

Magdalena Chrzan-Dętkoś, Tamara Walczak

## UZALEŻNIENI RODZICE — NARAŻONE DZIECKO. ZAKŁÓCENIA W FUNKCJONOWANIU UZALEŻNIONYCH MATEK W RELACJI Z NIEMOWLĘTAMI ORAZ MOŻLIWOŚĆ SKUTECZNEJ POMOCY

### ADDICTED PARENTS — VULNERABLE CHILDREN. DISTORTIONS IN PARENT- INFANT RELATION AND POSSIBILITIES OF HELP

Zakład Psychologii i Psychopatologii Rozwoju, Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego

**psychotherapy  
mentalization  
diad mother-child**

*W artykule zostały opisane psychologiczne i neurobiologiczne mechanizmy warunkujące wpływ zakłóceń funkcjonowania matek uzależnionych od substancji na rozwój ich dzieci. Przedstawiono program oddziaływań terapeutycznych, ukierunkowany na wspieranie macierzyństwa w tej grupie kobiet.*

#### Summary

The consequences of parent's addiction for child development are well examined and described, although treatment centres relatively rarely create programs directed to parents. Although abstinence maintained by a parent is a protective factor for the child development, stress associated with abstinence and the ongoing healing process increases the risk of child abuse and neglect. Developmental behaviours of the child and its needs, can exacerbate parent's tension and activate the desire to consume alcohol, drug, which even laid off, is a strongly rewarding stimulus. Due to the fact that taking the psychoactive drugs disturbs the functioning of the reward system, homeostasis and adaptive morphological changes, other stimuli, including social stimuli, related to the child, discontinue to be attractive and rewarding. The consequence of this is that the child safety and its bond with the parent can be at risk.

The aim of this article is to describe the neurobiological relationships between taking psychoactive drugs and the dysregulation of the brain centres involved in creating a parent-child bond. In addition, a therapeutic program will be introduced - Mothering from Inside Out (MIO), developed by a team of scientists under the direction of Nancy Suchman from the Yale University. The program supports parents in developing their reflective function - the ability to assign the emotional and mental meanings to one's own and child's behaviours. The program is a support for treatment systems for addicted adults bringing up young children and is an example of integrating neuroscience and psychotherapeutic interventions.

#### Wprowadzenie

W przeprowadzonym w Polsce badaniu dotyczącym epidemiologii zaburzeń psychicznych nadużywanie substancji psychoaktywnych deklaruje 1,2% dorosłych Polaków, a uzależnione od tych substancji jest 0,2% populacji [1]. Oznacza to, że środki psychoaktywne przyjmuje ok. 461 500 Polaków, a uzależnionych jest ok. 77 tys. osób. Według

danych światowych minimum 20% z uzależnionych osób sprawuje opiekę nad nieletnimi dziećmi [2]. Badania europejskie wskazują także na znaczący i stały wzrost używania substancji psychoaktywnych przez osoby znajdujące się w okresie reprodukcyjnym oraz przez kobiety w ciąży [3, 4]. Około 90% kobiet przyjmujących opiaty jest w wieku rozrodczym [5, 6]. Co roku między 6,5% a 11% kobiet uzależnionych od substancji psychoaktywnych zachodzi w ciążę i rodzi dziecko: w Europie to około 30 tysięcy kobiet rocznie [7]. Według badań amerykańskich najwyższy odsetek przyjmowania nielegalnych narkotyków zaobserwowano wśród nastoletnich matek — przyjmowało je aż 14,6% dziewcząt w tej grupie wiekowej [8].

Uzależnienie matki wpływa na dziecko jeszcze przed jego narodzeniem, m.in. zwiększając ryzyko wcześniactwa czy hipotrofii [9]. U dzieci, które w okresie prenatalnym były narażone na działanie środków psychoaktywnych, obserwuje się nadaktywność, impulsywność, trudności z koncentracją i planowaniem ruchowym [10, 11].

Według badania Faden i Graubarda [12], w ocenie rodziców dzieci narażone na prenatalne działanie zarówno alkoholu, marihuany, jak i nikotyny, mają w okresie wczesnego dzieciństwa: pierwszych trzech lat życia, wyższy poziom aktywności, więcej problemów z jedzeniem, rówieśnikami, częściej zdarzają im się też wybuchy złości. W porównaniu z grupą kontrolną matek niepijących, niepalących oraz niezających alkoholu w ciąży, matkom nadużywającym tych substancji trudniej było sobie z tymi problemami dzieci radzić.

Uzależnione matki, już 12–48 godzin po porodzie, są bardziej pasywne i zdystansowane do noworodków w porównaniu z matkami, które nie brały narkotyków [11]. Niemowlęta te wykazują brak entuzjazmu i przyjemności w interakcji z mamą. Relację matka – dziecko charakteryzował natomiast mniejszy poziom wzajemnego dostrojenia oraz mniej wzajemnego pobudzenia [13]. Przegląd piśmiennictwa pokazuje, że specjaliści terapii uzależnień mają pod opieką dwoje pacjentów — uzależnioną matkę i jej dziecko już od najwcześniejszego okresu jego życia. Jednak, co ciekawe, przegląd stron internetowych wojewódzkich ośrodków terapii uzależnień i zamieszczonych tam ofert pomocy psychologicznej wskazuje, że w bardzo bogatej i różnorodnej ofercie ośrodków, realizujących oprócz leczenia osób uzależnionych między innymi psychoedukację i porady dla rodzin i grupy terapeutyczne dla dzieci, nie ma wyszczególnionej oferty dotyczącej rodziców małych dzieci, ofert psychoterapii rodzice – dziecko ani programów wspierających rodzicielstwo i relacje w diadzie/triadzie rodzice – dziecko.

Przegląd badań wskazuje jednoznacznie, że dla części rodzin dotkniętych uzależnieniem pomoc byłaby istotna już w okresie okołoporodowym i pierwszym roku życia dziecka, kiedy uzależnione matki są mniej wrażliwie, mniej uważne i mniej zaangażowane emocjonalnie w jego rozwój oraz bardziej intruzywne [13, 14]. Są one w grupie ryzyka niedostrzegania i niereagowania na emocjonalne aspekty relacji z dzieckiem, co zwiększa prawdopodobieństwo jego późniejszych trudności. Prowadzi to do błędnego koła: dziecko pozbawione adekwatnej opieki demonstruje silniejszy niepokój, co zwiększa tendencję matki do wycofania się z kontaktu — wraz z tym wzrasta ryzyko zaniedbania dziecka lub przemocy wobec niego. Według zespołu Suchman [15] gorsza kontrola impulsów matki związana z nadużywaniem substancji może być związana z ryzykiem przemocy, ale także drażliwość dziecka może nasilać stres i dążenie do picia/zażywania środków

psychoaktywnych przez opiekunów, co również zwiększa ryzyko dalszego uzależnienia i przemocy. Badania ilościowe pokazują, że uzależnieni rodzice charakteryzują się stylem wychowawczym związanym z niską tolerancją na rozwojowe zachowania dzieci, stosowaniem kar fizycznych i zastraszającej dyscypliny, czemu towarzyszy pasywność, tendencja do pozwalania na wiele rzeczy, brak kontroli i rodzicielskiego nadzoru [13, 16]. Między 43% a 79% dzieci ofiar przemocy miało przynajmniej jednego rodzica uzależnionego od środków psychoaktywnych [16]. W rodzinach z uzależnionym rodzicem, separacje dziecko – rodzic występują u 1/3 badanych diad przed 2. rokiem życia. Jest to kluczowy okres dla budowania wzorca relacji [17]. Niewrażliwy styl rodzicielski, ryzyko przemocy i zaniedbania dziecka, częstsze czasowe separacje rodziców i dzieci wydają się powodować, iż więcej dzieci w tej grupie ma zarówno lękowy, jak i zdeorganizowany styl przywiązania, w porównaniu z dziećmi z prób nieklinicznych [18, 19]. Ważna może być również kwestia międzypokoleniowego przekazu. Badania empiryczne potwierdzają, iż w grupie pacjentów uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych dominują osoby z pozabezpiecznymi stylami przywiązania i nasilonym poziomem lęku i unikania [20, 21].

Mimo wielu doniesień naukowych pokazujących wpływ uzależnienia matki na kształtowanie się zdrowia psychicznego dziecka, sama relacja rodzic – dziecko lub dzieci rzadko kiedy jest bezpośrednim podmiotem interwencji realizowanych w ramach działalności ośrodków terapii uzależnień. Najprawdopodobniej wynika to z założenia zarówno klinicystów, jak i badaczy, że dzieci korzystają bezpośrednio z abstynencji matek, zgodnie z założeniem, iż trzeźwy rodzic staje się wystarczająco dobrym opiekunem z perspektywy dziecka. [22]. Zarówno w badaniach naukowych, jak i wśród psychologów praktyków zwraca się uwagę na konieczność stworzenia specjalistycznego programu leczenia dla rodziców uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Nawet przerwanie nadużywania substancji psychoaktywnych, mimo iż jest istotnym czynnikiem ochronnym, nie musi oznaczać zmiany reakcji rodzica na sygnały wysyłane przez dziecko.

Uzależnienie rodzica rozumiane jest jako trudność w samoregulacji stanów psychicznych. Rodzic, który ma kłopoty w samoregulacji, ma również trudności w regulacji stanów emocjonalnych dziecka — małe dzieci natomiast potrzebują rodzica, który byłby w stanie to robić, szczególnie w sytuacji stresu, niepokoju, płaczu. Według Bowlby'ego [23], jak i Feldman [24] uspokojenie dziecka w stresie i niepokoju jest kluczowym zadaniem rodzicielstwa. W przypadku leczenia i abstynencji, matka jest znacznie bardziej podatna na stres i irytację, a zwykle domaganie się uwagi i troski ze strony dziecka może prowadzić do narastania jej niechęci i agresji [25]. Dodatkowo w badaniach zespołu Landi [26] zaobserwowano u osób nadużywających narkotyków mniejszą aktywację w rejonach przedczołowych mózgu w odpowiedzi na widok dziecięcych twarzy. Aktywność ta obejmowała obszar grzbietowo-boczny i brzuszno-przyśrodkowy oraz miejsca związane z przetwarzaniem wzrokowym i rejon układu limbicznego. Podobnie u matek nadużywających substancji psychoaktywnych wykazano zmniejszoną aktywację w płatach przedczołowych w odpowiedzi na płacz dziecka. Tak więc, bodźce związane z dzieckiem wydają się „mózgowo” mniej istotne i słabiej zauważalne dla matek uzależnionych. Ta zmniejszona istotność i związane z tym słabsze reagowanie wpływa na więź między matkami i dziećmi i obniża zdolność matek do reakcji na sygnały wysyłane przez dziecko. Płacz, wymagania małego

dziecka — nawet gdy zostaną zauważone, mogą nie aktywizować gotowości do pomocy, lecz podwyższać negatywny stan afektywny matki i zwiększać jej drażliwość. Może to nasilać pragnienie zażycia narkotyku przez matkę, jak i stwarzać ryzyko zaniedbania lub nadużycia dziecka.

Reakcje te są konsekwencją rozregulowania mezolimbicznego układu dopaminowego zwanego też układem nagrody. Układ ten, w warunkach normalnych, jest odpowiedzialny za powstawanie zachowań motywacyjnych, ukierunkowanych na poszukiwanie naturalnych bodźców wzmacniających. Jego ważna część — szlak mezolimbiczny, przebiegający od pola brzusznej nakrywy śródmózgowia do jądra półleżącego, złożony jest z neuronów uwalniających neurotransmiter: dopaminę, która wywołuje uczucie satysfakcji i euforii. W warunkach naturalnego pobudzenia krótkotrwale uwalniana jest do szczeliny synaptycznej umiarkowana ilość dopaminy z brzusznej pola nakrywy. Nadmiar ulega wychwytowi zwrotnemu bądź metabolizmowi pod wpływem działania monoaminoooksydazy [27, 28]. Przyjmowanie narkotyku zakłóca ten prawidłowy rytm pracy układu mezolimbicznego — stymuluje sekrecję dopaminy z siłą wielokrotnie większą niż jakiekolwiek bodźce naturalne [29]. Narkotyk prowadzi do gwałtownego wzrostu stężenia neuroprzekaznika w synapsach wywołując efekt euforyczny, co jest pozytywnym wzmocnieniem dla osoby przyjmującej środki psychoaktywne. Ich odstawienie powoduje nasilenie lęku i dysforii pod postacią gwałtownego obniżenia nastroju, drażliwości, wybuchowości, gwałtowności i nasilenia innych negatywnych emocji. Prowadzi to do narastania poczucia dystresu związanego z brakiem substancji, czego efektem jest negatywne wzmocnienie. Organizm, chcąc uciec od negatywnego stanu afektywnego, domaga się przyjęcia narkotyku [30]. Na skutek rozregulowania procesów kontrolnych zaburzona zostaje jednocześnie homeostaza organizmu. Przyjmowanie tej samej ilości narkotyku, co uprzednio nie daje takich samych rezultatów, gdyż efekt nagrody słabnie (na skutek tolerancji), natomiast wzrasta efekt pożądania nagrody (na skutek sensytyzacji). Organizm, nie mogąc powrócić do optimum (homeostazy), tworzy nowe punkty „nastawcze” (allostatyczne), które odbiegają od wyjściowego punktu sprzed przyjmowania substancji i są pozornymi stanami równowagi, utrzymującymi stabilność układu nagrody [31]. W konsekwencji, u osób uzależnionych, narkotyki zakłócają prawidłowy rytm funkcjonowania układu nagrody. Ponadto — na skutek procesu warunkowania — wytwarzają się nowe odruchy instrumentalne, w których gratyfikująca dla organizmu jest sytuacja kontaktu z narkotykiem [32]. W jednej z części układu mezolimbicznego — jądrze półleżącym, powstaje tzw. nieuświadomiona część nagrody, która koduje czynność przyjmowania jako adaptacyjnie ważną dla organizmu. Inne adaptacyjne nagrody: związki interpersonalne, w tym relacja z dzieckiem, przestają być konkurencyjnym bodźcem stymulującym układ nagrody [33]; wręcz przeciwnie: płacz dziecka, budzenie się w nocy itd. mogą być odbierane jako stresujące, zwiększać dysforię i tym samym prowadzić do nasilenia potrzeby przyjęcia narkotyku lub unikania kontaktu z dzieckiem — jako bodźcem wzmagającym negatywne uczucia.

Dodatkowo, badania wykazują, iż zmiany związane z przyjmowaniem narkotyków, mimo ich odstawienia, mają charakter trwałe — ustalono bowiem, że ekspozycja na środki uzależniające wywołuje wyraźne zmiany w ekspresji ponad 100 genów [29], natomiast sensytyzacja wywołana pewnymi substancjami psychoaktywnymi powoduje powstanie morfologicznych zmian adaptacyjnych w niektórych obszarach mózgu [31].

### W jaki więc sposób pomóc uzależnionemu rodzicowi?

Przeglądy literatury oraz metaanalizy przeprowadzone przez zespół Suchman [15, 34, 35] wskazują, że aktywizowanie obrazu dziecka: np. omawianie zarówno jego/jej zachowań, jak i związanych z tym uczuć i postaw matki podczas terapii sprzyja procesowi terapeutycznemu i związane jest z lepszymi wynikami odnośnie do utrzymywania abstynencji, zdrowia psychicznego, lepszym stanem zdrowia ciężarnej i płodu. Matki uczestniczące w terapii miały również większe możliwości zaopiekowania się zarówno dzieckiem, jak i sobą, co np. przekładało się na częstsze poszukiwanie przez nie i utrzymywanie pracy. Dodatkowo, bardzo często to dziecko motywuje chorą matkę w walce o swoje zdrowie. Mimo włączania dziecka w terapię matki, np. poprzez wspólne sesje matka – dziecko lub oddziaływania psychoedukacyjne, wiele interwencji ma krótkofalowe konsekwencje dla uzależnionych matek. Przyczyną tego może być koncentracja pracy na określonym zagadnieniu, np. tylko na ciąży, lub prowadzenie działań psychoedukacyjnych związanych z macierzyństwem bez zapewnienia matce możliwości wewnętrznej integracji, która mogłaby być bazą dla bardziej długofalowych zmian.

Naukowcy z Yale Child Study Center: Nancy Suchman, Cindy DeCoste, Thomas McMahon, Linda Mayes [15, 34, 35] opracowali metodę krótkoterminowej terapii uzależnionych matek, która bazuje na teorii przywiązania Johna Bowlby'ego [23] oraz ma za zadanie wspieranie funkcji refleksyjnej u nich. Termin ten związany jest z koncepcją mentalizowania opracowaną przez Allena, Batemana i Fonagy'ego w latach 90. [36]. Mentalizowanie określone jest jako umiejętność nadawania znaczenia działaniom własnym i innych osób przez odnoszenie się do intencjonalnych stanów umysłowych, czyli rozumienia zachowań w kategoriach myśli, przekonań, uczuć, pragnień itp. Celem terapii bazującej na mentalizowaniu (ang. *mentalisation based treatment* — MBT) jest wspieranie pacjentów w świadomym i jawnym angażowaniu się w wysiłek myślenia i rozumienia zachowań w kategorii myśli, uczuć, pragnień. Proces mentalizowania zakłada pewne „zwolnienie tempa”: związany jest z omówieniem sytuacji trudnej dla pacjenta: poznawczej i emocjonalnej reakcji na wydarzenie, które spowodowało załamanie zdolności do mentalizacji. Cykliczne angażowanie się w proces omawiania tych sytuacji pomaga pacjentowi uwewnętrznić tę umiejętność i stosować ją we własnym życiu [36].

Opisane podejście zostało opracowane dla osób z diagnozą zaburzeń osobowości typu borderline, jednak stosunkowo szybko elementy MBT zaczęły być wykorzystywane w terapiach i programach profilaktycznych związanych ze wspieraniem rodzicielstwa. Działania praktyczne inspirowane były badaniami: zdolność rodzica do mentalizowania wydaje się kluczowa dla rozwoju funkcji refleksyjnej u dziecka, a także dla rozwoju samoregulacji oraz rozwoju zdolności społecznych [37, 38]. Badania zespołu Grienembergera [39] pokazały, że rodzice uzyskujący niskie wyniki na skali funkcjonowania refleksyjnego łatwiej poddają się rozregulowaniu czy dezorganizacji w obliczu płaczu niemowlęcia, ponieważ nie potrafią odróżnić własnych uczuć od uczuć swojego dziecka. Według Slade [37] dziecko w takiej sytuacji narażone jest na niemożność bycia spostrzeganym takim, jakie jest. Ma raczej kontakt z rodzicem spoglądającym na nie przez pryzmat swoich projekcji i zniekształceń. Płacz dziecka może wtedy wywoływać irytację i złość na dziecko, co w niektórych sytuacjach kończy się agresją wobec niego. W konsekwencji dziecko — sięgając po terminy

psychodynamiczne — przyswajają nienawiść i agresję rodzica w procesie prymitywnej identyfikacji z agresorem.

Programy wspierające kompetencje rodzicielskie wykorzystujące pojęcie mentalizowania dążą nie tyle do zmiany realnej sytuacji matki lub zachowania dziecka — co jest częstym elementem innych oddziaływań — lecz skierowane są na relację między matkami i dziećmi. Nie tylko zresztą programy dla rodziców uzależnionych od środków psychoaktywnych, ale również programy dla np. nastoletnich matek wskazują na wyższą skuteczność wtedy, gdy celem nie jest zmiana zachowania dziecka czy edukacja matki, wspieranie jej w szukaniu pracy, lecz właśnie oddziaływania nakierowane na jakość relacji rodzic – dziecko [40]. Zgodnie z założeniami Allena, Batemana i Fonagy’ego [36], opracowany przez Suchman, DeCostę, Ordway i Bers i opisany w kilku artykułach program *Mothering from Inside Out* (MIO) [34, 35] kładzie nacisk na rozwój zdolności matek do myślenia o stanach mentalnych własnych, jak i dziecka. Ma to na celu umożliwienie matce rozumienia zachowania dziecka, bardziej wrażliwe reagowanie na jego potrzeby i dostarczanie mu emocjonalnego wsparcia. Ostatnie badania zespołu Suchman pokazują, że rodzicielska funkcja refleksyjna ma dwa główne wymiary:

- a. koncentracji na rodzicu, związany z jego możliwościami rozpoznawania własnych emocji i ich wpływu na dziecko,
- b. koncentracji na dziecku — związany z możliwościami rodzica do rozpoznawania emocji dziecka i ich wpływu na rodzica [15].

Podsumowując — matka uczy się nadawać sens zachowaniom i emocjonalnym doświadczeniom zarówno własnym, jak i dziecka, co zmniejsza ryzyko odreagowań związanych m.in. z rozregulowanym układem nagrody i brakiem wzmocnień w kontakcie z dzieckiem. By to umożliwić zespół pod kierunkiem Suchman [34, 35] opracował program 12 sesji terapii krótkoterminowej. Program ten — w przypadku uzależnionych matek — jest uzupełnieniem podstawowego programu leczenia uzależnień.

Z punktu widzenia teorii przywiązania, program MIO wspiera możliwości związane z samoregulacją matek, ale też wspiera je w nawiązywaniu relacji przywiązaniowych [35]. Celem terapeutów jest pomoc matkom w budowaniu relacji z dzieckiem i stworzenie możliwości cieszenia się rodzicielstwem, ale również radzenia sobie z drażliwością, nieposłuszeństwem, napadami złości u dzieci. Uzależnienie od substancji psychoaktywnych ma być w pewien sposób zastąpione poczuciem silnej więzi w relacji z dzieckiem. Kolejnym celem tej interwencji jest wspieranie potrzebujących matek w szukaniu bardziej długoterminowych form zaopiekowania się sobą — co staje się bardziej prawdopodobne, gdy beneficjenci tych programów mogli doświadczyć pozytywnej relacji terapeutycznej. Proponowana przez Suchman, DeCostę, Ordway i Bers [35] koncepcja krótkoterminowa terapii *Mothering from Inside Out* dla uzależnionych, ale też dla matek zmagających się z trudnościami w obszarze zdrowia psychicznego, łączy elementy terapii dyrektywnej — mającej określony cel, oraz terapii niedyrektywnej, gdzie terapeuta podąża za matką. W badaniach opisywanych przez zespół Suchman [35] terapię prowadzą zarówno terapeuci, ale też pielęgniarki psychiatryczne, pracownicy socjalni, psychologowie, jak również doktoranci psychologii. Wszystkie osoby prowadzące terapię brały udział w 8-, 12-tygodniowym szkoleniu dotyczącym zarówno koncepcji mentalizowania, jak i spo-

sobu prowadzenia terapii bazującej na tej koncepcji. Szkolenie polegało na omawianiu przypadków, odgrywaniu scenek z sesji oraz dyskusji na temat prezentowanego materiału. Krótkoterminowa terapia zakłada trzy etapy pracy:

1. zbudowanie sojuszu terapeutycznego z pacjentką,
2. mentalizowanie stanów psychicznych matki,
3. wspieranie matki w rozumieniu — mentalizowaniu stanów umysłowych dziecka.

W programie terapii krótkoterminowej *Mothering from Inside Out* biorą udział matki korzystające z terapii uzależnień, wychowujące małe dzieci, do 5. roku życia.

### 1. Budowanie sojuszu terapeutycznego

Pierwszym i najważniejszym celem terapii jest stworzenie oraz utrzymanie sojuszu terapeutycznego. Badania pokazują, że w grupie osób uzależnionych wiek, wyższy poziom motywacji przy początku leczenia, poczucie samoskuteczności i lepsze sposoby radzenia sobie oraz zaangażowanie w terapię i ufny styl przywiązania przewidują silniejszy sojusz terapeutyczny [41]. Niezależnie jednak od tych zmiennych, znaczenie ma sam sojusz. Uczestniczki terapii, które rozwinęły silniejszą więź z terapeutą, wynoszą z niej więcej korzyści: doświadczają większej redukcji stresu podczas leczenia, wcześniej też rozpoczynają abstynencję i lepiej radzą sobie z niepokojem [41]. W celu nadania ram, które umożliwiają rozwój sojuszu terapeutycznego, na pierwszym spotkaniu matce udzielane są informacje dotyczące settingu, czasu trwania terapii, ograniczonej dostępności terapeuty poza sesjami. Terapeuta opisuje sposób pracy: informuje, że terapia bazuje na koncepcji przywiązania i założeniu, że zachowania człowieka są pod silnym wpływem jego uczuć, myśli, a zachowania dziecka, nawet te trudne czy obciążające, można zrozumieć, odnosząc się do jego intencji pragnień oraz obaw. Terapeuta zachęca również matkę, by otwarcie mówiła o swoich obawach, wątpliwościach czy też uwagach krytycznych dotyczących terapeuty [34, 35].

Autorki programu podkreślają, że dla części pacjentek wyłącznym celem 12 sesji jest pracowanie nad sojuszem — bez możliwości przejścia do drugiego lub trzeciego etapu. Jednak dla tych osób możliwość wspólnej z terapeutą refleksji nad budowaniem relacji z drugą osobą: zaufaniem, złością, ale też lękami, które ta sytuacja budzi, może być istotnym doświadczeniem rozwojowym. Obserwacje kliniczne wskazują też, że matki najbardziej potrzebujące — niemające wsparcia społecznego, szerszego repertuaru strategii radzenia sobie ze stresem, mające mniejszą motywację do zmiany oraz tendencje, by postrzegać inne osoby w zagrażający sposób — mogą znaleźć się w grupie, w której kluczowym zagadnieniem 12 sesji będzie praca nad sojuszem i możliwością dostrzeżenia w terapii osoby pomocnej.

### 2. Mentalizowanie stanów psychicznych matki

W drugim etapie pracy, po ustanowieniu sojuszu terapeutycznego, celem staje się refleksja nad uczuciami matki. Nadużywanie środków psychoaktywnych zmniejsza tolerancję na stres — co może powodować, że matki z historią uzależnienia mogą mieć większe kłopoty w utrzymaniu funkcji refleksyjnej i łatwiej im reagować złością, drażliwością, co

w konsekwencji dodatkowo utrudnia im namysł nad uczuciami swoimi i dziecka. Podczas sesji to matka decyduje o temacie rozmowy. Suchman, DeCoste i Ordway [42] piszą, że matki chciały rozmawiać o bardzo różnych sprawach: walkach o władzę z dziećmi i między dziećmi, frustracji, żądaniach dzieci, ich przywieraniu do rodzica, zależności, nauce dobrych manier, ale poruszały również temat relacji z partnerem oraz innymi osobami w rodzinie, trudności w utrzymaniu abstynencji i lęku przed nawrotem choroby, frustracji przeżywanej w kontakcie z opieką społeczną. W takich sytuacjach terapeuta najpierw chce poznać perspektywę matki — jej ocenę sytuacji. Jeśli matka jest zła, że np. przedłużono jej nadzór kuratorki i chciałaby, żeby terapeuta pomógł jej odwołać się od tej decyzji, będzie on raczej próbował nakłonić matkę do możliwości rozmowy o jej uczuciach związanych z tą sytuacją, wspieraniu rozumienia przyczyn postępowania innych i samej siebie. Terapeuta może powiedzieć: *Chętnie zastanowię się nad tym z Panią, jak Pani rozumie, czemu kurator uważała, że powinnyście dalej współpracować? Czym według Pani to mogło być spowodowane?* Terapeuta wykazuje ciekawość i zaangażowanie w rozumienie sytuacji opisywanej przez matkę. Gdy uczucia matki związane ze stresującą dla niej sytuacją są wstępnie opracowane, a dziecko nie jest przedmiotem jej wypowiedzi, terapeuta będzie się starał wnieść temat dziecka do rozmowy — w czasie, który uzna za odpowiedni. Suchman i in. podkreślają [34, 35], że ważne jest, by nie działo się to jednak zbyt szybko: priorytetem jest przywrócenie matce możliwości myślenia. Stresujące z jej perspektywy sytuacje, szczególnie te, gdzie jej zdolność do mentalizowania jest zagrożona, powinny być omówione szczegółowo. Terapeuta zachęca do badania myśli, uczuć, intencji jej samej i dziecka — jeśli było w tę sytuację zaangażowane — ale też innych zaangażowanych osób. Jeśli matka przyjdzie na sesję pod wpływem silnych emocji związanych np. ze swoją prawnospołeczną sytuacją lub po kłótni z partnerem, zadaniem terapeuty jest wspierać ją w łączeniu faktów oraz identyfikowaniu towarzyszących im silnych uczuć. Mentalizowanie jest tu używane jako narzędzie umożliwiające odzyskanie równowagi, wewnętrznego spokoju, a w konsekwencji skupienie się na relacji z dzieckiem. Według zespołu Fonagy’ego [38], głównym celem terapii jest wymodelowanie sytuacji, w której nawet najbardziej skrajną złość czy trudną sytuację można rozumieć, próbując opracować ją w świetle myśli, pragnień, intencji i uczuć stojących zarówno za zachowaniami własnymi, jak i drugiej osoby. Podczas sesji terapeuta zachęca aktywnie matkę do badania jej sposobu myślenia o sobie oraz o innych, w tym o dziecku. Ułatwia to identyfikowanie uczuć czy nadawanie osobistych znaczeń oraz pewne związane z nimi zniekształcenia. Suchman i in. podają przykład [35] matki mówiącej terapeutce: *Jestem okropną matką, nie wiem i nie lubię bawić się z synem, nie jestem w stanie zapewnić mu najbardziej podstawowych rzeczy.* Autorzy piszą, iż w tej sytuacji terapeuta mógłby pomóc matce zbadać, czy wypowiedź ta służy raczej zapobieżeniu krytyce ze strony innych osób — gdyż matka sama siebie skrytykowała, czy też jest komunikowaniem przez nią wszechogarniającego poczucia winy.

Przykładem „zatrzymania”, w celu opracowania emocjonalnego znaczenia danego wydarzenia, jest pytanie terapeuty: *Co dla Pani znaczyło, gdy partner odmówił pomocy w opiece nad dziećmi? Gdy teściowa skrytykowała sposób, w jaki karmi Pani dziecko? Gdy miała Pani wrażenie, że pracownik socjalny ocenia panią krytycznie?* Kolejnym krokiem jest łączenie emocji z zachowaniem: *Czy myśli Pani, że złość odczuwana na partnera mogła wpłynąć na to, że pokłóciła się Pani z koleżanką z pracy/nakrzyczała na dziecko?* itd.



Celem terapii jest również zidentyfikowanie momentu załamania się zdolności matki do myślenia o własnych stanach psychicznych i pomoc jej w przywróceniu tej kompetencji. Momenty te mogą charakteryzować się nagłym brakiem koherencji wypowiedzi, zmianą tematu, przedłużającą się ciszą lub wyczuwaną przez terapeutę wrogością. Ludzie demonstrują trzy typy przedmentalizacyjnych trybów myślenia: tryb równoważności psychicznej, tryb teologiczny oraz tryb „na niby”, obserwowane w różnym nasileniu [36].

W trybie psychicznej równoważności matka może mieć trudności z rozróżnianiem wewnętrznej i zewnętrznej rzeczywistości. Może automatycznie zrównywać myśli i uczucia z konkretnym działaniem: gdy jest zła na określone zachowanie dziecka, uważa, że ono całe jest złe i natychmiast tak zaczyna je traktować. Może uważać, że terapeuta tak naprawdę nie jest zainteresowany matką, lecz jedynie wystawieniem rachunku itd. W trybie tym nie ma możliwości rozważania innych alternatyw rozumienia sytuacji — własne przekonania są traktowane jako dogmaty. Uniemożliwia to zachowanie dystansu czy obserwowanie własnych uczuć i myśli oraz próbę wykorzystania ich do rozumienia siebie lub dziecka.

W trybie teologicznym matka zrównuje fizyczną lub zewnętrzną rzeczywistość z jej wewnętrzną. Może zakładać, że np. asystent rodziny nie lubi jej — bo np. przez jeden dzień nie odbierał od niej telefonów lub nie zgodził się na dodatkowe spotkania. W takiej sytuacji wykazanie zrozumienia dla złości czy zagubienia matki, połączone ze wsparciem jej w zachowaniu dystansu i możliwości zbadania tej sytuacji, może pomóc wrócić do bardziej refleksyjnego sposobu doświadczania rzeczywistości. Pomocne w tym jest odzwierciedlenie uczuć doświadczanych przez matkę, tak by mogła rozpoznać swoje uczucia w terapii — ale nie jako jego uczucia, by poczuła i zobaczyła, że on pomaga jej zrozumieć jej własne stany emocjonalne. Według Suchman, DeCoste, Ordway i Bers [35, s. 422] „odzwierciedlanie doświadczenia (np. silnego uczucia zagrożenia, niebezpieczeństwa lub przerażenia), nawet jeśli bazującego na zniekształconej wizji rzeczywistości, może umożliwić matce doświadczenie bycie zrozumianą i ułatwić stworzenie pierwotnej reprezentacji (oraz regulacji) tego stanu afektywnego — co jest krytycznym pierwszym krokiem w stronę bardziej refleksyjnego funkcjonowania”.

Kiedy terapeuta zauważa, że uwaga matki jest zakłócona, że wyłącza się ona z kontaktu, sytuacja taka jest poddana przez niego refleksji. Może on spytać: *Co się z Panią działo, gdy przestała Pani mówić i wyciągnęła Pani telefon — o czym pani myślała? Przy czym Pani wtedy była myślami? Gdy terapeuta przestaje rozumieć sens wypowiedzi matki, ważne jest, by również uchwycić ten moment, mówiąc np. mam wrażenie, że przestałam Panią rozumieć, gdy nagle zmieniła Pani temat rozmowy? Czy możemy wrócić do poprzedniego tematu czy woli Pani kontynuować nowy?*

W trybie „na niby” wnioskowanie o stanach umysłu jest wykonywane bez realnego związku z rzeczywistością. Pacjent tłumaczy swoje trudności problemami osobowościowymi, trudną historią, złą relacją z matką, lecz w ocenie terapii jego wypowiedziom nie towarzyszy emocjonalny kontekst: treść jest oddzielona od składnika emocjonalnego. Matka może powiedzieć: chyba mam depresję, to może dlatego tak się zachowałam i gładko oraz z uśmiechem przejść do kolejnej opowieści. Terapeuta w swojej wypowiedzi może odnieść się do wypowiedzi matki i dopytać ją o znaczenie słowa „depresja” lub powiedzieć, że zastanawia go, iż pacjentka mówi o swojej depresji w pozbawiony emocji sposób.

Allen, Fonagy i Bateman [36] podkreślają, że w programie krótkoterminowej pracy bardzo ważne jest, by terapeuta dbał o przestrzeń dla matki — by to ona mogła myśleć, a nie by praca mentalizowania była wykonywana za nią. Suchman [35] zauważa również, że liczy się nie tyle wynik opracowywania przez matkę jej uczuć, myśli, stanów itd., ale sam proces mentalizowania.

### 3. Wspieranie matki w rozumieniu — mentalizowaniu stanów umysłowych dziecka

Trzecim etapem terapii jest utrzymywanie dziecka w matczynym umyśle. Celem podejmowanych na sesjach interwencji jest pomoc matce w byciu bardziej zaangażowaną i świadomą jego emocji i potrzeb. Według zespołu Suchman [35] korzystające z programu matki z uwagi na przeżywane napięcie, swoją historię, drażliwość wynikającą z abstynencji mogą mieć zawężoną możliwość rejestrowania i reagowania na emocje dziecka. Gdy matka sama czuje się spokojniejsza, terapeuta oraz matka badają obraz dziecka u matki i jego stany mentalne — szczególnie w sytuacjach, gdy dochodzi do trudnych, z perspektywy matki, zachowań.

Terapeuta zachęca pacjentki do zastanowienia się nad stanami emocjonalnymi towarzyszącymi zachowaniom dziecka i tym, dlaczego tak trudno jest mieć do nich dostęp. Dąży do poznania tych przekonań matki, które mogą być zakłócone, nieadekwatne i nieelastyczne. Jeśli matka jest dotknięta określoną cechą lub zachowaniem swojego dziecka, np. tym, że dziecko jest uparte lub ma wybuchy złości, terapeuta będzie zapraszał matkę do badania tego przekonania. Matka może narzekać, że jej dziecko jest marudne i płaczliwe. W trakcie terapii okazuje się, że wyrzuty matki związane są z jej założeniem, że nie ma osoby, do której ona mogłaby kierować swoje potrzeby i gdy dziecko kieruje swoje potrzeby do niej, ona czuje się przeciążona — i nie lubi tej reakcji u samej siebie. Czasem matka, z uwagi na swoją historię życia (sama nie mogła być „jęczącym” dzieckiem), z uwagi na dużą frustrację realizowania własnych potrzeb ma tendencje do reagowania impulsywnego, gdy prezentuje ono zachowania kojarzące się matce z jej własnymi frustracjami. Gdy uczucia matki zostaną nazwane — łatwiej je będzie jej nazwać uczucia u swojego dziecka [37].

Praca nad uznawaniem przez matkę stanów emocjonalnych dziecka może bazować na zadawaniu pytań dotyczących uczuć dziecka, np. *Jak Pani myśli, jak on mógł się czuć, kiedy powiedziała mu pani, że dzisiaj nie spotka się z tatą/ że nie może iść z Panią do sklepu/ że musi zostać z nową opiekunką?* Kolejnym krokiem jest wymodelowanie sytuacji myślenia o dziecku — m.in., jak uczucia wpływają na jego zachowania: *czy myśli Pani, że córka płakała, bo chciałyby spędzić z Panią więcej czasu/ nie chciała, żeby Pani wychodziła z domu/ gdzie było dziecko podczas Pani kłótni z mężem/ Jak myślisz, jak ona może doświadczać tego, co dzieje się między Wami?* Gdy matka odpowiada, że dziecko jest za małe, by rozumieć te sytuacje, tak więc nie przeszkadzają mu one, terapeuta może zauważyć: *zastanawiam się, czy jak ty jesteś zdenerwowana, czy twoje dziecko nie odczuwa tego w pewien sposób? — tak, by poszerzyć możliwości matki do rozumienia i dostrzegania jej wpływu na dziecko.*

Gdy terapeuta ma możliwość obserwowania interakcji matka – dziecko przed lub po sesji, omawia je, często udzielając głosu dziecku. Czyniąc to sugeruje, co może ono odczuwać, mówiąc do matki np. *Martwiłem się, że nie przyjdiesz!*

Jedną ze stosowanych przez terapeutów technik może być również nagrywanie interakcji między matką a dzieckiem i omawianie ich w kategorii pragnień, intencji i emocji doświadczonych przez dzieci podczas interakcji. Terapeuta wybiera momenty, kiedy w interakcji między matką a dzieckiem była synchronia — lub jej brak, i zachęca matkę do refleksji nad stanem umysłu własnym i dziecka. Dodatkowo, matki nadużywające substancji psychoaktywnych często nie mają informacji dotyczących rozwoju dziecka.

Modelem, na którym bazuje opisana terapia jest koncepcja przywiązania Johna Bowlby'ego [23]. Autorki podkreślają, że przedstawiony powyżej opis trzech celów/etapów pracy nie zawsze jest możliwy do zrealizowania podczas 12 sesji.

Przeprowadzone do tej pory analizy wskazują jednak na istotne efekty programu. W badaniu prowadzonym przez zespół Suchman [15, 35] wzięło udział 47 kobiet. 23 z nich przydzielono do grupy korzystającej z krótkoterminowej terapii indywidualnej bazującej na mentalizowaniu, a 24 osoby uczestniczyły w programie edukacyjnym. W badaniu opisanym przez zespół w publikacjach z 2010 oraz 2011 [15, 35] roku grupa eksperymentalna, korzystająca z terapii indywidualnej, została „roboczo” nazwana jako *Mother–Toddler Program* (MTP), program ten następnie został przekształcony w projekt *Mothering from Inside Out*. Regularnie w terapii uczestniczyło 72% kobiet z grupy MTP i 78% z grupy psychoedukacyjnej. Zmianę w zakresie zachowań opiekuńczych względem dziecka zaobserwowano u matek uczestniczących w terapii MTP. W tej grupie także zaobserwowano niewielką różnicę w osłabieniu objawów depresji i innych zaburzeń psychicznych zmienne te były kontrolowane przed i po terapii. W obu grupach (MTP i psychoedukacyjnej) natomiast zaobserwowano umiarkowany spadek zażywania narkotyków. Funkcjonowanie refleksyjne matek z obydwu grup: zarówno psychoedukacyjnej, jak i MTP, badane na podstawie Parent Development — Interview Revised [15] znajdowało się poniżej średniej. Parent Development — Interview Revised umożliwia ocenę przedstawionych powyżej dwóch wymiarów funkcji refleksyjnej matki: skoncentrowanej na sobie i na dziecku. W ustrukturyzowanym wywiadzie Parent Development — Interview Revised mentalizowanie skoncentrowane na sobie badane jest na podstawie pytań, takich jak: *w jaki sposób posiadanie dziecka zmieniło Panią?; czy czasem jako rodzic czuje się Pani „potrzebująca”?*; *czy kiedykolwiek, jako rodzic, czuła się Pani zła?; co w byciu rodzicem jest dla Pani najtrudniejsze i najbardziej bolesne?* Mentalizowanie stanów psychicznych dziecka badane jest poprzez pytania, takie jak np.: *czy dziecko mogło kiedykolwiek poczuć się odrzucone?; proszę opowiedzieć o ostatnim czasie, kiedy dziecko było naprawdę zmartwione, proszę opowiedzieć o czasie, kiedy Pani i dziecko byliście od siebie oddzieleni*. Po udziale w programie MTP zaobserwowano istotną poprawę w wymiarze mentalizowania skoncentrowanego na sobie. Matki z grupy MTP, w porównaniu z matkami z grupy psychoedukacyjnej, miały większe możliwości myślenia o własnych stanach psychicznych: np. silnych emocjach i ich wpływie na dziecko. Funkcjonowanie refleksyjne matek w wymiarze koncentracji na sobie związane było z poprawą relacji z dzieckiem. Dzieci matek z grupy MTP więcej się komunikowały i były bardziej responsywne wobec matek niż dzieci z grupy psychoedukacyjnej.

Dodatkowo, badania prowadzone nad skutecznością programu *Mothering from Inside Out* w populacji kobiet korzystających z leczenia psychiatrycznego [34] wykazały, że ukończenie terapii związane było z istotną poprawą funkcji refleksyjnej, objawów psychiatrycznych oraz stresu rodzicielskiego.

Suchman [34] podkreśla również, że jednym z najtrudniejszych zadań jest dotarcie do matek nadużywających substancji psychoaktywnych i zachęcenie ich do udziału w terapii. Niechęć do skorzystania z pomocy psychologicznej jest w części związana z niepokojem związanym możliwością odebrania dziecka — gdyby odsłoniły się pewne trudności matki. Z drugiej strony część matek nie ma możliwości pozostawienia dziecka pod opieką innych osób [43, 44]. Trudności te można jednak przezwyciężyć, zapewniając możliwość opieki nad dziećmi. Uczestniczące w terapii kobiety otrzymywały również bezpłatne bilety umożliwiające dojazd na terapię.

Program *Mothering from Inside Out* jest również próbą zoperacjonalizowania psychodynamicznych pojęć, tak by umożliwić ilościową ewaluację terapii. Rutherford i Suchman [45] podkreślają związek programów wspierających rodzicielstwo, w tym MIO, z tezami Donalda W. Winnicotta [46], który pisał o „pierwotnym macierzyńskim zaangażowaniu”. Jest to stan, gdy myśli, uczucia, niepokoje młodej matki — na kilka tygodni przed porodem i kilka tygodni po nim — całkowicie koncentrują się na noworodku. Wiedza neurobiopsychologiczna oraz badania naukowe pokazują, że silny stres matki, jej depresja, lęk, ale też uzależnienie, utrudniają adaptację do zmian związanych z opieką nad dzieckiem, pozbawiają matkę ewolucyjnych, neurobiologicznych „profitów”, takich jak wspomniana aktywizacja mózgowego układu nagrody. Ma to konsekwencje dla dziecka. Mózg matek uzależnionych gorzej „widzi” sygnały wysyłane przez dziecko [26]. W zależności od temperamentu dziecka może się ono w takich sytuacjach wycofywać lub nasilać swoje komunikaty — co potęgować może pełną irytacji, niechętną bądź zniecierpliwioną odpowiedź rodzica. Dziecko jest więc niewidziane — lub widziane jako złośliwe, niegrzeczne. Według Winnicotta [46] dziecko odkrywa siebie będąc widziane przez matkę. We wspomnianych sytuacjach dziecko jednak może widzieć siebie w krzywym zwierciadle zniekształconych reprezentacji rodzica. Według Fonagy’ego [38] poczucie bycia widzianym jest istotne dla dalszego rozwoju — daje dziecku poczucie bezpieczeństwa oraz poczucie, że — z różnymi uczuciami, stanami, pragnieniami, intencjami — jest całością.

Wczesne interwencje ukierunkowane na rozwój funkcji refleksyjnej — obserwowalnej i mierzalnej umiejętności, która — według Suchman [34, 35] i Fonagy’ego [38] — jest podstawą do zawierania i regulowania uczuć, mogą wesprzeć zarówno matkę, jak i dziecko. Zarówno matka może otrzymać pomoc w zobaczeniu swojego dziecka, jak i w konsekwencji dziecko może czuć się całością odzwierciedlane w jej oczach.

Z uwagi na kontekst społeczny i rozpowszechnienie uzależnienia zarówno od alkoholu, jak i substancji psychoaktywnych w Polsce [1], ważne wydaje się zarówno poszerzenie oferty ośrodków terapii uzależnień o programy terapeutyczne skierowane dla rodziców małych dzieci, jak i uznanie faktu, iż sama abstynencja uzależnionego rodzica nie zawsze pełni wystarczającą funkcję ochronną dla rozwoju dziecka. Prowadzone i przedstawione w artykule badania naukowe pokazują, że krótkoterminowa, ograniczona do 12 sesji psychoterapia prowadzona jako uzupełnienie leczenia uzależnień, nie tylko poprawia zdolność matek do refleksji nad własnymi stanami mentalnymi, ale też przekłada się na bardziej optymalny rozwój dziecka.

## Piśmiennictwo

1. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T, Moskalewicz J, Wciórka J, Stokwiszewski J, et al. Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku—badanie EZOP Polska. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(1): 15–27.
2. Stanger C, Higgins ST, Bickel WK, Elk R, Grabowski J, Schmitz J, et al. Behavioral and emotional problems among children of cocaine- and opiate-dependent parents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1999; 38(4): 421–428.
3. Cox S, Posner SF, Kourtis AP, Jamieson DJ. Hospitalizations with amphetamine abuse among pregnant women. *Obstet. Gynecol.* 2008; 111: 341.
4. Terplan M, Smith EJ, Kozloski MJ, Pollack HA. Methamphetamine use among pregnant women. *Obstet. Gynecol.* 2009; 113(6): 1285–1291.
5. French E. Substance abuse in pregnancy: compassionate and competent care for the patient in labor. *Clin. Obstet. Gynecol.* 2013; 56(1): 173–177.
6. Hoare J. Drug misuse declared: Findings from the 2008/09 British Crime Survey England and Wales. *Home Office Statistical Bulletin* 2009; 12.
7. Raport — 2012 European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. The State of the Drugs Problems in Europe. Annual Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2012. [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_190854\\_EN\\_TDA-C12001ENC\\_.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_190854_EN_TDA-C12001ENC_.pdf)
8. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Applied Studies; 2010. <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHNationalFindingsResults2010-web/2k10ResultsRev/NSDUHresultsRev2010.pdf>.
9. Minnes S, Land A, Singer L. Prenatal Tobacco, marijuana, stimulant and opiate exposure: outcomes and practice implications. *Addict. Sci. Clin. Pract.* 2011 6(1): 57–70.
10. Gfoerer J, Ebrahim S. Pregnancy-related substance use in the United States during 1996–1998. *Obstet. Gynecol.* 2003; 101(2): 374–379.
11. Gottwald SR, Thurman SK. The effects of prenatal cocaine exposure on mother infant interaction and infant arousal in the newborn period. *Topics in Early Childhood Special Education* 1994; 14: 217–231. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&retmode=ref&cmd=prlinks&id=18822371>
12. Faden VB, Graubard, Bl. Maternal substance use during pregnancy and developmental outcome at age three. *J. Subst. Abuse* 2000; 12(4): 329–340.
13. Eiden RD. Maternal substance use and mother-infant feeding interactions. *J. Infant Ment. Health* 2001; 22: 497–511.
14. Mayes L, Truman S. Substance abuse and parenting. *Handbook of parenting.* 2002; 4: 329–359.
15. Suchman NE, DeCoste C, Leigh D, Borelli J. Reflective functioning in mothers with drug use disorders: Implications for dyadic interactions with infants and toddlers. *Attach. Hum. Dev.* 2010; 12(6): 567–585.
16. Hans SL. Studies of prenatal exposure to drugs focusing on parental care of children. *Neurotoxicol. Teratol.* 2002; 24: 329–337.
17. Leventhal JM, Forsyth BW, Qi K, Johnson L, Schroeder D, Votto N. Maltreatment of children born to women who used cocaine during pregnancy: a population-based study. *Pediatrics* 1997; 100.2: e7–e7.
18. Espinosa M, Beckwith L, Howard J, Tyler R, Swanson K. Maternal psychopathology and attachment in toddlers of heavy cocaine-using mothers. *Inf. Ment. Health J.* 2001; 23: 316–333.

19. Beeghly M, Frank DA, Rose-Jacobs R, Cabral H, Tronick E. Level of prenatal cocaine exposure and infant-caregiver attachment behavior. *Neurotoxicol Teratol.* 2003; 25(1): 23–38.
20. De Rick A, Vanheule S. Attachment styles in alcoholic inpatients. *Eur. Addict. Res.* 2007; 13(2): 101–108.
21. Thorberg FA, Lyvers M. Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addict. Behav.* 2006; 31(4): 732–737.
22. Barnard M, McKeganey N. The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help? *Addiction* 2004; 99(5): 552–559.
23. Bowlby J. *Przywiązanie*. Warszawa: PWN; 2007.
24. Feldman R. Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2007; 48(3–4): 329–354.
25. Rutherford H, Williams S, Moy S, Mayes L, Johns J. Disruption of maternal parenting circuitry by addictive process: rewiring of reward and stress systems. *Front. Psychiatry.* 2011; 2: 37.
26. Landi N, Montoya J, Kober H, Rutherford HJ, Mencl WE, Worhunsky PD, et al. Maternal neural responses to infant cries and faces: relationships with substance use. *Front Psychiatry* 2011; 2: 32. doi: 10.3389/fpsy.2011.00032.
27. Nestler EJ, Carlezon WA Jr. The mesolimbic dopamine reward circuit in depression. *Biol. Psychiatry* 2006; 59, 1151–1159.
28. Luu P, Malenka CR. Spike timing-dependent long-term potentiation in ventral tegmental area dopamine cells requires PKC. *J. Neurophysiol.* 2008; 100: 533–538.
29. Szukalski B. Neurobiologiczne podstawy uzależnienia od narkotyków. *Farm. Pol.* 2009; 65: 655–664.
30. Solomon RL. An opponent-process theory of acquired motivation. The affective dynamics of addiction. W: Maser JD, Seligman MEP, red. *Psychopathology: experimental models*. San Francisco: W.H. Freeman; 1977.
31. Kostowski W. Uzależnienia: podstawowe pojęcia i teorie. *Psychiatria* 2005; 2(2): 61–76.
32. Sadowski B. Biologiczne mechanizmy zachowania się ludzi i zwierząt. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2001, s. 482–490.
33. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New Engl. J. Med.* 2016; 374(4): 363–371.
34. Suchman NE, DeCoste C, Castiglioni N, McMahon T J, Rounsaville B, Mayes L. The Mothers and Toddlers Program, an attachment-based parenting intervention for substance using women: Post-treatment results from a randomized clinical pilot. *Attach. Hum. Dev.* 2010; 12(5): 483–504.
35. Suchman NE, DeCoste C, Ordway MR, Bers S. *Mothering from the Inside Out. A mentalization-based Individual therapy for mothers with substance use disorders* W: Suchman NE, Pajulo M, Mayes LC, red. *Parenting and substance abuse: developmental approaches to intervention*. Oxford University Press; 2013.
36. Allen JG, Cierpisz M, Fonagy P, Bateman A. *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
37. Slade A, Sadler L, Dios-Kenn CD, Webb D, Currier-Ezepchick J, Mayes L. Minding the baby: a reflective parenting program. *Psychoanal. St. Child.* 2005; 60: 74–100.
38. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, red. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Karnac Books; 2004.
39. Grienemberger J, Kelly K, Slade A. Maternal reflective functioning, mother–infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed

- caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attach. Hum. Dev.* 2005; 7: 299–311.
40. Baudry C, Tarabulsky GM, Atkinson L. i in. *Prev. Sci.* (2017) 18: 116. doi:10.1007/s11121-016-0731-7
  41. Meier PS, Barrowclough C, Donmall MC. The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction* 2005; 100: 304–316.
  42. Suchman NE, Ordway MR., de las Heras Kuhn, L., McMahon, T. J. Mothering from the Inside Out: results of a pilot study testing a mentalization-based therapy for mothers enrolled in mental health services. *Attach. Hum. Dev.* 2016,18(6):596-617.
  43. Greenfield SF, Brooks AJ, Gordon SM, Green CA, Kropp F, McHugh RK i inn. Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug Alcohol Depend.* 2007; 86(1): 1–21.
  44. Lester BM, Twomey JE. Treatment of substance abuse during pregnancy. *Womens Health* 2008; 4(1): 67–77.
  45. Rutherford H, Suchman N. The neuroscience of parental addiction and its implication for intervention: Can the emotional reward of caring for infants be recovered? Konferencja Parenting Neuroscience Intervention – Conference, Yale — UCL Bridge, 14.12.2014.
  46. Winnicott DW. *Dzieci i ich matki*. Warszawa: W.A.B., 1984.

Adres: psymcd@ug.edu.pl