

Podjęcie psychodynamiczne w psychologii prenatalnej

Dorota Kornas-Biela*

Instytut Pedagogiki, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Lublin

PSYCHODYNAMIC APPROACH IN PRENATAL PSYCHOLOGY

Prenatal psychology is a new and very rapidly developing area in current psychology, while psychoanalytical and psychodynamic approach is the leading trend. The purpose of this paper is to review the literature on such issues as: (1) the prenatal child's development: the freudian's point of view; the fetus' object theory; skin function, motor activity and sleep in prenatal development of the emergent self; prenatal consciousness and memory, (2) the womb as a mother's emotional container, mother – child relations; (3) birth trauma; (4) consequences of traumatic pre- and perinatal experiences on postnatal life. Concluding remarks present contribution of the psychodynamic approach to understanding of the prenatal period of human development and critical methodological reflection on it.

Psychologia prenatalna jako odrębna dyscyplina psychologiczna ma dopiero trzydziestoletnią historię, jednak zainteresowania przedurodzeniowym okresem życia sięgają początków XX wieku, gdy pierwsi psychoanalitycy odnajdywali w nim źródła lęków, konfliktów, zaburzeń osobowości, nerwic i chorób psychicznych. Aktualnie można rozróżnić na jej gruncie cztery główne podejścia teoretyczne: psychoanalityczne, behawioralne, poznawcze i humanistyczne (por. Kornas-Biela, 1992, 2002a,b). O psychoanalitycznych korzeniach psychologii prenatalnej jako nauki świadczy fakt, że termin psychologia prenatalna został pierwszy raz oficjalnie użyty z okazji zawiązania się organizacji, skupiającej lekarzy – psychoanalityków zafascynowanych znaczeniem dla całego życia człowieka i trwałością pre- i perinatalnych doświadczeń. Organizacja ta pod nazwą Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie, przekształcona później w The International Study Group for Prenatal Psychology, została założona w Wiedniu, 26 lipca 1971 roku i datę tę uznaje się za oficjalny początek psychologii prenatalnej jako odrębnej dziedziny wiedzy. Pierwszy przewodniczący tego stowarzyszenia, dr medycyny, psychoanalityk, zajmujący się już od czterdziestu lat badaniem psy-

chiki w najwcześniejszych stadiach rozwoju człowieka – H.G. Graber – został uznany za „ojca” psychologii prenatalnej. Na znaczące miejsce psychoanalitycznego nurtu (w tym również podejścia psychodynamicznego) w psychologii prenatalnej wskazuje również analiza treści istniejących z tego zakresu czasopism, jak też działalności najważniejszych towarzystw (Kornas-Biela, 2001).¹

W polskiej literaturze psychologicznej brak jest dotychczas publikacji prezentującej poglądy autorów nurtu psychoanalitycznego w odniesieniu do prenatalnego okresu życia, tymczasem przegląd bogatej literatury przedmiotu pozwala wyodrębnić szereg grup problemowo-tematycznych. W obecnej publikacji zostaną omówione cztery z nich: 1) prenatalny okres rozwoju; 2) związek matki z dzieckiem przed urodzeniem; 3) trauma rodzenia się; 4) trwałość wczesnych doświadczeń. Pierwsza część artykułu zawiera prezentację głównych wątków badawczych wyodrębnionych grup problemowych, zaś w drugiej części analiz zostanie nad nimi przeprowadzona refleksja metodologiczno-kry-

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Dorota Kornas-Biela, Instytut Pedagogiki, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Al. Raławickie 14, 20-950 Lublin.
email: korbiela@poczta.onet.pl

¹ Nawet w ramach podejmowanych problemów metodologicznych, dominuje zainteresowanie wypracowywaniem efektywnych psychoanalitycznych technik terapeutycznych stosowanych w odniesieniu do problemów związanych z prenatalnym okresem życia pacjentów (por. Kongres nt. Prenatal Psychology: Methodology in Research, zorganizowany przez ISPPPM, 22–24. 06. 2000r., Cagliari, Sardynia).

tyczna z punktu widzenia warsztatu metodologicznego psychologii jako nauki empirycznej.

OKRES PRENATALNEGO ROZWOJU

POGLĄDY FREUDYSTÓW

Freud zmieniał swoją ocenę pierwszego okresu życia ważnego dla kształtowania psychiki, wypowiadając się kolejno o coraz niższym wieku. Znaczenie fantazji i nieświadomych myśli związanych z życiem w łonie docenił bardzo późno. Twierdził, że przed urodzeniem, jako przejaw tzw. pierwotnego narcyzmu, dominuje pierwotne poczucie mocy i własnej wartości a płód jako istota całkowicie narcystyczna (*completely narcissistic creature*) jest pozbawiony realnego *self* i życia umysłowego, jest nieświadomy siebie oraz matki jako odrębnych obiektów, dlatego urodzenie się nie jest doświadczeniem utraty, a trauma separacji od matki różni się od innych strat. Jest to potencjalnie pierwsze przeżycie lękowe, a tym samym źródło i pierwowzór wszystkich trudnych emocji, lęków, niepokoju, natręctw. Każdy proces rodzenia się zawiera w sobie ryzyko takich doświadczeń. Zdaniem Freuda nie istnieje pamięć rodzenia się, a relacje pacjenta na ten temat traktował jako fantazje związane z późniejszymi przeżyciami dzieciństwa. Przyjął jednak, że w nieświadomości istnieją treściowe ślady przeżyć dawniejszych pokoleń, które jako dziedzictwo archaiczne są pochodzenia genetycznego, dlatego są obecne od początku w psychicznym życiu jednostki (Freud, 1914/1964; Chamberlain, 1999, s. 8).

Od czasów Freuda klasyczna psychoanaliza uznawała *libido* za nieświadomą energię będącą podstawową siłą życia, dającą napęd do wszelkiej aktywności już w życiu wewnątrzmacicznym, m.in. do manipulowania rękami wokół ust, ssania kciuka jako wczesnych, prenatalnych form oralnej fazy rozwoju. Już przed urodzeniem usta spełniają rolę podstawowej strefy erogenicznej, a ssanie, podstawowej funkcji dającej satysfakcję. Od początku życia impulsy o charakterze biofizjologicznym tworzące *id* wyznaczają potrzeby ludzkiej egzystencji, które muszą być zaspokojone, w przeciwnym wypadku manifestują się po urodzeniu, np. niepokojem, napięciem, agresją. Psychoanalitycy z jednej strony dość wcześnie zaczęli zdawać sobie sprawę, że problemy psychiczne mają swoje źródło w pierwszym okresie rozwojowym, z drugiej strony trzeba było wielu lat, aby powstały prace na temat doświadczeń prenatalnych oraz ich przejawów w dalszych okresach życia.

TEORIA OBIEKTU

Podejście psychodynamiczne zwraca uwagę na tworzenie się pierwszych relacji dziecka ze światem, na ich dynamikę i emocjonalne konsekwencje w życiu

postnatalnym (Mancia, 1981, s. 351). Płodowy „object world” jest reprezentowany przez środowisko rozwoju, na które składają się: 1) w odniesieniu do matki: system naczyniowy ze zmianami w rytmie serca i ciśnieniu krwi; system oddechowy z rytmicznością jego pracy; system endokrynologiczny, modyfikowany m.in. przez proces ciąży; rytmy, np. krążeniowe, snu i czuwania (z właściwymi im zmianami hormonalnymi i wegetatywnymi); płyn owodniowy, w którym dziecko jest zanurzone i który umożliwia mu w pierwszych miesiącach życia unoszenie się i pływanie; pozycja ciała matki, która ma reperkusje w pozycji dziecka; stałość temperatury środowiska wewnątrzmacicznego; dźwięki słyszalne w macicy, po przejściu przez tkanki ciała matki i wody płodowe; 2) w odniesieniu do dziecka: ruchy ciała i głowy, które pobudzają receptory artykulacyjne i dotykowe oraz proprioceptory równowagi i mięśniowe; rytmy, np. krążeniowe; bodźce pochodzenia jelitowego. Podstawową i istotną charakterystyką tych sensomotorycznych matczyno-płodowych interakcji jest ich stałość i rytmiczność, która przedstawia dziecku obiekt zewnętrzny względem niego, a jednocześnie odbierany przez niego jako modelowy i idealny. Jest ono w czasie rozwoju prenatalnego zdominowane przez własne sensomotoryczne funkcje. Jednocześnie stale napływające do niego bodźce, których źródłem jest środowisko organizmu matki oraz produkty dostarczane przez łożysko i pępowinę, jak też rola oczyszczająca łożyska, stanowi matczyną kontrolę nad jego biologicznymi rytmami oraz formę transmisji „nie tylko jej biologicznego stanu, ale też jej własnego mentalnego i emocjonalnego świata” (tenże, s. 352). Dziecko odnosi siebie jedynie do części matki, jaką jest łożysko stanowiące obiekt częściowy. Może być ono dobre lub złe, zależnie od tego, czy sprzyja dziecku czy też nie spełnia swoich funkcji i mu zagraża. Łožysko wraz z pępowiną staje się pierwszym obiektem, z którym dziecko wchodzi w interakcję, wykonuje ruchy, podobne do tych, kontynuowanych po urodzeniu (Piontelli, 1992).² Psychoanalitycy dokonują interpretacji tych prenatalnych zachowań dziecka, podkreślając znaczenie pępowiny oraz łożyska jako pierwszego obiektu, na którym skupia się jego „zainteresowanie” i „miłość”, a deMause twierdzi wręcz, że życie psychiczne zaczyna się poprzez aktywność w relacji do łożyska (deMause, 1996).

FORMOWANIE SIĘ JA

Poglądy, co do istnienia selfu i jego rozwoju przed urodzeniem należą do rzadkości. Część psychoanalitików uważa, że w okresie prenatalnego rozwoju nie istnieje rozróżnienie na podmiot i przedmiot, stąd pomimo

² USG dostarcza dowodów wskazujących na manipulacje pępowiną, dotykanie jej na różne sposoby, obejmowanie i przesuwanie się dziecka do łożyska w chwili stresu (Straub, 1992).

doświadczeń prenatalnych, dziecko nie ma pragnień i nie można mówić o jego selfie. Inni twierdzą, że, np. już przed urodzeniem funkcjonuje doświadczenie swego Ja (*ME*) jako cielesne zamieszkiwanie (*corporal indwelling*), które konstytuuje możliwość odczucia Nie Ja (*NOT ME*). Wtedy też zaczyna tworzyć się struktura ego. Dziecko doświadcza, nie poprzez procesy umysłowe, ale poprzez zanurzenie w aktualnym stanie emocjonalnym matki, braku akceptacji z jej strony, odrzucenia, prześladowania. Wzorce wewnątrzmacicznych przeżyć są przechowywane w głębinach niezróżnicowanego Ja (selfu) i do pewnego stopnia determinują potrzeby, reakcje i zachowania po urodzeniu oraz powodują powstanie syndromu minimalnych dysfunkcji mózgowych (Storch, 1991). Graber wyraźnie podkreślał, że w prenatalnym rozwoju psychicznym następuje ciągle proces różnicowania ja (Graber, 1967 za: Schindler, 1998, s. 420).

Rola aktywności ruchowej. Szczególną rolę w kształtowaniu ja przypisuje się aktywności psychomotorycznej. Aktywność ruchowa dziecka w łonie, a zwłaszcza silne kopanie i rozpychanie się, jest wyrazem popędowych sił, które prowadzą do odczucia ja i nie ja. Formowanie granic między ja i nie ja dokonuje się dzięki popędowi agresji, przejawianemu w postaci ruchów skierowanych przeciw otaczającym dziecko ścianom macicy. Dziecko, rozwijając się pod wpływem trybu życia, zachowania i emocji matki, zna ją niejako lepiej niż ona jego, chociaż matka uczy się dziecka, np. na podstawie obserwacji ruchów domyśla się jego temperamentu i płci (Winnicott, 1993, s. 21–22). Kestenberg i Borowitz (1990) analizując język ruchów w odniesieniu do psychoanalitycznych kategorii psychoseksualnego rozwoju, stwierdzili, że wzorce ruchów są prekursorem funkcjonowania psychiki i wyrażają aktualny poziom jej rozwoju.

Rola snu. Nurt psychodynamiczny zakłada brak różnicowania między procesami i funkcjami somatycznymi oraz psychicznymi (por. Wilhelm, 1995). Wczesne w rozwoju człowieka dojrzwienie sensorycznych, motorycznych, oddechowych, wegetatywnych i integracyjnych funkcji jest skorelowane ze stanami czuwania i fazami aktywnego snu (analogicznie do fazy REM po urodzeniu). Psychoanaliza nurtu psychodynamicznego traktuje te funkcje jako środki, dzięki którym dziecko utrzymuje związek ze środowiskiem i radzi sobie z bodźcami.³

Mancia (1981), odnosząc się do neurofizjologicznych procesów zachodzących w czasie fazy aktywnego snu, polegających na przetwarzaniu, selekcji, integracji i zapamiętywaniu informacji stawia hipotezę, że elementy natury psychologicznej mogą być transmitowane do dziecka podczas tej fazy snu jako wewnętrzne reprezentacje. Są one zintegrowane z doświadczeniami

zmysłowymi i konstytuuja protomentalny załazek (*protomental nucleus*). Bion (1979) dał również w swojej publikacji ilustrację życia przedumysłowego (*protomental life*) w komunikacji ze światem zewnętrznym, a mającego miejsce przed urodzeniem. Charakterystyczną cechą tegoż załazka jest to, że przenikają do niego reprezentacje, które pochodzą z wewnętrznego świata dziecka, jak też z doświadczeń sensorycznych wywodzących się z bodźców środowiska matczynego oraz zewnętrznego względem matki. Stan aktywnego snu stanowi ramy odniesienia (*frame of reference*) dla prymitywnych mentalnych doświadczeń (typu proto-oneirycznego), wspierających powstanie i rozwój załazka umysłowej aktywności. Ta pierwotna mentalna aktywność może polegać na procesie odczytywania i dekodowania rytmicznych i stałych bodźców docierających ze środowiska matki. Na podstawie stałości i rytmiczności obiektu świata płodowego (*foetus object world*) może ukonstytuować się prymitywny zegar biologiczny, który przenika prenatalny załazek psychiki. Jego zadaniem jest w czasie fazy snu aktywnego transformacja zmysłowych informacji, które dotarły do dziecka z obiektów zewnętrznych w doświadczenie umożliwiające utworzenie obiektów wewnętrznych w formie reprezentacji (tamże, s. 353).

Scalająca funkcja skóry. Podstawową funkcją umożliwiającą dziecku relacje z macierzystym kontenerem jest czucie zmysłowe (*sensoriality*), różnicujące się stopniowo w funkcje fizyczne i mentalne dzięki wzrastającemu doświadczeniu i dojrzewaniu. Matczyny kontener nie tylko dostarcza produkty życiowo ważne, ale też zapewnia relację z dzieckiem poprzez serie bodźców docierających do niego w sposób stały i rytmiczny. Dziecko zdobywa swoją dojrzałość w stanie aktywnego snu, będącego idealnym stanem dla konstytuowania się biologicznych ram rozwoju funkcji skóry (*skin functions*), nie tylko w sensie fizjologicznych pojęć definiujących jego ciało, ale i psychicznych, a odnoszących się do mentalnego załazka aktywności, który musi obejmować i utrzymywać wszystko w całości, aby być zdolnym do formowania self. Formowanie się scalającej funkcji skóry następuje w ostatnich miesiącach życia prenatalnego, gdy poprzez sensoryczne dojrzewanie i stan aktywnego snu kształtuje się mentalny załazek aktywności. Skóra, w miarę prenatalnego rozwoju, podejmuje spełnianie funkcji integrowania różnych części self i pośredniczenia między światem wewnętrznym i zewnętr-

³ Schindler (1982), uzasadniając tezę, że wśród różnych czynników oddziałujących na istotę ludzką w łonie i jej bogatych doświadczeń – świadome doświadczenia są tylko częścią złożonych procesów, przedstawił obraz śniącego płodu (*the dreaming fetus*), gdy w sytuacji napływających do niego z różnych kanałów informacji i wzrastającej niemożności reagowania na nie ruchem, pojawia się tzw. sen paradoksalny.

nym. Funkcja ta stopniowo różnicuje się w fizyczne i psychiczne komponenty (Mancia, 1981, s. 354). W koncepcji tej Mancia oparł się na poglądach Bion, który upatrywał w zwierająco-obejmującej funkcji skóry (*container-contained relationship*) nieodzowny warunek powstania narządu czucia i myślenia.⁴

ŚWIADOMOŚĆ I PAMIĘĆ PRENATALNA

Przyjęcie pojęcia self w odniesieniu do okresu prenatalnego zakłada również pojęcie świadomości oraz pamięci prenatalnej. Psychoanaliza przyjęła koncepcję pamięci prenatalnej, lecz różnie ją rozumie, np. Kruse (1969) posługuje się pojęciem mnesticznych fragmentów, tzw. engramów, które są wdrukowaniem traumatycznych doświadczeń związanych z cierpieniem, lękiem, koniecznością obrony i które mogą być wydobyte na poziom świadomości dzięki energii marzeń, fantazji, regresji i kryptomnesji (*cryptomnesia*). Janus (1991), uważa, że pre- i perinatalne doświadczenia są przechowywane głęboko w niższych strukturach mózgu jako całościowe obrazy wydarzeń, a nie jako informacje zapisane w języku.

Przyjmując, jako jedno z naczelných twierdzeń, istnienie pamięci prenatalnej, psychoanalizy stała przed problemem wyjaśnienia, jak możliwe jest zapamiętywanie zdarzeń w okresie życia, gdy układ nerwowy nie jest dostatecznie rozwinięty, by stanowić podstawę pamięci. Verny i Kelly (1981) uważają, że istnieją dwa systemy pamięciowe: jeden zależny od systemu nerwowego i czynny od 6 miesiąca życia łonowego oraz drugi, pozalogiczny i bez struktury w postaci konkretnego organu, który przechowuje i przekazuje pamięć przez poszczególne komórki. Treść tej pamięci może być odtworzona w trakcie regresji hipnotycznej, pod wpływem różnych technik terapeutycznych, narkotyków i stresu. Farrant (1986) posługuje się pojęciem pamięci komórkowej, twierdząc, że prenatalne przeżycia są odtwarzane nie tyle z poziomu mięsniowo-szkieletowego czy tkankowego, ale komórkowego (zob. też Woody, 1986; Verny, 1992; MacLean, 2003, s. 213–214). Lake (1981), utożsamiał wręcz pamięć prenatalną z pamięcią komórkową i twierdził, że w czasie prenatalnej traumy tworzą się specjalne prymitywne formy komórkowe o typie wirusów, które przechowują pamięć traumatycznych wydarzeń.

Dowodem na istnienie pamięci poza dobrze funkcjonującymi strukturami układu nerwowego mają

być zdaniem Mehl (1989) wiarygodne odtworzenia zapamiętanych treści z okresu, gdy brak jest neurologicznej struktury dla pamięci lub funkcjonuje ona zbyt słabo. Część psychoanalityków, zwłaszcza ci, którzy akceptują założenia psychologii transpersonalnej, z łatwością przyjmują, że zygota ludzka posiada szczególny rodzaj świadomości i zapamiętuje to wszystko, co od poczęcia jest doświadczeniem człowieka. Uznają, że pierwsza komórka naszego ciała zawiera genetyczną pamięć i co jej się zdarza oraz następnym jej generacjom jest rejestrowane i przenoszone na komórki potomne oraz odbija się w całym rozwoju organizmu. Wprawdzie nie wiemy jak to jest możliwe, że doświadczenie życia od pierwszej komórki jest absorbowane, zachowywane i przekazywane dalej, ale, ich zdaniem, faktem jest, że „tak jak czuję się teraz, czułem się wtedy” (Laing, 1976, s. 30–36). Natomiast inni, albo również zakładają tak wczesną pamięć, przyznając niemożliwość udowodnienia swoich przekonań w oparciu o obecny stan wiedzy (por. Verny, 1992) albo też powołują się na badania z zakresu psychobiologii i neuronauki, lokalizując początek świadomości człowieka i możliwości zapisywania się doświadczeń w jego pamięci około 6 miesiąca życia prenatalnego (Raymond, 1987, s. 311).

ZWIĄZEK MATKI Z DZIECKIEM PRZED URODZENIEM

ŁONO MATKI – RAJEM CZY WIĘZIENIEM

Przekonanie o idyllicznym środowisku łona, w którym dziecko przebywa jak w przepięknej, tajemniczej grocie, doświadczając poczucia błogości i rozkoszy było długo całkowicie akceptowane na terenie psychoanalizy. Klasykiem w tym względzie jest Ferenczi (1923). Jego zdaniem człowiek tak naprawdę szczęśliwy był jedynie w łonie matki. Dzięki ochronie, dostępowi do odżywiania i zaspokojeniu potrzeb miał poczucie wszechmocy (*feeling of omnipotence*). Od urodzenia odczuwa nieprzewidywaną potrzebę odtworzenia przyjemności doznawanej w wodnym środowisku łona matki i symbolicznie zaspokaja ją przez stosunek seksualny (mężczyźni) oraz identyfikację z dzieckiem nienarodzonym (kobiety). Podobnie Balint (1968) wskazywał na złożone harmonijne relacje, istniejące między dzieckiem a elementami jego środowiska, jakim są łożysko i wody płodowe, analogicznie do relacji, jakie łączą człowieka z powietrzem i pożywieniem już po urodzeniu.

W miarę rozwoju psychoanalizy zwrócono uwagę, że dziecko przeżywa w łonie szereg sytuacji dyskomfortowych, napięcia, niepokój, niezaspokojenie żywotnych potrzeb psychicznych, np. Klein, twierdziła, że złudnym jest mniemanie o powszechnie spokojnym i idyllicznym prenatalnym okresie życia, gdyż doświadczenia z tego okresu mogą poprzedzać i zapowiadać późniejsze negatywne doświadczenia z procesu rodzenia

⁴ Dzięki scalającej funkcji skóry noworodek jest chroniony przed rozpadem w konfrontacji z niepokojem aktywowanym w czasie rodzenia się, a związanym z instynktem śmierci (Bion, 1962). Podobnie Bick (1968) przypisuje skórze noworodka pierwotną funkcję scalania części osobowości jeszcze nie zróżnicowanych od części ciała. Skóra funkcjonuje jako granica, dzięki której najbardziej pierwotne części osobowości są biernie przeżywane jako powiązane ze sobą.

się lub po urodzeniu (Klein, 1957, s. 3–4). Menninger (1939) wysunął hipotezę, że te złe doświadczenia mogą wynikać z przeżywanego już wtedy konfliktu, ambiwalencji i walki między instynktem życia i śmierci. Dewastacyjne dla rozwoju dziecka są również takie czynniki, które nie funkcjonują w świadomości społecznej jako istotne, dlatego działają „z ukrycia”, „zdradziecko”, np. uczucia i zachowania matki. Lake sformułował w tym zakresie pojęcie zespołu maczyno-łożdowego dystresu (Moss, 1986, 1987, s. 204).

Psychoanalicycy zajmujący się okresem prenatalnego rozwoju zaakcentowali szczególnie mocno, powszechnie przyjmowane obecnie twierdzenie, że im wcześniej zadziałają w rozwoju czynniki negatywne, tym bardziej zmasowany i trwalszy jest ich wpływ. Przy czym tłumaczą to zjawisko w ramach psychoanalitycznej koncepcji psychiki, przypisując słabości tworzącego się dopiero ego przeżywanie każdego zagrożenia jako totalnego. Im wcześniej i więcej było takich urazowych wydarzeń, tym większy wysiłek całego organizmu i rodzącego się ego skierowany został na ukształtowanie struktur obronnych, a tym samym sztywniejsza i bardziej psychotyczna staje się tendencja obronna podmiotu. Zamiast budować zręby zdrowych struktur psychicznych, cała energia witalna jest przeznaczona na utrzymanie egzystencji i radzenie sobie z urazami. Stąd zagrożenia pojawiające się w późniejszym życiu wywołują lęki i przerażenie o charakterze pierwotnym, przed całkowitą zagładą, przed własną destruktywnością (Walewska, 1992, s. 24).

WPŁYW EMOCJI MATKI NA DOŚWIADCZENIA DZIECKA

Dziecko prenatalne, zdaniem psychoanalityków, nie ma możliwości odróżniania własnych emocji od emocji matki, a te pierwsze zależą od drugich, dlatego maczyny stan uczuciowy gra istotną rolę w tworzeniu matrycy prenatalnej świadomości. Świadome i nieświadome przeżycia matki nakładają się na sensoryczne i emocjonalne doświadczenia dziecka i zapisują się w jego podświadomości, będąc interpretowane jako Ja (*Self*), ponieważ dziecko nie ma zdolności świadomego rozróżniania między własnymi i maczynymi myślami oraz emocjami (Raymond, 1987, s. 310–311).

Macica nie istnieje bez matki. Dziecko w łonie jest istotą czującą a emocjonalny stan matki ma wpływ na jego samopoczucie. Janov (1970, 1983, 1991) traktuje życie łożowe (*womblife*) jako krytyczny okres w rozwoju umysłowości, osobowości, zdrowia fizycznego i psychicznego, orientacji seksualnej, a tym, co przyczynia się do prawidłowego rozwoju układu nerwowego jest, jego zdaniem, miłość i inne pozytywne uczucia, które docierają do dziecka. Wdrukowanie miłości (*love imprint*) stanowi bazę dla normalnego rozwoju, nato-

miast wiele psychicznych i biologicznych czynników może spowodować toksyczność środowiska mózgowego (*toxic brain environment*). Źródłem nerwic i zaburzeń psychicznych są doświadczenia, a doświadczenia zaczynają się w łonie (Janov, 1973, s. 22). Traumatycznych doświadczeń dostarcza negatywny stosunek do dziecka, stres matki, używki, różne psychiczne i fizyczne teratogeny powodujące zatrucie organizmu, zmiany w systemie neurohormonalnym (np. w wydzielaniu serotoniny, dopaminy, oksytocyny, wazopresyny, prolaktyny) oraz zachwianie właściwej równowagi między sympatycznym i parasympatycznym systemem nerwowym (Janov, 2000). Najwcześniejsze rany emocjonalne i związane z tym ból zwany bólem pierwotnym są trwałe, bo występują jako pierwsze doświadczenia. Konsekwencją tego bólu jest większość problemów psychicznych, gdyż wdrukowuje się on w system nerwowy dziecka (*imprints*) i powoduje trwanie na całe życie rezerwuaru napięcia, który wpływa na zachowanie (Janov, 1973).

Ze względu na szczególnie istotną rolę, jaką przypisuje się uczuciom matki do dziecka nienarodzonego, prenatalny okres rozwoju został nazwany szkołą miłości. Odrzucenie dziecka przez matkę, niechęć do niego, powoduje zaburzenie komunikacji w zakresie diady: matka – dziecko. Stosunek emocjonalny matki do dziecka, jest w powszechnym przekonaniu psychoanalityków, odpowiedzialny za doświadczaną wtedy przez dziecko traumę, powodującą specyficzne zaburzenia jego osobowości, związane, np. z trudnościami w kontaktach interpersonalnych, z byciem dzieckiem niechcianym (Ferenczi, 1929) lub dzieckiem niewłaściwej płci (Zimmeroff, Hartman, 1998).

Twierdzenie o wpływie psychiki matki na somę i psyche rozwijającego się w niej oraz rodzącego się dziecka znajduje wytłumaczenie (na gruncie bardziej biologicznie zorientowanej psychoanalizy) w przemianach hormonalnych, natomiast zauważa się również odwoływanie się do współczującej komunikacji (*sympathetic communication* – Verny, Kelly, 1981/1986), psychicznego jasnowidzenia lub telepatii (Chamberlain i in., 1982, s. 224)⁵.

TRAUMA RODZENIA SIĘ

Pojęcie traumy rodzenia się i traumy porodu służy wyjaśnieniu przyczyn różnego typu zaburzeń w rozwoju i jest w literaturze psychologicznej różnie rozumia-

⁵ Psychoanalityczne przekonanie o wpływie matki na dziecko na drodze jedynie przekazu psychicznego powołuje się na intuicję kultur pierwotnych, w których istnieją rozbudowane i zróżnicowane systemy wierzeń i zwyczajów, co do tego, jakich myśli, obrazów, dźwięków, zachowań, przedmiotów, powinna matka unikać, by zapewnić dziecku prawidłowy rozwój i bezpieczne urodzenie się lub przeciwnie, jakimi myślami i zachowaniami powinna sprzyjać dziecku.

ne. Poza podejściem psychoanalitycznym dominuje przekonanie, że nie każde rodzenie się jest procesem traumatycznym, lecz nabiera takich znamion, jeśli jego przebieg i warunki są nienaturalne lub wystąpiły jakieś komplikacje. Sile i rozległości urazu oraz jego skutków można więc przeciwdziałać. Zwłaszcza te koncepcje, które przyjmują, że noworodek to tylko sieć neuronów i odruchów, negują zdolność rejestrowania perinatalnych doznań, utrwalania ich w pamięci oraz przetrwania w postaci zaburzeń osobowości. W podejściu psychoanalitycznym koncepcja traumy rodzenia się opiera się na akceptacji twierdzenia o zdolności rodzącego się dziecka do odbioru wrażeń, przeżywania prostych emocji, komunikowania się z matką na poziomie neurohormonalnym i emocjonalnym oraz zapisywania tych doświadczeń w głębinach pod- lub nieświadomości⁶. Dominuje pesymistyczna wizja rodzenia się i traumy porodu związana z przekonaniem o jej powszechności (por. Kornas-Biela, 2002b). Przyczyny nieuchronności urazowego charakteru rodzenia się są jednak różnie interpretowane.

TRAUMA W UJĘCIU O. RANKA

Otto Rank, był pierwszym, który w swoich artykułach i w książce dedykowanej Freudowi a dotyczącej traumy porodowej (1924/1952) wyraził przekonanie, że trauma ta jest powszechna, bo wiąże się z niezaspokojeniem najważniejszej ludzkiej potrzeby – potrzeby przynależności, z zerwaniem pierwotnej biologicznej jedności między dzieckiem i jego matką. Urodzenie się Rank interpretował jako brutalne oddzielenie, które pozostawia głęboki uraz odłączenia, ciężący człowiekowi przez całe życie. Moment narodzin i separacja od matki to pierwszy uraz, złączony z przeżyciem nieredukowalnego nigdy lęku pierwotnego, który stanowi bazę wyjściową dla wszystkich późniejszych sytuacji konfliktowych oraz zaburzeń nerwicowych. To rozłączenie z istotą żywą, która była źródłem życia i opieki jest pierwszą i najważniejszą raną, która staje się źródłem stałego lęku człowieka przed osamotnieniem, opuszczeniem lub odrzuceniem przez innych oraz ciągłego dążenia do zaspokojenia potrzeby przynależności. Ważnym czynnikiem determinującym siłę pierwotnego niepokoju jest faktyczne fizyczne doświadczenie związane z przebiegiem porodu – trudny poród wywołuje większy niepokój niż poród łatwy. Nie mniej, każde rodzenie się jest traumą i wszystkie ludzkie zaburzenia i trudności jak i zachowania można rozpatrywać jako reakcję na tę traumę. Dziecko doświadczy jeszcze raz traumy w sytuacji zaprzestania karmienia piersią oraz

później w związku z odłączeniem od grupy społecznej.

Urodzenie się jako fizyczny akt separacji, jest zdaniem Ranka, jednocześnie doświadczeniem niepokoju jak też spełnienia siebie i zaspokojenia swoich pragnień w kierunku indywidualności, która jest pożądana, ale z którą są związane obawy. Centrum konfliktu człowieka jest pragnienie doświadczenia jedności w łonie jak też wzrastające w miarę rozwoju pragnienie separacji, unikalności i indywidualności ego. Ten dualizm jest podstawowym egzystencjalnym faktem życia. Być urodzonym znaczy być odpowiedzialnym za własne osobne istnienie i przetrwanie, doświadczenie zagrożeń i lęku utraty osiągniętej już indywidualności, dostrzeżenie związku między urodzeniem się a śmiercią. Konflikt podstawowy nie może być rozwiązany, ale może być zaakceptowany dzięki relacjom z kimś, kto akceptuje moją indywidualność i unikalność oraz może być wyrażony przez ekspresję twórczą, symbolicznie zapewniającą nieśmiertelność. Urodzenie się jest według Ranka biologiczną bazą uczucia niepokoju, którego twórcze opanowanie odnajdujemy w wytworach kultury, a nieudane próby (np. z powodu słabego wyposażenia w kreatywne impulsy) prowadzą do neuroz.

TRAUMA ZWIĄZANA ZE SPECYFIKĄ PROCESÓW PSYCHICZNYCH

Raskovsky wraz ze współpracownikami opublikował wiele prac na temat płodowej psychiki (*foetal psychism*). Jej treść tłumaczy traumę porodu. Wysunął on hipotezę, iż psychika płodu zawiera wrodzone obiekty wewnętrzne (*internal objects*) lub wrodzone reprezentacje (*inherited representations*), niezależne od doświadczeń z obiektami zewnętrznymi. Dzięki tej niezależności od obiektów zewnętrznych ego płodu doświadcza idealizacji jego wewnątrzmacicznej relacji i stanu omnipotencji, który z chwilą urodzenia zostaje nagle i dramatycznie przerwany. Idealna więź dziecka z matką, które dzięki pępowninie otrzymuje nieprzerwanie wszystko to, co potrzebne do życia, powoduje neutralizację instynktu śmierci i sprzyja instynktowi życia (1971). Mancina (1981, s. 353) dodaje, że stan aktywnego snu przyczynia się również do neutralizacji instynktu śmierci, na co może wskazywać deprywacja fazy REM u dorosłych, indukująca stany psychotyczne i objawy destrukcyjne. Tymczasem proces rodzenia się prowadzi do nieuniknionej straty dotychczasowej błogiej sytuacji, a to aktywizuje instynkt śmierci i związane z nim uczucia niepokoju (*persecutory anxieties*, Bion, 1962). Zaistniała w czasie rodzenia się trauma, prowadzi do tak silnego psychicznego urazu, z którym niewykształcona jeszcze osobowość dziecka nie może sobie poradzić, że zewnętrzny uraz skutkuje urazem wewnętrznym, psychicznym. Pierwotny uraz rodzenia powoduje więc uraz wtórny na poziomie psychiki, która nie potrafi poradzić sobie z przetworzeniem dramatycznego przeżycia. Rezulta-

⁶ Zagadnieniem tym zajmowali się, np. Rank (1924/1952), Fodor (1949), Lake (1978), Laing (1976), Chamberlain (1988, 1999), Verny, Kelly (1981), Winnicott (1992), Culbert-Koehn (1999), Ward (1999).

tem tego jest lęk pierwotny, gniew i inne negatywne emocje. Ponieważ psychika nie potrafi również nad nimi zapanować, powstaje „uszkodzenie trzeciego stopnia”, wywierające negatywny wpływ na rozwijającą się osobowość, czego efektem są zaburzenia zachowania, nerwice, choroby psychiczne, zaburzenia psychosomatyczne (Kutter, 2000, s. 72–73).

Niektórzy zwracają uwagę na to, że trauma rodzenia się ma również swój wymiar pozytywny, np. Meistermann-Seeger (1986, s. 58), Meltzer (1987, s. 4) postulowali, by traktować rodzenie się, nie jako traumatyczną utratę stanu podobnego do raju, ale jako wejście do czegoś, co jest już upatrywane jako „inne, dziwne, cudowne – chociaż przerażające”, gdyż ze względu na „niełatwe” i nieprzyjemne uczucia (np. skrępowanie, niepokój) pojawia się u dziecka już przed urodzeniem chęć uwolnienia się od wewnątrzmacicznego ograniczenia, by móc używać w pełni rozwinięte narządy.

URAZOTWÓRCZY CHARAKTER „SIŁ PORODOWYCH” I ZMIANY ŚRODOWISKA ŻYCIA

Niektórzy autorzy tłumacząc traumę porodu odwołują się do danych obserwacyjnych – ich zdaniem kanał rodny jest tak wąski, a dziecko musi pokonać tak trudną drogę, że ból i przeżycie śmiertelnego niebezpieczeństwa jest nieuniknione. Uważają oni, że każdy proces rodzenia jest traumą sam w sobie, gdyż rodzić się, znaczy doświadczać całą gamę dramatycznych przeżyć, np. przeciskania, ściskania, miażdżenia, rozgniatań, obciążenia, obarczenia, nacisku, zniewolenia, egzekucji, duszenia, zaciskania pętli i umierania, napastowania, obłączenia niebezpieczeństwami (Lake, 1981, s. 53; Khamsi, 1987; Culbert-Koehn, 1999, s. 281).

Do tych wrażeń i odczuć rodzającego się dziecka dochodzą następne bardzo trudne, związane z nadmierną i nie dostosowaną do dotychczasowych przyzwyczajień i potrzeb dziecka stymulacją, jaka spotyka go bezpośrednio po urodzeniu – zmiana uczucia ciężkości, temperatury, cech otoczenia (suchość zamiast wód płodowych, brak rytmicznych dźwięków), zmiana wrażeń w zakresie wszystkich zmysłów. Właściwości otaczającego świata osaczają bezbronne dziecko i sprawiają mu ból. Do tego dochodzą często nieprzyjemne lub wręcz bólowe odczucia wywołane czynnościami higieniczno-pielęgnacyjnymi oraz procedurami medycznymi (Lake, 1981; Culbert-Koehn, 1999).

Graber (1924) określając rodzenie się jako „zmianę sposobu istnienia oraz metody żywienia”, wskazał na ogromny ból dziecka z powodu świadomości totalnej zmiany sytuacji oraz rażącej różnicy w egzystencji (*Daseinswechsel*). Podobnie Janov szczególną rolę przypisywał bólowi rodzenia – uważał to doświadczenie za najbardziej dewastacyjne dla psychiki, najtrudniejsze do ujawnienia i powtórnego przeżycia jego głębi w czasie terapii (Janov, 1970 i nast.). Verny, uważa,

że „rodzenie się jest pierwszym długotrwałym emocjonalnym i fizycznym szokiem, który dziecko doświadcza, i którego nigdy nie zapomni” (Verny, Kelly, 1981/1986). Na powszechność pewnej dozy traumy w czasie rodzenia się wskazuje też Chamberlain (1988), akcentując, że rzadko zdarza się, by dziecko w procesie rodzenia się oprócz pozytywnych doznań nie doświadczyło negatywnych, a nawet w pewnym sensie urazowych.

MEDYKALIZACJA PORODU PRZYCZYNĄ TRAUMY RODZENIA SIĘ

Źródłem traumy związanej z rodzeniem się mogą być zarówno urazy, jakich doznało dziecko w łonie jak i użyte technologie porodowe. Opierając się na klinicznej praktyce i badaniach Emerson (1998a,b) stwierdził powszechność doświadczenia traumy rodzenia się w warunkach szpitalnych – u 45% dzieci odnotował wysoki poziom traumy, natomiast u 50% – średni lub słaby. Tłumaczy on powszechność tego zjawiska wskazując na industrializację i poleganie na technologii; komercyjne korzystanie z diagnostyki prenatalnej i nadużywanie medycznych procedur w czasie ciąży i porodu; wysoki poziom stresu w zachodniej kulturze; stosowanie używek; negatywny stosunek otoczenia do dziecka poczętego i przemoc wobec dziecka w łonie; wpływ matczyno-płodowych traum na przeżywanie porodu i stosowanie interwencji medycznych (1998a, s. 13–14).

Przebieg porodu, jest zdaniem psychoanalityków, odzwierciedleniem prenatalnych doświadczeń w dwojakim sensie. Po pierwsze, im więcej i bardziej nasilonej prenatalnej traumy, tym bardziej poród ma dramatyczny przebieg. Po drugie, rodzaj prenatalnej traumy ma wpływ na rodzaj traumy doświadczanej w trakcie rodzenia się. Rodzenie się jest odbierane i przeżywane w kategoriach prenatalnej traumatyzacji, tzn. energia związana z prenatalnym urazem uaktywnia się w trakcie interwencji położniczych i wpływa na sposób ich doświadczenia przez dziecko oraz na jej konsekwencje dla niego.

Rodzącemu się dziecku są często zaoszczędzone dramatyczne przeżycia, poprzez np. zastosowanie środków znieczulających lub też może samo z powodu zbyt silnego przeciążenia psychicznego zdystansować się emocjonalnie, ale oba te sposoby radzenia sobie z aktualną traumą powodują emocjonalne oszołomienie i odrętwienie, dystans i chłód, który może zaważyć na całym życiu uczuciowym człowieka. Intoksykacja farmakologiczna dziecka w czasie rodzenia się zaburza jego doznania i pamięć, a w czasie regresji analitycznej ujawnia się jako zdezorientowanie, skostnienie, zdrętwienie, zamarcie, poczucie zapadania się, braku sił i wykreślenia z życia, próby wydostania się na powierzchnię, mdłości, ucisk w głowie, migreny (Irving,

1997, s. 223–226).

Pre- i perinatalne traumy współgrają ze sobą w dalszym życiu, a ich znaczenie zależy od liczby i rodzaju dalszych urazów. Oddziaływanie interwencji położniczych jest jednak samo w sobie urazem i pozostawia ślad w psychice niezależnie od uprzednich i dalszych traum, które by ich działanie wzmacniały, a zakres tego śladu jest bardzo szeroki, gdyż dotyczy zdrowia, stosunku do siebie, relacji i komunikacji z innymi, funkcjonowania w różnych rolach życia osobistego, rodzinnego i zawodowego, seksualności i religijności jednostki (Emerson, 1998a, s. 19–20).

KONSEKWENCJE I TRWAŁOŚĆ WCZESNYCH DOŚWIADCZEŃ

Psychoanalityczne podejście szczególnie mocno podkreśla trwałość pre- i perinatalnych doświadczeń (Janus, 1997, 1997/2001), gdyż one kształtują lub zaburzają nasze najgłębsze poczucie bezpieczeństwa, indywidualności i integracji osobowości. Autorami, którzy zajmowali się długotrwałymi konsekwencjami traumy rodzenia się, byli m.in. Orr i Ray (1983), Noble (1993), Emerson (1993). O perinatalnej matrycy doświadczeń (wyróżnił ich 4) pisał Grof (1975). Castellino (2000) wprowadził pojęcie matrycy stresu związanego z wdrukowaniem się pre- i perinatalnej traumy, do której dotarcie wywołuje bolesne wspomnienia. Chamberlain (1988) podaje szereg przykładów uzasadniających tezę o istnieniu pamięci okresu pre- i perinatalnego i traumy porodu.

Dla wielu dzieci rodzenie się jest związane z doświadczeniem unicestwienia i obumierania, wielkim szokiem, który może spowodować konsekwencje podobne do tych, diagnozowanych jako zaburzenia po stresie urazowym (PTSD – Irving, 1997, s. 221). Psychoanalicy przyjmują, że trauma rodzenia powoduje dalekie konsekwencje w postaci zaburzeń osobowości, lęków i fobii, nerwic, chorób psychicznych i psychosomatycznych oraz zaburzeń funkcjonowania, np. zбоżeń seksualnych, perwersji, zachowań społecznych, tendencji destrukcyjnych (Janus, 1991). Trwanie doświadczeń prenatalnych i ich wpływ na zachowanie obrazują, zdaniem psychoanalityków, specyficzne zaburzenia, w których wyraża się doznana trauma, np. awersja do życia i pragnienie śmierci w wyniku doświadczenia bycia niechcianym (*unwelcome child* – Ferenczi, 1929); objawy doświadczenia straty i żałoby u jednego z bliźniaków po wewnątrzmacicznej lub okołoporodowej śmierci drugiego (Piontelli, 1992, s. 18; LaGoy, 1992, 1993); uformowanie się defensywnej struktury związanej z lękiem i przerażeniem, w wyniku zahamowania rozwoju w stadium prenarciastycznym, autotymowym, z powodu zbyt wczesnej separacji od ciała matki lub skrócenia okresu twórczej wspólnoty i opiekuńczej jedności w diadzie: matka – dziecko (Walewska, 1992, s. 39).

Uraz trudnego rodzenia się nie jest poznawczo, językowo czy zmysłowo możliwy do odtworzenia, lecz pozostaje jako dotykowo-kinestetyczne wrażenia, somatyczne odczucia, które określa się jako pamięć ciała (Irving, 1997, s. 222–223). Nie jest on uświadamiany, ale powraca w postaci poczucia niezidentyfikowanej silnej presji i przymusu, niepokoju, somatycznych problemów (np. zawroty głowy, duszności, dławienia, bólów miejscowych, chronicznych chorób), problemów seksualnych (np. lęków, trudności z osiągnięciem orgazmu).

Kafkalides (1987, 1995; Galati, 1991) uznał strach, związany z doświadczeniami pierwszego środowiska życia za podstawową przyczynę zaburzeń psychicznych (od napięcia nerwowego, przez niepokój i neurotyzm, po objawy psychozy: depresję, manię, paranoję, halucynacje i inne). Najsilniejszym motywem, który wpływa na aktywność człowieka jest więc lęk, którego źródło leży w doświadczeniach pierwotnego terroru (*primitive terror*) przeżywanego wskutek braku akceptacji i odrzucenia (przez matkę, ale i przodków), jakie było udziałem w łonie oraz w czasie rodzenia się. Skurcze porodowe są, jego zdaniem, odbierane przez dziecko jako wyraz odmowy dalszego podtrzymywania jego życia i wyrzucenia go w świat chaosu. Doświadczony w okresie pre- i perinatalnym terror, odrzucenie i związany z tym paniczny lęk tworzą zwarty system odrzucenia, charakteryzujący się szczególną wrażliwością na brak akceptacji. Każdy bodziec traktowany jako wyraz braku akceptacji aktywizuje lęk związany z pierwotnym terrorem. Doświadczenia z łona, jako pierwszego środowiska życia, są podświadomą bazą dla odniesień społecznych w dalszym życiu. Celem zapewnienia sobie poczucia bezpieczeństwa człowiek szuka osoby, sytuacji, aktywności, które dzięki mechanizmom identyfikacji i projekcji może traktować jako substytut prenatalnych przeżyć.

Na terenie psychoanalizy są podejmowane liczne próby udowodnienia i dotarcia do pre- i perinatalnej pamięci oraz terapii problemów powstałych w tym wczesnym okresie życia człowieka. Szczególną rolę przypisuje się analizie symboliki marzeń sennych, fantazji, twórczości artystycznej, metafor, komunikacji pozawerbalnej.

REFLEKSJA KRYTYCZNA NAD PSYCHODYNAMICZNYM NURTEM W PSYCHOLOGII PRENATALNEJ

WKŁAD DO PSYCHOLOGII PRENATALNEJ

Wpływ psychodynamicznego podejścia na rozwój psychologii prenatalnej jest rozległy. Okazało się ono płodne w generowaniu hipotez badawczych na gruncie psychologii prenatalnej w ramach innych podejść teoretycznych i metodologicznych. Inspirowało poszukiwanie genezy zjawisk psychicznych.

Psychoanaliza badając płodową psychikę dowartościowała status płodu, ukazała, że jest on istotą czującą i reagującą, aktywną, uczącą się na podstawie doświadczeń i posiadającą preferencje, stąd zdolną do indywidualnie zróżnicowanych reakcji w swoim własnym języku (Mancia, 1981; Schindler, 1998, s. 424–425). Okres prenatalny został potraktowany jako pierwszy i bardzo ważny okres rozwoju psychicznego człowieka, w tym również psychoseksualnego.

Psychodynamiczne podejście uwydatniło ciągłość życia psychicznego i trwałość pamięci pre- i perinatalnej, a tym samym znaczenie doświadczeń z tego okresu dla całego życia. Ważnym wkładem w teorię i praktykę psychologiczną oraz medyczną stanowi docenienie przez psychodynamiczne podejście wagi oraz odległych konsekwencji dla rozwoju i funkcjonowania człowieka, treści przeżyć psychicznych matki w czasie ciąży, porodu i opieki nad noworodkiem, jej stosunku do niego, jej osobowości i zachowań. Okres pre- i perinatalny uznano za „szkołę miłości”, gdyż poprzez pozytywne uczucia matki do dziecka i komunikację rodziców z nim, zostają zaspokojone jego psychiczne potrzeby i formowane jest emocjonalne wyposażenie człowieka (psychiczny posąg w życie pozalonne). Wskazano też na psychogenne podłoże wielu nieprawidłowości rozwoju prenatalnego oraz na fakt, że doświadczenia okresu pre- i perinatalnego mogą być źródłem postnatalnych zaburzeń osobowości, nerwic, chorób psychicznych, patologii seksualnej, zachowań społecznych. Koncepcja rodzenia się jako mniej lub bardziej nieuniknionej traumy stała się inspiracją przedsięwzięć zapewniających dziecku zaspokojenie jego psychicznych potrzeb, między innymi poprzez psychoprofilaktyczne przygotowanie rodziców do porodu, uczynienie go porodem bez lęku, „miękkim”, naturalnym, rodzinnym. Upodmiotowienie dziecka jako istoty przeżywającej proces rodzenia oraz docenienie znaczenia doświadczeń perinatalnych dla dalszego życia zaktywizowało podejmowanie różnorodnych poczynań, by upodobnić środowisko postnatalne do łonowego, zmniejszyć szok noworodka wywołany zmianą sposobu życia oraz zapewnić bliską i ciągłą obecność rodziców, zwłaszcza matki. Pogląd, że pierś matki, jest obiektem miłości dziecka, dzięki któremu może ono rozwinąć swoje relacje ze światem rzeczowym i osobowym, przyczynił się do promocji karmienia piersią.

Niektórzy psychoanalizy podkreślają, że rodzenie się rozumiane jako trauma nie musi być negatywnym doświadczeniem. Podjęta przez dziecko walka o przeżycie, efektywne zmaganie się z utrudnieniami zakończone sukcesem, jest doświadczeniem życiowym, które może być interpretowane w kategoriach pozytywnych, jako wyjątkowo mocne i głębokie doświadczenie własnej mocy i zdolności przetrwania, umiejętności radzenia sobie z trudnościami, inicjowania zmian w swoim życiu. Poród i rodzenie się są

potencjalnie pozytywnymi procesami, które, jeśli nic i nikt im nie przeszkodzi, przebiegają na zasadzie współpracy dwóch osób, zaspokajają aktualne potrzeby matki oraz dziecka i przyczyniają się do ich rozwoju (Mauger, 1995).

REFLEKSJA KRYTYCZNA

Ukazanie wkładu podejścia psychodynamicznego do wiedzy o prenatalnym okresie rozwoju i do praktyki terapeutycznej należy uzupełnić metodologiczną analizą rozważań snutych w bogatej literaturze przedmiotu. Ze względu na ograniczone ramy artykułu zostaną zasygnalizowane tylko niektóre uwagi krytyczne.

Niewątpliwie w ramach psychologii prenatalnej psychoanaliza jest kierunkiem najbardziej rozbudowanym teoretycznie, ale twierdzenia przez nią formułowane trudno poddawać krytyce zewnętrznej, gdyż wynikają one z teoretycznych założeń, które je uprawomocniają. Jednocześnie wprowadzony został tak hermetyczny i specyficzny język teorii, że nie jest on zrozumiały dla osób „niewtajemniczonych”, a tym bardziej nie można go szerzej wykorzystać. W odniesieniu do opisu rozwoju organizacji procesów psychicznych w okresie pre- i perinatalnym język ten jest jeszcze bardziej rozbudowany, spekulatywny i mało przystępny. Znaczenie takich pojęć jak, np. miłość łożyska, aura emocjonalna, protomentalny załączek, komórkowa świadomość, matczyne kontener, lęk pierwotny jest ściśle określone, a nawet zawężone do jednej szkoły psychoanalitycznej lub jednego jej przedstawiciela. To utrudnia rozwój wiedzy w zakresie psychologii prenatalnej.

Omawiane podejście cechuje swoisty eklektyzm, wyrażający się różnymi sposobami uprawiania psychoanalizy⁷ oraz łączenia jej z różnymi szkołami filozoficznymi i psychologicznymi, a nawet jednoczesnego wykorzystywania kilku podejść, jak też wnoszeniem na teren psychologii prenatalnej poglądów związanych z ruchem New Age, psychologią transpersonalną (MacLean, 2003), co jednocześnie osłabia naukowy charakter psychologii prenatalnej. Eklektyzm wynika również z praktycznego ukierunkowania profesjonalistów, którzy są w większości jednocześnie terapeutami, nastawionymi w swoim postępowaniu diagnostycznym i leczniczym na udzielenie skutecznej pomocy, stąd nie kierują się „puryzmem metodologicznym”, ale użytecznością terapeutyczną różnych metod, podejść i hipotez interpretacyjnych.

⁷ Np. psychoanalizy klasycznej rozumianej jako nauka przyrodnicza (podejście psychodynamiczne) lub hermeneutyka (wykorzystujące m.in. filozofie Wschodu i mitologię) oraz szczegółowe podejścia psychologii analitycznej Junga, psychologii ego, psychologii selfu, psychoanalizy kleinowskiej, psychoanalizy lacanowskiej.

Twierdzenia formułowane w nurcie psychoanalitycznym nie mają znaczenia naukowego w rozumieniu „twardej psychologii”, gdyż nie są przekładalne – nie można poddać ich weryfikacji empirycznej. Obiekt badań pozostaje w indywidualnej podświadomości, więc nie można go zdefiniować i zooperacjonalizować. Twierdzenia są niefalsyfikowalne w ujęciu K. Poppera, tzn. nie można z nich wyprowadzić sprawdzalnych empirycznie hipotez oraz wskazać na fakty, które tym hipotezom przeczą. Większość szczegółowych poglądów autorów, co do rozwoju i funkcjonowania człowieka w okresie pre- i perinatalnym oraz powstałych zaburzeń rozwojowych nie znalazła eksperymentalnego potwierdzenia. Psychoanaliza nurtu psychodynamicznego korzysta wprawdzie coraz śmielej z wiedzy o prenatalnym rozwoju, jakiej dostarczają badania prowadzone w nurcie psychobiologicznym (Trentmann, 1995), a wykorzystujące techniki bezpośredniego badania zachowań i dobrostanu dziecka (np. dotyczące zmysłu słuchu – Maiello, 1995). Ma to na celu uwiarygodnienie twierdzeń powstałych w oparciu o dane z sesji terapeutycznych i wskazujących na to, iż już przed urodzeniem, istnieje zdolność do odczuwania, przeżywania i myślenia oraz świadomość siebie i pierwociny ja (Khamsi, 1987). Nadal jednak dziecko prenatalne jest miotane między „biofizycznym a metafizycznym” ujęciem go jako przedmiotu badania, narażone na traktowanie go z jednej strony zbyt redukcjonistycznie (biologicznie, w oparciu o przyrównania badania płodu obiektywnymi metodami), z drugiej strony zbyt subiektywnie, gdyż interpretacja jego funkcjonowania jest dokonywana przy pomocy pojęć teorii, będącej projekcją świata dorosłych. Takie zapożyczenie danych z badań w oparciu o inną koncepcję człowieka do uwiarygodniania własnych twierdzeń jest również skutkiem eklektycznego podejścia do prenatalnego okresu rozwoju.

Psychoanaliza jako ogólna koncepcja człowieka i jego zachowań ma charakter teorii biologicznej a jednocześnie bardzo spekulatywnej. Poglądy na temat psychologicznego statusu dziecka przed urodzeniem i noworodka są w ramach tegoż podejścia bardzo spolaryzowane i skrajne. Nadal dominuje postawa niedoceniańca możliwości i umiejętności dziecka w tym okresie, traktowanie go jako „tłumaczka” instynktowych sposobów reagowania, o względnie pustym mózgu, a jednocześnie w czasie terapii sięga się do przyczyn problemów pacjenta przez odwołanie się do jego pre- i perinatalnych przeżyć. Jednocześnie cechą podejścia psychoanalitycznego jest deterministyczna wizja rozwoju człowieka, twierdzenie, że wszystkie doświadczenia, impulsy i afekty z całego życia trwają w sferze nieświadomości jako siły o charakterze emocjonalnym, których wpływ na aktualne życie psychiczne cechuje determinizm, a im wcześniejsze doświadczenia, tym bardziej ważne.

Na rozumienie pre- i perinatalnego okresu życia zaciążyło również mechanistyczne i ewolucyjne nastawienie, z którego wynika założenie, że wczesne doświadczenia nie znikają z psychiki, nie zmieniają się zarówno, co do swej intensywności jak i specyficznej jakości. Zostają jednak wyparte, oddzielone od teraźniejszości, ale muszą być powtarzane, co tłumaczy ich wpływ na obecne problemy człowieka. Zgodnie z tym poglądem zrozumieć siebie można jedynie poprzez zrekonstruowanie przeszłości (im wcześniejszej tym lepiej) i powiązanie z nią aktualnych przeżyć i problemów. Powstaje jednak kwestia, do jakiego stopnia rekonstrukcja przeszłości jest możliwa, czy wspomnienia odnoszą się do rzeczywistych zdarzeń, czy są fantazjami i czy nie lepiej skoncentrować się na aktualnych problemach, zamiast wyjaśniać to, co nieznane w teraźniejszości przez to, co jeszcze bardziej nieznane w przeszłości. Wykorzystywanie wspomnień jako ostatecznej odpowiedzi, co do przyczyn wszystkich problemów człowieka, jest zabiegiem zbyt jednostronnym i mechanistycznym.

Psychoanalicyści twierdzą, że koncepcja determinizmu zjawisk psychicznych pozwala na rozumienie człowieka, gdyż każde zachowanie traktuje jako wynikające z konkretnej przyczyny i dlatego wystarczy ustalić poprzednik a wtedy następnik jest uzasadniony. Faktycznie, dążenie do określenia motywów zachowań skłania do głębokich penetracji psychologicznych związków, nieraz bardzo czasowo odległych, jednak jednoznaczne przyporządkowanie jakiegos zachowania konkretnemu zdarzeniu z pre- lub perinatalnej historii życia wydaje się zbyt spekulacyjne i uproszczone, przeceniające wartość poznania (i faktycznego wpływu) emocjonalnych doświadczeń dziecka z tego okresu dla rozumienia struktury i funkcjonowania osobowości.

Pewien rys psychoanalitycznego podejścia do najwcześniejszego okresu życia można nazwać „pan-prenatalizmem”. W podejściu tym dominuje bowiem przekonanie, że początek każdego życia jest powiązany z głębokim, egzystencjalnym urazem, który musi być wydobyty do świadomości, zwerbalizowany i przetworzony w procesie terapii. Do nieuchronnej i pierwotnej traumy poczęcia (wywołującej uczucia patologiczne, katastroficzne oraz destrukcyjne skłonności) i prenatalnych trudnych doświadczeń (stłumionych konfliktów, wypartych urazów, nieuświadomionych złowrogich sił) dodana zostaje trauma rodzenia się, wzmagająca w psychice negatywne skutki tych nieuniknionych rozwojowo procesów. Ponadto przyjmuje się, że wszystko, o czym matka myśli, marzy, czuje i mówi ma znaczący wpływ na rozwój dziecka od poczęcia i zapisuje się trwale na całe jego życie. Tak jak trudno zgodzić się z deterministyczną wizją rozwoju, tak też trudno zaakceptować, że każde mentalne lub emocjonalne poruszenie matki, każdy stan płodowej

psychiki jest zapamiętany i ma (mniej lub bardziej) znaczący wpływ na wszystkie sfery dalszego życia człowieka. Traktowanie izolowanych traumatycznych zdarzeń jako powszechnych (np. Emerson, 1998a, s. 13–14), a tym bardziej normalnych psychofizjologicznych procesów i zmieniających się ciągle doświadczeń rozwijającej się psychiki jako zakodowanych na stałe źródeł patologii, jest nie do przyjęcia. Świadczy to o negatywnym i pesymistycznym oglądzie rzeczywistości pre- i perinatalnej w ramach psychoanalitycznego podejścia. Absurdem jest koncepcja powszechnej pre- i perinatalnej traumy oraz ich zgeneralizowanego wpływu na całość życia jednostki (np. jego seksualność, duchowość, karierę, osiągnięcia – por. np. Emerson, 1998a, s. 20), gdyż nie daje ona szansy nikomu na normalny, pozytywny rozwój. Siła i trwałość pre- i perinatalnych doświadczeń jako nieświadomych motorów naszego odczuwania, reagowania i zachowania kreuje również fatalistyczną wizję osobowości, gdyż nie można uciec od własnej przeszłości, od własnych korzeni i nic nie można zrobić, aby nie być determinowanym przeszłością, oprócz poddania się długotrwałej, głębokiej i bolesnej (i drogiej) terapii analitycznej.

Psychoanalityczne spojrzenie na rozwój prenatalny i proces rodzenia się jest obciążone zatarciem granic między zdrowiem a chorobą, między normalnym przebiegiem procesów a patologicznym. Nie sposób zgodzić się z poglądem, że najlepszą wiedzę o wczesnym rozwoju człowieka i realizowaniu się w sferze prokreacji możemy uzyskać dzięki praktyce terapeutycznej i współpracy psychoanalityka (psychiatry lub psychologa) z pacjentem. Trudno budować wiedzę jedynie w oparciu o negację, przez wyobrażenie sobie, że norma jest przeciwieństwem patologii, że „wszystko jest tak samo, tylko gorzej”. Normalny rozwój nie polega jedynie na uzupełnianiu braków lub udoskonalaniu tego, co doprowadza do patologicznego rozwoju.

Jeśli przyjąć tezy psychoanalizy, co do powszechności, szkodliwości i trwałości psychogennych teratogenów działających we wczesnym okresie życia, to psychoanalityk powinien być nieodłącznym towarzyszem rozwoju i wychowania prawie każdego dziecka, a głęboka terapia psychoanalityczna byłaby koniecznym warunkiem i jedynym sposobem pozbycia się stłumionej traumy uznanej jako przyczyna zaburzeń osobowości, problemów osobistych, chorób i dolegliwości zdrowotnych. Prowadziłyby to do nie uprawomocnionej „psychoterapeutyzacji” życia⁸.

Jednym z problemów, który nasuwa się w związku ze stosunkiem psychoanalizy do działających w okresie pre- i perinatalnym różnych czynników rozwojowych, jest przekonanie o odpowiedzialności rodziców, a zwłaszcza matki, za bagaż doświadczeń dziecka. Literatura i praktyka psychoanalityczna ukazująca pre- i perinatalne urazy rodzi w rodzicach przekonanie o nieuchronności traum przenoszonych na dziecko, a

tym samym o ich braku kontroli nad zapewnieniem mu dobrego startu w życie, a jednocześnie o ich odpowiedzialności za przekaz doświadczeń odległych pokoleń, których treści nie znają i wobec których są bezradni. Niezależnie od własnych starań i dobrej woli rozwój ich dziecka będzie poddany działaniu nieznanym negatywnym wpływów, przed którymi nie mogą go zabezpieczyć. Tymczasem większości negatywnych czynników nie da się uniknąć lub przewidzieć, część wynika z historii życia matki oraz jej aktualnej sytuacji emocjonalno-społecznej, a więc uwarunkowań, które nie są wynikiem złej woli, niedopatrzania, braku odpowiedzialności.

Psychoanalityczna koncepcja zaburzeń psychicznych budzi wątpliwości, bo nie wyjaśnia interindywidualnej zmienności w konsekwencjach prenatalnych przeżyć, jak również dlaczego i na jakiej zasadzie istnieje czasem kilkudziesięcioletnia przerwa pomiędzy negatywnymi pre- i perinatalnymi zdarzeniami a pojawieniem się zaburzeń w zachowaniu lub chorób psychicznych, jak też nie wyjaśnia związku między dziedzicznymi i wrodzonymi przyczynami odchylenia od normy psychicznej (por. Kokoszka, 1997).

Nie wydaje się prawdziwe wysuwane przez psychoanalityków twierdzenie (Janus, 2002, s. 245), że czymś szczególnie ludzkim i odróżniającym nas od świata zwierząt jest wpływ doświadczeń okresu pre- i perinatalnego na dalsze życie, gdyż badania na zwierzętach pokazują również zależność między reakcjami, preferencjami i zachowaniami zwierząt przed i po urodzeniu oraz psychogenne podłoże zaburzeń w prokreacji i w rozwoju potomstwa.

Psychoanalityczna koncepcja ciąży i porodu jako stadiów transformacji i inicjacji, przeobrażeń selfu, żegnania się z dotychczasowymi pozycjami dziewczynki, panny i kobiety bezdzietnej a nabywania tożsamości matki odnosi się przede wszystkim do sytuacji pierwszej ciąży. Tymczasem większość kobiet staje się matkami kolejnych dzieci, lecz ich doświadczeniu macierzyństwa nie poświęca się już uwagi. Jest to niewątpliwie ograniczenie rozważań teoretycznych w zakresie psychologicznych aspektów ciąży i porodu. Przeżycia ojca związane z prenatalnym okresem życia są bardzo niedocenione.

Należy również zaznaczyć, że próby krytycznej oceny psychoanalitycznej koncepcji w psychologii prenatalnej, wyrażenie negatywnego stosunku głoszonych na jej gruncie poglądów jest traktowane jako wyraz osobistych nieuświadomionych traumatycznych pre- i

⁸ Hipnoza jest upatrywana jako optymalny stan dla komunikacji z dzieckiem i nawiązywania z nim głębokich więzi. Trudno uznać, że satysfakcjonujące macierzyństwo i głęboką więź z dzieckiem prenatalnym można realnie osiągnąć jedynie w stanie hipnotycznym i poprzez zaktualizowane wtedy mechanizmy regresji.

perinatalnych przeżyć, kompleksów, lęków i urazów. Trudno o merytoryczne argumenty, skoro jest się narażonym na kliniczną diagnozę własnej prenatalnej przeszłości.

LITERATURA

- Balint, M. (1968). *The Basic Fault*. London: Tavistock Publications.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 484–486.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. London: Heinemann.
- Bion, W.R. (1979). *The Dawn of Oblivion*. Clunie Press.
- Castellino, R. (2000). The stress matrix: Implications for prenatal and birth therapy. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 15, 1, 31–62.
- Chamberlain, D. (1988). *Babies Remember Birth: An Other Extraordinary Scientific Discoveries About the Mind and Personality of your Newborn*. Los Angeles: Jeremy P. Tarcher (1990, New York: Ballantine Books).
- Chamberlain, D. (1999). Babies remember birth: A synopsis. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 14, 1–2, 5–17.
- Chamberlain, D., de Mause L., Verny T. (1982). Symposium: On fetal origins of history by Llyod deMause. *Journal of Psychohistory*, 10, 213–233.
- Culbert - Koehn, J. (1999). Prenatal and perinatal influences in contemporary Jungian analysis. *The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 11, 3, 277–286.
- DeMause, L. (1996). Restaging fetal traumas in war and social violence. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 10, 4, 239–260.
- Emerson, W.R. (1993). *Treatment outcomes*. Petaluma, CA: Emerson Training Seminars.
- Emerson, W.R. (1998a). Birth trauma: The psychological effects of obstetrical interventions. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 13, 1, 11–44.
- Emerson, W.R. (1998b). The vulnerable prenat. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 1998b, 10, 1, 5–17.
- Farrant, G. (1986). Cellular consciousness. *Aestema*, 7, 28–39.
- Ferenczi, S. (1923). *Thalassa: A theory of genitality*. New York: Norton.
- Ferenczi, S. (1929). The unwelcome child and his death instinct. *International Journal of Psychoanalysis*, 10, 125–129.
- Fodor, N. (1949). *The search for the beloved: A clinical investigation of the trauma of birth and prenatal condition*. New York: Hermitage Press.
- Freud, Z. (1914/1964). *Zur Einführung des Narzißmus* (Introduction to narcissism). Frankfurt: Fischer.
- Galati, A. (1991). Dr. Kalkalides's autopsychognosia: The influence of prenatal and perinatal experiences on the development of personality and mental disorders. *The International Journal of Prenatal and Perinatal Studies*, 3, 3/4, 267–272.
- Graber, G.H. (1924). *Die ambivalenz des Kindes*. Wien: Int. Psychoanal. Verlag.
- Grof, S. (1975). *Realms of the human unconscious: Observations from LSD research*. New York, Viking Press.
- Irving, M. C. (1997). Sexual assault and birth trauma: inter-related issues. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 11, 4, 215–250.
- Janov, A. (1970). *The primal scream: Primal therapy, the cure for neurosis*. New York: Putnam.
- Janov, A. (1973). *The feeling child*. New York, NY: Simon and Schuster.
- Janov, A. (1983). *Imprints: The lifelong effects of the birth experience*. New York, Coward - McCann.
- Janov, A. (1991). *The new primal scream: Primal therapy 20 years on*. Wilmington: DE, Enterprise Publishing.
- Janov, A. (2000). *The biology of love*. Amherst, NY: Prometheus.
- Janus, L. (1991). The expression of pre- and perinatal experience in cultural phenomena. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 5, 3, 203–220.
- Janus, L. (1997). *Psychic before birth: The enduring effects of prenatal experience*. Northvale: Aronson.
- Janus, L. (1997/2001). *The enduring effects of prenatal experience: Echoes from the womb*. Heilderberg: Mattes Verlag.
- Janus, L. (2002). The impact of prenatal psychology on society and culture. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 16, 3, 237–247.
- Kalkalides, A. (1987). *The power of the womb and the subjective „truth“*. Athens: Free Press.
- Kalkalides, A. (1995). *The knowledge of the womb. Autopsychognosia with psychodelic drugs*. Corfu: Triklino House (1980, Athens: Olkos).
- Kestenberg, J.S., Borowitz E. (1990). On narcissism and masochism in the fetus and the neonate. *Pre- and Peri-Natal Psychology Journal*, 5, 1, 87–94.
- Khamsi, S.K. (1987). Birth feelings: A phenomenological approach. *Aesthema: Journal of the International Primal Association*, 7, 46–60.
- Klein, M. (1957). *Envy and gratitude*. London: Tavistock Publications.
- Kokoszka, A. (1997). *Integrujący model stanów psychicznych. Podejście neojaksonowsko-psychodynamiczne*. Kraków: Collegium Medicum UJ.
- Kornas-Biela, D. (1992). Kierunki badań w psychologii prenatalnej. (Sprawozdanie z Kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Psychologii Prenatalnej, 18–21. 09. 1986, Bad Gastein, Austria). W: A. Biela, Cz. Walesa (red.), *Problemy współczesnej psychologii* (s. 239–244). Lublin: PTP.
- Kornas-Biela, D. (2001). Dziecko prenatalne jako przedmiot zainteresowań psychologicznych organizacji i stowarzyszeń naukowych. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza dzieciństwa* (s. 225–252), Lublin: TN KUL.
- Kornas-Biela, D. (2002a). *Kierunki teoretyczne w psychologii prenatalnej*. Plakat. XXXI Zjazd Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Lublin, 5–8. 09. 2002.
- Kornas-Biela, D. (2002b). *Poród: wyzwolenie czy trauma*. Referat na Sesji Stowarzyszenia na Rzecz Naturalnego Rodzenia i Karmienia, nt. „Poród w wodzie i nie tylko...”. Poznań, 14. 12. 2002 (w druku).
- Kruse, F. (1969). *Die Anfänge des menschlichen Seelenlebens*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Kutter P. (2000). *Współczesna psychoanaliza. Psychologia procesów nieświadomych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- LaGoy, L. (1992). The loss of a twin in utero and the impact on the remaining twin. Referat: World Congress of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine („The Unborn Child within the Family”), Kraków. *The International Journal of Prenatal and Perinatal Studies*, 4, Suppl. 1, 32–33.
- LaGoy, L. (1993). The loss of a twin in utero's affect on pre-natal and post-natal bonding. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 5, 439–444.
- Laing, R.D. (1976). *The facts of life*. New York: Pantheon Books.
- Lake, F. (1978). Treating psychosomatic disorders related to birth trauma. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 227–238.
- Lake, F. (1981). *Tight corners in pastoral counselling*. London: Darton, Longman and Todd.
- MacLean, C.A. (2003). Transpersonal dimensions in healing trauma of the unborn child. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 17, 3, 203–223.
- Maiello, S. (1995). The sound – object: A hypothesis about prenatal auditory experience and memory. *Journal of Child Psychotherapy*, 21, 1, 23–41.
- Mancia, A. (1981). On the beginning of mental life in the foetus. *International Journal of Psycho-Analysis*, 62, 351–357.
- Mauger, B. (1995). Birth as metaphor: Childbirth as initiation and transformation. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 7, 4, 465–474.
- Mehl, L.E. (1989). Hypnosis and prenatal memories. *International Journal of Prenatal and Perinatal Studies*, 1, 4, 381–386.
- Meistermann - Seeger, E., (1986). *Kurztherapie Fokaltraining. Die Rückkehr zum lieben*. München.
- Meltzer, D., (1987). On aesthetic reciprocity. *Journal of Child Psychotherapy*, 13, 2.
- Menninger, K.A. (1939). An anthropological note on the theory of pre - natal instinctual conflict. *International Journal of Psycho-Analysis*, 20, 439–442.
- Moss, R.C. (1986). Frank Lake's maternal – fetal distress syndrome and primal integration workshops. Part. II. *Pre and Peri - Natal Psychology Journal*, 1, 52–68.
- Noble, E. (1993). *Primal Connections*. New York: Simon & Schuster.
- Orr, L., Ray, S. (1983). *Rebirthing in the new sge*. Berkeley, CA: Celestial Arts.
- Piontelli, A. (1992). *From fetus to child: An observation and psychoanalytical study*. London: Routledge.
- Rank, O. (1924). *Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse*. Wiedeń: Int. Psychoanal. Verlag. (The trauma of birth. New York: Harcourt Brace, 1929; New York: Robert Brunner, 1952).
- Raskovsky, A. (1971). *El psiquismo fetal*. Buenos Aires: Paidós.
- Raymond, S. (1987). Perinatal memories as a diagnostic psychotherapeutic tool. *Pre- and Perinatal Psychology*, 1, 4, 303–317.
- Schindler, S. (1982). Der Träumende Fetus. W: T.F. Hau, S. Schindler (red.), *Pränatale und Perinatale Psychosomatik* (s. 11–118). Stuttgart: Hippokrates.
- Schindler, S. (1998). Towards a scientific approach to prenatal psychology. From twilight to dialogue. *The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 10, 4, 415–428.
- Storch, R. (1991). Experiences from psychotherapeutical treatment of prematurely born children. *International Journal of Prenatal and Perinatal Studies*, 3, 1/2, 125–130.
- Straub, M.F. (1992). A theory of the psychophysiological consequences of umbilical cord manipulation by the fetus. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 7, 1, 61–71.
- Trentmann, N. (1995). Wurzeln und Entwicklung des Unbewussten in Psychoanalyse und pränatale Psychologie. Ein Modell der biopsychologischen Frühentwicklung. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 7, 1, 97–110.
- Verny, T. (1992). Letters to the editor. *Pre-and Peri-Natal Psychology Journal*, 6, 4, 258–260.
- Verny, T., Kelly, J. (1981/1986). *The secret life of the unborn child*. New York: Summit Books.
- Walewska, K. (1992). Pierwotne mechanizmy obronne. W: M. Sokolik (red.), *Problemy współczesnej psychoanalizy. Wybór zagadnień* (s. 25–42). Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Ward, S.A. (1999). Birth trauma in infants and children. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 13, 3-4, 201–212.
- Wilhelm, J. (1995). *Unterwegs zur Geburt. Eine Brücke zwischen dem Biologischen und dem Psychischen*. Heilderberg: Mattes Verlag.
- Winnicott, D.W. (1992). Birth memories, birth trauma and anxiety. *International Journal of Prenatal and Perinatal Studies*, 4, 1/2, 17–33.
- Winnicott, D.W. (1993). *Dziecko, jego rodzina i świat*. Warszawa: Agencja Wydawnicza Jacek Santorski & CO.
- Woody, C.D. (1986). Understanding the cellular basis of memory and learning. *Annual Review of Psychology*, 37, 433–493.
- Zimberoff, D., Hartman, D. (1998). Insidious trauma caused by prenatal gender prejudice. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 13, 1, 45–51.