

Iza Budniak, Grażyna Wyszńska

Psychoanalityczna terapia rodzin – ilustracje kliniczne

Podmiotem oddziaływań terapeutycznych w istniejącym w Warszawie przy ul. Jana Sobieskiego 93 Ośrodku Terapii Dziecka w Środowisku jest także cała rodzina dziecka kierowanego na leczenie. Podstawowym celem terapii jest uzyskanie zmiany w jej funkcjonowaniu. Istotę i treść tej zmiany opisujemy w kategoriach nurtu teorii psychoanalitycznych (głównie teorie relacji z obiektem). Uważamy, że wszystko to, co stanowi treść i jakość każdej rodziny, jest zdeterminowane przez rozwój osobowości jej członków, w tym ich doświadczenie transgeneracyjne.

Towarzyszące naszej pracy klinicznej założenia teoretyczne, które wyznaczają sposób rozumienia patologii rodzinnej, sprowadzają się do następujących podstawowych tez:

- wszyscy członkowie rodziny wnoszą do niej swoje świadome i nieświadome indywidualne doświadczenia emocjonalne,
- zaburzony charakter wczesnych relacji z obiektem, zwłaszcza wczesnych relacji rodziców, stanowi bazę patologii rodziny,
- charakter związków z ważnymi postaciami na wczesnych etapach rozwoju i konflikty wewnętrzpsychiczne determinują rodzaj relacji nawiązywanych w dorosłym życiu,
- analizie podlegają transgeneracyjne obiekty każdego rodzica, wpływające na losy pary rodzicielskiej i jej dzieci,
- w toku pracy terapeutycznej koncentrujemy się na przepracowaniu wzajemnych projekcji i introjekcji, które odtwarzają się w przestrzeni przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej,
- rodziny, podobnie jak jednostki, przechodzą stadia rozwojowe, mogą podlegać fiksacji i regresji,
- w terapii rodziny odwołujemy się do pozytywnych potencjałów każdego jej członka.

Przykłady pracy klinicznej z rodziną w Ośrodku Terapii Dziecka w Środowisku

Patologiczna żałoba

Dziewczynka A., lat 9, trafiła do Ośrodka z powodu narastających trudności w funkcjonowaniu w szkole. Jej zachowanie było często nieadekwatne, maniakalne, bez dystansu do dorosłych.

W pierwszym kontakcie z A. uwagę terapeutów zwróciło to, że dziewczynka wygląda i zachowuje się raczej jak chłopiec. Obserwując ją zauważyliśmy, że nigdy nie nosi dziewczęcych strojów oraz preferuje chłopięce zabawy, bawiąc się głównie samochodami. Nawet jeśli podejmowała „dziewczęcą” zabawę, to w beciku, który nosiła, przytulała autobus zamiast lalki.

W rozmowie z samymi rodzicami dowiedzieliśmy się, że gdy dziewczynka miała 3 miesiące, u jej starszego o 3 lata brata wykryto białaczkę. Przez kolejne 3 miesiące choroby brata A. była często opuszczana przez matkę i zostawiana pod opieką innych osób. Chore dziecko zmarło i od tego czasu matka dziewczynki była w depresji.

Rozumieliśmy, że zakłócenie w relacji matka--dziecko pojawiło się już w symbiotycznej fazie rozwoju dziecka, a następnie zostało utrwalone przez kontakt z depresyjną matką i życie w pustce po zmarłym bracie. Temat śmierci chłopca przez długi czas pozostawał w rodzinie tajemnicą. Rodzice nie rozmawiali z A. o jej zmarłym bracie i wiele czasu na sesjach terapeutycznych poświęconych było uzyskaniu ich zgody na rozmowę przy dziewczynce o tym, co ich spotkało..

Zauważyliśmy, że w relacji między córką a jej matką nie ma miejsca na własną tożsamość dziewczynki. Dla terapeutów stawało się oczywiste, że została ona niejako uwięziona przez projekcje matki, która próbując w ten sposób odzyskać zmarłego syna, uniemożliwia proces własnej żałoby i rozwój swojej córki.

Dziewczynka, mając w sobie introjekt zmarłego brata, stanowi niejako podtrzymanie i kontynuację jego życia. Będąc identyfikowana ze zmarłym bratem, nie mogła narodzić się dla swojej matki jako inne dziecko. Przypuszczaliśmy, że matka mogła bać się wiązać z kolejnym dzieckiem, wciąż nosząc w sobie poczucie zagrożenia jego utratą

W pracy z tą rodziną powraca stale potrzeba przepracowywania negatywnych reakcji terapeutycznych pojawiających się w relacji terapeutycznej z dziewczynką oraz jej rodzicami. Wymaga to bardzo dużej rozwagi, ponieważ po każdej interpretacji, która

mogłaby w jakikolwiek sposób zmienić coś w strukturze rodziny, pojawia się u nich wszyskich silny lęk. Groźba utraty jest cały czas rozgrywana w płaszczyźnie przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej, co przejawia się w agresywnych atakach lub negacji w tych momentach, w których nawiązuje się porozumienie i powstaje bliskość emocjonalna. Stałym problemem w pracy z tą rodziną jest przepracowywanie powracających żądań zmiany terapeuty lub zmiany formy leczenia.

Problem władzy i separacji

Chłopiec B., lat 10, trafił do Ośrodka z diagnozą fobii szkolnej, po dwóch pobytach w dziecięcych szpitalach psychiatrycznych. Problemem, który już na wstępie pracy z tą rodziną pojawił się z całą mocą, była separacja chłopca od matki. Przychodzenie do Ośrodka wiązało się z buntem dziecka wobec konieczności rozstania z matką i zacieklą walką (często fizyczną) o to, aby nie pozostawiała go samego.

Chłopiec od trzeciego roku życia wychowywany był przez matkę oraz babcie (matkę matki). Ojciec B. został wyrzucony przez teściową z domu i od tamtej pory nie kontaktował się z synem. W tym samym czasie matka wróciła do pracy po urlopie wychowawczym. Myśleliśmy o tym, jak bolesne musiało być dla dziecka doświadczenie utraty ojca nakładające się w czasie z ograniczeniem dostępności matki.

B. nie odstępował matki na krok, jednocześnie cały czas trwała między nimi fizyczna walka. Widoczne było, że kontakt w tej parze jest niezwykle intensywny i oscyluje między wzajemną agresywnością a ekscytacją. Często w takich sytuacjach, w których napięcie między nimi stawało się zbyt silne i oboje się w nim zatracali, praca terapeutyczna polegała na podejmowaniu prób depsychotyzacji tego związku i na przykład wprowadzaniu pewnych reguł. Można powiedzieć, że terapeuci zajmowali wobec dziecka i matki rolę brakującego ojca.

Uwagę terapeutów zwrócił fakt, że matka w pewnym sensie pokornie znosiła ataki syna, dając się wyzywać czy bić, a wobec dziecka zgłaszała jedyne wymaganie dobrych wyników w nauce.

B. był dzieckiem osamotnionym, unikającym kontaktów z dziećmi. Chociaż miał uzdolnienia manualnie, nie korzystał z żadnych zajęć pozalekcyjnych, gdyż problemem było pozostawienie go gdziekolwiek bez obecności matki.

Podczas pierwszej sesji rodzinnej ujawnił się z całą mocą konflikt między matką chłopca a jej matką, jego osiłą było dziecko. Nie było możliwe, aby obie kobiety zgadzały się w czymkolwiek, co dotyczyło chłopca.

Konsultacja terapeutyczna pokazała, że w rodzinie tej brak jest realnych i psychicznych granic pomiędzy jej członkami. Babcia funkcjonowała w tej rodzinie jak omnipotentna postać, a całą swoją zaprzeczoną słabość poprzez projekcyjną identyfikację umieszczała w córce i wnuku, traktując ich oboje jak dwoje nieudanych dzieci.

Szczegółowa analiza przeszłości babci B. pokazała, że ona również była w bardzo bliskiej relacji ze swoją teściową, nawet wtedy gdy opuścił ją mąż. Mieliśmy wrażenie, że matka B. dokonuje pewnego rodzaju powtórzenia scenariusza życia swojej matki, życia, w którym nie ma przestrzeni dla mężczyzny. Przypuszczaliśmy, że obie kobiety realizują nieświadomą fantazję o likwidacji mężczyzny,

Ważnym wydarzeniem w historii rodziny była śmierć dziecka. Na jednej z kolejnych sesji okazało się, że matka B. miała brata bliźniaka. W wieku 6 miesięcy dzieci zachorowały, ale przeżyła tylko dziewczynka. Chłopiec uważany był przez dorosłych za bardzo udane dziecko i narcystycznie gratyfikował rodzinę. Rozumieliśmy, że śmierć brata musiała spowodować utratę przez matkę B dobrej relacji z własną matką, prawdopodobnie przeżywającą depresję. Matka B. do dzisiaj nie przeżyła separacji psychicznej i fizycznej z własną matką, pozostając w roli dziecka związanego z nią deficytami. Z własnym synem tworzy w fantazji parę rodzeństwa.

Podczas sesji widzieliśmy, że matka nie tylko nie jest w stanie pomieszczać przeżyć swojego syna, ale nieświadomie uczyniła go pojemnikiem własnych wrogich i agresywnych projekcji związanych ze zmarłym bratem i matką. Jej relacja z synem obciążona jest silną ambiwalencją. Z jednej strony ma on realizować nieświadomą fantazję o reaktywowanym bracie i reparować winę za rywalizacyjne uczucia i unicestwienie go, z drugiej strony jest trzymany w fuzji z matką, co uniemożliwia mu separację i zaburza dojrzewanie i rozwój.

Podstawowym celem terapii, jaką podjęto wobec tej rodziny, jest depsychotyzacja diad matka--dziecko i matka--babcia i stworzenie przestrzeni psychicznej umożliwiającej separację każdego z jej członków.

Jak starałyśmy się pokazać, celem psychoanalitycznej terapii rodzin jest poprawa funkcjonowania rodziny, tak aby stała się ona miejscem czerpania siły oraz realizacji indywidualnych celów i potrzeb. Aby to było możliwe, każdy z członków rodziny musi uzyskać zdolność wchodzenia w relacje z realnymi osobami, jakimi są członkowie grupy rodzinnej.

Doświadczenie naszej psychoterapeutycznej pracy z rodzinami pokazuje, że niezwykle istotne jest stworzenie wystarczająco dobrego settingu dzięki któremu rodziny z chorym dzieckiem mogą przyjść i rozmawiać otwarcie o swoich problemach, a w konsekwencji uzyskać większą jasność w bardzo ważnych dla nich sprawach.