NOWOSĄDECKIE FORUM NAUKOWE
DEBIUTY STUDENCKIE
Seria: PSYCHOLOGIA
TOM 1

Mechanizmy i strategie regulacji emocji

Mechanisms and strategies for emotion regulation

pod redakcją naukową
Joanny Felczak

WSB-NLU
NOWY SĄCZ
2026

Nowosądeckie Forum Naukowe

Debiuty Studenckie

Seria: Psychologia

Tom 1

J. Felczak (red.). (2026). Mechanizmy i strategie regulacji emocji

REDAKCJA I KOMITET WYDAWNICZY

https://wydawnictwo.clouda.edu.pl/

RECENZENT TOMU

dr Katarzyna Marchewka

OPRACOWANIE REDAKCYJNE I KOREKTA JĘZYKOWA

dr hab. Jadwiga Lizak, prof. WSB-NLU

dr Maria Sidor, prof. WSB-NLU

mgr inż. Marzena Totoś-Gutowska

OPRACOWANIE GRAFICZNE

Uzupełnienie……

PROJEKT OKŁADKI

Uzup. …..

Wydawnictwo WSB-NLU w Nowym Sączu

https://wydawnictwo.clouda.edu.pl/ e-mail: wydawnictwo@wsb-nlu.edu.pl

DOI: 10.66935/978-83-65926-22-7

ISBN 978-83-65926-13-5

eISBN 978-83-65926-22-7

Druk: …….

© 2026 Joanna Felczak. Autorzy. Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa – Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0). Treść licencji dostępna jest pod adresem: https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.pl Wydawca: Wyższa Szkoła Biznesu – National Louis University w Nowym Sączu. Użytkownikom wolno kopiować, rozpowszechniać, wykonywać, adaptować i wykorzystywać utwór, także komercyjnie, pod warunkiem wskazania autorów oraz udostępniania utworów zależnych na tej samej licencji.

SPIS TREŚCI / TABLE OF CONTENTS

Słowo wstępne od Redakcji

Wstęp

Sabrina Kowalczyk, Syndrom Dobrego Człowieka (SDC). Konceptualizacja przewlekłego wyczerpania opiekuńczo-wychowawczego w modelu biopsychospołecznym

Kamil Kowalski, Hipoteza samoleczenia w ADHD. Analiza związku między deficytami funkcji wykonawczych a wyborem substancji psychoaktywnej

Aleksandra Krawczak, Jak wysoko wrażliwi odbierają świat? Wrażliwość przetwarzania sensorycznego w kontekście różnic indywidualnych w podatności na stymulację oraz pojemności pamięci roboczej

Anna Sztejter, Ocena skuteczności działań terapeutycznych z udziałem koni w zaburzeniach psychicznych na podstawie wybranych badań przeprowadzonych w latach 2016-2026

Amelia Tyszczenko, Dobrostan emocjonalny uczniów szkoły podstawowej w perspektywie dwuletniego monitoringu. Wyniki badań z wykorzystaniem skali SLEC-15 w Zespole Szkolno-Przedszkolnym w Trzebieniu

Zakończenie

SŁOWO WSTĘPNE OD REDAKCJI

Nowosądeckie środowisko naukowe, skupione wokół WSB-NLU, przeżywa ostatnio empiryczne ożywienie. W celu nadania rangi tym badaniom, ale także by zintegrować środowisko naukowe i upowszechnić wyniki prac, uczelnia postanowiła stworzyć cykl monografii przeznaczony dla prezentowania badań. Obok prac doświadczonych badaczy zarówno ze środowiska Nowego Sącza, jak i z innych ośrodków naukowych, chcemy dać możliwość przedstawienia wyników badań adeptom nauki – studentom studiów licencjackich, magisterskich, doktorskich i młodym pracownikom akademickim. Mają na to szansę w tomie Debiuty. Projekt ma charakter otwarty, mogą w nim uczestniczyć wszyscy studenci studiów I, II, III stopnia, a także absolwenci WSB-NLU.

Prezentowany tom ma profil psychologiczny. Autorzy starają się przedstawić aktualne problemy współczesnej psychologii, oparte na rzetelnej wiedzy teoretycznej i badaniach. W tym tomie znajdują refleksję badawczą różne wątki, jak: problem ADHD, syndrom dobrego człowieka, wysoko wrażliwi, działania terapeutyczne z udziałem koni, dobrostan emocjonalny uczniów. Wszystkie te zagadnienia mają swoją reprezentację w szczegółowych aspektach danego tematu.

Tom ma strukturę bez podziału na części tematyczne[1]. Choć zbiór stanowi zaledwie kilka artykułów, to trafnie wpisuje się on w perspektywę badawczą dyscypliny. Ich wspólnym mianownikiem jest różnorodność tematów i wątków badawczych. To właśnie eksploracja różnych obszarów i nurtów psychologicznych jest kluczem do zrozumienia ludzkich zachowań oraz emocji. Różnorodność to nie tylko kategoria akademicka, która oznacza odmienne teorie, podejścia i metody badawcze, ale także kategoria egzystencjalna, która jest czynnikiem budującym doświadczenie człowieka i która wyznacza perspektywę interpretacji rzeczywistości.

W tym sensie poszczególne artykuły identyfikują odrębne zjawiska i jednocześnie budują profil tła dla jednostki w kontekście jej zdrowia psychicznego, życiowego doświadczenia, relacji społecznych oraz interpretacji świata. Różnorodność jest tu zatem wartością dodaną, co wypływa również z poglądu, że różnorodność jest koniecznością w

[1] Dla uporządkowania narracji tomu zastosowano zestaw zasad dotyczących formatowania tekstów naukowych – styl APA 7. Uwzględniono najważniejsze jego reguły, w tym sposób hierarchizacji treści, który to sposób odzwierciedla zróżnicowaną tematykę i różne podejście epistemologiczne autorów. Bibliograficznym źródłem odniesienia był podręcznik: Skimina, E., Harasimczuk, J., Cieciuch, J. (2022). *Podstawowe standardy edytorskie naukowych tekstów psychologicznych w języku polskim na podstawie reguł APA 7*. Wydawnictwo Lberi Libri.

psychologii, a nie tylko jednym z wariantów poszukiwania strategii radzenia sobie z wyzwaniami życia.

Ufamy, że prezentowane Debiuty przyczynią się do rozwoju polskich badań psychologicznych i będą ważnym głosem w dyskusji nad tym, jak po pierwsze – zrozumieć, po wtóre – jak opisać, a w rezultacie – jak wyjaśnić ludzkie zachowania oraz powiązane z nimi procesy poznawcze i biologiczne.

dr hab. Jadwiga Lizak, prof. WSB-NLU

dr Maria W. Sidor, prof. WSB-NLU

WSTĘP

Pierwszy artykuł naukowy pisze się tylko raz. Potem już tylko się go poprawia. Kto przeszedł tę drogę, wie, ile cierpliwości wymaga ona od autora, a ile od redaktorów i że obie strony wychodzą z niej trochę mądrzejsze. Pierwszy tom serii *Debiuty studenckie: Psychologia* jest zbiorem właśnie takich tekstów: napisanych, wielokrotnie poprawionych i, co najważniejsze, doprowadzonych do końca.

Seria powstała z potrzeby, którą zna chyba każdy, kto prowadził seminarium dyplomowe. Studenci przygotowują prace, w których są ciekawe pomysły, własne badania i sporo rzetelnej lektury. Po obronie większość z nich trafia do archiwum, gdzie „czyta" je już tylko system antyplagiatowy. Szkoda, bo wiele z tych prac zasługuje na szerszego odbiorcę, a ich autorzy na doświadczenie, jakim jest przygotowanie tekstu do druku. Z drugiej strony czasopisma naukowe rzadko otwierają się na debiutantów, bo oczekują dorobku, a dorobku nie da się zdobyć bez publikacji. Seria *Debiuty* ma to błędne koło przerwać i dać młodym ludziom w dyscyplinie psychologii miejsce, w którym mogą pokazać swoją pracę w trakcie studiów i tuż po nich, zanim codzienność zawodowa odsunie naukowe zainteresowania na dalszy plan.

Chodzi nam jednak o coś więcej niż o pierwszą pozycję w bibliografii. Pasja badawcza, która nie znajdzie ujścia, dość szybko gaśnie, natomiast ta, którą ktoś zauważy i doceni, ma szansę przerodzić się w nawyk stawiania pytań i szukania na nie odpowiedzi, a to chyba najlepsze, co studia mogą po sobie zostawić. Edukacja nie kończy się bowiem wraz z obroną dyplomu, a w psychologii kończy się bodaj najrzadziej, bo jej przedmiot, czyli człowiek, zmienia się szybciej niż podręczniki. Kto pracuje z ludźmi w gabinecie, w szkole, w szpitalu czy w organizacji, uczy się przez całe życie, czy tego chce, czy nie. Dlatego seria jest otwarta także dla absolwentów, którzy wracają na uczelnię z doświadczeniem zdobytym w praktyce i chcą je opisać.

Taki projekt dobrze pasuje do uczelni, która od początku stawiała na otwartość. Wyższa Szkoła Biznesu – National Louis University powstała w 1991 roku jako jedna z pierwszych niepublicznych uczelni w Polsce i od ponad trzech dekad łączy w Nowym Sączu kształcenie akademickie ze współpracą międzynarodową. Pierwszy tom *Debiutów* ukazuje się w roku, w którym uczelnia obchodzi 35-lecie. Psychologia zajmuje w jej ofercie coraz ważniejsze miejsce, a wraz z nią przybywa miejsc, w których wiedza przestaje być własnością jednej sali wykładowej: seminariów, konferencji, projektów badawczych i publikacji. Wydawnictwo WSB-NLU udostępnia serię na licencji Creative Commons, co ma znaczenie całkiem

praktyczne: tekst przygotowany w Nowym Sączu może przeczytać, zacytować i wykorzystać w pracy nauczyciel w Trzebieniu, terapeuta w Krakowie czy student w Lublinie. Uczelnia staje się w ten sposób przestrzenią wymiany wiedzy.

Tom zawiera pięć artykułów ułożonych w porządku alfabetycznym nazwisk autorów. Nie dzieliliśmy go na części, bo przy tej liczbie tekstów byłby to podział nieco na wyrost. Warto natomiast zauważyć, że każdy z nich dotyka problemu, o którym w psychologii ostatnich lat dużo się dyskutuje. Światowa Organizacja Zdrowia przypomina, że potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego są ogromne, a odpowiedź systemów opieki wciąż za nimi nie nadąża. Autorzy tego tomu przyglądają się kilku miejscom, w których ta rozbieżność jest szczególnie widoczna.

Sabrina Kowalczyk proponuje pojęcie Syndromu Dobrego Człowieka. Opisuje nim przewlekłe wyczerpanie osób, które długo opiekują się innymi: w rodzinie, w pracy, a często w obu tych miejscach naraz. Autorka zestawia trójwymiarowy model wypalenia Maslach, ujęcie wypalenia w klasyfikacji ICD-11, koncepcję obciążenia alostatycznego i model wymagań–zasobów, a na tej podstawie buduje ramę biopsychospołeczną. Proponuje też arkusz autorefleksji, zastrzegając uczciwie, że nie jest to narzędzie diagnostyczne. Temat trafia w czuły punkt, bo – jak pisze autorka na podstawie źródeł – badania prowadzone w 42 krajach pokazały, że wypalenie rodzicielskie występuje na całym świecie, a w kulturach indywidualistycznych jest wyraźnie częstsze.

Kamil Kowalski podejmuje temat współwystępowania ADHD i uzależnień, patrząc na nie przez pryzmat hipotezy samoleczenia Edwarda Khantziana. Na podstawie opisów przypadków dostępnych w literaturze pokazuje, że wybór substancji psychoaktywnej nie musi być przypadkowy i może wiązać się z profilem deficytów funkcji wykonawczych. Nie jest to problem niszowy, skoro, jak podkreśla autor, według metaanalizy obejmującej pacjentów leczonych z powodu uzależnień mniej więcej co czwarty z nich spełnia kryteria ADHD.

Aleksandra Krawczak przeprowadziła eksperyment z udziałem 209 osób. Sprawdzała, jak osoby o wysokiej wrażliwości przetwarzania sensorycznego reagują na materiał filmowy o niskiej i wysokiej stymulacji oraz czy ta wrażliwość wiąże się z pamięcią roboczą. Okazało się, że różnicuje ona poziom pobudzenia, ale nie przekłada się bezpośrednio na wyniki zadania pamięciowego. Taki częściowo negatywny wynik też jest wynikiem, i to cennym, ponieważ koncepcja wysokiej wrażliwości od lat cieszy się dużą popularnością poza nauką, a badacze wciąż porządkują jej teoretyczne i pomiarowe podstawy.

Anna Sztejter przygotowała przegląd badań nad oddziaływaniami terapeutycznymi z udziałem koni u osób z zaburzeniami psychicznymi, opublikowanych w latach 2016-2026. Spośród 75 przejrzanych tytułów i streszczeń do analizy włączyła 35 prac. Obraz, który się z nich wyłania, jest zachęcający, ale niejednolity: najmocniejsze dowody dotyczą osób w spektrum autyzmu, najwięcej badań przeprowadzono z udziałem osób z PTSD, a w przypadku depresji, schizofrenii czy uzależnień danych jest wciąż niewiele. Podobnie, ostrożne wnioski, jak pokazuje w artykule autorka, formułują autorzy niedawnej metaanalizy badań z udziałem weteranów. Autorka nie uległa więc urokowi tematu, a w pracy przeglądowej to umiejętność bezcenna.

Amelia Tyszczenko przedstawia wyniki dwuletniego monitoringu dobrostanu uczniów klas IV–VIII w Zespole Szkolno-Przedszkolnym w Trzebieniu, prowadzonego z użyciem skali SLEC-15. W ostatnim pomiarze 13% uczniów wymagało pomocy, a 60% obserwacji, przy czym w jednej z klas odsetek uczniów wymagających pomocy sięgnął 40%. To dane z jednej szkoły, ale dobrze wpisują się w szerszy obraz. U ponad jednej trzeciej osób z zaburzeniami psychicznymi, jak podkreśla a autorka, pierwsze objawy pojawiają się przed 14. rokiem życia, a u blisko połowy przed 18. Szkoła jest więc często pierwszym miejscem, w którym można je zauważyć, a zdrowie psychiczne młodzieży coraz wyraźniej wychodzi poza gabinety i staje się przedmiotem polityki publicznej.

Na ile te teksty odpowiadają na problemy współczesnej psychologii? Wydaje się, że w dużym stopniu, choć każdy robi to na swoją miarę. Nie wszystkie są empiryczne i nie wszystkie wnioski są ostateczne, ale debiut ma prawo do ostrożności, a nawet powinien z tego prawa korzystać.

Dziękuję recenzentce tomu, dr Katarzynie Marchewce, a autorom gratuluję odwagi. Czytelników proszę o to, o co zawsze prosi się przy debiutach, o życzliwość.

dr Joanna Felczak

Sabrina Kowalczyk
email: sabrina.terapeutka.srodowiskowa@gmail.com
ORCID: 0009-0008-6488-7620
Wyższa Szkoła Biznesu – National Louis University

Syndrom Dobrego Człowieka (SDC). Konceptualizacja przewlekłego wyczerpania opiekuńczo-wychowawczego w modelu biopsychospołecznym

Good Person Syndrome (GPS): Conceptualization of Chronic Caregiver Burnout in a Biopsychosocial Model

DOI: 10.66935/978-83-65926-22-7.1

© 2025 Sabrina Kowalczyk
Praca opublikowana na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa – Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0).
Treść licencji dostępna jest pod adresem: https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.pl

Cytuj jako: Kowalczyk, S. (2026). Syndrom Dobrego Człowieka (SDC). Konceptualizacja przewlekłego wyczerpania opiekuńczo-wychowawczego w modelu biopsychospołecznym. W: J. Felczak (red.), *Mechanizmy i strategie regulacji emocji* (T. 1). (s. 1-). Wydawnictwo WSB-NLU.

Streszczenie: Celem artykułu jest konceptualizacja Syndromu Dobrego Człowieka (SDC) jako autorskiej propozycji ujęcia przewlekłego wyczerpania opiekuńczo-wychowawczego, wykraczającego poza ramy tradycyjnie ujmowanego wypalenia zawodowego. Artykuł ma charakter teoretyczno-analityczny i opiera się na integracji literatury z zakresu psychologii rozwoju człowieka, psychobiologii stresu oraz ugruntowanych modeli wypalenia, w szczególności trójwymiarowego modelu Maslach i Jackson, klasyfikacji ICD-11 (QD85), koncepcji obciążenia alostatycznego oraz modeli Wymagań–Zasobów (JD-R) i równowagi ryzyk i zasobów (BR²). SDC przedstawiono jako propozycję ramy pojęciowej, w której komponenty wypalenia – wyczerpanie emocjonalne, dystans emocjonalny oraz obniżone poczucie dokonań – mogą manifestować się w kontekście długotrwałych obciążeń rodzinnych, relacyjnych i społecznych. Zaproponowany model biopsychospołeczny ujmuje SDC jako potencjalny rezultat dynamicznej interakcji czynników biologicznych (możliwa dysregulacja osi podwzgórze–przysadka–nadnercza, konsekwencje chronicznego stresu), psychologicznych (praca emocjonalna, obciążenie poznawcze, utrwalone schematy i zniekształcenia poznawcze) oraz strukturalnych (wysokie wymagania przy ograniczonych zasobach wsparcia). W artykule zaproponowano także autorską ramę autorefleksji, której celem jest wspieranie samoświadomości i analizy własnego funkcjonowania w rolach opiekuńczych. Ograniczeniem pracy jest jej teoretyczny charakter oraz brak danych empirycznych, co wskazuje na potrzebę dalszych badań ilościowych, podłużnych i walidacyjnych.

Abstract: The aim of this article is to conceptualize the Good Person Syndrome (GPS) as an original conceptual approach to chronic caregiver burnout that extends beyond the professional domain

traditionally associated with burnout. The study adopts a theoretical and analytical approach, integrating research from developmental psychology, stress psychobiology, and established burnout frameworks, including the three-dimensional model proposed by Maslach and Jackson, the ICD-11 classification (QD85), the allostatic load framework, and the Job Demands–Resources (JD-R) and Balance between Risks and Resources (BR^2) models. GPS is proposed as a conceptual framework in which burnout components—emotional exhaustion, emotional distancing, and reduced personal accomplishment—may emerge in the context of prolonged family-based, relational, and societal caregiving demands. A biopsychosocial model is proposed to explain GPS as a potential outcome of dynamic interactions between biological factors (possible hypothalamic–pituitary–adrenal axis dysregulation and chronic stress), psychological processes (emotional labor, cognitive load, and maladaptive cognitive schemas), and structural conditions characterized by high demands and insufficient resources. The article also introduces an original self-reflection framework intended to support awareness and analysis of individual experiences of caregiving overload, without diagnostic or screening functions. As a theoretical contribution, the study is limited by the absence of empirical data and highlights the need for future quantitative, longitudinal, and validation-oriented research.

Słowa kluczowe: Syndrom Dobrego Człowieka; wypalenie opiekuńcze; wypalenie wychowawcze; model biopsychospołeczny; praca emocjonalna; obciążenie alostatyczne; oś HPA

Keywords: Good Person Syndrome; caregiver burnout; parenting burnout; biopsychosocial model; emotional labor; allostatic load; HPA axis

Wprowadzenie

Przeciążenie osób pełniących funkcje opiekuńcze i pomocowe stanowi istotny problem psychospołeczny. Badania nad wypaleniem zawodowym i rodzicielskim wskazują, że długotrwałym wymaganiom związanym z troską o innych może towarzyszyć wyczerpanie emocjonalne (Maslach i Jackson, 1981; Mikolajczak i in., 2023). Szerszy kontekst tych zależności tworzą badania nad kosztami chronicznego stresu dla zdrowia psychicznego i fizycznego (McEwen i Akil, 2020). W niniejszym artykule pojęcia przeciążenie i wyczerpanie traktowane są jako powiązane elementy jednego procesu, w którym długotrwałe wymagania prowadzą do stopniowej utraty zasobów adaptacyjnych. Przeciążenie to dotyczy szerokiego spektrum ról społecznych, w tym rodziców, nauczycieli, pedagogów, terapeutów, opiekunów osób starszych i przewlekle chorych, a także osób funkcjonujących w warunkach nakładania się ról rodzinnych i zawodowych, określanych w literaturze jako zjawisko podwójnego obciążenia (dual burden).

Z perspektywy psychologii rozwoju człowieka, a w szczególności w ujęciu rozwoju w ciągu życia (life-span), rozwój nie jest procesem wyłącznie progresywnym, lecz wielokierunkowym i dynamicznym, obejmującym zarówno wzrost kompetencji, jak i okresowe regresje funkcjonalne wynikające z przeciążenia zasobów adaptacyjnych lub niekorzystnych warunków środowiskowych. Perspektywa rozwoju w ciągu życia akcentuje wielokierunkowość zmian w dorosłości (Trempała, 2011). W tym kontekście przyjmuje się autorską hipotezę, że w Syndromie Dobrego Człowieka (SDC) przewlekłe obowiązki opiekuńcze oraz wysokie

wymagania moralne i społeczne mogą prowadzić do stopniowego wyczerpania zasobów psychicznych i biologicznych, a także do naruszenia równowagi między potrzebami własnymi a oczekiwaniami otoczenia.

Istotne jest podkreślenie, że SDC nie stanowi cechy osobowości ani trwałego stylu funkcjonowania, lecz jest tu ujmowany jako stan wyczerpania rozwijający się w określonych warunkach systemowych i relacyjnych. Zjawisko to nie może być zatem redukowane do indywidualnych predyspozycji, takich jak altruizm czy wysoka wrażliwość, lecz wymaga ujęcia uwzględniającego współdziałanie czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Takie podejście pozwala uniknąć indywidualizacji odpowiedzialności za wyczerpanie i przesuwa akcent z „deficytów jednostki" na analizę warunków, w których funkcjonuje.

Zarysowany kontekst uzasadnia potrzebę opracowania nowej, wielowymiarowej konceptualizacji Syndromu Dobrego Człowieka, lokującej to zjawisko w dynamicznej interakcji mechanizmów biologicznych, procesów psychologicznych oraz uwarunkowań społeczno-kulturowych. Celem niniejszego artykułu jest konceptualizacja SDC w ramach holistycznego modelu biopsychospołecznego oraz umiejscowienie go w obszarze stosowanej psychologii rozwojowej, jako narzędzia teoretycznego służącego lepszemu rozumieniu kosztów przewlekłego przeciążenia opiekuńczo-wychowawczego.

Problematyka przewlekłego przeciążenia opiekuńczego

Istniejące ujęcia przeciążenia i wyczerpania w literaturze

Zjawisko przewlekłego przeciążenia i wyczerpania było dotychczas opisywane w literaturze naukowej z wykorzystaniem kilku odrębnych, częściowo nakładających się koncepcji, które koncentrują się na wybranych aspektach doświadczenia jednostki funkcjonującej w warunkach długotrwałych wymagań. Najbardziej ugruntowanym ujęciem pozostaje koncepcja wypalenia (burnout), rozwijana pierwotnie w kontekście zawodowym. Klasyczny trójwymiarowy model wypalenia opisuje wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację oraz obniżone poczucie dokonań osobistych (Maslach i Jackson, 1981), jednak jego zakres odniesienia ogranicza się głównie do relacji pomocowych realizowanych w ramach pracy.

Rozszerzeniem tej perspektywy jest koncepcja wypalenia rodzicielskiego (parental burnout), która opisuje wyczerpanie wynikające z chronicznych wymagań związanych z pełnieniem roli rodzica (Roskam i in., 2017; Roskam i in., 2021). Badania w tym obszarze wskazują, że wypalenie rodzicielskie jest powiązane z wypaleniem zawodowym, ale pozostaje odrębnym konstruktem (Mikolajczak i in., 2023), przy czym kontekst obciążeń dotyczy sfery życia rodzinnego, a nie środowiska pracy. Ujęcie to, choć istotne, pozostaje jednak ograniczone do jednej specyficznej roli opiekuńczej.

W literaturze funkcjonuje również pojęcie zmęczenia współczuciem (compassion fatigue), odnoszące się do kosztów empatycznego zaangażowania w pomoc osobom doświadczającym cierpienia. Figley (2002) ujmuje je w związku z wtórnym stresem

traumatycznym i wskazuje na znaczenie długotrwałej ekspozycji na cierpienie oraz ograniczonych możliwości zadbania o siebie. Ujęcie to stanowi ważny punkt odniesienia dla analizy kosztów pomagania; w niniejszym artykule rozważa się również obciążenia opiekuńcze niezwiązane bezpośrednio z traumą.

Kolejnym istotnym nurtem jest analiza pracy emocjonalnej (emotional labor), która opisuje konieczność regulowania i zarządzania własną ekspresją emocjonalną w celu spełnienia norm roli zawodowej (Hochschild, 1983). Ujęcie to ukazuje koszty regulowania emocji w relacjach z innymi. W proponowanej ramie SDC perspektywę tę zestawia się z poznawczymi i fizjologicznymi konsekwencjami długotrwałego obciążenia.

W ostatnich latach coraz większą uwagę poświęca się także obciążeniu poznawczemu (mental load), rozumianemu jako niewidzialna praca planowania, organizowania i monitorowania zadań oraz potrzeb innych osób (Daminger, 2019). Koncepcja ta uwypukla poznawczy wymiar pracy domowej i opiekuńczej, co uzasadnia uwzględnienie jej w proponowanym zestawieniu perspektyw stresu i wyczerpania.

Powyższe ujęcia dostarczają istotnych, lecz fragmentarycznych opisów doświadczenia przeciążenia. Każde z nich koncentruje się na wybranym wymiarze funkcjonowania lub specyficznym kontekście roli, co prowadzi do rozproszenia terminologicznego i konceptualnego. Na podstawie omawianych prac autorka dostrzega potrzebę łącznego rozpatrywania biologicznych, psychologicznych i społecznych aspektów przewlekłego wyczerpania w różnych rolach. Jest to wniosek z przeglądu narracyjnego, który nie pozwala stwierdzić, że podobnych ram pojęciowych nie zaproponowano w innych publikacjach. Wyniki badań prowadzonych w Polsce wskazują, że rodzice dzieci z niepełnosprawnościami i chorobami przewlekłymi uzyskali wyższe wyniki ogólnego wypalenia rodzicielskiego, kontrastu z wcześniejszym obrazem siebie jako rodzica oraz przesytu rolą rodzicielską niż rodzice dzieci rozwijających się typowo. Różnice w wyczerpaniu i dystansie emocjonalnym nie były istotne statystycznie, a wielkości efektów były niewielkie (Dzielińska i in., 2023).

Psychospołeczny charakter przeciążenia – perspektywa kliniczna i rozwojowa

W polskiej tradycji psychologii klinicznej i psychologii zdrowia doświadczenie przewlekłego przeciążenia ujmowane jest przede wszystkim w kategoriach stresu psychospołecznego, którego konsekwencje wykraczają poza sferę subiektywnego dyskomfortu, obejmując funkcjonowanie emocjonalne, poznawcze i somatyczne jednostki. Badania prowadzone w tym nurcie podkreślają, że długotrwałe obciążenie wynikające z wymagań środowiskowych stanowi istotny czynnik ryzyka pogorszenia zdrowia psychicznego, szczególnie w sytuacjach niedoboru zasobów i wsparcia społecznego (Heszen i Sęk, 2007).

Heszen i Sęk (2007) wskazują, że kluczowe znaczenie dla rozwoju negatywnych konsekwencji stresu ma nie tylko intensywność oddziaływań stresowych, lecz także ich chroniczny charakter oraz subiektywna ocena dostępności zasobów. W tym ujęciu stres psychospołeczny nie jest wyłącznie reakcją na pojedyncze zdarzenia, lecz procesem rozciągniętym w czasie, silnie powiązanym z kontekstem relacyjnym i społecznym. W analizie

przeciążenia istotne są także sposoby radzenia sobie, które mogą modyfikować jego związek z funkcjonowaniem jednostki.

Istotnym uzupełnieniem tej perspektywy jest podejście uwzględniające różnice indywidualne w reagowaniu na stres, reprezentowane w polskiej psychologii przez prace Jana Strelaua (2006). Na podstawie tego ujęcia można przypuszczać, że podatność na przeciążenie może zależeć m.in. od cech temperamentalnych i mechanizmów regulacyjnych jednostki. Oznacza to, że przy porównywalnym poziomie wymagań środowiskowych różne osoby mogą doświadczać przeciążenia w odmienny sposób i z różną intensywnością, co podważa uproszczone, normatywne interpretacje wyczerpania.

Perspektywa psychologii rozwoju w ciągu życia dostarcza dodatkowego kontekstu interpretacyjnego dla analizy przeciążenia opiekuńczego. Trempała (2011) podkreśla, że rozwój człowieka w dorosłości ma charakter wielokierunkowy i dynamiczny, a zmiany funkcjonowania nie ograniczają się do progresji. W odniesieniu do SDC można postawić hipotezę czasowej regresji funkcjonalnej, rozumianej jako czasowe obniżenie efektywności adaptacyjnej w odpowiedzi na kumulację obciążeń i ograniczoną dostępność zasobów. W proponowanym ujęciu oznacza ona obniżenie sprawności funkcjonowania pod wpływem przeciążenia, a nie stwierdzone uszkodzenie struktur czy rozpoznanie kliniczne.

Zestawienie perspektywy stresu psychospołecznego, różnic indywidualnych oraz rozwoju w ciągu życia pozwala osadzić doświadczenie przeciążenia w szerokim kontekście klinicznym i rozwojowym. Jednocześnie zestawienie omawianych polskich publikacji stanowi dla autorki punkt wyjścia do próby integracji tych wątków w odniesieniu do przewlekłego przeciążenia wynikającego z ról opiekuńczych i pomocowych, realizowanych poza jednoznacznym kontekstem zawodowym. Zakres tej analizy nie pozwala jednak rozstrzygnąć o istnieniu luki w całej literaturze przedmiotu.

Luka pojęciowa w istniejących ujęciach

Pomimo rozwoju badań nad stresem, wypaleniem oraz obciążeniem opiekuńczym przeprowadzona analiza wybranych publikacji wskazuje na możliwą lukę pojęciową w opisie doświadczenia przewlekłego przeciążenia osób funkcjonujących w rolach pomocowych i opiekuńczych. Dotychczasowe koncepcje dostarczają wartościowych, lecz fragmentarycznych wyjaśnień, koncentrując się zazwyczaj na wybranych wymiarach funkcjonowania lub określonych kontekstach ról społecznych.

Jednym z wyzwań wynikających z zestawienia omawianych ujęć jest połączenie biologicznych, psychologicznych i społecznych aspektów przeciążenia. W proponowanej ramie SDC konsekwencje emocjonalne i poznawcze rozpatruje się łącznie z fizjologicznymi kosztami chronicznego stresu oraz z uwarunkowaniami systemowymi, takimi jak dostępność wsparcia, normy kulturowe czy organizacja ról społecznych. Celem jest wspólna analiza procesów, które w doświadczeniu jednostki mogą pozostawać ze sobą ściśle splecione.

Kolejne wyzwanie dotyczy łącznego rozpatrywania obciążeń związanych z różnymi rolami. Przywołane modele wypalenia zawodowego i rodzicielskiego odnoszą się do określonych kontekstów, natomiast proponowana rama SDC skupia uwagę na sytuacjach, w

których obciążenia te nakładają się i kumulują. Jednoczesne pełnienie wielu ról wymagających zaangażowania emocjonalnego, poznawczego i czasowego może sprzyjać przeciążeniu o charakterze wielowymiarowym. Uchwycenie tej kumulatywności doświadczeń stanowi jeden z celów niniejszej propozycji.

W niniejszym artykule poszukuje się również języka opisu doświadczeń opiekuńczych realizowanych poza formalnymi kategoriami zawodowymi lub rodzicielskimi. Osoby pełniące role pomocowe w rodzinie, w relacjach nieformalnych lub w kontekstach społecznych mogą potrzebować pojęć pozwalających nazwać ich doświadczenie bez odwoływania się do diagnoz klinicznych lub kategorii stricte zawodowych. Przydatność proponowanej ramy SDC do rozumienia własnego stanu i komunikacji z profesjonalistami pozostaje założeniem wymagającym weryfikacji.

Przyjęte rozpoznanie możliwej luki pojęciowej ma także znaczenie dla rozważań nad praktyką kliniczną i psychoedukacyjną. Koncentracja wyłącznie na indywidualnych trudnościach w radzeniu sobie lub na pojedynczych obszarach życia może prowadzić do pomijania systemowych uwarunkowań wyczerpania. Integrująca rama pojęciowa mogłaby wspierać tworzenie narracji psychoedukacyjnych, które uwzględniają te uwarunkowania i pozwalają opisywać doświadczenie przeciążenia bez jego patologizacji. Jest to przewidywana funkcja koncepcji, a nie wynik badań nad jej zastosowaniem.

Dostrzeżona w ramach niniejszej analizy potrzeba integracji wskazuje zatem na potrzebę podejścia, które pozwalałoby łączyć rozproszone dotąd perspektywy oraz opisywać przewlekłe przeciążenie w sposób adekwatny do współczesnych realiów funkcjonowania jednostki. Ta potrzeba stanowi punkt wyjścia do dalszych rozważań prowadzonych w niniejszym artykule.

Syndrom Dobrego Człowieka jako integrująca rama pojęciowa

W odpowiedzi na opisaną potrzebę integracji perspektyw niniejszy artykuł proponuje ujęcie określane jako Syndrom Dobrego Człowieka (SDC). Należy jednoznacznie podkreślić, że SDC nie stanowi nowej jednostki diagnostycznej, nie jest kategorią nozologiczną ani propozycją rozszerzenia obowiązujących klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Nie aspiruje również do zastąpienia istniejących koncepcji wypalenia czy stresu chronicznego.

SDC nie jest alternatywą dla koncepcji wypalenia (burnout), lecz ramą, która pozwala uporządkować i zintegrować istniejące ujęcia opisujące różne aspekty przewlekłego wyczerpania. W tym sensie SDC nie konkuruje z dotychczasowymi modelami, takimi jak wypalenie zawodowe, wypalenie rodzicielskie, zmęczenie współczuciem, praca emocjonalna czy obciążenie poznawcze, lecz umożliwia ich wspólne odczytanie w szerszym kontekście biopsychospołecznym.

Proponowana rama pojęciowa koncentruje się na wspólnym mianowniku tych ujęć, jakim jest długotrwałe funkcjonowanie w warunkach podwyższonych wymagań przy ograniczonej dostępności zasobów. Ujęcie to pozostaje spójne z modelem równowagi między ryzykami a zasobami (Balance between Risks and Resources, BR[2]), opracowanym dla wypalenia rodzicielskiego, zgodnie z którym wypalenie rodzicielskie rozwija się w warunkach

chronicznej przewagi czynników ryzyka nad zasobami ochronnymi, prowadzącej do nierównowagi ryzyk i zasobów (Mikolajczak i Roskam, 2018). W proponowanym ujęciu SDC pozwala opisać doświadczenie przeciążenia niezależnie od tego, czy realizuje się ono w kontekście pracy zawodowej, rodziny, relacji opiekuńczych czy ich nakładania się. Dzięki temu możliwe staje się uchwycenie procesów, które w przywołanych ujęciach rozpatrywane są z różnych perspektyw.

Wartość konceptualna SDC polega na integracji perspektywy biologicznej (koszty fizjologiczne chronicznego stresu), psychologicznej (mechanizmy regulacji emocji, tożsamości i sensu) oraz społecznej (uwarunkowania ról, norm i wsparcia). Takie ujęcie umożliwia spójny opis doświadczenia wyczerpania bez redukowania go do jednego wymiaru funkcjonowania.

Z perspektywy klinicznej rama SDC może sprzyjać lepszemu rozumieniu doświadczeń osób zgłaszających objawy wyczerpania, które nie mieszczą się jednoznacznie w kategoriach wypalenia zawodowego lub rodzicielskiego. Może ona ułatwiać prowadzenie rozmowy klinicznej i diagnostycznej z większą wrażliwością na kontekst życia pacjenta, bez konieczności natychmiastowego odwoływania się do kategorii patologii. Istotna jest również wartość psychoedukacyjna SDC. Rama ta dostarcza języka pozwalającego nazwać doświadczenie przewlekłego przeciążenia w sposób nienormatywny i niepatologizujący, co może sprzyjać normalizacji przeżyć, zwiększeniu samoświadomości oraz poszukiwaniu adekwatnych form wsparcia. W tym sensie SDC pełni funkcję narzędzia porządkującego i wyjaśniającego, a nie etykietującego.

Tak rozumiany Syndrom Dobrego Człowieka stanowi propozycję konceptualną, której celem jest ułatwienie analizy i komunikacji wokół zjawiska przewlekłego przeciążenia opiekuńczego, osadzonego w realiach współczesnego funkcjonowania psychospołecznego.

Znaczenie problemu we współczesnym kontekście psychospołecznym

Znaczenie problematyki przewlekłego przeciążenia opiekuńczego należy rozpatrywać w kontekście współczesnych przemian psychospołecznych, które sprzyjają nakładaniu się ról i chronicznemu obciążeniu jednostek. Wzrost wymagań zawodowych, rodzinnych i emocjonalnych, przy jednoczesnym rozmyciu granic pomiędzy sferą pracy, życia prywatnego i relacji opiekuńczych, może sprawiać, że przeciążenie przestaje mieć charakter epizodyczny, a staje się trwałym elementem codziennego funkcjonowania. W niniejszym artykule jest to przesłanka proponowanej konceptualizacji, a nie wniosek z pomiaru rozpowszechnienia SDC.

W ostatnich latach problem przewlekłego przeciążenia opiekuńczego stał się przedmiotem intensywnych badań międzynarodowych, obejmujących czynniki ryzyka, zasoby ochronne oraz konsekwencje wypalenia rodzicielskiego (Mikolajczak i in., 2023).

Istotnym czynnikiem pogłębiającym to zjawisko pozostaje deficyt wsparcia systemowego. Praca opiekuńcza i emocjonalna może być realizowana w sposób nieformalny, słabo widoczny społecznie i przy ograniczonej dostępności pomocy instytucjonalnej. W konsekwencji odpowiedzialność za radzenie sobie z obciążeniem może być przenoszona na jednostkę, co w proponowanym ujęciu może sprzyjać internalizacji trudności oraz poczuciu indywidualnej winy za doświadczane wyczerpanie.

Równolegle można rozważać hipotezę normalizacji wyczerpania jako społecznie akceptowalnego kosztu zaangażowania, troski i „dobrego funkcjonowania". Przewlekłe zmęczenie, brak regeneracji oraz przeciążenie emocjonalne bywają traktowane jako naturalne elementy ról opiekuńczych i pomocowych, co utrudnia ich adekwatne rozpoznanie i ogranicza gotowość do poszukiwania wsparcia.

W tym kontekście coraz wyraźniej zaznacza się potrzeba zmiany paradygmatu interpretacyjnego – od patologizacji indywidualnych reakcji do rozumienia przeciążenia jako efektu określonych warunków psychospołecznych. Taka perspektywa umożliwia przesunięcie punktu ciężkości z pytania „co jest nie tak z jednostką?" na pytanie „w jakich warunkach funkcjonuje?", co stanowi istotne tło dla dalszych analiz prowadzonych w niniejszym artykule.

Umocowanie Syndromu Dobrego Człowieka w modelach klinicznych – uwarunkowania chronicznego przeciążenia

Od burnout ICD-11 do przewlekłego wyczerpania opiekuńczego

Konceptualizacja Syndromu Dobrego Człowieka (SDC) wymaga odniesienia do istniejących modeli klinicznych i teoretycznych, które stanowią podstawę naukowego rozumienia zjawisk wyczerpania. Najbardziej sformalizowanym punktem odniesienia pozostaje klasyfikacja wypalenia zawarta w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11), w której wypalenie zawodowe (burnout) zostało sklasyfikowane pod kodem QD85 jako zjawisko związane z pracą, a nie jako jednostka chorobowa (World Health Organization [WHO], 2019). W ujęciu ICD-11 wypalenie definiowane jest poprzez trzy zasadnicze komponenty: (1) poczucie wyczerpania, (2) zwiększony dystans mentalny wobec wykonywanej pracy lub negatywne, cyniczne postrzeganie obowiązków oraz (3) obniżone poczucie skuteczności i efektywności zawodowej.

Choć ujęcie to stanowi istotny krok w systematyzacji problematyki wypalenia, jego zakres pozostaje ograniczony do kontekstu zawodowego. Definicja ICD-11 nie obejmuje wprost wyczerpania wynikającego z długotrwałego sprawowania opieki w kontekstach nieformalnych, takich jak rodzina, relacje partnerskie czy opieka nad osobami zależnymi. Ograniczenie to rodzi zasadnicze pytanie badawcze: czy mechanizmy leżące u podstaw wypalenia różnią się w zależności od tego, czy obciążenie ma charakter zawodowy, czy też dotyczy ról opiekuńczych realizowanych poza rynkiem pracy?

Punktem odniesienia dla tego pytania jest trójwymiarowy model wypalenia zawodowego opracowany przez Maslach i Jackson (1981). Model ten obejmuje: (1) wyczerpanie emocjonalne (emotional exhaustion), rozumiane jako chroniczna utrata energii psychicznej i zdolności do reagowania emocjonalnego; (2) dystans emocjonalny lub depersonalizację (depersonalization), przejawiające się jako funkcjonalny cynizm i mechaniczne wykonywanie zadań przy jednoczesnym osłabieniu więzi relacyjnej oraz (3) obniżone poczucie dokonań osobistych (reduced personal accomplishment), obejmujące subiektywne doświadczenie spadku kompetencji i skuteczności działania.

W proponowanym ujęciu Syndrom Dobrego Człowieka stanowi ramę pojęciową, w której rozważa się występowanie opisanych komponentów nie tylko w warunkach zawodowych, lecz także w odpowiedzi na długotrwałą presję opiekuńczą i emocjonalną obecną w życiu rodzinnym, relacjach intymnych oraz rolach pomocowych. SDC rozszerza zatem perspektywę analizy wyczerpania, opierając się na hipotezie, że część mechanizmów może być wspólna dla środowisk formalnych i nieformalnych, a potencjalnym czynnikiem ryzyka jest chroniczne obciążenie wymaganiami opiekuńczymi, niezależnie od tego, czy są one realizowane w ramach pracy zawodowej, czy poza nią.

Takie ujęcie pozwala traktować SDC nie jako odrębne zjawisko kliniczne, lecz jako ramę konceptualną, która integruje istniejące modele wypalenia z realiami współczesnych ról opiekuńczych i pomocowych, wykraczających poza granice klasycznie definiowanego środowiska pracy.

Biologiczne uwarunkowania chronicznego przeciążenia

W tym obszarze rozważa się obciążenie alostatyczne i możliwą dysregulację osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (HPA). Biologiczna perspektywa Syndromu Dobrego Człowieka (SDC) zakłada, że przewlekłe przeciążenie opiekuńcze może wiązać się nie tylko z procesami psychologicznymi, lecz także ze zmianami fizjologicznymi. Współczesne ujęcia neurobiologiczne podkreślają, że długotrwała aktywacja systemów stresowych może prowadzić do kumulatywnego przeciążenia organizmu (allostatic load), obejmującego m.in. zaburzenia regulacji osi podwzgórze–przysadka–nadnercza oraz zmiany w funkcjonowaniu struktur mózgowych odpowiedzialnych za regulację emocji i stresu (McEwen i Akil, 2020). Kluczową ramą teoretyczną pozwalającą wyjaśnić te procesy jest koncepcja obciążenia alostatycznego (allostatic load), zaproponowana przez McEwena i Stellara (1993) i rozwijana przez McEwena (2004). Obciążenie alostatyczne odnosi się do skumulowanego kosztu biologicznego wynikającego z długotrwałej aktywacji mechanizmów adaptacyjnych organizmu w odpowiedzi na stresory o charakterze przewlekłym.

Centralnym elementem tej adaptacji jest oś podwzgórze–przysadka–nadnercza (hypothalamic–pituitary–adrenal axis, HPA), której funkcjonowanie zostało szczegółowo opisane w literaturze neurobiologicznej (McEwen i Akil, 2020). W warunkach długotrwałego stresu może dochodzić do zaburzenia mechanizmów sprzężenia zwrotnego osi HPA, co może skutkować nieprawidłową regulacją wydzielania kortyzolu. Wyniki badań nad kortyzolem w wypaleniu są jednak niejednorodne i nie pozwalają wskazać jednoznacznego biomarkera tego stanu (Danhof-Pont i in., 2011). Dobowy profil kortyzolu nie stanowi również zwalidowanego wskaźnika SDC.

W odniesieniu do SDC można postawić hipotezę, że zaburzenia regulacji stresu współwystępują z brakiem poczucia regeneracji po śnie oraz trwałym obniżeniem energii życiowej. Związek subiektywnego doświadczenia zmęczenia z zaburzeniami rytmu hormonalnego wymaga jednak bezpośredniego zbadania.

Potencjalnie istotną rolę w proponowanym ujęciu SDC może odgrywać również autonomiczny układ nerwowy (AUN). W odpowiedzi na stres uczestniczą zarówno

mechanizmy neuroendokrynne, jak i autonomiczne, a ich przedłużona lub nieadekwatna aktywacja może zwiększać koszty adaptacji. Przewlekły stres może również wiązać się z zaburzeniami snu oraz zmianami w funkcjonowaniu układu immunologicznego i metabolicznego (McEwen i Akil, 2020). Na tej podstawie można rozważać podobne procesy w odniesieniu do długotrwałych obciążeń opiekuńczych, jednak ich przebieg i znaczenie w proponowanym ujęciu SDC wymagają bezpośredniego zbadania.

W świetle powyższych ustaleń można sformułować hipotezę o wielopoziomowych fizjologicznych uwarunkowaniach SDC. Przewlekłe przeciążenie opiekuńcze może prowadzić do stopniowej dysregulacji kluczowych systemów odpowiedzialnych za stres i regenerację, co stanowi założenie biopsychospołecznego modelu Syndromu Dobrego Człowieka.

Psychologiczne mechanizmy wyczerpania

Ta grupa uwarunkowań obejmuje takie aspekty, jak praca emocjonalna, obciążenie poznawcze i zniekształcenia poznawcze. Potencjalne psychologiczne mechanizmy rozważane w ramach Syndromu Dobrego Człowieka (SDC) obejmują współwystępujące procesy emocjonalne, poznawcze oraz tożsamościowe, które mogą sprzyjać utrwalaniu przewlekłego przeciążenia opiekuńczego. W ujęciu autorskim mechanizmy te mogą wyjaśniać, w jaki sposób długotrwałe funkcjonowanie w rolach pomocowych może prowadzić do narastającego wyczerpania, nawet przy wysokiej motywacji prospołecznej i początkowym poczuciu sensu podejmowanych działań.

Jednym z kluczowych procesów jest praca emocjonalna (emotional labor), opisana przez Hochschild (1983) w kontekście zawodowym. W proponowanym ujęciu SDC szczególnego znaczenia może nabierać konfiguracja obejmująca wysoką responsywność interpersonalną, nasilone zaangażowanie w pracę emocjonalną oraz kompetencje interpersonalne niewspółwystępujące z adekwatną samoregulacją i zdolnością do wyznaczania granic, co może sprzyjać stopniowej erozji zasobów psychicznych i zwiększać podatność na wyczerpanie. Osoby pełniące role opiekuńcze i pomocowe mogą odczuwać zobowiązanie do regulowania własnej ekspresji emocjonalnej w taki sposób, aby była ona zgodna z normami społecznymi „dobrej" osoby – cierpliwej, wyrozumiałej i zawsze dostępnej. Może to wiązać się z tłumieniem emocji uznawanych za niepożądane, takich jak złość, frustracja czy żal, oraz wytwarzaniem emocji aprobowanych społecznie. Długotrwała rozbieżność pomiędzy przeżyciem wewnętrznym a emocjami okazywanymi na zewnątrz może prowadzić do dysonansu emocjonalnego i zwiększać podatność na wyczerpanie.

Drugim istotnym mechanizmem jest obciążenie poznawcze wynikające z tzw. niewidzialnej pracy umysłowej (mental load) (Daminger, 2019). Obciążenie to obejmuje nie tylko wykonywanie konkretnych zadań opiekuńczych, lecz również stałą aktywność poznawczą polegającą na planowaniu, monitorowaniu, zapamiętywaniu i antycypowaniu potrzeb innych osób. W proponowanym ujęciu SDC zakłada się, że permanentne utrzymywanie uwagi na wielu równoległych wątkach może sprzyjać zmęczeniu decyzyjnemu (decision fatigue) oraz utrudniać psychologiczne odłączenie od obowiązków. W konsekwencji może

dochodzić do chronicznego napięcia, obniżenia zdolności koncentracji oraz trudności w regeneracji zasobów poznawczych.

Kolejnym potencjalnym mechanizmem jest osłabienie poczucia koherencji (sense of coherence), konstruktu opisanego przez Antonovsky'ego (1987). W proponowanym ujęciu SDC osłabieniu mogą ulegać wszystkie trzy komponenty tego konstruktu: (1) zrozumiałość (comprehensibility) – świat przestaje być postrzegany jako przewidywalny i uporządkowany; (2) zaradność (manageability) – maleje poczucie posiadania wystarczających zasobów do radzenia sobie z wymaganiami; (3) sensowność (meaningfulness) – podważone zostaje znaczenie i wartość podejmowanego wysiłku, zwłaszcza gdy nie przynosi on proporcjonalnej ulgi ani wsparcia. Można zatem postawić hipotezę, że osłabienie poczucia koherencji utrudnia radzenie sobie z obciążeniem i sprzyja utrwalaniu stanu wyczerpania.

Potencjalnie istotną rolę w podtrzymywaniu SDC mogą odgrywać również zniekształcenia poznawcze, opisane w modelu poznawczym Becka (1976) oraz schematy poznawcze wyróżniane w terapii schematów (Young i in., 2003). Wśród schematów rozważanych w autorskim ujęciu SDC znajdują się:

– schemat poświęcenia, przejawiający się nadmierną koncentracją na potrzebach innych kosztem własnych;

– schemat surowych standardów, oparty na przekonaniu o konieczności stałej kompetencji, dostępności i kontroli emocjonalnej;

– schemat podporządkowania, polegający na nadmiernym oddawaniu kontroli innym pod wpływem odczuwanego przymusu, aby uniknąć ich gniewu, odwetu lub odrzucenia.

W ujęciu autorskim schematy te mogą wyrażać się w charakterystycznych przekonaniach, takich jak: „Jeśli nie ja, to nikt", „dbanie o siebie jest egoizmem" czy „jeśli odpoczywam, to znaczy, że zawodzę". Przyjmuje się, że przekonania te mogą pełnić funkcję wewnętrznych nakazów normatywnych, utrudniać uwzględnianie sygnałów zmęczenia i przeciążenia oraz sprzyjać powtarzaniu zachowań pomocowych mimo postępującego spadku zasobów psychicznych.

W ujęciu rozwojowym opisane mechanizmy psychologiczne mogą tworzyć długotrwałą trajektorię wyczerpania, w której jednostka stopniowo traci zdolność do elastycznego reagowania na wymagania środowiska, co sprzyja utrwaleniu Syndromu Dobrego Człowieka jako stanu przewlekłego.

Społeczne i kulturowe uwarunkowania Syndromu Dobrego Człowieka

W analizie tej grupy uwarunkowań wykorzystuje się Model Wymagań–Zasobów (JD-R) oraz perspektywę systemowego deficytu wsparcia. W proponowanym ujęciu zakłada się, że społeczny i kulturowy kontekst funkcjonowania jednostki może odgrywać istotną rolę w powstawaniu i podtrzymywaniu doświadczenia opisywanego jako Syndrom Dobrego Człowieka (SDC). Środowisko społeczne jest rozpatrywane jako potencjalne źródło zarówno przeciążenia, jak i zasobów ochronnych. Hipoteza ta pozostaje spójna z analizą roli wymagań i zasobów w wypaleniu zawodowym (Demerouti i in., 2001) oraz znaczenia wsparcia

społecznego w radzeniu sobie ze stresem (Cohen i Wills, 1985), lecz wymaga odrębnej weryfikacji w odniesieniu do SDC.

Jednym z modeli wyjaśniających relację między wymaganiami a zasobami jest Model Wymagań–Zasobów (Job Demands–Resources, JD-R), opracowany w kontekście pracy przez Demerouti i in. (2001). W modelu tym wymagania zawodowe wiążą się przede wszystkim z wyczerpaniem, natomiast niedobór zasobów sprzyja wycofaniu z pracy. Mikołajczak i Roskam (2018) zaproponowały odrębny model równowagi ryzyk i zasobów (BR^2), odnoszący się do wypalenia rodzicielskiego. Zakłada on, że wypalenie rozwija się w warunkach chronicznej przewagi czynników ryzyka nad zasobami ochronnymi.

W kontekście Syndromu Dobrego Człowieka do głównych wymagań można zaliczyć:
– intensywność opieki, obejmującą stałą dyspozycyjność oraz odpowiedzialność za dobrostan innych osób;
– presje kulturowe związane z internalizowanymi normami roli „dobrej matki", „dobrego ojca", „dobrego nauczyciela" czy „dobrego opiekuna";
– odpowiedzialność relacyjną, rozumianą jako społeczne oczekiwanie nieprzerwanej dostępności emocjonalnej i organizacyjnej;
– obciążenie poznawcze w postaci niewidzialnej pracy koordynacyjnej (mental load), polegającej na ciągłym planowaniu, monitorowaniu i antycypowaniu potrzeb innych osób (Daminger, 2019).

Jednocześnie zasoby wspierające – takie jak realne wsparcie społeczne, czas przeznaczony na odpoczynek, uznanie społeczne, autonomia decyzyjna czy instytucjonalne formy pomocy – mogą pozostawać niewystarczające lub trudno dostępne. Zakłada się, że ta strukturalna nierównowaga pomiędzy wymaganiami a zasobami może sprzyjać rozwojowi chronicznego wyczerpania i stanowić jeden z kluczowych mechanizmów leżących u podstaw SDC.

Dodatkowym obszarem analizy jest presja ciągłej dostępności związana z korzystaniem z technologii komunikacyjnych. Badania nad telepresją zawodową wskazują, że presja szybkiego reagowania na wiadomości związane z pracą wiąże się z trudnościami w regeneracji (Barber i Santuzzi, 2015). W odniesieniu do SDC można postawić hipotezę, że u osób łączących role zawodowe i opiekuńcze częste przerwania, oczekiwanie natychmiastowej reakcji oraz poczucie bycia permanentnie „dostępnym" mogą utrudniać osiągnięcie psychologicznego dystansu od obowiązków i ograniczać możliwości regeneracji. Badania nad telepresją zawodową nie stanowią jednak bezpośredniego potwierdzenia tej zależności w SDC.

Kolejnym potencjalnym uwarunkowaniem społecznym rozważanym w odniesieniu do SDC jest niewidzialność pracy opiekuńczej. Mimo że praca ta ma fundamentalne znaczenie dla funkcjonowania rodziny i społeczeństwa, bywa ona systemowo niedoszacowana ekonomicznie, nieopłacana oraz niewystarczająco wspierana organizacyjnie. Jej specyfika polega na tym, że staje się zauważalna dopiero w sytuacji jej braku, natomiast codzienne, ciągłe wykonywanie obowiązków opiekuńczych bywa traktowane jako oczywiste i „naturalne". Dane Europejskiego Instytutu ds. Równości Kobiet i Mężczyzn (European Institute for Gender

Equality [EIGE], 2026) dotyczące Polski wskazują, że kobiety częściej niż mężczyźni są intensywnie zaangażowane w opiekę nad dziećmi i opiekę długoterminową oraz częściej wykonują codzienne obowiązki domowe.

W ujęciu systemowym Syndrom Dobrego Człowieka jawi się zatem nie jako problem indywidualnych predyspozycji, lecz jako potencjalna konsekwencja funkcjonowania jednostki w środowisku charakteryzującym się chroniczną nadprodukcją wymagań przy jednoczesnym deficycie zasobów ochronnych. Społeczne i kulturowe uwarunkowania SDC stanowią tym samym kluczowy element biopsychospołecznego modelu służącego analizie możliwej genezy i utrwalania się tego zjawiska.

Metodyka i propozycja ramy autoanalitycznej

Charakter teoretyczno-analityczny artykułu

Niniejszy artykuł ma charakter teoretyczno-analityczny i opiera się na integracji literatury z zakresu psychologii rozwoju człowieka, psychobiologii stresu oraz teorii wypalenia. Jego celem nie jest prezentacja badań empirycznych ani konstrukcją narzędzia diagnostycznego, przesiewowego lub pomiarowego, lecz konceptualizacja Syndromu Dobrego Człowieka (SDC) oraz uporządkowanie potencjalnych mechanizmów tego zjawiska w ramach spójnego modelu biopsychospołecznego.

Podstawę metodologiczną opracowania stanowi krytyczny, narracyjny przegląd literatury przedmiotu oraz synteza istniejących ujęć teoretycznych, w szczególności modeli wypalenia, koncepcji obciążenia alostatycznego, perspektywy rozwoju w ciągu życia (life-span) oraz modeli relacyjnych i systemowych. Przyjęta strategia badawcza umożliwia opisanie SDC jako stanu przewlekłego wyczerpania rozwijającego się w określonych warunkach rozwojowych, relacyjnych i strukturalnych, bez redukowania go do cech indywidualnych jednostki.

W konsekwencji artykuł nie testuje empirycznie proponowanych zależności ani nie przedstawia wyników pomiarów ilościowych. Jego ambicją jest stworzenie ram pojęciowych, które pozwalają lepiej rozumieć doświadczenie przeciążenia opiekuńczego oraz relacje pomiędzy wymaganiami środowiskowymi a dostępnością zasobów adaptacyjnych. Proponowana rama autoanalityczna nie stanowi narzędzia diagnostycznego ani psychometrycznego, a jej funkcja ogranicza się do porządkowania doświadczenia jednostki; w odniesieniu do wypalenia rodzicielskiego istnieją natomiast zwalidowane narzędzia pomiarowe: Parental Burnout Inventory (PBI; Roskam i in., 2017) oraz Parental Burnout Assessment, w tym jego polska wersja (PBA; Szczygieł i in., 2020). Narzędzia te mierzą wypalenie rodzicielskie, a nie SDC.

Uzasadnienie wprowadzenia ramy autoanalitycznej

Wprowadzenie ramy autoanalitycznej wynika z potrzeby uzupełnienia analizy teoretycznej o perspektywę subiektywnego doświadczenia jednostki funkcjonującej w rolach opiekuńczych i pomocowych. Ponieważ Syndrom Dobrego Człowieka jest konceptualizowany jako stan przewlekłego wyczerpania powstający w wyniku długotrwałej nierównowagi

pomiędzy wymaganiami a zasobami, jego pełne zrozumienie wymaga odniesienia modeli teoretycznych do realiów codziennego funkcjonowania.

Zaproponowana rama autoanalityczna pełni funkcję narzędzia konceptualnego, umożliwiającego jakościową refleksję nad relacją pomiędzy wymaganiami środowiskowymi, obciążeniem adaptacyjnym oraz dostępnością zasobów regeneracyjnych. Nie stanowi ona próby operacjonalizacji SDC ani alternatywy dla badań empirycznych, lecz most pomiędzy teorią a doświadczeniem, zachowujący granice metodologiczne właściwe dla artykułu analitycznego.

Rama ta została zaprojektowana w oparciu o trzy kluczowe obszary funkcjonowania omówione w poprzednich częściach artykułu: granice i tożsamość opiekuńczą, obciążenie poznawcze i regenerację oraz poczucie sensu i relację z otoczeniem. Taki układ umożliwia uporządkowaną analizę jakościową doświadczenia przeciążenia bez odwoływania się do miar ilościowych czy klasyfikacji normatywnych.

Instrukcja i sposób korzystania z arkusza autorefleksji

Arkusz autorefleksji został zaprojektowany jako narzędzie wspierające proces samoanalizy, a nie jako instrument pomiarowy lub diagnostyczny. Osoba korzystająca z arkusza proszona jest o udzielenie odpowiedzi „TAK” lub „NIE” na każde pytanie, odnosząc się do własnego subiektywnego doświadczenia z ostatnich sześciu miesięcy. Przyjęty przedział czasowy ma charakter umowny i nie został zwalidowany.

Odpowiedzi nie podlegają punktacji ani porównywaniu z normami. Arkusz może być wykorzystywany wielokrotnie, jako narzędzie wspierające obserwację zmian w sposobie przeżywania ról opiekuńczych oraz w dostępności zasobów regeneracyjnych.

Arkusz autorefleksji nad doświadczeniem przeciążenia opiekuńczego

Arkusz składa się z dziesięciu pytań samoopisowych, pogrupowanych wokół trzech proponowanych obszarów autorefleksji.

Obszar 1. Granice i tożsamość opiekuńcza: (1) Czy trudno mi odmówić pomocy mimo zmęczenia? (2) Czy biorę odpowiedzialność za innych kosztem własnych potrzeb? (3) Czy mam przekonanie, że w opiece nad innymi nikt nie może mnie zastąpić? (4) Czy odczuwam poczucie winy, kiedy dbam o siebie?

Obszar 2. Obciążenie poznawcze i regeneracja: (5) Czy odczuwam utrzymujące się zmęczenie mimo odpoczynku? (6) Czy stale zajmuję myśli sprawami innych osób? (7) Czy trudno mi psychicznie odłączyć się od obowiązków?

Obszar 3. Poczucie sensu i relacja z otoczeniem: (8) Czy wykonuję zadania opiekuńcze w sposób automatyczny? (9) Czy odczuwam brak adekwatnego uznania dla mojego wysiłku? (10) Czy odczuwam mniejszy sens swojego zaangażowania niż wcześniej?

Arkusz, w opracowaniu własnym, służy autorefleksji; nie jest narzędziem diagnostycznym ani psychometrycznym i nie ma punktacji ani norm.

Wnioski

Kierunki autorefleksji i interpretacji jakościowej

Interpretacja odpowiedzi ma charakter wyłącznie jakościowy i polega na analizie treści odpowiedzi w odniesieniu do trzech proponowanych obszarów autorefleksji. Treść odpowiedzi w danym obszarze nie stanowi kryterium oceny ani klasyfikacji, lecz może wskazywać obszary wymagające pogłębionej refleksji.

Celem analizy jest identyfikacja subiektywnie doświadczanych „wąskich gardeł" w codziennym funkcjonowaniu oraz refleksja nad relacją pomiędzy wymaganiami a zasobami adaptacyjnymi, z wykorzystaniem Modelu Wymagań–Zasobów (Demerouti i in., 2001) oraz perspektywy rozwoju w ciągu życia (Trempała, 2011) jako punktów odniesienia.

Ograniczenia metodologiczne i potencjał badawczy

Przedstawiona rama autoanalityczna ma charakter koncepcyjny i refleksyjny. Nie posiada walidacji empirycznej, nie spełnia kryteriów narzędzia psychometrycznego i nie umożliwia pomiaru zmiennych psychologicznych. Jej zastosowanie ogranicza się do celów edukacyjnych i teoretycznych.

Jednocześnie rama ta może stanowić punkt wyjścia do dalszych badań jakościowych oraz do opracowania wystandaryzowanych narzędzi badawczych, pod warunkiem przeprowadzenia odpowiednich procedur walidacyjnych. W tym sensie nie jest rozwiązaniem zamkniętym, lecz otwartą propozycją konceptualną, porządkującą obszar badawczy i wyznaczającą kierunki dalszych analiz empirycznych.

Kierunki wspomagania zmiany w kontekście Syndromu Dobrego Człowieka

Perspektywa indywidualna, relacyjna i systemowa

Działania ukierunkowane na rozumienie i ograniczanie konsekwencji Syndromu Dobrego Człowieka (SDC) wymagają uwzględnienia wielopoziomowego charakteru tego zjawiska, obejmującego współzależne procesy biologiczne, psychologiczne oraz społeczne. Zgodnie z podejściem biopsychospołecznym proponowane wspomaganie zmiany nie polega na eliminowaniu postaw prospołecznych, lecz na przywracaniu równowagi pomiędzy troską o innych a ochroną własnych zasobów adaptacyjnych. Oznacza to konieczność działań równoległych na poziomie jednostki, relacji oraz struktur społecznych, w których jednostka funkcjonuje.

Poziom indywidualny

Na poziomie indywidualnym istotne znaczenie może mieć praca nad przekonaniami tożsamościowymi oraz schematami poznawczymi, które utrwalają wzorzec nadmiernego poświęcenia i trudności w rozpoznawaniu własnych granic. Podejścia wywodzące się z terapii poznawczo-behawioralnej (cognitive behavioral therapy, CBT) umożliwiają identyfikację i modyfikację zniekształceń poznawczych, takich jak nadmierne poczucie odpowiedzialności czy przekonanie, że dbanie o siebie stanowi przejaw egoizmu (Beck, 1976). Ujęcie terapii akceptacji i zaangażowania (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) koncentruje się na rozwijaniu elastyczności psychologicznej, akceptacji trudnych doświadczeń emocjonalnych oraz działaniu zgodnym z osobistymi wartościami (Hayes i in., 2006). Z kolei terapia

schematów (Young i in., 2003) pozwala na pogłębioną pracę nad schematami poświęcenia, podporządkowania oraz surowych standardów, rozważanymi w proponowanym ujęciu SDC.

Istotnym elementem wspomagania zmiany jest również rozwijanie umiejętności wyznaczania granic na trzech poziomach:

– mikro, obejmującym codzienne decyzje dotyczące odpoczynku, dostępności i zakresu zaangażowania;

– mezo, odnoszącym się do organizacji obowiązków w rodzinie i środowisku pracy;

– makro, polegającym na długoterminowej redefinicji ról, priorytetów i oczekiwań wobec siebie.

Dodatkowo regulacja emocji trudnych, techniki pracy z ciałem oraz praktyki uważności mogą wspierać redukcję napięcia fizjologicznego i odbudowę zasobów psychofizycznych. Ich znaczenie dla osób z doświadczeniem opisywanym jako SDC wymaga zbadania.

Poziom relacyjny

Na poziomie relacyjnym kluczowe znaczenie ma redystrybucja obowiązków opiekuńczych i pomocowych, zarówno w środowisku rodzinnym, jak i zawodowym. Badania nad wsparciem społecznym wskazują, że dostępność wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego może buforować negatywny wpływ stresu na dobrostan (Cohen i Wills, 1985). Istotnym elementem tego procesu jest jasna komunikacja granic, potrzeb i oczekiwań, która pozwala ograniczyć nieporozumienia oraz zapobiegać kumulowaniu się zadań po stronie osób najbardziej obciążonych.

Poziom systemowy

W perspektywie systemowej konieczne jest wprowadzanie rozwiązań strukturalnych, które ograniczają chroniczną presję nakładaną na osoby wykonujące pracę opiekuńczą. W środowiskach zawodowych mogą to być m.in. organizacyjne limity obciążenia, planowe przerwy regeneracyjne, dostęp do superwizji oraz wsparcia psychologicznego. W obszarze polityk społecznych szczególne znaczenie mają programy opieki wytchnieniowej, formy wsparcia finansowego dla opiekunów nieformalnych oraz rozwój lokalnych sieci wzajemnej pomocy.

W nawiązaniu do Modelu Wymagań–Zasobów (JD-R; Demerouti i in., 2001) proponowane działania systemowe powinny obejmować zarówno redukcję nadmiernych wymagań, jak i wzmacnianie zasobów ochronnych, takich jak dostęp do usług opiekuńczych, realne wsparcie instytucjonalne, edukacja społeczna oraz promowanie kultury równowagi pomiędzy zaangażowaniem w pomoc innym a dbałością o własne zdrowie i dobrostan.

Dyskusja

Ograniczenia i kierunki dalszych badań

Istotnym ograniczeniem niniejszej pracy jest jej teoretyczno-analityczny charakter oraz brak danych empirycznych. Dobór literatury miał charakter narracyjny, a nie systematyczny. Przedstawiona konceptualizacja Syndromu Dobrego Człowieka (SDC) opiera się na integracji

istniejących modeli teoretycznych i przeglądzie literatury, co stanowi punkt wyjścia do dalszych analiz, lecz nie pozwala na wnioskowanie empiryczne. Zaproponowana w artykule rama autoanalityczna w postaci arkusza autorefleksji ma charakter wyłącznie opisowy i edukacyjny; nie spełnia kryteriów narzędzia psychometrycznego i wymagałaby opracowania oraz weryfikacji w ramach odrębnych badań metodologicznych, jeśli miałaby zostać wykorzystana w badaniach ilościowych.

Kolejnym istotnym kierunkiem dalszych badań są badania podłużne, umożliwiające analizę trajektorii rozwoju SDC w czasie oraz identyfikację czynników sprzyjających jego nasileniu lub osłabieniu. Badania tego typu pozwoliłyby na lepsze zrozumienie dynamiki przeciążenia opiekuńczego oraz relacji pomiędzy wymaganiami środowiskowymi a zasobami adaptacyjnymi jednostki na różnych etapach życia.

Ważnym obszarem przyszłych analiz są również badania interwencyjne, które mogłyby ocenić skuteczność działań podejmowanych na poziomie indywidualnym, relacyjnym i systemowym w kontekście SDC. Szczególnie wartościowe wydają się badania łączące perspektywę psychologiczną i biologiczną, uwzględniające biologiczne markery stresu, takie jak dobowy profil kortyzolu czy wskaźniki procesów zapalnych, oraz analizujące ich zmiany w odpowiedzi na modyfikację warunków opiekuńczych i dostępnych zasobów.

Dalsze badania powinny także uwzględniać zróżnicowanie kulturowe, płciowe i klasowe w doświadczeniu Syndromu Dobrego Człowieka. Analiza tych zmiennych pozwoliłaby na bardziej precyzyjne opisanie społecznych i strukturalnych uwarunkowań SDC oraz na lepsze dopasowanie strategii wspierających do specyfiki różnych kontekstów społecznych. Uwzględnienie tej różnorodności jest kluczowe dla dalszego rozwoju koncepcji SDC jako użytecznej ramy teoretycznej w badaniach nad przewlekłym przeciążeniem opiekuńczym.

Podsumowanie

Celem niniejszego artykułu była konceptualizacja Syndromu Dobrego Człowieka (SDC) jako złożonego zjawiska przewlekłego przeciążenia opiekuńczo-wychowawczego, wykraczającego poza klasyczne ujęcie wypalenia zawodowego. Przeprowadzona analiza literatury pozwoliła na odniesienie SDC do trójwymiarowego modelu wypalenia Maslach i Jackson (1981) oraz do definicji wypalenia zawodowego zawartej w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11, kod QD85; WHO, 2019), z jednoczesnym rozszerzeniem tej perspektywy o obciążenia wynikające z ról rodzinnych, relacyjnych i społecznych realizowanych poza kontekstem formalnego zatrudnienia.

W ujęciu rozwojowym perspektywa rozwoju w ciągu życia (life-span) wskazuje, że zmiana w dorosłości nie ma wyłącznie charakteru progresywnego (Trempała, 2011). Na tej podstawie w proponowanym ujęciu SDC przyjmuje się hipotezę czasowego obniżenia sprawności funkcjonowania pod wpływem długotrwałego przeciążenia zasobów adaptacyjnych. Chroniczne obowiązki opiekuńcze mogą wpływać w tym ujęciu na trajektorię

rozwoju jednostki, ograniczając jej zdolność do elastycznego reagowania na wymagania środowiska oraz do podtrzymywania równowagi pomiędzy zaangażowaniem a regeneracją.

Z perspektywy biopsychospołecznej Syndrom Dobrego Człowieka jest rozpatrywany jako potencjalny rezultat dynamicznej interakcji czynników biologicznych, psychologicznych i strukturalnych. Rozważane mechanizmy biologiczne obejmują obciążenie alostatyczne (allostatic load) oraz możliwą dysregulację osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (hypothalamic–pituitary–adrenal axis, HPA) (McEwen, 2004; McEwen i Akil, 2020; McEwen i Stellar, 1993). Psychologiczne aspekty odnoszą się do pracy emocjonalnej (emotional labor), obciążenia poznawczego (mental load) oraz utrwalonych schematów i zniekształceń poznawczych (Beck, 1976; Daminger, 2019; Hochschild, 1983; Young i in., 2003). Wymiar społeczny odzwierciedla natomiast strukturalną nierównowagę pomiędzy wymaganiami a zasobami w środowisku opiekuńczym, w nawiązaniu do Modelu Wymagań–Zasobów (Job Demands–Resources, JD-R; Demerouti i in., 2001) oraz modelu równowagi ryzyk i zasobów (BR²; Mikolajczak i Roskam, 2018).

Wnioski płynące z artykułu wskazują, że rozumienie i wspomaganie zmiany w kontekście SDC wymaga podejścia wielopoziomowego, obejmującego perspektywę indywidualną, relacyjną i systemową. W rozważaniach nad praktyką kliniczną i psychoedukacyjną wskazuje to na potencjalne znaczenie pracy nad przekonaniami tożsamościowymi, regulacją emocji oraz kompetencjami w zakresie wyznaczania granic, przy jednoczesnym uwzględnieniu warunków społecznych i instytucjonalnych, w których jednostka funkcjonuje. Kluczowe znaczenie ma także zmiana dominującej narracji społecznej – z indywidualizującej odpowiedzialność za wyczerpanie na systemowe rozumienie kosztów przewlekłej opieki.

Wprowadzenie pojęcia Syndromu Dobrego Człowieka do dyskursu naukowego nie ma na celu patologizacji postaw prospołecznych ani zaangażowania opiekuńczego, lecz służy nazwaniu i konceptualnemu uporządkowaniu kosztów ponoszonych przez osoby funkcjonujące w systemach charakteryzujących się wysokimi wymaganiami przy jednoczesnym deficycie zasobów wsparcia. Dalsze badania empiryczne – w szczególności o charakterze podłużnym i walidacyjnym – są niezbędne do precyzyjniejszego opisu trajektorii SDC oraz do opracowania adekwatnych strategii wspierania dobrostanu osób pełniących role opiekuńcze i pomocowe.

Bibliografia

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.

Barber, L. K., Santuzzi, A. M. (2015). Please respond ASAP: Workplace telepressure and employee recovery. *Journal of Occupational Health Psychology, 20*(2), 172-189. https://doi.org/10.1037/a0038278

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.

Cohen, S., Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310–357. https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310

Daminger, A. (2019). The cognitive dimension of household labor. *American Sociological Review, 84*(4), 609-633. https://doi.org/10.1177/0003122419859007

Danhof-Pont, M. B., van Veen, T., Zitman, F. G. (2011). Biomarkers in burnout: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 70*(6), 505-524. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.10.012

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology, 86*(3), 499–512. https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499

Dzielińska, M., Piotrowski, K., Lasota, M. (2023). Wypalenie rodzicielskie wśród rodziców dzieci z niepełnosprawnościami i chorobami przewlekłymi. *Psychologia Rozwojowa, 28*(2), 115–133. https://doi.org/10.4467/20843879PR.23.019.19856

European Institute for Gender Equality. (2026). *Factsheet: Gender gaps in care – Poland*. Publications Office of the European Union. https://doi.org/10.2839/9698418

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology, 58*(11), 1433–1441. https://doi.org/10.1002/jclp.10090

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1–25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006

Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press.

Maslach, C., Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour, 2*(2), 99-113. https://doi.org/10.1002/job.4030020205

McEwen, B. S. (2004). Protection and damage from acute and chronic stress: Allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1032*(1), 1–7. https://doi.org/10.1196/annals.1314.001

McEwen, B. S., Akil, H. (2020). Revisiting the stress concept: Implications for affective disorders. *The Journal of Neuroscience, 40*(1), 12–21. https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0733-19.2019

McEwen, B. S., Stellar, E. (1993). Stress and the individual: Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine, 153*(18), 2093-2101. https://doi.org/10.1001/archinte.1993.00410180039004

Mikolajczak, M., Aunola, K., Sorkkila, M., Roskam, I. (2023). 15 years of parental burnout research: Systematic review and agenda. *Current Directions in Psychological Science, 32*(4), 276-283. https://doi.org/10.1177/09637214221142777

Mikolajczak, M., Roskam, I. (2018). A theoretical and clinical framework for parental burnout: The balance between risks and resources (BR^2). *Frontiers in Psychology, 9*, art. 886. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00886

Roskam, I., Aguiar, J., Akgun, E., Arikan, G., Artavia, M., Avalosse, H., Aunola, K., Bader, M., Bahati, C., Barham, E. J., Besson, E., Beyers, W., Boujut, E., Brianda, M.-E., Brytek-Matera, A., Carbonneau, N., César, F., Chen, B. B., Dorard, G., […] Mikolajczak, M. (2021). Parental burnout around the globe: A 42-country study. *Affective Science, 2*(1), 58-79. https://doi.org/10.1007/s42761-020-00028-4

Roskam, I., Raes, M.-E., Mikolajczak, M. (2017). Exhausted parents: Development and preliminary validation of the Parental Burnout Inventory. *Frontiers in Psychology, 8*, art. 163. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00163

Strelau, J. (2006). *Temperament jako regulator zachowania: Z perspektywy półwiecza badań*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Szczygieł, D., Sekulowicz, M., Kwiatkowski, P., Roskam, I., Mikolajczak, M. (2020). Validation of the Polish version of the Parental Burnout Assessment (PBA). *New Directions for Child and Adolescent Development, 2020*(174), 137-158. https://doi.org/10.1002/cad.20385

Trempała, J. (red.). (2011). *Psychologia rozwoju człowieka: Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

World Health Organization. (2019, 28 maja). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases

Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Nota o autorze

Sabrina Kowalczyk – psychoedukatorka, terapeutka środowiskowa oraz mediatorka rodzinna z wieloletnim doświadczeniem pracy z osobami i rodzinami w sytuacjach przeciążenia psychospołecznego. Specjalizuje się w obszarze neuroróżnorodności (ADHD, dysleksja, FASD, PTE) oraz wypalenia opiekuńczo-wychowawczego. Studentka studiów magisterskich psychologii klinicznej

oraz terapii pedagogicznej. Prowadzi blog psychoedukacyjny www.pozytywnaodpornosc.pl oraz www.sabrinakowalczyk.pl. Zainteresowania badawcze obejmują: wypalenie opiekuńcze, psychobiologię stresu oraz psychologię rozwoju dorosłych.

Kamil Kowalski
email: mailkamilakowalskiego@gmail.com
ORCID: 0009-0008-1595-6124
Wyższa Szkoła Biznesu – National Louis University

Hipoteza samoleczenia w ADHD. Analiza związku między deficytami funkcji wykonawczych a wyborem substancji psychoaktywnej

The Self-Medication Hypothesis in ADHD: An Analysis of the Relationship Between Executive Function Deficits and the Choice of Psychoactive Substances

DOI: 10.66935/978-83-65926-22-7.2

© 2025 Kamil Kowalski
Praca opublikowana na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa – Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0).
Treść licencji dostępna jest pod adresem: https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.pl

Cytuj jako: Kowalski, K. (2026). Hipoteza samoleczenia w ADHD. Analiza związku między deficytami funkcji wykonawczych a wyborem substancji psychoaktywnej. W: J. Felczak (red.), *Mechanizmy i strategie regulacji emocji* (T. 1). (s. 1-). Wydawnictwo WSB-NLU.

Streszczenie: Celem artykułu jest analiza związku między zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) a zaburzeniami używania substancji (SUD) przez pryzmat specyficznych deficytów funkcji wykonawczych. W części teoretycznej dokonano selektywnego przeglądu piśmiennictwa z lat 1997–2025, koncentrując się na biologicznych mechanizmach kompensacyjnych oraz specyfice polskiego systemu opieki psychiatrycznej.

Jako wiodące ramy pojęciowe przyjęto hipotezę samoleczenia oraz model zespołu deficytu nagrody. Zasadniczy zrąb pracy stanowi jakościowa analiza materiałów zastanych, obejmująca adaptację i reinterpretację opisów klinicznych dostępnych w literaturze naukowej. Analiza winiet klinicznych pozwoliła na zilustrowanie założeń teoretycznych, wskazując, że profil farmakologiczny wybieranej substancji wykazuje spójność z profilem trudności neuropsychologicznych pacjenta. Artykuł akcentuje znaczenie wczesnej diagnozy i celowanej farmakoterapii ADHD jako kluczowych składowych profilaktyki wtórnych zaburzeń używania substancji.

Abstract: The aim of this article is to analyze the relationship between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Substance Use Disorders (SUD) through the lens of specific executive function deficits. The theoretical framework comprises a selective literature review from 1997 to 2025, focusing

on neurobiological compensatory mechanisms and the characteristics of the Polish psychiatric healthcare system.
The Self-Medication Hypothesis and the Reward Deficiency Syndrome model serve as the primary conceptual frameworks. The qualitative analysis is based on existing documentary data, involving the adaptation and reinterpretation of clinical case reports from the scientific literature. The examination of clinical vignettes illustrates theoretical assumptions, demonstrating that the pharmacological profile of the chosen substance corresponds with the patient's neuropsychological deficits. The paper highlights the vital role of early diagnosis and targeted pharmacotherapy for ADHD as essential preventive measures against secondary substance use disorders.

Słowa kluczowe: ADHD, substancje psychoaktywne, hipoteza samoleczenia, funkcje wykonawcze, farmakoterapia

Keywords: ADHD, psychoactive substances, self-medication hypothesis, executive functions, pharmacotherapy

Wprowadzenie

Epidemiologia i znaczenie kliniczne problemu

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) przez dekady postrzegany był w psychiatrii klasycznej jako zaburzenie wieku rozwojowego, ulegające samoistnej remisji wraz z biologicznym dojrzewaniem ośrodkowego układu nerwowego. Współczesna wiedza medyczna radykalnie zrewidowała ten pogląd, dowodząc, że u większości pacjentów objawy osiowe utrzymują się w wieku dorosłym, chociaż ich fenotypowa ekspresja ulega znaczącej transformacji (Szewczuk-Bogusławska i Flisiak-Antonijczuk, 2013). Widoczna w dzieciństwie nadruchliwość motoryczna ewoluuje zazwyczaj w stronę subiektywnie odczuwanego, przewlekłego wewnętrznego niepokoju i napięcia wegetatywnego, z kolei deficyty uwagi manifestują się w postaci trudności w organizacji życia zawodowego, zarządzaniu czasem oraz planowaniu złożonych zadań celowych.

Jednym z najpoważniejszych niekorzystnych następstw nieleczonego ADHD w dorosłości jest wysokie ryzyko rozwoju zaburzeń używania substancji (SUD). Dane epidemiologiczne wskazują, że osoby dorosłe z niezdiagnozowanym i nieleczonym ADHD wykazują trzykrotnie wyższe ryzyko rozwoju SUD w porównaniu z populacją ogólną (Puri i in., 2014). Z perspektywy lecznictwa odwykowego szacuje się, że od 15% do 25% pacjentów zgłaszających się na terapię uzależnień spełnia formalne kryteria diagnostyczne ADHD (Puri i in., 2014; van Emmerik-van Oortmerssen i in., 2012). Ta dwukierunkowa komorbidność

wskazuje na istnienie głębokich powiązań neurobiologicznych między dysfunkcją neurorozwojową a sięganiem po związki chemiczne modyfikujące funkcjonowanie mózgu.

Problem badawczy

Istotą problemu badawczego niniejszego artykułu jest zbadanie mechanizmów i motywacji leżących u podstaw preferowania konkretnych substancji przez osoby z deficytami uwagi. Kluczowe pozostaje pytanie, czy pacjent z ADHD sięga po kokainę z tych samych pobudek co osoba neurotypowa oraz czy sięganie po alkohol stanowi ucieczkę przed lękiem, czy formę chemicznej regulacji nadaktywnej kory mózgowej. Odpowiedzi na te zagadnienia dostarcza hipoteza samoleczenia, stanowiąca fundament teoretyczny poniższej analizy. Rozważania osadzono również w kontekście polskim, odwołując się do specyfiki młodzieżowych ośrodków wychowawczych oraz wytycznych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Gondek i in., 2024; Kamińska i in., 2025).

Teoretyczne ramy współwystępowania ADHD i SUD

Od hipotezy samoleczenia do zespołu deficytu nagrody

Zrozumienie współwystępowania ADHD i SUD wymaga prześledzenia ewolucji myśli teoretycznej od modeli psychodynamicznych po współczesną neuropsychofarmakologię. Edward J. Khantzian (1997) sformułował hipotezę samoleczenia (Self-Medication Hypothesis – SMH), podważającą założenie, że używanie substancji motywowane jest wyłącznie poszukiwaniem hedonistycznej przyjemności. Khantzian zaobserwował, że wybory substancji psychoaktywnych u pacjentów nie były losowe, lecz ściśle korespondowały z dominującymi u nich stanami bolesnego cierpienia psychicznego. W odniesieniu do ADHD hipoteza ta opiera się na trzech głównych założeniach:

1. Celowość wyboru (specificity). Pacjent nieświadomie dobiera substancję, której profil farmakologiczny najskuteczniej kompensuje specyficzne deficyty poznawcze lub afektywne. Osoba z osłabionym napędem i deficytem koncentracji preferuje psychostymulanty, podczas gdy osoba z dominującym napięciem psychoruchowym i lękiem sięga po depresanty OUN (Khantzian, 1997).
2. Cierpienie jako etiologia. Źródłem nałogowego zachowania jest nietolerancja stanów afektywnych i poznawczych wynikających z podstawowego zaburzenia neurorozwojowego – chronicznego poczucia chaosu, niemożności skupienia myśli oraz dysregulacji afektu (Mariani i Levin, 2012).
3. Kompensacyjny efekt fizjologiczny. W początkowej fazie używania substancja przynosi pacjentowi subiektywną normalizację funkcjonowania, co stanowi silne wzmocnienie negatywne i utrwala schemat nałogowy (Mariani i Levin, 2012).

Neurobiologicznym dopełnieniem hipotezy Khantziana jest koncepcja zespołu deficytu nagrody (Reward Deficiency Syndrome – RDS), sformułowana przez Kennetha Bluma i współpracowników (2008, 2022). Model RDS wyjaśnia fizjologiczny mechanizm poszukiwania ulgi. Mózg osoby z ADHD charakteryzuje się wrodzoną hipodopaminergią w szlaku mezolimbicznym, powiązaną m.in. z polimorfizmami genu receptora dopaminowego D2 (Blum i in., 2008, 2022). W konsekwencji rutynowe aktywności życiowe nie generują wystarczającego sygnału gratyfikacji, prowadząc do przewlekłego stanu anhedonii, nudy i dysforii. Związki psychoaktywne, wymuszając gwałtowny wyrzut dopaminy w jądrze półleżącym, nie tyle wywołują stan ekstazy, ile przejściowo przywracają fizjologiczną homeostazę neuroprzekaźnikową, umożliwiając poczucie równowagi wewnętrznej (Blum i in., 2008).

Neurobiologiczne podłoże deficytów wykonawczych

Funkcje wykonawcze (EF) stanowią zespół nadrzędnych procesów poznawczych, koordynowanych głównie przez korę przedczołową (PFC), które umożliwiają celowe i zaplanowane działanie w czasie. W patofizjologii ADHD zasadniczą rolę odgrywają dwa szlaki dopaminergiczne (Eme, 2017): szlak mezokortykalny łączy pole brzuszne nakrywki ze strukturami kory przedczołowej, odpowiadając za pamięć roboczą, planowanie i podtrzymanie uwagi selektywnej. Chroniczna hipofunkcja tego szlaku skutkuje łatwością ulegania dystrakcjom i stanowi cel autoterapii stymulantami oraz nikotyną (Eme, 2017). Z kolei szlak mezolimbiczny łączy brzuszne pole nakrywki z jądrem półleżącym i ciałem migdałowatym, regulując pobudzenie, modulację afektu i wrażliwość na gratyfikację. Dysregulacja tej sieci sprzyja impulsywności behawioralnej, skłonności do natychmiastowej nagrody (delay discounting) oraz nietolerancji nudy, popychając pacjenta ku substancjom sedatywnym i euforyzującym (Eme, 2017).

Zgodnie z neuropsychologicznym modelem Russella Barkleya, deficyt behawioralnego hamowania reakcji (inhibition) stanowi pierwotną dysfunkcję osiową, z której wynikają wtórne trudności w obszarze pamięci operacyjnej, autoregulacji afektu i elastyczności poznawczej (Schreiber i in., 2014). Zestawienie poszczególnych domen wykonawczych oraz przypisanych im celów kompensacyjnych prezentuje tabela 1.

Tabela 1

Charakterystyka deficytów funkcji wykonawczych w ADHD

Funkcja Wykonawcza	Opis Neuropsychologiczny	Manifestacja Kliniczna u Dorosłego	Potencjalny cel samoleczenia
Hamowanie reakcji (Inhibition)	Zdolność do powstrzymania automatycznej reakcji prepotentnej oraz kontrola interferencji.	Impulsywne wypowiedzi, przerywanie rozmówcom, trudności w odraczaniu gratyfikacji, wybuchy złości.	Alkohol (wyłączenie walki z napięciem), stymulanty (optymalizacja kontroli korowej).
Pamięć operacyjna (Working Memory)	Zdolność do aktywnego utrzymywania i manipulowania informacjami w umyśle (werbalna i niewerbalna).	Gubienie wątku w rozmowie, zapominanie instrukcji wieloetapowych, trudności w planowaniu dnia.	Nikotyna, psychostymulanty (wspomaganie bufora pamięci roboczej).
Elastyczność poznawcza (Set Shifting)	Zdolność do płynnego przełączania uwagi i adaptacji strategii do zmieniających się warunków.	Sztywność poznawcza, perseweracje, nadmierna fiksacja na jednym temacie lub niezdolność do przeniesienia uwagi.	Psychostymulanty (zwiększenie płynności operacji poznawczych).
Regulacja emocji	Zdolność do modulowania natężenia afektu i samoukojenia w odpowiedzi na stresory.	Niska tolerancja frustracji, drażliwość, lęk, dysforia wrażliwa na odrzucenie (*rejection sensitive dysphoria*).	Kanabinoidy, alkohol, opioidy, leki uspokajające.

Uwaga: Opracowanie własne (na podstawie założeń teoretycznych modelu Barkleya; por. Schreiber i in., 2014).

Analiza teoretyczna i jakościowa hipotezy samoleczenia w ADHD

Analiza związku: deficyt a substancja – mechanizmy samoleczenia

Stymulanty (kokaina, amfetamina) – poszukiwanie kontroli poznawczej

W tej części pracy dokonano szczegółowej analizy zależności między specyficznymi deficytami a wyborem czterech głównych klas substancji psychoaktywnych, integrując dane z badań neuropsychologicznych i opisów klinicznych. Na początek omówienie dwóch czynników: kokainy i amfetaminy jako stymulantów.

Zarówno nielegalne psychostymulanty (kokaina, nieprzepisana amfetamina), jak i leki stosowane w leczeniu ADHD (metylofenidat, sole amfetaminy) blokują białko transportera dopaminy (DAT), podnosząc stężenie katecholamin w szczelinie synaptycznej. W mózgu osoby z ADHD zażycie stymulantu prowadzi do czasowego wyrównania hipofunkcji kory przedczołowej, co poprawia zdolność skupienia uwagi (Puri i in., 2014).

Zjawisko to określano niegdyś mianem „reakcji paradoksalnej", zakładając, że stymulanty działają uspokajająco wyłącznie na osoby z ADHD. Współczesna neuropsychofarmakologia dowodzi jednak, że stymulanty w dawkach terapeutycznych poprawiają uwagę, pamięć roboczą i hamowanie reakcji także u osób neurotypowych bez ADHD (Bagot i Kaminer, 2014). U pacjentów z ADHD efekt ten jest jednak odczuwany specyficznie jako redukcja subiektywnego chaosu myślowego i wewnętrznego hałasu, co przesądza o jego kompensacyjnej funkcji (Mariani i Levin, 2012). Badania neuroobrazowe PET wskazują, że kontrolowana terapia metylofenidatem może osłabiać reaktywność struktur mózgowych na sygnały związane z kokainą (cues), obniżając motywację do poszukiwania narkotyków ulicznych (Mariani i Levin, 2012; Mariani i in., 2014).

Alkohol - uciszanie gonitwy myśli a deficyt hamowania

Alkohol pozostaje najczęściej nadużywaną substancją przez dorosłych z ADHD. Doświadczają oni często przewlekłego stanu napięcia poznawczego i gonitwy myśli (*racing thoughts*), co uniemożliwia wieczorny relaks i utrudnia zasypianie. Jako depresant OUN wzmacniający transmisję GABA-ergiczną, alkohol tłumi nadaktywność korową, co sprawia, że pacjenci sięgają po niego w samotności w celu „uciszenia głowy" (Barbuti i in., 2023).

Mechanizm ten niesie ze sobą wysokie ryzyko kliniczne. Weafer, Fillmor i Milich (2009) udokumentowali w próbach laboratoryjnych typu Go/No-Go, że dorośli z ADHD wykazują znacząco wyższą wrażliwość na rozhamowujące działanie alkoholu niż osoby bez ADHD.

Nawet umiarkowane dawki etanolu drastycznie pogłębiają wyjściowy deficyt hamowania impulsów, prowadząc do utraty kontroli nad ilością wypijanego alkoholu i zachowań

ryzykownych. Dodatkowo alkohol bywa stosowany jako anksjolityk w celu redukcji lęku społecznego u pacjentów obawiających się impulsywnych gaf w relacjach interpersonalnych (Levin i in., 1999).

Kanabinoidy – sen, regulacja afektu i ograniczenia poznawcze

Wpływ kanabinoidów na funkcjonowanie osób z ADHD charakteryzuje się istotną sprzecznością między odczuciami pacjentów a obiektywnymi wskaźnikami neuropsychologicznymi. Przewlekłe używanie marihuany pogarsza sprawność pamięci operacyjnej oraz tempo przetwarzania informacji (Hernandez i Levin, 2022). Badania wymagają jednak ostrożności w formułowaniu wniosków o charakterze przyczynowo-skutkowym.

Tamm i in. (2013) wykazali, że deficyty funkcji wykonawczych obserwowane u młodych dorosłych używających konopi wynikały przede wszystkim z samego ADHD, a nie z farmakologicznego wpływu kannabinoidów. Dla wczesnej inicjacji (przed 16. rokiem życia) badacze ci sformułowali jedynie ostrożny wniosek sugerujący możliwość nasilenia deficytów uwagi, zastrzegając potrzebę replikacji. Mimo kosztów poznawczych, pacjenci sięgają po kanabinoidy głównie w celu łagodzenia bezsenności – która występuje u około 70% dorosłych z ADHD (Kooij i Bijlenga, 2013) oraz obniżenia dysforii powiązanej z nadwrażliwością na odrzucenie (Teplin, 2019). Doniesienia wskazują również na potencjalne zaburzenia w obrębie endogennego układu endokannabinoidowego u osób z ADHD, co tłumaczy sedatywną odpowiedź na fitokannabinoidy (Stoner, 2017).

Nikotyna – stymulacja cholinergiczna i zależność funkcjonalna

Palenie tytoniu w populacji dorosłych z ADHD występuje znacznie częściej niż w populacji ogólnej (odpowiednio około 40% vs 15–20%; por. Sousa i in., 2011). Nikotyna działa agonistycznie na nikotynowe receptory acetylocholiny (nAChR), modulując uwalnianie dopaminy i glutaminianu w korze czołowej, co skutkuje krótkotrwałą poprawą czujności i pamięci operacyjnej. U osób z ADHD odstawienie nikotyny wywołuje ostry efekt „odbicia" (*rebound*) – gwałtowny spadek koncentracji i wzmożoną drażliwość, co utrudnia skuteczną desensytyzację i sprzyja szybkim relapsom (Sousa i in., 2011). W tym ujęciu nikotynizm staje się dla pacjenta farmakologicznym warunkiem podtrzymania sprawności zadaniowej.

Hipoteza samoleczenia w opisie klinicznym

Kontekst polski – badania, statystyki i specyfika systemu

Rozpatrywanie hipotezy samoleczenia wymaga uwzględnienia specyfiki polskiego systemu ochrony zdrowia psychicznego, który w ostatnich latach przechodzi transformację w obszarze diagnostyki dorosłych. Ważnych danych dostarczają badania przeprowadzone w

populacjach podwyższonego ryzyka, m.in. w Młodzieżowych Ośrodkach Wychowawczych (MOW). W śląskim badaniu wychowanków MOW (N = 80) aż 70% badanych zgłaszało używanie marihuany co najmniej raz w tygodniu, a 39% częste spożywanie alkoholu (Kamińska i in., 2025). Chociaż procedury w ośrodkach koncentrują się na diagnozie zaburzeń zachowania (CD), literatura wskazuje na bardzo wysoką komorbidność CD i ADHD. Brak wczesnej diagnozy deficytów uwagi prowadzi do wczesnej marginalizacji i wejścia na ścieżkę uzależnienia jako jedynej dostępnej formy regulacji afektu (Kamińska i in., 2025).

Istotnym krokiem w normalizacji standardów klinicznych stały się rekomendacje Sekcji Kształcenia Specjalizacyjnego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego z 2024 roku (Wiśniewski i in., 2024). Wytyczne te wprost zalecają prowadzenie rutynowych badań przesiewowych w kierunku ADHD u każdego dorosłego zgłaszającego się na terapię uzależnień. Wcześniejsze wieloletnie bariery systemowe – w tym brak refundacji leków stymulujących dla dorosłych oraz przekonanie o wygasaniu objawów wraz z wiekiem – sprzyjały poszukiwaniu substancji na rynku nielegalnym w ramach nieformalnego samoleczenia (Szewczuk-Bogusławska i Flisiak-Antonijczuk, 2013). Nowoczesny model postępowania zakłada integrację celowanej farmakoterapii i psychoterapii poznawczo-behawioralnej (Crunelle i in., 2018; Wiśniewski i in., 2024).

Metoda badawcza

Prezentowana część analityczna ma charakter jakościowy i opiera się na metodzie studium przypadku (case study), zrealizowanej w drodze analizy danych zastanych (desk research). Do ponownej interpretacji teoretycznej wykorzystano opisy kliniczne dostępne w literaturze przedmiotu (Mariani i in., 2014; Hupli, 2018; Izydorczyk i Sitnik-Warchulska, 2021). Celem analizy nie jest stawianie rozstrzygających diagnoz ani orzekanie o związkach przyczynowo-skutkowych w populacji ogólnej, lecz jakościowa ilustracja założeń teoretycznych hipotezy samoleczenia Khantziana oraz modelu deficytów hamowania Barkleya. Opisy przypadków ustrukturyzowano według jednolitego schematu: obraz kliniczny i dotychczasowy przebieg leczenia, interwencja terapeutyczna, wynik oraz analiza teoretyczna w świetle koncepcji kompensacji.

Studium Przypadku 1. Dobór stymulantów jako strategia kompensacyjna

Analiza na podstawie publikacji Mariani, Khantzian i Levin (2014), pacjent: 49-letni mężczyzna („Bobby").

Obraz kliniczny i dotychczasowe leczenie. Pacjent zgłosił się z powodu wieloletniego uzależnienia od kokainy w formie wolnej zasady (crack) oraz alkoholu. Od dzieciństwa zmagał się z trudnościami w nauce, dezorganizacją i niestabilnością zatrudnienia. Wcześniejsze

interwencje odwykowe, obejmujące leki przeciwdepresyjne i disulfiram, nie zapobiegały nawrotom nałogu wywoływanym silnym głodem substancji.

Interwencja i wynik. W toku pogłębionej diagnozy rozpoznano ADHD. Włączono preparat metylofenidatu o przedłużonym uwalnianiu (OROS) w dawce 36 mg na dobę. Zastosowana farmakoterapia doprowadziła do znaczącej redukcji wewnętrznego niepokoju i chaosu myślowego. Pacjent zrelacjonował ustąpienie głodu kokainowego oraz odzyskanie kontroli nad impulsami.

Analiza teoretyczna. Przypadek ten ilustruje założenie o celowości wyboru substancji. Pacjent używał nielegalnego stymulantu nie w celach poszukiwania euforii, lecz jako chemicznej protezy dla hipofunkcjonalnej kory przedczołowej. Wdrożenie standaryzowanego stymulantu medycznego usunęło pierwotną przyczynę sięgania po narkotyk.

Studium Przypadku 2. Ordynacja kanabinoidów w regulacji afektu – podejście farmakoterapeutyczne

Analiza na podstawie opracowania Hupli (2018), pacjent: mężczyzna, lat 33, zdiagnozowany w kierunku ADHD w wieku dorosłym.

Obraz kliniczny i dotychczasowe leczenie. Do dominujących problemów pacjenta należały gwałtowne wybuchy złości, niska tolerancja frustracji oraz poczucie anhedonii i nudy. Zastosowany metylofenidat o natychmiastowym uwalnianiu wywołał nasilone objawy niepożądane (tachykardię, nasilenie lęku) oraz zjawisko pogorszenia nastroju po wygaśnięciu działania leku (rebound).

Interwencja i wynik. Ze względu na złą tolerancję stymulantów, lekarze prowadzący w Niemczech i Finlandii wdrożyli nadzorowaną terapię medyczną marihuaną. Zastosowano standaryzowany surowiec z przewagą THC w ciągu dnia dla aktywacji zadaniowej oraz odmianę zrównoważoną (THC/CBD) wieczorem w celu poprawy parametrów snu. Uzyskano stabilizację afektu i poprawę samokontroli bez uciążliwych powikłań.

Analiza teoretyczna. Przypadek obrazuje poszukiwanie modulacji afektywnej u pacjenta, u którego dominowały trudności w sferze emocjonalnej. Choć postępowanie to miało charakter formalnej procedury medycznej, a nie nielegalnego samoleczenia, odzwierciedla ono kliniczną potrzebę chemicznego łagodzenia dysforii za pośrednictwem receptorów kannabinoidowych.

Studium Przypadku 3. Wieczorny rytuał wygaszania pobudzenia – winieta syntetyczna

Opis syntetyczny na podstawie obserwacji klinicznych relacji rodzinnych (por. Izydorczyk i Sitnik-Warchulska, 2021), pacjent: 15-letni adolescent oraz retrospektywny wywiad dotyczący ojca (lat 45).

Obraz kliniczny i dotychczasowe leczenie. Chłopiec został skierowany na konsultację z powodu nasilonej impulsywności behawioralnej, niepokoju ruchowego i trudności szkolnych. Z wywiadu wynikało, że ojciec pacjenta przejawia zbliżony wzorzec funkcjonowania (impulsywność, zmienność nastroju, rozproszenie uwagi), jednak nigdy nie był diagnozowany ani leczony psychiatrycznie. Ojciec wypracował schemat picia 3–4 porcji alkoholu w porze wieczornej, motywowany chęcią „wyłączenia myśli" po pracy i ułatwienia zaśnięcia.

Interwencja i wynik. U syna wdrożono zintegrowaną terapię behawioralną i leczenie farmakologiczne. W odniesieniu do ojca sformułowano hipotezę roboczą o występowaniu nierozpoznanego ADHD, przy czym alkohol pełnił u niego rolę sedatywu tłumiącego gonitwę myśli, co doprowadziło do utrwalenia nieadaptacyjnego schematu picia.

Analiza teoretyczna. Skonstruowana winieta kliniczna stanowi ilustrację potencjalnej międzypokoleniowej transmisji trudności z samoregulacją. Pokazuje ona, jak brak właściwej diagnozy sprzyja nieformalnemu samoleczeniu depresantami OUN, podczas gdy wczesna interwencja u adolescenta tworzy szansę na uniknięcie wtórnego uzależnienia.

Wnioski

Przedstawiona w niniejszym artykule analiza teoretyczna oraz jakościowa reinterpretacja materiału klinicznego dostarczają spójnych przesłanek przemawiających za użytecznością hipotezy samoleczenia w wyjaśnianiu motywów sięgania po substancje przez dorosłych z ADHD. Wybór związku chemicznego w wielu przypadkach nie wynika z dążenia do hedonistycznej ekscytacji, lecz stanowi próbę kompensacji specyficznych deficytów neuropsychologicznych. Psychostymulanty i nikotyna służą optymalizacji uwagi i pamięci roboczej powiązanych ze szlakiem mezokortykalnym, podczas gdy alkohol i kanabinoidy bywają wykorzystywane do doraźnego wyciszenia nadpobudliwości, lęku i bezsenności w szlaku mezolimbicznym (Eme, 2017; Mariani i Levin, 2012). Analiza wskazuje jednocześnie na destrukcyjny mechanizm błędnego koła, szczególnie wyraźny w przypadku alkoholu: chwilowa redukcja napięcia i natłoku myśli okupiona jest pogłębieniem osiowego deficytu hamowania impulsów, co sprzyja utracie kontroli nad piciem (Weafer i in., 2009). Istotną rolę odgrywa również biologiczny mechanizm zespołu deficytu nagrody (RDS), w którym stan chronicznej hipodopaminergii wywołuje poczucie nudy i dysforii, skłaniając pacjentów do neurochemicznej samoregulacji (Blum i in., 2008, 2022).

Z perspektywy organizacji ochrony zdrowia priorytetem powinno stać się wdrożenie rutynowych badań przesiewowych w kierunku ADHD w placówkach terapii uzależnień, zgodnie z polskimi wytycznymi psychiatrycznymi (Wiśniewski i in., 2024). Równoczesne

leczenie ADHD i zaburzeń używania substancji stwarza realną szansę na przerwanie międzypokoleniowego łańcucha transmisji zaburzeń i poprawę funkcjonowania pacjentów. Zbiorczą syntezę mechanizmów samoleczenia w powiązaniu z nozologią DSM-5 przedstawia tabela 2.

Tabela 2

Zestawienie preferencji klas substancji w zależności od prezentacji klinicznej ADHD według DSM-5 oraz wymiarów towarzyszących

Prezentacja kliniczna ADHD (wg DSM-5)	Dominujące deficyty funkcji wykonawczych (EF)	Preferowana klasa substancji (mechanizm kompensacyjny)	Oczekiwany profil działania (subiektywny)	Długofalowe ryzyko kliniczne i neuropsychologiczne
Prezentacja z przewagą zaburzeń uwagi	Hamowanie reakcji (Inhibition), Regulacja pobudzenia	Alkohol, Benzodiazepiny, Opioidy	"Wyłączenie mózgu", relaksacja mięśniowa, spowolnienie myśli.	Szybki rozwój tolerancji, ryzyko wypadków (pogłębione odhamowanie), depresja OUN.
Prezentacja z przewagą nadruchliwości i impulsywności	Deficyt behawioralnego i poznawczego hamowania reakcji (*inhibition*), upośledzona samoregulacja pobudzenia, preferencja natychmiastowej gratyfikacji (*delay discounting*).	Depresanty OUN i substancje sedatywne: alkohol, benzodiazepiny, opioidy.	Tłumienie napięcia psychoruchowego, wyciszenie gonitwy myśli, doraźna ulga od wewnętrznego niepokoju.	Szybki wzrost tolerancji, wysokie ryzyko zespołu odstawiennego, pogłębienie odhamowania w stanie intoksykacji, wypadki.

Prezentacja mieszana	Złożona dysfunkcja sieci czołowo-prążkowiowych: deficyt hamowania połączony z głęboką fluktuacją uwagi i labilnością motywacyjną.	Politoksykomania: naprzemienne stosowanie stymulantów (w dzień) oraz depresantów i alkoholu (wieczorem).	Próba dobowej modulacji pobudzenia korowego: sztuczne wymuszanie skupienia i późniejszej sedacji.	Ciężkie powikłania somatyczne, toksyczne interakcje substancji, wysoka śmiertelność, głęboka degradacja społeczna.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie kryteriów DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) oraz publikacji Barbuti i in. (2023) i van Emmerik-van Oortmerssen i in. (2012).

Dyskusja

Implikacje terapeutyczne i prewencja

Analiza hipotezy samoleczenia prowadzi do wniosku, że skuteczne leczenie ADHD może pełnić istotną funkcję w profilaktyce zaburzeń używania substancji. Rozstrzygnięcie tej kwestii w literaturze wymaga jednak zestawienia odmiennych danych badawczych. Wielkoskalowe badanie oparte na szwedzkich rejestrach narodowych, obejmujące 26 249 mężczyzn oraz 12 504 kobiety z ADHD, wykazało, że w okresach przyjmowania leków stymulujących wskaźnik zdarzeń związanych z nadużywaniem substancji (zgonów, hospitalizacji i przestępczości na tle substancyjnym) był o 31% niższy niż w okresach bez leczenia (Chang i in., 2014). Z kolei wczesna metaanaliza Wilensa i współpracowników (2003) wskazywała, że wdrożenie farmakoterapii w dzieciństwie wiązało się z 50-procentową redukcją ryzyka rozwoju SUD w wieku dojrzałym. Dla zachowania równowagi metodologicznej należy przywołać metaanalizę Humphreys, Enga i Lee (2013), opublikowaną w JAMA Psychiatry. Autorzy ci dowiedli, że leczenie farmakologiczne stymulantami ani nie podwyższa ryzyka późniejszego uzależnienia (obalenie teorii bramy), ani nie stanowi gwarantowanego czynnika chroniącego przed rozwojem nałogu. Wyniki te wskazują, że sama farmakoterapia nie zastąpi kompleksowego oddziaływania terapeutycznego.

W terapii pacjentów z podwójną diagnozą kluczowe znaczenie ma zintegrowane

podejście kliniczne. Pierwsze to farmakoterapia. W przypadku czynnego uzależnienia preferuje się leki o minimalnym potencjale nadużywania (atomoksetyna, bupropion) lub preparaty stymulujące o zmodyfikowanym uwalnianiu (system OROS, lisdeksamfetamina), które ograniczają ryzyko nielicencjonowanego użycia (Barbuti i in., 2023). Drugie to psychoterapia. Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) ukierunkowana na ADHD wspiera odbudowę funkcji wykonawczych, wzmacnia samokontrolę i redukuje stres emocjonalny, co bezpośrednio obniża potrzebę poszukiwania chemicznej ulgi (Uçar i Emek Savaş, 2025).

Bibliografia

Bagot, K. S., Kaminer, Y. (2014). Efficacy of stimulants for cognitive enhancement in non-attention deficit hyperactivity disorder youth: A systematic review. *Addiction, 109*(4), 547–557. https://doi.org/10.1111/add.12460

Barbuti, M., Maiello, M., Spera, V., Pallucchini, A., Brancati, G. E., Maremmani, A. G. I., Perugi, G., Maremmani, I. (2023). Challenges of treating ADHD with comorbid substance use disorder: Considerations for the clinician. *Journal of Clinical Medicine*, *12*(9), art. 3096. https://doi.org/10.3390/jcm12093096

Blum, K., Chen, A. L., Braverman, E. R., Comings, D. E., Chen, T. J., Arcuri, V., Blum, S. H., Downs, B. W., Waite, R. L., Notaro, A., Lubar, J., Williams, L., Prihoda, T. J., Palomo, T., Oscar-Berman, M. (2008). Attention-deficit-hyperactivity disorder and reward deficiency syndrome. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *4*(5), 893-918. https://doi.org/10.2147/ndt.s2627

Blum, K., McLaughlin, T., Bowirrat, A., Modestino, E. J., Baron, D., Gomez, L. L., Ceccanti, M., Braverman, E. R., Thanos, P. K., Cadet, J. L., Elman, I., Badgaiyan, R. D., Jalali, R., Green, R., Simpatico, T. A., Gupta, A., Gold, M. S. (2022). Reward Deficiency Syndrome (RDS) surprisingly is evolutionary and found everywhere: Is it „blowin' in the wind"? *Journal of Personalized Medicine*, *12*(2), art. 321. https://doi.org/10.3390/jpm12020321

Chang, Z., Lichtenstein, P., Halldner, L., D'Onofrio, B. M., Serlachius, E., Fazel, S., Långström, N., Larsson, H. (2014). Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *55*(8), 878–885. https://doi.org/10.1111/jcpp.12164

Crunelle, C. L., van den Brink, W., Moggi, F., Konstenius, M., Franck, J., Levin, F. R., van de Glind, G., Barta, C., Dom, G., Verspreet, S., Carpentier, P. J., Ramos-Quiroga, J. A., Skutle, A., Buwalda, V., Kaye, S., Demetrovics, Z., Coetzee, C., Vela, J. M., Manouvrier, R., Matthys, F. (2018). International consensus statement on screening, diagnosis and treatment of substance use disorder patients with comorbid attention deficit/hyperactivity disorder. *European Addiction Research*, *24*(1), 43-51. https://doi.org/10.1159/000487767

Eme, R. (2017). The overlapping neurobiology of addiction and ADHD. *Mental Health and Addiction Research, 2*(1), 1–3. https://doi.org/10.15761/MHAR.1000129

Hernandez, M., Levin, F. R. (2022). Attention-deficit/hyperactivity disorder and therapeutic cannabis use motives. *Psychiatric Clinics of North America*, *45*(3), 503-514. https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.05.010

Humphreys, K. L., Eng, T., Lee, S. S. (2013). Stimulant medication and substance use outcomes: A meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *70*(7), 740–749. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1273

Hupli, A. (2018). Medical cannabis for adult attention deficit hyperactivity disorder: Sociological and cannabinoid perspectives. *Medical Cannabis and Cannabinoids*, *1*(2), 112–118. https://doi.org/10.1159/000495307

Izydorczyk, B., Sitnik-Warchulska, K. (2021). Zachowania ryzykowne u młodzieży. Część 1: Opis przypadku i klasyfikacje. *Medycyna Praktyczna: Psychiatria Dzieci i Młodzieży*. https://www.mp.pl/psychiatria-dzieci-i-mlodziezy/zaburzenia/inne/276764,zachowania-ryzykowne-u-mlodziezy-czesc-1-opis-przypadku-i-klasyfikacje

Kamińska, K. Z., Ciołek, M., Rosół, I., Matlakiewicz, M., Potaczek, M., Cichoń, L., Wilczyński, K. M., Janas-Kozik, M. (2025). Psychiatric disorders among adolescents residing at Youth Educational Centers in Silesia in Poland. *Psychiatria Polska*, Artykuł online first nr 337, 1-14. https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/207301

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry, 4*(5), 231–244. https://doi.org/10.3109/10673229709030550

Kooij, S. J., Bijlenga, D. (2013). The circadian rhythm of body temperature, sleep, and ADHD: Sleep and ADHD. *Sleep Medicine Reviews, 17*(5), 371–381. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2012.11.002

Levin, F. R., Evans, S. M., Kleber, H. D. (1999). Practical guidelines for the treatment of substance abusers with adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Services, 50*(8), 1001–1003. https://doi.org/10.1176/ps.50.8.1001

Mariani, J. J., Khantzian, E. J., Levin, F. R. (2014). The self-medication hypothesis and psychostimulant treatment of cocaine dependence: An update. *The American Journal on Addictions, 23*(2), 189–193. https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.12086.x

Mariani, J. J., Levin, F. R. (2012). Psychostimulant treatment of cocaine dependence. *Psychiatric Clinics of North America, 35*(2), 425-439. https://doi.org/10.1016/j.psc.2012.03.008

Puri, M., Bekker, Y., Islam, F. A. (2014). Is your patient using cocaine to self-medicate undiagnosed ADHD? *Current Psychiatry, 13*(12), e3–e4. https://www.mdedge.com/currentpsychiatry/article/88937/addiction-medicine/your-patient- using-cocaine-self-medicate

Schreiber, J. E., Possin, K. L., Girard, J. M., Rey-Casserly, C., Higgins, V. D., Bunge, S. A., Kramer, J. H. (2014). Executive function in children with attention deficit/hyperactivity disorder: The NIH EXAMINER battery. *Journal of the International Neuropsychological Society, 20*(1), 41-51. https://doi.org/10.1017/S1355617713001100

Sousa, N. O., Grevet, E. H., Salgado, C. A. I., Silva, K. L., Victor, M. M., Karam, R. G., Vitola, E. S., Picon, F. A., Zeni, G. D., Rohde, L. A., Belmonte-de-Abreu, P., Bau, C. H. D. (2011). Smoking and ADHD: An evaluation of self-medication and behavioral disinhibition models based on comorbidity and personality patterns. *Journal of Psychiatric Research, 45*(6), 829-834. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.012

Stoner, S. A. (2017). Effects of marijuana on mental health: Attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) [Biuletyn informacyjny]. *Alcohol & Drug Abuse Institute*, University of Washington. https://adai.uw.edu/pubs/pdf/2017mjadhd.pdf

Szewczuk-Bogusławska, M., Flisiak-Antonijczuk, H. (2013). Czy zmiana kryteriów diagnostycznych ułatwi rozpoznanie ADHD u dorosłych? *Psychiatria Polska, 47*(2), 293–302.

Tamm, L., Epstein, J. N., Lisdahl, K. M., Molina, B. S., Tapert, S. F., Hinckley, J. D., Evans, S. W., Schulz, K. P., Hock, R. S., Sofis, M. J., Anastopoulos, A. D., Swanson, J. M. (2013). Impact of ADHD and cannabis use on executive functioning in young adults. *Drug and Alcohol Dependence, 133*(2), 607-614. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.08.001

Teplin, D. (2019). ADHD & recreational marijuana: What's the attraction? Attention Magazine, *26*(3), 10-13.

Uçar, E. N., Emek Savaş, D. D. (2025). Role of executive functions in substance use disorder. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 18*, 382–399. https://doi.org/10.18863/pgy.1682854

van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., van den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C. L., Swets, M., Schoevers, R. A. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 122*(1-2), 11–19. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.12.007

Weafer, J., Fillmore, M. T., Milich, R. (2009). Increased sensitivity to the disinhibiting effects of alcohol in adults with ADHD. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 17*(2), 113-121. https://doi.org/10.1037/a0015418

Wilens, T. E., Faraone, S. V., Biederman, J., Gunawardene, S. (2003). Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics, 111*(1), 179–185. https://doi.org/10.1542/peds.111.1.179

Wiśniewski, A., Jóźwiak, J., Domagała, W., Płatek, F., Lew-Starowicz, M., Wierzbiński, P. (2024). Diagnostyka i postępowanie terapeutyczne u dorosłych z ADHD: Rekomendacje Sekcji

Kształcenia Specjalizacyjnego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i koalicji organizacji na rzecz osób z ADHD (2024 r.). *Psychiatria, 21*(2), 65-80. https://doi.org/10.5114/psych.2024.141097

Nota o autorze

Kamil Kowalski, student psychologii w Wyższej Szkole Biznesu – National Louis University w Nowym Sączu. Zainteresowania naukowe autora koncentrują się wokół problematyki podwójnych diagnoz oraz mechanizmów uzależnień od substancji psychoaktywnych.

Aleksandra Krawczak
email: akrawczak@student.wsb-nlu.edu.pl
ORCID: -
Wyższa Szkoła Biznesu – National Louis University

Jak wysoko wrażliwi odbierają świat? Wrażliwość przetwarzania sensorycznego w kontekście różnic indywidualnych w podatności na stymulację oraz pojemności pamięci roboczej

How do highly sensitive people perceive the world?
Sensory processing sensitivity (SPS) in context of individual differences in susceptibility to stimulation and working memory

DOI: 10.66935/978-83-65926-22-7.3

© 2025 Aleksandra Krawczak
Praca opublikowana na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0). Treść licencji dostępna jest pod adresem: https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.pl

Cytuj jako: Krawczak, A. (2026). Jak wysoko wrażliwi odbierają świat? Wrażliwość przetwarzania sensorycznego w kontekście różnic indywidualnych w podatności na stymulację oraz pojemności pamięci roboczej. W: J. Felczak (red.), *Mechanizmy i strategie regulacji emocji* (T. 1). (s. 1-). Wydawnictwo WSB-NLU.

Streszczenie: Badanie miało na celu zweryfikowanie zróżnicowania osób o wysokiej wrażliwości sensorycznej (mierzonej skalą HSPS-10) pod względem wydolności funkcji poznawczych, w szczególności z uwzględnieniem pamięci roboczej (mierzoną zadaniem n-back Corsi Task) oraz podatności na pobudzenie (mierzone skalą Thayera). Badanie oparto na teorii wrażliwości przetwarzania sensorycznego, rozszerzonej przez E. N. Aron o aspekt wysokiej wrażliwości sensorycznej. Uczestnicy oglądali autorski film o niskiej lub wysokiej stymulacji, a następnie oceniali swój stan pobudzenia.

Po potwierdzeniu spełnienia założeń testu statystycznego ANOVA stwierdzono, że osoby o wysokiej wrażliwości sensorycznej (HSP) wykazują niższy poziom pobudzenia w sytuacji niskiej stymulacji, a wyższy w sytuacji wysokiej stymulacji, szczególnie w wymiarach aktywacji ogólnej i wysokiej. Badanie wykazało, że wrażliwość przetwarzania sensorycznego (SPS) może mieć związek z pobudzeniem, ale nie wiąże się bezpośrednio z wydajnością pamięci roboczej.

Abstract: The study aimed to verify differences in individuals with high sensory processing sensitivity (measured with the HSPS-10 scale) in terms of cognitive functioning, particularly working memory

performance (measured with the Corsi n-back task) and susceptibility to arousal (measured with the Thayer Activation–Deactivation Adjective Check List). The study was based on sensory processing sensitivity (SPS) expanded by E. N. Aron theory of high sensory-processing sensitivity (HSPS). Participants watched an original video designed to induce either low or high stimulation and subsequently assessed their level of arousal.
After confirming that the assumptions of the ANOVA statistical test were met, the results indicated that individuals with high sensory-processing sensitivity (HSPS) exhibited lower levels of arousal under low-stimulation conditions and higher levels under high-stimulation conditions, particularly in the dimensions of general activation and high activation. The study showed that SPS may be linked to arousal but is not directly associated with working memory performance.

Słowa kluczowe: wrażliwość przetwarzania sensorycznego, wysoka wrażliwość sensoryczna, pamięć robocza, funkcje poznawcze, wysoka wrażliwość, uwarunkowania pamięci

Keywords: sensory processing sensitivity, high sensory-processing sensitivity, working memory, cognitive functions, nervous system high sensitivity, memory determinants

Wprowadzenie

Teoretyczne założenia przetwarzania sensorycznego

Teoria wrażliwości przetwarzania sensorycznego (*Sensory Processing Sensitivity,* SPS) zawiera w sobie komponent psychologiczny oraz biologiczny, właściwy dla każdego żywego organizmu. Badania sugerują, że ok. 15-20% ogółu populacji przejawia podwyższoną wrażliwość sensoryczną. Wysoka wrażliwość sensoryczna może przejawiać się odmienną od reszty populacji aktywacją ośrodków mózgowych (Aron i Aron, 1997). Według badaczy, osoby zakwalifikowane do grupy wysoko wrażliwych cechuje niski próg pobudzenia sensorycznego. Może to oznaczać, że takie osoby potrzebują znacznie mniej stymulacji dla zaktywizowania procesów biologicznych i poznawczych niezbędnych w powstawaniu śladu pamięciowego. Prawdopodobnie, osoby wysoko wrażliwe szybciej doświadczają nadmiernej stymulacji i w związku z tym ich zdolność uwagi oraz pamięciowe funkcje poznawcze są osłabione w sytuacji wystawienia na intensywną stymulację ze środowiska. Z drugiej strony, wysoka wrażliwość sensoryczna, a zatem przetwarzanie sensoryczne na głębszym poziomie, może być powiązane z lepszym zapamiętywaniem szczegółów i detali.

Badania nad aktywnością mózgu osób wysoko wrażliwych wykazały większą wrażliwość na bodźce wzrokowe (Jagiellowicz i in., 2011). Można przypuszczać, że obszary mózgu związane z rożnymi modalnościami sensorycznymi pobudzane są szybciej u osób uzyskujących wysokie wyniki na samoopisowej skali HSP (Trå i in., 2023). Jednak dokonany

przegląd literatury nie pozwala na stwierdzenie z całą pewnością związku przyczynowo-skutkowego między szybkością pobudzenia centralnego układu nerwowego i deklarowaną wysoką wrażliwością sensoryczną.

Alternatywną dla teorii pobudzenia jest teoria zahamowania (*anxiety*) i aktywacji (*impulsivity*) (Gray, 1991, s. 105-128). Mechanizm pobudzenia powiązany jest z biologiczno-psychologicznym mechanizmem aktywacji (podejmowania ryzyka) oraz behawioralnym mechanizmem zahamowania (wycofania). Interakcja tych mechanizmów prawdopodobnie wpływa na zahamowanie zachowania jednostki. Wrażliwość na pobudzenie moderuje poziom lęku (*behavioural inhibition system*, BIS) i jest on aktywowany obawą przed nowymi elementami środowiska, ale również sygnałami o potencjalnej karze lub braku nagrody, rozumianej w ujęciu behawiorystycznym (Smolewska i in., 2006; Corr, 2002).

System BIS bliższy jest neurotyczności w ujęciu Eysencka i Eysencka (1977) i wyjaśnia zahamowanie reakcji poprzez zwiększone napięcie między oceną sytuacji a przewidywaniem negatywnego rozwoju sytuacji. Według Graya (1991) zahamowanie reakcji następuje z powodu niedopasowania sensorycznego odczuwania sytuacji, w której znajduje się jednostka, a przewidywanymi konsekwencjami. System BIS przejawia się podwyższonym czuwaniem sprzężonym z zahamowaniem aktywności przy wzmożonej reaktywności emocjonalnej. Procesy te, zdaniem Graya, mają na celu uniknięcie kary (negatywnego wzmocnienia).

Osoba, która ma charakterystycznie bardziej aktywny system BIS, może być łatwiej rozproszona, mniej skupiona i łatwiej przytłoczona nawet niewielkimi poziomami stymulacji, a także nadmiernie wrażliwa na negatywne bodźce, a tym samym skłonna do nadmiernego przewidywania niebezpieczeństwa (Smolewska i in., 2006). Aron i Aron (1997) argumentują, że podstawową rolą systemu BIS jest przetwarzanie nowych bodźców oraz że osoby, które cechuje wysoki poziom wrażliwości przetwarzania sensorycznego, przejawiają również wysoki poziom funkcjonowania BIS. Innymi słowy, badacze sugerują, że BIS jest neuropsychologicznym podłożem wysokiej wrażliwości, powiązany jest z większą impulsywnością i energią aktywującą organizm.

Na przeciwnej skali spektrum znajduje się behawioralny system aktywacji (*behavioral activation system*, BAS), którym według autora omawianej teorii, kierują się jednostki wrażliwe na nagrodę lub wycofanie kary (Gray, 1991). System BAS zauważa podobieństwa do ekstrawersji Eysencka (Eysenck, 1990, s. 244-276). Przejawem ekstrawersji w zachowaniu jest zbliżanie się do obiektu w polu uwagi. Ten system wzmacnia podejmowanie aktywności, a związany jest według Graya (1991) z umiejscowionymi w mózgu wstępującymi drogami: układem dopaminergicznym i neuroprzekaźnikiem dopaminą. Teoria ta próbuje wyjaśniać

mózgowe i neurologiczne podłoże zachowania, jednak w sposób ograniczony pozwala zrozumieć zachowanie w odniesieniu do wrażliwości na nagrodę lub jej wycofanie (Matthews i Gilliland, 1999).

Teoria Graya sugeruje, że zachowanie człowieka jest ściśle determinowane przez biologiczne dwubiegunowe funkcjonowanie układu nerwowego. Wrażliwość przetwarzania sensorycznego (SPS) to biologiczna cecha temperamentu związana ze zwiększoną świadomością i reakcją na bodźce środowiskowe i społeczne (Aron i Aron, 1997). Jednak teoria Aron poszerza biologiczne ujęcie przetwarzania sensorycznego o różnice indywidualne. Układ nerwowy to część składowa wieloczynnikowego modelu. Aron w model SPS włącza sposób, w jaki informacje ze środowiska są przekazywane do centralnego układu nerwowego i jak interpretowane są w ośrodkach mózgowych (Aron i in., 2012). Wrażliwość sensoryczna to złożone wzajemnie oddziałujące na siebie elementy: organika układu nerwowego, pamięć, doświadczenie bodźców i sytuacji, kontekst sytuacji społecznych (wyniesionych z nich doświadczeń lękowych) i prawdopodobnie styl przywiązania. Na wrażliwość przetwarzania sensorycznego składają się także odziedziczone cechy osobowości, szczególnie ekstrawersji i neurotyczności, a także temperamentalnej reaktywności emocjonalnej (Aron i Aron, 1997; Strelau, 1987).

Pamięciowe uwarunkowanie wrażliwości sensorycznej

Modele pamięci oparte o modułowy sposób przetwarzania i przechowywania informacji włączają pamięć sensoryczną jako krótkotrwały etap odbierania zmysłowego niezbędnego do zaistnienia percepcji (Shiffrin i Atkinson, 1971). Według badaczy między odbieraniem zmysłowym a magazynem pamięci krótkotrwałej istnieje rodzaj przechowywania informacji sensorycznej (*accommodator*), który z jednej strony zapewnia zdolność pamięci bodźców zmysłowych, a z drugiej ma ograniczoną pojemność, przez co w pamięci krótkotrwałej zapisywane są tylko wybrane fragmenty informacji dostępnej na zewnątrz układu nerwowego organizmu (Nęcka i in., 2020, s. 301).

Pojemność magazynów pamięci sensorycznej i krótkotrwałej jest dynamiczna i szacuje się ją na ok. 7 +/- 2 elementy. Wskazuje na to klasyczne badanie G. A. Millera (1956) oraz Nęcka (2020, s. 307) wprowadzające pojęcie grupowania – w celu nadania sensu lub znaczenia bodźcom, a tym samym lepszej ekonomii zapamiętywania. Miller zwrócił uwagę na rolę planowania w funkcjonowaniu poznawczym (rozumowanie i przewidywanie). Aby planowanie było skuteczne, potrzebny jest magazyn pamięci tymczasowej (nazywanej współcześnie pamięcią roboczą), który może pełnić rolę bufora krótkotrwałego zapisu przetwarzanej treści. Kolejnym elementem planowania jest umiejętność hierarchizowania planów i myśli. W myśl

teorii Millera pamięć robocza służy hierarchizowaniu elementów w pamięci w celu skutecznego planowania (Cowan, 2011).

Aktywacyjny model pamięci roboczej Cowana związany jest z mechanizmami uwagowymi. Model Cowana (1988) opisywany jest jako ogólny model przetwarzania informacji ze środowiska. Informacje (bodźce) przepuszczane są przez filtr sensoryczny, po czym zasoby pamięci długotrwałej w oparciu o komunikat przetwarzania sensorycznego (modalność wzrokowa, słuchowa, czuciowa) wydobywają zasoby, które potrzebne są w danym momencie w pamięci roboczej. Wspólnymi elementami modeli Cowana i Baddeleya są pojemniki przetwarzania fonologicznego i wizualno-przestrzennego. Oba modele łączy też teoria o zanikaniu informacji w pamięci roboczej, jeśli zaniechany zostanie proces utrwalania lub uwaga zostanie przekierowana na inne informacje płynące ze środowiska (Adams i in., 2018; Baddeley, 2002).

Jeśli w procesie przetwarzania informacji organizm wykryje (postrzeganie) zmianę we wzorze informacji, wtedy następuje dehabituacja w postaci reakcji ukierunkowania uwagi na zdehabituowane bodźce (Nęcka i in., 2020, s. 334-337). Mechanizm dehabituacji jest ściśle powiązany z filtrem uwagi (Cowan, 1988). Zadaniem pamięci roboczej według Cowana jest włączanie i syntetyzowanie informacji z wielu różnych modalności i kodów (sensorycznych i semantycznych). Pamięć robocza wydaje się uwarunkowana procesami uwagi oraz wrażliwością sensoryczną organizmu na odbierane bodźce (Cowan, 2011).

Mechanizm pamięci roboczej definiowany jest jako zespół podmechanizmów, które łączą różne modalności poznawcze (pamięć wizualną, akustyczną, epizodyczną). Badacze łączą ten mechanizm ze stanem świadomości, jakkolwiek świadomość jest pojęciem szerszym niż sama pamięć robocza (Logie, 2015).

Wyniki badań wskazują, że pamięć robocza wykorzystywana jest min. w celu orientacji w przestrzeni. Jest to mechanizm zachowywania właściwości wizualnych przedmiotów: kształtu, koloru, lokalizacji czy sekwencji ruchów ciała (Baddeley, 1996 i 2002; Repovš i Baddeley, 2006). Eksperymenty przeprowadzone przez Baddeleya i współpracowników wskazują na rozdzielność mechanizmów pamięci roboczej odpowiedzialnej za procesy werbalne i wzrokowe. Dowodem na to są wyniki badań, w których badani popełniali znacznie mniej błędów przy jednoczesnym wykonywaniu zadania związanego z wizualnym i słuchowym zaangażowaniem procesów pamięciowych, niż kiedy wykonywali równocześnie zadania wizualne. Wskazuje to na istnienie oddzielnych mechanizmów w obrębie pamięci roboczej odpowiedzialnych za różne modalności. Wydaje się być to mechanizm uniwersalny, nieróżnicujący ludzi wewnątrzgatunkowo (Vallar i Baddeley, 1984).

Psychobiologiczne uwarunkowanie wrażliwości sensorycznej

Wrażliwość przetwarzania sensorycznego jest to genetycznie uwarunkowana cecha poznawczego przetwarzania bodźców powiązana z reaktywnością emocjonalną (Posner i Rothbart, 2013). Wrażliwość przetwarzania sensorycznego definiuje się jako głębokość przetwarzania stymulacji na poziomie układu nerwowego (Jagiellowicz i in., 2011). Jest ona właściwa wszystkim kręgowcom (Strelau, 2014; de Waal, 2005). Różnorodność wrażliwości sensorycznej prawdopodobnie jest cechą przystosowawczą (Dingemanse i in., 2010). Dłuższy czas obserwacji oraz wolniejsze reagowanie związane są z odtwarzaniem tego, czego jednostka nauczyła się w sytuacjach, których już doświadczyła. Dopasowanie zachowania do nowej sytuacji w momencie rejestracji sprzecznych sygnałów od sensorycznie wrażliwych organizmów większego namysłu. Przejawem zachowania w takich sytuacjach może być zahamowanie reakcji (konflikt podejdź – wycofaj się), który niekoniecznie musi świadczyć o temperamencie zahamowanym czy patologicznej nieśmiałości (Aron i in., 2012).

Wrażliwość przetwarzania sensorycznego definiuje się jako głębokość przetwarzania stymulacji na poziomie układu nerwowego (Jagiellowicz i in., 2011). Jest ona właściwa wszystkim kręgowcom (Strelau, 2014, s. 28-31). Z tego względu jest to interesujący temat badań, ponieważ wrażliwość sensoryczna łączy ludzi z innymi gatunkami zwierząt. Część badaczy jest przekonanych, że wyjściowym czynnikiem kształtującym różnice indywidualne temperamentu jest stopień, w jakim zachowanie jednostkowe jest kierowane bodźcami ze środowiska (Wolf i in., 2008). Na poziomie układu nerwowego jakość percepcji sensorycznej zależy zarówno od niezawodnego przewodnictwa bodźców czuciowych na peryferiach układu nerwowego, jak i od dokładnego przetwarzania informacji sensorycznych przez ośrodkowy układ nerwowy (Pluess, 2015).

Psychologowie definiują sensorykę jako próg rejestracji bodźców ze środowiska zewnętrznego i z wnętrza organizmu, który skutkuje różnorodną głębokością przetwarzania tych bodźców tak, że prowadzą do formowania świadomych doznań (Gulla, 2021, s. 38-41). Wydaje się, że nasilenie rejestracji bodźców dotykowych, słuchowych i wzrokowych ma kluczowe znaczenie dla wykonywania wielu zadań poznawczych, w tym niezbędnych do poczucia dobrostanu psychicznego (van Reyn, 2023). Można przypuszczać, że na nasze zachowanie wpływa wrażliwość układu nerwowego sterowanego przez funkcje poznawcze (Greven i in., 2019). Prawdopodobnie funkcje poznawcze, takie jak uwaga czy pamięć decydują o tym, z jaką mocą bodziec zewnętrzny zostanie zakwalifikowany jako informacja wystarczająco wartościowa lub przydatna.

Metodyka badań własnych

Cel badawczy i hipotezy badawcze

Celem badania jest zweryfikowanie, jak wrażliwość przetwarzania sensorycznego, a szczególnie wysoka wrażliwość – za definicją Aron (1997) – różnicuje ludzi pod względem pojemności pamięci roboczej. W oparciu o przytoczoną literaturę oraz aktualny stan badań oczekuje się, że wysoka wrażliwość sensoryczna będzie wiązała się ze stopniem pobudzenia psychicznego i w efekcie różnicuje badanych pod względem pojemności pamięci roboczej.
Na użytek niniejszego badania postawiono następujące hipotezy:

1. Badani, którzy uzyskali wysokie wyniki na skali HSPS (wysoka wrażliwość sensoryczna) w porównaniu z badanymi, którzy uzyskali niskie wyniki na skali HSPS (niska wrażliwość sensoryczna), zadeklarują niższą aktywację ogólną po obejrzeniu filmu nisko stymulującego.
2. Badani, którzy uzyskali wysokie wyniki na skali HSPS w porównaniu z badanymi, którzy uzyskali niskie wyniki na skali HSPS, wykażą wyższą aktywację po obejrzeniu filmu wysoko stymulującego.
3. W warunku wysokiej stymulacji badani, którzy uzyskali wysokie wyniki na skali HSPS, zapamiętają mniej elementów w zadaniu poznawczym niż osoby, które uzyskały niskie wyniki na skali HSPS.
4. W warunku niskiej stymulacji badani, którzy uzyskali wysokie wyniki na skali HSPS, zapamiętają więcej elementów w zadaniu poznawczym niż osoby, które uzyskały niskie wyniki na skali HSPS.
5. W warunku wysokiej stymulacji badani, którzy uzyskali wysokie wyniki na skali HSPS, popełnią więcej błędów w zadaniu poznawczym niż osoby, które uzyskały niskie wyniki na skali HSPS.
6. W warunku niskiej stymulacji badani, którzy uzyskali wysokie wyniki na skali HSPS, popełnią mniej błędów w zadaniu poznawczym niż osoby, które uzyskały niskie wyniki na skali HSPS.

Metoda badań

Osoby badane

W badaniu wzięło udział 354 badanych, z czego wykluczono 145 badanych z uwagi na niską jakość danych (badanie nieukończone lub błędna odpowiedź na pytania kontrolne).

Ostatecznie do analizy zakwalifikowano dane od 209 uczestników. Badanie skierowane było do osób zdrowych i pełnoletnich. Wszyscy uczestnicy zostali poinformowani o celu i przebiegu badania oraz wyrazili świadomą zgodę na udział. W grupie badanych znalazło się 139 kobiet (65,4%) oraz 70 mężczyzn (34,6%). Średnia wieku próby wynosiła 25,95 lat (SD = 8,43). W grupie kobiet średnia wieku wyniosła 24,61 lat (SD = 7,52), a dla mężczyzn 28,58 lat (SD = 9,51).

Badanych dobrano za pomocą zaproszenia do badania umieszczonego na platformach badawczych Sona Systems (https://www.sona-systems.com/) oraz Prolific (https://www.prolific.com/).

Procedura badawcza

Pierwszym etapem badania był pomiar wrażliwości sensorycznej. W tym celu wykorzystano Kwestionariusz Osoba Wysoko Wrażliwa HSPS-10 Scale – polska adaptacja skróconej wersji autorstwa E. N. Aron (1997) (De Gucht i in., 2022; Baryła-Matejczuk i in., 2022). Skala zawiera 10 itemów mierzących wysoką wrażliwość jako jeden wymiar. Ogólny wskaźnik rzetelności alfa Cronbacha wynosi 0,76 (wynik dobry).

W kolejnym etapie badani zostali losowo przydzieleni do dwóch grup. W warunku wysokiej stymulacji badani oglądali autorski 30-sekundowy materiał w filmowy. W warunku niskiej stymulacji oglądano materiał filmowy o niewielkiej dynamice. Materiały filmowe różniły się od siebie tempem wyświetlania obrazu i tempem podkładu muzycznego. W celu sprawdzenia, czy wersje nagrania wystarczająco się od siebie różnią, przeprowadzono pilotaż. W badaniu pilotażowym wzięło udział 18 osób losowo przydzielonych do dwóch grup. Nagranie o niskiej dynamice wizualno-dźwiękowej badani ocenili na średnio 3 punkty w skali dziesięciostopniowej. Nagranie o wysokiej dynamice oceniono średnio na 8 w tej samej skali. Wykorzystanie materiałów o zróżnicowanej dynamice miało na celu wywołać korespondujący poziom pobudzenia sensorycznego u badanych. Należy zaznaczyć, że nagrania nie zawierały żadnych elementów wrażliwych, jak przemoc lub innych silnych bodźców.

W trzecim etapie badania wykorzystano 20-itemową samoopisową skalę przymiotnikową do pomiaru pobudzenia autorstwa Roberta E. Thayera (1986). Skalę wprowadzono w celu pomiaru pobudzenia materiałem wizualnym na dwóch wymiarach: aktywacji i deaktywacji w podziale na cztery czynniki: ogólne pobudzenie, brak pobudzenia (senność), wysokie pobudzenie (napięcie), ogólny brak pobudzenia (spokój).

W ostatniej części badania zastosowano zadanie poznawcze n-Back Corsi Task służące do pomiaru funkcji poznawczych, takich jak uwaga i pamięć robocza (Corsi, 1972; Stoet, 2017). Zadanie n-Back zostało pierwotnie zaprojektowane w 1973 roku w celu oceny wpływu

zmęczenia psychicznego na cywilną załogę samolotów (Kessels i in., 2008). Polega ono na zapamiętywaniu kolejności podświetlania poszczególnych elementów geometrycznych. W teście wstecznym (n-back) należy kliknąć prostokąty w odwrotnej kolejności. Oznacza to, żeby próba została odnotowana jako poprawna, należało zacząć zadanie od elementu, który był podświetlony jako ostatni, następnie przedostatni aż do pierwszego (Bradley-Garcia i Bolton, 2023). Materiał dostosowano do procedury badania przeprowadzonego zdalnie, online.

Procedurę badawczą przygotowano na platformie Qualtrics. Badanie zostało przygotowane do przeprowadzenia online, w wybranym dla uczestników czasie. Badani zostali poinformowani, że celem badania jest wypełnienie kwestionariusza osobowości oraz zagranie w grę pamięciową. Badanie nie wymagało zastosowania decepcji. W celu weryfikacji staranności wykonania zadania, przed zamknięciem badania, uczestnicy poproszeni zostali o samoocenę zaangażowania w badanie na skali 5 punktowej. Z analizy wyłączono wyniki nisko zaangażowanych uczestników.

Wskaźniki

Badanie skonstruowano w oparciu o wskaźniki mierzące konstrukty opisane w części teoretycznej. Wrażliwość sensoryczną zmierzono za pomocą kwestionariusza Osoba Wysoko Wrażliwa HSPS-10 – polska skrócona wersja (Baryła-Matejczuk i in., 2022) dającą ogólny wynik wrażliwości. Wskaźnik podzielono na trzy poziomy –

- niski: wyniki surowe w przedziale 10-38; zgodnie z normami są to wyniki z pierwszych czterech stenów,
- przeciętny: wyniki surowe w przedziale 39-49; zgodnie z normami są to wyniki ze stenów 5-6,
- wysoki: wyniki surowe w przedziale 50-70; zgodnie z normami są to wyniki ze stenów 7-10,

Pobudzenie sensoryczne zmierzono skalą przymiotnikową Thayera (1986) dającą wynik na czterech podskalach:

1. Aktywacja Ogólna, w skład której wchodzą itemy: aktywny, pełen wigoru, energetyczny, pełen życia, pełen animuszu.
2. Aktywacja Wysoka, w skład której wchodzą itemy: zdenerwowany, napięty, ściśnięty, przewrażliwiony, pełen obaw.

3. Dezaktywacja, w skład której wchodzą itemy: czujny, czuwający, ospały, senny, zmęczony.

4. Dezaktywacja ogólna, w skład której wchodzą itemy: spokojny, wyciszony, opanowany, odprężony, bez obaw.

Z kolei pojemność pamięci roboczej zmierzono zadaniem n-Back Corsi (Stoet, 2017). Wyniki badanych pogrupowano ze względu na liczbę podjętych prób wykonania zadania (zmienna Próby), prawidłowo zapamiętanych elementów (zmienna Pamięć elementy) oraz liczba popełnionych błędów (zmienna Błędy). Poziom stymulacji materiałem filmowym podzielono na dwa poziomy: warunek stymulacji niskiej i wysokiej.

Analiza – wyniki

Opis badania

W celu weryfikacji hipotez badawczych dotyczących związku wysokiej wrażliwości sensorycznej (HSP) z różnymi poziomami stymulacji przeprowadzono analizę w schemacie czynnikowym 3 x 2. Wrażliwość sensoryczną jako czynnik międzygrupowy mierzono na trzech poziomach: niskim, średnim i wysokim, natomiast poziom stymulacji stanowił czynnik wewnątrzgrupowy na dwóch poziomach: niski i wysoki. W analizie wzięto pod uwagę poziom aktywacji mierzony po ekspozycji na oba poziomy stymulacji. Analizę statystyczną przeprowadzono jednoczynnikowymi testami ANOVA, osobnymi dla trzech grup wrażliwości w każdym warunku. Efektu interakcji nie testowano. Analizę przeprowadzono w pakiecie SPSS. Analiza wariancji ANOVA poprzedzona została weryfikacją spełnienia założeń testów parametrycznych. Dla analizy aktywacji ogólnej, wartość testu Shapiro-Wilka, nie stwierdzono istotnych odstępstw od normalności rozkładu ($W=0,97$; $p>0,05$). Założenie homogeniczności wariancji można uznać za spełnione na podstawie wartości testu Levene'a $F(2,111) = 1,21$; $p>0,05$. Dla analizy aktywacji ogólnej uzyskano podobne wyniki: ($W=0,97$; $p>0,05$). Nie stwierdzono naruszenia założeń analizy wariancji dla pamięci roboczej. Test normalności rozkładu nie wykazał istotnych odstępstw ($W=0,95$; $p>0,05$). Założenie homogeniczności wariancji uznano za spełnione, test Levene'a pozostał nieistotny statystycznie.

Weryfikacja hipotez

Hipoteza 1

Stan aktywacji ogólnej w grupie badanych o wysokiej wrażliwości ($M = 10,71$; $SD = 2,76$) był istotnie statystycznie niższy od poziomu aktywacji grupy osób średnio wrażliwych ($M = 12,11$; $SD = 2,30$).

Porównania *post hoc* testem Bonferroniego wykazały istotnie statystycznie różnice (p = 0,030) między grupami o wysokiej i średniej wrażliwości. Badani o wysokim poziomie wrażliwości sensorycznej po obejrzeniu filmu nisko stymulującego zadeklarowali niższą aktywację ogólną (M=10,71; SD = 2,76). Po obejrzeniu tego samego filmu badani średnio wrażliwi sensorycznie zadeklarowali wyższy poziom aktywacji ogólnej (M = 12,11; SD = 2,30). Jednak na podstawie wartości współczynnika η^2 możemy ten efekt określić jako umiarkowany. Badani o wyraźnie niższej wrażliwości sensorycznej zadeklarowali wyższy poziom aktywacji (M = 12,00; SD = 2,28) niż osoby o wysokiej wrażliwości sensorycznej, jednak ta różnica okazała się nieistotna statystycznie. Tabela 1 przedstawia statystyki opisowe prezentowanych analiz.

Tabela 1

Średnie aktywacji ogólnej w warunku niskiej stymulacji dla czynnika wrażliwość sensoryczna (HSP)

Wrażliwość sensoryczna	Średnia	*SD*	N
niska	12,00	2,28	11
średnia	12,11	2,30	35
wysoka	10,71	2,76	68
ogółem	11,26	2,65	114

Źródło: Badania własne.

Na podstawie otrzymanych wyników można wyciągnąć wniosek, że osoby o wysokiej wrażliwości sensorycznej trudniej poddają się stymulacji, która może powodować aktywację ogólną, rozumianej za Thayerem (1986) jako rodzaj pobudzenia, niż osoby o średnim poziomie wrażliwości sensorycznej. Innymi słowy, poziom wrażliwości sensorycznej wiąże się z regulacją aktywacji, ale tylko w przypadku osób wysoko wrażliwych. W świetle opisanych wyników hipoteza została potwierdzona.

Hipoteza 2

W rezultacie analiz uzyskano istotny statystycznie efekt zmiennej aktywacja wysoka, $F(2,91) = 4,64$; $p = 0,012$; $\eta^2 = 0,09$. Na podstawie powyższej analizy można potwierdzić hipotezę, że osoby wysoko wrażliwe w sytuacji silnej stymulacji różnią się pod względem aktywacji wysokiej wyrażonej takimi wskaźnikami, jak napięcie czy zdenerwowanie. W celu sprawdzenia, jak wykryte różnice w pobudzeniu kształtują się w zależności od poziomu wrażliwości sensorycznej przeprowadzono test post-hoc Bonferroniego. Wynik testu okazał się istotny statystycznie dla grup o wysokiej i średniej wrażliwości (p = 0,015).

Badani o wysokim poziomie wrażliwości sensorycznej po obejrzeniu filmu wysoko stymulującego zadeklarowali wyższą aktywację wysoką, mierzoną wskaźnikami: napięcie, zdenerwowanie i niepokój (M = 12,18; SD = 3,46). Po obejrzeniu tego samego filmu badani średnio wrażliwi sensorycznie zadeklarowali niższy poziom aktywacji wysokiej (M = 9,81; SD = 2,91). Natomiast badani o wyraźnie niższej wrażliwości sensorycznej zadeklarowali niższy poziom aktywacji niż badani wysoko wrażliwi (M = 10,44; SD = 2,92), jednak ta różnica okazała się nieistotna statystycznie. Układ średnich zaprezentowano w tabeli 2.

Tabela 2

Średnie aktywacji wysokiej w warunku wysokiej stymulacji dla czynnika wrażliwość sensoryczna (HSP)

Wrażliwość sensoryczna	Średnia	*SD*	N
niska	10,44	2,92	9
średnia	9,82	2,91	20
wysoka	12,18	3,46	63
ogółem	11,46	3,42	94

Źródło: Badania własne.

Na podstawie wyników analiz można wykazać, że osoby o wysokiej wrażliwości sensorycznej łatwiej poddają się stymulacji, która nakierowana jest na podwyższenie aktywacji niż osoby o średnim poziomie wrażliwości sensorycznej. Otrzymane wyniki pozwalają wnioskować, że poziom wrażliwości sensorycznej różnicuje badanych pod względem poczucia zdenerwowania w sytuacji nieprzyjemnej stymulacji, ale dzieje się to tylko w przypadku osób o wysokiej wrażliwości sensorycznej. Opisane wyniki badań pozwalają na potwierdzenie założonej hipotezy.

Hipoteza 3 i 4

W warunku niskiej stymulacji badani, którzy uzyskali wysokie wyniki na skali HSPS (wysoka wrażliwość sensoryczna) pamiętają więcej elementów w zadaniu poznawczym niż osoby, które uzyskały niskie wyniki na skali HSPS (niska wrażliwość sensoryczna). Na tym etapie analizy sprawdzano, czy poziom stymulacji pozostaje związany z funkcjami poznawczymi (pamięć robocza) i czy można różnicować ten związek pod względem poziomu wrażliwości sensorycznej. W tym celu przeprowadzono analizę wariancji, gdzie czynnikami były ogólny poziom wrażliwości sensorycznej oraz poziom stymulacji, a zmienną zależną liczba zapamiętanych elementów w zadaniu poznawczym.

Wynik przeprowadzonej analizy wariancji dla czynnika wrażliwość sensoryczna okazał się nieistotny statystycznie, $F(2,202) = 0,31$; $p = 0,737$; $\eta^2 < 0,01$. Wyniki analizy wariancji dla czynnika poziom stymulacji były również nieistotne statystycznie, $F(1, 202) = 0,09$; $p = 0,768$; $\eta^2 < 0,01$. Analiza wariancji dla efektu interakcji czynników również dała wynik nieistotny statystycznie, $F(2,202) = 0,33$; $p = 0,723$; $\eta^2 < 0,01$. Układ średnich zaprezentowano w tabeli 3.

Tabela 3

Średnie zapamiętanych elementów w warunku wysokiej i niskiej stymulacji dla czynnika wrażliwość sensoryczna (HSP)

Wrażliwość sensoryczna	Poziom stymulacji	Średnia	*SD*	N
niska	niski	4.54	1.92	11
	wysoki	3.76	2.54	9
	ogółem	4.20	2.19	20
średnia	niski	3.63	2.60	35
	wysoki	3.86	2.62	22
	ogółem	3.72	2.59	57
wysoka	niski	3.63	2.37	68
	wysoki	3.76	2.50	63
	ogółem	3.69	2.43	131
ogółem	niski	3.72	2.40	114
	wysoki	3.79	2.50	94
	ogółem	3.75	2.44	208

Źródło: Badania własne.

Na podstawie zebranych danych oraz przeprowadzonych analiz nie można wyciągnąć wniosku o związku poziomu stymulacji sensorycznej oraz poziomem wykonania zadań poznawczych u osób wysoko wrażliwych. Zebrane dane nie pokazują znaczących różnic między grupami różnorodnymi pod względem wrażliwości sensorycznej w warunku wysokiej stymulacji wzrokowo-słuchowej. Nie udało się także znaleźć potwierdzenia dla hipotezy, iż niska, uspokajająca stymulacja różnicuje poziom wykonania zadania poznawczego, mierzonego liczbą zapamiętanych elementów w grze pamięciowej, u osób wysoko wrażliwych. Dane pokazały, że średnie liczby zapamiętanych elementów nie różniły się od siebie w sposób istotny statystycznie.

Hipoteza 5 i 6

Procedurę analizy danych zebranych w badaniu zamykają analizy efektów głównych czynników: poziom wrażliwości sensorycznej, poziom stymulacji wywołanej materiałem

filmowym dla zmiennej – liczba popełnionych błędów w zadaniu poznawczym (błędy). Przeprowadzono też analizę efektu interakcji wymienionych czynników. Analiza wariancji nie wykazała istotnego statystycznie efektu zmiennej – błędy dla czynnika poziom wrażliwości sensorycznej, $F(2,202) = 0,11$; $p = 0,898$; $\eta^2 < 0,01$. Nie wykazano też istnienia efektu tej samej zmiennej dla czynnika – poziom stymulacji sensorycznej, $F(1,202) = 0,01$; $p = 0.914$; $\eta^2 < 0,01$. Jeśli chodzi o efekt interakcji analizowanych czynników, to również nie można potwierdzić istnienia różnic pod względem popełniania błędów w zadaniu poznawczym, $F(2,202) = 1,29$; $p = 0,279$; $\eta^2 = 0,01$. Tabela 4 przedstawia układ średnich wyników.

Tabela 4

Średnie błędów pamięciowych popełnionych w warunku wysokiej i niskiej stymulacji dla czynnika wrażliwość sensoryczna (HSP)

Wrażliwość sensoryczna	Poziom stymulacji	Średnia	*SD*	N
niska	niski	1,54	0,69	11
	wysoki	1,78	0,67	9
	ogółem	1,65	0,67	20
średnia	niski	1,80	0,90	35
	wysoki	1,50	0,60	22
	ogółem	1,68	0,80	57
wysoka	niski	1,70	0,65	68
	wysoki	1,71	0,80	63
	ogółem	1,70	0,72	131
ogółem	niski	1,71	0,74	114
	wysoki	1,67	0,74	94
	ogółem	1,69	0,74	208

Źródło: Badania własne.

Przeprowadzone analizy wskazują na brak istotnych statystycznie różnic w poziomie wykonania zadania poznawczego pomiędzy osobami różniącymi się poziomem stymulacji audiowizualnej i poziomem wrażliwości sensorycznej. Analizy statystyczne pokazały, że grupa badanych nie różniła się w sposób istotny statystycznie pod względem błędów w grze poznawczej. Zatem nie udało się potwierdzić hipotezy, iż osoby wysoko wrażliwe w sytuacji wysokiej stymulacji będą popełniać więcej błędów pamięciowych. Nie udało się również znaleźć potwierdzenia w danych, że te same osoby w sytuacji niskiej stymulacji (potencjalnie wyciszającej) będą popełniać mniejszą liczbę błędów pamięciowych.

Dyskusja

Wnioski bieżące

Badanie wykazało, że osoby, które cechuje wysoka wrażliwość sensoryczna, różnią się pod względem pobudzenia od osób nisko wrażliwych, zarówno w warunku wysokiej, jak i niskiej stymulacji, ale tylko w wymiarach aktywacja ogólna oraz aktywacja wysoka. Wyniki niniejszego badania pokazują, że osoby wysoko wrażliwe w warunku niskiej stymulacji deklarują niższy stan pobudzenia (itemy: aktywny, pełen wigoru, energetyczny, pełen życia, pełen animuszu), a w warunku wysokiej stymulacji opisują się jako bardziej pobudzone (wymiar aktywacja wysoka, itemy: zdenerwowany, napięty, ściśnięty, przewrażliwiony, pełen obaw).

Badanie nie wykazało jednak różnic w wydolności pamięci roboczej w zależności od stopnia pobudzenia oraz poziomu wrażliwości sensorycznej. W szczególności nie udało się potwierdzić hipotezy o związku niskiej stymulacji (w założeniu badania przyjemnej) z lepszym wynikiem w zadaniu poznawczym. Stoi to w sprzeczności z wcześniejszymi wynikami sugerującymi, że interakcja z nisko stymulującym, przyjemnym bodźcem wiąże się z lepszymi wynikami w zadaniach pamięciowych (Greven i in., 2019). Dodatkowo, w literaturze przedmiotu z zakresu psychologii poznawczej można znaleźć badania mówiące o pamięciowych korelatach aktywacji organizmu (Nęcka i in., 2020, s. 311). Zbyt niskie oraz zbyt wysokie pobudzenie powoduje, że badani popełniają więcej błędów, zapamiętują mniej elementów, ponieważ emocje i uczucia wywołane stymulacją prawdopodobnie zabierają energię poznawczą, która mogłaby być wykorzystana na zadania poznawcze (Bruya i Tang, 2018; Kahneman, 1973, s. 24-28).

Nie potwierdzono też hipotezy o tym, że wysoko wrażliwi badani w sytuacji wysokiej stymulacji będą bardziej skłonni popełniać błędy pamięciowe.

Możliwe powody takiego wyniku to metodologiczne ograniczenia badania, szczególnie tryb online oraz utrudniona kontrola środowiska, w którym wykonywano zadania. Alternatywnym powodem mogło być zastosowane zadanie pamięciowe, zbyt proste dla osób, które na co dzień posługują się urządzeniami z cyfrowym ekranem. Badania przeprowadzone z udziałem studentów brytyjskich uniwersytetów wykazały negatywny związek między wrażliwością sensoryczną a popełnianymi błędami w zadaniach poznawczych, jednak tylko w warunku, kiedy zadanie wymagało pomijanie dystraktorów (Bridges i Schendan, 2019). Należałoby sprawdzić, czy wprowadzenie bodźców urozmaicających miałoby związek z wynikami zadania zastosowanego w niniejszym badaniu. Innym możliwym powodem, dla którego wyniki hipotezy nie znalazły potwierdzenia w danych, może być to, że wrażliwość sensoryczna nie jest jedynym determinantem efektywności pamięci. Badania nad pobudzeniem

sensorycznym i efektywności pamięci mówią o niezbędnym komponencie emocjonalnym (Acevedo, 2021). W przeprowadzonym badaniu nie uwzględniono elementu emocjonalności.

Ograniczenia w badaniach

Jednym z głównych ograniczeń badania była procedura badawcza. Z racji limitu czasu oraz dostępu do różnorodnej grupy badanych, procedurę badawczą przeprowadzono online. Gdyby zdecydowano się na przeprowadzenie badania empirycznego w warunkach laboratoryjnych, nakład wysiłku rekrutacji uczestników byłby znacznie większy, co wydłużyłoby proces zebrania danych. Jednak w przypadku badania online nie było możliwe pełne kontrolowanie środowiska testowego. Zmiennym – poziom pobudzenia oraz wydolność pamięci krótkotrwałej może towarzyszyć wiele dodatkowych czynników, np. miejsce i czas wykonania badania. W trybie online badani mogli wykonać zadanie w każdym, dowolnym momencie, zatem wyniki mogły wiązać się z innymi czynnikami niż zaplanowana stymulacja materiałem filmowym. Dodatkowo, badani mogli nie mieć podobnych warunków wykonania badania, co również mogło mieć związek z uzyskaniem wyników, które nie pozwalają na analizowanie ich w schemacie eksperymentalnym.

Zebrane wyniki pokazały, że większość badanych uzyskała raczej wysokie wyniki na skali HSPS (średnia w próbie M = 52; wynik maksymalny = 70). Należałoby się zastanowić, czy użyte narzędzie jest odpowiednio rzetelne. Alternatywnie można by zastosować pełną, 27-itemową wersję kwestionariusza. Ograniczeniem badania była wysoka reprezentacja osób, które uzyskały wysokie wyniki na skali HSP. W badanej grupie znalazło się 63% osób wysoko wrażliwych, natomiast w ogólnej populacji cechę tę może przejawiać 15-20%. W kolejnych badaniach eksperymentalnych warto zadbać o reprezentatywny dobór grupy badanych, aby uzyskać obraz bliższy całkowitej populacji.

Kolejnym aspektem, który można zakwalifikować jako ograniczenie procedury, to profil psychologiczny badanych. Badanie przeznaczone było dla osób zdrowych, natomiast nie kontrolowano badanych pod względem zaburzeń uwagi (np. zespół deficytu uwagi z nadpobudliwością ruchową) oraz stanu pamięci roboczej (np. częstość wykonywania ćwiczeń pamięciowych lub używanie substancji zmieniających świadomość, wpływających w długookresowej perspektywie na pamięć).

Podsumowanie

Jeśli badanie związku sensoryki z funkcjami pamięci miałoby być kontynuowane, to przede wszystkim należałoby zadbać o równoliczność grup badanych, szczególnie w wymiarze profilu sensorycznego. Dodatkowe wyniki w grupach średnio i nisko wrażliwych zwiększyłyby reprezentatywność próby oraz moc statystyczną. Wydaje się, że badanie zyskałoby na jakości

wyników, gdyby w przyszłości przeprowadzić je w trybie stacjonarnym. Wpłynęłoby to pozytywnie na kontrolę innych czynników (tzw. rozpraszaczy) towarzyszących stanowi pobudzenia i wykonania zadania poznawczego. Procedurę badania można by podzielić na dwie części – wstępną, online, w której badani wypełniają kwestionariusz HSPS i metryczki oraz właściwą, eksperymentalną w trybie laboratoryjnym. Prawdopodobnie odciążyłoby to badanych poznawczo i przyczyniło do wzmocnienia miarodajności wyników zadania poznawczego.

Wreszcie w zakresie przedmiotu badania ciekawym kierunkiem modyfikacji wydaje się być aspekt poszukiwania wrażeń, który to aspekt wiąże się z wrażliwością sensoryczną oraz impulsywnością (Arnett, 1994; Zuckerman, 1990). W literaturze przedmiotu osoby wysoko wrażliwe bywają nazywane tymi, których styl poznawczy można opisać jako zatrzymaj się i pomyśl (*pause-to-think*) (Aron, 1997). Arnett (1992; 1994) proponuje definiowanie poszukiwania wrażeń jako poszukiwanie nowych i intensywnych doznań. Badacz wskazuje, że analizę cechy – poszukiwanie wrażeń (*sensation seeking*) w większości przeprowadza się wśród grupy osób skłonnych do używania substancji psychoaktywnych lub/i podejmowania ryzyka (np. hazard). Zatem można powiedzieć, że wyniki badań zawężone są do niewielkiej próby populacji, która angażuje się w ekstrawaganckie i ekstremalne zachowania. Może skutkować to zawężoną możliwością generalizowania wyników o rozpowszechnieniu cechy poszukiwania wrażeń na populację ogólną. Wprowadzenie do badań nad poszukiwaniem wrażeń kontekstu wrażliwości sensorycznej mogłoby rozszerzyć rozumienie cech temperamentalnych i osobowościowych.

Innym możliwym obszarem badań wokół wrażliwości sensorycznej jest obszar łączący poszukiwanie wrażeń, wrażliwość sensoryczną oraz funkcję pamięci. Wykazano (Hittner, i Swickert, 2006), że kampanie społeczne skierowane do osób, które cechują się skłonnością do poszukiwania wrażeń, mają lepsze oddziaływanie, jeśli materiały kampanii wywołują silne wrażenie. Wyrazisty przekaz kampanii wiąże się z lepszym zapamiętywaniem przekazu przez osoby poszukujące wrażeń (Hittner i Swickert, 2006). Z drugiej jednak strony, badania z wykorzystaniem wyrazistych zdjęć pokazywanych osobom uzyskującym wysokie i niskie wyniki na skali poszukiwania wrażeń nie wykazały wyraźnego związku między lepszym zapamiętywaniem intensywnych zdjęć przez osoby poszukujące stymulacji (Renfro i in., 2013). Wykazano natomiast, że osoby o niskiej potrzebie stymulacji reagowały silniej i dłużej utrzymywały w pamięci intensywne materiały wizualne (Lawson, 2012a; 2012b). Przywołane badania, mimo tego, że zawierają wyraźne praktyczne implikacje, nie uwzględniają różnic

wrażliwości sensorycznej. Z tego względu warto kontynuować badania naukowe z uwzględnieniem tego aspektu.

Bibliografia

Acevedo, B. P., Santander, T., Marhenke, R., Aron, A., Aron, E. (2021). Sensory Processing Sensitivity Predicts Individual Differences in Resting-State Functional Connectivity Associated with Depth of Processing. *Neuropsychobiology*, *80*(2), 185-200. https://doi.org/10.1159/000513527

Adams, E. J., Nguyen, A. T., Cowan, N. (2018). Theories of Working Memory: Differences in Definition, Degree of Modularity, Role of Attention, and Purpose. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, *49*(3), 340-355. https://doi.org/10.1044/2018_LSHSS-17-0114

Arnett, J. J. (1992). Socialization and reckless behavior: A reply to Jassor. *Developmental Review*, *12*(4), 391-409. https://doi.org/10.1016/0273-2297(92)90015-T

Arnett, J. J. (1994). Sensation seeking: A new conceptualization and a new scale. *Personality and Individual Differences*, *16*(2), 289-296. https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90165-1

Aron, E. N., Aron, A. (1997). Sensory-Processing Sensitivity and Its Relation to Introversion and Emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*(2), 345–368. https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.2.345

Aron, E. N., Aron, A., Jagiellowicz, J. (2012). Sensory processing sensitivity: a review in the light of the evolution of biological responsivity. *Personality and Social Psychology Review*, *16*(3), 262–282. https://doi.org/10.1177/1088868311434213

Baddeley, A. (1996). The fractionation of working memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS*), *93*(24), 13468-13472. https://doi.org/10.1073/pnas.93.24.13468

Baddeley, A. D. (2002). Is working memory still working? *European Psychologist*, *7*(2), 85-97. https://doi.org/10.1027//1016-9040.7.2.85

Baryła-Matejczuk, M., Porzak, R., Poleszak, W. (2022). HSPS-10 Short Version of the Highly Sensitive Person Scale for Students Aged 12–25 Years. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(23), 15775. https://doi.org/10.3390/ijerph192315775

Bradley-Garcia, M., Bolton, V. (2023). Programming an n-Back task in Qualtrics using HTML and JavaScript. *The Quantitative Methods for Psychology*, *19*(2), 136-155. https://doi.org/10.20982/tqmp.19.2.p136

Bridges, D., Schendan, H. E. (2019). Sensitive individuals are more creative. *Personality and Individual Differences*, *142*, 186-195. https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.09.015

Bruya, B., Tang, Y.-Y. (2018). Is attention really effort? Revisiting Daniel Kahneman's influential 1973 book Attention and Effort. *Frontiers in Psychology*, *9*, 1133. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01133

Corr, P. J. (2002). J. A. Gray's reinforcement sensitivity theory: Tests of the joint subsystems hypothesis of anxiety and impulsivity. *Personality and Individual Differences*, *33*(4), 511-532. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00170-2

Corsi, P. M. (1972). *Human memory and the medial temporal region of the brain* [Niepublikowana praca doktorska]. McGill University (Canada). Data dostępu: 03.06.2023 z: https://mcgill.scholaris.ca/server/api/core/bitstreams/9f34dba0-c310-4e18-9109-59d38f890d9d/content

Cowan, N. (1988). Evolving conceptions of memory storage, selective attention, and their mutual constraints within the human information processing system. *Psychological Bulletin*, *104*(2), 163-191. https://doi.org/10.1037/0033-2909.104.2.163

Cowan, N. (2011). The focus of attention as observed in visual working memory tasks: Making sense of competing claims. *Neuropsychologia*, *49*(6), 1401-1406. https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2011.01.035

De Gucht, V., Woestenburg, D. H. A., Wilderjans, T. F. (2022). The different faces of (high) sensitivity, toward a more comprehensive Measurement Instrument. Development and validation of the Sensory Processing Sensitivity Questionnaire (SPSQ). *Journal of Personality Assessment, 104*(6), 784-799. https://doi.org/10.1080/00223891.2022.2032101

Dingemanse, N. J., Kazem, A. J. N., Réale, D., Wright, J. (2010). Behavioral reaction norms: animal personality meets individual plasticity. *Trends in Ecology & Evolution*, *25*(2), 81-89. https://doi.org/10.1016/j.tree.2009.07.013

Eysenck, H. J. (1990). Biological dimensions of personality. W: L. A. Pervin (red.), *Handbook of personality: Theory and research* (s. 244-276). Guilford Press.

Eysenck, S. B. G., Eysenck, H. J. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, *16*(1), 57-68. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1977.tb01003.x

Gray, J. A. (1991). The Neuropsychology of Temperament. W: J. Strelau, A. Angleitner (red.), *Explorations in Temperament. Perspectives on Individual Differences* (s. 105-128). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0643-4_8

Greven, C. U., Lionetti, F., Booth, C., Aron, E. N., Fox, E., Schendan, H. E., Pluess, M., Bruining, H., Acevedo, B., Bijttebier, P., Homberg, J. (2019). Sensory processing sensitivity in the context of environmental sensitivity: A critical review and development of research agenda. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 98*, 287-305. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.01.009

Gulla, B. (2021). *Wrażliwość człowieka*. Uniwersytet Jagielloński w Krakowie. https://ruj.uj.edu.pl/server/api/core/bitstreams/b1240aac-fc08-4912-8fe8-8659bbf914b4/kontent

Hittner, J. B., Swickert, R. (2006). Sensation seeking and alcohol use: A meta-analytic review. *Addictive Behaviors*, *31*(8), 1383-1401. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.11.004

Jagiellowicz, J., Xu, X., Aron, A., Aron, E., Cao, G., Feng, T., Weng, X. (2011). The trait of sensory sensitivity and neural responses to changes in visual scenes. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *6*(1), 38-47. https://doi.org/10.1093/scan/nsq001

Kahneman, D. (1973). *Attention and Effort*. Princeton University.

Kessels, R. P. C., van den Berg, E., Ruis, C., Brands, A. M. A. (2008). The Backward Span of the Corsi Block-Tapping Task and Its Association With the WAIS-III Digit Span. *Assessment*, *15*(4), 426-434. https://doi.org/10.1177/1073191108315611

Lawson, A. L., Gauer, S., Hurst, R. (2012a). Sensation seeking, recognition memory, and autonomic arousal. *Journal of Research in Personality*, *46*(1), 19-25. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2011.10.005

Lawson, A. L., Liu, X., Joseph, J., Vagnini, V. L., Kelly, T. H., Jiang, Y. (2012b). Sensation seeking predicts brain responses in the old-new task: Converging multimodal neuroimaging evidence. *International Journal of Psychophysiology*, *84*(3), 260-269. https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2012.03.003

Logie, R. H., Cowan, N. (2015). Perspectives on working memory: introduction to the special issue. *Memory and Cognition*, *43*, 315-324. https://doi.org/10.3758/s13421-015-0510-x

Matthews, G., Gilliland, K. (1999). The personality theories of H. J. Eysenck and J. A. Gray: a comparative review. *Personality and Individual Differences*, *26*(4), 583-626. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00158-5

Miller, G. A. (1956). The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review*, *63*(2), 81-97. https://doi.org/10.1037/h0043158

Nęcka, E., Orzechowski, J., Szymura, B., Wichary, S. (2020). *Psychologia poznawcza*. PWN.

Pluess, M. (2015). Individual differences in environmental sensitivity. *Child Development Perspectives*, *9*(3), 138-143. https://doi.org/10.1111/cdep.12120

Posner, M. I., Rothbart, M. K. (2013). Development of attention networks. W: B. R. Kar (red.), *Cognition and brain development: Converging evidence from various methodologies* (s. 61-83). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14043-004

Renfro, A. R., Antoine, K., Lawson, A. L. (2013). Sensation Seeking Influences on Memory of Positive Events. *North American Journal of Psychology*, *15*(3), 609-622. https://www.researchgate.net/publication/257880705_Sensation_Seeking_Influences_on_Memory_of_Positive_Events

Repovš, G., Baddeley, A. (2006). The multi-component model of working memory: explorations in experimental cognitive psychology. *Neuroscience*, *139*(1), 5-21. https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2005.12.061

Shiffrin, R. M., Atkinson, R. C. (1971). The control of short-term memory. *Scientific American, 225*(2), 82-90. https://doi.org/10.1038/scientificamerican0871-82

Smolewska, K. A., McCabe, S. B., Woody, E. Z. (2006). A psychometric evaluation of the Highly Sensitive Person Scale: The components of sensory-processing sensitivity and their relation to the BIS/BAS and "Big Five". *Personality and Individual Differences, 40*(6), 1269-1279. https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.09.022

Stoet, G. (2017). PsyToolkit: A novel web-based method for running online questionnaires and reaction-time experiments. *Teaching of Psychology*, *44*(1), 24-31. https://doi.org/10.1177/0098628316677643

Strelau, J. (1987). The concept of temperament in personality research. *European Journal of Personality*, *1*(2), 107-117. https://doi.org/10.1002/per.2410010205

Strelau, J. (2014). *Różnice indywidualne. Historia-determinanty-zastosowania*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Thayer, R. E. (1986). Activation-deactivation adjective check list: current overview and structural analysis. *Psychological Reports*, 58, 607-614. http://dx.doi.org/10.2466/pr0.1986.58.2.607

Trå, H. V., Volden, F., Watten, R. G. (2023). High sensitivity: Factor structure of the Highly Sensitive Person scale and personality traits in a high and low sensitivity group. Two gender—matched studies. *Nordic Psychology*, *75*(4), 328-350. https://doi.org/10.1080/19012276.2022.2093778

Vallar, G., Baddeley, A. D. (1984). Fractionation of working memory: Neuropsychological evidence for a phonological short-term store. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, *23*(2), 151-161. https://doi.org/10.1016/S0022-5371(84)90104-X

Van Reyn, C., Koval, P., Bastian, B. (2023). Sensory processing sensitivity and reactivity to daily events. *Social Psychological and Personality Science*, *14*(6), 772-783. https://doi.org/10.1177/19485506221119357

de Waal, F. B. M. (2005). A century of getting to know the chimpanzee. *Nature*, *437*, 56-59. https://doi.org/10.1038/nature03999

Wolf, M., van Doorn, G. S., Weissing, F. J. (2008). Evolutionary emergence of responsive and unresponsive personalities. *PNAS – Proceedings of the National Academy of Sciences of United States of America*, *105*(41), 15825-15830. https://doi.org/10.1073/pnas.0805473105

Zuckerman, M. (1990). The psychophysiology of sensation seeking. *Journal of Personality*, *58*(1), 313-345. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1990.tb00918.x

Nota o autorze

Aleksandra Krawczak, magister psychologii (SWPS), w trakcie szkolenia psychoterapii CBT (Centrum CBT EDU) i studiów podyplomowych (WSB-NLU). Łączy obszar doświadczenia użytkownika (UX) (10+ lat doświadczenia) z praktyką kliniczną (400+ godzin stażu w szpitalach, poradniach). Prowadzi blog o tematyce naukowo-psychologicznej magazyn.substack.com/. Zainteresowania: UX, interfejsy cyfrowe, funkcje poznawcze i terapia CBT.

Anna Sztejter
email: asztejter@student.wsb-nlu.edu.pl
ORCID: 0009-0004-3759-1681
Wyższa Szkoła Biznesu – National Louis University

Ocena skuteczności działań terapeutycznych z udziałem koni w zaburzeniach psychicznych na podstawie wybranych badań przeprowadzonych w latach 2016-2026

Evaluating the Effectiveness of Equine-Assisted Interventions in Mental Health Disorders Based on Selected Studies Conducted Between 2016 and 2026

DOI: 10.66935/978-83-65926-22-7.4

© 2025 Anna Sztejter
Praca opublikowana na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0). Treść licencji dostępna jest pod adresem: https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.pl

Cytuj jako: Sztejter, A. (2026). Ocena skuteczności działań terapeutycznych z udziałem koni w zaburzeniach psychicznych na podstawie wybranych badań przeprowadzonych w latach 2016-2026. W: J. Felczak (red.), *Mechanizmy i strategie regulacji emocji* (T. 1). (s. 1-). Wydawnictwo WSB-NLU.

Streszczenie: Celem artykułu jest przegląd badań dotyczących skuteczności oddziaływań terapeutycznych z udziałem koni, stosowanych u osób z zaburzeniami psychicznymi na podstawie przeglądu badań obejmujących zakres od 2016 r. do 2026 r. Analizie poddano 75 tytułów i streszczeń. Do końcowej analizy zakwalifikowano 35 artykułów nad interwencjami z udziałem koni w zdrowiu psychicznym. Analiza koncentruje się na wynikach klinicznych oraz na parametrach obiektywizujących efekty terapii.

Artykuł porządkuje dostępne dowody, wskazuje obszary o największym potencjale terapeutycznym oraz identyfikuje ograniczenia metodologiczne, które wpływają na możliwość wnioskowania o przyczynowości i uogólniania wyników. Przeprowadzona analiza wskazują na korzystny kierunek zmian, ale siła dowodów jest nierówna i zależy od diagnozy oraz jakości projektów badawczych.

Abstract: The aim of this article is to review research on the effectiveness of therapeutic interventions involving horses applied to individuals with mental disorders, based on a literature review covering the period from 2016 to 2026. A total of 75 titles and abstracts were analyzed. For the final analysis, 35 articles concerning equine-assisted interventions in mental health were qualified. The analysis focuses on clinical outcomes and parameters objectifying the effects of therapy. The article organizes the

available evidence, indicates areas with the greatest therapeutic potential, and identifies methodological limitations that affect the possibility of inferring causality and generalizing results.

Słowa kluczowe: terapia wspomagana końmi, hipoterapia, terapeutyczna jazda konna, psychoterapia, zdrowie psychiczne

Keywords: equine-assisted therapy, hippotherapy, therapeutic horse riding, psychotherapy, mental health

Wprowadzenie

W ostatnich latach interwencje terapeutyczne z udziałem koni (ang. *equine-assisted interventions/services*) są coraz częściej analizowane jako potencjalne uzupełnienie standardowych oddziaływań w obszarze zdrowia psychicznego.

Zainteresowanie tą formą pracy wynika z faktu, że kontakt człowieka z koniem tworzy środowisko o wysokiej intensywności bodźców relacyjnych i sensorycznych, w którym proces uczenia się i zmiany zachowania zachodzi nie tylko na poziomie poznawczym, lecz również somatycznym i emocjonalnym (procesy regulacji pobudzenia, współregulacji oraz ucieleśnionej informacji zwrotnej).

W obrębie interwencji z udziałem koni wyróżnia się kilka form oddziaływań o odmiennym profilu celów i metod. Hipoterapia bywa definiowana jako: 1. terapia ruchem konia, polegająca na biernym poddawaniu pacjenta ruchom konia oraz 2. fizjoterapia na koniu, obejmująca wykonywanie ćwiczeń na koniu w celu wykorzystania dynamicznego podłoża i specyficznej stymulacji sensomotorycznej.

Psychopedagogiczna jazda konna i woltyżerka, terapeutyczna jazda konna (THR – therapeutic horse riding lub TR – therapeutic riding) jest z kolei wskazywana w pracy z osobami z trudnościami emocjonalnymi i psychicznymi, a także z niepełnosprawnością intelektualną; w tej formule cele i przebieg zajęć powinny być spójne z zaleceniami psychologa/psychoterapeuty.

Szeroką kategorią obejmującą pracę nad emocjami i relacją jest EAT (equine-assisted therapy) lub EAS (equine-assisted services) lub EAOT (equine-assisted occupational therapy) lub EAP (equine-assisted psychotherapy) lub EAAT (equine assisted activities and therapies), w której kluczowym czynnikiem ma być więź pacjenta z koniem oraz doświadczenie relacyjne i emocjonalne w procesie terapii; forma ta jest stosowana przede wszystkim u osób z

zaburzeniami psychicznymi i trudnościami w obszarze regulacji emocji oraz funkcjonowania społecznego.

Metoda badań

Artykuł jest syntetyczną oceną badań dotyczących wpływu interwencji terapeutycznych z udziałem koni na funkcjonowanie psychiczne pacjentów w świetle wybranych badań opublikowanych w latach 2016 – styczeń 2026.

Analiza koncentruje się na zmianach dotyczących objawów psychicznych, regulacji emocji, funkcjonowania społecznego, poczucia własnej skuteczności oraz jakości życia (o ile były raportowane w badaniach), a nie na efektach stricte posturalnych i motorycznych szeroko badanych w populacjach neurologicznych, w których głównym celem jest poprawa sprawności i funkcjonowania ruchowego. W ramach przeglądu sformułowano 5 pytań badawczych:

1. Jakie zaburzenia i populacje kliniczne były najczęściej obejmowane badaniami nad interwencjami z udziałem koni w ostatniej dekadzie?
2. Jakie typy interwencji dominowały w badaniach oraz jak różniły się protokoły (czas trwania, intensywność, komponent relacyjny vs ruchowy)?
3. Jakie obszary funkcjonowania psychicznego (objawy, regulacja emocji, funkcjonowanie społeczne, samoocena/sprawczość) ulegały poprawie najczęściej i w których grupach klinicznych obserwowano najbardziej spójne wyniki?
4. Jaką siłę dowodów można przypisać dostępnym pracom, biorąc pod uwagę ich jakość metodologiczną (m.in. obecność grupy kontrolnej, randomizacja, liczebność próby, długość obserwacji, sposób raportowania statystyki)?
5. Jakie ograniczenia i luki badawcze utrudniają wnioskowanie o skuteczności oraz jakie kierunki dalszych badań wydają się najbardziej uzasadnione?

W celu oceny skuteczności interwencji terapeutycznych z udziałem koni u osób z zaburzeniami psychicznymi przeprowadzono przegląd literatury w bazie PubMed. Wyszukiwanie objęło publikacje z przedziału czasowego, licząc od stycznia 2016 r. do stycznia 2026 r. Zastosowano, alternatywnie, kombinację słów kluczowych opisujących rodzaj interwencji oraz obszar zdrowia psychicznego: hippotherapy**,** equine assisted therapy, therapeutic riding, therapeutic horseback riding, equine-assisted psychotherapy, equine-assisted therapy oraz terminy dotyczące problematyki klinicznej**:** mental health**,** PTSD**,** ASD**,** trauma**,** ADHD**,** GAD**.**

W wyniku wyszukiwania zidentyfikowano **75** rekordów. Następnie przeprowadzono selekcję publikacji na podstawie tytułów i streszczeń, a w razie potrzeby po analizie pełnych tekstów. Kryteria wykluczenia obejmowały: publikacje dotyczące hipoterapii w schorzeniach,

w których głównym celem badań była rehabilitacja ruchowa i poprawa sprawności fizycznej, takich jak mózgowe porażenie dziecięce oraz zespół Downa (brak bezpośredniego ukierunkowania na zdrowie psychiczne). Artykuły będące przeglądami (narracyjnymi lub systematycznymi) innych badań, prace odnoszące się do skrajnie odmiennych protokołów badawczych, prace niespełniające kryterium tematycznego (brak interwencji z udziałem koni lub brak odniesienia do obszaru zdrowia psychicznego).

W pierwszym etapie selekcji zidentyfikowano 75 artykułów. Po zawężeniu tematyki do zagadnień związanych ze zdrowiem psychicznym odrzucono 19 pozycji, co pozwoliło wyłonić 56 prac. W kolejnym kroku, po wykluczeniu artykułów o charakterze przeglądowym odrzucono 20 publikacji zaś po analizie pełnych treści odrzucono 1 artykuł: Shelefa i in. (2019) ze względu na odmienność protokołu badawczego oraz z bardzo wysokim odsetkiem rezygnacji. Do ostatecznej analizy włączono 35 badań.

W pracy nie stosowano formalnych, punktowych skal oceny jakości. Siłę dowodów oraz ograniczenia badawcze oszacowano na podstawie krytycznej analizy przyjętych projektów badawczych, biorąc pod uwagę kluczowe czynniki metodologiczne: obecność randomizacji i grupy kontrolnej (w tym grup aktywnych vs list oczekujących), liczebność prób oraz stopień standaryzacji protokołów, co zostało szczegółowo odnotowane w tabelach zestawiających i omówione w tekście.

Wyniki

Najczęściej badane zaburzenia psychiczne i badane populacje w latach 2016-2026

W literaturze ostatniego dziesięciolecia (2016-2026) badania nad terapiami z udziałem koni odnoszą się najczęściej do takich problemów, jak: zaburzenia pourazowe i następstwa traumy (PTSD), zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD), zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), zaburzenia lękowe (w tym GAD), zaburzenia depresyjne, a także kierowane są do wybranych populacji klinicznych, takich jak np.: osoby z psychozami/schizofrenią czy zaburzeniami używania substancji (SUD).

Najczęściej badanymi populacjami były dzieci i młodzież. Populacja ta głównie brała udział w badaniach nad interwencjami dla osób z ASD, ADHD, lękiem i depresją, a także PTSD oraz w kontekście ogólnego zdrowia psychicznego. Drugą najczęściej pojawiającą się grupą byli weterani i żołnierze. Ta grupa brała udział w badaniach dot. interwencji z udziałem koni w przypadku osób z traumą. W kontekście badań nad PTSD pojawiła się także grupa służb ratowniczych. W ramach badań pojawiły się też specyficzne grupy, takie jak: osoby ze schizofrenią, z zaburzeniami używania substancji.

Analiza badań nad interwencjami z udziałem koni według zaburzeń: populacje, protokoły, efekty i jakość dowodów

Zaburzenia pourazowe i następstwa traumy PTSD

W wybranych badaniach zdecydowanie dominuje obszar PTSD i szeroko rozumianych konsekwencji traumy w tym: objawów pourazowych ze współwystępującą depresją, lękiem, stresem; a także unikaniem.

Najczęściej analizowaną populację stanowią przede wszystkim weterani i żołnierze z PTSD lub wysoką ekspozycją na traumę (największa część materiału). Znacznie rzadziej pojawiają się: weterani uczestniczący w interwencjach w parach (ujęcie systemowe**),** służby ratownicze z PTSD zawodowym (nieliczne pilotaże), osoby cywilne z PTSD (m.in. serie przypadków) oraz młodzież o wysokiej ekspozycji na traumę.

Można przyjąć, iż typowym uczestnikiem badania wpływu interwencji z udziałem koni na samopoczucie osób z PTSD jest weteran lub żołnierz. Inne grupy są traktowane marginalnie, choć występują.

W analizowanej literaturze dominują interwencje typu **EAT** oraz **THR/TR.** Klasyczna hipoterapia w rozumieniu rehabilitacyjno-neurologicznym praktycznie tu nie występuje.

Protokoły różnią się głównie **czasem trwania, intensywnością i strukturą sesji**: od krótkich cykli 5-8 tygodni (zwykle 1× tygodniowo po 60-90 minut), przez formaty kilkusesyjne, po dłuższe programy realizowane przez kilka miesięcy (czasem w wielogodzinnych blokach). Spotyka się też weekendowe „retreaty" jako element wspierający intensywne leczenie.

Profil oddziaływania w analizowanych badaniach także się różni**:** EAP/EAT/EAAT częściej akcentują proces relacyjno-terapeutyczny (bezpieczeństwo, uważność, samoregulacja, praca grupowa), natomiast THR/TR zwykle mocniej opiera się na komponencie ruchowym i aktywnościowym związanym z jazdą. Najczęściej raportowane efekty to:

- redukcja objawów PTSD/objawów pourazowych (często w schematach pre-post),
- spadek nasilenia depresji, lęku i stresu,
- poprawa samoregulacji/regulacji emocji i uważności (szczególnie spójna w danych jakościowych i opisach doświadczeń),
- poprawa funkcjonowania społecznego i relacyjnego (zwłaszcza w interwencjach dla par),
- wzrost sprawczości, nadziei i odporności (częściej deklarowany jakościowo, czasem ujmowany ilościowo).

Najbardziej powtarzalny sygnał zmian dotyczy weteranów z diagnozą PTSD (najwięcej badań), a w programach dla par dość konsekwentnie pojawiają się poprawy w relacjach. Dane dla służb ratowniczych sugerują możliwe korzyści, ale opierają się na nielicznych i małych próbach.

W analizowanej literaturze dominują badania o charakterze wstępnym, a najwyżej w hierarchii dowodów plasują się nieliczne projekty z warunkiem porównawczym (np. grupa kontrolna z listy oczekujących, badania quasi-eksperymentalne), czasem uzupełnione o analizy „dawki" i pomiary powtarzane. Nawet te prace obciążone są jednak typowymi ograniczeniami: małą liczebnością prób, brakiem pełnej randomizacji, ryzykiem błędu doboru oraz ograniczoną kontrolą efektów niespecyficznych (m.in. oczekiwań, uwagi terapeutycznej, wpływu środowiska i samej aktywności, których warunek wait-list zwykle nie uwzględnia).

Znaczną część publikacji stanowią otwarte badania pre-post, użyteczne przede wszystkim do oceny wykonalności, tolerancji i kierunku zmian, lecz niewystarczające do wiarygodnego wnioskowania przyczynowego (np. ze względu na regresję do średniej, naturalną zmienność objawów czy równoległe leczenie). Uzupełniają je badania jakościowe, oceny akceptowalności oraz prace mechanistyczne (np. neuroobrazowanie w schemacie pre-post), które dostarczają danych o doświadczeniach uczestników i potencjalnych mechanizmach działania, ale nie stanowią rozstrzygającego dowodu skuteczności klinicznej.

Łącznie wyniki tych badań są obiecujące, jednak moc dowodów pozostaje zwykle umiarkowanie niska, głównie z powodu małych i selektywnych prób, braku randomizacji oraz aktywnych grup kontrolnych, znacznej heterogeniczności protokołów i „dawki", częstego traktowania interwencji jako dodatku do innych terapii, niespójnie definiowanych punktów końcowych oraz krótkich lub nieobecnych obserwacji odległych. Dodatkowo nie jest jasne, które komponenty interwencji stanowią jej „aktywny składnik" (np. relacja z koniem, środowisko naturalne, aktywność fizyczna, format grupowy czy elementy uważności).

Omawiane zagadnienie ilustruje tabela 1.

Tabela 1

Zestawienie badań dotyczących interwencji z udziałem koni u osób z PTSD wybranych zgodnie ze stosowaną metodą

Badanie i rodzaj interwencji	Przedmiot i zarys metody badawczej	Wyniki i wnioski
EAAT Sylvia i in. (2020).	Przedmiot: Akceptowalność EAAT jako uzupełnienia intensywnego leczenia	Wyniki: Ocena doświadczenia programu: weterani *M* = 9,76 (*SD* =

Badanie i rodzaj interwencji	Przedmiot i zarys metody badawczej	Wyniki i wnioski
Acceptability of an adjunct equine-assisted activities and therapies program for veterans with posttraumatic stress disorder and/or traumatic brain injury. https://doi.org/10.1016/j.joim.2020.01.005	ambulatoryjnego (IOP) weteranów z PTSD i/lub TBI; satysfakcja i postrzegane korzyści. Metoda: *N* = 106: weterani *n* = 62, członkowie rodzin *n* = 44. Dwudniowy weekendowy program EAAT w wiejskim regionie New Hampshire, w ramach dwutygodniowego IOP. Ankiety w ostatnim dniu: 10-punktowa wizualna skala analogowa (VAS) i analiza tematyczna.	0,61), rodziny *M* = 9,91 (*SD* = 0,29). Tematy wypowiedzi: wsparcie emocjonalne przez konie, korzyści z immersji w zajęciach, rozwój relacji interpersonalnych i potrzeba edukacji personelu o PTSD. Wnioski: Wstępne dane wskazują na akceptowalność EAAT jako dodatku do IOP. Satysfakcja i postrzegane korzyści nie dowodzą skuteczności klinicznej.
EAP (model EAGALA) Kowalski i in. (2025). A multi-site observational evaluation of the Equine Assisted Growth and Learning Association model of equine-assisted psychotherapy for veteran trauma survivors. https://doi.org/10.3390/ijerph22101557	Przedmiot: Wykonalność, bezpieczeństwo i wstępne wyniki EAP w modelu Equine Assisted Growth and Learning Association (EAGALA): objawy PTSD i depresji, ograniczenia funkcjonowania oraz satysfakcja z życia. Metoda: Retrospektywne badanie obserwacyjne w 12 ośrodkach; *N* = 107 osób w wieku 22–78 lat, żołnierzy i weteranów po traumie. Pomiary przed–po: PCL-5, Patient Health Questionnaire (PHQ), SWLS, SDS; po interwencji CSQ-8. Testy *t* dla prób zależnych; analiza jakościowa RAPID.	Wyniki: Istotne statystycznie zmniejszenie objawów PTSD, depresji i ograniczeń funkcjonowania oraz wzrost satysfakcji z życia. Program okazał się możliwy do realizacji w wielu ośrodkach. Wnioski: Wyniki uzasadniają dalsze badania, zwłaszcza RCT. Schemat obserwacyjny nie pozwala potwierdzić związku przyczynowego a badanie miało character retrospektywny.
EAT Rosing i in. (2022). A qualitative study of equine-assisted therapy for Israeli military and police veterans with PTSD—impact on self-regulation, bonding and hope. https://doi.org/10.1111/hsc.13922	Przedmiot: Doświadczenia i znaczenia przypisywane EAT przez weteranów z PTSD, szczególnie w obszarach samoregulacji, budowania więzi i nadziei. Metoda: Badanie jakościowe o orientacji fenomenologicznej; wywiady z *N* = 12 izraelskimi weteranami wojska i policji z PTSD, którzy ukończyli program EAT.	Wyniki: Trzy główne tematy: zdolność do odprężenia i samoregulacji, budowanie relacji oraz przemiana i nadzieja na przyszłość. Uczestnicy opisywali radzenie sobie z PTSD w wymiarze emocjonalnym, społecznym i duchowo-egzystencjalnym. Wnioski: Doświadczenia uczestników sugerują, że EAT może wspierać proces zdrowienia. Badanie nie dostarcza ilościowej oceny redukcji objawów.
EAP Burton i in. (2019). Efficacy of equine-assisted psychotherapy in veterans with posttraumatic stress disorder. https://doi.org/10.1016/j.joim.2018.11.001	Przedmiot: Zmiany nasilenia PTSD, odporności psychicznej i stężenia kortyzolu po dodaniu EAP do standardowego leczenia. Metoda: *N* = 20 weteranów; wiek *M* = 47 lat (*SD* = 14). Przydział sekwencyjny: EAP ze standardowym leczeniem *n* = 10, standardowe leczenie *n* = 10. Sześć cotygodniowych sesji po 60 min. PCL-M, CD-RISC i kortyzol w ślinie.	Wyniki: PCL-M zmniejszył się istotnie w obu grupach, a CD-RISC wzrósł istotnie w grupie EAP. Nie stwierdzono różnic między grupami w wielkości zmian PCL-M, CD-RISC ani kortyzolu. Wnioski: Nie wykazano przewagi dodania EAP. Brak istotnych różnic nie stanowi dowodu równoważnej skuteczności; potrzebne są większe badania.
EAP **Burton i in. (2019).** **Efficacy of equine-assisted psychotherapy in veterans**	Przedmiot: Zmiany nasilenia PTSD, odporności psychicznej i stężenia kortyzolu po dodaniu EAP do standardowego leczenia.	Wyniki: PCL-M zmniejszył się istotnie w obu grupach, a CD-RISC wzrósł istotnie w grupie EAP. Nie stwierdzono różnic między grupami w

Badanie i rodzaj interwencji	Przedmiot i zarys metody badawczej	Wyniki i wnioski
with posttraumatic stress disorder. **https://doi.org/10.1016/j.joim.2018.11.001**	Metoda: N = 20 weteranów; wiek M = 47 lat (SD = 14). Przydział sekwencyjny: EAP ze standardowym leczeniem n = 10, standardowe leczenie n = 10. Sześć cotygodniowych sesji po 60 min. PCL-M, CD-RISC i kortyzol w ślinie.	wielkości zmian PCL-M, CD-RISC ani kortyzolu. Wnioski: Nie wykazano przewagi dodania EAP. Brak istotnych różnic nie stanowi dowodu równoważnej skuteczności; potrzebne są większe badania.
EAP **Willmund i in. (2021).** **Equine-assisted psychotherapy with traumatized couples—Improvement of relationship quality and psychological symptoms.** **https://doi.org/10.1111/jmft.12485**	Przedmiot: Jakość relacji partnerskiej i komunikacja oraz objawy depresyjne, somatyczne i PTSD u żołnierzy po traumie i ich partnerów. Metoda: Prospektywne badanie z grupą kontrolną; N = 36 par: grupa terapeutyczna n = 20 par, grupa kontrolna n = 16 par. Stacjonarna interwencja EAP dla żołnierzy i ich partnerów.	Wyniki: W grupie terapeutycznej poprawiły się istotnie bieżące problemy, dolegliwości somatyczne, komunikacja, objawy depresyjne i jakość związku; w kontrolnej nie odnotowano takich zmian. Istotny spadek PTSD dotyczył podskali związanej z negatywnymi myślami. Wnioski: EAP może wspierać jakość relacji i zmniejszać obciążenia partnerów żołnierzy po traumie. Nie należy uogólniać wyniku jednej podskali na całe nasilenie PTSD.
EAT **Nelson i in. (2024).** **Equine-assisted therapy for posttraumatic stress disorder among first responders.** **https://doi.org/10.1177/00332941221146707**	Przedmiot: Zmiany PTSD, lęku, depresji, nieelastyczności psychologicznej i unikania oraz postrzegania siebie; ocena programu. Metoda: Pilotaż przed–po bez grupy kontrolnej. Zrekrutowano N = 8 osób z PTSD ze służb reagowania kryzysowego; analizowano n = 7. Osiem cotygodniowych sesji po 90 min, jako dodatek do indywidualnej CPT. Narzędzia: GAD-7, PHQ-9, PCL-5, AAQ-II i dwa kwestionariusze autorskie.	Wyniki: W opisie wyników: istotny spadek depresji (M = 14,21 do 9,28) i PTSD (M = 46,28 do 28,28). Liczba spełniających kryteria na podstawie odpowiedzi: depresja 4 do 2, PTSD 5 do 3. Bez istotnych zmian lęku i AAQ-II, mimo poprawy u 5/7 osób. Poprawa postrzegania siebie i wysoka ocena programu. Wnioski: Obiecujące wyniki EAT jako uzupełnienia terapii. Mała próba, brak kontroli i równoległa CPT ograniczają ocenę odrębnego efektu EAT.
EAT-PTSD **Fisher i in. (2021).** **Equine-assisted therapy for posttraumatic stress disorder among military veterans: An open trial.** **https://doi.org/10.4088/JCP.21m14005**	Przedmiot: Wykonalność, akceptowalność i wstępne wyniki programu EAT-PTSD, w tym zmiany objawów PTSD i depresji. Metoda: Otwarte badanie bez randomizacji i grupy kontrolnej; N = 63 weteranów z PTSD. Osiem cotygodniowych sesji grupowych po 90 min. CAPS-5, PCL-5, HDRS i BDI-II; pomiary przed, w połowie i po leczeniu oraz po 3 miesiącach. Analiza zgodnie z zamiarem leczenia.	Wyniki: Klinicznie istotny spadek CAPS-5 (≥ 30%) u 32 osób (50,8%) po leczeniu i 34 (54,0%) po 3 miesiącach. Redukcja objawów PTSD i depresji utrzymała się w obserwacji kontrolnej; 5 osób (7,9%) przerwało terapię. Wnioski: EAT-PTSD wydaje się wykonalny i dobrze tolerowany. Wstępne wyniki wymagają potwierdzenia skuteczności w większych RCT.
EAT **Romaniuk i in. (2018).** **Evaluation of an equine-assisted therapy program for veterans who identify as 'wounded, injured or ill' and their partners.**	Przedmiot: Zmiany depresji, lęku, stresu, objawów PTSD, poczucia szczęścia i jakości życia; porównanie programu indywidualnego i programu dla par. Metoda: Badanie podłużne bez grupy nieobjętej interwencją; N = 47: program indywidualny n = 25 weteranów, program dla par n = 22 uczestników (weterani i	Wyniki: Po interwencji spadły objawy depresji, stresu i PTSD, a wzrosły poczucie szczęścia i jakość życia. Redukcja depresji, stresu i PTSD utrzymała się po 3 miesiącach tylko w programie dla par; jego uczestnicy mieli wtedy mniej tych objawów niż uczestnicy programu indywidualnego.

Badanie i rodzaj interwencji	Przedmiot i zarys metody badawczej	Wyniki i wnioski
https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203943	partnerzy). Pięciodniowy pobyt. Pomiary przed, po i po 3 miesiącach: DASS-21, PCL-5, OHQ, Q-LES-Q-SF; testy t.	Wnioski: Uwzględnienie partnerów może sprzyjać utrzymaniu korzyści. Brak randomizacji i grupy bez interwencji ogranicza wnioskowanie o skuteczności EAT.
EAT-PTSD **Zhu i in. (2021).** **Neural changes following equine-assisted therapy for posttraumatic stress disorder: A longitudinal multimodal imaging study.** **https://doi.org/10.1002/hbm.25360**	Przedmiot: Zmiany struktury i łączności funkcjonalnej mózgu po EAT oraz ich związki z redukcją objawów PTSD. Metoda: Podłużne badanie podpróby otwartego badania EAT-PTSD. Zrekrutowano N = 20 weteranów; pełny program i pomiary ukończyło n = 19. Osiem cotygodniowych sesji grupowych. sMRI, rs-fMRI i DTI przed–po; ocena kliniczna także po 3 miesiącach.	Wyniki: Wzrost łączności funkcjonalnej jądra ogoniastego i spadek regionalnej objętości istoty szarej we wzgórzu i jądrze ogoniastym. Wzrost łączności wiązał się z poprawą kliniczną po terapii i po 3 miesiącach; wyższa łączność wyjściowa przewidywała większy spadek PTSD. W DTI nie stwierdzono istotnych zmian. Wnioski: Uzyskane rezultaty wskazują na aktywację i zaangażowanie układu nagrody, jednak ewentualna interpretacja tych zmian w kategoriach reorganizacji neuronalnej (procesu typu pruning) ma charakter wyłącznie hipotetyczny. Ponadto brak grupy kontrolnej w badaniu znacząco ogranicza możliwość wyciągania jednoznacznych wniosków o charakterze przyczynowo-skutkowym.
EAT **Collacchi i in. (2024).** **Promoting mental health in military veterans. Methodology and evaluation tools in a pilot study involving an equine-assisted intervention.** **https://doi.org/10.1708/4386.43838**	Przedmiot: Wykonalność standaryzowanego programu EAT oraz zmiany objawów psychicznych, radzenia sobie, sprawczości i relacji u weteranów z trudnościami adaptacyjnymi po traumie. Metoda: Pilotaż z grupą kontrolną; N = 16 mężczyzn: EAT n = 11, kontrola n = 5. Dziewięć miesięcy: 35 cotygodniowych sesji po 90 min oraz comiesięczne dyskusje grupowe. STAI, HAM-D, SCL-90 i WEMWBS przed, w połowie i po programie; obserwacje i dyskusje.	Wyniki: Skale standaryzowane nie wykazały istotnych statystycznie zmian. Ocena jakościowa wskazała poprawę autonomii, pewności siebie, sprawczości, radzenia sobie, kontroli lęku i relacji interpersonalnych; wysoka akceptacja i zaangażowanie. Wnioski: Program okazał się wykonalny. Wyniki jakościowe sugerują możliwe korzyści; mała próba i brak potwierdzenia ilościowego wymagają ostrożnej interpretacji.
EAL **Coffin (2019).** **The Nguudu Barndimanmanha Project—Improving social and emotional wellbeing in Aboriginal youth through equine assisted learning.** **https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00278**	Przedmiot: Dobrostan społeczny i emocjonalny, samoregulacja, samoświadomość i więzi aborygeńskiej młodzieży w kontekście żałoby, straty i traumy. Metoda: N = 270 osób w wieku 6–25 lat; minimum 6 tygodni EAL, raz w tygodniu po 45–50 min. Sesje indywidualne, w parach lub grupach. Obserwacje, fotografia i wideo; kulturowo dostosowane narzędzie oparte na SDQ i relacje opiekunów/nauczycieli. Analiza przed–po w podgrupie n = 20.	Wyniki: Obserwowano poprawę samoregulacji, samoświadomości i umiejętności społecznych. W podgrupie kwestionariuszowej zmniejszyły się trudności ze snem związane z zamartwianiem i deklarowany gniew. Zmiany zachowania zgłaszali także opiekunowie i nauczyciele. Wnioski: EAL jest obiecującą, kulturowo dostosowaną formą wsparcia. Pilotaż i próbne narzędzie ograniczają wnioski; badanie nie oceniało leczenia rozpoznanego PTSD.

Badanie i rodzaj interwencji	Przedmiot i zarys metody badawczej	Wyniki i wnioski
THR **Johnson i in. (2018).** **Effects of therapeutic horseback riding on post-traumatic stress disorder in military veterans.** **https://doi.org/10.1186/s40779-018-0149-6**	Przedmiot: Zmiany nasilenia PTSD, samoskuteczności radzenia sobie, regulacji emocji oraz samotności społecznej i emocjonalnej. Metoda: RCT z listą oczekujących; N = 29 weteranów z PTSD, także ze współwystępującym TBI: THR n = 15, kontrola n = 14. Sześć cotygodniowych sesji; pomiary po 3 i 6 tygodniach. Po okresie oczekiwania kontrola również uczestniczyła w THR. PCL-M, CSES, DERS i SELSA.	Wyniki: Spadek PCL-M średnio o 6 pkt po 3 tygodniach i 13 pkt po 6 tygodniach; istotność statystyczna w obu pomiarach, kliniczna po 6 tygodniach. CSES, DERS i SELSA bez istotnych zmian w analizie GLM/ANOVA. Samoskuteczność i regulacja emocji zmieniały się w oczekiwanym kierunku, samotność przeciwnie. Wnioski: THR może łagodzić PTSD. Mała próba, selekcja osób chętnych do jazdy i brak długoterminowej obserwacji ograniczają uogólnianie.

Adnotacja. Skróty interwencji: EAAT = aktywności i terapie z udziałem koni; EAT = terapia z udziałem koni; EAP = psychoterapia z udziałem koni; EAT-PTSD = zmanualizowany program EAT dla osób z PTSD; EAL = uczenie się z udziałem koni; THR = terapeutyczna jazda konna. PTSD = zaburzenie stresowe pourazowe; TBI = urazowe uszkodzenie mózgu; RCT = randomizowane badanie z grupą kontrolną; CPT = terapia przetwarzania poznawczego. *N* oznacza liczebność całej próby, *n* — podgrupy, *M* — średnią, *SD* — odchylenie standardowe. Skróty narzędzi: PCL-5/PCL-M = PTSD Checklist (wersja DSM-5/wojskowa); CAPS-5 = Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5; CD-RISC = Connor–Davidson Resilience Scale; PHQ = Patient Health Questionnaire; SWLS = Satisfaction With Life Scale; SDS = Sheehan Disability Scale; CSQ-8 = Client Satisfaction Questionnaire-8; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7; AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire-II; HDRS/HAM-D = Hamilton Depression Rating Scale; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; DASS-21 = Depression Anxiety Stress Scales-21; OHQ = Oxford Happiness Questionnaire; Q-LES-Q-SF = Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire–Short Form; STAI = State-Trait Anxiety Inventory; SCL-90 = Symptom Checklist-90; WEMWBS = Warwick–Edinburgh Mental Well-Being Scale; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; CSES = Coping Self-Efficacy Scale; DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale; SELSA = Social and Emotional Loneliness Scale for Adults. sMRI = strukturalne obrazowanie rezonansu magnetycznego; rs-fMRI = funkcjonalne obrazowanie w spoczynku; DTI = obrazowanie tensora dyfuzji; GLM/ANOVA = uogólniony model liniowy/analiza wariancji.

Nie wszystkie próby ograniczono do osób z rozpoznaniem PTSD. Coffin (2019) dotyczy dobrostanu aborygeńskiej młodzieży; Kowalski i in. (2025), Romaniuk i in. (2018) oraz

Collacchi i in. (2024) obejmują szerzej definiowane następstwa traumy lub trudności adaptacyjne. Badanie Zhu i in. (2021) dotyczy podpróby badania Fisher i in. (2021).
Źródło: Opracowanie własne (na podstawie publikacji wskazanych w pierwszej kolumnie).

Zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD)

W badaniach dotyczących interwencji z udziałem koni u osób z ASD dominują programy ukierunkowane na THR/TR**.** Rzadziej opisywane są inne formy oddziaływań (EAT). Najczęściej analizowaną populację stanowią dzieci i młodzież z ASD w wieku szkolnym (około16 lat, często 6-12/6-13), przy czym w pomiarach kwestionariuszowych i ocenach jakościowych ważnym źródłem danych są rodzice i opiekunowie**.**

Protokoły analizowanych badań z tej grupy różnią się istotnie czasem trwania i intensywnością np.: ok. 5-tygodniowe programy o selektywnych efektach, dłuższe około 10-tygodniowe formaty najczęściej wykorzystywane w badaniach kontrolowanych, a także programy długie i bardziej intensywne trwające ok. 16 tygodni, w których częściej obserwuje się wyraźniejszy sygnał zmian w obszarach społeczno-komunikacyjnych.

EAT bywa realizowane w większej liczbie sesji (np. ok. 20), lecz zwykle w schematach pre-post bez kontroli.

W ujęciu funkcjonalnym THR/TR opiera się na aktywności jeździeckiej i zadaniowej, przy czym opisywane korzyści mają często charakter regulacyjny (uspokojenie, samokontrola), natomiast terapia zajęciowa w otoczeniu stajennym (OTEE – Occupational Therapy in Equine Environment) akcentuje cele indywidualne i funkcjonowanie w codzienności, traktując konia jako specyficzny kontekst terapeutyczny.

Najczęściej raportowane zmiany dotyczą dwóch obszarów: samoregulacji i zachowań problemowych (szczególnie drażliwości i hiperaktywności) oraz funkcjonowania społeczno-komunikacyjnego**.** To właśnie poprawa samoregulacji jest najbardziej powtarzalnym sygnałem w badaniach kontrolowanych, a część analiz mechanistycznych sugeruje, że może ona pełnić rolę czynnika pośredniczącego w zmianach społecznych.

W dłuższych, bardziej ustrukturyzowanych programach THR częściej obserwuje się poprawy w domenach społeczno-komunikacyjnych, natomiast w krótszych protokołach wyniki bywają mniej stabilne w miarach globalnych. Doniesienia dotyczące zachowań adaptacyjnych, motoryki, języka czy funkcji poznawczych są bardziej zmienne: w części pilotaży (szczególnie EAAT) wskazuje się na możliwe korzyści, jednak przewaga nad warunkami porównawczymi nie jest konsekwentnie potwierdzana. Pojawiają się też pojedyncze sygnały transferu zmian na inne obszary funkcjonowania, ale wymagają one replikacji.

Na tle innych wskazań klinicznych obszar ASD dysponuje relatywnie silniejszym zapleczem metodologicznym, głównie dzięki obecności badań porównujących THR/TR z aktywnymi grupami kontrolnymi (np. aktywności stajenne bez jazdy), co pozwala częściowo oddzielić wpływ niespecyficznych czynników (uwagi, środowiska, aktywności) od efektu związanego z komponentem jeździeckim i pracą z koniem.

Mocniejszą stroną części projektów są również pomiary odległe (np. follow-up 6-miesięczny), pilotażowe replikacje oraz włączanie analiz mechanizmów (np. mediacje, wskaźniki fizjologiczne). Dane z follow-up'ów sugerują, że część efektów może się utrzymywać, podczas gdy inne, zwłaszcza związane z nadpobudliwością, mogą z czasem słabnąć. Jednocześnie istotne pozostają ograniczenia: nadal liczne są projekty pre-post bez kontroli (zwłaszcza w EAAT i krótkich programach aktywności), próby bywają niewielkie, a obserwacje odległe nie zawsze obejmują pełną próbę. Dodatkowo dominacja raportów opiekunów oraz ograniczone możliwości „zaślepienia" oceny zwiększają ryzyko bilansu oczekiwań.

Podsumowując, dla THR/TR dostępne dowody można ocenić jako wstępne do umiarkowanych (ze względu na obecność RCT[1] z aktywną kontrolą i pomiary odległe, przy ograniczeniach liczebności i niepełnych danych follow-up), natomiast dla EAAT i krótkich programów aktywności z końmi baza dowodowa pozostaje głównie wstępna. Obiecującym, choć nadal wymagającym wzmocnienia, kierunkiem są interwencje OTEE, w których w pilotażowym RCT obserwowano korzystne zmiany w realizacji indywidualnych celów.

Powyższe uwagi znajdują podsumowanie w tabeli 2.

Tabela 2

Zestawienie badań dotyczących interwencji z udziałem koni u osób z ASD wybranych zgodnie ze stosowaną metodą

Badanie i rodzaj interwencji	Przedmiot i zarys metody badawczej	Wyniki i wnioski
EAAT Zoccante i in. (2021). Effectiveness of equine-assisted activities and therapies for improving adaptive behavior and motor function in autism spectrum disorder.	Przedmiot: Zachowania adaptacyjne, funkcje motoryczne i stres w systemie rodzic–dziecko oraz przebieg interakcji dziecka z terapeutą i koniem. Metoda: Badanie przed–po; $N = 15$ dzieci z ASD, w wieku 7–15 lat (13 chłopców). Dwadzieścia cotygodniowych sesji indywidualnych. Vineland-II, DCDQ'07,	Wyniki: Poprawa zachowań adaptacyjnych i koordynacji ruchowej ($p \leq 0{,}01$) oraz stopniowa poprawa obserwowanych interakcji i umiejętności w toku sesji ($p < 0{,}001$). Nie potwierdzono zmniejszenia stresu rodzicielskiego.

[1] RCT (randomized controlled trial) – badanie kliniczne z losowym doborem do grupy kontrolnej i badawczej.

Badanie i rodzaj interwencji	Przedmiot i zarys metody badawczej	Wyniki i wnioski
https://doi.org/10.3390/jcm10081726	PSI-SF oraz autorska skala obserwacyjna IEMS.	Wnioski: Wstępne wyniki sugerują możliwe korzyści EAAT. Mała próba i schemat przed–po wymagają potwierdzenia w większych badaniach kontrolowanych.
OTee HORSPLAY Peters, Wood i in. (2022). Preliminary efficacy of occupational therapy in an equine environment for youth with autism spectrum disorder. https://doi.org/10.1007/s10803-021-05278-0	Przedmiot: Wstępna skuteczność terapii zajęciowej w środowisku z końmi: realizacja indywidualnych celów społecznych i behawioralnych, motywacja społeczna i drażliwość. Metoda: Pilotaż z randomizacją; $N = 24$ dzieci z ASD, w wieku 6–13 lat. Dziesięć tygodni OTee HORSPLAY; warunek kontrolny obejmował listę oczekujących i terapię zajęciową w ogrodzie. Ocena realizacji celów i zmian zachowania.	Wyniki: Po OTee poprawiły się realizacja celów i motywacja społeczna, a drażliwość zmniejszyła się. W porównaniu z podgrupą, która ukończyła warunek kontrolny, istotna pozostała poprawa realizacji celów. Wnioski: Włączenie koni do terapii zajęciowej może wspierać indywidualne cele. Nie wszystkie zmiany przed–po potwierdzono jako przewagę nad kontrolą.
TR/EAA Anderson i Meints (2016). Brief report: The effects of equine-assisted activities on the social functioning in children and adolescents with autism spectrum disorder. https://doi.org/10.1007/s10803-016-2869-3	Przedmiot: Funkcjonowanie społeczne, empatyzowanie, systematyzowanie oraz zachowania adaptacyjne i nieadaptacyjne. Metoda: Badanie przed–po bez grupy kontrolnej; $N = 15$ osób z ASD w wieku 5–16 lat (11 chłopców, 4 dziewczynki). Pięć tygodni zajęć, jedna sesja po 3 godziny tygodniowo, obejmująca jazdę i aktywności z końmi. ASQ, VABS i EQ/SQ na początku i końcu programu.	Wyniki: Spadek ASQ ($p = 0{,}007$), zmniejszenie zachowań nieadaptacyjnych w VABS i wzrost EQ ($p = 0{,}04$). Brak istotnej poprawy łącznego VABS, komunikacji, socjalizacji, SQ i różnicy EQ/SQ. Wnioski: Możliwe korzyści dotyczą wybranych aspektów społecznych. Brak kontroli i mała próba ograniczają wnioskowanie o skuteczności.
THR Kwon i in. (2019). Effects of therapeutic horseback riding on cognition and language in children with autism spectrum disorder or intellectual disability: A preliminary study. https://doi.org/10.5535/arm.2019.43.3.279	Przedmiot: Funkcje poznawcze i umiejętności językowe u dzieci z ASD lub niepełnosprawnością intelektualną. Metoda: Prospektywne badanie z grupą porównawczą; $N = 29$: zwykła terapia z THR $n = 18$, sama zwykła terapia $n = 11$. Osiem tygodni; pomiary przed–po. Miary języka: REVT i PRES; poznania: K-ABC i BSID-II.	Wyniki: W grupie THR poprawiło się kilka miar języka i poznania względem wartości wyjściowych; w kontroli poprawa dotyczyła głównie słownictwa receptywnego i poznania. Po 8 tygodniach nie stwierdzono istotnych różnic między grupami. Wnioski: Zmiany przed–po są obiecujące, lecz nie potwierdzają dodatkowej korzyści THR ponad zwykłą terapię. Próba obejmowała dwie grupy diagnostyczne.
THR Zhao i in. (2021). Effects of a therapeutic horseback riding program on social interaction and communication in children with autism. https://doi.org/10.3390/ijerph18052656	Przedmiot: Interakcje społeczne i komunikacja oraz wybrane składowe umiejętności społecznych. Metoda: Badanie z randomizacją; zrekrutowano $N = 84$ dzieci z ASD, w wieku 6–12 lat. Ukończyło $n = 61$: THR $n = 31$, kontrola $n = 30$. Szesnastotygodniowy program; kontrola realizowała zwykłe aktywności. SSIS i ABLLS-R przed, w trakcie i po interwencji.	Wyniki: Poprawa ogólnego wyniku interakcji społecznych była większa w THR niż w kontroli. W grupie THR opisano poprawę w 6 z 7 ocenianych składowych; nie wszystkie wykazały istotną przewagę między grupami. Powyższa analiza dotyczyła osób, które ukończyły program (completers analysis) Wnioski: Wyniki wspierają możliwe korzyści społeczne i komunikacyjne THR. Utrata 23 uczestników i analiza osób kończących program ograniczają pewność wniosków.

Badanie i rodzaj interwencji	Przedmiot i zarys metody badawczej	Wyniki i wnioski
THR Gabriels i in. (2018). Long-term effect of therapeutic horseback riding in youth with autism spectrum disorder: A randomized trial. https://doi.org/10.3389/fvets.2018.00156	Przedmiot: Trwałość zmian drażliwości, nadpobudliwości, funkcjonowania społecznego i parametrów mowy po sześciu miesiącach. Metoda: Obserwacja podpróby wcześniejszego RCT; *N* = 64 osób z ASD w wieku 6–16 lat: THR *n* = 36, BA *n* = 28. Program trwał 10 tygodni. ABC-C w obu grupach; pełną ocenę społeczną i językową (SRS, SALT) w obserwacji kontrolnej przeprowadzono tylko w THR.	Wyniki: Po 6 miesiącach przewaga THR dla drażliwości miała poziom trendu (p = 0,07); dla nadpobudliwości nie była istotna (p = 0,61). W THR utrzymała się poprawa komunikacji i poznania społecznego oraz liczby słów i różnych słów (względem wartości wyjściowych). Wnioski: Część zmian może się utrzymywać. Nie potwierdzono przewagi THR we wszystkich obszarach; wyniki społeczne i językowe po 6 miesiącach nie mają równoległej kontroli BA.
THR Pan i in. (2019). Replication pilot trial of therapeutic horseback riding and cortisol collection with children on the autism spectrum. https://doi.org/10.3389/fvets.2018.00312	Przedmiot: Drażliwość, nadpobudliwość, funkcjonowanie społeczne, język oraz kortyzol w ślinie i jego związki z zachowaniem. Metoda: Pilotaż RCT; *N* = 16 dzieci z ASD, w wieku 6–16 lat: THR *n* = 8, BA *n* = 8. Dziesięć tygodni. ABC-C, SRS i SALT; cotygodniowy pomiar kortyzolu przed i 20 min po zajęciach. Analiza zgodnie z zamiarem leczenia.	Wyniki: Przewaga THR w nadpobudliwości i świadomości społecznej; trendy dla drażliwości i komunikacji społecznej. Bez istotnej przewagi w liczbie słów oraz zmianie kortyzolu. W THR większa nadpobudliwość wiązała się z mniejszym spadkiem kortyzolu; związek dla drażliwości był graniczny. Wnioski: Częściowa replikacja wyników. Kortyzol jest potencjalnym mechanizmem do dalszego badania; jego roli mediatora nie potwierdzono.
THR Peters, Pan i in. (2022). Self-regulation mediates therapeutic horseback riding social functioning outcomes in youth with autism spectrum disorder. https://doi.org/10.3389/fped.2022.884054	Przedmiot: Rola samoregulacji jako pośrednika między THR a zmianami funkcjonowania społecznego i języka. Metoda: Eksploracyjna analiza wtórna wcześniejszego RCT. *N* = 89 z kompletnymi ABC-C i SRS: THR *n* = 45, BA *n* = 44; analizy SALT *n* = 87. Uczestnicy z ASD w wieku 6–16 lat; 10 cotygodniowych sesji. Samoregulacja: suma drażliwości i nadpobudliwości ABC-C; analiza mediacji.	Wyniki: Przewaga THR w samoregulacji i komunikacji społecznej (p = 0,018) oraz liczbie słów i różnych słów (p = 0,006). Istotne efekty pośrednie przez samoregulację dla komunikacji i poznania społecznego; brak takiej mediacji dla obu parametrów mowy. Wnioski: Wyniki wspierają hipotezę roli samoregulacji w zmianach społecznych. Analiza wtórna nie rozstrzyga o odrębnym, potwierdzonym mechanizmie przyczynowym.
THR Petty i in. (2017). Therapeutic horseback riding crossover effects of attachment behaviors with family pets in a sample of children with autism spectrum disorder. https://doi.org/10.3390/ijerph14030256	Przedmiot: Przeniesienie potencjalnych korzyści THR na zachowania dziecka wobec zwierząt domowych, szczególnie działania opiekuńcze. Metoda: Analiza podpróby większego RCT; *N* = 67 osób z ASD, w wieku 6–16 lat, mających co najmniej jedno zwierzę domowe: THR *n* = 31, BA *n* = 36. Raport opiekunów w zmodyfikowanym CABTA, z oceną przywiązania (AATS) i zachowań krzywdzących (AABS).	Wyniki: Opiekunowie w THR zgłaszali większą poprawę zachowań opiekuńczych wobec zwierzęcia domowego niż opiekunowie w BA (p = 0,013; wielkość efektu = 0,74). Wnioski: Wyniki sugerują możliwość uogólniania zachowań opiekuńczych poza stajnię. Raport opiekunów i modyfikacja narzędzia ograniczają pewność wniosków.

Adnotacja. ASD = zaburzenie ze spektrum autyzmu; EAAT = aktywności i terapie z udziałem koni; THR/TR = terapeutyczna jazda konna; EAA = aktywności z udziałem koni; OTee = terapia zajęciowa w środowisku z końmi; BA = aktywności w stajni bez kontaktu z końmi; RCT = randomizowane badanie z grupą kontrolną. *N* oznacza liczebność całej próby, *n* — podgrupy. Wyniki $p \geq 0{,}05$ nie potwierdzają istotności przy progu 0,05; brak istotności nie dowodzi braku efektu.

Skróty narzędzi: Vineland-II/VABS = Vineland Adaptive Behavior Scales; DCDQ'07 = Developmental Coordination Disorder Questionnaire; PSI-SF = Parenting Stress Index–Short Form; IEMS = Interaction Emotions Motor Skills; ASQ = Autism-Spectrum Quotient; EQ/SQ = Empathising Quotient/Systemising Quotient; REVT = Receptive and Expressive Vocabulary Test; PRES = Preschool Receptive–Expressive Language Scale; K-ABC = Kaufman Assessment Battery for Children (wersja koreańska); BSID-II = Bayley Scales of Infant Development II; SSIS = Social Skills Improvement System; ABLLS-R = Assessment of Basic Language and Learning Skills–Revised; ABC-C = Aberrant Behavior Checklist–Community; SRS = Social Responsiveness Scale; SALT = Systematic Analysis of Language Transcripts; CABTA = Child's Attitude and Behavior toward Animals. AATS i AABS to wyniki przywiązania do zwierząt i zachowań krzywdzących obliczane z CABTA, a nie trzy odrębne narzędzia.

Gabriels i in. (2018), Petty i in. (2017) i Peters, Pan i in. (2022) wykorzystują dane z tego samego wcześniejszego RCT Gabriels i in. (2015), więc nie są niezależnymi próbami. Kwon i in. (2019) obejmują dzieci z ASD lub niepełnosprawnością intelektualną.

Źródło: Opracowanie własne (na podstawie publikacji wskazanych w pierwszej kolumnie).

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)

W ostatniej dekadzie badania nad interwencjami z udziałem koni w kontekście ADHD koncentrowały się wokół trzech nurtów: hipoterapii (o profilu sensomotorycznym/medycznym), terapeutycznej jazdy konnej (THR/TR, często o charakterze psychospołeczno-funkcjonalnym i nierzadko realizowanej jako dodatek do farmakoterapii) oraz szeroko rozumianych interwencji equine-assisted (EAT/EAS/EAAT/EAOT), obejmujących zarówno pojedyncze sesje, jak i programy kilkutygodniowe.

Najczęściej badano dzieci w wieku ok. 6-12 lat z rozpoznaniem ADHD, przy czym część projektów obejmowała dzieci bez równoległego leczenia farmakologicznego (zwłaszcza badania mechanistyczne, np. rs-fMRI), a część populacje leczone farmakologicznie, w których THR pełniło funkcję interwencji uzupełniającej.

Sporadycznie opisywano młodzież w wieku 12-17 lat z trudnościami uwagi i zachowania w warunkach szkolnych, z nie zawsze z formalną diagnozą. Protokoły różniły się istotnie „dawką" i strukturą: od pojedynczych sesji z pomiarem natychmiastowym, przez krótkie programy szkolne (np. ok. 5 tygodni), po interwencje trwające około 12 tygodni (m.in. w pilotażach neurobiologicznych) oraz dłuższe programy THR (około 20 tygodni) z pomiarem przed/po i follow-up.

Najbardziej powtarzalne wyniki dotyczą poprawy uwagi i zachowania oraz funkcji wykonawczych (szczególnie w projektach z warunkiem porównawczym i/lub pomiarami powtarzanymi, np. THR jako terapia wspomagająca leczenie farmakologiczne oraz w RCT dla hipoterapii). Dodatkowo, w części badań obserwowano wzrost samooceny i samoskuteczności oraz krótkoterminowe zmiany w zakresie regulacji pobudzenia; dane mechanistyczne (np. rs-fMRI, wskaźniki fizjologiczne, synchronizacja HR koń–dziecko) wspierają hipotezy dotyczące procesów regulacyjnych, lecz mają ograniczoną wartość rozstrzygającą dla skuteczności klinicznej.

Ogólnie jakość dowodów jest zróżnicowana: obok pojedynczego RCT hipoterapii i dużego badania kontrolowanego THR z follow-up występuje wiele projektów wstępnych (pre-post, badania procesowe), często bez randomizacji i aktywnych kontroli, a wyniki bywają konfundowane równoległym leczeniem farmakologicznym.

Kluczowe luki obejmują heterogeniczność protokołów, ograniczone „zaślepienie" i dominację miar raportowych, niewystarczającą triangulację pomiaru oraz niejasność co do „aktywnych składników" (ruch konia vs relacja, struktura zajęć, kontekst stajni/natury). Priorytetem dalszych prac są większe, standaryzowane RCT z aktywną kontrolą, analizy dawka-odpowiedź i dłuższe follow-upy (6-12 miesięcy), a także łączenie miar kwestionariuszowych z testami wykonawczymi, obserwacją zachowania i wskaźnikami obiektywnymi.

Tę cześć badań podsumowuje tabela 3.

Tabela 3

Zestawienie badań dotyczących interwencji z udziałem koni u osób z ADHD wybranych zgodnie ze stosowaną metodą

Badanie i rodzaj interwencji	Przedmiot i zarys metody badawczej	Wyniki i wnioski
EAA/T Yoo i in. (2016). The effects of equine-assisted activities and therapy on resting-state brain function in attention-deficit/hyperactivity disorder: A pilot study. https://doi.org/10.9758/cpn.2016.14.4.357	Przedmiot: Objawy ADHD, koordynacja ruchowa oraz zmiany aktywności spoczynkowej mózgu i ich związki z objawami. Metoda: Badanie przed–po bez grupy kontrolnej. Zrekrutowano 22 dzieci; program ukończyło 20, a analizę rs-fMRI przeprowadzono u 10 (9 chłopców, 1 dziewczynka; *M* wieku = 8,3 roku). Dwanaście tygodni bez leków psychotropowych; 24 sesje po 60 minut, dwa razy w tygodniu. K-ARS, CGI-I, DCDQ i rs-fMRI (ReHo).	Wyniki: Spadek nasilenia objawów w K-ARS; w CGI-I u 6 dzieci znaczna, u 4 minimalna poprawa. Bez istotnej zmiany DCDQ. Spadek ReHo w prawym przedklinku i prawej części oczodołowej zakrętu czołowego dolnego ($p < 0{,}001$). Zmiana ReHo w przedklinku korelowała z poprawą K-ARS ($\rho = -0{,}809$; $p = 0{,}031$). Wnioski: Wyniki wskazują na związek zmian objawów ze zmianami aktywności mózgu. Mała, wyselekcjonowana próba i brak kontroli ograniczają wnioskowanie o skuteczności i mechanizmie interwencji.
EAOT Helmer i in. (2026). Emotional and motor improvements in children with ADHD following equine-assisted occupational therapy. https://doi.org/10.1177/15394492241307843	Przedmiot: Bezpośrednie zmiany poczucia własnej skuteczności, nastroju i wytrzymałości mięśni tułowia po sesji EAOT ASTride. Metoda: Pilotaż przed–po bez grupy kontrolnej; *N* = 31 dzieci z ADHD w wieku 6–12 lat (20 chłopców, 11 dziewczynek; 15 przyjmowało leki). Jedna 45-minutowa sesja; pomiary bezpośrednio przed i po niej. NGSE, MSQ i próba utrzymania wyprostu tułowia w leżeniu przodem (Prone Extension Test).	Wyniki: Wzrost poczucia własnej skuteczności i nastroju pozytywnego, spadek nastroju negatywnego oraz wydłużenie czasu utrzymania pozycji w Prone Extension Test (wszystkie $p < 0{,}001$). W MSQ wzrosły m.in. poczucie spokoju i kontroli; nie wszystkie pozycje zmieniły się istotnie. Wnioski: Obiecujące zmiany bezpośrednio po jednej sesji wymagają potwierdzenia w badaniach kontrolowanych. Nie oceniono trwałości efektów ani ich przeniesienia na codzienne funkcjonowanie.
EAS Helmer i in. (2025). Child horse harmony in motion: A preliminary study to explore heart rate synchronization in equine assisted therapy for neurotypical and ADHD children. https://doi.org/10.1038/s41598-025-29330-6	Przedmiot: Synchronizacja częstości rytmu serca (HR) dziecka i konia podczas interakcji; porównanie początkujących dzieci z ADHD i doświadczonych dzieci neurotypowych. Metoda: Badanie korelacyjne; *N* = 25 dzieci w wieku 6–12 lat: ADHD *n* = 15, grupa neurotypowa *n* = 10. Rejestracja jednej sesji: 5 minut bez jazdy i 25 minut jazdy. Dzieci z ADHD badano podczas 4.–6. zajęć; grupa neurotypowa miała 2–3 lata doświadczenia. Czujniki Polar Equine i Verity Sense; korelacje, korelacje krzyżowe i testy Grangera.	Wyniki: U większości par zaobserwowano dodatnie korelacje HR i wzorce synchronizacji. Zależności predykcyjne w obu kierunkach stwierdzono u 6 par neurotypowych i 2 par z ADHD. Nie śledzono narastania synchronizacji przez kolejne sesje; nie oceniano poprawy objawów ADHD. Wnioski: Synchronizacja HR jest hipotezą dotyczącą współregulacji, a nie dowodem jej terapeutycznej skuteczności. Diagnoza współwystępowała z różnym doświadczeniem jeździeckim; mała próba i wpływ wysiłku ograniczają interpretację.

Badanie i rodzaj interwencji	Przedmiot i zarys metody badawczej	Wyniki i wnioski
EAA/EAL Norwood i in. (2021). The horse as a therapist: Effects of an equine program without “therapy” on the attention and behavior of youth disengaged from traditional school. https://doi.org/10.1089/acm.2020.0500	Przedmiot: Uwaga, funkcje wykonawcze i zachowanie młodzieży z trudnościami szkolnymi i behawioralnymi, w tym objawy związane z ADHD. Metoda: $N = 50$ osób w wieku 12–17 lat ze szkoły alternatywnej; próba nie ograniczała się do rozpoznanego ADHD. Badanie przed–po; u 9 osób dodatkowy pomiar 6 tygodni przed programem. Program trwał 7 tygodni; wymagano udziału w co najmniej 5 sesjach po 2 godziny, bez terapeuty i określonych treści terapeutycznych. Oceny nauczycieli: BRIEF i SDQ; liczebności analiz różniły się z powodu braków danych i wyłączeń.	Wyniki: Spadek wyniku globalnego BRIEF (różnica = −5,89; $t(36) = -3,38$; $p = 0,002$) i nadpobudliwości w SDQ (różnica = −0,73; $t(43) = -2,24$; $p = 0,030$). Niższe wyniki oznaczały mniej trudności. Nie wszystkie skale zachowania i emocji poprawiły się istotnie. Wnioski: Program wiązał się z korzystnymi zmianami wybranych ocen nauczycieli. Brak niezależnej grupy kontrolnej ogranicza wnioskowanie przyczynowe; wyniki nie stanowią odrębnego dowodu skuteczności leczenia klinicznie rozpoznanego ADHD.
Hipoterapia Oh i in. (2018). Efficacy of hippotherapy versus pharmacotherapy in attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized clinical trial. https://doi.org/10.1089/acm.2017.0358	Przedmiot: Porównanie hipoterapii i farmakoterapii pod względem objawów ADHD, problemów behawioralnych, samooceny, jakości życia i koordynacji ruchowej. Metoda: RCT; $N = 34$ dzieci z ADHD, losowo przydzielonych w proporcji 1:1 do hipoterapii lub farmakoterapii. Hipoterapia: 24 sesje, dwa razy w tygodniu przez 12 tygodni. Główny wynik: ARS przed i po leczeniu. Wyniki wtórne: CBCL, SES, PedsQL (dziecko i rodzic), DCDQ, CGI-S i ilościowe EEG.	Wyniki: W obu grupach poprawiły się objawy ADHD i CGI-S. Nie stwierdzono istotnych różnic między grupami w większości wyników; wyjątkiem była podskala problemów myślenia CBCL. Po hipoterapii opisano poprawę uwagi, nadpobudliwości/impulsywności i jakości życia. Wnioski: Wyniki małego RCT są obiecujące. Brak istotnych różnic nie dowodzi równoważności hipoterapii i farmakoterapii. Potrzebne są większe próby i ocena trwałości efektów.
Hipoterapia i neurofeedback Lee i in. (2017). Hippotherapy and neurofeedback training effect on the brain function and serum brain-derived neurotrophic factor level changes in children with attention-deficit or/and hyperactivity disorder. https://doi.org/10.20463/jenb.2017.0018	Przedmiot: Zmiany stężenia BDNF, aktywności mózgu i uwagi po hipoterapii oraz po jej połączeniu z neurofeedbackiem EEG. Metoda: $N = 16$ dzieci z ADHD. Etap I: losowy podział na hipoterapię raz lub dwa razy w tygodniu (po 8 osób), przez 8 tygodni. Etap II: 7 dzieci z grupy raz w tygodniu uczestniczyło w kolejnych 8 tygodniach hipoterapii z neurofeedbackiem. BDNF i fMRI; w etapie II także EEG/BQ i CAT. Brak grupy bez interwencji.	Wyniki: Po etapie I zmiany BDNF różniły się między częstotliwościami zajęć. Po treningu łączonym opisano wzrost BDNF ($p = 0,039$), zmiany wybranych obszarów fMRI oraz dwóch miar CAT ($p = 0,04$). Pozostałe wyniki CAT i wskaźniki EEG/BQ nie wykazały istotnej poprawy. Wnioski: Eksploracyjne wyniki dotyczą wybranych markerów i miar uwagi. Mała próba i kolejność etapów nie pozwalają oddzielić wpływu neurofeedbacku, hipoterapii i czasu; nie potwierdzają ogólnej poprawy funkcjonowania mózgu.

THR Aviv i in. (2021). The contribution of therapeutic horseback riding to the improvement of executive functions and self-esteem among children with ADHD. https://doi.org/10.1177/1087054720925898	Przedmiot: Funkcje wykonawcze i samoocena dzieci z ADHD oraz związek zmian samooceny z późniejszymi zmianami funkcji wykonawczych. Metoda: Badanie z grupą porównawczą; *N* = 123 dzieci z ADHD. THR przez 20 tygodni wraz z farmakoterapią (*n* = 62) porównano z samą farmakoterapią (*n* = 61). Kwestionariusze dzieci i matek przed programem, po nim oraz 12 tygodni później. Analiza za pomocą modeli latentnego wzrostu.	Wyniki: THR wiązała się z większą poprawą kwestionariuszowych ocen funkcji wykonawczych i samooceny niż sama farmakoterapia. W modelach wzrost samooceny przewidywał późniejszą poprawę funkcji wykonawczych. Wnioski: Wyniki wspierają możliwość wykorzystania THR jako interwencji uzupełniającej. Związek predykcyjny nie dowodzi, że wzrost samooceny powoduje poprawę funkcji wykonawczych; wnioski dotyczą ocen kwestionariuszowych.

Adnotacja. ADHD = zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi; EAA/T = aktywności i terapia z udziałem koni; EAOT = terapia zajęciowa z udziałem koni; EAS = usługi z udziałem koni; EAA/EAL = aktywności/uczenie się z udziałem koni; THR = terapeutyczna jazda konna; RCT = randomizowane badanie z grupą kontrolną. *N* oznacza liczebność całej próby, *n* — podgrupy, *M* — średnią. Niższe wyniki BRIEF i SDQ wskazują na mniej trudności. Skróty narzędzi i markerów: K-ARS/ARS = ADHD Rating Scale (K-ARS: wersja koreańska); CGI-I/CGI-S = Clinical Global Impressions (poprawa/nasilenie); DCDQ = Developmental Coordination Disorder Questionnaire; rs-fMRI = funkcjonalny rezonans magnetyczny w spoczynku; ReHo = regionalna jednorodność sygnału; NGSE = New General Self-Efficacy Scale; MSQ = Moos Scale Questionnaire; HR = częstość rytmu serca; BRIEF = Behavior Rating Inventory of Executive Function; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; CBCL = Child Behavior Checklist; SES = Self-Esteem Scale; PedsQL = Pediatric Quality of Life Inventory; EEG = elektroencefalografia; BDNF = neurotroficzny czynnik pochodzenia mózgowego; BQ = Brain Quotient; CAT = Comprehensive Attention Test.

Norwood i in. (2021) obejmują młodzież z trudnościami szkolnymi i behawioralnymi, bez wymogu diagnozy ADHD; Helmer i in. (2025) obejmują także grupę neurotypową. Rok 2026 dla Helmer i in. odnosi się do wydania w tomie 46(1); pierwsza publikacja internetowa ukazała się w 2024 *r*.

Źródło: Opracowanie własne (na podstawie publikacji wskazanych w pierwszej kolumnie).

Ogólne zdrowie psychiczne, zaburzenia depresyjne i lękowe, schizofrenia i zaburzenia używania substancji (SUD)

Ostatnie cztery kategorie ze względu na małą liczbę badań połączono w jednym zestawieniu. W kategorii „ogólne zdrowie psychiczne” wyłoniono 3 badania, co samo w sobie jest istotnym ograniczeniem przy formułowaniu uogólnień. Najczęściej badano młodzież z trudnościami emocjonalno-behawioralnymi (EAP vs tradycyjna psychoterapia) oraz dorosłych

pacjentów psychiatrycznych (program nature-based z elementami equine-assisted; oraz ESTPP vs TAU).

Dominowały interwencje z grupy EAT/EAP/ESTPP (psychoterapia z udziałem koni lub programy „recovery-oriented" z komponentem koń/natura). Najczęściej poprawiały się: ogólna dysfunkcja psychologiczna/dobrostan, depresyjność/lęk oraz zasoby: nadzieja/remoralizacja, samoskuteczność, odporność, personal recovery i poziom aktywności. Najbardziej spójny obraz: poprawa jest widoczna, ale w porównaniach z aktywnym standardem (TAU/TP) efekty bywają podobne (brak wyraźnej przewagi terapii z końmi).

Ograniczenia: mała liczba badań, głównie projekty nierandomizowane lub bez grupy kontrolnej, duża heterogeniczność interwencji i miar oraz ryzyko doboru (np. różnice wieku między grupami). W kategorii „lęk i depresja" wystąpiły 2 badania, co jest dużym ograniczeniem, obejmują one różne populacje i różne formaty interwencji.

Badano dzieci i młodzież (6-18 lat). Sprawdzano zarówno długoterminową EAT (badanie jakościowe), jak i bardziej ustrukturyzowaną terapeutyczną jazdę konną/adaptive riding z komponentem CBT. Odnotowywano poprawę w skalach: lęk/stres, regulacja emocji, oraz w psychospołecznych obszarach typu samoocena, sprawczość/samodzielność, poczucie ulgi i bezpieczeństwa. Najbardziej spójne wyniki (ilościowo): spadek lęku i poprawa regulacji emocji; wyniki biomarkerów były mniej jednoznaczne, a samoskuteczność czasem tylko „trend". Ograniczenia: bardzo mało badań (2), w tym jedno z bardzo małą próbą (n=6) i jakościowe, często brak grupy kontrolnej, oraz duże różnice w „dawce" i rodzaju terapii (jazda vs praca z koniem), co utrudnia porównania i wnioskowanie o mechanizmach.

W kategorii dotyczącej „schizofrenii" jest tylko 1 badanie, więc to największe ograniczenie: nie da się mówić o „typowych" efektach dla całej populacji, tylko o wyniku pojedynczego RCT. Badano dorosłych z rozpoznaniem schizofrenii, a interwencją była EAT (8 tyg.) w układzie randomizowanym z grupą kontrolną. Najczęściej poprawiały się: nasilenie objawów (PANSS), lęk, poczucie samotności i jakość życia – i to jest spójny zestaw efektów w obrębie tego jednego projektu. Ograniczenia: pojedyncze badanie, brak pełnych danych opisowych w dostępnych streszczeniach (np. wiek, szczegóły sesji), brak zaślepienia i potrzeba replikacji w innych ośrodkach i z dłuższą obserwacją.

W zaburzeniach dotyczących używania substancji jest 1 badanie, więc generalizacja jest mocno ograniczona. Badano dorosłych pacjentów hospitalizowanych z SUD (RCT, open-label): EAT + standard vs standard. Najczęściej poprawiały się: regulacja emocji (więcej reinterpretacji, mniej tłumienia), samoskuteczność i samoocena – profil efektów był spójny w obrębie badania. Ograniczenia: pojedyncze badanie**,** brak zaślepienia (open-label), oparcie na

samoopisie, brak danych o trwałości efektów (follow-up) i twardych wskaźnikach klinicznych (np. nawroty), a kontekst hospitalizacji ogranicza przenoszenie wyników na populacje ambulatoryjne.

Tę część analizy prezentuje tabela 4.

Tabela 4

Zestawienie badań dotyczących interwencji z udziałem koni w zakresie ogólnego zdrowia psychicznego, lęku i depresji, schizofrenii oraz zaburzeń używania substancji

Badanie i rodzaj interwencji	Przedmiot i zarys metody badawczej	Wyniki i wnioski
Ogólne zdrowie psychiczne **ESTPP** Kovács i in. (2022). The relevance of internal working models of self and others for equine-assisted psychodynamic psychotherapy. https://doi.org/10.3390/ijerph191710803	Przedmiot: Dystres psychiczny, depresja, nadzieja i zaufanie oraz rola stylów przywiązania i wewnętrznych modeli siebie i innych w przebiegu psychoterapii. Metoda: Badanie nierandomizowane: ESTPP n = 193 (83,4% kobiet), TAU n = 107 z wcześniejszej bazy SPECTRE. Pacjenci z problemami intrapsychicznymi, interpersonalnymi i osobowościowymi. ESTPP: 6-dniowy moduł intensywny, następnie około 25 sesji ambulatoryjnych do 12 miesięcy. BSI w obu grupach; RQ, BDI i ASQ/HVL oraz modele siebie i innych tylko w ESTPP. Pięć pomiarów ESTPP; liczebności zmienne wskutek braków danych.	Wyniki: Spadek dystresu w obu grupach (p < 0,001); bez potwierdzonej różnicy między warunkami (p = 0,45). W ESTPP z czasem zmniejszyły się dystres i depresja, a wzrosły nadzieja i zaufanie (efekty czasu: p < 0,001). Przebieg zmian analizowano w związku z przywiązaniem i modelami siebie i innych. Wnioski: Wyniki sugerują znaczenie przywiązania dla dostosowania terapii do pacjenta. Brak randomizacji, odmienny charakter TAU i liczne braki danych ograniczają porównanie; nie potwierdzono przewagi ESTPP ani odrębnego wpływu koni.
Ogólne zdrowie psychiczne **EAP** McCrea i in. (2025). At-risk youth receive similar benefits from equine-assisted psychotherapy and traditional psychotherapy; an applied analysis. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1518783	Przedmiot: Porównanie zmian dobrostanu, nadziei, odporności psychicznej, kompetencji poznawczych i społeczno-emocjonalnych, regulacji emocji i poczucia własnej skuteczności. Metoda: Analiza nierandomizowana danych z praktyki; N = 94 młodych osób z trudnościami emocjonalnymi i behawioralnymi (M wieku = 14,33 roku): TP n = 65, EAP n = 29. Zwykle cotygodniowe sesje po 60 minut; średni czas uczestnictwa = 241 dni. EAP według modelu EAGALA, bez jazdy. Analiza pierwszej i ostatniej dostępnej oceny: MHC-SF, *Children's Hope Scale*, podskale *Youth Thrive*, ERQ-CA i skala skuteczności związanej ze wspólnotą.	Wyniki: W całej próbie wzrost dobrostanu o około 18–24% oraz poprawa nadziei, odporności, kompetencji, reinterpretacji poznawczej i poczucia skuteczności. Bez istotnej zmiany tłumienia ekspresji emocji. Modele uwzględniające różnice wyjściowe nie wykazały istotnych różnic w poprawie między EAP i TP. Wnioski: Obie formy terapii wiązały się z poprawą ocen samoopisowych. Brak istotnej różnicy nie dowodzi równoważności; dobór terapii według potrzeb i analiza wyłącznie osób z dwiema ocenami ograniczają wnioski.

Badanie i rodzaj interwencji	Przedmiot i zarys metody badawczej	Wyniki i wnioski
Ogólne zdrowie psychiczne **NBI z elementami EAT** Gudmundsson i in. (2025). Outcomes on health, recovery and activity level for mental health service users attending a novel nature-based intervention: A prospective study. https://doi.org/10.1080/08039488.2025.2483736	Przedmiot: Zdrowie, proces zdrowienia, jakość życia, funkcjonowanie, poczucie kontroli i własnej skuteczności oraz codzienna aktywność po programie rehabilitacji w naturze. Metoda: Badanie przed–po bez grupy kontrolnej; $N = 40$ osób w wieku 19–63 lat z ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej, z problemami związanymi z długotrwałym stresem. Program grupowy do 8 osób: 24 tygodnie; 12 tygodni po 3 spotkania i 12 tygodni po 2 spotkania w tygodniu, każde po 3 godziny. Aktywności w naturze i z końmi. BAI, HSCL-25, MANSA, WHODAS-12, Mastery-S, S-GSE, QPR-7 i SDO-B; uzupełnianie braków przez imputację.	Wyniki: Spadek lęku, dystresu i niepełnosprawności oraz wzrost jakości życia, własnej skuteczności, osobistego zdrowienia i aktywności ($p < 0{,}001$). Wyjątek: poczucie kontroli nad życiem w Mastery-S spadło ($p = 0{,}005$). Wielkości efektów były średnie lub duże. Wnioski: Program wiązał się z poprawą większości ocen, ale nie poczucia kontroli. Brak kontroli i wieloskładnikowa interwencja nie pozwalają potwierdzić przyczynowości ani wyodrębnić efektu kontaktu z końmi.
Depresja i lęk **EAT** Punzo i in. (2022). Experiences of an equine-assisted therapy intervention among children and adolescents with mental illness in Sweden – A nursing perspective. https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2126571	Przedmiot: Doświadczenia dzieci i młodzieży uczestniczących w EAT: stres i lęk, samoocena, zaufanie do siebie oraz relacja z koniem. Metoda: Badanie jakościowe; $N = 6$ osób w wieku 9–18 lat (5 dziewczynek, 1 chłopiec), z wysokim lękiem związanym ze szkołą; u 2 rozpoznano depresję, u 1 PTSD. Zajęcia raz w tygodniu po 60–120 minut przez 12–14 miesięcy, z przerwami; pielęgnacja konia i jazda. Photovoice oraz indywidualne wywiady półustrukturyzowane; indukcyjna analiza treści.	Wyniki: Uczestnicy opisywali środowisko sprzyjające rozwojowi fizycznemu, emocjonalnemu i społecznemu. Wyodrębniono ulgę od codziennego stresu i lęku, wzmacnianie samooceny przez relację z koniem oraz większe zaufanie do własnych możliwości poprzez współdziałanie z nim. Wnioski: Relacje uczestników wskazują na możliwą wartość EAT w opiece nad zdrowiem psychicznym. Badanie opisuje doświadczenia, a nie ilościowo potwierdzoną redukcję objawów; mała i zróżnicowana diagnostycznie próba ogranicza uogólnienia.
Lęk **Jazda adaptacyjna i CBT (RiA)** Hoagwood i in. (2022). Reducing anxiety and stress among youth in a CBT-based equine-assisted adaptive riding program. https://doi.org/10.3390/ani12192491	Przedmiot: Lęk, regulacja emocji, emocjonalne poczucie skuteczności, wykonalność pobierania śliny i zgodność realizacji RiA z protokołem; markery fizjologiczne u dzieci i koni. Metoda: Badanie przed–po bez grupy kontrolnej; $N = 39$ par dziecko–opiekun, wiek dzieci 6–17 lat, łagodny lub umiarkowany lęk według opiekunów. RiA: 10 cotygodniowych sesji po 45 minut, jazda adaptacyjna z elementami CBT i psychoedukacją opiekunów. SCARED, ERC, zmodyfikowany SEQ-C; kortyzol i oksytocyna w ślinie dzieci i koni przed i po sesjach w tygodniach 1., 4., 7. i 10.; lista zgodności z protokołem.	Wyniki: Spadek lęku ($p = 0{,}001$), poprawa regulacji emocji ($p = 0{,}033$); zmiana poczucia skuteczności nieistotna ($p = 0{,}07$). U dzieci wzrost oksytocyny w obrębie sesji w tygodniach 1. i 7.; bez istotnej zmiany obu markerów w całym programie. U koni zmiany markerów nieistotne. Średnia zgodność z protokołem: 97,14%. Wnioski: Wyniki wspierają wykonalność RiA i sugerują korzyści dla lęku i regulacji emocji. Brak grupy kontrolnej ogranicza ocenę skuteczności. Brak istotnej zmiany markerów u koni sam w sobie nie dowodzi braku stresu.

Badanie i rodzaj interwencji	Przedmiot i zarys metody badawczej	Wyniki i wnioski
Schizofrenia **EAT** Öztürk i in. (2025). Investigating the effects of equine-assisted therapy in individuals with schizophrenia: A randomized controlled trial. https://doi.org/10.3928/02793695-20250415-05	Przedmiot: Nasilenie objawów schizofrenii, lęk jako cecha, samotność i jakość życia. Metoda: RCT; *N* = 61 osób ze schizofrenią objętych opieką środowiskowego centrum zdrowia psychicznego: EAT *n* = 30, kontrola *n* = 31. Osiem tygodni EAT; pomiary przed i po interwencji. PANSS, TAI, UCLA-LS i QLS. Analizy obejmowały testy *t* dla prób zależnych i niezależnych oraz test chi-kwadrat.	Wyniki: W grupie EAT opisano zmniejszenie objawów, lęku i samotności oraz poprawę jakości życia; różnice przed–po w PANSS, TAI, UCLA-LS i QLS były istotne ($p < 0,05$). W kontroli nie wykazano istotnych zmian przed–po. Wnioski: Wyniki sugerują możliwe korzyści EAT. Istotność zmiany w jednej grupie i brak istotności w drugiej nie wystarczają do potwierdzenia różnicy efektów między grupami; potrzebna jest także ocena trwałości zmian.
Zaburzenia używania substancji (SUD) **EAT** Souilm (2023). Equine-assisted therapy effectiveness in improving emotion regulation, self-efficacy, and perceived self-esteem of patients suffering from substance use disorders. https://doi.org/10.1186/s12906-023-04191-6	Przedmiot: Regulacja emocji (reinterpretacja poznawcza i tłumienie ekspresji), poczucie własnej skuteczności oraz samoocena pacjentów z SUD. Metoda: RCT bez zaślepienia uczestników; *N* = 100 dorosłych hospitalizowanych w Behman Hospital w Kairze co najmniej miesiąc: EAT z leczeniem standardowym *n* = 50, samo leczenie standardowe *n* = 50. Sześć cotygodniowych sesji po 40–60 minut: pierwsza edukacyjna, kolejne praktyczne, bez jazdy. ERQ, GSE i test samooceny Sorensen przed i po 6 tygodniach; zbieranie danych i analiza zaślepione.	Wyniki: Po interwencji grupa EAT uzyskała wyższe wyniki reinterpretacji poznawczej i GSE oraz niższe wyniki tłumienia ekspresji i negatywnej samooceny niż kontrola. Wszystkie te zmiany były korzystne i istotne. W kontroli także poprawiły się GSE i samoocena. Wnioski: EAT może wspierać regulację emocji i ocenę siebie jako dodatek do leczenia SUD. Nie oceniano długotrwałych efektów, abstynencji ani nawrotów; wyników nie należy utożsamiać z potwierdzoną poprawą tych rezultatów leczenia.

Adnotacja. W pierwszej kolumnie podano problem zdrowotny i rodzaj interwencji. Kategorie opisują temat badania i nie oznaczają jednorodnych prób diagnostycznych. EAT = terapia z udziałem koni; EAP = psychoterapia z udziałem koni; ESTPP = krótkoterminowa psychoterapia psychodynamiczna z udziałem koni; TAU/TP = leczenie standardowe/tradycyjna psychoterapia; NBI = interwencja oparta na kontakcie z naturą; CBT = terapia poznawczo-behawioralna; RiA = Reining in Anxiety; RCT = randomizowane badanie z grupą kontrolną; PTSD = zaburzenie stresowe pourazowe; SUD = zaburzenia używania substancji. *N* oznacza liczebność całej próby, *n* – podgrupy, *M* – średnią.

Skróty narzędzi: BSI = *Brief Symptom Inventory*; RQ = *Remoralization Questionnaire*; BDI = *Beck Depression Inventory*; ASQ/HVL = *Attachment Style Questionnaire* (wersja holenderska); MHC-SF = *Mental Health Continuum–Short Form*; ERQ-CA = *Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents*; BAI = *Beck Anxiety Inventory*; HSCL-25 = *Hopkins Symptom Checklist*; MANSA = *Manchester Short Assessment of Quality of Life*; WHODAS-12 = 12-pozycyjna wersja *WHO Disability Assessment Schedule 2.0*; Mastery-S = szwedzka wersja *Pearlin Mastery Scale*; S-GSE/GSE = *General Self-Efficacy Scale* (S-GSE: wersja szwedzka); QPR-7 = *Questionnaire about the Process of Recovery*; SDO-B = *Satisfaction with Daily Occupations and Occupational Balance*; SCARED = *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*; ERC = *Emotion Regulation Checklist*; SEQ-C = *Self-Efficacy Questionnaire for Children*; PANSS = *Positive and Negative Syndrome Scale*; TAI = *Trait Anxiety Inventory*; UCLA-LS = *UCLA Loneliness Scale*; QLS = *Quality of Life Scale*; ERQ = *Emotion Regulation Questionnaire*.

Wyższy wynik Mastery-S oznacza większe poczucie kontroli nad życiem; wyższy wynik testu Sorensen oznacza niższą samoocenę. Badanie Punzo i in. (2022) ma charakter jakościowy, a program Gudmundsson i in. (2025) obejmuje wiele aktywności poza pracą z końmi.

Źródło: Opracowanie własne (na podstawie publikacji wskazanych w pierwszej kolumnie).

Wnioski

Na podstawie przedstawionych wyników można stwierdzić, że badania nad interwencjami z udziałem koni (EAT/EAP/EAAT/EAOT oraz THR/TR i hipoterapia) w obszarze zdrowia psychicznego w latach 2016 – styczeń 2026 przynoszą w większości korzystny kierunek zmian, jednak poziom pewności dowodowej pozostaje nierówny i silnie zależny od rozpoznania, typu protokołu oraz jakości metodologicznej badań (tabela 1, 2, 3, 4). Najczęściej analizowane wskazania obejmują PTSD (tabela 1) i następstwa traumy**,** ASD (tabela 2) **oraz** ADHD (tabela 3), natomiast dla depresji/lęku, schizofrenii i zaburzeń używania substancji dostępne dane są bardzo skromne (tabela 4).

Ogólny obraz efektów sugeruje, że najbardziej powtarzalnym „wspólnym mianownikiem" interwencji końskich (niezależnie od diagnozy) jest poprawa w obszarach: samoregulacji, obniżenia napięcia/stresu, funkcjonowania społecznego oraz zasobów psychologicznych (sprawczość, nadzieja, odporność, sprawczość). Z kolei wyniki dotyczące redukcji objawów osiowych specyficznych dla diagnoz są bardziej zmienne i częściej zależą od „dawki" oraz stopnia ustrukturyzowania programu.

Najbardziej spójne i relatywnie najsilniejsze metodologicznie wnioski dotyczą interwencji wśród osób ze zdiagnozowanym ASD**,** gdzie dominują badania nad THR/TR, częściej niż w innych obszarach wykorzystujące aktywną grupę kontrolną (np. zajęcia stajenne bez jazdy) (Peters i in., 2022; Kwon i in., 2019; Gabriels i in., 2018, Pan i in**.**, 2019) oraz follow-up **(**Gabriels i in., 2018).

Pozwala to ostrożnie ocenić dowody jako wstępne do umiarkowanych dla wybranych domen: szczególnie samoregulacji (drażliwość, nadpobudliwość) oraz w dłuższych, ustrukturyzowanych programach funkcjonowania społeczno-komunikacyjnego, przy czym część efektów utrzymuje się w obserwacji odległej, a część może słabnąć. Obiecujące są również wyniki sugerujące, że samoregulacja może pełnić rolę mediatora zmian społecznych.

W obszarze PTSD/traumy literatura jest najobszerniejsza, zwłaszcza w populacjach mundurowych (głównie weterani) (tabela 1). W wielu badaniach raportuje się spadek nasilenia objawów PTSD, depresji i stresu, poprawę regulacji emocji, uważności, sprawczości oraz funkcjonowania relacyjnego (szczególnie w programach dla par) (Sylvia i in., 2020; Willmund i in., 2021; Romaniuk i in., 2018). Jednocześnie baza dowodowa jest osłabiona przez przewagę badań pilotażowych i schematów pre-post bez aktywnej kontroli, co oznacza, że można mówić o prawdopodobnym potencjale terapeutycznym**,** ale pewność co do specyficznej skuteczności (tj. wynikającej z komponentu końskiego) pozostaje zwykle niska do umiarkowanej**.**

W przypadku osób z ADHD wyniki wskazują na możliwe korzyści w zakresie uwagi, zachowania i funkcji wykonawczych, a także samooceny i sprawczości. (Norwood i in., 2021; Aviv i in., 2021). Jednocześnie interpretację utrudnia duża heterogeniczność interwencji (hipoterapia, THR/TR, EAT/EAOT), zróżnicowana „dawka" oraz częste traktowanie interwencji jako dodatku do farmakoterapii. (Yoo i in., 2016; Oh i in., 2018). Badania mechanistyczne (np. rs-fMRI, BDNF, wskaźniki fizjologiczne, synchronizacja dziecko–koń) wspierają hipotezy regulacyjne, lecz ich wartość rozstrzygająca dla skuteczności klinicznej pozostaje ograniczona. Całościowo dowody dla ADHD można uznać za wstępne do umiarkowanych**.**

Dla depresji i zaburzeń lękowych baza dowodowa jest rozproszona i nieliczna: wyniki sugerują redukcję lęku/stresu, poprawę regulacji emocji oraz wzrost zasobów (np. samooceny), jednak brakuje spójnej replikacji i jednoznacznych porównań z aktywną kontrolą (tabela 4). W interwencjach dotyczących osób z diagnozą schizofrenii **(**Öztürk i in., 2025) i SUD (Souilm, 2023) pojedyncze badania randomizowane stanowią ważny sygnał (poprawa objawów, lęku, samotności, jakości życia; regulacji emocji, samooceny i samoskuteczności), ale bez replikacji oraz danych o trwałości efektów nie pozwalają na uogólnienia.

Najważniejsze ograniczenia badań obejmują: małe i selektywne próby oraz przewagę badań wstępnych; brak randomizacji i aktywnych kontroli w wielu projektach (szczególnie wśród osób z objawami PTSD), co utrudnia odróżnienie efektu konia od efektów niespecyficznych (uwaga terapeuty, natura, aktywność fizyczna, efekt nowości). Należy tu także zaliczyć: dużą heterogeniczność protokołów i słabe raportowanie dawki; niespójne punkty końcowe oraz dominację miar raportowych i ograniczone „zaślepienie" oceny (zwłaszcza w badaniach osób z ASD/ADHD); krótkie lub nieobecne follow-upy, przez co trudno ocenić trwałość zmian; oraz brak jasności co do „aktywnego składnika" interwencji (relacja z koniem vs ruch, zadaniowość, środowisko, format grupowy, komponent uważności/CBT).

Za najbardziej obiecujące wyniki, ale wymagające dalszego potwierdzenia, można uznać: wśród osób z diagnozą ASD poprawę samoregulacji i części aspektów społeczno-komunikacyjnych oraz hipotezę mediacji przez samoregulację (Peters i in., 2022). Dla osób z PTSD spadek objawów i poprawę funkcjonowania relacyjnego, zwłaszcza w interwencjach dla par (Sylvia i in., 2020; Willmund i in., 2021; Romaniuk i in., 2018) przy jednoczesnych rozbieżnościach w wynikach badań kontrolowanych; u badanych z ADHD poprawę funkcji wykonawczych i samooceny oraz wstępne wsparcie mechanizmów regulacyjnych w badaniach neurobiologicznych; u badanych z diagnozą schizofrenii i SUD pozytywne wyniki pojedynczych RCT jako przesłankę do replikacji.

Priorytetem są większe, najlepiej wieloośrodkowe badania randomizowane z aktywną kontrolą i predefiniowanymi punktami końcowymi. W praktyce oznacza to: tworzenie konsorcjów i zrzeszanie ośrodków w celu uzyskania odpowiedniej mocy statystycznej; opracowanie manuali badawczych i minimalnych standardów protokołu (opis dawki, struktury sesji, kwalifikacji personelu, procedur bezpieczeństwa i dobrostanu koni); wprowadzenie długoterminowych programów i follow-up (6-12 miesięcy), aby ocenić trwałość efektów oraz potrzebę komponentów podtrzymujących; stosowanie aktywnych warunków kontrolnych dopasowanych do niespecyficznych czynników (np. aktywności stajenne bez koni, programy ruchowe o podobnej intensywności, interwencje w naturze). Ponadto: triangulację miar (kwestionariusze + obserwacja behawioralna/kliniczna + testy wykonawcze + wskaźniki fizjologiczne), ograniczając zależność od samoopisu; badania mechanizmów i moderatorów („dla kogo działa"), w tym modele dawka-odpowiedź i próby rozdzielenia komponentów (jazda vs praca z ziemi, format grupowy vs indywidualny, komponent CBT/mindfulness vs brak).

Tak ukierunkowane działania pozwolą przejść od obiecujących, lecz rozproszonych sygnałów do bardziej wiarygodnej oceny skuteczności klinicznej i lepszego dopasowania interwencji do potrzeb pacjentów.

Dyskusja

Obecny stan badań można wyjaśniać szeregiem czynników systemowych.

Po pierwsze, interwencje z udziałem koni są realizowane w rozproszonych ośrodkach, często o odmiennych tradycjach szkoleniowych i modelach pracy, co sprzyja różnorodności praktyk, ale utrudnia standaryzację i replikację (Stergiou i in., 2025; Brelsford i in., 2020; Neveux, i in., 2024). Po drugie, istotny jest czynnik finansowy i logistyczny: utrzymanie infrastruktury, dobrostanu koni, bezpieczeństwa oraz wykwalifikowanej kadry zwiększa koszty badań, a jednocześnie ogranicza możliwość prowadzenia dużych RCT (De Santis i in., 2017, Stergiou i in., 2025). Po trzecie, trudne jest skonstruowanie wiarygodnych warunków kontrolnych. Wiele niespecyficznych elementów (kontakt z naturą, aktywność, uważność, wsparcie grupowe, relacja terapeutyczna) może generować poprawę niezależnie od udziału koni, dlatego kontrola typu „wait-list" jest poznawczo słaba (Wagner i in., 2022; Sissons i in., 2022).

Tam, gdzie zastosowano aktywne kontrole (szczególnie w badaniach u osób z ASD) (tabela 2), wnioski są bardziej stabilne, co sugeruje, że rozwój pola zależy od poprawy jakości projektów, a nie tylko od kumulacji badań (tabela 1, 2, 3, 4). Z perspektywy klinicznej wyniki wskazują, że interwencje końskie mogą być wartościowe jako wspomaganie leczenia i narzędzie wzmacniające zasoby (samoregulacja, sprawczość, relacje) (tabela 1, 2, 3, 4).

Jednak, dopóki nie zostaną jednoznacznie rozdzielone efekty specyficzne od niespecyficznych, należy zachować ostrożność w formułowaniu rekomendacji i traktować większość wskazań poza najlepiej przebadanymi elementami THR/TR wśród osób z ASD jako obszar wymagający potwierdzenia.

Bibliografia

Anderson, S., Meints, K. (2016). Brief report: The effects of equine-assisted activities on the social functioning in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *46*(10), 3344-3352. https://doi.org/10.1007/s10803-016-2869-3

Aviv, T. M., Katz, Y. J., Berant, E. (2021). The contribution of therapeutic horseback riding to the improvement of executive functions and self-esteem among children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *25*(12), 1743-1753. https://doi.org/10.1177/1087054720925898

Brelsford, V. L., Dimolareva, M., Gee, N. R., Meints, K. (2020). Best Practice Standards in Animal-Assisted Interventions: How the LEAD Risk Assessment Tool Can Help. *Animals, 10*(6), 974. https://doi.org/10.3390/ani10060974

Burton, L. E., Qeadan, F., Burge, M. R. (2019). Efficacy of equine-assisted psychotherapy in veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Integrative Medicine*, *17*(1), 14-19. https://doi.org/10.1016/j.joim.2018.11.001

Coffin, J. (2019). The Nguudu Barndimanmanha Project: Improving social and emotional wellbeing in Aboriginal youth through equine assisted learning. *Frontiers in Public Health*, *7*, 278, https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00278

Collacchi, B., Ciacchella, C., Borgi, M., D'Onofrio, A., Fanelli, G., Merolla, S., Riccio, M., Mezzanotte, P., Cerino, S., Cirulli, F. (2024). Promoting mental health in military veterans: Methodology and evaluation tools in a pilot study involving an equine-assisted intervention. *Rivista di Psichiatria*, *59*(6), 298–305. https://doi.org/10.1708/4386.43838

De Santis, M., Contalbrigo, L., Borgi, M., Cirulli, F., Luzi, F., Redaelli, V., Stefani, A., Toson, M., Odore, R., Vercelli, C., Valle, E., Farina, L. (2017). Equine Assisted Interventions (EAIs): Methodological Considerations for Stress Assessment in Horses. *Veterinary Sciences, 4*(3), 44. https://doi.org/10.3390/vetsci4030044

Fisher, P. W., Lazarov, A., Lowell, A., Arnon, S., Turner, J. B., Bergman, M., Ryba, M., Such, S., Marohasy, C., Zhu, X., Suarez-Jimenez, B., Markowitz, J. C., Neria, Y. (2021). Equine-assisted therapy for posttraumatic stress disorder among military veterans: An open trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *82*(5), 21m14005. https://doi.org/10.4088/JCP.21m14005

Gabriels, R. L., Pan, Z., Guérin, N. A., Dechant, B., Mesibov, G. (2018). Long-term effect of therapeutic horseback riding in youth with autism spectrum disorder: A randomized trial. *Frontiers in Veterinary Science*, *5*, 156. https://doi.org/10.3389/fvets.2018.00156

Gudmundsson, M., Pálsdóttir, A. M., Bejerholm, U., Argentzell, E. (2025). Outcomes on health, recovery and activity level for mental health service users attending a novel nature-based intervention: A prospective study. *Nordic Journal of Psychiatry*, *79*(3), 240-248. https://doi.org/10.1080/08039488.2025.2483736

Helmer, A., Delore, E., Bart, O. (2026). Emotional and motor improvements in children with ADHD following equine-assisted occupational therapy. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, *46*(1), 23–32. https://doi.org/10.1177/15394492241307843

Helmer, A., Hacohen, A., Bart, O. (2025). Child horse harmony in motion: A preliminary study to explore heart rate synchronization in equine assisted therapy for neurotypical and ADHD children. *Scientific Reports*, *15*, 45312. https://doi.org/10.1038/s41598-025-29330-6

Hoagwood, K., Vincent, A., Acri, M., Morrissey, M., Seibel, L., Guo, F., Flores, C., Seag, D., Peth Pierce, R., Horwitz, S. (2022). Reducing anxiety and stress among youth in a CBT-based equine-assisted adaptive riding program. *Animals*, *12*(19), 2491. https://doi.org/10.3390/ani12192491

Johnson, R. A., Albright, D. L., Marzolf, J. R., Bibbo, J. L., Yaglom, H. D., Crowder, S. M., Carlisle, G. K., Willard, A., Russell, C. L., Grindler, K., Osterlind, S., Wassman, M., Harms, N. (2018). Effects of therapeutic horseback riding on post-traumatic stress disorder in military veterans. *Military Medical Research*, *5*, 3. https://doi.org/10.1186/s40779-018-0149-6

Kovács, G., van Dijke, A., Leontjevas, R., Enders-Slegers, M.-J. (2022). The relevance of internal working models of self and others for equine-assisted psychodynamic psychotherapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(17), 10803. https://doi.org/10.3390/ijerph191710803

Kowalski, H., Van Buiten, H., Hopkins, P., Baldwin, C., Nazarenko, E., Marchand, W. R. (2025). A multi-site observational evaluation of the Equine Assisted Growth and Learning Association model of equine-assisted psychotherapy for veteran trauma survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *22*(10), 1557. https://doi.org/10.3390/ijerph22101557

Kwon, S., Sung, I. Y., Ko, E. J., Kim, H. S. (2019). Effects of therapeutic horseback riding on cognition and language in children with autism spectrum disorder or intellectual disability: A preliminary study. *Annals of Rehabilitation Medicine*, *43*(3), 279-288. https://doi.org/10.5535/arm.2019.43.3.279

Lee, N., Park, S., Kim, J. (2017). Hippotherapy and neurofeedback training effect on the brain function and serum brain-derived neurotrophic factor level changes in children with attention-deficit or/and hyperactivity disorder. *Journal of Exercise Nutrition & Biochemistry*, *21*(3), 35-42. https://doi.org/10.20463/jenb.2017.0018

McCrea, C. E., Tibbets, G., Smith, L. W., Campbell, C. G. (2025). At-risk youth receive similar benefits from equine-assisted psychotherapy and traditional psychotherapy: An applied analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1518783. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1518783

Nelson, C., Dossett, K., Walker, D. L. (2022). Equine-assisted therapy for posttraumatic stress disorder among first responders. *Psychological Reports*, *127*(5). 2203-2219. https://doi.org/10.1177/00332941221146707

Neveux, C., Hockenhull, J., Barker, J., Allen, K. J., Mullan, S. M., Valenchon, M. T. C. (2024). The selection, training and welfare of post-racing thoroughbreds and other breeds used in Equine Assisted Services. *Animal Welfare*, *33*, e44. https://doi.org/10.1017/awf.2024.51

Norwood, M. F., Lakhani, A., Maujean, A., Downes, M., Fullagar, S., Barber, B. L., Kendall, E. (2021). The horse as a therapist: Effects of an equine program without "therapy" on the attention and behavior of youth disengaged from traditional school. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *27*(8), 678-687. https://doi.org/10.1089/acm.2020.0500

Oh, Y., Joung, Y.-S., Jang, B., Yoo, J. H., Song, J., Kim, J., Kim, K., Kim, S., Lee, J., Shin, H.-Y., Kwon, J.-Y., Kim, Y.-H. Jeong, B. (2018). Efficacy of hippotherapy versus pharmacotherapy in attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized clinical trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *24*(5), 463–471. https://doi.org/10.1089/acm.2017.0358

Pan, Z., Granger, D. A., Guérin, N. A., Shoffner, A., Gabriels, R. L. (2019). Replication pilot trial of therapeutic horseback riding and cortisol collection with children on the autism spectrum. *Frontiers in Veterinary Science*, *5*, 312. https://doi.org/10.3389/fvets.2018.00312

Peters, B. C., Wood, W., Hepburn, S., Moody, E. J. (2022). Preliminary efficacy of occupational therapy in an equine environment for youth with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52, 4114-4128. https://doi.org/10.1007/s10803-021-05278-0

Peters, B. C., Pan, Z., Christensen, H., Gabriels, R. L. (2022). Self-regulation mediates therapeutic horseback riding social functioning outcomes in youth with autism spectrum disorder. *Frontiers in Pediatrics*, *10*, 884054. https://doi.org/10.3389/fped.2022.884054

Petty, J. D., Pan, Z., Dechant, B., Gabriels, R. L. (2017). Therapeutic horseback riding crossover effects of attachment behaviors with family pets in a sample of children with autism spectrum disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *14*(3), 256. https://doi.org/10.3390/ijerph14030256

Punzo, K., Skoglund, M., Carlsson, I.-M., Jormfeldt, H. (2022). Experiences of an equine-assisted therapy intervention among children and adolescents with mental illness in Sweden – A nursing perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, *43*(12), 1080-1092. https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2126571

Romaniuk, M., Evans, J., Kidd, C. (2018). Evaluation of an equine-assisted therapy program for veterans who identify as "wounded, injured or ill" and their partners. *PLOS ONE*, *13*(9), e0203943. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203943

Rosing, T., Malka, M., Brafman, D., Fisher, P. W. (2022). A qualitative study of equine-assisted therapy for Israeli military and police veterans with PTSD: Impact on self-regulation, bonding and hope. *Health & Social Care in the Community*, *30*(6), e5074–e5082. https://doi.org/10.1111/hsc.13922

Sissons, J. H., Blakemore, E., Shafi, H., Skotny, N., Lloyd, D. M. (2022). Calm with horses? A systematic review of animal-assisted interventions for improving social functioning in children with autism. *Autism: The International Journal of Research and Practice, 26*(6), 1320-1340. https://doi.org/10.1177/13623613221085338

Shelef, L., Erez, G., Stern, O., Zohar, J. (2019). Equine assisted therapy for patients with post traumatic stress disorder: A case series study. Military Medicine, 184(7–8), e314–e318. https://doi.org/10.1093/milmed/usz036

Souilm, N. (2023). Equine-assisted therapy effectiveness in improving emotion regulation, self-efficacy, and perceived self-esteem of patients suffering from substance use disorders. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, *23*, 363. https://doi.org/10.1186/s12906-023-04191-6

Stergiou, A. N., Ploumis, A., Kamtsios, S., Markozannes, G., Christodoulou, P., Varvarousis, D. N. (2025). Effects of Equine-Assisted Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, *14*(11), 3731. https://doi.org/10.3390/jcm14113731

Sylvia, L., West, E., Blackburn, A. M., Gupta, C., Bui, E., Mahoney, T., Duncan, G., Wright, E. C., Lejeune, S., Spencer, T. J. (2020). Acceptability of an adjunct equine-assisted activities and therapies program for veterans with posttraumatic stress disorder and/or traumatic brain injury. *Journal of Integrative Medicine*, *18*(2), 169-173. https://doi.org/10.1016/j.joim.2020.01.005

Wagner, C., Grob, C., Hediger, K. (2022). Specific and Non-specific Factors of Animal-Assisted Interventions Considered in Research: A Systematic Review. *Frontiers in psychology, 13*, 931347. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.931347

Willmund, G., Zimmermann, P., Alliger-Horn, C., Varn, A., Fischer, C., Parent, I., Sobottka, A., Bering, R., Rose, C., Ströhle, A., Köhler, K. (2021). Equine-assisted psychotherapy with traumatized couples: Improvement of relationship quality and psychological symptoms. *Journal of Marital and Family Therapy*, *47,* 925-944. https://doi.org/10.1111/jmft.12485

Yoo, J. H., Oh, Y., Jang, B., Song, J., Kim, J., Kim, S., Lee, J., Shin, H.-Y., Kwon, J.-Y., Kim, Y.-H., Jeong, B., Joung, Y.-S. (2016). The effects of equine-assisted activities and therapy on resting-state brain function in attention-deficit/hyperactivity disorder: A pilot study. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, *14*(4), 357-364. https://doi.org/10.9758/cpn.2016.14.4.357

Zhao, M., Chen, S., You, Y., Wang, Y., Zhang, Y. (2021). Effects of a therapeutic horseback riding program on social interaction and communication in children with autism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(5), 2656. https://doi.org/10.3390/ijerph18052656

Zhu, X., Suarez-Jimenez, B., Zilcha-Mano, S., Lazarov, A., Arnon, S., Lowell, A. L., Bergman, M., Ryba, M., Hamilton, A. J., Hamilton, J. F., Turner, J. B., Markowitz, J. C., Fisher, P. W., Neria, Y. (2021). Neural changes following equine-assisted therapy for posttraumatic stress disorder: A longitudinal multimod multimodal imaging study. *Human Brain Mapping*, *42*(6), 1930–1939. https://doi.org/10.1002/hbm.25360

Zoccante, L., Marconi, M., Ciceri, M. L., Gagliardoni, S., Gozzi, L. A., Sabaini, S., Di Gennaro, G., Colizzi, M. (2021). Effectiveness of equine-assisted activities and therapies for improving adaptive behavior and motor function in autism spectrum disorder. *Journal of Clinical Medicine*, *10*(8), 1726. https://doi.org/10.3390/jcm10081726

Öztürk, Z., Tozoğlu, E. Ö, Eymır, M., Karakurt, N., Ulusoy, S. (2025). Investigating the effects of equine-assisted therapy in individuals with schizophrenia: A randomized controlled trial. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *63*(11), 22-30. https://doi.org/10.3928/02793695-20250415-05

Nota o autorze

Anna Sztejter – studentka Wyższej Szkoły Biznesu – National Louis University. Zainteresowania naukowe obejmują zagadnienia związane z nowoczesnymi metodami wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego, ze szczególnym uwzględnieniem interwencji terapeutycznych z udziałem koni.

Amelia Tyszczenko
email: ameliatp@icloud.com
ORCID: 0009-0005-6021-7345
Wyższa Szkoła Biznesu – National Louis University

Dobrostan emocjonalny uczniów szkoły podstawowej w perspektywie dwuletniego monitoringu
Wyniki badań z wykorzystaniem skali SLEC-15 w jednej szkole podstawowej

Emotional Well-Being of Primary School Students in a Two-Year Monitoring Perspective Findings from the SLEC-15 Scale Assessment at a Primary School

DOI: 10.66935/978-83-65926-22-7.5

© 2025 Amelia Tyszczenko
Praca opublikowana na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa – Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0).
Treść licencji dostępna jest pod adresem: https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.pl

Cytuj jako: Tyszczenko, A. (2026). Dobrostan emocjonalny uczniów szkoły podstawowej w perspektywie dwuletniego monitoringu. Wyniki badań z wykorzystaniem skali SLEC-15 w jednej szkole podstawowej. W: J. Felczak (red.), *Mechanizmy i strategie regulacji emocji* (T. 1). (s. 1-). Wydawnictwo WSB-NLU.

Streszczenie: Artykuł prezentuje wyniki dwuletniego monitoringu dobrostanu emocjonalno-społecznego uczniów klas IV–VIII jednej szkoły podstawowej, z wykorzystaniem skali SLEC-15. Analiza obejmuje porównanie dwóch pomiarów (2024/2025 i 2025/2026), ukazując zróżnicowane tendencje rozwojowe między rocznikami. Wyniki wskazują na wysoki odsetek uczniów wymagających obserwacji oraz szczególne obciążenie emocjonalne w klasie VII. Jednocześnie w klasach VI i VIII odnotowano poprawę dobrostanu. Omówiono implikacje dla praktyki szkolnej, podkreślając znaczenie regularnego monitorowania, pracy profilaktycznej oraz rozwijania kompetencji społeczno-emocjonalnych uczniów.

Abstract: The article presents the results of a two-year monitoring of the emotional and social well-being of students in grades IV–VIII at a primary school, using the SLEC-15 scale. The analysis includes a comparison of two measurement periods (2024/2025 and 2025/2026), revealing diverse developmental

trends across cohorts. The findings indicate a high proportion of students requiring observation and a particularly elevated emotional burden in grade VII. At the same time, improvements in well-being were noted in grades VI and VIII. The article discusses implications for school practice, emphasizing the importance of regular monitoring, preventive interventions, and the development of students' social-emotional competencies.

Słowa kluczowe: dobrostan emocjonalny uczniów, kompetencje społeczno-emocjonalne, edukacja, monitoring dobrostanu, zdrowie psychiczne dzieci, SLEC-15

Keywords: students' emotional well-being, social-emotional competencies, education, well-being monitoring, child mental health, SLEC-15

Wprowadzenie

Dobrostan psychiczny

Dobrostan psychiczny dzieci i młodzieży coraz częściej uznawany jest za kluczowy warunek efektywnej edukacji. Zgodnie z definicjami stosowanymi m.in. przez Światową Organizację Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia, zdrowie psychiczne nie jest jedynie brakiem zaburzeń, ale stanem pełnego dobrostanu, obejmującego możliwość rozwoju, samorealizacji oraz budowania satysfakcjonujących relacji społecznych (World Health Organization, 2026).

Z perspektywy psychologicznej dobrostan emocjonalny pozostaje ściśle związany ze sposobem przeżywania, rozumienia i regulowania emocji. Trudności w rozpoznawaniu własnych stanów, niska świadomość emocjonalna czy ograniczona zdolność do obniżania napięcia mogą przekładać się na funkcjonowanie dziecka w relacjach i na jego gotowość do podejmowania wysiłku szkolnego. Jednocześnie rozwijanie umiejętności emocjonalnych sprzyja lepszemu przystosowaniu, zwiększa poczucie wpływu i wspiera bardziej konstruktywne radzenie sobie z codziennymi obciążeniami. W tym sensie dobrostan szkolny można traktować jako obszar zakorzeniony nie tylko w organizacji środowiska szkolnego, ale również w podstawowych mechanizmach funkcjonowania emocjonalnego dziecka (Gasiul, 2007; Goleman, 1995/2006). Niski poziom dobrostanu wiąże się z ryzykiem pogorszenia funkcjonowania szkolnego, trudnościami w relacjach rówieśniczych oraz obniżeniem motywacji do nauki.

Dobrostan psychiczny warto ujmować nie tylko jako kategorię odnoszącą się do braku objawów kryzysu czy zaburzeń, ale również jako stan pozwalający dziecku korzystać z własnych zasobów, rozwijać się adekwatnie do wieku oraz podejmować codzienne zadania

rozwojowe. W takim ujęciu istotne staje się zarówno subiektywne poczucie jakości życia, jak i realna zdolność do uczenia się, budowania relacji oraz radzenia sobie z obciążeniami. Perspektywa ta pozwala spojrzeć na zdrowie psychiczne ucznia szerzej – jako na obszar ściśle związany z funkcjonowaniem szkolnym, społecznym i emocjonalnym (World Health Organization, 2026; Czapiński, 2017).

Dobrostan szkolny ucznia

Dziecko w środowisku szkoły

W literaturze podkreśla się szczególne znaczenie dobrostanu szkolnego ucznia, rozumianego jako subiektywne poczucie bezpieczeństwa, sprawczości i przynależności w środowisku szkoły, a także przekonanie o sensowności własnego wysiłku edukacyjnego (Nikel, 2024; Kulesza-Tałan, 2019). Szkoła, w której uczeń doświadcza wsparcia, ma realny wpływ na rozwój jego kompetencji emocjonalno-społecznych oraz na kształtowanie długofalowych zasobów psychicznych (European Commission, 2024). Dobrostan szkolny nie ogranicza się zatem wyłącznie do chwilowego samopoczucia ucznia podczas pobytu w szkole. Obejmuje on sposób, w jaki uczeń postrzega swoje miejsce w społeczności szkolnej, na ile czuje się zauważony, traktowany podmiotowo i bezpieczny w codziennych sytuacjach edukacyjnych. Znaczenie ma tu także przekonanie, że podejmowany wysiłek ma sens, a wymagania szkolne pozostają zrozumiałe i możliwe do udźwignięcia. W literaturze podkreśla się, że dobrostan szkolny jest kategorią wielowymiarową i powiązaną zarówno z warunkami nauki, jak i z jakością relacji interpersonalnych obecnych w środowisku szkoły (Nikel, 2024; Kulesza-Tałan, 2019; Papuda-Dolińska i in., 2025).

Szkoła może pełnić wobec dziecka zarówno funkcję ochronną, jak i obciążającą. Jeżeli uczeń doświadcza przewidywalności, wsparcia ze strony dorosłych, jasnych zasad oraz możliwości bezpiecznego wyrażania trudności, środowisko szkolne wzmacnia jego odporność psychiczną i poczucie bezpieczeństwa. Jeżeli natomiast dominuje napięcie, brak relacji opartych na zaufaniu, przeciążenie wymaganiami lub poczucie osamotnienia, szkoła może stawać się dodatkowym źródłem stresu. Z tego względu dobrostan ucznia należy rozpatrywać nie tylko jako cechę indywidualną, lecz także jako efekt jakości środowiska edukacyjnego, w którym funkcjonuje dziecko (European Commission, 2024; Kulesza-Tałan, 2019).

Rozwój kompetencji emocjonalno-społecznych

Szczególnie istotne w tym kontekście są kompetencje emocjonalno-społeczne, obejmujące m.in. samoświadomość, samoregulację, świadomość społeczną, umiejętność budowania relacji oraz odpowiedzialne podejmowanie decyzji (Appelt i Jabłoński, 2017). To one stanowią fundament radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania konfliktów

i funkcjonowania w grupie rówieśniczej. Jak zauważa Giedrys-Majkut (2021), rozwijanie ich w warunkach szkolnych zwiększa odporność psychiczną uczniów i wpływa na adekwatne radzenie sobie w sytuacjach stresowych. Kompetencje emocjonalno-społeczne mają znaczenie nie tylko dla jakości kontaktów rówieśniczych, ale również dla przebiegu uczenia się i codziennego radzenia sobie z wymaganiami szkoły. Dziecko, które lepiej rozpoznaje własne stany emocjonalne, potrafi je nazywać i regulować, zwykle łatwiej korzysta ze wsparcia, rzadziej reaguje impulsywnie i skuteczniej rozwiązuje sytuacje konfliktowe. Umiejętności te sprzyjają także budowaniu bardziej adekwatnego obrazu siebie oraz większej gotowości do współpracy. W tym sensie rozwój kompetencji emocjonalno-społecznych można traktować jako jeden z podstawowych mechanizmów wspierających dobrostan ucznia w szkole (Appelt i Jabłoński, 2017; Giedrys-Majkut, 2021; Goleman, 1995/2006).

Coraz więcej szkół wdraża programy ukierunkowane na rozwijanie tych kompetencji oraz wzmacnianie dobrostanu, co znajduje odzwierciedlenie zarówno w dokumentach europejskich, jak i w polskich rekomendacjach dotyczących profilaktyki zdrowia psychicznego. Raporty ogólnopolskie jednoznacznie wskazują na spadek dobrostanu dzieci i młodzieży oraz rosnącą liczbę trudności emocjonalnych, w tym lęku, obniżonego nastroju i przeciążenia szkolnego (Dębski i Flis, 2023; Szredzińska, 2022). Coraz częściej opisywane są: obniżony nastrój, przeciążenie, trudności w regulacji emocji, wysoki poziom napięcia oraz poczucie braku zrozumienia w otoczeniu. Oznacza to, że działania szkoły w tym obszarze nie mogą ograniczać się jedynie do reagowania na sytuacje kryzysowe, ale powinny obejmować także profilaktykę, wzmacnianie zasobów i systematyczne rozpoznawanie potrzeb uczniów (Szredzińska, 2022). Podobne wnioski formułuje Rada Dzieci i Młodzieży przy MEiN (MEiN, 2023), podkreślając konieczność wzmocnienia systemów wsparcia w szkołach. Znaczenie regularnych badań przesiewowych w szkołach podkreślają zarówno publikacje krajowe, jak i europejskie, wskazując, że systematyczny monitoring dobrostanu umożliwia wczesne rozpoznanie trudności oraz planowanie działań profilaktycznych na poziomie klasy i szkoły (Kulesza-Tałan, 2019; European Commission, 2024).

Dobrostan ucznia ma również charakter dynamiczny. Zmienia się wraz z wiekiem, etapem edukacyjnym, narastaniem wymagań szkolnych, przeobrażeniami relacji rówieśniczych oraz zadaniami rozwojowymi typowymi dla danego okresu życia. Oznacza to, że ten sam poziom wsparcia nie musi być wystarczający na każdym etapie nauki, a trudności mogą ujawniać się z różnym nasileniem w kolejnych rocznikach. Z perspektywy badań szkolnych szczególnie ważne staje się więc obserwowanie zmian w czasie, ponieważ pozwala to uchwycić

nie tylko aktualny stan funkcjonowania uczniów, ale również kierunek zachodzących przemian (Papuda-Dolińska i in., 2025; Nikel, 2024).

Monitoring dobrostanu ucznia

W niniejszym opracowaniu przedstawiono wyniki dwuletniego monitoringu dobrostanu uczniów klas IV–VIII szkoły podstawowej, z wykorzystaniem skali *SLEC-15, czyli Pomiar dobrostanu uczniów i uczennic*. Analiza obejmuje zarówno wyniki z roku szkolnego 2024/2025, jak i 2025/2026, co pozwala nie tylko opisać aktualny poziom funkcjonowania uczniów, lecz także zaobserwować kierunki zmian w kolejnych rocznikach. W tym kontekście szczególnie uzasadnione staje się prowadzenie badań obejmujących więcej niż jeden moment pomiaru. Analiza dobrostanu w perspektywie dwuletniej pozwala bowiem nie tylko opisać aktualny poziom funkcjonowania emocjonalno-społecznego uczniów, ale także dostrzec różnice między rocznikami oraz możliwe tendencje rozwojowe. Tego rodzaju ujęcie ma znaczenie praktyczne, ponieważ umożliwia bardziej świadome planowanie wsparcia na poziomie całej szkoły, a zarazem pozwala odejść od przypadkowych, doraźnych reakcji na rzecz działań opartych na danych (Nikel, 2024; Szredzińska, 2022; European Commission, 2024). Własne badanie wpisuje się więc w podejście akcentujące potrzebę systemowego dbania o dobrostan uczniów jako ważny element jakości pracy szkoły.

Metodyka badań własnych

Cel i kontekst badania

Badanie zostało przeprowadzone w szkole podstawowej, w której od kilku lat systematycznie rozwija się działania z zakresu profilaktyki i wspierania dobrostanu psychicznego uczniów, m.in. poprzez zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne („Emocje pod kontrolą") oraz treningi umiejętności społecznych.

Celem badania było:

1. rozpoznanie poziomu dobrostanu emocjonalnego uczniów klas IV–VIII,
2. identyfikacja uczniów wymagających obserwacji oraz specjalistycznego wsparcia,
3. porównanie wyników dwóch kolejnych pomiarów i wskazanie tendencji rozwojowych w poszczególnych rocznikach.

Badanie traktowane jest jako element szkolnego systemu monitorowania dobrostanu, a jego wyniki służą planowaniu działań wychowawczych, profilaktycznych i interwencyjnych.

Narzędzie i procedura badawcza

Do oceny dobrostanu wykorzystano szkolną skalę SLEC-15 opracowaną przez badaczy m.in. z Uniwersytetu w Tromso oraz przetestowaną przez specjalistów z Norwegian Refugee Council. Kwestionariusz na grunt szkolny w badanej szkole został wprowadzony przez autorkę

opracowania po odbyciu szkoleń dotyczących Better Learning Programme (organizowanych przez Centrum Edukacji Obywatelskiej w Warszawie). 15-pozycyjna wersja kwestionariusza SLEC stanowi integralną część programu BLP. Nie zidentyfikowano opublikowanej polskiej walidacji psychometrycznej ani żadnych norm dla zastosowanej wersji 15-pozycyjnej, co ogranicza interpretację uzyskanych wyników. Skala obejmuje 15 twierdzeń odnoszących się do takich obszarów, jak:

- poczucie bezpieczeństwa w szkole i w domu,
- relacje z nauczycielami i bliskimi,
- koncentracja na lekcji, radzenie sobie z lękiem i złością,
- poczucie sprawczości w rozwiązywaniu problemów,
- zadowolenie z życia i z wyników szkolnych,
- nadzieja na pomyślną przyszłość.

Uczniowie odpowiadali na skali czterostopniowej („nigdy", „rzadko", „często", „zawsze").

Na podstawie odpowiedzi obliczano wyniki sumaryczne, a następnie kwalifikowano uczniów do jednej z czterech kategorii funkcjonowania:

- uczeń nie wymaga wsparcia – prawidłowy poziom dobrostanu,
- poziom obserwacji – funkcjonowanie przeciętne, wymagające monitorowania,
- uczeń wymaga pomocy psychologiczno-pedagogicznej – obniżony dobrostan, wskazujący na potrzebę zorganizowania wsparcia,
- uczeń wymaga wsparcia specjalistycznego indywidualnego **-** gorsze funkcjonowanie w szkole oraz wysoki poziom stresu, potrzeba wsparcia specjalistycznego.

Badanie przeprowadzono za zgodą ówczesnej dyrekcji szkoły oraz rodziców lub opiekunów prawnych uczniów. W celu ograniczenia ryzyka rozpoznania uczestników pominięto nazwę i miejscowość szkoły, a wyniki przedstawiono zbiorczo, bez danych identyfikujących poszczególnych uczniów.

Progi wyodrębniające poszczególne kategorie funkcjonowania wskazuje rozdział „Obliczanie dobrostanu i funkcjonowania w szkole" w samym narzędziu SLEC – 15. W roku szkolnym 2024/2025 badaniem objęto klasy I -VIII, natomiast w roku 2025/2026 – klasy IV-VIII. Klasy I-III nie przystąpiły do badania w bieżącym roku szkolnym. Zrezygnowano z badania klas I-III w roku szkolnym 2025/2026, ponieważ skupiono się na monitorowaniu dobrostanu uczniów starszych klas, u których obserwowano więcej sygnałów przeciążenia emocjonalnego.

Analiza

Wyniki badania z roku 2024/2025

Aby zrozumieć obecną sytuację, konieczne jest krótkie przypomnienie wyników poprzedniego pomiaru, który stanowi punkt odniesienia dla analizy zmian. W roku szkolnym 2024/2025 uzyskano następujący obraz funkcjonowania roczników:

- Klasa IV (obecnie V) – w tej grupie odnotowano równoczesną obecność zarówno uczniów dobrze funkcjonujących, jak i tych wymagających wsparcia. Około jedna czwarta klasy osiągała wyniki dobre, natomiast pojedyncze osoby kwalifikowano do kategorii wymagających pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Większość uczniów mieściła się w kategorii funkcjonowania średniego (obserwacja).
- Klasa V (obecnie VI) – przeważały wyniki średnie, informujące o potrzebie monitorowania funkcjonowania emocjonalnego, natomiast liczba uczniów zarówno z bardzo niskim, jak i bardzo wysokim dobrostanem była niewielka.
- Klasa VI (obecnie VII) – dominował poziom średni, przy obecności pojedynczych uczniów z niskim wynikiem oraz niewielkiej grupy uczniów dobrze funkcjonujących.
- Klasa VII (obecnie VIII) – w tej grupie zauważalna była większa liczba uczniów z obniżonym dobrostanem, jednak większość nadal plasowała się w obszarze wyników średnich.

W ogólnym ujęciu rok 2024/2025 ujawnił obraz umiarkowanego dobrostanu z istotną grupą uczniów wymagających profilaktycznego wsparcia i rozwoju kompetencji emocjonalno-społecznych, przy jednocześnie ograniczonej liczbie uczniów, których sytuacja wymagała intensywnych interwencji.

Wyniki badania 2025/2026

Poziomy funkcjonowania w klasach IV–VIII

Przechodząc do analizy wyników z roku szkolnego 2025/2026, warto najpierw spojrzeć na obraz globalny, a następnie na profile poszczególnych klas oraz odpowiedzi uczniów na wybrane obszary treściowe skali.

W listopadzie 2025 r. skalę SLEC-15 wypełniło łącznie 52 uczniów klas IV-VIII. Uzyskano następujące rozkłady w poszczególnych klasach:

- klasa IV: 3 uczniów nie wymaga wsparcia, 6 wymaga obserwacji, 1 wymaga pomocy,
- klasa V: 2 uczniów nie wymaga wsparcia, 8 wymaga obserwacji, 1 wymaga pomocy,
- klasa VI: 5 uczniów nie wymaga wsparcia, 3 wymaga obserwacji, brak uczniów wymagających pomocy,
- klasa VII: brak uczniów w kategorii „nie wymaga wsparcia”, 6 wymaga obserwacji, 4 uczniów wymaga pomocy,
- klasa VIII: 4 uczniów nie wymaga wsparcia, 8 wymaga obserwacji, 1 wymaga pomocy.

W ujęciu ogólnym 27% uczniów (14 osób) nie wymaga wsparcia, 60% (31 osób) znajduje się na poziomie obserwacji, natomiast 13% (7 osób) wymaga pomocy psychologiczno-pedagogicznej (w ubiegłym roku 16 osób). Najbardziej wymagającą sytuację odnotowano w klasie VII, gdzie aż 40% uczniów zakwalifikowano do grupy wymagającej pomocy, a żaden uczeń nie uzyskał wyniku dobrego. W roku szkolnym 2025/2026 (tak samo, jak rok wcześniej) w badanej populacji nie odnotowano uczniów zakwalifikowanych do kategorii „uczeń wymaga wsparcia specjalistycznego indywidualnego" – wszyscy uczniowie z podwyższonym poziomem stresu zostali ujęci w kategorii „uczeń wymaga pomocy psychologiczno-pedagogicznej". Ta ogólna charakterystyka pozwala przejść do bardziej szczegółowego opisu specyfiki poszczególnych klas.

Profile klas. Od funkcjonowania stabilnego do podwyższonego ryzyka

Analiza wyników w klasie IV wskazuje na przewagę uczniów wymagających obserwacji, co sugeruje raczej przeciętny, chwiejny dobrostan, w którym dzieci większość czasu radzą sobie z emocjami i zadaniami szkolnymi, ale są podatne na czynniki stresowe. Pojedynczy uczeń wymagający pomocy wskazuje na konieczność objęcia go wsparciem ukierunkowanym na poprawę poczucia bezpieczeństwa i regulację emocji.

W klasie V widać wyraźną dominację poziomu obserwacji. Około trzech czwartych uczniów wymaga monitorowania funkcjonowania emocjonalnego, co może wiązać się z rosnącymi wymaganiami edukacyjnymi oraz zmianą charakteru relacji rówieśniczych. Uczniowie dobrze funkcjonujący stanowią niewielką część klasy, co wskazuje na ogólne obniżenie stabilności dobrostanu w tym roczniku.

Klasa VI prezentuje najbardziej korzystny profil spośród badanych – ponad połowa uczniów funkcjonuje dobrze, a pozostali wymagają jedynie obserwacji. Brak uczniów w kategorii „wymaga pomocy" sugeruje, że na tym etapie nastąpiła względna stabilizacja emocjonalna i lepsze przystosowanie do wymagań szkolnych.

Sytuacja w klasie VII jest odmienna i szczególnie niepokojąca. Jest to grupa podwyższonego ryzyka, w której niemal połowa uczniów wymaga wsparcia psychologiczno-pedagogicznego, a żadna osoba nie osiąga wyniku dobrego. Można przypuszczać, że nakładają się tu zarówno czynniki rozwojowe (okres intensywnego dojrzewania), jak i wzrost presji edukacyjnej oraz złożoności relacji rówieśniczych.

W klasie VIII obserwuje się zróżnicowany profil – obok uczniów funkcjonujących dobrze (ok. jedna trzecia klasy) dominują osoby wymagające obserwacji, natomiast tylko jeden uczeń wymaga intensywniejszej pomocy. Daje to względnie optymistyczny obraz stopniowej stabilizacji dobrostanu u znacznej części uczniów kończących szkołę podstawową.

Obraz odpowiedzi uczniów w wybranych obszarach

Szczegółowa analiza rozkładu odpowiedzi nigdy – rzadko – często – zawsze pozwala lepiej zrozumieć, w jakich obszarach uczniowie czują się najlepiej, a gdzie napotykają trudności. W obszarze poczucia bezpieczeństwa w domu zdecydowana większość uczniów zaznacza odpowiedzi „często" lub „zawsze", co oznacza, że rodzina pełni funkcję silnego czynnika ochronnego. Podobnie w pytaniach dotyczących wsparcia w domu („Mam kogoś w domu, z kim dzielę się moimi problemami", „Gdy się boję, mówię o tym komuś w domu") dominują odpowiedzi wskazujące na obecność osób znaczących, do których można się zwrócić po pomoc – choć nie wszyscy uczniowie korzystają z tego zasobu w równym stopniu.

Nieco bardziej zróżnicowane są odpowiedzi odnoszące się do poczucia bezpieczeństwa w szkole oraz przekonania, że „w szkole interesują się, jak się czuję (np. nauczyciel, pedagog)". W części klas pojawiają się odpowiedzi „nigdy" i „rzadko", co może sygnalizować, że nie wszyscy uczniowie doświadczają szkoły jako środowiska w pełni wspierającego. Ten obszar wydaje się szczególnie istotny dla dalszego planowania działań wychowawczych i budowania kultury uważności na emocje uczniów.

W pytaniach dotyczących samoregulacji („Gdy jestem zły(a), potrafię się uspokoić", „Umiem sobie poradzić, kiedy się boję") w wielu klasach dominuje odpowiedź „często", jednak pojawiają się również osoby zaznaczające „nigdy" lub „rzadko". Wskazuje to, że część uczniów nadal wymaga ukierunkowanego treningu kompetencji emocjonalnych, szczególnie w zakresie radzenia sobie ze złością i lękiem.

Wreszcie, w obszarze nadziei i zadowolenia z życia („Myślę, że w przyszłości w moim życiu wszystko dobrze się ułoży", „Jestem zadowolony(a) ze swojego życia") widoczna jest przewaga odpowiedzi pozytywnych, choć w niektórych klasach pojedynczy uczniowie wybierają odpowiedzi „nigdy" lub „rzadko". To sygnał, że mimo ogólnego optymizmu części uczniów, istnieje grupa wymagająca szczególnej uwagi w kontekście budowania poczucia sensu, sprawczości i perspektywy na przyszłość.

Porównanie roczników

Kolejny poziom analizy dotyczy śledzenia roczników – porównania wyników tych samych grup uczniów w dwóch kolejnych latach. W roczniku klasa IV → klasa V obserwuje się spadek dobrostanu. W klasie IV około co czwarty uczeń osiągał dobry wynik, a jedynie pojedyncze osoby wymagały szczególnego wsparcia. W klasie V większość uczniów funkcjonuje na poziomie obserwacji, a uczniowie dobrze funkcjonujący stanowią mniejszość (około co piąty). Można przypuszczać, że przejście do wyższej klasy, wzrost wymagań i presji edukacyjnej oraz zmiany w relacjach rówieśniczych stanowią czynniki obciążające.

W roczniku klasa V → klasa VI sytuacja jest odwrotna – widoczna jest wyraźna poprawa. W klasie VI ponad połowa uczniów nie wymaga żadnego wsparcia, a pozostali funkcjonują względnie stabilnie. Brak uczniów wymagających pomocy wskazuje, że etap edukacyjny klasy VI może wiązać się z większą dojrzałością emocjonalną i lepszym dopasowaniem do wymagań szkolnych.

Rocznik klasa VI → klasa VII ujawnia najbardziej niekorzystny kierunek zmiany. W klasie VI dominowały wyniki średnie przy niewielkiej liczbie uczniów z niskim wynikiem, natomiast w klasie VII aż czterech na dziesięciu uczniów wymaga już systematycznej pomocy. Jednocześnie w tej klasie nie ma uczniów o wysokim poziomie dobrostanu. Okres ten wiąże się zwykle z nasileniem procesów dojrzewania, większym obciążeniem szkolnym i zmianami w strukturze relacji, co może stanowić jedną z możliwych interpretacji obserwowanych różnic.

W roczniku klasa VII → klasa VIII obserwuje się umiarkowaną poprawę. Co trzeci uczeń funkcjonuje adaptacyjnie, a liczba osób wymagających pomocy zmniejsza się do jednej. Większość uczniów pozostaje nadal w obszarze obserwacji, ale kierunek zmiany jest pozytywny – może on wiązać się z dojrzewaniem, lepszym radzeniem sobie z wymaganiami szkolnymi oraz ewentualnymi wcześniejszymi oddziaływaniami wspierającymi.

Dyskusja

Dyskusja wyników w świetle literatury

Uzyskane wyniki są zgodne z opisami obecnymi w literaturze na temat dynamicznego charakteru dobrostanu młodzieży. Dobrostan nie jest stanem stałym, lecz podlega zmianom w zależności od etapu rozwojowego, wymagań edukacyjnych, sytuacji rodzinnej i klimatu szkoły. Szczególnie wyraźne pogorszenie funkcjonowania w klasie VII koresponduje z doniesieniami o wzroście obciążeń psychicznych w okresie wczesnej adolescencji, kiedy młodzi ludzie mierzą się z intensywnymi zmianami biologicznymi, społecznymi, edukacyjnymi i wzrostem podatności na stres (Szredzińska, 2022). Z kolei poprawa w klasie VI i VIII może być interpretowana jako efekt zarówno dojrzewania funkcji samoregulacyjnych oraz bardziej stabilnych relacji społecznych (Appelt i Jabłoński 2017; Giedrys-Majkut, 2021), jak i możliwego wpływu działań szkoły ukierunkowanych na rozwój kompetencji społeczno-emocjonalnych.

Warto podkreślić, że zdecydowana większość uczniów w badanej szkole nie wymaga intensywnej pomocy specjalistycznej, ale duży odsetek osób na poziomie obserwacji wskazuje na potrzebę systematycznego wzmacniania dobrostanu poprzez działania profilaktyczne pierwszego i drugiego poziomu (zajęcia grupowe, programy warsztatowe, wsparcie wychowawców).

Implikacje dla praktyki szkolnej

Z perspektywy praktyki pedagogicznej wyniki badania pokazują wyraźnie, że:

- monitorowanie dobrostanu powinno mieć charakter cykliczny,
- klasy o podwyższonym ryzyku (w tym przypadku przede wszystkim klasa VII) wymagają szczególnie intensywnej opieki wychowawczej (obecnie rozpoczęto udział w ogólnopolskim programie „Rówieśnicy"),
- warto rozwijać i kontynuować programy, takie jak „Emocje pod kontrolą" oraz TUS, które wzmacniają umiejętności regulacji emocji, budowania relacji i rozwiązywania konfliktów,
- niezbędna jest ścisła współpraca nauczycieli, pedagoga, psychologa i rodziców, aby w sposób spójny odpowiadać na potrzeby uczniów.

W praktyce oznacza to m.in. włączanie elementów pracy nad emocjami do godzin wychowawczych, tworzenie bezpiecznej przestrzeni do rozmowy o trudnościach, wykorzystanie dostępnych programów i materiałów wspierających rozwój kompetencji emocjonalno-społecznych oraz uwzględnianie danych z monitoringu dobrostanu przy planowaniu działań wychowawczo-profilaktycznych.

Ograniczenia badania

Przedstawione wyniki należy interpretować z uwzględnieniem kilku ograniczeń. Badanie objęło uczniów jednej szkoły, co ogranicza możliwość uogólniania wniosków na populację uczniów szkół podstawowych. Liczebność badanej grupy była umiarkowana, a analizy prowadzono głównie na poziomie klas i roczników, co nie pozwala na formułowanie dalej idących wniosków statystycznych. Kolejnym ograniczeniem był samoopisowy charakter narzędzia, więc wyniki odzwierciedlają subiektywne deklaracje uczniów, zależne m.in. od ich aktualnego nastroju, poziomu wglądu w siebie oraz gotowości do ujawniania trudności.

Należy także zauważyć, że porównanie dwóch lat szkolnych nie miało charakteru pełnego badania podłużnego w ścisłym sensie metodologicznym, ponieważ zmieniała się struktura badanych klas, a w drugim pomiarze nie uwzględniono uczniów klas I-III. Z tego względu uzyskane rezultaty należy traktować przede wszystkim jako wartościowy materiał diagnostyczny dla praktyki szkolnej oraz punkt wyjścia do dalszych, bardziej pogłębionych analiz.

Podsumowanie

Dwuletni monitoring dobrostanu uczniów klas IV-VIII z wykorzystaniem skali SLEC-15 pozwolił zbudować spójny obraz funkcjonowania emocjonalno-społecznego (psychicznego) uczniów w jednej szkole podstawowej**.** Wyniki wskazują zarówno na roczniki funkcjonujące

względnie stabilnie, jak i na grupy wymagające szczególnych działań wspierających. Badanie pokazuje, że dobrostan uczniów może być powiązany z etapem edukacyjnym i rozwojowym, co skłania do głębszych badań. Szkoła może pełnić kluczową rolę w jego wzmacnianiu, o ile dysponuje rzetelną diagnozą i świadomie planowanymi działaniami, natomiast regularna ocena dobrostanu staje się ważnym elementem kultury organizacyjnej szkoły, która chce realnie dbać o zdrowie psychiczne uczniów, a nie tylko o ich wyniki edukacyjne.

Bibliografia

Appelt, K., Jabłoński, S. (2017). Miejsce kompetencji społeczno-emocjonalnych w edukacji wczesnoszkolnej. *Psychologia Wychowawcza*, *53*(11), 64-82. https://doi.org/10.5604/01.3001.0010.5505

Czapiński, J. (2017). *Psychologia szczęścia*. (wyd. 2.). Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Dębski, M., Flis, J. (2023). *Młode głowy. Otwarcie o zdrowiu psychicznym. Raport z badania dotyczącego zdrowia psychicznego, poczucia własnej wartości i sprawczości wśród młodych ludzi w Polsce*. Fundacja UNAWEZA. https://mlodeglowy.pl/wp-content/uploads/2023/04/MLODE-GLOWY.-Otwarcie-o-zdrowiu-psychicznym_-Raport-final.pdf

European Commission. (2024). *Well-being at school*. European Education Area. https://education.ec.europa.eu/education-levels/school-education/wellbeing-at-school

Gasiul, H. (2007). *Teorie emocji i motywacji*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.

Giedrys-Majkut, K. (2021). *Jak rozwijać kompetencje społeczno-emocjonalne na lekcji?* Centrum Edukacji Obywatelskiej. https://ceo.org.pl/jak-rozwijac-kompetencje-spoleczno-emocjonalne-na-lekcji/

Goleman, D. (2006). *Inteligencja emocjonalna*. (A. Jankowski, tłum.). Media Rodzina. (Oryginalna praca opublikowana w 1995)

Kulesza-Tałan, D. (2019). *Jak wspierać dobrostan uczennic i uczniów w szkole? Przewodnik*. Centrum Edukacji Obywatelskiej. https://szkoladlainnowatora.ceo.org.pl/wp-content/uploads/2021/03/dobrostan-przewodnik.pdf

Ministerstwo Edukacji i Nauki. (2023, 19 kwietnia). *Wyniki raportu „Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży”.* https://www.gov.pl/web/edukacja/wyniki-raportu-zdrowie-psychiczne-dzieci-i-mlodziezy

Nikel, Ł. (2024). Dobrostan szkolny ucznia: definicja, istotne czynniki i metody pomiaru. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *(Nie)nowe problemy edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami i o zróżnicowanych potrzebach* (s. 83-100). Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego. https://doi.org/10.59444/2024MONredJanr5

Norwegian Refugee Council. (2024). *SLEC-15 czyli Pomiar dobrostanu uczniów i uczennic (ang. Student Learning in Emergency Checklist)* [Kwestionariusz i instrukcja stosowania; adaptacja

polska przygotowana przez Centrum Edukacji Obywatelskiej we współpracy z Norwegian Refugee Council].

Papuda-Dolińska, B., Grygiel, P., Szumski, G., Karwowski, M., Boczkowska, M., Błaszczak, A., Wiejak, K. (2025). *Dobrostan szkolny w klasach zróżnicowanych*. Instytut Badań Edukacyjnych – Państwowy Instytut Badawczy. https://doi.org/10.24131/9788368313871

Szredzińska, R. (2022). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. W: M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (s. 136–157). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. https://fdds.pl/wp-content/uploads/2025/04/Dzieci-sie-licza-2022-Zdrowie-psychiczne-dzieci-i-mlodziezy.pdf

World Health Organization. (2026, 11 września). *Mental health.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Nota o autorze

Amelia Tyszczenko, mgr, dyrektor zespołu szkolno-przedszkolnego, logopeda, była pedagogiem i terapeutką pedagogiczną. Zajmuje się diagnozą i terapią logopedyczną, dobrostanem uczniów, kompetencjami społeczno-emocjonalnymi i profilaktyką zdrowia psychicznego. Autorka programów „Emocje pod kontrolą", „MOST – holistyczna logopedia z elementami psychologii i terapii pedagogicznej". Kontakt: ameliatp@icloud.com

ZAKOŃCZENIE

Pięć tekstów to niewiele, a jednak w tym niewielkim zbiorze zmieściła się niemal cała paleta metod, z których korzysta współczesna psychologia. Jest tu propozycja teoretyczna, analiza materiałów zastanych, przegląd badań, eksperyment i badanie prowadzone w szkole. Trudno o lepszą ilustrację tego, że do psychologii prowadzi wiele dróg, a każda ma swoje wymagania i swoje pułapki.

Jest też coś, co łączy te teksty mocniej niż wspólna okładka. Każdy z nich, choć z innej strony, dotyczy regulacji, czyli tego, jak człowiek radzi sobie z nadmiarem bodźców, obowiązków i emocji oraz co się dzieje, gdy zasoby zaczynają się kończyć. Osoba wysoko wrażliwa silniej reaguje na intensywną stymulację, a osoba z ADHD sięga po substancję, żeby pobudzić albo wyciszyć własny układ nerwowy. Opiekun, który długo daje więcej, niż dostaje, zaczyna się wyczerpywać, a uczeń siódmej klasy potrzebuje dorosłego, który zauważy, że coś jest nie tak. Natomiast kontakt ze zwierzętami pomaga odzyskać równowagę, pomaga bez słów. Nie planowaliśmy takiego wspólnego mianownika wskazującego na różne sposoby regulacji emocji, tym ciekawsze jest to, że pojawił się sam i jest „znakiem czasu".

Co dalej? Pierwszy tom zobowiązuje, bo po pierwszym wypada wydać drugi. Widzimy kilka kierunków rozwoju tej inicjatywy. Po pierwsze, chcielibyśmy, aby w kolejnych tomach było więcej badań własnych, w tym takich, które powtarzają i sprawdzają wyniki innych. Replikacja nie jest w nauce zajęciem drugiej kategorii. Ostatnie kilkanaście lat pokazało, że części efektów opisywanych w podręcznikach nie udaje się odtworzyć i że psychologia potrzebuje przejrzystych procedur, jawnych danych i hipotez rejestrowanych przed rozpoczęciem badania.

Debiutant, który od początku uczy się tak pracować, nabiera kluczowych dla pracy naukowej i praktyki psychologicznej nawyków. Po drugie, zależy nam na lepszym wsparciu autorów już na etapie pisania, czyli na warsztatach z redagowania tekstu naukowego, na współpracy z promotorami i na recenzji, która jest życzliwa, ale rzeczowa. Po trzecie, seria powinna pozostać otwarta na tematy leżące na styku psychologii z pedagogiką, ekonomią, polityką społeczną, polityką publiczną i naukami o zdrowiu. Tam, gdzie problemy są najbardziej splątane, tam gdzie człowiek ginie w gąszczu instytucji, psychologia jest zwykle najbardziej potrzebna.

Pozostaje pytanie, jak dziś uczyć się psychologii, bo z pewnością inaczej niż jeszcze dekadę temu. Wiedza z podręcznika wystarcza na egzamin, ale nie wystarcza w praktyce, w której klient przychodzi z aplikacją do monitorowania nastroju, a czasem z poradą uzyskaną od

czatbota. Rozwiązania cyfrowe, w tym oparte na generatywnej sztucznej inteligencji, rozwijają się szybciej niż badania nad ich skutecznością i bezpieczeństwem. Student psychologii musi więc umieć krytycznie ocenić nie tylko artykuł naukowy, ale też narzędzie, które na naukowe tylko wygląda. Potrzebna jest również wrażliwość na kontekst, ponieważ przez dziesięciolecia większość badań psychologicznych prowadzono na osobach z krajów zachodnich, wykształconych, uprzemysłowionych, zamożnych i demokratycznych, a wnioski uogólniano na wszystkich. Dlatego badania prowadzone lokalnie, w szkole czy wśród studentów naszej uczelni, wnoszą coś, czego nie zastąpi nawet najstaranniejsze streszczenie literatury światowej.

Jeśli pytać o obszary, w których potrzeby są dziś największe, lista nie jest zaskakująca. Na pierwszym miejscu stoi zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, a wraz z nim praca psychologa w szkole, gdzie specjalistów wciąż brakuje. Tuż za nim są psychologia kliniczna i psychoterapia, także w odniesieniu do zaburzeń neurorozwojowych rozpoznawanych dopiero w dorosłości. Psychologia zdrowia i stresu jest potrzebna, bo przeciążenie i wypalenie dotyczą coraz szerszych grup, również poza zawodami pomocowymi. Psychologia kryzysu i traumy przestała być dziedziną niszową, co aż nadto wyraźnie pokazały wydarzenia ostatnich lat: pandemia COVID-19, wojna w Ukrainie czy chociażby powódź, która we wrześniu 2024 roku dotknęła południowo-zachodnią Polskę. Psychologia różnic indywidualnych i neuronauka poznawcza pomagają z kolei zrozumieć, dlaczego te same warunki jednej osobie służą, a drugiej szkodzą. W każdym z tych obszarów jest miejsce na dobre prace studenckie.

Mamy nadzieję, że kolejne tomy przyniosą teksty równie odważne i jeszcze staranniej przygotowane. Liczymy na studentów, którzy dopiero zaczynają przygodę z badaniami, i na absolwentów, którzy wracają do nich po latach praktyki. Liczymy też na promotorów, bo za każdym debiutem stoi ktoś, kto uwierzył w pomysł wcześniej niż sam autor. Na drugi tom czekamy z niecierpliwością, choć, jak przystało na psychologów, staramy się ją jakoś regulować.

dr Joanna Felczak