

Magdalena Chrzan-Dętkoś

## DEPRESJA MATKI W DOŚWIADCZENIU JEJ DZIECKA. STUDIA PRZYPADKÓW

### CHILD EXPERIENCE OF MATERNAL DEPRESSION. CASE STUDIES

Uniwersytet Gdański, Instytut Psychologii, Zakład Psychologii i Psychopatologii Rozwoju

**psychotherapy  
postpartum depression  
mother-child dyad**

#### Streszczenie

*Celem artykułu jest opis doświadczeń dziecka, którego matka choruje na depresję. Badania populacyjne pokazują, że — mimo iż na depresję choruje około 6% populacji — na depresję przed- i poporodową choruje 12–20% kobiet, co oznacza, iż obecnie w Polsce od ok. 48 tys. do ponad 73 tys. kobiet ma rozpoznanie depresji lub stanów subdepresyjnych. Wyniki badań pokazują, że dzieci matek chorujących na depresję, zarówno niemowlęta, jak i dzieci w wieku przedszkolnym, mogą doświadczać jej długofalowych konsekwencji w rozwoju poznawczym i emocjonalno-społecznym. Zgodnie z wynikami badań psychoterapeutyczne i/lub farmakologiczne leczenie matki, mimo iż przyczynia się do zmniejszenia objawów choroby, nie wystarcza, by poprawić relacje między nią a dzieckiem oraz pełnić ochronną funkcję wobec jego rozwoju. W artykule przedstawiono opis badań dotyczących efektywnych działań profilaktycznych wobec zagrożonych diad matka — dziecko i pracy terapeutycznej z dziećmi, których matki chorowały na depresję w pierwszych 3 latach po porodzie.*

#### Summary

The aim of this article is to describe the experiences of children whose mothers suffer from postpartum depression. Population studies show that although depression affects about 6% of people in the population, pre-natal and post-natal depression affects 12-20% of women. This means that, at present, in Poland depression and subdepression is experienced by about 48 to over 73 thousand women. Studies show that maternal depression has long-term consequences for cognitive and emotional development, both in infants and pre-school children. In addition, studies show that the mothers' own treatment, both psychotherapeutic and/or pharmacological, while contributing to the reduction of depressive symptoms, is not sufficient to improve the relationship between mother and child. The article presents a review of research of effective interventions with depressed mothers and their infants. It also presents a description of therapeutic work with children whose mothers were depressed in the first 3 years after childbirth.

*Szlochala matka, plakał ojciec  
Kiedy samotny i bezradny,  
Jak diablik w chmurze, z tą fujarką  
w ręce, skoczyłem w przepaść świata.  
Szamocząc się w ramionach ojca,  
okrutne pieluch rwąc kajdany,  
Cichłem, kiedy na piersiach matki,  
Bezślowny smutek mnie oplatał.*

William Blake, Poezje wybrane (Państwowy Instytut Wydawniczy, 1972).

### Wprowadzenie

Problem depresji okołoporodowej jest powszechny: dotyka ona około 13–20% kobiet w krajach wysoko rozwiniętych [1, 2]. W okresie ciąży na depresję choruje 12% kobiet [3, 4]. Depresja w okresie ciąży i po porodzie to często kontinuum; chroniczny stan depresyjny doświadczany w okresie okołoporodowym. Wyniki badań populacyjnych Avon Longitudinal Study of Parents and Children prowadzonych w Wielkiej Brytanii pokazują, że depresja matki, która rozpoczyna się między 2. a 8. miesiącem po porodzie, ma tendencję, by stawać się chroniczną: matki, które zachorowały w tym przedziale czasowym, były istotnie częściej chore również 11 lat później [5].

Według badań Becka [6], mających duże znaczenie dla projektowania testów przesiewowych i diagnozy, występowanie depresji w ciąży pozwala przewidzieć wystąpienie depresji poporodowej. W klasyfikacji DSM-V zdecydowano się uszczegółowić podtypy depresji poporodowej, uwzględniając depresję rozpoczynającą się już w okresie ciąży — wyróżnienie tego podtypu ma szczególne znaczenie ze względu na zwiększone ryzyko samobójstwa matki. Inne wymieniane w literaturze czynniki ryzyka depresji poporodowej to: młody wiek matki, krótka historia jej edukacji, wcześniejsze epizody depresji, nieprawidłowości w rozwoju urodzonego dziecka, niskie poczucie własnej skuteczności jako rodzica, trudności w związku i wystąpienie stresujących wydarzeń życiowych [6]. Co ważne, czynniki psychospołeczne, np. bieda, trudności w związku czy stresujące wydarzenia życiowe, pozwalają przewidzieć wystąpienie depresji poporodowej skuteczniej niż czynniki biologiczne oraz zmiany hormonalne. Depresja poporodowa trwa przeciętnie od 2 do 6 miesięcy, chociaż w niektórych przypadkach może trwać nawet ponad rok. 50% przypadków zachorowań obserwuje się w ciągu pierwszych trzech miesięcy po porodzie, a 75% — podczas pierwszych siedmiu miesięcy [7].

Według wyników badań depresja matki zwiększa ryzyko zaburzeń psychicznych dziecka bardziej niż palenie w ciąży, choroba alkoholowa, a nawet doświadczanie przemocy emocjonalnej i fizycznej [8]. Zespół badaczy prowadzony przez Milgrom [9] wykazał związek wrażliwości macierzyńskiej z atypowymi wzorcami rozwoju niemowląt oraz trudnościami temperamentnymi dzieci matek z depresją poporodową w 48. miesiącu ich życia. Badacze wykazali również niższy iloraz inteligencji u dzieci matek dotkniętych depresją po porodzie, co potwierdza długotrwały wpływ kondycji psychicznej matki na funkcjonowanie dzieci. Cytowane już longitudinalne badanie ALSPAC wykazało, iż dzieci

matek chorych na depresję poporodową w porównaniu z dziećmi matek niechorujących czterokrotnie częściej mają trudności z zachowaniem (między 3. a 4. rokiem życia), są dwukrotnie bardziej narażone na trudności z nauką matematyki w 16. r.ż. i mają siedmiokrotnie wyższe ryzyko zachorowania na depresję w 18. roku życia [5].

Pierwszy rok życia to okres ważny dla rozwoju samoregulacji niemowlęcia, co jest jedną z przyczyn, dla których depresja poporodowa matki skutkuje negatywnymi konsekwencjami dla rozwoju dziecka. Samoregulacja niemowlęcia jest kompetencją w dużym stopniu zależną od interakcji z głównymi opiekunami: od ich wrażliwości i responsywności na komunikaty wysyłane przez dziecko. Depresja poporodowa uszkadza zdolności matki do wrażliwego reagowania, w tym dostrzegania sygnałów wysyłanych przez niemowlę, co negatywnie wpływa na relacje matka — niemowlę i na kompetencje dziecka związane z radzeniem sobie z emocjami i odpornością na stres [10]. Trudności matki w reagowaniu i interpretowaniu sygnałów wysyłanych przez dziecko oraz wzorce interakcyjne, którymi w związku z tym posługuje się już nawet 4-miesięczne niemowlę, wydają się współtworzyć mechanizm kluczowy dla zrozumienia wpływu negatywnego nastroju matki na rozwój dziecka.

Dysponujemy dużą wiedzą o depresji u matek; w większości krajów europejskich realizuje się badania przesiewowe umożliwiające wczesną identyfikację kobiet z grupy ryzyka zachorowania. Ważnym jednak dylematem wciąż pozostaje adekwatna pomoc i leczenie. Interwencje psychologiczne i psychiatryczne skoncentrowane wyłącznie na osłabianiu objawów depresji u matki nie są w stanie pełnić funkcji ochronnej wobec rozwoju dziecka. Mimo iż większość interwencji wiąże się z istotną poprawą nastroju matki, nie zmniejszają one ryzyka dla dziecka [12–14]. Cooper i współpracownicy [za: 13] porównali skuteczność doradztwa, psychoterapii psychodynamicznej, terapii poznawczo-behawioralnej i opieki standardowej. Największą skuteczność zaobserwowano dla terapii psychodynamicznej. Mimo osłabienia objawów depresji — w porównaniu z opieką standardową (tzw. treatment as usual), efekty nie utrzymały się po pomiarze w 9. miesiącu od zakończenia terapii. Zespół naukowców pod kierunkiem Logsdon [13] wykazał znaczną redukcję objawów depresji 8 tygodni po leczeniu farmakologicznym (nortriptyliną oraz sertralina). Farmakologia nie miała jednak wpływu na jakość relacji matka — dziecko. Działania zmieniające relacje między matką i dzieckiem to te, które obejmowały zarówno matkę, jak i niemowlę — np. takie, w których uczestniczyły doświadczone pielęgniarki i których celem było wspieranie responsywności matki [14, 15].

Interwencje prowadzące do osłabienia objawów depresji u matek nie przekładają się na jakościowe zmiany w ich relacji z dziećmi, co stanowi interesującą prawidłowość. Być może jest to związane z tym, iż ewaluowane terapie były krótkoterminowe i nie dawały możliwości zmiany wzorców wchodzenia w relację. Patrząc z perspektywy psychodynamicznej, korzystając również z wyników badań dotyczących stosowania farmakoterapii [13] można założyć, że sama poprawa objawowa u matek nie zmienia ich interpersonalnego funkcjonowania oraz depresyjnych mechanizmów funkcjonowania osobowości. Dopiero opracowanie tych wzorców w długoterminowej terapii daje możliwość zmiany funkcjonowania w bliskiej relacji. Dodatkowo, jak pokazują badania zespołu Beebe [10], depresja matki zmienia wzorce interakcyjne w diadzie matka — dziecko — wpływa nie tylko na funkcjonowanie matki, ale również dziecka. Niemowlę, przyzwyczajone do

braku responsywności opiekuna, może wysyłać mniej komunikatów — co również może wpływać na utrzymujący się brak dostrojenia w diadzie. Można by postawić hipotezę, iż połączenie terapii z modelowaniem pewnych zachowań opiekuńczych, możliwe dzięki kontaktowi młodej matki z pielęgniarkami i położnymi, umożliwia zmianę wzorców interakcji z niemowlęciem. Wyniki badania Salomonssona i Sandella [16], poświęconego skuteczności psychoanalitycznie zorientowanej terapii diady matka — dziecko, pokazują, że nie wszystkie matki są w stanie korzystać z niej. Zdaniem tych badaczy niektóre młode matki doświadczają specyficznego stanu umysłu, określonego jako „porzucenie”: np. czują się zostawione przez partnera czy inne ważne osoby w swoim życiu. W takich okolicznościach postrzegają dziecko jako rywalizujące z ich potrzebami otrzymania opieki od innych i nie są w stanie efektywnie korzystać z samej psychoanalitycznej terapii matka — dziecko. Potrzebują konkretnych porad i wsparcia w codziennej opiece nad dzieckiem. Skuteczniejsze w przypadku takich diad, zarówno dla matek, jak i dla relacji z dzieckiem, okazały się standardowe, realizowane w szwedzkim systemie opieki zdrowotnej regularne i częste wizyty położnych.

Na pytanie o to, jak depresja głównego opiekuna wpływa na dziecko i dlaczego sama terapia matki może nie być wystarczająca, odpowiedzię mogą wyniki eksperymentów z zakresu psychologii rozwojowej oraz analizy przypadków klinicznych. Depresja matki to forma niewidzenia dziecka. Określony wzorzec interakcji między matką i dzieckiem kształtuje się w okresie, gdy rodzic, z uwagi na swój stan, nie jest w stanie wrażliwie reagować na sygnały wysyłane przez dziecko [10]. 3-, 4-miesięczne niemowlęta dysponują już stosunkowo rozbudowanymi reprezentacjami procedur. Oczekują spójności reakcji w odpowiedzi na swoje zachowanie [17]. Optymalnym dla rozwoju niemowlęcia (w tym rozwoju ufnego stylu przywiązania) zakresem spójności w diadzie matka — dziecko jest zakres średni [18]. Wysoka spójność w relacji odpowiada stanowi niepokoju i pobudzenia oraz wiąże się z unikającym przywiązaniem. Niska spójność wiąże się natomiast z zahamowaniem lub wycofaniem z kontaktu.

Zespół pod kierunkiem Beatrice Beebe [10] zbadał i opisał wzorce interakcyjne w diadzie niemowlę — matka chorująca na depresję. Już w 4. miesiącu życia wzorce interakcyjne niemowląt depresyjnych matek różnią się od wzorców niemowląt mających zdrowe matki. W diadach depresyjnych matek i ich niemowląt obserwuje się niższą niż u niedepresyjnych matek i ich dzieci koordynację wzorców patrzenia, a także wspólny wzorzec wzrokowego wycofania. W takich diadach każdy partner interakcji patrzy na twarz drugiej osoby przez znacznie dłuższy czas niż w diadach w grupie kontrolnej. Wzorzec patrzenia przez niemowlęta depresyjnych matek określono jako „czujny”. Matki i niemowlęta są przez to mniej przewidywalnymi partnerami interakcji: patrzą na siebie dłużej, ale mniej synchronizują swoje zachowanie. Mimo obniżonej koordynacji patrzenia, depresyjne matki, w porównaniu z matkami z grupy kontrolnej, zwiększały koordynację z afektem dziecka. Stawały się nadmiernie podekscytowane, gdy dzieci przejawiały pozytywny afekt, a nadmiernie rozczarowane, gdy dzieci były rozdrażnione lub miały negatywny nastrój. Niemowlęta depresyjnych matek cechowały się także podwyższoną spójnością koordynacji dotyku. Dzieci te chętniej dotykały matkę, gdy jej dotyk był serdeczny, a mniej chętnie — gdy stawał się mniej czuły, a bardziej intruzywny. Dzieci z grupy kontrolnej nie koordynowały w ten sposób swoich wzorców dotyku, dotykały matkę niezależnie od jej afektu. Podwyższenie

afektywnej i dotykowej koordynacji przez dzieci w odpowiedzi na stany matki wskazuje na ich interpersonalną czujność. Te wzorce interakcyjne pokazują, że dziecko już w 4. miesiącu życia nie może swobodnie „korzystać” z obecności opiekuna, lecz dostosowuje swój afekt i zachowania do afektu i zachowań matki. Przytoczone wyniki pokazują również sposób, w jaki depresja matki zakłóca oczekiwania interakcyjne dziecka i tworzy sytuację, w której dziecko staje się nadmiernie czujne na sygnały wysyłane przez drugą osobę.

Innym badaniem, poświęconym poznaniu reakcji dziecka na wycofanie emocjonalne rodzica, towarzyszące depresji, jest eksperyment *still face* Edwarda Tronica<sup>1</sup> [11] — krótkie nagranie z badań dostępne jest w internecie (link w przypisie). W filmie pokazującym reakcję dziecka na niereagującą twarz matki wyraźnie widać, że niemowlę jest tym wzburzone, oraz że szybka odpowiedź emocjonalna matki, polegająca na dostrzeżeniu napięcia dziecka, przynosi mu ulgę i ukojenie. Niemowlę, którego komunikatów, zachowań, afektów matka przez dłuższy czas nie odzwierciedla, pozostając w kontakcie z „maskowatą twarzą” głównego opiekuna, doświadcza bolesnych przerw w kontakcie. Jego uczucia, intencje, pragnienia nie są odzwierciedlane i regulowane, a procesy te stanowią kluczowy warunek samodzielnego regulowania doświadczenia przez dziecko. Niemowlęta i małe dzieci potrzebują rodziców — dorosłych, którzy wspierają je w procesie samoregulacji i reagują na wysyłane przez nich sygnały. Przytoczone badania Tronica [11], zespołu pod kierunkiem Beebe [10] i Jaffe [18] pokazują, iż w przypadku depresji matki proces ten ulega odwróceniu i dziecko wycofuje się lub rozwija nadmierną czujność na sygnały wysyłane przez matkę. Salomonsson [19] uważa, że dziecku chorej na depresję matki trudno tolerować nie tyle lęk wywoływany przez brak kontaktu z nią i jej reakcji, co raczej silne lub chroniczne napięcie. Niezaspokojone pragnienia i napięcia dziecka, nie pomieszczone przez matkę, wracają do niego dodatkowo obciążone złożonymi i często silnymi uczuciami matki. Emanuel [20] uważa, że dziecko może nieświadomie przeżywać niemożliwość przyjmowania i pomieszczenia uczuć przez depresyjną matkę jako niechęć lub nawet agresję. Stan wewnętrznego prześladowania czy udręczenia rośnie, co w konsekwencji nasila lęk niemowlęcia, co może prowadzić do sytuacji „błędnego koła” interakcyjnego. Małe dziecko „wpycha” swoje uczucia złości, niechęci itd. w matkę z nasilającą się złością i siłą, bo liczy na to, że w końcu uzyska odpowiedź. Jednak odpowiedź nie nadchodzi lub jest nieadekwatna: matka może nie reagować lub reagować rozczarowaniem i niepokojem, co w konsekwencji wymaga tworzenia przez dziecko organizacji obronnej już od pierwszych miesięcy życia. Według koncepcji psychoanalitycznych, niemowlęta rozwijają zróżnicowane, zależne od swojego temperamentu obronne formy zachowania, umożliwiające im radzenie sobie z długimi okresami braku uwagi matki, jej niespójnymi i nieprzewidywalnymi reakcjami. Upraszczając, niemowlęta mają dwie możliwości: mogą identyfikować się z niereagującą, nieobecną matką lub nadmiernie szybko rozwijać kompetencje związane z samodzielnym radzeniem sobie i niezależnością [20].

Oba typy organizacji obronnych chciałabym zilustrować przykładami klinicznymi z indywidualnej psychoterapii dwójki dzieci oraz terapii rodzic — dziecko. Opiszę pracę z dziećmi w różnym wieku: najmłodsze ma 3 lata, najstarsze — 9 lat. W każdym z przy-

<sup>1</sup> Film do obejrzenia tutaj: <https://www.youtube.com/watch?v=apzXGEBzht0>

kładów, niezależnie od wieku dziecka, widać, w jaki sposób wczesne doświadczenia przyczyniły się do określonego postrzegania samego siebie i budowania relacji z innymi.

## Material kliniczny

### Studium kliniczne nr 1

W pierwszym przykładzie przedstawię dziecko zidentyfikowane z niereagującym, wycofanym rodzicem. Dziewczynka, którą nazwę imieniem Kasia, podobnie jak inne dzieci rozwijające podobne obrony, unikała kontaktu wzrokowego, koncentrowała wzrok na suficie lub przedmiotach. Takie zachowanie może kojarzyć się jako depresyjne lub autystyczne i powtarza się wedle obserwacji terapeutów (głównie psychoanalitycznych i psychodynamicznych) pracujących z diadami matka — dziecko. Podobne zachowania opisuje klasyfikacja DC 0–3 R [21], której autorzy podkreślają trudność zróżnicowania całościowych zaburzeń rozwoju oraz zaburzeń depresyjnych u dzieci w wieku poniżej 3 lat. Niemowlęta i małe dzieci z tej grupy mogą doświadczać lęków przed byciem samemu, mają trudności ze ssaniem/jedzeniem oraz ze spaniem [19]. Uważa się, iż im bardziej matka jest nieświadomie destrukcyjna dla siebie, tym trudniej jest dziecku się od niej separować. Poniżej przedstawię pracę z tak funkcjonującym dzieckiem.

Powodem zgłoszenia 32-miesięcznej dziewczynki do psychologa były jej niepokojące zachowania. Nie mówiła, od ponad pół roku bardzo trudno było z nią nawiązać kontakt, nie bawiła się w oczekiwany dla wieku sposób. Z informacji uzyskanych od mamy wynikało, że Kasia nie przeszła treningu toaletowego, jadła tylko wybrane produkty; głównie mleko, które piła z butelki. Często z przeraźliwym płaczem budziła się w nocy, nie potrafiła spać bez mamy. Podczas pierwszych dwóch konsultacji Kasia leżała na podłodze w gabinecie, stukając drewnianymi klockami. Brała do rąk również inne zabawki. Najczęściej były to plastikowe zwierzątka, ale zabawę nimi ograniczała do przykładania zabawek bardzo blisko oczu i obracania nimi. W tym czasie nie reagowała na głos mamy ani na opowiadanie przez nią sytuacji z codziennego życia. Nie wchodziła też w żadne interakcje z terapeutką.

Z wywiadu wynikało, że do 14. m.ż. dziecko rozwijało się normalnie, chociaż trudno było uzyskać jakiegokolwiek konkretne dane dotyczące zachowań Kasi w okresie niemowlęcym. Gdy dziewczynka miała 14 miesięcy, jej matka miała ciężki epizod depresyjny, była hospitalizowana, podczas kilku miesięcy choroby leżała w łóżku, płacząc lub patrząc przed siebie. Mama wspomina, że córka — jako jedyne z dzieci — przychodziła do niej, kładła się obok niej i ją głaskała.

Pod koniec drugiej sesji, gdy chciałam omówić z mamą skierowanie dziewczynki do ośrodka zajmującego się terapią dzieci autystycznych, przez moment naśladowałam zachowanie dziewczynki, np. stukałam klockami, mówiąc przy tym, w zależności od natężenia dźwięku: „Kasia stuka cicho, głośno, cicho, głośno”. Po pewnym czasie dziewczynka nagle roześmiała się, spojrzała na mnie i powtórzyła moje słowa, mówiąc pierwsze ich sylaby. Dziewczynce chodziło o stukanie klockami. Chciała dyrygować moim zachowaniem, mówiąc: „ci” — gdy miałam stukać cicho, a „gło” — gdy głośno. Ta zabawa zafascynowała Kasię. Kontynuowała ją przez całą sesję z niewielkimi modyfikacjami. Za każdym razem właściwa reakcja na jej słowa — czyli uderzanie klockami cicho lub głośno — uszczęśliwiała dziewczynkę.

Na kolejną konsultację przysłała z mamą bardzo zadowolona, prowadziła niezrozumiały dialog z samą sobą oraz sprawiała wrażenie, jakby oczekiwała, że zabawa w przeciwieństwa będzie kontynuowana. Mama dziewczynki wydawała się natomiast przygaszona i bardzo zmęczona. W pierwszych dwóch miesiącach pracy podczas sesji wykształcił się stały schemat spotkań. Na początku mama Kasi opowiadała o postępach rozwojowych córki, która zaczęła przyjmować więcej pokarmów, interesować się życiem rodzinnym i relacjami z rodzeństwem. Cieszyła się z wizyt w parku i nad morzem, zaczęła mówić. Wypowiadała jednak tylko fragmenty słów i głównie przeciwieństwa. Mowa dziewczynki przez dłuższy czas ograniczała się do mówienia przeciwieństw: „szy/wo”, czyli szybki/wolny albo „du/ma” — duży/mały.

Następnie dziewczynka rozpoczynała stałą, powtarzającą się przez około trzy miesiące, zabawę w chowanego. Dziecko ukrywało się w jednym stałym miejscu w gabinecie. Oczekiwało, że w tym czasie terapeutka i matka będą martwić się i głośno pytać: „Gdzie jest Kasia?”. Następnie dziewczynka pojawiała się i szła w stronę matki i terapeutki, oczekując radosnego powitania, po czym żegnała się, chowała i rozpoczynała zabawę od początku. Rozumiałam to zachowanie jako próbę bezpiecznego separowania się Kasi. Dziewczynka potrzebowała upewnienia, że po kulminacyjnym momencie — gdy schowa się za fotelem — wszystkie osoby będą na swoim miejscu, że separacja nie oznacza utraty. Takie rozumienie zabawy było też omawiane z mamą.

Ujawnił się wówczas kluczowy element „zakłócający” relację Kasi z nią. W trakcie zabawy matka dziewczynki często wyłączała się, pogrążała we własnych myślach, a w konsekwencji zasypiała. Kasia patrzyła z niepokojem na coraz bardziej nieobecny twarz mamy. Ta zaobserwowana w gabinecie, a prawdopodobnie przewijająca się przez codzienność Kasi sekwencja zachowań wydawała się potwierdzać lęki dziecka, iż separacja może prowadzić do utraty reagującej matki — nie jest doświadczeniem, które można przeżyć. Jedynym wyjściem byłoby przyklejenie się do mamy, ale w ten sposób Kasia utraciłaby swoje autonomiczne życie psychiczne. Stawało się też jasne, że matka i córka nie mogą być jednocześnie „żywe”. Gdy matka była ożywiona, córka zapadała się w autystyczną zabawę, wracając do stukania klockami lub figurkami.

Specyficzny początek rozwoju mowy i fascynacja przeciwieństwami wiązały się ściśle z psychologicznym funkcjonowaniem dziewczynki, jej niemożnością autonomicznego funkcjonowania. Wypowiadając tylko pierwsze sylaby wyrazu, potrzebowała drugiej osoby, która kończyłaby za nią słowa.

Kolejną zabawą, która pojawiała się na każdej sesji przez pierwsze pół roku, była zabawa w rodzinę — a szczególnie w „matkę i dzieci”. Dziewczynka brała duży kubek, o którym mówiła „mama” i trzy małe kubki — „dzieci”. Nalewała wodę cedzakiem do małych kubków, mówiąc, że „mama karmi dzieci”. Gdy udało jej się nalać choćby kilka kropel do kubka „dziecka”, przelewała z powrotem jego zawartość do kubka „matki”, mówiąc, że mama tego potrzebuje, po czym kontynuowała zabawę od nowa. W zabawie kubki — dzieci cały czas pozostawały nienasycone.

Wewnętrzny obraz matki (w aspekcie możliwości pomieszczenia) u dziewczynki wy-dawał się dziurawy, niedający możliwości oparcia i wykorzystania do rozwoju i separacji. Dziewczynka nie zwracała się z zachowaniami przywiązaniowymi do matki, z drugiej strony panicznie bała się rozłąki z nią. Obserwowany sporadycznie, ożywiony afekt dziew-

czynki spotykał się z wycofaniem i zahamowaniem matki, co wydawało się prowadzić do dalszego wycofania dziecka. Dziewczynka, jak w opisie badań prowadzonych pod kierunkiem Beebe [10], wydawała się niezdolna do korzystania z obecności matki, zachowywała wzmoczoną interpersonalną czujność, obserwując z niepokojem zmiany afektywne i mimikę mamy. Uniemożliwiało to jej budowanie spójnej, odrębnej reprezentacji siebie oraz możliwość odkrywania, kim jest — prezentowała nadmierną czujność, obserwując twarz i zachowanie matki. W konsekwencji Kasia nie mogła oprzeć się na własnych pragnieniach, uczuciach, intencjach. Pragnienia koncentrowały się wokół ożywienia mamy, co prowadziło do pomieszczenia w granicy ja/inny, pociągało konieczność rezygnowania z odrębności i rozwoju. Zabawa dziewczynki w przelewanie wody cedzakiem stanowiła według mnie odtworzenie w zabawie procesu identyfikacji z nieobecnym, niereagującym obiektem i przedstawienie rozpaczliwego obrazu wewnętrznej pustki, jakiej w takich sytuacjach doświadcza dziecko.

Salomonsson [19, s. 89] opisuje w podobny sposób doświadczenie dziecka w kontakcie z depresyjną matką i wymienia poszczególne etapy konsekwencji załamania się możliwości pomieszczenia:

1. Każde dziecko poszukujące możliwości pomieszczenia swoich emocji projektuje je na matkę.
2. Trudność depresyjnych matek polega na niemożności odbioru i przetworzenia tych uczuć. W konsekwencji są one w „niezmetabolizowanym” stanie. Zwrotnie przerażają dziecko, które może stać się niespokojne, rozdrażnione i płaczliwe.
3. Przestraszone dziecko znowu szuka pocieszenia u matki i ponownie doświadcza źle funkcjonującego pomieszczenia. Wówczas przypomnieć sobie może o wcześniejszych sytuacjach, gdy nie zaznało ukojenia. W konsekwencji unika matki — rozwijając interakcyjny wzorzec wycofania lub staje się nachalne, rozdrażnione i/lub przygnębione.
4. Efektem powyższego jest pogłębienie załamania matki. Dziecko może też doświadczać braków odzwierciedlania i spójności interakcyjnej — jako pustki lub dziury. Klinicznie manifestuje się to np. lękiem przed byciem samemu, trudnościami ze ssaniem piersi / jedzeniem, problemami ze snem.
5. W późniejszym okresie dziecko może poszukiwać doświadczeń związanych z pustką, kreując obiekty fobiczne, co staje się głównym mechanizmem obronnym. Łatwiej doświadczać lęku przed obiektem fobicznym, który jednak jest ulokowany na zewnątrz, niż doznawać kontaktu z wewnętrzną pustką. Innym obserwowanym sposobem radzenia sobie z wewnętrzną pustką jest bycie w bezustannym ruchu [19, s. 89], co stanowić może jeden z czynników ryzyka rozwoju nadruchliwości psychoruchowej.

Można przypuszczać, że Kasia z różnych przyczyn wybrała kontakt z pustką, ale to nie jest jedyna możliwość. Drugą możliwością odpowiedzi dziecka na deficyt wczesnej uwagi jest odwracanie się niemowlęcia od stanów zależności [19, 20], co opiszę w kolejnej ilustracji klinicznej.



## Studia kliniczne nr 2 i 3

Sposobem radzenia sobie z depresją matki u dziecka może być też szybki rozwój niezależności: już w bardzo wczesnym wieku staje się samowystarczalne i kontrolujące. Radzi sobie z niezaspokojonymi potrzebami, tak jakby w pewien sposób ich nie miało lub miało ich bardzo mało. Niemowlęta takie w bardzo wczesnym wieku często potrafią same, bez pomocy, usiąść. Nie opierają się na swoich opiekunach, rozwijają bardzo silną muskulaturę, nie tylko fizyczną, ale również, w pewny sensie, psychiczną. Bardzo szybko stoją samodzielnie, zaczynają chodzić mając 6 lub 7 miesięcy. Ich kontrolujący sposób bycia, rzucający się w oczy brak podatności na zranienie oraz odmawianie sobie możliwości odczucia jakiegokolwiek straty, wydają się sposobami radzenia sobie z rozczarowaniem związanym z niezaspokojonymi potrzebami. W ten sposób nie muszą kontaktować się z uczuciami straty i rozczarowania [19, 20].

Esther Bick [22] opisuje małe dzieci rozwijające muskularną „drugą skórę”. Wobec braku matczynego pomieszczenia dzieci nie mogą liczyć na oparcie drugiej osoby i w pewien sposób czują się zmuszone, by „trzymać się same”. Ten typ „drugiej skóry” u dzieci może dodatkowo obciążać depresyjne matki, już wcześniej cierpiące z uwagi na obniżoną samoocenę. Stają się one odbiorcami rzutowanych na nie uczuć, takich jak podatność na zranienie, bezradność. Skazane są nie tylko na własne poczucie nieadekwatności, trudności w opiece na dzieckiem, ale też na projektowane uczucia niemowlęcia [19].

Dzieci, młodzież i dorośli z taką historią mogą mieć trudność z korzystaniem z pomocy. Jest im trudno przyjąć, że terapeuta ma coś do zaoferowania. W przeciwprzeniesieniu pacjenci tacy mogą wzbudzać w terapeutach uczucie desperacji — podobnie jak niegdyś u matek [19, 20]. Dzieci takie, przychodząc na terapię, często prezentują wszechmoc, brak podatności na zranienia i tendencję do „rozprawiania się” z terapeutą. Mogą go na różne sposoby atakować: np. przechwalając się, że mają lepszy telefon, lepszy laptop, zaprzeczając doświadczeniu smutku, cierpienia oraz lęku, mogą podejmować próby niszczenia „pomieszczającego” gabinetu lub terapeuty. Zranienie, jeśli w ogóle jest widziane — to u innych.

Przykładem jest 8-letnia dziewczynka, wychowywana przez pierwsze kilka lat życia przez matkę chorą na chorobę dwubiegunową i nieregularnie leczącą się farmakologicznie. Dziewczynka zaczęła pierwsze spotkanie od stwierdzenia: *Wzięłam tego nauczyciela i wyrzuciłam go przez okno, tak mnie wkurzył i zdenerwował. Do szpitala normalnie musiał pojechać, głowę miał rozwaloną, krew mu ciekła*. Powiedziała również, żeby terapeuta oglądał ją w telewizji, bo będzie otwierała Euro 2012.

Przez pierwszy miesiąc spotkań dążyła do zniszczenia gabinetu i obecnych w nim rzeczy. Rozgryzała zabawki, robiła w nich dziury. Po uszkodzeniu jednego przedmiotu, sięgała po kolejny. W terapii, przeciwprzeniesieniowo, pojawiała się chęć odrzucenia dziewczynki. Taka zabawa mogła być próbą odtworzenia sytuacji, którą ona знаła: usiłowała odrzucić terapię lub próbowała postrzegać ją jako „dziurawę” doświadczenie. Dziecko chciało też zakomunikować w ten sposób swoje wczesne doświadczenia „dziurawego”, odrzucającego doświadczenia w relacji z opiekunami. Nazywanie zachowania dziecka, czyli tłumaczenie doświadczanego napięcia na słowa, o których można myśleć, np. mówienie jej, że może nie wiedzieć, czy jest sens zaufać kolejnemu dorosłemu, że gryzie zabawki,

bo jest pełna złości i nie wie, jak inaczej ją wyrazić — doprowadziły do uspokojenia się dziecka i pojawienia się możliwości najpierw kilku-, a następnie kilkunastominutowej zabawy i rozmowy.

Innym przykładem takiego tłumaczenia może być fragment wymiany zdań z 7-letnią Anią. Opiekunowie zgłosili ją do terapii z uwagi na trudności w regulacji emocji, koncentracji oraz nauce szkolnej. Dziecko doznało zaniedbań w rodzinie biologicznej oraz nadużyć w rodzinnym domu dziecka, do którego trafiło w wieku 3 lat, po czym znalazło się w innym domu dziecka, a następnie w rodzinie zastępczej. Ania mówiła o sobie „nikt”, twierdziła, że jej nie ma, nie podawała swojego imienia, szła za innymi ludźmi. Prezentowała się jako całkowicie odporna na zranienia i niepotrzebująca niczego od drugiej osoby. Oczekiwała nieustannego patrzenia na nią, co jednak nie służyło rozwojowi interakcji czy interpersonalnej wymianie. Podczas pierwszych konsultacji dziewczynka mówiła o tym, że planuje się zabić, budząc w terapeutce niepokój i przerażenie. W gabinecie Ania bezładnie przerzucała zabawki i była głównie zajęta wymyślaniem, czego brakuje. Chciała, żeby zamówić kolejne znane jej, markowe zabawki, i na kolejnej sesji sprawdzała, czy je kupiono. Często brała do ręki nożyczki i patrzyła w stronę terapeutki. Dziewczynka doświadczała niechęci i przerażenia innych osób, zatem można przyjąć, że powtarzała te doświadczenia w kolejnych relacjach. Po pewnym czasie połączyłam niejasny niepokój, który nachodził mnie dzień przed terminem jej sesji, z historią dziewczynki i lękiem, który we mnie budziła podczas sesji. Mniej więcej w tym czasie dziewczynka zaczęła się bawić w rodziców i opuszczone dziecko. Dziecko musiało bardzo długo czekać i ich szukać, wszędzie naokoło biegali bandyci, strzelali, a ona stała sama i narażona była na ataki dzikich figurek walczących wokół niej. Czekala tak długo, aż straciła nadzieję, ale jednak w zabawie rodzice w końcu ją znajdowali. Przyjeżdżali po nią wielkim samochodem, który nazywała „kontenerowcem”. Mimo dużych trudności z koncentracją uwagi na jednej czynności, ten pojazd była w stanie budować bardzo długo i cierpliwie. O tej zabawie można było z Anią rozmawiać: np. mówiąc, że czekając tak długo, ma bardzo dużo uczuć, oczekiwań, lęku, złości i wściekłości w stosunku do wyobrażonych rodziców, ale też do mnie (w tym czasie dziewczynka miała sesje tylko raz w tygodniu). Doprowadziło to, w pewnym stopniu, do uspokojenia się dziecka i umożliwiło dłuższą, trwającą czasem całą sesję, zabawę.

### Dyskusja

Tworzenie relacji dającej możliwość przyjęcia komunikatów i stanów mentalnych dziecka oraz refleksji nad nimi, dostarcza dziecku nowych możliwości myślenia i odczuwania. Gdy mówimy do niemowlęcia: — *Widziałas, że mama była zdenerwowana, gdy stąd ostatnio wychodziliście. Boisz się tego* — niemowlę nie rozumie naszych słów, ale spokojny głos, próba szukania zrozumienia napięcia dziecka wprowadzić może pewien rodzaj ukojenia. Mówimy do starszych dzieci: — *Gdy bawisz się ze mną, przypominasz sobie różne niemiłe rzeczy. Ale gdybyś przez ten czas oglądał bajki, nie musiałbyś myśleć o bolesnych rzeczach. Może dlatego chciałbyś, żebym kupiła do gabinetu telewizor*.

Budowanie znaczeń to nie tylko słowa czy spokojny głos. To komunikat, że o uczuciach, stanach psychicznych da się wspólnie myśleć. Komentarz czy hipoteza terapeuty

nie zawsze są trafne, jednak kluczową rolę odgrywa pokazanie, że uczucia, pragnienia, motywacje mogą mieć swoje reprezentacje, o których można wspólnie myśleć. Według Tronicka każda semiotyczna wymiana rozwija się na drodze pewnego bałaganu czy ciągu niezrozumień [za: 23]. Na podstawie mikroanalizy zapisów wideo Beebe [11] i Jaffe [19] odkryli, że optymalna dla rozwoju dziecka jest średnia spójność interakcji, momenty niezrozumienia i braku spójności są nieuniknione. Interpretacje terapeutów są próbą tłumaczenia dziecięcych pragnień, fantazji i lęków z bardziej prymitywnego poziomu na bardziej wyrafinowany. Typowe dla terapii „nadawanie znaczeń” może okazać się szczególnie istotne w pracy z dzieckiem, którego rodzic/główny opiekun chorował na depresję lub inne choroby psychiczne [24]. Dziecko doświadczające w przeszłości bezimiennego, nieopracowanego strachu, które w zależności od uwarunkowań wycofało się z interakcji, jak w przedstawionym opisie przypadku Kasi, lub rozwinęło nadrużliwe, kontrolujące wzorce zachowań, jak w przypadku dziewczynek z 2. i 3. przykładu, może poczuć się w trakcie terapii zrozumiane. Zachowania uprzednio niezrozumiałe dla samego dziecka zaczynają nabierać znaczenia, pojawiają się reprezentacje, o których można myśleć.

Depresja u osób dorosłych wiąże się ze specyficznym uszkodzeniem kompetencji związanych z mentalizowaniem; ich funkcjonowanie psychiczne staje się bardzo konkretne. Osoby chorujące na depresję nie mają możliwości bardziej złożonego reprezentowania, a przez to rozumienia swoich uczuć, stanów wewnętrznych: zarówno swoich, jak i innych osób, w tym własnego dziecka [24]. Ich funkcjonowanie refleksyjne określone jest jako *hipomentalizowanie*. Jak pokazuje opis pracy z Kasią i jej mamą, ze wspólnego tłumaczenia zabaw i komentarzy dzieci korzystają zarówno dzieci, jak i ich mamy.

### Podsumowanie

Chciałabym podkreślić, że w pracy z dziećmi i nastolatkami stosunkowo często spotykamy dwa możliwe sposoby ich funkcjonowania: identyfikację z depresyjnym rodzicem obejmującą rozwój interakcyjnego wzorca wycofania w relacji oraz przedwczesne stworzenie psychicznej „muskulatury” wraz z rozwojem kontrolującego wzorca relacyjnego, tak by nie czuć się opuszczonym. Nie występują jednak każdorazowo w sytuacji narażenia dziecka na zaburzenia afektywne rodzica, bowiem nie wszystkie dzieci w jednakowy sposób dotknięte są tą samą urazową sytuacją.

Przytoczone przykłady kliniczne oraz wyniki badań z dziedziny psychologii rozwojowej pozwalają sformułować kilka wniosków istotnych z punktu widzenia profilaktyki relacji rodzic — dziecko oraz terapii matek i dzieci chorujących na depresję:

1. Z uwagi na rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych u kobiet w ciąży i po porodzie ważne jest działanie dwutorowe:
  - a. stworzenie spójnej oferty profilaktycznej dla kobiet z grupy ryzyka,
  - b. oraz oferty terapeutycznej — w przypadku kobiet chorujących na depresję.

Warto podkreślić, że nowe standardy opieki położniczej przewidują badania przesiewowe pod kątem zaburzeń depresyjnych w pierwszym i trzecim trymestrze ciąży. Nie jest jednak jasne, gdzie kierowane będą kobiety, które otrzymają podwyższony wynik w badaniu przesiewowym: w dużych miastach czas oczekiwania na terapię w poradniach zdrowia psychicz-

nego wynosi nawet około roku [25]. Dodatkowo, interwencja terapeutyczna wobec chorych matek powinna obejmować również, w niektórych sytuacjach, modelowanie wrażliwego reagowania na sygnały wysyłane przez dziecko. Takie rozwiązanie powinno pełnić funkcję ochronną wobec rozwoju dziecka, niezapewnianą przez samą tylko terapię matki. Według Beebe [10] matki i ich dzieci mogłyby skorzystać z osłabienia czujności matek na niektóre reakcje niemowlęcia, zwłaszcza na jego reakcje afektywne, tak by np. matka automatycznie nie interpretowała odwrócenia głowy przez dziecko jako odrzucenia z jego strony. Osłabienie nadmiernej reakcji na zadowolenie niemowlęcia, ale też odczuć rozczarowania i niepokoju, gdy wycofuje się ono z kontaktu, mogłoby pozwolić dziecku poczuć się bardziej swobodnym w interakcji. Matki mogłyby skorzystać z docenienia znaczenia stabilności i przewidywalności interakcyjnej własnej i niemowlęcia, co można wspierać między innymi poprzez interwencje interpretacyjne, psychoedukacyjne oraz np. wideotrening komunikacji.

W przypadku terapii dzieci ważna wydaje się zdolność terapeuty do budowania odrębności dziecka: zwiększania jego możliwości opierania się na własnych stanach wewnętrznych. Wyniki badań wskazują na to, że dzieci depresyjnych matek mogą nie znać sytuacji odzwierciedlania ich uczuć i stanów psychicznych, opisanego stanu „średniej spójności wzorców interakcji”. Takim doświadczeniem może być dla dzieci terapia. Jednak korzystanie z drugiej osoby do odkrywania i lepszego rozumienia siebie może nie być wcale oczywiste. Depresyjny rodzic mógł utrudniać procesy separacyjne, interpretując autonomię dziecka jako odrącenie — co zwrótnie hamowało rozwój dziecka. Z drugiej strony nadmierna autonomia i sprawność dziecka mogą świadczyć o tym, że lęk dziecka nie został przyjęty i rozwija ono nadmiernie kontrolujące i zaradne sposoby funkcjonowania, by nie musieć przeżywać niepokoju, lęku, zależności. W terapii dziecka ważne jest poszerzenie jego możliwości doświadczania i tolerowania różnych stanów psychicznych. Dodatkowo, badania psychologii rozwojowej i badania nad niemowlętami [10, 11, 18] wskazują na znaczenie niewerbalnego funkcjonowania dziecka, obserwowanego w trakcie trwania terapii. Czy dziecko próbuje dostosować się do terapeuty i na różne sposoby ożywić go w sytuacji chwil milczenia bądź podczas przerw w zabawie? Czy dziecko nadmiernie obserwuje twarz terapeuty, starając się przewidywać jego reakcje lub spodziewając się jakiejś formy intruzyjnego zachowania? Tego rodzaju proceduralne wzorce interakcyjne mogą dostarczyć hipotez na temat wczesnego rozwoju dziecka. Wzorce te nie są włączone do wiedzy dziecka o sobie, lecz rozmowa o nich może pomóc dziecku stać się bardziej elastycznym oraz zmodyfikować postrzeganie i przeżywanie zarówno samego siebie, jak i relacji z innymi.

### Piśmiennictwo

1. Coates A, Schaefer C, Alexander J. Detection of postpartum depression and anxiety in a large health plan. *J. Behav. Health Serv. Res.* 2004; 31(2): 117–133.
2. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression — a meta-analysis. *Int. Rev. Psychiatry* 1996; 8: 37–54.
3. Dayan J, Creveuil C, Dreyfus M i wsp. Developmental model of depression applied to prenatal depression: role of present and past life events, past emotional disorders and pregnancy stress. *PLoS ONE* 2007; 5(9): e12942. doi: 10.1371/journal.pone.0012942.

4. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch. Wom. Ment. Health.* 2004; 8: 97–104.
5. Netsi E, Pearson RM, Murray L, Cooper P, Craske MG, Stein A. Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA Psychiatry* 2018;75(3): 247–253, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4363
6. Beck CT. A meta-analysis of the relationship between postpartum depression and infant temperament. *Nurs Res.* 1996; 45(4): 225–230.
7. Cooper P, Campbell EA, Day A, Kennerley H, Bond A. Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: a prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *Br. J. Psychiatry* 1988; 152: 799–806.
8. Whitaker RC, Orzol SM, Kahn RS. Maternal mental health, substance use, and domestic violence in the year after delivery and subsequent behavior problems in children at age 3 years. *Arch. Gen. Psychiatry* 2006; 63(5): 551–560.
9. Milgrom J, Westley D, Gemmill A. The mediating role of maternal responsiveness in some longer term effects of postnatal depression on infant development. *Inf. Behav. Dev.* 2004; 27(4): 443–454.
10. Beebe B, Lachmann F, Jaffe J i in. Maternal postpartum depressive symptoms and 4-month mother–infant interaction. *Psychoanal. Psych.* 2012, 29: (4) 383–407, DOI: 10.1037/a002938.
11. Tronick E, Reck C. Infants of depressed mothers. *Harvard Rev. Psychiatry* 2009; 17(2): 147–156. doi: 10.1080/10673220902899714.
12. McLennan JD, Offord DR. Should postpartum depression be targeted to improve child mental health? *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2002; 41(1): 28–35.
13. Logsdon M, Wisner K, Hanusa BH. Does maternal role functioning improve with antidepressant treatment in women with postpartum depression? *J. Womens Health.* 2009;18(1): 85–90.
14. Tsivos ZL, Calam R, Sanders M, Wittkowski A. Interventions for postnatal depression assessing the mother–infant relationship and child developmental outcomes: a systematic review. *Int. J. Womens Health* 2015; 7: 429–447.
15. Horowitz JA, Murphy CA, Gregory K, Wojcik J, Pulcini J, Solon L. Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 2013; 42: 287–300.
16. Salomonsson B, Sandell R. A randomized controlled trial of mother–infant psychoanalytic treatment: I. Outcomes on self-report questionnaires and external ratings. *Infant Ment. Health J.* 2011; 32(2): 207–231.
17. Shields PJ, Rovee-Collier C. Long-term memory for context-specific category information at six months. *Child Dev.* 1992, 63(2): 245–259.
18. Jaffe J, Beebe B, Feldstein S, Crown CL, Jasnow MD, Rochat P, Stern DN. Rhythms of dialogue in infancy: Coordinated timing in development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 2001 i-149.
19. Salomonsson B. *Psychoanalytic therapy with infants and parents: practice, theory and results.* London: Routledge, 2014.
20. Emanuel L. Disruptive and distressed toddlers: The impact of undetected maternal depression on infants and young children. *Inf. Observ.* 2006; 9(3): 249–259.
21. *Klasyfikacja Diagnostyczna DC: 0–3R. Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa, wyd. 1.* Warszawa: Oficyna Wydawnicza Fundament; 2007.
22. Bick E. The experience of the skin in early object-relations. W: Briggs A, red. *Surviving space: papers on infant observation.* London: Karnac, 1968, s. 55–59.

23. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. London: Karnac, 2004.
24. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkin A. i in. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PlosOne*, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
25. <http://kolejki.nfz.gov.pl> — pozyskano dnia 16.03.2018

Adres: [psymcd@univ.gda.pl](mailto:psymcd@univ.gda.pl)