

# "Tam gdzie było Id, powinno być Ego" – wywiad z Katarzyną Schier

*Katarzyna Schier jest psychologiem, psychoanalitykiem i psychoterapeutą psychoanalitycznym. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego i Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej. Pracuje z dorosłymi i dziećmi. Od wielu lat łączy pracę kliniczną z pracą na Wydziale Psychologii UW. Jest profesorem w Katedrze Psychologii Klinicznej Dziecka i Rodziny.*

**Anna Chrostowska-Buzun i Monika Jakubowicz:** Przygotowując się do tej rozmowy zastanawialiśmy się nad pytaniami, które mogą przyjść do głowy czytelnikom Biuletynu. Myślałyśmy o osobach, które będą czytać ten wywiad. Jeśli chodzi o nasze Towarzystwo to głównie będą to terapeuci pracujący z osobami dorosłymi, którzy mogą zastanawiać się jak wygląda i na czym polega psychoterapia psychoanalityczna dzieci i czym różni się od pracy z dorosłymi. Myślałyśmy również, że ten numer Biuletynu może trafić także do młodych osób zainteresowanych psychoterapią psychoanalityczną i stojących dopiero u progu wyboru kierunku swojego dalszego kształcenia i przyszłej pracy.

*Zaczynając od najbardziej ogólnego i w oczywisty sposób nasuwającego się pytania – na czym polega psychoterapia psychoanalityczna dzieci?*

**Katarzyna Schier:** Na czym polega terapia dzieci, co jest jej istotą? Pytanie elementarne, ale trudne zarazem. W podejściu psychoanalitycznym, oczywiście, podstawową zasadą jest to, że "tam gdzie było Id, ma być Ego". Ta sama zasada obowiązuje zarówno w pracy z dziećmi, jak i z dorosłymi. Kłopot w pracy z dziećmi polega na tym, że nie mamy do dyspozycji ich swobodnych skojarzeń, tylko w ich miejsce mamy do czynienia z zabawą. Sprawa się komplikuje dodatkowo, ponieważ druga, bardziej szczegółowa zasada, związana z tą pierwszą, jest taka, że "w miejsce działania czy rozgrywania ma pojawić się myślenie". W moim przekonaniu, jeśli podstawową formą aktywności, a zarazem komunikowania się dziecka ze światem, szczególnie małego, jest zabawa czyli działanie, to my nie możemy zmienić tej formy dla potrzeb pracy psychoanalitycznej, tylko oczywiście bawimy się z dzieckiem. Jeśli jesteśmy w kontakcie z nim, to zarazem w jakimś sensie jesteśmy w działaniu.

W tym miejscu bardzo wyraźnie ujawniają się różnice poglądów przedstawicieli odrębnych szkół w ramach podejścia psychoanalitycznego, które mniej lub bardziej uwzględniają udział terapeuty w zabawie z dzieckiem. Są takie orientacje, które mówią o tym, że najbardziej istotny jest dystans,

neutralność i obserwacja relacji terapeutycznej oraz aktywności dziecka. I są takie nurty, w których przyjmuje się, że analityk musi być w jakimś sensie także włączony w zabawę, ponieważ jest ona takim rodzajem dialogu, który dziecko potrafi prowadzić.

Z tym wiąże się dalsza myśl, taka, że o ile w pracy z osobami dorosłymi w pewnym sensie rekonstruujemy ich świat psychiczny, to znaczy aktualizowane są obiekty z przeszłości i praca "tu i teraz" w przeniesieniu ma funkcję podstawową, to w pracy z dziećmi jesteśmy, jak to się określa "nowymi obiektami", tzn. pozostajemy z dziećmi w realnym doświadczeniu interakcyjnym. Dziecko nie ma jeszcze domkniętej fazy tworzenia reprezentacji obiektu (oczywiście to zależy od wieku) i my jesteśmy dla niego swoistym elementem zupełnie nowego doświadczenia. Jest to zatem coś, co według mnie zdecydowanie różnicuje pracę z dziećmi od pracy z dorosłymi. Jest to proces budowania nowego rodzaju więzi psychicznej, gdyby odwołać się do terminologii teorii przywiązania Johna Bowlby'ego. Mówiąc wprost – ten nowy rodzaj doświadczenia interakcyjnego przekłada się potem na reprezentację psychiczną, czyli na wzór więzi. My na swój sposób włączamy się w ten proces tworzenia. Moim zdaniem, jest to i trudne, i fascynujące. Stajemy się częścią prawdziwie ważnego procesu rozwojowego innej, małej osoby.

Pewnie obie macie takie doświadczenia, że często mamy do czynienia z pacjentami, którzy nie doświadczyli wystarczająco dużo dobrych relacji w swoim życiu. My możemy im pokazać nasz (mam nadzieję – sic!) zupełnie inny umysł. Na przykład taki, który nie żąda od dziecka aktywności, przekraczających jego możliwości, który go nie uwodzi i nie sprawuje nad nim władzy absolutnej, czy taki, w którym się nie odwraca ról. W kontakcie z terapeutą dziecko nie musi się nim zajmować, nie musi go uspokajać, wytrzymać jego negatywnych uczuć albo, co gorsza, zaspakajać jego potrzeb, np. narcystrycznego pragnienia bycia podziwianym.

Moje doświadczenia kliniczne pokazują, że istnieją dzieci, które w pewnym sensie potrafią karmić

się kropelką, bo miały jakiś rodzaj relacji z "wystarczająco dobrym obiektem", wykraczający poza trudne często lub wręcz traumatyczne doświadczenia z podstawowymi opiekunami. Mogła to być oddana niania, babcia albo ciocia. Na tym fundamencie można budować. Wtedy kontakt z terapeutą, który jest tak inny od rodziców, staje się ważnym elementem leczącym. Inaczej jest oczywiście z dziećmi, które nie miały innych alternatywnych więzi poza przeżyciami (często chronicznymi) zaniedbania, przemocy lub wykorzystania w rodzinie. W odniesieniu do takich dzieci albo rodzin, prognoza musi być, oczywiście, bardzo ostrożna. Dla mnie najtrudniejsze są doświadczenia w kontakcie z bardzo osieroconymi dziećmi w rodzinach, w których pozornie wszystko wygląda wspaniale. W rodzinach intelektualistów, lekarzy, niestety też, w rodzinach psychoterapeutów. Często przemoc w stosunku do dzieci ma wówczas formę "przemocy w rękawiczkach". Znacznie trudniej do niej dotrzeć, choćby dlatego, że dziecko z całych sił chroni wyidealizowany wewnętrzny obraz opiekuna.

**MJ:** *Zastanawiam się, na ile ten aspekt realnego obiektu nie odnosi się również w jakimś sensie do dorosłych, bo chociaż w tym przypadku reprezentacje obiektów są utrwalone, to relacja terapeutyczna jest również dla nich rodzajem szczególnego doświadczenia z nowym obiektem.*

**KS:** Absolutnie się zgadzam. Także w tym aspekcie uważam, że to, jak spostrzegamy problem "realnego obiektu" zależy od orientacji w psychoanalizie, z którą się identyfikujemy. W tej chwili w środowisku trwają ożywione dyskusje na ten temat. Na przykład ostatnio wyszedł nowy podręcznik psychoanalizy pod redakcją Glena Gabbarda, Bonnie Litowitz i Paula Williama (Textbook of Psychoanalysis. Second Edition), w którym autorzy rozważają szczegółowo funkcję realnego obiektu. Odchodzi się przy tym od klasycznego rozumienia pojęcia "korektywnego doświadczenia emocjonalnego", które było czasami opatrzenie pojmowane jako rodzaj manipulacji w procesie terapeutycznym. W Polsce, jak wiadomo, dominuje zdecydowanie szkoła Melanie Klein. Tak to się historycznie rozwinęło i od dwudziestu lat teoria ta stanowi przeważający nurt teoretyczny. W tej szkole, o której psychoanalizyści mówią często jako o takiej, która jako jedyna w tak intensywny sposób analizuje kliniczne manifestacje popędu śmierci, nie ma wiele przestrzeni do myślenia o realnym doświadczeniu, czy jak to określają Kerry Novick i Jack Novick, o relacji z "nowym, rozwojowym obiektem". Ale w innych nurtach teorii psychoanalitycznej, na przykład w podejściu intersubiektywnym, jest zupełnie inaczej. Wtedy, jak myślę, różnica między rozumieniem istoty tego nowego obiektu w pracy z dziećmi i w pracy z dorosłymi nie jest już tak duża.

Tym, co także podstawowo różni pracę z dziećmi od pracy z dorosłymi jest to, że w pracy z dziećmi musimy się nieustannie odwoływać do dwóch czynników: do realnego kontekstu rodzinnego i do kontekstu rozwojowego. Rozważałam ten aspekt kiedyś teoretycznie wspólnie z Mariną Zalewską. Nie wyobrażam sobie żadnego psychoterapeuty dziecięcego w żadnej orientacji teoretycznej, który by nie miał pojęcia o rozwoju. Praca z dziećmi wymaga od nas, terapeutów dziecięcych, nieustannego porównywania wiedzy na temat patologii z wiedzą na temat rozwoju dziecka.

Psychoterapeuci (psychoanalizyści) dziecięcy muszą także mieć stałą świadomość tego, że dziecko stanowi część systemu rodzinnego. I tu znowu widoczna jest bardzo wyraźna różnica pomiędzy szkołami. Objasniając te różnice często cytuję tezę Melanie Klein, która mówiła "że z rodzicami powinno się pracować tak, żeby nie przeszkadzali". Z kolei Anna Freud reprezentowała inne stanowisko. Uważała, że u dzieci z poważnymi deficytami rozwojowymi trzeba stosować podejście rozwojowe, zarówno do dziecka, jak i do jego rodziny. Czyli trzeba także niekiedy modyfikować klasyczne rozumienie neutralności analityka, czy zalecenia o niewłączaniu rodziny w proces leczenia. Przedstawiałam te różnice w sposób bardziej szczegółowy w mojej książce z 2000 roku "Terapia psychoanalityczna dzieci i młodzieży: przeniesienie".

**ACh-B:** *Pomyślałam że to się wiąże z kwestią łączenia przeniesień, bo mamy wtedy do czynienia z przeniesieniem zarówno dziecka, jak i jego rodziców na terapeuta.*

**KS:** Nazywałam to zjawisko trójkątem przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowym. Myślę o nim podobnie jak przedwcześnie zmarły szwedzki psychoanalityk Johan Norman, którego bardzo cenię. Moim zdaniem taki trójkąt oznacza konieczność równoczesnego utrzymania w umyśle przeniesień dziecka i przeniesień jego rodziców. Na dodatek przeniesienia rodziców mogą być rozbieżne, np. wtedy, gdy są oni w konflikcie, bo się rozwodzą. W takich sytuacjach, zawsze, gdy zmagam się z tym fenomenem w pracy z dzieckiem i jego rodziną, to prawdziwie zazdroszczę kolegom, którzy identyfikują się z tezą, że rodzice w pracy analitycznej po prostu "nie powinni przeszkadzać". Myślę też wtedy niejednokrotnie o innych rozwiązaniach, takich, które czasem się sprawdzają, a czasem nie, kiedy to jeden analityk pracuje z dzieckiem, a drugi z rodzicami. Jeśli rodzina nie wyrazi zgody na kontakt analityków albo terapeutów obu stron, albo sami terapeuci są temu przeciwni z jakichś powodów, to praca z rodziną i praca z dzieckiem stanowią dwa zupełnie odrębne procesy. Wtedy konfrontacja z trójkątem przeniesieniowym i przeciwprzeniesieniowym w umyśle te-

rapeuty nie musi mieć miejsca. Z drugiej strony, oczywiście, gdy uda nam się utrzymać te przeniesienia w umyśle i proces terapii postępuje, to jest to bardzo twórcze doświadczenie. Dla wszystkich!

**MJ:** *Bardzo często myślę że w przypadku dziecka tak wiele czynników odgrywa rolę, że my może właśnie wpuszczamy tylko tę kropelkę a później ten rozwój już następuje.*

**KS:** To, że dziecko ma ogromny potencjał do rozwoju, do posuwania się do przodu też różnicuje tę pracę od pracy z dorosłymi. To jest dla mnie niezwykle. Dotyczy to zresztą nie tylko dzieci, ale również młodzieży. Trudne staje się natomiast wyraźne oddzielenie tego, jaką funkcję w procesie leczenia ma budowanie "nowej" więzi, interpretowanie przeszłych relacji oraz tego, jakie znaczenie ma ten wspomniany potencjał rozwojowy. Coraz częściej myślę o tym, że potencjał do rozwoju u dzieci jest bardzo duży, jeśli nie występuje wyraźne hamowanie rozwoju dziecka ze strony jego najbliższego otoczenia.

**ACh-B:** *Pomyślałam, że to się też odnosi do rodziców, bo taki jest sens spotykania się z rodzicami żeby im pomóc zrozumieć, co się dzieje z dzieckiem i z nimi jako rodzicami.*

**KS:** Odwołując się do orientacji teoretycznych, z którymi się najbardziej identyfikuję, czyli do współczesnego podejścia freudowskiego, teorii intersubiektywnych oraz, przede wszystkim, do teorii więzi psychicznej, myślę, że nie da się wyraźnie oddzielić pracy z dziećmi od pracy z rodzicami wtedy, kiedy mamy do czynienia z symbiotyczną konstelacją rodzinną. Na przykład u osób z niektórymi zaburzeniami psychosomatycznymi, choćby astmą oskrzelową, bardzo istotny jest problem zamazania, ale też przekraczania granic. W takiej sytuacji trudno wyobrazić sobie pracę tylko z jednym ogniwem, na przykład z dzieckiem. To trochę tak, jakby pracować tylko z jednym z bliźniąt Syjamskich. Praca z rodzicami także na swój sposób wskazuje im zupełnie nową "rozwojową" drogę, taką, która wychodzi poza symbiozę z dzieckiem.

**ACh-B:** *Skojarzyło mi się to z tym, o czym już kiedyś pisałaś w Biuletynie na temat swoich doświadczeń ze szkolenia w Niemczech, jak duże znaczenie oni tam kładą na wstępny etap diagnozy i prognozy.*

**KS:** To jest niezwykle ważne i bardzo mi tego brakuje w Polsce. Uważam, że u nas zbyt mało mówi się o prognozie. To by odbarczyło wielu młodych kolegów, którzy podejmują się pracy z ciężko zaburzonymi osobami. Ponieważ w Niemczech kasy chorych finansują psychoterapię (zarówno dzieci, jak i dorosłych), to osoba prowadząca leczenie musi na-

pisać szczegółowy raport, w którym przedstawia nie tylko swoje rozumienie symptomów, mechanizmów zaburzenia, opisuje status medyczny pacjenta, uzasadnia wybór metody terapii i czas jej trwania, ale także szczegółowo charakteryzuje prognozę. Ta prognoza dotyczy zarówno pracy z dzieckiem, jak i pracy z rodzicami. Pojawiają się wtedy takie pytania jak: "W jakim stopniu rodzice są gotowi do zmian? ", "Czy zmiana w systemie rodzinnym spowoduje, że pojawi się inna osoba, która będzie delegowana do rozgrywania problemu? " itp.

W Niemczech jest jeszcze jeden ważny element w szkoleniu, związany z uczeniem się stawiania diagnozy i prognozy. Kandydat jest dopuszczony do prowadzenia pacjenta w terapii albo w analizie (zarówno dorosłego, jak i dziecka), o ile przedstawi wcześniej określoną liczbę przeprowadzonych szczegółowych wywiadów diagnostycznych. W ten sposób uczy się też tego, jakie wskazania do leczenia są najlepsze dla danego pacjenta z uwzględnieniem jego sytuacji życiowej, rodzinnej oraz, rzecz jasna, ze specyfiką jego problemów wewnątrzpsychicznych.

**ACh-B:** *Ta prognoza jak rozumiem dotyczy długości leczenia i uznania do jakiego rodzaju terapii kwalifikuje się dana osoba...*

**KS:** Po jakimś czasie leczenia trzeba było zdawać Kasie Chorych (a tym samym Komisji Szkoleniowej) sprawozdanie z jego przebiegu, czyli w pewnym sensie się rozliczać. Zdarzało się też, że pacjent był już po wstępnej diagnozie kwalifikowany do innego rodzaju terapii, niż ten, który reprezentował diagnosta. Myślę, że to prawdziwa sztuka, jeśli osoba wykształcona psychoanalitycznie uważa, że pacjent bardziej by skorzystał np. z terapii behawioralno-poznawczej. Po pierwsze, trzeba mieć wiedzę na temat innych kierunków psychoterapii, a po drugie, trzeba wyjść z pozycji osoby, która myśli, że wyłącznie jej metoda może być pomocna.

To mi nasuwa inną myśl. Pojawia się pytanie, które można zadać – co daje praca z dziećmi? Moim zdaniem uczy ona nieprawdopodobnie dużej pokory. Odpowiedzialność za dziecko i odpowiedzialność za pracę z rodziną każe zachować dystans do wyobrażenia o własnej wszechmocy.

**MJ:** *Czy myślisz że są takie typy zaburzeń w przypadku których psychoterapia psychoanalityczna sprawdza się najlepiej i takie, w których ta metoda ma jednak ograniczenie?*

**KS:** Niełatwe pytanie. Myślę, że to znowu zależy bardzo od orientacji, którą się reprezentuje i z którą się identyfikuje. Dobrze ilustruje ten problem przykład pracy z dziećmi z zaburzeniami psychotycznymi i dziećmi z autyzmem. Są takie podejścia, które mówią, że jeśli chodzi o ten rodzaj zaburzeń prognoza

jest bardzo ostrożna i są takie (na przykład teoria Melani Klein, czy teoria Wilfreda Biona), zgodnie z którymi dzieciom z takimi deficytami rozwoju można zdecydowanie pomóc poprzez psychoanalityczną formą oddziaływania.

Jest jednak takie zaburzenie, które zostało opisane w psychoanalitycznej klasyfikacji chorób psychicznych PDM (*Psychodynamic Diagnostic Manual*) z 2006 roku, które zdaniem autorów tej klasyfikacji, nie poddaje się leczeniu. Ani psychoanalitycznemu ani żadnemu innemu. Są to osoby z osobowością sadystyczną. Zysk z regulowania własnych stanów wewnętrznych poprzez dręczenie innych ludzi, może być tak duży, że dana osoba nie ma żadnej motywacji do zmiany. Może zachodzić jedynie coś, co jest pseudo-zmianą. Moje doświadczenia kliniczne wskazują też na to, że podobne trudności w pracy z dziećmi pojawiają się wtedy, gdy ich opiekunowie są osobami o cechach osobowości psychopatycznej. Więc jeśli w rodzinie jest rys sadystyczny lub psychopatyczny, to prognoza powinna być bardzo powściągliwa.

A na marginesie chciałam powiedzieć, że prawdziwie się cieszę, że amerykańskie środowisko psychoanalityczne podjęło trud stworzenia klasyfikacji PDM. Bardzo często z niej korzystam. W tej klasyfikacji jest kilka obszernych rozdziałów poświęconych diagnozie zaburzeń u dzieci – od małych dzieci po młodzież. Autorzy PDM przyjmują, inaczej, niż w większości obowiązujących klasyfikacji chorób psychicznych oraz podręczników psychopatologii rozwojowej, że już u dzieci można diagnozować zaburzenia osobowości. Dotychczas przyjmowano, że jest to możliwe tylko u młodzieży, czyli najwcześniej po 15 roku życia.

**MJ:** Wracając jeszcze do osobowości sadystycznej. Myślisz, że w przypadku rodzin, w których jest rys sadystyczny ostrożna prognoza powinna dotyczyć też dziecka?

**KS:** Nancy McWilliams, która jest bardzo ceniona przez amerykańskich psychoanalityków, chociaż sama nie skończyła szkolenia IPA, mówi bardzo wyraźnie i wprost, że sadystyczna osobowość nie podlega zmianom. W Centrum Anny Freud opracowano zasady terapii "zorientowanej na rozwój". Przyjmuje się, że u dzieci z poważnymi deficytami rozwoju, obejmującymi zaburzenia regulacji emocji, trudności tworzenia relacji z innymi, problemy w budowaniu reprezentacji siebie i innych, zaburzenia rozwoju moralnego, kreowania adekwatnego poczucia sprawczości, skuteczności, itp. pomocna może być bardzo intensywna praca z samym dzieckiem, polegająca na tworzeniu z nim niejako alternatywnej czyli, jak powiedziałyśmy wcześniej, "nowej" więzi psychicznej. Tyle, że w rodzinach, w których rodzice mają poważne zaburzenia osobowości nie tylko ze

spektrum *borderline*, ale też ze spektrum psychotycznego, dzieci mogą zwyczajnie nie trafić do takiej terapii.

Myślę również, że jak każde uogólnienie i to ma swoje pułapki. W końcu jest to zjawisko ogólnie obserwowalne, pewnie też macie takie doświadczenie, że każdy z nas jakoś bardziej "czuje" jakiś rodzaj pacjentów, co wynika oczywiście z naszych własnych doświadczeń, z postępów lub braku postępów we własnych analizach w określonych obszarach itp. Ostatnio nie mogłam się nadziwić, że znajoma psychoterapeutka "lubi" pacjentów narcystycznych i chętnie z nimi pracuje. Ja mam inne preferencje.

**MJ:** Czyli że można byłoby powiedzieć, że jakimś wyznacznikiem, czy też ograniczeniem do pracy z określonymi pacjentami jest własna osobowość terapeuty?

**KS:** Dana osoba może po prostu czuć się lepiej (pewniej) w kontakcie z danym rodzajem pacjentów. W odniesieniu do pacjentów określanych jako bardzo zaburzeni przez jedynych terapeutów, inni terapeuci mogą być bardziej optymistyczni, jeśli idzie o diagnozę i prognozę, a tym samym, mogą okazać się bardziej pomocni.

Nancy McWilliams jako oczywistość przyjmuje to, że psychoterapeuci psychoanalityczni i psychoanalitycy najczęściej mają osobowość depresyjną. Moim zdaniem najgorsze, co się może pacjentowi zdarzyć, to odwrócenie ról w procesie terapii. Jest to taka sytuacja, w której pacjent miałby się zajmować na przykład depresją swojego analityka, jego okrucieństwem lub narcyzmem. I jeszcze by musiał za to płacić. Brr! To jest oczywiście retraumatyzacja i to dotyczy zarówno pracy z dziećmi, jak i z dorosłymi.

**ACh-B:** Pomyślałam jeszcze o tym, że patrzy się też jakoś na możliwości i potrzeby pacjenta zwłaszcza w przypadku pacjenta dziecięcego – jaką ma rodzinę, czy jest możliwość współpracy, czy można pracować tylko z samym dzieckiem, żeby mu pomóc.

**KS:** Są takie wyniki badań empirycznych, prowadzonych intensywnie w ostatnich latach (choćby przez zespół badaczy związany z Peterem Fonagy'm), które ujawniają, że dziecko buduje odmienny rodzaj więzi z każdym rodzicem. Może ono mieć ufną wzór przywiązania z jednym rodzicem, a lękowy z drugim. Sztuka polega na tym, żeby znaleźć taką osobę w rodzinie (nawet czasem w dalszej rodzinie), z którą dziecko mogło zbudować, choćby fragmentarycznie, elementy ufnego przywiązania. Chodzi mi nie o realną osobę, ale o jej reprezentację w umyśle dziecka. Na tym można dalej bazować. To jest dla mnie frażującą, taką trochę pracą detektywistyczną. Mam osobistą małą obsesję, związaną z poszukiwaniem przysłowiowych dobrych niań.

**ACh-B:** *A jak to było z rozwojem psychoterapii psychoanalitycznej dzieci w Polsce?*

**KS:** Ponad dwadzieścia lat temu grupę osób, która rozpoczęła rozwijanie myślenia psychoanalitycznego stanowiły w dużej mierze osoby, które pracowały równoległe zarówno z dorosłymi, jak i z dziećmi. To jest taki polski fenomen. Wszyscy goście "ze świata", którzy wtedy do nas przyjeżdżali byli zachwyceni tym, że jesteśmy młodzi (kandydaci w szkoleniu psychoanalitycznym są ogólnie rzecz biorąc coraz starsi) i że pracujemy z dziećmi. I w związku z tym łączenie pracy z dziećmi i z dorosłymi to był nurt, który istniał od początku. Kolejne pokolenie naturalnie "weszło" więc także w psychoterapię dziecięcą.

Drugi specyficzny element jest moim zdaniem taki, że wśród "pionierów" było dużo osób z wykształceniem humanistycznym czyli głównie psychologów, socjologów i pedagogów, co wcale nie jest regułą w innych krajach. Lekarze w tej polskiej grupie odeszli od medycyny, żeby zajmować się psychoanalizą. Na przykład w Niemczech wśród psychoanalityków jest proporcja pół na pół, jeśli chodzi o lekarzy i psychologów. Tam w każdej grupie seminaryjnej i klinicznej w szkoleniu są lekarze, którzy wnoszą wiedzę na temat biologicznego funkcjonowania człowieka oraz wiedzę medyczną do dyskursu o pacjentach. Myślę, że ta specyfika, jeśli idzie o pierwotne zawody, bardzo ukształtowała nasze środowisko. Mnie osobiście niezwykle brakuje lekarzy wśród psychoanalityków i psychoterapeutów psychoanalitycznych, którzy wnosiliby inny rodzaj myślenia i inny rodzaj wiedzy, tak ważnej na przykład dla rozumienia osób z zaburzeniami psychosomatycznymi, którym zajmuję się szczególnie intensywnie w mojej pracy teoretycznej i klinicznej.

**ACh-B:** *Jak można rozumieć fakt, że przez tyle lat nie powstawało żadne szkolenie z terapii dzieci, a wszyscy się skupili na szkoleniu w psychoanalizie dorosłych, choć tak jak mówisz, początkowo wiele osób pracowało zarówno z dorosłymi jak i z dziećmi?*

**KS:** Obecnie istnieje w Polskim Towarzystwie Psychoanalitycznym szkolenie w zakresie psychoanalizy dzieci, ale z tego co wiem, kandydaci mają ogromne trudności, aby je skończyć, ponieważ wymogiem tego szkolenia są psychoanalizy dzieci prowadzone 4 razy w tygodniu. I to dzieci w różnym wieku. Zmotywowanie rodziców do tego, żeby przyprowadzali dziecko na analizę 4 razy w tygodniu, jeśli nie jest to dziecko psychotyczne lub autystyczne, jest niezwykle trudnym zadaniem. Natomiast dlaczego przez tyle lat nie powstało szkolenie w zakresie psychoterapii psychoanalitycznej dzieci i dopiero teraz pojawiają się takie próby, to jest pytanie otwarte. Nie znam na nie odpowiedzi.

Jedna rzecz, która mi przychodzi do głowy jest dosyć prozaiczna, mianowicie to, że praca z dziećmi jest pracą trudniejszą od pracy z osobami dorosłymi. Jest bardziej obciążająca, chociażby fizycznie, jeśli oczywiście nie siedzi się w fotelu, tylko jest się z dziećmi bardziej w interakcji, w ruchu. Dysproporcja między osobami pracującymi z dorosłymi i dziećmi widoczna jest także na konferencjach międzynarodowej federacji psychoanalitycznej. W IPA jest około 12 tysięcy psychoanalityków. Na Kongresy IPA, najciekawsze tematycznie, przyjeżdża około 2 tysięcy osób. Ostatnio pięć lat temu w Berlinie było 3 tysiące osób i to był rekord, jeśli chodzi o udział psychoanalityków w kongresie. Ale należy dodać, że byli to w przeważającej większości koledzy pracujący z dorosłymi. Przez wiele lat były próby stworzenia oddzielnych kongresów psychoanalizy dziecięcej. Byłam na dwóch z nich, w Sztokholmie i w Amsterdamie, gdzie z trudem udało się zachęcić do przyjazdu mniej niż 300 psychoanalityków dziecięcych z całego świata. To pokazuje problem!

**MJ:** *Zastanawiam się, jak można byłoby wytłumaczyć, dlaczego wymogi dotyczące szkolenia w psychoterapii psychoanalitycznej dzieci są dużo wyższe, niż to jest w przypadku szkolenia w psychoterapii psychoanalitycznej dorosłych. Tak jest na przykład według kryteriów EFPP.*

**KS:** Myślę, że tu chodzi o tę konieczność uwzględnienia wiedzy zarówno dotyczącej rozwoju, jak i dynamiki rodzinnej. I najczęściej, w wielu orientacjach teoretycznych w psychoanalizie praca z dziećmi, jak o tym mówiłyśmy na początku, wymaga modyfikacji techniki leczenia. Kandydaci muszą się tego nauczyć. Bo także wtedy, gdy stosuje się tzw. "parametry", czyli właśnie dostraja technikę do potrzeb pacjenta i jego rodziny, to nadal obowiązuje podstawowa zasada pracy zorientowanej psychoanalitycznie, czyli to, aby "tam gdzie było Id pojawiło się Ego".

Poza tym, elementem, który zawierają szkolenia w obrębie psychoterapii psychoanalitycznej i psychoanalizy w innych krajach, na przykład w Niemczech, jest kurs i często też staż z psychiatrii. Czyli uwzględniony jest aspekt medyczny. Kandydaci mają też obowiązek poznania innych orientacji, nie tylko psychoanalitycznych. To są nowe tendencje w zakresie szkolenia psychoanalitycznego.

**ACh-B:** *Czy mogłabyś powiedzieć, jakie są najnowsze trendy w zakresie nie tylko szkoleniowym, ale i w obszarze psychoterapii analitycznej dzieci?*

**KS:** Mogę powiedzieć o tym, co się dzieje w niemieckim środowisku. Ostatnio jest bardzo intensywna dyskusja na temat diagnozy w odniesieniu do klasyfikacji diagnostycznych. W Niemczech powstała specjalna psychoanalityczna klasyfikacja diagno-

styczna, podobna do wspomnianej już PDM, zarówno dla dorosłych, jak i dla dzieci. Jest duża dyskusja nad tym, czy jest ona przydatna, czy nie. Jej krytyka polega na tym, że jest ona dosyć eklektyczna teoretycznie.

To się wiąże z kolejnym elementem, to znaczy te klasyfikacje są budowane w odniesieniu do wyników badań empirycznych, odwołujących się do teorii psychoanalitycznych. Myślę, że to jest coś, co w Polsce będzie musiało się też pojawić jako temat do dyskusji – problem badań empirycznych.

Badania dotyczą, ogólnie mówiąc, dwóch rzeczy. Pierwsza kwestia to sprawa oceny skuteczności psychoterapii psychoanalitycznej lub psychoanalizy. To jest bardzo ważne w odniesieniu do myślenia o finansowaniu psychoterapii przez kasy chorych. Wiem, że aktualnie w Warszawie w Szpitalu Wolskim są prowadzone badania porównawcze przebiegu i rezultatów terapii behawioralno-poznawczej i psychoanalitycznej. Koledzy dostali grant i porównują te metody. Ale to dotyczy terapii dorosłych. W Niemczech od kilku lat porównuje się skuteczność terapii dzieci, prowadzonych w różnych nurtach. Uzyskiwane wyniki są podstawą do tworzenia takich klasyfikacji diagnostycznych, o których mówiłam.

Drugi nurt badań empirycznych, który jest bardzo ważny dla rozwoju teorii, i to jest to, co ja próbuję robić, to jest odwoływanie się do psychoanalizy jako bazy teoretycznej i wykorzystywanie narzędzi z innych dziedzin nauki. W moim przypadku są to metody psychologiczne, które stosuje do badania mechanizmów zaburzeń psychosomatycznych. To jest coś nad czym środowisko psychoterapeutów dziecięcych w innych krajach bardzo dyskutuje – czy zajmowanie się badaniami empirycznymi może powodować niebezpieczeństwo odejścia od klinicznego myślenia analitycznego? Krytycy takiego podejścia uważają, że psychoanaliza zmieniając perspektywę, wiążąc się na przykład z metodologią psychologiczną, zatraci własną tożsamość. Argument strony przeciwnej jest z kolei tak, że jeśli środowisko osób prowadzących terapie zorientowane psychoanalitycznie nie będzie prowadzić i promować badań naukowych, to po prostu zwyczajnie zginie, bo straci kontakt z rzeczywistością społeczną.

W tej chwili dosyć aktywnie dyskutowane jest w gronie psychoterapeutów psychoanalitycznych pracujących z dziećmi to, od czego zaczęłyśmy naszą rozmowę, czyli kwestia tworzenia relacji z nowym obiektem w czasie procesu psychoanalitycznego i jego związek ze zjawiskiem rekonstrukcji relacji z obiektem.

Także inny aspekt przychodzi mi do głowy. Na nowo odżywa problem regulacji emocji, który był rozwijany wiele lat temu (w latach siedemdziesią-

tych i osiemdziesiątych XX. wieku) m. in. przez Henry'ego Krystala, psychoanalityka, lekarza, przedstawiciela psychoanalitycznie zorientowanej medycyny psychosomatycznej. Potem było trochę ciszy w tym obszarze i teraz ta problematyka wraca ponownie. Za rok, latem, będzie w Pradze Kongres IPA, gdzie jedno z głównych plenarnych wystąpień będzie poświęcone regulacji afektu. Ciągłe aktualna jest też tematyka symbolizacji i mentalizacji, czyli teoria Petera Fonagy'ego. Uważam, że jest to badacz i klinicysta, który wykonał nieprawdopodobną pracę dla przybliżenia psychoanalitycznego myślenia o dzieciach szerszemu kręgowi odbiorców. Psychoanalizie przywrócił zaś na nowo teorię przywiązania Johna Bowlby'ego. Byłam kiedyś na rewelacyjnym wykładzie Fonagy'ego, gdy ktoś z kolegów powiedział, że sprawił on, że Bowlby'ego już nie wypada dewaluować w świecie psychoanalitycznym. A było to regułą od lat sześćdziesiątych! Uważam, że to niezwykła osoba. Bardzo twórcza. Nie spotkałam nikogo, kto by nie mówił o jego teorii mentalizacji z szacunkiem, nawet jeśli się z nią nie zgadza.

Jeszcze jeden element wydaje mi się znaczący. Mam wrażenie, że we współczesnej psychoterapii psychoanalitycznej dzieci znacznie częściej, niż przed laty rozważa się aspekt wpływu szeroko rozumianej kultury. Ma to nie tylko związek z koniecznością ustosunkowania się do zmian modelu rodziny, wzrostu liczby rozwodów, powstawania rodzin patchworkowych itp., ale łączy się także z tendencją do uwzględniania ogólnego kontekstu otoczenia, w jakim żyje dziecko. Prowadzi się analizy uwarunkowań życiowych rodzin emigrantów i mniejszości etnicznych, dzieci wychowywanych w krajach, w których trwa wojna lub stały konflikt społeczny. W Niemczech np. coraz częściej podejmuje się dyskusję nad ceną psychiczną, jaką przychodzi płacić dzieciom i wnukom osób uwikłanych w reżim nazistowski a także w reżim komunistyczny w byłej NRD. Nie chodzi tylko o rodziny ofiar, bo o tym napisano już wiele, ale o rodziny (dzieci i wnuki) sprawców, czyli współtwórców systemów przemocy. Często, jak pokazują wyniki badań, kolejne pokolenia przejmują w takich sytuacjach okrutną część struktury psychicznej rodziców, traktując ją jako własną. To wynik działania, tak przekonująco opisanego przez Annę Freud, mechanizmu identyfikacji z agresorem.

**ACh-B:** *Jest jeszcze neuropsychoanaliza, która też odnosi się do rozwoju.*

**KS:** No właśnie. Badania mózgu, które są przekładane na myślenie o więzi. Nie wiem, czy znacie książkę Sue Gerhardt *Znaczenie miłości. Jak uczucia wpływają na rozwój mózgu?* Autorka pisze w niej o tym, jak kształtuje się mózg w kontekście więzi.

Neurony w prawej półkuli mózgu matki pod wpływem tysięcy epizodów interakcyjnych uruchamiają, "odpalają" neurony prawej półkuli mózgu dziecka i tak – w skrajnym uproszczeniu tę złożoną kwestię ujmując – kształtuje się więź. Gerhardt mówi też o tym, co się dzieje, jeśli nie ma dostrojenia w relacji opiekun – niemowlę. Przytacza wyniki badań empirycznych i ilustracje kliniczne, które objaśniają to, jak tworzą się procesy zapalne (prowadzące do rozwoju różnych chorób), w sytuacji, gdy jest podwyższony poziom hormonu stresu, który nie może być neutralizowany w ramach "wystarczająco dobrej relacji". To jest naprawdę fascynujące.

**ACh-B:** *To taki obszar u początku rozwoju dziecka, który rodzice najczęściej określają "on się taki urodził". Nie widzi się jeszcze wzajemnego współoddziaływania.*

**KS:** Nie ma w Polsce tradycji sięgania do psychologii prenatalnej, która w innych krajach intensywnie się rozwija. Jest jasne, że dziecko w łonie matki przeżywającej stres doświadcza jej emocji, zarówno w sensie psychicznym, jak i fizjologicznym. Czasem trudno zatem oddzielić to, co jest przekazywane genetycznie, od tego, co jest wynikiem wpływu środowiska. Mnie się bardzo podoba odpowiedź Allana Schore'a na pytanie "co decyduje o jakiejś określonej charakterystyce danego człowieka: natura czy kultura?" Schore odpowiada: w 100% jedno i w 100% drugie.

**ACh-B i MJ:** *Czy terapeuta pracujący z dziećmi powinien mieć jakieś określone cechy? Predyspozycje?*

**KS:** Pierwsza kwestia, to pytanie o to, czy terapeuta dziecięcy powinien mieć dzieci czy nie. Odpowiedź jest prosta – to nie jest dobrze sformułowane pytanie. Melania Klein miała troje dzieci, Anna Freud żadnego, a obie były pionierkami psychoanalizy dziecięcej. Nie da się porównać ich wkładu do psychoanalizy, obie były wielkimi indywidualnościami.

Na pewno wiadomo, że terapeuta dziecięcy raczej nie powinien pracować z dziećmi w wieku swoich dzieci, bo wtedy dosyć trudno jest zachować dystans. Wielu kolegów mówi, że praca z dziećmi w wieku ich dzieci utrudnia im pracę, chociaż nie musi tak być.

Myślę, że psychoterapeuta dziecięcy zwyczajnie i po prostu powinien lubić dzieci. I nie powinien się ich bać. Spotykam wielu studentów psychologii, którzy się boją dzieci. Boją się, bo ich nie rozumieją. Bo czują się bezradni. Bo myślą, że dzieci coś będą chciały od nich, a oni często nie mają ochoty niczego nikomu dawać. Sami są niejednokrotnie dużymi dziećmi.

Terapeuta pracujący z dziećmi powinien potrafić zmieniać własne stany umysłu, mieć łatwość poru-

szania się w obszarze od Ja obserwowającego do Ja współodczuwającego.

Powiedziałabym – mieć gotowość i zdolność do regresji. Jeśli w trakcie terapii bawi się z dzieckiem czyli "działa", to oczywiście jest się w regresji, ale musi się potrafić zachować jednocześnie to Ja obserwujące.

**MJ:** *Czyli można powiedzieć, że potrzebny jest dostęp do własnej dziecięcej części?*

**KS:** Bardzo ważna rzecz – dostęp do własnej dziecięcej części bez konieczności, czy potrzeby projektowania własnych stanów na dziecko. Trzeba umieć utrzymać (a może raczej, wytrzymać) wspomniany wcześniej trójkąt przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowy w umyśle, a nie rozgrywać go, czyli nie inscenizować w interakcji z rodziną dziecka.

Myślę też, że terapeuta pracujący z dziećmi musi mieć coś, co nazywam, niezależnie od tego czy ma czy nie ma dzieci, podstawową zdolnością do funkcji macierzyńskiej, do wystarczająco dobrego macierzyństwa. Jest to zdolność rozumienia tego, co to znaczy być dorosłym w kontakcie z dzieckiem. Też w tym kontekście jest to zdolność do wyjścia z roli. Na przykład jeśli czteroletniemu dziecku chce się siusiu w czasie sesji, to trzeba pomóc mu w toalecie, a nie zajmować się sobą, rozważając czy to jest "analityczne" czy "nieanalityczne". Wtedy odchodzi się od dziecka, a zwraca wewnątrz do swoich autorytetów, które coś kiedyś nakazywały albo czegoś zakazywały. Do tego, według mnie, jest potrzebna ta wspomniana funkcja macierzyńska. Myślę, że ważna jest umiejętność płynnego przechodzenia od bycia w relacji z dzieckiem do wycofywania się do myślenia o nim.

**ACh-B:** *Przechodzenia z jednego stanu umysłu do drugiego.*

**KS:** Dla mnie to jest bardzo ważne. To jest ten element, który daje mi ogromną przyjemność w pracy z dziećmi. Podobnie jak w pracy z dorosłymi, w relacji z dziećmi i młodzieżą niezwykłą przyjemnością jest także kontakt nieświadomego z nieświadomym. Kiedy czasem po prostu niejako czyta się umysł drugiego człowieka. Nie znam wielu innych, równie twórczych doświadczeń.

Jest jeszcze jedna rzecz, która wydaje mi się elementarna, a o której się często zapomina. Terapeuta dziecięcy i młodzieżowy, podobnie jak terapeuta pracujący z dorosłymi, musi być zdolny do pracy żałoby. Musi mieć zdolność do radzenia sobie ze stratą, jakkolwiek by ona nie była, na poziomie umysłu – i to własnego, a nie innych ludzi. To wcale nie jest oczywiste. Najgorsze, co się może zdarzyć pacjentowi to, jak powiedziano wcześniej, retraumatyzacja

w procesie terapii. Może jej sprzyjać sytuacja, w której terapeuta nie jest w stanie pomóc pacjentowi w takim radzeniu sobie z psychicznym bólem, który obejmuje pracę umysłu i funkcji psychicznych, bo sam nie jest do takiej pracy w pełni zdolny. Zamiast pracy żaloby u pacjenta reakcją na utratę (np. śmierć) może być wtedy wyłącznie rozegranie w działaniu, połączone ze stosowaniem pierwotnych mechanizmów obronnych, takich jak zaprzeczanie, regulacja emocji przez wykorzystanie innych ludzi (np. ich dewaluacja lub, jak to określa Marina Zalewska – psychiczne unicestwienie), stosowanie substancji chemicznych albo niszczenie własnego ciała. To bardzo trudne i nie wiem, jak o tym mówić w procesie szkolenia. Zazwyczaj czuję się po prostu bezradna.

**MJ:** *Zastanawia mnie, kiedy słyszę od niektórych terapeutów "ja bym się bał lub bała pracować z dziećmi" czy "ja nie rozumiem dzieci". Zastanawiam się jak to jest, że jedni mają takie nastawienie a inni nie.*

**KS:** Może boją się regresji i swojej dziecięcej części, bo w pracy z dziećmi, jak mówiłyśmy wyżej, w jakimś sensie trzeba mieć do niej dostęp. To, co mi się wydaje tak inspirujące w pracy z dziećmi, to jest twórczy aspekt tej pracy. Uważam, że twórczość w jakimś sensie jest wpisana w naturalną ekspresję dziecka. Czasem jednak jest ona zahamowana, tak jak rozwój dziecka jest zahamowany.

**MJ:** *Pomyślałam, że w pracy z dziećmi widzę pewien potencjał, który w mniejszym stopniu widzę w pracy z dorosłymi. Potencjał jeśli chodzi o możliwość zmiany, jaka może nastąpić.*

**KS:** Często się mówi, że ta praca jest w związku z tym gratyfikująca. Dlatego, że dzieci potrzebują mniejszych impulsów z zewnątrz, żeby mogły się rozwijać. Warunkiem są, oczywiście, sprzyjające okoliczności zewnętrzne i postępy procesu terapii.

Myślę też, że dzieci – choć ta teza dotyczy bardziej zdrowych dzieci lub dzieci z mniej poważnymi deficytami rozwojowymi, są osobami w relacji z którymi nie można się kierować wizerunkiem, ani niczego udawać. Dzieci po prostu wiedzą i czują, gdy się z nimi próbuje w coś grać. To tak przyjemnie być sobą. A według mnie wcale nie często zdarza się to nam w życiu społecznym.

**MJ:** *A co byś powiedziała młodemu terapeutom, którzy będą czytać ten Biuletyn i którzy się zastanawiają czy zacząć pracować z dziećmi?*

**KS:** Myślę o istocie "wystarczająco dobrej motywacji" do zawodu, jaką jest zainteresowanie psychi-

kę drugiej osoby – dziecka. Mówiliśmy też o gratyfikacji płynącej z samego procesu. Oczywiście trafiają się dzieci, z którymi jest nudno, bo przez pół roku gra się tylko w *Chińczyka* albo takie, z którymi praca jest bardzo ciężka, bo mają duży opór. Albo bardzo chore dzieci, np. psychotyczne, które mocno cierpią.

Problem w pracy terapeuty, co dotyczy zarówno pracy z dziećmi, jak też z dorosłymi, jest taki, że jak się zaczyna działać w relacji naprawdę super fajnie, to pacjent jest zdrowy i odchodzi. Ale z tym liczymy się wszyscy. I musimy, jak sądzę, być do tego przygotowani. André Haynal powiedział kiedyś, że psychoanalitycy uczą się, dzięki nieustannie odchodzącym pacjentom, radzić sobie z utratą.

Młodym kolegom chciałabym też powiedzieć, że od dzieci można się bardzo dużo nauczyć. Ja to robię na potęgę.

Każdy z nas pracując w tym zawodzie też jakoś odnosi to co robi do siebie i swojej przeszłości, czyli czerpie także dla siebie, osobiście. Jest oczywiście różnica między tego rodzaju czerpaniem, a nadużyciem, czyli tym, co określiłam jako odwrócenie ról. Więc myślę, że w pracy z dziećmi i młodzieżą można także zyskiwać rozumienie siebie i swoich przeszłych i aktualnych relacji.

Myślę również, że w większości przypadków bezpośrednio i najczęściej oparte na autentyczności funkcjonowanie dzieci otwiera dorosłych na zupełnie nowe doświadczanie rzeczywistości. Na przykład w mojej pracy dydaktycznej ze studentami, jeśli podaję przykłady kliniczne, to czerpię głównie z pracy z dziećmi. To są przykłady, które są zabawne, niecodzienne, fascynujące. Pamiętam jak kiedyś opowiadałam o procesie kończenia psychoterapii. Mówiłam, że jak się coś kończy, to ludzie lubią zostawić jakiś znak po sobie. Podałam przykład grupy kilkorga dzieci, z którymi spotykałam się w Ośrodku Psychoterapii przy Wydziale Psychologii UW. W danym dniu na spotkaniu była trójka dzieci, które powiedziały że na koniec sesji (kończącej jednocześnie dwuletni cykl spotkań grupowych), zostawią swój ślad. No i jeden ośmioletni chłopiec ściągnął skarpetę i odrysował na papierze swoją stopę. Powiedział, że to jest właśnie znak, że on już kończy terapię i dał mi tę stopę. I ja teraz tę papierową stopę pokazuję następnym pokoleniom, czyli studentom. Wszyscy rozumiemy od razu, co znaczy ten znak. No i ja przechowuję tę jego stopę jak skarb, bo ona jest wskaźnikiem tego, jak to jest, gdy kończy się relacja.

**ACh-B i MJ:** *Może to dobry moment żeby zakończyć – bardzo dziękujemy za rozmowę.*