

Zastosowanie techniki eksternalizacji w systemowej terapii dziecka doświadczającego lęku¹

ANNA GULCZYŃSKA*

Wydział Studiów Edukacyjnych, Uniwersytet Adama Mickiewicza, Poznań, Polska

Głównym celem tego artykułu jest przedstawienie sposobu pracy w podejściu systemowym z wykorzystaniem techniki eksternalizacji. Technikę tę zastosowano w pracy z rodziną, w której dziecko doświadczyło zaburzeń lękowych. Artykuł ma dostarczyć zarówno teoretycznych informacji na temat ogólnych zasad prowadzenia rodzinnej terapii systemowej, jak i zaprezentować wskazówki, które pozwolą wykorzystać je w praktyce.

SŁOWA KLUCZOWE: eksternalizacja, pedagogika, psychologia, terapia systemowa, zaburzenia lękowe u dzieci.

Wprowadzenie

Współczesny – ponowoczesny świat jest niejednorodny, zmienny i nieprzewidywalny, choć to, co wydaje się jego pewnym wspólnym mianownikiem, to dążenie do sukcesu, kariery, sławy i władzy. Jak pisze Zbyszko Melosik: „w kulturze współczesnej silnej i »konkurencyjnej« w swojej istocie orientacji na sukces w życiu osobistym i zawodowym towarzyszy upowszechnianie obsesyjnego marzenia wejścia w rolę gwiazdy czy celebryty. Marzenie to jest »nakręcane« przez niekończące się przypadki kreowania coraz to nowych i nowszych sezonowych czy wręcz jednorazowych gwiazd, gwiazdek, gwiazdeczek w toku korowodu programów telewizyjnych typu – nazwę to ironicznie – »taniec w obłokach«” (Melosik, 2013, s. 100). Dążenia takie, w określonej rzeczywistości społecznej, obarczone są piętnem zmęczenia, rezygnacji z ja, a czasami także chorób i zaburzeń psychicznych. Choć trudno ustalić, co jest jednoznaczną przyczyną, a co bezdyskusyjnym skutkiem, wzrost zachorowalności na choroby i zaburzenia psychiczne w ostatnich latach obserwuje się zarówno w grupie dorosłych, młodzieży, jak i dzieci. Fakt ten dotyka nie tylko same dzieci i ich rodziny, ale wpływa też na funkcjonowanie dzieci w szkole i ich relacje rówieśnicze, a także możliwość nauki. Najczęstszymi zaburzeniami diagnozowanymi w grupie dzieci są zaburzenia lękowe, nazywane też zaburzeniami internalizacyjnymi. Oznacza to, że pewne trudne stany emocjonalne

¹ Dziękuję panu Jerzemu Stanisławowi Jakubowskiemu za wszystkie inspiracje.

doświadczane przez jednostkę nie znajdują bezpośredniego ujścia w zachowaniu, ale są przeżywane bardziej w sposób bierny, a behawioralne wskaźniki to częściej wycofanie, zamknięcie niż ujawniane na zewnątrz zachowania agresywne czy przemocowe. Zatem ważnym jest, aby podczas działań terapeutycznych to, co dzieje się w wewnętrznym świecie dziecka, co zostało uwewnętrznione i zinternalizowane, wydobyć na zewnątrz, symbolicznie oddzielając chorobę czy trudność od dziecka jako osoby. Stąd ogromna rola semantyki i mówienia o: „dziecku z lękiem” albo „dziecku doświadczającym lęku”, bardziej niż „o dziecku lękowym”. Ów „zabieg językowy” oznacza, że dziecko doświadcza lęku lub zachowuje się w określony sposób w pewnych momentach, a nie, że takie jest. Pozwala to również dostrzec szerszy kontekst i wydobyć te momenty czy dłuższe okresy funkcjonowania, kiedy dziecko nie doświadcza lęku, zachowuje się w sposób dla niego zwyczajny czy, jak często mówią rodzice, „normalny”. Ta zmiana językowa – obecna przynajmniej w myśleniu – rodziców czy nauczycieli przyczynić może się do zauważenia tych wszystkich obszarów lub konkretnych sytuacji, w których nie ma lęku. Zaproponowany sposób myślenia i pracy wykorzystany może być w całości przez psychoterapeutów czy terapeutów lub w pewnych jego fragmentach – przez psychologów i pedagogów szkolnych, a także samych nauczycieli. W wersji przedstawionej poniżej można go stosować w poradniach lub ośrodkach socjoterapeutycznych, natomiast wykorzystując tylko samą technikę eksternalizacji – w szkołach oraz wszędzie tam, gdzie z racji ograniczeń systemu nie można prowadzić psychoterapii czy terapii. Eksternalizacja jest techniką, która pomaga „wydobyć na zewnątrz” ten fragment obaw dziecka, który został zinternalizowany w wyniku rozwoju zaburzeń lękowych. Pozwala ona oddzielić dziecko jako osobę od jego zachowania. Umożliwia wydobywanie zasobów dziecka i odkrycie, w jaki sposób dzięki stosowaniu znanych sobie zabiegów myślowych czy zachowań – jest w stanie pokonać lęk. Ten lęk nie jest nim, jest czymś/kimś, co można wydobyć na zewnątrz, a dzięki temu – dziecko może podjąć działania zmierzające do stoczenia bitwy nie przeciw sobie, ale przeciw zewnętrznemu obiektowi. Egzemplifikacją techniki eksternalizacji jest przedstawiony przypadek Tomka – chłopca doświadczającego lęku. W pierwszej kolejności opisana będzie specyfika zaburzeń lękowych występujących u dzieci, w następnej – znaczenie podjęcia rodzinnej terapii systemowej. Przedstawione zostaną także kolejne etapy pracy z rodziną z dzieckiem doświadczającym lęku z użyciem techniki eksternalizacji. Technika eksternalizacji może być również stosowana samodzielnie – jako określony sposób pomocny dziecku w radzeniu sobie z lękiem, pod warunkiem przyjęcia przez terapeutę czy nauczyciela adekwatnych – przedstawionych poniżej – sposobów myślenia o teorii, z której wynika dana technika. Nie można bowiem stosować procedur, jeśli nie zna się procesu.

Zaburzenia lękowe wśród dzieci – postaci kliniczne, etiologia

Ustalenie precyzyjnych danych dotyczących skali rozpowszechniania jakiegoś zjawiska jest bardzo trudne. Owa trudność szczególnie uwidacznia się w przypadku chorób i zaburzeń psychicznych u dzieci. Stan taki wynika z kilku faktów. Choroby i zaburzenia psychiczne są traktowane nadal jako wstydlive, tym bardziej te, które występują u dzieci i młodzieży (Eaton, Ohan, Stritzke i Corrigan, 2016; Muris, 2015; Walters, 2018). W przypadku zaburzeń niepsychotycznych często trudno ustalić arbitralną linię, jakie zachowanie mieści się w granicach normy rozwojowej, a jakie jest już zaburzeniem czy chorobą. Liczba specjalistów zajmujących się pomocą dzieciom i młodzieży – zarówno w postaci psychologów i pedagogów szkolnych (Najwyższa Izba Kontroli, 2017), psychoterapeutów, jak i psychiatrów jest zbyt

mała w stosunku do potrzeb (Naczelna Izba Lekarska, 2019). Coraz powszechniejsze jest ukrywanie, szczególnie przez starsze dzieci i młodzież, swoich trudności przed dorosłymi i szukanie rozwiązań w Internecie lub wśród znajomych. Zaburzenia lękowe u dzieci często mają objawy somatyczne, stąd zdarza się, że pomoc terapeutyczna czy psychoterapeutyczna następuje po całej serii badań biochemicznych. Wbrew pierwszemu wrażeniu, nie jest to zła sytuacja, ponieważ zwiększa komfort pracy – zarówno rodziców, jak i terapeutów, stanowi ważną i zweryfikowaną badaniami informację: to dziecko jest somatycznie zdrowe, mimo że jego cierpienie często wiąże się z ciałem czy też z objawami pochodzącymi z ciała. Wybrane dane, które przytoczone będą poniżej, są jedynie pewną egzemplifikacją zjawiska, jakie stanowią zaburzenia lękowe u dzieci, ponieważ powstały w oparciu o zgłoszone – najczęściej w ramach pomocy psychiatrycznej – przypadki. Nie ma zatem pełnych danych mówiących o skali rozpowszechnienia zaburzeń lękowych w grupie dzieci, które nie zostały objęte pomocą. Zaburzenia lękowe znajdują się, zgodnie z propozycją Thomasa M. Achenbacha (Wolańczyk, 2002), w grupie zaburzeń internalizacyjnych, związanych z problemami osobowościowymi, zahamowaniem, lękiem, nadmierną kontrolą. Behawioralnymi wskaźnikami wysokiego poziomu zinternalizowania norm wewnętrznych może być przesadna ostrożność i znaczne podporządkowywanie się, trudności w relacjach interpersonalnych, postawa bierna. Pozbawia to dziecko dostępu do swoich mocnych stron, zasobów, ogranicza możliwość działania, a przez to – pozbawia sprawczości i odzyskania adekwatnego poczucia kontroli.

W statystycznych zestawieniach dotyczących zaburzeń lękowych u dzieci uwzględnia się podział na zaburzenia zgodnie z obowiązującą jeszcze w Polsce Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych, rewizja 10, (ICD-10) oraz amerykańskim Diagnostycznym i Statystycznym Podręcznikiem Zaburzeń Psychiczych, rewizja 5, (DSM-5). Poniżej w Tabeli 1 przedstawiono zestawienie zaburzeń z obu systemów diagnostycznych.

Tabela 1

Zestawienie porównawcze zaburzeń lękowych według ICD-10 i DSM-5

ICD-10	DSM-5
Lęk przed separacją w dzieciństwie	Separacyjne zaburzenia lękowe
Uogólnione zaburzenia lękowe	Zaburzenia lękowe uogólnione
Lęk społeczny w dzieciństwie Fobia społeczna	Společne zaburzenia lękowe (fobia społeczna)
Zaburzenia lękowe w postaci fobii w dzieciństwie Zaburzenia lękowe w postaci fobii	Fobia swoista
Zaburzenia lękowe z napadami lęku	Zaburzenia paniczne
Mutyzm selektywny	Mutyzm selektywny
Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
Zaburzenia stresowe pourazowe	Pourazowe zaburzenia stresowe

Źródło: na podstawie Popek, (2017).

Zgodnie z danymi zebranymi przez Lidię Poppek (Poppek, 2004, 2017), wyniki badań epidemiologicznych prowadzonych w Stanach Zjednoczonych, w Nowej Zelandii i w Europie określają rozpowszechnienie zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży na 6-20%, co stawia je w grupie najczęściej występujących zaburzeń psychicznych w tej grupie. U dzieci poniżej 12. roku życia najrzadziej występuje lęk napadowy, najczęściej lęk separacyjny ze szczytem zachorowań między 7. a 9. r.ż. W grupie młodzieży najbardziej rozpowszechniony jest lęk społeczny (0,3-13,1% i z tendencją wzrostową wraz z wiekiem). Uogólnione zaburzenia lękowe rozpoczynają się między 8. a 9. rokiem życia z tendencją wzrostową wraz z wiekiem, a ich rozpowszechnienie ocenia się na 0,5-7,1%. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne pojawiają się między 6-11. r.ż., a ich rozpowszechnienie szacuje się na 0,35-4%. Rozpowszechnienie mutyzmu selektywnego jest niskie, w populacji dzieci i młodzieży to 0,02%. Zgodnie z najnowszymi ustaleniami, występowanie zaburzeń lękowych u dzieci można przypisać w 30-40% uwarunkowaniom biologicznym (Hettema, Neale i Kendler, 2001; Koszycki, Taljaard, Bielajew, Gow i Bradwejn, 2019; Murray, Creswell i Cooper, 2009), jednak czynnikami spustowymi dla wystąpienia objawów są uwarunkowania środowiskowe. W poniższym tekście analizie zostaną poddane tylko czynniki rodzinne. Wiele badań wskazuje na wysoką zależność pomiędzy zaburzeniami lękowymi u dzieci a występowaniem ich w przeszłości lub w chwili obecnej u ich rodziców, inne akcentują specyficzny styl funkcjonowania rodzin, zaznaczając jednak dwustronną zależność: dziecko z zaburzeniami lękowymi – system rodziny. Stwierdzono również wzrost zaburzeń lękowych u rodziców, których dzieci cierpiały na zaburzenia lękowe w porównaniu z rodzicami dzieci rozwijającymi się w sposób normatywny. Wskaźnik zachorowań w ciągu całego życia wynosił u matek od 46% do 83%, a u ojców od 30% do 45% w grupie z dzieckiem z zaburzeniami lękowymi, w porównaniu z 15-38% u rodziców dzieci rozwijających się bez zaburzeń (Clefberg i Öst, 2016; Cooper, Fearn, Willetts, Seabrook i Parkinson, 2006; Hughes, Furr, Sood, Barmish i Kendall, 2009; Last, Hersen, Kazdin, Francis i Grubb, 1987).

Niezwykle interesujące, w kontekście prezentowanego poniżej podejścia terapeutycznego, są wyniki badań Liesbeth G. E. Telman (Telman, Van Steensel, Maric i Bögels, 2018) i współpracowników, które wskazały, że:

- dzieci z zaburzeniami lękowymi miały ponad dwa razy częściej rodziców z zaburzeniami lękowymi. Autorzy sugerują, że w badaniach dzieci posiadających zaburzenia lękowe powinno się uwzględnić transfer zaburzeń lękowych w rodzinie i przeszłe lub aktualne zaburzenia lękowe u rodziców,
- ci sami autorzy nie stwierdzili, aby rodzeństwo dzieci z zaburzeniami lękowymi było bardziej narażone na zaburzenia lękowe, co tłumaczy hipoteza indywidualnej podatności dziecka i wspomniane predyspozycje biologiczne,
- rodzice z zaburzeniami lękowymi mogli być w różny sposób podatni na lękowe zachowania swojego dziecka (na przykład doświadczanie dziecka jako bardzo bezbronnego), w związku z czym mogą traktować swoje dziecko inaczej niż inne dzieci, na przykład stosując nadmierną ochronę, co wzmacnia patomechanizm zaburzeń lękowych.

Separacyjne zaburzenia lękowe u matki są skorelowane z wysokim poziomem zaburzeń lękowych u dzieci, co więcej, wszyscy ojcowie dzieci z separacyjnymi zaburzeniami lękowymi mają sami owe separacyjne zaburzenia lękowe. Separacyjne zaburzenia lękowe są dość częste i wielu autorów sugeruje terapię rodzinną z uwagi na zaobserwowany

mechanizm społecznego dziedziczenia tego zaburzenia w rodzinie (Bögels i Perotti, 2011; Bögels i Phares, 2008; Knappe, Beesdo-Baum, Fehm, Lieb i Wittchen, 2012; Ma, Roberts, Winefield i Furber, 2015).

Zgodnie z danymi zebranymi przez cytowanych wcześniej Liesbeth G. E. Telman z zespołem (Telman i in., 2018), zaburzenia lękowe uogólnione występowały częściej u tych dzieci, których matki cierpiały na zaburzenia lękowe uogólnione. Co więcej, dzieci z zaburzeniami lękowymi uogólnionymi częściej miały matki z zaburzeniami lękowymi, a dzieci z zaburzeniami separacyjnymi częściej ojców z zaburzeniami lękowymi. Autorzy konkludują, że mechanizmy przenoszenia lęku z ojca na dziecko różnią się od mechanizmu przenoszenia z matki na dziecko i/lub że matki i ojcowie inaczej reagują na niepokój u dziecka. Dziecko z zaburzeniami lękowymi uogólnionymi wywołuje większy niepokój u matki, podczas gdy dziecko z zaburzeniami przywiązania wywołuje większy niepokój u ojca. Zaznaczają też dwukierunkowość związku pisząc, że być może ojcowie wykazują mniej ciepła, ponieważ ich dziecko jest niespokojne społecznie i/lub ich dziecko staje się bardziej niepewne społecznie w związku z czym ojcowie wykazują mniej ciepła i więcej odrzucenia. Z kolei, być może matki dzieci z uogólnionymi zaburzeniami lękowymi przekazują dzieciom swoje niespokojne myśli i zachowania specyficznymi i niespecyficznymi oddziaływaniami i/lub że matki dzieci z uogólnionymi zaburzeniami lękowymi czują się bardziej zaniepokojone, gdy ich dziecko martwi się i wyraża niepewność.

Tezę o wyższym poziomie i większej częstotliwości występowania zaburzeń lękowych u tych dzieci, których rodzice zmagają się z tymi zaburzeniami potwierdziło wiele badań i metaanaliz (Beidel i Turner, 1997; Drake i Ginsburg, 2011, 2012; Whaley, Pinto i Sigman, 1999). Stwierdzono też, że podwyższone objawy u dzieci wiązały się z takimi uwarunkowaniami rodzinnymi jak:

- wysoki poziom konfliktów w rodzinie (Bögels i Brechman-Toussaint, 2006; Van der Giesen, Colonnese i Bögels, 2019; Wood, McLeod, Sigman, Hwang i Chu, 2003).
- wzmożony nadzór rodzicielski i nadopiekuńczość (Barrett, 1998; Barrett, Dadds, Rapee i Ryan, 1996a; Ginsburg i Schlossberg, 2002; McLeod, Wood i Weisz, 2007).
- modelowanie zachowań lękowych oraz wzmacnianie zależności lub pozwalanie dziecku na uniknięcie sytuacji wywołujących lęk (Barrett, Dadds, Rapee i Ryan, 1996b; Borkovec, Alcaine i Behar, 2004).

Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny

Początki terapii systemowej wiążą się z pracą z rodziną/rodzinami, stąd często błędnie terapię systemową uważa się za ekwiwalent terapii rodzinnej. Terapię rodzin można stosować we wszystkich głównych podejściach terapeutycznych (Goldenberg i Goldenberg, 2006), jednak najbardziej znane jest jej ujmowanie systemowe. Oznacza to, że u podstaw systemowej terapii rodzin leżą założenia teorii systemów, a nie fakt pracy z większą grupą osób (systemem rodzinnym). Terapia systemowa rozwijała się zarówno w okresie modernistycznym, jak i postmodernistycznym, a w obszarze jej zainteresowań były i są rodziny, pary, a także same jednostki. Najważniejszym jest jednak stosowanie systemowego myślenia i systemowej metodyki pracy podczas terapii w ujęciu systemowym.

Terapia systemowa zmieniała się i nadal się zmienia. Można zatem mówić o jej ewolucji (Chrzastowski i De Barbaro, 2011; Goldenberg i Goldenberg, 2006; Gulczyńska, 2020). W ramach podejścia systemowego coraz bardziej powszechne jest też odwoływanie się do

autorów i ich koncepcji, mających wspólne postmodernistyczne, w tym konstruktywistyczne postrzeganie świata i procesów w nim zachodzących. Należy tu wspomnieć szczególnie terapię narracyjną oraz podejście skoncentrowane na rozwiązaniach. Pewien transfer metod, technik i narzędzi jest możliwy, ponieważ wspomniane podejścia wywodzą się z tych samych podstaw filozoficznych czy też socjologicznych.

Terapeuta systemowy, pracujący z rodziną często wie, który z modeli pracy z rodziną, jest mu najbliższy i uważany przez niego za najbardziej pomocny. Poniżej przedstawiono zebrane, pewne ogólne zasady ważne w systemowej terapii rodzin (Cecchin, 1995; Chrzastkowski i De Barbaro, 2011; Corey, 2001; Deissler, 1998; Goldenberg i Goldenberg, 2006; Górniak, 2003; Ludewig, 2020; Jakubowski, 2012, 2013; Ludewig, 1995; Minuchin i Fishman, 1981; Namysłowska, 2000; Opoczyńska, 2007; Prochaska i Norcross, 2006; Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin i Prata, 1995; Tyjarska, 2006):

- a) rodzina to system emocjonalno-relacyjny (emocjonalny, ponieważ odnosi się do sił, które motywują system, a relacyjny, gdyż następują w nim procesy komunikacji, związane z wymianą interakcji i relacji w systemie),
- b) rodzina to system społeczny, składający się z powiązanych elementów, oddzielony od zewnętrznego kontekstu granicami,
- c) rodzina jako system jest czymś więcej niż sumą składających się nań elementów,
- d) rodzina składa się z podsystemów, mających hierarchiczną organizację (np. nadrzędny system rodziców – ustalających zasady funkcjonowania w rodzinie i ponoszących za to odpowiedzialność i podsystem dzieci), a także utworzonych w oparciu o jakiś – istotny w danym momencie – element (np. podsystem pasjonaci pływania w rodzinie, na który składać może się jeden rodzic i dziecko), zatem każdy członek rodziny może być elementem wielu podsystemów równocześnie, mających organizację wertykalną lub horyzontalną,
- e) rodzina jako system społeczny pozostaje w licznych i dynamicznych kontaktach z innymi systemami społecznymi, rodzaj owych interakcji zmienia się w zależności od etapu rozwoju rodziny i rodzaju zachodzących w niej zmian,
- f) rodzina – przechodząc przez kolejne etapy rozwoju rodziny i jej członków, dąży do zachowania pewnej, charakterystycznej dla tej rodziny, równowagi – homeostazy,
- g) rodzina sama decyduje, w jakie interakcje wchodzi z otoczeniem i na jakich zasadach, wynika to z potrzeby utrzymywania w rodzinie samoregulacji i zachowania stałości, pomimo zmian zewnętrznych,
- h) rodzina jest systemem autopoetycznym (samostwarzającym się, samoregenerującym się, wydzielonym z tła) oraz autoreferencyjnym (odnoszącym się do siebie, co oznacza pewne zamknięcie na zewnątrz),
- i) w rodzinach występują dwa główne sposoby reagowania na pojawiające się zmiany: morfostaza (korygująca odchylenie od norm, utrudniająca pojawianie się zmian, oparta o sprzężenie zwrotne ujemne) i morfogeneza (proces przyjmowania i uruchamiania zmian, oparty o sprzężenie zwrotne dodatnie),
- j) w zdrowych rodzinach następuje elastyczne dostosowywanie się do zmian – z zachowaniem ciągłości rodziny – czyli równoważenie procesów morfostazy i morfogenezy,
- k) rodziny rozwijają na swoje sposoby radzenie sobie z zaburzoną równowagą w rodzinie; mogą być one funkcjonalne lub niefunkcjonalne, czego przykładami są: konflikt między małżonkami, dysfunkcja jednego z członków rodziny, projekcja rodzinna czy też odcięcie emocjonalne jednego bądź kilku członków rodziny,

- l) im niższy poziom zróżnicowania pomiędzy jednostką a rodziną, tym wyższy poziom lęku w systemie rodzinnym. Owo „zróżnicowanie ja” to zdolność człowieka do rozgraniczania pomiędzy procesami intelektualnymi a emocjonalnymi oraz uniezależnienie od uczuć osób otaczających, zwłaszcza rodzin. Zazwyczaj u dzieci i młodzieży obserwuje się częściej fuzję (inaczej też nazywaną jako „stapianie się”), a zróżnicowanie jest na poziomie niższym,
- m) zaburzenie u jednego członka rodziny oznacza dysfunkcję całego systemu, ponieważ często system organizuje się wokół problemu,
- n) pracować należy z całym systemem, w tym przypadku z całą rodziną – nie tylko z pacjentem noszącym dany objaw, pamiętając jednocześnie, że system rozwiązań nie musi wynikać z systemu problemów,
- o) podejmując terapię indywidualną, ingeruje się w system rodzinny,
- p) wgląd nie jest potrzebny do zmiany, zmiana członka systemu rodzinnego uzależniona jest od zmiany systemu czy też kontekstu życia rodziny,
- q) procesy intrapsychiczne członków rodziny są produktem wzajemnych relacji,
- r) diagnoza relacji w rodzinie powstała w umyśle terapeuty, jest tylko jego konstruktem, nie jest więc obiektywna i niezależna; to, co myśli, jak odczuwa dana osoba jest jej prawdą i rzeczywistością, obiektywny świat nie istnieje,
- s) posiadanie wiedzy o danej jednostce chorobowej jest ważne, jednak nie może przysłonić człowieka, u którego występuje dane zaburzenie. Każdy doświadcza tego w swój sposób, dana osoba może zmienić opowieści o sobie, kiedy ustali nowy sposób widzenia choroby i nada jej nową perspektywę, stare sprawy stają się inne, niektóre znikają, a nowe się pojawiają,
- t) w psychoterapii/terapii systemowej nie zmienia się człowieka, ale pracuje się nad zmianą systemu pojmowania problemu i reguł obowiązujących w systemie,
- u) terapeuta/psychoterapeuta to specjalista od takiego prowadzenia rozmowy, aby dać klientowi/pacjentowi impulsy do przemyśleń, które zakłócą dotychczasowy sposób myślenia i odczuwania, w terapii systemowej ma miejsce pobudzenie systemu do nadania problemowi innego sensu,
- v) dekonstrukcja problemu dokonuje się poprzez zmianę sensu i rozwijanie nowej historii, tyle jest znaczeń, ile historii opowiedzianych, każdy człowiek nadaje znaczenia, różne w różnych momentach, warto je znać, a także zmieniać, poszerzać, przyglądać się, kiedy i jakie zazwyczaj się tworzą,
- w) w nowej historii, do której zachęca rodzinę terapeuta, znaczenie ma wydobywanie zasobów, znajdujących się w tej rodzinie oraz podejmowanie ryzyka zmian,
- x) terapeuta nie ma bezpośredniego wpływu na pacjenta/klienta – może czynić pewne propozycje i mieć nadzieję, że pobudzi to klienta do zmiany, działania dyrektywne są często nieskuteczne, można stworzyć jedynie pewne warunki do zmiany,
- y) terapeuta systemowy jest członkiem systemu, z którym pracuje, pozostając jednocześnie poza tym systemem,
- z) ważnymi składnikami umożliwiającymi efektywne prowadzenie spotkania jest zachowanie przez terapeutę postawy neutralności (wobec wartości, poglądów oraz rozwiązań klienta) oraz zaciekawienia (poszukiwanie alternatywnych punktów widzenia, będących bardziej użytecznymi dla klienta), a także pozycja niewiedzy (unikanie rad, „złotych recept”, klient jest ekspertem od swojego życia, terapeuta jest ekspertem od procesu terapii).

Eksternalizacja – podstawy teoretyczne i przykład praktycznego zastosowania

Nawiązując bezpośrednio do tematu artykułu – bodźcem do zmiany w przypadku lęku jako zaburzenia interioryzacyjnego może być praca z zastosowaniem techniki eksternalizacji. Technika ta została zapożyczona z terapii narracyjnej i znajduje zastosowanie w terapii systemowej. Jej korzenie sięgają prac Michaela White'a (White, 1988) i Davida Epstona (Epston i White, 1992). Dzięki niej możliwym jest symboliczne „wyprowadzenie problemu na zewnątrz” osoby. Jak pisze Barbara Józefik (Józefik, 2003), to problem staje się problemem, a nie osoba czy też, jak konkludują Szymon Chrzęstowski i Bogdan de Barbaro (Chrzęstowski i De Barbaro, 2011, s. 128), eksternalizacja polega na „językowym umieszczeniu” problemu klienta na zewnątrz niego”. Umożliwia to doświadczenie problemu jako czegoś odrębnego od człowieka, dzięki czemu możliwym jest podjęcie w stosunku do tak umieszczonego problemu określonych działań. Jak piszą Sallyann Roth i David Epston (Roth i Epston, 1996a, s.149): „Eksternalizacja nie jest postrzegana jako operacja techniczna lub metoda. Jest to praktyka językowa, która pokazuje, zaprasza i przywołuje generatywne i pełne szacunku sposoby myślenia i przebywania z ludźmi, którzy starają się rozwinąć relacje, które woleliby mieć z problemami, które powodują u nich dyskomfort”.

Igor Rotberg (Rotberg, 2020, s. 212) stwierdza: „Kiedy rozmawia się o problemach w eksternalizujący sposób, wydają się one mniej trwałe i mniej ograniczające. Oddzielenie od problemów sprawia, że dla ludzi bardziej widoczne stają się własne umiejętności, zdolności, zainteresowania, kompetencje i cele. A im bardziej są one widoczne, tym bardziej stają się dostępne dla ich posiadaczy”. W przypadku pracy z młodzieżą „stosowanie terapii – opartej o postmodernistyczne założenia, z użyciem rozmów eksternalizujących – zapewnia nastolatkom to, co dla nich ważne – poczucie niezależności, możliwość decydowania, planowania własnego życia, przy uwzględnieniu ich dynamicznej interakcji z otaczającym kontekstem” (Gulczyńska, 2020).

Zastosowanie eksternalizacji w pracy z dziećmi stanowi, w pewnym sensie, naturalne dopasowanie do sposobu, w jaki dziecko kształtuje swoją tożsamość – poprzez próby i eksperymentowanie z nowymi tożsamościami oraz sposobem, w jaki się bawi. Praca z eksternalizacją z dzieckiem może stanowić jedną z zabaw w „udawanie”, choć jak pisze Vivian Paley (za: Freeman, Epston i Lobovits, 1997), słowo „udawanie” często wprowadza dorosłego w błąd, dla dziecka natomiast jest to jednak zgodne z jego etapem rozwojowym, a zastosowany zabieg językowy, pozwala odkryć tajemniczy świat jego myśli. Eksternalizacja jako technika pracy z dzieckiem stosowana jest nie tylko w terapii narracyjnej (Cattanach, 2006; Stiefel, Anson i Hinchcliffe, 2017), ale także terapii zabawą (Goodyear-Brown, 2010; Ullmann, 2016) czy terapii z użyciem metafory eksternalizacji (McGuinty, Armstrong i Carriere, 2013; McGuinty, Armstrong, Nelson i Sheeler, 2012), (*externalizing metaphors therapy* – EMT).

Zdaniem Alice Morgan (Morgan, 2011), podejmując pracę z użyciem eksternalizacji, opisać można zarówno działania podejmowane przez problem wobec klienta, jak i działania podejmowane przez klienta wobec problemu. Poniżej w Tabeli 2 przedstawiono przykłady takich działań dostosowane do grupy dzieci.

Tabela 2

Przykłady dwustronnych działań dziecko – problem

Działania podejmowane przez problem wobec dziecka	Działania podejmowane przez dziecko wobec problemu
<ul style="list-style-type: none"> ▪ co problem zazwyczaj robi, ▪ sposoby, w jakie działa, ▪ sztuczki, jakich używa problem, ▪ jakie kłamstwa i oszustwa stosuje, ▪ kogo lub co udaje, ▪ jego cele, plany, zamiary, marzenia, ▪ kumple i kumpele problemu, ▪ wiedza tajemna, która jest w posiadaniu problemu, ▪ myśli myślane przez problem, ▪ odczucia doświadczane przez problem. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sposoby odbierania władzy problemowi, ▪ sprzeciwianie się wobec problemu, ▪ walka z problemem, ▪ ignorowanie problemu, ▪ sztuczki w stosunku do problemu, ▪ blokowanie problemu, ▪ utrudnianie problemowi życia, ▪ ośmieszanie problemu, ▪ uczenie problemu dobrych manier, ▪ obserwowanie problemu, ▪ wysyłanie problemu na wakacje, ▪ organizowanie problemowi innych zajęć.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Chrzęstowski i de Barbaro, 2011, s. 130; Morgan, 2000, s. 25–26 i 29–30.

Szymon Chrzęstowski i Bogdan de Barbaro (Chrzęstowski i De Barbaro, 2011) zachęcają, aby stosować eksternalizację ostrożnie, niemechanicznie, poznając cały kontekst, w którym dzieje się dany problem.

Na bazie opisanych powyżej teoretycznych założeń – terapii systemowej i techniki eksternalizacji, przedstawione zostanie praktyczne ich zastosowanie w pracy z dzieckiem doświadczającym lęku i jego rodzicami. Warto zaznaczyć, że nieco odmiennie, z uwagi na etap rozwojowy i specyfikę dynamiki zmian, pracuje się z adolescentami z zaburzeniami lękowymi (Gulczyńska, 2020).

Opis przypadku

Przypadek: Tomek, lat 9, jest w III klasie szkoły podstawowej. Jego rodzice są małżeństwem, matka pracuje w biurze, ojciec jest handlowcem. Początkowo chłopiec reagował silnym bólem brzucha, który zaczynał się w niedzielne popołudnie i trwał do wieczora. Czasami w związku z tym nie szedł w poniedziałek do szkoły, w domu zostawała z nim mama albo siostra matki ze swoim kilkumiesięcznym dzieckiem. Tomek został przebadany przez lekarza pediatrę, który wykluczył somatyczne podłoże choroby, zasugerował wizytę u psychologa. Rodzice na pierwsze spotkanie przyszli razem, zaniepokojeni stanem chłopca. Powiedzieli również, że po wizycie u pediatry Tomek przyznał, że boi się chodzić do szkoły. Była to dla nich sytuacja nowa, ponieważ uważali, że jest on odważnym chłopcem, lubianym przez kolegów i koleżanki, bez problemów z nauką. W pierwszej kolejności ustaliłam, jaki jest cel ich wizyty i na co mają w związku z nią nadzieję. Po sformułowaniu wstępnego celu, jakim było pozbycie się przez Tomka lęku, co dla

nich oznaczać będzie większy komfort życia – zarówno indywidualnego, jak i w rodzinie, przeszłam do kolejnych etapów spotkania. Rodzice zdziwili się, kiedy powiedziałam, że ważne w tych spotkaniach będzie ich uczestnictwo, jednak szybko wyrazili zgodę. Zastrzeżenie dotyczyło tylko faktu, że ojciec Tomka często wyjeżdża i może zdarzyć się, że go nie będzie. Podczas pierwszego spotkania z rodzicami zebrałam dokładny wywiad dotyczący zdrowia dziecka, a także objawu. Pytałam o momenty, w których występuje lęk, w których go nie ma, jak zmieniło się ich życie, kiedy pojawiły się objawy, jak to sobie tłumaczą i czego ode mnie oczekują. Doceniłam ich wysiłek w radzeniu sobie z sytuacją oraz szybkie zareagowanie, następnie przedstawiłam ramowy układ spotkań. Na kolejną wizytę przyszli razem z Tomkiem, który był rozmowny i zainteresowany pomocą. Zdziwił się, że mam małpę za pomocnika, choć uznał, że jest ładna. Na następnych wizytach, po zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa i nawiązaniu dobrej relacji, zaczęłam pracować z użyciem eksternalizacji. Poznałam COŚ – zeksternalizowany lęk, które było zieloną, lepką plazmą z paszczą. COŚ zostało także przedstawione rodzicom. Na kolejnym spotkaniu Tomek opowiadał mi dużo więcej o COŚ, które okazało się przychodzić głównie w niedzielne popołudnie. Podczas rozmowy z samymi rodzicami uzyskałam podobne informacje – że COŚ przychodzi w niedzielne popołudnia, rzadziej w inne dni. Poprosiłam rodziców, aby jeszcze bardziej obserwowali, kiedy COŚ jest obecne, a kiedy go nie ma. Z Tomkiem – pracowałam w oparciu o figurki i rysunek, nad ustaleniem tego, jak to jest, kiedy COŚ się pojawia, kiedy jest w nim/na nim, kiedy jest go mniej, jakie działania podejmuje chłopiec, aby ono już sobie poszło. Rodzice Tomka po pewnym czasie pracy powiedzieli, że COŚ przychodzi częściej, kiedy oni więcej rozmawiają przy Tomku o swoich kłopotach w pracy, które głównie dotyczyły trudności ojca. Podzielili się spostrzeżeniem, że często odbywa się to przy niedzielnych śniadaniach, rzadziej w ciągu tygodnia. Sami zaproponowali ograniczenie tych rozmów. Tomek z kolei pracował nad tym, żeby wysyłać COŚ na komin fabryki, jak już się pojawi, a także opracował autorską sztuczkę: plan obrzucania COŚ papierem toaletowym, kiedy będzie do niego pełznąć, aby spowolnić jego prędkość. Zauważalna poprawa u chłopca nastąpiła po trzech miesiącach – co wyraził on poprzez możliwość rozmowy z moją małpą o sposobach radzenia sobie z COSIAMI jako master szef. Po tym wydarzeniu zaproponowałam jeszcze cztery spotkania w okresie co dwa tygodnie – w zależności od potrzeby – z samym Tomkiem albo wspólne z rodzicami oraz ostatecznie po miesiącu. Tomek na zakończenie spotkań terapeutycznych otrzymał ode mnie dyplom мастера, a rodzice zabrali go na pizzę. Chłopiec miał kilka nawrotów o lekkim natężeniu, jednak twierdził, że umie nad nimi panować, czuje się zdrowy i chodzi do szkoły.

Część I: Rozmowa z rodzicem/rodzicami, jedno-dwa spotkania

Rodzic/rodzice zgłaszający dziecko do terapii czy psychoterapii znajdują się w trudnej sytuacji. Po pierwsze oznacza to, że z ich dzieckiem dzieje się coś niepokojącego, po drugie – oni sami nie byli w stanie poradzić sobie z daną kwestią i dotychczasowe sposoby radzenia sobie zawiodły. Po trzecie – czasami czują się za problem odpowiedzialni (niejako współwinni), z uwagi na ewentualne kryzysy rodzinne, po czwarte – boją się oceny terapeuty/psychoterapeuty, a także faktu, że będą musieli ujawnić jakieś sekrety rodzinne czy też informacje dotyczące ich życia. Często zdarza się też, że czują w stosunku do dziecka mającego problem, różnorodne emocje: od współczucia i troski, poprzez obojętność, a na złości kończąc. Dodatkowo rodzice zazwyczaj nie wiedzą, na czym polega terapeutyczna praca z dzieckiem – jak wygląda, ile trwa czy też, jakich rezultatów mogą się spodziewać. Rozmowa z rodzicem/rodzicami ma jeszcze jeden ważny atut – czyni ich współodpowiedzialnymi za dziecko uczęszczające na terapię, nie

czyniąc tym samym z dziecka indeksowanego pacjenta – delegowanego do choroby i naprawy. Modeluje również granice w rodzinie, z systemem rodziców jako nadrzędnym. Spotkania terapeutyczne są tylko pewnym małym fragmentem życia rodziny, trwają godzinę, odbywają się zazwyczaj w odstępach tygodniowych, pozostały czas dziecko przebywa w sytuacji pozagabinetowej, w kontekście domu rodzinnego, szkoły, zajęć sportowych i innych. Zatem niezwykle ważne jest to, aby utrzymywać zaangażowanie rodziców, czemu w późniejszym czasie służyć mają konsultacje wspólnie z dzieckiem lub w razie potrzeby z samymi rodzicami. Podczas pierwszego spotkania z rodzicami ważnym jest, aby:

- ustalić, co jest celem rodzica/rodziców, jeśli chodzi o terapię ich dziecka, na co mają nadzieję w związku z konsultacją u terapeuty/psychoterapeuty,
- zebrać dokładny wywiad dotyczący funkcjonowania tej rodziny (jak wygląda ich dzień, jak przedstawiają się relacje między członkami rodziny i systemami zewnętrznymi, jakie mają sposoby radzenia sobie z trudnościami),
- zebrać dokładny wywiad dotyczący dziecka (zarówno przebytych lub aktualnych chorób czy dysfunkcji, specyfiki rozwoju psychicznego, w tym relacji z rówieśnikami, rodziną),
- ustalić od kiedy pojawiły się zachowania lękowe (czy coś je poprzedziło, czy miały miejsce jakieś wydarzenia, które dziecko mogło uznać za trudne, co ich zdaniem mogło mieć wpływ na pojawienie się nietypowych zachowań, jak te zachowania wyglądają – kiedy występują, co dzieje się wówczas w systemie rodzinnym, co dzieje się potem),
- zapytać, w jakich sytuacjach nie ma lęku – co jest wtedy inaczej, jak zachowuje się dziecko? Co innego jest w systemie rodzinnym, szkolnym? Jak często występuje?
- dopytać, czego nie są w stanie zmienić, a co mogą zmienić, jeśli chodzi o ich życie prywatne/zawodowe/pasje w kontekście ewentualnych potrzeb dziecka,
- dopytać, na ile są w stanie uczestniczyć w spotkaniach wspólnych i podtrzymywać „dobre praktyki” w systemie rodzinnym,
- wykorzystać pytania cyrkularne, które są pomocne, typu skala oraz o radzenie sobie,
- zgodnie z założeniami postmodernizmu – zwrócić uwagę, jaką narrację rodzice nadają objawom, jaką oni mają swoją opowieść na ten temat,
- werbalnie docenić wysiłek rodziców, którzy przyszli na spotkanie z terapeutą.

Powyższe pytania mają pomóc terapeutcie w naszkicowaniu pewnej mapy systemu, w którym funkcjonuje dziecko doświadczające lęku, a także w dostrzeżeniu tego, co znajduje się poza lękiem. Podczas spotkań z rodzicem/rodzicami można usłyszeć stwierdzenie, że oczekiwali, że to dziecko będzie chodziło na terapię, a nie oni. Ważnym jest rozmowa na ten temat, a wyjaśnienie zgodne z systemowym rozumieniem postrzegania zachodzących procesów, pomaga rodzicom dostrzec ich znaczenie w powrocie dziecka do zdrowia. Jest to też czas na powiedzenie rodzicom w sposób przystępny o pracy z użyciem eksternalizacji. W tym momencie bardzo często pojawia się pytanie rodziców, czy dziecko od tego nie będzie miało jeszcze większych kłopotów (najczęściej pada pytanie, czy dziecko nie zwariuje i nie będzie widzieć czegoś, czego nie ma). Koniecznym jest zatem udzielenie wszelkich potrzebnych rodzicom odpowiedzi oraz zapewnienie, że zostaną oni zaproszeni na spotkanie – wspólne z dzieckiem, żeby wiedzieć, jaką relację z zeksternalizowanym lękiem ma dziecko i jaką mają oni.

Na zakończenie spotkania warto ustosunkować się do kwestii tajemnicy zawodowej. W przypadku pracy z dzieckiem proponuję powiedzieć rodzicom, że z wyjątkiem sytuacji zagrażających życiu i zdrowiu nie jest dopuszczalny kontakt poza sesjami. Nie ma zatem możliwości, aby po spotkaniach z dzieckiem raportować ich przebieg rodzicowi, z wyjątkiem wspomnianych wcześniej sytuacji zagrażających. Rozmowie i wymianie informacji służyć mają

spotkania wspólne (rodzic/rodzice z dzieckiem) lub tylko z rodzicem/rodzicami. W przypadku rodzin niepełnych staram się poprosić rodzica, który przyszedł z dzieckiem, aby serdecznie zaprosił na kolejne spotkanie drugiego rodzica, przekazując ode mnie tę prośbę. W przypadku rodzin rekonstruowanych bardzo ostrożnie podejmuję decyzję, kiedy i czy w ogóle zaprosić nowego partnera/partnerkę czy nowego męża, nową żonę. Często wymaga to dodatkowych, dopasowanych konkretnie do tej sytuacji rozmów z rodzicem oraz dzieckiem.

Część II: Spotkanie wspólne – rodzic/rodzice i dziecko

Wspólne spotkanie rodzica/rodziców z dzieckiem ma wiele funkcji. Z jednej strony jest komunikatem od rodziców w stronę dziecka: znamy osobę terapeuty, teraz przedstawimy ją tobie, co ma znaczenie dla prawidłowego utrzymania nadrzędności systemu rodziców. Dzięki temu dziecko, szczególnie z zaburzeniami lękowymi nie jest narażone na wtórną traumatyzację poprzez sytuację potencjalnie lękową w tak dużym stopniu, jakby było samo. Podczas wspólnego spotkania terapeuta staje się jednocześnie członkiem powstałego nowego systemu, z drugiej strony – uważnym obserwatorem wymiany komunikacji zachodzącej między rodzicem/rodzicami a dzieckiem. Dlatego przedstawiam siebie, mówię o tym, co robię i po co do mnie przychodzą dzieci i ich rodzice. Proszę też rodziców, aby opowiedzieli mi coś o sobie oraz proszę o to dziecko. Staram się na tym etapie poprzez parafrazę zwrócić uwagę na zasoby.

Podczas takiego spotkania pomocnym jest zastosowanie pytań cyrkularnych – szczególnie do dziecka i poznanie nie tylko jego doświadczeń związanych z zaburzeniami, ale także jego obserwacji na temat zachowania innych osób w sytuacji, kiedy doświadcza ono lęku lub go nie ma. Użytecznym jest, aby rodzic/rodzice poznali owe spostrzeżenia czy też przemyślenia dziecka, ponieważ często w takiej formie mogą je usłyszeć pierwszy raz. Pomocnym jest również zapytanie dziecka, jak myśli, czego chcą od tych spotkań rodzice oraz ustalenie, czego ono chce.

Podczas rozmowy z dziećmi często sprawdza się zastosowanie figurek, które z koszyka wybiera dziecko, ustalając, jaką figurką jest mama, tata, ewentualne rodzeństwo, ono samo. Podczas pracy z dzieckiem przedstawiam również mojego pomocnika – małpę Fionę², mówiąc, że czasami ona lepiej coś rozumie niż ja, a czasami udziela mi podpowiedzi. Pytam też dziecko o jego ulubioną maskotę i daję możliwość przyniesienia jej na kolejne spotkanie. Mówię o tym, że czasami maskotki mogą sobie same porozmawiać, szczególnie, kiedy sprawa jest ważna.

Nawiązanie kontaktu z dzieckiem podczas tego spotkania determinuje dalszą współpracę. W przypadku dzieci z wysokim poziomem lęku warto ustalić, gdzie będzie rodzic/ będą rodzice, kiedy ono samo będzie w tym pokoju oraz że zawsze będzie mogło do nich na chwilę wyjść. Proponuję też dziecku „spacer po poradni”, aby mogło ją sobie obejrzeć, ze szczególnym uwzględnieniem toalety i miejsca, w którym można napić się wody, czy też tego, w którym będą czekać na niego rodzice/rodzic. Na zakończenie spotkania mówię też o tajemnicy zawodowej oraz jej ograniczeniach, tak aby dziecko jak najlepiej zrozumiało, kiedy ja będę mieć tajemnicę w jego sprawach przed rodzicami, a w jakich sytuacjach ona nie będzie obowiązywała. Mówię również o tym, że ono nie ma tajemnicy i może, jeśli chce, o tych spotkaniach opowiadać każdemu. Zaznaczam również, że czasami może być tak, że zrobimy spotkania wspólne z rodzicem/rodzicami, a czasami rozmawiać będą sami dorośli o sprawach dorosłych. W zdecydowanej większości przypadków powiedzenie: „o sprawach dorosłych” wystarczy dziecku, stanowi też

² Pomysł ten został przedstawiony przez Andreasa Wahlstera podczas prowadzenia zajęć z coachingu rodzicielskiego w Wielkopolskim Towarzystwie Terapii Systemowej.

dla mnie zasygnalizowaną już na początku możliwość spotkania się z rodzicami, gdyby była z ich strony taka potrzeba (np. nienormalne wydarzenia życiowe).

Na tym etapie ważnym jest zapytanie dziecka, czy chce do mnie przychodzić i rozmawiać. Większość dzieci z zaburzeniami lękowymi kiwa głową na tak, stąd ważnym jest patrzeć na dziecko podczas zadawania tego pytania.

Część III: Spotkania z dzieckiem i konsultacje wspólne, w razie potrzeby – spotkanie z samymi rodzicami

Podczas pierwszych spotkań z dzieckiem doświadczającym lęku podstawą jest zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa oraz zbudowanie relacji terapeutycznej. Stąd warto pytać o zainteresowania, ulubione czynności, potrawy, kolegów i koleżanki, stosunek do szkoły. Koniecznym jest odwołanie się do pozyskanych z wcześniejszych sesji informacji. Sprawdzają się tu różnego rodzaju wycinanki i karty – na których dziecko może wskazać, co lubi jeść, plansze pod tytułem moja wizytówka, gdzie można narysować lub wpisać ważne informacje. Podczas pierwszych spotkań z dzieckiem warto zacząć rozmowę o lęku, o którym w moim przypadku przypomina mała Fiona. Zdarza się, że dziecko, które zapomniało swojej maskotki, bierze sobie jakąś ze stojącego pudełka. Często pierwsze rozmowy o lęku odbywają się między maskotkami. Jak można wywnioskować, nie zaczynam od razu od stosowania rozmów eksternalizujących, ale skupiam się na nawiązaniu kontaktu i posłuchaniu o cierpieniu dziecka związanym z doświadczaniem przez nie lęku.

Podczas pierwszych trzech-czterech spotkań wyposażam dziecko w metody poznawczo-behawioralne – pomocne w radzeniu sobie z lękiem. W pierwszej kolejności staram się wydożyć jego własne sposoby, o których może nie pamiętać lub je bagatelizować. W związku z tym dokładnie eksploruję wyjątki, a więc wszystkie te sytuacje, w których dziecko sobie poradziło lub prawie poradziło, jak też miało nadzieję, że sobie poradzi. Często proszę dziecko o opowieść z przyszłości o tym, jakby to było, jakby sobie kiedyś w przyszłość jakoś poradziło (ważnym jest tu zastosowanie szerokiej, nieokreślonej perspektywy przyszłości). Razem z dzieckiem ustaliam, kiedy dokładnie może je stosować. Czasami – ja proponuję użyteczne sposoby, jest to rysowanie ślimaków najpierw prawą, potem lewą ręką, czasami symbolu nieskończoności – zgodnie z techniką Dennisona, w innym przypadku pokazuję dzieciom książkę o owcy (Cross-Müller, 2013), z której same wybierają dwa ćwiczenia do stosowania na nowy tydzień. Podczas kolejnych spotkań z dzieckiem dopytuję o te metody oraz jestem gotowa do używania kolejnych. Prezentowane przeze mnie „sposoby” są dość proste, stanowią dla dziecka pewnego rodzaju zachętę do tworzenia własnych oraz do ujawniania ich. Często na podstawie generowanych przez dziecko pomysłów powstaje dość długa i ciekawa lista sposobów na poprawę samopoczucia.

W dalszej kolejności, przechodząc do eksternalizacji, pytam, czy ten lęk jakoś wygląda, czy możemy go wspólnie narysować. Bardzo ważne jest, aby służyć dokładnie, co mówi dziecko i pomagać mu w wykonaniu pracy. Czasami lęk przybiera postać osoby (personifikacja), częściej jednak jest potworem, czarną, włochatą kulą, plazmą. Na tym etapie konieczne jest dokładne dopytanie o ten kształt (ustalić, jaki to kształt, jego kolor, fakturę, zapach, wydawanie dźwięków, sposób przemieszczania się) lub osobę (płeć, wiek, wygląd twarzy, rodzaj ubrania). Warto jest dopytywać dziecko, czy to tak wygląda i czy akceptuje rysunek. Następnie: zadać pytanie, jak to narysowane „coś” może się nazywać. W pierwszej chwili dzieci z zaburzeniami lękowymi mogą nie mieć pomysłu, należy dać im czas i zapewnić, że coś za chwilę wymyślą.

Często pojawiają się takie sformułowania, jak: To, Ohyda, Kupa, Plazma, Coś, Potwór, Smok. Jeśli dziecko będzie chciało nadać imię lękowi, ważne jest moderowanie, aby nie były to imiona osób z najbliższej rodziny ani klasy. Można wówczas podpowiedzieć dziecku, że może być to jakieś dziwne imię albo takie, które ono samo wymyśli, ale rzadko spotykane. W dalszej kolejności przy użyciu wcześniej stosowanych figurek dopytujemy o miejsce, gdzie wśród nich znajduje się jego COŚ. Mówimy, że od tej chwili nie używamy już słowa lęk, tylko stosujemy nową nazwę. Podczas tej rozmowy staramy się ustalić, gdzie jest to COŚ teraz, a gdzie było na początku spotkania, a gdzie dziecko chce je wysłać potem. Koniecznym jest tak zaplanować to spotkanie, aby poprosić rodziców i przedstawić im COŚ oraz powiedzieć, że ważnym jest teraz używanie nowej nazwy oraz obserwacja, kiedy COŚ się pojawia, a kiedy go nie ma.

Jest to już zadanie dla całej rodziny, która na kolejne spotkanie ma „przynieść swoje obserwacje”. Podczas omawiania obserwacji warto szczegółowo dopytywać o wszystko to, co wiąże się z COŚ – kiedy jest, kiedy go nie ma, w jakich pokojach w domu się nie pojawia, w jakich porach dnia jest go mniej, przy jakich osobach jest go mniej. Zdarza się dość często, że rodzicom i dziecku dość trudno jest odpowiedzieć na te pytania, dlatego zaleca się dalszą obserwację. Może być to również dobry moment w pracy terapeutycznej na spotkanie z samymi rodzicami/rodzicem. Mówią oni wówczas o swojej innej relacji z dzieckiem, kiedy przychodzi COŚ oraz o swoich obawach związanych z COŚ. Jest to też moment, kiedy często rodzice dostrzegają własny wpływ na pojawianie się COŚ w ich systemie rodzinnym. Dzięki takiej postawie terapeuta nie odbiera rodzicom ich władzy, jest zaciekawiony ich spostrzeżeniami oraz pomysłami na „system niosący rozwiązania”, który często nie pochodzi z systemu problemowego. Stosowanie figurek i narysowanego COŚ jest ważnym elementem każdej sesji.

Kolejne etapy pracy z dzieckiem dotyczą pytań: skąd COŚ wie, że ma przyjść? Gdzie COŚ się chowa? Jakie Ty masz sposoby, żeby COŚ wróciło na swoje miejsce? Skąd już wcześniej wiesz, że COŚ szykuje się, aby przyjść? Można też zapytać o sztuczki, które COŚ stosuje, żeby zbliżyć się do dziecka. W dalszym etapie jest to praca nad kwestiami osvajania z COŚ, przeciwstawiania się temu, co COŚ chce zrobić albo stosowania sztuczek, aby COŚ przechytryć. W tej części pracy, która jest zdecydowanie najdłuższa i może trwać około 10-12 spotkań, samo dziecko często zwraca się do mojej pomocniczki – Fiony, pytając o radę. Fiona wówczas odwołuje się do treści wniesionych przez dziecko lub sama prosi o radę dla siebie lub koleżanki.

W przeciwieństwie do pracy z dorosłymi, nie dokonuje się analiz ani śledzenia historii lęku w przeszłości dziecka, ponieważ jest ono na innym etapie rozwojowym i często nie ma takich potrzeb. Ważnym natomiast jest poprowadzenie takiej rozmowy z dzieckiem, aby mogło szerzej zobaczyć swoje życie, nie tylko jako zdominowane przez lęk, wzmacniać wszystkie te umiejętności, które pozwalają utrzymać lęk daleko od dziecka. Często też w pracy z dzieckiem pomocnym jest pytanie: co byś robił, jakbyś się nie bał? Można dzięki temu odkryć pewne potrzeby mieszczące się pod lękiem. Czasami są to konkretne czynności, jak zajęcia sportowe, czasami wyrażanie emocji – na przykład złości. Wówczas praca wiąże się z powyższymi tematami oraz sprawdzeniem ich znaczenia w systemie rodzinnym. W pracy z dzieckiem sprawdza się również propozycja przeżycia jednego dowolnego dnia jakby COŚ nie istniało.

Zakończenie

Zaburzenia lękowe są najczęściej występującymi zaburzeniami w grupie dzieci. Ich etiologia wiąże się z czynnikami biologicznymi, chorobami i urazami, ale przede wszystkim z czynnikami psychologicznymi. Przebieg zaburzeń jest z jednej strony charakterystyczny dla danego

dziecka, z drugiej natomiast – dość typowy i opisywalny, dzięki określonym wskaźnikom, ujętym w kategorii diagnostyczne. Zaburzenia obserwowane czy te diagnozowane u dziecka mają miejsce w określonym systemie rodzinnym, są dostrzegalne również w warunkach szkolnych czy podczas pozaszkolnych aktywności rozwojowych. W artykule zaprezentowano pracę z dzieckiem doświadczającym lęku i z jego rodzicami z użyciem techniki eksternalizacji. Technika ta, czy też jak mówią jej twórcy – ów zabieg językowy, pozwala oddzielić osobę od problemu, dzięki czemu możliwym staje się nawiązanie innej relacji z problemem, który przyjmuje często jakiś kształt albo przybiera jakąś postać.

Technika eksternalizacji znajduje zastosowanie w pracy z osobami, z zaburzeniami lękowymi.

Może być wykorzystywana w pracy terapeutów, psychoterapeutów, jak i pedagogów szkolnych, psychologów, a nawet wychowawców. Ważnym jest jednak posiadanie wiedzy, jaka teoria i jakie mechanizmy leżą u podstawy jej stosowania, co starano się kompleksowo przedstawić w tym artykule.

Jej bogate korzenie sięgają pracy z dorosłymi, jest również wykorzystywana w pracy z młodzieżą (Gulczyńska, 2000 w druku).

Literatura

- Barrett, P. M., Dadds, M. M., Rapee, R. M. i Ryan, S. M. (1996b). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children: threat bias and the FEAR effect. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187–203.
- Barrett, P. M., Dadds, M. M., Rapee, R. M. i Ryan, S. M. (1996a). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333–342.
- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(4), 459–468.
- Beidel, D. C. i Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 918–924. doi:10.1097/00004583-199707000-00013
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M. i Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. W: R. Heimberg, C. L. Turk i D. S. Mennin (red.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (s. 77–108). New York: Guilford Press.
- Bögels, S. M. i Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26, 834–856.
- Bögels, S. M. i Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: a review and new model. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 539–558. 10.1016/j.cpr.2007.07.011
- Bögels, S. M. i Perotti, E. C. (2011). Does father know best? A formal model of the paternal influence on childhood social anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 171–181. 10.1007/s10826-010-9441-0
- Cattanach, A. (2006). Narrative play therapy. W: C. E. Schaefer i H. G. Kaduson (red.), *Contemporary Play Therapy* (s. 83–99). New York: The Guilford Press.
- Cecchin, G. (1995). Stawianie hipotez, cyrkularność i neutralność raz jeszcze: zachęta do ciekawości. W: G. Cecchin (red.), *Mediolańska Szkoła terapii rodzin. Wybór prac* (s. 23–35). Kraków: Wydawnictwo Collegium Medicum UJ.
- Chrzastowski, S. i De Barbaro, B. (2011). *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Clefberg, L. L. i Öst, L. G. (2016) The relation between fears and anxiety in children with specific phobia and parental fears and anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 25(2), 598–606. 10.1007/s10826-015-0222-7
- Cooper, P. J., Fearn, V., Willetts, L., Seabrook, H. i Parkinson, M. (2006). Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders. *Journal Of Affective Disorder*, 93(1-3), 205–212. 10.1016/j.jad.2006.03.017

- Corey, G. (2001). *Teoria i praktyka poradnictwa i psychoterapii*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Cross-Müller, C. (2013). *Odwagi! Krótki podręcznik przetrwania*. Poznań: Media rodzina.
- Deissler, K. G. (1998). *Terapia systemowa jako dialog. Odkrywanie samego siebie*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
- Drake, K. L. i Ginsburg, G. S. (2011). Parenting practices of anxious and non-anxious mothers: A multi-method multi-informant approach. *Child and Family Behavior Therapy*, 33, 299–321.
- Drake, K. L. i Ginsburg, G. S. (2012). Family factors in the development, treatment, and prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 144–162.
- Eaton, K., Ohan, J. L., Stritzke, W. G. K. i Corrigan, P. W. (2016). Failing to meet the good parent ideal: Self-stigma in parents of children with mental health disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 25(10), 3109–3123.
- Epston, D. i White, M. (1992). *Experience, contradiction, narrative, and imagination: Selected papers of David Epston and Michael White*. 1989-1991. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- Freeman, J., Epston, D. i Lobovits, D. (1997). *About Narrative Therapy With Children*. Pobrano z <http://www.narrativeapproaches.com/resources/narrative-therapy-archive/204-2/>
- Ginsburg, G. S. i Schlossberg, M. C. (2002). Family based treatment of childhood anxiety disorders. *International Journal of Psychiatry*, 14, 142–153.
- Goldenberg, H. i Goldenberg, I. (2006). *Terapia rodzin*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Goodyear-Brown, P. (2010). Strategic play therapy techniques for anxious pre-schoolers. W: C. E. Schaefer (red.), *Play Therapy for Preschool Children* (s. 107–129).
- Górniak, L. (2003). Wokół roli terapeuty systemowego. Od stratega, poprzez neutralność do „lekceważenia” i dialogu. W: L. Górniak i B. Józefik (red.), *Ewolucja myślenia systemowego w terapii rodzin. Od metafory cybernetycznej do dialogu i narracji*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gulczyńska, A. (2020). Terapeuta systemowy – od radzenia do dialogowania. W: A. Gulczyńska i I. Rotberg (red.), *Ponowoczesne modele pomagania. Przykłady koncepcji i zastosowania*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Gulczyńska, A. (2020 w druku). Praca terapeutyczna z młodzieżą doświadczającą lęku w oparciu o technikę eksternalizacji. W: A. Cybal-Michalska, H. Kubiak i A. Gulczyńska (red.), *Zaburzenia okresu adolescencji – wybrane zagadnienia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Hettema, J. M., Neale, M. C. i Kendler, K. S. (2001) A review and metaanalysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal Psychiatry*, 158(10), 1568–1578. Pobrano z https://coping.us/images/Hettema_et_al_2001_OCD_Meta_analysis.pdf
- Hughes, A. A., Furr, J. M., Sood, E. D., Barmish, A. J. i Kendall, P. C. (2009). Anxiety, mood, and substance use disorders in parents of children with anxiety disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 40(3), 405–419. 10.1007/s10578-009-0133-1
- Jakubowski, J. S. – rozmowy prywatne z września 2012 i listopada 2013 oraz materiały udostępnione w ramach Kursu Zaawansowanego Terapii Systemowej WTTTS Poznań przez J. S. Jakubowskiego.
- Józefik, B. (2003). Terapia jako proces współtworzenia nowych znaczeń i opowieści. Idee i praktyki narracyjne. W: L. Górniak i B. Józefik (red.), *Ewolucja myślenia systemowego w terapii rodzin. Od metafory cybernetycznej do dialogu i narracji* (s. 119–134). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Fehm, L., Lieb, R. i Wittchen, H. U. (2012). Characterizing the association between parenting and adolescent social phobia. *Journal Anxiety Disorders*, 26(5), 608–616. 10.1016/j.janxdis.2012.02.014
- Koszycki, D., Taljaard, M., Bielajew, C., Gow, R. M. i Bradwejn, J. (2019). Stress reactivity in healthy child offspring of parents with anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 272, 756–764.
- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A. E., Francis, G. i Grubb, H. J. (1987). Psychiatric illness in the mothers of anxious children, *American Journal Psychiatry*, 144(12), 1580–1583. 10.1176/ajp.144.12.1580
- Ludewig, K. (1995). *Terapia systemowa podstawy teoretyczne i praktyka*. Gdańsk: Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Ludewig, K. (2020). Terapia systemowa – przełożenie myślenia systemowego na praktykę. W: A. Gulczyńska i I. Rotberg (red.), *Ponowoczesne modele pomagania. Przykłady koncepcji i zastosowania*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

- Ma, N., Roberts, R., Winefield, H. i Furber, G. (2015). The prevalence of psychopathology in siblings of children with mental health problems: a 20-year systematic review. *Child Psychiatry And Human Development*, 46, 130–149. 10.1007/s10578-014-0459-1
- McLeod, B. D., Wood, J. J. i Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 155–172.
- McGuinty, E., Armstrong, D. i Carriere, A. (2013). A clinical treatment intervention for dysphoria: Externalizing metaphors therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(5), 381–393. doi:10/1002/cpp.1844
- McGuinty, E., Armstrong, D., Nelson, J. i Sheeler, S. (2012). Externalizing metaphors: Anxiety and high-functioning autism. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 25(1), 9–16.
- Melosik, Z. (2013). Facebook i społeczne konstrukcje narcyzmu o tożsamości zamkniętej w celi wizerunku. *Studia Edukacyjne*, 26, 100.
- Minuchin, S. i Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Harvard University Press.
- Morgan, A. (2011). *Terapia narracyjna, Wprowadzenie*. Warszawa: Wydawnictwo PARADYGMAT.
- Muris, P. (2015). Guilt, shame, and psychopathology in children and adolescents. *Child Psychiatry And Human Development*, 46(2), 177–179.
- Murray, L., Creswell, C. i Cooper, P. J. (2009) The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review. *Psychological Medicine*, 39(9), 1413–1423. Pobrano z <https://doi.org/10.1017/S0033291709005157>
- Naczelna Izba Lekarska (2019). Pobrano z <https://www.nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>
- Najwyższa Izba Kontroli (2017). *Przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym u dzieci i młodzieży*. Pobrano z <https://www.nik.gov.pl/plik/id,15392,vp,17874.pdf>
- Namysłowska, I. (2000). *Terapia rodzin*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Opoczyńska, M. (2007). *Dialog innych albo inne monologi: przypisy do psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Popek, L. (2004). Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się w dzieciństwie. W: I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży* (s. 129–140). Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Popek, L. (2017). Zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży – kiedy można stwierdzić objawy somatyczne i psychopatologiczne. *Psychiatria po Dyplomie*, 05/2017.
- Prochaska, J. O. i Norcross, J. C. (2006). *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Rotberg, I. (2020). Eksternalizacja – ku podmiotowości człowieka. W: A. Gulczyńska i I. Rotberg (red.), *Ponowoczesne modele pomagania. Przykłady koncepcji i zastosowania*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Roth, S. i Epston, D. (1996a). Consulting the problem about the problematic relationship: An exercise for experiencing a relationship with an externalized problem. W: M. Hoyt (red.), *Constructive therapies: Volume 2*, (148–162). New York: Guilford.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. i Prata, G. (1995). Stawianie hipotez – cyrkularność – neutralność: trzy wskazówki dla prowadzącego sesję. W: G. Cecchin (red.), *Mediolańska szkoła terapii rodzin. Wybór prac*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Stiefel, I., Anson, J. i Hinchcliffe, D. (2017). Narrative Therapy with Pre-schoolers – Unfolding the Story. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 38(2), 261–271.
- Telman, L. G. E., Van Steensel, F. J. A., Maric, M. i Bögels, S. M. (2018). What are the odds of anxiety disorders running in families? A family study of anxiety disorders in mothers, fathers, and siblings of children with anxiety disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 27(5), 615–624. Pobrano z <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1076-x>
- Tyjarska, B. (2006). *Terapia rodzin*. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Praktyka, podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury ENETEIA.
- Ullmann, C. (2016). Playing and narrative therapy: Synthesising narrative practice and occupational therapy in work with children. *The international journal of narrative therapy and community work*, 2, 56–63.
- Van der Giessen, D., Colonnese, C. i Bögels, S. M. (2019). Changes in rejection and psychological control during parent–child interactions following CBT for children’s anxiety disorder. *Journal of Family Psychology*, 33(7), 775–787.

- Walters, A. (2018). Children, mental health, and stigma: Promising initiatives. *Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 34(10), s. 8.
- Whaley, S. E., Pinto, A. i Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 826–836. doi:10.1037/0022-006X.67.6.826
- White, M. (1988). The externalizing of the problem and the re-authoring of lives and relationships. W: M. White (red.), *Selected Papers* (s. 5–28). Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- Wolańczyk, T. (2002). *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce*. Warszawa: AM.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W. C. i Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 134–151. Pobrano z <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00106>
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Piacentini, J. C. i Sigman, M. (2009). One-year follow-up of family versus child CBT for anxiety disorders: Exploring the roles of child age and parental intrusiveness. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 301–316. Pobrano z <http://dx.doi.org/10.1007/s10578-009-0127>

Application of the externalization technique in systemic therapy with a child experiencing anxiety³

The main goal of this article is to present how to work in systemic approach using externalization technique. This technique was applied to treatment with a family in which there was a child who experienced anxiety disorder. The article is supposed to provide both theoretical information about general rules of conducting family systemic approach therapy, as well as indicate clues to use it in practice.

KEYWORDS: children anxiety disorders, externalization, pedagogy, psychology, systemic therapy.

³ I thank Jerzy Stanisław Jakubowski for all inspirations.