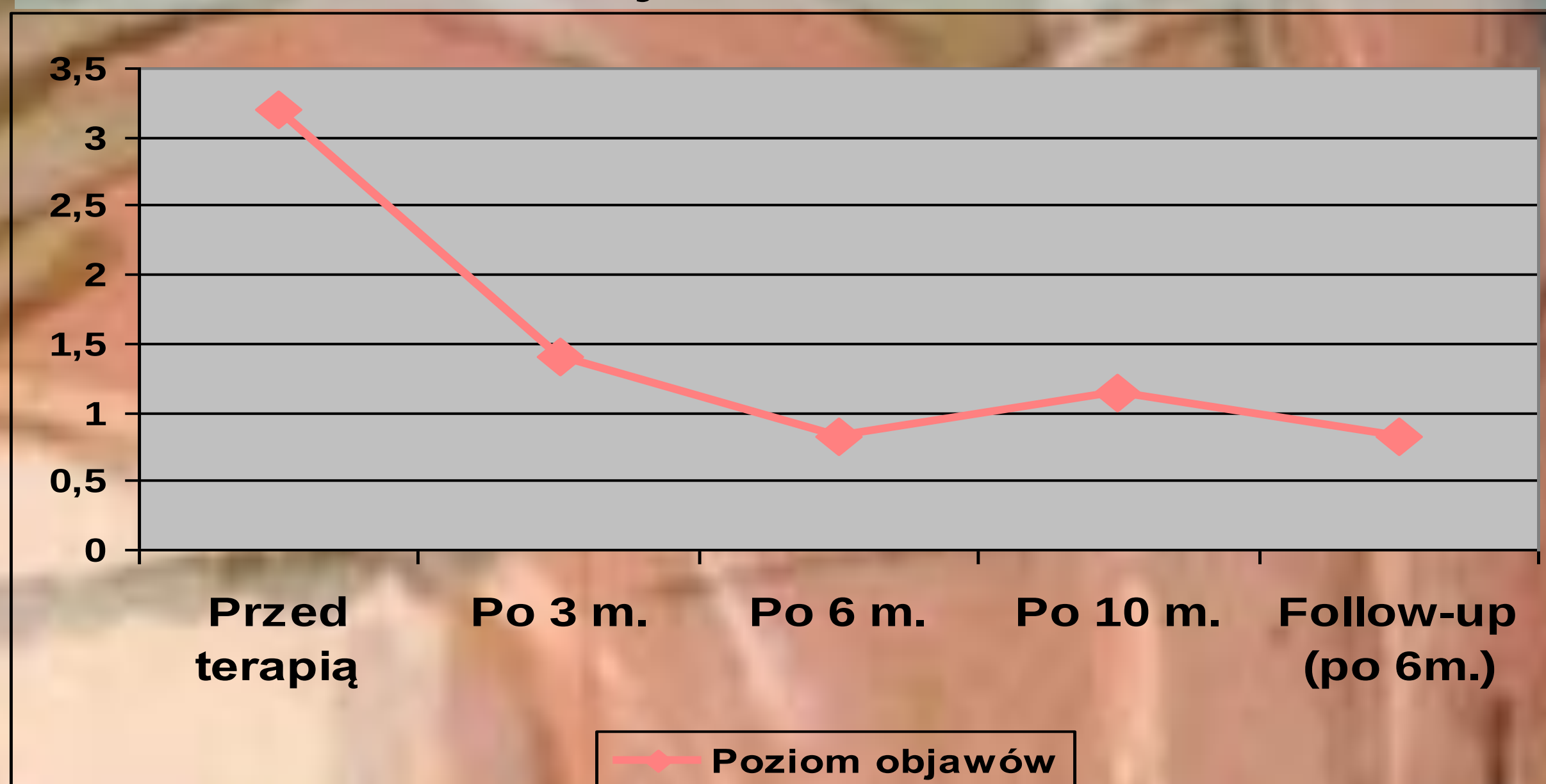
Trudności

- Trwanie pacjentki w silnych wtórnych uczuciach-smutku, użalania się. Przeżywała je w reakcji na obrazy wewnętrzne, często zamykała oczy i wchodziła w trans lub pozostawała zdysocjowana. Skutkiem tego było osłabienie siły terapeuty, poczucie bezradności i nadmiernej odpowiedzialności za pacjentkę, odczuwane w przeciwprzeniesieniu.
- Przejściowe pogorszenia funkcjonowania w związku z postępem w terapii-reakcja masochistyczna wynikająca z poczucia winy
- Pacjentka wykazywała opór i napięcie gdy poruszana była jej relacja z mężem; mąż nie przyjął zaproszenia na sesję małżeńską

Superwizja

- Ujawniła konieczność przejścia z uczuć wtórnych do pierwotnych, hamujących proces terapii i „zmuszających” by terapeuta działał za pacjentkę i przejął na siebie całą odpowiedzialność za terapię.
- Ukazała dalszy etap pracy nad więzią ze zmarłym ojcem i dziećmi
- Utwierdziła słuszny kierunek pracy nad relacją z mężem i wypartą złością

Nasilenie objawów - test CORE-OM



Literatura:

1. Banasiak-Parzych B., *Depresja poporodowa*, 2008
2. Helinger B., *Porządki miłości*, Czarna Owca 2006
3. Kabat-Zinn J., Kabat-Zinn M., *Dary codzienności*, 2008