

KWARTALNIK NR 4 (215) 2025

PSYCHOTERAPIA



Polskie
Towarzystwo
Psychiatryczne

**SEKCJA NAUKOWA PSYCHOTERAPII
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO**

PSYCHOTERAPIA

NR 4 (215) 2025

Impact Factor – 0,1
Liczba punktów MNiSW – 40

Spis treści

Od Redakcji	3
Znaczenie diagnozy w psychoterapeutycznym leczeniu zaburzeń psychicznych Małgorzata Talarczyk.....	5
Zastosowanie terapii zabawą w pracy z dziećmi z trudnościami emocjonalnymi: podstawy teoretyczne, narzędzia oceny i studium przypadku Daria Kościuk	19
Klaunowanie w szpitalu dziecięcym – w poszukiwaniu modelu interwencji terapeutycznej Gabriela Konieczna.....	33
Samookaleczenia u młodzieży w świetle współczesnej psychopatologii i psychoterapii Katarzyna Nowicka-Pasternak.....	49
Lęk w psychozie a lęk psychotyczny Katarzyna Prot-Klinger.....	67
Od terapii rodziny z pacjentem psychotycznym do terapii par. 30 lat praktyki Zakładu Terapii Rodzin i Psychosomatyki Mariusz Furgał, Katarzyna Gdowska, Milena Kansy, Izabela Janeczek-Siejka, Karolina Dejko-Wańczyk, Krzysztof Bańczyk, Paulina Cofór-Pinkowska, Bogdan de Barbaro	79
Procedura publikowania w „Psychoterapii”	93

KOMITET REDAKCYJNY

Redaktor	Mariusz Furgal
Zastępca redaktora	Kazimierz Bierzyński
Zespół redakcyjny	Marta Dora-Mioduszevska, Stanisław Maj, Łukasz Müldner-Nieckowski, Joanna Sadzawicka-Olczak, Małgorzata Wolska, Magdalena Zielińska
Sekretarz redakcji	Katarzyna Czapkiewicz
Adiustacja	Barbara Gąsiorowska
Korekta	Małgorzata Kowalska
Redakcje statystyczne	Artur Daren
Adres Redakcji	31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum e-mail: redakcjapsychoterapii@gmail.com
Rada Programowa	Bogdan de Barbaro, Sonia Beloch, Jacek Bomba, Warren Colman, Jan Czesław Czabała, Dominika Dudek, Patricia de Hoogh-Rowntree, Barbara Józefik, Andrzej Kokoszka, Marta Makara-Studzińska, Irena Namysłowska, Anssi Peräkylä, Katarzyna Prot-Klinger, Krzysztof Rutkowski, Laszlo Zichy

Wydawca

Komitety Redakcyjno-Wydawnicze Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego,
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

<http://www.psychoterapia.ptp.pl>
www.sekcjanaukowapsychoterapii.org
e-mail: biuro@krwptp.pl

Nakład 90 egzemplarzy

Upzejmie informujemy, że wpłat za prenumeratę oraz zamówione pojedyncze zeszyty „Psychoterapii” należy dokonywać na konto:

PKO BP I/O Kraków 42 1020 2892 0000 5302 0015 4849

Cena pojedynczego numeru w roku 2025 wynosi 35 zł, a prenumeraty (4 zeszyty) – 130 zł.

Dla członków PTP 65 zł.

Zamówienia przyjmuje Dział Kolportażu: 31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14,
biuro@krwptp.pl

ISSN 0239-4170

Szanowni Państwo!

Oddajemy w Państwa ręce numer czasopisma powstający w gorącym okresie finalizowania prac nad ustawami o zawodzie psychologa i o zawodzie psychoterapeuty. Nie ma chyba osoby w środowisku psychoterapeutycznym, która nie byłaby zaangażowana w debatę na temat definicji i zakresu oddziaływań terapeutycznych oraz poszukiwanie konsensusu, który będzie stanowił szeroki, bezpieczny fundament odpowiedzialnej pracy z pacjentami.

Artykuł Małgorzaty Talarczyk, dotyczący wagi diagnozy w procesie terapeutycznym, wpisuje się w ów bardzo żywiołowy dyskurs. Warto skorzystać z przypomnianych przez Autorkę definicji stosowanych przez wybitne – polskie i światowe – autorytety w dziedzinie psychoterapii oraz zapoznać się z dyskusją, którą Autorka podejmuje. Klarowność tekstu pozwala uporządkować wiedzę i zastanowić się nad standardami stosowanymi we własnej praktyce.

Jako że wszyscy podlegamy wpływowi ducha czasu, to również w pozostałych artykułach odnajdziemy wątki dotyczące stawiania hipotez różnicujących, prób weryfikowania ich w oparciu o doświadczenie kliniczne, a następnie dokonywania teoretycznej syntezy.

I tak Daria Kościuk przedstawia rozumienie zabawy na kontinuum: od spontanicznej aktywności dziecka, poprzez jej funkcje rozwojowe, aż do zastosowania zabawy jako metody terapeutycznej. Autorka szczegółowo przedstawia założenia niedyrektywnej terapii zabawowej oraz narzędzie diagnostyczne ChiPPA (ang. *Child-Initiated Pretend Play Assesment*). Pośród różnych trudności emocjonalnych i behawioralnych, z powodu których dzieci bywają objęte pomocą terapeutyczną, w tekście pojawia się informacja dotycząca stresu i niepokoju w kontekście zabiegów operacyjnych. Co ciekawe, skuteczność przedstawionego przez Autorkę modelu terapii zabawowej jest podobna do interwencji klaunów szpitalnych.

A właśnie specyfikę tej formy pomocy psychologicznej przedstawia Gabriela Konieczna w swoim artykule. Przegląd literatury oraz analiza praktyki klaunowania w szpitalach dziecięcych zawiera również namysł nad statusem tego oddziaływania. Czy doktor klaun to artysta, terapeuta, członek zespołu medycznego, czy marginalna postać w systemie opieki zdrowotnej? A może właśnie ta transgresyjna pozycja stanowi o istocie klauningu terapeutycznego? Autorka konsekwentnie poszukuje definicji odróżniających profesjonalną klaunadę od animacji, arteterapii czy muzykoterapii.

Tekst Katarzyny Nowickiej-Pasternak, dotyczący samoookaleczeń u młodzieży, wskazuje na kryteria odróżniające zachowania autoagresywne, ale mieszczące się w normach rozwojowych i kulturowych, od tych, które wymagają pomocy psychoterapeutycznej. Adolescencja to okres zasadniczo uważany za czas zwiększonego ryzyka samouszkodzeń. Jednak współcześnie obserwujemy intensywny wzrost częstości takich zachowań, który wymaga intensywnego namysłu i prób zrozumienia tego, co niewyrażone słowami. Artykuł dostarcza przeglądu takich prób: w modelu behawioralnym, biospołecznym, biologicznym oraz w ujęciu psychoanalitycznym.

Można powiedzieć, że wraz z lekturą kolejnego artykułu podążamy coraz głębiej za tym pytaniem: czym jest to, na co patrzymy? A czym nie jest? Katarzyna Prot-Klinger prowadzi nas przez labirynt psychoanalitycznych koncepcji lęku psychotycznego, pozwala zastanowić się, czy jest to stan odmienny od innych lęków, czy może czasem wyjaśniamy *idem per idem*? Przykłady kliniczne dostarczają możliwości odniesienia teorii do praktyki i przemyślenia konkluzji proponowanych w artykule.

Na koniec – pośród bogactwa treści wszystkich przedstawionych w tym numerze kwartalnika artykułów – tekst szczególny, przedstawiający doświadczenie pracy psycho-terapeutycznej obejmujące 30 lat działalności Zakładu Terapii Rodzin i Psychosomatyki. To świetny przykład tego, jak należy łączyć wiedzę diagnostyczną z postępowaniem terapeutycznym. Historia rozwoju ośrodka pozwala docenić tradycję myślenia o leczeniu zaburzeń psychicznych w oparciu o podejście psychospołeczne przy jednoczesnej gotowości do włączania w praktykę najnowszych doniesień z badań nad psychoterapią oraz korzystania z interdyscyplinarności zespołu.

Być może – konfrontując się z potrzebą wyznaczania granic, oddzielania, odróżniania i poszukiwania pewników – warto dla równowagi spojrzeć czasem na przeciwny biegun i podjąć próbę ćwiczenia się w niewiedzeniu, w zaciekawieniu, w znoszeniu niepewności i własnej niepozorności wobec drugiego człowieka i systemu, którego jest (jesteśmy) częścią.

Życzymy Państwu owocnej lektury.

Joanna Sadzawicka-Olczak

Małgorzata Talarczyk¹

ZNACZENIE DIAGNOZY W PSYCHOTERAPEUTYCZNYM LECZENIU ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

THE SIGNIFICANCE OF DIAGNOSIS IN THE PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT OF MENTAL DISORDERS

¹„System” Specjalistyczny Gabinet Psychologiczny.
Ambulatorium Terapii Zaburzeń Odżywiania – praktyka prywatna

**psychotherapy
diagnosis
mental disorders**

Streszczenie

W środowisku polskich psychoterapeutów istnieją różnice poglądów dotyczące między innymi definicji psychoterapii, kształcenia w tym zakresie oraz znaczenia diagnozy w procesie psychoterapii. Różnice te są szczególnie artykułowane w okresie prac nad Ustawą o zawodzie psychoterapeuty. Celem artykułu jest wykazanie zasadności diagnozy w procesie psychoterapeutycznym oraz opis jej rodzajów. Diagnoza w psychoterapii dotyczy trzech obszarów, które przekładają się na trzy rodzaje diagnozowania: medyczny (rozpoznanie), psychologiczny oraz terapeutyczny. Nie są one alternatywne, lecz mogą być komplementarnie stosowane oraz narracyjnie wykorzystywane w procesie psychoterapii. W artykule przytoczono propozycje definicji psychoterapii wybranych polskich psychoterapeutów: Jerzego Aleksandrowicza, Czesława Czabały i Bogdana de Barbaro. Podjęto również polemikę na temat diagnozy w psychoterapii z poglądami uznanych psychoterapeutów ze Stanów Zjednoczonych, jak Irvin Yalom, Harlene Anderson, Michael White i David Epston. Autorka odwołuje się w niej do własnej wieloletniej praktyki klinicznej i terapeutycznej, uwzględniając odmienne stanowiska innych doświadczonych terapeutów.

Summary

Within the Polish psychotherapist community, there are differences of perspective regarding, among other things, the definition of psychotherapy, its training, and the role of diagnosis in the psychotherapeutic process. These differences have been particularly pronounced during the development of the Act on the Profession of the Psychotherapist. This article seeks to demonstrate the relevance of diagnosis in the psychotherapeutic process and to outline its forms. In the field of psychotherapy, diagnosis refers to three areas and three types of assessment: medical diagnosis (identification), psychological diagnosis, and therapeutic diagnosis. The aforementioned forms of diagnosis are not mutually exclusive and can therefore be used complementarily and employed narratively throughout the process of psychotherapy. The author also presents selected definitions of psychotherapy proposed by Polish psychotherapists Jerzy Aleksandrowicz, Czesław Czabała, and Bogdan de Barbaro. Furthermore, she engages in a debate on the role of diagnosis in psychotherapy with the perspectives of

prominent U.S. psychotherapists such as Irvin Yalom, Harlene Anderson, Michael White, and David Epston. In doing so, the author draws upon her many years of clinical and therapeutic practice, whilst also acknowledging the differing opinions of other experienced practitioners.

Wprowadzenie

Od tego, jak myślimy o psychoterapii, jak ją definiujemy, zależy jak psychoterapię traktujemy, a tym samym, jak podchodzimy do kształcenia psychoterapeutów oraz do osób korzystających z ich pomocy. Obecnie (wrzesień 2025) w polskim środowisku psychoterapeutycznym brak jednomyślności w definiowaniu psychoterapii oraz decyzji co do wykształcenia bazowego, które umożliwiłoby osobom zainteresowanym uzyskanie certyfikatu psychoterapeuty. W ramach artykułu przytaczam definicje wybranych polskich psychoterapeutów – Jerzego Aleksandrowicza, Czesława Czabały i Bogdana de Barbaro. Natomiast odnośnie do roli diagnozy w psychoterapii pozwoliłam sobie podjąć polemikę z autorytetami o światowej renomie, takimi jak Irvin Yalom, Harlene Anderson, Michael White i David Epston. Rozbieżność poglądów dotyczących diagnozy w procesie psychoterapeutycznym może wynikać między innymi z różnego rozumienia psychoterapii. W oparciu o obserwację prowadzonych dyskusji można założyć, że postawy psychoterapeutów niechętnych stawianiu diagnozy związane są z preferowanym przez nich, szerokim rozumieniem psychoterapii, wykraczającym poza obszar leczenia. Hipoteza ta wymagałaby jednak potwierdzenia w badaniach.

Psychoterapia

Aby przybliżyć rozumienie tego, czym jest psychoterapia, z uwzględnieniem naszego kręgu kulturowego, nie sposób nie odwołać się do autorytetów polskiej nauki w tej dziedzinie. Szczególnie że określenie, czym jest psychoterapia, wiąże się także z postrzeganiem diagnozy w psychoterapii. Obecnie w naszym kraju toczą się dyskusje, które czasami przypominają debaty o psychoterapii prowadzone już w latach 90. XX wieku. Dotyczą one definiowania psychoterapii oraz określenia, jakie wykształcenie umożliwiłoby ubieganie się o certyfikat psychoterapeuty.

W artykule zatytułowanym „»Psychoterapia« czy »Psychoterapie«” Jerzy Aleksandrowicz pisze: „Niewątpliwie zadanie zdefiniowania istoty psychoterapii jest niezmiernie trudne, chociażby ze względu na jej usytuowanie w obszarze, w którym krzyżują się fenomeny zdrowia i choroby, pomagania i leczenia, relacji i interakcji międzyludzkich będących warunkiem jakiegokolwiek oddziaływania jednej osoby na drugą. Dlatego, jak się wydaje, sformułowanie takiej definicji wymaga przede wszystkim rozróżnienia między oddziaływaniami psychospołecznymi, mającymi na celu leczenie, a tymi, których celem jest udzielanie pomocy. Tylko dla pierwszych właściwa jest nazwa »psychoterapia«, zgodnie ze znaczeniem słowa »terapia«, dla tych drugich właściwsze wydaje się określenie »pomoc psychospołeczna«” [1, s. 22].

Czesław Czabała, określając, czym jest psychoterapia, we wstępie do książki „Czynniki leczące psychoterapii” pisze: „Mam nadzieję, że Czytelnicy tej książki podzielą ze

mną przekonanie, że psychoterapia jest metodą leczenia zaburzeń psychicznych, której stosowanie wymaga wiedzy odwołującej się do wyników badań naukowych i umiejętności, których nabycie jest możliwe w wyniku uczenia się. Psychoterapia jest sztuką tylko w tym sensie, że każdy psychoterapeuta dostosowuje nabytą wiedzę i umiejętności do własnych możliwości ich używania i do potrzeb wynikających z jednostkowych problemów pacjenta” [2, s. 16].

Natomiast Bogdan de Barbaro w ustnej wypowiedzi definiuje psychoterapię szerzej: „Psychoterapia to jest taka metoda, która służy ludziom do tego, żeby sobie poradzili lepiej, a to z cierpieniem, z objawem, z konfliktem, z problemem. I to, co jest ważne, to taka okazja do tego, żeby siebie lepiej zrozumieć” [3].

Nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego [4] obowiązująca od początku stycznia 2024 roku po raz pierwszy wprowadza do polskiego prawa definicję psychoterapii. „Z nowych przepisów wynika, że psychoterapia to celowe i planowane oddziaływania psychologiczne, zmierzające do złagodzenia lub usunięcia objawów zaburzenia oraz do poprawy funkcjonowania psychicznego i społecznego, wspierające dążenia jednostki lub rodziny do zdrowia i rozwoju, kierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi” [5].

„Przepisy normują także, kto może prowadzić psychoterapię. Nie zawężają przy tym grona uprawnionych do osób z kierunkowym wykształceniem (np. magistrów psychologii). O status psychoterapeuty może starać się każdy, kto ma tytuł magistra – zarówno matematyk, jak i polonista, jeśli tylko uzyska certyfikat, a więc ukończy wymienione w ustawie podyplomowe szkolenie i zda egzamin certyfikujący” [5].

Natomiast Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychologicznego powołał Zespół ds. Psychoterapii, który przygotował własne propozycje regulacji prawnych w zakresie zawodu psychologa oraz świadczeń psychoterapeutycznych (uchwała ZG PTP nr 6/14.10.2024) [6]. Niezależnie od pracy i ustaleń Grupy Roboczej ds. Ustawy o Zawodzie Psychoterapeuty oraz propozycji Zespołu ds. Psychoterapii przy Zarządzie Głównym Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, powstała Koalicja dla Psychoterapii, w ramach której Uniwersytet SWPS, Uniwersytet Jagielloński, Uniwersytet Warszawski oraz Instytut Psychologii PAN zawarły porozumienie mające na celu włączenie głosu środowiska akademickiego w tworzenie polityki zdrowotnej w obszarze zdrowia psychicznego [7]. Obecnie (wrzesień 2025) projekt Grupy Roboczej procedowany jest w Zespole Parlamentarnym ds. ustawowego uregulowania zawodu psychoterapeuty, przy odrębnym zdaniu przedstawicieli środowiska terapeutycznego, między innymi ze strony Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego [8].

Diagnoza w dziedzinie psychoterapii

Słowo *diagnoza* pochodzi z języka greckiego, później przeniesione zostało do łaciny (łac. *diagnosis*). W medycynie stosuje się określenia: ustalać rozpoznanie, rozpoznawać albo stawiać *diagnozę* [9].

Psychoterapia jako metoda leczenia implikuje konieczność diagnozy. Diagnoza psychiatryczna od dawna budzi dylematy, szczególnie sygnalizowane od czasów rozwoju antypsychiatrii i konstrukcjonizmu społecznego. Jak piszą Dyga i Opoczyńska: „Diagnoza

(rozpoznanie) jest słowem, które działa. Ten, kto je daje (klinikista), wpływa na tego, komu je daje (pacjent), rozpoznając w nim to, co mu daje (diagnoza). Diagnoza, uchodząc za rozpoznanie, w istocie ingeruje w proces rozpoznawania siebie przez pacjenta: bogatszy o słowo (zarazem może sam uboższy), którego wcześniej nie znał (a jeśli znał, nie używał do opisu siebie) pyta: kim jestem? Jak mnie widzą, tak mnie piszą (mówią)? Jak mnie piszą (mówią), tak mnie widzą? Jestem, kogo nie widzą (nie mówią, nie piszą)? Jestem kogo ze mnie robią? Diagnoza – choć zwykle mówimy, że się ją stawia, rozpoznając kogoś jako kogoś, kto coś ma (lub: komu coś jest) – w istocie temu, komu »ją postawiono«, stawia pytania: co mnie wiąże z diagnozą, jaką mi przypisano? Czy mam z nią coś wspólnego? Jeśli nie potrafię rozpoznać w niej siebie, to czy jest moja? Namysł nad diagnozą nie może więc pominąć namysłu nad jej znaczeniem dla tożsamości osób diagnozowanych” [10, s. 74–75].

I choć wymienieni autorzy w swoich artykułach odnoszą się do diagnozy psychiatrycznej między innymi w relacji z pacjentem, nie koncentrując się na zagadnieniu psychoterapii, to sądzę, że ich refleksje można rozpatrywać także w tym kontekście. Dostrzegają oni korzyści oraz zagrożenia wynikające z diagnozy, pisząc we wprowadzeniu do artykułu: „(...) za największe z owych niebezpieczeństw dla tożsamości pacjenta uważamy reifikację oraz samospełniające się przepowiednie. Reifikacja choroby prowadzi bowiem najczęściej do przedmiotowego traktowania osoby chorej, z pominięciem znaczeń zawartych w symptomach oraz jej samej w swojej indywidualności i unikalności, których wyrazem jest poczucie tożsamości. Samospełniająca się przepowiednia oznacza zaś przede wszystkim realny wpływ oczekiwań i interpretacji psychiatry na stan psychiczny pacjenta oraz jego tożsamość” [11, s. 87]. Powszechnie określenie *d i a g n o z a* utożsamiane jest z medycznym rozpoznaniem, czyli diagnozą nozologiczną. Natomiast w psychoterapii – moim zdaniem – diagnozę można, a często należy, rozpatrywać w trzech aspektach: medycznym (psychiatrycznym lub/i somatycznym), psychologicznym oraz terapeutycznym.

Diagnoza nozologiczna stawiana jest w oparciu o obowiązujące kryteria diagnostyczne ICD (International Classification of Diseases, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych) oraz uzupełniającą DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego). Obie klasyfikacje co jakiś czas są nowelizowane w oparciu o badania kliniczne, nie są jednak wolne od wpływu czynników społeczno-kulturowych. Obecnie w Polsce obowiązuje Klasyfikacja ICD-10, ponieważ przewidziany jest pięcioletni okres przejściowy na wdrożenie Klasyfikacji ICD-11, natomiast klinicyści w swojej praktyce odwołują się także do kryteriów Klasyfikacji ICD-11, korzystając również z opisów DSM-5.

Diagnoza psychologiczna formułowana jest na podstawie badań psychologicznych i dotyczy między innymi procesów poznawczych oraz emocjonalno-motywacyjnych. Badania diagnostyczne powinny być przeprowadzane za pomocą metod i technik psychologicznych spełniających kryteria EBA (ang. *evidence-based assessment*, diagnoza oparta na dowodach empirycznych). Dąży się do tego, by wszelkie działania praktyczne bazowały na podstawach naukowych, co przede wszystkim oznacza wymóg stosowania ustrukturalizowanych metod i procedur, które pomyślnie przeszły empiryczną weryfikację. Badania psychologiczne przeprowadza i interpretuje wyłącznie psycholog.

Diagnoza psychoterapeutyczna nie ma aktualnie standardowych narzędzi i kryteriów, na co zwrócił uwagę Błażej Kmiecik, przedstawiciel Rzecznika Praw Obywatelskich, w ramach dyskusji w komisji sejmowej dotyczącej ustawy o zawodzie psychoterapeuty [12]. Niemniej jednak diagnoza psychoterapeutyczna jest praktykowana i ma swoje tradycje, a jej przebieg zależy od modalności. Ponieważ opis diagnoz psychoterapeutycznych w różnych modalnościach wykracza poza zakres niniejszego artykułu, wspomnę tylko, że w podejściu poznawczo-behawioralnym stosowane są protokoły diagnostyczne, psychoterapeuci korzystają także z rekomendowanych sposobów oceny wstępnej, stosując na przykład półstrukturalizowany wywiad Kernberga, w modalności psychoanalitycznej funkcjonują opracowane przez Nancy McWilliams sposoby diagnozowania psychoterapeutycznego, a w nurcie systemowym w diagnozie rodziny uwzględnia się między innymi jej strukturę, komunikację i złożoność relacji, w tym przekazy generacyjne [13–16].

Diagnoza psychoterapeutyczna może też być rozpatrywana jako ocena wstępna lub diagnoza ciągła. Ocena wstępna zawiera zespół procedur mających na celu określenie koncepcji zaburzenia i najistotniejszych procesów odpowiedzialnych za jego powstanie, co umożliwiłoby wybór metody i warunków leczenia. Obejmuje ona między innymi identyfikację potrzeb, motywacji i oczekiwań pacjenta, a także – standardowo – dane z życia pacjenta, historię problemów czy zaburzeń oraz narrację, jaką pacjent lub/i jego rodzina stosują w udzielaniu informacji. Diagnoza ciągła to z kolei seria konsultacji poświęconych zbieraniu danych oraz proces budowania koncepcji zaburzenia. Natomiast w każdej formie diagnozowania wskazane jest, by terapeuta był gotowy modyfikować swoje pierwotne założenia wraz z pojawieniem się nowych informacji lub zmiany klinicznej.

Jedną ze składowych diagnozy terapeutycznej jest sformułowanie przez pacjenta oczekiwań dotyczących psychoterapii. W związku z brakiem jasno określonych kryteriów i narzędzi do formułowania diagnozy psychoterapeutycznej, która zależy od nurtu, w jakim pracuje psychoterapeuta, na potrzeby niniejszego artykułu diagnozę terapeutyczną zawęzę do weryfikowania oczekiwań pacjenta.

Znaczenie diagnozy medycznej, psychologicznej i terapeutycznej w psychoterapii

Diagnoza medyczna/nozologiczna zaburzeń psychicznych wymagana jest w takich obszarach, jak: leczenie w ramach NFZ, świadczenia ubezpieczeniowe czy edukacja i orzekanie odnośnie do typu nauczania (indywidualne, specjalne, obniżenie wymagań szkolnych itp.). Niektóre rozpoznania wymagają także diagnozy psychologicznej dotyczącej między innymi procesów emocjonalnych, poznawczych czy intelektualnych. Diagnoza medyczna może być rozpatrywana narracyjnie w procesie psychoterapii, w tym psychoterapii dzieci i młodzieży oraz rodzin. W środowisku psychoterapeutów istnieją kontrowersje dotyczące zasadności narracyjnego wprowadzania diagnozy medycznej do procesu psychoterapii. Toczą się dyskusje, czy poruszać w psychoterapii temat istniejącego już rozpoznania medycznego lub dzielić się jego podejrzeniem i zalecać pacjentowi, a w przypadku osób niepełnoletnich – rodzicom, konsultację psychiatryczną. Należy też mieć na uwadze, że część pacjentów zgłasza się na terapię z powodu chorób psychosomatycznych, trudno więc w procesie psychoterapii ignorować dolegliwości, z jakimi się zmagają.

Diagnoza psychologiczna to jeden z obszarów pracy psychologa. Katarzyna Stemplewska-Żakowicz w podręczniku akademickim „Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna” wyodrębnia trzy znaczenia terminu *d i a g n o z a*. Pierwsze oznacza „złożony proces obejmujący sformułowanie pytań diagnostycznych, wybór odpowiednich narzędzi, zbieranie danych, ich ocenę i integrację, a w efekcie sformułowanie odpowiedzi na pytania diagnostyczne, co nierzadko staje się punktem wyjścia do postawienia kolejnych pytań lub hipotez, sprawdzanych w kolejnej serii badań” [17, s. 15].

Drugie znaczenie dotyczy efektu procesu diagnozowania. Stemplewska-Żakowicz zwraca uwagę, że w języku polskim, poza terminem *d i a g n o z a*, istnieje też termin *r o z p o z n a n i e*, który częściej kojarzony jest z medycznym modelem diagnozy nozologicznej. Tymczasem, jak pisze autorka podręcznika, „efektem diagnozy psychologicznej może być także – a nawet przede wszystkim – zrozumienie danego zjawiska, wyjaśnienie jego uwarunkowań, mechanizmów i dynamiki, przewidywanie różnych wariantów możliwego rozwoju zdarzeń w przyszłości, jak również zaplanowanie interwencji psychologicznej, a następnie jej monitorowanie oraz ocena efektywności” [17, s. 15]. Autorka wskazuje, że jeśli czynności diagnostyczne przeprowadzają psycholodzy kliniczni, wówczas jest to rozpoznanie zaburzenia, określenie rokowania oraz planowanie terapii. Natomiast psycholodzy innych specjalności, na przykład specjalizujący się w doradztwie zawodowym, na podstawie przeprowadzonych badań tworzą profil kompetencji.

Stemplewska-Żakowicz wyodrębnia również trzecie znaczenie diagnozy psychologicznej „jako wiedzy naukowej i opartej na niej profesjonalnej praktyki. (...) Tak rozumiana diagnoza psychologiczna (ang. *psychological assessment*) jest dyscypliną naukową, a zarazem – jak medycyna – sztuką praktykowania w zgodzie z własnymi zasadami” [17, s. 16].

Nawiązując do tytułu podręcznika „Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna”, autorka podaje również definicję *k o m p e t e n c j i d i a g n o s t y c z n e j*: „to umiejętność posłużenia się odpowiednimi metodami (np. wywiadem, testami, obserwacją) w celu określenia istotnych – ze względu na świadczoną usługę – właściwości badanej osoby, grupy, organizacji lub sytuacji” [17, s. 21]. Natomiast „kompetencję definiuje się zwykle jako złożoną z trzech elementów: wiedzy, umiejętności i wartości” [17, s. 10].

Diagnoza powinna być oparta na dowodach empirycznych (ang. *evidence-based practice*, EBP), czyli na podstawach naukowych, co oznacza stosowanie ustrukturalizowanych metod i procedur, które przeszły pomyślną weryfikację empiryczną. „Nurt ten narodził się na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku w medycynie (ang. *evidence-based medicine*, EBM), skąd przeniósł się najpierw do psychoterapii (ang. *empirically supported therapies*, EST), a następnie ogarnął całość praktyki psychologicznej (ang. *evidence-based practice in psychology*, EBPP)” [17, s. 44].

Jak więc wynika z powyższego opisu diagnozy psychologicznej, wymaga ona kompetencji dostępnych wyłącznie psychologom, którzy dokonują samodzielnej i niezależnej oceny stanu badanej osoby. Diagnoza psychologiczna może też stanowić podstawę rozpoznania medycznego lub mieć istotny wkład w postawienie diagnozy nozologicznej, a także być istotną częścią diagnozy terapeutycznej oraz procesu psychoterapii.

Szczególne znaczenie diagnoza psychologiczna pełni w pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą oraz rodzinami. Dzieje się tak dlatego, że z powodów rozwojowych, dotyczą-

cych sfery poznawczej i emocjonalnej, często trudno w bezpośredniej rozmowie z dzieckiem czy nastolatkiem uzyskać informacje ważne dla rozpoczęcia i kontynuowania procesu psychoterapii, zarówno indywidualnej, jak i rodzinnej. W terapii rodzinnej – między innymi z powodu doświadczanego przez dziecko konfliktu lojalności – diagnoza psychologiczna często stanowi jedyną możliwość zbadania, co dziecko myśli i czuje. Nasuwa się więc pytanie, z jakich powodów część psychoterapeutów bagatelizuje lub/i odrzuca zasadność i wartość diagnozy psychologicznej w procesie psychoterapii?

Diagnoza psychoterapeutyczna, podobnie jak psychoterapia, jest procesem. Zwykle rozpoczyna się od sformułowania przez pacjenta oczekiwań dotyczących psychoterapii. Następnie terapeuta, w oparciu o przebieg procesu terapeutycznego, stawia hipotezy, które na określonym etapie tego procesu stopniowo weryfikuje. Terapeuta weryfikuje również oczekiwania pacjenta pod kątem możliwości ich realizacji w ramach psychoterapii. Zdarza się, że diagnoza terapeutyczna ulega zmianie w czasie trwania procesu terapeutycznego, w związku z jego przebiegiem, obrazem klinicznym czy nowymi tematami wnoszonymi przez pacjenta. Czasami też wnikliwa diagnoza terapeutyczna pozwala uzyskać informacje wskazujące na potrzebę konsultacji z lekarzem psychiatrą w celu postawienia lub skorygowania diagnozy medycznej.

Jak już wspomniałam, obecnie nie ma opracowanych jednoznacznych wytycznych, metod i narzędzi wykorzystywanych do stawiania diagnozy terapeutycznej, co stanowi przeszkodę do ujęcia jej w ustawie. Dlatego pozwolę sobie skoncentrować się wybiórczo na jednym z obszarów, który jest wspólny dla różnych modalności, to znaczy na oczekiwaniach pacjentów, szczególnie w leczeniu zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży. W przypadku dzieci i młodzieży często oczekiwania zgłaszają rodzice lub opiekunowie zaniepokojeni zmianami w funkcjonowaniu poznawczym, emocjonalnym lub/i społecznym dziecka. Dzieci i młodsze nastolatki (do ok. 12.–13. roku życia) często mają trudności w sformułowaniu oczekiwań, ponieważ albo nie podzielają niepokojów rodziców, albo ze względów rozwojowych nie potrafią ich nazwać, albo z innych powodów, na przykład konfliktu lojalności, nie chcą o trudnościach rozmawiać. W tych przypadkach nieocenione są badania psychologiczne i diagnoza psychologiczna. Natomiast w terapii rodzin oczekiwani względem terapii może być co najmniej tyle, ilu członków rodziny uczestniczy w sesjach. Niezależnie od formy pracy – indywidualnej czy rodzinnej – diagnoza terapeutyczna często ulega weryfikacjom, przekształceniom czy zmianom i w tym znaczeniu jest procesem.

Polemika i dyskusja

Niektórzy współcześni terapeuci, jak Irvin Yalom, Harlene Anderson czy twórcy terapii narracyjnej Michael White i David Epston, kwestionują zasadność odwoływania się do diagnozy medycznej w procesie psychoterapii. Irvin Yalom podkreśla, że psychoterapia to stopniowo przebiegający proces, podczas którego terapeuta stara się najpełniej poznać pacjenta. Diagnoza według Yaloma „ogranicza pole widzenia, zmniejsza zdolność traktowania innego człowieka jako osoby. Kiedy już postawimy diagnozę, mamy tendencję do selektywnego pomijania tych aspektów pacjenta, które do tej konkretnej diagnozy nie pasują i odpowiednio przywiązywania nadmiernej wagi do tych subtelnych cech, które

zdają się pierwotną diagnozę potwierdzać. Ponadto diagnoza może działać jako samospełniająca się przepowiednia” [18].

Mam wątpliwości co do poglądu Yaloma oraz dostrzegam w nim niekonsekwencje. Wątpliwości dotyczą braku źródeł, wyników badań, na podstawie których Yalom autorytarnie stwierdza, że diagnoza „ogranicza pole widzenia, zmniejsza zdolność traktowania innego człowieka jako osoby”. Wobec braku wyników badań przyjąć można, że autor tej tezy sformułował ją w oparciu o własne obserwacje. Jeżeli więc pozwoli sobie na odwoływanie się do doświadczeń terapeutycznych i dyskusję między subiektywnymi spostrzeżeniami, to moje są wręcz przeciwnie. Wieloletnie doświadczenie kliniczne i terapeutyczne, w tym 35-letni staż pracy w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, daje mi podstawę, by sądzić, że rozpoznanie zaburzenia pozwala terapeutę w szerszej optyce widzieć człowieka jako osobę, która w danym momencie swojego życia zmagą się z objawami stanowiącymi część jej doświadczenia i w procesie psychoterapii nie można ich pomijać.

Trudno mi też zgodzić się z dalszą częścią tezy Yaloma, że „kiedy już postawimy diagnozę, mamy tendencję do selektywnego pomijania tych aspektów pacjenta, które do tej konkretnej diagnozy nie pasują i odpowiednio przywiązujemy nadmiernej wagi do tych subtelnych cech, które zdają się pierwotną diagnozę potwierdzać”. Podobnie jak w poprzednim fragmencie, nie wiadomo, na jakich źródłach czy badaniach autor tych słów się opiera. Być może na własnym doświadczeniu, jednak w mojej praktyce terapeutycznej diagnoza nozologiczna nie wyznacza granic ani nie przyczynia się do selektywnego pomijania aspektów życia pacjenta, wręcz przeciwnie – pozwala dostrzegać indywidualność danej osoby mimo objawów, które przy tym samym rozpoznaniu mogą być przez każdego inaczej rozumiane, interpretowane oraz doświadczane emocjonalnie.

Na koniec Yalom stwierdza, że „diagnoza może działać jako samospełniająca się przepowiednia”. Nie da się a priori takiej ewentualności wykluczyć, ale w moim klinicznym i terapeutycznym doświadczeniu diagnoza nozologiczna, w przeciwieństwie do „samospełniającej się przepowiedni”, często pozwala pacjentowi uwolnić się od poczucia winy czy odpowiedzialności za to, jak aktualnie funkcjonuje i czego doświadcza. Nierzadko, jak wynika zapewne nie tylko z moich obserwacji, rozmowa z pacjentem, na przykład z rozpoznaniem depresji o objawach zaburzenia, umożliwia mu uwolnienie się od poczucia winy za to, że nie ma sił i energii, że wolniej pracuje i nie wywiązuje się ze zobowiązań, że nie cieszą go osiągnięcia bliskich czy własne, a możliwość uwolnienia się od poczucia winy w przypadku depresji przynosi ulgę w cierpieniu. Niejednokrotnie zdarzało mi się również słyszeć wyrażane przez pacjentów poczucie ulgi w przypadku innych rozpoznań, na przykład osoby z rozpoznaniem spektrum autyzmu mówiły, że poczuły ulgę po usłyszeniu rozpoznania od zespołu diagnozującego, ponieważ zrozumiały, dlaczego odbierają otoczenie inaczej niż inni czy inaczej przeżywają różne sytuacje.

Jak wynika z mojego zawodowego doświadczenia, trudno nie uwzględniać diagnozy nozologicznej w terapii rodzinnej nastolatków, między innymi z rozpoznaniem spektrum autyzmu czy schizofrenii. Natomiast w sformułowaniu Yaloma, że „kiedy już postawimy diagnozę, mamy tendencję do selektywnego pomijania tych aspektów pacjenta, które do tej konkretnej diagnozy nie pasują”, dostrzegam też niekonsekwencję, ponieważ autor – negując zasadność rozpatrywania diagnozy w psychoterapii – jednocześnie stosuje określenie *p a c j e n t*, które jest z diagnozą ściśle związane. Rozpoznanie dotyczy pacjenta, natomiast

osobę, wobec której nie są prowadzone badania diagnostyczne, której nie postawiono diagnozy lub nie jest leczona, trudno określić mianem pacjenta.

Yalom, pracując w nurcie terapii egzystencjalnej, w swoich publikacjach stosuje słowo *p a c j e n t*, nie definiując ani nie redefiniując jego znaczenia. W różnych językach ten termin rozumiany jest podobnie. Na przykład Wielki Słownik Języka Polskiego podaje, że pacjent to „osoba chora, korzystająca z opieki medycznej” [19].

Ciekawe jest pochodzenie tego słowa. Jak podaje jedno ze źródeł, „słowo »pacjent« zapożyczylismy wprawdzie bezpośrednio z języka niemieckiego (niem. *Patient*), ale jego rodowód jest starszy i sięga łaciny. Łacińskie określenie *patiens* miało podstawowe znaczenie »wytrzymały, wytrwały, znoszący coś«. Stąd też kolejne znaczenia, powstałe przez logiczne rozwinięcie znaczenia podstawowego: twardy, nieugięty, a także cierpliwy (wytrwały), jak również cierpiący coś – a później cierpiący na coś. Jeszcze w XIX-wiecznej polszczyźnie eleganckim zamiennikiem słowa cierpliwość była pacjencja (również w formie wykrzyknika: Pacjencja!, czyli: Cierpliwości!). Sam wyraz pacjent do XVI wieku był swego rodzaju tytułem honorowym osoby leczącej się u lekarza dyplomowanego (w odróżnieniu od tych „gorszych”, leczących się u znachorów), dopiero z czasem zyskał ogólniejsze znaczenie »osoba cierpiąca coś lub na coś i potrzebująca pomocy«. A do końca XIX wieku pacjentów mieli nie tylko lekarze, lecz także adwokaci i radcy prawni” [20].

Wracając do zagadnienia psychoterapii, to w paradygmacie konstrukcjonistyczno-narracyjnym, który rozwinął się od połowy lat 80. XX wieku, terapeuci, tacy jak Harlene Anderson czy twórcy terapii narracyjnej Michael White i David Epston, rozumieли psychoterapię jako proces „współtworzenia znaczeń” [21, s. 127]. Jak pisze Barbara Józefik: „Harlene Anderson kwestionuje stosowanie wiedzy teoretycznej i praktycznej do rozumienia osoby, gdyż uważa, że dopiero w dialogu można poznać to, co wcześniej było niewidoczne, a co jest warunkiem wyłonienia nowych znaczeń” [21, s. 127]. Natomiast White i Epston, negują słowo „terapia”, opisywane jako „leczenie chorób, zaburzeń, defektów, poprzez stosowanie medycznych, zabiegów leczniczych” [21, s. 128]. Zgodnie z tymi założeniami terapeuci koncentrują się na tym, jak pacjent/klient opisuje, interpretuje i konstruuje swoją sytuację życiową. Jak wskazuje Józefik, dla wymienionych terapeutów, pracujących z osobami z psychiatrycznymi diagnozami (anoreksji, schizofrenii czy depresji), „diagnoza nie stanowi jednak podstawowego opisu, poprzez który spostrzegają oni osoby zgłaszające się na terapię” [21, s. 128].

Trudno nie zgodzić się z założeniem, że diagnoza „nie stanowi podstawowego opisu”, ale czy jej ignorowanie nie jest pominięciem pewnego obszaru doświadczeń lub/i cierpienia pacjenta, z powodu których zgłasza się na psychoterapię? Szczególne wątpliwości budzić może literalne rozumienie „kwestionowania stosowania wiedzy teoretycznej i praktycznej do rozumienia osoby”, zalecane przez Harlene Anderson. Do czego w takim razie ma się odwoływać psychoterapeuta, jeśli nie do wiedzy teoretycznej i praktycznej? Czy do intuicji, wyobraźni, czy może do projekcji? Choć zarówno intuicja, jak i wyobraźnia, a czasem też projekcja mają swoje miejsce w pracy psychoterapeutycznej, są traktowane jako hipotezy i podlegają weryfikacji oraz superwizji. Nasuwa się pytanie, czy sugerowane przez Anderson „kwestionowanie stosowania wiedzy teoretycznej i praktycznej do rozumienia osoby”, interpretowane dosłownie, wpisuje się w merytoryczne i etyczne standardy leczenia, jakim jest psychoterapia?

Jak pisze Józefik: „Narracje jako sposób rozumienia rzeczywistości stanowią nieodłączny element podmiotowego bycia w świecie. Nie mamy innego sposobu opisanego przeżytego czasu jak tylko w formie opowieści. To strukturywanie doświadczeń w postaci opowieści porządkuje je i nadaje im sens. Narracje, którymi dana osoba zwykła opisywać życie swoje i innych, stają się podstawą rozumienia doświadczenia, wpływają na to, jakie aspekty doświadczenia zostają dostrzeżone, a następnie wyrażone” [22, s. 2]. Podejścia terapeutyczne bazujące na ideach społecznego konstrukcjonizmu określa się często jako podejścia narracyjne w bardzo szerokim tego słowa znaczeniu [23]. Oznacza to, jak wskazuje Józefik, „iż koncentrują się one na znaczeniu języka, kultury w tworzeniu i interpretowaniu wydarzeń, w nadawaniu sensu ludzkim doświadczeniom, na opowieściach klienta, ich interpretacjach i praktykach budowania znaczeń (ang. *meaninig-making practices*). W praktykach terapeutycznych bazujących na tych założeniach, pytania kluczowe dotyczą tego, jak poszczególne osoby w rodzinie dochodzą do takiego a nie innego obrazu świata, relacji rodzinnych, obrazu siebie i innych członków rodziny, jakie jest miejsce znaczących osób, istotnych momentów życia, kluczowych decyzji w podtrzymywaniu opowieści. Inne istotne kwestie to czy zawartość treściowa rodzinnych narracji jest wspólnie ustalana, czy są one podatne na modyfikacje, zmiany, nowe informacje i nowe doświadczenia” [22, s. 5].

Interesujące byłoby poddanie analizie i dyskusji rozumienie słowa *p a c j e n t* oraz definicji psychoterapii zarówno w szerokim ujęciu – w różnych modalnościach, jak i w węższym – w ramach modeli opartych na ideach społecznego konstrukcjonizmu, szczególnie nurtu terapii systemowej, na przykład zespołu reflektującego (ang. *reflecting team*) (Anderson), systemów opartych na współpracy językowej (ang. *reflexive conversation*) (Anderson, Goolishian), postmediolańskiej terapii rodzin (Cecchin, Boscolo), podejścia zorientowanego na rozwiązanie (ang. *solution-focused practice*) (de Shazer) czy terapii narracyjnej (ang. *narrative therapy*) (White, Epston). Zagadnienie to wykracza jednak poza zakres niniejszego artykułu.

Natomiast czymś innym jest *n i e w i e d z e n i e* jako sposób prowadzenia rozmowy, polegający na zaciekawieniu, stawianiu pytań i hipotez w rozmowie z pacjentem. Niewiedzenie, które proponują Wojciech Drath i Bogdan de Barbaro w książce „Psychoterapia. Między wiedzeniem a niewiedzeniem” rozumiane jest jako brak wiedzy terapeuty o tym, co pacjent czuje i myśli [24].

Przeciwieństwem tak rozumianego niewiedzenia byłaby dyrektywność, którą sugeruje Aleksandrowicz: „Relacje terapeutyczne różnią się jednak od relacji tworzonych w celu udzielania pomocy, inne też są zadania, zasady funkcjonowania i inne kompetencje osób pomagających niż tych, które leczą. W przypadku udzielania pomocy zadanie, które jest motorem powstania takiej relacji, wynika z potrzeb i życzeń klienta. Tylko on powinien określać rodzaj i zakres pomocy, a pomocnik powinien »podażać za nim« – inaczej nie będzie to pomoc, lecz »uszczęśliwianie na siłę«. Natomiast relacje terapeutyczne zakładają kierowanie się wiedzą leczących o chorobie i o tym, co może pomóc w usunięciu zaburzenia. Wyobrażenia i oczekiwania pacjenta muszą zostać podporządkowane tej wiedzy i wynikającym z niej decyzjom o sposobie realizowania zadania. Szczegółne okoliczności mogą zmniejszać (jak w przypadku zabiegu chirurgicznego) lub znacznie zwiększać (w psychoterapii) konieczność aktywnej współpracy chorego, zawsze jednak to leczący musi określać optymalny kierunek, zakres i zasady tej współpracy. Nie jest to

więc relacja w pełni partnerska”. [1, s. 23–24]. Według Aleksandrowicza terapeuta nie tyle wie, co pacjent myśli i czuje, ile rozumie, co dla niego jest dobre i wskazane. Sądzę, że pomiędzy niewiedzeniem a pewnością, w przypadku leczenia zaburzeń psychicznych ważnym obszarem są kompetencje terapeuty dotyczące metod terapeutycznych, z jakich może korzystać, by ulżyć pacjentowi w cierpieniu i pomóc w pozbyciu się objawów, a tym samym w poprawie jakości życia.

Z kolei White i Epston, negując rozumienie słowa terapia jako „leczenie chorób, zaburzeń, defektów, poprzez stosowanie medycznych, zabiegów leczniczych”, skłaniają się do postawienia pytania: czym dla wymienionych autorów jest psychoterapia? Jeśli nie jest leczeniem, to na jakiej podstawie „oddziaływania psychospołeczne” (cytując za Aleksandrowiczem) stosowane są wobec osób z konkretnymi rozpoznaniem nozologicznymi, takimi jak anoreksja, schizofrenia czy depresja? A także – do jakich badań i podstaw merytorycznych oraz do jakich wartości etycznych odwołują się autorzy takiego podejścia?

W rozumieniu i praktykowaniu psychoterapii bliskie są mi tezy wynikające z wieloletnich badań prowadzonych przez profesora Norcrossa, który podkreśla znaczenie terapii spersonalizowanej, czyli dostosowanej do osoby pacjenta, jego responsywności, oczekiwań i zaburzenia. Podczas wykładu wygłoszonego za zaproszenie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego profesor Norcross wyjaśnił między innymi, że w psychoterapii *evidence-based practice* polega na integracji trzech składowych: korzystania z najlepszych dostępnych dowodów, łączenia ich z wiedzą, ekspertyzą kliniczną, a następnie uwzględniania cech charakterystycznych pacjenta, takich jak tło kulturowe czy preferencje [25].

Jak wynika z mojej praktyki, są pacjenci, na przykład z zaburzeniami odżywiania, którzy wręcz oczekują „prowadzenia”, a nie „podążania za nimi”, ponieważ – jak to często metaforycznie ujmują – „ja nie wiem, dokąd mam iść”. Jeszcze inaczej przebiega praca terapeutyczna z dziećmi i nastolatkami, które nie mają rozwojowych możliwości, a czasami też motywacji, by wskazywać oczekiwania, cele i kierunek procesu terapeutycznego.

Natomiast odwołując się do narracji i zwracając uwagę na znaczenie poszczególnych słów, o psychoterapii mówi się często, że jest *p r o w a d z o n a*, że ktoś *p r o w a d z i p s y c h o t e r a p i ę*, czyli w takim rozumieniu osoba prowadząca pełni też rolę *p r z e w o d n i k a*. Określenie (własne) *p r z e w o d n i k* nawiązuje do badanych czynników skuteczności psychoterapii, które według Norcrossa zależą od wielu składowych. Ważne są między innymi etapy zmiany pacjenta: przedkontemplacja, kontemplacja, przygotowanie działania i utrzymanie. Poszczególne etapy wymagają dostosowania metod pracy terapeutycznej, niektóre podejścia sprawdzają się bowiem w zależności od danego etapu. Zdaniem autora w psychoterapii ważne jest też dostosowanie terapii do stylu radzenia sobie pacjenta. Badacze wyróżniają dwa typy: typ eksternalizatorów i internalizatorów. Dla skuteczności terapii ma znaczenie, by do stylu radzenia sobie pacjenta dobrać metodę pracy [25].

Podsumowanie

Słowa będące narzędziem pracy psychoterapeuty stosowane są w każdym nurcie psychoterapii, budują więc szeroko rozumianą narrację – dialog terapeuty z pacjentem lub wielogłos w pracy z rodziną. Od wiedzy, doświadczenia klinicznego i terapeutycznego, a także uważności psychoterapeuty i umiejętności korzystania z metod w dużym stopniu zależy efektywność psychoterapii. Choć także słowa i treści niewypowiedziane mogą stanowić cenny materiał do stawiania hipotez terapeutycznych.

Terapia narracyjna, wywodząca się z konstrukcjonizmu społecznego, wniosła nową perspektywę poszerzającą postrzeganie pacjenta, proponując szeroki wachlarz możliwości w zakresie komunikacji i rozumienia osoby korzystającej z psychoterapii. Ważne jednak pozostaje pytanie, czy terapeuta, pracując z pacjentem poza ramami rozpoznania, może – jak proponują Irvin Yalom, Harlene Anderson czy Michael White i David Epston – ignorować diagnozę nozologiczną, która bywa czasami jedynym powodem zgłoszenia się na terapię. Przeciwnicy uwzględniania diagnozy zarzucają jej między innymi możliwość etykietywania osoby uczestniczącej w terapii. Nasuwa się jednak hipoteza i pytanie, kto ma udział w etykietykowaniu, czy nie sami psychoterapeuci, którzy unikają diagnoz, przypisując im negatywną konotację? Podczas gdy w procesie psychoterapii nie pracuje się „z diagnozą”, ale z osobą, która z powodu dolegliwości czy zaburzeń cierpi lub/i nie może naturalnie funkcjonować albo też z różnych powodów niepokoi bliskich – szczególnie w przypadku dzieci i młodzieży. A to właśnie młodzież często sama stawia sobie rozpoznania medyczne, czasami trafne, czasami błędne, i na pierwszej sesji oznajmia je terapeutę. Wówczas wskazane jest, aby w procesie psychoterapii młoda osoba „uwolniła się” od postawionej sobie „diagnozy”.

W czasie trwających aktualnie prac dotyczących formułowania definicji psychoterapii, stawiania diagnozy oraz leczenia zaburzeń, nasuwa się pytanie: czy przy założeniu, że psychoterapia jest formą leczenia, nie powinna być poprzedzona diagnozą medyczną lub/i psychologiczną, podobnie jak w przypadku innych chorób czy zaburzeń leczonych w ochronie zdrowia? Natomiast jeżeli psychoterapia miałaby nie być rozumiana i traktowana jako leczenie, to z kolei pojawia się wątpliwość, w oparciu o jakie przesłanki merytoryczne i etyczne mogłaby być stosowana wobec osób z rozpoznaniem medycznym lub spełniających kryteria diagnozy nozologicznej. Sądzę, że przy zachowaniu uważności i intencji psychoterapeuty, by unikać traktowania diagnozy jak reifikacji czy samopotwierdzającej się przepowiedni, diagnoza psychiatryczna czy psychologiczna mogłyby być jednym z omawianych tematów w procesie psychoterapii. W umiejętnie inkluzywnym traktowaniu diagnozy w procesie psychoterapii upatruję więcej korzyści, niż w jej wykluczeniu z procesu leczenia pacjenta.

Z psychoterapii korzystają nie tylko osoby z rozpoznaniem psychiatrycznym, ale także chorzy z diagnozami somatycznymi, w tym onkologicznymi, czy osoby z niepełnosprawnością. Można więc przez analogię zastanowić się, czy prowadząc psychoterapię z wymienionymi pacjentami, terapeuta daje sobie prawo do pomijania ich chorób czy niepełnosprawności? I nie dlatego, by koncentrować się na diagnozie, ale by poznać, czym choroba czy niepełnosprawność jest dla pacjenta, jak jej doświadcza i czy chce o niej rozmawiać, czy stanowi ona jeden z tematów do pracy w procesie psychoterapii. Jeżeli

niedostrzeganie (niewidzenie) choroby somatycznej czy niepełnosprawności w psychoterapii może się wydawać trudne, to nasuwa się pytanie, z jakich powodów terapeuta miałby nie dostrzegać rozpoznania psychiatrycznego?

Jak już wspomniałam, krytyka diagnozy psychiatrycznej sięga czasów intensywnie rozwijającego się od lat 60. XX wieku ruchu antypsychiatrii, a także związana jest z rozwojem konstrukcjonizmu społecznego. Duży wkład w sceptyczne podejście do diagnozy psychiatrycznej miał między innymi Michel Foucault, związany z postmodernizmem, który zwrócił uwagę na powiązania wiedzy i władzy. Trudno nie zgodzić się z poglądami Foucaulta na temat władzy, rozumianej jako relacja obecna we wszystkich sferach życia [26]. Ważne jest, by zachować uważność na te powiązania, a także na czynniki społeczno-kulturowe mające wpływ na funkcjonowanie jednostek, rodzin i społeczeństw oraz nadawanie kierunku poglądom zgodnym z szeroko rozumianą „poprawnością polityczną”.

Natomiast od publikacji prac Foucaulta minęło 40 lat i w tym czasie zaszło wiele zmian w różnych obszarach naszego życia, także w psychiatrii i kryteriach diagnostycznych, które w klasyfikacjach są coraz bardziej elastyczne i aktualizowane wraz z badaniami i rozwojem medycyny opartej na dowodach naukowych (EBM). W klasyfikacjach chorób i zaburzeń zachodzą zmiany, na przykład w ICD-11 odchodzi się od kategoriycznych stwierdzeń na rzecz szerszych kategorii oraz oceny stopnia nasilenia objawów.

Poruszone przeze mnie zagadnienia, ich znaczenie i waga wynikają z mojej troski dotyczącej stosowania psychoterapii w leczeniu zaburzeń psychicznych dzieci, młodzieży i osób dorosłych oraz terapii rodzin.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW. Psychoterapia czy Psychoterapie. *Psychoterapia*. 2004; 2(129): 22–23.
2. Czabała JC. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2013.
3. de Barbaro B. Czym jest psychoterapia [Video]. Euphire, 2018 [cyt. 21.02.2025]. Dostęp: <https://www.facebook.com/EUPHIRE/videos/576366392714269>
4. Ważne zmiany dla psychoterapeutów. Weszły w życie przepisy regulujące zawód. Jest definicja psychoterapii [Internet]. RynekZdrowia.pl; 2024 [cyt. 24.04.2025]. Dostęp: <https://www.rynekzdrowia.pl/Psychiatria/Wazne-zmiany-dla-psychoterapeutow-Weszly-w-zycie-przepisy-regulujace-zawod-Jest-definicja-psychoterapii,253659,16.html>
5. Nocuń K. Definicja psychoterapii: celowe i planowe działania psychologiczne [Internet]. Prawo.pl; 2024 [cyt. 16.03.2025]. Dostęp: <https://www.prawo.pl/zdrowie/definicja-psychoterapii-od-1-stycznia-2024-r-w-ustawie,524659.html>
6. Wykowski J. Stanowisko PTP: psychoterapia nie jest odrębnym zawodem i zawsze powinna być poprzedzona diagnozą [Internet]. RynekZdrowia.pl; 2024 [cyt. 11.03.2025]. Dostęp: <https://www.rynekzdrowia.pl/Psychiatria/Stanowisko-PTP-psychoterapia-nie-jest-odrebnym-zawodem-i-zawsze-powinna-byc-poprzedzona-diagnoza,265107,16.html>
7. Koalicja dla Psychoterapii [Internet]. Instytut Psychologii PAN; 2024 [cyt. 25.03.2025]. Dostęp: <https://psych.pan.pl/aktualnosci/koalicja-dla-psychoterapii>
8. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w sprawie projektu ustawy o zawodzie psychoterapeuty [Internet]. psych.org.pl; 2025 [cyt. 10.07.2025]. Dostęp: <https://psych.org.pl/>

- fileadmin/user-files/aktualnosci/STANOWISKO_PTP_USTAWA_O_ZAWODZIE_PSYCHO-TERAPEUTY.pdf
9. Müldner-Nieckowski P. Diagnoza a rozpoznanie [Internet]. Repliki, czyli odpowiedzi. Lekarski Poradnik Językowy [cyt. 26.03.2025]. Dostęp: <https://lpj.pl/index.php?op=31&id=3>
 10. Dyga K, Opoczyńska M. Znaczenie diagnozy dla tożsamości pacjenta. Cz.1: Od zapoznania do rozpoznania. Psychoterapia. 2015; 3(174): 73–86.
 11. Dyga K, Opoczyńska M. Znaczenie diagnozy dla tożsamości pacjenta. Cz. 2: Uzgadnianie czy uznanie. Psychoterapia. 2015; 3(174): 87–97.
 12. Kmiecik B. Wywiad z Konsultantem Krajowym w dziedzinie Psychoterapii mnie dzisiaj zatrzymał. Kilka refleksji w ważnym dla mnie temacie ustawy [Internet]. Błażej Kmiecik; 2025 [cyt. 25.08.2025]. Dostęp: https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=pfbid-04MULjTNNgVkJqSwLCYa8DC1xAuJNtV6g7uR2TN9Rjq8AQvek5FqFLo5kWHQeQ71C1&id=100063635632562
 13. Kuyken W, Padesky ChA, Dudley R. Konceptualizacja w terapii poznawczo-behawioralnej. Wrocław: Urban & Partner; 2024.
 14. McWilliams N. Diagnoza psychoanalityczna. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2025.
 15. Siewierska A, Śliwczyńska J, Namysłowska I. Czy możliwa jest diagnoza systemowa. Psychiatr Pol. 2008; 1(tom XLII): 17–24.
 16. de Barbaro B, Józefik B, Drożdżowicz L. Terapia rodzin w zaburzeniach osobowości: Wątpliwości i możliwości. Psychoterapia. 2028; 1(144): 5–16.
 17. Stemplewska-Żakowicz K. Diagnoza psychologiczna: Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2013.
 18. Yalom ID. Dar terapii. List otwarty do nowego pokolenia terapeutów i ich pacjentów [Ebook]. Warszawa: Czarna Owca; 2024.
 19. Pacjent [Internet]. Wielki Słownik Języka Polskiego [cyt. 26.03.2025]. Dostęp: <https://wsjp.pl/haslo/podglad/2330/pacjent>
 20. Cierpliwy jak pacjent [Internet]. Narodowe Centrum Kultury [cyt. 26.03.2025]. Dostęp: https://nck.pl/projekty-kulturalne/projekty/ojczysty-dodaj-do-ulubionych/ciekawostki-jezykowe/Cierpliwy_jak_PACJENT,cltt,c
 21. Józefik B. Kultura, ciało (nie)jedzenie, terapia: Perspektywa narracyjno-konstrukcjonistyczna w zaburzeniach odżywiania. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
 22. Józefik B. Terapia jako proces współtworzenia nowych znaczeń i opowieści. Idee i praktyki narracyjne. [Internet]. Repozytorium Uniwersytetu Jagiellońskiego [cyt. 25.03.2025]. Dostęp: <https://ruj.uj.edu.pl/entities/publication/eab1cefb-9320-455f-ac28-f92c2d1dfa24>
 23. Tokarska U. Narracja autobiograficzna w terapii i promocji zdrowia. W: Trzebiński J (red.). Narracja jako sposób rozumienia świata. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002, 221–261.
 24. Drath W, de Barbaro B. Psychoterapia. Między wiedzeniem a niewiedzeniem. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2022.
 25. Norcross JC. Evidence-based Therapy Relationships and Treatment Adaptations [Wykład nieopublikowany]. Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Masterclass Lectures: Psychologia. Nauka. Praktyka oparta na dowodach; 03.09.2025.
 26. Grzymski J. Wszechobecność władzy i postawa krytyczna. Inspiracje myślą Michela Foucaulta. Athenaeum. Polskie Studia Politologiczne. 2017; 54: 85–98.

Adres: talarczyk@psycholog-ambulatorium.pl

Daria Kościuk¹

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

¹Angielsko-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, żaloby, 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 żalobę 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 opisaney 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, niestukturalna 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 rakietka?”.
Inicjatywa	Rozwój moralny	Jan sprawia, że kogut prowadzi ciężarówkę: „Nie ma prawa jazdy, więc jak przyjedzie policja, ucieknij”. 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 niestrukturyzowanych, 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 diagnostyce 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 niestrukturyzowanych materiałów.
NIA Konwencjonalno-symboliczny	Liczba działań naśladowczych z użyciem klasycznych zabawek tematycznych.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Skrót	Opis elementu
NIA Symboliczny	Liczba działań naśladowczych 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 wyobraźniową, 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 postaciach symbolicznych (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, Tzaha 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. 3rd. 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

Gabriela Konieczna¹

KLAUNOWANIE W SZPITALU DZIECIĘCYM – W POSZUKIWANIU MODELU INTERWENCJI TERAPEUTYCZNEJ

CLOWNING IN A CHILDREN'S HOSPITAL – IN SEARCH OF A THERAPEUTIC INTERVENTION MODEL

¹Fundacja Dr Clown

hospital clowning
children's hospital
therapeutic intervention

Streszczenie

Artykuł dotyczy szpitalnego klauningu terapeutycznego – zyskującej popularność, lecz wciąż niedostatecznie opisanej formy wsparcia emocjonalnego hospitalizowanych dzieci. Doktorzy klauni, często mylnie postrzegani wyłącznie jako animatorzy zabawy, w rzeczywistości odgrywają istotną rolę w procesie leczenia, towarzysząc dzieciom w trudnych momentach i pomagając im radzić sobie z lękiem, bólem oraz niepewnością.

Celem artykułu jest ukazanie pracy doktorów klaunów jako świadomej, złożonej interwencji terapeutycznej, wymagającej określonych umiejętności, przygotowania i etycznej refleksji. Opracowanie łączy analizę literatury z praktycznymi doświadczeniami zespołu wolontariuszy działającego w szpitalu dziecięcym. Opisano w nim strukturę spotkań doktorów klaunów z dziećmi, wykorzystywane techniki oraz sposób organizacji pracy zespołu, wskazując na różnice między modelami profesjonalnymi i wolontariackimi w innych krajach. Szczególną uwagę poświęcono terapeutycznym narzędziom klauna, takim jak odwrócenie uwagi, wspieranie ekspresji emocjonalnej i budowanie relacji opartej na zgodzie dziecka.

Artykuł podejmuje także refleksję nad statusem tej formy wsparcia – czy klaun to artysta, terapeuta, członek zespołu medycznego, czy wciąż raczej marginalna postać systemu opieki zdrowotnej. Zaprezentowany przegląd oraz analiza praktyki mają na celu zarysowanie ram możliwego modelu interwencji terapeutycznej i lepsze zrozumienie potencjału tej profesji w kontekście szpitalnej opieki pediatrycznej.

Summary

The article addresses therapeutic hospital clowning – an increasingly popular yet still insufficiently described form of emotional support for hospitalized children. Clown doctors, often mistakenly perceived solely as entertainers, in fact play an important role in the treatment process by accompanying children during difficult moments of hospitalization and supporting them in coping with fear, pain, and uncertainty.

The aim of the article is to present the work of clown doctors as a conscious and complex therapeutic intervention that requires specific competencies, professional preparation, and ethical reflection.

The paper combines a review of the literature with the practical experience of a volunteer team working in a children's hospital. It describes the structure of clown doctors' visits with children, the techniques they use, and the organization of the team's work, highlighting differences between professional and volunteer-based models in various countries. Particular attention is given to the therapeutic tools of hospital clowns, such as distraction, support for emotional expression, and the building of a relationship based on the child's consent.

The article also reflects on the status of this form of support, questioning whether the hospital clown should be viewed primarily as an artist, a therapist, a member of the medical team, or still as a marginal figure within the healthcare system. The presented review and practice-based analysis aim to outline the framework of a possible therapeutic intervention model and to contribute to a better understanding of the potential of this profession in the context of pediatric hospital care.

Wprowadzenie

Klaunowanie terapeutyczne, choć obecne w szpitalach dziecięcych na całym świecie, wciąż pozostaje praktyką postrzeganą niejednoznacznie – balansującą pomiędzy sztuką, animacją a formą uzupełniającą terapii. Mimo rosnącej liczby badań wskazujących na pozytywny wpływ obecności klaunów na stan emocjonalny i fizjologiczny pacjentów, sama istota tej pracy – jej techniki, cele i ramy zawodowe – są słabo opisane i rzadko analizowane w sposób pogłębiony [1, 2].

Tymczasem współczesny doktor klaun nie jest jedynie „rozbawiaczem” – to specjalista działający na styku performansu, komunikacji empatycznej i interwencji psychospołecznej [2–8]. Jego zadaniem jest nie tylko wywołanie śmiechu, ale też stworzenie przestrzeni, w której dziecko odzyskuje poczucie sprawczości, zaufania i bezpieczeństwa – wartości kluczowych w procesie leczenia [9, 10]. Praktyka ta – choć intuicyjnie realizowana od dekad – nadal pozbawiona jest ugruntowanych modeli teoretycznych i metodologicznych [11, 12].

Pomimo sukcesów międzynarodowych programów klaunady medycznej, wiele grup – zwłaszcza w Polsce – działa w oparciu o wolontariat i osobiste zaangażowanie, bez dostępu do standardów, superwizji czy instytucjonalnego uznania [12]. Brakuje narzędzi do oceny skuteczności interwencji oraz jasnych ram kompetencyjnych odróżniających profesjonalną klaunadę terapeutyczną od spontanicznej animacji [2, 5], arteterapii czy muzykoterapii [3].

Niniejszy artykuł podejmuje próbę uzupełnienia tej luki, łącząc przegląd literatury z doświadczeniem praktycznym zespołu doktorów klaunów działających w jednym z warszawskich szpitali dziecięcych. Jego celem jest analiza warsztatu, technik i umiejętności wykorzystywanych w codziennej pracy, a także zarysowanie możliwego modelu interwencji terapeutycznej. Tekst stanowi głos w debacie o profesjonalizacji tej formy wsparcia, jej miejscu w systemie ochrony zdrowia oraz potrzebie uznania jej terapeutycznego potencjału.

Zidentyfikowanie celów terapeutycznych oraz umiejętności wykorzystywanych do ich osiągnięcia może pomóc w ustanowieniu wysokiej jakości praktyki i szkolenia zawodowego – tak jak w innych zawodach [1, 7].

Szpital pediatryczny jako miejsce działań doktorów klaunów

Szpital dziecięcy to przestrzeń radykalnie odmienna od bezpiecznego i przewidywalnego środowiska domowego. Dla dziecka hospitalizacja oznacza nagle oderwanie

od codzienności, konieczność przystosowania się do nieznanych procedur medycznych, ograniczenie swobody i kontaktu z bliskimi. Towarzyszą temu często ból, samotność, utrata kontroli i lęk, co może prowadzić do silnego przeciążenia emocjonalnego oraz zakłóceń w funkcjonowaniu poznawczym, behawioralnym i społecznym [3, 13, 14]. Zdarza się, że nawet krótkotrwały pobyt w szpitalu skutkuje poważnymi konsekwencjami dla rozwoju dziecka [15, 16].

W tym kontekście szpital staje się nie tylko miejscem leczenia, ale też wyzwaniem – dla dziecka, jego rodziny i całego personelu. Interakcje z małymi pacjentami bywają trudne, gdyż dzieci zmagają się nie tylko z objawami choroby, ale również z frustracją, strachem i bezradnością wobec inwazyjnych procedur i zabiegów. Ich reakcje mogą objawiać się płaczem, wycofaniem, odmową współpracy lub zachowaniami opozycyjnymi, które utrudniają diagnostykę i leczenie [14].

Wyzwaniem jest również kontakt ze zmarłymi rodzicami, którzy często przeżywają silny stres, doświadczając poczucia winy i emocjonalnego przeciążenia, co wpływa na ich zdolność do skutecznego udzielania wsparcia dziecku [3]. Sytuację komplikuje dodatkowo triadyczny charakter wielu interakcji w środowisku pediatrycznym – z udziałem dziecka, opiekuna i pracownika służby zdrowia. Takie układy komunikacyjne w hierarchicznym środowisku medycznym bywają trudne do zrealizowania i mogą ograniczać aktywny udział dziecka w rozmowie [1, 9].

Wobec tych licznych trudności, coraz częściej dostrzega się potrzebę wprowadzenia uzupełniających form wsparcia psychospołecznego. Jedną z najbardziej dynamicznie rozwijających się praktyk jest klaunowanie, realizowane przez tzw. doktorów klaunów. Ich obecność w szpitalu, choć pozornie lekka i rozrywkowa, pełni niezwykle istotną funkcję, co jest przedmiotem analiz w tej pracy.

Tło historyczne

Choć koncepcja śmiechu jako elementu leczenia towarzyszy człowiekowi od starożytności – od poglądów Hipokratesa po praktyki szamanów i błaznów dworskich – nowoczesna idea wykorzystania klaunady w opiece zdrowotnej zaczęła kształtować się dopiero w drugiej połowie XX wieku [5, 17]. W kulturach plemiennych i tradycyjnych klauni pełnili funkcje uzdrawiające, łagodząc napięcia społeczne i wprowadzając rytuały śmiechu w sytuacjach granicznych [18]. Symboliczna figura klauna – przekraczająca granice normy i porządku – przez wieki pełniła funkcję pośrednika między światem cierpienia a regeneracją.

Współczesne klaunowanie szpitalne jako świadoma forma wsparcia terapeutycznego zyskało międzynarodowy wymiar wraz z działaniami Huntera „Patcha” Adamsa, który w latach 70. XX wieku zaczął występować jako klaun w amerykańskich szpitalach, łącząc praktykę medyczną z ideą leczenia przez humor. Przełomowym momentem był rok 1986, gdy Michael Christensen – artysta cyrkowy z Big Apple Circus – stworzył „Clown Care Unit” w nowojorskim szpitalu pediatrycznym, rozwijając pierwszy zorganizowany program wizyt klaunów na oddziałach dziecięcych [17, 18].

W kolejnych dekadach, zwłaszcza w latach 90., podobne programy powstały w Australii i Europie, a praktyka klaunady szpitalnej zaczęła się profesjonalizować [5]. Dziś tego typu

programy realizuje kilkaset organizacji w różnych krajach na całym świecie [9]. Rozwój tej dziedziny wyraźnie wskazuje na rosnące społeczne i medyczne uznanie terapeutycznego potencjału obecności klaunów w szpitalnym otoczeniu.

Różne odmiany i nurty klaunowania w szpitalach

Klaunowanie w środowisku szpitalnym to zjawisko zróżnicowane zarówno pod względem założeń, stopnia profesjonalizacji, jak i relacji z instytucjami medycznymi. Choć wspólnym mianownikiem tych praktyk jest wsparcie emocjonalne pacjentów, poszczególne nurty różnią się znacząco w zakresie statusu zawodowego klauna, zakresu obowiązków oraz sposobu współpracy z personelem szpitalnym [5, 18]. Różnice te odzwierciedlają się także w samej terminologii: określenia takie jak *doktor klaun*, *klaun terapeutyczny*, *klaun medyczny* czy *klaun opiekun* wskazują na odmiennosc ról i poziomów profesjonalizacji [7, 9, 17]. Uporządkowanie tego obszaru jest niezwykle trudne.

Najbardziej ugruntowaną formą jest *klauning medyczny*, definiowany jako specjalistyczna praktyka realizowana przez wyszkolonych profesjonalistów, którzy stanowią integralną część zespołu terapeutycznego [2]. Osoby te przechodzą intensywne szkolenia z zakresu sztuki performatywnej, psychologii i podstaw medycyny. Ich działania są głęboko zintegrowane z codziennym funkcjonowaniem oddziałów – klauni uczestniczą w obchodach lekarskich, wspierają dzieci na wszystkich etapach wizyty w szpitalu, zwłaszcza podczas procedur medycznych, i mają dostęp do informacji klinicznych [1, 3, 10].

Drugim profesjonalnym modelem jest *klauning realizowany przez artystów scenicznych* (aktorów, mimów, iluzjonistów, muzyków), którzy ukończyli specjalistyczne kursy przygotowujące ich do pracy w warunkach szpitalnych. W literaturze przedstawicieli tej grupy często nazywa się klaunami profesjonalnymi. W tym ujęciu nacisk kładziony jest zarówno na wysoką jakość artystyczną, jak i na kompetencje relacyjne, potrzebne do pracy z dziećmi w sytuacjach trudnych i kryzysowych [3]. Przykład takiego podejścia stanowi działalność izraelskiej organizacji Dream Doctors, w której wyszkoleni specjaliści sztuk performatywnych są zatrudniani na etatach, otrzymują wynagrodzenie, mają dostęp do zamkniętych przestrzeni szpitalnych i realizują jasno określone cele ukierunkowane terapeutycznie [1]. Podobnie jest w Niemczech, gdzie klauni medyczni to głównie opłacani artyści profesjonalni, z doświadczeniem w show-biznesie lub teatrze, dla których rola klauna szpitalnego jest po prostu kolejnym aspektem codziennego zaangażowania w świat sztuki [13].

Na przeciwnym biegunie znajduje się *klauning wolontaryjny*, reprezentowany przez osoby działające z potrzeby serca, ale bez pełnego przygotowania scenicznego czy terapeutycznego [5]. Ich działania często mają charakter okazjonalny, a sama obecność w szpitalu opiera się na gościnnych wizytach, bez ścisłej współpracy z personelem medycznym i bez dostępu do dokumentacji pacjentów [3]. Przykładem może być model realizowany przez organizację CliniClowns w Holandii [19].

Koller i Gryski [5] proponują rozróżnienie między klaunami terapeutycznymi, którzy najczęściej pracują indywidualnie i koncentrują się na emocjonalnych potrzebach dziecka, a doktorami klaunami, którzy występują w duetach, stylizując się na postaci lekarzy.

Pierwszy model zakłada głębokie osadzenie pracy klauna w kontekście psychospołecznego wsparcia dziecka. Drugi opiera się na parodii procedur medycznych, polegającej na humorystycznym i fikcyjnym naśladowaniu elementów świata szpitalnego (np. „zdjęcie rezonansu magnetycznego kota”, „nosowy przeszczep śmiechu”, „obchód lekarski”), czasami mającej silnie performatywny charakter. Te dwa modele różnią się podejściem do relacji z pacjentem – klaun terapeutyczny bazuje na nawiązaniu więzi, intymności i wrażliwej obecności, natomiast duet doktorów klaunów często tworzy dynamiczne sceny pełne humoru i absurdu.

Rozbieżności dotyczą także narracji organizacyjnej – organizacje promujące klauning medyczny kładą nacisk na standardy pracy, zakres kompetencji i terapeutyczną wartość interwencji. Organizacje wolontaryjne częściej podkreślają misję społeczną i wartość obecności samych klaunów jako źródła radości i odwrócenia uwagi małych pacjentów [10, 19]. Odwrócenie uwagi rozumiane jest tu jako czasowe przesunięcie ogniska uwagi dziecka z bodźców związanych z bólem, lękiem lub monotonią hospitalizacji na doświadczanie zabawy, relacji i humoru, co może obniżyć poziom napięcia emocjonalnego.

Opisane wyżej różnice do pewnego stopnia odzwierciedlają niektóre z podstawowych konfliktów związanych z tym zawodem, a także etap rozwoju, na którym się znajduje [2]. Nazwy *terapeuta klaun* czy *klaun medyczny* podkreślają charakter pracy klauna jako wykwalifikowanego członka zespołu opieki zdrowotnej, wnoszącego coś więcej niż okazjonalna rozrywka. Wolontariat zaś może sugerować mniejsze zrozumienie roli i potencjału terapeutycznego klaunowania [5, s. 17]. Różnice mają również wpływ na to, w jaki sposób klauni są szkoleni i jak praktykują swoje rzemiosło [2, 3].

Mimo istotnych różnic klauning medyczny i wolontaryjny mogą współistnieć i się uzupełniać. Oba modele zmierzają w kierunku interwencji terapeutycznych, ponieważ jak wykazały liczne publikacje [m.in. 5, 10, 14, 18, 19], praca klaunów zasadniczo zawiera elementy terapeutyczne, klaun świadomie używa narzędzi terapeutycznych, a jego działania wnoszą realną wartość. Obecnie coraz częściej traktuje się klaunów jako pełnoprawnych partnerów w systemie wsparcia psychospołecznego, a ich obecność w szpitalach – jako formę uzupełniającej terapii [2]. Zawód klauna pracującego w szpitalu, „od postrzegania go jako dziwnej, tajemniczej, a czasem niedorzecznej sztuki”, aspiruje „do zawodu z określonymi umiejętnościami i celami terapeutycznymi” [1, s. 34].

Praktyka szpitalnego klauningu

Poniższy opis praktyki opiera się na moich doświadczeniach jako doktora klauna w jednym z warszawskich szpitali dziecięcych. Od prawie roku kieruję niewielkim, lecz zaangażowanym zespołem wolontariuszy.

Z dostępnych danych wynika, że większość klaunów szpitalnych w Polsce to wolontariusze wspierani przez fundacje i inicjatywy społeczne [12]. W przeciwieństwie do wielu krajów Europy Zachodniej, w których istnieją struktury finansowania i zatrudnienia (np. w Niemczech jedynie 15,6% klaunów szpitalnych działa w ramach wolontariatu, a pozostali otrzymują wynagrodzenie, najczęściej od stowarzyszeń lub samych szpitali) [13], w Polsce praca klauna najczęściej nie wiąże się z żadnym wsparciem finansowym.

Choć wolontariat może być źródłem autentycznego zaangażowania, niesie też realne ograniczenia: trudności rekrutacyjne, ograniczoną dostępność szkoleń oraz ryzyko braku ciągłości działań, co podkreślają liczni badacze [3].

Zespół, którym kieruję, jest zróżnicowany pod względem wieku, doświadczeń życiowych i zawodowych. Tworzą go studenci kierunków społecznych i medycznych, osoby aktywne zawodowo, a także seniorzy. Zgodnie z międzynarodowymi obserwacjami [np. 13], zdecydowaną większość doktorów klaunów stanowią kobiety. Podobnie w naszym zespole przeważają kobiety.

Mimo ograniczonych zasobów, działania zespołu charakteryzuje wysoki poziom zaangażowania, etyki i refleksyjności. Choć formalnie nie jesteśmy terapeutami, nasze doświadczenia pokazują, że odpowiednio poprowadzone spotkania z klaunem mogą wspierać, stabilizować emocje i pomagać hospitalizowanemu dziecku odnaleźć się w trudnej rzeczywistości leczenia. Swoją działalność traktujemy jako formę odpowiedzialnej i głęboko ugruntowanej interwencji, osadzonej na obecności, zaufaniu, uważności i szacunku wobec potrzeb małych pacjentów oraz ich rodzin. Ta forma działania, choć wciąż poza strukturami zawodowej opieki zdrowotnej, niesie cechy profesjonalizmu w rozumieniu etycznym, emocjonalnym i organizacyjnym.

Stosujemy się do procedur szpitalnych, respektujemy granice pacjentów i ich rodzin, a każdą interakcję traktujemy jako potencjalnie znaczącą.

Wymiana refleksji między członkami zespołu, wspólne próby dostosowywania metod pracy do realiów oddziałów dziecięcych, rozmowy z personelem oraz regularna autorefleksja pozwalają na stopniowe wypracowywanie standardów, które – choć oddolne i nieformalne – mogą stać się punktem odniesienia dla innych grup zajmujących się klaunadą terapeutyczną.

Ramy czasowe spotkania

Harmonogram pracy klaunów szpitalnych jest silnie uzależniony od formy zatrudnienia, struktury organizacyjnej zespołu oraz modelu współpracy z daną placówką. W modelach profesjonalnych – realizowanych między innymi w Niemczech, Austrii, Izraelu czy Australii – klauni medyczni działają zgodnie z porannym rytmem pracy szpitala, często bezpośrednio współpracując z personelem medycznym. Ich obecność jest zsynchronizowana z harmonogramem inwazyjnych procedur diagnostycznych lub zabiegowych: asystują dzieciom podczas pobierania krwi, w drodze na blok operacyjny czy w trakcie zakładania wenflonu, wspierając je emocjonalnie oraz odwracając ich uwagę od bólu i stresu [1, 9, 20].

Zupełnie inny rytm pracy przyjmuje model wolontariacki, bardziej okazjonalny i niekłójący bieżących procedur medycznych [19]. Niektóre organizacje, jak Simchat Halev w Izraelu, wysyłają wolontariuszy wyłącznie do otwartych przestrzeni szpitalnych w godzinach popołudniowych, kiedy pacjenci mają mniej zaplanowanych procedur medycznych i są już po obchodzie lekarskim [1]. Taki model gościnnych wizyt jest charakterystyczny dla wielu zespołów w Polsce, w tym zespołu, którego jestem liderem.

Spotkania naszego zespołu wolontariuszy odbywają się cyklicznie, raz w tygodniu i zawsze o stałej porze – w każdą środę o 17.30. Odwiedziny na oddziale trwają zazwy-

czaj około dwóch godzin. Popołudniowe godziny są nieprzypadkowe: pozwalają działać poza szczytem dnia klinicznego, gdy kończą się intensywne procedury medyczne, a dzieci przebywają w salach, często razem z bliskimi w porze odwiedzin.

Pracujemy w dwuosobowych zespołach, ponieważ umożliwia nam to objęcie obecnością większej liczby pacjentów oraz zapewnia wzajemne wsparcie (nie tylko artystyczne). Doktorzy klauni często pracują w parach, co – jak wykazują badania – sprzyja nie tylko urozmaiceniu występu, ale również stwarza bardziej bezpieczne warunki dla dziecka, które nie musi aktywnie włączać się w interakcję, jeśli nie czuje się na to gotowe; może obserwować i dopiero z czasem wejść w kontakt [5]. Współpraca w duecie umożliwia też klaunom wzajemne inspirowanie się i reagowanie na dynamikę sytuacji [7].

Zgodnie z przyjętymi zasadami, każda wizyta zaczyna się od subtelного sprawdzenia gotowości dziecka do kontaktu – poprzez uśmiech, gest czy spojrzenie. W przypadku braku zgody lub niechęci dziecka, klaun z szacunkiem się wycofuje lub proponuje inną formę obecności, na przykład krótkie pozdrowienie zza drzwi sali [3, 20].

Techniki klaunowania, akcesoria i atrybuty

Klauni medyczni posługują się bogatym repertuarem technik performatywnych, których wspólnym celem jest budowanie relacji, uruchamianie wyobraźni oraz łagodzenie napięć emocjonalnych w środowisku szpitalnym. Repertuar ten obejmuje różne formy ekspresji: od muzyki i śpiewu, przez pantomimę, taniec, slapstick, żonglerkę, aż po improwizację i różne formy komicznej gry sytuacyjnej [9]. Jak zauważa Langemeijer [19, s. 37], klaun to „mistrz powiększania rzeczywistości, komicznych powtórzeń i odwracania ustalonych reguł codzienności”.

W swojej pracy klauni sięgają po różnorodne rekwizyty i środki: od drobnych żartów i gagów, przez muzykę graną na prostych instrumentach, po rzeźby balonowe, miniaturowe inscenizacje teatralne czy magiczne sztuczki [11]. Badanie przeprowadzone wśród 87 niemieckich klaunów szpitalnych wykazało, że najczęściej wykorzystywanymi formami są: muzyka (34,7%), iluzja i magia (13,3%), pantomima (13,1%), elementy akrobatyczne (5,9%) oraz techniki, takie jak taniec, slapstick i improwizacja (32,9%) [13].

Techniki klaunowania mają charakter ucieleśniony i sytuacyjny. Klauni angażują całe ciało; gesty, ruchy, mimika i głos są dla nich podstawowymi narzędziami komunikacji. Odgrywają magiczne sztuczki. Reagują na pomysły, emocje, gesty i ruchy tych, których napotyka. Pracując w otwartej relacji z dzieckiem i jego rodziną, wykorzystują wyobraźnię oraz zasady tzw. klaunowania z pustą kieszenią, które polega na adaptowaniu przedmiotów znajdujących się w sali chorego do wspólnej gry [9]. Alternatywnie używają własnych zestawów rekwizytów: małych instrumentów (ukulele, harmonijka ustna), chustek, baniek mydlanych, luster czy przedmiotów humorystycznie nawiązujących do sprzętu medycznego [3, 9, 21]. Mogą to być też naklejki, lalki, balony wykorzystywane do odwracania uwagi, budowania historii i inicjowania symbolicznego odgrywania ról, które pozwala dziecku wejść w inną rzeczywistość. Klauni gromadzą te rekwizyty latami, dobierając je nie tylko według efektu komicznego, ale i potencjału interakcyjnego.

Każdy element występu – od kostiumu, poprzez gesty, mimikę, sposób poruszania się w przestrzeni, aż po wybór rekwizytów – stanowi funkcjonalną część procesu terapeutycznego [1]. Podstawą działania klauna jest spójnie wykreowana postać, której tworzenie obejmuje między innymi dobór imienia i stroju w sposób zgodny z osobowością wykonawcy oraz charakterem budowanej postaci. Uważa się, że tylko na tej podstawie adepci mogą stać się prawdziwymi klaunami, zdolnymi do przynoszenia prawdziwej radości innym [18].

Szczególną funkcję pełni kostium, który nie tylko identyfikuje postać, ale też sygnalizuje dziecku odmienną rolę klauna względem personelu medycznego. Charakterystycznym elementem stroju jest czerwony nos – uznawany za „najmniejszą maskę świata” [3, s. 218] – który symbolizuje wejście w przestrzeń poza konwencjonalnym porządkiem społecznym i zaprasza do świata zabawy, marzenia czy odwrócenia ról [9].

W wielu zespołach szpitalnych klauni noszą białe fartuchy, często ozdobione w sposób indywidualny, które w sposób symboliczny pozwalają „oswoić” lęk przed lekarzami. Jak wynika z badania Barkmanna i in. [13], dla 35,6% niemieckich klaunów szpitalnych biały fartuch jest stałym elementem kostiumu. Niektórzy tworzą rozbudowane personifikacje, jak na przykład dr Giraffe (z uszami i ogonem) czy dr Chic (z kiltem i beretem), wzmacniając swoją tożsamość sceniczną [3]. Kostiumy są niezwykle zindywidualizowane. Ich wygląd – jaskrawe barwy, kontrastowe wzory, przerysowane detale i zwykłe zbyt duże buty – wywołuje żywe reakcje i staje się punktem wyjścia do interakcji [6, 9].

Atrybuty klauna to nie tylko źródła komizmu – są także narzędziami do inicjowania kontaktu, tworzenia bezpiecznej przestrzeni zabawy i reagowania na potrzeby emocjonalne dzieci. Przedmioty takie jak „strzykawkowe gwizdki” czy „telefony ze stetoskopu” [21] parodiują kontekst medyczny i pomagają dziecku symbolicznie „oswoić” realia szpitalne. Dzięki temu humorystycznemu przekształceniu klaun nie tylko rozśmiesza, ale także modeluje nowe sposoby radzenia sobie z trudnym otoczeniem [3].

Zgodnie z ujęciem Gray i in. [9], praca klauna to performatywna forma sztuki: ucieleśniona, emocjonalna i responsywna, oparta na interakcji i improwizacji w czasie rzeczywistym. Klaunowanie to złożona praktyka, w której elementy wizualne (kostiumy, rekwizyty, makijaż), techniki performatywne oraz głęboko uwewnętrznione cechy osobowościowe współtworzą kompleksowy warsztat terapeutyczny.

Działania i umiejętności terapeutyczne wykorzystywane przez doktorów klaunów

Terapia wdrażana przez klaunów czerpie z różnych źródeł, na przykład teorii humoru [12]. Wykazano, że techniki pracy klauna szpitalnego można przedstawić za pomocą modeli i teorii terapii dramatycznej [2, 22]. Inne badania sugerują, że klauning medyczny jest zgodny z modelem krótkiej interwencji kryzysowej [10]. Mimo braku ram teoretycznych badacze zaznaczają, że klauning opiera się przede wszystkim na dostępnych zasobach pacjenta i sytuacji, na spotkaniu tu i teraz, pożytkowaniu wszystkiego, co wnosi pacjent oraz szczególnie zindywidualizowanym, responsywnym sposobie pracy [1, 3, 6, 9, 20].

Szpitalny klaun pełni rolę mediatora w trudnych i silnie nacechowanych emocjonalnie sytuacjach komunikacyjnych. Poprzez wykorzystanie humoru, gry, zabawy, improwiza-

cji oraz ekspresji artystycznej, tworzy alternatywną przestrzeń relacyjną, która sprzyja redukcji napięcia, rozproszeniu uwagi, zwiększeniu poczucia bezpieczeństwa oraz aktywizacji dziecka [3, 13, 23]. Humor działa tu jako mechanizm regulacji afektu i narzędzie stymulujące odpowiedź immunologiczną – poprzez uwalnianie endorfin i aktywację więzi społecznych [14, 16, 24].

Klaun funkcjonuje jako outsider systemu medycznego – wchodzi w relację z dzieckiem nie z pozycji eksperta, ale równorzędnego towarzysza, który może „uczłowieczyć” często dehumanizującą przestrzeń szpitalną [4]. Ten „niższy status” klauna ułatwia kontakt emocjonalny, zachęca do autentyczności, a jednocześnie tworzy przestrzeń na wspólne przeżywanie – śmiechu, zdziwienia, a także lęku i smutku. Klauni szpitalni celowo zajmują „gorszą pozycję”, pozwalając pacjentom czuć się zwycięzcami i zajmującymi wyższą pozycję, co jest uczuciem rzadko doświadczanym w warunkach szpitalnych [1].

Jednym z najsilniejszych mechanizmów działania klauna jest nadanie nowego znaczenia przestrzeni szpitalnej i ironiczne podejście do praktyk medycznych. Kiedy klaun pojawia się na oddziale, przynosi ze sobą świat, w którym logika może zostać obalona, a ustalone hierarchie podważane [3, 5, 11, 22]. Symulując procedury medyczne w formie gry, klaun pozwala dzieciom lepiej zrozumieć ich przebieg, zmniejszając niepokój i strach, co sprzyja budowaniu pozytywnych nastawień wobec leczenia i samego pobytu w szpitalu oraz zwiększeniu motywacji do przestrzegania zaleceń terapeutycznych [1].

Szpitalna codzienność często pozbawiona jest bodźców pozytywnych. Jak pisze Alberto Dionigi [3, s. 220], człowiek śmieje się średnio 15 razy dziennie, w szpitalu liczba ta może spaść do zera. W kontekście szpitalnych procedur interwencje klaunów pełnią nie tylko funkcję rozrywkową. Przede wszystkim przywracają dziecku sprawczość i wpływ, pozwalając mu doświadczyć siebie jako aktywnego uczestnika procesu leczenia [11]. Klaun tworzy mikroświat, w którym dziecko przestaje być wyłącznie pacjentem, a staje się opowiadaczem, śpiewakiem, czarodziejem. Pokazuje mu, że może dalej być sobą, pomimo sytuacji zdrowotnej [2, 25].

Działania doktorów klaunów w środowisku szpitalnym wpisują się w konkretne mechanizmy oddziaływania terapeutycznego. W syntetycznym ujęciu Xin i in. [14] wyróżniają pięć kluczowych procesów:

1. **Poznawcze radzenie sobie** – klaun zachęca dziecko do przetworzenia trudnych emocjonalnie doświadczeń poprzez metaforyczne przedstawienie choroby lub sytuacji szpitalnej, często w formie zabawy, odgrywania ról lub włączania dziecka w przebieg zdarzeń (np. inscenizowania sytuacji, w których dziecko może przejąć kontrolę, „uratować” klauna).
2. **Kierowane wyobrażenia** – klauni zapraszają dziecko do wspólnego tworzenia fikcyjnego świata (np. lotu balonem, wizyty w magicznym laboratorium czy wyprawy do dżungli), co pozwala zbudować pozytywne skojarzenia z pobytem w szpitalu oraz przenieść się w bezpieczne i pozytywne środowisko wyobrażone.
3. **Odwroćenie uwagi** – klaun wykorzystuje różnorodne środki performatywne – od gry słów, magicznych sztuczek, przez slapstick, po opowieści i piosenki – aby przenieść uwagę dziecka z bolesnych lub nieprzyjemnych procedur czy dolegliwości na alternatywne bodźce.
4. **Refleksja emocjonalna** – klaun dopasowuje ton głosu i styl działania do emocjonalnych wskazówek dziecka, podejmuje z nim kontakt zgodny z jego stanem

i nastrojem, uznając jego granice. Zamiast narzucać zabawę, reaguje empatycznie i adaptacyjnie. Nie wymusza radości, ale współuczestniczy w przeżywanych uczuciach. Może milczeć, usiąść w ciszy obok dziecka lub stworzyć zabawny kontrapunkt dla trudnej sytuacji.

5. **Wzmocnienie** – klaun przekazuje dziecku kontrolę nad sytuacją. Pozwala mu podejmować decyzje, inicjować działania lub korygować błędy klauna. Dziecko decyduje, czy chce wziąć udział w zabawie; może odmówić lub zaprosić klauna do swojej gry. Takie poczucie sprawczości ma ogromne znaczenie w środowisku, w którym większość decyzji jest podejmowanych poza jego kontrolą.

Interwencje terapeutyczne podążają za modelem krótkiej interwencji kryzysowej [10]. Klaun w szpitalu używa narzędzi teatralnych i klauningowych, aby włączyć elementy terapeutyczne, takie jak wzmocnienie, odwrócenie roli (gdy dziecko staje się nauczycielem), przeformułowanie sytuacji (np. zamiana badania na grę) i budowanie sojuszu terapeutycznego.

Kiedy klauni wchodzi do sali szpitalnej, nigdy nie wiedzą dokładnie, czego się spodziewać i jak zostaną przyjęci. Klaun nie przynosi gotowego scenariusza, jest mistrzem improwizacji, czyli konstruowania sytuacji interakcyjnej, która jest oparta na głębokiej analizie sygnałów płynących od dziecka [25]. Potrafi błyskawicznie zareagować na sytuację, emocje i potrzeby pacjenta. Zdolność do responsywnej interakcji oznacza wspólne bycie z dzieckiem „tu i teraz”, oparte na współobecności, otwartości i spersonalizowanym dostrajaniu się do jego sygnałów [20]. Fundamentem warsztatu doktorów klaunów jest wrażliwość interpersonalna i uważność – zdolność czytania emocji z mikroruchów, tonacji głosu i mowy ciała, by móc błyskawicznie dostosować poziom intensywności i charakter interakcji do dziecka poprzez adekwatny dobór środków wyrazu i uważną modulację tonu, ruchu, pauzy czy rekwizytu [3, 7].

Jak zauważają Sato i in. [11, s. 130], źródłem komizmu klauna jest jego głęboko ludzki charakter. Emocje – śmiech, płacz czy radość – przeżywa on intensywnie, autentycznie i otwarcie, a w relacje wchodzi całym sobą, co czyni kontakt z nim wyjątkowo bliskim i angażującym.

Klauni terapeutyczni często wykorzystują technikę odzwierciedlania – werbalnego lub niewerbalnego powtarzania emocji, zachowań lub postawy pacjenta. Działanie to pozwala dziecku poczuć się zauważonym, bez presji czy oceny, i zachęca je do wyrażania emocji. Odzwierciedlenie może przyjąć formę subtelnej mimiki, postawy czy gestu – na przykład gdy klaun idzie powoli obok pacjenta poruszającego się z wysiłkiem albo przyjmuje tę samą pozycję co dziecko odmawiające przyjęcia leku. Szczególną formą tej techniki jest *l u s t r o e m o c j i*, w którym klaun celowo przerysowuje lęk dziecka, nadając mu formę komiczną. Jak pokazuje przykład opisywany przez Karnieli-Miller i in. [1, s. 28], takie działanie może prowadzić do spontanicznego śmiechu i rozluźnienia, ułatwiając wykonanie zabiegu bez stosowania przymusu fizycznego czy farmakologii.

Klaun porusza się w języku metafory, absurdu i gestu – jest mistrzem komunikacji poza słowami. W sytuacjach, w których logiczne i racjonalne argumenty nie mogą być użyte, wprowadza język symboliczny [11]. W ten sposób dociera do dziecka przez opowieść, ruch, muzykę, emocję, przy użyciu humoru i minimalnej komunikacji werbalnej.

Mechanizm terapeutyczny wyraźnie zaznacza się w zmianie roli pacjenta: z biernego odbiorcy opieki na aktywnego uczestnika gry i relacji w kontakcie z klaunem [11]. Zgoda i przejmowanie przez dziecko inicjatywy w interakcji są podstawą konstrukcji sytuacji terapeutycznej [3]. Langemeijer [19] opisuje te działania jako składające się z drobnych kroków, które służą budowaniu poczucia bezpieczeństwa: klauni pukają, pytają „czy dziś?”, są gotowi poczekać, wrócić, milczeć, tylko być. To może być cicha obecność, siedzenie przy łóżku, subtelna interakcja, która daje dziecku przestrzeń do wyrażenia trudnych emocji, o których trudno mówić wprost, a nawet łagodna zabawa, która rezonuje z uczuciami małego pacjenta.

Klaun zawsze skupia się na wzmocnieniu zasobów dziecka [20]. Dostosowuje do niego swoje działania, wspierając jego pewność siebie i sprawczość. Brak narzucania uczestnictwa i świadome kreowanie przestrzeni sprzyjającej podejmowaniu aktywności są kluczowe w kontekście powszechnego wśród dzieci poczucia utraty autonomii w instytucji szpitalnej, w której z reguły są one jedynie przedmiotem procedur medycznych. W tej strategii dziecko staje się podmiotem interakcji – to ono decyduje, kiedy i w jaki sposób zaangażować się w grę, może zaprosić klauna lub go odsunąć, podjąć decyzję czy klaun może zostać podczas zabiegu, czy ma odgrywać rolę „asystenta lekarza”, czy „człowieka od muzyki”. Klaunowanie poprzez zabawę w rolach, dialog, symboliczne przedmioty i struktury sceniczne to seria działań, które pozwalają dziecku wypróbować odmienne pozycje w interakcji [2]. Klaun często celowo „popelnia błędy”, których poprawienie wymaga zaangażowania dziecka, wzmacnia jego poczucie kompetencji i wpływu [3]. Klaun nie gra dla dziecka, ale z dzieckiem – współtworząc sytuację i podążając za jego inicjatywą [19, str. 17–19].

Klauni, mówiąc w pierwszej osobie liczby mnogiej, pokazują, że są w danej sytuacji razem z dzieckiem [20]. Co więcej, wzmacniają pozycję małych pacjentów, traktując ich jak ekspertów, zachęcając ich do wyrażania swoich potrzeb i życzeń oraz do większego zaangażowania w proces leczenia. Osiągają to poprzez stawianie po stronie pacjenta i budowanie partnerstwa.

Doświadczenia własne oraz przegląd literatury wskazują, że doktorzy klauni pełnią istotne role, a ich cele terapeutyczne sięgają od humanistycznej relacji po motywację do przestrzegania planu leczenia [1, 9, 27]. Ten szeroki zakres celów wymaga od nich elastyczności w dostosowywaniu się do różnych partnerów i sytuacji oraz wyjaśniania potrzeby posiadania szerokich umiejętności.

Troska o etykę i profesjonalizm terapeutów klaunów

Zawód klauna szpitalnego wymaga znacznie więcej niż jedynie umiejętności artystycznych i dobrej woli. Skuteczność jego pracy opiera się na zdolności do utrzymania równowagi między zaangażowaniem emocjonalnym a profesjonalnym dystansem. Klaun musi być uważny i responsywny, ale jednocześnie odporny na przytłaczające emocje wynikające z kontaktu z cierpieniem pacjenta [1, 6].

Jak podkreślają Dionigi i in. [3], kandydaci do pracy w roli doktora klauna muszą przejść staranną selekcję oraz kompleksowe przygotowanie, obejmujące zarówno rozwój

artystyczny, jak i psychospołeczny. Nie ma uniwersalnej reguły, ale w wielu organizacjach wymagane jest ukończenie szkoły średniej, stabilna osobowość, kompetencje interpersonalne i predyspozycje sceniczne, takie jak humor, kreatywność, zdolności improwizacyjne oraz umiejętność pracy w duecie [3, s. 218].

Przykładowo włoski model szkoleniowy przewiduje średnio 100 godzin zajęć teoretycznych i praktycznych, zakończonych stażem pod okiem mentora w placówce ochrony zdrowia. Proces ten uwzględnia także naukę podstawowych zasad higieny, komunikacji z personelem, rozumienia specyfiki chorób oraz respektowania prywatności pacjentów. Ukończenie programu nie kończy procesu kształcenia – zaleca się stały nadzór, udział w superwizji i regularne doszkalanie [3].

Również organizacje izraelskie kładą nacisk na intensywne szkolenie. Kandydaci na klauna medycznego muszą być aktywnymi artystami, przejść trzymiesięczny staż kliniczny, a także uczestniczyć w seminariach i raportować swoją aktywność [18]. Standardowy kurs dla wolontariuszy trwa około pięciu miesięcy (czterogodzinne spotkania tygodniowo), a po nim następuje miesięczny staż. Edukacja obejmuje elementy teatru, psychologii, etyki, lalkarstwa czy jogi śmiechu [26].

W Niemczech nie ma jednej ścieżki nabywania kompetencji klauna szpitalnego. Szkolenie odbywa się najczęściej w formie seminariów (35,4%), przez obserwację pracy (27,2%) oraz w szkołach klaunów (24,7%) [13]. Organizacje parasolowe wymagają udziału w zaawansowanych kursach i corocznego coachingu.

W moim zespole klaunów wolontariuszy każda para składa się zazwyczaj z nowicjusza i bardziej doświadczonej osoby. Taki układ nie tylko chroni przed nieświadomym przekraczaniem granic pacjenta, ale też zapewnia systematyczną edukację i bezpieczne wdrażanie do roli. Po każdym spotkaniu prowadzimy wspólną refleksję i autoewaluację, analizując nie tylko przebieg interakcji, ale również nasz stan emocjonalny i artystyczny [9].

Etyka zawodowa i jasne określenie roli terapeutycznej klauna to fundament bezpiecznej i odpowiedzialnej pracy w środowisku klinicznym. Pendzik i Raviv [2] oraz Koller i Gryski [5] podkreślają konieczność opracowania spójnych procedur dotyczących szkoleń, certyfikacji i granic zawodowych. Choć różnorodność nurtów sprzyja pluralizmowi podejść, brakuje nadal ujednoliconych standardów, które zapewniłyby spójność działań i ich skuteczność [1, 14].

Praktyka terapeutycznego klaunowania stopniowo zyskuje status działania leczniczego, a nawet profesji paramedycznej. W Izraelu traktowana jest jako zawód akademicki, który łączy przygotowanie artystyczne z wiedzą psychologiczną i praktyką kliniczną [1, 10]. Profesjonalizacja ta nie tylko wzmacnia etyczne fundamenty pracy, ale też otwiera nowe możliwości integracji klaunów z systemem opieki zdrowotnej.

Współpraca z personelem szpitala

Efektywność działań doktorów klaunów w dużej mierze zależy od jakości współpracy z personelem medycznym. W krajach takich jak Kanada, Izrael czy Niemcy, klauni terapeutyczni są traktowani jako pełnoprawni członkowie zespołu klinicznego – uczestniczą w odprawach, znają plany leczenia i działają w koordynacji z lekarzami oraz pielęgniarkami [3, 9, 19].

W przypadku mojego zespołu wolontariuszy współpraca z personelem ma charakter pośredni. Wskazówki dotyczące stanu dzieci otrzymujemy zazwyczaj od pielęgniarek. Po zakończeniu wizyty możemy przekazać im informacje zwrotne, dotyczące zachowania lub samopoczucia dziecka, które mogą być pomocne w dalszej opiece. Niestety brakuje bezpośredniego kontaktu i współpracy z lekarzami – nie uczestniczymy w odprawach ani nie mamy dostępu do informacji o planowanych procedurach. Mimo to staramy się być uważni i elastyczni, tak by nasze działania wspierały pracę oddziału, nie zakłócając jej rytmu.

Bez formalnego włączenia w proces terapeutyczny klauni narażeni są na niezrozumienie ich roli [3, 5, 12].

Klauni szpitalni pracują w środowisku, które może być postrzegane jako trudne, a nawet wrogie ich działaniom. Próbuąc odwrócić uwagę małych pacjentów od trudnych i obciążających doświadczeń, mogą zachowywać się w sposób, który przez personel medyczny bywa odbierany jako niepokojący, irytujący lub stanowiący wyzwanie [1, 13]. Środowisko medyczne jest uporządkowane, a relacje w nim są hierarchiczne i to lekarz sprawuje kontrolę. Gdy klauni próbują przełamać tę hierarchię i robią „bałagan”, mogą zwiększać poczucie kontroli po stronie pacjenta.

Podsumowanie

Bez względu na różnice w stylu pracy czy stopień nacisku na komponent artystyczny lub terapeutyczny, działania doktorów klaunów okazują się skuteczną odpowiedzią na psychologiczne i emocjonalne wyzwania związane z hospitalizacją dzieci. W realiach oddziałów pediatrycznych, gdzie pacjenci i ich rodziny codziennie mierzą się z lękiem, stratą i niepewnością, interwencje klaunów medycznych tworzą przestrzeń pozwalającą dziecku odzyskać poczucie podmiotowości, bezpieczeństwa, ciągłości, sprawczości i przynależności.

Klaunowanie terapeutyczne nie jest dodatkiem do leczenia, lecz może stanowić jego ważne uzupełnienie – wpływając na regulację emocji, wspierając mechanizmy radzenia sobie, zmniejszając napięcie i umożliwiając dziecku bardziej zintegrowane przejście przez doświadczenie choroby. Opisy przypadków pracy z bólem, lękiem czy emocjonalnym wycofaniem pokazują, że to właśnie humor, obecność i relacyjna uważność pozwalają dzieciom przekształcić traumatyczne doświadczenia w coś możliwego do zniesienia i nazwania.

Z tej perspektywy konieczne staje się nie tylko uznanie wartości tej praktyki i jej cennego wkładu w proces leczenia dzieci na oddziałach pediatrycznych, ale również dążenie do jej systematyzacji poprzez jasne określenie ram kompetencyjnych, etycznych i metodycznych. Klaun w szpitalu nie działa wbrew logice medycyny, lecz uzupełnia ją tam, gdzie kończą się możliwości języka klinicznego. Przypomina przy tym, że czasem to, co najprostsze – śmiech, uważność i wspólna zabawa – bywa najbardziej uzdrawiające.

Piśmiennictwo

1. Karnieli-Miller O, Divon-Ophir O, Sagi D, Pessach-Gelblum L, Ziv A, Rozental L. More than just an entertainment show: Identification of medical clowns' communication skills and therapeutic goals. *Qual Health Res.* 2023; 33(1–2): 25–38.
2. Pendzik S, Raviv A. Therapeutic clowning and drama therapy: A family resemblance. *Arts Psychother.* 2011; 38(4): 267–275.
3. Dionigi A, Flangini R, Gremigni P. Clowns in hospitals. W: Gremigni P, red. *Humor and health promotion.* Hauppauge: Nova Science Publishers; 2012, s. 213–227.
4. Dionigi A, Goldberg A. Highly sensitive persons, caregiving strategies and humour: The case of Italian and Israeli medical clowns. *Eur J Humour Res.* 2019; 7(4): 1–15.
5. Koller D, Gryski C. The life threatened child and the life enhancing clown: Towards a model of therapeutic clowning. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2008; 5(1): 17–25.
6. Lalantika V, Yuvaraj S. Being a therapeutic clown – an exploration of their lived experiences and well-being. *Curr Psychol.* 2020; 41(3): 1131–1138.
7. Linge L. Hospital clowns working in pairs—in synchronized communication with ailing children. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2008; 3(1): 27–38.
8. Linge L. Magical attachment: Children in magical relations with hospital clowns. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2012; 7(1): 11862.
9. Gray J, Donnelly H, Gibson BE. Seriously foolish and foolishly serious: The art and practice of clowning in children's rehabilitation. *J Med Humanit.* 2021; 42: 453–469.
10. Hart J. Not just clowning around: Medical clowns in health care teams. *Altern Complement Ther.* 2012; 18(6): 319–323.
11. Sato M, Ramos A, Silva CC, Gameiro GR, Scatena CMDC. Clowns: a review about using this mask in the hospital environment. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(56): 123–134.
12. Grzybowski PP. Doktor klaun! Terapia śmiechem, wolontariat, edukacja międzykulturowa. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2012.
13. Barkmann C, Siem AK, Wessolowski N, Schulte-Markwort M. Clowning as a supportive measure in paediatrics – a survey of clowns, parents and nursing staff. *BMC Pediatr.* 2013; 13(1): 166.
14. Xin G, Yingping F, Yue C, Jiaming W, Xue H. Application of clown care in hospitalized children: A scoping review. *PLoS One.* 2024; 19(12): e0313841.
15. Sridharan K, Sivaramakrishnan G. Therapeutic clowns in pediatrics: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Pediatr.* 2016; 175(10): 1353–1360.
16. Dionigi A. Healthcare clowning: Use of specific complementary and alternative medicine for hospitalized children. *OBM Integr Complement Med.* 2018; 3(2): 1–22.
17. Citron A. Medical clowning and performance theory. W: Harding JM, Rosenthal C, red. *The rise of performance studies.* London: Palgrave Macmillan; 2011, s. 248–263.
18. Korin O, Babis D. Medical clowning in hospitals: practices, training and perception. *Med Humanit.* 2024; 50(2): 383–391.
19. Langemeijer C. The clown and the hospital. What do we know about hospital clowning? Technical report. Amersfoort: CliniClowns Foundation Nederland; 2012. Pobrano z: <https://heartsminds.org.uk/wp-content/uploads/2023/10/Clown-and-the-hospital-CliniClowns-Holland.pdf> (dostęp: 20 maja 2025).
20. Kristensen HN, Sørensen EE, Stinson J, Haslund-Thomsen H. An ongoing WE: A focused ethnographic study of the relationship between child and hospital clown during recurrent pain-related procedures and conditions. *Paediatr Neonatal Pain.* 2019; 1(1): 5–14.

21. Carp CE. Clown therapy: the creation of a clown character as a treatment intervention. Two archetypes of human sexuality. *Arts Psychother.* 1998; 25(4): 245–255.
22. Grinberg Z, Pendzik S, Kowalsky R, Goshen YS. Drama therapy role theory as a context for understanding medical clowning. *Arts Psychother.* 2012; 39(1): 42–51.
23. Finlay F, Baverstock A, Lenton S. Therapeutic clowning in paediatric practice. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2014; 19(4): 596–605.
24. Kingsnorth S, Blain S, McKeever P. Physiological and emotional responses of disabled children to therapeutic clowns: A pilot study. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2011; 2011(1): 732394.
25. Raviv A. The clown's carnival in the hospital: A semiotic analysis of the medical clown's performance. *Soc Semiotics.* 2014; 24(5): 599–607.
26. Strollo MR, Romano A, Rea G. Social commitment of volunteering in clown-therapy: an empowering empirical research. *Ric Pedag Didatt.* 2015; 10(3): 45–79.
27. Linge L. Joy without demands: Hospital clowns in the world of ailing children. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2011; 6(1): 5899.

Adres: g.konieczna1@gmail.com

XIII konferencja Fundacji Rozwoju Terapii Rodzin Na Szlaku

PATCHWORK UCZUĆ. O TERAPII RODZIN PO ROZSTANIU



21 marca 2026 r.

Kraków, ul. św. Łazarza 16 / online

Zgłoszenia przyjmujemy przez stronę:

www.naszlaku.org/patchwork/

Konferencja poświęcona będzie doświadczeniu rozstania i jego konsekwencjom, tym razem ze szczególnym uwzględnieniem rodzin patchworkowych i rodzin „w przebudowie”. Rozstanie rodziców uruchamia proces głębokiej reorganizacji systemu rodzinnego – dotyczy dzieci, parę oraz szeroką sieć relacji, a terapeuci coraz częściej towarzyszą rodzinom nie tylko w samym kryzysie rozstania, lecz także w budowaniu nowych konfiguracji rodzinnych.

W trakcie konferencji zaprosimy Państwa do spojrzenia na ten proces z trzech perspektyw. W pierwszym wystąpieniu **Aldony Czajkowskiej**, z perspektywy zespołu psychoterapeutycznego Ośrodka ReGeneRacja, przyjrzymy się temu, jak tworzyć przestrzeń dla dziecka, które po rozstaniu rodziców musi na nowo odnaleźć poczucie kierunku, bezpieczeństwa i przynależności. Drugie wystąpienie, prowadzone przez **Karolinę Szczęsną**, skoncentruje się na pozycji pary w rodzinie patchworkowej – na tym, jak doświadczenie utraty, rozczarowanych iluzji i kulturowe narracje wpływają na budowanie nowego związku „z historią”, który nigdy nie istnieje w próżni, lecz wśród dzieci, ekspartnerów i społecznych oczekiwań. Trzeci wykład, przygotowany przez **Magdalenę Krupę** i **Konrada Markiewicza** i oparty na doświadczeniach terapeutów Fundacji Na Szlaku, dotyczyć będzie praktycznych aspektów pracy z rodzinami po rozstaniu i rodzinami patchworkowymi: zapraszania członków rodziny do terapii, mierzenia się z parentyfikacją, wykluczaniem, niejasnymi rolami, przeżywaniem straty oraz poszukiwaniem nowej równowagi systemu.

współorganizator:

**Zakład Terapii Rodzin
i Psychosomatyki
CM UJ**

patronat:

**kwartalnik *Psychoterapia*,
Seksja Naukowa Terapii Rodzin
PTP**

Katarzyna Nowicka-Pasternak¹

SAMOOKALECZENIA U MŁODZIEŻY W ŚWIELE WSPÓŁCZESNEJ PSYCHOPATOLOGII I PSYCHOTERAPII

ADOLESCENT SELF-INJURY IN THE CONTEXT OF CONTEMPORARY PSYCHOPATHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

¹Centrum Psychoterapii i Szkoleń CONSILIA we Wrocławiu

self-injury
non-suicidal self-injury (NSSI)
self-aggressive behaviors in adolescents

Streszczenie

Zachowania autoagresywne, w tym samouszkodzenia niebędące próbą samobójczą (ang. non-suicidal self-injury, NSSI), stanowią rosnący problem kliniczny wśród młodzieży i młodych dorosłych, a ich rozpowszechnienie w tej grupie wiekowej wskazuje na potrzebę pogłębionej refleksji diagnostycznej i terapeutycznej. Celem poniższej pracy pogładowej jest uporządkowanie aktualnej wiedzy na temat zjawiska samookaleczania w kontekście współczesnych klasyfikacji zaburzeń psychicznych, takich jak DSM-5 oraz ICD-11, które w ostatnich latach zaczęły wyodrębniać NSSI jako odrębną jednostkę diagnostyczną, wymagającą dalszych badań oraz precyzyjnych kryteriów diagnostycznych. W artykule przedstawiono obraz kliniczny samookaleczeń, w tym różnorodność form zachowań autoagresywnych, ich przebieg, częstotliwość oraz towarzyszące im objawy psychopatologiczne, takie jak lęk, depresja czy zaburzenia osobowości. Omówiono funkcje samouszkodzeń oraz przytoczono dane epidemiologiczne dotyczące rozpowszechnienia NSSI w populacji adolescentów, a także wskazano czynniki ryzyka, takie jak traumatyczne doświadczenia, zaburzenia więzi, impulsywność, niska zdolność regulacji emocji czy obecność współistniejących zaburzeń psychicznych. Druga część przeglądu koncentruje się na teoriach wyjaśniających genezę zachowań autoagresywnych, ze szczególnym uwzględnieniem podejść psychoanalitycznych, które interpretują NSSI jako przejaw wewnętrznych konfliktów psychicznych i nieświadomionej agresji kierowanej przeciwko sobie.

Summary

Self-aggressive behaviors, including non-suicidal self-injury (NSSI), constitute a growing clinical concern among adolescents and young adults. The increasing prevalence of these behaviors in this age group highlights the need for in-depth diagnostic and therapeutic reflection. The aim of this review article is to systematize current knowledge on the phenomenon of self-injury within the framework of contemporary classifications of mental disorders, such as the DSM-5 and the ICD-11, which in recent years have begun to distinguish NSSI as a separate diagnostic entity requiring further empirical investigation and refinement of diagnostic criteria. The article presents the clinical characteristics of self-injurious behaviors, including the diversity of their forms, course, frequency, and associated psychopathological symptoms, such as anxiety, depressive disorders, and personality disorders.

The functions of self-injury are discussed, and epidemiological data concerning the prevalence of NSSI in adolescent populations are reviewed. Furthermore, risk factors are identified, including traumatic experiences, attachment disorders, impulsivity, impaired emotion regulation, and the presence of comorbid mental disorders. The second part of the review focuses on theoretical models explaining the etiology of self-aggressive behaviors, with particular emphasis on psychoanalytic perspectives, which conceptualize NSSI as an expression of intrapsychic conflict and unconscious aggression directed toward the self.

Wstęp

Samookaleczenia występują coraz częściej w populacji adolescentów i młodych dorosłych. W poniższym przeglądzie piśmiennictwa omówiono to zjawisko z perspektywy klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Następnie przedstawiono obraz kliniczny samouszkodzeń, ich funkcje oraz występowanie wśród nastolatków i czynniki ryzyka. W drugiej części opisano teorie tłumaczące powstawanie samookaleczeń, ze szczególnym uwzględnieniem teorii psychoanalitycznych, które odnoszą się do autoagresji.

Wprowadzenie

Literatura na temat zachowań autoagresywnych bogata jest w różne pojęcia, które je opisują, między innymi samookaleczenia, samouszkodzenia, samoranianie, samozniszczenie, autoagresja, samobójstwo. Używa się powyższych terminów zarówno do opisywania ostrych form tego zjawiska (np. samobójstwo), jak i do postaci mniej drastycznych, ujawniających się w formie nałogów, zaniedbania czy podejmowania ryzykownych zachowań.

W zależności od przyjętych norm społeczno-kulturowych samookaleczenia mogą być traktowane jako zachowania mieszczące się w normie lub od niej odbiegające. Przykładem może być body art, czyli profesjonalne tatuowanie czy dokonywanie piercingu, w przypadku których rozszerzono kulturowe pojęcie normy w zakresie ingerowania w ciało i jego okaleczania.

Psychiatrzy i psychologowie zwracają uwagę, że samookaleczenia występują wśród młodych ludzi coraz częściej i są zjawiskiem często trudnym do jednoznacznego sklasyfikowania. Szczególnie aktualna i ważna w odniesieniu do adolescentów wydaje się kwestia trafnego odróżniania zachowań normatywnych, właściwych dla wieku, płci i kultury, które nie pełnią funkcji katalizatora emocji, od zachowań samobójczych oraz autodestrukcyjnych, wymagających oddziaływań terapeutycznych. Z potrzeby określenia granicy zachowań normatywnych wynikł więc rozwój badań nad mechanizmami i czynnikami ryzyka samookaleczeń, co następnie znalazło swoje odbicie w klasyfikacjach diagnostycznych [1–6].

Samookaleczenia z perspektywy klasyfikacji zaburzeń psychicznych

W najnowszej wersji klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 [7] samookaleczenia są definiowane jako nieakceptowane społecznie, celowe uszkodzenia ciała, wywołujące krwawienie, zasinienie lub ból, podejmowane w celu reduk-

cji dyskomfortu psychicznego. Rozumiane są jako jeden z objawów współwystępujących z zaburzeniami emocjonalnymi i rozwojowymi o różnej etiologii lub z zaburzeniami osobowości, bądź są traktowane jako odrębna jednostka nozologiczna, tzw. samookaleczenia bez tendencji samobójczych (ang. *non-suicidal self-injury*, NSSI).

W klasyfikacji DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) wyodrębniono osobne kryteria rozpoznawania i kodowania samookaleczeń bez intencji samobójczej (ang. *non-suicidal self-injury*, NSSI) i zachowań samobójczych (ang. *suicidal behaviour disorder*, SBD). Przedstawione zostały w Tabeli 1. i Tabeli 2.

Tabela 1. Kryteria rozpoznania samookaleczeń bez intencji samobójczej (ang. *non-suicidal self-injury*, NSSI) według DSM-5 [7].

- 1) W ostatnim roku osoba przez co najmniej pięć dni dokonuje celowego samookaleczenia, uszkodzenia powierzchni własnego ciała, mogących wywołać krwawienie, zasinienie lub ból (np. nacinanie, przypalanie, nakłuwanie, uderzanie, nadmierne tarcie), z oczekiwaniami, że szkoda doprowadzi tylko do drobnych lub umiarkowanych obrażeń ciała (tzn. bez intencji samobójczych).
- Uwaga: brak zamiarów samobójczych został potwierdzony przez jednostkę lub można wywnioskować, że jednostka wielokrotnie angażuje się w zachowania, co do których wie lub nauczyła się, że nie jest prawdopodobne, by doprowadziły one do śmierci.
- 2) Osoba ta musi wykazywać przynajmniej jedną z motywacji:
 - a) poszukuje ulgi w doświadczanych negatywnych uczuciach lub stanie psychicznym,
 - b) próbuje rozwiązać w ten sposób konflikty interpersonalne,
 - c) chce osiągnąć przyjemność.
- Uwaga: oczekiwana ulga lub reakcja jest doświadczana w trakcie lub krótko po dokonaniu samookaleczenia, a osoba może przejawiać wzorce zachowań sugerujące zależność od wielokrotnego angażowania się w samookaleczenia.
- 3) Zamierzone samouszkodzenia muszą być związane z przynajmniej jednym z poniższych:
 - a) występowanie konfliktu interpersonalnego czy negatywnych emocji lub myśli (np. depresji, lęku, napięcia, złości) w okresie bezpośrednio poprzedzającym samouszkodzenie,
 - b) zaabsorbowanie planowanym działaniem w okresie bezpośrednio je poprzedzającym,
 - c) rozmyślanie, ruminacje dotyczące samouszkodzeń.
 - 4) Samouszkodzenie nie jest usankcjonowane kulturowo (np. tatuaże, piercing) i nie jest ograniczone do zdrapywania strupków czy obgryzania paznokci.
 - 5) Zachowanie to lub jego konsekwencje powodują znaczący dyskomfort psychiczny i wpływają na funkcjonowanie.
 - 6) Zachowanie nie występuje wyłącznie w przebiegu epizodu psychotycznego, majaczenia, intoksykacji czy zespołu abstynencyjnego i nie może być lepiej wyjaśnione przez inne zaburzenie psychiczne lub stan medyczny (np. zaburzenia ze spektrum autyzmu, niepełnosprawność intelektualną, zespół Lescha-Nyhana, stereotypowe zaburzenia ruchu z samookaleczeniami, trichotillomanię, patologiczne skubanie/wydrapywanie skóry). U osób z zaburzeniami neurorozwojowymi zachowanie nie jest częścią wzorca powtarzalnych stereotypii.

Tabela 2. **Zachowania samobójcze (ang. *suicidal behaviour disorder, SBD*) według DSM-5 [7].**

1. Podjęcie próby samobójczej w ciągu ostatnich 24 miesięcy (próba samobójcza to działanie, któremu w momencie jego inicjowania towarzyszył zamiar odebrania sobie życia).
2. Działanie to nie spełnia kryteriów NSSI.
3. Diagnozy tej nie stosuje się do myśli samobójczych czy działań przygotowawczych (tendencji samobójczych).
4. Działanie nie było podjęte w stanie zaburzenia świadomości.
5. Osoba nie miała motywacji politycznej ani religijnej.

Obecne SBD: w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od ostatniej próby. SBD we wczesnej remisji: 12–24 miesięcy od ostatniej próby.

Podstawowym czynnikiem różnicującym NSSI i SBD w DSM-5 jest intencja. Wyodrębniono samookaleczenia bez intencji samobójczej i zachowania samobójcze, które w zamiarze jednostki mają doprowadzić do zgonu (Tabela 2.). Znaczenie mają również częstotliwość i letalność działań – nie znalazły się one w kryteriach, jednak obserwowane są w praktyce klinicznej. NSSI związane są zwykle z nisko letalnymi sposobami autoagresji, takimi jak gryzienie, uderzanie, przypalanie czy drapanie. Samouszkodzenia z intencją samobójczą obejmują raczej działania o wyższej potencjalnej letalności, takie jak przedawkowanie leków, nacięcia w okolicy nadgarstków. NSSI występują znacznie częściej niż SBD [7].

W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 [8] samouszkodzenia należy kodować jako „zamierzone samouszkodzenie” (X60–X84), które obejmuje zarówno samookaleczenia bez intencji samobójczych, jak i próby samobójcze. W poprzedniej wersji klasyfikacji DSM-4 [9], tak jak w klasyfikacji ICD-10 [8], samookaleczenia występują również jako jeden z objawów zaburzeń osobowości z pogranicza – borderline. Powszechne stanowisko badaczy i klinicystów jest takie, że samookaleczenia należy rozumieć jako objaw zaburzeń z osi II. Jednak wyniki prowadzonych w ostatnich latach badań nie są zgodne z powyższym stanowiskiem. Dowodzą one, że samookaleczenia występują u młodzieży i młodych dorosłych z dużo wyższą częstością niż zaburzenia osobowości typu borderline w populacji ogólnej. Ponad połowa młodzieży hospitalizowanej w oddziałach psychiatrycznych z powodu samookaleczeń nie spełnia kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń z osi II, a samookaleczenia mogą także towarzyszyć zaburzeniom z osi I, myślom i tendencjom samobójczym lub stanowić silny predyktor dla podejmowanych prób samobójczych [4–6].

Porównując DSM-5 i ICD-11 [7, 11] można zaobserwować, że i w jednej, i w drugiej klasyfikacji samouszkodzenia traktowane są jako objaw współwystępujący w ramach innych rozpoznów. Można je również podzielić na samouszkodzenia impulsywne oraz kompulsywne, co zostało pokazane w poniższych tabelach.

Tabela 3. Porównanie występowania samouszkodzeń impulsywnych w ICD-11 [11] i DSM – 5 [7].

ICD-11 i DSM-5 samouszkodzenia impulsywne	
ICD-11	DSM-5
• objaw współwystępujący	• objaw współwystępujący • odrębna jednostka nozologiczna <i>non-suicidal self-injury</i>, NSSI (sekcja zaburzeń wymagających dalszych badań)

Tabela 4. Porównanie występowania samouszkodzeń kompulsywnych w ICD-11 [11] i DSM-5 [7].

ICD-11 i DSM-5 samouszkodzenia kompulsywne	
ICD-11	DSM-5
• Trichotillomania • Dermatillomania • Onychofagia Powtarzające się zachowania skoncentrowane na ciele (BFRB)	• Trichotillomania • Dermatillomania • Onychofagia Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i pokrewne

Obraz kliniczny samouszkodzeń

Akty autoagresji bez intencji samobójczej to nacinanie skóry ramion i dłoni, nóg, rzadziej twarzy, zadawane nożem, nożyczkami i innymi ostrymi narzędziami. Zdarzają się też poparzenia wodą, parą wodną bądź różnymi substancjami chemicznymi, uderzanie siebie, obijanie się o ściany lub uderzanie głową w twarde powierzchnie. Inne rodzaje samouszkodzeń to drapanie, rozdrapywanie gojących się ran, nakłuwanie, gryzienie, szczypanie, wrywanie włosów, pocieranie i wprowadzenie pod skórę lub w otwory ciała ostrych przedmiotów oraz przyjmowanie leków w dawkach przekraczających lecznicze. Można wyróżnić też połykanie ostrych przedmiotów lub szkodliwych substancji. Najbardziej rozpowszechnionymi formami samookaleczenia są:

- nacinanie skóry 70–90%,
- uderzanie 21–44%,
- przypalanie 15–35%.

Osoby samookaleczające się stosują często więcej niż jedną metodę. Kobiety częściej dokonują nacinania i zadrapań, u mężczyzn występuje przypalanie. Samookaleczenia najczęściej pojawiają się na rękach, nadgarstkach, przedramionach, ramionach, udach i brzuchu [5, 6, 12–14].

W literaturze dotyczącej autoagresji można odnaleźć różne podziały samookaleczeń. Przykładowo Eckhardt [12] dzieli autoagresję na jawną i ukrytą:

- autoagresja jawna to pocięcie się ostrymi przedmiotami, uderzanie w różne przedmioty czy narażanie się na poparzenia,
- autoagresja ukryta to zaburzenie psychiczne polegające na udawaniu objawów choroby, aby zyskać korzyści materialne i/lub psychiczne. Może występować jako: ukryte samouszkodzenia lub sztucznie wywołana choroba.

Favazza [cyt. za: 12] posługuje się trzema kategoriami:

- samookaleczenia duże, takie jak amputacje kończyn, autokastracja,
- stereotypowe, występujące na przykład w spektrum autyzmu,
- powierzchowne lub umiarkowane, najczęściej występujące wśród adolescentów.

Tę ostatnią kategorię Favazza podzielił na samouszkodzenia kompulsywne, takie jak trichotillomania czy obgryzanie paznokci, często rytualizowane, powtarzane wielokrotnie w ciągu dnia, oraz impulsywne, takie jak cięcia, przypalania, występujące epizodycznie albo powtarzane.

Suchańska [1, 16] dzieli autoagresję w podobny sposób, jak czyni to Favazza [cyt. za: 12]: na bezpośrednią i pośrednią. Bezpośrednia to intencjonalne ataki na swoje ciało i/lub życie. Może być podejmowana z różnie uświadomionym skutkiem i nie jest ona akceptowana kulturowo ani społecznie. Do tej kategorii zaliczane są takie zachowania, jak:

- wielkie samookaleczenia – amputacje, wykluwanie oczu, występuje w stanach psychotycznych lub silnej intoksykacji;
- stereotypowe – rytmiczne uderzanie głową, gryzienie palców; są to zachowania szkodliwe dla ciała, charakteryzujące się stałym wzorcem, występują w zespołach psychoorganicznych i ostrych formach zaburzeń psychicznych;
- powierzchniowe/umiarkowane – występują najczęściej; przyjmują formę kompulsywną (jak wrywanie włosów, drapanie się w celu rozładowania napięcia lub uchronienia przed jakimś niebezpieczeństwem) lub impulsywną, która z kolei dzieli się na epizodyczną (płytkie nacinanie skóry, wrywanie włosów) lub chroniczną (nawracającą) – w tym przypadku metody są podobne jak w przypadku impulsywnej, ale występują z większym nasileniem, często stanowią element tożsamości jednostki.

Do form pośrednich zaliczane są zachowania:

- aktywne – są to zachowania o widocznych negatywnych konsekwencjach dla zdrowia, na przykład uzależnienie od substancji psychoaktywnych czy podejmowanie dysfunkcyjnych zachowań ryzykownych, jak szybka jazda samochodem czy przypadkowy seks;
- pasywne – to różnego rodzaju zaniedbania medyczne, dietetyczne, dotyczące higieny.

Walsh z kolei dzieli NSSI w zależności od stopnia potencjalnej letalności aktu, sposobu działania (bezpośredni/pośredni) i tego, czy okaleczenie wystąpiło raz czy też wielokrotnie [1, 3, 6, 14–17].

Funkcje samookaleczeń

Samookaleczenia pojawiają się najczęściej w momentach silnego napięcia emocjonalnego. Często dochodzi do nich krótko po nagłym, nieoczekiwanym impulsie. Zjawisko to dotyczy głównie osób we wczesnej dorosłości. Może być reakcją na poważne problemy życiowe, wychowywanie się w rodzinie z przemocą lub brak opieki i wsparcia. Częstymi powodami samookaleczeń są także trudności związane z własną seksualnością oraz doświadczanie przemocy ze strony rówieśników. Młody wiek sprzyja temu zjawisku, ponieważ umiejętności radzenia sobie z napięciami psychicznymi nie są jeszcze w pełni rozwinięte. To prowadzi do zachowań autoagresywnych. Samookaleczanie bywa formą przejścia kontroli nad własnym ciałem oraz sposobem na wyrażenie niezależności i tożsamości [12–14, 18].

W literaturze zwraca się uwagę na różne funkcje samookaleczeń, takie jak:

- regulacja afektu,
- złagodzenie negatywnych emocji, na przykład lęku, poczucia winy, samotności, gniewu,
- dążenie do odzyskania poczucia rzeczywistości w odpowiedzi na okresy dysocjacji i depersonalizacji,
- zapobieganie tendencjom samobójczym,
- wywieranie wpływu na otoczenie,
- wyznaczanie granic własnego „ja”,
- karanie siebie lub innych,
- wyrażanie własnych doświadczeń traumatycznych lub ponowne przeżywanie urazu,
- wywoływanie emocji w sytuacji odczuwania pustki wewnętrznej.

Adoleścenci, którzy dokonują samookaleczeń, częściej posługują się nieadaptacyjnymi metodami radzenia sobie ze stresem (np. strategiami unikania), charakteryzują się niską samooceną, wyższym poziomem impulsywności, częstszym doświadczaniem negatywnych emocji oraz stanów dysocjacyjnych [4, 5].

Występowanie samouszkodzeń wśród nastolatków

Zachowania autoagresywne należą do obszaru klinicznego i mogą współwystępować z zaburzeniami osobowości typu borderline, zachowaniami samobójczymi oraz przedawkowaniem substancji. Trudność w oszacowaniu skali samouszkodzeń wynika dodatkowo z tego, że większość aktów autoagresji nie wymaga interwencji lekarskiej, więc nie jest notowana i wymyka się statystycznym opracowaniom. Młodzież niejednokrotnie ukrywa fakt dokonywania samookaleczeń, twierdząc, że obrażenia powstały na skutek wypadku lub przypadkowego skaleczenia. Ocena rozpowszechnienia samookaleczeń w populacji ogólnej jest trudna przede wszystkim dlatego, że brakuje dostatecznej liczby badań w grupach nieklinicznych. Wyniki dostępnych prac, prowadzonych w różnych krajach, pozwalają jednak przyjąć, że samookaleczenia dotyczą w głównej mierze adolescentów i młodych dorosłych (ok. 13–42%), a ich rozpowszechnienie zmniejsza się wraz z wiekiem (ok. 4–6% osób dorosłych). Występowanie samookaleczeń jest znacznie częstsze w po-

populacjach klinicznych adolescentów, wśród których częstość tego zjawiska szacuje się na poziomie od 40% do nawet 80%. Żechowski i Namysłowska [19] zauważają, że liczba osób dokonujących samookaleczeń rośnie zarówno w populacji ogólnej, jak i w populacji klinicznej. Gmitrowicz, Warzocha i Pawełczyk [20] podkreślają, że dokonuje ich od 27% do 47% młodzieży hospitalizowanej na oddziałach psychiatrycznych. Z badań Pawłowskiej i współpracowników [4] przeprowadzonych w liceach wynika, że samouszkodzeń dokonuje 13,7% młodzieży w wieku od 16 do 19 lat, w tym 15,7% dziewcząt i 6,9% chłopców [4, 5, 13, 14].

Samookaleczenia bez intencji samobójczej (NSSI) zazwyczaj mają początek w okresie dojrzewania i najczęściej występują między 12. a 15. rokiem życia, myśli i zachowania samobójcze zwykle pojawiają się później. Adolescencję uznaje się zatem za czas zwiększonego ryzyka dokonywania samouszkodzeń. Zachowania te są podejmowane z inicjatywy adolescenta lub pod wpływem sugestii otoczenia, a średni czas ich trwania wynosi około dwóch lat. Większość badaczy wskazuje, iż NSSI częściej pojawiają się u nastoletnich dziewcząt niż u chłopców. U dziewcząt autorzy stwierdzili częstsze występowanie cięcia, u chłopców – uderzanie. Są natomiast badania, w których nie zaobserwowano związków z płcią, uwarunkowaniami kulturowymi oraz ze statusem społeczno-ekonomicznym [5, 6].

Czynniki ryzyka

Do czynników ryzyka pojawiania się samookaleczeń należą występowanie nieprawidłowej struktury osobowości oraz obecność zaburzeń psychicznych. Akty samookaleczeń w próbie klinicznej osób dorosłych z zaburzeniami osobowości typu borderline dotyczą 50–78% pacjentów. Badani datują początek objawów na okres późnego dzieciństwa i adolescencji, co z dużym prawdopodobieństwem jest zapowiedzią nieprawidłowo kształtującej się osobowości [5]. Badania z ostatnich dwóch dekad wskazują na współwystępowanie samookaleczeń z innymi zaburzeniami osobowości: antysocjalnej, histrionicznej, unikającej, zależnej, typu obsesyjno-kompulsywnego, a także zaburzeniami eksternalizacyjnymi i internalizacyjnymi wieku rozwojowego. Czynnikiem ryzyka to również poczucie braku nadziei [5, 6].

Szacuje się, że około 24–63% nastolatków dokonujących samouszkodzeń prezentuje zaburzenia zachowania, a od 14% do 60% dodatkowo zażywa substancje psychoaktywne. W populacji adolescentów samookaleczających się stwierdzono wyższy odsetek zaburzeń lękowych, afektywnych, myśli i prób samobójczych, zaburzeń uwagi (z nadrucliwością lub bez nadrucliwości) oraz zaburzeń odżywiania, częściej pojawiał się również zespół stresu pourazowego [4–6].

Kolejne czynniki ryzyka to uwarunkowania rodzinne oraz te związane z doświadczeniem traumatycznym. Najsilniejszymi predyktorami są niestabilne lub traumatyczne relacje z najbliższymi, zaburzona więź, przedwczesna separacja od opiekunów, rozwód rodziców lub śmierć jednego z nich, nadmierna krytyka rodzicielska, brak wsparcia ze strony najbliższych, problem alkoholowy w rodzinie, wydarzenia traumatyczne w dzieciństwie oraz przemoc fizyczna i/lub seksualna, a także przemoc rówieśnicza [4, 5].

Przeprowadzona przez Hamzę i współpracowników metaanaliza [cyt. za: 6] pokazuje, że NSSI to istotny predyktor myśli i prób samobójczych. Część badań potwierdza też związek

częstotliwości NSSI i prób samobójczych. Inne z kolei sugerują, iż NSSI pozwalają przewidywać próby samobójcze lepiej, niż próby samobójcze pozwalają przewidywać NSSI.

Zidentyfikowanie czynników ryzyka u adolescentów jest więc kluczowym elementem diagnozy, oceny zagrożenia i późniejszych interwencji terapeutycznych. Osoby samookaleczające się wykazują większe ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych i emocjonalnych. Częściej stwierdza się u nich także zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym [6].

Czynniki zmniejszające ryzyko wystąpienia samookaleczeń to stabilne wzorce więzi, rodzina wielopokoleniowa i satysfakcjonująca sieć wsparcia społecznego, dobre funkcjonowanie szkolne i zawodowe, wystarczające zasoby finansowe, zaplecze kulturowe i religijne, dobre zagospodarowanie czasu wolnego oraz wsparcie instytucjonalne [5, 17].

Są również badania, w których NSSI przedstawia się jako czynnik chroniący przed zachowaniami samobójczymi. Samookaleczenia w modelu antysamobójczym to próba uniknięcia destrukcyjności przez przekierowanie samobójczych tendencji na autoagresję w nieletalnej formie. Akty samookaleczeń pełnią w przypadku wystąpienia trudnych emocji funkcję regulacyjną i zapobiegają samobójstwu. Samookaleczenia służą młodym ludziom do zredukowania nasilenia myśli samobójczych [6].

Teorie tłumaczące kształtowanie się samouszkodzeń

Od lat trwa dyskusja dotycząca mechanizmów samouszkodzeń. Żeby je zrozumieć, dobrze się odnieść do konstruktów teoretycznych i badań empirycznych, które konceptualizują funkcje samookaleczeń i podtrzymujących je mechanizmów [5].

Model unikania doświadczenia (ang. *the experiential avoidance model*, EAM) opiera się na teorii behawioralnej, na mechanizmach warunkowania klasycznego i instrumentalnego. Zakłada, że samookaleczenia służą do regulacji afektu, co następnie powoduje powstanie nieadaptacyjnej metody radzenia sobie z napięciem. Samouszkodzenia mają na celu usunięcie trudnych emocji, zachowania te są wzmacniane przez doznanie ulgi i odprężenia. Im dłużej stosowana jest strategia unikania doświadczenia i przeżywania trudnych emocji, tym bardziej staje się automatyczna i pojawia się jako odpowiedź na każde pobudzenie emocjonalne. Trudność w regulowaniu emocji, wysoka pobudliwość i niska tolerancja wpływają na powstawanie i podtrzymywanie nieadaptacyjnych metod radzenia sobie z napięciem poprzez samookaleczanie. W tym modelu pomija się kontekst społeczny samookaleczeń [5].

Emocjonalny model kaskadowy (ang. *emotional cascade model*, ECM) uzupełnia model EAM o komponent poznawczy. Podstawą modelu ECM jest założenie o pojawiających się silnych tendencjach do ruminowania przykrych zdarzeń, co prowadzi do narastania trudnych emocji, takich jak smutek, lęk, gniew. To powoduje jeszcze większą wrażliwość na kolejne trudne bodźce i nasila ruminacje oraz trudne odczucia. Następnie, poprzez mechanizm pozytywnych sprzężeń zwrotnych, dochodzi do wytworzenia pozostającej poza kontrolą jednostki tak zwanej emocjonalnej kaskady, której uaktywnienie znacznie wydłuża czas powrotu do wyjściowego stanu emocjonalnego. Osoby z zaburzeniami osobowości, szczególnie typu borderline, uruchamiają kaskadę emocjonalną w odpowiedzi na niemal każde negatywne wydarzenie. Trudno jest im

zastosować normatywne strategie radzenia sobie z napięciem, takie jak rozpraszanie, odwracanie uwagi czy poszukiwanie wsparcia społecznego, dlatego wybierają zachowania destrukcyjne, na przykład samookaleczenia. Badania potwierdzają przydatność modelu ECM w konceptualizacji samookaleczeń [5].

Walsh w modelu biopsychosocjalnym bierze pod uwagę wzajemne powiązania różnych aspektów: środowiskowego, poznawczego, afektywnego, behawioralnego i biologicznego. Autor zwraca uwagę na rolę historii samego pacjenta i jego rodziny (aspekt środowiskowy). Czynniki spustowymi dla samookaleczeń są bieżące okoliczności środowiskowe, jak konflikt lub utrata kogoś bliskiego, problemy w szkole czy obserwacja osoby samookaleczającej się [3, 5, 13, 17].

Aspekt biologiczny

Część badań wskazuje, że istotną rolę w powstawaniu samookaleczeń u osób bez intencji samobójczych odgrywa układ opioidowy. Jeden z modeli wyjaśniających ten związek zakłada, że podczas aktu samookaleczenia uwalniane są endogenne opioidy, które powodują znieczulenie i zmniejszają poziom stresu. Kolejny model opiera się o założenie, że u osób samouszkodzających się występuje wyższy poziom endogennych opioidów, który powoduje większą tolerancję na ból i umożliwia podejmowanie zachowań autoagresywnych. W zintegrowanym modelu samookaleczeń deficyt w zakresie endogennych opioidów rozumiany jest jako konsekwencja doświadczania przewlekłego stresu w okresie dzieciństwa (na skutek nadużycia, zaniedbania, straty) bądź predyspozycja biologiczna. Deficyt ten jest związany z występowaniem nieadekwatnej opioidowej reakcji na stres. Jednostka dokonuje samouszkodzeń po to, żeby zwiększyć poziom opioidów i przywrócić homeostazę. Zwraca się również uwagę na możliwość istnienia nieprawidłowości w obszarze układu nagrody oraz odmienną regulację reakcji bólowych [3, 5, 13, 17].

Samookaleczenia z perspektywy teorii psychoanalitycznych

Freud [22, 23] w swojej teorii psychoanalitycznej opisywał nieświadome mechanizmy obronne, których celem jest ochrona jednostki przed wewnętrznymi konfliktami i lękami. Samookaleczenia mogą być rozumiane jako jeden z takich mechanizmów. Według teorii Freuda ludzie przeżywają konflikty między trzema strukturami swojej psychiki: id, którym rządzą instynkty, ego, które odnosi się do realistycznej części psychiki, i superego, odnoszącym się do norm moralnych. W momencie, gdy ego nie może już poradzić sobie z napięciami i lękami wywołanymi przez te konflikty, pojawiają się mechanizmy obronne, na przykład wyparcie, projekcja czy regresja. Samookaleczenia mogą być rozumiane jako regresja, czyli powrót do wcześniejszych, mniej dojrzałych form reagowania na stres, w celu radzenia sobie z emocjonalnym bólem poprzez zachowania bezpośrednie i fizyczne, a nie oparte na bardziej dojrzałych mechanizmach obronnych [22–24].

Zgodnie z teorią popędów, w której Freud wyróżnił popęd życia (eros) i popęd śmierci (tanatos), samookaleczenia mogą być przejawem agresji, która nie może być skierowana na zewnątrz, więc kierowana jest w stronę samego siebie. Można ją również rozumieć

jako kompromis pomiędzy popędami życia i śmierci, prowadzący do odroczenia instynktu śmierci, w wyniku którego impuls zniszczenia Ja zostaje osłabiony [22–24].

Kolejny mechanizm obronny, o którym pisał Freud, to projekcja, w której jednostka przenosi własne nieakceptowane emocje lub impulsy na innych ludzi. Osoba, która nie jest w stanie przyjąć swoich negatywnych emocji, może kierować je na innych, ale też może – rozszczepiając ciało i psychikę – projektować złość na swoje ciało w formie samouszkodzeń. Samookaleczenia są więc próbą zewnętrznego wyrażania wewnętrznych konfliktów [24].

W 1938 roku Menninger [cyt. za: 13] w samouszkodzeniach i samobójstwach wyróżnił: pragnienie zabicia, pragnienie bycia zabitym i pragnienie śmierci. Psychoanalitycy twierdzą, iż osoby okaleczające się mają problemy z agresją, zarówno tą skierowaną do wewnątrz, jak i na zewnątrz. Mollon [cyt. za: 13, s. 71] pisze: „osoba, która z rozmysłem nacina sobie skórę, wchodzi w intymny świat omnipotencji, gdzie jest ona zarówno prześladowcą, jak i prześladowanym. Przejmująca wściekłość jest w ten sposób uwalniana do ciała, które następnie jest karane za to, że stało się ofiarą przemocy”.

Warto tutaj przytoczyć Melanie Klein [25]. Autorka rozwijała teorię obiektów wewnętrznych, w której nacisk położony jest na sposób, w jaki dziecko tworzy wewnętrzne reprezentacje swoich pierwszych obiektów (opiekunów). Wewnętrzne reprezentacje obiektów (tzw. obiekty wewnętrzne) mogą być pozytywne i negatywne. Kiedy brakuje odpowiedniego zaspokojenia fizycznego i emocjonalnego, dziecko może doświadczać intensywnych lęków i agresji, które nie znajdują ujścia w świecie zewnętrznym. W konsekwencji zdarza się, że przenosi lęki i impulsy agresji na samego siebie, co może prowadzić do powstawania samookaleczeń [24, 25].

Klein opisała także pozycję paranoidalno-schizoidalną, odnoszącą się do wczesnej fazy rozwoju psychicznego dziecka, w której doznaje ono silnych lęków, takich jak lęk przed zniszczeniem przez „złe” obiekty. Dziecko w tej fazie doświadcza rozdzielenia „dobrego” obiektu od „złego” i tworzy mechanizmy obronne, które pomagają mu radzić sobie z tymi skrajnymi obrazami. Samookaleczenia mogą więc stanowić formę wewnętrznej projekcji złości i lęków, które są wyrazem ataku na siebie w odpowiedzi na postrzeganą złość wobec obiektów zewnętrznych.

Kiedy dziecko rozwija się, przechodzi w bardziej zaawansowaną fazę, tzw. pozycję depresyjną. Zaczyna wówczas integrować pozytywne i negatywne aspekty swoich obiektów, co wiąże się z poczuciem winy, smutku oraz tęsknoty za „dobrym” obiektem. W tej fazie dziecko może doświadczać bardzo silnych emocji, takich jak lęk przed utratą, separacją, lęk przed porzuceniem lub poczucie odrzucenia, które mogą prowadzić do autoagresywnych impulsów. Za sprawą samouszkodzeń łagodzone jest przerażenie, a śmierć zostaje zaprzeczona. Pacjenci nie są zdolni do tolerowania psychicznej ani fizycznej nieobecności matki, nie potrafią znieść świadomości, że umysł matki może być zaprzątnięty myślami nieskoncentrowanymi na nich. Powoduje to uczucie odrzucenia, wściekłości i rozpacz. Mówi się o tym, że osoby samookaleczające się w okresie wczesnodziecięcym tworzyły relacje z niewystarczająco dobrą matką.

Glosser [cyt. za: 16, s. 74] przedstawia rozwój symptomu samouszkodzeń w sposób następujący: w okresie fazy paranoidalno-schizoidalnej dziecko ogarnięte jest fantazją fuzji z idealną matką. Obraz matki jednak nadal pozostaje rozszczepiony, to znaczy, że oprócz

dobrego, wyidealizowanego obiektu jest jeszcze obraz matki chciwej, zagrażającej inkorporacją i pochłonięciem, lub też obojętnej, odrzucającej. Powstają wówczas dwa rodzaje lęku: lęk przed pochłonięciem i lęk przed odrzuceniem, będący wynikiem separacji. Odpowiedzią na nie są charakterystyczne mechanizmy obronne. Skutkiem lęku jest samoutrzymywanie się agresji, która oscyluje między potrzebą zniszczenia złego obiektu i ochroną obiektu dobrego, dodatkowo jest ona stymulowana brakiem umiejętności rozładowania. Pojawia się tu jeszcze lęk przed własną, odczuwaną jaką omnipotentną agresywnością oraz lęk o kruchość obiektu. Obrony, które się wytworzyły, kierują agresję w kierunku self. System obronny uruchamia się za każdym razem, gdy pojawiają się okoliczności kojarzone z wczesną traumą. To może tłumaczyć silne reakcje emocjonalne na sytuacje, które obiektywnie nie stanowią zagrożenia. W okresie adolescencji problem separacji naturalnie powraca. Powoduje to ponownie ambiwalentne uczucia i może wpływać na pojawianie się samouszkodzeń. Samouszkodzenie jest więc obroną, będącą jednocześnie informacją o wewnętrznym świecie obiektów, o krzywdzie, strukturze i o wszystkim tym, o czym osoba samouszkodzająca się nie jest w stanie opowiedzieć. Samookaleczenia mogą być związane z próbą wyrażenia tych intensywnych, nieświadomych emocji lub próbą kontrolowania wewnętrznych konfliktów [13, 16, 24, 26].

Klein uważała, że wczesne doświadczenia mają kluczowe znaczenie w kształtowaniu mechanizmów obronnych, a w konsekwencji dla emocjonalnego życia dorosłego człowieka i trudności z nim związanych. Jeśli dziecko doświadczyło silnych lęków przed porzuceniem lub odrzuceniem, może reagować na te emocje w sposób zewnętrzny (agresja wobec innych) lub wewnętrzny (autoagresja, w tym samookaleczenia). Jeśli wczesne relacje były niestabilne lub pełne niepokojów, to dziecko może rozwinać wewnętrzne obrazy „złych” obiektów, co prowadzi do poczucia rozpacz i frustracji. Jest to oczywiście efekt normalnej ścieżki rozwojowej, przechodzenie z fazy paranoidalno-schizoidalnej do depresyjnej. Natomiast w kontekście tej teorii samookaleczenia mogą być sposobem wyrażenia niezrealizowanych impulsów agresji wobec obiektów zewnętrznych, które dziecko przetwarza w sposób destrukcyjny wobec siebie [24, 25, 26].

W teorii Klein bardzo ważne były obiekty wewnętrzne, czyli to, jakie reprezentacje obiektów dziecko tworzy w psychice. Z kolei Winnicott [27] w swojej teorii duży nacisk kładł na środowisko i pisał o „wystarczająco dobrej matce”; takiej matce, która zapewnia dziecku stałość i poczucie bezpieczeństwa, doświadczenie akceptacji i bycia kochanym, co umożliwia mu rozwój i kształtowanie tożsamości. Jeśli matka w świadomości dziecka zawodzi, zaczyna ono przeżywać lęki, odczuwać zagrożenie oraz złość, które w późniejszym życiu mogą przybierać formy różnych objawów. Samookaleczenia mogą być więc sposobem radzenia sobie z wewnętrznym napięciem, lękami oraz frustracją, które wynikają z doświadczeń związanych z brakiem odpowiedniej opieki. Zarówno Melanie Klein, jak i Donald Winnicott uważali, że frustracja jest naturalną częścią rozwoju. Według Winnicotta matka powinna być wystarczająco dobra, czyli pomagać dziecku radzić sobie z rozczarowaniami, jakie niesie rzeczywistość [24].

Poza koncepcją wystarczająco dobrej matki Winnicott [27] był również twórcą koncepcji przestrzeni przejściowej/obektu przejściowego, czyli takiej przestrzeni, w której dziecko może eksperymentować z różnymi rolami i emocjami w bezpieczny sposób, zanim stanie się bardziej niezależne. W momencie, kiedy dziecko nie otrzymuje odpowiednich

doświadczeń w tej przestrzeni przejściowej, doznaje frustracji, co następnie może prowadzić do powstawania wewnętrznych konfliktów, których objawem mogą być destrukcyjne zachowania, w tym samookaleczenia.

Zdaniem Winnicotta dla adolescenta balansującego na biologiczno-psychologicznej linii rozwojowej środowisko społeczne jest sprzyjające, jeśli zapewnia trzymanie. Trzymanie, inaczej holding, to sposób, w jaki matka fizycznie i emocjonalnie opiekuje się dzieckiem, umożliwiając mu rozwój poczucia bezpieczeństwa i pierwszych wyobrażeń o otaczającym świecie [27]. Samookaleczenia w adolescencji mogą być przejawem gwałtownego rozładowania afektu, czyli acting-outu, który zachodzi w relacji z ważnymi innymi.

Można tu przytoczyć opisaną przez Biona [28–30] odwróconą funkcję alfa, której fundamentem jest działanie, nie myślenie. W adolescencji dochodzi do regresji ego. Objawy prepsychotyczne przekształcają się wtedy w zachowania psychobehawioralne, na przykład wyrażenie lęków separacyjnych poprzez powtarzające się pragnienie lub impuls do samouszkodzenia. W ten sposób nastolatek próbuje chronić swoje życie mimo trudności natury psychicznej (takich jak rozszczepienie self, brak granic między self a obiektem czy brak uwewnętrznionego obiektu), fizycznej (rany) oraz społecznej (przyjmowanie roli ofiary, sprawcy lub pacjenta). W takim ujęciu samouszkodzenia pozwalają utrzymać relację self – obiekt.

Postrzeganie samouszkodzeń jako przymusu powtarzania i regulowania uczuć, których nie da się wyrazić słowami, dobrze koresponduje z freudowskim rozumieniem acting-outu. Freud pojmował to jako dzikie przeniesienie, napędzane nieświadomymi pragnieniami czy przekonaniami. Jednocześnie takie ujęcie ukazuje dynamikę relacyjną, czasem z gwałtownymi i wrogimi reakcjami przeniesieniowymi [cyt. za: 31].

Spitz [cyt. za: 24] dowodził w swoich badaniach, iż zahamowanie w rozwoju dzieci wiązało się z deficytem bliskich związków, izolacją od ważnego obiektu i pozbawieniem społecznych więzi. U dzieci, u których potrzeby kontaktu z ważnymi obiektami nie zostały rozpoznane i zaspokojone, obserwowano najczęściej występowanie depresji analitycznej i zachowań autoagresywnych, które mogą objawiać się w późniejszych okresach życia w postaci trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu więzi społecznych [24, 31].

Otto Kernberg połączył w jedną całość główne elementy tradycyjnej teorii popędów i freudowskiego modelu strukturalnego, teorię relacji z obiektami Melanie Klein oraz perspektywę rozwojową freudowskiej psychologii ego, w szczególności poglądy Jacobson dotyczące patologicznych form wczesnych identyfikacji. Autor wskazał na samookaleczenia jako symptom w przypadku osób z zaburzeniami osobowości, zwłaszcza borderline, ale także w kontekście bardziej ogólnych problemów w regulowaniu emocji. Opisał samookaleczanie jako formę autoagresji związaną z wewnętrznymi konfliktami emocjonalnymi i lękami, które mają zostać wyrażone lub złagodzone. Akty autoagresji traktował jako mechanizm obronny służący do radzenia sobie z intensywnym lękiem, wściekłością, poczuciem pustki i niestabilnością emocjonalną.

W kontekście osobowości borderline samookaleczenia służą do usunięcia wewnętrznego chaosu. Kernberg pisze o tym, że osoby z borderline mają zaburzone relacje z obiektami wewnętrznymi, które są dla nich niestabilne – mogą przyjmować na przemian postać dobrych i złych, powodując intensywne emocje takie jak lęk czy złość. Samookaleczenia w tym rozumieniu stanowią próbę radzenia sobie z tymi niestabilnymi reprezentacjami

obiektów poprzez zewnętrzne wyrażanie emocji, ponieważ są przerażające i nie do zaakceptowania w psychice. Podział reprezentacji obiektów na skrajnie dobre i złe dokonuje się poprzez rozszczepienie, co powoduje chaos i ogranicza umiejętność przetwarzania swoich doświadczeń w spójny sposób. Samookaleczenie jest więc wyrazem intensywnej złości, wściekłości kierowanej na siebie, wynikającej z nieumiejętności rozumienia i kontrolowania wewnętrznych konfliktów. Samookaleczania u osób z zaburzeniami osobowości mogą być próbą obniżenia napięcia emocjonalnego i uzyskania ulgi w chwili kryzysu czy burzy emocjonalnej. Osoby z borderline, mające trudności w regulowaniu swoich emocji, za pomocą samookaleczeń mogą kontrolować ekstremalne wewnętrzne stany, co je uspokaja, ale jest dla nich destrukcyjne [24, 32, 33].

Kernberg pisze, że w terapii osób z tendencjami do samookaleczeń stałość i bezpieczeństwo relacji terapeutycznej są kluczowe. Samookaleczenia często wynikają z niezdolności do zbudowania stabilnych, pozytywnych relacji, w których pacjent może poczuć się bezpiecznie. Terapia oparta na podejściu psychodynamicznym (np. terapia skoncentrowana na przeniesieniu TFP-A) stara się rozwiązać problem samookaleczeń poprzez przywrócenie zdolności do regulowania emocji oraz stopniową integrację rozszczepionych reprezentacji obiektów wewnętrznych [24, 32].

Współcześnie psychoanalityczne opisy przypadków osób samookaleczających się wskazują na kluczową rolę wzajemnej gry pomiędzy self a obiektami [31].

Podsumowanie

Omówione teorie wyjaśniające mechanizmy samouszkodzeń u młodzieży wskazują na ich wieloczynnikowy charakter oraz złożone podłoże psychologiczne i biologiczne. Wspólnym mianownikiem większości koncepcji jest uznanie samookaleczeń za nieadaptacyjny sposób regulacji emocji oraz odpowiedź na intensywne napięcia wewnętrzne.

Modele behawioralny i poznawczy (EAM, ECM) podkreślają rolę deficytów w regulacji afektu, tendencję do unikania przeżywania trudnych emocji oraz ruminacji, które nasilają dyskomfort psychiczny i zwiększają ryzyko autoagresji.

Model biopsychospołeczny uwzględnia szeroki wachlarz czynników – od indywidualnych predyspozycji biologicznych, przez doświadczenia relacyjne, po wpływy środowiskowe i społeczne. Zakłada, że zachowania autoagresywne nie wynikają wyłącznie z indywidualnej woli czy intencji jednostki, ale są efektem oddziaływania wielu współwystępujących uwarunkowań, w tym zaburzeń w funkcjonowaniu układu nerwowego i systemu nagrody. Tego rodzaju perspektywa może zmniejszać obciążające młodą osobę poczucie winy, a jednocześnie stwarza przestrzeń do psychoedukacji w zakresie mechanizmów neurobiologicznych. Zrozumienie, że samouszkodzenia mogą być formą regulowania trudnych emocji poprzez stymulację układu dopaminergicznego, pozwala wprowadzić interwencje, które uczą alternatywnych i bardziej adaptacyjnych sposobów uzyskiwania emocjonalnej ulgi.

Z kolei podejścia psychodynamiczne i psychoanalityczne koncentrują się na wewnętrznych konfliktach, relacjach z obiektami wewnętrznymi, deficytach we wczesnej opiece oraz niezaspokojonych potrzebach emocjonalnych. Samookaleczenia są w tych ujęciach

często rozumiane jako forma ekspresji nieświadomych treści, próba kontroli impulsów agresywnych lub działanie zastępcze w obliczu braku możliwości symbolicznego regulowania emocji.

Modele te wzajemnie się uzupełniają, oferując szersze i bardziej wielowymiarowe rozumienie złożonego zjawiska samouszkodzeń. Ich integracja umożliwia lepsze uchwycenie mechanizmów powstawania i utrzymywania się zachowań autoagresywnych, co stanowi podstawę do planowania skutecznych działań terapeutycznych i profilaktycznych. Jednocześnie różnice w założeniach etiologicznych i podejściach terapeutycznych sprawiają, że ich praktyczne wykorzystanie może stanowić spore wyzwanie diagnostyczne.

W przeglądzie pominięto podejścia systemowe, które mogłyby istotnie wzbogacić rozumienie samouszkodzeń, szczególnie w kontekście relacji rodzinnych. Perspektywa systemowa ukazuje, że zachowania autoagresywne mogą być reakcją na napięcia i dysfunkcje w systemie rodzinnym, dlatego uwzględnienie tego ujęcia w części teoretycznej wydaje się istotne zarówno dla analizy przyczyn, jak i planowania skutecznych oddziaływań terapeutycznych, na przykład włączania terapii rodzinnej.

Wnioski

1. Samouszkodzenia u młodzieży mają charakter wieloczynnikowy, co potwierdzają zarówno modele poznawczo-behawioralne, biologiczne, jak i psychoanalityczne. Wspólnym elementem wszystkich ujęć jest traktowanie samookaleczeń jako nieadaptacyjnego sposobu radzenia sobie z trudnymi emocjami, napięciem psychicznym oraz niezaspokojonymi potrzebami emocjonalnymi.
2. Trudności w regulacji emocji, doświadczenia wczesnodziecięce, deficyty w więzi z opiekunem, zaburzenia w reprezentacjach obiektów wewnętrznych oraz wpływy społeczne (np. przemoc, w tym przemoc rówieśnicza, zaniedbanie, brak wsparcia) znacząco zwiększają ryzyko wystąpienia autoagresji. Dlatego w praktyce klinicznej zarówno psychoterapeuta, jak i psychiatra dzieci i młodzieży powinni przeprowadzić szczegółowy wywiad rozwojowy, uwzględniający występowanie zachowań autoagresywnych oraz dokonać pogłębionej konceptualizacji przypadku w oparciu o dane kliniczne, funkcjonowanie emocjonalne i kontekst środowiskowy pacjenta.
3. Samouszkodzenia pełnią funkcję regulacyjną, komunikacyjną i obronną, a ich znaczenie może być inne w zależności od ujęcia teoretycznego i indywidualnej historii osoby. Dlatego w praktyce klinicznej psychoterapeuta lub psychiatrę dzieci i młodzieży powinien zidentyfikować funkcje, jakie pełnią samookaleczenia w życiu nastolatka (np. czy jest to sposób regulacji emocji, forma komunikacji cierpienia, czy może strategia radzenia sobie z napięciem). Samookaleczenia stanowią istotny czynnik predykcyjny zachowań samobójczych, w związku z czym nie powinny być bagatelizowane i wymagają wczesnej identyfikacji oraz adekwatnej interwencji.
4. Wczesna identyfikacja ryzyka, adekwatna diagnoza i integracja podejść terapeutycznych są kluczowe w pracy z młodzieżą przejawiającą zachowania autoagresywne.
5. Edukacja emocjonalna i rozwój kompetencji społeczno-emocjonalnych powinny stanowić istotny element profilaktyki samouszkodzeń, zarówno w środowisku szkolnym,

jak i terapeutycznym. W kontekście profilaktyki samouszkodzeń u młodzieży kluczowe znaczenie ma jakość relacji rodzic – nastolatek, opartej na empatii, zaufaniu i otwartej komunikacji. Konieczne jest zatem wdrażanie psychoedukacji rodziców, by zwiększyć ich świadomość mechanizmów samookaleczeń oraz roli emocjonalnego wsparcia w procesie zdrowienia dziecka.

6. Zalecenia terapeutyczne:

- Interwencje powinny być dobierane indywidualnie, z uwzględnieniem tła emocjonalnego, relacyjnego oraz ewentualnych zaburzeń osobowości.
- Terapia poznawczo-behawioralna (DBT-A) jest zalecana w celu przeciwdziałania ruminacjom, rozwijania zdrowszych strategii radzenia sobie i pracy nad rozpoznawaniem emocji.
- Terapia psychodynamiczna, na przykład terapia skoncentrowana na przeniesieniu (TFP-A) czy terapia oparta na mentalizacji (MBT-A), zalecana jest przy trudnych relacjach z obiektami wewnętrznymi, deficytach więzi, przy współwystępowaniu zaburzeń emocjonalnych i zaburzeń osobowości.
- Ważną rolę odgrywa psychoedukacja pacjenta oraz jego rodziców na temat samookaleczeń.
- Wskazane jest ścisłe współdziałanie psychoterapeuty i psychiatry, szczególnie gdy samouszkodzenia współwystępują z depresją, zaburzeniami lękowymi lub borderline.
- W terapii osób z tendencjami do samookaleczeń stałość i bezpieczeństwo relacji terapeutycznej są kluczowe.

7. Działania profilaktyczne i edukacyjne:

- Należy wdrażać programy treningu umiejętności społecznych i emocjonalnych w szkołach.
- Dzieci i młodzież powinny być edukowane w szkole na temat emocji, układu nagrody oraz skutecznych strategii radzenia sobie z napięciem.
- Warto rozwijać programy wsparcia dla rodziców i opiekunów, aby zwiększyć ich kompetencje emocjonalne i wychowawcze, co może działać profilaktycznie wobec zachowań autoagresywnych u młodzieży.

8. Dalsze badania naukowe:

- Potrzebne są długofalowe badania podłużne, które pozwolą zidentyfikować mechanizmy podtrzymujące samookaleczenia w różnych okresach rozwojowych.
- Warto rozwijać badania nad neurobiologicznymi podstawami samouszkodzeń, w szczególności w kontekście układu opioidowego i systemu nagrody.
- Potrzebne są też badania porównujące skuteczność różnych form psychoterapii (np. DBT-A, TFP-A, MBT-A) w pracy z młodzieżą dokonującą samouszkodzeń.
- Biorąc pod uwagę dwoistą funkcję samouszkodzeń – zarówno jako mechanizmu regulacji emocji i potencjalnej strategii zapobiegania próbom samobójczym, jak i istotnego predyktora prób samobójczych – niezbędne są dalsze badania nad tym

zjawiskiem w celu opracowania lepszych narzędzi diagnostycznych i procedur terapeutycznych.

W kontekście praktyki klinicznej niezbędne jest wczesne rozpoznawanie czynników ryzyka, interdyscyplinarne podejście do diagnozy oraz wdrażanie odpowiednio dobranych form psychoterapii. Bardzo istotne są działania profilaktyczne, takie jak edukacja emocjonalna oraz rozwijanie kompetencji społeczno-emocjonalnych u dzieci i młodzieży, które mogą skutecznie przeciwdziałać rozwojowi destrukcyjnych sposobów rozładowywania napięć, jakimi są samookaleczenia.

Podziękowania

Pragnę podziękować superwizorce, ponieważ to rozmowy z nią stały się inspiracją do przesłania artykułu do publikacji. Wyrazy wdzięczności kieruję również do nastoletnich pacjentek, ponieważ to ich historie, zaangażowanie i odwaga w procesie terapeutycznym motywują do pogłębiania wiedzy i poszukiwania skutecznych form terapii. Szczególne podziękowania należą się także recenzentom oraz koleżankom z Centrum Psychoterapii i Szkoleń Consilia za cenne uwagi i komentarze, które wpłynęły na ostateczny kształt niniejszego tekstu.

Piśmiennictwo

1. Suchańska A. W poszukiwaniu wyjaśnień samozniszczenia. *Forum Edukacyjne*. 2001; 2(25): 61–73.
2. Wycisk J. Samouszkodzenia umiarkowane – charakterystyka zjawiska. W: Suchańska A, Wycisk J, red. *Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe; 2006.
3. Stawicka M. Autodestruktywność dziecięca w świetle teorii przywiązania. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2008.
4. Pawłowska B, Potembska E, Zygo M, Olajossy M, Dziurzyńska E. Rozpowszechnienie samouszkodzeń dokonywanych przez młodzież w wieku od 16 do 19 lat. *Psychiatr Pol*. 2016; 50(1): 29–42. DOI: 10.12740/PP/PP/36501
5. Lenkiewicz K, Racicka E, Bryńska A. Samouszkodzenia – miejsce w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych, czynniki ryzyka i mechanizmy kształtujące. *Przegląd badań*. *Psychiatr Pol*. 2017; 51(2): 323–334. DOI: 10.12740/PP/PP/62655
6. Makowska I, Gmitrowicz A. Samookaleczenia bez intencji samobójczej a zachowania samobójcze. *Psychiatr Psychol Klin*. 2018; 18(2): 173–179. DOI: 10.15557/PiPK.2018.0020
7. American Psychiatric Association. *Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. VA: American Psychiatric Association; 2013.
8. Światowa Organizacja Zdrowia. *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (ICD-10)*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius; 1998.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
10. Kubiak A. Samouszkodzenia – jaki sens mają autodestruktywne zachowania u młodzieży? Prezentacja przedstawiona na VI Konferencji Edukacyjno-Szkoleniowej Psychoterapia Młodych; 27–28 marca 2025; Poznań, Polska.

11. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [dostęp 20 luty 2025]. Dostępne z: <https://icd.who.int/>
12. Eckhardt A. Autoagresja. Warszawa: W.A.B.; 1998.
13. Babiker G, Arnold L. Autoagresja. Mowa zranionego ciała. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002.
14. Nowicka K. Struktura relacji rodzinnych u adolescentów z zachowaniami autodestrukcyjnymi [praca magisterska]. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski; 2010.
15. Kinecka J. W labiryncie emocji. O samouszkodzeniach, regulacji emocji i psychoanalizie. W: Suchańska A, Wycisk J, red. Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe; 2006.
16. Suchańska A, Wycisk J, red. Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe; 2006.
17. Walsh BW. Terapia samouszkodzeń. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
18. Herman JL. Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999.
19. Żechowski C, Namysłowska I. Kulturowe i psychologiczne koncepcje samouszkodzeń. *Psychiatr Pol.* 2008; 42(5): 647–657.
20. Warzocha D, Gmitrowicz A, Pawełczyk T. Związek samouszkodzeń wśród młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie z rodzajem zaburzeń psychicznych i wybranymi czynnikami środowiskowymi. *Psychiatr Pol.* 2008; 42(5): 659–669.
21. Gmitrowicz A, Rosa K. Regionalny Program Zapobiegania Samobójstwom Młodzieży. *Suycidologia.* 2007; 3: 23–28.
22. Freud S. Wstęp do psychoanalizy. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000.
23. Freud S. Poza zasadą przyjemności. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2012.
24. Mitchell S, Black M, Freud S i in. Historia współczesnej myśli psychoanalitycznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2017.
25. Klein M. Psychoanaliza dzieci. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2024.
26. Segal H. Wprowadzenie do teorii Melanie Klein. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
27. Winnicott D. Procesy dojrzewania i sprzyjające środowisko. Badania nad teorią rozwoju emocjonalnego. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2018.
28. Bion WR. Elementy psychoanalizy. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2012.
29. Bion WR. Attention and interpretation. London: Maresfield; 1970/1988.
30. Bion WR. Second Thoughts. London: William Heinemann; 1967.
31. Boćwińska-Kiluk B. Samouszkodzenia w psychoterapii psychoanalitycznej. *Psychoter.* 2020; 1(192): 75–87. DOI:10.12740/PT/119764
32. Kernberg O. Leczenie ciężkich zaburzeń osobowości. Przepracowanie agresji i odzyskanie erotyzmu. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej; 2021.
33. Normandin L, Ensink K, Weiner A, Kernberg O. Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu dla młodzieży z ciężkimi zaburzeniami osobowości. Wrocław: Dolnośląskie Centrum Psychoterapii; 2022.

Katarzyna Prot-Klinger¹

LĘK W PSYCHOZIE A LĘK PSYCHOTYCZNY¹ ANXIETY IN PSYCHOSIS VS. PSYCHOTIC ANXIETY

¹Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa

Pamięci Krzysztofa Małyszczaka

**anxiety
psychosis
annihilation anxiety**

Streszczenie

Autorka, wychodząc z psychoanalitycznych koncepcji lęku, formułuje pytanie: „czy istnieje lęk specyficzny dla psychozy?”. Posługując się przykładami ze swojej praktyki klinicznej, pokazuje pracę psychoterapeutyczną z lękiem psychotycznym, który występuje nie tylko u osób z doświadczeniem psychozy, ale także u innych pacjentów z wczesnym doświadczeniem traumatycznym. Lęk powstający w bardzo wczesnym dzieciństwie i nawracający w ciągu całego życia różni autorzy określają jako: lęk psychotyczny, bezimienne przerażenie, lęk niemożliwy do pomyślenia, lęk przed załamaniem, lęk anihilacyjny, lęk dezintegracyjny. Niniejszy artykuł przedstawia teorię psychozy, w której doświadczenie lęku przed załamaniem może pełnić rolę kluczową. W tej teorii objawy psychotyczne będą rozumiane jako obrona przed chaosem i pustką. Lęki specyficzne dla doświadczenia psychozy to lęk związany z urojeniami, traumatycznymi doświadczeniami relacyjnymi okresu psychozy (np. hospitalizacją) czy informacjami dotyczącymi choroby. Zestawiając teorie Klein, Biona i Winnicotta, autorka zastanawia się, jak rozpoznawać i postępować z pacjentem, u którego stwierdzamy objawy lęku psychotycznego/anihilacyjnego.

Summary

Drawing on psychoanalytic concepts of anxiety, the author formulates the question, “Is there an anxiety specific to psychosis?” Using examples from her clinical practice, she demonstrates psychotherapeutic work with “psychotic anxiety,” which occurs not only in individuals experiencing psychosis but also in other patients with early traumatic experiences. Various authors have defined this anxiety, which originates in very early childhood and recurs throughout life, as: “psychotic anxiety,” “nameless terror,” “unthinkable anxiety,” “fear of breakdown,” “annihilation anxiety,” and “disintegrative anxiety.” She presents a theory of psychosis in which the experience of “fear of breakdown” may play a key role. In this theory, psychotic symptoms are understood as a defense against chaos and emptiness. She considers anxiety associated with delusions, anxiety associated with

¹⁾ Skróconą wersję tego artykułu wygłosiłam na VIII Śląskich Warsztatach Psychoterapii „Oblicza lęku w psychoterapii”, 23–24 listopada 2024 we Wrocławiu. Konferencja poświęcona była pamięci Krzysztofa Małyszczaka.

traumatic relational experiences during psychosis (e.g., hospitalization), and anxiety associated with information about the illness to be specifically related to the experience of psychosis. Comparing the theories of Klein, Bion and Winnicott, she explores how to recognize and work with a patient who shows symptoms of psychotic/annihilationist anxiety.

Humpty Dumpty na murze siadł
I Humpty Dumpty z muru spadł.
A nie sprawią wszystkie Króla konie ni żołnierze,
Że w jedną Humpty Dumpty całość znów się zbierze.

Lewis Carroll, „Alicja w krainie czarów”, tłumaczenie Maciej Słomczyński

Co to jest lęk?

Lęk można określić jako przeświadczenie, że coś złego zaraz się stanie. Jest to uczucie nieprzyjemne, ale stanowi alarm chroniący przed niebezpieczeństwem. W literaturze psychologicznej i psychoanalitycznej podkreślana jest czasami różnica pomiędzy strachem (ang. *fear*) i lękiem (ang. *anxiety*). Podstawą rozróżnienia jest źródło niebezpieczeństwa: zewnętrzne (strach) versus wewnętrzne (lęk). Strach jest ściśle określoną emocją, lęk bywa uznawany za bardziej mglisty i niejasny. Przyczyna każdego z nich bywa różnicowana jako konkretna w strachu i niejasna w lęku. Strach czasem postrzegany jest jako emocja świadoma, a lęk uznawany bywa za uczucie nieświadome. Krytycy tych podziałów traktują je jako niejednoznaczne i klinicznie mylące [1]. Wiadomo na przykład, że sytuacje zewnętrzne postrzegamy przez pryzmat dotychczasowych doświadczeń, w zależności od typu przywiązania czy „modeli roboczych”, więc „realność” zagrożenia nie jest dobrym kryterium różnicującym.

Czy istnieje lęk charakterystyczny tylko dla psychozy?

Nie istnieje lęk charakterystyczny wyłącznie dla psychozy, aczkolwiek w literaturze funkcjonuje określenie lęku psychotycznego. Lęk ten występuje zarówno w psychozach, jak i w innych zaburzeniach o charakterze nerwicowym i osobowościowym. Opiszę ten rodzaj lęku, a w dalszej części artykułu wrócę do lęków związanych z doświadczeniem psychozy. Nie są to lęki charakterystyczne dla psychozy w rozumieniu stanu psychotycznego, ale specyficznie związane z tym doświadczeniem życiowym.

Koncepcja lęku według Freuda

Już w 1895 roku w pracy „W kwestii etiologii hysterii” [2] Freud określił związek lęku z wcześniejszymi bolesnymi doświadczeniami. Uważał, że lęk jest konsekwencją wyparcia lub tłumienia napięcia libidinalnego związanego z wyparciem.

W 1926 roku w tekście „Zahamowanie, symptom i lęk” [3] Freud wprowadził nową koncepcję lęku, uznając, że lęk jest przyczyną, a nie objawem tłumienia niechcianych treści. W „Wykładach ze wstępu do psychoanalizy. Nowym cyklu” sformułował wprost, że lęk nie jest wynikiem, ale powodem wyparcia [4].

Ważny jest podział na lęk sygnałowy związany z ego oraz lęk automatyczny związany z id [3]. Impulsy id poddane są represji, dlatego natura niebezpieczeństwa wywołującego lęk automatyczny z reguły jest nieokreślona. Freud wskazuje także „niebezpieczne sytuacje” powodujące lęk sygnałowy [3]. Są to:

1. Utrata kochanego obiektu.
2. Utrata miłości kochanego obiektu (histeria).
3. Kastracja, czyli utrata integracji genitalnej (fobia).
4. Moralne samopotępienie, czyli lęk związany z superego (nerwica natręctw).

W tym rozumieniu objawy nerwicowe są próbą uniknięcia lęku. Freud uważał, że część lęków związana jest z fazą rozwojową, zmieniają się one w czasie dojrzewania, natomiast lęk wywołany atakiem superego trwa przez całe życie.

Opisany wyżej model Freuda tłumaczy mechanizmy lękowe w nerwicy, ale nie odnosi się do wczesnodziecięcego lęku, który występuje przed wytworzeniem zwanego ego.

Lęk psychotyczny

Lęk powstający w bardzo wczesnym dzieciństwie i nawracający w ciągu całego życia różni autorzy określają jako: lęk psychotyczny [5], bezimienne przerażenie [6], lęk niemożliwy do pomyślenia [7], lęk przed załamaniem [8], lęk anihilacyjny [9], lęk dezintegracyjny [10].

Cechy tego rodzaju lęku według Comprehensive Dictionary of Psychoanalysis Akhtara [11]:

1. Tworzy się we wczesnym dzieciństwie.
2. Może być reaktywowany przez późniejsze lęki związane z kolejnymi fazami rozwojowymi.
3. Kombinacja nadmiernej agresji konstytucjonalnej i wczesnych doświadczeń traumatycznych prowadzi do osłabienia ego i w konsekwencji zwiększa wrażliwość na lęk tego rodzaju.
4. Może istnieć w formach prewerbalnych lub zawierać retrospektywne fantazje z wcześniejszych faz rozwojowych.
5. Może być związany z podatnością na psychozę, ale także leżeć u podłoża zaburzeń niepsychotycznych – psychosomatycznych, perwersyjnych oraz uzależnień.
6. Mobilizuje obrony, które są szczególnie odporne na dekonstrukcję.

Koncepcja lęku psychotycznego Melanie Klein

Określenie lęku psychotycznego pochodzi od Melanii Klein. W pracy „Psychoterapia psychoz” z 1930 roku podkreśla ona, że objawy psychotyczne są obroną przed „obezwładniającym, psychotycznym przerażeniem” [12, s. 233].

W tekście „Wkład w rozumienie psychogenezy stanów maniakałnych” Klein rozwija koncepcję lęku psychotycznego [13, s. 259]. Wraca do swojej teorii psychozy jako zaprzeczenia rzeczywistości psychicznej w sytuacji, kiedy impulsy fazy schizo-paranoidalnej

stają się trudne do zniesienia. Do rozwoju myślenia paranoidalnego prowadzą jej zdaniem silne lęki prześladowcze uniemożliwiające pełną i stabilną identyfikację z obiektem. Siła lęków prześladowczych powoduje, zdaniem Klein, niemożność przejścia z pozycji schizo-paranoidalnej do pozycji depresyjnej, znoszenia dodatkowego obciążenia w postaci lęku o kochany obiekt, poczucia winy i żalu. Te zjawiska powodują wycofanie się z pozycji depresyjnej i powrót do pozycji schizo-paranoidalnej.

Kolejną ważną obserwacją Klein jest poczucie dezintegracji obiektu w psychozie. „Obiekt jest jedynie grupą prześladowców wyrastających z poszczególnych fragmentów obiektu” [13, s. 268]. Ta obserwacja rozwijana jest potem przez Biona w koncepcji *dziwacznych obiektów* [14]. Klein zwraca uwagę, że lęki hipochondryczne i dolegliwości bólowe mają swoje źródło w fantazji o ataku obiektów prześladowczych na ego [13, s. 269]. Autorka uważa, że mania, jako stan charakteryzujący się zaprzeczeniem rzeczywistości i poczuciem wszechmocy, jest nie tylko ochroną przed depresją (jak twierdził Freud), ale także chroni przed stanem paranoidalnym [13, s. 273].

Hanna Segal – system urojeniowy jako obrona przed powtórzeniem katastrofy

Segal opisuje pana E.: „doszłam do wniosku, że w niemowlęctwie musiał przeżyć psychiczną katastrofę, a tym, co zapewniło mu przetrwanie był system urojeniowy. Każdy wyłom w tym systemie obronnym grozi mojemu pacjentowi powtórzeniem katastroficznej sytuacji” [15, s. 77]. Autorka pisze o pacjencie, który w niemowlęctwie został gwałtownie odstawiony od piersi, a następnie utracił oboje rodziców. W konsekwencji wytworzył megalomański system obsesji i urojeń, które stały się „chroniczną katastrofą”, ponieważ uniemożliwiły mu korzystanie z innych obiektów pojawiających się w jego życiu. Tym samym ostatecznie jego rozwój został zahamowany nie na skutek „katastrofy”, ale lęku przed jej powtórzeniem się i stworzonego systemu urojeniowego. System ten zasilany był stałymi projekcjami bolesnych uczuć nienawiści, zawiści i strachu w realne obiekty. Miłość i zależność zostały całkowicie zaprzeczone.

Bezimienne prerażenie Biona

„Jeżeli niemowlę czuje, że umiera, może wzbudzić taki lęk w matce. Zrównoważona matka potrafi te lęki przyjąć i zareagować terapeutycznie: czyli tak, że niemowlę czuje, że otrzymuje swoją przestraszoną osobowość z powrotem, ale w formie możliwej do zniesienia – osobowość niemowlęcia może teraz poradzić sobie z lękami” [16, s. 142]. Gdy matka nie wytrzymuje tych projekcji, niemowlę ponownie uwewnętrznia bezimienne prerażenie. Według Biona jest to stan, którego doświadcza niemowlę, gdy zostanie pozbawione przestrzeni do identyfikacji projekcyjnej. Autor pisze: „Normalny rozwój postępuje, jeżeli relacja niemowlęcia z piersią umożliwia mu projektowanie uczucia – na przykład takiego, że umiera – w matkę i ponowne introjektowanie go, gdy po pobycie w piersi uczucie to stało się znośne dla psychiki niemowlęcia. Jeżeli matka nie przyjmuje tej projekcji, niemowlę odnosi wrażenie, że jego uczucie, iż umiera, zostało ogołocone

z posiadanych znaczeń. Niemowlę ponownie introjektuje nie tyle strach przed umieraniem uczyniony znośnym, ile bezimienne przerażenie” [16, s. 144].

Margot Waddell w pracy „Światy wewnętrzne. Psychoanaliza i rozwój osobowości” pisze, że określenie *be z i m i e n n e p r z e r a ż e n i e* ujmuje istotę tego doświadczenia – nie ma ono opisywalnego kształtu czy pewnej formy, która powalałaby przypisać mu znaczenie, choćby negatywne [17].

Lęk nie do pomyślenia Winnicotta

W artykule z 1962 roku „Integracja ego w rozwoju dziecka” Winnicott pisze, że w początkowym okresie rozwojowym niemowlę jest cały czas na krawędzi „niemożliwego do pomyślenia lęku” [7, s. 67]. Zdaniem Winnicotta lęk ten jest trzymany pod kontrolą dzięki zdolności matki do cielesnej opieki nad dzieckiem.

Opisując *lęk nie do p o m y ś l e n i a*, Winnicott wyróżnia następujące jego rodzaje:

1. Rozpadanie się na kawałki.
2. Wieczne spadanie.
3. Nieposiadanie związku z ciałem.
4. Nieposiadanie orientacji.

Autor uważa, że stanowi to treść lęków psychotycznych klinicznie związanych ze schizofrenią lub element schizoidalny u osób niepsychotycznych.

Winnicott – lęk przed załamaniem

Winnicott wraca do rozważania lęków związanych z niedostatkiem środowiska w opublikowanym pośmiertnie artykule „Lęk przed załamaniem” [8]. Określenie *z a ł a m a n i e* (ang. *breakdown*) dotyczy mechanizmów obronnych, które chronią przed *l ę k i e m n i e d o p o m y ś l e n i a*. Zdaniem Winnicotta u osób neurotycznych mechanizmy te chronią przed lękiem kastracyjnym, u osób psychotycznych zagrożona jest cała organizacja ego. Autor w swoim artykule definiuje *ś r o d o w i s k o s p r z y j a j ą c e* jako podążające za zmieniającymi się potrzebami związanymi z dojrzewaniem i rozwojem. Dziecko przechodzi przez okres całkowitej zależności, poprzez względną niezależność, do pełnej niezależności.

Winnicott odchodzi od freudowskiego rozumienia lęków neurotycznych w opisie *l ę k u p r z e d z a ł a m a n i e m*. Uważa, że lęk ten różni się od lęków neurotycznych. Związany jest z *p i e r w o t n ą a g o n i ą*, a jego przyczynę stanowi rzeczywista trauma załamania holdingu we wczesnym okresie rozwojowym.

Autor przedstawia listę pierwotnych agonii (uważa, że określenie lęku jest niewystarczająco silne do określenia tych stanów):

1. Powrót do stanu niezintegrowania (obrona: dezintegracja).
2. Wieczne spadanie (obrona: „samotrzymanie”, ang. *self-holding*).
3. Utrata organizacji psychosomatycznej, porażka zależności od obiektu zewnętrznego (obrona: depersonalizacja).
4. Utrata poczucia rzeczywistości (obrona: użycie pierwotnego narcyzmu).

5. Utrata zdolności do relacji z obiektem (obrona: stany autystyczne, poleganie tylko na zjawiskach związanych z self).

Winnicott traktuje chorobę psychiczną jako organizację obronną przeciwko lękowi (agonii) nie do pomyślenia. Twierdzi, że błędem jest uznawanie psychozy za załamanie. Uważa ją (podobnie jak Freud) za obronę, która zwykle jest skuteczna. Wystąpienie psychozy jako obrony związane jest więc z deficytem wczesnej opieki. Winnicott podkreśla, że jedyna sytuacja, w której ta obrona nie jest skuteczna, to nie deficyt opieki, ale środowisko „uwodzące”. Uważa, że jest to najgorsza rzecz, jaka może się zdarzyć dziecku.

Autor nie rozwija tego wątku, ale pobrzmiewa w nim myśl Sandora Ferenczego dotycząca konsekwencji nadużycia seksualnego wobec dziecka. Ferenczi został odrzucony przez Freuda na skutek różnicy w traktowaniu doświadczenia traumatycznego. Freud, odchodząc od teorii uwiedzenia, uznał, że objawy nerwicy nie są związane z realną traumą dziecka. Ferenczi w swoim najgłośniejszym artykule „Pomieszanie języków” opisuje konsekwencje rzeczywistego nadużycia seksualnego wobec dziecka jako rozszczępienie osobowości (co obecnie nazwalibyśmy dysocjacją) [18].

Winnicott uważa, że lęk przed załamaniem dotyczy załamania, które już się wydarzyło. Stwierdza też, że w przypadku takich lęków określenie „nieświadome” oznacza, że ego nie jest w stanie pomieścić tego doświadczenia. Odpowiada to wspomnianej obronie, którą dziś określilibyśmy jako dysocjację, a którą Ferenczi nazywał fragmentaryzacją osobowości.

Brytyjski psychoanalityk Thomas Ogden streszcza główną tezę artykułu Winnicotta następująco: „stany uczuciowe możliwe do zniesienia, gdy istnieje więź z matką, stają się prymitywnymi agoniami, jeśli niemowlę musi się mierzyć z nimi samotnie” [19, s. 69].

Winnicott w swoim artykule pyta, dlaczego pacjent jest tak zaniepokojony czymś, co wydarzyło się w przeszłości? I odpowiada: doświadczenie pierwotnej agonii nie może odejść w przeszłość, dopóki nie jest uchwycone w teraźniejszości (przy udziale analityka/analityczki). Agonia ta odtwarzana jest na skutek niedostosowania czy nieobecności psychoterapeuty/psychoterapeutki.

Przykład Pani W.

Pani W. urodziła się w 1942 roku w rodzinie żydowskiej. Zaraz po urodzeniu została oddana do polskiej rodziny, w której była do końca wojny. Opiekunowie niechętnie widzieli odwiedziny jej matki, więc były one bardzo rzadkie. Z okresu wojny kobiecie pozostały pojedyncze wspomnienia związane z lękiem. Z późniejszych relacji daje się odtworzyć jej wczesną historię. Opiekunowie przechowywali ją w szopie, przychodzili tylko, aby ją nakarmić, dopiero w późniejszym okresie wzięli ją do domu. Pacjentka rozpoczęła terapię w wieku 60 lat, głównie z powodu dolegliwości bólowych o charakterze psychosomatycznym.

W pierwszych miesiącach terapii, po dwutygodniowej przerwie, pacjentka przyszła w bardzo złym stanie.

W: Chyba dziś nie będzie ze mnie większego pożytku, bo tak się źle czuję od rana. Nie wiem. Po pierwsze bardziej mi dokucza ból. Poza tym, jak wstałam, to miałam takie ogólne vertigo. Czuję się źle fizycznie, ale nie chciałam odwoływać, bo miałyby pani

dziurę. Ale myślę, że to jest ze stresu, bo zauważyłam, że jak mi się nagromadzi, to potem źle się czuję, mam czasami wysoką gorączkę. Wie pani, że ja nie lubię, jak ktoś umiera, a umarła mama Grażyny. Niedobrze to znoszę (...). Mam gonitwę z pracą. Gonią terminy. Poza tym wszystko mi się psuje, dezeluje, prysznic kapie, ciągle coś jest do załatwienia. To wszystko mnie przygniotło. Czuję, że mnie coś ściska.

T: Co ściska?

W: Za dużo tego wszystkiego, nie wytrzymuję tego naporu, nawet coś w najtrywialniejszej formie rzuca się do gardła. Grażyna szlocha, łka, muszę ją uspokajać. Najgorsze jest to czekanie na pogrzeb. Pamiętam też po śmierci mamy, to leżenie w lodówce... Łatwiej już po pogrzebie, że się łączy z niebytem.

T: To tak jest, że śmierć mamy Grażyny przywołała wspomnienia śmierci pani bliskich.

W: To jest coś, z czym mi się trudno pogodzić, choć przecież wiem, że nie może być inaczej. Mam poczucie, że tych śmierci w moim życiu było za dużo. Rodzice to normalne, ale wydaje mi się, że jestem w takim kręgu. Nie wiem, czy coś z siebie wyduszę, chyba że pytana. Czuję się rozkojarzona. Nie widziałyśmy się dłużej niż normalnie i myślałam, że to będzie jakiś punkt zahaczenia, a trudno mi się skoncentrować.

T: Czasami, jak jest dłuższa przerwa, to trudniej jest mówić.

W: Może też. Zresztą przedtem miałam przerwę w bólu, a teraz mam ból ledwo się obudzę rano. Te nawroty mnie przygnębiają. To się splata, ale nie wiem, czy stres to wywołuje. Wydaje mi się, że ból był wcześniej, ale może człowiek sobie nie zdaje sprawy, że ten stres już nadciąga. To jest sytuacja niepowtarzalna... naprawdę dzisiaj rano się bałam. Ciśnienie miałam dobre, tętno też, raczej niskie, bo normalnie mam przyspieszone. Przyszliby i powiedzieli, że jakaś hipochondryczka. To było bardzo nieprzyjemne. Bałam się rozwiesić pranie, że mi się zakręci w głowie.

T: Symbolicznie zawroty głowy są utratą gruntu pod nogami.

W: To był taki zawrót w całym ciele.

T: Co takiego dzieje się teraz, że ten grunt tak się usuwa?

W: Wczoraj poczułam wieczorem, że jest mi gorąco, czułam, że to jest taki przełom. Dawniej to miewałam.

T: W jakich sytuacjach?

W: Trudno powiedzieć. Raz było, jak byłam na urlopie, ni z gruszki, ni z pietruszki. Cały dzień nie mogłam się ruszyć. Trudno powiedzieć, co było przyczyną. To był taki dość niezły okres. Może ta psychika wywała. To jest możliwe?

T: To, co mi przychodzi do głowy, to, że jest to wokół jakiejś totalnej dezintegracji – mieszkanie się rozpada, pani się rozpada.

Sesja pokazuje wrażliwość pacjentki na separację, niemożność samouspokojenia. Brak opieki kobieta przeżywa jako atak wrogich obiektów – mówi o poczuciu „napierania” na nią rzeczywistości. Interpretując ten stan zgodnie z koncepcją Winnicotta, można powiedzieć, że pacjentka używa dezintegracji jako obrony przed regresem do stanu niezintegrowania.

Pisząc ten artykuł, sięgnęłam do notatek z terapii z 2008 roku. Natknęłam się w nich na uwagi, które oddają moją intuicję dotyczącą potrzeb pacjentki. Nie konceptualizowałam jej wtedy jako osoby z lękiem przed upadkiem (który się już wydarzył). Zapisalam: „Miałam po raz kolejny poczucie, że interpretacje »wglądowe« są dla niej mniej ważne,

niż nadanie sensu i wartości jej przeżyciom”. Praca z takimi pacjentami jest długotrwała i bolesna, ale zdaniem Winnicotta nie jest daremna.

Winnicott bardzo wyraźnie odróżnia *niezapamiętanie i przypomnienie* związane z tymi wczesnymi deficytami od mechanizmu represji (wyparcia) charakterystycznego dla pacjentów neurotycznych. Uważa, że potrzeba powtórnego doświadczenia jest ekwiwalentem przypomnienia w terapii neurotyków.

Autor opisuje proces terapeutyczny, w którym dochodzi do odtworzenia pustki. Pacjent może postrzegać to jako brak w terapii i formułować zarzut, że „nic się tu nie wydarza”. Wydaje się, że jest to częstym doświadczeniem psychoterapeutów pracujących z pacjentami psychotycznymi.

Lęk anihilacyjny

Lęk anihilacyjny opisywany jest jako obezwładniający, powodujący poczucie dezintegracji ego, utraty swoich granic, tożsamości oraz świata obiektów.

Hurvich [20] dzieli lęki anihilacyjne na:

1. lęk przed byciem owładniętym, niemożnością poradzenia sobie, utratą kontroli;
2. lęk przed byciem w pułapce, byciem pożąrtym;
3. lęk przed dezintegracją, pustką, brakiem znaczenia, upokorzeniem;
4. lęk przed uszkodzeniem, penetracją;
5. lęk przed byciem porzuconym, pozbawionym wsparcia;
6. obawa, czy się ocaleje, lęk przed katastrofą, prześladowaniami.

Uważa, że powstają one we wczesnym, preedypalnym okresie, ale mogą nawracać w okresach późniejszych, kiedy pojawia się obawa dotycząca przetrwania, jako centralne uczucie lęku anihilacyjnego. Późniejsze doświadczenia, które prowadzą do lęków anihilacyjnych, to uwiedzenie seksualne i inne przykłady przedwczesnej stymulacji, bicie, odrzucenie przez któregoś (lub oboje) rodziców. Można powiedzieć, że opisywane sytuacje traumatyczne odpowiadają temu, co w obecnej klasyfikacji uznaje się za złożone PTSD.

Hurvich twierdzi, że lęki anihilacyjne we wczesnym okresie osłabiają ego, ale działa to także w drugą stronę – słabe ego nasila lęki anihilacyjne. Lęki te mogą być zakodowane w konkretnej somatosensorycznej, afektywnej, presymbolicznej formie.

Główne mechanizmy obrony przed lękami anihilacyjnymi to regresja, seksualizacja, autystyczne wycofanie, enkapsulacja, reakcja katatoniczna, negatywizm, rozszczepienie czy omnipotentna kontrola. Mechanizmy te powodują objawy, które są odporne na zmiany zarówno w procesie farmako-, jak i psychoterapii. Można to rozumieć jako nieświadomą obawę przed pojawieniem się lęku dezintegracyjnego.

Lęk anihilacyjny jest charakterystyczny dla psychozy, ale występuje też w innych stanach umysłu. W badaniach Hurvicha [21] osoby agorafobiczne wykazywały najwyższy wskaźnik lęków anihilacyjnych, a w badaniach Benveniste’a [22] osoby borderline wyższy niż osoby z diagnozą schizofrenii.

Lęk dezintegracyjny a teoria psychozy

Zarówno w teorii psychozy Freuda, jak u Winnicotta psychoza/objawy psychotyczne pełnią funkcję reparacyjną. Freud twierdził, że „obłąd, niczym płamę, spotykamy tam, gdzie pierwotnie powstała ryna w stosunku »ja« – świat zewnętrzny” [23, s. 267]. Winnicott uważał, że objawy te pełnią funkcję obronną wobec lęku nie do pomyślenia [8].

Najbardziej konsekwentny jest model psychozy Biona, który wywodzi objawy psychotyczne z pierwotnego doświadczenia niepomieszczenia i bezimiennego przerażenia. W takiej sytuacji w psychice dziecka tworzy się obiekt niszczący, wykorzystujący i oceniający. W dalszych fazach rozwojowych jest to surowe i bezwzględne superego pacjentów psychotycznych, z którym stykamy się w czasie ich terapii.

Ta nadreprezentacja sił niszczycielskich prowadzi według Biona do ataku nie tylko na matkę/pierś, ale także na samo ego dziecka. W efekcie dochodzi do fragmentacji „ja” na części określone jako dziwaczne obiekty, stanowiące elementy beta, ego i superego [14]. W tym sensie myśl Biona różni się od koncepcji Klein, która traktowała psychozę jako rezultat zbyt intensywnych procesów projekcyjnych pozycji schizo-paranoidalnej. Bion zwraca uwagę na zmiany jakościowe, a nie tylko ilościowe, zachodzące w tej pozycji u osób psychotycznych, skutkujące utworzeniem odrębnych części psychiki – psychotycznej i niepsychotycznej. W koncepcji Biona istotną rolę odgrywa atak na łączenie, który doprowadza do destrukcji zdolności do rozpoznawania rzeczywistości i może powodować objawy psychotyczne [6]. Funkcja myślenia, wyrażająca się przede wszystkim w tworzeniu symbolu, zostaje zaatakowana w związku z nadmiarem impulsów agresywnych, nie ma też możliwości reparacyjnych, gdyż kreatywność uległa zniszczeniu.

Lęki specyficznie związane z psychozą

Jeżeli traktujemy psychozę jako reakcję obronną, oczywiście staje się, że omawiany powyżej lęk psychotyczny może skutkować nie tylko objawami o charakterze halucynacji czy urojeń, ale też uruchamiać inne mechanizmy obronne (np. psychosomatyczne). Istnieją jednakże lęki specyficzne dla doświadczenia psychozy:

1. Lęk związany z urojeniami. Doświadczenie lęku związane jest z dwiema drogami fizjologicznymi – krótszą, gwałtowną, podkorową, idącą bezpośrednio z jądra migdałowego, i dłuższą, bardziej złożoną, związaną z hipokampem i korą [24, 25]. W przypadku krótszej drogi lęk pozbawiony jest informacji dotyczącej kontekstu. W przypadku drogi dłuższej informacja o kontekście może zablokować lub nasilić odpowiedź lękową. Oznacza to, w przypadku psychozy, że urojeniowe zaburzenia myślenia, dające inny kontekst wydarzenia, mogą wywoływać jeden z lęków.
2. Lęk związany z traumatycznymi doświadczeniami relacyjnymi okresu psychozy (np. hospitalizacją).
3. Lęk związany z informacjami dotyczącymi choroby.

Kępiński w „Schizofrenii” [26] pisze, że nasilenie lęku w schizofrenii przekracza granice ludzkiej wyobraźni. Określa ten lęk jako dezintegracyjny, ale nie uznaje go za pierwotny w stosunku do objawów. Uważa, że nie można stwierdzić, czy lęk rodzi się samoistnie, czy

jest wywołany destrukcją dotychczasowego świata i tworzeniem świata psychotycznego. Równocześnie zwraca uwagę, że nasilenie lęku jest największe na początku epizodu psychotycznego (w fazie owładnięcia). Skrystalizowanie się urojeniowej struktury zmniejsza niepewność, a tym samym uczucie lęku, co przemawiałoby za obronną funkcją urojeń.

Leczenie lęku

Klein w „Zapisie analizy dziecka” pisze: „W czasach gdy w psychoanalizie przyjmowano zasadę, że lęki psychotyczne nie powinny być interpretowane z obawy, iż postępowanie takie może wywołać psychozę, odkryłam, że postęp w analizie wiąże się z interpretowaniem tych lęków, które są najsilniejsze, bez względu na to, czy mają psychotyczną naturę, czy nie” [26, s. 179], a także „jeśli analizujemy lęki psychotyczne głęboko, a tym samym sięgamy do ich korzeni, to w rezultacie możemy pacjentom lepiej pomóc” [27, s. 352].

Praca z lękiem powinna według Akhtara [28] obejmować trzy podstawowe zadania:

1. Kontakt z własnym lękiem, ocenę zagrożenia, postawienie granic.
2. Znoszenie i pomieszczanie lęku pacjenta.
3. Opanowywanie własnego lęku i rozumienie.

Można powiedzieć, że jest to opis procesu identyfikacji projekcyjnej, który został w przeszłości pacjenta zakłócony. Jak pisze Winnicott, „jedynym sposobem na »pamiętanie« jest doświadczenie przez pacjenta tej rzeczy z przeszłości po raz pierwszy w teraźniejszości, to jest w przeniesieniu. Ta przeszła i przyszła rzecz staje się wtedy sprawą tu i teraz i pacjent doświadcza jej po raz pierwszy. Jest to równoznaczne z pamiętaniem, a wynik tego odpowiada usunięciu wyparcia, które zachodzi w analizie pacjenta psychoneurotycznego (klasycznej analizie freudowskiej)” [8, s. 105].

W tym kontekście przytaczam przykład z grupy psychoterapeutycznej osób z doświadczeniem psychozy.

Przykład Pana A.

Pan A. przychodzi na sesję i opowiada o planach zmiany pracy. Jest wyraźnie napięty, przestraszony. Opowiada składnie o sytuacji rozmowy kwalifikacyjnej, w trakcie której nabrał podejrzeń co do uczciwości firmy, w której miałby pracować. W jego historii pojawiają się elementy „złego wzroku” (czy można je interpretować jako d z i w a c z n e o b i e k t y Biona?). Kolejne osoby zachowują się według niego podejrzanie, przyglądają mu się, być może tworzą jakąś grupę przestępczą. Pan A. rezygnuje z podjęcia pracy w tej instytucji, ale obawia się, czy jego lęk nie jest nadmiarowy, czy nie będzie to początek kolejnego zachorowania. Członkowie grupy terapeutycznej zaczynają go „psychoedukować”, mówią o objawach zwiastunowych. Wyraźnie czują obawy przed naruszeniem jego obron, jakby wyczuwając, że struktura urojeniowa kryje w sobie uczucia, które w tym momencie nie są do otworzenia.

Wchodząc na sesję, miałam lekki ból głowy, który w czasie opowiadania pana A. rozwinął się do pełnoobjawowej migreny. Jestem wręcz unieruchomiona. Nie chcę wyjść,

żeby nie nasilać lęku w grupie, ale czuję się bardzo źle, mam wrażenie, że nie wytrzymam. Patrzę na zegar, ile minut sesji zostało. Z trudem raz się odzywam. Pan A. mówi, że brakuje mu stanowiska psychoterapeutów. Współprowadzący grupę mówi o trudności pozostawania w niepewności co do interpretacji faktów, niemożności stwierdzenia, jaka była rzeczywistość. To wydaje się redukować lęk Pana A. Chyba bardziej niż treść uspokaja go opanowanie prowadzącego.

Komentarz

W czasie sesji nie byłam w stanie w żaden sposób reflektować swojego stanu. Dopiero po jej zakończeniu zrozumiałam, że ktoś musiał zaabsorbować lęk pacjenta, że tylko w ten sposób mógł pokazać, co przeżywa. Mamy tu do czynienia z masywną identyfikacją projekcyjną, w której doszło do ataku na łączenie (nie byłam w stanie zrozumieć, co się dzieje) oraz do zaniku funkcji alfa (niemożność złagodzenia stanu lęku pacjenta) [6]. Przytaczam tę sytuację jako przykład, aby opisać, z jakim nasileniem lęków mierzy się terapeuta, odtwarzając w relacji z pacjentem sytuację pierwotnego załamania. Istotna w tym przypadku była możliwość pracy w parze. Jedna osoba z pary terapeutycznej pozostawała pod wpływem projekcji, ale druga była w stanie myśleć i być w kontakcie z pacjentem.

Podsumowanie

Tak jak nie istnieje jedna psychologiczna ani psychoanalityczna teoria psychozy [29], tak nie ma jednolitej teorii dotyczącej przyczyn i charakteru lęku w psychozie. Powracająca w literaturze analitycznej koncepcja lęku psychotycznego jako stanu dezintegracji i anihilacji wydaje się użytecznym narzędziem do zrozumienia zarówno pacjentów z doświadczeniem psychozy, jak i osób z p o g r a n i c z a, często określanych pojemną definicją b o r d e r l i n e. Pacjentów doświadczających lęku psychotycznego łączy wczesne przeżycie traumatyczne, także w postaci deficytu opieki. Chroniąc się przed przeżywaniem pustki i chaosu, tworzą mechanizmy obronne, w tym objawy psychotyczne. Koncepcja lęku psychotycznego przekracza obowiązujące systemy diagnostyczne, jeszcze raz pokazując ich umowne znaczenie.

Piśmiennictwo

1. Wachtel PL. Terapia Relacyjna w praktyce psychoterapii. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia; 2013.
2. Freud Z. W kwestii etiologii hysterii. W: Histeria i lęk. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2009: 43–69.
3. Freud Z. Zahamowanie, symptom, lęk. W: Freud Z. Histeria i lęk. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2009: 197–270.
4. Freud Z. Lęk i życie popędowe. W: Freud Z. Wykłady ze wstępu do psychoanalizy. Nowy cykl. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2009: 63–86.
5. Klein M. Psychoanaliza dzieci. Pisma, t. II. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007.

6. Bion WR. Ataki na łączenie. W: Bion WR. Po namyśle. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2014: 119–136.
7. Winnicott DW. Integracja Ego w rozwoju dziecka. W: Winnicott DW. Procesy dojrzewania i facylitujące otoczenie. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2018: 65–73.
8. Winnicott DW. Fear of breakdown. *Int Re. Psycho-Anal* 1974; 1: 103–107.
9. Freud Z. Poza zasadą przyjemności. Warszawa: PWN; 1976.
10. Kohut H. The Restoration of the Self. New York: International Universities Press; 1977.
11. Akhtar S. Comprehensive Dictionary of Psychoanalysis. London & New York: Routledge; 2018.
12. Klein M. Psychoterapia psychoz. W: Klein M. Pisma. Tom 1: Miłość, poczucie winy i reparacja oraz inne prace pochodzące z lat 1921–1945. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007: 31–233.
13. Klein M. Wkład do psychogenezy stanów maniakalno-depresyjnych. W: Klein M. Pisma. Tom 1: Miłość, poczucie winy i reparacja oraz inne prace z lat 1921–1945. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007: 259–285.
14. Bion WR. Różnicowanie osobowości psychotycznej i niepsychotycznej. W: Bion WR. Po namyśle. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2014.
15. Segal H. Systemy urojeniowe jako obrona przed powtórzeniem katastrofy. W: Segal H. Psychoanaliza, literatura i wojna. Pisma z lat 1972–1995. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005: 79–98.
16. Bion WR. Teoria myślenia. W: Bion WR. Po namyśle. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2014: 136–147.
17. Waddell M. Światy wewnętrzne. Psychoanaliza i rozwój osobowości. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2015.
18. Ferenczi S. Pomieszanie języków w obcowaniu dorosłych z dzieckiem. Mowa czułości i pożądania. *Czas Kultury*. 2021; 4: 213–218.
19. Ogden T. Przeżywanie nieprzeżytego życia. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2018.
20. Hurvich M. The Place of Annihilation Anxieties in Psychoanalytic Theory. *J Am Psychoanal Assoc*. 2003; 51(2): 579–616.
21. Hurvich M, Benveniste P, Howard J, Coonerty S. Assessment of Annihilation Anxiety from Projective Tests. *Perceptual and Motor Skills*. 1993; 77: 387–401.
22. Benveniste PS, Papouchis N, Allen R, Hurvich M. Rorschach Assessment of Annihilation Anxiety and Ego Functioning. *Psychoanalytic Psychology*. 1998; 15(4): 536–566.
23. Freud Z. Nerwica i psychoza. W: Freud Z. Psychologia nieświadomości. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2009: 263–268.
24. Damasio A. Tajemnica świadomości: ciało i emocje współtworzą świadomość. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 2000.
25. Ricky E. Thalamic Fear. *Journal of Child Psychotherapy*. 2004; 30(1): 71–87.
26. Kępiński A. Schizofrenia. Kraków: Sagittarius; 1992.
27. Klein M. Zapis analizy dziecka. Pisma Melanie Klein, tom IV. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007.
28. Akhtar S. Fear, phobia and cowardice. W: Akhtar S, ed. Fear: A dark shadow across our life span. London: Karnac Books; 2014: 3–34.
29. De Massi F. Podatność na psychozę. Psychoanalityczne rozważania o naturze i terapii stanu psychotycznego. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2016.

PSYCHOTERAPIA 4 (215) 2025

STRONY: 79–91

DOI: 10.12740/PT/215314

Mariusz Furgał¹, Katarzyna Gdowska², Milena Kansy¹, Izabela Janeczek-Siejka¹,
Karolina Dejko-Wańczyk¹, Krzysztof Bańczyk², Paulina Cofór-Pinkowska¹,
Bogdan de Barbaro³

OD TERAPII RODZINY Z PACJENTEM PSYCHOTYCZNYM DO TERAPII PAR. 30 LAT PRAKTYKI ZAKŁADU TERAPII RODZIN I PSYCHOSOMATYKI¹

FROM FAMILY THERAPY WITH PSYCHOTIC PATIENTS TO COUPLES THERAPY. 30 YEARS OF PRACTICE AT THE DEPARTMENT OF FAMILY THERAPY AND PSYCHOSOMATICS

¹Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Katedra Psychiatrii,
Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki

²Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Kliniczny Kliniki Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży

³Fundacja Rozwoju Terapii Rodzin „Na Szlaku” w Krakowie

**family therapy
couples therapy
systemic approach**

Streszczenie

Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki w Krakowie, założony w 1993 roku w Katedrze Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, wyrasta z bogatej tradycji krakowskiej psychiatrii, zapoczątkowanej przez Antoniego Kępińskiego. Początkowo pomagał głównie rodzinom osób chorujących na schizofrenię, z czasem skupiając się coraz bardziej na terapii par.

Zespół tworzą psychoterapeuci, którzy łączą pomoc pacjentom z działalnością naukową i szkoleniową. Sposób pracy zmieniał się przez lata – od psychoedukacji, poprzez różne techniki terapeutyczne, po podejście oparte na dialogu i wspólnym budowaniu znaczeń. Duży wpływ na praktykę miała szkoła mediolańska.

Dzisiaj znaczna część pacjentów to pary z zaburzeniami osobowości. Zakład prowadzi też konsultacje dla oddziałów psychiatrycznych i badania nad psychoterapią. Był pionierem w szkoleniu psychoterapeutów w Polsce, wydając pierwszy polski podręcznik terapii rodzin.

¹⁾ Artykuł stanowi adaptację rozdziału: Furgał M, Gdowska K, Borcsa M. Ein Beispiel aus Polen: Familientherapie, Paartherapie und systemische Konsultationen – die Abteilung für Familientherapie an der Psychiatrischen Klinik für Erwachsene der Universität Krakau. W: Borcsa M, Wilms B, redaktorzy. Systemische Therapie: Anwendungsbereiche in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer; 2024, 279–293.

Największym wyzwaniem jest obecnie długi czas oczekiwania na terapię i zbyt niska wycena usług w systemie publicznej ochrony zdrowia, co zagraża dostępności terapii rodzinnej dla pacjentów. Mimo trudności, zespół stara się utrzymać wysoką jakość pomocy i uczestniczyć w tworzeniu standardów dla tej dziedziny w Polsce.

Summary

The article presents the 30-year history and activities of the Department of Family Therapy and Psychosomatics in Krakow. Founded in 1993, the center stems from the psychotherapeutic tradition of Krakow psychiatry, initiated by Antoni Kępiński. Initially focused on working with families of psychotic patients, it gradually evolved towards couple therapy.

The team currently consists of psychiatrists and psychologists with psychotherapeutic experience. The Department combines clinical practice with scientific research and didactic activities, providing internships for psychotherapists. The therapeutic approach evolved from psychoeducation through strategic and structural methods to dialogical, narrative, and constructionist approaches, with strong influences from the Milan school. Over the years, the patient profile has changed – couples now dominate, often with personality disorders in one partner, which has required integrating systemic approaches with psychodynamic ones. The Department also provides consultations for psychiatric wards and conducts research on therapeutic processes. The center played a pioneering role in training psychotherapists in Poland, publishing the first Polish family therapy textbook.

Currently, it struggles with systemic problems – long patient waiting lists and low valuation of family therapy in the healthcare system, which threatens the availability of this form of help in public healthcare. Despite these challenges, the team aims to maintain a high quality of care and participate in developing standards for the field of family therapy in Poland.

Wprowadzenie

Systemowa terapia rodzin rozwijała się w Polsce od końca lat 80. XX wieku. To jedyne podejście terapeutyczne, które w naszym kraju kształtowało się równocześnie z jego rozwojem w Europie. Wcześniejsze, tradycyjne nurty terapeutyczne były eliminowane z przestrzeni publicznej w związku z dominacją ideologii komunistycznej w polityce i w życiu społecznym. Terapia rodzin rozwijała się równolegle w Krakowie i Warszawie, w tej ostatniej w oparciu o Klinikę Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Nieco później rozwój systemowej praktyki psychotherapeutycznej zachodził w Wielkopolskim Towarzystwie Terapii Systemowej w Poznaniu², we współpracy z Saarländische Gesellschaft für Systemische Therapie.

W krakowskiej Klinice Psychiatrycznej³ psychotherapia od wielu dekad cieszyła się dużym zainteresowaniem. Nawet w okresie panowania ideologii komunistycznej, która kwestionowała psychotherapię, aktywnie rozwijały się różne formy oddziaływań terapeutycznych. Pierwsza grupa psychotherapeutyczna zaczęła funkcjonować z inicjatywy Antoniego Kępińskiego w drugiej połowie lat 50. Była to mieszana grupa dla pacjentów z zaburzeniami nastroju, psychozami i nerwicami, zarówno hospitalizowanych, jak i leczonych ambulatoryjnie. W tym czasie tego typu grupy (społeczności terapeutyczne) powstały w zorganizowany sposób w oddziałach psychiatrycznych [1, 2], a także w ramach

²⁾ Założycielem i osobą przez wiele lat kierującą tą organizacją był nieżyjący już dr Jerzy Jakubowski.

³⁾ Ta używana często, choć nieformalnie, nazwa łączy w sobie powiązane personalnie dwie organizacje – Katedrę Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz oddziały i poradnie psychiatryczne Szpitala Uniwersyteckiego.

zewnątrznych, ambulatoryjnych struktur, dostępnych dla pacjentów z zaburzeniami nerwowymi czy zaburzeniami osobowości. Była to działalność pionierska w Polsce. Kraków do dzisiaj pozostał istotnym ośrodkiem psychoterapeutycznym, a psychiatria praktykowana w krakowskiej Klinice Psychiatrycznej zawsze była traktowana jako dyscyplina psychospołeczna, w odróżnieniu od dominującego w innych ośrodkach podejścia biomedycznego.

W krakowskiej Klinice Psychiatrycznej terapia rodzin rozwijała się równolegle w dwóch współistniejących ośrodkach. W Klinice Psychiatrycznej Dorosłych działał Zakład Terapii Rodzin, który opisujemy, pod kierownictwem profesora Bogdana de Barbaro. Drugim była Klinika Psychiatryczna Dzieci i Młodzieży, utworzona i prowadzona przez wiele lat przez profesor Marię Orwid. Obydwa ośrodki zawsze współpracowały i uczyły się od siebie, korzystając z kontaktów międzynarodowych, prowadząc wspólne seminaria i wzajemne superwizje koleżeńskie.

Duże znaczenie dla osadzenia się terapii rodzin w praktyce krakowskiej Kliniki Psychiatrycznej miał odbywający się w 1990 roku w Krakowie kongres Światowego Stowarzyszenia Terapii Rodzin (IFTA)⁴ oraz założenie w 1998 roku w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym Sekcji Naukowej Terapii Rodzin.

Historia rozwoju Zakładu Terapii Rodzin

Zakład Terapii Rodzin funkcjonuje w ramach Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Szpitala Uniwersyteckiego jako poradnia od 1993 roku. Od 2016 roku nosi nazwę Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki, w nawiązaniu do poszerzenia tematyki badawczej. Historia Zakładu rozpoczęła się jednak przed jego formalnym powstaniem. Początki pracy z rodzinami sięgają czasów, kiedy kierownikiem katedry był wspomniany już Antoni Kępiński, który w swoich publikacjach, jeszcze z lat 70. [3], wskazywał na wagę środowiska rodzinnego w leczeniu psychoz.

Specyfiką krakowskiego ośrodka było skupienie się na psychospołecznych oddziaływaniach w pracy z chorymi na schizofrenię. Jeden z kierunków działań stanowiła społeczna integracja pacjentów i szeroko rozumiana rehabilitacja społeczna, drugim była praca z ich rodzinami. Początki badań nad związkiem między funkcjonowaniem rodziny a schizofrenią łączyły się z odkryciem roli ekspresji emocji w przebiegu tej choroby [4, 5], chociaż dyskusje na temat roli środowiska rodzinnego w genezie i przebiegu schizofrenii pojawiały się znacznie wcześniej. Rozważano koncepcje takich badaczy, jak: Frieda Fromm-Reichmann, Robert Libermann czy Murray Bowen. W praktyce klinicznej, jako rutynowe postępowanie w leczeniu hospitalizowanych pacjentów, wprowadzono wówczas ustrukturyowaną psychoedukację rodzin osób chorujących na psychozy z grupy schizofrenii, wcześniej organizując różne formy wsparcia dla rodzin.

Załącznikiem późniejszego Zakładu Terapii Rodzin była poradnia terapii rodzin oddziału psychoz. Jej zespół był ściśle związany z oddziałem i zapewniał pomoc pacjentom, którzy byli w nim hospitalizowani. Z czasem, gdy rosła grupa osób przechodzących do leczenia

⁴) W kongresie uczestniczyli między innymi: Tom Andersen, Gianfranco Cecchin, Mory Elkaïm, Lyman Wynne, Helm Stierlin i Satu Stierlin, Don Bloch, Florence Kaslow, Klaus G. Deissler i Yrjö O. Alanen. Organizatorką kongresu była jedna z założycielek IFTA – Maria Orwid.

ambulatoryjnego, konsultacje rodzinne i psychoedukacja zaczęły kształtować się jako coraz bardziej długoterminowe procesy. Powstał pierwszy i jedyny wówczas w Polsce poradnik dla rodzin pacjentów chorujących na schizofrenię „Możesz Pomóc”, pod redakcją Bogdana de Barbaro i Krystyny Ostoi-Zawadzkiej [6].

Zespół ambulatorium zaczął poszukiwać możliwości uczenia się w zakresie terapii rodzin. Jego założyciel i długoletni kierownik Bogdan de Barbaro w 1984 roku wyjechał na stypendium do Stony Brook University, gdzie miał okazję do nawiązania wielu kontaktów i uczestnictwa w konferencjach o tematyce terapii rodzin. Cztery lata później odbył roczne szkolenie w terapii rodzin, kierowane przez Lymana Wynne’a, jednocześnie praktykując w uniwersyteckim szpitalu Rochester (stan Nowy Jork). Po powrocie zorganizował cykl seminariów samokształceniowych, które pozwalały integrować doświadczenia dobrze rozwiniętych zespołów zajmujących się psychoedukacją rodzin z praktyką prowadzącego terapię rodzin zespołu Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży. Inni członkowie zespołu kształcili się, wykorzystując możliwości stażowe i warsztatowe, między innymi w Palo Alto Mental Research Institute.

W 1993 roku zespół zyskał status samodzielnego Zakładu Terapii Rodzin w składzie: Krystyna Ostoj-Zawadzka, Lucyna Drożdżowicz, Ilona Kołbik i Przemysław Budzyna-Dawidowski, pod kierownictwem Bogdana de Barbaro. Stworzeniu tej jednostki na Uniwersytecie sprzyjało powstanie w Polsce specjalizacji z medycyny rodzinnej, która oprócz zbierania doświadczeń z medycyny somatycznej potrzebowała wsparcia ze strony osób zajmujących się badaniami społeczno-psychologicznej struktury systemu rodzinnego.

W nowej rzeczywistości politycznej otworzyły się możliwości bardziej intensywnych kontaktów z ośrodkami zagranicznymi. Budowana sieć relacji umożliwiała uczestniczenie w światowym mainstreamie terapii rodzin. Zakład Terapii Rodzin został członkiem European Family Therapy Association. Na przestrzeni lat ośrodki odwiedzały znaczące dla rozwoju terapii rodzin osoby, prowadząc seminaria i szkolenia⁵. Z każdą taką wizytą członkowie zespołu gromadzili i integrowali nowe teorie i doświadczenia terapeutyczne. W pracy zespołu do dzisiaj można odnaleźć wątki inspirowane tamtymi spotkaniami.

Zespół Zakładu Terapii Rodzin i Psychosomatyki

Zespół składa się obecnie z trzech lekarzy psychiatrów, którzy są jednocześnie psychoterapeutami, a także trzech psychologów-psychoterapeutów. Dwie spośród tych osób są doświadczonymi superwizorami psychoterapii. Jednocześnie niektórzy członkowie zespołu są zatrudnieni na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Do obowiązków tych osób, oprócz terapii rodzin i par, należy prowadzenie badań naukowych oraz dydaktyka. W większości jest to uczenie psychiatrii. Pomoc organizacyjną zapewnia sekretarka, zatrudniona w Szpitalu i na Uniwersytecie. Jest ona kluczową osobą organizującą pracę zespołu, przyjmuje zgłoszenia rodzin do terapii i uczestniczy w superwizjach. Sekretarka ma kompleksową wiedzę na temat tego, z jakimi problemami pary

⁵⁾ Między innymi: Helm Stierlin, Lyman Wynne, Don Bloch, Hugh Jenkins, Alan Cooklin, Gill Gorell Barnes, Gianfranco Cecchin, Maurizio Andolfi, Mory Elkaïm, Harlene Anderson, Salvador Minuchin, Tom Andersen, Klaus G. Deissler, Hugh Fox, Esther Perel, Peter Rober, Jill Scharff i David Scharff.

oraz rodziny zgłaszają się do terapii, a także jak zagadnienia organizacyjne wpływają na procesy terapeutyczne. Pozostali członkowie zespołu, skupieni na realizacji tych procesów, uzyskują informacje o działaniach współpracowników przede wszystkim w trakcie zebrania klinicznych i superwizji.

Taka struktura zespołu pomaga w łączeniu naukowego i teoretycznego myślenia z praktyką kliniczną. Duże zaangażowanie kliniczne w pracy z pacjentami wzbogaca działalność naukową i powoduje, że jest ona powiązana z praktycznym doświadczeniem. Integracja i synteza tych dwóch obszarów – pracy klinicznej i nauki – jest mocną stroną zespołu, jednak zajmowanie się różnymi zagadnieniami wiąże się z większym obciążeniem.

Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki jest jednostką, w której praktyczne umiejętności zawodowe mogą ćwiczyć osoby szkolące się w psychoterapii. W ośrodku jednocześnie odbywa staże około pięciu terapeutów. Zwykle są to osoby w trakcie lub po ukończeniu całonocnego szkolenia, a przed egzaminem certyfikującym. Niekiedy wśród stażystów pojawiają się lekarze specjalizujący się w psychiatrii, dla których ten staż nie jest obowiązkowy, ale mogą go wybrać, jeśli są zainteresowani terapią rodzin.

Stażysty mają możliwość uczestniczenia jako obserwatorzy w sesjach terapii rodzin i par. Aktywnie wnoszą swój wkład przez udział w dyskusjach odbywających się w przerwach spotkań oraz w omówieniach obserwowanych terapii. W procesach, w których jest to stosowane, zostają również członkami zespołu reflektującego. Rodziny otrzymują informację o ich udziale i roli w procesie terapii. Stażysty funkcjonują także w roli koterapeutów, dzięki czemu nie tylko uczą się terapii rodzin i par, ale też wnoszą swój osobisty, unikalny wkład do prowadzonych procesów terapeutycznych. Zaliczeniem stażu jest pisemne opracowanie przebiegu wybranego procesu psychoterapeutycznego. Taka forma współpracy niesie korzyść dla wszystkich uczestniczących w tej wymianie, a szczególnie dla pacjentów, gdyż daje możliwość poszerzenia pola refleksji nad ich sytuacją.

Pod pewnymi warunkami stażysty są zapraszani do prowadzenia procesu terapeutycznego. W takich sytuacjach mają zapewnioną ciągłą superwizję na żywo – prowadzoną przez pracownika Zakładu, który towarzyszy im w całym procesie, niezależnie od możliwości superwizowania takiej terapii w czasie regularnych superwizji klinicznych Zakładu. Nie jest możliwe wprowadzenie tego modelu uczenia rutynowo, ale te osoby, które z niego korzystają, mają niezwykle okazję szkolić się w sposób, który trudno uzyskać w innym miejscu. Staże w Zakładzie są bardzo popularne zarówno ze względu na możliwość bezpośredniego obserwowania pracy psychoterapeutów przez uczących się, jak i wnoszenia realnego wkładu w proces terapeutyczny.

Rozwój praktyki klinicznej

We wczesnych początkach pracy zespołu terapii rodzin, jeszcze w poradni terapii rodzin oddziału psychoz, powszechne było podejście psychoedukacyjne, ukierunkowane na poprawę relacji emocjonalnych w rodzinie [7]. Po pierwszych szkoleniach w ośrodkach zagranicznych coraz częściej pojawiały się w terapiach analizy transgeneracyjne oraz interwencje strukturalne i strategiczne, a także inne oddziaływania wynikające z doświadczeń terapii grupowej, pracy z komunikacją i poddawania refleksji rodzinnych doświadczeń.

Wraz z rozwojem zespołu – i poprzez liczne seminaria, zarówno wewnętrzne, jak i prowadzone przez przyjeżdżających do Krakowa nauczycieli – podejście do terapii ewoluowało. Na skutek współpracy z kolegami mającymi doświadczenia szkoleniowe w podejściu mediolańskim ustalała się struktura sesji: zaczęli w niej uczestniczyć obserwatorzy zza jednostronnej szyby, pojawiła się przerwa w trakcie spotkania i interwencja po wspólnej refleksji nad sesją [8].

W miarę rozwoju funkcji szkoleniowej ośrodka, rolę koterapeutów za szybą zaczęli podejmować szkolący się psychoterapeuci, będący na stażu w Zakładzie. Miejsce strategicznych interwencji zaczęły zajmować pytania cyrkularne, generowanie hipotez, skupianie się na neutralności, aktywne praktykowanie zaciekawienia. Stosunkowo szybko w praktykę weszły metody oparte w większym stopniu na dialogu, aktywnym słuchaniu, uzgadnianiu znaczeń i wspólnym szukaniu rozwiązań, które wypierały podejścia eksperckie [9]. Zaczęły pojawiać się sesje, w które wkraczała metoda teamu reflektującego Toma Andersena [10]. Wraz z rozwojem podejścia narracyjnego i konstrukcjonistycznego w terapii rodzin na świecie, koncepcje te zaczęły dominować w sposobie pracy terapeutycznej [11, 12].

Niezależnie od powyższego, doświadczenia wcześniejszych podejść: strategicznego, strukturalnego, komunikacyjnego i różnych osiągnięć szkoły mediolańskiej pozostawały nadal żywe w praktyce terapeutów zespołu. Uwyrażniać zaczęły się różnice pomiędzy stylami pracy poszczególnych osób. W zespole zawsze obowiązywał wysoki stopień akceptacji dla odmiennych doświadczeń w prowadzeniu psychoterapii, nie było skłonności do silnego strukturalizowania pracy na rzecz jednego obowiązującego modelu.

Wraz ze wzrostem aktywności drugiego pokolenia terapeutów Zakładu Terapii Rodzin – kształconego już na zorganizowanych szkoleniach zarówno w podejściu psychodynamicznym, jak i systemowym, a także mającego doświadczenie własnej terapii psychoanalitycznej – coraz odważniej w prowadzonych procesach terapeutycznych integrowano te podejścia [13]. Sprzyjały temu osoby superwizujące zespół i coraz dłuższe procesy terapii.

Superwizorzy zespołu stali się bardzo istotni dla praktycznego podejścia w pracy klinicznej. Przed laty wprowadzona została rutyna superwizowania pracy Zakładu Terapii Rodzin przez superwizora Ambulatorium Terapii Rodzin Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, natomiast superwizor zatrudniony w Zakładzie superwizuje tamten zespół. Miało to i nadal ma wady i zalety. Zapewnia wzajemne uczenie się i wymianę doświadczeń, jednak ma zastosowanie raczej do konsultacji przypadków klinicznych, niż do głębszych superwizji dotyczących niektórych obszarów życia osobistego terapeuty czy zjawisk interpersonalnych w zespole i pomiędzy terapeutami wspólnie prowadzącymi proces terapeutyczny. W związku z tym od początku działalności Zakładu Terapii Rodzin zespół jest również superwizowany przez superwizorów zewnętrznych. Szczególne znaczenie dla rozwoju metody pracy miały: trwająca kilka lat superwizja (superwizja kliniczna i superwizja zespołu) prowadzona przez analityczkę grupową doświadczoną również w terapii rodzin, a także kolejna kilkuletnia superwizja z psychiatrą pracującym psychoanalitycznie i systemowo z rodzinami.

Ten okres wyraźnie wpłynął na sposób pracy z parami, w szczególności tymi, w których jeden z partnerów miał zaburzenia osobowości. Zmienił się też dominujący profil pacjentów Zakładu. Obecnie wśród zgłoszeń do ZTRiP dominują pary. Wynika to z rosnącej społecznej potrzeby tego rodzaju terapii. Natomiast rodziny, w których pacjentem identyfikowanym jest nastolatek, kierowane są do Ambulatorium Terapii Rodzin.

Praktyka kliniczna obecnie

W ramach pracy klinicznej Zakładu przyjmowane są rodziny i pary zgłaszające się do terapii głównie z powodu istniejących trudności rodzicielskich, systemowo uwarunkowanych problemów emocjonalnych któregoś z członków rodziny, w tym zaburzeń psychicznych, konfliktów w parze, zaburzeń psychosomatycznych pozostających w silnych interakcjach z systemem rodzinnym, zaburzeń odżywiania, skomplikowanej żałoby czy choroby psychicznej jednego z członków rodziny.

Początkowo polegano na skierowaniach od lekarzy psychiatrów i psychologów, jednak w związku z dużym poziomem drop-outów pacjentów kierowanych w ten sposób, wypracowano praktykę samozgłaszania się rodzin. Nawet jeśli osoba pierwszego kontaktu (lekarz rodzinny, inny terapeuta, członek dalszej rodziny) widzi potrzebę konsultacji rodziny i kieruje ją do nas, prosimy rodzinę o kontakt osobisty i wstępne sformułowanie problemu. Telefoniczne zgłoszenie odbiera sekretarka, zbierając podstawowe dane administracyjne oraz zapisując treść i sposób zgłoszenia. Na tej podstawie rodzina zapraszana jest na pierwsze konsultacje mające na celu rozpoznanie, czy jej problem może być podjęty przez terapeutów Zakładu. Następuje wówczas zawiązanie kontraktu: sformułowanie wstępnych celów terapii i określenie jej wstępnego planu.

Przed zgłoszeniem rodziny zobowiązane są do zapoznania się z oświadczeniem ośrodka o zasadach i sposobie pracy, opublikowanym na stronie [www⁶](http://www.uj.krakow.pl/dla-pacjentow). Informacja dla pacjentów pragnących podjąć terapię par lub rodzin zawiera opis tego, kto może korzystać z pomocy, a komu pomoc nie może być udzielona, jaki jest skład zespołu i jakie są jego kompetencje, w jaki sposób działalność terapeutyczna jest powiązana z działalnością dydaktyczną, na jakich zasadach w spotkaniach uczestniczą stażyści, jakie są zasady poufności w terapii i tajemnicy zawodowej. Na stronie [www](http://www.uj.krakow.pl/dla-pacjentow) widnieje także informacja, że sesje są nagrywane i opis, jaki jest cel nagrywania oraz sposób postępowania z nagraniami. Są też przedstawione zasady superwizji i osoby superwizujące zespół. Poza tym jest wskazanie na konieczność wstępnej konsultacji psychiatrycznej i opis jej celu, informacja o metodach i technikach pracy oraz możliwych trudnościach napotykanym w procesie terapii.

O podjęciu terapii decydują spotkania konsultacyjne. Terapia prowadzona jest przez jednego lub dwóch terapeutów zatrudnionych w Zakładzie, z koterapią obserwujących ją stażystów. Spotkania są nagrywane. Rodziny zostają dokładnie poinformowane o procedurach postępowania z nagraniem materiału. Stanowi on podstawę do superwizji oraz do wprowadzania nowych stażystów w toczące się procesy terapeutyczne. Nagrania przechowywane są na bezpiecznym serwerze, niepołączonym z Internetem, i kasowane po zakończeniu terapii. Nie stanowią one części urzędowo rozumianej dokumentacji pacjentów.

W zespole nie narzuca się terapeutom określonego formatu związanego z konkretnym podejściem terapeutycznym. Każdy członek zespołu jest jednak wykształcony w psychoterapii systemowej i psychodynamicznej. Z biegiem lat o technice stosowanej przez każdego z terapeutów stanowi w dużej części jego doświadczenie, odbyte szkolenia, warsztaty, superwizje oraz jego osobowość. Największy wpływ na sposób pracy zespołu

⁶⁾ Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki Katedry Psychiatrii UJ CM, <https://ztrip.cm-uj.krakow.pl/dla-pacjentow>

miało podejście mediolańskie, zwłaszcza z drugiego okresu funkcjonowania zespołu z Mediolanu [14, 15]. Najbardziej widocznym przejawem wpływu tej szkoły jest struktura każdej sesji – z przerwą, podczas której przebieg sesji omawiany jest z koterapeutami, i końcowym komentarzem po przerwie. W naszej pracy widać też duże wpływy podejścia transgeneracyjnego [16] i konstrukcjonistycznego [11, 12] oraz narracyjnego [17]. W wielu sytuacjach korzystamy z bardziej historycznych technik strukturalnych, strategicznych czy komunikacyjnych.

W pracy z parami, oprócz metod systemowych, pojawiają się interwencje nawiązujące do warsztatu psychoanalitycznego czy psychodynamicznego [18]. Ta modyfikacja była skutkiem coraz większej liczby zgłaszających się par, w których jedna z osób miała zaburzenia osobowości. W tym czasie zespół był superwizowany przez analityczkę grupową, która zachęcała nas do przedłużenia procesów ponad okresy typowe dla terapii systemowej oraz do rozumienia relacji małżeńskich w świetle teorii relacji z obiektem [19]. Zespół był już do tego przygotowany na psychodynamicznych szkoleniach i psychoanalitycznych terapiach własnych. Stworzyło to unikalną możliwość pomocy słabo zmotywowanym do psychoterapii osobom z zaburzeniami osobowości. Nie bez znaczenia dla tej zmiany było popularyzowanie w Polsce terapii psychoanalitycznej par oraz możliwość uczestnictwa w konferencjach, szkoleniach i superwizji w tym zakresie. W 2015 roku ZTR zorganizował warsztaty psychoanalitycznej terapii par prowadzone przez Davida i Jill Scharffów. Jednakże cały czas zespół pozostaje wierny warsztatowi systemowemu i pracuje zgodnie z jego zasadami, szczególnie w terapii rodzin.

Główną metodą weryfikacji skuteczności procesów terapeutycznych jest superwizja i kliniczna ocena efektów leczenia. Okresowo jednak podejmowane są różne programy badawcze, które mają weryfikować skuteczność pracy za pomocą metody naukowej. Są one inspirowane zainteresowaniami badawczymi oraz refleksją nad aktualnymi procesami terapeutycznymi. W Zakładzie prowadzono badania drop-outów [20], przymierza terapeutycznego [21], terapii pary z udziałem pacjentów z zaburzeniem osobowości [22] oraz terapii pary w kontekście utrat perinatalnych [23]. Obecnie realizowany jest projekt jakościowej analizy interakcji zachodzących pomiędzy terapeutą i parą w kontekście zaburzeń osobowości borderline.

Drugim ważnym obszarem pracy są konsultacje i superwizje pracy z pacjentami hospitalizowanymi na oddziałach psychiatrycznych, a także w innych poradniach psychiatrycznych Szpitala Uniwersyteckiego. Członek zespołu pełni funkcję superwizora pracy dwóch oddziałów stacjonarnych, w tym oddziału ogólnopsychiatrycznego dla dorosłych, a także Poradni Leczenia Uzależnień i Oddziału Dziennego Leczenia Uzależnień przeznaczonego dla pacjentów z podwójną diagnozą. Ma to szczególne znaczenie w przypadku pacjentów, którzy z powodów relacyjnych nie osiągają dobrych efektów leczenia farmakologicznego w szpitalu. Przykładem interwencji systemowej była konsultacja zespołu lekarskiego i psychologicznego wobec kryzysu, który wystąpił w związku z leczeniem głęboko zaburzonej pacjentki z zespołem Münchhausena.

Najwięcej doświadczeń zespół ma w konsultowaniu pacjentów z lekooporną depresją i ich rodzin. Dało to podstawę do prowadzenia systematycznych badań jakościowych rodzin pacjentów z tą postacią depresji, w których zostały uwzględnione wszystkie przypadki zgłoszone przez oddział [24]. Badania miały na celu analizę funkcjonowania

rodziny pacjenta zarówno pod kątem występowania interakcji mogących podtrzymywać u niego stan depresji, jak i potencjału rodziny do zmiany podtrzymujących depresję mechanizmów psychologicznych. Działania te były częścią programu badawczego, ale owocowały też rozpoczęciem psychoterapii rodzinnej, pary czy indywidualnej dla niektórych pacjentów.

Stałą praktyką jest omawianie przypadków hospitalizowanych pacjentów, u których występują trudności w leczeniu związane z funkcjonowaniem ich rodzin. Jakkolwiek większość oddziałów ma zwyczaj prowadzenia konsultacji rodzinnych hospitalizowanych pacjentów we własnym zakresie, doświadczenie terapeutyczne i diagnostyczne uzyskane podczas szkolenia i praktyki systemowej wnosi dodatkową wartość do pracy tych jednostek, szczególnie w trudnych, powikłanych sytuacjach klinicznych.

Działalność szkoleniowa, dydaktyczna i naukowa

W połowie lat 90., po zgromadzeniu pierwszych doświadczeń w terapii rodzin, mając zespół doświadczony w psychoterapii i z pewną praktyką szkoleniową, Zakład Terapii Rodzin zaczął działalność mającą na celu kształcenie psychoterapeutów. Był jednym z pierwszych ośrodków w Polsce szkolących w psychoterapii i pierwszym szkolącym w terapii rodzin. W 1994 roku zespół Zakładu wydał podstawowy podręcznik terapii rodzin „Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny” [25]. Był to pierwszy polski podręcznik do szkolenia w tym zakresie.

Pierwsze trzyletnie kursy, prowadzone od połowy lat 90., obejmowały głównie terapię rodzin. Niedługo po roku 2000, wraz z rozwojem systemu szkoleniowego psychoterapii w Polsce, pod nadzorem Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, kursy zostały zintegrowane ze szkoleniem w psychoterapii psychodynamicznej. Powstał czteroipółletni, później pięcioletni, tak zwany całościowy kurs psychoterapii, akredytowany w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym. Były to początki rozwoju standardów szkolenia w psychoterapii w Polsce. Zakład Terapii Rodzin dysponował doświadczonym, pracującym wspólnie, pod regularną superwizją, zespołem psychoterapeutów, utrzymującym kontakty i współpracującym z innymi ośrodkami szkoleniowymi. Ze względów organizacyjnych szkolenie było nadzorowane przez Fundację Krakowskiej Katedry Psychiatrii i odbywało się w budynku Kliniki Psychiatrycznej.

W 2012 roku, w związku ze zmianami organizacyjnymi na Uniwersytecie Jagiellońskim i w Szpitalu Uniwersyteckim, szkolenie zostało przeniesione poza te struktury. Zespół powołał Fundację Rozwoju Terapii Rodzin „Na Szlaku”, która przejęła organizowanie kursów. Rozpoczęła także praktykę kliniczną terapii rodzin. Do dzisiaj szkolenia są prowadzone w ramach Fundacji, przy znacznym udziale personelu Zakładu Terapii Rodzin i Psychosomatyki. Zarówno Zakład, jak i Fundacja są aktywnymi członkami Europejskiego Towarzystwa Terapii Rodzin (EFTA), w szczególności jego sekcji Training Institutes Chamber (TIC). Zakład regularnie czynnie uczestniczy w konferencjach tej organizacji. Obecnie Fundacja funkcjonuje autonomicznie, zrzesza ponad 20 terapeutów rodzin i par, organizuje konferencje naukowe oraz uczestniczy w krajowych i międzynarodowych zjazdach naukowych. Do tej pory ponad 600 psychoterapeutów ukończyło całościowe

kursy systemowo-psychodynamiczne. Ośrodek utrzymuje z nimi relacje, zapraszając ich do udziału w wydarzeniach organizowanych przez Zakład i Fundację.

Personel Zakładu Terapii Rodzin i Psychosomatyki jest zaangażowany w dydaktykę przeddyplomową – prowadzi zajęcia z psychiatrii i różnych obszarów psychologii dla studentów medycyny, a także zajęcia z terapii rodzin dla studentów psychologii. Ważny obszar działalności stanowi dydaktyka podyplomowa. Zakład uczestniczy w prowadzeniu kursów dla lekarzy specjalizujących się nie tylko w psychiatrii, ale także w medycynie rodzinnej. Niedługo po powstaniu Zakładu Terapii Rodzin, w 1994 roku, w Polsce wprowadzona została specjalizacja z medycyny rodzinnej. Zakład aktywnie brał udział w tworzeniu programów specjalizacyjnych. Szkolenie z systemowego rozumienia rodziny stanowi stały element tej specjalizacji, chociaż ostatnio w coraz mniejszym wymiarze.

W powiązaniu z tą współpracą podejmowane były wątki badawcze dotyczące zaburzeń psychosomatycznych. Pogłębiająca się świadomość lekarzy rodzinnych na temat rodzinnego tła zaburzeń psychosomatycznych powodowała napływ skierowań rodzin do terapii z praktyk lekarskich. Zaczęły powstawać publikacje: Bogdan de Barbaro wydał książkę „Pacjent w swojej rodzinie” [26], ukazywały się też teksty z zakresu psychosomatyki w ujęciu systemowym. Terapia zaburzeń psychosomatycznych w ujęciu systemowym została wprowadzona jako temat zajęć w ramach szkoleń psychoterapeutycznych.

Do obowiązków zawodowych tych osób z zespołu, które są zatrudnione na Uniwersytecie, należy prowadzenie badań naukowych. Wśród podejmowanych tematów pojawiają się podstawowe zagadnienia teoretyczne, na przykład porównanie funkcjonowania rodzin doświadczających różnych problemów klinicznych, badania nad rodzinami pacjentów chorujących na choroby somatyczne oraz nad rodzinami przymusowo przesiedlonymi po wojnie, analizy wzorców mentalizacyjnych w rodzinach w różnych sytuacjach klinicznych i rozwojowych oraz rodzinnego procesu żałoby, zwłaszcza powikłanej żałoby i umierania. Najciekawsza jednak, najbardziej inspirująca i motywująca jest dla zespołu praca badawcza dotycząca psychoterapii. Należą tu wspomniane badania jakościowe rodzin pacjentów chorujących na depresję, ale także badania nad procesami zachowań komunikacyjnych w czasie sesji terapeutycznych w parach, w których jeden z partnerów ma zaburzenia osobowości [27]. Obecnie realizowany jest projekt badań interakcji w parach, w których jedna z osób ma zaburzenie osobowości borderline, analizowanych pod kątem konwersacji i innych zachowań interakcyjnych. Pierwsze wyniki były prezentowane na konferencjach Society for Psychotherapy Research i European Family Therapy Association w 2025 roku.

Prowadząc badania, współpracujemy z naukowcami, często także doświadczonymi w pracy klinicznej, z uniwersytetów w Nordhausen, Helsinkach, Hamburgu i Heidelbergu. Aktywność badawcza integruje dociekania naukowe z praktyczną pracą terapeuty, umożliwiając jej weryfikację. Angażuje nie tylko badaczy, ale także klinicystów. Dlatego proces badawczy bezpośrednio wpływa na poziom refleksji nad pracą kliniczną z rodzinami i parami.

Aktualne problemy

Zapotrzebowanie na psychoterapię i świadomość możliwości z nią związanych rośnie w Polsce bardzo szybko. Kryzys rodziny jako instytucji, zaburzenia więzi wynikające z zakłócenia stałości rodzinnego środowiska oraz tempo przemian społecznych są ważnymi czynnikami wpływającymi na relacje w rodzinie i dobrostan jednostek. Gwałtownie wzrasta liczba par i rodzin zgłaszających się do terapii. W prywatnych ośrodkach kolejki sięgają od kilku miesięcy do roku. Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki należy do nielicznych placówek, a w swoim regionie jest jedyną, w której terapia rodzin i par jest refundowana przez ubezpieczenie zdrowotne, a oczekiwanie na terapię trwa obecnie ponad dwa lata. W szczególnych przypadkach, na przykład w wypadku śmierci dziecka i powikłanej żałoby, podejmowana jest decyzja o przyjęciu rodziny poza kolejnością. Podobna sytuacja dotyczy rodzin pacjentów hospitalizowanych w oddziałach kliniki, które konsultujemy. Jednak w większości wypadków czas oczekiwania jest zbyt długi, żeby rodzina dostała pomoc wtedy, kiedy jej potrzebuje.

Terapia rodzin i par jest nisko wyceniana przez ubezpieczyciela. Za sesję terapii pary, prowadzoną przez dwóch terapeutów, przez dwie godziny, szpital otrzymuje kwotę o połowę mniejszą niż za sesję psychoterapii indywidualnej prowadzonej przez jednego terapeuty w czasie jednej godziny. To powoduje, że czas pracy terapeuty pary jest blisko ośmiokrotnie niżej wyceniany niż czas pracy terapeuty prowadzącego terapię indywidualną, mimo że terapia par czy rodzin jest bardziej angażująca i wymaga dodatkowych umiejętności.

Liczne interwencje prowadzone w ośrodkach decyzyjnych (Ministerstwo Zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji czy Narodowy Fundusz Zdrowia) przez organy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, kierownictwo Szpitala czy nawet Prezydenta Miasta Krakowa, nie przyniosły żadnego rezultatu. Zespół udaje się utrzymać w strukturach Szpitala dlatego, że terapia rodzin i par jest traktowana w klinice jako działalność ważna, wpływająca na ogólną efektywność i jakość pozostałych usług. Niestety w sytuacji trudności finansowych Szpitala redukowane są te aktywności, które uznaje się za deficytowe.

Terapia rodzin w publicznej służbie zdrowia w Polsce jest w zaniku, poza psychiatrią dzieci i młodzieży, która jest wyceniana inaczej. Terapeuci rodzinni zazwyczaj dysponują również kwalifikacjami w terapii indywidualnej i ta ich umiejętność jest preferowana. Tę sytuację dodatkowo pogarsza brak regulacji prawnych zawodu psychoterapeuty. Jako rozpoznawalny i wiodący ośrodek terapii rodzin i par Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki stara się uczestniczyć w tworzeniu nowych regulacji prawnych i standardów etycznych, jednak niewątpliwie mamy do czynienia ze stanem głębokiego kryzysu.

Piśmiennictwo

1. Madeja A. Poznanie Kępińskiego. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2019.
2. Wereszka M. Psychoterapia to jest moja partia polityczna. Kraków: Wydawnictwo Różnica; 2013.
3. Kępiński A. Schizofrenia. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1979.

4. Leff J. Schizophrenia and sensitivity to the family environment. *Schizophr Bull.* 1976; 2(4): 566–574.
5. Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JR, May PR, Steinberg MR. Psychiatric hospitalization of schizophrenic patients and the characteristics of their families. *Arch Gen Psychiatry.* 1978; 35(10): 1160–1167.
6. de Barbaro B, Ostoja-Zawadzka K. Możesz pomóc: poradnik dla rodzin pacjentów chorych na schizofrenię i zespoły schizofrenopodobne. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1986.
7. Addington J, Addington T, Jones B, Ko T. Family intervention in early psychosis program. *Psychiatr Rehabil Skills.* 2001; 5: 272–286.
8. Barbeta P, Telfener U. The Milan approach, history and evolution. *Fam Process.* 2021; 60: 4–16.
9. Larner G. The real as illusion: deconstructing power in family therapy. *J Fam Ther.* 1995; 17: 191–217.
10. Andersen T. The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Fam Process.* 1987; 26: 415–428.
11. Anderson H, Goolishian HA. Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Fam Process.* 1988; 27: 371–393.
12. Berg IK, de Shazer S. Making numbers talk: Language in therapy. In: Friedman S, ed. *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy.* New York: Guilford Press; 1993, 5–24.
13. Flaskas C. Psychoanalytic ideas and systemic family therapy: Revisiting the question ‘Why Bother?’. *Aust N Z J Fam Ther.* 2005; 26: 125–134.
14. Cecchin G. Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Fam Process.* 1987; 26: 405–413.
15. Penn P. Circular questioning. *Fam Process.* 1982; 21: 267–280.
16. Bowen M. *Family Therapy in Clinical Practice.* Northvale: Jason Aronson, Inc.; 1993.
17. Rober P. The therapist’s inner conversation in family therapy practice: Some ideas about the self of the therapist, therapeutic impasse, and the process of reflection. *Fam Process.* 1999; 38: 209–228.
18. Furgał M, Janusz B, Dobrzyński J. O możliwości wykorzystania przeciwprzeniesienia w terapii par. *Psychoterapia.* 2013; 165(2): 29–44.
19. Scharff JS, Scharff DE. Object relations couple therapy. *Am J Psychother.* 1997; 51: 141–173.
20. de Barbaro B, Zielińska E, Grabowski G, Budzyńska-Dawidowski P. Dropout w terapii rodzin. *Psychoterapia.* 2003; 4: 21–33.
21. Friedlander ML, Escudero V, Horvath AO, Heatherington L, Cabero A, Martens MP. System for observing family therapy alliances: A tool for research and practice. *J Couns Psychol.* 2006; 53: 214–225.
22. Peräkylä A, Taurogiński B, Dejko-Wańczyk K, Józefik B, Furgał M, Matusiak F, et al. The paradox of disengagement: Bodily displays of inattention in couple therapy. *Front Commun.* 2023; 8: 1066475.
23. Janusz B, Jurek J, Dejko-Wańczyk K. Time in Grief: How do Bereaved Parents Mentalize It? *Omega (Westport).* 2024; 88(4): 1446–1464.
24. Janusz B, Chwał-Błasińska K, Michałowska K, Furgał M, Dobrzyński J, de Barbaro B i wsp. Czy rodzina „potrzebuje” depresji? Badanie pilotażowe konsultacji rodzinnych. *Psychiatr Pol.* 2018; 52(3): 573–583.
25. de Barbaro B, ed. *Wprowadzenie do Systemowego rozumienia rodziny.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1994.

-
26. de Barbaro B. Pacjent w swojej rodzinie. Warszawa: Springer PWN; 1997.
 27. Janusz B, Bergman J, Matusiak F, Peräkylä A. Practices of claiming control and independence in couple therapy with narcissism. *Front Psychol.* 2021; 11: 596842.

Adres: mariusz.furgal@uj.edu.pl

W dniach **9–10 maja 2026 roku**
w Centrum Dydaktyczno-Kongresowym w Krakowie
odbędzie się konferencja naukowa:

Osoba terapeuty. Relacja terapeutyczna

organizowana przez

**Krakowską Fundację Rozwoju Psychoterapii
im. Profesor Marii Orwid
w 35. rocznicę jej założenia**

Do czynnego udziału w konferencji zaproszono psychoterapeutów reprezentujących różne szkoły i podejścia psychoterapeutyczne, aby z wielu perspektyw przyrzeć się roli terapeuty oraz cechom relacji terapeutycznej i temu, jak sprzyjają one bądź utrudniają budowanie przymierza terapeutycznego oraz jak wpływają na rozwój procesu terapeutycznego.

Wykłady wygłoszą: Anna Dziubińska-Starska, Mariusz Furgał, Rafał Pniewski, Małgorzata Wolska.

Warsztaty poprowadzą: Maria Augustyn; Katarzyna Furgał, Piotr Marcinkowski i Dorota Solecka; Paula Hanuszkiewicz; Alina Jasiak; Milena Kansy i Konrad Markiewicz; Beata Kicińska i Barbara Żurek; Artur Krupa; Katarzyna Rudnicka i Dominika Szajder; Katarzyna Ślęzak.

Krótkie wykłady dotyczące specyfiki relacji terapeutycznej i roli terapeuty w zależności od podejścia terapeutycznego wygłoszą: Anna Bielańska, Tomasz Ptak, Wanda Szaszkiewicz, Kaja Wieczorek-Socha, Agnieszka Wojtaszek.

Analizy przedstawionego przypadku dokonają: Grzegorz Baster, Ewa Nikiel, Krzysztof Szwajca.

Patronat medialny konferencji: Kwartalnik „Psychoterapia”.

Więcej informacji i zapisy na stronie internetowej:
<https://kfrp.pl/konferencja/konferencja-naukowa-osoba-terapeuty-relacja-terapeutyczna>

PROCEDURA PUBLIKOWANIA W „PSYCHOTERAPII” INFORMACJE DLA AUTORÓW

1. Misją czasopisma jest publikowanie najnowszych wyników badań naukowych z zakresu psychoterapii i dziedzin z nią związanych, jak również upowszechnianie wiedzy przydatnej w praktycznym jej stosowaniu.
2. „Psychoterapia” jest kwartalnikiem naukowym Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Ukazuje się od 1972 roku, wcześniej jako „Zeszyty Psychoterapeutyczne”. Czasopismo wydawane jest w formie drukowanej i w formie elektronicznej, dostępnej na stronie www.psychoterapiapt.pl, zawierającej teksty w języku polskim, streszczenia w języku angielskim, a od 2016 roku także angielskie wersje artykułów. Publikowane teksty poddawane są anonimowym recenzjom przez co najmniej dwóch recenzentów. Czasopismo jest indeksowane w uznanych bazach danych Scopus, ERIH Plus, Index Copernicus, MNiSW, a w 2016 r. znalazło się na liście kandydackiej Emerging Sources Citation Index i EBSCO.
3. Redakcja przyjmuje do druku
 - *Prace oryginalne (ilościowe i jakościowe)*
 - *Prace przeglądowe*
 - *Prace pogładowe*
 - *Opisy przypadków*
 - *Krótkie doniesienia*
 - *Notatki kronikarskie i informacyjne (w tym sprawozdania), omówienia książek, komunikaty*
 - *Listy do redakcji*
 - *Problemy dyskusyjne, polemiki*

związane z szeroko pojętym obszarem oddziaływań psychoterapeutycznych.

Tematyka poruszana w czasopiśmie:

- Badania nad psychoterapią
- Metody badań psychologicznych
- Pomoc psychologiczna
- Psychiatria ogólna
- Psychologia kliniczna
- Seksuologia
- Techniki psychoterapii

Publikowane prace powinny być zgodne z ustaleniami Kodeksu Etycznego Psychoterapeutów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

4. Tekst prac oryginalnych powinien zawierać następujące części: wstęp, metoda, wyniki, omówienie wyników, wnioski, piśmiennictwo.
5. Do wszystkich prac oryginalnych, kazuistycznych i pogładowych należy dołączyć streszczenie w języku polskim i angielskim o objętości min. 150, maks. 250 słów. W przypadku prac oryginalnych powinno to być streszczenie ustrukturuwane. Należy w nim wyróżnić w odrębnych akapitach: 1. cel badań, 2. metodę, 3. wyniki, 4. wnio-

- ski. Poniżej należy wpisać słowa klucze (nie więcej niż trzy), podobnie w angielskiej wersji tekstu.
6. Procedury badawcze i analizy statystyczne powinny być opisane w sposób umożliwiający ich odtworzenie (replikację). W opisie należy uwzględnić liczebność i charakterystykę badanej grupy, zastosowane metody i narzędzia badawcze oraz wskazać, jakie testy statystyczne wykorzystano do poszczególnych analiz i jaki poziom istotności statystycznej przyjęto. Mile widziane jest wykorzystanie miar wielkości efektu i przedziałów ufności w opisie wyników. Wskaźnikom tendencji centralnych (średnie, mediany) powinny towarzyszyć odpowiednie miary zmienności. Należy stosować adekwatny do pomiaru poziom dokładności prezentowanych wyników. Dla wartości p (prawdopodobieństwa testowego) minimalny i zalecany poziom dokładności to trzy miejsca dziesiętne. Wartości współczynnika korelacji oraz p zaleca się prezentować bez początkowego zera.
 7. Objętość – łącznie z rysunkami, tabelami, wykazem piśmiennictwa i streszczeniem – nie może przekraczać dla prac oryginalnych, poglądowych i kazuistycznych 20 stron, doniesień tymczasowych i listów do redakcji 5 stron, omówień książek, notatek kronikarskich, informacyjnych i in. 2 stron znormalizowanego maszynopisu (strona – 1800 znaków ze spacjami; marginesy – górny, dolny, lewy i prawy 2,5 cm; podwójna interlinia; wyrównane do lewej strony; czcionka Times New Roman 12 pkt).
 8. Prace należy przygotować w formie elektronicznej (Word dla Windows).
 - W liczbach miejsca dziesiętne należy oddzielać przecinkami (nie kropkami).
 - Tekst powinien być zapisany w kolorze jednolitym czarnym. Należy usunąć z niego wszystkie kolorowe zaznaczenia używane podczas redagowania tekstu w edytorze.
 - Tabele należy wykonać w programie Word dla Windows, a wykresy w programie Word lub Excel. Szerokość tabel i rysunków nie może przekraczać 12,5 cm (szerokość łamu czasopisma). W tabelach i opisach rysunków należy używać pisma Arial Narrow CE wielkości 10 punktów.
 - Ilustracje półtonowe należy zapisać w formacie TIFF lub EPS (odcienie szarości, rozdzielczość 300 dpi), w proporcjach, w jakich mają być drukowane.
 - W wypełnieniach wykresów nie należy używać kolorów, tylko odcieni szarości lub czarno-białych wypełnień. W wykresach liniowych należy używać czarno-białych znaczników linii przewidzianych przez programy.
 - Liczba tabel, wykresów i rysunków powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.
 9. Artykuł należy zamieszczać w dwóch wersjach: a) **podstawowej** (w pełni zanonimizowanej; zawierającej tylko treść pracy, tabele i ryciny oraz spis piśmiennictwa, na potrzeby recenzowania) i b) **redakcyjnej** (oryginalny plik pracy zawierający wszystkie elementy, w tym dane osobowe, afiliację, adres e-mail – nie dla recenzentów).
 - W nazwie pliku należy wyraźnie zaznaczyć jego typ i datę powstania (np. skrócony tytuł pracy_podst_14.10.2017, skrócony tytuł pracy_red_14.10.2017).
 - Z właściwości pliku należy usunąć dane osobowe autora.
 10. Prosimy o zachowanie w ostatecznych wersjach tekstu (w obu językach) prawidłowego porządku piśmiennictwa w standardzie Vancouver. W celu uzyskania zwię-

złości redakcja prosi o uwzględnianie wyłącznie niezbędnego piśmiennictwa, ściśle związanego z tematem pracy (w liczbie nie większej niż 50 pozycji) z uwzględnieniem publikacji w polskich czasopismach (ograniczenie to nie dotyczy przeglądów systematycznych).

- W spisie piśmiennictwa należy podawać tylko te pozycje, które są cytowane w tekście.
- W tekście należy podać numer pozycji piśmiennictwa w nawiasie kwadratowym, a numery należy nadawać zgodnie z kolejnością cytowania (konsekwentnie).
- Każda pozycja w spisie piśmiennictwa powinna być pisana od nowego wiersza i poprzedzona numerem.
- Należy przestrzegać jednolitej interpunkcji (standard Vancouver) wg wzorów:
Zapis dla artykułu z czasopisma: nazwiska autorów, inicjały imion, tytuł artykułu, tytuł czasopisma (zgodny z Index Medicus), rocznik, tom, strony. Wzór: Kowalski N, Nowak A. Schizofrenia – badania własne. *Psychiatr. Pol.* 1919; 33(4): 210–223. Jeśli liczba autorów cytowanej pozycji przekracza sześć: Kowalska A, Kowalski B, Kowalewska C, Kowalewski D, Kowal E, Kowal F i wsp.
- **Zapis dla pozycji książkowej:** nazwiska autorów, inicjały imion, tytuł, miejsce publikacji, wydawca, rok wydania. **Wzór:** Kowalski ZG. *Psychiatria*. Sosnowiec: Press; 1923.
- **Zapis dla rozdziału z książki:** nazwiska autorów, inicjały imion, tytuł, W: nazwiska i inicjały imion redaktorów tomu, tytuł, miejsce wydania, wydawca, rok, strony. **Wzór:** Szymański BM. Stany depresyjne. W: Kowalski AM, Głogowski P, red. *Podręcznik psychiatrii*, wyd. 2. Krosno: Psyche; 1972, s. 203–248.
- Numery stron oddzielać należy pauzą bez odstępów, a nie dywizem (pauza krótka).
- Redakcja prosi uprzejmie o przestrzeganie poprawności mianownictwa psychiatrycznego oraz stosowanie międzynarodowych nazw leków. Należy stosować skróty wg międzynarodowego układu jednostek miar (SI).

Wysyłanie prac do czasopisma odbywa się poprzez edytorski system elektronicznego przetwarzania prac naukowych, dostępny pod adresem internetowym <http://www.editorialsystem.com/PT>

- Autor, który nie tworzył wcześniej konta w systemie, proszony jest o dokonanie rejestracji za pomocą opcji „Utwórz nowe konto” dostępnej w lewej części ekranu. Po wypełnieniu formularza rejestracji, pod podany adres e-mail wysyłana jest wiadomość w celu potwierdzenia poprawności wpisanego adresu e-mail autora (pod ten adres wysyłana będzie korespondencja z systemu).
- Autor, który zakładał konto w systemie, może zalogować się do niego, wpisując e-mail i hasło w prawej części ekranu (w celu ewentualnego odzyskania hasła do systemu autor może skorzystać z opcji „Nie pamiętam hasła”).
- Po zalogowaniu się do systemu, w celu wysłania pracy do redakcji należy kliknąć przycisk „Wyślij nowy artykuł” dostępny na górze sekcji „Twoje artykuły”. Po wpisaniu tytułu pracy oraz wybraniu jej typu pojawiają się okienka służące do wpisania niezbędnych elementów artykułu.

- Podczas zgłaszania listy autorów, wymagane jest podanie numeru ORCID (Open Researcher and Contributor ID), dla przynajmniej jednego, głównego, Autora/ Autorki; optymalnie dla wszystkich.
 - Pomiedzy kolejnymi okienkami autor może poruszać się, klikając przyciski „Poprzedni/Następny krok” lub nazwę etykiety po lewej stronie. Ostatnim krokiem wysłania pracy jest „Wyślij do redakcji” – w tym kroku znajduje się podsumowanie wcześniej wprowadzonych danych artykułu oraz informacje o ewentualnych brakujących elementach lub naruszeniach wymogów formalnych przesłania pracy do redakcji.
 - W przypadku poprawnego i kompletnego wypełnienia wszystkich elementów pracy, w tym zamieszczenia 2 rodzajów plików i wygenerowaniu pliku pdf, opcja „Wyślij do redakcji” stanie się aktywna. Potwierdzenie otrzymania pracy i nadania jej sygnatury zostanie wysłane na adres e-mail autora, co nie jest równoznaczne ze skierowaniem pracy do recenzowania ani przyjęciem jej do druku.
11. Autorzy proszeni są o załączenie oświadczenia dotyczącego ewentualnych źródeł finansowania pracy, wkładu pracy poszczególnych autorów i dostępu do materiałów, niezgłaszania artykułu do publikacji w innych czasopismach.
- Autor zgłaszający pracę sponsorowaną jest zobowiązany do oświadczenia, że autorzy publikacji nie byli poddani żadnym wpływom ze strony sponsorów w toku badań i ich opracowywania.
 - Do prac empirycznych, wymagających zgody właściwej komisji bioetycznej, należy dołączyć numer decyzji akceptującej projekt badań.
 - Główną odpowiedzialność za prawidłowe podanie danych, pozwalających uniknąć nierzetelności naukowej, ponosi Autor zgłaszający manuskrypt.
 - W przypadku wykrycia sytuacji, gdy ktoś wniósł istotny wkład w powstanie publikacji, a jego udział nie został ujawniony jako jednego z autorów lub w podziękowaniach (ghost-writing) – i przeciwnie, jeśli udział danej osoby jest znikomy lub w ogóle nie zaistniał, a pomimo to jest ona wymieniona jako autor/współautor publikacji (guest-authorship), redakcja jest zobowiązana do powiadomienia o tym fakcie odpowiednie podmioty.
 - W systemie edytorskim przy okienku „oświadczenia autorów” (punkt 6) znajduje się plik „wzór oświadczenia” do pobrania i wypełnienia przez osobę zgłaszającą pracę.

Prace oryginalne, poglądowe i kazuistyczne oraz doniesienia tymczasowe i spostrzeżenia kliniczne są recenzowane anonimowo przez co najmniej dwóch recenzentów. Formularz recenzji znajduje się do wglądu na stronie <http://www.psychoterapiapt.pl/> w zakładce „Regulamin”.

- Po otrzymaniu recenzji, redakcja informuje autora o podjętej na ich podstawie decyzji.
- W przypadku konieczności wprowadzenia poprawek, autor proszony jest o nadesłanie poprzez system edytorski kolejnej wersji swojego tekstu z uwzględnionymi uwagami recenzentów, zaznaczonymi w pliku podstawowym wprowadzonymi

zmianami (na żółto lub innym kolorem czcionki), zaktualizowanym streszczeniem oraz zamieszczenie listu do redakcji, informującego o wszystkich, wynikających z recenzji, dokonanych zmianach (w systemie edytorskim w punkcie nr 10 „Odpowiedź na recenzje”).

Zamieszczanie kolejnej wersji tekstu odbywa się analogicznie do wysyłania nowego artykułu, tj. wymaga aktualizacji wszystkich punktów wprowadzania artykułu (poprawionej wersji), ze zwróceniem szczególnej uwagi, by nadać właściwą nazwę obu plikom (podstawowemu i redakcyjnemu) – określającą tytuł_typ_datę pliku.

- Poprawione teksty należy nadesłać w terminie wskazanym przez Redakcję. Nieodtrzymanie terminu może być uznane za rezygnację z publikacji.
- Zakwalifikowanie pracy do druku następuje po otrzymaniu pliku zawierającego zmiany sugerowane przez recenzentów, spełniającego wszystkie wymogi merytoryczne i formalne.

12. Po wydaniu decyzji o przyjęciu artykułu do druku i poddaniu go adiustacji, redakcja przesyła Autorowi tekst pracy do autoryzacji.

W ciągu 30 dni od autoryzacji polskiej wersji tekstu Autor jest zobowiązany przesłać do redakcji jego angielskie tłumaczenie na adres redakcjapsychoterapii@gmail.com.

- Za jakość tłumaczenia, tak językową, jak merytoryczną, odpowiedzialność ponosi autor. Tłumaczenie powinno zawierać pojęcia zgodne z powszechnie występującymi określeniami w literaturze naukowej, ze szczególną dbałością o spójność pojęć występujących w różnych podejściach.
13. Redakcja zastrzega sobie prawo poprawienia usterek stylistycznych i mianownictwa oraz dokonywania potrzebnych skrótów bez porozumienia z autorem.
14. Osoba uczestnicząca w procesie wydawniczym w czasopismach KRW PTP jest zobowiązana do złożenia oświadczenia w przedmiocie wyrażania zgody na przetwarzanie swoich danych osobowych niezbędnych do realizacji procesu wydawniczego i rozpowszechnienia publikacji przez Wydawcę (KRW PTP) oraz współpracujące w tych celach podmioty: drukarnia Technet, Poczta Polska S.A. Autor zgłaszający pracę w imieniu swoim i współautorów jest zobowiązany uprzednio uzyskać ich pisemną zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz przekazać ją Wydawcy.
15. Autor zgłaszający pracę (i ewentualni Współautorzy) są zobowiązani do zawarcia umowy o przeniesienie majątkowych praw autorskich do pracy na Wydawcę. Formularz umowy, po pobraniu z systemu edytorskiego, wydrukowaniu, podpisaniu przez Autora (wszystkich Współautorów) i po zeskanowaniu dokumentu, musi być wprowadzony do tego systemu w toku zgłaszania pracy. Po przyjęciu pracy do publikacji, Autor może otrzymać egzemplarz umowy podpisany przez osobę reprezentującą Wydawcę.

LISTA RECENZENTÓW DLA NUMERÓW 1., 2., 3. i 4. 2025

Anna Bielańska
Ryszard Chłopek
Martyna Chwal-Błasińska
Andrzej Cieślik
Anna Citkowska-Kisielevska
Paulina Cofór-Pinkowska
Adam Curyło
Kinga Drechny-Możańska
Lucyna Drożdżowicz
Anna Gliszczyńska
Paula Hanuszkiewicz
Lech Kalita
Milena Kansy
Iwona Kozłowska-Piwowarczyk
Konrad Markiewicz
Milena Maryon-Nowak
Renata Modrzejewska
Irena Namysłowska
Anna Pawełczak-Bałata
Hanna Pinkowska-Zielińska
Tomasz Ptak
Agnieszka Schab
Aleksandra Siódmak
Dorota Solecka
Ewa Strycharczyk-Kaleta
Kinga Swół
Agnieszka Turkot
Kaja Wieczorek-Socha
Natalia Wójcik
Bartosz Zalewski

cena 35 zł (w tym 5% VAT)



9 770239 417207