

# O PSIHOTERAPEVTSKIH METODAH PRI EPH GESTOZI

**Janez Rojšek**

## UVOD

Raziskave in ugotovitve klinikov kažejo, da EPH gestoza oblikuje vrsta prepletajočih se telesnih in duševnih dejavnikov. Pri tem sta teža EPH gestoze in teža nevrotične motenosti nosečnic pozitivno povezani. V skupini nosečnic z EPH gestozo so se oblikovale 4 podskupine nosečnic, ki se med seboj ločijo po temeljnih osebnostnih lastnostih, psihodinamiki in nekaterih somatičnih značilnostih:

1. skupina kaže značilnosti depresivne nevrotične reakcije in zmerne EPH gestoze s prevladujočim čustvom žalosti ter varovalnimi mehanizmi kompenzacije, sublimacije in represije, s katerimi uravnava funkcije super ega;

2. skupina kaže značilnosti shizoidno depresivnega nevrotičnega doživljanja in ravnanja z nizkim samospoštovanjem in hujšo EPH gestozo, s prevladujočimi čustvi jeze, žalosti in gnusa ter varovalnimi mehanizmi premeščanja, projekcije, kompenzacije in sublimacije, s katerimi uravnava tako funkcije super ega kot ida;

3. skupina kaže značilnosti konverzivnega nevrotičnega doživljanja in ravnanja in zmerne EPH gestoze s prevladujočimi čustvi presenečenja, veselja in sprejemanja ter varovalnima mehanizmoma regresije in konverzije, s katerima uravnava funkcije super ega;

4. skupina kaže značilnosti anankastičnega nevrotičnega doživljanja in ravnanja ter hudo EPH gestozo s prevladujočima čustvoma jeze in strahu ter varovalnima mehanizmoma premeščanja in represije, s katerima uravnava funkcije ida.

V vseh štirih skupinah nosečnic, predvsem represorjev, je ob različnem obsegu in predelavi agresivnih teženj mogoče najti moralne bojazni, ki, kot

kaže, ob ustreznih fizioloških pogojih nosečnosti rezultirajo v EPH gestozi različne teže. Agresivne težnje so pri tem povezane s separacijo in individuacijo ter oblikovanjem ženske identitete in materinstva. Moralne bojzani pa so opredeljene z odnosom do materinstva in otroka (Rojšek 1990).

Osnovni principi terapije, ki naj bi pripeljala vsaj do zmanjšanja, če že ne do odprave simptomatike EPH gestoze, so čim zgodnejše odkrivanje znakov EPH gestoze, čim pogostejše kontrole pacientk z EPH gestozo (po možnosti srečanja enkrat tedensko) in časovno nekoliko daljše individualno delo s tako nosečnico ob upoštevanju psihosocialnih dimenzij bolezni.

Mednarodna organizacija Gestosis priporoča dvostopenjsko terapijo. Prvo stopnjo sestavljajo dieta, počitek in sedacija. Kot dietetne ukrepe priporočajo zmanjšanje vnosa soli in hrano, bogato z beljakovinami, predvsem mleko, mlečne proizvode in jajca. Nosečnica ne sme naporno delati in veliko mora počivati v postelji. Za sedacijo priporočajo diazepam in benzoktamin (Tacitin) (FRANIČEVIĆ in sodel. 1985).

Drugo stopnjo terapije pa sestavljajo vazodilatatorji (bufenin), betamimetiki, kombinirani s Ca-antagonisti, spazmolitiki (diazepam) in antihipertenzivi. Te zadnje priporočajo le, kadar groze materi cerebrovaskularne težave. Zaradi hemokoncentracije ne priporočajo diuretikov. Za znižanje pritiska se veliko uporablja diaksozid (DELMIŠ in DRAŽANČIĆ 1985).

Že ta terapevtska izhodišča skrivajo v sebi elemente suportivne psihoterapije, čeprav še zdaleč niso izčrpane vse možnosti. Psihoterapevtske elemente lahko bolj vgradimo v diagnostično in terapevtsko delo ginekologa, v skupinsko delo materinske šole, v pripravo na porod itd. Na pomoč, ko uvodni ukrepi niso zadostovali, lahko priskoči tudi psihoterapevt v obliki krizne intervencije, kratke dinamične fokalno usmerjene psihoterapije itd.

Raziskava s svojimi rezultati pa kaže, da mora vsakdo, ki ima v praksi opraviti z nosečnico, ki ima EPH gestozo, pri svojem delu s psihološkega vidika upoštevati vsaj tri bistvene elemente, to so zajezena čustva in ekspanzivne težnje (agresivnost) nosečnice, občutja krivde oziroma bojzani moralne narave ter motivacijski krog in zavrtosti, značilne za posamezne osebnostne strukture.

## **ANAMNEZA IN PSIHOSOCIALNE ZNAČILNOSTI BOLEZNI**

Spremembe v terapevtskem pristopu, ki so potrebne zaradi vzročne narave EPH gestoze, ki vsebuje tudi psihogene elemente, so opredeljene z novo psihosocialno dimenzijo v anamnezi, ki tako ni več koncentrirana samo

na funkcijo obolelega organa. Z nekaj vprašanji, ki zdravniku ne vzamejo veliko dragocenega časa, lahko pride do za EPH gestoza poglavitnih psihosocialnih dejavnikov. Ti določajo nosečničin odnos do sebe same, do nosečnosti, prihajajočega otroka, ožjega socialnega okolja, življenjskih načrtov in do aktualnih somatičnih težav.

Razgovor ginekologa naj bo bolj svoboden dialog. Pri tem naj ne uporablja tehnike razkrivajoče psihoterapije in se izogiba vsakršnega psihologiziranja, ostane pa naj v okviru danega, običajnega ginekološkega razgovora. Gre za psihosomatični postopek v polnem smislu te besede (PRILL in LANGEN, 1983).

Že ob prvem kontaktu naj skuša pacientkino pozornost nekoliko "razširiti" preko telesnega počutja z vprašanji, kot so "Kaj vas je prineslo k nam?" ali "Kako vam gre?" Ko nosečnica opredeli svojo simptomatiko, ji ginekolog po običajnem organskem pregledu lahko omogoči novo dožemanje težav oziroma vrednotenje z besedami: "Kaže, da vam nosečnost veliko pomeni, da vas je tako vznemirila in vam zvišala pritisk. Ni vam vseeno, kako bodo stvari tekle?" Lahko nadaljuje: "Se morda bojite poroda ali obremenitev po porodu?", "Kako domači sprejemajo vašo nosečnost?", "Kakšne spremembe bo prinesel otrok v vaše življenje?" (v odnosu z možem, domačimi, v osebno in poklicno življenje), "Kakšne razmere želite ustvariti za otrokov razvoj?" Lahko pa nadaljuje z vprašanji, kot so: "Kakšno je bilo vaše otroštvo in družina?", "Kakšne so sedaj vaše družinske razmere?", "Kakšne želje in načrte imate za življenje?" itd.

Ginekolog seveda situaciji in svoji oceni primerno sproti oblikuje vprašanja. Pri tem mora nosečnici omogočiti, da odkrije svoj morebitni razdvojeni odnos do nosečnosti, otroka, moža, načrtov v življenju. S tem lahko obdelata nosečnostni konflikt. Tako lahko ginekolog omogoči, da se nosečnica izogne motnjam v nosečnosti, pri porodu in kasnejšem napačnem odnosu mati-otrok.

Tako ima že sam diagnostični razgovor veliko terapevtsko vrednost in učinkuje pomirjajoče in sproščujoče. Pri tem mora ginekolog paziti, da v anamnezi le ne gre "predaleč". Lahko bi pritiske in občutke krivde povečal, če bi pacientko hote ali nehote prehitro soočil s podzavestnimi, zavrtimi konflikti. Pacientka bi zelo težko našla ponovno notranje ravnovesje, vsakdo pa želi, da glede na druge ohrani samospoštovanje oziroma občutek vrednosti. To zahteva s strani ginekologa določeno taktnost in zadržanost. Kot nekaj povsem običajnega mora ginekolog sprejeti pomisleke, dvome in razdvojenosti žensk, ko se odločajo oziroma so soočene z nosečnostjo. Cilj psihoterapevtske intervencije je namreč sprostitev in pomiritev.

V tem okviru je posebno nevarno moraliziranje, saj je že samo materinstvo v socialnih stališčih močno vrednostno, moralno obarvano, kar

že ob najmanjših pomislekih pri nosečnici zbudi občutek krivde. Na drugi strani lahko pretirana želja spremeniti napačna stališča nosečnice prinese več vznemirjenja kot pomiritve.

Nosečnica namreč ne pričakuje od ginekologa psihičnega zdravljenja vseh mogočih težav, ampak pomoč za mirno in nekomplcirano nosečnost ter potek poroda.

## **MODEL INTERVENCIJE S PSIHOLOŠKIMI SREDSTVI**

Že ne začetku naj poudarimo, da moramo psihološko intervencijo gledati predvsem z vidika redukcije napetosti in ne psihoterapevtske rekonstrukcije osebnosti. V redkih primerih, kjer je potrebna pomoč psihoterapevta, se uporablja podporna ali fokalna psihoterapija, upošteva princip "tu in sedaj". Intenzivna, razkrivajoča psihoterapija se v nosečnosti praviloma odsvetuje (HERTZ in MOLINSKI 1981).

Že v kratkem opisu anamneze je razvidno, da terapevtski učinek intervencije temelji na sprejemanju, razumevanju, toleriranju, spodbujanju itd. Torej gre za pravilen odnos, ki ob upoštevanju nekaterih psihoterapevtskih konsekvenc zahteva v resnici le nekaj več časa, ne pa visoko specializiranega in težko osvojljivega znanja (BREGANT 1976). PRILL in LANGEN (1983) poudarjata, da je ravno pravi odnos najboljše sredstvo za redukcijo napetosti. Prva naloga psihoterapevtskega ukrepa je namreč odvajati zastočno energijo, neuresničeno ekspanzivnost in zajezeno napadalnost, ki je sicer značilna za hipertonijo (BREGANT 1976).

Fiziološko najnaravnejši način odvajanja energije je motorična aktivnost, ki jo vključuje program fizičnih vaj, ki jih uporabljajo kardiologi pri kardiovaskularnih disfunkcijah in materinske šole, čeprav pri EPH gestozah naletimo na nekatere omejitve. Tu imamo na voljo tudi raznovrstne tehnike relaksacije na kasetah, s programi priprave na porod ali v okviru angažiranja strokovnjaka psihoterapevta.

PRILL in LANGEN (1983) poudarjata izreden pomen optimistične življenjske usmerjenosti, ki naj jo izžareva ginekolog, je pa zaradi samoumevnosti in banalnosti v literaturi komaj omenjena. Avtorja opozarjata, da seveda ne smemo pozabiti niti na zdravnikovo sugestivno moč, opozarjata pa na nevarnost pretiranega pomirjanja, ki pacientki lahko hitro pomeni laž.

Merjenje krvnega pritiska ob obiskih pri ginekologu naj ima čim manj zgolj pomen kontrole. Bolj naj bo le izhodišče za pogovor o pacientkinem resničnem počutju in doživljanju. Merjenje lahko ima, glede na osebnostne

značilnosti, nevede hitro pomen preskusa in izpita, in če ni uspešno opravljeno, ga spremlja kaznovanje. Razgovor pa omogoča sproščanje in ventilacijo ter krepí zdravilni odnos ginekolog - nosečnica.

Neustrezno je pacientki pripisati krivdo za visok krvni pritisk in ji govoriti o prihajajočih težavah. Posebno je to pomembno pri discipliniranih pacientkah iz prve in četrte skupine, saj zdravnikovo zastraševanje prav pri njih izzove reaktivno agresivnost, ki sodi, kot poudarja BREGANT (1976), pri hipertoniji med psihološke rizične faktorje.

Pri nediscipliniranih nosečnicah, ki jih je največ v drugi in tretji skupini, je treba ponavljati napotke za ureditev življenja in povečati število srečanj z obrazložitvijo, da je potrebno večje sodelovanje pri zdravljenju. Začasna povečana angažiranost ginekologa resneje in močnejše vpliva na nosečnico kot svarila.

Preudarno je ravnanje ginekologa tudi takrat, ko razumevajoče sprejme občasne majhne dietalne prekrške, pa vendar mora še naprej vztrajati pri predpisanem načinu življenja. Sploh mu pri tem lahko pogosto priskoči na pomoč patronažna služba, posebno če meni, da je socialno okolje s svojimi stališči in zahtevami pri hranjenju pomemben negativni dejavnik.

Temeljno pravilo je vendarle čim manj dramtizirati. Bolje je poudarjati, kaj nosečnica še lahko naredi, kaj je v nosečnosti še mogoče in dovoljeno, in se izogibati prepovedi. Tako bo nosečnica ob zdravnikovi pomoči dobila občutek gotovosti in zaupanja, da lahko tudi ona v času nosečnosti in kasneje v življenju ob otroku še marsikaj stori in uresniči. Nekaterim se namreč v pasivizaciji nosečnost "strašno vleče", druge pa lahko nosečnost kaj hitro doživljajo kot bolezen z vsemi sekundarnimi koristmi.

Nadalje jih je treba spodbujati pri iskanju možnosti, ki se kljub novorojencu odpirajo v osebem in poklicnem življenju.

Povsem nepotrebni so napotki, kakršen je "ne se razburjati". Takšen nasvet ima lahko povsem nasproten učinek, kot je bil zaželeni. Nosečnica ga namreč ne zna drugače uresničiti, kot da zatajuje svoja čustva, kar je eden temeljnih razlogov hipertenzije, edemov in albumna v urinu, ki pridejo še zlasti do izraza v četrti skupini nosečnic z EPH gestozo.

Vodilo ginekologa pri delu je stališče, ki je tudi uradno mnenje Skupine za napredek psihiatrije (GAP 1973), da ženska svobodno odloča o svojem materinstvu. Klinične izkušnje in raziskave namreč kažejo, da je idealna mati tista, ki zavestno po premisleku ali podzavestno sprejme dejstvo, da bo dobila otroka. Že spoznanje, da lahko same odločajo o svojem materinstvu, lahko pomiri napetosti in strahove bodočih mater, tako da se zanj končno odločijo z vsemi neprijetnostmi, odgovornostmi in odrekanjem ali pa se otroku odrečejo in s tem tudi vsem prijetnostim nosečnosti, poroda, rasti in vzgoje (KAPOR-STANULOVIC 1985).

O materinski šoli je bila pri nas napisana že vrsta člankov in njen strokovni pomen je velik in nesporen. Nakazali bi le nekatere odtenke, ki so posebej pomembni za nosečnice z EPH gestozo.

V zadnjem času tečaji niso več omejeni samo na golo posredovanje osnovnih informacij o materi, nosečnosti, porodu, tretmaju dojenčka, telovadbi, vajah dihanja itd., pač pa se vse bolj uporabljajo tudi kasete s programom za relaksacijo in pripravo na porod. To pa je tudi tehnika izbora za obravnavo vrste psihosomatičnih težav, ki se v času nosečnosti in poroda lahko pojavijo, tudi EPH gestoze.

Še bolj pa mora biti poudarjena vsebina dogajanja v skupini. Udeleženske morajo dobiti možnost, da se v skupini med seboj in z voditeljico šole pogovarjajo o svojih strahovih in bojaznih, zvezanih z nosečnostjo, porodom in vzgojo ter izmenjujejo izkušnje. Torej mora imeti šola predvsem znamenja izkustvene skupine z vsemi njenimi terapevtskimi učinki, v kateri vlada taka atmosfera, ki dopušča nosečnicam, da izrazijo svoja občutja, bojazni in stališča. Tudi tista, ki socialno niso vedno najbolj sprejemljiva v odnosu do nosečnosti in materinstva. Zato je izjemno pomembna podpora in pomoč voditeljicam šole v obliki supervizije.

Pri tem so te skupine tudi priložnost in sredstvo za razreševanje "nosečnostnega konflikta", pri čemer je prav zakonski partner pogosto osrednja tema razgovora. Ob ustreznem vodenju skupine, ki ne sme biti ocenjujoče in moralizirajoče, lahko pride do pomembnih premikov in sprememb v "nevrotičnih" stališčih.

V teh skupinah namreč lahko oblikujemo močno realitetno pogojeno atmosfero, s tem pa možnost za korigiranje emocionalnega izkustva po principu "tu in sedaj". Tiha prisotnost kakor tudi razpršenost transfera na različne osebe lajša pristop v socialno polje, k novim izkušnjam na področju govora in emocionalnega izražanja ter izkustva, ki zmanjšuje strah pred veliko bližino in obvladanostjo, kar vse je jedro izraziteje nevrotično motenih nosečnic z EPH gestozo predvsem iz druge skupine.

Rezultat kliničnih izkušenj in raziskovalnih spoznanj je tudi program na kasetah "Priprava na porod" avtorja prof.dr.Pajntarja. Kaseta je zasnovana tako, da ob splošni relaksaciji deluje tudi na emocionalna stanja, kot so

strah, jeza, žalost itd., ki lahko neugodno vplivajo na potek nosečnosti in tudi na porod, ki je v programu še posebej obdelan. Glasbena kulisa ugodno deluje na kardiovaskularni sistem, kar je še posebno pomembno za nosečnice z EPH gestozo.

Kaseto lahko uporabljamo individualno ali v skupini, pri ženskah brez težav mesec dni pred porodom, pri ženskah s težavami psihosomatične narave pa se lahko začne redna vadba v kateremkoli času nosečnosti. Lahko se uporablja tudi vzporedno s psihoterapevtsko obravnavo. Sicer se njena uporaba giblje v okviru indikacij in kontraindikacij za relaksacijske psihoterapevtske postopke, upošteva specifičnost nosečnosti. Slaba stran takih programov pa je, da ne morejo upoštevati psihosomatičnih lastnosti posamezne nosečnice, čeprav ji scenska doživetja dopuščajo nekaj kreativne svobode in aktivacije.

### **IZHODIŠČA V PSIHOTERAPEVTSKEM TRETMAJU EPH GESTOZ**

Kadar rutinski terapevtski ukrepi ne dajo želenih rezultatov, je smiselna psihoterapevtska obravnava pri psihoterapevtu. Ta ima na voljo vrsto postopkov, kjer pa vendarle mora upoštevati časovne omejitve, vprašanje motivacije in cilja terapevtskega procesa.

Pri nosečnicah so se izkazale za zelo uspešne različne relaksacijske tehnike, ki imajo zaradi akcijskega pristopa, ki naj bi sprožil različne aktivnosti ali vedenje, kot oblika neverbalne tehnike za nosečnico poseben čar. Predvsem zato, ker nosečnica zaredi mladosti ali psihosomatične osebnosti zanika širši domet verbalnih reprezentacij, pogosto tudi ne obvlada diferenciranega govora, hkrati pa je bolj "zgovorna" s telesom, ki je tudi sicer nosilec njenih težav. Akcijski pristop, ki v strogem pomenu besede zajema prav tehniko relaksacije, daje nosečnici možnost, da polno doživi svoje telo in tudi sama opravlja ter usmerja njegovo dejavnost. Prve indikacija za tovrstne terapevtske pristope so prav psihosomatične motnje. Nosečnica namreč ponudi terapevtu telo kot komunikacijsko sredstvo, zato ji mora ta odgovoriti v istem jeziku. Tovrsten pristop pa je indiciran tudi pri konverzivni in obsesivni nevrotični strukturi, ki v bistvu predstavljata obrambo pred strahom, ki je poudarjen pri 3. in 4. skupini nosečnic z EPH gestozo.

Izhodišče za tovrstno terapijo v dogovoru z nosečnico je pojem napetosti, cilj dela pa je tudi psihološka priprava na porod, s tem da skušamo odpraviti psihogeno pogojene motnje nosečnosti ter tako otroku zagotoviti čim bolj primerne razvojne razmere, materi pa skozi razgovor pomagati pri dokončnem soočanju z materinstvom in njegovimi zahtevami.

Take psihoterapevtske metode so številne in v najširšem smislu sodi sem tudi READ (1933) s svojo metodo nebolečega poroda, ki je v letu 1951 prišla iz Sovjetske zveze. Ob poudarku na duševni pripravi nosečnice s pomočjo informiranja, ustvarjanja pozitivnega odnosa in odstranjevanja bojazni pred porodom gre pri teh metodah v veliki meri za indirektno ali direktno sugestivno vplivanje, sproščanje in pomirjanje.

Tudi sicer je veliko poročil o uspešni uporabi relaksacijskih metod v porodništvu. Najpogosteje pri tem navajajo progresivno relaksacijo, ki jo je razvil JACOBSON, in avtogeni trening, ki ga je razvil J. H. SCHULTZ. Pri nas se je kot uspešna pokazala kombinacija obeh metod.

PRILL in LANGEN (1983) obširno poročata o uspešni uporabi avtogenega treninga pri odpravi psihosomatičnih težav nosečnic in preprečevanju bolečin pri porodih. Istočasno pa opozarjata, da je uspeh pri nosečnicah z negativno usmerjenostjo do pričakovanega otroka pomembno manjši.

Po njenem mnenju je trebe pri aplikaciji avtogenega treninga pri nosečnicah upoštevati spoznanja, da je za ženske asimilacija slik in predstav pomembnejša. Veliko žensk ne mara pojmov, ki si jih ne morejo predstavljati, imajo pa rade nazornost, jasnost in tisto, kar lahko občutijo in podoživljajo. To je posebno pomembno pri nosečnicah z EPH gestozo, saj je lahko njihova "mentalizacija" zaradi ustroja osebnosti manjša. Novejše metode psiholingvističnega programiranja so nam tu lahko v veliko pomoč.

Že omenjena avtorja poudarjata tudi izreden pomen vadbe v skupini s pogovori, dihalnimi vajami in pojasnili. Oblikovala sta tudi ustrezni 6-dnevni program.

Vadba naj bi bila usmerjena v tri osnovne vaje, in sicer težo, toploto in dihanje, za kar je potrebno 6 tednov dela. Med vadbo si prizadevamo, da pride do izraza občutek lahkotnosti, sproščenosti in voljno dihanje. To stanje in doživljanje zbudi tudi občutek sigurnosti in varnosti. Koncentracija teže in toplote na spodnjem delu telesa vendarle ni priporočljiva, saj sproži nezaželeno pozornost na otrokovo gibanje. Ob dosegu zaželjenih občutkov je po našem mnenju treba delati na pravi stopnji aktivacije, ki je nujno potrebna za normalen potek poroda.

Vadbo in umirjanje srca se priporoča samo pri nosečnicah, pri katerih gre za vegetativno distonijo. V zadnjih mesecih nosečnosti nosečnica spontano čuti svoje srce ali navaja neugodno bitje srca. To se pogosto dogaja ponoči in jo vznemirja predvsem zaradi visoke trebušne prepone. Pomirjanje naj bi potekalo počasi in preko splošnega preklopa s formulo "čisto mirna sem" ali "čisto mirna in svobodna sem". S tem sproščamo in pomirjamo tudi napetosti, ki so pri nosečnicah z EPH gestozo vodilni simptom.

Nadalje ima psihoterapevt ne voljo suportivno terapijo, s katero si



prizadeva za stabilen objekten odnos s pomočjo podpore, spodbujanja in hrabritve. V tem smislu terapija nima razkrivajočih tendenc. Terapevt pomaga nosečnici ugotoviti, upoštevati in kontrolirati zanj pomembne nasprotujoče si dejavnike v njenem okolju, ki pospešujejo neugoden situacijski zaplet, aktivirajo njeno stisko in obnavljajo vpliv motnje na doživljanje in ravnanje.

Gre pravzaprav za kratkoročne ukrepe pri osebnosti, ki je v osnovi zdrava, a se je znašla v prehodnih življenjskih težavah, ki jih sama ne more ustrezno rešiti, kot je to primer pri prvi skupini nosečnic z EPH gestozo ali pa pri zelo odvisnih in nesamostojnih nosečnicah, ki so se zbrale v drugi skupini.

Supportivna terapija je lahko tudi uvod v kratko dinamično fokalno usmerjeno psihoterapijo. Tu je žarišče terapevtskega dela centralni konflikt, ki pomembno opredeljuje aktualno simptomatiko nosečnice, kar hkrati, kot poudarja BREGANT (1982), omejuje tudi terapevtske cilje. Pri nosečnicah z EPH gestozo je to predvsem dušena oziroma zavrta agresivnost s spremljajočimi moralnimi občutki krivde, ki jo vsaka osebnostna struktura predeluje in obvladuje na svoj način.

Tako BREGANT (1982) poudarja, da centralni konflikt vedno izhaja iz strukturnih specifičnosti, zato je treba pri shizoidni strukturi pozornost usmerjati v zmanjševanje nezaupanja, terapevt potrjuje pacientkino samostojnost, spodbuja poskuse za vzpostavljanje stikov in njeno emocionalno približevanje itd. Pri depresivno strukturiranih nosečnicah obravnava terapevt njihovo pretirano težnjo k prilagajanju, požrtvovalnosti in podrejanju, pripravljenosti, da izpolnijo pričakovanje okolja tudi po materinstvu, njihovo izpostavljanje izkoriščanju, samoagresivne težnje in občutja krivde ob poskusih osamosvojitve. Pri tem se opira in uporablja pacientkine zmožnosti za intuicijo, vživljanje in bližino. Pri anankastično obsesivno strukturiranih nosečnicah mora biti pozornost terapevta usmerjena predvsem v razgraditev občutij krivde in manjvrednosti ter bojazni pred agresijo in seksualnostjo in mora potrjevati pozitivnost njihove vztrajnosti, vzdržljivosti in zanesljivosti. Pri histerično strukturiranih pacientkah terapevt pomaga razvijati občutek za realne nujnosti v življenju, neizbežnosti in za bolj realistično ravnanje z ljudmi, vzročnostjo itd. Pozoren mora biti na njihovo samovoljo, nenačrtnost, nepredvidljivost, varovalne mehanizme zanikanja, odkrivanja, neresno jemanje vsega v življenju, tendenco k erotiziranju, podpirati pa njihovo pripravljenost, da se lotijo nalog materinstva in so iznajdljive, domiselne ter se znajdejo v improviziranih situacijah.

Pri vseh teh strukturah, ki jih srečamo pri EPH gestozah, mora terapevt upoštevati dekompenzacijsko, pasivno držo in velika pričakovanja ter bojazni moralnega tipa zaradi izrazite vpetosti materinstva v socialne vrednostne sisteme.

Na koncu opredeljevanja psihoterapevtskih možnosti pri obravnavi nosečnic z EPH gestozo moram omeniti velike možnosti hipnoze oziroma hipnoterapije. Pri tem BRAS v delu Izbrana poglavja iz psihoterapije (Mladinska knjiga, Ljubljana 1977) poudarja, sklicujoč se na DUNBAROVO (1954) in PAJNTARJA (1971) ter svoja zgodnejša dela, da ima prav uporaba hipnoze pri nosečnicah in porodnicah v svetu najdaljšo tradicijo in izkušnjo. Zelo uspešna je tudi sicer v obravnavi psihosomatičnih težav, tako z izhodišča vedenjske ali psihoanalitične teorije. Pomembno vlogo pa igra tudi v psiholingvističnem programiranju.

Tudi v porodništvu uporabnost hipnoze sega od relaksacije do hipnoanalitične obravnave, odvisno pač od znanja in sposobnosti psihoterapevta. Z njo po potrebi ugodno vplivamo že na samo nosečnost, s tem, da olajšamo ali odpravimo jutranjo slabost, bolečine v križu, zaprtje, bruhanje, zagotovimo večjo stopnjo aktivnega sodelovanja porodnic, zmanjšujemo utrujenost in zmanjšujemo ali celo popolnoma preprečimo bolečine pri porodu. Zmanjšanje bolečine pri porodu lahko dosežemo že v srednje globoki hipnozi, vrsto drugih ugodnih učinkov pa že prej. Pri tem tako kot BRAS (1977) tudi PRILL in LANGEN (1983) ugotavljata, da je za uspeh manj pomembna globina hipnoze, bolj pa emocionalni odnos in zaupanje med terapevtom in nosečnico. S terapevtskega vidika so področja obravnavanja pogosto prehodne situacije stresa, kar lahko povežemo z bolj osnovnimi, srednjimi težavami, ki so pri nosečnicah običajno evidentno prisotne. To pomeni, da moramo v diferencialno diagnostičnem postopku ob simptomatiki natančneje opredeliti tudi strukturalne značilnosti, psihodinamiko, provokativno situacijo in varovalne mehanizme. Vse to nam v hipnoterapevtskem postopku omogoča fokusirano reševanje aktualne problematike, računajoč pri tem na časovno in motivacijsko omejenost psihoterapevtskega procesa.

Vedno pa si moramo pri delu prizadevati za avtonomnost, aktivnost in polno angažiranost nosečnice, saj le tako lahko pride do spoznanja, da ni tako nemočna, da ne bo mogla prebroditi težav.

BRAS (1977) predlaga tudi obliko priprave na porod; preko tehnike sugeriranja spanja in aktivnega poglobljanja (popolnejše mišične relaksacije, dihanja, zaviranja hotenih gibov, spremembe kožne občutljivosti, toplote, neboleče zbuditve ugodnih fantazij, halucinacij, sluha, voha in sanj s krepčilnim spanjem) pride do tehnike sanjske desenzibilizacije in posthipnotičnih sugestij z analgezijo in prekvalifikacijo neugodnih doživljanj nosečnosti, otroka in materinstva. Te pozitivne izkušnje terapevt v indukciji poveže s porodno situacijo, v kateri bo nosečnica mirna, sproščena, aktivna in komunikativna. Opredeli pa tudi želeno aktivnost nosečnice po porodu in s tem daje možnost ustrežnejšega izhodišča za ustvarjenje ugodnega odnosa mati-otrok.

1. BREGANT L. (1976) Psihogeni dejavniki kardiovaskularnih disfunkcij. Psihoterapija 5. Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani, Ljubljana 7-32
2. BREGANT L. (1982) Psihodinamična teorija nevroz in uvod v tehnike individualne analitične psihoterapije. Psihoterapija 4A. Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani, Ljubljana, 7-110
3. ĐELMIŠ J., DRŽANČIĆ A. (1985) Liječenje prijetećih eklampsija i eklampsija. Jugosl. ginekol. perinatol., 25: 111-116
4. FRANIČEVIĆ J. in sid. (1985) EPH-gestoze. Znanstvena jedinica Medicinskog centra Zadar, Zadar
5. HERTZ D.G., MOLINSKI H. (1981) Psychosomatik der Frau. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg, New York
6. KAPOR-STANULOVIĆ N. (1985) Psihologija roditeljstva. Nelit, Beograd, 1-200
7. PRILL H., LANGEN D. (1983) Der psychosomatische Weg zur gynäkologischen Praxis. Schattauer Verlag. Stuttgart, New York ,1-284
8. LUBAN-PLOZZA B., KNAAK L., DICKHAUT H. (1987) Der Arzt als Arznei. Deutscher Artze-Verlag, Koln
9. PAJNTAR M., NOVAK-ANTOLIČ Ž. (1994) Nosečnost in vodenje poroda. Cankarjeva založba, Ljubljana
10. ROJŠEK J. (1990) Osebnostne lastnosti žensk z EPH gestozo. Doktorska disertacija. FF - Oddelek za psihologijo, Ljubljana, 212-225
11. ROJŠEK J. (1996) Psihoterapevtske intervencije splošnega zdravnika. Zbornik – Nevrotske, stresne in somatoformne motnje. Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje, 115-125