

Kiedy wewnętrzny ból nie pozwala widzieć dziecka – o doświadczeniach z grupowej pracy terapeutycznej z matkami z zaburzeniami depresyjnymi

Joanna Fejfer-Szpytko, Aneta Gruzewska

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę

Artykuł oparto na wieloletnich doświadczeniach psychoterapeutek Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę w pracy grupowej z matkami z zaburzeniami depresyjnymi. Zwrócono w nim uwagę na to, że stawanie się matką to przemiana i wymagający proces, który może stać się źródłem swoistego stresu oraz przyczyną różnych zaburzeń emocjonalnych. Konsekwencje tego typu zaburzeń dotyczą nie tylko zdrowia matki, ale też zdrowia dziecka i ich wzajemnych relacji w późniejszym życiu. W artykule przedstawiono podstawy merytoryczne oraz inspiracje terapeutek dotyczące rozumienia źródeł zaburzeń depresyjnych i mechanizmu powstawania objawów. W oparciu na doświadczeniach z pracy z wieloma grupami psychoterapeutycznymi, zaprezentowano również charakterystykę funkcjonowania matek z zaburzeniami nastroju i główne założenia w pracy z grupami. Podsumowanie stanowi krótki raport z ewaluacji siedmiu prowadzonych grup w latach 2016–2022. Wyniki oparto na Kwestionariuszu depresji Becka. Wykazano skuteczność grupowej pracy terapeutycznej bazującej na przywiązaniu i wykorzystującej mentalizację jako główne narzędzie pracy

SŁOWA KLUCZOWE:

ZABURZENIA DEPRESYJNE, GRUPY PSYCHOTERAPEUTYCZNE, MATKA, RELACJA MATKA–DZIECKO, WIĘŹ, MENTALIZACJA, STAWANIE SIĘ MATKĄ, AMBIWALENCJA, WCZESNODZIECIĘCE POTRZEBY, PRESJA SPOŁECZNA, ROLA MATKI, CZYNNIKI LECZĄCE

Narodziny dziecka – narodziny matki

Macierzyństwo to punkt zwrotny w życiu kobiety. Zostanie mamą to nie łagodna ewolucja, ale rewolucja, która obala dotychczasowe *ja*, wymaga zmodyfikowania obrazu siebie i innych oraz włączenia nowego doświadczenia posiadania dziecka w swojej psychice. Wybitny psychiatra i psychoanalityk Stern, specjalizujący się w rozwoju dzieci, pisał, że kiedy rodzi się dziecko, rodzi się również matka. Narodziny dziecka to narodziny kobiety w nowej roli oraz złożone i wymagające doświadczenie narodzin jej własnej, nowej tożsamości (Stern, 1995).

Stawanie się matką jest zatem przejściem formacyjnym. To proces nie tylko fizjologiczny, ale także psychologiczny.

Dla kobiet okres ciąży i przyjście dziecka na świat to czas, gdy nieuchronnie zde-rzają się z społeczną wizją macierzyństwa. Wizja ta niczym fasada idealnego domu jest piękna i czysta, a także pełna ideałów, ale jednocześnie wypełniona sprzecz-nymi oczekiwaniami, surowa, krytyczna i rozliczająca z niepowodzeń. Kobieta jest zewsząd zalewana informacjami na temat bycia dobrą matką, ostrzegana przed po-pełnianiem błędów oraz zasypywana obrazkami pokazującymi idealne, perfekcyjne i kreatywne wzorce macierzyństwa. Eksperyment z wpisaniem w wyszukiwarkę in-ternetową hashtagów: #macierzyństwo, #matka i #mama, a następnie przejrzenie wyników – zarówno dotyczących treści, jak i obrazów – dosadnie pokazuje, z jak wyidealizowaną wizją własnej, nowej roli musi się zmierzyć nowonarodzona matka.

Żeby tę fasadową oraz pełną sprzeczności wizję idealnego macierzyństwa reali-zować, kobieta często musi zacząć funkcjonować w odcięciu od własnych emocji i potrzeb, zrezygnować z własnego wewnętrznego świata. Nawet to jednak nie uwolni wielu kobiet od wyrzutów sumienia, emocjonalnej huśtawki i przeżywania bycia „nie dość”. Ambiwalencji uczuć doświadczają wszystkie kobiety, ale u tych z zaburzeniami depresyjnymi identyfikujemy szczególną trudność w radzeniu sobie z takimi stanami emocjonalnymi. O braku adaptacyjnych mechanizmów w radzeniu sobie z odczuwanymi złością i gniewem oraz ambiwalencją uczuć pisze wielu spe-cjalistów (Blum, 2007; Raphael-Leff, 2013).

To się dzieje współcześnie, mimo że już w latach 50. ubiegłego wieku Winnicott, brytyjski pediatra i psychoanalityk, obserwując to zjawisko, wprowadził pojęcie *wystarczająco dobrej matki*. Pierwotne założenie Winnicotta (2011) było takie, że *wystarczająco dobra matka* jest lepsza niż *matka doskonała*.

Wystarczająco dobra matka opiekę nad dzieckiem zaczyna od niemal całkowitej adaptacji do jego potrzeb. Szybko je zaspokaja, nawet kosztem własnych. Sprawia to, że na początku dziecko doświadcza matki jako części siebie, jest z nią złane.

Z czasem matka pozwala jednak niemowlęciu doświadczać krótkich chwil frustracji. Jest empatyczna i opiekuńcza, ale nie śpieszy od razu z reakcją na każdy sygnał wysyłany przez dziecko. Nie jest idealna, ale wystarczająco dobra, bo daje dziecku doświadczenie zaspokajania i kojenia, ale pozwala także doświadczać niewielkiej, adekwatnej do jego możliwości dawki frustracji. Wynikająca z oczekiwania na zaspokojenie potrzeby frustracja zapoczątkowuje ważną aktywność umysłową dziecka, dając poczucie świata zewnętrznego i rozpoczynając proces oddzielania się od matki.

Dla każdej kobiety narodziny dziecka są wyzwaniem, jednak gdy dodatkowo ten moment trafia na środowisko z czynnikami ryzyka, np. brakiem wsparcia, konfliktami w rodzinie, wcześniejszymi zaburzeniami depresyjnymi czy trudną relacją z własną matką, to ryzyko wystąpienia zaburzeń afektywnych wzrasta.

Szacuje się, że 10–16% kobiet w ciąży spełnia kryteria diagnostyczne depresji. U ciężarnych w pierwszym trymestrze ciąży jej rozpowszechnienie wynosi 7,4%, w drugim – 12,8%, a w trzecim – 12% (Steiner, 1999).

Zgodnie z wynikami metaanalizy podsumowującej 59 badań epidemiologicznych częstość występowania zaburzeń depresyjnych u kobiet w okresie poporodowym wynosi ok. 13% (O'Hara i Swain, 1996). U ok. 30% kobiet pogorszenie samopoczucia utrzymuje się nawet powyżej roku po urodzeniu dziecka i cechuje się wysokim, ok. 40%, ryzykiem nawrotów (Goodman, 2004).

Ryzyko nawrotu zależy od przeszłości chorobowej. U kobiet, które nigdy wcześniej nie cierpiały na zaburzenia psychiczne, nawrót występuje w ok. 50% przypadków, natomiast u kobiet, u których wcześniej rozpoznano zaburzenia nastroju oraz depresję poporodową, ryzyko sięga 100% (Kaźmierczak i in., 2010).

Warto pamiętać, że nie wszystkie kobiety prezentują objawy znane nam ze stereotypowego wyobrażenia matek depresyjnych: smutek, płacz, niedbanie o siebie, apatyczne zachowania i „wzrok utkwiony w jedno miejsce”. Wiele z nich cierpi z powodu swojej impulsywności i wybuchów agresji. Może im towarzyszyć irytacja i wściekłość, często są w konflikcie z otoczeniem i partnerami, z nadmiernymi, perfekcjonistycznymi oczekiwaniami wobec siebie lub bliskich. U niektórych matek z depresją na pierwszy plan wysuwa się zmęczenie i anhedonia, a nie smutek.

Nie jest to opis kojarzący się powszechnie z depresją, a jednak pod spodem można odkryć bezradność, bezsilność, samotność, poczucie winy i rozczarowanie sobą.

Konsekwencje zaburzeń afektywnych obserwujemy w trzech ważnych obszarach funkcjonowania kobiet, z którymi pracujemy.

Matka – sama ze sobą

Kobiety, z którymi mamy kontakt, o relacji ze sobą mówią w szczególny sposób. Doświadczają swoistej utraty dotychczasowego *ja*. Zapominają, jak myślały, co odczuwały, czym żyły: „Co się ze mną stało? Popsułam się...”, „Moje ciało jest przeciwko mnie, jest wadliwe, chore, poblokowane”. Zaczynają myśleć o sobie w sposób negatywny, wręcz katastroficzny: „Nic w życiu nie osiągnęłam, jestem beznadziejna. Lepiej by było dla wszystkich, bym zniknęła...”. Mają poczucie bycia złą, gorszą: „Czuję się jak kupa... Niczego nie potrafię zrobić dobrze...”. Widzą wyłącznie swoje braki, wady, deficyty: „Coraz częściej czuję, że się w sobie zapadam i nie mam ochoty na życie”. Ponadto przypisują sobie winy i są przekonane, że zasługują na karę oraz potępienie: „Przeze mnie mają problemy, jestem dla nich ciężarem...”.

Matka – otoczenie

Podobnie zaburzony jest obszar relacji z otoczeniem i innymi ludźmi. Utrata zdolności do cieszenia się, brak motywacji i negatywne myślenie o sobie sprawiają, że kobiety wstydzą się, izolują, chowają: „Jestem czarną owcą, wstydzę się siebie i inni też mają mnie dość, czuję tylko pogardę z ich strony”. Wcześniejsze doświadczenia sprawiają także, że rzadziej szukają wsparcia w relacjach z ludźmi: „Nie czuję, żeby mnie ktoś rozumiał, siedzę całymi dniami w domu, nie mogę się do niczego zebrać, nie chce mi się gadać z ludźmi, zakładam okulary, kiedy przechodzę obok sąsiadów, nie chcę ich widzieć, chcę się schować...”, lub szukają go dopiero doprowadzone do ostateczności: „Nie proszę o pomoc, choć nie umiem zaspokajać swoich potrzeb, nie werbalizuję trudności”, „Wolę być sama”.

Matka – dziecko

Wewnętrzne cierpienie kobiety może sprawiać, że nie jest ona w stanie zajmować się dzieckiem: „Czuję fizyczne odrętwienie, nie biorę dziecka na ręce, nie mam na nic siły, zmuszam się do robienia prostych czynności przy nim”, „Nie mam z czego dawać, jak tam w środku mam jakąś bezbrzeżną pustkę, tam, w środku mnie, nic nie ma...”.

Koncentracja na trudnych, niezrozumiałych myślach, budzących lęk emocjach powoduje, że matka traci czujność wobec sygnałów płynących od dziecka, może nie reagować na jego komunikaty, nie rozpoznawać jego potrzeb, a jej reakcje mogą być nieadekwatne: „Często nie mam cierpliwości na zrozumienie dziecka, a złość, którą przeżywam w niektórych sytuacjach, powoduje, że wybucham, a potem dręczę się

wyrzutami sumienia”, „Ono [dziecko – przyp. aut.] krzyczy, a ja myślę tylko, żeby się zamknęło, nie jestem w stanie go koić, czuję, że się wyłączam”.

Są tak bardzo zalane własnymi emocjami, że nie są w stanie pomieszczać stanów emocjonalnych własnego dziecka. Dodatkowo często myślą, że staną się zagrożeniem dla dziecka lub będą dla niego źródłem traumy: „Moje dziecko mi ufa, ale ja, nie ufam sobie, sama nie wiem, do czego jestem zdolna, mam różne myśli...”.

Z wyników badań Cohna i in. (1990) nad relacją niemowląt z matkami z depresją poporodową wynika, że:

- oferują one niewiele pozytywnych interakcji,
- przez ok. 40% czasu są obojętne i oderwane od rzeczywistości,
- przez pozostały czas bywają rozłoszczone, nachalne i szorstkie.

Wszystko to utrudnia kształtowanie się wzajemnego przywiązania między matką a dzieckiem, a w efekcie może prowadzić do zaburzeń więzi i ma bardzo negatywny wpływ na poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka (Kornas-Biela, 2004): „Moja głowa wie, jaką chcę być matką, ale jak jestem z dzieckiem, to jakbym traciła tę głowę, nie czuję tego, jestem zmęczona tym udawaniem, moje dziecko na pewno czuje ten fałsz”.

Narodziny dziecka – narodziny matki – powrót do własnych narodzin

Kobieta przygotowująca się na przyjęcie swojego dziecka jest jakby w podwójnej roli, z jednej strony wyobraża sobie siebie jako matkę, czerpiąc z obrazu swojej matki, a z drugiej – wyobraża sobie, jak to jest być niemowlęciem, czerpiąc ze swojego doświadczenia w niemowlęcej relacji z matką... (Cramer, 1994)

Narodziny dziecka są niezwykłym czasem i wydawałoby się, że głównym aktorem w tym przedstawieniu jest pojawiające się na świecie dziecko. Jednocześnie w tym samym czasie, równolegle następuje proces narodzin matki i jej powrót do własnych narodzin, do własnego niemowlęctwa. „Niemowlę – ten czarodziej – ożywia nasze dzieciństwo. Ożywają też tęsknoty” (Cramer, 2005, s. 66).

Powitanie nowonarodzonego otwiera w kobiecie, własne często nieświadome, niepamiętane doświadczenia z jej głównym opiekunem, najczęściej własną matką:

[...] kontakt z nagimi emocjami niemowlęcia: jego zapach, dotyk, głos oraz wrażenia podczas ssania – to wszystko to, co łączy się pierwotnymi doświadczeniami, może intensywnie ożywiać treści psychiczne, zwłaszcza w okresie, w którym matka sama czuje się niezmiernie wrażliwa i bezbronna emocjonalnie. (Raphael-Leff, 2013, s. 98)

Wrażliwość dziecka i to, jak ono reaguje na ból i dyskomfort, rezonuje ze stłumionym bólem matki lub jej bezradnością. Osobiste, często trudne, uczucia matki związane z jej traumą z dzieciństwa, zakłócenia w relacji z jej opiekunem, mogą w tym momencie zostać ponownie obudzone. Stawanie się matką konfrontuje z tym, co dostała, czego sama doświadczyła i co może dalej przekazać (Fraiberg i in., 1975). Niestety w przypadku naszych matek z depresją jest to raczej zdanie sobie sprawy z deficytów i braków w relacji. Może to prowadzić do uaktywnienia reakcji obronnych – matka wycofuje się, ucieka lub staje się agresorem (Lyons-Ruth, 2013).

Jak zatem zaopiekować się dzieckiem, skoro matka sama w jakiś sposób nie była otoczona opieką?

Matryca relacji

Więź z własną matką jako pierwszym opiekunem tworzy matrycę dla późniejszych relacji, daje przepis na sposób myślenia o sobie jako człowieku, ale także wzorzec myślenia o sobie jako kobiecie wchodzącej w rolę matki. To, jak kobieta-matka, będąc dzieckiem, była przewijana, karmiona, kojona i noszona, stało się dla niej podstawą do rozumienia, jaki jest świat, na co może w nim liczyć i jak traktowane będą jej potrzeby.

Prekursorem badań nad przywiązaniem jest Bowlby (2007/1982). Przywiązanie powstające we wczesnym dzieciństwie jest wynikiem relacji, jaką niemowlę ma z najbliższym otoczeniem. Bowlby opisywał, jak powinna wyglądać więź między dzieckiem a matką, by była bezpieczna, rozwijająca dziecko, optymalna. Jej celem jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, które jest niezbędne, by niemowlę mogło poznawać świat (Iniewicz i Józefik, 2008). Ponadto Bowlby udowodnił, że ta wczesna relacja z opiekunem jest „niezmiernie istotna dla funkcjonowania człowieka w bliskich związkach, także w dorosłości” (Zdolska-Wawrzkiwicz i in., 2018).

To, jak opiekun reaguje na sygnały dziecka, wpływa także na kształtowanie umiejętności „dawania opieki” w późniejszym okresie życia zarówno innym, którzy tego potrzebują, jak i sobie samemu. Od dziecka buduje się w nas poczucie, że jesteśmy w stanie poradzić sobie w nowej sytuacji (Bowlby, 1969). Zachowania opiekunów względem dziecka kształtują jego wewnętrzne modele operacyjne – zbiór fundamentalnych przekonań na temat siebie i innych. Modele te są mentalną reprezentacją siebie, budowaną na podstawie doświadczeń. Jeżeli dziecko jako niemowlę doświadczało akceptacji swoich wysiłków związanych z poszukiwaniem bliskości, to ma pozytywny wewnętrzny model operacyjny. Tworzy ono wewnętrzny model siebie jako osoby wzbudzającej miłość, wartościowej i skutecznej, a innych ludzi uważa

za dostępnych, zainteresowanych i responsywnych. Jeżeli zaś potrzeby przywiązaniowe nie są zaspokajane, wewnętrzny model staje się negatywny (Bowlby, 1973):

- pozytywny wewnętrzny model: „Wzbudzam miłość, jestem wartościowa i skuteczna, ważna dla innych, osoby wokół mnie są dostępne, pomocne, zainteresowane mną. Sama mogę dawać miłość”;
- negatywny wewnętrzny model: „Jestem nieinteresująca, mało wartościowa i niechciana. Ludzie wokół mnie często dopuszczają się zaniedbań, odtrącają, są nieresponsywni i wrody, lepiej ich omijać”.

„Człowiek jest jednością biopsychospołeczną, a więc wszelkie doświadczenia społeczne mają wpływ na stan biochemiczny organizmu i przekładają się na jego reakcje behawioralne” (Piekacz i Trepka-Starosta, 2018). Dla wielu specjalistów oczywiste staje się to, że wczesnodziecięce relacje przywiązania są organizatorem i regulatorem emocjonalnego funkcjonowania człowieka i tworzą wzorzec dla późniejszych strategii regulacji emocjonalnej (Marszał, 2015). Dzięki relacji przywiązaniowej niedojrzały mózg dziecka wykorzystuje dojrzałe funkcje mózgu rodzica, by radzić sobie z wyzwaniami oraz trudnymi sytuacjami i uczuciami. Badania (np. Schore, 2001) pokazują, że pewne struktury mózgu lub szlaki nerwowe nie są w stanie się prawidłowo rozwinąć czy dojrzeć bez bliskiego kontaktu z drugim człowiekiem. Struktury mózgu regulujące reakcje przywiązaniowe nie dojrzewają samoistnie – do ich rozwoju potrzebny jest kontakt z drugim człowiekiem.

Podsumowując, deficyty w relacji wczesnodziecięcej z głównym opiekunem mogą osłabiać system neurobiologicznego regulowania stanów pobudzenia/zagrożenia. Na bazie tych doświadczeń mogą się tworzyć negatywne modele operacyjne, stanowiące pożywkę dla wzrostu niestabilnego, kruchego ja.

Brak doświadczenia bycia otoczoną opieką może wpłynąć na brak umiejętności opiekowania się sobą w przyszłości, co oznacza, że w sytuacjach trudnych uruchomi się raczej negatywny model operacyjny, podpowiadający, że nie warto prosić o pomoc, świat jest nieprzyjazny, a „ja nie zasługuję na troskę i miłość”.

To właśnie jest istotą depresji.

„Nowe” w matrycy

Niezaspokojone w dzieciństwie potrzeby i tęsknoty matki w relacji z jej głównymi opiekunami odzywają się ponownie w kontakcie z własnym nowonarodzonym dzieckiem i domagają się zaspokojenia. U matek, z którymi pracujemy, deficyty w relacjach wczesnodziecięcych sprawiły, że nie rozwinęły one pomieszczonej i opiekuńczej części

siebie. Przez to jest im trudno troszczyć się o swoje dziecko i o siebie. Wzmacnianie w matkach rodzica opiekuńczego odbywa się w naszym myśleniu poprzez m.in. okazywanie im troski. Doświadczana przez nie opieka staje się dla nich szansą na rozwijanie pomieszczonej i opiekuńczej części siebie. Tym samym dostają od nas także narzędzia na przyszłość, jak budować bezpieczną więź z dzieckiem.

Nasze doświadczenia pokazały, że to, co pomaga matkom z depresją, to przyjęcie ich ze wszystkimi uczuciami i przeżyciami. Terapeutyczne jest stworzenie przestrzeni dla ich wszystkich ambiwalentnych doznań (lęku, złości, radości, zazdrości) i doświadczeń, nazywanie oraz odzwierciedlanie ich uczuć, zaciekawianie się ich wewnętrznym światem, bez oceny, z pełną akceptacją. Celem jest przyjęcie ich analogicznie do tego, jak matka przyjmuje noworodka – z czułością i otwartością.

Dodatkowo skierowanie na nie i na ich świat wewnętrzny uważnego spojrzenia jest elementem mentalizowania, które staje się naszym głównym narzędziem w pracy z kobietami. Bazując na odkryciach twórców teorii mentalizacji (Allen i in., 2020), zwracamy uwagę na to, że każdy człowiek ma wewnętrzny świat psychiczny, oddzielny i odmienny od psychicznych reprezentacji innych ludzi. Wiąże się to ze zdolnością do różnicowania między rzeczywistością wewnętrzną a zewnętrzną (Jańczak, 2018). W codziennym funkcjonowaniu możemy z tej umiejętności korzystać, by rozpoznawać oraz rozumieć zachowania własne i innych osób jako wynikające z różnorodnych stanów umysłowych (myśli, pragnień, emocji itp.). Same – jako terapeutki – wykorzystując swoje umiejętności rozpoznawania i rozumienia stanów mentalnych zarówno własnych, jak i innych, zachęcamy uczestniczki do rozwijania tej zdolności, a w szczególności wspieramy je w powracaniu do mentalizowania, gdy zakłócają je emocje, pobudzenie lub lęk.

Dlaczego grupa?

Z naszych doświadczeń wynika, że terapia w grupie – przebiegająca w tym naturalnym, choć będącym wyzwaniem środowisku – jest efektywna, bo zaspokaja wiele z potrzeb psychicznych, z którymi się rodzimy. Bycie mentalizowaną, widzianą nie tylko przez jedną osobę (terapeutę indywidualnego), ale przez wiele różnych matek w grupie, jest bardzo intensywnym doświadczeniem, daje szansę na wiele interakcji w krótkim czasie i stwarza możliwość ćwiczenia rozumienia przeżyć, myśli i pragnień w relacji z innymi w bezpiecznych warunkach.

Mówiąc o wartości grupy, nie można pominąć wiedzy i doświadczeń prekursora pracy grupowej Yaloma (Yalom i Leszcz, 2006). Wyodrębnił on i opisał czynniki leczące, które występują w tej szczególnej formie terapeutycznej, jaką jest grupa.

Grupy mogą mieć zróżnicowany charakter, czas trwania i cel. W zależności od tej specyfiki poszczególne czynniki mają większe lub mniejsze znaczenie w procesie terapii. W przypadku pracy z grupami terapeutycznymi dla matek z zaburzeniami afektywnymi szczególnie istotne wydają nam się cztery z nich:

1. Wzbudzanie nadziei – nadzieja według Yaloma (Yalom i Leszcz, 2006) jest przede wszystkim potrzebna, żeby zacząć i utrzymać pacjentki w terapii, tak by inne czynniki mogły zadziałać w późniejszych etapach rozwoju grupy. Doświadczenie przez pacjentki bycia na różnych etapach leczenia (widzenie i czucie postępów terapii u innych uczestniczek grupy) motywuje i zachęca do dalszej pracy własnej i potwierdza założenie o skuteczności takiej formy pracy.
2. Uniwersalność – wiele pacjentek z powodu rzadkich kontaktów interpersonalnych, wyizolowania, trudności w zawieraniu innym i zwierzaniu się nie może swoich doświadczeń nagłośnić, sprawdzić i dowiedzieć się, że wiele kobiet wokół nich przeżywa coś podobnego. Poczucie, że inne osoby odczuwają podobnie, przynosi ulgę, odciąża, łagodzi poczucia winy i zmniejsza nasilenie negatywnych myśli o sobie. Do tego służy odkrywanie się i opowiadanie o sobie, najpierw ze wstydem i poczuciem winy, następnie doświadczenie podobieństw i poczucie „nie tylko ja tak mam”. Gdy pacjentki dostrzegają swoje podobieństwo do innych, mogą przeżyć *katharsis* (odreagowanie napięcia, stłumionych emocji, zablokowanych myśli i wyobrażeń), które właśnie temu towarzyszy.
3. Korektywne odtwarzanie rodziny pierwotnej – większość (jeśli nie wszystkie) pacjentek z zaburzeniami depresyjnymi doświadczała trudnych momentów w życiu swojej pierwotnej rodziny – wiele z nich pochodziło z rodzin, w których występowały przemoc, uzależnienie, depresja lub inna choroba rodzica. Grupa terapeutyczna przypomina rodzinę. Są w niej postaci autorytetów (terapeuci – jako rodzice), rówieśników, rodzeństwa, a także bliska zażyłość i cała gama różnorodnych emocji, w tym radość, żal, smutek i zazdrość. Po początkowych sesjach uczestniczki wchodzą w role i odtwarzają stare schematy, jakie wykształciły w rodzinie. Jedne są zależne i bierne, inne bardzo chcą zwrócić na siebie uwagę, jeszcze inne mają tendencję do przeciwstawiania się. Często w naszych grupach pojawia się schemat: „jestem niewystarczająca, muszę być lepsza, by mnie zauważono, bym zażyła na miłość”. Odkrywanie tych mechanizmów i nazywanie ich pozwala na ich zmianę, co stanowi korektywną rekapitulację.
4. Naśladowanie – pacjentki mogą „przymierzać” nowe zachowania obserwowanych osób w grupie, nawzajem stając się dla siebie przykładem. Eksperymentowanie to może inicjować proces zmiany. W opiekowaniu się grupą nam, terapeutkom, najbardziej zależy na tym, by uczestniczki identyfikowały

się z naszą autentycznością, byciem wystarczająco dobrymi, przyjmującymi, odzwierciedlającymi różne uczucia, a nie idealnymi, impotentnymi, wszechwiedzącymi czy surowymi terapeutkami/matkami. Terapeutki pokazują, jak być opiekuńczym rodzicem, a uczestniczki mogą z tego korzystać. Tylko 15 proc. kobiet z objawami depresji korzysta z pomocy (Cox i in., 2016), a więc to, że uczestniczki są matkami mającymi potencjał szukania opiekuńczego rodzica dla siebie już na starcie, wydaje nam się bardzo istotnie ten potencjał rozwijać.

Podsumowując, wszystkie powyższe czynniki leczące oraz mentalizujące środowisko stają się podstawą stworzenia bezpiecznej bazy, czyli miejsca i relacji, w których każda z uczestniczek:

- może przyjść z całą sobą, autentyczna;
- zostanie wysłuchana i przyjęta, bez oceniania;
- jest ważna i wyjątkowa;
- znajduje miejsce dla wszystkich emocji, na wszystkie sekrety i „wstydlive” myśli.

W ten sposób kruche *ja* ma szansę doświadczyć troski, uważności i pomocy w regulacji stanów pobudzenia, a tym samym rozpocząć swoją przebudowę i wzmocnienie struktur fundamentów, na których się tworzy.

Grupy psychoterapeutyczne dla matek z objawami depresyjnymi

Historia

Lata poprzedzające 2016 r. były w Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę czasem obserwacji i dostrzeżenia zwiększonej liczby matek ze stanami depresyjnymi, zwracającymi się po wsparcie do placówki. Powstał pomysł projektu obejmującego je terapeutyczną pracą grupową, która umożliwi otoczenie opieką większej liczby osób w tym samym czasie niż indywidualna terapia w gabinecie.

Zdecydowałyśmy się na prowadzenie grup 12-spotkaniowych. Staraliśmy się, by w naszym ośrodku oferta grupowego wsparcia dla kobiet była stała i dostępna dwa razy do roku (wiosna, jesień). Do dzisiaj odbyło się siedem grup stacjonarnych.

Po wybuchu pandemii w 2020 r. dość szybko dostosowałyśmy nasz program do nowych warunków, na co chętnie przystały uczestniczki, i poprowadziłyśmy pierwsze grupy terapeutyczne online. Na razie odbyły się cztery grupy online.

Założenia

Każda grupa jest prowadzona przez dwie psychoterapeutki. Zanim kobieta trafi do grupy, jest zapraszana na konsultację, której celem jest zebranie wywiadu i sprawdzenie, czy oferta pracy grupowej jest adekwatna dla danej osoby. Oceniamy poziom obecnych trudności i gotowość na pracę w grupie, także ze względu na stan depresyjny (koncentracja, zaburzenia pamięci, apatia, myśli samobójcze). Zwracamy uwagę na dotychczasowe objawy depresyjne, początek macierzyństwa oraz obecną sytuację osobistą i rodzinną. Rozmawiamy także o rodzinie pochodzenia i o relacjach z głównymi opiekunami. Poszerzamy wiedzę na temat wsparcia pacjentki w jej otoczeniu i przekonaniach dotyczących jej samej. Liczba uczestniczek grupy nie powinna przekraczać 12 osób, a optymalna – w naszym odczuciu – liczebność to 10 osób. Liczba ta stwarza szansę na właściwe otoczenie opieką i widzenie wszystkich kobiet w grupie.

Grupa ma charakter zamknięty, nowe osoby mogą dołączyć najpóźniej na drugim spotkaniu. Najpóźniej na drugim spotkaniu domykamy także kontrakt, określając założenia i cel pracy grupy oraz badając oczekiwania uczestniczek wobec procesu terapeutycznego. Ponadto ustalamy wspólne reguły pracy. Szczególnie ważne wydają nam się zasady:

- poufności,
- komunikacji bez ocen i krytyki,
- akceptacji dla wszystkich uczuć,
- powstrzymania się od dawania rad,
- komunikacji z poziomu własnych doświadczeń i uczuć,
- kontaktowania się uczestniczek ze sobą tylko podczas sesji (w czasie trwania grupy).

Każda sesja grupowa przebiega według stałej struktury. Początkiem jest otwarcie, w którym wypowiada się każda uczestniczka. Jest to przestrzeń na zatrzymanie się i poczucie własnego ciała, próbę nazwania własnych emocji, myśli, z którymi osoba przybywa na spotkanie grupy. Podobnym rytuałem – zamknięciem – kończymy każde spotkanie. Pozostały czas – między otwarciem i zamknięciem – wypełnia praca terapeutyczna.

Sesje grupy odbywają się raz w tygodniu. Każde spotkanie trwa 3 godz. z 10-minutową przerwą w jego połowie.

Opieka psychiatryczna

W ramach pracy z kobietami z zaburzeniami depresyjnymi ściśle współpracujemy z psychiatrą. Proponujemy dla osób niezdiagnozowanych konsultacje psychiatryczne na początku i w trakcie trwania grupy. Niektóre osoby – początkowo będące w kontakcie psychiatrycznym poza naszym ośrodkiem – zmieniają lekarza i pozostają do końca pod naszą opieką. Zakończenie grupy dla osób objętych leczeniem farmakologicznym przez naszego psychiatrę nie jest automatycznie zakończeniem kontaktu z lekarzem. Do tego zakończenia dochodzi po ok. 6 miesiącach, oczywiście w zależności od stanu uczestniczki.

Grupy online

Niezwykle trudną sytuacją dla prowadzących grupy był początek pandemii COVID-19, gdyż do tej pory wszystkie grupy odbywały się stacjonarnie, w dużej sali naszego Ośrodka przy ul. Walecznych 59 w Warszawie. Pandemia i nagły *lockdown* postawiły nas przed pytaniem, czy możliwe jest prowadzenie grup terapeutycznych online. Jak je poprowadzić, czy jest realne, by przenieść atmosferę grupy stacjonarnej “do komputera”? Wydawało się to ryzykowne, „nie dość” profesjonalne, niepewne, budzące wiele wątpliwości. Niechęć do pozostawienia matek z depresją bez pomocy przyczyniła się do podjęcia decyzji o jak najszybszym uruchomieniu grup online.

Pierwsza przeprowadzona w ten sposób grupa była dla nas niezwykle cennym źródłem nowych doświadczeń i wiedzy na temat takiej formy pracy. Nie uniknęliśmy błędów, a niektóre nasze rozwiązania nie sprawdziły się w praktyce. To doświadczenie, superwizja i informacje zwrotne od uczestniczek pokazały nam jednak jednoznacznie, że ta formuła pracy terapeutycznej może być bardzo wartościowym i leczącym doświadczeniem dla jej uczestniczek. Spotkania online pozawalały wychodzić z izolacji, stwarzały szansę na budowanie nowych wspierających kontaktów i stały się miejscem, gdzie na bieżąco można zajmować się emocjami związanymi z przeżywanym kryzysem. Po doświadczeniu prowadzenia czterech grup w trybie online wiemy więcej. Generalnie zasady pracy z grupą online nie różnią się od pracy w trybie stacjonarnym (dwie osoby prowadzące, spotkania raz w tygodniu, czas trwania spotkania to 3 godz., te same zasady pracy i ta sama struktura spotkań). To, co odróżnia tę formę pracy od wersji stacjonarnej, to potrzeba dobrego przygotowania poszczególnych uczestniczek do formuły online.

Uczestniczki

Przez 6 lat trwania grup wsparcie terapeutyczne otrzymały 104 kobiety w wieku 23–43 lat. Wszystkie były matkami małych dzieci – jednego, dwójki lub trójki. Specyfika naszego programu i zasad jego finansowania zakłada, że przynajmniej jedno dziecko nie może przekroczyć 6 r.ż.

Osoby, które były kwalifikowane do naszych grup, doświadczały kilku z następujących objawów:

- obniżenie nastroju, smutek, przygnębienie;
- wyraźny spadek zainteresowań lub odczuwania przyjemności z większością, jeżeli nie ze wszystkich, form aktywności;
- zmniejszenie lub wzrost apetytu;
- nadmierna senność lub bezsenność (wczesne budzenie się);
- trudności z zaśnięciem po nocnym karmieniu dziecka;
- zamartwianie się sytuacją zdrowotną niemowlęcia, opieką nad nim, przebiegiem karmienia piersią;
- uczucie bezwartościowości albo nadmierne lub nieadekwatne poczucie winy („jestem złą matką”);
- zmęczenie, poczucie wyczerpania lub poczucie braku energii;
- słaba koncentracja lub trudność w podejmowaniu decyzji;
- nawracające myśli o śmierci, myśli i plany samobójcze, próby samobójcze.

Odnosząc to do klasyfikacji ICD-10 (Pużyński i Wciórka, 2000), uczestniczki miały następujące diagnozy:

- depresja poporodowa (F53),
- zaburzenia nastroju (F30–39),
- reakcja mieszana lękowo-depresyjna (F43.22).

Jednocześnie rozpoznanie psychiatryczne nie stanowiło warunku koniecznego do przyjęcia do grupy. Zależało nam bowiem, by po pomoc trafiły także osoby jeszcze nie zdiagnozowane. Wielokrotnie w rozmowach z uczestniczkami okazywało się, że cierpiąc w skrytości, nie zgłaszały się do psychiatry w obawie przed oceną, stygmatem chorej psychicznie lub ewentualnością odebraniem dziecka. Wiele matek nie trafiło do lekarza, podejrzewając u siebie objawy depresji, gdyż wierzyły jednak, że „wzięcie się w garść” i „lepsz organizacja” pozwolą im lepiej funkcjonować.

Ewaluacja

Pierwsza grupa miała charakter pilotażu, druga – była objęta badaniem jakościowym, na którego podstawie opracowano internetową ankietę wysłaną do kobiet po porodzie, która oceniała poziom i jakość wsparcia w ich otoczeniu (Fejfer-Szpytko i in., 2016). Każdą z kolejnych grup poddawaliśmy ewaluacji. Wybrałyśmy do tego przesiewowo *Skalę depresji Becka* (*Beck Depression Inventory*). Skala ta jest bardzo krótka, a jej pytania są ściśle dopasowane do objawów depresji. Taka budowa narzędzia sprzyja nie tylko wysokiej trafności rozpoznawania epizodu depresji, ale też pomaga w monitorowaniu stanu chorego, na czym nam najbardziej zależało (Beck i in., 2000). Skala składa się z 21 pytań z czterema wariantami odpowiedzi. Kolejne warianty odpowiadają zwiększonej intensywności objawów, są więc wzrastająco punktowane od 0 do 3 pkt. Nasilenie depresji obliczane jest po zsumowaniu liczby punktów. Istnieją różne normy, jednak ogólnie przyjmuje się następującą punktację:

- 0–10 pkt – brak depresji lub obniżenie nastroju,
- 11–27 pkt – depresja umiarkowana,
- ≥28 pkt – depresja ciężka (Zawadzki i in., 2009).

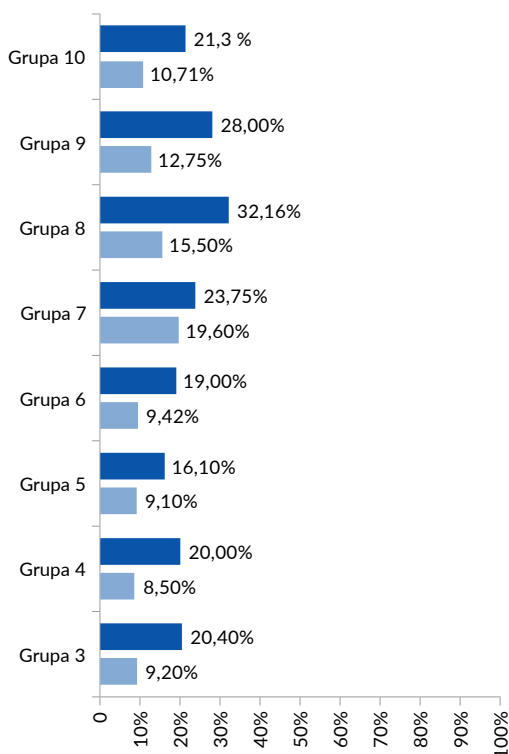
Wybrałyśmy ten kwestionariusz badania stanów depresyjnych ze względu na jego uniwersalność. Zależało nam, by objąć badaniem nie tylko osoby, u których została zdiagnozowana depresja poporodowa (wtedy byłaby przydatna *Edynburska skala depresji*, według NICE), ale także inne zaburzenia nastroju. Nasz wybór podyktowany był także chęcią objęcia pomocą terapeutyczną kobiet, u których objawy utrzymywały się powyżej roku od porodu, a więc nie spełniały kryterium diagnostycznego depresji poporodowej. Przypominamy, że u ok. 30% kobiet objawy depresji utrzymują się nawet powyżej roku po urodzeniu dziecka i istnieje wysokie ryzyko (ok. 40%) nawrotów (Goodman, 2004).

Każda z uczestniczek otrzymywała do wypełnienia ten kwestionariusz na pierwszym i po ostatnim spotkaniu. Jego wypełnienie było dobrowolne, stąd liczba ankiet możliwych do analizy nie jest tożsama z liczbą uczestniczek grup. Część kwestionariuszy nie mogła zostać uwzględniona, gdyż zawierała dane niewystarczające do porównania wyników, część po ich wypełnieniu niestety nie została nam dostarczona. Ostatecznie poddane zliczeniu zostały ankiety od 60 osób.

Na wykresie zestawiono średnie wyniki *Skali depresji Becka* dla poszczególnych grup stacjonarnych (3–7) i online (8–10). Kolorem granatowym oznaczono wyniki początkowego pomiaru, a niebieskim pomiaru na zakończenie grupy. Widoczna jest wyraźna poprawa.

Wykres

Średnia w kwestionariuszu Becka dla kolejnych grup



W celu sprawdzenia istotności statystycznej różnicy w nasileniu objawów depresji przed terapią i po niej zastosowano test t-Studenta dla prób zależnych. Średnia pomiaru dla wszystkich grup wynosiła przed terapią 22,48, a po terapii 11,97. Różnica między pomiarami wyniosła 10,52 i okazała się istotna statystycznie (tabela).

Tabela

Porównanie nasilenia objawów depresyjnych u badanych przed terapią i po niej

Test dla prób zależnych									
Zmienna	Średnia	SD	Ważnych prób	Średnia różnica	t	df	p	Dolna granica	Górna granica
Pomiar przed terapią	22,48	10,60	60	10,52	7,54	59	<0,001	7,73	13,31
Pomiar po terapii	11,97	10,05							

T (59) = 7,54, p<0,001

Ostatnie trzy grupy, które przypadły na czas pandemii COVID-19, charakteryzują się zwiększonym początkowym średnim poziomem nasilenia objawów depresyjnych w stosunku do grup wcześniejszych i plasują je w przedziale objawów ciężkiej depresji, podczas gdy wcześniejsze średnie, dla grup stacjonarnych, lokowały je w przedziale objawów depresji umiarkowanej. Wyniki świadczące o poprawie stanu psychicznego uczestniczek grup online rozwiewają nasze wątpliwości i obawy dotyczące efektywności pracy w trybie zdalnym. Średnia pomiaru przed terapią dla grup online wynosiła 27,25, a – po terapii to 12,6. Średnia różnica między wynikami wynosi 14,65 i jest istotna statystycznie. Formuła online wydaje się więc skuteczna mimo braku bezpośredniego kontaktu. Zbyt mała liczba badanych nie pozwala jednak na wyciąganie dalszych wniosków. Konieczne wydaje się przeprowadzenie badań porównujących terapię online i stacjonarną na większych i równolicznych próbach, z równym poziomem początkowym depresji.

Nie tylko nasze wyniki potwierdzają skuteczność psychoterapii, ale także inne badania, wskazują na efektywność tej formy pomocy zarówno indywidualnej, jak i grupowej w leczeniu poporodowych zaburzeń depresyjnych (O'Hara i in., 2000).

Ponieważ do każdej z uczestniczek podchodzimy w zindywidualizowany sposób, a zmiany u każdej z nich analizujemy w ramach superwizji procesu terapeutycznego, sukcesem bywa nie tylko poprawa stanu emocjonalnego kobiety i zmniejszenie nasilenia jej objawów depresyjnych, ważna jest także poprawa jej relacji z dzieckiem. Dlatego istotne jest, gdy po zakończeniu terapii grupowej pojawia się w uczestniczce gotowość do dalszej pracy nad tą relacją i decyduje się ona na pozostanie w dalszym kontakcie terapeutycznym (indywidualnym lub diady matka–dziecko). Tego typu terapia może cechować się ogromnym potencjałem w ochronie dziecka przed szkodliwymi skutkami stanów depresyjnych matki (Nylen i in., 2006).

Podsumowanie

Podsumowując 6 lat prowadzenia grup terapeutycznych dla kobiet z depresją, zwracamy uwagę na ich znaczenie w kilku obszarach. Po pierwsze doświadczenie pracy w grupie przynosi tu i teraz ulgę w cierpieniu matkom borykającym się z depresją, co zwiększa ich gotowość do adekwatnego zajmowania się dzieckiem. Po drugie praca terapeutyczna odbudowująca wewnętrznego, opiekuńczego rodzica i rozwijająca mentalizowanie wspiera budowanie bezpiecznej więzi matki z dzieckiem. Philipps i O'Hara (1991) wykazali, że interwencja z kobietami, które doświadczyły depresji poporodowej, może zmniejszyć prawdopodobieństwo nie tylko przyszłych depresji, ale i problemów z zachowaniem dziecka. To oznacza,

że w dalszej perspektywie pracujemy także na rzecz zdrowia psychicznego i lepszego funkcjonowania społecznego samych dzieci. W rozważaniach na temat warunkowań i konsekwencji depresji poporodowej zespół specjalistów zwraca uwagę na rolę troskliwego otoczenia w sytuacji już występujących stanów depresyjnych. Gdy matka mierzy się z ambiwalentnymi uczuciami wobec swojej roli i dziecka, stworzona wobec niej atmosfera bezpieczeństwa i otoczenie troskliwą opieką pozwalają na przeżywanie jej trudnych emocji, obniżając ryzyko przemocy i zaniedbania dziecka (Chrzan-Dętkoś i in., 2012), a właśnie ochrona dzieci przed krzywdzeniem jest dla nas priorytetowym zadaniem.

E-maile autorek: joanna.fejfer-szpytko@fdds.pl, aneta.gruzewska@fdds.pl.

Bibliografia

- Allen, J. G., Bateman, A. W., Fonagy P. (2020). *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (2000). *Podręcznik BDI-II*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Blum, L. D. (2007). Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic Psychology*, 24(1), 45–62.
- Born, L., Zinga, D., Steinem, M. (2004). Challenges in identifying and diagnosing postpartum disorders. *Primary Psychiatry*, 11, 29–36.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. I: Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Separacja: lęk i złość*. Londyn.
- Bowlby, J. (2007/1982). *Przywiązanie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Chrzan-Dętkoś, M., Dyduch-Maroszek, A., Humięcka, A., Karasiewicz, K., (2012) Uwarunkowania i konsekwencje depresji poporodowej. *Psychoterapia*, 2, 55–63.
- Cohn, J. F., Campbell, S. B., Matias, R., Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, 26(1), 15–23.
- Copernicus Podmiot Lecznicy, Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego, Fundacja Twórczych Kobiet z Warszawy. (2022). *Projekt Przystanek Mama*. (2019–2023). Pobrane z: <https://przystanekmama.copernicus.gda.pl>
- Cramer, B. (1994). *Zawód dziecko*. Wydawnictwo W.A.B.
- Cramer, B. (2005). *Tajemnice kobiet. Z matki na córkę*. Wydawnictwo Nisza.
- Fejfer-Szpytko, J., Włodarczyk, J., Trąbińska-Haduch, M. (2016). Rozpoznanie sytuacji matek małych dzieci w temacie depresji poporodowej i zaburzeń nastroju. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*. 15,(3), 91–116.
- Fraiberg, S., Adelson, E., Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 387–421. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61442-4](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61442-4).
- Goodman, J. H. (2004). Postpartum depression beyond the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 33(4), 410–420. <https://doi.org/10.1177/0884217504266915>.
- Iniewicz, G., Józefik, (2008). *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Jańczak, M. (2018). Mentalizacja w praktyce klinicznej – perspektywa psychodynamiczna. *Psychoterapia*, 4, 5–17.

- Każmierczak, M., Gebuza, G., Gierszewska, M. (2010). Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego. *Problemy Pielęgniarstwa*, 18(4), 503–511.
- Kornas-Biela, D. (2004). *Wokół początku życia ludzkiego*. Instytut Wydawniczy PAX.
- Lyons-Ruth, K. (2006). The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 595–616. <https://doi.org/10.1080/07351690701310656>.
- Marszał, M. (2015). *Mentalizacja w kontekście przywiązania. Zdolność do rozumienia siebie i innych u osób z osobowością borderline*. Wydawnictwo Difin.
- Nylen, K. J., Moran, T. E., Franklin, C. L., O'Hara, M. W. (2006). Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Mental Health Journal*, 27(4), 327–343. <https://doi.org/10.1002/imhj.20095>.
- O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry*, 57(11), 1039–1045. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.11.1039>.
- O'Hara, W. M., Swain, M. A. (1996). Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37–54.
- Philipps, L. H., O'Hara, M. W. (1991). Prospective study of postpartum depression: 4 1/2-year follow-up of women and children, *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2):151-5. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.2.151>.
- Piekacz, A., Trepka-Starosta, J. (2018). Znaczenie więzi w kontekście rozwoju biopsychospołecznego człowieka. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie*, z. 123, 387–396.
- Pużyński, S., Wciórka, J. (red.). (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Raphael-Leff, J. (red.). (2013). *Rozlane mleko. Załamanie psychiczne i doświadczenie utraty w ciąży i po porodzie. Ujęcie psychoanalityczne*. Wydawnictwo Imago.
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment. Relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7–66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1).
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. Karnac Books.
- Steiner, M. (1999). *Depresja u kobiet*. Via Medica.
- Winnicott, D. W. (2010). *Dom jest punktem wyjścia. Eseje psychoanalityczne*. Wydawnictwo Imago.
- Winnicott, D. W. (2011). *Zabawa a rzeczywistość*. Wydawnictwo Imago.

- Yalom, I., Leszcz, M. (2006). *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Zawadzki, B., Popiel, A., Pragłowska, E. (2009). Charakterystyka psychometryczna polskiej adaptacji Kwestionariusza Depresji BDI-II Aarona T. Becka. *Psychologia - Etologia - Genetyka*, 19, 71-95.
- Zdolska-Wawrzekiewicz, A., Bidzan M., Chrzan-Dętkoś, M. (2018). Więzy z własną matką a stawanie się matką- zagadnienia teoretyczne. *Polskie Forum Psychologiczne*, XXIII/3. <http://dx.doi.org/10.14656/PFP20180306>.

When internal pain prevents noticing the child – experiences from therapeutic group work with mothers with depressive disorders

The article is based on many years of experience of psychotherapists of the Empowering Children Foundation in group work with mothers dealing with depressive disorders. The text highlights that becoming a mother is a demanding process that may become a source of particular stress and the cause of the development of various emotional disorders. The consequences of this type of disorder concern not only the mother's health, but also the health of the child and their mutual relations later in life. In the text, you can find the substantive basis and the source of inspiration of therapists regarding the understanding of the causes of depressive disorders and the mechanism of symptom formation. Based on the experience from many psychotherapeutic groups, the description of the mothers with mood disorders' behavior and the main group work assumptions are also presented. The summary is a short evaluation report of the seven groups conducted between 2016 and 2022. The results were based on the Beck Depression Inventory, BDI. The effectiveness of therapeutic group work based on attachment and using mentalization as the main tool of work has been demonstrated.

KEYWORDS

DEPRESSIVE DISORDERS, PSYCHOTHERAPEUTIC GROUPS, MOTHER, MOTHER-CHILD RELATIONSHIP, ATTACHMENT, MENTALIZATION, BECOMING A MOTHER, AMBIVALENCE, EARLY CHILDHOOD NEEDS, SOCIAL PRESSURE, THE ROLE OF A MOTHER, HEALING FACTORS

Cytowanie:

Fejfer-Szpytko, J., Grużewska, A. (2022). Kiedy wewnętrzny ból nie pozwala widzieć dziecka – o doświadczeniach z grupowej pracy terapeutycznej z matkami z zaburzeniami depresyjnymi. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 21(3), 15–35.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

MINISTERSTWO
SPRAWIEDLIWOŚCI
www.ms.gov.pl



FUNDUSZ
SPRAWIEDLIWOŚCI

Sfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości