PSYCHOTERAPIA 4 (215) 2025
STRONY: 19–32
DOI: 10.12740/PT/211252

Daria Kościuk[1]

ZASTOSOWANIE TERAPII ZABAWĄ W PRACY Z DZIEĆMI Z TRUDNOŚCIAMI EMOCJONALNYMI: PODSTAWY TEORETYCZNE, NARZĘDZIA OCENY I STUDIUM PRZYPADKU

Play Therapy as a Tool for Correcting Emotional Disorders in Children: Theory, Practice, and a Case Study

[1]Angielsko-Polskie Przedszkole „Zebra", Warszawa

play therapy
child and adolescent therapy
mental health

Streszczenie

Terapia zabawowa stanowi skuteczne narzędzie psychoterapii dzieci, wspierające ich rozwój emocjonalny i społeczny. W trakcie procesu terapeutycznego psycholog towarzyszy dziecku w zabawie, co umożliwia mu wyrażanie myśli i uczuć, które w innych warunkach mogłyby pozostać niewypowiedziane. Zabawa tworzy bezpieczną przestrzeń do rozwijania umiejętności społecznych, regulacji emocji oraz budowania relacji terapeutycznej, pełniąc jednocześnie funkcję profilaktyczną i interwencyjną w przypadku trudności emocjonalnych i behawioralnych.
Celem niniejszego opracowania jest analiza terapii zabawowej jako skutecznej metody wspierania zdrowia psychicznego dzieci. W pracy zastosowano przegląd najnowszej literatury naukowej dostępnej w bazach PubMed, Medline oraz Heal-Link, obejmującej publikacje w języku angielskim.
Wyniki analizy wskazują, że terapia zabawowa jest szczególnie efektywna u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, zwłaszcza tych doświadczających stresu, żałoby, przemocy domowej oraz zaburzeń neurorozwojowych. Metoda ta sprzyja rozwojowi kompetencji społecznych, wspiera proces regulacji emocji i zachowań oraz przyczynia się do redukcji negatywnych stanów emocjonalnych. Badania empiryczne potwierdzają jej pozytywny wpływ na ogólne funkcjonowanie psychospołeczne dzieci.
Podsumowując, terapia zabawą stanowi uznaną i skuteczną formę wsparcia psychicznego dzieci. Umożliwia bezpieczne przetwarzanie trudnych doświadczeń w przestrzeni symbolicznej oraz wspiera ich rozwój emocjonalny i społeczny, przyczyniając się do poprawy zdrowia psychicznego i jakości funkcjonowania.

Summary

Play therapy is an effective psychotherapeutic tool for children, supporting their emotional and social development. During the therapeutic process, the psychologist accompanies the child in play, enabling the expression of thoughts and feelings that might otherwise remain unspoken. Play creates a safe space for developing social skills, regulating emotions, and building a therapeutic relationship, while also serving preventive and intervention functions in cases of emotional and behavioral difficulties.

The aim of this paper is to analyze play therapy as an effective method of supporting children's mental health. The study is based on a review of recent scientific literature available in the PubMed, Medline, and Heal-Link databases, including publications in English.
The results of the analysis indicate that play therapy is particularly effective for preschool and early school-aged children, especially those experiencing stress, grief, domestic violence, and neurodevelopmental disorders. This method promotes the development of social competencies, supports emotional and behavioral regulation, and contributes to the reduction of negative emotional states. Empirical studies confirm its positive impact on children's overall psychosocial functioning.
In conclusion, play therapy is a well-established and effective form of psychological support for children. It enables the safe processing of difficult experiences within a symbolic space and supports emotional and social development, contributing to improved mental health and overall functioning.

Wstęp

Zabawa stanowi jeden z najważniejszych filarów dzieciństwa – nie tylko jako spontaniczna forma aktywności, lecz także jako podstawowy mechanizm wspierający rozwój psychiczny, emocjonalny i społeczny dziecka. Jest procesem dynamicznym, elastycznym i silnie zindywidualizowanym, pozwalającym dziecku na wyrażanie siebie, poznawanie świata oraz budowanie relacji z innymi. Odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu tożsamości, regulacji emocji oraz rozwijaniu zdolności poznawczych i komunikacyjnych [1].

W odróżnieniu od dorosłych, dzieci rzadko dysponują adekwatnymi narzędziami językowymi, by wprost opisać swoje przeżycia wewnętrzne, obawy czy pytania egzystencjalne. Dlatego to właśnie zabawa staje się ich naturalnym językiem – symboliczną formą komunikacji, w której mogą bezpiecznie wyrażać swoje lęki, pragnienia, potrzeby oraz odzwierciedlać relacje z otoczeniem [2, 3]. Poprzez odgrywanie ról, interakcje z przedmiotami symbolicznymi i konstrukcję własnych narracji, dzieci przekazują nie tylko aktualny stan emocji, ale również nieświadome konflikty i trudności rozwojowe. Zabawa ma także kluczowe znaczenie dla harmonijnego rozwoju dziecka. Dzięki niej dziecko rozwija wyobraźnię, kreatywność i zdolność do mentalizacji, a także nabywa podstawowych kompetencji społecznych. W literaturze podkreśla się, że jej znaczenie dla rozwoju psychicznego może być równie fundamentalne, jak bliskość emocjonalna z matką [4].

Celem niniejszego artykułu jest ukazanie potencjału terapii zabawą – ze szczególnym uwzględnieniem podejścia niedyrektywnego – jako skutecznej metody wsparcia psychicznego dzieci doświadczających trudności emocjonalnych. W opracowaniu uwzględniono zarówno przegląd aktualnej literatury, jak i analizę przypadku klinicznego, ilustrującą praktyczne zastosowanie omawianych założeń w pracy z dzieckiem przeżywającym żałobę i lęk separacyjny.

Koncepcje terapii zabawą

Zabawa odgrywała kluczową rolę w teoriach wielu badaczy rozwoju dziecka, takich jak: Jean Piaget, Anna Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott i Virginia Mae Axline, co szeroko opisano w literaturze dotyczącej terapii zabawą [5, 6]. Piaget postrzegał zabawę jako ważny element rozwoju intelektualnego, wyróżniając trzy jej typy: praktyczną, symboliczną i społeczną, zależne od etapu rozwoju poznawczego dziecka. Podkreślał,

że dopiero wraz z rozwojem myślenia abstrakcyjnego dzieci są w stanie angażować się w bardziej złożone i ustrukturyzowane formy zabawy [5].

Freud i Klein rozumiały zabawę jako drogę do nieświadomych treści – Freud porównywała ją do snów w psychoanalizie dorosłych, wskazując na jej źródło w relacji z matką, która umożliwia odróżnianie siebie od innych oraz fantazji od rzeczywistości [za: 6, 7]. Klein natomiast uznawała spontaniczną zabawę za odpowiednik swobodnych skojarzeń, zapewniający dostęp do nieświadomości dziecka [za: 6]. Winnicott kładł nacisk na rolę zabawy w procesie indywiduacji i separacji od matki, wskazując na znaczenie obiektów przejściowych i przestrzeni przejściowej jako środowiska umożliwiającego eksplorację świata wewnętrznego. Uważał, że zabawa ma centralne znaczenie terapeutyczne, a relacja matka – dziecko jest fundamentem rozwoju emocjonalnego. W tej relacji zabawa stanowi podstawowe narzędzie ekspresji dziecka, tak jak mowa u dorosłych [5–10].

W odróżnieniu od podejścia psychoanalitycznego, Axline [za: 6] rozumiała zabawę nie jako narzędzie analizy, lecz jako formę leczenia samą w sobie. Uważała, że niedyrektywna zabawa daje dziecku przestrzeń do samodzielnej ekspresji i wewnętrznej przemiany. Zaproponowała także osiem kluczowych zasad terapii zabawą: 1) nawiązanie relacji opartej na zaufaniu, 2) akceptacja dziecka takim, jakie jest, 3) umożliwienie dziecku swobodnej ekspresji emocji, 4) zachęcanie dziecka do podejmowania decyzji i brania za nie odpowiedzialności, 5) odzwierciedlanie emocji dziecka przez dorosłego, 6) podążanie za dzieckiem w trakcie zabawy, 7) nieprzyspieszanie procesu terapeutycznego, 8) ustalanie granic terapii w celu utrzymania kontaktu z rzeczywistością i kształtowanie poczucia odpowiedzialności [6, 11]. Ich realizacja – szczególnie podczas pierwszych wizyt – umożliwia stworzenie atmosfery bezpieczeństwa, która warunkuje zaangażowanie dziecka w proces terapeutyczny.

Rodzaje i funkcje zabawy

Zabawa w dzieciństwie przybiera wiele form, z których najczęściej wyróżnia się zabawy: konstrukcyjne (np. klocki Lego, puzzle), rozwijające motorykę rąk (np. interaktywne zabawki z dźwiękiem i światłem), naśladowcze, w udawanie (szczególnie u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym), ruchowe (sportowe, fizyczne), eksploracyjne oraz oparte na zasadach (np. gry zespołowe) [12]. Kluczowe znaczenie ma zapewnienie dziecku swobody wyboru materiałów – takich jak piasek, glina, lalki, puzzle – oraz stworzenie warunków do eksperymentowania i wyrażania siebie. W ramach tak zwanego kontraktu zabawowego dziecko może eksplorować trudne, ryzykowne lub „złe" treści w bezpiecznej przestrzeni, bez narażania się na rzeczywiste konsekwencje.

Zabawa pełni wiele istotnych funkcji wspierających rozwój dziecka oraz proces terapeutyczny. Jej funkcja adaptacyjna umożliwia redukcję lęku, frustracji i napięcia emocjonalnego, pozwalając dziecku bezpiecznie odreagować trudne doświadczenia [12]. Równocześnie zabawa spełnia funkcję poznawczą – sprzyja rozwojowi wyobraźni, koncentracji oraz refleksji nad światem wewnętrznym i zewnętrznym [13]. Dzięki funkcji komunikacyjnej dziecko może wyrażać emocje, potrzeby i konflikty, które są zbyt złożone lub zagrażające, by mogły zostać wypowiedziane wprost [5, 6, 8–10]. Zabawa wspiera także rozwój społeczny, ucząc współpracy, przestrzegania zasad oraz rozpoznawania i adekwatnego reagowania

na emocje innych osób [13, 14]. Jej wymiar projektujący umożliwia dziecku symboliczne przekształcanie nieuświadomionych emocji oraz integrację wewnętrznych konfliktów – poprzez tworzenie fabularnych narracji z wykorzystaniem zabawek pełniących funkcję słów [11, 15, 17]. W nurcie niedyrektywnym szczególnie ważna jest funkcja integracyjna, dzięki której dziecko – w atmosferze swobody i akceptacji – uczy się rozróżniania e g o od p r a g n i e ń, rozwija zdolność do samoregulacji, buduje poczucie tożsamości oraz symbolicznie odbudowuje relacje z innymi [6, 17].

Warunkiem skutecznej interwencji terapeutycznej jest trafna diagnoza emocjonalna oraz odpowiednio przygotowane środowisko – rekomenduje się wyposażenie pokoju terapeuty w zabawki reprezentujące różne kategorie: realistyczne, agresywne, twórcze i umożliwiające odgrywanie symbolicznie [18]. Tak skonstruowana przestrzeń sprzyja eksploracji emocji i symbolicznej ekspresji wewnętrznych konfliktów, co stanowi fundament skutecznej pracy terapeutycznej. Terapia zabawą, oparta na tych zasadach, ma dobrze udokumentowaną skuteczność w redukowaniu objawów psychospołecznych i wspieraniu optymalnego rozwoju dziecka.

Modele terapii zabawą

Terapia zabawą obejmuje różne podejścia, z których w niniejszym artykule przyjęto model Ryan i Edge'a [16], zgodny z założeniami niedyrektywnej terapii zabawowej wywodzącej się z koncepcji Axline [za: 6], szeroko opisanej we współczesnych opracowaniach [11]. Zakłada on, że dziecko posiada wewnętrzny potencjał i zdolność do samoregulacji, dlatego samo decyduje o kierunku i treści sesji, a terapeuta uważnie podąża za jego inicjatywą.

Swobodna, niestrukturalna zabawa inicjowana przez dziecko umożliwia dostęp do jego wewnętrznych przeżyć, ponieważ pozwala mu na spontaniczne wyrażanie emocji, eksplorowanie relacji oraz odgrywanie ról [6, 11, 19]. Dzięki niej dziecko w bezpieczny sposób przenosi lęki, fantazje czy poczucie winy na obiekty symboliczne, dystansując się od trudnych emocji [11]. Komponenty afektywne, narracyjne, poznawcze i rozwojowe tworzą podstawę tematów zabawowych, które należy rozpoznawać i oceniać, by móc monitorować zmiany w procesie terapii [16]. Podejście skoncentrowane na dziecku, rozwinięte przez Rogersa i Axline, zakłada wspieranie indywidualnego tempa rozwoju i samopoznania [za: 6]. Inne modele, takie jak kognitywno-behawioralna terapia zabawowa czy terapia grupowa, również wykorzystują zabawę, lecz różnią się stopniem organizacji procesu terapeutycznego i poziomem zaangażowania terapeuty [19].

Zgodnie z definicją terapia zabawowa bazuje na ustrukturyzowanym podejściu interpersonalnym, w którym wyszkoleni terapeuci wykorzystują potencjał zabawy, aby pomóc dzieciom zapobiegać lub przezwyciężać trudności psychospołeczne i osiągać optymalny rozwój. Jest to zarówno forma psychoterapii dzieci, jak i narzędzie diagnostyczne [19].

Metodologia zabawy

Ocena jakości aktywności zabawowej dziecka wymaga zastosowania rzetelnych narzędzi diagnostycznych. Jednym z najczęściej wykorzystywanych w terapii zabawą jest ChIPPA (ang. *Child-Initiated Pretend Play Assessment*) [20], narzędzie opracowane dla dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Pozwala ono ocenić poziom symbolizacji oraz tematy zabawowe, które są ściśle powiązane z rozwojem emocjonalnym, społecznym i poznawczym. W kontekście rozwoju psychospołecznego pomocna jest także klasyfikacja Eriksona, wskazująca na etapy kształtowania zaufania, autonomii oraz inicjatywy w pierwszych latach życia (Tabela 1.).

Tabela 1. **Etapy psychospołecznego rozwoju według E.H. Eriksona**

Etap rozwoju	Opis
Zaufanie kontra brak zaufania (0–10 miesięcy)	Odnosi się do kształtowania się u dzieci przywiązania w ramach bliskich relacji, które są fundamentem osobowości i relacji społecznych.
Autonomia / Niezależność kontra wstyd i zwątpienie (18 miesięcy – 3 lata)	Odnosi się do rozwoju u dzieci poczucia „ja" jako odrębnej jednostki.
Inicjatywa kontra poczucie winy (3–5 lat)	Dotyczy kształtowania się u dzieci poczucia moralności lub sumienia względem siebie, innych ludzi oraz norm kulturowych.

Tabela 2. przedstawia wiele przykładów z wykorzystaniem struktury opracowanej przez Ryan i Edge'a [16]. Jeden i ten sam fragment zabawy może jednocześnie zawierać kilka warstw tematycznych, jednak przykłady klasyfikowane są według najbardziej odpowiedniego podtematu. W celu ochrony tożsamości uczestników zastosowano pseudonimy.

Tabela 2. **Obrazy tematów zabawowych**

Temat główny	Podtemat	Przykład z zabawy
Zaufanie	Opieka	Maria opiekuje się psem, karmi go, wychodzi z nim na spacer, głaszcze go u weterynarza, gdy dostaje szczepionkę. Szczeniak pije mleko od mamy, śpi przy niej i przy psie-tacie.
	Ochrona	Eugeniusz pracuje nad tym, by ogrodzić zwierzęta: „Robię duży wybieg z elektrycznym ogrodzeniem, żeby nie wybiegły i nie wpadły pod samochód".
	Komfort	Katia tuli szmacianą lalkę, kołysze ją i karmi jak niemowlę, a potem śpiewa jej kołysankę.
	Uratowanie	Krowa poślizguje się i spada z góry. Iwan podrzuca koguta, który ją łapie i bezpiecznie sadza na ziemi.
	Ustawienie	Ola inicjuje zabawę w chowanego, prosi, by zamknąć oczy, podczas gdy ona chowa kamienie wśród innych zabawek. Zabawa powtarzana jest z radością i śmiechem.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

	Zapewnienie potrzebnych zasobów	Piotr ustawia zwierzęta przy karmidle: „Tak, żeby każde mogło sięgnąć i dostać wystarczająco jedzenia”.
Brak zaufania	Ból związany z oszustwem	Igor ustawia zwierzęta za ciężarówką, a następnie cofa pojazd, przejeżdżając po nich.
	Pułapka i wykluczenie	Sasza wciąga jedną lalkę w pułapkę – ta nie może się wydostać ani znaleźć miejsca w pojeździe, ani czegoś do picia.
	Niedobór	Leszek przedstawia rodzinę, w której matka wypija całą colę, a dzieciom nic nie zostaje.
	Śmierć / Chaos	Rodzina lalek kłóci się o łóżka – łóżka się łamią, a rodzice i dzieci biją się nawzajem.
Autonomia	Mistrzostwo	Sergiusz buduje ogrodzenie. Kiedy zauważa, że jeden element nie pasuje, rozbiera konstrukcję i próbuje ponownie – aż osiąga sukces: „To wszystko… tak, udało się!”.
Wstyd	Bezradność	Wiktorowi trudno jest postawić konia na dywanie, wygląda na przygnębionego, częściowo zasłania twarz, prosząc o pomoc.
	Brak pewności siebie	Marek mówi: „O Boże, wszystko psuję” i nie chce ryzykować: „Chciałbym rozwiązać tę lalkę i związać z powrotem, ale nie dam rady”.
	Poszukiwanie aprobaty	Piotr stale pyta psychologa o zgodę i pochwałę: „To tutaj pasuje? Gdzie ustawić krowy? Podoba się pani moja rakieta?”.
Inicjatywa	Rozwój moralny	Jan sprawia, że kogut prowadzi ciężarówkę: „Nie ma prawa jazdy, więc jak przyjedzie policja, ucieknie”. Potem zmienia wersję: „Jednak ma prawo jazdy”.
	Pomaganie	Gdy lalka-rolnik rozbija ciężarówkę, Jurek wzywa karetkę dla rannej krowy, jedzie z nią do szpitala i przyprowadza nową postać, by pomogła naprawić koła.
	Wyrażanie uczuć	Wowa mówi, używając klucza: „Kiedy dorosnę, chcę pomagać mojemu tacie, gdy naprawia rzeczy swoimi narzędziami”.
Poczucie winy	Złe uczynki	Podczas zabawy lalki urządzają przyjęcie, a złodzieje kradną napoje, jedzenie i pieniądze.

ChIPPA umożliwia identyfikację dominujących tematów zabawy poprzez analizę symbolicznych działań, które mogą zawierać wiele warstw znaczeniowych. Zastosowanie tej klasyfikacji pomaga rozpoznać emocjonalne potrzeby dziecka i dobrać adekwatny model terapeutyczny. Narzędzie stosuje się raz, indywidualnie, po wcześniejszym wypełnieniu formularza demograficznego. ChIPPA to narzędzie standaryzowane, które mierzy jakość umiejętności inicjowania i uczestnictwa w zabawach tematycznych poprzez odgrywanie

ról w określonym czasie [20]. Materiały są neutralne płciowo i dostosowane do wieku, obejmują klasyczne zabawki symboliczne i przedmioty niestrukturyzowane [21]. Przedmioty niestrukturyzowane to materiały pozbawione jednoznacznie określonej funkcji lub sposobu użycia (np. klocki, patyki, tkaniny, pudełka), które mogą być dowolnie interpretowane i przekształcane przez dziecko w toku zabawy. Ich otwarty charakter sprzyja spontanicznej ekspresji oraz pozwala dziecku nadawać im indywidualne znaczenia, zgodne z aktualnymi przeżyciami i potrzebami.

Taki dobór materiałów umożliwia swobodne przechodzenie od zabawy konwencjonalnej do symbolicznej, zwiększając prawdopodobieństwo wystąpienia substytucji obiektów oraz tworzenia złożonych narracji. W konsekwencji przedmioty niestrukturyzowane stanowią szczególnie cenne narzędzie diagnostyczne, ponieważ pozwalają na ocenę poziomu symbolizacji, elastyczności poznawczej oraz zdolności do reprezentowania doświadczeń wewnętrznych.

Narzędzie ChIPPA mierzy i ocenia trzy główne aspekty zabawy tematycznej u dzieci: złożoność działań zabawowych (ang. *Percentage of Elaborate Play Actions*, PEPA), liczbę zastępstw przedmiotów (ang. *Number of Object Substitutions*, NOS) oraz liczbę działań naśladowczych (ang. *Number of Imitated Actions*, NIA) (Tabela 3). Każdy ze wskaźników analizowany jest w trzech podkategoriach: konwencjonalno-wyobrażeniowej, odnoszącej się do użycia tradycyjnych zabawek; symbolicznej, odnoszącej się do użycia przedmiotów nieustrukturyzowanych, oraz łączonej, która stanowi sumę dwóch wcześniejszych typów. Dodatkowo narzędzie zawiera formularz obserwacji klinicznej, w którym rejestrowane są konkretne zachowania zabawowe dziecka zaobserwowane podczas sesji. Pozwala to na diagnozę poziomu rozwoju symbolizacji oraz ocenę postępów terapii. Dzięki temu ChIPPA znajduje zastosowanie zarówno w diagnozie klinicznej, jak i w badaniach naukowych.

Tabela 3. **Elementy oceny ChiPPA**

Skrót	Opis elementu
PEPA Konwencjonalno-symboliczny	Stopień złożoności zabawy tematycznej z użyciem tradycyjnych zabawek wyobrażeniowych.
PEPA Symboliczny	Stopień złożoności zabawy tematycznej z użyciem niestrukturyzowanych obiektów.
PEPA Łączny	Łączna liczba złożonych działań w zabawie symbolicznej i z niestrukturyzowanymi przedmiotami.
NOS Konwencjonalno-symboliczny	Liczba przypadków zastępowania przedmiotów przez klasyczne zabawki symboliczne.
NOS Symboliczny	Liczba przypadków zamiany rzeczywistych obiektów na inne niestrukturyzowane elementy.
NOS Łączny	Suma wszystkich zamian przedmiotów w zabawie symbolicznej i z użyciem nieustrukturyzowanych materiałów.
NIA Konwencjonalno-symboliczny	Liczba działań naśladujących z użyciem klasycznych zabawek tematycznych.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Skrót	Opis elementu
NIA Symboliczny	Liczba działań naśladujących z użyciem niestrukturyzowanych materiałów.
NIA Łączny	Całkowita liczba działań naśladowczych wykonanych zarówno na obiektach symbolicznych, jak i niestrukturalnych.

Wyjaśnienie skrótów: PEPA (ang. *Percentage of Elaborate Play Actions*) – odsetek złożonych działań zabawowych, NOS (ang. *Number of Object Substitutions*) – liczba zamian przedmiotów, NIA (ang. *Number of Imitated Actions*) – liczba działań imitowanych.

Badania terapii zabawą

Terapia zabawą zyskała uznanie jako skuteczna forma interwencji psychologicznej w pracy z dziećmi doświadczającymi różnych trudności. Badanie Danger i Landretha [22] wykazało poprawę umiejętności językowych u dzieci z zaburzeniami mowy, a także – choć w różnym stopniu – redukcję lęku. Inne badania potwierdziły pozytywny wpływ terapii zabawą na relacje nauczyciel–uczeń oraz redukcję stresu u dzieci i pedagogów [23].

Taka forma terapii okazała się również pomocna u dzieci z chorobami przewlekłymi – między innymi cukrzycą typu 1 – przynosząc poprawę funkcjonowania emocjonalnego i przestrzegania zaleceń medycznych [24]. W grupie 372 przedszkolaków odnotowano wzrost kompetencji społeczno-emocjonalnych, takich jak komunikacja i rozwiązywanie problemów [25]. Z kolei wśród dzieci z ADHD zaobserwowano redukcję nieposłuszeństwa po zastosowaniu tej formy interwencji [26, 27], a grupowa terapia zabawą według Adlera zmniejszała zachowania destrukcyjne i trudności szkolne [25, 28]. Korzyści z terapii zabawą dostrzegli również rodzice dzieci po przeszczepie wątroby – te lepiej radziły sobie ze stresem hospitalizacji i potrafiły wyrażać lęk oraz niepokój [29]. W kontekście zabiegów chirurgicznych potwierdzono spadek stresu przed- i pooperacyjnego, mimo że nie odnotowano zmian w percepcji bólu [30]. Podobny efekt miały interwencje z udziałem klaunów szpitalnych – obniżały poziom niepokoju u dzieci i ich opiekunów [31].

W sytuacjach rodzinnych, takich jak rozwód, terapia zabawą pomagała w poprawie komunikacji i wzajemnym zrozumieniu między dziećmi i dorosłymi [32]. Badanie jakościowe Axline, które było opisane w książce Landretha [6, 11], potwierdziło jej skuteczność w przypadku trudności emocjonalnych i behawioralnych. Dwie metaanalizy wykazały wyraźne efekty terapii zabawą – średni efekt rzędu 0,66 (42 badania) [33] i 0,8 (93 badania) [34]. Skuteczność była wyższa, gdy w proces zaangażowani byli rodzice, a najlepsze rezultaty obserwowano po około 30–40 sesjach. Terapia okazała się skuteczna niezależnie od wieku i płci, wpływając zarówno na objawy internalizacyjne, jak i eksternalizacyjne.

Cele terapii

Głównym celem terapii zabawą – szczególnie w podejściu niedyrektywnym – jest wspieranie dziecka w jego naturalnym rozwoju psychicznym poprzez stworzenie bez-

piecznej przestrzeni, w której może ono swobodnie wyrażać emocje, przetwarzać trudne doświadczenia i symbolicznie eksplorować rzeczywistość [16–18]. W tym kontekście zabawa staje się naturalnym środkiem komunikacji – pozwala odreagować napięcia, wyrazić nieuświadomione konflikty i zintegrować przeżycia przekraczające możliwości werbalnego opisu [17, 18]. Terapia ta dąży do redukcji lęku i stresu – szczególnie w sytuacjach związanych ze stratą, separacją czy zmianą środowiska – a także do rozwijania zdolności samoregulacji emocjonalnej, rozwiązywania problemów oraz wzmacniania kompetencji społecznych i komunikacyjnych [15, 18]. Pomaga w odbudowie poczucia zaufania w relacjach, zwłaszcza tam, gdzie doszło do zaburzenia więzi z opiekunami [17].

W ujęciu teoretycznym cele terapii obejmują również wspieranie procesów socjalizacji i rozwoju twórczego, pogłębianie samoświadomości dziecka, pomoc w rozumieniu i wyrażaniu emocji oraz konfliktów wewnętrznych, a także kształtowanie zdolności do regulacji impulsów oraz rozróżniania między potrzebami a świadomymi decyzjami [6, 14].

Opis metody

Skuteczność terapii zabawą zależy nie tylko od modelu teoretycznego i kompetencji terapeuty, ale również od jakości przestrzeni terapeutycznej. Pokój do terapii powinien być uporządkowany, przewidywalny, wolny od rozpraszających bodźców i neutralny światopoglądowo. Taka przestrzeń sprzyja budowaniu relacji, wspiera autonomię dziecka i umożliwia swobodną ekspresję emocji [35].

Zabawa symboliczna wymaga określonej dojrzałości poznawczej. Nie każde dziecko spontanicznie inicjuje zabawę wyobrażeniową, dlatego warunkiem korzystania z terapii niedyrektywnej jest zdolność do samodzielnego tworzenia i podtrzymywania zabawy [7, 36]. W pokoju terapeutycznym powinny znaleźć się zarówno zabawki realistyczne, jak i niestrukturyzowane, dostępne na wysokości wzroku dziecka – taka organizacja przestrzeni wspiera jego samodzielny wybór i poczucie bezpieczeństwa.

Terapia zabawą wymaga świadomej zgody dziecka. Terapeuta powinien przedstawić jej zasady w sposób dostosowany do wieku i umożliwić rezygnację w każdej chwili. Takie podejście wzmacnia sprawczość, szczególnie u dzieci po doświadczeniach przemocy lub traumy. Sesje rozpoczynają się zwykle od fazy diagnostyczno-adaptacyjnej, służącej poznaniu preferencji dziecka i nawiązaniu relacji. Ważne jest unikanie interpretacji, skupienie na akceptacji i obecności dziecka.

Obecność rodzica w początkowych sesjach wspiera proces adaptacji i ułatwia separację. Kluczowe jest też omówienie zasad: harmonogramu, roli terapeuty, granic i bezpieczeństwa. Terapia może przybierać formę niedyrektywną lub lekko strukturyzowaną. Bez względu na formę, terapeuta powinien być towarzyszem, a nie oceniającym.

Długość terapii zależy od indywidualnych potrzeb dziecka [2–4, 37–39]. Nadrzędne znaczenie mają jego gotowość do zmiany oraz tempo, w jakim ta zmiana zachodzi, a także sposób wyrażania emocji. Terapia zabawą wspiera leczenie, buduje poczucie bezpieczeństwa, tożsamości i wpływu na własne życie.

Przebieg przykładowej terapii zabawą

Przypadek siedmioletniej A.K. ilustruje zastosowanie terapii niedyrektywnej u dziecka z lękiem separacyjnym i objawami żałoby po nagłej śmierci babci, z którą dziewczynka była silnie związana. Po stracie unikała samodzielności, wykazywała regresję i silne przywiązanie do matki. Matka zgłaszała przeciążenie emocjonalne i trudności wychowawcze.

W początkowych sesjach terapeutycznych (1–3) A.K. unikała kontaktu wzrokowego i nie podejmowała inicjatywy zabawowej. Przeglądała zabawki w sposób ostrożny, a jej wybór ograniczał się do figurek zwierząt i miękkich lalek. Dziewczynka odgrywała scenki, w których duża lalka pełniła rolę matki, a mniejsza – dziecka. W zabawie wielokrotnie powtarzała się scena: dziecko błaga matkę, by nie wychodziła z domu, a matka mimo wszystko musi wyjść „do sklepu" lub „do pracy". Symbolika ta umożliwiała początkowy wgląd w lęk separacyjny dziewczynki i jej trudność w akceptacji tymczasowej nieobecności matki.

Podczas czwartej sesji dziewczynka po raz pierwszy użyła lalki reprezentującej babcię. Umieściła ją w łóżku, przykryła chustką i mówiła szeptem: „Babcia jest bardzo zmęczona i nie chce już z nikim rozmawiać". W trakcie zabawy lalka-matka nie potrafiła wyjaśnić dziecku, dlaczego babcia nie wstaje. Lalka-dziecko siadała obok niej i płakała. W końcowej części zabawy pojawił się motyw „ratowania babci" poprzez podanie syropu i „pocałunek, który działa jak magia". Symboliczna próba przywrócenia babci do życia była wyraźnym przejawem mechanizmu zaprzeczenia i potrzeby kontroli nad sytuacją straty.

Podczas szóstej sesji A.K. skoncentrowała się na figurkach zwierząt – w szczególności na małym króliku i dużym wilku. Królik był prześladowany, ukrywany pod kocem, a wilk groził mu, że go zje. W zabawie wyraźnie obecne były elementy przemocy symbolicznej, nieobecne w poprzednich sesjach. Gdy terapeuta zapytał, dlaczego wilk jest taki zły, dziewczynka odpowiedziała: „Bo nikt go nie chciał". Symboliczne przemieszczenie lęków i złości na figurki zwierząt umożliwiło bezpieczne wyrażenie ambiwalentnych emocji – złości na matkę za rozłąkę i żalu po stracie babci.

Na dwunastą sesję dziewczynka przyniosła własną zabawkę – figurkę wróżki, którą przedstawiła jako „tę, która wie, że wszystko się jakoś ułoży". W zabawie pojawiły się nowe wątki: wróżka opiekowała się króliczkiem, a wilk został nazwany „tatusiem", który „czasem krzyczy, ale się poprawia". Dziewczynka przejęła rolę reżysera zabawy, wprowadzała dialogi i samodzielnie rozwiązywała konflikty pomiędzy postaciami. Zmiana narracji świadczyła o rosnącym poczuciu kontroli i sprawczości, a także o większym dystansie do wcześniejszych przeżyć. Pojawienie się postaci opiekuńczej – wróżki – mogło być interpretowane jako uwewnętrznienie funkcji regulacyjnej i początek procesu integracji doświadczenia straty.

W końcowej części sesji dziewczynka zapytała terapeutkę: „Czy mama naprawdę zawsze wraca po mnie?". To pytanie świadczyło o stopniowym oswajaniu lęku separacyjnego i otwartości na rozmowę, która wcześniej była niemożliwa. Terapeutka odpowiedziała zgodnie z rzeczywistością, odzwierciedlając jednocześnie uczucia dziewczynki związane z niepewnością oraz potrzebą zapewnienia stałości i przewidywalności relacji.

Terapia zabawą umożliwiła A.K. przepracowanie żałoby, wyrażenie lęku i złości w bezpiecznej formie oraz odbudowanie poczucia bezpieczeństwa. Jej przypadek podkreśla

znaczenie stabilnej relacji terapeutycznej, bezpiecznej przestrzeni i elastycznego podążania za dzieckiem jako kluczowych warunków skutecznej terapii.

Dyskusja

Analiza przypadku A.K. i przegląd literatury potwierdzają skuteczność niedyrektywnej terapii zabawą u dzieci doświadczających lęku separacyjnego i żałoby. Zgodnie z podejściem Axline, które było opisane w pracy Landretha [6], to właśnie swoboda wyrażania emocji i możliwość kierowania przebiegiem sesji przez dziecko sprzyjają uzdrawiającej transformacji w bezpiecznej przestrzeni symbolicznej. W przypadku A.K. symboliczne odgrywanie trudnych doświadczeń – takich jak strata czy separacja – umożliwiło dziewczynce stopniowe przejście przez etapy żałoby. Przemieszczenie emocji na postacie symboliczne (np. wilk, królik, wróżka) ułatwiło ich przeżywanie bez konfrontacji, zgodnie z teoriami Klein [za: 6] i Winnicotta [9]. Stabilna relacja z terapeutą sprzyja pogłębianiu ekspresji dziecka i przechodzeniu do bardziej złożonych form symbolicznych, co jest zgodne z założeniami podejścia skoncentrowanego na osobie [16] oraz terapii niedyrektywnej [6, 11]. Badania empiryczne i metaanalizy [19, 25–27, 33–35] wykazują, że terapia zabawą skutecznie wspiera rozwój emocjonalny, społeczny i redukuje zachowania problemowe. Jej efektywność rośnie wraz z zaangażowaniem rodziców – jak pokazują badania Danger i Landretha [22] oraz obserwacje przypadku A.K.

W dalszych badaniach konieczne jest pogłębienie analizy roli płci oraz kontekstu rodzinnego, w tym wpływu płci dziecka i terapeuty na przebieg terapii oraz różnice w wyborze materiałów i tematów zabawowych. Wskazane są również badania porównujące podejścia terapeutyczne, w tym niedyrektywne i poznawczo-behawioralne, w kontekście różnych zaburzeń (lęki, ODD, ADHD, traumy). Cenne byłoby także uwzględnienie perspektywy dzieci uczestniczących w terapii.

Wreszcie, zastosowanie narzędzia ChIPPA może wspierać diagnozę jakości zabawy symbolicznej i monitorowanie postępów dziecka w procesie terapeutycznym.

Podsumowanie

Terapia niedyrektywna zabawą, oparta na założeniach humanistycznych i rozwojowych, stanowi skuteczną i etycznie spójną formę wsparcia psychicznego dla dzieci doświadczających złożonych emocji, traum i kryzysów. Przypadek siedmioletniej A.K. ukazuje, jak poprzez spontaniczną zabawę dziecko może bezpiecznie wyrażać emocje, porządkować trudne doświadczenia i integrować je w konstruktywny sposób.

Zabawa pełni funkcje adaptacyjną, komunikacyjną i terapeutyczną, za pomocą których dziecko może eksplorować świat, relacje i własne emocje. Odpowiednio przygotowana przestrzeń oraz uważna, nieoceniająca obecność terapeuty stwarzają warunki do budowania zaufania, a w konsekwencji – do uzdrawiającej transformacji wewnętrznych konfliktów. Opisywana interwencja potwierdza znaczenie indywidualnego tempa procesu terapeutycznego oraz konieczność respektowania autonomii dziecka. Jednocześnie wskazuje na potrzebę uwzględnienia kontekstu rodzinnego, który może znacząco wpływać na przebieg terapii.

Wnioski

Terapia zabawą jest podejściem, które odpowiada rozwojowi dzieci i przynosi pozytywne rezultaty lecznicze. Tworząc bezpieczne środowisko w sali terapeutycznej, dzieci mogą komunikować się poprzez fantazję, wyobraźnię i symbolikę, co umożliwia im oddzielenie rzeczywistości od świata wewnętrznych przeżyć. W odpowiednio zaplanowanych interwencjach terapeuta może połączyć świat fantazji z realnością w sposób zgodny z poziomem rozwoju dziecka, wspierając proces leczenia i oferując doświadczenia korygujące, które mają potencjał do trwałych zmian w jego funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym.

Obecnie terapia zabawą stanowi ważną alternatywę terapeutyczną w pracy z dziećmi z trudnościami psychicznymi i emocjonalnymi, a jej zasady oraz wartość kliniczna są powszechnie akceptowane i wdrażane przez specjalistów w tej dziedzinie – niezależnie od skali zastosowania w danym kraju czy ośrodku. Skuteczna realizacja terapii wymaga jednak spełnienia kilku kluczowych warunków, takich jak gruntowna wiedza teoretyczna terapeuty, umiejętność trafnej diagnozy oraz wrażliwość na potrzeby dziecka i jego środowiska. Pozostaje ona także dynamicznie rozwijającym się obszarem badań naukowych i praktyki klinicznej, oferującym cenne narzędzie wspierające rozwój emocjonalny i społeczny dzieci.

Piśmiennictwo

1. United Nations Committee on the Rights of the Child, 1989. Convention on the Rights of the Child.
2. Ginsburg KR. American Academy of Pediatrics Committee on Communications, American Academy of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. Pediatrics 2007; 119(1): 182–191. DOI: 10.1542/peds.2006-2697
3. Kourkouta L, Papathanassiou IV. Communication in nursing practice. Mater Sociomed 2014; 26(1): 65–67. DOI: 10.5455/msm.2014.26.65–67
4. Boucher S, Downing J, Shemilt R. The role of play in children's palliative care, Children (Basel) 2014; 1(3): 302–317. DOI: 10.3390/children1030302
5. Piaget J, Play Dreams and Imitation in Childhood. New York: Norton, 1962.
6. Landreth GL. Play Therapy: The art of relationship. 3rd. New York: Routledge; 2012.
7. Cattanach A. Play therapy with abused children. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2008.
8. Kool R, Lawver T. Play therapy: considerations and applications for the practitioner. Psychiatry (Edgmont) 2010; 7(10): 19–24.
9. Winnicott DW. Therapeutic consultations in child psychiatry. London: Routledge; 1984.
10. Geissmann C, Geissmann P. A History of Child Psychoanalysis. London: Routledge; 1997.
11. Wilson K, Ryan V. Play therapy: A non-directive approach for children and adolescents. Elsevier Health Sciences; 2005.
12. Sheridan MD, Howard J, Alderson D. Play in early childhood: From birth to six years, 3rd ed. New York, NY: Taylor & Francis; 2011.

13. Jager J, Facilitating children's views of therapy: an analysis of the use of play-based techniques to evaluate clinical practice. Clin Child Psychol Psychiatry. 2013; 18(3), 411–428. DOI: 10.1177/1359104512455816
14. Schaefer CE, Kaduson HG. Contemporary play therapy: Theory, research, and practice. New York, NY: The Guilford Press; 2006.
15. Russ SW, Pretend Play: A resource for children who are coping with stress and managing anxiety. NYS Psychologist. 2007; 19(5), 13–17.
16. Ryan V, Edge A. The role play themes in non-directive play therapy, Clin Child Psychol Psychiatry. 2011; 17(3), 354–369. DOI: 10.1177/1359104511414265
17. Blundon-Nash J, Shaefer C. Play therapy basic concepts and practices. W: C. Shaefer (ed.). Foundations of play therapy, 2nd ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2011.
18. Baggerly J, Jenkins WW. The effectiveness of child-centered play therapy on developmental and diagnostic factors in children who are homeless. International Journal of Play Therapy. 2009; 18(1), 45–55. DOI: 10.1037/a0013878
19. Koukourikos K, Tsaloglidou A, Tzeha L et al. An Overview of Play Therapy, Mater Sociomed. 2021; 33(4), 293–297. DOI: 10.5455/msm.2021.33.293-297
20. Stagnitti K. The Child-Initiated Pretend Play Assessment (ChIPPA). Brunswick West, Victoria: Coordinates Publications; 2007.
21. Stagnitti K, Rodger S, Clarke J. Determining gender-neutral toys for assessment of preschool children's imaginative play. Australian Occupational Therapy Journal. 1997; 44(3): 119–131. DOI: 10.1111/j.1440-1630.1997.tb00764.x
22. Danger S, Landreth G. Child-Centered Group Play Therapy with Children with Speech Difficulties. International Journal of Play Therapy. 2005; 14(1): 81–102. DOI: 10.1037/h0088897
23. Ray DC, Henson R, Schottelkorb A et al. Impact of short-term and long-term play therapy services on teacher-child relationships stress. Psychology in the Schools. 2008; 45(10): 994–1009. DOI: 10.1002/pits.20347
24. Jones EM, Landreth G. The efficacy of intensive individual play therapy for chronically ill children. International Journal of Play Therapy. 2002; 11(1): 117–140. DOI: 10.1037/h0088860
25. Chinekesh A, Kamalian M, Eltemasi M et al. The effect of group play therapy on social-emotional skills in pre-school children. Glob J Health Sci. 2014; 6(2): 163–167. DOI: 10.5539/gjhs.v6n2p163
26. Jafari N, Mohammadi MR, Khanbani M et al. Effect of play therapy on behavioral problems of maladjusted preschool children. Iran J Psychiatry. 2011; 6(1): 37–42.
27. Meany-Walen K, Bullisa Q, Kottmanb T, Taylor D. Group Adlerian Play Therapy with Children with Off-Task Behaviors. The Journal for Specialists in Group Work. 2015; 40(3): 294–314. DOI: 10.1080/01933922.2015.1056569
28. Gold K, Grothues D, Jossberger H et al. Parents' perceptions of play-therapeutic interventions to improve coping strategies of liver – transplanted children: a qualitative study. International Journal of Play Therapy. 2014; 23(3): 146–160. DOI: 10.1037/a0037412
29. Adler A. The individual psychology of Alfred Adler. New York: Basic Books; 1956.
30. Li HCW, Lopez V, Lee TLI. Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. Res Nurs Health. 2007; 30(3): 320–332. DOI: 10.1002/nur.20172
31. Fernandes SC, Arriaga P. The effects of clown intervention on worries and emotional responses in children undergoing surgery. Journal of Health Psychology, 2010: 15(3); 405–415. DOI: 10.1177/1359105309350231

32. Hirschfeld M, Wittenborn AK. Emotionally focused family therapy and play therapy for young children whose parents are divorced. Journal of divorce and remarriage. 2016; 57(2): 133–150. DOI: 10.1080/10502556.2015.1127878
33. Ray D. Evidence-based play therapy. W: Schaefer CE, Kaduson H, eds. Contemporary Play Therapy: Theory, Research, and Practice. New York: Guilford Press; 2006.
34. LeBlanc M, Ritchie M. A meta-analysis of play therapy outcomes. Couns Psychol Q. 2001; 14: 149–163.
35. Bratton S, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: a meta-analytic review of treatment outcomes. Professional Psychology: Research and Practice. 2005; 36: 376–390.
36. Iliadis Ch, Monios A, Papoulia F, Papadopoulou L, Kourkouta L. Fractures in childhood. International Research Journal of Public and Environmental Health. 2015; 2(7): 88–91. DOI: 10.15739/irjpeh.025
37. Moustakas C. Children in play therapy. Lanham, MD: Jason Aronson; 1973.
38. Kaduson HG. Short-term play therapy for children. W: Schaefer CE, ed. 3nd. New York, NY: The Guilford Press; 2015.
39. Gallo-Lopez L, Schaefer CE. Play therapy with adolescents. New Jersey: Jason Aronson; 2010.

Adres: daria.kosciuk@gmail.com