

Między nadzieją a rozpaczą – rozważania wokół metody zapłodnienia pozaustrojowego in-vitro

Katarzyna Krysztop – psycholog, psychoterapeuta, członek nadzwyczajny PTPP, prowadzi praktykę prywatną w Gdańsku. Związana ze Stowarzyszeniem Pro-Mama. Kilka lat pracowała w Klinice Leczenia Niepłodności INVICTA w Gdańsku, prowadziła konsultacje indywidualne i terapię kobiet leczących się z powodu niepłodności.

In-vitro to jedna z metod leczenia niepłodności (nie sposób mówić na temat in-vitro nie wspominając choćby pobieżnie właśnie o niepłodności).

Słownictwo, którego w swoim referacie będę używała, może być szokujące, czy też wydawać się niedelikatne i rażące dla "ucha" analitycznego, ale celowo będę używała nomenklatury, z którą spotykają się leczone kobiety i pary, bo to daje pewne wyobrażenie, oddaje klimat emocjonalny, związany z leczeniem niepłodności.

Pojęcie niepłodności nie jest jednorodne. Wyróżniamy niepłodność całkowitą, czyli bezpłodność, może być ona spowodowana wadami wrodzonymi, takimi jak brak macicy, jajników, pochwy lub też nabytymi w wyniku przebytych operacji, stanów zapalnych i innych uszkodzeń, u mężczyzn – brakiem jąder, wrodzonym lub nabytym. Niepłodność względna, wrodzona lub nabyta, oznacza istnienie przyczyn czasowo powodujących niepłodność, ale dających szansę wyleczenia. Problem przymusowej bezdzietności dotyczy najczęściej pary małżeńskiej, dlatego mówimy o niepłodności małżeńskiej. Dzielimy ją na niepłodność kobiecą i męską, pierwotną i wtórną. Autorzy przyjmują różne definicje niepłodności małżeńskiej. Przyjmuje się, że o niepłodności pierwotnej mówimy wówczas, gdy mimo regularnych stosunków w okresie dwóch lat, ciąża nie zaistniała. O niepłodności wtórnej zaś, gdy raz lub więcej razy zaistniała ciąża, niezależnie od tego, czy zakończona porodem, ciążą pozamaciczną, czy poronieniem, a następnie minęły dwa lata bez zajścia w ciążę. Amerykańskie Towarzystwo Płodności określa parę jako niepłodną, jeżeli roczne współżycie bez stosowania środków antykoncepcyjnych nie doprowadza do wystąpienia ciąży. Niepłodność pierwotna dotyczy par, z których kobieta nigdy nie była w ciąży, niepłodność wtórna natomiast dotyczy par, z których kobieta zaszyła w ciążę, obecnie jednak jest niezdolna do następnej ciąży.

Bezpłodność może mieć różnorodne przyczyny. Duże znaczenie ma wiek. W niepłodności małżeńskiej w 50% przypadków przyczyny są wspólne i dotyczą kilku czynników jednocześnie. W 45-50%

przyczyna leży po stronie kobiety, w 35-40% po stronie mężczyzny, dalsze 10-20% przyczyn jest niewyjaśnionych. Właśnie ten "niewyjaśniony" obszar jest dla psychoterapeuty szczególnie interesujący, a dla leczonej się pary szczególnie trudny. Skoro wszystko jest w porządku to dlaczego nie ma ciąży? Nie wiadomo na kogo się złościć, trudno radzić sobie z frustracją poprzez działanie (jak znana jest przyczyna, pacjenci na niej się koncentrują). Jeśli przyczyna fizjologiczna nie jest znana (niepłodność psychogenna, idiopatyczna), ciężar odpowiedzialności za brak ciąży (bardzo często) biorą na siebie kobiety. Często mówią: "jeśli wszystko jest w badaniach ok, to znaczy, że ze mną jest coś nie tak, z moją głową".

Pary które nie mogą doczekać się dziecka zwracają się o pomoc do lekarza. Wszelkie proponowane im metody diagnozy i leczenia traktują jako szansę rozwiązania swojego poważnego, życiowego problemu. Leczenie niepłodności (np. wybór metody) dotyczy często systemu wartości, norm moralnych i etycznych, dodatkowym utrudnieniem jest fakt, iż proces diagnostyczno-terapeutyczny często jest długotrwały.

Przyjęte metody postępowania zależą od rozpoznanej przyczyny niepłodności. Stosuje się terapię farmakologiczną (np. przy zaburzeniach hormonalnych i stanach zapalnych), chirurgiczną (np. przy niedrożności jajowodów) i wreszcie techniki wspomaganego rozrodu, w tym sztuczne zaplemnienie, przenoszenie gamet – komórek rozrodczych męskich i żeńskich, mikromanipulacje z komórką jajową i zapłodnienie pozaustrojowe in-vitro.

Sztuczne zaplemnienie (inseminacje) stosuje się zarówno w przypadku leczenia niepłodności kobiecej, jak i męskiej. Polega ono na umieszczeniu w drogach rodnych kobiety nasienia męskiego. Inseminacje mogą być wykonywane przy użyciu nasienia partnera lub w przypadku nieodwracalnej niepłodności męskiej z użyciem nasienia dawcy. Technika ta jest trudna emocjonalnie zarówno dla kobiety jak i jej partnera. Wprowadzenie nasienia do ciała kobiety odbywa się w warunkach gabinetu lekarskiego. Nawet jeśli użyte jest nasienie partnera, kobiety czę-

sto doświadczają tej sytuacji jako wtargnięcia kogoś obcego w swoją intymną przestrzeń, mówią: "to inny facet mi to zrobił", w toku psychoterapii ujawniały się uczucia zagubienia "wiem, że mój mąż jest ojcem dziecka, ale lekarz mnie zapłodnił". Możemy sobie tylko wyobrazić z jak skomplikowaną sytuacją wewnętrzną mamy do czynienia, jeśli użyto nasienia dawcy. Kobieta ma przyjąć do swego wnętrza spermę obcego mężczyzny, a jej partner czuje się zupełnie niepotrzebny i bezwartościowy.

Kolejną techniką wspomaganego rozrodu jest przenoszenie gamet – komórki rozrodcze kobiece i męskie umieszcza się w drogach rodnych kobiety (różne techniki; w jajowodach, macicy). Mamy tu sytuację jeszcze bardziej skomplikowaną, niż przy inseminacji, gdyż istnieją różne warianty tej sytuacji. Gamety pochodzą od leczącej się pary lub komórka jajowa od kobiety, a nasienie od dawcy, lub komórka jajowa od dawcy, a plemniki od partnera, lub też obie gamety od dawców. Warto wiedzieć, w sytuacji gabinetu terapeutycznego, jaki wariant w leczeniu miał miejsce, gdyż to w zasadniczy sposób może wpływać na emocjonalny odbiór tej sytuacji.

Mikromanipulacje z komórką jajową, które należą również do technik wspomaganego rozrodu, jest to metoda, której celem jest umożliwienie ojcostwa w przypadkach czynnika męskiego w niepłodności. Techniki te obejmują umieszczanie plemników pod osłonką, naruszenie osłonki przejrzystej i iniekcję plemnika do cytoplazmy komórki jajowej.

Ostatnią z technik wspomaganego rozrodu jest metoda in-vitro. W 1978 roku urodziła się Luisa Brown, pierwsze na świecie dziecko poczęte w wyniku zapłodnienia pozaustrojowego i przeniesienia rozwijającego się zarodka do jamy macicy. Skuteczność pierwszych prób in-vitro przeprowadzanych w cyklach naturalnych była niewielka. Dopiero metoda indukcji superowulacji znacznie zwiększyła jej skuteczność (podczas owulacji dojrzewa wiele komórek jajowych). W Polsce pierwsze dziecko po pozaustrojowym zapłodnieniu przyszło na świat 12 listopada 1987 roku w Instytucie Położnictwa i Chorób Kobietych w Białymstoku. Obecnie wskazania do zastosowania techniki IVF-ET są wszystkie czynniki etiologiczne niepłodności.

Intensywność oraz czas leczenia, jakiemu podlegają małżonkowie, borykający się z problemami związanymi z utrudnioną prokreacją sprawia, iż po pewnym czasie dochodzą oni do wniosku, że centralnym problemem ich życia staje się choroba, nosząca miano bezpłodności. Procesowi leczenia towarzyszą zwykle bardzo silne emocje, które z czasem mogą zostać utrwalone i włączone w strukturę osobowości. Taki typ reakcji, będący skutkiem choroby i długotrwałego leczenia, określane jest jako wtórny. W praktyce klinicznej trudno jest rozstrzygnąć, któ-

re reakcje mają charakter pierwotny, a które wtórny. Czy stres jest skutkiem, czy przyczyną niepłodności?

Jak już powiedziałam, jest wiele metod leczenia niepłodności – nie sposób w tym miejscu szczegółowo omówić wszystkich. Myślę jednak, że warto, również z powodów pracy klinicznej, mieć orientację w metodach leczenia i procedurach medycznych, tak abyśmy mogli się zorientować w wywiadzie wstępnym, na jakim etapie leczenia dana osoba do nas trafia, z czym się zмага i co jeszcze przed nią. In-vitro (in vitro fertilization – embryo transfer, IVF-ET) jest pośród różnych metod leczenia niepłodności techniką szczególną, również w kontekście emocjonalnym. Właśnie tej metodzie chciałabym teraz poświęcić trochę uwagi.

Jak już mówiłam, wskazaniem do in-vitro są wszystkie czynniki etiologiczne niepłodności. W praktyce jednak zanim "dojdzie do" in-vitro, stosuje się inne metody. Bardzo często w przeżyciu pacjentów jest to tzw., "ostatnia deska ratunku", kiedy inne metody leczenia zawiodły. In-vitro przeżywane jest jako cudowna metoda. Pacjentki intelektualnie wiedzą, że może się nie udać, ale emocjonalnie nie dopuszczają takiej ewentualności. Moje pytania: "Co jeśli się nie uda? Co to będzie dla pani oznaczało?" przyjmowały z ogromnym zdziwieniem. Oczywiście były wyjątki w tym sposobie przeżywania, ale bardzo często próba rozmowy o in-vitro, o emocjach pacjentek, o tym co dalej, jeśli się uda i co dalej, jeśli się nie uda, przeżywana była jak atak na bezpieczeństwo. Myślenie, metabolizowanie tej sytuacji na poziomie wewnętrznym było często niemożliwe lub bardzo trudne. Wizyta u psychologa (tak jak pacjentki o tym mówiły) przeżywana była jako sposób na to "żeby się odblokować, uspokoić", ale nie poprzez myślenie, tylko ewakuowanie wewnętrznych treści.

W 2001 roku przeprowadziłam badania, do których inspiracją było pytanie, czy grupa kobiet, która decyduje się na zapłodnienie pozaustrojowe, charakteryzuje się jakimiś specyficznymi cechami. Badaniem objęłam trzy grupy kobiet w ciąży: grupa 1 – były to kobiety, które leczyły się z powodu niepłodności z zastosowaniem metody in-vitro, grupa 2 – to kobiety, które również miały trudności prokreacyjne, ale leczone były z zastosowaniem innych metod, niż in-vitro i grupa 3, kontrolna – to kobiety w ciąży, które nie miały żadnych trudności prokreacyjnych. Badanie przeprowadziłam za pomocą Testu Przymiotnikowego ACL – jest to wieloskładnikowy test osobowości oraz Testu Apercpcji Tematycznej (TAT) – jest to test projekcyjny, badający dominujące potrzeby, emocje, kompleksy i konflikty osobowości osoby badanej.

Uzyskane wyniki pozwoliły wyłonić charakterystyczne cechy i potrzeby kobiet decydujących się na leczenie niepłodności z zastosowaniem metody in-v-

itro. Okazało się, iż kobiety te cechuje wysoka potrzeba osiągnięć i samokontroli, a także przedstawianie się w lepszym świetle (wysoki wynik na skali świadczącej o nastawieniu obronnym i dyssymulacji). Stwierdzono istotne statystycznie różnice między grupami 1 i 2 w kwestii potrzeby zdobycia akceptacji otoczenia i wywołania pozytywnego wrażenia. Niska potrzeba autonomii w grupie 1, koresponduje z wysoką potrzebą ulegania i świadczy o dużej zależności od innych. Kobiety z grupy 1 mają największą potrzebę wytrwałości (można się zastanawiać, na ile jest to kwestia wytrwałości, a na ile trudność z uznaniem straty). Osoby z grupy 1 są dobrze zorganizowane, a zarazem mniej spontaniczne. W badaniu zaznaczyły mniej przymiotników negatywnych, niż osoby z dwóch pozostałych grup – może to świadczyć o ich nastawieniu obronnym (lękowym), a także o niedostrzeganiu negatywnych cech własnej osoby, jak również rzeczywistości. W badaniu wszystkie trzy grupy uzyskały wysokie wyniki w skali świadczącej o wysokiej potrzebie korzystania z pomocy psychologicznej, ale na uwagę zasługuje fakt, że grupa in-vitro uzyskała wynik najniższy w tej skali. Osoby z grupy in-vitro rzadko decydowały się na terapię. Myślę, iż pomimo ogromnej potrzeby opieki i pomocy psychologicznej, z powodu kontroli, dyssymulacji i widzenia spraw na zewnątrz, trudno im było decydować się na terapię. Oczekiwały raczej ukojenia i "zabrania trudności", niż otwierania niepokoju i rozmyślania nad swoimi emocjami.

Wyniki testu TAT również wskazywały na ogromną potrzebę odpoczynku i opieki interesującej nas grupy pacjentek. Kobiety z grup 1 i 2 wykazywały większą potrzebę kontroli nad sytuacją i własnymi emocjami. W grupach tych zaznaczyło się również większe nastawienie obronne do badania i dystansowanie się w stosunku do zagadnień związanych z dzieckiem i rodziną. Kobiety z grupy kontrolnej, bez problemów prokreacyjnych, bardziej wprost wyrażały swoje potrzeby i emocje. Od pozostałych grup odróżniała ją mówienie o pozytywnych odczuciach wobec dziecka i ciąży (grupy 1 i 2 jak gdyby pomijały ten temat).

Istotą IVF-ET, w wielkim skrócie, jest zapłodnienie komórki jajowej poza ustrojem kobiety. Pobrana komórka jajowa, umieszczona zostaje razem z nasieniem męskim w naczyniu laboratoryjnym w celu umożliwienia zapłodnienia. Po zapłodnieniu i podziale zygoty, zarodek umieszczony zostaje w macicy. Procedura zapłodnienia pozaustrojowego poprzedzona jest wystymulowaniem w jajnikach wzrostu wielu pęcherzyków Graafa, aby otrzymać większą liczbę komórek jajowych (superowulacja). Do stymulacji superowulacji stosuje się opracowane szczegółowo schematy postępowania, zwane protokołami. Przebieg stymulacji wymaga kontroli i oceny ul-

trasonograficznej, która polega na oznaczeniu liczby i średnicy wzrastających pęcherzyków oraz na określeniu ich endokrynej czynności. Kiedy pęcherzyki osiągną pożądaną wielkość i odpowiednią aktywność endokrynną poprzez domięśniowe podanie 10 000j. HCG wyzwalany jest tzw. pik owulacyjny. Po 34-36 godzinach po podaniu leku przeprowadza się punkcję pęcherzyków. Odbywa się ona przy użyciu sondy dopochwowej, drogą przezpochwową lub przy użyciu sondy brzusznej przezcewkowo i przezpęcherzowo. Z pobranego płynu pęcherzykowego oddziela się komórki jajowe i przenosi do odpowiednio przygotowanego podłoża. Warunkiem dokonania zapłodnienia komórki jest jej pełna dojrzałość, zarówno jądrowa jak i cytoplazmatyczna. Po około 3-godzinnej preinkubacji komórek jajowych i plemników następuje ich połączenie. Do oocytów w płytce dodaje się około 100 000 plemników. Po następnych 19 godzinach inkubacji ocenia się, czy dokonał się proces zapłodnienia. Zapłodnione komórki przenoszone są do nowego podłoża bez plemników. Z dalszej hodowli należy wyeliminować komórki zapłodnione nieprawidłowo. Po około 43-48 godzinach po zapłodnieniu przenosi się zarodki do jamy macicy. Szacuje się, że około 85% strat ciąży przypada na okres przedimplantacyjny – zarodki giną lub nie rozwijają się. Do jamy macicy przenosi się od 2 do 4 zarodków. Transferu dokonuje się drogą przezszyjkową za pomocą specjalnego cewnika. U kobiet do 35 roku życia należy transferować dwa zarodki, zaś u pacjentek powyżej tego wieku, ze względu na duży odsetek obumierających zarodków, liczbę tę można zwiększyć.

Wspominałam pokrótce o przebiegu tej techniki, aby pokazać, że w praktyce na każdym jej etapie występuje silny stres, mnogość uczuć, emocji i dylematów, z którymi boryka się lecząca się para. Już sama decyzja dotycząca zastosowania tego sposobu leczenia nie jest łatwa. Jak wiemy, technika IV F-ET budzi bardzo wiele emocji i kontrowersji w wielu kręgach – przedmiotem naszych rozważań nie jest ani jej ocena, ani próba rozwiązania tych dylematów (etycznych, medycznych, światopoglądowych). Chciałabym skupić się na procesie emocjonalnym towarzyszącym leczeniu niepłodności z zastosowaniem metody in-vitro.

Jak już wcześniej wspominałam in-vitro często jest ostatnią możliwą metodą, dającą szansę na posiadanie własnego dziecka. Mieszają się ze sobą nadzieje, że może się uda, i rozpacz, co będzie jeśli się nie uda. Pragnienie posiadania dziecka i napięcie wynikające z dotychczasowego leczenia innymi metodami jest ogromne. Leczące się osoby stają przed trudnym pytaniem: czy dam/ damy radę, czy koszty wynikające z tego sposobu leczenia (finansowe i emocjonalne) będą możliwe do uniesienia? Na-

dzieja i rozpacz – te dwa stany są ściśle ze sobą związane. Wiele osób odpowiada twierdząco na te pytania (dam radę) i procedura jest kontynuowana. W swojej praktyce klinicznej rozmawiałam jednak z wieloma osobami, które w tym bardzo trudnym momencie leczenia rezygnowały. Nie były w stanie ponieść kosztów dosłownych, realnych (finansowych) lub bały się, że nie poradzą sobie emocjonalnie. Nie sposób opisać dramatu, który przeżywają kobiety, które z jednej strony bardzo pragną dziecka, a z drugiej, z różnych powodów, nie decydują się, czy nie mogą kontynuować dalszego leczenia. Pamiętam młodą kobietę, która mieszkała na wsi, pochodziła z wielodzietnej rodziny, jej przekaz rodzinny o konieczności posiadania dziecka był ogromny. Na jedno in-vitro wzięli kredyt, na drugą próbę nie było już ich stać. Było wiadomo, że to tylko ten jeden raz, jedna próba – albo się uda albo nie. W tym momencie dla niej to była śmierć, rozpacz. Pamiętam, że po spotkaniu z tą kobietą czułam się potwornie, czułam wszechogarniającą bezradność, myślałam "co ja jej mam powiedzieć, jak pomóc?". Widziałam jej ogromne pragnienie dziecka i jej ogromną rozpacz. Pamiętam ją dokładnie, bo jako jedna z nielicznych mówiła, "wiem, że to się może nie udać", jej ból i poczucie bezradności stały się moim udziałem. Dla osób w procedurze in-vitro, wówczas w tamtym miejscu, przewidziane były dwie wizyty u psychologa. Pacjenci oczywiście mogli korzystać z takiej formy więcej razy, ale później musieli płacić. Ta kobieta przyszła na kolejną, trzecią wizytę (dla niej to był ogromny koszt finansowy), ja byłam zaskoczona, a ona powiedziała mi wtedy, że dalej wie, że to się może nie udać i że to dalej potwornie boli, ale że nikt z nią jeszcze nigdy tak nie rozmawiał, i że ona nie potrafi tego wyjaśnić, ale czuje, że jej to jakoś pomaga.

Czasem kobiety nie decydowały się na dalsze leczenie. Stawały wtedy wobec pytań: "Czy mogę nie chcieć tej metody? Jeżeli nie stać mnie na taką decyzję, to czy ja naprawdę chcę dziecka? Jaką kobietą jestem?". Z perspektywy mojego doświadczenia klinicznego właśnie ta decyzja – o zaprzestaniu leczenia, uznaniu, że w tym miejscu (różnym dla każdego na różnych etapach leczenia, różnymi metodami) jest kres, że trzeba pogodzić się z utratą, brakiem – była jedną z najtrudniejszych decyzji.

Kiedy trafiały do mnie kobiety jeszcze przed rozpoczęciem procedury in-vitro, przeżywały mnie jak kogoś, kto ma ocenić, czy nadają się na matkę, czy zostaną dopuszczone do procedury. Ktoś z zewnątrz miał wydać zgodę na ich macierzyństwo.

Kiedy procedura in-vitro zostaje rozpoczęta – pierwszy etap to stymulacja superowulacji – narasta stres, powstaje mnóstwo pytań: "ile pęcherzyków dojrzeje, czy uda się pobrać komórki jajowe, czy doj-

dzie do zapłodnienia, czy zapłodnione komórki będą się prawidłowo rozwijały, co z nadliczbowymi zarodkami", wreszcie "czy podany zarodek/ zarodki zagnieżdżą się w macicy?". Często leczące się osoby (rozmawiałam z kobietami i ich partnerami) mówiły, że czas oczekiwania na wynik weryfikujący, czy ciąża jest, czy nie (około 2 tygodni od transferu – podania zarodków), to najtrudniejsze 2 tygodnie leczenia. Kobiety często były zagubione, nie wiedziały jak i co myśleć, na temat tego, co dzieje się w ich ciałach – czy powstaje w nich życie, czy zarodki przeżyją, czy będzie się trzeba pogodzić ze stratą. Bardzo trudną, choć często zaprzeczaną jest sytuacja, gdy z dwóch/trzech podanych zarodków przyjmuje się, czyli przeżywa tylko jeden. Jak wtedy połączyć w sobie radość i nadzieję na rozwijającą się ciążę oraz ból i rozpacz wynikające z poniesionej straty – straty zarodków?

Każda ciąża wiąże się z przeżywaniem różnych emocji, także lęku. Kiedy jednak jest to ciąża po wielu latach i próbach leczenia, poziom lęku przeżywany przez kobiety i ich partnerów jest bardzo wysoki. I znów powstają setki pytań: "czy uda się tę ciążę donościć, czy dziecko będzie zdrowe?". Jak już powiedziałam, in-vitro, ciąża i macierzyństwo są często przez leczącą się kobietę idealizowane. Jest to kolejna trudna sytuacja, kiedy ciąża nie przebiega tak, jak tego oczekiwano, jak kobieta sobie wymarzyła. Nawet w sytuacjach, w których nic złego (fizjologicznie) się nie dzieje, okazuje się, że kobiety nie czują się spełnione. Czują się rozczarowane i oszukane. Moja pacjentka Pani B czuła, że ciąża nie spełniła jej oczekiwań, miała nadzieję, że kiedy będzie w ciąży i urodzi dziecko wreszcie otrzyma opiekę i zainteresowanie własnej mamy, i że nastąpi w jej życiu etap "powszechnej szczęśliwości", nagroda za lata trudów i udręk, wynikających z leczenia. Tymczasem nie opuszczały ją lęk o ciążę i niepokój, czy da sobie radę w roli mamy.

Kiedy powstaje wiele zarodków, pary muszą podjąć decyzję, jaki będzie ich los. Możliwe są wówczas dwa scenariusze. Pierwszy z nich to sytuacja kiedy para wraca po zarodki, które przez jakiś czas mogą być zamrożone. Para może wrócić po nie i próbować kolejnej ciąży. Często się to udaje. Bywa jednak też tak, że po rozmnożeniu, w celu umieszczenia ich w macicy, zarodki giną i jest to ogromny cios dla leczonej się pary. Kobieta emocjonalnie i medycznie przygotowywana jest do podania/transferu zarodków, nastawiona jest na ciążę, a poradzić musi sobie ze stratą. Emocjonalnie, mentalnie można powiedzieć, że była już w ciąży. Utrata zarodków przeżywana jest podobnie jak poronienie.

Drugi scenariusz nie mniej dramatyczny, to sytuacja, w której istnieją zamrożone zarodki, a para zrealizowała już swoją potrzebę i nie planuje więcej dzieci. Co wówczas? To para musi podjąć decyzję, ja-

ki będzie dalszy los ich zarodków. Czy mają podjąć decyzję o rozmrożeniu, czyli o śmierci zarodków. Czy też, chcąc tego uniknąć, mogą wyrazić zgodę na adopcję zarodków – czyli dać szansę innej parze, a tym samym zмагаć się z poczuciem winy, że się oddało swój własny zarodek. I znów życie i śmierć spotykają się ze sobą.

Przypomina mi się pewna pacjentka – Pani X była w terapii ok. 6 lat. W tym czasie wiele zmieniło się w jej życiu. Urodziła dwoje dzieci – obydwójce w wyniku in-vitro, awansowała w pracy, kupiła większe mieszkanie. Zmiany były wyraźne i dynamiczne, ale w pewnym momencie poczułam jakąś jałowość w naszym kontakcie. Trudno to opisać, rozmawialiśmy, czułam moją pacjentkę, ale jak gdyby nie całą. Coś było poza naszym, moim dostępem. Było to odczucie trudne do uchwycenia, opisania. Wspomagając się superwizją przyglądałam się swoim uczuciom przeciwprzeniesieniowym. Obrazy, uczucia, fantazje, które mi wtedy towarzyszyły, dotyczyły poczucia, że istnieje coś sztywnego, twardego, jakiś niedostępny obszar, w środku którego kryje się jakaś pulsująca "materia". Towarzystwo mi odczucie, że trzeba się tym zająć i że jest to jedyna droga, ale z drugiej strony czułam ogromny lęk przed "dotykaniem" tego. Na sesjach z pacjentką zaczęłam wносить pojawiające się we mnie obrazy i odczucia. To otworzyło dostęp do materiału pacjentki. Pani X zaczęła mówić o tym, że już od jakiegoś czasu myśli nad pewną sprawą. Zbliżał się termin, do którego pacjentka i jej mąż opłacali utrzymywanie w krio-banku w stanie zamrożenia swoich kilku zarodków. Pacjentka miała podjąć decyzję o tym co zrobić. Oni mieli już dwójkę dzieci i nie planowali kolejnej ciąży. Rozpoczął się trudny okres w tej terapii dla pacjentki i dla mnie. Ja wiedziałam już wcześniej, że pacjentka ma zamrożone zarodki, ale moja wiedza na ten temat też została zamrożona. Broniałam się podobnie jak pacjentka przed rozmrożeniem uczuć i konfliktów związanych z tą sytuacją. Pacjentka nie wiedziała co zrobić. Skłaniała się w stronę decyzji o rozmrożeniu zarodków, łagodziła to mówiąc, że chodzi po prostu o nieopłacanie dalej, utrzymywania ich w krio-banku. Chciała widzieć tę sprawę poza sobą. Podjęła kroki w kierunku zakończenia utrzymywania zarodków w krio-banku (tak o tym mówiła), ale wtedy okazało się, że będzie musiała czynnie uczestniczyć w procedurze rozmrażania swoich zarodków. W tym momencie dotarło do niej, co oznacza rozmrożenie zarodków. Była roztrzęsiona, mówiła: "przecież to tak jak bym zabiła własne dzieci, jak bym myślała o tym, jak to ma wyglądać, nie mogę tego zrobić". Trudno mi opisać klimat emocjonalny tamtych sesji, czułam jak bym kroczyła po cienkiej granicy między życiem i śmiercią. Alternatywą dla rozmrożenia zarodków było oddanie ich do adopcji.

Pacjentka mówiła: "nie wiem co gorsze albo co lepsze: pozbawić ich życia, czy do końca życia zastanawiać się, czy gdzieś po świecie nie chodzą moje dzieci..., czy mogę oddać swoje dzieci?". Pacjentka ostatecznie podjęła decyzję o oddaniu zarodków do adopcji. Długo wracałyśmy do tego tematu. Pacjentka czuła, że chce dać szansę na przetrwanie, na życie swoich zarodków, wpisało się to i połączyło z jej historią życiową. Matka pacjentki cierpiała na schizofrenię, ojciec był alkoholikiem. Pacjentka długo nie mogła wybaczyć matce, że w dzieciństwie często wysyłała ją do różnych ciotek. Wcześniej przeżywała to jako opuszczenie i zaniedbanie, teraz pojawiło się też inne widzenie tej sytuacji – odesłanie jako próba ocalenia.

Widzimy, że rozważania wokół metody zapłodnienia pozaustrojowego dotyczą nie tylko leczącej się pary, mężczyzny czy kobiety, ale również dziecka. Dorota Kornas-Biela w swoim artykule: "Magiczne dzieci" produktem wspomaganej prokreacji: podejście psychodynamiczne" (2007), zwraca uwagę, "że biologiczno-medyczny i psychologiczny kontekst sytuacji związanych z użyciem wobec poczęcia i dziecka prenatalnego różnych procedur medycznych wpływa nie tylko na jego rozwój fizyczny, ale i psychiczny, na jego nieświadomą, niewyuczoną wiedzę dotyczącą swojego pochodzenia i początków istnienia oraz na kształtowanie się matrycy komunikacyjnej między rodzicami i dzieckiem. Chociaż rodzice mogą o tym nie mówić, to jednak 'ktoś nie może nie komunikować' – psychologiczne warunki poczęcia stanowią subtelną warstwę w komunikacji między nimi a dzieckiem (ważny element matrycy komunikacyjnej). Szczególnie trudna sytuacja dotyczy dziecka (lub dzieci) wybranego do przeżycia, gdy jego rodzeństwo zostało uznane za nadliczbowe i zgładzone. Ze względu na charakter procedur wspomaganej prokreacji dziecko, któremu uda się przeżyć i rozwinąć w macicy, jest najczęściej jednym z kilku embrionów, które zostały w niej umieszczone. Inaczej mówiąc – to ono przeżyło, a jego potencjalne rodzeństwo obumarło samoistnie, albo też zostało usunięte jako nadliczbowe. Sonne (psycholog prenatalny, psychoanalityk) (za Kornas-Bielą, 2007), opierając się na osiągnięciach neurofizjologii okresu prenatalnego, uzasadnia trwałość tych doświadczeń tezą, że wywołują one przerażenie, które zostaje zapisane w prawej półkuli mózgowej i skutkuje klinicznym syndromem ocaleńca z aborcji. Sami ocaleńcy z aborcji, nie zdając sobie sprawy z doświadczonej traumy, skarżą się na podobne trudności: głębokie poczucie braku bezpieczeństwa i zaufania, problemy w tworzeniu więzi, brak perspektywy życiowej i sensu życia, chroniczne uczucie smutku i żaloby, tendencje do apatii, wycofanie się i bezradność, poczucie winy, negatywny obraz siebie i poczucie bezwar-

tościowości, podejmowanie ryzykownych działań, niepokój egzystencjalny oraz lęk przed ludźmi, zachowania autodestrukcyjne, wrogość i agresja skierowana na innych i siebie (por. Sonne, 1997, 2000; Emerson, 1996; Hollweg, 1998). Przyjęcie możliwości odczuwania przez dziecko przerażenia z powodu pre- i perinatalnego zagrożenia jego życia, lepiej niż inne wyjaśnienia przyczynia się do szybkiego postępu w terapii.

Jak widzimy cały proces leczenia bezpłodności, wszystkimi metodami, obarczony jest trudnymi emocjami. Pokazałam to na przykładzie metody in-vitro, ale myślę, że w każde leczenie wpisane są bardzo trudne dylematy. Trudne bo dotyczące kwestii zasadniczych: życia i śmierci. Można powiedzieć, że te dwa stany – życie i śmierć, nadzieja i rozpacz stały się ze sobą przeplatają. Czy też wręcz są nierozdzielalne.

Myślę, że może pojawić się naturalne pytanie "czy możliwe jest, aby sytuacja leczenia niepłodności nie stała się sytuacją traumatyczną?". Myślę, że nie chodzi o zastosowaną metodę leczenia, ale o ogólny klimat emocjonalny, który jej towarzyszy, o to, czy można myśleć, o tym co się dzieje, wiedzieć, czuć... Dlatego tak ważne jest całościowe podejście do kwestii leczenia – współpraca pomiędzy specjalistami różnych dziedzin.

Leczące się pary wymagają i zasługują na delikatne i odważne pochylenie się nad ich sprawami. Delikatne, aby z wyczuciem i taktem towarzyszyć im w przeżywaniu i przepracowywaniu tych jakże złożonych kwestii. Odważne, aby nie unikać otwierania spraw bolesnych i trudnych.

Literatura

- Krysztop, K. (2001). *Psychologiczne funkcjonowanie kobiet leczonych z powodu niepłodności przy wykorzystaniu zapłodnienia pozaustrojowego IVF-ET*. Gdańsk: Instytut Psychologii UG (niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem M. Bidzan)
- Krysztop, K. (2007). Psychologiczne potrzeby kobiet leczonych z powodu niepłodności przy wykorzystaniu zapłodnienia pozaustrojowego in vitro. W: G. Chojnacka-Szawłowska i B. Pastwa-Wojciechowska (red.) *Kliniczne i sądowo-penitencjarne aspekty funkcjonowania człowieka*. Kraków: Oficyna wydawnicza "Impuls", 88-91.
- Kornas-Biela, D. (2007). "Magiczne dzieci" produktem wspomaganą prokreacji: podejście psychodynamiczne. W: G. Chojnacka-Szawłowska i B. Pastwa-Wojciechowska (red.) *Kliniczne i sądowo-penitencjarne aspekty funkcjonowania człowieka*. Kraków: Oficyna wydawnicza "Impuls", 67-70.
- Waroński, W. (1982). Niepłodność. W: R. Klimek (red.) *Ginekologia*. Warszawa: PZWL.