

Hanna Jaklewicz¹, Lidia Popek²

PSYCHOTERAPIA MAŁYCH DZIECI

PSYCHOTHERAPY OF SMALL CHILDREN

¹Elbląska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna, Elbląg

²Przychodnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży SWZPZPOZ w Warszawie

Autorki opisując specyfikę psychoterapii małych dzieci zwracają szczególną uwagę na znaczenie bezpiecznej relacji terapeutycznej. Na przykładzie przebiegu leczenia dziecka z zaburzeniem autystycznym wskazują na możliwości budowania relacji i rozumienia przeżyć małego dziecka w kontekście procesu rozwojowego.

child psychotherapy

Summary: The authors present a short review of ideas of psychotherapists working with small children as well as the methods used in this kind of psychotherapy. In the second part they show their reflections concerning small children therapy with the special attention focused on the secure contact in the relation: therapist-child-mother. At the end, a case of an autistic child therapy is presented. The dynamics of a long-lasting therapeutic process is observed, illustrated by the analysis of the child's drawings.

W artykule dokonujemy krótkiego przeglądu poglądów psychoterapeutów pracujących z małymi dziećmi. Prezentujemy też wybrane metody pracy stosowane w psychoterapii małych dzieci. W części drugiej omawiamy nasze przemyślenia, kładąc szczególny nacisk na bezpieczny kontakt: terapeuta – dziecko – matka. W części trzeciej prezentujemy terapię dziecka autystycznego. Na podstawie analizy rysunku śledzimy dynamikę wieloletniego procesu terapeutycznego.

Korzenie psychoterapii małych dzieci odnajdujemy w psychoanalitycznej koncepcji Zygmunta Freuda, dzięki której pojawiło się nowe myślenie o aparacie psychicznym dziecka, przeżywanych przez niego pragnieniach, fantazjach i seksualności [1, 2]. Dalszy rozwój pracy analitycznej z dziećmi wiąże się z postaciami kilku wybitnych kobiet. Należy do nich Hermine Hug-Hellmuth, która podkreślała znaczenie „analizy leczniczo-wychowawczej” i wprowadziła zabawę do terapii [3]. Do pionierki psychoanalizy dzieci należały również nasze rodaczki: Eugenia Sokolnicka i jej uczennica Sophie Morgestern. Jednak kluczową rolę w psychoanalizie dziecięcej odegrały Anna Freud i Melania Klein [3, 4, 5, 6].

Anna Freud uważała, że dzieci nie mają świadomej motywacji do leczenia się. W związku z tym konieczne jest wprowadzenie pewnej fazy przygotowawczej na początku terapii, której celem byłoby utworzenie pomiędzy terapeutą a pacjentem silnego pozytywnego związku, rozwijającego się w przymierze terapeutyczne [4, 5]. W swojej pracy z dziećmi podkreślała, że mały pacjent prezentuje nie tylko świat obiektów wewnętrznych, które zostały ukształtowane w przeszłości, ale wnosi do kontaktu z terapeutą swoje doświadczenia i przeżycia z aktualnych związków z rodzicami [6]. Anna Freud doceniała znaczenie fazy

rozwojowej dziecka w terapii oraz właściwe dzieciom rezygnowanie z objawów w procesie leczenia, związane z przechodzeniem z jednej fazy rozwojowej do drugiej [4, 5].

Melania Klein uważała, że psychoanaliza dzieci różni się od psychoanalizy dorosłych typem „materiału”, który podlega analizie. Swobodne skojarzenia odgrywające rolę w psychoanalizie pacjentów dorosłych zastąpiła „techniką zabawową”. Według Klein analizie i przeniesieniu musi być poddany materiał z zabawy dziecka, sposób, w jaki ono się nim posługuje, powód, dla którego zmienia jedną formę aktywności w drugą, oraz wszystkie środki, które wykorzystuje w swobodnej ekspresji [4].

Wyrazem rozwojowego podejścia w psychoanalizie są koncepcje Wilfreda Biona i Donalda Winnicotta. Bion podkreślał znaczenie diady dziecko – matka, w której matka może kontenerować często wybuchowe fizyczne i emocjonalne stany dziecka poprzez swoje empatyczne reakcje [7, 8]. Natomiast Winnicott mówił, że to, co robimy w terapii, jest próbą naśladowania naturalnego procesu, który cechuje każdą matkę w relacji z dzieckiem [9]. Jedną z jego największych innowacji na polu teoretycznym było opisanie „trzeciej przestrzeni” [6, 7]. Koncepcja Winnicotta określająca, że nieistnieje dziecko jako dziecko, ale zawsze jest dziecko i jego matka znalazła odzwierciedlenie w wielu pracach.

Badania Esther Bick, poparte niekończącymi się obserwacjami dzieci, przyniosły koncepcję „drugiej skóry”. Według Bick istnieje pewna pierwotna funkcja związana ze skórą dziecka, ponieważ części osobowości są odczuwane, jak gdyby nie mogły być utrzymane razem, i stąd niezbędna staje się funkcja wewnętrzna, funkcja obiektu obejmującego (continent object), który zawiera te części self — na podobieństwo skóry. Wytwarza się to za pomocą obiektu zewnętrznego, zdolnego do pełnienia tej wczesnej funkcji. Wadliwy rozwój tej pierwotnej skóry może tworzyć drugą skórę, jako substytut dla funkcji pełnionej przez skórę obejmującą (continent skin) [9].

John Bowlby, integrując odkrycia z wielu dziedzin nauki, opisał proces kształtowania się ufnej więzi i konsekwencje jej braku we wczesnym rozwoju dziecka [10]. Warunkiem wykształcenia się ufnej więzi przywiązania, umożliwiającego prawidłowy rozwój dziecka, jest dostępność emocjonalna i fizyczna matki [11].

Allan Schore przedstawił wielopoziomowe powiązanie ufnej relacji przywiązaniowej z rozwojem neurologicznym i mechanizmami neurohormonalnej regulacji u małego dziecka [12, 13]. Od okresu późnej ciąży do drugiego roku życia dochodzi do intensywnych zmian reorganizacyjnych w mózgowiu, zwłaszcza w dominującej prawej półkuli mózgu. Rozwój ten polega na tworzeniu i utrwalaniu połączeń synaptycznych, obumieraniu nieużywanych połączeń oraz mielinizacji komórek nerwowych. Wiele badań wskazuje, że połączenia, które powstają w tym czasie, bezpośrednio wiążą się z doświadczeniami więzi przeżywanymi w relacji z matką.

Badania Colwyna Trevarthena pokazują, że pomiędzy matką i dzieckiem istnieje bogata wymiana „przedsłowna” na długo przed pojawieniem się mowy [7, 14].

Wszystkie terapie diady matka – dziecko oparte są na założeniu, że istnieje wspólny obszar psychiczny, w którym matka wnosi swoją reprezentację do relacji z dzieckiem. Daniel Stern uważa, że ta obserwacja otworzyła nową dziedzinę, jaką jest psychiatria niemowląt [15].

Celem psychoterapii małych dzieci, niezależnie od przyjętych podstaw teoretycznych, jest umożliwienie prawidłowego rozwoju ich możliwości emocjonalnych, intelektualnych i społecznych. Podstawowe znaczenie dla osiągnięcia celów terapii ma charakter (jakość)

związku emocjonalnego z matką. Korygowanie tego związku, gdy nie przebiega on prawidłowo, i jego optymalizacja dają szansę na spełnienie wytyczonych celów terapii.

Podstawą do opracowania programu terapii małego dziecka jest ocena jego rozwoju psychofizycznego, objawów psychopatologicznych, charakterystyka związku z matką oraz analiza sytuacji rodzinnej.

Pierwszy kontakt z dzieckiem pacjentem planowany jest jako rodzinne spotkanie diagnostyczne. Sesja rodzinna daje szansę oceny pozycji dziecka w rodzinie, sposobu komunikacji między członkami rodziny oraz relacji matka – dziecko [16]. Matka pełni szczególną rolę w terapii małego dziecka. W czasie sesji jest ona obserwatorem bądź aktywnym uczestnikiem. Każda sesja jest z nią omawiana. Terapeuta interpretuje zachowania dziecka, wyjaśnia ich symboliczne znaczenie. „Pokazuje” matce możliwość nowych form współdziałania z dzieckiem. Matka uczy się rozpoznawania sygnalizowanych przez dziecko potrzeb i ich zaspokajania. Powoli buduje poczucie zaufania i pewności w roli matki [16]. Bezpieczny kontakt terapeutyczny terapeuta – matka – dziecko jest podstawą efektywnego procesu terapeutycznego.

Martha Welch opracowała metodę *holding therapy*, która opiera się na założeniu, że jedną z podstawowych przyczyn autyzmu jest brak poczucia bezpieczeństwa dziecka w relacji z matką. Terapia holdingu wywodzi się z koncepcji etologicznych i nawiązuje do tych założeń psychoanalitycznych, które proces tworzenia się więzi pomiędzy matką i dzieckiem uważają za podstawowy dla dalszego rozwoju osobniczego [17].

Ze względu na ograniczony kontakt werbalny z małym dzieckiem, czy dzieckiem autystycznym, ważną rolę odgrywają formy pracy oparte na komunikacji niewerbalnej, takie jak: terapia zabawowa, muzykoterapia lub rysunek. Sformułowanie Winnicotta, że bawienie się jest terapią dało początek rozwojowi terapii poprzez zabawę [5, 18,19,20]. Stosowana jest ona w formie dyrektywnej lub niedyrektywnej, w zależności od orientacji teoretycznej terapeutów. Przykładem niedyrektywnej terapii zabawą jest metoda opracowana przez Wirginię Axline [5], oraz terapia w piaskownicy Margaret Lowenfeld [18]. Dyrektywne terapie zabawowe stosowane są w podejściu behawioralno-poznawczym. Terapeuta planuje i proponuje dziecku określoną, starannie przemyślaną aktywność zabawową, która przypomina zadanie [5].

Muzykoterapia wykorzystywana w terapii małych dzieci opiera się na założeniu, że elementy muzyki, takie jak dźwięk, jego intensywność i wibracja, a także rytm, tempo, barwa, są odniesieniem do cenestezyjnej komunikacji w życiu płodowym człowieka, czucia całym ciałem. Ta forma terapii znajduje zastosowanie już w życiu płodowym, w okresie noworodkowym i niemowlęcym. Muzyka odgrywa rolę matki, przedłużając jej biologiczną obecność [20].

Rysunek może być wykorzystany w psychoterapii od chwili, gdy tylko dziecko osiągnie wiek, w którym umie trzymać ołówek. W psychoterapii dzieci jest stosowany jako test diagnostyczny bądź jako forma pracy z dzieckiem. Przy tym drugim założeniu spełnia on ważne funkcje: jest komunikatem problemów, których dziecko nie jest w stanie sformułować, podlega interpretacji terapeuty, informuje o zachodzących zmianach w przebiegu terapii, inspiruje do podejmowania nowych form pracy i korekty programu terapeutycznego.

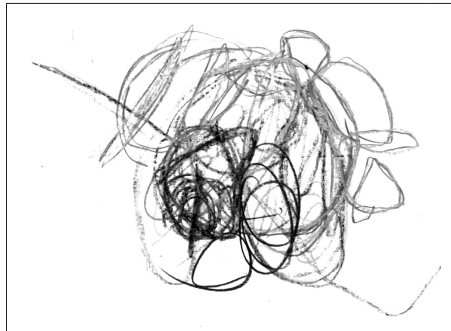
Rysunki dzieci autystycznych mają szczególne znaczenie dla klinicystów i terapeutów. Rozszyfrowanie kodu symboli, przekazywanych w ich komunikatach rysunkach, daje szansę dotarcia do ich zamkniętego świata.

Analiza rysunków Ani — dziecka autystycznego — przybliży zrozumienie ich znaczenia w prowadzonej terapii.

Ania rozwijała się prawidłowo do drugiego roku życia. Około 24. m.ż. pojawiły się pierwsze objawy autyzmu, które narastały bardzo szybko. Diagnozę autyzmu dziecięcego (F84.0) postawiono w trzecim roku życia. W obrazie klinicznym dominowały: utrata relacji z otoczeniem, brak reakcji na obecność lub odejście matki, utrata kontaktu wzrokowego, regres mowy, utrata zainteresowań, zabawy (skrawkami papieru, patyczkami) o stereotypowym charakterze. W zachowaniu Ani dominowały liczne stereotypy, bardzo precyzyjnie wykonywane.

Kompleksowy program terapeutyczny, opracowany dla Ani, obejmował różne metody i techniki pracy z małym dzieckiem (techniki behawioralne, edukacyjne, „pójście za dzieckiem”). Pracę rozpoczęto od sesji holdingu [17], w czasie której Ania broniła się przed kontaktem fizycznym; udawało się uchwycić kontakt wzrokowy. Aktywność matki i jej zaangażowanie w terapię było niezwykle ważne dla przebiegu procesu terapeutycznego. Dokładne zapiski matki dotyczące zachowania i reakcji Ani w różnych sytuacjach bardzo pomagały we wzbogacaniu programu terapii, ułatwiały ocenę słuszności stosowanych form pracy z dzieckiem. Rysunki Ani powstawały spontanicznie i odegrały ważną rolę w korygowaniu programu terapeutycznego, były inspiracją do podejmowania ważnych decyzji terapeutycznych.

Rysunek 1.
– bazgrota
Ania lat 3,8



Rysunek 1*, bazgrota, narysowany przez Anię w wieku trzech lat i ośmiu miesięcy. Zawiera on elementy charakterystyczne dla bazgroty dziecka autystycznego. Są to precyzyjne spirale, symbolizujące zamkniętą przestrzeń autystyczną. Spirala Ani jest kolorowa, dominuje czerń i czerwień, kolory, które symbolizują smutek, lęk i agresję, a także miłość. Większość autorów, którzy zajmują się analizą rysunków dzieci psychotycznych, wysuwa wątpliwość, czy dziecko autystyczne jest w stanie poprzez kolor wyrazić swoje emocje. Ważna wydaje się ocena kontekstu, w jakim powstał rysunek. Ania widząc kredki i papier podbiegała do stolika, kilkakrotnie odbiegała, była bardziej niespokojna, nasilała się stereotypie. Wybór kolorów nie wydaje się przypadkowy, próbowała bowiem jeszcze innych, zanim dokonała wyboru czerni i czerwieni. Czyżby wyrażały one lęk, smutek i bezradność wynikające z niemożności zrozumienia otaczającego świata? U małych dzieci agresja, której symbolem jest kolor czerwony, zazwyczaj związana jest z przeżywaniem

* Ze względów technicznych rysunki, w oryginale kolorowe, są wydrukowane jak czarno-białe (przyp. red.)

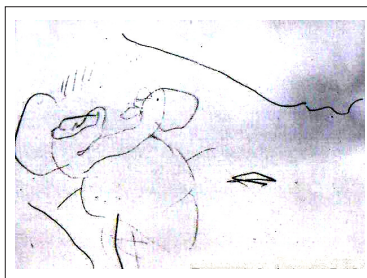
lęku. Być może kolorystyka pierwszego rysunku Ani wyrażała jej emocje — lęk, który zaburzał prawidłowe funkcjonowanie.

Około piątego roku życia pojawiły się pierwsze symptomy wychodzenia z autyzmu. Ania reagowała na obecność matki. Znacznie zmniejszyły się stereotypie. Pojawiły się echolaliczne wypowiedzi, a następnie pierwsze komunikaty werbalne takie, jak: „daj”, „nie” i wreszcie oczekiwane słowo „mama”. Zmienił się charakter zabaw Ani. Powróciła do starego misia, lalek, odchodząc od stereotypowych zabaw patyczkami i skrawkami papieru. W czasie holdingu, który matka nadal prowadziła, dziewczynka nie broniła się już przed kontaktem fizycznym, utrzymywała kontakt wzrokowy, czasem pojawiał się uśmiech. W tym czasie, wspólnie z matką, zaczęła podejmować drobne czynności domowe, w czasie których matka nazywała przedmioty czy produkty wykorzystywane do przygotowywania posiłków. Za samodzielne wykonanie zadania była nagroda, przy czym dziecku pozostawiano wybór nagrody. W czasie spacerów reagowała na obecność innych dzieci, choć nadal unikała bezpośredniego kontaktu z nimi.

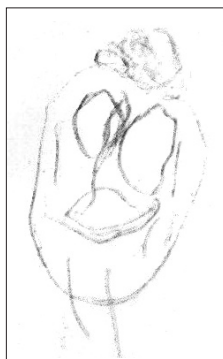
Wspólnie z matką podjęliśmy decyzję o włączeniu Ani do grupy przedszkolaków. Pierwsze dni w przedszkolu były bardzo trudne. Początkowo było to kilka minut, czas ten wydłużył się znacznie, gdy Ania zaczęła uczestniczyć w tych zajęciach, które były jej wcześniej znane (rytmika, rysowanie).

Spontaniczne rysunki, które pochodzą z okresu pobytu Ani w przedszkolu, ilustrują zachodzące w niej zmiany w odbiorze otoczenia i reakcji na te zmiany (rysunek 2 i 3).

Rysunek 2.
Ania lat 5,10



Rysunek 3.
Ania lat 6,2
„Grześ płacze”



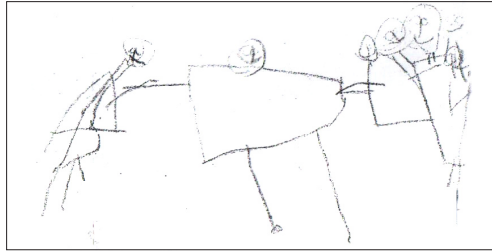
Ania „widzi” swoich rówieśników. Dostrzega reakcje emocjonalne u swego kolegi (rysunek „Grześ płacze”). Ten rysunek i komentarz Ani były sygnałem do pracy nad postrzeganiem emocji, ich nazywaniem i próbą oceny ich przeżywania. Pomocne w wyrażaniu

emocji były zabawy w teatrzyk z marionetkami. Ania uczestnicząc w nim, zaczęła coraz więcej mówić. Jej wypowiedzi miały charakter komunikatów adekwatnych do kontekstu sytuacji. Echolalia pojawiała się jedynie w sytuacjach dla Ani nowych i zapewne trudnych, bo nieznanymi.

Do programu terapii włączono zajęcia logopedyczne, nagrywano wypowiedzi dziecka, potem odtwarzano i stymulowano do prowadzenia dalszego dyskursu. Równolegle prowadzona była praca nad polepszeniem relacji z rówieśnikami, poprzez wspólne zabawy w domu Ani, w piaskownicy, w domach osób zaprzyjaźnionych z rodziną. Długi był etap pokonywania lęku przed innymi, prób uczestnictwa w zabawie i komunikowania się w czasie tych wspólnych działań.

Rysunek 4 ilustruje zmiany, jakie zaistniały w rozwoju umiejętności społecznych Ani. Dziewczynka znajduje się w środku, jest postacią centralną, ręce łączą ją z „innymi”, tworząc wspólnotę.

Rysunek 4.
Ania lat 6,2



Kolejny rysunek (5) to Ania z rodziną, a na nim, po raz pierwszy od czasu bazgroły, pojawia się kolor. Ania znajduje się pomiędzy ojcem i matką. Wyciągnięte ręce symbolizują wspólnotę. Poczucie wspólnoty, wyrażane poprzez uścisk rąk, przewijało się w wielu rysunkach Ani z tego okresu.

Rysunek 5.
Ania lat 7,8



Rysunek 6: Ania jest bezpieczna, zaistniała jako osoba.

Rysunek 6.
Ania lat 8

Analizując rysunki Ani należy zwrócić uwagę na fakt, że z poziomu bazgroły przeskoczyła ona do etapu rysunku zbliżonego do jej wieku rozwojowego. Jest to dość charakterystyczne dla dzieci autystycznych, u których dochodzi do poprawy funkcjonowania społecznego i emocjonalnego.

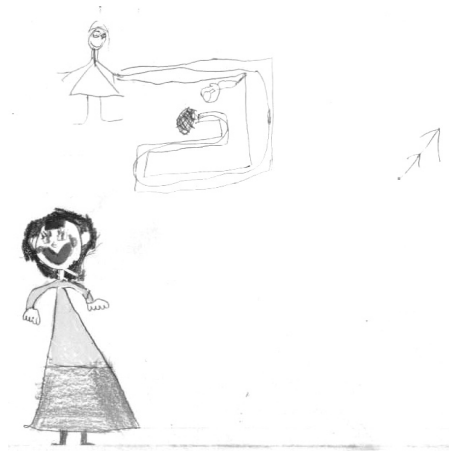
W ósmym roku życia Ania podjęła naukę w szkole podstawowej. Początek był bardzo trudnym etapem w jej życiu. Współpraca ze szkołą była ważnym obszarem programu terapeutycznego. Nauczyciele i uczniowie byli przygotowywani do przyjęcia koleżanki, której zachowanie było czasem dziwne, a wypowiedzi nie zawsze zrozumiałe dla rówieśników. Ta część programu terapeutycznego znacznie wykraczała poza ramy gabinetu terapeutycznego.

Rysunki 7 i 8 powstały za moją sugestią, w okresie wychodzenia Ani z autyzmu. Są one wykonane długopisem, ciemny kolor odpowiada treści zawartej w komentarzu Ani:

Rysunek 7.
Ania lat 12,9
Wspomnienia
z przedszkola i szkoły

„Byłam samotna w przedszkolu, króliczek (maskotka) był ze mną. Samotna byłam w szkole, samotna w ławce. Byłam zawsze sama, taka dziwna, dzieci nie chciały się ze mną bawić”. Pracując z dziećmi autystycznymi zastanawiamy się, jakie emocje ukryte są pod skorupą autystycznej bariery. Cytowana wypowiedź Ani uchyla rąbka tej tajemnicy.

Rysunek 8.
Wspomnienia z dzieciństwa
– labirynt



Rysunek 8 to kolejne wspomnienie z dzieciństwa. Zaskakuje symbolika i zawarta w niej treść. Jest to labirynt, który od strony wejścia zamknięty jest czarną kulą. Gdy wejdiesz, już nie masz wyjścia, musisz przejść przez skomplikowane meandry autystycznego świata. Ta kula przypomina opis pacjenta Francis Tustin, który tak określił swoje autystyczne dzieciństwo: „to była jedna wielka, czarna, kłująca dziura”. A więc czarna kula jako symbol autystycznego zamknięcia. Ania zwycięsko wychodzi z labiryntu, kolorowa, uśmiechnięta, pokonała ciemność i długą, pełną zasadzek drogę.

Obecnie Ania ma 21 lat, podjęła studia. Czuje się samotna, ma trudności z nawiązywaniem relacji z rówieśnikami, jej pragnienie bliskości z drugą osobą jest takie, jak innych dziewcząt w jej wieku.

Piśmiennictwo

1. Freud S. Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben (Der kleine Hans). W: Freud S. Studienausgabe, Band 8. Frankfurt: Fishret; 1969.
2. Freud S. Analiza fobii pięciolatka (mały Hans). Warszawa: Wydawnictwo Kr; 2000.
3. Kaye DL. Individual psychodynamic psychotherapy. W: Sadock B, Sadock V, red. Comprehensive textbook of psychiatry (eight edition). Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkinson; 2005.
4. Schier K. Psychoterapia psychoanalityczna. W: Namysłowska I, red. Psychiatria dzieci i młodzieży. Warszawa: PZWL; 2004.
5. Schier K. Psychoterapia dzieci i młodzieży. W: Grzesiuk L, red. Psychoterapia. Praktyka. Warszawa: WPiK ENETEIA; 2006.
6. Fonagy P, Target M. Child psychoanalysis. W: New Oxford textbook of psychiatry. Oxford University Press; 2000.
7. McFarland Salomon H. Rozwojowe podejście w psychologii analitycznej. Psychoter. 2002, 2 (121), 29–47.
8. Freedom I. Kliniczne zastosowanie teorii M. Klein i W. Biona. Psychoter. 1998, 4 (107), 26–37.
9. Melgaco Leal Silva AL. 100 lat psychoanalizy — 49 lat obserwacji niemowląt z matkami. Psychoter. 2000, 1 (112), 77–82.

10. Bowlby J. Attachment and loss. London: Pelican Books; 1969.
11. Senator D. Więż emocjonalna — poszukiwanie siebie w relacji z drugą osobą. Zeszyty Sekcji Psychologii Klinicznej Dziecka PTP, Warszawa, Wydawnictwo Emu, 2004; 15–30.
12. Shore AN. The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Ment. Health J.* 2001; 22; 7–66.
13. Shore AN. The effects of a early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Ment. Health J.* 2001; 22; 201–269.
14. Trevarthen C. Emotions in infancy: regulations of contacts and relationships with parents. W: Scherer K, Ekman P, red. *Approaches to emotion*. Hillsdale N. J: Erlbaum; 1984.
15. Kmita G. Od obrazu do znaczenia. Wykorzystanie analizy interakcji w terapii małych dzieci i ich rodzin. III Zeszyty Sekcji Psychologii Klinicznej Dziecka PTP. Warszawa, Wydawnictwo Emu, 2005, 59–72.
16. Jaklewicz H. Tak zwane emocje negatywne zachodzące w relacji między terapeutą, pacjentem dzieckiem i jego matką. *Psychoter.* 1995; 1 (92): 5–13.
17. Jaklewicz H. *Autyzm wczesnodziecięcy*. Gdańsk: GWP; 1993.
18. Müldner-Nieckowski Ł, Rutkowski K, *Terapia w piaskownicy*. *Psychoter.* 2005, 3 (134), 63–68.
19. Wallon Ph, Cambier A, Engelhart D, *Rysunek dziecka*. WSiP, Warszawa 1993,
20. Galińska E. *Muzykoterpia*. W: Grzebiuk L, red. *Psychoterapia. Teoria*. Warszawa: WPiK Eneteia; 2005.

Adres: Hanna Jaklewicz
ul. Ceynowy 3/3
80-321 Gdańsk-Oliwa

**Czasopismo internetowe
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego**

Psychiatria i Psychoterapia

(ISSN 1895-3166)

wydawane wyłącznie w postaci elektronicznej pod adresem
www.psychiatriapsychoterapia.pl

zaprasza Czytelników i Autorów

Czasopismo publikuje recenzowane prace oryginalne z zakresu psychiatrii i psychoterapii, prace pogładowe, kazuistyczne, doniesienia tymczasowe, spostrzeżenia kliniczne, problemy dyskusyjne, polemiki, listy do redakcji dotyczące prac publikowanych w czasopiśmie i problemów istotnych dla środowiska, notatki kronikarskie i informacyjne itp., omówienia książek, doniesienia konferencyjne (postery, slajdy) oraz wybrane tłumaczenia.

W czasopiśmie m.in.:

Sławomir Murawiec, Andrzej Mielecki

ZŁOŻONE ZACHOWANIA W CZASIE SNU (SPRZĄTANIE, GOTOWANIE,
PRZYJMOWANIE LEKÓW) PO WYŻSZYCH DAWKACH MIDAZOLAMU – OPIS
PRZYPADKU

Tom 3, Numer 2. Lato 2007

J. Scott Rutan, Anne Alonso i Ronald Molin

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU NIEOBECNOŚCI TERAPEUTÓW
GRUPOWYCH. SPOTYKAĆ SIĘ CZY NIE SPOTYKAĆ.

Tom 3, Numer 1. Wiosna 2007

adres e-mail redakcji: *molocko@poczta.fm*