

Czy istnieją emocjonalne bariery w karmieniu piersią?

Mgr Agnieszka Pietkiewicz

Szpital Specjalistyczny Św. Wojciecha w Gdańsku

Karmienie piersią wymaga z jednej strony fizjologicznej dojrzałości ze strony dziecka, z drugiej zaś emocjonalnej dojrzałości matki. Tak jak dziecko potrzebuje czasu, by osiągnąć zdolność do życia poza łonem i pobierania pokarmu z piersi, kobiecie również niezbędny jest czas, by dojrzeć do podjęcia ról macierzyńskich. Wiąże się z tym gotowość do oddania dziecku najpierw swego ciała, by mogło w nim się rozwijać, a potem urodzić; następnie zdolność do rozpoznawania potrzeb dziecka i do reagowania na te potrzeby w taki sposób, by je prawidłowo zaspokoić. Matka dojrzewa do ciągłej bliskości z dzieckiem podczas opieki nad nim i w dzień i w nocy. Uczy się, kim ono jest i jak je chronić. Obdarza je swoją uwagą, troską, czułością.

Czasem proces dojrzewania kobiety do roli matki i budowania więzi z dzieckiem ulega zakłóceniu. Trudności z przystawieniem dziecka do piersi mogą, niczym papierek lakmusowy, wskazywać na istnienie problemów emocjonalnych, ponieważ karmienie piersią jest tym obszarem w relacji matki i dziecka, który jest szczególnie wrażliwy na zaburzenia więzi. W mojej praktyce zdarzało mi się obserwować matki „walczące” z dzieckiem podczas przystawiania do piersi i uważam, że więcej miałby tu do zrobienia psycholog, niż konsultant laktacyjny.

Naturalny przebieg karmienia piersią może być zaburzony m.in. przez lęk, niską samoocenę, obniżony nastrój, słabą umiejętność radzenia sobie w sytuacji stresowej, trudności w relacjach interpersonalnych, co utrudnia uzyskanie odpowiedniego wsparcia. Bardzo często przyczyną takich problemów jest przeżycie zdarzenia, które wywołało uraz psychiczny.

Czynniki stresogenne, które mogą stanowić barierę w inicjacji lub kontynuowaniu karmienia piersią:

- Traumatyczne przeżycia we wcześniejszym okresie:
 - doświadczenie przemocy lub zaniedbania w okresie dzieciństwa
 - molestowanie seksualne w dzieciństwie (Wilson, 2011)
 - wcześniejsza strata dziecka
 - przemoc ze strony partnera (Cerulli i in., 2010; Silverman i in., 2006)
- Przebieg ciąży i porodu:
 - nieplanowana i nieprzjęta ciąża (Matejcek i in., 1975; Taylor i Cabral, 2002)
 - trudny poród, nieplanowane cięcie cesarskie (Beck i Watson, 2008)
 - cięcie cesarskie „na życzenie” spowodowane m.in. silnym lękiem (Wiklund, Edman i Andolf, 2007)
 - urodzenie dziecka chorego
- Sytuacja psychospołeczna
 - stres psychospołeczny (Beck i Watson, 2008)
 - silny stres w relacji matka-ojciec (Sullivan, Leathers i Kelley, 2004)
 - depresja poporodowa (Henderson, 2003)
 - depresja jako skutek stanu zapalnego w okresie okołoporodowym (Kendall-Tackett, 2007)

Przeżycie traumy może spowodować szereg reakcji, które mogą być niezrozumiałe dla otoczenia.

Repertuar takich zachowań może być bardzo szeroki. Podczas udzielania pomocy doradca laktacyjny może widzieć, że matka odbiera drobne trudności w przystawianiu dziecka jako przekraczające jej możliwości radzenia sobie i rezygnuje z karmienia. Innym razem sprawia wrażenie, jakby szukała pretekstu, by nie karmić piersią i obwiniać za to innych. Czasem naturalne zachowanie dziecka zaczyna interpretować jako akt odrzucenia piersi i w związku z tym odstawia je.

Zachowanie kobiet w takich sytuacjach może być odbierane jako nieracjonalne, budzić zdziwienie, niepokój, irytację czy złość osób udzielających pomocy. Wiedza na temat możliwych przyczyn reakcji pozwala na udzielenie adekwatnej pomocy, mimo towarzyszących trudnych emocji. Akceptacja pojawiających się w takiej sytuacji uczuć i zachowań matki oraz wskazanie miejsca, w którym może uzyskać specjalistyczną pomoc stanowią ważne elementy wsparcia podczas rozwiązywania problemów laktacyjnych o podłożu emocjonalnym.

Piśmiennictwo

1. Beck, Ch. T.; Watson, S. Impact of Birth Trauma on Breast-feeding. *Nursing Research*, Jul/Aug2008, Vol. 57 Issue 4, p228-236, 9p
2. Cerulli C., Chin N., Talbot N., Chaudron L, Exploring the impact of intimate partner violence on breastfeeding initiation: does it matter? *Breastfeeding Medicine: The Official Journal Of The Academy Of Breastfeeding Medicine [Breastfeed Med]*, ISSN: 1556-8342, 2010 Oct; Vol. 5 (5), pp. 225-6
3. Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth* 2003;30:175
4. Kendall-Tackett K., A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. *International Breastfeeding Journal [Int Breastfeed J]*, 2007 Mar 30; Vol. 2, pp. 6;
5. Matejcek, Z.; Dytrych, Z.; Schuller, V.; A Prague study of children born from unwanted pregnancies: I. Psychological findings. *Psychológia a Patopsychológia Dieťaťa*, Vol 10(3), 1975. pp. 229-246
6. Silverman, Jay G.; Decker, Michele R.; Reed, Elizabeth; Raj, Anita; Intimate Partner Violence around the Time of Pregnancy: Association with Breastfeeding Behavior. *Journal of Women's Health*, Vol 15(8), Oct, 2006. pp. 934-940.
7. Sullivan ML, Leathers SJ, Kelley MA. Family characteristics associated with duration of breastfeeding during early infancy among primiparas. *J Hum Lact* 2004;20:196-205.
8. Taylor, Julie Scott; Cabral, Howard J. Are woman with an unintended pregnancy less likely to breastfeed? *Journal of Family Practice*, May2002, Vol. 51 Issue 5, p431-436
9. Wiklund, I; Edman, E. i Andolf, A; Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2007; 86: 451-456
10. Wilson, D., R. Preparing Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse for Pregnancy, Labor, and Delivery. *International Journal of Childbirth Education*, Jun2011, Vol. 26 Issue 2, p7-8