

Urszula Teresa Turyna, Sylwia Zaremba

„Tylko jedno serce mam...”

Trzy odsłony przeniesienia w psychoterapii dzieci

Przeniesienie to specyficzna zależność, która powstaje pomiędzy pacjentem a analitykiem. [...] Umiejętność prowadzenia psychoterapii polega zasadniczo na robieniu użytku z tego, co nazywamy przeniesieniem. (Donald W. Winnicott)

Słowa kluczowe: przeniesienie, psychoterapia dzieci, fotel, serce, portret

Przeniesienie to temat szeroko prezentowany w literaturze psychoanalitycznej oraz psychoterapeutycznej. Jest to termin, który na stałe zagościł w opracowaniach i dyskusjach różnych psychoterapeutów, nie tylko tych zorientowanych psychoanalitycznie lub psychodynamicznie. W celu zarysowania różnorodności stanowisk zacytujemy definicję przeniesienia ze *Słownika Psychoanalizy* (Laplanche, Pontalis, 1996, s. 258). Przeniesienie to „proces aktualizowania się nieświadomych pragnień wobec pewnych obiektów w pewnego typu relacjach z innymi, przede wszystkim w relacji analitycznej. Chodzi tu o powtórzenie dziecięcych wzorców, które przeżywane są tak, jakby odnosiły się do terażniejszości”. Jest to wywodzące się z tradycyjnej psychoanalizy, klasyczne ujęcie przeniesienia, w którym jest ono rozumiane jako powtórzenie wczesnych doświadczeń. W szerszych definicjach przeniesienie to wszystkie reakcje, które pojawiają się w relacji terapeutycznej ze strony pacjenta w stosunku do psychoterapeuty. W przestrzeni terapii dorosłych istnieje względna zgodność co do definicji, znaczenia oraz mechanizmów korzystania w terapii z procesów przeniesieniowych.

Taka zgodność na pewno nie istnieje na polu terapii dzieci. Już w połowie XX wieku powstał spór pomiędzy Anną Freud i jej zwolennikami a Melanią Klein i kleinistami. Freud postulowała, że pełne przeniesienie (nerwica przeniesieniowa) nie może się wytworzyć w terapii dziecka, które jest nadal silnie związane ze swoimi pierwotnymi obiektami. Selma Freiberg pisze: „Dopóki superego nie stanie się niezależne od rodziców i dopóki nie będą poszukiwane nowe obiekty, które zastąpią rodziców w życiu miłosnym dziecka, nie będzie potrzeby formowania nerwicy przeniesieniowej” (Freiberg, 1951, s. 293). Phyllis Tyson pisze: „Istnieje ogólna zgodność co do tego, że tak zwana pełna nerwica przeniesieniowa nie może rozwinąć się do czasu, aż superego będzie niezależne od wpływu rodziców, czyli około wieku dojrzewania” (Tyson, 1978, str. 214). Klein natomiast twierdziła, że nerwica przeniesieniowa u dzieci ujawnia się w sposób podobny do tej w terapii dorosłych. Według niej już małe dzieci większą część kompleksu Edypa i wynikających z niego wyparc mają za sobą, a ponieważ dziecko z powodu poczucia winy i wyparcia oddala się znacząco od swoich pierwot-

nych obiektów, jest zdolne w związku z tym do wytworzenia nerwicy przeniesieniowej (Klein, 2007; Klein, 2007; Aberastury, 1992).

W polskiej literaturze najpełniej zebrała te kwestie oraz przedstawiła swoje obserwacje Katarzyna Schier (2000) w pozycji *Psychoterapia psychoanalityczna dzieci. Przeniesienie*. Schier, za A. Freud, wyróżnia w przeniesieniu pacjentów dziecięcych przeniesienie przeszłych doświadczeń oraz przeniesienie aktualnych relacji, które uważa za fenomen szczególnie dla dzieci. Dodatkowo podkreśla występowanie elementów nerwicy przeniesieniowej oraz rezygnuje z trzeciego elementu postulowanego przez A. Freud, czyli z przeniesienia stałych wzorców budowania relacji, uznając, że trudno dokonać rozdzielenia ich od przeniesienia przeszłych doświadczeń (Schier, 2002).

W praktyce wydaje się trudne różnicowanie tych elementów przeniesienia, tym bardziej że zarówno pierwsze, drugie jak i trzecie są zabarwione wewnętrznymi obrazami siebie i innego. Prawdopodobnie na aktualne relacje nakłada się przeżycie przeszłych doświadczeń, a wszystko to w połączeniu z wewnętrznym obrazem siebie i innego wpływa na stałe wzorce budowania relacji. Uważamy więc, że dzielenie przeniesienia jest procesem raczej sztucznym, skazanym na uproszczenia. To, co byłoby zasadne, to próba poszukiwania i różnicowania, które reakcje pacjenta dziecięcego wynikają z jego przeniesienia, a które są odpowiedzią na reakcje terapeuty. Nie da się bowiem ukryć, że terapeutom dziecięcym dość trudno jest zachować neutralność, to znaczy nie odpowiadać na pytania, powstrzymać się od reakcji emocjonalnych czy postaw wychowawczo-edukacyjnych (kiedy nie są one konieczne, choć wiemy, że są również elementem pracy terapeutycznej).

Z naszych doświadczeń w pracy z dziećmi wynika, że w procesie psychoterapii uruchamiają one procesy przeniesieniowe. Czasami przeniesienie jest bardzo intensywne. Dzieci ze względu na kruchość i niedojrzałość ego często są wręcz zanurzone w przeniesieniowych uczuciach: lęku, miłości lub nienawiści do swojego terapeuty/terapeutki, nierzadko angażując do tego również rodziców. W zależności od poziomu psychopatologii, momentu i głębokości procesu leczenia czy sytuacji zewnętrznej dzieci są bardziej lub mniej zdolne do utrzymania przymierza terapeutycznego, mimo silnych reakcji przeniesieniowych, na przykład zachowania zaufania lub wejścia do gabinetu mimo złości na terapeutę. Czasem z pomocą mogą przyjść rodzice, którzy ze względu na zaufanie do terapeuty troszczą się o trwałość relacji, mimo intensywnych reakcji przeniesieniowych dziecka. Okazuje się jednak, że terapeuci często są zaniepokojeni siłą reakcji przeniesieniowych dziecka i starają się je studzić, wchodząc w rolę zwykłego dorosłego, który potłumaczy, pocieszy, przytuli. W niektórych sytuacjach bywa to niewątpliwie potrzebne, często jednak jest to wyraz oporu terapeuty i jego lęku przed konfrontowaniem się z siłą nieświadomych uczuć i fantazji dziecka.

W niniejszym artykule spróbujemy zmierzyć się po raz kolejny z tematem przeniesienia w terapii dzieci. Ze względu na obfitość treści i przestrzeni, w której można byłoby go omawiać, wybierzemy trzy obszary, w których toczy się gra przeniesieniowa: fotel terapeuty, portret terapeuty, rysunek serca.

Odsłona pierwsza. Fotel terapeuty

Są to nowe wydania, naśladownictwa pobudek i fantazji, które powinny zostać obudzone i uświadomione w trakcie procesu postępowania naprzód analizy z charakterystycznym dla tych formacji zastąpieniem jakiejś wcześniejszej osoby przez osobę lekarza. (Zygmunt Freud)

Fotel terapeuty to miejsce szczególne w gabinecie. Może symbolizować tron królestwa, przestrzeń schronienia, bezpieczne miejsce czy też strefę zakazaną. Fotel może przyjmować różne znaczenia w zależności od dominujących konfliktów i potrzeb dziecka, momentu w terapii oraz zaktywizowanych aspektów przeniesienia. W związku z tym w gabinecie dziecięcym warto zadbać o to, aby fotel terapeuty:

- 1) był,
- 2) był miękki, wygodny i ciepły,
- 3) posiadał przestrzeń „pod”, gdzie dziecko może się schować lub schować coś,
- 4) posiadał „coś” na coś, co można zabrać, przenieść czy użyć w potrzebny sposób, na przykład koc, mała poduszka, maskotka czy kawałek sznurka.

Dla uporządkowania dyskusji podzielimy znaczenie fotela na dwie grupy, przedypalną oraz edypalną. W zakresie **przedypalnego znaczenia** będziemy rozumieć fotel jako miejsce bowlbowskiej bazy, mahlerowskiego schronienia, winnicotowskiego trzymania czy bionowskiego pomieszczenia. Dzieci mają czasem potrzebę zajęcia fotela terapeuty po to, by się w nim schronić, wtulają się w niego, okrywają kocem. Możemy wówczas rozumieć, że dziecko realizuje przeniesieniowe pragnienia do przedypalnej matki, która nosi w brzuchu lub nosi w ramionach. Pewien chłopiec z historią adopcji w wieku dwóch lat w pierwszym etapie terapii za każdym razem wchodząc do gabinetu, biegł na fotel terapeutki, siadał na nim, zakrywał się kocem i siedział tam, dopóki terapeutka go nie znalazła, i po dłuższej chwili przechodził na swój fotel. Terapeutka rozumiała to jako sposób wywołania w niej uczuć takich jak poczucie braku własnego miejsca i pozbawienia bezpiecznej bazy czy przymus walki o własną przestrzeń. Odwracanie ról w przestrzeni gabinetu było jego sposobem na radzenie sobie z porzuceniem oraz kontrolą sytuacji: nie on był porzucany, ale on „porzucał fotel”, kiedy uznał to za słuszne. Co ciekawe, siedząc na fotelu terapeutki był żywotny, radosny i ciągle wymyślał, co mógłby robić, natomiast kiedy siedział na swoim fotelu, wydawał się smutny i opuszczony, bez życia i energii, bez własnych pomysłów na spotkanie.

Boki i oparcie fotela stają się granicami, wewnątrz których dziecko może się zmieścić i poczuć bezpiecznie. Poprzez chowanie się pod fotel dziecko w niektórych sytuacjach odgrywa fantazję o życiu prenatalnym w brzuchu mamy, a poprzez wydostanie się spod fotela – fantazję o narodzinach. Bardziej symbolicznie można ten proces zaobserwować, kiedy dziecko wrzuca na fotel terapeuty różne przedmioty: auta, figurki, maskotki. Można o tym myśleć jako o wyrzucaniu niechcianych części siebie, które terapeuta może przyjąć i pomieścić w sobie, a nadając temu znaczenie – zainicjować proces integracji.

Na podstawie powyższych przykładów możemy wnioskować, że dziecko zaktywizowało wczesne pragnienia lub dokonuje przepracowania wczesnej relacji z obiektem. Terapeuta powstrzymuje się bowiem od realizacji bezpośrednio i dosłownie potrzeb dziecka: bycia tulonym, noszonym, ogarnianym fizycznie. Znacząca będzie jednak reakcja, która zawiera **zgode, przyjęcie i przekształcenie** tych pragnień. Terapeuta poprzez swój fotel, przykrycie kocem czy otulenie miškami może realizować wczesne potrzeby dziecka zaktywizowane w relacji przeniesieniowej, ale – co ważne – bez naruszania granic cielesnych dziecka. W takiej sytuacji zgubne byłoby stawianie granic, czyli wyznaczanie dziecku miejsca, mówienie na przykład, że „jego fotel to jest ten drugi”, albo dokonywanie interpretacji, które odnosiłyby się do znaczeń edypalnych.

W zakresie **edypalnego znaczenia** fotel rozumiemy jako przestrzeń rywalizacji, identyfikacji lub naruszania przestrzeni zakazanej. Może być również wyrazem ciekawości seksualnej i pragnień libidinalnych. Prawdopodobnie będzie tu miała znaczenie płęć dziecka i terapeuty (w odróżnieniu od sytuacji, kiedy fotel jest używany w aspekcie preedypalnym). Dziewczynka, która siada na fotelu terapeutki, może więc dokonywać próbných identyfikacji, a także podejmować rywalizację z terapeutką. Symbolicznie próbuje ją zdetronizować, stać się lepszą terapeutką. Natomiast dziewczynka, która siada na fotelu terapeuty, dokonuje rywalizacji czy identyfikacji, ale również może w ten sposób uwodzić terapeuta, próbować zbliżyć się do niego. Podobne zróżnicowanie możemy zaobserwować u chłopców. Chowanie się pod fotelem terapeuty przez wielu autorów rozumiane jest jako wyraz ciekawości seksualnej. Dziecko podejmuje próbę podejrzenia terapeuty/terapeutki. Znajdując się pod siedzeniem, próbuje zaspokoić ciekawość dotyczącą genitaliów terapeuty (Loeb, 1992). Na nieco późniejszym etapie rozwoju uczuć edypalnych fotel będzie symbolizował sferę zakazaną; tutaj dziecko ma już uwewnętrzniony zakaz i lęk przed karą, która mogłaby go spotkać za realizację edypalnych pragnień, czyli zajęcie miejsca matki/ojca. Będziemy to obserwować u dzieci, które kurczowo trzymają się swojego fotela, rezygnując nie tylko z podjęcia próby poznawania i/lub zajęcia fotela terapeuty, ale w ogóle z eksploracji gabinetu. Wówczas cały gabinet jest tronem/królestwem terapeuty, którego nie wolno zdobywać, naruszać, doświadczać. Będzie to prawdopodobnie wyraz zaprzeczania zakazanym pragnieniom edypalnym.

Tak rozumiany fotel staje się dla terapeuty „wizjerem”, przez który może on dokonać obserwacji relacji dziecka z jego figurami edypalnymi. Na przykład może się ujawnić to, jaki obraz matki i ojca dziecko nosi w sobie: czy jest karzący, uwodzący, niedostępny, przyzwalający lub niezgadający się na identyfikację i bliskość. Możemy również zobaczyć, w jakim stopniu te obrazy są spójne z realnymi obiektami. Opisane powyżej reakcje dziecka mogą stać się materiałem do **dokonywania interpretacji bezpośredniej lub zapośredniczonej** (Turyna i in., 2016).

Oczywiście są również takie dzieci, w przypadku których reakcja na fotel terapeuty nie będzie się mieściła w zakresie omówionych wcześniej znaczeń. Mogą to być na przykład dzieci z rysem narcystycznym, perwersyjnym lub antyspołecznym (Alvarez, 1992), które naruszając przestrzeń terapeuty, dokonują ataku na obiekt, relację,

setting. W takich sytuacjach fotel jest użyty do naruszenia granic, odwrócenia ról, upokorzenia terapeuty, na przykład u dziecka, które zajmuje fotel i śmieje się szyderczo: „Teraz nie masz gdzie siedzieć” lub brudzi fotel klejem, farbą, śliną. W takim przypadku prawdopodobnie najbardziej wskazaną reakcją terapeuty byłoby **wyznaczenie granic** – czyli powstrzymanie dziecka od dokonywania ataków na fotel, a w późniejszym etapie ewentualnie nadanie znaczenia.

Kończąc ten wątek, pragniemy jeszcze dodać, że również w przestrzeni zabawy dzieci dokonują ważnych interakcji z fotelem, takich na przykład jak zawiązywanie fotela sznurkami, wstążkami, taśmą lub próby przywiązywania terapeuty do fotela. Może to być symbol pragnienia uwięzienia terapeuty, ale również symbol przywiązania lub bliskości z nim. Czasem dziecko robi to przed przerwą, odgrywając pragnienie zatrzymania terapeuty lub ukarania go za to, że porzuca go na rzecz własnych przyjemności. „Dobrze jest być przywiązanym”, „Nie trzeba być uwięzionym, żeby o sobie pamiętać w przerwie” – to możliwe interwencje terapeutyczne w tak rozumianej inwestycji emocjonalnej dziecka. Innym przykładem jest zabawa na fotelu – wówczas fotel staje się mikrokosmosem, wewnątrz którego toczy się zabawa. Rozumiemy to jako pragnienie zawłaszczenia przestrzeni lub jako pragnienie symbiotycznego zlania się dwóch światów, świata dziecka i świata terapeuty: „Naszemu światom udało się połączyć”, „Taki wielki gabinet, a nam wystarczył jeden fotel”.



Odsłona druga. Portret terapeuty

Przez przeniesienie rozumiemy wszystkie te impulsy odczuwane przez pacjenta w relacji z analitykiem, które nie zostały spowodowane realną sytuacją terapeutyczną, ale mają swoje źródła w najwcześniejszych relacjach. W sytuacji analitycznej przywoływane są pod wpływem przymusu powtarzania. (Anna Freud)

Dzieci często spontanicznie rysują portret terapeuty. Zazwyczaj dzieje się to w takim momencie, kiedy terapeuta nabiera dla pacjenta wartości, kiedy staje się obiektem przywiązania, przeniesienia lub kiedy dziecko zaczyna widzieć w terapii nadzieję.

W większości sytuacji portret to podarunek, prezent od dziecka. Prawdopodobnie każdemu terapeucie jest niezwykle przyjemnie, kiedy pacjent go rysuje. Można powiedzieć, że dziecko spełnia pragnienie dorosłego. Może to być zatem dowód na bliską więź dziecka z terapeutą lub wyraz wdzięczności. Z drugiej strony można traktować portret jako podarunek, który może się stać pewnego rodzaju próbą kontrolną. Nie w każdej sytuacji należy to komentować, ale warto zwrócić uwagę na to, jaką reakcję czy emocje dziecko pragnie wywołać w terapii. Czasem tej aktywności będą towarzyszyć agresywne lub seksualne impulsy albo wrogie zamiary, świadome i nieświadome. W zależności od tego, jakie emocje będą temu towarzyszyć, w jakim momencie terapii i w jakich okolicznościach portret powstaje, będziemy mogli obrać odpowiednią ścieżkę rozumienia aktywności pacjenta.

Anna Alvarez w swoim artykule *Typy seksualnego przeniesienia i przeciwprzeniesienia w terapii dzieci i młodzieży* opisuje trzy typy przeniesienia erotycznego u pacjentów dziecięcych, które można w skrócie określić jako przeniesienie perwersyjne, przeniesienie obsesyjno-obronne i przeniesienie kuszące (Alvarez, 2010). Gdyby refleksje Alvarez przenieść na obszar portretu terapeuty, wyłaniałyby się nam ich trzy typy: **portrety perwersyjno-zwulgaryzowane**, kiedy czujemy, że dziecko na rysunku narusza nasze granice, granice przyzwoitości czy wstydu społecznego; **portrety obsesyjno-obronne**, kiedy rysując, broni się przed napływem różnych impulsów miłych i agresywnych; **portrety kuszące**, kiedy używa rysunku do tworzenia przyjemnej wymiany, podziwia terapeuta i pragnie być podziwiane.

Poniżej opisujemy kilka konkretnych przykładów interpretacji rysunków portretu terapeuty:

- **Obniżenie napięcia popędogo w przebiegu przeniesienia erotycznego:** „Podobam ci się, jak dziś wyglądam”, „Złóścisz się na mnie, ale też mnie lubisz”.

Dziecko wykonuje portret, na którym terapeuta posiada wyraźnie zaznaczone aspekty popędogo: agresywne lub seksualne. Rysując, w sposób zapośredniczony, realizuje impulsy seksualne i agresywne, kierując je do terapeuty za pośrednictwem rysunku. Często jest to rysunek-żart, w którym dziecko zaznacza elementy charakterystyczne, ale też wskazuje na to, co obsadza w terapii, na przykład ogromne korale,

kolczyki, naszyjnik lub usta, dekolt, stopy. Czasem tworzy karykaturę. Można tu odnieść wrażenie, że dziecko „obsmiewa obiekt”, ale też obsadza go w sposób namiętny i emocjonalny. W przeciwprzeniesieniu terapeuta doświadcza tego raczej jako przyjemne, czasem uwodzące, zabawne. Nie dochodzi tu do przekraczania granic czy naruszania intymności. Zapośredniczona realizacja impulsów agresywnych i seksualnych jest przejawem zdolności dziecka do sublimacji. Impuls jest złagodzony, wyrażony symbolicznie, w przestrzeni pośredniej. Terapeuta w komentarzach odnosi się do impulsów leżących u podłoża tworzenia portretu.

- **Zwulgaryzowanie obrazu terapeuty w przebiegu erotyzowanego przeniesienia:** „Boisz się mnie, więc używasz rysowania, żeby mnie zawstydzić”, „Boisz się, że mógłbyś mnie polubić, więc zamieniasz mnie w kogoś pokonanego pod pełnią władzy”.

Dziecko tworzy portret z uwzględnieniem fizjologii, anatomii, seksualności – na przykład nagie piersi terapeutki, genitalia – albo rysuje postać terapeuty, który sika, wymiotuje itp. W tych portretach dziecko używa rysowania do zawstydzenia, upokorzenia terapeuty, naruszenia jego granic. W przeciwprzeniesieniu terapeuta doświadcza zawstydzenia, złości lub oburzenia; czuje niechęć do dziecka. Czasami takie rysunki wykonują dzieci, które doświadczyły naruszania ich granic cielesnych w sposób seksualny lub agresywny. Najczęściej jest to perwersyjna obrona wobec uczuć miłości i zależności, które mogłyby się uruchomić w dziecku w relacji terapeutycznej. Dodatkowo pacjent poprzez wywołanie silnych uczuć pragnie uzyskać wpływ na dorosłego.

- **Radzenie sobie z rozstaniem:** „Rysujesz mnie, żeby mnie dobrze zapamiętać”.

Można powiedzieć, że jest to zewnętrzny przejaw procesu introjkcji. Dziecko, rysując, uwewnętrznia obraz terapeuty, szykuje się na nieobecność i brak. Jest to przejaw zdolności dziecka do samouspokajania.

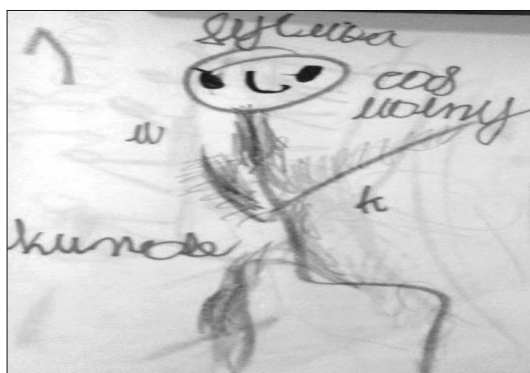
- **Oswajanie lęku przed obcym:** „Oswajasz się z nową twarzą”, „Czasem trzeba znaleźć sposób, aby dobrze zapamiętać”, „Przekonujesz samą siebie, że nie jestem potworem: mam oczy do patrzenia, nos do oddychania i usta do mówienia”.

Dziecko rysuje, czasem wielokrotnie, portret terapeuty na początku terapii. Trudno wówczas powiedzieć, że jest to wyraz przywiązania czy prezent ofiarowany jako wynik wdzięczności. Będziemy tu raczej myśleć, że pacjent radzi sobie z lękiem przed nową osobą lub uczuciami, które ta nowa osoba/sytuacja w nim uruchamia.

- **Integrowanie obrazu po przerwie.** „Uspokajasz się. Sprawdzasz, czy się zmieniłam”, „Pokazujesz mi, że jestem ważna dla ciebie i pamiętasz o mnie”, „Jesteś ciekawa, czy ja też tak dobrze zapamiętałam twoją twarz”.

John Bowlby w artykule *Dwulatka idzie do szpitala* (Bowlby i in., 1952) opisuje proces, przez który przechodzi dziecko, rozstając się z matką. Kiedy nie ma jej obok, jej wewnętrzny obraz zmienia się, nasycony jest złością, rozpaczą, również agresywnymi fantazjami. Kiedy ponownie pojawia się realna matka, dziecko doświadcza rozbieżności

pomiędzy kochaną, opiekuńczą mamą, którą widzi, a matką wewnętrzną. Przejawia się to w tym, że dzieci nie do końca poznają twarz matki albo wydaje im się ona jakaś inna, dziwna, obca. Dopiero będąc z matką, dziecko dokonuje integrowania tych obrazów. Być może coś podobnego dzieje się u naszych pacjentów, szczególnie tych, którzy nie mają osiągniętej stałości obiektu (Mahler i in., 1975). Po przerwie w terapii potrzebują czasu na to, by zintegrować obraz terapeuty. Rysowanie portretu jest zewnętrzną aktywnością, która obrazuje wewnętrzny proces.



Odślona trzecia. „Tylko jedno serce mam...”

Jedną z charakterystycznych cech procedury psychoanalitycznej jest to, że w miarę jak zaczynają się otwierać wrota wiodące do nieświadomości pacjenta, stopniowo odżywa przeszłość (zarówno w jej aspektach świadomych, jak i nieświadomych). Nasila się przez to potrzeba przeniesienia wczesnych doświadczeń, relacji z obiektem i emocji, które ogniskują się teraz na psychoanalityku; wynika z tego, że pacjent radzi sobie z reaktywowanymi konfliktami i lękami, uruchamiając te same co dawniej mechanizmy i obrony. (Melanie Klein)

Dzieci w różnych momentach terapii rysują/tworzą serca. Rysując, czasem deklarują, że jest to serce dla terapeuty, innym razem wyraźnie zaznaczają, że to serce dla mamy albo innej bliskiej osoby lub dla samego siebie. Czasem domagają się tego, by móc zabrać rysunek do domu lub by zabrał je do domu terapeuta czy też powiesił na ścianie w gabinecie. Niezależnie od tego, jakie komunikaty będą towarzyszyły tej aktywności, serce zawsze będzie przez nas konceptualizowane przeniesieniowo. Poniżej przedstawimy wybrane znaczenia powstawania serca w gabinecie.

■ Rysunek serca jako wyraz pragnień i przywiązania do terapeuty.

Według A. Freud terapeuta staje nowym realnym obiektem dla dziecka, obiektem do identyfikacji; jest osobą, z którą dziecko buduje nowy dla siebie dialog, może wspierać jego rozwój. Często w relacji z terapeutą dzieci doświadczają czegoś zupełnie nowego dla siebie – nowy język, zabawa z dorosłym, wsłuchanie się w komunikaty dziecka itd. W sposób naturalny mogą więc polubić terapeuta, przywiązać się do niego i obdarzyć go miłosnymi uczuciami. Można się zastanawiać, czy to nadal będzie przeniesienie, czy też realny wymiar relacji. Według szerszej definicji przeniesienia pewnie tak. Takie sytuacje będą się więc zdarzać częściej w przypadku dzieci, które w mniejszym stopniu uruchamiają głębokie pokłady lęku, wrogości czy zawiści w relacji terapeutycznej.

■ Rysunek serca jako przemieszczenie potrzeb/pragnień.

Czasami rysunek serca będzie wyrazem miłosnych i przywiązaniowych pragnień pacjenta do terapeuty, jednak rozumiane to będzie jako efekt przemieszczenia tych pragnień z obiektu pierwotnego – matki lub ojca. Będziemy to obserwować szczególnie u dzieci z deprivacją. Pacjenci, którzy z jakiegoś powodu doświadczają braku rodzica (porzucenie, rozdzielenie, niedostępność emocjonalna), bardzo szybko reagują na dostępność fizyczną i emocjonalną terapeuty. Są to dzieci, które często już w pierwszych spotkaniach „zakochują się” w terapeutce, przynoszą mu podarunki, rysują serca, laurki. W przeciwprzeniesieniu czujemy mieszaninę poruszenia, czułości i smutku. Odczuwamy, że przywiązanie i pragnienia dziecka wynikają z jego głodu relacji i tak naprawdę jest to spowodowane brakiem wystarczająco dobrej opieki. U terapeuty uruchamia się wtedy przeciwprzeniesienie komplementarne, czyli pragnienie uratowania, nakarmienia dziecka. Yifat Cohen opisuje podobne reakcje przeciwprzeniesieniowe

jako „złotą fantazję” (*golden fantasy*), która uruchamia się w terapeutach pracujących z dziećmi doświadczającymi deprivacji więzi i stabilnej, responsywnej opieki (Smith, 1988).

■ **Rysunek serca jako wyraz reakcji upozorowanej.**

W takich sytuacjach pacjent rysuje serce po to, by zaprzeczyć impulsom agresywnym do terapeuty. Im bardziej pragnąłby terapeutę „zaatakować”, tym więcej rysuje pięknych, zdobionych serc lub wykonuje je w sposób obsesyjny, niemal na każdym spotkaniu. W ten sposób trzyma w ryzach agresję, zawiść czy pragnienia rywalizacyjne, które w jego przekonaniu są zakazane lub niebezpieczne.

■ **Rysunek serca jako reparacja.**

Zdarzają się sytuacje, kiedy dziecko rysuje serce po ataku na terapeutę, na zasady, na przestrzeń gabinetu. Może to być atak, który zostaje dokonany w realnych czynach pacjenta lub tylko w jego myślach. Dziecko pragnie naprawić to, co w swoich czynach, fantazjach zniszczyło, co ujawnia jego wewnętrzny proces przeżycia własnej agresji wobec terapeuty, poczucia winy za to i dokonania reparacji (Klein, 2007).

■ **Rysunek serca jako kontrola obiektu.**

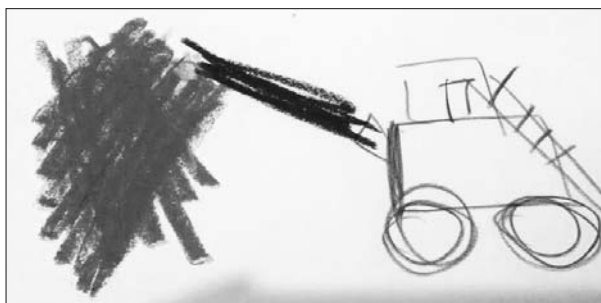
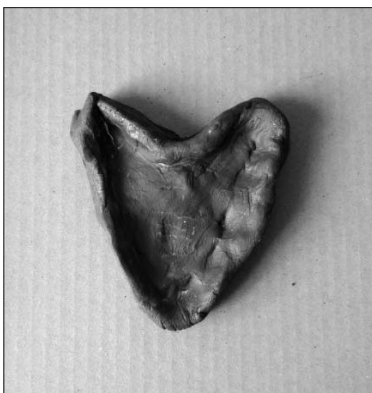
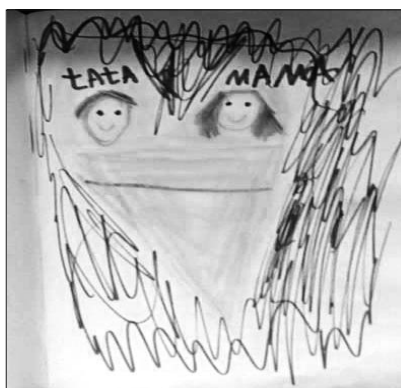
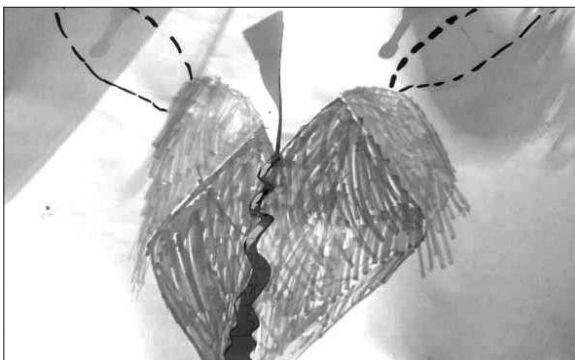
Dziecko, rysując serce dla terapeuty, pragnie skontrolować to, co terapeuta myśli, czuje, jak zareaguje. Będzie to szczególnie intensywne u dzieci, które mają skłonność do manipulowania w relacjach i kontrolowania stanów innych osób (zarówno dzieci, jak i dorosłych). Może się pojawiać w kontekście agresywnych impulsów, ataków na terapeutę lub ataków na zasady. Na przykład dziecko, które słyszy, że czas sesji dobiegł końca, zaczyna rysować serce, przedłużając tym samym wyjście z gabinetu, i mówi: „To dla pani”.

■ **Rysunek serca dla mamy jako wyraz poczucia winy i konfliktu lojalności.**

Dziecko rysuje serce i pragnie je oddać mamie albo mówi, że to serce dla mamy. Skoro rysuje je podczas sesji, rozumiemy tę aktywność w kontekście relacji przeniesieniowej. Często takie serce pojawia się po sesjach, w których dziecko zbliżyło się do terapeuty, na przykład ujawniło jakiś sekret. Niektóre dzieci „zakochując się” w terapii, przeżywają lęk, że w ten sposób zdradzają swoich rodziców, matkę lub ojca. Przeżywają niepokój, co może być nasilone, jeżeli rodzic siedzi w poczekalni i potencjalnie słyszy czy widzi, jak dziecko z radością wita terapeutę lub bawi się z nim. To, co w takiej sytuacji może być leczące, to komentarz, który zneutralizuje poczucie winy, a jednocześnie wytworzy przestrzeń do pomieszczenia miłości do terapeuty: „Dobrze, że serce ma wiele kieszonek i może się w nim zmieścić tyyyyyle osób do kochania”.

■ **Rysunek serca dla mamy jako sposób na ukaranie terapeuty.**

Rysunek serca dla mamy może mieć również nieco bardziej agresywny i odwetowy wymiar. Dziecko rysuje serce, nierzadko wkłada w nie dużo zaangażowania, używa licznych kolorów, sposobów wykonania. Stara się, by serce było piękne i wyjątkowe. A na koniec komunikuje: „To jest serce dla mamy... A pani naprawdę myśla-



ła, że to dla pani?”. Taką sytuację rozumiemy jako pragnienie ukarania terapeuty na przykład za „zdradę”: za to, że terapeuta ma innych pacjentów, jest dostępny tylko raz w tygodniu, posiada swoje życie osobiste. Dziecko pragnie odwrócić zależność albo wprojektować w terapeutę te stany, które samo przeżywa w relacji terapeutycznej: zazdrość, poczucie porzucenia czy bycia nieważnym.

Podsumowanie

Niewątpliwie można by było ująć przeniesienie pacjentów dziecięcych w wielu innych sferach takich jak zabawa, komunikaty do terapeuty, korzystanie z zabawek, angażowanie

rodzica, wchodzenie i wychodzenie z gabinetu itd. W naszym artykule zaproponowałyśmy trzy obszary, uznając to za zaproszenie do refleksji nad tym, w jaki sposób przeniesienie **przejawia się** w terapii dzieci lub **mogłoby się przejawiać**, gdyby terapeuta nie hamował procesów przeniesieniowych młodego pacjenta. Niestety, nader często spotykamy się z tym, że terapeuta słysząc „To jest serce dla mamy”, zwyczajnie pozwala na to, żeby dziecko zabrało rysunek do domu, rezygnując z użycia tej sytuacji jako przestrzeni dialogu o relacji.

Pewna dziewczynka podczas sesji wykonała z gliny serce, ozdobiła je farbami w różnych kolorach. Pod koniec sesji powiedziała, że chce je ze sobą wziąć, bo to jest serce dla mamy.

– Pewnie pamiętasz, na co się umówiliśmy... że wszystko, co powstanie podczas sesji, zostaje w gabinecie.

– Nie chcę tego zostawiać w pudełku, bo to serce jest piękne.

– W pudełku jest miejsce na rzeczy piękne i brzydkie, obce, nieznanne i kochane.

Dziewczynka rozżalona zostawia serce w pudełku. Terapeutka uznała, że nie ma potrzeby konfrontowania jej z konfliktem lojalności ani z pragnieniem oddania wszystkiego mamie i lękiem przed przemieszczeniem niektórych pragnień i potrzeb do terapeuty. Ani z kielkującą miłością do terapeutki, której się przestraszyła. Jednak nie godząc się na to, by zabrała serce do mamy, terapeutka dała jej do zrozumienia, że tu również jest miejsce dla ważnych aspektów jej self. Że kawałek swojego serca musi oddać terapeutce.

Na koniec procesu terapii dziewczynka dowiaduje się, że może ze sobą zabrać jedną dowolną rzecz z pudełka.

– Czy mogę zabrać całe pudełko?

– Możesz wziąć jedną rzecz.

– To ja wezmę serce z gliny.

– Dobrze.

W tej sytuacji symbolicznie dochodzi do rozwiązania przeniesienia. Dziewczynka dowiaduje się, że teraz serce może już wrócić na swoje miejsce – do mamy, taty, do świata zewnętrznego. W gabinecie zostaje pudełko z całą historią relacji.

Literatura

- Aberastury A. (1992). *Psicanalise de Crianca, Teoria e tecnica*. Porto Alegre: ArtesMedicas.
- Alvarez A. (2010). Types of sexual transference and countertransference in psychotherapeutic work with children and adolescents. *Journal of Child Psychotherapy*, 36, 211–224.
- Alvarez A. (1992). *Live Company. Psychoanalytic Psychotherapy with Autistic, Borderline, Deprived and Abused Children*. London & New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Bowlby J., Robertson J., Rosenbluth D. (1952). A Two-Year-Old Goes to Hospital. *Psychoanalytic Study of the Child*, 7, 82–94.
- Cohen Y. (1988). The “Golden Fantasy” and Countertransference–Residential Treatment of the Abused Child. *Psychoanalytic Study of the Child*, 43, 337–350.

- Fraiberg S. (1951). Clinical Notes of the Nature of Transference in Child Analysis. *Psychoanalytic Study of the Child*, 6, 286–307.
- Freud A. (2005). *Ego i mechanizmy obronne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Klein M. (2007). *Psychoanaliza Dzieci, Pisma tom II*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Klein M. (2007). *Zawiść i wdzięczność, Pisma, tom III*. Gdańsk: Gdanskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mahler M.S., Pine F., Bergman A. (1975). *The psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation*. New York: Basic Books.
- Schier K. (2002). *Terapia psychoanalityczna dzieci i młodzieży: przeniesienie*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Turyńska U., Zaremba S., Ryś A. (2016). Jednocyjka, Dwucycjka, Trzyocyjka... Funkcja terapeuty w zabawie. *Psychoterapia Psychodynamiczna w Polsce*, 3, 77–86.
- Tyson P. (1978). Transference and Developmental Issues in the Analysis of a Prepubertal Child. *Psychoanalytic Study of the Child*, 33, 213–236.
- Winnicott D. (2011). *Zabawa a rzeczywistość*. Gdańsk: Wydawnictwo IMAGO.

Urszula Turyńska
Ośrodek Psychoterapii Mały Książę
Stowarzyszenie Psychoterapeutów Dziecięcych im. D. Winnicott

Sylwia Zaremba
Ośrodek Psychoterapii Mały Książę
Krakowski Ośrodek Terapii KOT