

Katarzyna Prot-Klinger<sup>1</sup>, Elżbieta Smoleń<sup>2</sup>

## PRACA TERAPEUTYCZNA Z TRAUMATYCZNYMI PRZEKAZAMI TRANSGENERACYJNYMI

### THERAPEUTIC WORK WITH TRANSGENERATIONAL TRAUMA

<sup>1</sup>Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

<sup>2</sup>praktyka prywatna

#### parent-infant psychotherapy transgenerational trauma

#### Streszczenie

*Praca opisuje, na przykładach klinicznych, jak praca z diadą matka–dziecko czy też z parą rodzicielską i dzieckiem pozwala na zatrzymanie negatywnego czy traumatycznego przekazu międzygeneracyjnego. Wychodząc od teorii holdingu Winnicotta, przywiązania Bowlby’ego i „martwej matki” Greena opisujemy tworzenie się przekazu transgeneracyjnego. Zajmujemy się przekazem traumy relacyjnej, polegającej na takiej interakcji między rodzicami a dzieckiem, w której figura przywiązania staje się źródłem zagrożenia. Ponieważ trauma transgeneracyjna dotyczy nie tylko pojedynczych osób, ale przede wszystkim relacji między nimi, możemy zaobserwować ją i leczyć też w relacji. Pomocny jest tutaj szczególnie rodzaj psychoterapii, określany jako psychoterapia rodzic–niemowlę (ang. parent–infant psychotherapy). Im wcześniej po narodzinach nowego członka rodziny podejmiemy się taką psychoterapię, tym większa szansa, że uchronimy przed przekazem traumy kolejne pokolenie. Praca nad przerwaniem transgeneracyjnego przekazu traumy poprzez psychoterapię dla rodziców z niemowlętami to praca nad więzią. Ważnymi elementami tej pracy są: wywiad rodzinny i obserwacja. Terapeuta obserwuje zachowanie dziecka, zachowanie rodziców, interakcje pomiędzy dzieckiem i rodzicami, dzieckiem i terapeutą, matką i ojcem, rodzicami i terapeutą. Obserwacji towarzyszy komentarz, dzięki któremu terapeuta pomaga rodzinie znajdować połączenia pomiędzy wnioskami z obserwacji, informacjami z wywiadu rodzinnego, zgłaszanym problemem oraz bieżącymi i przeszłymi wydarzeniami w rodzinie.*

*W ten sposób członkowie rodziny mogą stworzyć nową, nie obciążoną traumą więź.*

#### Summary

The work describes, using clinical examples, how working with a mother-child dyad or with a parental couple and a child allows us to stop negative or traumatic intergenerational transmission. Starting from the theory of Winnicott’s holding, Bowlby’s attachment, and Green’s “dead mother” concepts, we describe the formation of a transgenerational message. We deal with the transmission of relational trauma, consisting in such an interaction between parents and a child, in which the attachment figure becomes a source of threat. Since transgenerational trauma affects not only individuals but most of all relationships between them, we can observe and treat it also in relationships. A special type of psychotherapy is helpful here, known as parent-infant psychotherapy. The sooner such psychotherapy

is undertaken after the birth of a new family member, the greater the chance that we will protect the next generation from the transmission of trauma. Working on breaking the transgenerational transmission of trauma through psychotherapy for parents with babies is working on a bond. Important elements of this work are family history and observation. The therapist observes the child's behavior, the parent's behavior, interactions between child and parents, child and therapist, mother and father, and parents and therapist. The observation is accompanied by a comment, thanks to which the therapist helps the family find connections between the conclusions from the observation, information from the family interview, the reported problem, and current and past events in the family. In this way, family members can reunite in a new, non-traumatic way.

### Podstawy teoretyczne tworzenia się przekazu transgeneracyjnego

Praca terapeutyczna opiera się na teoretycznych podstawach autorów analitycznych, przede wszystkim teorii holdingu Winnicotta, teorii przywiązania i koncepcji „martwej matki” Greena.

Według teorii przywiązania niemowlę ma wewnętrzny instynkt tworzenia więzi. Próbując zaspokoić potrzebę bliskości dziecko tworzy z opiekunem relację przywiązania, która stanowi podstawę późniejszych interakcji i ważnych relacji społecznych [1]. Obserwacje reakcji dziecka na czasową separację od matki pozwoliły badaczom więzi na wyodrębnienie czterech rodzajów przywiązania: ufnego, lękowego-unikającego, lękowo-ambiwalentnego oraz zdezorganizowanego [2]. Dzieci ufnie stają się niespokojne przy oddzieleniu od matki, lecz cieszą się po jej powrocie i szybko wracają do zabawy. Dzieci ze wzorem przywiązania lękowym nie znajdują ukojenia po powrocie matki. Przyjmują w związku z tym jedną z dwóch strategii przystosowawczych. Albo ignorują zarówno wyjście, jak i powrót matki, pozostając jednak stale w stanie pobudzenia — określamy to jako przywiązanie unikające, albo stale zachowują się gniewnie, co określamy jako przywiązanie ambiwalentne. Wzory przywiązania ufnego i lękowego uznawane są za przystosowawcze, ich celem jest doprowadzenie do korzystnej reakcji po stronie opiekuna. Odrębnym rodzajem przywiązania jest model zdezorganizowany, w którym opiekun nie tylko ma trudność z ukojeniem dziecka (jak w przywiązaniu lękowym), ale sam jest źródłem lęku. Dziecko nie wie, czy kierować się potrzebą bliskości czy unikać kontaktu. Oczywistym powodem takiego zagubienia dziecka może być przemoc ze strony rodziców, ale okazuje się, że opiekunowie zajęci swoją traumą także mogą być przyczyną powstania wzoru zdezorganizowanego. Nie są oni bowiem w stanie dostroić się do potrzeb dziecka — są nadmiernie wycofani lub nadaktywni, nie zważając na potrzeby dziecka.

Kolejnym ważnym pojęciem związanym z traumatycznymi przekazami międzygeneracyjnymi jest mentalizacja. Mentalizacja to zdolność do wyobrażenia sobie, co inne osoby myślą bądź czują [3]. Według teorii mentalizacyjnych zdolność rozumienia siebie jako osoby myślącej wyrasta z doświadczenia interpersonalnego (nie jest wrodzona). Rozwój mentalizacji wiąże się z interakcją z dojrzałszymi, wystarczająco dostrojonymi umysłami opiekunów. Innymi słowy dziecko powinno czuć, że ma dostęp i może żyć wewnątrz umysłu rodzica. Dzieci doświadczające bezpiecznego przywiązania mają więcej możliwości na praktykowanie mentalizacji w kontekście relacji dziecko–rodzic. Jeżeli źródła opieki są ograniczone i przywiązanie lękowe jest najlepszą strategią, to dzieci muszą monitorować nieprzewidywalne stany umysłu rodziców. Dziecko narażone na zdezorganizowane przy-

wiązanie nie szuka reprezentacji swojego stanu umysłowego w innych, ale jest atakowane stanami umysłowymi opiekunów, ma trudności z rozumieniem swojego stanu.

Teoria przywiązania ujmuje przekaz międzygeneracyjny w kategoriach niespecyficznych problemów związanych z brakiem zdolności opiekuńczych strauumatyzowanych rodziców, czyli według Winnicotta deficytem w zakresie holdingu [4]. Według tego autora nowo narodzone dziecko pozostaje w stanie braku integracji ego i całkowitej zależności od obiektu, który sprawuje opiekę (z reguły matki). W ciągu pierwszych miesięcy matka i dziecko stanowią jedność, a fizyczny i emocjonalny rozwój dziecka zależy od sprzyjającego środowiska macierzyńskiego. Poprzez to środowisko „dziedziczony potencjał” tworzy „ciągłość self” [5]. Bez tego środowiska poczucie dziecka jako odrębnego bytu nie rozwija się.

Inaczej rzecz ujmując — nad noworodkiem panowanie mają zarówno duchy, jak i anioły. Metaforę „ducha” wprowadziła Fraiberg, określając w ten sposób mentalne i afektywne stany rodziców aktywujące się w relacji z dzieckiem i wpływające destrukcyjnie na więź [6]. Na szczęście dziecko jest otoczone także przez „anioły” dobrej czy, słowami Winnicotta, „wystarczająco dobrej opieki” rodziców, która jest zbudowana na wspomnieniach (niekoniecznie uświadomionych) opieki, której sami zaznali mimo traumatycznych elementów w relacji [7].

Trudności z „wystarczająco dobrą” opieką wiążą się często z traumatycznymi doświadczeniami któregoś z rodziców, przede wszystkim matki. Tak więc poprzez wczesną, prewerbalną relację, trauma jest przekazywana kolejnym pokoleniom. Próba odtworzenia, co dzieje się w tej wczesnej relacji między matką a dzieckiem jest opis nieobecnej emocjonalnie „martwej matki” [8]. André Green opisuje specjalny rodzaj pacjentów, którzy w swojej wczesnej historii mają kontakt ze strauumatyzowaną matką. Przyczyny traumy, której doświadczyła, pozostają w ukryciu. Dziecko początkowo bezskutecznie próbuje naprawić zaabsorbowaną własną żalobą matkę. Ten wysiłek jest oczywiście beznadziejny, bo dziecko próbuje naprawić matkę „z zewnątrz”, podczas gdy uszkodzenie jest wewnętrzne. Po jakimś czasie zaczyna zdawać sobie sprawę, jak bardzo jest bezsilne. Często cierpi na bezsenność, pobudzenie i lęki nocne. Broniąc się przed uczuciem rozpacz dziecka uruchamia obronę — przede wszystkim dekatęksję obiektu matki i nieświadomą identyfikację z martwą matką (podobnie jak w opisanym przez Freuda procesie melancholii).

Green opisuje także, do czego prowadzi ten rodzaj deprivacji wczesnodziecięcej w późniejszych latach życia. Osoba opuszczona przez „martwą matkę” próbuje zapanować nad sytuacją traumy poprzez realizowanie się na poziomie fantazji. Może to sprzyjać wyrażaniu siebie za pomocą twórczości artystycznej albo na poziomie poznawczym za pomocą wysoce sprawnych intelektualizacji. Osoby takie często skarżą się na poczucie niemocy — niemożność wycofania się z sytuacji konfliktowej, niemożność odczuwania miłości, rozwijania talentów, powiększania zasobów. Nawet jeżeli odnoszą sukcesy, to nie odczuwają z tego powodu satysfakcji. Charakterystyczne są stany przeżywania swoistej pustki określanej przez Greena jako halucynacja negatywna, biała psychoza lub biała żaloba, będących rezultatem masywnego wycofania emocjonalnego, które w nieświadomości pozostawia ślady w postaci „dziur psychicznych”. Na poziomie świadomym osoba ta uważa, że chłód emocjonalny jest niewłaściwy, że jest zdolna do zaangażowania uczuciowego, jeśli poczuje, że jest kochana i akceptowana. W rzeczywistości nie jest w stanie

odczuwać miłości, bo jej miłość jest „złożona” w obiekcie „martwej matki” i osoba taka w wieku dorosłym dąży do samotności, a nie do relacji. Opis Greena osoby wychowywanej przez „martwą matkę” to opis Kaja z „Królowej Śniegu”. Pisze, że pacjenci skarżą się na stałe zimno, jądro miłości jest zamrożone przez martwą matkę. Nie oznacza to, że nie mają pozornie udanego życia zawodowego i społecznego, bywa, że pobierają się i mają dzieci. Reaktywacja konfliktu powoduje odwrócenie dwóch najważniejszych aspektów życia — pracy i miłości w porażkę. Życie zawodowe zaczyna rozczarowywać, stosunki w małżeństwie prowadzą do poważnych zaburzeń w miłości, życiu seksualnym i wyrażaniu uczuć. Często następuje duża koncentracja na funkcji rodzicielskiej, która pozostaje bardzo często pod silnym wpływem narcyzmu: dzieci są kochane pod warunkiem, że spełniają te narcystyczne cele rodziców, których nie udało im się samodzielnie osiągnąć.

Destrukcyjne działanie nieobecności emocjonalnej matki potwierdzają długofalowe badania badaczki więzi z Harvardu Karen Lyons-Ruth [9]. Ich wyniki pokazują, że naj-silniejszym czynnikiem predykcyjnym nie zrównoważonego zachowania psychicznego w wieku dorosłym nie jest wrogi czy agresywne zachowanie matek, ale ich uczuciowe wycofanie.

### Leczenie traumy transgeneracyjnej

Czy da się w jakiś sposób przerwać przekaz traumy transgeneracyjnej? Jak uchwycić to, co na pierwszy rzut oka wydaje się nieuchwytnie, a tylko wyczuwalne, rozgrywane w działaniu i przekazywane w przekazie nieświadomym z pokolenia na pokolenie?

Ponieważ trauma transgeneracyjna dotyczy nie tylko pojedynczych osób, ale przede wszystkim relacji między nimi, możemy zaobserwować ją i leczyć też w relacji. Przekaz traumy dotyczy relacji rodzice–dziecko, ale też oddzielnie pary matka–dziecko i ojciec–dziecko.

Pomocny jest tutaj szczególnie rodzaj psychoterapii, określanej jako psychoterapia rodzic–niemowlę (ang. parent–infant psychotherapy). Im wcześniej po narodzinach nowego członka rodziny podejmie się taką psychoterapię, tym większa szansa, że uchronimy przed przekazem traumy kolejne pokolenie.

Trauma relacyjna rozumiana jest jako interakcja między rodzicami a dzieckiem, która skutkuje powstaniem u dziecka przytłaczająco trudnych emocji. Opiekun dziecka, czyli figura przywiązania, staje się źródłem zagrożenia. Dziecko w relacji ze swoim opiekunem odczuwa lęk. Wynika to z tego, że rodzic, który jest nieświadomie zajęty własną traumą, bez względu na jej rodzaj, nie jest w stanie być zaabsorbowany w sposób adekwatny swoim dzieckiem. Wręcz przeciwnie, kontakt z pierwotnymi uczuciami niemowlęcia będzie u takiego rodzica wiązał się z reaktywacją jego własnych uczuć związanych z traumą, a więc zamiast empatii i adekwatnej odpowiedzi w reakcji na sygnały ze strony dziecka, pojawią się u niego bezradność i przerażenie. Taki rodzic nie będzie też w stanie ukoić dziecka, za to będzie się czuł przez nie traumatyzowany i zacznie traktować je w sposób, w jaki sam był traktowany przez własnych rodziców [10].

Umiejętność adekwatnej odpowiedzi na sygnały ze strony dziecka stanowi podstawę rozwijającego się u niemowlęcia zdrowia psychicznego [11]. Nieprzepracowana trauma

rodzica niesie za sobą ryzyko dezorganizacji wzorca przywiązania u dziecka i przekazywania tego wzorca dalej, z pokolenia na pokolenie.

Proces stawania się rodzicem to proces przechodzenia żałoby po byciu dzieckiem swoich rodziców, w trakcie którego wskutek reorganizacji identyfikacji z własnymi rodzicami dochodzi do projekcji w dziecko niechcianych części rodziców [12]. Dotyczy to każdej sytuacji rodzicielskiej, ale w przypadku traumy transgeneracyjnej treści projektowane w dziecko są szczególnie trudne bądź uszkadzające. Dodatkowo mechanizmy projekcyjne mają sztywny charakter — nie dochodzi, jak w korzystnej sytuacji rodzinnej, do stopniowego wycofywania projekcji.

Okres okołoporodowy jest naturalnym kryzysem w życiu każdej rodziny, ale nie każda rodzina przechodzi go w sposób rozwojowy. Doświadczana w przeszłości trauma odzywa się i domaga przepracowania, a jeśli tak się nie dzieje, to jest powtarzana w kolejnych pokoleniach.

Relacja z dzieckiem rozpoczyna się na etapie ciąży, a nawet wcześniej, kiedy w umyśle rodziców powstaje wyobrażenie na temat ich przyszłego dziecka oraz relacji z nim. Dziecko wyobrażone, fantazjowane różni się jednak od dziecka realnego, które się urodziło [13]. Dziecko realne trzeba dopiero poznać, zobaczyć, jakie jest i zastanowić się, czego chce, co lubi, czego potrzebuje, co czuje, o czym myśli. Wyobrażenia na temat dziecka są budowane na bazie świadomych i nieświadomych doświadczeń opiekuna. Przekazy nieświadome związane z traumą są czasem tak silne, że rodzicowi trudno jest zobaczyć i uznać to realne dziecko. Dochodzi wówczas do projekcji w dziecko wszystkiego tego, czego rodzice chcą się pozbyć, a co jest elementem ich traumy. Dziecko czuje projekcje rodziców i zaczyna się zachowywać zgodnie z nimi [14]. Powstaje błędne koło, z którego rodzinie trudno jest wyjść.

Praca terapeutyczna powinna obejmować oboje rodziców z dzieckiem, a jeśli nie ma takiej możliwości, to matkę lub ojca z dzieckiem. Włączenie ojca w proces konsultacji, a potem terapii jest bardzo ważne dla całego procesu. Nieobecny rodzic jest nadal obecny w umyśle drugiego rodzica i poprzez niego też w umyśle dziecka [15]. Rozmowa o tej obecności w nieobecności oraz o jej znaczeniu jest ważnym elementem terapii [16].

Pomoc w okresie okołoporodowym jest ważna nie tylko z uwagi na dziecko. Jest to szczególnie okres w życiu obojga rodziców i całej rodziny, gdyż uaktywnia nieświadome wspomnienia i przekazy transpokoleniowe. Zarówno u matki, jak i u ojca uruchamiają się emocje związane z opieką i zależnością, powiązane z ich doświadczeniem bycia niemowlęciem i dzieckiem swoich rodziców oraz tym, jak to doświadczenie zostało przez nich zapamiętane emocjonalnie (uwewnętrzzone). Dzięki temu terapeuta ma do nich dostęp i może uwolnić rodziców od uczestnictwa w nieświadomym przekazie traumy z wszystkimi tego konsekwencjami, nie tylko w relacji z dzieckiem [17].

Tak więc celem psychoterapii dla rodziców z niemowlętami jest wspieranie rozwoju zarówno dziecka, jak i rodzica. Pacjentami są tu zarówno rodzice ze swoją historią życia, jak i dziecko oraz relacja między nimi. Dziecko jest pełnoprawnym pacjentem w tej terapii. Dzięki dziecku i poprzez nie możliwy jest dostęp do tego, co dzieje się w rodzinie [16].

To właśnie objawy ze strony dziecka są częstym powodem zgłoszenia rodziny na konsultację do tego typu terapii. Dzięki nim rodzina zaczyna szukać pomocy dla dziecka, a przez to dla siebie. Rodzice zgłaszający się z dzieckiem na konsultację skarżą się często

na jego niepokój, płaczliwość, problemy ze snem, z karmieniem piersią lub jedzeniem, nadmierne kolki, ulewania, wymioty, biegunki, zaparcia. Dziecko bywa wycofane z kontaktu poprzez uciekanie w senność, apatię, odmowę lub znaczne ograniczenie jedzenia, bywa też nadruchliwe i nadreaktywne. Może temu towarzyszyć unikanie kontaktu wzrokowego z opiekunem, szczególnie jeśli matka cierpiała lub nadal cierpi na depresję poporodową lub doświadczała poporodowej psychozy. U dzieci powyżej pierwszego roku życia oprócz wyżej wymienionych objawów obserwuje się też zaburzony rozwój mowy, wycofanie, napady „histerii” i większą niż u rówieśników agresję wobec rodziców i/lub dzieci, a nawet samego siebie [18].

Dziecko przez swoje objawy z ciała lub zachowanie, czyli dostępny mu sposób wyrażania emocji oraz potrzeb, sygnalizuje problemy relacyjne. Podczas konsultacji i spotkań w ramach psychoterapii dla rodziców z niemowlętami i małymi dziećmi staramy się znaleźć przyczyny tych problemów na głębszym poziomie, łącząc objawy z tym, czego dowiadujemy się od rodziców i co możemy zaobserwować w gabinecie.

### Przykłady kliniczne

Czasem powodem zgłoszenia na konsultację nie są objawy ze strony dziecka, ale kryzys w parze związany z trudnością w przejściu z bycia parą do bycia rodziną. Objawiać się to może wahaniami nastroju rodziców, kłótniami, chęcią ucieczki (np. w sen, w inne relacje czy w pracę) albo obojętnością i wycofaniem. Bywa, że rodzice mają świadomość kryzysu, przez który przechodzą, ale we wszystkim widzą winę dziecka. Pojawienie się trzeciej osoby w relacji może zakłócić bardziej lub mniej kruchą równowagę, w której rodzicom wydaje się, że wcześniej byli.

Opisy przypadków pochodzą z praktyki prywatnej prowadzonej w nurcie psychoanalitycznym. Tego typu praca jest również prowadzona w ramach niektórych środowiskowych centrów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży.

Rodziny były kierowane często przez profesjonalistów, którzy wiedzieli o możliwości tego typu pracy. Głównie byli to:

- lekarz pierwszego kontaktu, do którego dziecko było zgłaszane wraz z rodzicem na wizyty kontrolne po porodzie, szczepienia i/lub bilans zdrowia 2-latka;
- psychoterapeuta lub psychiatra któregoś z rodziców;
- fizjoterapeuta dziecka;
- personel żłobka.

Zdarzało się, że informacja o możliwości otrzymania wspomnianej formy pomocy docierała do rodziców (rodzica) dziecka poprzez członka dalszej rodziny lub kogoś z otoczenia, kto był blisko i wiedział, że rodzina przeżywa kryzys po porodzie.

W przypadku niemowląt część rodzin trafiała już po przeprowadzeniu diagnostyki w kierunku chorób somatycznych i po różnych interwencjach medycznych czy nawet po hospitalizacji. Często diagnostyka różnicowa zaburzeń somatycznych jest przeprowadzana równoległe do konsultacji i sesji psychoterapeutycznych. Rodzice na ogół nie zdają sobie sprawy, że objawy dziecka mogą być wyrazem tego, co się dzieje w rodzinie. Ważne jest



docieranie z informacją o psychoterapii rodzic(e)–dziecko do fizjoterapeutów i osteopatów. Zdarza się, że dla części ich małych pacjentów większym problemem niż zaburzenia napięcia mięśniowego są kłopoty z dotykiem i trzymaniem dziecka przez jego matkę.

Są też rodziny, które zgłaszają się same z powodu ogólnego kryzysu po porodzie.

### Przykład 1

Młode małżeństwo zgłosiło się na konsultację z powodu głębokiego kryzysu w parze, który nastąpił po narodzeniu dziecka. Matka nie mogła znieść płaczu niemowlęcia, gdyż sama czuła się zmęczona i niedospana. Przeżywała ogromną złość na dziecko i odrzucała je, odmawiając karmienia i wszelkiego kontaktu, co skutkowało wejściem ojca w rolę obrońcy dziecka, co matka przeżywała jako atak na nią. Wzajemne pretensje prowadziły do codziennych awantur, które spowodowały, że rodzina zaczęła szukać pomocy.

### Przykład 2

Inna rodzina zgłosiła się z powodu poczucia odrzucenia ojca przez matkę, która przeżywała po porodzie naturalny stan „pierwotnego macierzyńskiego zaabsorbowania” [19], zupełnie nie rozumiany przez ojca, który sam domagał się wyłącznej uwagi, a dziecko przeżywał jako konkurencję.

Obie pary mówiły o kryzysie z powodu dziecka i brały pod uwagę rozstanie.

Warto w takich sytuacjach badać, co dla obojga rodziców znaczy bycie matką czy ojcem i jakie są ich własne doświadczenia bycia dzieckiem swojej matki i swojego ojca. W przypadku pierwszej pary, matka mówiła o swoim dziecięcym doświadczeniu bycia opuszczaną i zaniechaną zarówno przez swoją matkę, jak i ojca, którego pamiętała też jako agresywnego. W takiej sytuacji trudno jest nie bać się własnego, pozbawionego dobrych wzorców, macierzyństwa. Kobieta potrzebę opieki kierowała do ojca dziecka, nie będąc w stanie zająć się adekwatnie ani sobą, ani swoim nowo narodzonym niemowlęciem. Zaczęła przeżywać swoje dziecko w sposób prześladowczy, tak jak kiedyś ojca — jako osobę skoncentrowaną na sobie i nieliczącą się z jej potrzebami. Reagowała na to podobnie do swojej matki, poprzez odcięcie się od rodziny i opuszczenie dziecka, a ojciec dziecka, nie rozumiejąc tej sytuacji, wchodził w identyfikację z opuszczonym dzieckiem, tak jak sam czuł się kiedyś opuszczony przez swoją matkę i nieobecnego emocjonalnie ojca.

W drugiej rodzinie ojciec dziecka jako mały chłopiec przeżywał ekstremalne lęki, które wiązał z agresją swojego ojca alkoholika. Czuł się również zaniechanym przez matkę, która była tak pochłonięta relacją z ojcem i pracą, że pacjent nie mógł się do niej dostać. W życiu dorosłym szukał partnerki, która odpowie na jego potrzeby i będzie miała czas tylko dla niego. Pojawienie się dziecka było nieoczekiwane i nieplanowane, tym bardziej wzbudziło w nim ogromny lęk przed opuszczeniem, a sytuacja po porodzie potwierdziła

to, czego najbardziej się obawiał. Dziecko było przeżywane jak ojciec z przeszłości, który terroryzuje rodzinę i odbiera matkę.

W obu przypadkach oddzielenie doświadczeń z przeszłości oraz powstałych na ich bazie emocji i niezaspokojonych potrzeb, od tego co „tu i teraz”, pomogło obu rodzinom odnaleźć się w aktualnej sytuacji i poczuć nową rodziną, która buduje swoje nowe doświadczenia.

\*\*\*

Bywa, że odrzucenie dziecka przez matkę jest związane z odrzuceniem samej siebie w roli matki, a tym samym swojej uwewnętrznionej matki. Może do tego dochodzić także na poziomie odrzucenia swojego ciała.

### **Przykład 3**

Pacjentka wspominająca w sposób traumatyczny swoje dzieciństwo, a szczególnie relację z matką, cierpiała w okresie adolescencji na anoreksję. W relacji z obecnym partnerem, pomimo braku stwierdzonych powodów natury somatycznej, doświadczyła czterech poronień w różnych okresach ciąży. Gdy zaszła w kolejną, piątą, nie wiązała się ze swoim dzieckiem, w lęku przed kolejnym poronieniem. Gdy ciąża zakończyła się pozytywnym rozwiązaniem, zaczęła przeżywać dziecko tak, jak przeżywała relację z własną, opuszczającą matką, wchodząc jednocześnie w identyfikację z nią i odrzucając je. Powodem zgłoszenia był bardzo duży niepokój dziecka, wyrażający się płaczem nie do ukojenia, płytkim snem i niechęcią do jedzenia. W trakcie pracy terapeutycznej matka mogła się przyjrzeć swojemu dziecięcemu nieukojeniu i niezaspokojonemu pragnieniu bycia kochaną i zaopiekowaną. Przepracowanie relacji z matką i ojcem oraz innych doświadczeń z przeszłości pomogło jej zobaczyć dziecko jako nowego członka rodziny, którego warto poznać i poczuć jako kogoś odrębnego, a nie tylko obiekt projekcji. Otwarcie matki na dziecko poskutkowało od razu odpowiedzią ze strony dziecka, które zaczęło reagować na nią w sposób dający jej wiele satysfakcji. Przyjęła samą siebie w roli matki, będącej odrębną osobą od swojej matki. Wcześniejsza nieświadoma identyfikacja z własną matką była dużą przeszkodą nie tylko w przeżywaniu własnego macierzyństwa, ale też relacji z partnerem jako ojcem dziecka.

\*\*\*

W przypadku niemowląt, bardzo częstą przyczyną zgłoszenia są objawy somatyczne dziecka.



#### Przykład 4

Jedna z rodzin zgłosiła się z powodu nasilonych kolek u czteromiesięcznego niemowlęcia. Po wstępnej rozmowie z rodzicami okazało się, że ich zdziwienie, ale też irytację, budzi fakt, iż po trzech miesiącach spokoju, kiedy dziecko tylko jadło i spało, teraz zaczęło się domagać noszenia na rękach. Spotkało się to ze zdecydowanym sprzeciwem ze strony matki, która nie dopuszczała, że może ograniczyć codzienne sprzątanie i prace domowe, chcąc dostosować się do dziecka. Ujawnił się też duży problem z kontaktem fizycznym matki z dzieckiem. Chłopiec był karmiony mieszanką, leżąc w łóżeczku lub będąc trzymany przez tatę. Niemowlę uporczywie domagało się kontaktu fizycznego z matką, a jedynym na to sposobem był płacz z powodu kolki. Tylko wtedy chłopiec był brany przez matkę na ręce, głaskany i przytulany. Ojciec nie wzbierał się przed noszeniem i przytulaniem syna, ale przez większość dnia przebywał w pracy. Gdy wracał, niemowlę i mama uspokajali się. W toku konsultacji matka podzieliła się swoim dziecięcym doświadczeniem bardzo surowej, zimnej i stanowczej matki, której musiała bezwzględnie słuchać zarówno ona, jak i ojciec. Niestety, trwanie w idealizacji własnej matki, ojca i całego dzieciństwa, uniemożliwiło matce wejście w proces terapii, gdyż dezidentyfikacja z własną matką, odbycie żałoby po dzieciństwie i wyodrębnianie się okazało się dla tej pacjentki zbyt zagrażające, pomimo dużego zainteresowania terapią ze strony jej męża. Kontakt zakończył się na etapie kilku konsultacji. Terapeutka pozostała z poczuciem smutku, złości, bezradności i opuszczenia. Prawdopodobnie podobne uczucia były przeżywane przez niemowlę w tej rodzinie, a wcześniej przez matkę w relacji z jej rodzicami.

\*\*\*

Trudności relacyjne pomiędzy niemowlętami i ich opiekunami mogą być powodem bardzo poważnych problemów z karmieniem piersią. W skrajnych przypadkach niemowlę odmawia jedzenia i przechodzi na znacznie zwolniony metabolizm, nie wyrażając również innych potrzeb.

#### Przykład 5

Jedna z rodzin zgłosiła się z takim właśnie niemowlęciem, świeżo po hospitalizacji na oddziale neonatologicznym, gdzie nie znaleziono żadnej medycznej przyczyny kilkudniowej odmowy jedzenia przez dziecko. Już podczas konsultacji okazało się, że matka dziecka cierpi na zaburzenia odżywiania się, a relacja pomiędzy nią i ojcem dziecka jest pełna napięcia i niepokoju. Matka czuła lęk, opuszczenie, bezruch i beznadzieję w relacji ze swoim partnerem, podobnie jak mogło się czuć niemowlę w relacji

z nią. Takie same uczucia przeżywała kiedyś jako dziecko ze swoimi rodzicami. Również jej partner opowiadał o trudnej historii swojego, idealizowanego wciąż, dzieciństwa. Nieświadomie identyfikował się z własnym ojcem, prezentując przemocowe zachowania w stosunku do swojej obecnej partnerki. Niemowlę wyrażało unieruchomienie i brak poczucia sensu życia swojej matki. Wraz z postępem terapii i przepracowywaniem relacyjnych traum rodziców, dziecko ożywiało się i nabierało apetytu. Relacja pomiędzy dzieckiem i rodzicami ulegała odbarczeniu z transgeneracyjnego przekazu traumy z obojga stron.

\*\*\*

Objawy ze strony dziecka nie zawsze są aż tak drastyczne i bywa, że rodzice nie uważają, że dziecko wycofuje się w swój świat. Takie rodziny zgłaszają się najczęściej w późniejszym wieku dziecka — kiedy ma ono pomiędzy półtora a dwa i pół roku.

### Przykład 6

Jedna z rodzin zgłosiła się na konsultację z niespełna dwuletnim chłopcem, gdyż matkę, a wcześniej learkę w rejonie, zaniepokoił opóźniony rozwój mowy dziecka i brak kontaktu wzrokowego z matką. Już na etapie wstępnego wywiadu matka powiedziała o swojej nieleczonej wieloletniej depresji z myślami samobójczymi, którą wiązała z bardzo trudnymi doświadczeniami z dzieciństwa, a potem z relacją z ojcem dziecka. Dodatkowo czuła się odrzucana przez swoje dziecko, które już od wczesnego okresu poporodowego nie było zainteresowane patrzeniem na nią, nawet podczas karmienia. Ojciec początkowo niechętnie przychodził na nasze sesje, ale dzięki obecności na nich, było go też coraz więcej w życiu dziecka i rodziny. Istotne okazało się zarówno włączanie ojca w zabawę z dzieckiem, jak i interpretacja łącząca zachowania dziecka podczas sesji z treściami wnoszonymi przez rodziców. Ojciec zyskiwał głębsze rozumienie objawów dziecka w odniesieniu do procesów zachodzących w rodzinie, co pomogło mu nie tylko uczestniczyć w terapii, ale być też bardziej dostępnym emocjonalnie dla dziecka w domu. Matka zyskała więcej przestrzeni na zajęcie się sobą. Zdecydowała się na wizytę u psychiatry i leki przeciwdepresyjne, co pomogło jej obniżyć napięcie i bardziej skorzystać z terapii. Zaczęła inicjować interakcje z synem, stając się też coraz bardziej dostępna emocjonalnie i otwarta na sygnały z jego strony. Zrozumiała, jak trudne jest dla dziecka patrzenie na matkę pogrążoną w bezgranicznym smutku, rozpacz i beznadziei. Przepracowała żalobę związaną z brakiem adekwatnego kontaktu z dzieckiem do tej pory, a jej partner zmierzył się z żalobą po tym, ile stracił, nie uczestnicząc w opiece nad dzieckiem przez cały ten czas. Było to możliwe dzięki połączeniu aktualnych doświadczeń z przeszłymi

doświadczeniami ojca i matki jako zaniedbanych i opuszczonych dzieci. Chłopiec wrócił do relacji z rodzicami nie tylko poprzez kontakt wzrokowy. Przyspieszył się też rozwój jego mowy.

\*\*\*

W rodzinie, w której jest więcej niż jedno dziecko, każde z nich może być traktowane inaczej i przeżywane jako obiekt różnych projekcji.

### Przykład 7

Rodzice zgłosili się z dwuletnim chłopcem z powodu problemów z atakami „histerii” i dużą agresją dziecka w reakcji na stawianie granic. Chłopiec miał starszego o 1,5 roku brata, który przedstawiany był przez oboje rodziców, a szczególnie matkę, jako idealne dziecko, które samo się bawi, niczego nie potrzebuje, nikogo nie męczy, nie inicjuje awantur, co najwyżej odpowie agresją na agresję brata. W toku pracy psychoterapeutycznej ujawniły się problemy relacyjne starszego brata, podobnie jak obojga rodziców. Młodsze dziecko, domagające się uwagi, towarzyszenia w zabawie i kierujące swoje potrzeby do rodziców, przeżywane było jak intruz, który zaburza dotychczasową dynamikę rodziny. Według matki zachowanie młodszego syna było podobne do zachowania ojca jej matki, określanego przez nią jako „psychopatyczny dziadek”, który „niszczył” jej matkę i którego potrzeby musiały być najważniejsze dla całej rodziny. Podobnie też matka przeżywała swoją młodszą siostrę — jako nieempatyczną, roszczeniową i faworyzowaną przez mamę. Według matki jej młodszy syn odziedziczył te same geny, które miał dziadek i siostra, co skutkowało żywieniem do niego podobnych uczuć — niechęci, żalu, złości, a chwilami nienawiści. Ojciec nie sprzeciwiał się tej narracji, a tym samym nastawienie matki do dziecka nie zmieniało się. Matka była natomiast mocno zidentyfikowana ze starszym synem, którego postrzegała jako spokojnego, mądrego, wyrozumiałego i zagrożonego przez agresję młodszego brata.

Widzimy, jak bardzo historia życia obojga rodziców, która jest naznaczona nieprzepracowaną traumą, może wpływać na postrzeganie dzieci i relację z nimi. Psychoterapia tej rodziny była bardzo trudna i spotkała się z dużym oporem obojga rodziców, oczekujących od terapeuty wyłącznie zmiany zachowania młodszego syna, aby dostosował się do reszty członków rodziny, a nie poszerzania ich wglądu i przepracowywania emocji związanych z traumami relacyjnymi i ich skutkami. Mimo wszystko udało się częściowo wycofać projekcje matki i poszerzyć zdolność jej widzenia oraz przeżywania obu synów nie jako figur z jej przeszłości, ale odrębnych jednostek, które warto poznawać i rozumieć. Duże znaczenie miało tu poszerzanie świadomości ojca, które skutkowało jego większą aktywnością i bardziej zaangażowanym uczestnictwem w życiu rodziny.

## Podsumowanie

Wszystkie zaprezentowane powyżej przykłady są opisane w sposób bardzo uproszczony, gdyż ich przedstawienie w całości znacznie przekroczyłoby ramy tego artykułu.

Opisywana praca z rodziną/diadą jest pracą psychoanalityczną, a więc z użyciem konceptualizacji i narzędzi psychoanalitycznych w powiązaniu z obserwacją zachowania/zabawy dziecka oraz interakcji pomiędzy dzieckiem a każdym z rodziców, rodzeństwem i terapeutką. Odnosimy się też do interakcji rodziców z terapeutką oraz pomiędzy sobą. Wszystko to łączymy z tym, co mówią rodzice o przyczynie zgłoszenia oraz z innymi informacjami z wywiadu. Ważny jest tu zarówno wywiad rozwojowy dziecka, jak i wywiad dotyczący historii życia każdego z rodziców. Niezbędna jest umiejętność korzystania przez psychoterapeutę z własnego przeciwprzeniesienia. Mamy do czynienia z prewerbalnym okresem w życiu dziecka i bardzo pierwotnymi stanami emocjonalnymi, dlatego przeciwprzeniesienie i obserwacja są głównymi narzędziami w tej pracy.

Pułapką dla terapeuty może być chęć rozumienia przyczyny, z którą zgłasza się rodzina, tylko na poziomie świadomości i konkretności, bez uwzględniania przekazów nieświadomych. Pułapką może też być trwanie w nieświadomej identyfikacji z którymś z rodziców lub z dzieckiem, co może skutkować np. chęcią bycia lepszym opiekunem dla dziecka albo chęcią pomocy jednemu z rodziców w trudnej sytuacji z jego partnerem i z dzieckiem. Stąd waga świadomości przeciwprzeniesienia.

Postęp w terapii jest związany z rozwojem funkcji refleksyjnych związanych z mentalizacją u rodziców, dzięki czemu powstaje większa szansa na prawidłowy rozwój metalizacji u dziecka. Ważna jest tu motywacja rodziców do terapii i ich zdolność do wejścia w proces, w którym nie ma gotowych rozwiązań, ale w wyniku którego rozwiązania będą się wyłaniać.

Długość takiego procesu może być różna — od kilku spotkań do 2–3 lat — w zależności od potrzeb i możliwości rodziny, ale też sposobu pracy terapeuty lub ośrodka, w którym terapia jest prowadzona. Przy krótkich procesach głównym celem jest wycofanie projekcji rodziców z dziecka, przy dłuższych może też dochodzić u rodziców do zmiany wewnętrznych reprezentacji siebie. To zależy nie tylko od długości procesu, ale też częstotliwości spotkań i psychopatologii rodziców.

Zależało nam na pokazaniu mechanizmów przekazywania traumy międzypokoleniowej i możliwości pracy terapeutycznej nad przerwaniem lub znacznym ograniczeniem tego przekazu. Nieprzepracowana trauma rodzica, a często też jego rodziców i dziadków, skutkuje przekazywaniem pozabezpiecznego wzorca przywiązania z pokolenia na pokolenie i powoduje duże ryzyko przekazywania tej traumy dalej. Dziecięce doświadczenia rodziców wpływają nie tylko na ich stosunek do dziecka, ale też nawzajem do siebie jako partnerów. Kryzys okresu okołoporodowego jest szansą dla rodziny na przepracowanie emocji związanych z nieświadomym przekazem traumy. Jest to moment, w którym ujawniają się pierwotne uczucia obojga rodziców związane z opieką i zależnością, dzięki czemu terapeuta ma szybszy niż w terapii indywidualnej dostęp do nieświadomych przekazów międzypokoleniowych.

Marta Badoni [20] zwraca uwagę na ryzyko utknięcia w nakazie międzypokoleniowym, kiedy rodzice — pomimo zgłoszenia się na terapię — nie są zainteresowani wyjściem z pozornej równowagi opartej na relacji z dzieckiem jako obiektem swoich projekcji. Psychologiczne narodziny dziecka są zagrożeniem dla obron rodziców, dlatego przyjmują oni pewien układ,

w którym nieświadomie stają się rodzeństwem, które poszukuje sposobu na niemożliwą reparację. W ten sposób realizują „scenariusz narcystyczny” i nie są w stanie uznać swojego dziecka za odrębną osobę [21]. Espasa [12] wyszczególnia kilka rodzajów rodzicielskiego narcyzmu i opisuje związane z nimi implikacje do leczenia w ramach psychoterapii dla rodziców z niemowlętami. Manzano [21] pisze o transgeneracyjnym przekazie narcystycznych scenariuszy rodzicielskich w kontekście wpływu rodziców na dziecko, ale też dziecka na rodziców, podkreślając znaczenie przeciwprzeniesienia terapeuty w pracy nad przekazem traumy. Rolę świadomości psychoterapeuty i umiejętności wykorzystywania przeciwprzeniesienia w psychoterapii dla rodziców z niemowlętami podkreśla też Thomson-Salo [22]. Przeciwprzeniesienie pomaga zrozumieć stan wewnętrzny niemowlęcia i sytuację w rodzinie.

Badoni [20] zwraca uwagę na ryzyko traumatyzującego wpływu nakazu międzypokoleniowego w postaci uszkodzenia umiejętności myślenia u niemogącego wyodrębnić się i rozwijać własnej tożsamości dziecka. Rodzice zainteresowani są bardziej usunięciem objawu u dziecka niż zrozumieniem, co na głębszym poziomie dzieje się w rodzinie i zobaczeniem objawu jako efektu wydelegowania dziecka do zbyt trudnej dla niego pracy, niepodjętej przez jego przodków. Maria Pozzi-Monzo [23] opisuje wpływ nawet krótkich psychoanalitycznych interwencji, skierowanych do dzieci poniżej 5. r.ż. i ich rodzin, pomagających w przejściu ze stanu umysłu reaktywnego na bardziej refleksyjny i odzwierciedlający w stosunku do dziecka.

Praca nad przerwaniem transgeneracyjnego przekazu traumy poprzez psychoterapię dla rodziców z niemowlętami to praca nad więzią. Ważnymi elementami tej pracy są: wywiad rodzinny i obserwacja. Terapeuta obserwuje zachowanie dziecka, zachowanie rodziców oraz interakcje pomiędzy wszystkimi osobami uczestniczącymi w spotkaniu. Obserwacji towarzyszy komentarz, dzięki któremu terapeuta pomaga rodzinie znajdować połączenia pomiędzy wnioskami z obserwacji, informacjami z wywiadu rodzinnego, zgłaszanym problemem oraz bieżącymi i przeszłymi wydarzeniami w rodzinie. W ten sposób członkowie rodziny mogą połączyć się w nowy, nie obciążony traumą sposób.

To, co staraliśmy się opisać w artykule, dotyczy pracy z małym dzieckiem. Nie mamy pewności, czy rodziny opisywane w przykładach w sytuacji kryzysu nie wrócą do starych, znanych im wzorców. Można mieć nadzieję, że pozytywne doświadczenie terapii zachęci ich do korzystania w przyszłości z tego rodzaju wsparcia.

## Piśmiennictwo

1. Bowlby J. Przywiązanie. Warszawa: PWN; 2022.
2. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home. NJ: Psychology Press; 1978.
3. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Mentalizowanie w praktyce klinicznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
4. Winnicott DW. Lustrzana rola matki i rodziny w rozwoju dziecka. W: Winnicott DW, Zabawa a rzeczywistość. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2011, s. 153–161.
5. Winnicott DW. Teoria relacji rodzic–niemowlę. W: Procesy dojrzewania i sprzyjające środowisko. Badania nad teorią rozwoju emocjonalnego. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2018.

6. Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Child Adolesc. Psychiatry* 1975; 14(3): 387–421.
7. Lieberman AF, Padrón E, Van Horn P, Harris WW. Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Ment. Health J.* 2005; 26(6): 504–520.
8. Green A. *On private madness*. London: Rebus; 1972.
9. Lyons-Ruth K. The two-person construction of defenses: disorganized attachment strategies, unintegrated mental states, and hostile/helpless relational processes. *J. Infant Child Adolesc. Psychother.* 2003; 2(4): 105–114.
10. Baradon T. Praca z traumą w psychoanalitycznej odsłonie psychoterapii diady rodzic–niemowlę. Wystąpienie na 13. Ogólnopolskiej Konferencji „Ostrożnie — dziecko! Profilaktyka krzywdzenia małych dzieci”. Warszawa, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, 9–10.06.2021.
11. Wittenberg I. Krótkoterminowa praca z rodzicami niemowląt. W: Emanuel L, Bradley E. *Co się dzieje z tym dzieckiem?* Warszawa: Oficyna Wydawnicza Fundament; 2018, s. 47–79.
12. Espasa F. Parent-infant psychotherapy, the transition to parenthood and parental narcissism: implications for treatment. *J. Child Psychother.* 2004; 30(2): 155–171.
13. Birksted-Breen D. Doświadczenie matki niemowlęcia: perspektywa rozwojowa. W: Raphael-Leff J, red. *Rozlane mleko*, Gdańsk: IMAGO; 2013, s. 29–45.
14. Lieberman AF. Toddlers’ internalization of maternal attributions as a factor in quality of attachment. W: Atkinson L, Zucker KJ, red. *Attachment and psychopathology*. New York: Guilford Press, 1997, str. 277–291.
15. Emanuel L. Ojciec „obecny i nieobecny”: koncepcja „zjednoczonej pary” w rodzinach o niestabilnej relacji między rodzicami. W: Emanuel L, Bradley E, red. *Co się dzieje z tym dzieckiem?* Warszawa: Oficyna Wydawnicza Fundament; 2018, s. 290–308.
16. Baradon T, Joyce A. The theory of psychoanalytic parent-infant psychotherapy. W: Baradon T. *The practice of psychoanalytic parent-infant psychotherapy. Claiming the baby*. London and New York: Routledge; 2016, p. 30–40.
17. Emanuel L, Bradley E. Wprowadzenie. W: Emanuel L, Bradley E. *Co się dzieje z tym dzieckiem?* Warszawa: Oficyna Wydawnicza Fundament; 2018, s. 29–33.
18. Raphael-Leff J. Kwestie techniczne dotyczące terapii w okresie okołoporodowym. W: Raphael-Leff J., red. *Rozlane mleko*. Gdańsk: IMAGO; 2013, s. 13–28.
19. Winnicott DW. Pojęcie zdrowej jednostki. W: *Dom jest punktem wyjścia. Eseje psychoanalityczne*. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2011, s. 23–39.
20. Badoni M., Parents and their child and the analyst in the middle. *Int. J. Psychoanal.* 2002; 83(5): 1111–1131.
21. Manzano J, Palacio Espasa F, Zilkha N, The narcissistic scenarios of parenthood. *Int. J. Psychoanal.* 1999; 80(3): 465–476.
22. Thomson-Salo F. Countertransference in infant-parent psychotherapy. W: Thomson-Salo F. *Engaging infants. Embodied communication in short-term infant-parent therapy*. London: Karnac Books; 2018, str. 161–180.
23. Pozzi-Monzo M, Lee A, Likerman M. From reactive to reflective: Evidence for shifts in parents’ state of mind during brief under-fives psychoanalytic psychotherapy. *Clin. Child Psychol. Psychiatry* 2011; 17(1):151–164.