

Henryk Nowacki

# Psychoterapia psychodynamiczna dzieci

## – podejście stosowane w Stanach Zjednoczonych

**słowa kluczowe:** *psychoterapia poprzez zabawę, psychodynamiczna psychoterapia dzieci*

### I. Wprowadzenie

Niniejszy artykuł stanowi zarys podejścia psychodynamicznego w leczeniu dzieci, które stosowane jest w Stanach Zjednoczonych. Artykuł prezentuje także Narzędzie Terapii Poprzez Zabawę dla Dzieci (*Children's Play Therapy Instrument, CPTI*), jeden z bardziej rozbudowanych instrumentów do diagnozy oraz analizy zabawy dziecka podczas sesji w ramach leczenia zorientowanego psychodynamicznie.

Zarys podejścia psychodynamicznego w leczeniu dzieci opiera się o zalecenia techniczne Amerykańskiej Akademii Psychiatrii Dziecka i Adolescenta (AACAP; Kernberg i in., 2012), które z kolei zostały sformułowane na podstawie dostępnej literatury teoretycznej, technicznej i empirycznej, odnoszącej się do psychodynamicznego leczenia dzieci. Zatem niniejsze wytyczne odzwierciedlają podejście psychodynamiczne stosowane powszechnie na świecie w leczeniu dzieci, chociaż zalecenia te ograniczają się do społeczności psychoterapeutów dziecięcych tego nurtu w Stanach Zjednoczonych. Stanowią bogate źródło wiedzy na temat teorii oraz techniki terapii psychodynamicznej poprzez zabawę ze względu na bardzo wyczerpującą analizę wszelkiej dostępnej literatury dotyczącej omawianego tematu. Analiza została dokonana przez autorów tych wytycznych i obejmowała siedem najpopularniejszych baz artykułów naukowych, przeszukiwanych pod kątem artykułów przeglądowych na temat psychoterapii psychodynamicznej dzieci; uwzględniono w niej kilkaset dostępnych tekstów, czyli względnie pełną dostępną literaturę przeglądową z tej dziedziny (Kernberg i in., 2012).

Indywidualna psychoterapia psychodynamiczna jest stosowana w leczeniu zaburzeń dzieci i młodzieży jako samodzielna metoda leczenia bądź w połączeniu z innymi formami leczenia. Główne postulaty teorii psychoanalitycznej obejmują: a) założenie, iż nieświadome procesy umysłowe determinują świadome myślenie oraz zachowanie celowe; b) wewnętrzne reprezentacje doświadczeń związanych z ważnymi osobami oraz światem rzeczywistym kształtują podstawowe założenia i oczekiwania jednostki; c) obserwowalne myśli i zachowania, wliczając w to objawy, są determinowane wieloma czynnikami, to jest wynikają one z więcej niż jednego nieświadomego źródła; d) konflikt psychiczny jest zawsze obecny i stanowi część normalnego rozwoju, przy czym wyróżniamy konflikty zewnętrzne, między jednostką i otoczeniem, potrzebami

jednostki i otoczenia, oraz konflikty wewnętrzne, obejmujące potrzeby i pragnienia wchodzące w konflikt ze zinternalizowanymi zakazami społecznymi i rodzicielskimi; e) obrony są nieświadomymi mechanizmami umysłowymi, które mają za zadanie zredukować niepokój oraz utrzymywać psychologiczną homeostazę; f) opór względem psychologicznej zmiany służy utrzymaniu stabilności psychicznej, chociaż spowalnia on proces terapeutyczny; g) przeniesienie, czyli powtórzenie lub ponowne rozegranie zinternalizowanych wzorców relacyjnych w interakcji terapeuty i pacjenta, stanowi okazję do obserwacji, zrozumienia i dokonania rewizji tych zinternalizowanych wzorców relacji; h) neutralność terapeuty, kultywowanie nieosądzającej, wyrażającej szacunek, empatycznej, wspierającej postawy względem pacjenta stanowi bezpieczne podłoże relacyjne dla terapii; i) przeciwprzeniesienie terapeuty na pacjenta jest ważne dla terapeuty, żeby mógł je rozpoznać oraz zrozumieć przeniesienie (Kernberg i in., 2012).

## II. Opis ogólny leczenia psychodynamicznego

Autorzy zaleceń AACAP wyróżniają trzy formy psychoterapii psychodynamicznej pod względem jej czasu trwania. Pierwsza to psychoterapia krótkoterminowa, zakładająca od 6 do 20 sesji; druga – psychoterapia średnioterminowa – trwająca od 21 do 60 sesji; ostatnia to psychoterapia długoterminowa, obejmująca 100 lub więcej sesji. Struktura psychoterapii psychodynamicznej jest zorientowana na uzyskanie przewidywalności, wyrażającej się w regularności spotkań o tym samym czasie oraz w tym samym miejscu. Ustalenia odnoszą się do planów pracy z rodzicami, poufności, celów leczenia oraz oczekiwanego przebiegu leczenia. Struktura leczenia obejmuje omówienie dodatkowych metod leczenia lub interwencji takich jak farmakoterapia bądź korepetycje dla pacjenta (Kernberg i in., 2012). Częstotliwość sesji w tygodniu stanowi mniej jasno określony aspekt powyższych zaleceń. Badanie Christopha Heinickego i Diane Ramsey-Klee (1986, za: Kernberg i in., 2012) wskazuje, że wyższa częstotliwość spotkań, sięgająca nawet czterech spotkań tygodniowo w porównaniu do sesji raz w tygodniu, oprócz celów leczenia osiągniętych przy obu częstotliwościach sesji, na dłuższą metę ma bardzo korzystny wpływ na funkcjonowanie społeczne, postrzeganie siebie oraz zastosowanie mechanizmów obronnych przez pacjentów.

Od terapeuty oczekuje się przede wszystkim zdolności do zrozumiałego komentowania i zabawy na poziomie rozwojowym, na jakim znajduje się jego pacjent. Klasykna postać psychoterapii psychodynamicznej obejmuje zezwolenie dziecku na objęcie dowodzenia i umożliwienie mu decydowania, co ma robić podczas każdej sesji. To podejście jest ukierunkowane na maksymalną ekspresję pacjenta oraz przejęcie przez niego na własność procesu terapeutycznego. Terapeuta ma za zadanie próbować dołączyć do pacjenta jako obserwujący uczestnik. Podczas pracy analizuje wszystkie kanały komunikacji: werbalny, niewerbalny i symboliczny. Ogólnie zadania terapeuty można też podzielić na a) wspieranie rozumienia i zmiany u pacjenta, b) pracę terapeuty z rodzicami lub opiekunami (Kernberg i in., 2012). Należy tutaj zauważyć, iż zalecenie autorów dotyczące monitorowania kanałów komunikacji – werbalnego, niewerbalnego

i symbolicznego – wydaje się być na pewien sposób nieprecyzyjne ze względu na brak wyjaśnień znaczenia i rozumienia kanału symbolicznego. Ten brak precyzji wiąże się z tym, iż komunikaty pochodzące ze wszystkich kanałów mogą mieć charakter symboliczny. Wydaje się, iż autorzy mają tutaj na myśli komunikację poprzez samą aktywność zabawy jako trzeci kanał komunikacji. Zalecenie to również w oczywisty sposób pomija zastosowanie przeciwprzeniesienia jako uznanego powszechnie w praktyce psychoanalitycznej kanału komunikacji (Kernberg, 2018).

Leczenie psychodynamiczne obejmuje trzy fazy: początkową, środkową i końcową (fazę zakończenia), przy czym faza środkowa jest najdłuższa. Uważa się, że zadania terapeuty są swoiste dla każdej z tych faz. Faza początkowa obejmuje pierwszy kontakt, diagnozę, sformułowanie hipotez na temat przypadku oraz ustalenie settingu i dodatkowych ustaleń wokół leczenia. Diagnoza powinna zakończyć się diagnozą roboczą, wstępnym planem leczenia oraz ustaleniem gruntu pod relację opartą o zaufanie, zarówno w stosunku do rodziców, jak i pacjenta. Diagnoza dziecka powinna obejmować odpowiednią ilość czasu, aby terapeuta miał pewność, że pacjent uzyskał maksymalną swobodę ekspresji w interaktywnym settingu, do jakiej jest zdolny. Sformułowane hipotezy mają mieć charakter biologiczno-psychologiczno-społeczny, ze szczególną uwagą na aspekt psychologiczny, rozumiany w kategoriach stosowanej przez psychoterapeutę teorii psychoanalitycznej. Wyniki diagnozy są omawiane zarówno z opiekunami, jak i w adekwatny do wieku sposób z pacjentem. Jeśli psychoterapia psychodynamiczna jest zalecanym leczeniem, kontrakt obejmuje ustalenia dotyczące czasu spotkań, częstotliwości oraz płatności. Faza początkowa kończy się razem z ustaleniem wzorca spotkań oraz nawiązaniem sojuszu terapeutycznego (Kernberg i in., 2012).

Cele fazy środkowej leczenia psychodynamicznego to wspieranie zmian w wewnętrznym świecie pacjenta, które obejmują procesy samoregulacji, reprezentacje self i obiektu, mechanizmy obronne oraz autorefleksję. Rozwój procesu psychoterapii jest uważany za ściśle powiązany z jej efektami, dlatego psychoterapeuta ma za zadanie zwracać na niego tyle samo uwagi, co na samą treść sesji. Zadaniem psychoterapeuty jest potwierdzać wartość ekspresji dziecka, bez względu na to, w jakiej formie się wyraża – czy poprzez ciszę, język, zabawę lub wytwory artystyczne. Następnie terapeuta współpracuje z pacjentem, żeby zrozumieć znaczenie tej ekspresji. Ta współpraca ma wspierać zdolność do autorefleksji. Zachowanie pacjenta na sesji jest rozumiane w kontekście sformułowanych trudności dziecka, trudności rozwojowych i nieprzystosowawczych wzorców relacji. Terapeuta dzięki procesowi interpretacji stara się pomóc dziecku zrozumieć jego uczucia i wewnętrzne konflikty, w sposób adekwatny do jego wieku i rozwoju. Gdy uczucia dziecka zostaną wyjaśnione oraz uznane przez dziecko, terapeuta może pomóc pacjentowi ponownie zinterpretować przeszłe doświadczenia i obecne trudności. Mogą oni myśleć razem nad tym, z czym dziecko samodzielnie sobie poradzi, a kiedy może prosić o pomoc rodziców i innych osób. Zmiana psychologiczna zachodzi stopniowo – poprzez proces powtarzania i opracowywania konfliktu intrapsychicznego, nazywany przepracowaniem. Terapeuta ma za zadanie tak często, jak tylko jest

to konieczne, opracowywać na sesji rozegrania trudności dziecka, jego wzorców relacji, konfliktów oraz prób uzyskania nowych rozwiązań, tak aby nowe rozwiązania zostały zinternalizowane. Przepracowanie pozwala na analizę różnych wariantów pojawiającego się konfliktu wewnętrznego, jeśli chodzi o „tu i teraz” oraz „tam i wtedy”. Pojawienie się nowych rozwiązań z reguły odkrywa kolejne tematy i dylematy, co pociąga za sobą stałe diagnozowanie i aktualizację sformułowanych trudności dziecka. Jeśli chodzi o pracę z rodzicami, zadaniem fazy środkowej jest utrzymywanie sojuszu z rodzicami, są oni bowiem ważnym źródłem informacji na temat zewnętrznej rzeczywistości i historii, co stanowi kontekst dla analizy przeniesienia. Terapeuta ma utrzymywać przepływ informacji na temat leczenia, ale z poszanowaniem poufności i prywatności materiału wprowadzanego na sesji przez pacjenta. Jeśli to możliwe, terapeuta może służyć pomocą w przystosowaniu rodziców do zmieniających się potrzeb dziecka, pomnażając wartościowe efekty leczenia. Ostatecznie zmiany w dziecku mogą doprowadzić do reakcji łańcuchowej, wiodącej ku zmianie w rodzinie. Jeśli u innych członków rodziny razem ze zmianą funkcjonowania pacjenta dziecka pojawią się symptomy psychopatologiczne, psychoterapeuta może rozważyć podzielenie się sugestią rozpoczęcia leczenia przez pozostałych członków rodziny pacjenta (Kernberg i in., 2012).

Faza zakończenia ma za zadanie utrwalić korzyści uzyskane z leczenia, podjąć się tematu zależności, separacji oraz utraty. Podczas niej można ustalić terminy wizyt kontrolnych w celu weryfikacji rezultatów. W przypadku psychoterapii o ograniczonym czasie trwania koniec leczenia może być ustalony z góry; w razie leczenia o nieokreślonym czasie trwania decyzja o zakończeniu wynika z podzielanego przez każdą ze stron poczucia, że psychoterapia osiągnęła swoje cele i pacjent może już normalnie funkcjonować w szkole, domu i społeczności. Celem psychoterapii psychodynamicznej jest wspieranie dziecka w dokonywaniu postępów rozwojowych. Dlatego – adekwatnie do wieku – dziecko również powinno mieć swój udział w planowaniu zakończenia leczenia. Przepracowanie zakończenia obejmuje ponowne rozegranie tematów, którymi zajmowano się podczas leczenia, ale w formie na pewien sposób streszczonej. Oprócz tego kluczowym aspektem fazy końcowej jest opracowanie kwestii utraty i separacji, uwzględniając przy tym uczucia rodziców pacjenta, jak i przeciwprzeniesienie. W tym miejscu psychoterapeuta może stwierdzić, czy wskazane są spotkania kontrolne, konsultacje z psychiatrą albo może uczulić rodziców na to, czego mogą się jeszcze spodziewać na kolejnych etapach rozwoju dziecka (Kernberg i in., 2012).

Powyższe zalecenia wydają się być zaskakująco znajome w porównaniu z psychoterapią skoncentrowaną na przeniesieniu (TFP). Nacisk na cele leczenia, na przepracowanie, na konsekwentną uwagę terapeuty na rozwój przeniesienia w kontekście celów leczenia, na reakcję pacjenta na leczenie oraz na badania zewnętrznej rzeczywistości pacjenta w kontekście analizy przeniesienia – to wszystko stanowi kluczowy element TFP (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015). Natomiast kontrakt, sojusz z rodzicami oraz pacjentem, stała wymiana informacji między rodzicami i terapeutą, a także wspieranie prób ustanowienia niezależności adekwatnej do wieku, konieczność ustalenia wspólnej rzeczywistości w przygotowaniu do interpretacji oraz bardziej pozytywna

reakcja terapeuty na pacjenta niż w przypadku leczenia dorosłych wydają się elementami wspólnymi z psychoterapią skoncentrowaną na przeniesieniu dla adolescentów (TFP-A) (Nowacki, w druku).

### III. Zalecenia

Psychoterapia psychodynamiczna dzieci powinna odbywać się zgodnie z zarysowanymi przez AACAP zasadami i wymogami. Pierwszym z nich są kompetencje psychoterapeuty, który powinien znać dobrze psychologię rozwojową człowieka oraz główne teorie psychoanalityczne, dotyczące rozwoju. Psychoterapeuta powinien nabywać swoje umiejętności pod superwizją, a jego doświadczenia powinny obejmować dzieci obu płci z różnych etapów rozwojowych oraz różnych psychopatologii (Kernberg i in., 2012).

Drugim wymogiem jest posiadanie rozumienia pełnego zakresu psychodynamicznych interwencji, od wspierających po ekspresywne. Wspierające interwencje odnoszą się do wzmacniania mocnych stron pacjenta oraz istniejącego już potencjału, zarówno poprzez pozytywną relację, jak i interwencje terapeutyczne swoiste dla podejścia wspierającego, takie jak zachęcanie, sugestia, edukacja, co ma prowadzić do rozwoju zdolności przystosowawczych. Te zdolności przystosowawcze to kontrola impulsu, tolerancja frustracji, niepokoju i afektu, antycypacja, refleksja i sublimacja, jak i zdolność do komunikacji poprzez zabawę oraz zastosowanie języka. Ekspresywne interwencje odnoszą się do nieświadomych konfliktów, traumatycznych wspomnień, uczuć, nieprzystosowawczych mechanizmów obronnych oraz zniekształceń rzeczywistości. Ich powtórzenie w przeniesieniu ma umożliwić pacjentowi ich uświadomienie w celu przepracowania i rozwiązania (Kernberg i in., 2012).

Trzecie zalecenie obejmuje znajomość wskazań i przeciwwskazań do psychoterapii psychodynamicznej. Psychoterapia psychodynamiczna jest zalecana w przypadku zaburzeń internalizacyjnych i eksternalizacyjnych, od łagodnych po umiarkowane, a także patologii rozwojowej charakteru oraz nieprzystosowawczych reakcji wewnętrznych na wydarzenia życiowe. Podejmując się kwalifikacji, należy ocenić zdolność dziecka do współpracy z terapeutą w kierunku rozumienia siebie. Psychoterapia krótkoterminowa jest zalecana dla dzieci, które doznały ostrego, sytuacyjnego nieszczęścia, takiego jak żałoba, separacja, oraz dla tych, które odczuwają niepokój lub mają problemy ze snem. Taka psychoterapia odnosi się do uzgodnionego obszaru objętego interwencją i uzgodnionego terminu zakończenia leczenia, co nadaje całemu procesowi impet. Cele są zorientowane na wsparcie przystosowania i poprawę objawową. Z kolei psychoterapia długoterminowa o nieokreślonym czasie trwania jest wskazana w leczeniu nieprzystosowawczych wzorców osobowości, przepracowaniu konfliktów w celu rozluźnienia mechanizmów obronnych oraz wspieraniu elastyczności w funkcjonowaniu behawioralnym i intrapsychicznym. Tutaj funkcjonowanie psychologiczne ma stabilizować się poprzez rezygnację z acting outu na rzecz ekspresji poprzez zabawę i słowa, elastyczne zastosowanie obron i adekwatną do wieku ocenę rzeczywistości. W przypadku dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, znaczą-

cym opóźnieniem rozwojowym, psychozą, ciężkim całościowym zaburzeniem rozwojowym oraz zaburzeniami zachowania bez obecności poczucia winy psychoterapia ekspresywna jest zazwyczaj niewskazana. Zalecana jest wtedy psychodynamiczna psychoterapia wspierająca (Kernberg i in., 2012).

Czwarte zalecenie odnosi się do świadomości terapeuty co do potencjalnych komplikacji i efektów ubocznych psychoterapii psychodynamicznej. Obejmują one możliwość przejściowej regresji w zakresie funkcjonowania, która dotyczy poziomu odregowań lub konfliktów z rodzicami. Komplikacje mogą obejmować relację rodziców z psychoterapeutą, prowadząc do nadmiernej zależności albo zagrożenia przerwaniem leczenia w reakcji na poczucie bycia krytykowanymi lub urażonymi z powodu bliskiej relacji psychoterapeuty z ich dzieckiem (Kernberg i in., 2012).

Piąty wymóg obejmuje świadomość dotyczącą możliwości łączenia psychoterapii indywidualnej z innymi metodami, takimi jak terapia grupowa, rodzinna i farmakoterapia. Psychoterapia psychodynamiczna dzieci może być łączona z leczeniem uzupełniającym: terapia grupowa dobrze sprawdza się w przypadku dzieci prezentujących trudności w relacjach z rówieśnikami; terapia rodzinna może być wskazana w przypadku dysfunkcji rodziny; farmakoterapia może łagodzić objawy, wzmacniając zdolność pacjenta do udziału w leczeniu. Tutaj należy analizować to, jakie znaczenie pacjent i rodzice przypisują leczeniu uzupełniającemu. Istotny jest współpracujący sojusz z opiekunami, który chroni leczenie. W przypadku gdy następuje poprawa objawowa, rodzice mogą mieć pokusę przerwania leczenia, zanim zostały rozwiązane intrapsychiczne przyczyny objawów. Podobnie istotna jest praca w celu utrzymania sojuszu z rodzicami, gdy sami przypisują znaczenie dodatkowemu leczeniu, na przykład bojąc się szkodliwości leków albo możliwości uzależnienia się od nich przez ich dziecko (Kernberg i in., 2012).

Szóste zalecenie obejmuje umiejętność psychoterapeuty w uzyskaniu psychodynamicznego rozumienia dziecka i rodziny oraz omówienia tego rozumienia z nimi w kontekście biologiczno-psychologiczno-społecznego planu leczenia. Rozumienie to specjalista uzyskuje podczas zbierania i organizowania danych klinicznych, pochodzących od pacjenta i rodziców. Biologiczne hipotezy odnoszą się do czynników genetycznych i epigenetycznych, temperamentu, rozwoju fizycznego oraz inteligencji. Dane psychologiczne obejmują historię rozwojową, rozwój emocjonalny, styl osobowości, samoocenę, sumienie, teorię umysłu, obrony i umiejętności radzenia sobie, reprezentacje obiektu i wzorce relacji oraz dowody wewnętrznych konfliktów. Dane społeczne dotyczą oceny miejsca rodziny i dziecka w społeczeństwie, relacji rówieśniczych, funkcjonowania szkolnego, jak i kulturowe i duchowe tradycje. Psychoterapeuta używa teorii psychoanalitycznej w celu powiązania ze sobą tych trzech obszarów diagnozy i symptomów. Oprócz tego usiłuje uzyskać wiedzę o tym, jakie wydarzenia wywołały decyzję o podjęciu leczenia dziecka, próbuje to zrozumieć w kontekście historii rozwojowej i stara się odpowiedzieć na pytanie, jakie wydarzenie rozwojowe mogło wyzwolić objawy dziecka w tym akurat momencie. Na podstawie tych danych psychoterapeuta – biorąc pod uwagę nasilenie objawów, ich wpływ na rozwój dziecka,

mocne i słabe strony pacjenta oraz rodziny – ustala plan leczenia, dotyczący częstotliwości sesji dla pacjenta oraz rodziców, czasu trwania leczenia, możliwości włączenia innych metod. Następnie, używając zrozumiałego języka, dzieli się tym planem z rodzicami, a potem z dzieckiem (Kernberg i in., 2012).

Kolejne, siódme zalecenie dotyczy konieczności ustanowienia sojuszu terapeutycznego z dzieckiem, który opiera się o poszanowanie jego autonomii, stanu rozwojowego, stylu obronnego oraz określonej patologii. Terapeuta rozwija swoją relację z pacjentem w oparciu o szacunek, co wyraża się przez zachowanie poufności. Poszanowanie autonomii przejawia się zdolnością terapeuty do zainteresowania punktem widzenia pacjenta, co tworzy bezpieczną przestrzeń terapeutyczną. Dla sojuszu kluczowe jest zestrojenie się terapeuty ze statusem rozwojowym dziecka i jego obrotami (Kernberg i in., 2012).

Ósme zalecenie dotyczy poufności. Psychoterapeuta musi umiejętnie omawiać z rodzicami i współpracującymi specjalistami swoje psychodynamiczne rozumienie pacjenta, tak aby jednocześnie chronić poufność treści wnoszonych na sesji przez dziecko. Te dane są poufne, dopóki nie dotyczą potencjalnego zagrożenia dla dziecka, innych lub czyjejs własności. Również w sytuacji, kiedy dziecko daje przyzwolenie na podzielenie się daną informacją z rodzicami, terapeuta może skorzystać z tego pozwolenia, jeśli sam również się zgadza z tym, że warto użyć tej informacji. Informacje pochodzące od rodziców mogą być przekazywane dziecku, jeśli – zdaniem terapeuty – może to być użyteczne. Problemem może tutaj być jakieś tabu lub sekret rodzinny, co do którego terapeuta może mieć obiekcje, czy powinien się nim dzielić z kimkolwiek – w tej sprawie powinien użyć swojego osądu klinicznego (Kernberg i in., 2012).

Dziewiąty wymóg dotyczy trwającego sojuszu terapeuty z rodziną, której reprezentantami są rodzice pacjenta. Tutaj również psychoterapeuta powinien zachować neutralność, nie stając po żadnej ze stron: dziecka lub rodziców. Podczas kontaktu z rodzicami należy brać pod uwagę ich tradycje, osobowość i wartości. Zadaniem terapeuty jest dostarczanie informacji na temat ogólnych postępów leczenia, bez dzielenia się konkretnymi informacjami pochodzącymi z sesji. Zadaniem rodziców jest informowanie terapeuty o zmianach w sytuacji rodziny oraz rzeczywistości dziecka poza leczeniem. Należy pamiętać, aby sesje poświęcane na wymianę informacji z rodzicami nie odbywały się w czasie przeznaczonym na sesję pacjenta. Rodzice powinni zostać poinformowani, aby wszelkie informacje, jakich udzielają w obecności pacjenta, ograniczały się do grzecznościowej wymiany powitań w poczekalni. Należy unikać sytuacji, w której rodzice rozmawiają z terapeutą w obecności pacjenta. Czasami dziecko może wyrażać chęć zaproszenia lub sprowadzenia na sesję członka rodziny, przyjaciela lub zwierzęcia. Terapeuta powinien podejmować decyzję o zgodzie na coś takiego w oparciu o swój osąd kliniczny. Jeśli uzna, że ułatwi to faktycznie proces leczenia, że wspólne spotkanie z pacjentem i rodzicami jest uzasadnione – w takiej sytuacji musi mieć na uwadze szczególnie zachowanie pierwotnego sojuszu i lojalności terapeuty względem pacjenta (Kernberg i in., 2012).

Drugą kwestią w zakresie sojuszu z rodzicami jest charakter komunikacji z nimi oraz stosowane interwencje. Rodzice mogą przejawiać negatywne uczucia względem leczenia, dziecka lub terapeuty. Może za tym stać samodewaluacja, rywalizacja lub rozczarowanie z powodu zbyt dużych oczekiwań. Terapeuta musi zachować czujność w sytuacji, w której dziecko może prowokować konflikty między rodzicami a psychoterapeutą. Zaleca się, aby odnosić się do tych negatywnych uczuć w celu ich rozładowania, tak aby nie stanowiły one zagrożenia dla leczenia lub neutralności terapeuty. Innym aspektem kontaktu z rodzicami jest edukacja. Psychoterapeuta zarówno stymuluje ciekawość rodziców w odniesieniu do subiektywnego doświadczenia i rozwojowych potrzeb ich dziecka, jak i pomaga im w ustaleniu realistycznych wymagań oraz celów, jakie określają względem pacjenta. Czasami, kiedy własne trudności rodziców zakłócają postępy dziecka, konieczna może okazać się sugestia, aby rodzice rozważyli terapię własną, zwłaszcza gdy któryś z rodziców wykorzystuje sesje rodzice-terapeuta na wprowadzanie własnych trudności, traktując psychoterapeutę swojego dziecka tak, jakby był jego terapeutą (Kernberg i in., 2012).

Dziesiąte zalecenie dotyczy współpracy psychoterapeuty z innymi specjalistami, jeśli jest to zasadne. Zachowując poufność, terapeuta wyjaśnia innym specjalistom cechy dziecka oraz jego perspektywę postrzegania i reagowania (Kernberg i in., 2012).

Jedenasty wymóg zakłada, żeby psychoterapeuta był zaznajomiony z terapią poprzez zabawę i potrafił używać zabawy w sytuacji terapeutycznej. Dla większości dzieci zabawa jest podstawowym sposobem wyrażania uczuć, impulsów, fantazji i konfliktów. To forma ludzkiej zdolności do radzenia sobie z doświadczeniami poprzez tworzenie modelowych sytuacji oraz eksperymentowanie z rzeczywistością. Podczas psychoterapii wspierającej zabawa stanowi cel sam w sobie jako sprzyjająca rozwojowi funkcja. W psychoterapii ekspresywnej zabawa to aktywność będąca gruntem, na którym dziecko może werbalnie komunikować się z psychoterapeutą. Gabinet terapeutyczny musi być odpowiednio odporny na zniszczenia, a jego wyposażenie dopasowane do wieku pacjentów w nim leczonych. W przypadku małych dzieci prezentujących trudności z kontrolowaniem silnie agresywnych impulsów korzystne jest posiadanie odrębnego pokoju zabaw. Setting ograniczający może pojawić się bez względu na to, jak gabinet został przygotowany. Pewne zdroworozsądkowe ograniczenia są konieczne, aby chronić gabinet, terapeuta i dziecko przed uszkodzeniami fizycznymi. Można poinstruować dziecko, że kiedy sesja się skończy, terapeuta musi być w stanie posprzątać tak, żeby gabinet wyglądał jak przed sesją, oraz że po sesji musi wciąż mieć siebie i pacjenta. Jeśli chodzi o zabawki – w gabinecie nie musi być ich wiele, nie powinny być też szczególnie opracowane na potrzeby psychoterapii psychodynamicznej. Posiadanie zbyt wielu zabawek jest problematyczne ze względu na ich przestymulowujący charakter. Pomocne jest, gdy w gabinecie znajduje się: talia kart, jedna lub dwie proste gry planszowe takie jak warcaby lub chińczyk, pistolet na strzałki lub pistolet nerf, papier i artykuły plastyczne, zestaw klocków, pacynki, figurki żołnierzyków lub superbohaterów oraz lalki bądź



też figurki zwierząt. Pomocne są też lalki lub zwierzęta, formujące rodzinę. Dziecko może użyć dzikiego zwierzęcia (rekina lub dinozaura) jako symbolu agresywnych impulsów (Kernberg i in., 2012).

Zabawę dziecka można podzielić na wiele kategorii. Psychoterapeuta ma zwracać uwagę na treść, a przede wszystkim na proces zabawy. Zatem grając w grę planszową, terapeuta jest zainteresowany tym, jak dziecko gra oraz co ten sposób gry ujawnia w zakresie intrapsychoicznych konfliktów oraz wzorców relacji. Dodatkowo psychoterapeuta zwraca uwagę na przebieg zabawy jako wskaźnik wewnętrznego stanu dziecka (Kernberg i in., 2012). Jednym z pomocnych oraz zweryfikowanych empirycznie narzędzi do analizy procesu zabawy jest Narzędzie Terapii Poprzez Zabawę dla Dzieci (*Children's Play Therapy Instrument, CPTI*), autorstwa Pauliny Kernberg, Saralei Chazan i Liny Normandin (1998), później rozwinięte (Chazan, 2002a, 2009, 2012; Chazan i in., 2016; Chazan i Kuchirko, 2017) oraz badane empirycznie przez Chazan (2000, 2002b). Narzędzie to zostanie opisane w dalszej części artykułu.

Psychoterapeuta musi posiadać biegłość w zakresie doboru momentu interpretacji, tak aby nie zakłócić procesu zabawy. Pociąga to za sobą zdolność do wykorzystywania metafory zabawy w celu uczynienia werbalnych interwencji bardziej znośnymi dla dziecka (np. zamiast mówić, „twój tata”, terapeuta używa aktualnej zabawy, mówiąc o „lalce tatusiu”, występującej w tej zabawie). Postępowanie takie nazywa się pracą na przemieszczeniu. Nadawanie roli terapeutycie często pociąga za sobą odwracanie ról, gdzie dziecko odgrywa rolę dorosłego, a terapeuta rolę dziecka – nazywa się to zamianą pasywnego w aktywne. Terapeuta powinien potrafić odgrywać i komentować uczucia oraz konflikty związane z rolą dziecka, kiedy pacjent mu taką nada (Kernberg i in., 2012). Zalecenie to wydaje się korespondować ze strategią TFP omawiania odwracania ról w relacji terapeutycznej (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015), gdzie terapeuta zauważa i komentuje na głos takie odwrócenie ról w aktualnie aktywnej w przeniesieniu diadzie relacji z obiektem. Zadanie terapeuty, polegające na odgrywaniu uczuć i konfliktów związanych z rolą dziecka, wydaje się stanowić bardziej aktywną taktykę postępowania względem rozegrania w przeniesieniu (ang. *enactment*). Rozegranie w przeniesieniu polega na aktywacji w jakiejś sytuacji określonej relacji z obiektem, która zaczyna organizować lub wpływać na subiektywne doświadczenie tej sytuacji, a subiektywne doświadczenie staje się od tego momentu zabarwione przez tę aktywowaną relację z obiektem, chociaż nie musi to wyrażać się poprzez zachowanie pacjenta. W psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu – wersji rozszerzonej (TFP-E) zadaniem terapeuty jest klaryfikacja i interpretacja rozegrania z pozycji neutralności technicznej (Caligor, Kernberg, Clarkin, Yeomans, 2018). W zaleceniach AACAP terapeuta ma odgrywać aspekty self lub obiektu, które pacjent rozgrywa w relacji terapeutycznej. Nasuwa to pytanie: jeśli rozegranie w przeniesieniu zabarwia subiektywne doświadczenie pacjenta, to czy potrzebne jest dodatkowe wzmocnienie takiej rozegranej w przeniesieniu relacji z obiektem przez aktywne jej odgrywanie przez terapeutę? Prościej mówiąc, czy konieczne jest odgrywanie cze-

gość, co i tak już zostało rozegrane w subiektywnym doświadczeniu pacjenta, przeciwstawiając takie odgrywanie normalnej interpretacji?

Dwunaste zalecenie dotyczy umiejętności psychoterapeuty w stosowaniu pełnego spektrum interwencji psychodynamicznych (Kernberg i in., 2012). Spektrum interwencji psychodynamicznych zostanie opisane w dalszej części tego artykułu.

Trzynasty wymóg odnosi się do zdolności terapeuty w monitorowaniu zmian w trakcie leczenia oraz oceny gotowości do zakończenia leczenia (Kernberg i in., 2012). Kolejny raz pomocne może okazać się tutaj narzędzie CPTI (Kernberg, Chazan i Normandin, 1998; Chazan, 2002a). Wskaźniki gotowości do zakończenia leczenia to osiągnięcie normalnego rozwoju oraz adekwatnej do wieku autonomii i samodzielności. Zmiany te mają rozciągać się poza sytuację leczenia. Należy pamiętać, że zmiany muszą obejmować zarówno relację terapeutyczną, jak i rzeczywistość poza leczeniem, ponieważ dziecko może na przemian prezentować lepsze funkcjonowanie na sesji i poza sesjami, co nie stanowi wtedy dowodu na stabilność efektów leczenia. Dziecko powinno prezentować adekwatną do wieku refleksję nad własnymi i cudzymi stanami umysłowymi, objawiającą się zdolnością do rozumienia, przewidywania i planowania własnych i cudzych reakcji. Terapeuta musi też dokonać oceny gotowości rodziców do zakończenia leczenia, ponieważ oni też mogą reagować intensywnie i również powinni mieć możliwość opracowania utraty terapeuty ich dziecka. Istotna staje się też tutaj kwestia przeciwprzeniesienia, które może objawiać się jako pragnienie stania się przyjacielem pacjenta, chęć przedłużenia leczenia, dopóki pacjent nie stanie się „idealnym pacjentem”. Podobne reakcje mogą dotyczyć rodziców, na przykład kiedy terapeuta czuje, że musi tłumaczyć się z tego, że nie wszystkie cele zostały osiągnięte. Przerwanie leczenia przez nastoletniego pacjenta może też zostać błędnie zrozumiane jako normatywne poszukiwanie niezależności (Kernberg i in., 2012).

Ostatnie, czternaste zalecenie dotyczy utrzymywania obiektywności, konsekwencji, realistycznego optymizmu i neutralności. Empatia terapeuty ma rozciągać się na każdego członka rodziny, bez stawiania po czyjejś stronie, tak aby dziecko nie czuło się kozłem ofiarnym ani rodzice nie czuli się krytykowani przez terapeutę. Umiejętność utrzymywania obiektywności opiera się o świadomość co do własnych poglądów oraz zdolność do utrzymania ich w odseparowaniu. Pociąga to za sobą analizę reakcji przeciwprzeniesieniowych na pacjenta i rodziców (Kernberg i in., 2012).

## IV. Technika

### 1. Spektrum interwencji psychodynamicznych

Na początek autorzy zaleceń AACAP wyróżniają kategorię komunikacji opartej o realistyczną relację między pacjentem i terapeutą. Do tej kategorii należy *normalne zachowanie społeczne, stwierdzenia lub pytania dotyczące leczenia oraz stwierdzenia lub pytania dotyczące życia dziecka*. Normalne zachowanie społeczne odnosi się do konwencjonalnych, uwarunkowanych społecznie i kulturowo interakcji, takich jak powitanie

i pożegnanie, które mają przede wszystkim charakter wspierający. Stwierdzenia lub pytania dotyczące leczenia to interwencje o charakterze wspierającym, dostarczające bezpośredniej informacji o strukturze roboczej leczenia. Terapeuta udziela odpowiedzi na wszelkie kwestie dotyczące settingu, które wymagają wyjaśnienia. Pytania lub stwierdzenia dotyczące życia dziecka dotyczą obiektywnych informacji. Mają zapewnić wspierające poczucie u pacjenta, iż stanowi on ważne źródło informacji oraz jest obiektem zainteresowania. Należy tutaj uszanować wstrzeźliwość dziecka i jego opór w udzielaniu informacji na temat jego życia poza sesjami (Kernberg i in., 2012). Wydaje się, iż mowa tutaj o wsparciu jako zasadniczym elemencie techniki psychoanalitycznej, a nie o technice wspierającej. Wsparcie odnosi się do postawy terapeuty, która tworzy u pacjenta poczucie bezpieczeństwa i stabilności, co ma umożliwić swobodną analizę przeniesienia (Etchegoyen, 1999).

Zalecenia AACAP zakładają, że terapeuta w większości psychoterapii psychodynamicznych będzie stosował kombinację technik wspierających i ekspresywnych. Interwencje ekspresywne wymagają od dziecka zbliżenia się do jego uczuć, pragnień i myśli, które mogą okazać się bolesne lub przytłaczające. Wybór między technikami wspierającymi i ekspresywnymi zależy od siły ego pacjenta, która wyraża się w stopniu, w jakim dziecko uzyskało zdolności adekwatne do jego statusu rozwojowego. Te zdolności to inteligencja, adekwatna do wieku autorefleksja, testowanie rzeczywistości, kontrola impulsów, tolerancja frustracji i opracowanie afektów. Dzieci z silnym ego korzystają z terapii ekspresywnej, a te ze słabym ego – ze wspierającej (Kernberg i in., 2012).

Spektrum werbalnych interwencji rozciąga się od tych, które dotyczą świadomego poziomu, poprzez odnoszące się do przedświadomości (to, co staje się świadome, jeśli zwróci się na to uwagę), skończywszy na nieświadomym materiale (treści trudno dostępne dla świadomego przeżywania) (Kernberg i in., 2012).

Kolejne interwencje to *interwencje wspierające*, które obejmują edukację, sugestię, zachętę, potwierdzenie i empatię, oraz *stwierdzenia podtrzymujące*, które podtrzymują interakcję z dzieckiem przez zaproszenie do kontynuacji lub dokonanie przeglądu lub podsumowania tego, co zaszło do tej pory na sesji lub poprzednich sesjach. Stwierdzenia podtrzymujące mają zapewniać poczucie emocjonalnej dostępności terapeuty oraz jego zainteresowania. Zachęcają dziecko do werbalizowania doświadczeń i wydarzeń podczas sesji. Zaproszenie do kontynuacji może mieć charakter otwarty albo odnosić się do jakiegoś konkretnego aspektu, który zwrócił uwagę terapeuty w komunikacji pacjenta. Może obejmować prośbę o dalsze informacje lub rozwinięcie tematu (Kernberg i in., 2012). Wydaje się, że ten aspekt stwierdzeń podtrzymujących pokrywa się z rozumieniem klaryfikacji w psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015). Drugim aspektem stwierdzeń podtrzymujących jest dokonywanie przeglądu, parafrazowanie, podsumowywanie lub łączenie tego, co dziecko powiedziało lub zrobiło. Ma to wspierać subiektywne myślenie, samoobserwację i myślenie sekwencyjne (Kernberg i in., 2012).

Następne formy interwencji w terapii poprzez zabawę to *klaryfikacje*. Są one trochę inaczej rozumiane niż klaryfikacja w psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015). Tutaj dzięki klaryfikacji terapeuta rozszerza świadomość dziecka o obszar przedświadomy, to znaczy o to, co jest poznawalne, jeśli zostanie na to zwrócona uwaga. Klaryfikacje są tutaj dzielone na stwierdzenia przygotowawcze oraz stwierdzenia typu „popatrz na”.

Stwierdzenia przygotowawcze koncentrują uwagę dziecka na możliwości dojścia do nowych znaczeń jego zachowania. Wyczułają one dziecko na to, co się dzieje, oraz na potencjalne inne znaczenie tego, co ma właśnie miejsce. Wspierają one autorefleksję i samoobserwację. Stwierdzenia typu „popatrz na” identyfikują konkretne zachowania dziecka. Można ich używać też względem przeszłości, dostarczają one dziecku wiedzy na temat jego konkretnej relacji, wspierając jego rozumienie siebie i antycypację własnych zachowań i uczuć (Kernberg i in., 2012).

Zaraz po klaryfikacji kolejną dostępną techniką jest *konfrontacja*. Tutaj również wydaje się ona być odmiennie rozumiana niż w psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015). To werbalna interwencja odnosząca się do treści niełatwych do ponownego uzyskania – czyli do nieświadomości. Konfrontacja tutaj obejmuje stwierdzenia typu „zobacz wzorzec”. Psychoterapeuta dostrzega wzorce, które po wskazaniu pozwalają na zauważenie związku między poszczególnymi zachowaniami, na przykład unikanie jakiegoś konkretnego tematu albo uświadomienie sobie jakiejś powtarzającej się reakcji. Te komentarze mogą odnosić się tak samo do interakcji terapeuta–pacjent lub pozaprzemiesieniowych relacji pacjenta, jak i do zjawisk występujących w aktywności zabawowej czy w obrębie fabuły zabawy (Kernberg i in., 2012).

Ostatnia z interwencji to *interpretacja*, gdzie psychoterapeuta proponuje potencjalne związki między świadomymi zachowaniami, uczuciami oraz myślami i fantazjami oraz materiałem nieświadomym: obronami, pragnieniami, przeszłymi doświadczeniami lub snami. Pacjent otrzymuje informację dotyczącą tego, w jaki sposób się broni, co daje mu możliwość uzyskania świadomości nieświadomego materiału, względem którego została wprowadzona obrona.

Autorzy wyróżniają podział na interpretacje odnoszące się do opisanego wyżej materiału nieświadomego. Interpretacja obrony może nastąpić, kiedy terapeuta ma poczucie, że dziecko jest zdolne do zastosowania bardziej dojrzałej obrony względem nieświadomego materiału bronionego przez dotychczas bardziej prymitywne obrony. Pomocna może okazać się hierarchia mechanizmów obronnych, opisanych przez Paulinę Kernberg (tab. 1). Autorzy zalecają tutaj normalne postępowanie interpretacyjne, proponują, aby zacząć od odniesienia się do obrony, a potem do impulsu – terapeuta ma opisać, jak dziecko się broni i przed czym (Kernberg i in., 2012). Również tutaj autorzy zalecają zastanawianie się na głos nad wadami i zaletami określonej obrony prezentowanej przez pacjenta, co jest stosowane w psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu, zarówno w leczeniu dorosłych, jak i dzieci (Nowacki, 2019). Na przykład psychoterapeuta może powiedzieć, że to miłe czuć, że wie się wszystko, ale wtedy nikt nie może pacjenta nauczyć niczego nowego.

**Tabela 1. Hierarchia mechanizmów obronnych**

<b>DOJRZAŁE</b>	
Humor:	Nabieram pewnego dystansu, aby popatrzeć na to z innych perspektyw w celu zapanowania nad tym, jednocześnie mając z tego zabawę.
Antycypacja:	Myślę naprzód w czasie, aby być lepiej przygotowanym do skutecznego poradzenia sobie z tym.
Tłumienie:	Zawieszam to na chwilę, aby wrócić do tego w bardziej odpowiednim momencie.
Sublimacja:	Stawiam się ponad konfliktem, ale wciąż mam z nim do czynienia.
<b>NEUROTYCZNE</b>	
Wyparcie:	Trzymam to w środku, nie patrzę na to, nie widzę tego i nie chcę sobie z tego zdawać sprawy.
Odczynienie:	Aranżuję to, a potem sprawiam, że to znika.
Projekcja:	Odlamuję, eliminuję, odrzucam.
Introjekcja:	Biorę to do ust, połykam i wchłaniam.
Izolacja:	Odseparowuję jedno uczucie (lub ideę) od drugiego.
Somatyzacja:	Wyrażam to językiem ciała, tak aby nie zdawać sobie z tego sprawy.
Regresja:	Cofam się. Wracam.
Negacja:	Nie patrzę.
Zmiana w przeciwieństwo /formacja reaktywna:	Odwracam się drugą stroną. Stawiam z przodu raczej jedną stronę mojego doświadczenia, niż drugą.
Skierowanie przeciwko self:	Biję się. Niszczę to, co zbudowałem.
Intelektualizacja:	Zmieniam moje doświadczenie w jedną z moich myśli.
Racjonalizacja:	Dostarczam możliwych powodów innych niż te rzeczywiste.
<b>BORDERLINE</b>	
Rozszczepienie:	Dwa aspekty emocjonalnego życia jednostki są doświadczane jako niezależne od siebie.
Zaprzeczenie:	„Ja” zamykam się.
Idealizacja:	Obiekt jest wysoki w górze, podczas gdy „ja” jestem daleko na dole.
Dewaluacja:	Obiekt znajduje się poniżej na dole, podczas gdy „ja” jestem wysoko w górze.
Identyfikacja projekcyjna:	Obiekt (lub doświadczenie) znajduje się na zewnątrz. „Ja” aktywnie utrzymuję go na odległość ręki, tak aby we „mnie” nie wrócił.
Omnipotentna kontrola:	„Ja” muszę trzymać wszystko i innych ludzi w szachu.
Acting out:	Wyrażam to raczej poprzez działanie aniżeli poprzez słowa.

cd. tabeli 1.

PSYCHOTYCZNE	
Deanimacja:	To nie rusza się, nic nie robi.
Animacja:	To (wszystko) ciągle się rusza, ponieważ w przeciwnym razie umrze.
Hipochondria:	To zostało przyjęte z powrotem (reintrojektowane) do wnętrza ciała i powoduje złe samopoczucie.
Zahamowanie:	To musi pozostać w jednym znajomym, ograniczonym obszarze umysłu, czasami w ruchach ciała, wyrazie twarzy i ekspresji afektywnej.
Demontaż:	To (wszystko) pasywnie rozpada się na kawałki, tak że żadne uczucie ani doznanie nie jest z niczym powiązane. Percepcja międzymodalna zostaje w tej obronie zawieszona.
Fuzja:	To (wszystko) gubi się w bezgraniczności wszystkiego pozostałego.
Autystyczne zamknięcie:	To jest zamurowane od środka.
Rozproszenie:	To jest rozsypane na małe kawałeczki lub odłamki, tak aby nie mogło nikogo zranić.

Źródło: Kernberg P. *Mechanizmy obronne: rozwój i perspektywy badania* (za: Kernberg i in., 2012)

Interpretacja pragnienia odnosi się do pragnień kryjących się w stwierdzeniach lub zabawie dziecka. W ten sposób psychoterapeuta czyni pragnienia dziecka rozpoznanymi i świadomymi. Dzięki temu jest możliwe odniesienie tych pragnień do rzeczywistości i znalezienie akceptowalnego kompromisu w ich realizacji (Kernberg i in., 2012). Przykładowo terapeuta może powiedzieć pacjentowi, że tak samo jak w zabawie, gdzie cielątko chce zostać w jednym pokoju z konikiem, pacjent być może chciałby zostać dłużej z terapeutą w gabinecie.

Interpretacja przeszłych doświadczeń pozwala na opracowanie odsuniętych przeżyć i myśli z wcześniejszego okresu życia. Skuteczne zastosowanie tych interpretacji zależy od ilości dowodów potwierdzających hipotetyczne doświadczenia, które zostały zepchnięte do nieświadomości i wpływają na zachowanie oraz rozwój pacjenta. Terapeuta może odnosić się do niedalekiej lub dalszej przeszłości, która zostaje rozegrana „tu i teraz” podczas zabawy (Kernberg i in., 2012). Na przykład psychoterapeuta może powiedzieć, że auto stara się uciec przed złym policjantem, tak samo jak pacjent, który starał się schować w momentach, kiedy niedawno jego rodzic robił awantury po pijanemu w domu.

Interpretacje snów dotyczą treści przejawiających się w śnie dziecka, fabule snu, gdzie analiza ta odbywa się w kontekście przeniesienia i zewnętrznej rzeczywistości pacjenta. Interpretacja snów powinna przebiegać od świadomych skojarzeń ze snem i związku tych skojarzeń ze świadomością dziecka, a następnie przechodzić do interpretacji potencjalnych zinternalizowanych konfliktów, jakie są obserwowalne w fabule snu. Ma to stanowić ciągłość między tym, co działo się we śnie, i tym, co dziecko myśli „tu i teraz”. Techniki wspierające w analizie snu u dzieci o zakłóconym testowaniu rzeczywistości obejmują przełożenie procesu pierwotnego na wtórny, to znaczy logiczne myślenie. Tutaj psychoterapeuta może zaproponować sposób poradzenia sobie z materiałem wyraża-

jącym proces pierwotny, na przykład zaproponować, że potwory ze snu to są własne strachy pacjenta i może narysowanie ich, a potem podarcie i wyrzucenie tego rysunku do kosza pokona te strachy (Kernberg i in., 2012).

## 2. Tryby interwencji w psychoterapii psychodynamicznej poprzez zabawę

Zalecenia AACAP wyróżniają również cztery tryby interwencji terapeuty:

- a) tryb bezpośredni to sposób interwencji, w którym terapeuta odnosi się do bezpośredniego wyglądu lub zachowania dziecka; na przykład zwraca uwagę, że pacjent ma taką minę, jakby był bardzo zadowolony, kiedy widzi maskotkę zamkniętą w więzieniu;
- b) tryb związany z terapeutą to interwencja, w której terapeuta komentuje to, jak dziecko go postrzega w kontekście rozgrywanego przez nie przeniesienia; na przykład może powiedzieć, że pacjent widzi go (terapeutę) jako bardzo surowego rodzica, który ma go ukarać za każdą spontaniczność;
- c) tryb niebezpośredni wyraża się jako komentowanie zachowania, uczuć i myśli dziecka poprzez metaforę zabawy, rolę lub daną postać w zabawie; psychoterapeuta może podczas zabawy powiedzieć na przykład: „to autko chyba boi się, że nie uda mu się wygrać wyścigu”;
- d) tryb perspektywy terapeuty to sytuacja, kiedy wypowiada on na głos własne myśli i uczucia, wyrażając odmienny pogląd na temat tego, co właśnie się dzieje; intencją stojącą za tym sposobem interwencji jest próba uniknięcia bezpośredniego narzucania pacjentowi swojej perspektywy (Kernberg i in., 2012); na przykład terapeuta może powiedzieć do siebie na głos, że gdyby był dzieckiem w wieku pacjenta, chyba nie podobałaby mu się ta zabawa, ponieważ pacjent o wszystkim w tej zabawie chce decydować sam.

Powyższe tryby interwencji nie obejmują wszystkich sposobów interwencji stosowanych w obrębie psychoterapii psychodynamicznej. Judith Yanof (2013), oprócz komentowania z perspektywy obserwatora i z perspektywy poziomu zabawy, kiedy terapeuta wypowiada się za wybranego bohatera reprezentowanego przez zabawkę, proponuje, żeby również stworzył on nową postać albo zaproponował alternatywną fabułę narracji prezentowanej przez dziecko. Brak tego typu interwencji w zaleceniach AACAP być może wynika z przyjętej w nich perspektywy teoretycznej i technicznej. Jednak szkoda, że te wytyczne nie ustosunkowują się do innych trybów niż cztery wcześniej wymienione, ponieważ można jedynie domyślać się, dlaczego ten alternatywny tryb interwencji nie został uwzględniony w zaleceniach. Być może jednym z powodów są założenia teoretyczne stojące za techniką interwencji opisaną przez Yanof, które pociągają za sobą ryzyko opuszczenia pozycji neutralności technicznej przez ingerencję w proces zabawy. Mowa tutaj o poglądach reprezentowanych przez perspektywę interpersonalną (Hirsch, 2015), która kładzie większy nacisk na korektywne aspekty relacji terapeutycznej, co odbywa się kosztem obniżenia znaczenia neutralności technicznej i interpretacji samej w sobie (Hirsch, 2015; Kernberg, 2004, 2018).

## V. Narzędzie Terapii Poprzez Zabawę dla Dzieci oraz Narzędzie Zabawy Rozwojowej dla Dzieci

Dzieci prezentują ograniczoną zdolność do bezpośredniego wyrażania i werbalnego odzwierciedlania swoich uczuć oraz doświadczeń, dlatego ich zabawa stanowi kontekst, w ramach którego mogą wyrażać rzeczywistość ich subiektywnego doświadczenia. Zabawa służy dzieciom do ponownego przepracowania nieprzyjemnych doświadczeń, uzyskania poczucia sprawczości, redukcji pobudzenia, uczynienia pewnych uczuć i sytuacji bardziej przewidywalnymi, odnalezienia znaczenia w niezrozumiałych doświadczeniach. Dlatego właśnie zabawa stanowi nieingerujący środek dostępu do zrozumienia subiektywnego doświadczenia dzieci oraz ich sposobu radzenia sobie z bieżącymi wyzwaniem pochodzącymi z ich wewnętrznego i zewnętrznego świata (Cohen i in., 2010).

Narzędzie Terapii Poprzez Zabawę dla Dzieci (CPTI) ma służyć ocenie aktywności zabawowej podczas psychoterapii dziecka (Kernberg, Chazan, Normandin, 1998). Prace nad tym narzędziem rozpoczęły się w drugiej połowie lat osiemdziesiątych (Chazan, 2012). Zostało ono szerzej opisane przez Chazan (2002a) w jej książce *Profiles of Play. Assessing and Observing Structure and Process in Play Therapy*. Począwszy od roku 1999, narzędzie to jest dalej rozwijane pod nazwą Narzędzia Zabawy Rozwojowej dla Dzieci (CDPI) (Chazan, 2009, 2012; Chazan i in., 2016; Chazan i Kuchirko 2017). CDPI stanowi krótszą wersję CPTI (Chazan, 2009), które jest bardziej rozbudowane i obejmuje szerszy zakres analizowanych zjawisk, dlatego w tym artykule opiszemy tę obszerniejszą wersję. Założeniem stojącym za stworzeniem CPTI była chęć uzyskania narzędzia do obiektywnego pomiaru zmian i rezultatów w leczeniu dzieci za pomocą analizy materiału wideo. Polega to na wyborze najdłuższego segmentu aktywności zabawowej oraz jego analizie albo na analizie ilości i długości segmentów wszystkich aktywności oraz przejść między segmentami (Kernberg, Chazan, Normandin, 1998). CPTI zostanie opisane zgodnie z zarysem zamieszczonym w tabeli 2.

**Tabela 2.** Zarys Narzędzia Terapii Poprzez Zabawę dla Dzieci

<b>Poziom pierwszy: segmentacja aktywności dziecka</b>	Aktywność niezabawowa	– aktywność przedzabawowa – aktywność zabawowa – zakłócenia
<b>Poziom drugi: analiza wymiarowa aktywności zabawowej</b>	1. Analiza opisowa	– kategoria aktywności zabawowej – opis aktywności zabawowej w postaci skryptu – sfera aktywności zabawowej
	2. Analiza strukturalna	
	Afektywne składniki aktywności zabawowej	– modulacja afektu – afekty wyrażane podczas zabawy – ton afektywny terapeuty



cd. tabeli 2.

Poznawcze składniki aktywności zabawowej	<ul style="list-style-type: none"> <li>– reprezentacja roli</li> <li>– stabilność reprezentacji roli</li> <li>– zastosowanie obiektów w zabawie</li> <li>– styl reprezentacji</li> </ul>
Dynamiczne składniki aktywności zabawowej	<ul style="list-style-type: none"> <li>– temat aktywności zabawowej</li> <li>– motyw aktywności zabawowej</li> <li>– poziom relacji wyrażający się w ramach aktywności zabawowej</li> <li>– jakość relacji w obrębie aktywności zabawowej</li> <li>– zastosowanie języka</li> </ul>
Rozwojowe składniki aktywności zabawowej	<ul style="list-style-type: none"> <li>– szacowany poziom rozwojowy zabawy</li> <li>– tożsamość płciowa w zabawie</li> <li>– faza psychoseksualna odzwierciedlająca się w zabawie</li> <li>– faza separacji–indywidualizacji odzwierciedlająca się w zabawie</li> <li>– społeczny poziom zabawy</li> </ul>
3. Analiza adaptacyjna	
Strategie obronne i radzenia sobie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wiązka pierwsza: dojrzałe mechanizmy</li> <li>– wiązka druga: neurotyczne mechanizmy</li> <li>– wiązka trzecia: mechanizmy borderline</li> <li>– wiązka czwarta: mechanizmy psychotyczne</li> </ul>
Świadomość	
<b>Poziom trzeci: wzorzec aktywności dziecka w czasie</b>	Ciągłość i nieciągłość narracji zabawy

Źródło: Kernberg, Chazan, Normandin, 1998.

## 1. Segmentacja sesji

CPTI dokonuje analizy aktywności dziecka podczas sesji na trzech poziomach. Pierwszy odnosi się do segmentacji sesji pod kątem aktywności dziecka, drugi dotyczy analizy wymiarowej, a trzeci analizy wzorca zabawy w czasie. Pierwszy poziom, segmentację sesji, wykonuje się na podstawie podzielenia aktywności dziecka podczas spotkania pod względem czterech rodzajów aktywności: aktywności zabawowej, aktywności przedzabawowej, aktywności niezabawowej oraz zakłóceń (Kernberg, Chazan, Normandin, 1998). Aktywność zabawowa jest identyfikowana na podstawie zaabsorbowania dziecka tym, co robi. Rozpoczyna się u dziecka intencją zabawy, specyficzną aktywnością, aktywowanym afektem razem z jej rozpoczęciem oraz celowym zastosowaniem zabawek i przedmiotów. Aktywność przedzabawowa przygotowuje zabawę oraz scenariusz dla zabawy. Dziecko wtedy ogląda zabawki, nadaje im znaczenie. Czasami wypełnia to całą sesję. Aktywność niezabawowa to wszystkie zachowania dziecka poza

zabawą: rozmowa, czytanie, jedzenie; pacjent może wtedy opowiadać o wydarzeniach na sesji lub poza nią. W tych działaniach brakuje inwestycji w siebie pod kątem adekwatnego do wieku zachowania skierowanego po prostu na przyjemność. Aktywności niezabawowe odbywają się zawsze w stosunku do dosłownej rzeczywistości, w zakresie dopasowywania lub niedopasowania do codzienności. Zakłócenia odnoszą się do każdej z trzech powyższych aktywności, wtedy gdy dziecko je przerywa lub nie może ich kontynuować. Dziecko może wyjść z gabinetu do rodzica albo wyjść do toalety bądź pograć się w jakimś stanie afektywnym. Po dokonaniu segmentacji psychoterapeuta interesuje się proporcją tych czterech rodzajów aktywności; obserwuje, kto inicjuje zabawę oraz jak ona się rozwija. Istotne jest to, czy dziecko w zabawie dociera do satysfakcjonującego finału, czy odnosi w tym niepowodzenie (Chazan, 2002a).

## 2. Analiza wymiarowa zabawy

### 2.1. Analiza opisowa

#### 2.1.1. Kategoria zabawy

W celu dokonania analizy wymiarowej zabawy psychoterapeuta interesuje się najdłuższym fragmentem aktywności zabawowej. Analiza rozpoczyna się opisem obserwowalnego zachowania, to znaczy jakiej kategorii jest to aktywność. Kategorie zabawy mogą nakładać się na siebie. Zasadniczo aktywnością zabawową można nazwać najbardziej zaawansowane z niżej wymienionych kategorii:

- a) aktywność sensoryczna: koncentruje się na sensorycznej właściwości obiektu, na przykład głośnianiu miękkiej poduszki,
- b) aktywność motoryczna: celem samym w sobie jest aktywność motoryczna, taka jak skakanie, wspinanie się, rzucanie piłki,
- c) aktywność eksploracyjna: dziecko zapoznaje się z różnymi cechami otoczenia, ogląda je, bierze do rąk,
- d) aktywność manipulacyjna: dziecko manipuluje zabawkami, chcąc opanować ich zastosowanie, na przykład łączenie klocków czy elementów wkładanki,
- e) aktywność sortowania/szeregowania: zabawki są sortowane i układane bez dalszego opracowania ich symbolicznego znaczenia,
- f) aktywność przyczynowo-skutkowa: dziecko wywołuje skutek z zastosowaniem przyczyny, na przykład toczy piłkę, aby przeważała na huśtawce,
- g) aktywność zorientowana na rozwiązanie problemu: tutaj dziecko chce uzyskać konkretny rezultat w postaci rozwiązania problemu, na przykład ułożenie wzoru z puzzli lub klocków,
- h) aktywność konstrukcyjna: dziecko buduje konkretne konstrukcje; może pełnić rolę aktywności przedzabawowej, podobnie jak aktywność sortowania/szeregowania, na przykład kiedy dziecko sortuje klocki, a potem buduje z nich dom, który potem wykorzysta do zabawy,
- i) naśladownictwo: dziecko imituje kompletną, realistyczną rolę, używając obiektów, tak jak są one używane w rzeczywistym świecie, na przykład bierze kartkę i kredki, bawiąc się w artystę,

- j) aktywność traumatyczna: dziecko uporczywie rozgrywa specyficzny temat obejmujący smutek, napięcie, lęk oraz rozpacz; nie posuwa się to ku rozwiązaniu albo zakończenie jest nieszczęśliwe – może to obejmować niespójną ze scenariuszem aktywność, na przykład oskarżanie terapeuty o to, że to on dziecku kazał się tak bawić; może towarzyszyć temu zabawa bez znaczącego motywu, która wydaje się mechaniczna, ograniczona i zdezorganizowana albo ten brak rozwiązania zabawy objawia się aktywacją kilku niespójnych ze sobą wiązek mechanizmów obronnych, zastosowanych w ramach tego samego segmentu aktywności zabawowej (Chazan i in., 2016),
- k) aktywność w fantazji: przedmioty są poddawane wyobrażonej transformacji i realizują wyobrażane magiczne funkcje bądź realistyczne funkcje, lecz w przesadzonej postaci – ta aktywność wymaga od dziecka posiadania zdolności do udawania,
- l) gra: gra w ustrukturyzowaną grę z podzielonymi rolami, na przykład „zabawa w chowanego”,
- m) aktywność wytwórcza (sztuka): na przykład rysowanie, lepienie z plasteliny i tym podobne (Chazan, 2002a).

Najdłuższy segment zabawy dziecka może obejmować kilka zmieniających się kategorii zabawy i terapeuta dokonując analizy, zastanawia się także nad znaczeniem, jakie niesie ze sobą przechodzenie przez dziecko z jednej kategorii zabawy do innej (Chazan, 2002a).

### 2.1.2. Opis aktywności zabawowej w postaci skryptu

Można powiedzieć, że skrypt zabawy odpowiada na pięć podstawowych pytań: „kto?”, „co?”, „gdzie?”, „kiedy?”, „jak?”. Odpowiadając na te pytania, psychoterapeuta analizuje cztery aspekty formalne zabawy: zainicjowanie zabawy, podtrzymywanie zabawy, jej zahamowanie oraz to, jaki jest jej finał. Jeśli chodzi o inicjowanie zabawy, istotne jest, kto ją inicjuje, czy zostaje ona zainicjowana spontanicznie, czy może w oparciu o współpracę dziecka z terapeutą. Znaczenie tutaj ma też rozkład aktywności, na przykład zabawa zostaje zainicjowana w taki sposób, że dziecko jest bardzo aktywne, a terapeuta zostaje umieszczony w pozycji kompletnie pasywnego i biernego. Analizując proces podtrzymywania zabawy, należy odpowiedzieć na pytanie, czyje zainteresowanie podtrzymuje zabawę i czy poziom zaangażowania w zabawę się zmienia. Wyrazem podtrzymywania zabawy przez dziecko jest dawanie instrukcji i objaśnień, sugestii, wskazywanie na określone obiekty istotne dla zabawy czy proponowanie nowych scen lub zmian fabuły. W zakresie zahamowania terapeuta zastanawia się nad tym, od kogo pochodzą zakłócenia, czy wynikają one z wahania się, czy może odwróconej uwagi bądź ekspresji negatywnych uczuć lub postaw. Ostatnim, bardzo istotnym aspektem formalnym jest zakończenie zabawy. Dziecko może z satysfakcją uznać, że ma już dość danej aktywności, co wskazuje na zdolność do regulacji doświadczenia i zdolności do organizowania zabawy jako posiadającej początek, rozwinięcie i zakończenie. Oznacza to, że dziecko posiada umiejętność patrzenia z boku na zabawę, różnicuje

się względem tej aktywności, potrafiąc zachować pewną część obserwującą. Inaczej jest, gdy różne uczucia albo rozpraszające powody przerywają zabawę. Należy wtedy poddać analizie ten moment przerywania aktywności, również w kontekście obecności terapeuty i jego aktywności (Chazan, 2002a).

### 2.1.3. Sfera aktywności zabawowej

Zabawa dziecka może wyrażać się w trzech sferach, które jako pierwszy wyróżnił Erik Erikson (1972, za: Chazan, 2002a). Pierwsza to autosfera, która ogranicza się do własnego ciała dziecka, mikrosfera odnosi się do świata zabawek, natomiast makrosfera do pełnowymiarowych, rzeczywistych przedmiotów wokół dziecka, takich jak meble, przedmioty codziennego użytku lub nawet sam terapeuta. Zakłada się, że każda z tych sfer odnosi się do innej relacji z rzeczywistością: autosfera dotyczy relacji z własnym ciałem, mikrosfera wyraża eksplorację świata wewnętrznego, a makrosfera ma związek z zależnością względem świata rzeczywistego. Umiejscowienie aktywności zabawowej w jednej z tych trzech sfer jest zatem również traktowane jako istotna informacja diagnostyczna (Chazan, 2002a).

## 2.2. Analiza strukturalna

### 2.2.1. Składniki afektywne

Psychoterapeuta, analizując składnik afektywny aktywności zabawowej, podejmuje się analizy afektów doświadczanych podczas zabawy. Najpierw koncentruje się na całościowym charakterze doznań, którego zakres rozciąga się od widocznej przyjemności, przyjemnego zainteresowania, naturalnego zainteresowania poprzez obojętność aż po otwarcie nieprzyjemne doznania. Dalej, duże znaczenie ma spektrum afektów: od bardzo szerokiego poprzez umiarkowane, zawężone aż do ograniczonego. Później terapeuta usiłuje ocenić poziom regulacji i modulacji afektu – odpowiada na pytanie, czy regulacja afektów jest bardzo elastyczna, czy może prezentuje pewien ograniczony zakres elastyczności, wydaje się znajdować na umiarkowanym poziomie, a może charakteryzuje się niewielką lub bardzo dużą sztywnością. Ma tutaj też znaczenie adekwatność afektu do treści: czy dziecko zawsze reaguje adekwatnie, zazwyczaj, czasami, czy może rzadko lub nigdy? Ostatecznie kluczowe są też przejścia między afektami i tutaj znaczenie ma to, czy są płynne, czy przeważnie płynne, a może zmienne albo zwykle nagłe, albo zawsze nagłe. Jeśli chodzi o ton afektywny, terapeuta analizuje ton afektywny dziecka w stosunku do terapeuty i odwrotnie: terapeuty do dziecka, oceniając go w skali od bardzo pozytywnego, trochę pozytywnego poprzez neutralny aż do trochę negatywnego, skończywszy na bardzo negatywnym (Chazan, 2002a).

### 2.2.2. Składniki poznawcze

Analiza składnika poznawczego obejmuje reprezentację roli, stabilność tej reprezentacji, zastosowanie obiektów w zabawie oraz styl reprezentacji. Reprezentacja roli dzieli się na złożoną, diadyczną, samotną oraz załączek. Złożona reprezentacja roli stanowi najwyższy poziom zabawy z odgrywaniem roli. Może ona przybierać formę

współpracującą, reżyserowaną i narracyjną. W formie złożonej współpracującej dziecko wchodzi w interakcję z drugą osobą lub zabawką po to, aby odegrać wspólnie kilka różnych ról; przestrzenią zabawy może być rodzina, czyjaś praca lub jakaś szczególna historia. W tej formie dziecko koordynuje swoją perspektywę z perspektywą uczestnika zabawy, którym może być terapeuta lub zabawka animowana przez terapeutę zaproszonego do zabawy. Podczas zabawy złożonej reżyserowanej dziecko samo nie angażuje się w aktywność, ale kieruje inną osobą lub zabawką, mówiąc, jak ma się zachowywać lub co ma mówić. Dziecko tutaj kontroluje wszystkie aspekty zabawy. W zabawie złożonej narracyjnej dziecko staje się narratorem swojej zabawy, komentując kolejne wydarzenia podczas zabawy (Chazan, 2002a).

Zabawa diadyczna polega na odgrywaniu reprezentacji dwóch ról. Dziecko staje się aktywnym partnerem drugiej osoby lub animowanej przez nią zabawki. Zabawa samotna ma miejsce, gdy dziecko całkowicie przekształca się w kogoś innego lub animuje zabawkę, wypowiadając się za nią (Chazan, 2002a).

Zalążek odgrywania roli to aktywność, która zawiera w sobie poszlaki lub fragmenty odgrywania ról, które jednak nie zostały utrwalone w spójną tożsamość. Należy wyróżnić cztery takie załączki. Pierwszy ma miejsce, gdy dziecko odgrywa lub imituje aspekt swojego własnego zachowania, ale jednak widać, że dziecko udaje. Drugi załączek, to sytuacja, kiedy pacjent odgrywa lub imituje aspekt zachowania kogoś innego, przy czym widać, że dziecko udaje. Trzeci odnosi się do innych (osób, przedmiotów lub zabawek), kiedy dziecko udaje, jakby te inne osoby lub przedmioty były przedłużeniem jego własnych idei, ale bez uwzględnienia odrębności lub wzajemności w traktowaniu tych osób i przedmiotów. Osoba traktowana jako przedłużenie idei nie jest widziana jako partner: dziecko nie traktuje jej jako odrębnej osoby, ale raczej używa jej po to, aby zobrazować to, co ta osoba lub przedmiot robi dziecku w jego wyobrażeniu. Czwarta odmiana to sytuacja, kiedy dziecko bawi się w sposób równoległy z osobą lub zabawką – dziecko i druga osoba lub zabawka są zaangażowani w taką samą lub podobną aktywność, co jednak odbywa się bez żadnej interakcji między nimi (Chazan, 2002a).

Stabilność reprezentacji roli jest badana pod względem tego, jak rola nadana osobie lub przedmiotowi zmienia się lub pozostaje stała. Jest analizowana pod względem dwóch charakterystyk. Pierwsza z nich to dobrowolność kontra mimowolność – tutaj psychoterapeuta przygląda się temu, czy zmiany w zakresie nadawanej roli wynikają z twórczej kontroli dziecka, czy raczej dokonują się poza jego kontrolą i wbrew jego woli. Druga charakterystyka to płynność kontra stabilność – zmiany w atrybutach i cechach nadawanej roli mogą zmieniać się w sposób płynny albo mogą być stabilne. Gdy nadana rola jest stabilna, jedyna zmiana, jaka zachodzi, to odwracanie ról, gdzie dziecko zaczyna posiadać atrybuty roli obiektu, a obiekt zaczyna posiadać atrybuty wcześniej odgrywanej przez dziecko roli (Chazan, 2002a).

Jeśli chodzi o zastosowanie obiektów w zabawie, mogą być one użyte na cztery sposoby: realistyczny, zastępczy, pantomimiczny oraz jako źródło aktywności. Przedmioty i zabawki stosowane realistycznie traktowane są przez dziecko tak samo, jak wykorzystuje się je na co dzień. Nie ma tutaj specyficznego znaczenia lub funkcji

nadanej przedmiotowi na potrzeby aktywności zabawowej. Zastosowanie zastępcze obejmuje nadanie odmiennego znaczenia przedmiotowi, niż ma to miejsce w codziennym życiu; na przykład dziecko udaje, że banan to telefon. Pantomimiczne obiekty to obiekty tworzone w fantazji jako przedmioty, które nie istnieją, ale dziecko udaje, że je posiada, na przykład kiedy strzela z niewidzialnego karabinu. W bardziej prymitywnej formie zabawy może także używać przedmiotów jako źródła doznań sensorycznych, na przykład kiedy ogląda wirujący przedmiot, czerpiąc przyjemność z samego doznania wzrokowego (Chazan, 2002a).

Styl reprezentacji dzielimy na realistyczny, magiczny (fantazjowany) i dziwaczny. Reprezentacje rzeczywistych przedmiotów posiadają ich realistyczne atrybuty, na przykład samochód jest samochodem i posiada cechy typowe dla samochodu. Reprezentacje magiczne posiadają fantastyczne, magiczne możliwości, na przykład samochód może latać albo posiada zdolność do zabijania potworów. Styl dziwaczny reprezentacji wykorzystuje atrybuty przedmiotów, które są po prostu dziwaczne, wybiegają daleko poza właściwości atrybutów magicznych (Chazan, 2002a), na przykład samochód zamienia się w odchody, które zatrują całą wszechświat.

### 2.2.3. Składniki dynamiczne

Dynamiczne składniki aktywności zabawowej, nazywane także narracyjnymi, obejmują temat, motyw, poziom relacji, jakość relacji oraz zastosowanie języka. Temat aktywności zapewnia treść, z pomocą której dziecko konstruuje narrację. Motyw obejmuje dynamikę relacji i aktywności, która rozgrywa się oraz rozwija razem z rozwojem narracji. Czasami temat i motyw są trudne do rozdzielenia (Chazan, 2002a).

Relacja w ramach aktywności zabawowej może wyrażać się na czterech poziomach: na poziomie „ja”, diadycznym, triadycznym i edypalnym. Poziom „ja” to sytuacja, kiedy narracja opisuje jedną osobę, co może sugerować u dziecka jego zaabsorbowanie sobą. Poziom diadyczny wyraża się poprzez obecność dwóch bohaterów; na tym poziomie widoczne mogą być motywy podbieństw i różnic, wymuszenia i uległości, opiekuńczości i zależności albo po prostu bycia razem. Poziom triadyczny to sytuacja, kiedy dochodzi do interakcji między kilkoma bohaterami narracji, gdzie każdy z nich znajduje się w jakiejś relacji z pozostałymi. Na poziomie edypalnym relacje triadyczne obejmują świadomość różnic międzypokoleniowych, międzypłciowych oraz świadomość wykluczenia osoby trzeciej z relacji opartej o wzajemność (Chazan, 2002a).

Relacja w obrębie aktywności zabawowej może przybierać różnorodną jakość. Relacje o pozytywnym ładunku emocjonalnym w ramach tej narracji mogą być: autonomiczne, to znaczy wyrażające niezależność; równoległe, wyrażające się podobieństwem i naśladownictwem; zależne, gdy jeden bohater przywiera do drugiego bohatera lub jest od niego zależny; bliźniacze, kiedy wszyscy bohaterowie są tacy sami. Relacje o negatywnym ładunku afektywnym wyrażają się jako: złowroga kontrola, kiedy jeden partner próbuje z wrogością kontrolować drugiego; zniszczenie, kiedy dająca się zidentyfikować siła lub osoba niszczy drugą; anihilacja, kiedy

dochodzi do całkowitego zniszczenia przez niezidentyfikowaną i wszechogarniającą siłę (Chazan, 2002a).

Jeśli chodzi o zastosowanie języka w zabawie, dziecko może nie komunikować się wcale, może imitować dźwięki obiektów lub stosować wyrazy dźwiękonaśladowcze oraz grę słów; może wypowiadać się za jednego lub wielu bohaterów. Mówienie podczas zabawy może się odbywać w ramach metafory zabawy albo jako niebezpośrednie odniesienie do znaczenia zabawy. Rozmowa może opisywać zabawę lub kwestie inne niż sama zabawa. Zastosowanie języka przez terapeutę można sprowadzić do tych samych kategorii (Chazan, 2002a).

#### 2.2.4. Składniki rozwojowe

Składniki rozwojowe zabawy obejmują szacowany poziom rozwojowy zabawy, tożsamość płciową w zabawie, fazę rozwoju psychoseksualnego odzwierciedlającą się w zabawie, fazę separacji-indywiduacji widoczną w zabawie oraz poziom społeczny zabawy. Szacowany poziom rozwojowy zabawy odnosi się do oceny, czy pacjent potrafi się bawić na poziomie oczekiwanym od dziecka w jego wieku. Tutaj ocena jego zabawy może wahać się od bardzo niedojrzałej, trochę niedojrzałej przez adekwatną do wieku, trochę zaawansowaną, skończywszy na bardzo zaawansowanej (Chazan, 2002a).

Jeśli chodzi o tożsamość płciową w zabawie, należy ocenić, czy sam charakter zabawy oraz cechy bohaterów wskazują na dominację cech męskich lub kobiecych, a może żadna z tych dwóch cech nie zyskuje przewagi (Chazan, 2002a).

Terapeuta dokonuje również oceny zabawy dziecka z perspektywy rozwoju psychoseksualnego. Składniki oralne obejmuje przyjmowanie „do wewnątrz” zewnętrznych bodźców, z zastosowaniem różnych zmysłów. Dziecko może być też odbiorcą zasobów dostarczanych przez dawcę. Składniki analne koncentrują się wokół motywów „zatrzymywania” lub „wypuszczania”; to ostatnie może być kojarzone z czymś złym, a pierwsze z czymś docenianym i dobrym. Głównym obszarem koncentracji dziecka jest tutaj kontrola i regulacja. Składnik ten może się manifestować poprzez rozlewanie, bałaganienie i klejenie, co wyraża pragnienie brudzenia, natomiast to, jak wygląda sprzątanie, może odnosić się do reakcji obronnej względem tego pragnienia. Falliczne składniki zabawy to penetracja lub pchanie przedmiotów i osób; może się to przejawiać poprzez strzelanie z broni albo wchodzenie do zbudowanego domku lub zagrody. Ten typ zabawy może zawierać w sobie pewne elementy ekshibicjonizmu, demonstrowania swojego wzrostu i siły, pokazywania wybranych części ciała albo przedmiotów. Edypalne składniki zabawy można scharakteryzować następująco: a) mają co najmniej trzech bohaterów; b) dwóch bohaterów stanowi parę, która wyklucza trzeciego bohatera reprezentującego inne pokolenie; c) uwzględniają świadomość różnic międzypłciowych, która albo zostaje otwarcie wyrażona, albo daje się wywnioskować. Składniki te obejmują rywalizację, współzawodnictwo i wykluczanie, ale też sukces, zazdrość i zawiść. Latencyjne składniki koncentrują się na moralności i uczciwości, stanowiąc sublimację wcześniejszych faz. Dziecko koncentruje się

na przestrzeganiu zasad i naśladowaniu ról społecznych. Zabawy latencyjne to konstruowanie, rysowanie i naśladowanie zawodów: tutaj magiczne zabiegi mogą zmieniać płęć, co może oszałamiać terapeutę, jednak stanowi to właściwe dla tej fazy zjawisko (Chazan, 2002a).

Psychoterapeuta podejmuje się również identyfikacji fazy separacji–indywiduacji odzwierciedlającej się w zabawie dziecka. Kwestie wokół tej fazy odnoszą się do konfliktów wokół autonomii i nabywania indywidualnych unikalnych cech. Poziomy tego procesu obejmują różnicowanie, czyli tematy dotyczące bycia takim samym lub różnym, co w zabawie może się wyrażać jako porównywanie lub zauważanie różnic. Praktykowanie odnosi się do bycia razem oraz bycia osobno, kiedy zabawa obejmuje pewne eksperymentowanie z odległością: byciem blisko lub daleko. Ponowne zbliżenie wyraża się poprzez uzyskiwanie kontroli lub bycie kontrolowanym przez kogoś innego. Stałość obiektu odnosi się do bycia niezależnym lub autonomicznym w relacji (Chazan, 2002a).

Ostatni składnik rozwojowy obejmuje analizę społecznego poziomu zabawy. Należy tutaj wyróżnić pięć poziomów zgodnie z hierarchią rozwojową. Poziom nieświadomej odizolowanej zabawy odnosi się do dziecka, które się bawi i nie zdaje sobie sprawy ze swojej izolacji, przy czym obecność lub brak drugiej osoby nie ma dla niego znaczenia. Poziom odizolowanej zabawy pociąga za sobą świadomość znajdowania się w izolacji i samotności. Poziom zabawy równoległej polega na wykonywaniu podobnych aktywności obok siebie, ale bez interakcji. Na poziomie zabawy wzajemnej dochodzi do wymiany między uczestnikami zabawy, do dawania i brania. Na najwyższym poziomie zabawy kooperacyjnej pojawia się wzajemna współpraca i wspólny wysiłek w osiągnięciu wspólnego celu (Chazan, 2002a).

## 2.3 Analiza adaptacyjna

### 2.3.1. Strategie obronne i radzenia sobie (style zabawy)

Analiza adaptacyjna odnosi się do identyfikacji mechanizmów obronnych i mechanizmów radzenia sobie. Psychoterapeuta identyfikuje dominujące zastosowanie tych mechanizmów w odniesieniu do czterech wiązek mechanizmów obronnych: dojrzałej, neurotycznej, borderline i psychotycznej (Chazan, 2002a), które można znaleźć w tabeli 1.

Dzieci o dojrzałych mechanizmach obronnych prezentują przystosowawczy styl zabawy. Ten styl zabawy przejawia się jako *playfulness*, co można tłumaczyć jako radosną otwartość na zabawę – to niezakłócony, postępujący, radosny wysiłek w kierunku uzyskania nowych umiejętności. Dziecko na tym poziomie używa zabawy w celu rozwiązania konfliktu intrapsychoicznego, przewyciężenia różnorodnych przeszkód, zrozumienia rzeczy nieuchwytnych lub stworzenia nowych możliwości. Ta niezakłócona i bezpieczna sfera funkcjonowania zawiera różne poziomy rzeczywistości i osobistych znaczeń. Dlatego tutaj można przekładać zabawę dziecka na bezpośrednie zrozumienie jego codziennych doświadczeń. Przystosowawczy styl zabawy pozwala dziecku na uzyskanie bezpośredniej korespondencji między zabawą a wydarzeniami z jego codziennego życia (Chazan, 2012). Dzieci stosujące przeważnie ten styl zabawy pre-



zientują głęboką zdolność do zmysłowej gratyfikacji i przyjemności, zdolność do wykorzystywania swoich zasobów w rozwiązywaniu problemów, zdolność do niewerbalnej oraz symbolicznej ekspresji trudnych doświadczeń i fantazji (Chazan, 2009).

Neurotyczna wiązka mechanizmów obronnych prezentuje się jako obciążony konfliktem/zahamowany styl zabawy. Odzwierciedla on problemy, których dziecko nie potrafi rozwiązać, a które są przyczyną jego zainteresowania i niepokoju. Tematy zabawy mogą obejmować kwestie, które fascynują, martwią i intrygują, przez co zabawa oscyluje wokół tych tematów. Dziecko wydaje się być skoncentrowane na przeciwstawnych tendencjach, co prowadzi do zakłócenia swobodnego przepływu aktywności zabawowej. Zahamowane dziecko nie wyraża swojego konfliktu otwarcie, nie zaangażuje się w dialog z innymi poprzez zabawę; raczej kieruje swoje niepokoje bezpośrednio na siebie lub stworzonego w zabawie bohatera, tworząc obraz świata lepszego, niż jest w jego wewnętrznym przeżyciu, albo kierując się ku abstrakcyjnym kwestiom (Chazan i Kuchirko, 2017). Nieciągłości mogą pojawiać się w narracjach, interakcjach z innymi, między poszczególnymi wymiarami aktywności zabawowej (poznawczym, afektywnym, dynamicznym i rozwojowym) albo w obrębie zdolności do podtrzymywania zabawy w czasie (Chazan, 2012). Zakłada się, że dziecko prezentujące ten styl zabawy dosyć wcześnie zaczęło polegać na kompetencjach swojego umysłu, żeby radzić sobie z nieprzyjemnymi afektami, utrwalając w ten sposób swój mechanizm radzenia sobie z nimi (Chazan, 2002b).

Wiązka mechanizmów borderline nazywana jest także jako sztywny/spolaryzowany styl zabawy (Chazan, 2002a), impulsywny styl zabawy (Chazan, 2009, 2012; Chazan i in., 2016) lub impulsywny/agresywny styl zabawy (Chazan i Kuchirko, 2017). Charakteryzuje się on brakiem ciągłości i modulacji afektu. Dzieci mogą nagle porzucać zabawę oraz prezentować sztywność w regulacji afektu (Chazan i Kuchirko, 2017). Charakterystyczne jest wyrażanie uczuć poprzez ruch i aktywność, które przeważają nad refleksyjnością. Dziecko – z powodu funkcjonowania głównie w oparciu o kanały motoryczne – często pomija niuanse związane z sytuacjami i interakcjami, przez to skupia się wyłącznie na własnych potrzebach (Chazan, 2012). Brak elastyczności i regulacji prowadzi do niepowodzeń w radzeniu sobie z trudnymi okolicznościami. W zabawie często pojawia się tutaj podział na dobrego i złego, zaabsorbowanie walką dobra i zła. W innych przypadkach odszczepiony aspekt agresywny przejawia się bezpośrednio w zachowaniu, bez przełożenia na wymiar symbolicznej reprezentacji (Chazan, 2009). Tendencja do działania może tutaj maskować uczucia oraz wrażliwość pacjenta (Chazan i in., 2016).

Wiązka psychotyczna wyraża się jako skrajnie zaniepokojony/odizolowany styl zabawy (Chazan, 2002a) albo zdezorganizowany styl zabawy (Chazan, 2009, 2012; Chazan i in., 2016; Chazan i Kuchirko, 2017). Charakteryzuje się skrajnym niepokojem, który kompletnie przytłacza dziecko. Te dzieci wydają się wycofane, nadmiernie zatopione we własnym wewnętrznym świecie. Mogą unikać interakcji z innymi, tak jakby kojarzyły interakcje społeczne tylko z bólem i zagrożeniem. Brakuje im spontaniczności, ciepła i radości z ludzkiego towarzystwa. W ich zabawie nie ma dających

się zrozumieć przez innych symboli, nie ma też w niej języka zrozumiałego dla obu stron konwersacji. Ten zdezorganizowany styl może wydawać się dziwaczny, tworząc poczucie, iż dziecko daje się łatwo przytłoczyć przez uczucia lub wydarzenia. Należy jednak podkreślić, że elementy tego stylu zabawy mogą pojawiać się u dzieci reprezentujących normę populacyjną – różnica polega na tym, że te dzieci są w stanie utrzymać aktywność zabawową w celu regulacji i modulacji doświadczanego afektu (Chazan, 2009).

Należy zauważyć, że dzieci mogą w pewnym odcinku czasu prezentować więcej niż jeden styl zabawy, odzwierciedlający określoną więźkę mechanizmów obronnych i radzenia sobie. Istotna jest tutaj analiza kontekstu, w którym dochodzi do zmiany stylu zabawy, co stanowi informację o funkcji, jaką pełni aktywność zabawowa u danego dziecka. Autorzy podkreślają, że analiza oparta o powyższe narzędzie odnosi się bardziej do analizy stanów dziecka, które mówią nam więcej o jego predyspozycjach, zainteresowaniach, relacjach, uczuciach i aktywnościach aniżeli o utrwalonych wzorcach (Chazan i in., 2016). Pozwala to wnioskować, iż obecność stylu zdezorganizowanego, impulsywnego/agresywnego lub obciążonego konfliktem/zahamowanego może przynależeć jako element całościowego przystosowawczego stylu radzenia sobie (Chazan i Kuchirko, 2017).

### 2.3.2. Świadomość

Drugim elementem analizy adaptacyjnej jest ocena u dziecka świadomości uczestniczenia w zabawie. Ten element jest istotny pod kątem funkcji lub celu zabawy samej w sobie (Chazan, 2000). Kryje się za nim założenie, że zabawa może służyć dziecku jako środek uzyskania zrozumienia świata społecznego i fizycznego (Chazan, 2002b). Poziom świadomości tego, że dziecko się bawi, można stwierdzić na podstawie kilku oznak. Świadomość zabawy może wyrażać się jako werbalne zaproszenie lub informacja o jej rozpoczęciu. Podobnie zmiana afektu – na bardziej radosny, figlarny, intensywny – sugeruje pewną zmianę relacji lub rzeczywistości subiektywnego doświadczenia dziecka, która następuje w wyniku świadomego zainicjowania zabawy. Charakterystyczne komunikaty niewerbalne w postaci kontaktu wzrokowego lub dotyku, wskazujące na to, że coś się zmieniło, bo zabawa się rozpoczęła, stanowią kolejny sygnał dla obserwatora. Dziecko może stać się bardziej introspekcyjne, skoncentrowane, co wiąże się z rozpoczęciem intymnej aktywności, jaką jest aktywność zabawowa; może ono też po prostu na bieżąco opowiadać o fabule zabawy lub nawet intencji jej kontynuacji, co z kolei sugeruje, że ma świadomość tego, co właśnie robi (Chazan i in., 2016).

## 3. Wzorzec aktywności dziecka w czasie

Ostatni poziom analizy dotyczy ciągłości lub nieciągłości zabawy na sesjach, którą można przeprowadzać na dwa sposoby. Pierwszy sposób to ocena tego, jak zmienia się zabawa dziecka między sesjami – psychoterapeuta zastanawia się nad tym, czy pojawia się jakaś szczególna ciągłość lub nieciągłość aktywności między sesjami. Drugi sposób odnosi się do samej sesji oraz jej segmentowania – psychoterapeuta może badać

czas trwania poszczególnych segmentów, aktywności niezabawowej, przedzabawowej, zabawowej oraz zakłóceń. Proporcja oraz rozmieszczenie tych segmentów może stanowić istotny aspekt procesu diagnostycznego, oceny progresu, regresji oraz analizy przeniesienia. Generalnie poziom ten służy ocenie postępów psychoterapii w czasie (Chazan, 2000).

## VI. Podsumowanie

Artykuł ten stanowi zarys podejścia technicznego w psychodynamicznej psychoterapii dzieci, stosowanego w Stanach Zjedoczonych. Został stworzony na podstawie zaleceń AACAP dla psychodynamicznie zorientowanych psychiatrów amerykańskich, pracujących psychoterapeutycznie z dziećmi. Celem zobrazowania sposobu analizy zabawy dziecka, stosowanego w ramach tego podejścia technicznego, zaprezentowano wybrane – zweryfikowane empirycznie i ciągle rozwijane – narzędzie do analizy aktywności dziecka na sesji. Artykuł ten ma stanowić prezentację psychodynamicznej techniki, diagnozy oraz pracy psychoterapeutycznej z dziećmi, której porównanie względem popularnej w naszej społeczności techniki pracy psychodynamicznej z dziećmi (Turyńska, Zaremba, 2014) może okazać się cenne w zakresie wspierania dyskusji oraz pogłębiania wiedzy na temat różnorodnych perspektyw teorii i techniki psychodynamicznej. Być może okaże się on pomocnym źródłem informacji dla psychoterapeutów psychodynamicznych dzieci, pracujących w ramach naszej społeczności, oraz dla superwizorów prowadzących superwizję psychoterapii psychodynamicznej dzieci.

## Literatura

- Caligor E., Kernberg O.F., Clarkin J.F., Yeomans F.E. (2018). *Psychodynamic Therapy for Personality Pathology. Treating Self and Interpersonal Functioning*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Chazan S.E. (2000). Using the Children's Play Therapy Instrument (CPTI) to measure the development of play in simultaneous treatment: A case study. *Infant Mental Health Journal*, 21(3), s. 211–221.
- Chazan S.E. (2002). *Profiles of Play. Assessing and Observing Structure and Process in Play Therapy*. London and New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Chazan S.E. (2002). Using the Children's Play Therapy Instrument to Measure Change in Psychotherapy: The Conflicted Player. *Journal of Infant Child and Adolescent Psychotherapy*, 2(3), 73–102.
- Chazan S.E. (2009). Observing Play Activity: The Children's Developmental Play Instrument (CDPI) with Reliability Studies. *Child Indicators Research*, 2, 417–436.
- Chazan S.E. (2012). The children's developmental play instrument (CDPI): a validity study. *International Journal of Play*, 1, 1–14.
- Chazan S.E., Kuchirko Y., Beebe B., Sossin K.M. (2016). A Longitudinal Study of Traumatic Play Activity Using the Children's Developmental Play Instrument (CDPI). *Journal of Infant Child and Adolescent Psychotherapy*, 15(1), 1–25.
- Chazan S.E., Kuchirko Y. (2017). The Children's Developmental Play Instrument (CDPI): An Extended Validity Study. *Journal of Infant Child and Adolescent Psychotherapy*, 16(3), 234–244.
- Cohen E., Chazan S., Lerner M., Maimon E. (2010). Posttraumatic Play in Young Children Exposed to Terrorism: An Empirical Study. *Infant Mental Health Journal*, 31(2), 159–181.

- Etchegoyen R.H. (1999). *Fundamentals of Psychoanalytic Technique*. London: Karnac Books.
- Hirsch I. (2015). *The Interpersonal Tradition. The Origins of Psychoanalytic Subjectivity*. London and New York: Routledge.
- Kernberg O.F. (2004). *Aggressivity, Narcissism and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship*. New Haven and London: Yale University Press.
- Kernberg O.F. (2018). *Treatment of Severe Personality Disorders. Resolution of Aggression and Recovery of Eroticism*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Kernberg P.F., Chazan S.E., Normandin L. (1998). The Children's Play Therapy Instrument (CPTI). Description, Development, and Reliability Studies. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 196–207.
- Kernberg P.F., Ritvo R., Keable H. (2012). Practice parameter for psychodynamic psychotherapy with children: the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(5), 541–557.
- Nowacki H. (2019). Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu dla zaburzeń osobowości w adolescencji – przegląd literatury. *Psychoterapia Psychodynamiczna w Polsce*, 6, 68–93.
- Turyńska U., Zaremba S. (2014). „Setting w pudełku” czyli o settingu w terapii dzieci. *Psychoterapia Psychodynamiczna w Polsce*, 1, 47–52.
- Yanof J.A. (2013). Play Technique in Psychodynamic Psychotherapy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 22, 261–282.
- Yeomans F.E., Clarkin J.F., Kernberg O.F. (2015). *Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu w leczeniu zaburzeń osobowości borderline*. Podręcznik kliniczny. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej.

Henryk Nowacki  
psycholog, psychoterapeuta w trakcie certyfikacji  
Krakowskie Centrum Psychodynamiczne  
henryk.nowacki@poczta.pl