

Anastasia Nakov*

OKO, KTÓRE SŁYSZY

AN EYE WHICH LISTENS TO

Autorka, nawiązując zarówno do klasyków psychoanalizy, a w szczególności do dorobku nie tylko teoretyków psychoanalitycznej psychologii dziecka, ale przede wszystkim do praktyki pracy terapeutycznej z małym dzieckiem, dostarcza wielu cennych, także własnych, przemyśleń, refleksji i wskazań do realizowania relacji psychoterapeutycznej z dziećmi.

**child therapy
personality disorders**

Summary: The problems, specific for the child psychotherapy and psychoanalysis are described. The ideas of the leading child psychotherapists are presented, beginning with Freud and continuing onto Andre Green. The priority of the therapeutic relationship under the given theoretical approaches is stressed; however the theories may be suspended only when they are well known to the therapist.

Obecnie większość psychoterapeutów wie, że zaburzenia osobowości mają swoje źródło w pierwszych miesiącach, a nawet w pierwszych tygodniach życia każdego człowieka. Widzimy wiele dzieci płacących ogromną cenę za dysharmonię, którą musiały znosić w relacjach i rodzinie podczas pierwszych lat egzystencji. Ich pozorną adaptacją i utajone cierpienia przybierają cały swój destrukcyjny charakter w okresie dojrzewania. Właśnie wtedy wpływ niepowodzeń w relacjach wychodzi na światło dzienne. Wtedy też można określić cenę, jaką musiały zapłacić za słabą i nietrwałą adaptację do wymagań przetrwania. W jaki sposób można ocenić cierpienie tych bardzo małych dzieci w przedwerbalnym okresie życia?

W 1914 roku w *Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung* („O historii ruchu psychoanalitycznego”) Zygmunt Freud pisał: „Moje rozważania dotyczące seksualności dziecka na początku były oparte wyłącznie na analizie osób dorosłych, sięgającej bardzo odległych zdarzeń z ich przeszłości. Nie miałem okazji dokonywać obserwacji bezpośrednio na dzieciach. Był to więc dla mnie niezwykle triumf, gdy udało mi się wiele lat potem otrzymać potwierdzenie większości dedukcji dzięki bezpośredniej obserwacji i analizie bardzo małych dzieci” [1, str. 56-57].

Od 1906 roku u pionierów psychoanalizy wzrasta zainteresowanie bezpośrednią obserwacją małego dziecka. U zarania ruchu psychoanalitycznego i w okresie tworzenia

* Anastasia Nakov jest doktorem medycyny, psychiatrą dziecięcym i psychoanalitykiem, superwizorem Europejskiej Federacji Psychoterapii Psychoanalitycznej, sekretarzem Francuskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej i wiceprezesem francuskiej federacji psychoterapii psychoanalitycznej dzieci i młodzieży.

teorii były to głównie obserwacje dzieci samych psychoanalityków. Jak pokazano we fragmencie cytowanym powyżej, sam Zygmunta Freud wykorzystywał dane zebrane na podstawie obserwacji do rozbudowywania swoich teorii. To właśnie obserwacja wnuka Ernsta bawiącego się szpulką pozwoli mu na sformułowanie pierwszej wersji pojęcia: popęd śmierci. Nic więc dziwnego, że odnajdujemy tego samego Ernsta jako wybitnego obserwatora niemowląt w Hampstead Clinic — sławnym ośrodku Anny Freud.

Od 1925 roku Anna Freud włącza do swojego projektu psychoanalitycznej psychologii dziecka bezpośrednią obserwację dzieci. Przez całe życie będzie tworzyć przedszkola dla dzieci zdrowych, pokrzywdzonych lub niepełnosprawnych. Podczas drugiej wojny światowej stworzy w Londynie słynne Hampstead Nurseries.

W przeciwieństwie do szkoły Anny Freud, szkoła Melanie Klein będzie aż do 1945 roku mało zainteresowana światem zewnętrznym dziecka. Dopiero w 1948 roku, na prośbę Johna Bowlby'ego, Esther Bick rozwinięła metodę obserwacji niemowląt w rodzinie. W artykule z 1964 roku, który ukazał się w „International Journal of Psychoanalysis” [2], umieszcza opis tego doświadczenia. Ponad czterdzieści lat temu metoda ta weszła do kanonu różnych angielskich szkół psychoanalizy. Jej wpływ znacznie przewyższył pierwotny cel dydaktyczny. Metoda Esther Bick stała się prawdziwym źródłem inspiracji w psychoanalitycznym leczeniu niemowląt.

Od 1980 roku nasze możliwości terapeutyczne bardzo się rozwinęły. Wzbogaciły je prace — takich psychoanalityków, jak Stern, Emde, Cramer (i wielu innych) — na temat noworodków i ich wczesnych sposobów interakcji z obiektem matki. We Francji Serge Lebovici [3] wprowadził pojęcie interakcji fantazmatycznej (*interaction phantasmatique*), aby opisywać relacje inter- i intrasubiektywne na tle międzypokoleniowego przekazu konfliktów.

Konfrontacja z bardzo małym dzieckiem i jego rodzącym się światem psychicznym rozbudza archaiczne odczucia, będące podstawą pierwotnego chaosu, z którego narodzi się i rozwinięta myśl. Obserwator uczy się słuchać głębokich przeżyć przekazywanych mu przez niemowlę i jego matkę poprzez swoje emocje, fantazmy, a nawet ciało. W ten sposób terapeuta, tak samo jak obserwator, musi nabyć umiejętności widzenia w dwóch perspektywach — mieć „oko”, które patrzy na to, co dzieje się na zewnątrz niego, między niemowlęciem i matką, oraz „oko”, które spogląda na to, co dzieje się w nim samym — wykorzystując podstawowe „narzędzie”, jakim jest w terapii dzieci przeciwprzeniesienie (tak samo ważne w terapii pacjentów dorosłych, szczególnie pacjentów psychotycznych).

Terapeuta musi także mieć umiejętność podwójnego odczytywania materiału obserwacji. Pierwszym jest „mikroskopowe” odczytanie zdarzeń emocjonalnych, zaczynając od najmniejszych sygnałów cielesnych wyrażanych przez niemowlę, do mających miejsce w ciele terapeuty. To pierwsze odczytanie musi się nakładać na odczytanie drugie: „makroskopowe”, które wyznacza główne linie rozwoju dziecka i które tworzy rodzaj historii i geografii jego wewnętrznej przestrzeni psychicznej. Widzimy, jak wielowymiarowość procesu obserwacji staje się centralnym elementem w ocenie rozwoju psychicznego niemowlęcia, jak również — w pokonywaniu przez nie trudności na drodze rozwoju.

Praca terapeutyczna z niemowlętami i bardzo małymi dziećmi opiera się na uwzględnianiu odczuć niemowlęcia (dziecka), odczuć dziecka wewnątrz każdego z rodziców (dziecka, którym kiedyś byli) i odczuć dziecka wewnątrz terapeuty (dziecka, którym kiedyś

był). Poprzez ten szeroki wachlarz identyfikacji tworzy się i rozwija terapia niemowląt i małych dzieci.

Metoda Esther Bick pobudziła nas do refleksji, dotyczącej elastyczności rozumowania niezbędnej w każdej pracy psychoanalitycznej. Proces obserwacji przypomina marzenie sennie. W obu przypadkach chodzi o uchwycenie pierwotnego materiału, którego znaczenia nie znamy. Jest to pierwsza próba uchwycenia aktywności myślowej. Obserwujemy zmiany elementów protoumysłowych i ich intymny związek z elementami cielesnymi, wykorzystywanymi przez myśl.

Terapeuta musi odgrywać rolę kontenera, który jest niezbędny, by przyjmować intensywne emocje przeżywane przez niemowlę w jego wewnętrznym świecie. Te prymitywne elementy psychiczne nie mogą być ani przekształcane, ani też ujmowane w ramy myślenia zgodnie z logiką linearną, jednakże mogą stworzyć „ekran somatopsychiczny”, powodując objawy somatyczne u niemowlęcia, które wyraża je głównie poprzez swoje ciało.

Pierwsze obserwacje niemowląt i teorie, które z nich wynikły, zainicjowały bardzo wczesne rozpoczęcie leczenia i szeroko otworzyły drogę dla prewencji. Widzimy, że obserwacja i myślenie są nierozłączne. Stwierdzamy także, że każda para matka – dziecko jest wyjątkowa, oraz że każde niemowlę rozwija się zgodnie ze swoim rytmem i tworzy własną, unikalną relację z matką.

Niemowlę przeżywa doświadczenia emocjonalne, których nie jest w stanie przekładać na myśli. Jego matka spełnia tę funkcję myślenia, dzięki swej zdolności do marzeń (oddawania się marzeniom). Doświadczenia niemowlęcia będą w ten sposób stopniowo przekształcane w symbole, myśli, zdolność oceniania, umiejętność podejmowania decyzji i bardzo prawdopodobne, że również w słowo, tak jak proponował Meltzer [4].

Zdolność „trawienia” prymitywnych lęków jest niezbędna terapeutycznie zarówno w terapii niemowląt, jak i małych dzieci, nastolatków czy dorosłych. Ta sama zdolność jest niezbędna w terapii rodzin, a zwłaszcza w terapii, zawsze trudnej i problematycznej, tych rodzin, które przez psychoanalityków są nazywane (parafrazując słowa pracowników opieki społecznej) „rodzinami bez wartości”.

Chodzi o układy rodzinne bardzo złożone, w których czynniki emocjonalne nakładają się na różne braki społeczno-kulturowe, prowadząc do poważnych stanów psychosomatycznych, do obojętności uczuciowej lub przestępczości. Wszystkie te stany kliniczne wystawiają na próbę naszą zdolność do zawierania (kontenerowania), z reguły narażoną na ataki.

Dysharmoniczne interakcje, które zawierają niemowlęta ze swym niezadowolającym otoczeniem, są przyczyną rozwoju obron, czasem prowadzących do śmierci takich, jak: różne somatyzacje, brak dostępu do języka symbolicznego, obojętność uczuciowa, strukturyzacje neurotyczne i narcystyczne, które utrwalają się mniej lub bardziej definitywnie. Przykładem złej opieki, której konsekwencje mogą okazać się groźne dla późniejszego psychicznego rozwoju dziecka, jest opieka nad niemowlętami przedwcześnie urodzonymi, umożliwiona przez postęp techniki medycznej. Do innych głównych czynników patogennych należą: nagła separacja, izolacja lub, tak częste obecnie, depresje matek, które odbijają się echem przez życie.

W każdej relacji musimy brać pod uwagę takie fundamentalne wymiary, jak: doświadczenia emocjonalne, zdolność do kontenerowania i oddawania się marzeniom. Psychologia

rozwoju, psychopatologia, a także prewencja mają jako wspólne źródło relacje intymne, w których głównie czynniki są oparte na doświadczeniach emocjonalnych. Wobec wszystkich trudności w relacjach, zainteresowanie i uwaga, które poświęcimy tym pierwotnym więzom, pozwolą odzyskać pęd do życia właściwy niemowlęciu. Uwaga ta pomoże mu rozwinąć zdolności psychiczne oraz zorganizować spójność somatyczną.

W ten sposób w każdej relacji, niezależnie, czy jest to relacja terapeutyczna, czy nie, liczą się i działają pierwotne więzy mające swe korzenie w okresie niewerbalnym. Odzywają się one w naszych relacjach z pacjentami, w naszych najwcześniejszych, odruchowych identyfikacjach, które stanowią pobudki działania szybsze niż myśl.

Zajmowanie się wczesnymi relacjami matka – niemowlę, u zarania ich wspólnej historii, dostarcza nam wiedzy o funkcjonowaniu tej diady w czasie, w którym jest ono nieodłączne. Czas ten jest wypierany z pamięci.

Praca terapeutyczna, jak również poświęcona prewencji, są wzmacniane przez naszą „kontenerującą” uwagę, która musi być nieustannie oczyszczana poprzez analizę naszych własnych projekcji w świetle tego, do czego z jednej strony odsyła nas obserwacja samego dziecka, a z drugiej obserwacja dziecka w rodzicu; musi być także nieustannie podtrzymywana, nie dopuścić naszych skojarzeń, fantazmów, wspomnień oraz ostatnich przeżyć. Obserwacja odegra rolę terapeutyczną wtedy, gdy stanie się tym, co jest częścią codziennej roli matki. Dotyczy to również ośrodków dla małych dzieci. Ta funkcja uwagi znika bardzo szybko w instytucjach — gdzie jest osłabiona przez rutynę, obojętność i zaabsorbowanie sprawami materialnymi — może być przyczyną depresji u dzieci. Uwaga obserwatora odgrywa rolę bardzo podobną do tej odgrywanej przez matkę i przyczynia się do powstania kontenera, w którym dziecko będzie mogło przeżywać i wymieniać doświadczenia emocjonalne. Jeśli nie uwzględnia się wewnętrznych potrzeb dziecka, wtedy obserwacja szybko stanie się martwa, stanie się grą intelektualną, niemającą prawdziwego związku z emocjami dziecka.

Nasza praca rozgrywa się zawsze między „wystarczająco dobry” i „wystarczająco przeciętny”, między „zbyt” natręctwami i „nie dość” odrzucającymi. Barometrem jego pracy jest staranna analiza przeniesienia-przeciwprzeniesienia. Uchwycenie aktywności myślowej jest czymś szczególnie kreatywnym w pracy psychoanalityka i ogólnie terapeuty. Wykazuje wspólne cechy z procesem kreacji artystycznej.

W naszej codziennej pracy stwierdzamy, jak różna jest zdolność do werbalnego wyrażania fantazmów; niektórzy zaś zupełnie jej nie mają. Ta psychiczna niemoc jest szczególnie zagrażająca dla tych niemowląt, których przekaz ciała, jak również zawarty w zachowaniu, nie znajduje zrozumienia. Matki będą projektować na niemowlęta motywy oskarżające i prześladowcze, które będą przeżywać jako skierowane przeciwko nim samym.

Niezrozumiałe elementy, wkraczające w przestrzeń psychiczną matki i niemowlęcia, Bion nazywa elementami beta (zgodnie ze swoim systemem interpretacji procesów psychicznych), elementami poszukującymi miejsca przyjęcia. Tymi elementami są według niego pierwotne, niemożliwe do nazwania lęki, które będziemy odnajdywać we wszystkich krytycznych momentach życia.

Gdy aparat psychiczny matki jest ułomny, niezdolny do przekształcenia prymitywnych lęków niemowlęcia, nasza rola terapeutyczna polega na zastępowaniu tej ułomności funkcją dekodowania i zdolnością do marzeń (oddawania się marzeniom). Te właściwości aparatu

psychicznego terapeuty sprawia, że elementy beta zostaną ulepszone i przekształcone w elementy alfa, wykorzystywane przez aparat myślowy. Widzimy więc dzieci przechodzące ze stanu cierpienia lub obojętności w stan intensywnej uwagi, tak jakby nasze spojrzenie i słowa płynęły w przewodzie trawiennym, żyłach, skórze i całym ciele, tworząc szkielet wewnętrznej drogi ku myśli.

Stany cierpienia lub obojętności spotykamy szczególnie u niemowląt, które muszą stawić czoła stanom depresyjnym matek. Wczesne interakcje z matką, która jest stale nieobecna lub jest w stanie depresji (więc nieobecna w relacji), prowadzą do powstania obronnego, wyidealizowanego ekranu. Niemożność postawienia znaku równości pomiędzy wewnętrznym i rzeczywistym obrazem matki prowadzi do stworzenia obrazu idealnego, któremu psychoanalityk André Green nadał nazwę „martwa matka” [5].

Kompleks „martwej matki” spotykany jest często w praktyce klinicznej, szczególnie w patologich narcystycznych. Trudności w ustanowieniu wewnętrznego obiektu zostaną pozornie rozwiązane poprzez stworzenie obronnego ekranu nietykalnej matki, idealnej i wyidealizowanej, poza którą zawsze znajdujemy pustkę i rozpacz nie do ukojenia.

W tej bardzo delikatnej i wymagającej pracy, jaką jest praca terapeuty z małymi dziećmi, szczególne miejsce powinno być przyznane intuicji i licznym ścieżkom, którymi ona chadza. Freud potwierdził, że marzenie senne było królewską drogą do nieświadomości. Mamy prawo zapytać, czy obserwacja niemowląt nie byłaby królewską drogą do intuicji?

Praktyka i teoria Winnicotta są piękną ilustracją takiego rozumienia pracy klinicznej. Stwarzając właściwe środowisko dla swoich pacjentów, dorosłych i dzieci, opierał się bardziej na tym, co odczuwał niż wiedział.

Wiele aspektów teoretycznych przedstawionych powyżej będzie użytecznych tylko wtedy, gdy będziemy w stanie zawiesić teorię, by prawdziwie wejść w relację terapeutyczną, opierając się na złożonej grze przeniesień i przeciwprzeniesień. To właśnie tutaj odnajdujemy paradoks praktyki naszego zawodu, ponieważ by móc zawiesić teorię, trzeba najpierw głęboko ją poznać. Nasze doświadczenie kliniczne łączy się z naszymi identyfikacjami, a także z akceptacją niepewności.

Piśmiennictwo

1. Freud S. Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung — 1914. Gesammelte Werke, tom 10, Frankfurt 1963, s. 56–57.
2. Bick E. Notes on infant observation in psychoanalytic training. *Int. J. Psychoanal.* 1964, XLV; 558–566.
3. Lebovici S. *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interventions précoces*, Paris, Centurion; 1983.
4. Meltzer D. et al. *Explorations in Autism*. The Roland Harris Educational Trust, Clunie Press; 1975
5. Green A. *Narcissisme de vie. Narcissisme de mort*. Paris: Les Éditions de Minuit, Paris, 1983; s. 222.

Tłumaczenie: Anna Wójcik-Krzemień

Adres: Adres: Dr Anastasia Nakov
9 rue Chambière, 57000 Metz, Francja

PSYCHIATRIA POLSKA

ROK 2008 MAJ-CZERWIEC XLII NR 3

SPIS TREŚCI

Koncepcja psychodynamicznej psychofarmakologii D. Mintza i B. Belnap – omówienie w odniesieniu do pacjentów ujawniających oporność na leczenie
Sławomir Murawiec 323

Czynniki motywacyjne a wynik psychoterapii
Witold Simon 335

Ocena programu ICAR – „Komunikacja w Internecie i aktywna rehabilitacja dla psychicznie chorych”

Maria Załuska, Paweł Bronowski, Katarzyna Panasiuk,
Jan Brykalski, Jolanta Paszko 353

Współczesne koncepcje diagnostyczne, kliniczne i terapeutyczne otępienia czołowo-skroniowego

Adam Wysokiński, Wojciech Gruszczyński 365

Trudności diagnostyczne otępienia czołowo-skroniowego – opis przypadku

Adam Wysokiński, Wojciech Gruszczyński 377

Wczesna postać choroby Huntingtona jako przyczyna otępienia u 34-letniej pacjentki

Beata Nicewicz, Justyna Pełka-Wysiecka, Jerzy Samochowiec 383

Samoświadomość objawów w chorobach Huntingtona i Parkinsona

Emilia J. Sitek, Jarosław Sławek, Dariusz Wieczorek 393

Ocena stopnia zaburzeń procesów poznawczych, sprawności funkcjonowania oraz stanu emocjonalnego wśród pacjentów z chorobą Alzheimera w odniesieniu do ich stylu życia w okresie poprzedzającym rozpoznanie choroby

Maria Kaczmarek, Magdalena Skrzypczak, Anita Szwed,
Anna Goździcka-Józefiak, Anita Geppert 405

Nasilenie bliskości i intruzyjności w ocenie matek synów leczących się z powodu schizofrenii lub uzależnienia od narkotyków

Szymon Chrzastowski, Marta Zagdańska 417

Samoocena i oczekiwania związane z alkoholem a spożywanie alkoholu przez uczniów szkół średnich

Władysław Łosiak 431

Badania asocjacyjne, badania rodzin i sekwencjonowanie DNA polimorfizmu genu transportera dopaminy DAT 1 w zespole zależności alkoholowej

Anna Grzywacz, Jerzy Samochowiec 443

Badanie związku polimorfizmu VNTR genu receptora dopaminy DRD4 egzonu 3 z zespołem zależności alkoholowej (ZZA)

Anna Grzywacz, Jolanta Kucharska-Mazur, Jerzy Samochowiec 453