

Agnieszka Kałwa

## WIDMO ZESPOŁU ASPERGERA W PSYCHOTERAPII RODZIC–NIEMOWLĘ. OPIS PRZYPADKU.<sup>1</sup>

### THE SPECTER OF ASPERGER'S SYNDROME IN PARENT–INFANT PSYCHOTHERAPY. A CASE REPORT.

Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii

**psychoanalytic Parent–Infant Psychotherapy  
Asperger's syndrome**

#### Streszczenie

*Psychoanalityczna psychoterapia rodzic–niemowlę (Parent–Infant Psychotherapy PIP) jest w Polsce oferowana od niedawna. Jej podstawę stanowią teorie psychoanalityczne, wzbogacone o dane ze współczesnych badań naukowych. Artykuł stanowi psychodynamiczną konceptualizację procesu psychoterapii PIP. Istotną rolę odgrywają w niej hipotezy terapeutki dotyczące świadomych i nieświadomych elementów składowych relacji między rodzicami i niemowlęciem oraz występujących w niej problemów. Na ich podstawie sformułowane są cele terapeutyczne oraz dobierane metody, jakimi można się posłużyć w ramach interwencji terapeutycznej. Hipotezy terapeutyczne obejmują przeciwprzeniesienie, obserwacje i interpretacje terapeutki. W artykule opisano proces psychoterapii PIP niemowlęcia i jego rodziców, która objęła 40 sesji. Rozpoczęła się, gdy dziecko miało 5 tygodni, a zakończyła się, gdy miało 17 miesięcy. Od początku ważny temat stanowiła kwestia diagnozy zespołu Aspergera. Odgrywała ona już istotną rolę w jego życiu w momencie rozpoczęcia terapii, choć zdaniem rodziców mogła zostać postawiona dziecku w przyszłości. Niniejsza praca opisuje, co stało się z widmem zespołu Aspergera w opisanej wyżej rodzinie w trakcie procesu terapii PIP.*

#### Summary

Psychoanalytic Parent–Infant Psychotherapy (PIP) has recently been offered in Poland. It is based on psychoanalytic theories but also uses data from current scientific research. The article is a psychodynamic conceptualization of the PIP psychotherapy process. The therapist's hypotheses regarding the conscious and unconscious components of the relationship between parents and infant and the problems occurring therein play an important role. On their basis, therapeutic goals are formulated and methods that can be used as part of therapeutic intervention are selected. Therapeutic hypotheses include countertransference, observations and interpretations of the therapist. The article describes

---

<sup>1)</sup> Niniejsza praca powstała dzięki możliwości ambulatoryjnego prowadzenia psychoterapii rodzic–niemowlę w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii oraz w ramach współpracy z Polskim Stowarzyszeniem Zdrowia Psychicznego Niemowląt (Polish Association for Infant Mental Health).

the process of PIP psychotherapy for an infant and his parents, which included 40 sessions. It started when the child was 5 weeks old and ended when he was 17 months old. From the beginning, the issue of diagnosing Asperger's syndrome was an important topic. Although, according to the parents, this diagnosis could have been stated for the child in the future, it already played an important role in the child's life when the therapy began. This work describes what happened to the specter of Asperger's syndrome in the family described above, during the process of PIP therapy.

### **Diagnoza zespołu Aspergera i jej znaczenie w niniejszej pracy**

Widmo to duch, zjawa, niematerialna istota lub złudzenie takiej istoty. Pojawia się nieoczekiwanie i równie nieoczekiwanie znika. Zestawienie tego słowa z pojęciem zespołu Aspergera może wydawać się zastanawiające. Zespół Aspergera jest zaburzeniem uwarunkowanym neurorozwojowo, a więc związanym z atypowym rozwojem i funkcjonowaniem ośrodkowego układu nerwowego. W obowiązującej w Europie klasyfikacji ICD-10 [1] należy do całościowych zaburzeń rozwojowych, wśród których rozróżniamy m.in. autyzm oraz jego łagodniejszą formę — zespół Aspergera. Neuroatypowość osób z tym zaburzeniem skutkuje pewną odmiennością w funkcjonowaniu od osób typowych. Przejawia się w:

1. Jakościowych zmianach we wzajemnych interakcjach społecznych: trudnościach w reakcji na uczucia innych ludzi, trudności w modulacji zachowania w zależności od społecznego kontekstu, słabszym integrowaniu społecznych, emocjonalnych i komunikacyjnych aspektów zachowania.
2. Jakościowych zaburzeniach komunikacji: problemach w społecznym wykorzystaniu posiadanych umiejętności językowych, problemach w podejmowaniu zabaw opartych o wyobraźnię i społeczne naśladowanie, synchronizacji i wzajemności w dialogu słownym, słabej zmienności ekspresji języka.
3. Ograniczonych, stereotypowych wzorcach zachowań, zainteresowań i aktywności kompulsywnych lub rytualnych czynności takich, jak: stereotypie, schematyczne zachowania, sztywne trzymanie się ustalonego porządku, opieranie się zmianom.

Niniejsza praca opisuje wyzwania, jakie wiązały się z problematyką zespołu Aspergera w psychoterapii rodzic–niemowlę (*Parent–Infant Psychotherapy PIP*). Całościowe zaburzenia rozwojowe rzadko są diagnozowane już u niemowląt. W przedstawionym przypadku najmłodszy uczestnik terapii nie miał takiej diagnozy. Mimo to, już w momencie rozpoczęcia terapii odgrywała ona istotne znaczenie w jego życiu.

### **Na czym polega psychoanalityczna psychoterapia rodzic–niemowlę (*Parent–Infant Psychotherapy PIP*)?**

Relacja z wczesnymi opiekunami jest bardzo istotna, wpływająca na rozwój dziecka na poziomie emocjonalnym, fizjologicznym i neuronalnym. Kształtuje wzorce przywiązania, które pozostają obecne w całym życiu człowieka oddziałując na to, w jaki sposób będzie wchodził w bliskie związki z innymi. Zakłócenia w relacji z najbliższymi opiekunami mogą skutkować problemami w rozwoju dziecka już w pierwszych miesiącach

jego życia. Niemowlę nie zna jeszcze słów, ale reaguje emocjonalnie, potrafi wysyłać sygnały do swoich najbliższych opiekunów i jest szczególnie wrażliwe na ich reakcje. Badania związane z mikroanalizą komunikacji „twarzą w twarz” niemowląt i ich matek [2, 3] wskazują na to, że już u czteromiesięcznych dzieci możliwy jest do przewidzenia przyszły wzorzec przywiązania i interakcji z rodzicem. Współczesna psychoterapia PIP korzysta z ww. rezultatów badań naukowych, kształtując u terapeutów nie tylko zdolność wnikliwej obserwacji bieżących interakcji między rodzicami a niemowlęciem, ale również kładąc nacisk na interwencje dotyczące przede wszystkim tego, co dzieje się pomiędzy członkami rodziny w pokoju terapeutycznym.

Psychoterapia PIP jest w Polsce oferowana od niedawna. Rozpoczyna się w okresie niemowlęcym życia dziecka (0–12 miesięcy). Sesje PIP odbywają się jednocześnie z udziałem terapeuty, dziecka i jego matki lub obojga rodziców. Sposób prowadzenia terapii zapewnia dziecku upodmiotowienie, terapeuta podczas interwencji zwraca się werbalnie nie tylko do rodziców, ale i do dziecka. Jednocześnie pozostaje uwrażliwiony na wszelkie sygnały niewerbalne, również na informacje pochodzące z własnego ciała oraz odczuwane przez siebie emocje. Miejsce, w którym odbywa się psychoterapia powinno być dostosowane do potrzeb dziecka — z reguły stanowi je specjalnie przystosowany pokój, w którym dorośli siadają na dywanie, a dziecko ma możliwość swobodnego poruszania się i przemieszczania w swoim rytmie, w sposób adekwatny do aktualnych możliwości rozwojowych.

We wzajemnej relacji rodzic–niemowlę istotne znaczenie odgrywa to, jak dziecko jawi się w umyśle rodziców. Reprezentacje światów matki i ojca są nie tylko zbiorem ich doświadczeń z przeszłości, ale w sposób nieświadomy dotyczą także ich emocji, wyobrażeń, kształtowanych oczekiwań wobec dziecka [4]. PIP stosuje myśl analityczną do tego, aby uchwycić doświadczenie afektywne oraz reprezentację rodzica i dziecka w ich relacji. Doprowadza do tego, że na potrzeby dziecka odpowiada uważny umysł dorosłego, co zapewnia dziecku najlepszy rozwój i przywiązanie.

### **Matczyne zaabsorbowanie, matczyne niepowodzenie i matczyzna ambiwalencja**

PIP odnosi się do koncepcji analitycznych, które zostały sformułowane w odniesieniu do relacji niemowlęcia z matką. Niemniej, współcześnie coraz częściej korzysta również z wiedzy na temat niedocenianej przez lata relacji dziecka z ojcem, pojawiającej się coraz częściej jako temat aktualnych badań [5]. Istotnym pojęciem jest pierwotne matczyne zaabsorbowanie i matczyne zapatrzenie (*primary maternal preoccupation and maternal reverie*). Koncepcja ta, sformułowana przez Biona [6, 7] opisuje stan umysłu matki, rozpoczynający się w okresie późnej ciąży, gdy niemowlę znajduje się już w centrum jej emocjonalnego zaangażowania [8]. Jest to proces nieświadomy, pozwalający matce na zaakceptowanie specyficznych w tym okresie potrzeb niemowlęcia, które jest bezbronne i całkowicie zależne od opiekunów. Umożliwia wyobrażenie sobie jego doświadczenia emocjonalnego i cielesnego oraz nadanie mu znaczenia w taki sposób, aby dziecko czuło się „trzymane” i pomieszczone w umyśle matki. Matczyne niepowodzenie (*maternal failure*) oznacza niezdolność do matczynego zapatrzenia, dzięki któremu możliwe byłoby pomieszczanie emocji niemowlęcia przez matkę. Jest to intrapsychiczny proces w matce,

który może przejawiać się w projekcjach rzutowanych na dziecko. W rezultacie matka dostrzega w nim kogoś zupełnie innego niż ktoś, kim dziecko jest w istocie. Z reguły są to najbliższe osoby z własnej, trudnej przeszłości. Zaburza to u niemowlęcia proces „trwającego istnienia” (*ongoing being*) grożąc zniszczeniem jego self [7, 9]. Z kolei Winnicott [7, 10] wprowadził termin matczynej ambiwalencji (*maternal ambivalence*) rozumianej jako towarzyszące matczynej miłości momenty nienawiści, będącej nieuniknionym zjawiskiem charakterystycznym dla bardzo specyficznego okresu życia matki, w którym pojawienie się niemowlęcia wprowadza wyjątkową rutynę oraz ograniczenia. Jednocześnie wszystkie powyższe aspekty uwrażliwiają matkę na doświadczenia z jej własnego okresu niemowlęcego. Świadomość ambiwalencji powoduje, że matka jest w stanie tolerować pojawiające się negatywne uczucia wobec dziecka. Natomiast zaprzeczanie lub wypieranie emocji związanych z matczyną nienawiścią może zwiększać matczyną ambiwalencję w sposób niepożądany dla relacji matki z dzieckiem.

Niniejsza praca stanowi psychodynamiczną konceptualizację terapii niemowlęcia i jego rodziców. Istotną rolę odgrywają w niej hipotezy terapeutki dotyczące świadomych i nieświadomych elementów składowych relacji między rodzicem i niemowlęciem oraz występujących w niej problemów. Na ich podstawie formułowane są cele terapeutyczne oraz dobierane metody, jakimi można się posłużyć w ramach interwencji terapeutycznej. Hipotezy terapeutyczne są w trakcie terapii stale weryfikowane — kwestionowane i poddawane modyfikacjom, doprecyzowywane i rozwijane w miarę postępu procesu terapeutycznego. Obejmują przeciwprzeniesienie, obserwacje i interpretacje terapeutki.

### Zgłoszenie

Do gabinetu ambulatoryjnie prowadzonej w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia psychoterapii PIP zgłosili się państwo A., rodzice z 5-tygodniowym synem — czwartym, najmłodszym w rodzinie. Zostali skierowani przez lekarza psychiatrę, który pracował w tej samej instytucji i opiekował się ich starszym synem, 14-letnim, leczonym w oddziale dziennym z diagnozą zespołu Aspergera (ZA). Takie rozpoznanie postawiono również najstarszemu 16-letniemu synowi, także w przeszłości leczonemu w tamtejszym oddziale. Państwo A. mieli jeszcze 2-letniego syna, który nie otrzymał dotąd diagnozy, jednak ich zdaniem już wykazywał specyficzne dla ZA zachowania, które w przeszłości były widoczne u starszych dzieci w pierwszych latach ich życia. Państwo A. zgodnie uważali, że cechy ZA przejawia również ojciec dzieci, który choć nie został nigdy zdiagnozowany, rozpoznawał u siebie specyficzny styl funkcjonowania społecznego. Relacjonował, że obecny sposób rozumienia i tworzenia relacji z ludźmi wymagał od niego wysiłku. Trudności jego dzieci były dla niego zrozumiałe, czuł się do nich w pewien sposób podobny. Starsi synowie otrzymali diagnozę ZA dopiero w wieku nastoletnim, choć z perspektywy rodziców, zwłaszcza matki, już od wczesnych lat przejawiali w swoim funkcjonowaniu trudności, których pokonywanie było dużym wyzwaniem i obciążeniem. Dodatkowo, po raz pierwszy w rodzinie, diagnoza ZA została postawiona w momencie wystąpienia poważnego kryzysu związanego ze zdrowiem najstarszego syna, który wiązał się z zagrożeniem jego życia i zdrowia. Dla rodziców, zwłaszcza dla ojca, istotna była informacja, że w psychoterapii

rodzic–niemowlę korzysta się z wiedzy opartej na badaniach naukowych. Odbierał ją jako „nowy program naukowy”, który da szansę jak najwcześniejszej profilaktyki problemów u niemowlęcia. Rodzice pragnęli dać swojemu najmłodszemu dziecku wszystko co najlepsze, aby uchronić je przed trudnościami wynikającymi z ZA.

Rodzina była pełna, zamieszkiwała razem. Pan A. pracował zawodowo, utrzymując całą rodzinę. Leczył się farmakologicznie z powodu depresji, a w niedalekiej przeszłości odbył własną psychoterapię. Pani A. z konieczności opieki nad najmłodszym dzieckiem przerwała pracę zawodową w ramach samozatrudnienia, nie była dotąd objęta indywidualną opieką psychoterapeutyczną, choć w trakcie spotkań często mówiła o takiej potrzebie.

### **Relacje pomiędzy matką, ojcem a niemowlęciem**

Pani A. miała poczucie dużego obciążenia, zmęczenia. W momencie rozpoczęcia terapii była jeszcze w połogu (5 tygodni po porodzie). Jej stan fizyczny nie był dobry i wymagał rehabilitacji, niemożliwej dla niej do zorganizowania w sytuacji opieki nad niemowlęciem i pozostałą trójką bardzo absorbujących dzieci. Często zwracała uwagę na to, że zanim jej starszym dzieciom postawiono diagnozę ZA, wielokrotnie zastanawiała się, dlaczego nie może korzystać z życia tak jak inne matki, które łatwiej i swobodniej godziły macierzyństwo z pracą zawodową i dbaniem o własne potrzeby. Państwo A. nie mieli możliwości otrzymania pomocy własnych rodziców w wychowaniu dzieci, m.in. z powodu ich przewlekłych chorób oraz incydentalnych pogorszeń stanu zdrowia, okresowo wymagających hospitalizacji; jak również odległości, jaka ich dzieliła. W trakcie terapii PIP stan fizyczny pani A. uległ powolnej poprawie. Nadal jednak pozostawała zmęczona wieloma zadaniami i dodatkowymi obciążeniami, które na siebie przyjmowała. W tej sytuacji trudno było jej traktować potrzeby najmłodszego dziecka priorytetowo. Perspektywa wychowywania kolejnego dziecka z ZA wydawała się dodatkowo bardzo obciążająca. Odczuwała frustrację, ponieważ pragnęła powrócić do pracy zawodowej, co wydawało się w jej aktualnej sytuacji nierealne. Podczas sesji pani A. przejawiała dużą potrzebę mówienia o własnych obciążeniach. Poruszała wiele wątków. W takich chwilach bardzo często, choć trzymała dziecko blisko swojego ciała, była odwrócona od jego twarzy. Cały czas pozostawała jednak bardzo wyczulona na zdecydowane sygnały dziecka, zwłaszcza świadczące o zbliżającym się niebezpieczeństwie (np. upadek). Na każdy płacz syna reagowała natychmiast, przytulając go i pocieszając. Jedną z metod pocieszenia dziecka było karmienie piersią, na co chłopiec reagował wyraźnym ukojeniem, choć w późniejszym okresie terapii w chwili napięcia potrafił ugryźć pierś mamy.

Niemowlę podczas pierwszych sesji często spało w foteliku samochodowym, z którego rodzice nie wyjmowali go, aby się nie obudził. Na początku terapii spozstrzegali chłopca jako dziecko spokojne, „bezproblemowe”. Tematem, który budził emocje była kwestia ewentualnego rozpoznania zespołu Aspergera, która wydawała się przesłaniać zaciekawienie dzieckiem. Syn państwa A. wydawał się mało widoczny wobec powagi tej ewentualnej diagnozy. Oboje rodzice zaprzeczali stresowi, które może odczuwać dziecko. Negatywne uczucia dostrzegali dopiero u dzieci, które opanowały zdolność mowy i za pomocą słów były w stanie informować ich o swoim stanie emocjonalnym.

Chłopiec przez cały okres terapii starał się być blisko matki, często wręcz przywierając do niej. Reagował bardzo głośnym protestem i płaczem, gdy oddalała się od niego. Potrafił również bardzo gwałtownie płakać i krzyczeć w odpowiedzi na inne niepożądane sytuacje, np. ubieranie go w ciepłe ubrania przed wyjściem z gabinetu. Już we wczesnym etapie niemowlęcym wydawał się zainteresowany kontaktem z ludźmi. W miarę rozwoju, stopniowo coraz chętniej nawiązywał relacje — uśmiechał się i bardzo wyraźnie odpowiadał na reakcje terapeutki. Robił to z pewnego dystansu, pozostając bardzo blisko mamy. Gdy był starszy, zwłaszcza wtedy, gdy w pobliżu znajdowali się oboje rodzice, momentami przestawał reagować na terapeutkę, omijając ją i nie patrząc na nią. Gdy podczas sesji dorośli przestawali zwracać uwagę na sygnały od niego, kierował się do swojego lustrzanego odbicia, reagując na nie pozytywnie, uśmiechając się do niego, całując. Stopniowo, wraz z upływem czasu, przejawiał coraz więcej frustracji i zdecydowania. Podczas sesji chłopiec niechętnie wypuszczał zabawki z rąk, nawet jeśli interesowało go ich kilka, co utrudniało swobodną zabawę. Rodzice uważali, że dzieje się tak, ponieważ w domu rywalizował z nim starszy (2-letni) brat, który zabierał mu zabawki. Z drugiej strony można było interpretować tę sytuację jako próbę utrzymania przez dziecko tego, co jest dla niego ważne, a w każdej chwili może zniknąć, znaleźć się poza jego zasięgiem.

Pan A. przejawiał dużo entuzjazmu i radości w kontakcie z synem, który reagował spontaniczną radością, głośnym śmiechem. Jednak często, zwłaszcza podczas pierwszych spotkań, ojciec szybko stawał się odłączony. Często siadając wygodnie oparty o poduszki, zamykał oczy. Na uwagi żony odpowiadał, że nie śpi, lecz wszystkiego uważnie słucha. Podobnie reagował na uwagi, że spogląda w ekran telefonu komórkowego. Czasami mówił wprost, że czuje się niepotrzebny w tak intensywnej rozmowie żony i terapeutki.

Oboje małżonkowie mówili o istniejących problemach w komunikacji, poczuciu wzajemnego niezrozumienia i niedocenienia, co było widoczne podczas sesji. Gdy matka poruszała wiele wątków, ojciec reagował wyłączeniem. Gdy ojciec chciał coś powiedzieć, potrzebował zrobić to w sposób wyczerpujący i logiczny. Wymagało to silnego zaangażowania rozmówcy, dużo czasu i słów. Pani A. często nie była w stanie tego wytrzymać. Jednym z jej problemów w relacji z mężem była niesprawiedliwość w podziale obowiązków domowych. Pani A. czuła się obciążona nadmiernie nie tylko obowiązkami wynikającymi z prowadzenia domu, ale i „logistyką” związaną z próbą zaspokojenia potrzeb wszystkich dzieci. Jednocześnie trudno jej było pozwolić na to, aby mąż zrobił coś po swojemu, a nie według jej wytycznych. Nazywała siebie „domowym generałem”.

W stosunku do diagnozy zespołu Aspergera państwo A. wykazywali pewną ambiwalencję. Często o specyficznych cechach pana A. oraz starszych dzieci mówili w sposób ciepły i z humorem. Pan A. spostrzegał neuroatypowość jako pewien zasób, który może wiązać się z oryginalnym, a nawet lepszym niż u większości ludzi funkcjonowaniem w określonych sferach. Pani A. w chwilach złości na męża wyraźnie określała go jako kogoś, kto „przekazał gen ZA” dzieciom. Wskazywała na to, że to pan A., dążąc do zrealizowania marzenia o dużej rodzinie, zainspirował ją do urodzenia kolejnego dziecka, na którego wychowanie brakowało jej już sił i zasobów.



### **Nieświadomione konflikty wewnętrzne, które uruchamiały mechanizmy obronne u poszczególnych pacjentów oraz schematy radzenia sobie z nimi**

Pani A. chciała być dobrą matką, która ma czas dla dzieci i jednocześnie dba o siebie. Nie mogła jednak tego zrealizować, ponieważ jej dzieci wymagały specjalnej troski i uwagi. Nie była w stanie zaspokoić ich wszystkich potrzeb, co wiązało się z silnym poczuciem winy. Momentami żałowała, że podjęła decyzję o byciu matką. Nie budziło wątpliwości to, że kochała wszystkie dzieci i bardzo jej na nich zależało. Jednocześnie chwilami unikała bliskości z nimi. Nie lubiła się z nimi bawić. Czasami nie była w stanie przytulić starszych dzieci. W okresie, w którym pojawiło się niemowlę, silnie ujawniły się jej własne potrzeby doznawania troski i opieki. Z relacji pani A. wynikało, że choć była jedynym dzieckiem swoich rodziców, w przeszłości nikt nie troszczył się o nią tak bardzo, jak ona troszczyła się o własne dzieci. Pani A. mówiła o małym wglądzie w to, co dzieje się z nią emocjonalnie. Miała świadomość tego, że często „odcina się” uczuciowo od tego, co dzieje się wokół niej. Izolacja uczuć była jej mechanizmem obronnym umożliwiającym wykonanie wielu zadań i wytrzymanie tego psychicznie. Nieświadomie stosowane mechanizmy obronne były związane z projekcją. Spostrzegала męża jako odrzucającego w stosunku do niej i „zakażającego” rodzinę. Przemieszczała na niego trudne emocje związane z lękiem i złością, które starała się wypierać w stosunku do dzieci. Najmłodszy syn był przez panią A. bardzo kochany, desperacko próbowała mu pomóc. Przez większość okresu trwania terapii PIP zaprzeczała odczuwaniu w stosunku do niego jakichkolwiek negatywnych emocji. Jednak w miarę rozwoju dziecka, coraz częściej zaczynało być ono przez nią spostrzegane jako ktoś, kto negatywnie ocenia jej działania. Nie tylko boleśnie wskazuje na to, że matka ponosi kolejną porażkę, ale momentami intencjonalnie przekracza jej granice, żeby ją do tej porażki doprowadzić.

Dziecko, które w trakcie terapii przestało być już niemowlęciem, nadal przywierało do matki, obawiając się, że ją straci emocjonalnie, będąc bardzo wyczulone na jej „znikanie” w sytuacjach, gdy była zaabsorbowana wieloma sprawami. Obawa o emocjonalną utratę rodziców pojawiała się także w sytuacji ich konfliktów, wzajemnych oskarżeń. Gdy wyglądało na to, że najbliższy opiekun może w każdej chwili zniknąć emocjonalnie, u dziecka pojawiała się poczucie chaosu. Gdy czuło zbyt dużo napięcia, zaczynało płakać. Zdarzały się chwile, w których uderzało głową o ścianę lub przedmioty w otoczeniu.

Pan A. chciał być obecny w życiu dzieci, również tych najmłodszych, które bardzo pragnął powołać na świat. Jednocześnie sam potrzebował opieki, struktury, ciepła emocjonalnego. Często koił się, przytulając dzieci. Znajdował się w trudnej sytuacji, ponieważ poprzez powołanie na świat kolejnych dzieci pragnął się zbliżyć do żony, a nie od niej oddalić. Relacjonował, że wychowanie dzieci to tylko etap przejściowy (niejako „anulując” obecne trudności), po którym pozostanie przy nim żona. O zespole Aspergera mówił z humorem i ciepłem, również w odniesieniu do siebie. Dużo racjonalizował, intelektualizował. Jednocześnie bronił się przed nieświadomym lękiem, że sprowadził na rodzinę nieszczęście w postaci kolejnych chorób i obciążeń. W większym stopniu niż żona wydawał się wyczulony na własne emocje. Gdy mechanizmy obronne związane z wyparciem zawodziły, osuwał się w ogarniające go depresyjne uczucia związane bezradnością.

### Zasoby i zaangażowanie pacjentów

Rodzina posiadała wiele zasobów. Jej sytuacja, pomimo wyzwań życiowo-finansowych, pozostawała stabilna. Rodzice byli osobami wykształconymi, u najstarszych dzieci ujawniały się szczególne zdolności intelektualne i muzyczne. Oboje rodzice kochali swoje dzieci, były one obecne w ich umysłach. Troszczyli się o nie tak, jak potrafili. Korzystali ze swojego wcześniejszego doświadczenia bycia rodzicami małych dzieci w okresie, gdy ich starsi synowie byli w obecnym wieku młodszej dwójki. Pamiętali, jakim kryzysem był dla nich tamten czas i w jaki sposób udało im się przez niego przejść. Mimo konfliktów małżeńskich, w rodzinie pojawiało się ciepło emocjonalne. Zasobem było poczucie humoru, które momentami wydawało się specyficzne, w jego ramach rodzice przyjaźnie odnosili się do objawów zespołu Aspergera, które charakteryzowały mężczyzn w rodzinie. Z relacji rodziców wynikało również, że starsi synowie czule odnoszą się do młodszych braci i chętnie uczestniczą we wspólnych, rodzinnych chwilach.

Bardzo ważnym zasobem posiadanym przez najmłodszego pacjenta była chęć nawiązywania relacji i responsywność w kontaktach z innymi ludźmi. Zasobem, który ujawniał się w pokoju terapeutycznym, była dla dziecka również możliwość doświadczania własnej przestrzeni w kontakcie z rodzicami, bez fizycznej obecności rodzeństwa.

Rodzice przejawiali ambiwalencję w kwestii motywacji do terapii. Zależało im na spotkaniach, ale wycofywali się z nich z powodu własnych obciążeń. W trakcie psychoterapii przeżywali również choroby dzieci. Najtrudniejszym okresem był nagły stan zagrożenia życia chorego na zapalenie oskrzeli niemowlęcia, który udało się opanować matce przy pomocy najstarszego syna. Matka była osobą najbardziej zaangażowaną w spotkania, uczestniczyła we wszystkich, również tych, w których inni uczestnicy nie mogli w pełni (śpiące dziecko) lub w ogóle (nieobecność męża) wziąć udziału. Czasami zdarzało jej się odwoływać sesje otwarcie mówiąc, że była w stanie przyjechać, ale zdecydowała, że inne sprawy, bardziej istotne, będą na pierwszym miejscu. Rodzina miała kłopot z rozpoczęciem sesji o wyznaczonym czasie. W trakcie terapii zdarzały się również sesje odwoływane przez terapeutkę z powodu jej choroby lub urlopu. Chociaż nie działo się to często, bardzo wpływało na zaburzenie settingu spotkań.

### Reakcje przeciwprzeniesienia terapeutki

W terapeutce pojawiało się dużo ciepłych uczuć wobec całej rodziny. Miała potrzebę zaopiekowania się każdym, kto tego potrzebował i dla kogo można było być ważnym i potrzebnym. Momentami czuła złość w związku z częstymi spóźnieniami, opuszczaniem sesji, nieobecnością ojca; choć jednocześnie starała się rozumieć obciążenia rodziny, współczuła rodzicom trudnych sytuacji związanych z lękiem o zdrowie zarówno ich dzieci, jak i ich rodziców. Odczuwała niepokój, gdy pojawiały się informacje o pogorszeniu zdrowia najmłodszego pacjenta. Poruszanie trudnych, bolesnych tematów było utrudnione przez poczucie winy przejawiane głównie wobec matki dziecka za jej „naruszanie”, robienie jej przykrości oraz wobec obojga rodziców za robienie z nich „złych rodziców”. Dziecko w terapeutce wzbudzało zaciekawienie, radość i czułość, gdy się do niej uśmiechało. Natomiast było jej smutno, gdy się wycofywało z kontaktu i przestawało na nią patrzeć.



### Hipotezy terapeutki

Wszystkie powyższe etapy konceptualizacji doprowadziły do sformułowania następujących hipotez weryfikowanych w trakcie trwania terapii:

1. Rodzice odczuwają nieświadomie lęk przed tym, że stanowią zagrożenie dla swoich dzieci i z tego powodu czują się winni. Ten lęk zabiera przestrzeń dla dziecka, które nie może być w pełni widziane. Rodzice nie chcą tego widzieć i angażują się we wzajemny konflikt.
2. Ambiwalencja matczyzna u pani A. wzrasta, gdy pojawiają się momenty trudnych emocji w stosunku do dziecka, których ona nie akceptuje.
3. Podczas poruszania ww. tematów związanych z lękiem i ambiwalencją rodzice reagują różnymi rodzajami wycofania z rozmowy o najboleśniejszych emocjach — np. matka reaguje na to „zagadując” emocje, w niektórych momentach rodzice kłócą się, tracąc z pola uwagi dziecko. Reagują też w sposób bierny — spóźniają się na sesje lub nie docierają na nie w ogóle, tłumacząc, że mieli inne priorytety.
4. Dziecko próbuje „przebić się” do rodziców, czując lęk, że może ich w każdej chwili emocjonalnie utracić. Gdy nie odpowiadają na jego starania, ma poczucie chaosu.

### Cele terapii

Wstępny cel terapii był diskutowany z rodzicami, choć ustalenie go stanowiło wyzwanie. Rodzice nie byli pewni, na jaki rodzaj pomocy mogą liczyć, jeszcze w trakcie psychoterapii wracali do pojęcia „nowego programu naukowego”, pytali, czy częścią opieki będzie diagnostyka psychologiczna dziecka. Od początku rozpoczętej psychoterapii PIP mówili jednak zgodnie o tym, że pragną zapewnić dziecku jak najlepszą profilaktykę w sytuacji możliwego rozwoju zespołu Aspergera. W późniejszym okresie terapii jako jeden z ważnych celów określili minimalizowanie wpływu na dziecko ich wzajemnego konfliktu i wynikającego z niego napięcia.

Z perspektywy terapeutki cele zostały sformułowane kompatybilnie z przedstawionymi wyżej i weryfikowanymi w trakcie spotkań hipotezami. Przedstawiały się następująco:

1. Pomóc rodzicom dostrzec potrzeby swojego dziecka poza kwestią rozważania ewentualnej przyszłej diagnozy zespołu Aspergera oraz wzajemnym konfliktem.
2. Pomóc dziecku być „widocznym”, pierwszoplanowym oraz przyjętym emocjonalnie przez dorosłych takim, jakie jest.
3. Zmniejszyć matczyną ambiwalencję. Poruszać i pogłębiać z matką tematy pojawiających się negatywnych uczuć do dziecka. Jednocześnie wpływać na zwiększenie poczucia przyjemności przebywania z dzieckiem.

### Forma interwencji terapeutycznych

Stałym wyzwaniem w procesie psychoterapii rodziny A. było ustalanie priorytetów. Wiązało się to z tworzeniem przestrzeni na terapię w sytuacji ograniczeń rodziców, na przykład organizowaniem spotkań zdalnych, gdy nikt nie mógł przyjechać na sesję. W sy-

tuaacjach wyjątkowych, w miarę możliwości, terapeutka proponowała „zastępcze” terminy spotkań. Jedną z interwencji związanych z ustalaniem priorytetów przez rodziców było zwracanie im uwagi na spóźnienia skutkujące mniejszą ilością czasu dla dziecka w sposób możliwie empatyczny. Ważne było także zadbanie o plan zakończenia terapii.

Częstą formą interwencji podczas sesji PIP było zatrzymywanie rodziców. Terapeutka starała się ograniczać wielowątkowość matki i kierować jej uwagę na pogłębianie tematów. Podczas sesji z obojgiem rodziców terapeutka próbowała zwiększać obecność ojca w rozmowach. Interwencje związane z zatrzymywaniem były kierowane również do obojga rodziców w celu kierowania ich uwagi na reakcje dziecka, bycie dla nich lustrem tego, co się dzieje w ich relacji z dzieckiem w pokoju terapeutycznym. Przełomową sesją było spotkanie, podczas którego rodzice uświadomili sobie, w jaki sposób czuło się ich dziecko w sytuacji, gdy nie mogli dostrzec go, przeżywając silne emocje związane z kierowaniem do siebie wzajemnie różnych oskarżeń. Terapeutka opisała rodzicom krok po kroku, co robiło dziecko, do kogo i w jaki sposób podchodziło, jak reagowało, gdy żadne z rodziców nie odpowiadało na jego sygnały. Spotkanie to było dla nich bardzo silnym, wstrząsającym przeżyciem emocjonalnym. Jednocześnie byli w stanie wyrazić wdzięczność za to doświadczenie i to, co dzięki niemu zyskali.

Sposób pracy terapeutki, głównie podczas sesji, na których obecna była matka z niemowlęciem, dotyczył również modelowania form kontaktu z dzieckiem. Terapeutka w sposób pozytywny zwracała uwagę na wzajemny kontakt matki i dziecka „twarz w twarz”. Wspierała matkę w podejmowaniu zabawy z dzieckiem, czasem modelowała sposób zabawy, starała się dostrzegać i wzmacniać wszelkie przejawy radości z wzajemnej aktywności. Interwencje terapeutyczne były skierowane na odczuwanie większej przyjemności z kontaktem z dzieckiem.

Ważnym elementem terapii była praca z matczyną ambiwalencją — dotarcie do negatywnych uczuć w stosunku do najmłodszego dziecka, zatrzymywanie się na bolesnych, trudnych do zaakceptowania tematach i pogłębianie ich. Trudne zaprzeczane wewnętrznie „tematy tabu” mogły zacząć pojawiać się dopiero wówczas, gdy matka dziecka uzyskała przestrzeń do mówienia o swoich potrzebach i uczuciach w sposób pozwalający na pogłębianie jednego bolesnego wątku, rezygnując z wielu powierzchownie poruszanych, z jednoczesnym utrzymywaniem w jej umyśle najmłodszego dziecka.

### Zakończenie terapii

Psychoterapia rodzic–niemowlę rodziny A. zajęła 40 sesji. Gdy została rozpoczęta dziecko miało 5 tygodni, a w momencie zakończenia — 17 miesięcy. W pewien sposób czas zakończenia PIP jest wyznaczony wiekiem dziecka, które przestaje być już niemowlęciem i wkracza w nowy etap rozwojowy. Czują to wszystkie osoby obecne na sesji. Specjalnie przystosowany do terapii rodzic–niemowlę pokój przestaje być już „wystarczający” dla dziecka starszego, które ma coraz większą potrzebę eksplorowania otoczenia. W przypadku rodziny A. ustalenie zakończenia terapii stało się wyzwaniem. Na tym etapie po raz kolejny zaburzony został setting spotkań. Rodzice z różnych powodów odwoływali kolejne spotkania, czym wydawali się „przedłużać rozstanie”. Jednocześnie biorąc pod uwagę

zgodne z rozwojem potrzeby dziecka (ruchu i eksploracji) mało możliwe do zrealizowania wydawało się już spotkanie online. Z kolei terapeutka, choć od trzech miesięcy omawiała z rodziną kwestię zakończenia terapii, nie zdążyła wyznaczyć konkretnej daty zakończenia spotkań. Gdy jednak data została określona, odbyły się dwa spotkania kończące terapię z udziałem wszystkich jej uczestników.

W trakcie terapii zaszło wiele zmian w życiu rodziny A. Dziecko osiągnęło nowy etap rozwoju. Pod koniec spotkań terapeutycznych zaczęło uczęszczać do żłobka, w którym adaptacja przebiegała powoli, ale spokojnie. Rodzice okazali dużo troski o to, aby zmiany w życiu dziecka związane z separacją i wejściem w nowe środowisko nie przebiegały zbyt gwałtownie. Dziecko było zaprowadzane do żłobka w określone dni, na krótki czas. Podczas pierwszych spotkań towarzyszyła mu matka. Jeszcze wcześniej w domu zaczęła pojawiać się opiekunka. Stała się nią znana wcześniej dzieciom sąsiadka, w wieku emerytalnym, właściwym babci, której opieki nie mogły doświadczać na co dzień. To dawało matce przestrzeń na zajęcie się ważnymi sprawami, również kwestiami istotnymi dla jej zdrowia. Zauważalna była coraz lepsza umiejętność matki, aby odpuścić sobie branie dodatkowych obciążeń, odpocząć i zająć się potrzebami najmłodszego dziecka. Pani A. doświadczała coraz więcej momentów, w których czuła pozytywne emocje, patrząc na radość swojego dziecka, gdy dobrze się bawiło. Chwilami odczuwała przyjemność ze wspólnej zabawy. Pan A., aby móc spędzać codziennie więcej czasu z najmłodszymi dziećmi, przeorganizował swój tryb pracy w taki sposób, że wracał do domu wcześniej, choć wiązało się to ze wstawaniem do pracy bardzo wcześnie rano. Najistotniejszym osiągnięciem w terapii PIP z perspektywy rodziców stało się to, że nauczyli się lepiej rozumieć swoje dziecko i dostrzegać jego potrzeby. Najmłodszy syn wydawał się bardziej „widoczny” w umyśle rodziców. Przestał jawić się jako „bezproblemowe, zawsze radosne” dziecko. Stał się chłopcem bardzo podkreślającym swoje potrzeby, stawiającym czoła starszemu bratu, podejmującym zdecydowane decyzje, które nie zawsze były przyjemne dla rodziców i czasami wymagały stawiania dziecku granic. Jednocześnie rodzice wydawali się dumni z jego osiągnięć i cieszyli się ze wspólnych chwil z dzieckiem.

Pod koniec terapii widmo zespołu Aspergera jawiło się już blade. Rodzice mieli mniejszą potrzebę poruszania tego tematu i mówili o nim z mniejszym napięciem. W momencie zakończenia terapii ich prawie 3-letni syn był psychologicznie diagnozowany w kierunku zespołu Aspergera. W stosunku do najmłodszego dziecka rodzice byli w stanie spokojniej przyjmować to, co przynosił czas, bez nadmiarowego lęku, że aktualnie powinni dostrzec w nim coś, co wymagałoby interwencji. Jednocześnie, przez cały okres terapii rodzice kształtowali pozytywny obraz zespołu Aspergera jako charakteryzującego rodzinę, nadającego jej szczególne cechy. Czasami przypominało to śmiech przez łzy — wiązało się z uruchamianiem poczucia humoru, pozwalając na ukazywanie tych cech w sposób szczerzy, odsłaniający, a jednocześnie ciepły i czuły. Diagnoza, która z jednej strony wiązała się z lękiem i obciążeniem, z drugiej strony wydawała się jednoczyć całą rodzinę, dając jej wyjątkowe możliwości.

---

### Piśmiennictwo

1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, Kraków, Vesalius, 2000.
2. Beebe B, Lachman F, Markese S, Bahrck L. On the origins of disorganized attachment and internal working models: Paper I. *Psychoanalytic dialogues* 2012; (22): 253–272. DOI: 10.1080/10481885.2012.666147.
3. Beebe B, Steeleb M. How does microanalysis of mother–infant communication inform maternal sensitivity and infant attachment? *Attachment & Human Development* 2013; 15(5–6): 583–602. DOI: 10.1080/14616734.2013.841050.
4. Joyce A. Relacja rodzic–niemowlę a zdrowie psychiczne niemowlęcia. W: Baradon T, Biseo M, Broughton C, James J, Joyce A. *Psychoanalityczna terapia rodzic–niemowlę. Siła więzi*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Fundament; 2023, s. 46–89.
5. Baradon T. Ojcowie. W: Baradon T, Biseo M, Broughton C, James J, Joyce A. *Psychoanalityczna terapia rodzic–niemowlę. Siła więzi*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Fundament; 2023, s. 229–239.
6. Bion W. A theory of thinking. *International Journal of Psychoanalysis* 1962; 43: 306–310.
7. Baradon T. What is genuine maternal love? Clinical considerations and technique in psychoanalytic parent–infant psychotherapy. W: *The psychoanalytic study of the child*. New Heaven and London: Yale University Press; 2005, s. 47–72.
8. Leff JR. Primary maternal persecution. W: *Forensic psychotherapy and psychopathology*. London: Routledge; 2001, s. 27–40.
9. Silverman RC, Liberman AP. Negative maternal attributions, projective identification and the intergeneration transmission of violent relation patterns. *Psychoanalytic Dialogues* 1999; 9(2): 161–186.
10. Winnicott DW. Hate in the countertransference. *Int. J. Psychoanal.* 1949; (30): 69–74.

Adres e-mail: [agnieszka.kalwa@centrumzagorze.pl](mailto:agnieszka.kalwa@centrumzagorze.pl)