

ПСИХОАНАЛИТИЧКЕ ТЕХНИКЕ ДЕЧЈЕ ПСИХОТЕРАПИЈЕ У РАДУ СА ДЕЦОМ СА ОМЕТЕНОШЋУ

Сања Димоски

Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

Овај рад даје приказ најчешће коришћених психоаналитичких техника дечје психотерапије. Циљ је дискусија могућности њихове примене код деце са различитим видовима ометености. Дати је историјски преглед развоја дечје психотерапије који представља увод и објашњење развоја савремених трендова у овој области. Психоаналитички рад са децом са ометеношћу подразумева низ специфичности које су везане за врсту ометености. Могуће је модификовати технике психоаналитичког рада како би се прилагодиле деци са одређеним видовима ометености (модификација процедуре, материјала, сејанца). У раду са децом са неким врстама ометености није могуће применити основна начела психоаналитичког рада (трансфер, интеријекције и сл.). Тада није индиковано примењивати ове технике.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: психоаналитичке технике, деца са ометеношћу, модификација технике

Историјски почеци развоја психоаналитичких техника дечје психотерапије

Историјски развој дечје психотерапије веже се за психоанализу и психоаналитичко тумачење психичких тегоба. Позната флоскула да је „дете отац човека“ последица је психоаналитичког теоријског објашњења настака менталних болести, односно новог увида у емоционални развој и искуства детињства. Развој менталних болести одраслих, као је Фројд откривао радећи анализе са одраслим пацијентима, детерминисан је раним односима са првим значајним фигурама у животу.

Теорија технике психоаналитичког третмана која се утемељивала на Фројдовим концептима, али и значајно мењала током времена, данас представља мозаик различитих приступа аналитичком раду заснован на теоријским модалитетима или иновацијама класичне психоанализе. Ипак, основна начела, као што су рад у трансферу и контратрансферу, анализа отпора, значај и значење стабилног сетинга, интерпретирање и многе друге, играју фундаменталну улогу и у данашњој психоанализи. Ова начела, која су *differentia specifica* психоаналитичког теоријског приступа, у одређеном, узрастом и контекстом детерминисаном облику јављају се и дечјој психоанализи. Она су у извесној мери присутна и у осталим психоаналитичким техникама дечје психотерапије, за разлику од многих других психотерапијских техника које се ослањају на другачије теоријске основе (нпр. детету усмерена терапија игром).

Сам Фројд није радио са децом, осим неформалних анализа своје сопствене деце, али је његов рад дао теоријски контекст у којем се развијала дечја психоанализа. Објавио је „Случај анализе петогодишњег дечака“ који је произашао из његових консултација са оцем малог Ханса, петогодишњег дечака који је патио од фобије од коња. Ова студија бавила се раном инфантилном сексуалношћу, кастрационим комплексом, као и формулацијом Едиповог комплекса.

Хермина вон Хуг-Хелмут (Hermine von Hug-Hellmuth), наставница и психоаналитичарка из Беча, прва је радила са децом уз помоћ речи и игре, објављивала текстове о аналитичком раду са децом и неретко се сматра првим дечјим психоаналитичарем.

Ипак, праве теоријске и практичне темеље дечје психотерапије поставиле су психоанализичарке Ана Фројд (Anna Freud) и Мелани Клајн (Melanie Klein). Упркос многим различитостима у теоријском и практичном приступу дечјој терапији од стране ове две ауторке, обе су сматрале да порекло дечјих психичких поремећаја лежи у несвесном конфликту и да би уз помоћ интерпретације дечје игре и снова конфликт могао бити разрешен и преведен у свесно. Ове две аналитичарке се нису слагале у сагледавању односа између терапеута и анализираниог детета, као ни око интерпретирања дететове вербалне и невербалне комуникације у сеанси и развиле су прилично различите приступе лечењу психичких тегоба деце.

Радећи са децом која изражавају психичке поремећаје Клајнова је открила да је дечја игра у психотерапији еквивалент слободним асоцијацијама у анализи одраслих. Сматрала је да директне интерпретације аналитичара могу допирати до несвесног код детета на веома ниском узрасту, што је градило један специфичан приступ лечењу дечјих психич-

ких поремећаја третиран као терапија игром. Нјен први пацијент, био је петогодишњи дечак, у литератури назван Фриц (Klein, 1923), али је недвосмислен корак у развоју терапије игром био третман девојчице старе две године и девет месеци, коју је приказивала под именом Рита (Клајн, 1945). Сматрала је да терапеут треба да охрабрује развој трансферног односа како би дете пројектовало рана искуства, осећања и мисли на аналитичара. Прва је инспирисала, генерације дечјих терапеута који спроводе терапију игром најразличитијих теоријских оквира, креирање простора за терапију – собе опремљене различитим материјалима за игру. У просторији за споровођење терапије игром налазе се играчке које лако репрезентују важне фигуре из живота детета, остале једноставне, мале и немеханичке играчке, доступни су вода, лончићи, песак, прибор за цртање...а дете може да користи и сопствене играчке које донесе на сеансу. Све ово стимулише дететову спонтану игру кроз коју се пројектују унутрашњи садржаји његове психе које аналитичар може да интерпретира.

Bromfield (1955) сматра да, ако је Фројд био отац психоанализе, Ана Фројд је засигурно мајка дечје психотерапије. Почела је са дечјом психоанализом још 1923. године у Бечу. Нјени методи рада са децом били су много одмеренији, усмерени пружању помоћи у свесном разумевању њихових сопствених осећања, мисли и понашања. Дететово понашање и његове одбране посматрала је као његов најбољи покушај да се избори са анксиозношћу, траумом, ометајућим животним искуством или самим одрастањем. Након пребегавања у Лондон, пред II светски рат, посвећује се практичном раду са децом без родитељског старања, као и посматрању беба и мале деце. Промовисала је потребу за радом са родитељима деце која су на терапији, као о важност консултација са наставницима. Ана Фројд је конституисала је познату установу “Hampstead Nursery” које је радила осећајући се на психоаналитичка схватања дечјег развоја, а након рата је установила Хампстеад клинику и дечју терапију за коју се и данас спроводи обука у истој установи, познатој као Ана Фројд центар.

Психоаналитичка терапија игром

Циљеви психоаналитичке терапије игром су многобројни, најједноставније речено, подразумевају напоре да дете мање пати и да се његов развој креће у адекватном смеру. Патња подразумева широки спектар симптома и стања у којем се дете налази - од анксиозности, преко изложености траумама, соматизацији, злостављању...па све до напора да се развој одиграва у жељеном смеру, да дете може да се осећа безбедно

и срећно, да може да учи, да се дружи и сл. Психоаналитичка терапија игром подразумева да је, већ обезбеђивање простора у којем дете може спонтано да се игра и да кроз игру изражава своје несвесне, унутрашње конфликте, патње, идеје, мисли, лековита. Јер, игра дозвољава да се сопствени конфликти сместе у симболичку сверу (Irwin, 1983). Ипак, по психоаналитичком концепту, ово није довољно. Речи Клајнове (1949) да игра није циљ психоаналитичке терапије, већ да је игра комуникација дечјим језиком дубоко су уткане у савремену психоаналитичку терапију игром. Осим играња дете мора осећати и да је психолошки брзбедно, да га аналитичар ематички слуша, прати и одговара на њега. Одговори на дете могу подразумевати интерпретације, али и стрпљиво и ненаметљиво присуство које омогућава безбедно изражавање сопствених несвесних садржаја у присуству другог. Често је и само постојање терапеута у санси терапијска интервенција коју терапеут бира на основу увида да је то оно што је потребно детету у одређеној фази аналитичког рада. Однос са другим, трансфер и контератрансфер, као што се види, носећи су покретачи терапијске промене.

Сматра се да је психоаналитичка терапија игром у највећој мери индикована онда када су психолошки проблеми детета примарно резултат несвесних конфликта. Акцент се ставља на индивидуалном приступу који подразумева да је свака анализа, односно терапија игром непоновљива јер, и ако деца могу имати исте или сличне симптоме, унутрашња дететминисаност њиховог настанка може бити различита. Дечији терапеути често спроводе серије интервјуа са родитељима са циљом прецизне евалуације симптома. Оно што овај приступ разликује од других психотерапијских техника рада са децом, је то да психоаналитичка терапија игром претендује да доводи до дубоких и дуготрајних промена у структури личности детета, а не само до нестанка одређеног симптома или одређене форме неприлагођеног понашања, што је циљ и аналитичког третмана одраслих.

Психоаналитичка терапија игром је погодна у лечењу анксиозности, дечјих страхова, несанице, ноћних страхова, месечарења, депресије, физичких тегоба без физичких основа, агресивности, окрутности према животињама или људима, булинга или изложености малтертирању, компулзија и ритуала, пробелма у учењу, екстремне стидљивости, проблема одвајања...

Критика психоаналитичке терапије игром најчешће је иста она која се упућује терапији игром уопште (без обзира на теоријску основу), а то је недостатак адекватне истраживачке базе – емиријских истраживања која би подржала развој ове технике (Bratton et al. 2005).

Допринос Доналда Виникота

Још један великан психоанализе, педијатар Доналд Виникот (Donald Winnicott), остварио је значајан теоријски и практични допринос утемељивању психоаналитичког рада са децом. Сматра се да његово искуство у раду са децом подразумева око 60.000 консултација (Kahr, 1996) за време 40-огодишњег рада у клиници Падингтон Грин.

Један од централних концепата Виникотовог теоријског и практичног опуса је игра. У позадини капацитета за игру и кративни рад како код дече, тако и у одраслом добу стоји однос са „довољно добром мајком“ која је допуштала спонтанно испољавање своје бебе, њену креативну омнипотенцију, па тако и развој Правог Селфа.

Дугогодишње искуство показало је да, упркос многобројним физичким или психичким тегобама детета, већина породица има капацитет да помогне и да је у тим ситуацијама корисно и индиковано користити и краткотрајне форме рада, без нужног започињања са психотерапијом. На тај начин, дошло је до развоја форме кратке терпијске консултације названом метод „шкрабалице“ која траје само пар сусрета. Током ових сусрета терапеут и дете заједнички цртају, лист папира кружи између терапеута и детета, свако у њему уцртава нове елементе, те тако, неструктуисане линије, постепено добијају своје значење. Несвесно детета, његова непрепозната осећања, стања или трауме испољавају се на празном папиру, али овај пут оно није усамљено у том процесу. Овај пут у присуству терапута, уз помоћ односа са њим дете превладава доживљено. Нјихова интеракција – заједничко цртање и давање смисла нацртаном креира једно ново корективно интерактивно искуство за дете. Терапеут активно асоцира на дететова изражавања на цртежу, а успешне су само оне терапутеве интервенције које доводе до новог материјала и наставка са пројектовањем несвесног садржаја. Дете активно прихвата или одбија терапутеве асоцијације. Не постоје никаква одређена правила, већ заједничка активност подсећа на спонтану заједничку игру. На крају процеса цртања терапеут може иницирати визуализацију и експлорацију једног дететовог сна што даје могућности нових значајних увида. Виникотова пракса у коришћењу овог метода показала је да она има изузетан и дијагностички и терапијски потенцијал. За разлику од дијагностичких поступака цртања људске фигуре, куће или самог себе, ова метода подразумева интеракцију терапута и детета који заједнички стварају креативно дело што се показало да има трапијски значај. Ова техника изводи се у неколицини сусрета, јер провећање броја сесни погодује јавалну трансфера, отпора и осталих феномена који се очекују у аналитичком раду.

Ова техника користи се већ на веома раном узрасту и показала се корисном у ситуацијама када није могуће или није индиковано примењивање дуготрајне психотерапије. Процес је независан од интелектуалних способности детета, што га чини погодним за примену код деце са различитим врстама ометености. С друге стране, утемељеност ове технике у Виникотова теоријска становишта подразумева разумевање и ослањање на његово виђење дечјег развоја и важности односа са другим, што је у основи његовог теоријског и практичног рада.

Виникотова техника „шкрабалице“ извршила је снажан утицај на експресивне, арт технике дечје психотерапије које се ослањају на психоаналитичку перспективу, али и оне које нису засноване на експлицитним теоријским основама.

Остале форме психоаналитичког рада са децом

Развој психоанализе допринео је кративном развоју различитих техника које се примењују у раду са децом. Потребе овог рада подразумевају само кратко навођење неких психотерапијских техника које су ослоњене на психоаналитичку теоријску перспективу. Разноликост психотерапијских техника у раду са децом подразумева, у све већој мери, еклектицизам или недовољну ослоњеност на теоријске основе, тако да није могуће увек правити јасна разграничења између оних техника које се ослањају или не ослањају на релевантне психоаналитичке концепте.

Групна аналитичка терапија одраслих, била је основа за примену код деце, а нарочито код адолесцената. Ова врста технике примењива је у највећој мери код емотивних проблема адолесцентата, као и проблема у понашању, аџтинг оут-у, злоупотребе дрога, траума и тд. Временом, групна терапија је пружимала утицаје терапије игром, тако да се данас примењују многе форме дечје групне терапије игром које немају много везе са психоаналитичким теоријским и техничким концептима. У овој шареноликој понуди, нарочито на англосаксонском подручју, често је тешко издвојити оне технике групне терапије које са могу назвати аналитичке. У том смислу, ослањање на психоаналитичка учења о групној динамици, као и третирање основних концепата теорије технике (трансфер, контратрансфер, отпори...) значајни су у разграничењу.

Све форме експресивне, арт терапије могуће је примењују у раду са децом. Сматра се да је њихов потенцијал изузетан с обзиром на, често минималну улогу вербалног фактора, а веома често и фактора узраста и интелектуалног статуса. Ипак, критика ових технике базира се на мању експлицитних правила за њихово извођење, што даје могућност

лоше или неадекватне примене. Ово се нарочито односи на терапеуте који нису везани за психоаналитички терапијски дискурс.

Психоаналитичка дечја психотерапија у раду са децом са ометеношћу

С обзиром на, с једне стране, велики варијетет врста и типова ометености, њихову различиту етиологију и различите последице које ометеност оставља на психолошко функционисање детета, а с друге, велики варијетет психотерапијских аналитичких и неаналитичких техника психотерапијског рада са децом, није могуће дати једноставан одговор о примењивости психоаналитичке дечје психотерапије у раду са децом са ометеношћу. Ради прецизне процене индикација неопходно је спровести систематску дијагностику ометености (развоја моторике, сензорног развоја, интелектуалног развоја, развоја језика и говора, развоја капацитета за ментализацију, процену капацитета за везивање и још многих других индикатора) с једне стране, као и процену последица које ометености, или неке друге околности развоја остављају на функционисање детета (сепарациона искуства, ниво анксиозности, трауматизујућа искуства, неадекватан селф концепт, осећање неадекватности, социјалне инхибиције и сл.). Ова процена нужно мора водити рачуна о несвесним конфликтима детета и утицају који они остављају на опште психолошко функционисање детета.

Уопштено говорећи, психоаналитичке психотерапијске технике могуће је спроводити код деце са многим врстама ометености, уз одређене модификације. Многи аутори наводе капацитете ове врсте терапије у раду са децом са ометеношћу. Bromfield (1955) наводи да су индикације за примену ове врсте дечје психотерапије постојање тешкоћа у учењу, као и потреба за прихватањем и превладавањем последица физичке ометености. У литератури се њихова примена најчешће спомиње код поремећаја читања, учења, селактивног мутизмом, acting out-a, аутизма (Fisher 1953, Landreth at al. 1991, Brandell 2002, Sinason 2002, Palombo 2001, 2006, Hollins & Sinason 2000, Landreth at al 1991). Неки аутори сматрају да психоаналитички третман смањује емоционалне проблеме и симптоме код деце са пробелмима у учењу (Sigman, 1985; Frankish, 1989; Beail, 1995; Bichard *et al*, 1996). Известан број аутора наводи позитивне ефекте ове врсте терапије на децу са ометеношћу (Lee, 2009), док неки сматрају да су бенефити од ове врсте терапије код неких врста ометености, нпр. аутизма или поремећаја понашања маргинални (Fonagy, 2003). Психотерапијске технике

генерално, мало се користе код одређених врста ометености, мада неки аутори наводе случајеве индивидуалног аналитичког третмана особе са интелектуалном ометеношћу (Beail, 1998) као и случајеве рада са слепом децом (Omwake & Solnit, 1961). Неколико аутора (Fitzgerald & Bellgrove, 2006; Ghaziuddin, 2005; Ruderman, 2002; наведено према Леву, 2011) сматра да је психоаналитичка терапија неефикасна за децу са Аспергеровим синдромом.

Неслагање аутора око могућности примене психоаналитичких техника дечје психотерапије компликује и чињеница да нису довољно јасно прецизирани критеријуми помоћу којих би се одређени терапијски приступ дефинисао.

Углавном се сматра да је ове врсте терапије могуће користити уз одређене, веће или мање модификације које не смеју да подразумевају одустајање од основних начела психоаналитичког терапијског рада. Под модификацијом процедуре обично се сматра промењена или продужена улога родитеља (Carmichael, 1993, 1994; Cogher, 1999; Guerneу, 1991; наведено према Lorenz, 2010) или стручног тима који већ ради са дететом. Родитељи се чешће укључују у рад са терапеутом или директно учествују у сеанси или неком њеном делу. Такође, за децу са одређеном врстом ометености (нпр. слепа деца) процедура би морала бити адаптирана. Модификација која се тиче материјала за психоаналитичку терапију игром углавном се избегава са идејом да играчке, као неструктурирани материјал дете треба да користи на спонтан начин, у складу са могућностима које има, а с обзиром на врсту ометености. Ипак, одређена модификација је неопходна - нпр. деца са поремећајима fine моторике потребно је понудити веће играчке и сл. Неки аутори наглашавају да материјал треба да буде конструисан тако да не може да повреди дете, ако се користи са децом код које постоји ризик од губитка контроле агресивних импулса.

Психоаналитичке технике подразумевају изузетан значај стабилног сетинга. Учесталост и редовност сеанси подразумева се и у раду са децом са ометеношћу, с обзиром на значај трансферних искустава као покретача терапијске промене. Ипак, деца са одређеним врстама ометености, због смањеног капацитета за емпатију, ментализацију, па и интроспекцију, са више тешкоћа учествују у оваквим врстама терапије. Дужина трајања сеансе такође може бити прилагођена или променљива (нпр. за децу са АДХД). Проблем у комуникацији између детета и терапута изражен је код деце са оштећењем слуха и неким видовима говорно-језичке патологије. Укључење преводиоца гестовног језика није препоручљиво због ремећања односа дете-терапут, па би најбоља

ситуација подразумевала да терапут уме да користи гестовни језик што је у пракси веома ретко. Могућност кретања у простору, која је од великог значаја за многе врсте пасихоаналитичких техника, може бити проблем за децу са телесном инвалидношћу, а капацитет за стицање увида за децу са израженим заостајањем у интелектуалном развоју. У раду са децом чија ометеност онемогућава спровођење основних начела психоаналитичког приступа, није индиковано спровођење ових врста терапије.

Психоаналитичке техника рада са децом подразумевају интерпретацију трансферно-контратрансферних одигравања у терпијском односу. Рад са децом са ометеношћу може провоцирати специфична контратрансферна одигравања (нпр. фантазије везане за бепомоћност, кастрациону анксиозност и сл.) што захтева додатну осетљивост и спремност терапута да препозна и адекватно реагује на оваква дешавања у процесу. Због могућих тешкоћа на овом плану, свсисходно је организовати додатни супервизијски рад.

ЗАКЉУЧАК

Преглед најзначајнијих психоаналитичких техника дечје психотерапије указује на њихове значајне могућности у раду са децом са ометеношћу. Могућност примене зависи од врсте и тежине ометености. Одређене модификације психотерпијске технике су углавном неопходне. У ситуацијама када је, због врсте ометености неопходно одустајање од примене основних психоаналитичких концепата (тансфер, отпори, увид, интерпретирање...) сврсисходно је применити неку други психотерапијски приступ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Axline, V. (1981). *Play therapy*. New York: Ballantine Books.
2. Brandell, J.R. (2002). *Psychoanalytic Approaches to the treatment of children and Adolescents: Tradition and Transformation*. N.Y: Haworth Press.
3. Bratton, S.C., Ray, D., Rhine, T., Jones, L. (2005). The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practic*. 36-4. 256-287.
4. Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
5. Beail, N. (1998). *Psychoanalytic psychotherapy with men with intellectual disabilities*. *The British Psychological Society*. 3: 71-1.
6. Beail, N. (1995). Outcome of psychoanalysis, psychoanalytic and psychodynamic psychotherapy with people with intellectual disabilities: a review. *Changes*, 13, 186 -191.
7. Bichard, S., Sinason, V., Usiskin, J. (1996). Measuring change in mentally retarded clients in long term psychoanalytic psychotherapy. *The National Association for Dual Diagnosis*, 13, 6 -11.
8. Bromfield, R.N. (1955). Psychoanalytic Play therapy. *Techniques*. 1-13.
9. Carmichael, K. D. (1993). Play therapy and children with disabilities. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 16(3), 165-173.
10. Carmichael, K. D. (1994). Play therapy for children with physical disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 60(3), 51-53.
11. Freud, A. (1974). The methods of child analysis. In *The Writings of Anna Freud*. New York: International Universities Press. (Originally published 1927)
12. Freud, S. (1955). Analysis of a phobia in a five-year-old boy. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press. Vol. 10:1-147. (Original work published 1909)
13. Fonagy, P. (2003) Psychoanalysis today. *World Psychiatry*. 2(2): 73-80.
14. Frankish, C. (1989). Perceptual organization and precategorical acoustic storage. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 15, 469-479.
15. Fisher, B. (1953). Group therapy with retarded readers. *Journal of Educational Psychology*. 44: 354-356.
16. Howlin, P.(2005).The effectiveness of interventions for children with autism. *Neurodevelopmental Disorders* 10.101-119.

17. Heflin, J.& Simpson R.L. (1998). Interventions for Children and Youth with Autism. Prudent Choices in a World of Exaggerated Claims and Empty Promises. : *Intervention and Treatment Option Review*. 13.4: 194-211.
18. Hollins, S., Sinason V. (2000). Psychotherapy, learning disabilities and trauma: new perspectives. *The British Journal of Psychiatry*.176: 32-36
19. Irwin, E. (1983). The diagnostic and therapeutic use of pretend play. *Handbook of play therapy*. New York: Wiley.
20. Kahr, B. (1996). *D.W.Winnicott*. London: SAGE Publications.
21. Klein, M. (1975). *The psycho-analysis of children*. New York: Delacorte. (Original work published 1932)
22. Klein, M.(1923). Early Analaysis. *Imago*. 9 (I)
23. Klajn, M. (1945). Edipalni kompleks u svetlu ranih anksioznosti U: *Unutrašnji svet dečije psihe*. Beograd. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva. str. 179-229.
24. Klajn, M. (1955). Psihoanalitička plej terapija: njena istorija i značaj U: *Unutrašnji svet dečije psihe*. Beograd. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva. str. 267-287.
25. Kymissis, P. (1996). *Group Therapy With Children and Adolescents*. American Pscyiatric Press.
26. Kevin, J. (1997). *Play Therapy Theory and Practice: A Comparative Presentation* John Wiley & Sons, ICN.
27. Lorenz, D. C. (2010). *Can I play? Using play therapy for children and adolescents with disabilities*.http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas10/Article_07.pdf
28. Landreth, G., Homeyer, S.B. (1995). *The world of play therapy literature: A definitive guide to authors and subjects in the field*. IV. Denton, TX: Center for Play Therapy.
29. Landreth, G.L., Glover G., Ray D.C. (1991). *Play Therapy Interventions With Children's Problems: Case Studies With DSM -IV-TR Diagnoses*. Rowman & Litlefield Publishers.Inc.
30. Lee, Min-Jung, M.A.(2009). Psychoanalytic understanding of art and play therapy for children with developmental disabilities. <http://www.proquest.com/en-US/catalogs/databases/detail/pqdt.shtml>
31. Levy, A.J. (2011). Psychoanalytic Psychotherapy for Children with Asperger's Syndrome: Therapeutic Engagement Through Play. *Psychoanalytic Perspectives*, 8:72-91
32. Omwake, E.B.& Solnit A.J. (1961). "It isn't Fair"—The Treatment of a Blind Child. *Psychoanal. St. Child*, 16:352-404.

33. O'Brien, J. D., Pilowsky P., Lewis O.W. (1992). *Psychotherapies With Children and Adolescents: Adapting the Psychodynamic Process*. American Pscyiatric Press.
34. Palombo, J.M.A. (2001). *The therapeutic process with children with learning disorders*. *Psychoanalytic Social Work* 8 (3-4): 143-168.
35. Palombo, J.M.A. (2006) *Nonverbal Learning Disabilities: A clinical prespective*. W.W. Norton
36. Rank, B., (1949). Adaptation of The Psychoanalytic Technique for The Atypical Development. *American Orthopsychiatric Association*. 19-1:130-139
37. Slavson, S. R. (1950). *Analytic group psychotherapy with children, adolescents, and adults*. New York, NY, US: Columbia University Press.
38. Sweeney, D.S.& Homeyer L. (1999). *The handbook of group play therapy: how to do it, how it works, whom it's best for*. Jossey-Bass Publishers.
39. Seeling, B. (2002). *Psychoanalytically Oriented Psychotherapy*. New York & London: Routledge.
40. Sinason, V. (2002). *Some Reflections from Twenty Years of Psychoanalytic Work with Children and Adults with a Learning Disability*. *Disability Studies Quarterly*. 22.3: 38-45.
41. Sigman, M. (1985). The parallel processing phenomenon in the supervisory relationship: a therapist's view. *Current Issues in Psychoanalytic Practice Countertransference*. 2(3/4):21-31
42. Thompson, P.H. &Brown D.T. (2007). *Counseling and Psychotherapy With Children and Adolescents: Theory and Practice for School and Clinical Setting*. New Jersey: John Wiley and Sons.
43. Vukosavljević Gvozden, T. (2007). *Psihoanaliza posle Frojda: Razvoj relacione perspektive*. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju.
44. Vinikot, D. (1999). *Igranje i stvarnost*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
45. Winnicott, D. (1975). Primitive emotional development. In: *Through pediatrics to psycho-analysis*. New York: Basic Books. (Original work published 1945)

PSYCHOANALYTIC TECHNIQUES OF CHILD PSYCHOTHERAPY IN WORKING WITH CHILDREN WITH DISABILITIES

SANJA DIMOSKI

Faculty of Special Education and Rehabilitation, Beograd

SUMMARY

This paper outlines the most used psychoanalytic techniques of children psychotherapy. The aim of the paper is discussion about their applicability in working with children with various forms of disability. As an introduction and explanation of the development of modern trends in this field, the historical development of child psychotherapy is given. Psychoanalytic work with children with disabilities includes a number of characteristics that are related to the type of disability. It is possible to modify the techniques of psychoanalytic work, in order of accommodation to children with certain forms of disability (modified procedures, materials, settings). In working with children with some type of disability, is not possible to apply the basic principles of psychoanalytic work (transfer, interpretation, etc.). In this case, is not recommended to apply these techniques.

KEY WORDS: psychoanalytic techniques, children with disabilities, modification techniques;