

Maria Kmita, Aleksandra Bronowicka, Anna Moszczyńska,  
Renata Zych, Krzysztof Małyszczak

## HUMOR I ŚMIECHOTERAPIA

### HUMOUR AND LAUGHTER THERAPY

Zakład Psychoterapii i Chorób Psychosomatycznych Katedry Psychiatrii  
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

**group therapy**  
**laughter therapy**

*Artykuł zawiera przegląd aktualnych poglądów na temat użycia humoru w psychoterapii i pokazuje, w jaki sposób humor i śmiechoterapia zostały przez autorów zastosowane w pragmatycznych warunkach grupy terapeutycznej oddziału dziennego. Analiza udanego eksperymentu terapeutycznego może dostarczyć materiału dla rozwoju kreatywności doświadczonych psychoterapeutów, jak i ciekawej perspektywy dla początkujących...*

#### Summary

**Objectives:** The paper discusses the benefits of including a laughter therapy into group psychotherapy.

**Methods:** The laughter therapy session was experimentally included in group psychotherapy. Laughter therapy consisted of various carefully designed humour-related tasks. The patients and the laughter therapist were observed via two-way mirror by experienced psychotherapists and a psychiatrist. The assessment of the experiment was based on the opinions of all three parties: patients, observers and the laughter therapists were documented.

**Results:** Patients enjoyed laughter therapy and, except one patient, took an active part in it. Patients were enthusiastic about this type of therapy and expressed willingness to participate in laughter therapy again. The therapy provided a two-tier liberation for patients: a liberation from their problems and from a typical therapy. It provided a return to childhood, evoking feelings of levity and spontaneity. It also strengthened in-group integration. The laughter therapy helped to unlock conscious experiencing of previously suppressed positive feelings in paranoid patients who experienced some ambivalence after laughter therapy.

**Conclusions:** Laughter therapy can constitute a valuable part of group psychotherapy. Future research can explore the effects of implementing elements of laughter therapy in different parts of traditional group therapy.

#### Wstęp

Istnieje wiele definicji humoru, ale wydaje się, że najprostsze wytłumaczenie, czym on jest, podają Rancer and Graham [1], którzy widzą humor jako czynność relacyjną. Społeczna natura humoru jest czymś oczywistym. Jak pisze Martin [2], humor jest naturalnym społecznym zachowaniem i powszechną formą interakcji, która pojawia się we wszystkich społecznych kontekstach. Już sam śmiech jest formą społecznej komunikacji używanej, aby wyrazić swoje pozytywne emocje i wzbudzić pozytywne emocjonalne reakcje u innych [2].

Spojrzenie na humor z perspektywy relacji jest szczególnie istotne jeśli zauważyć, że jest on ogólnie uważany za narzędzie ułatwiające relacje, podczas kiedy depresja wiąże się z trudnościami w relacjach z ludźmi [3].

Humor może pojawić się również w spontanicznej komunikacji podczas terapii, czy to między pacjentami, czy też terapeutami i pacjentami. Można także wprowadzić humor do terapii, poprzez zorganizowane zajęcia. Taka inicjatywa wzbogaca istniejący program terapii np. dla pacjentów z depresją. Zajęcia mogą przyjąć postać jogi śmiechu lub śmiechoterapii (humoroterapii). Ważne jest, aby rozróżnić te dwa typy zajęć. Joga śmiechu polega na ćwiczeniach przepony, śmianiu się na żądanie, zarażaniu się nawzajem śmiechem. Jak można przeczytać na stronie organizacji Laughter Yoga ([www.laughteryoga.org](http://www.laughteryoga.org)) [4], joga śmiechu nie opiera się na humorze, na żartach, lecz jest związana z ćwiczeniami oddechowymi. Tym samym śmiech nie powstaje tu jako spontaniczna reakcja na żarty, ale jest niejako fizjologicznie wymuszany i potem podtrzymywany przez grupę.

Najlepiej opisać śmiechoterapię czy humoroterapię jako warsztaty humoru. Ich uczestnicy dostają zadania, których wykonywanie wywołuje śmiech, ale także wpływają na ich humor. Oznacza to, że uczestnicy warsztatów śmieją się z samych zadań, ale też sami tworzą humor, żartując na temat zadań/skojarzeń związanych z zadaniami czy z siebie nawzajem. Takie zajęcia dają także szansę na powstanie sytuacji humoru między pacjentami a terapeutą. Śmiechoterapia, o której piszemy w tym artykule, korzysta z projekcji komedii, kabaretów jako sposobu na rozluźnienie, ale także wprowadzenie do kolejnych zadań. Te mają różny charakter, niekiedy są nastawione na powrót do dzieciństwa i wykorzystują gadzety lub zabawy dla dzieci, innym razem są wyzwaniem intelektualnymi i ćwiczeniami kreatywności. Warsztaty humoru, choć są nowością na polskim rynku, na Zachodzie są już od pewnego czasu praktykowane. Na przykład dr Steven M. Sultanoff, właściciel portalu Humour Matters ([www.humormatters.com](http://www.humormatters.com)) [5], jest psychologiem, który wykorzystuje humor w terapii, a także szkoli personel medyczny i specjalistów od zdrowia psychicznego w zakresie stosowania humoru w psychoterapii i w utrzymaniu zdrowia psychicznego. Sultanoff wykorzystuje dowcipy, anegdoty, humor rysunkowy, rekwizyty, a także doświadczenia, które ilustrują, jak humor może zmieniać nasze myślenie, zachowanie, uczucia.

Celem — zarówno jogi śmiechu, jak i śmiechoterapii — jest śmiech pacjenta/uczestnika. Śmiechoterapia ma również tę zaletę, że daje szansę na odkrywanie, docenianie i tworzenie sytuacji humorystycznych. Śmiech jest spontaniczną reakcją na to, czego uczestnicy warsztatów doświadczają. Humor w trakcie takich zajęć może pomóc uczestnikom w komunikacji i integracji — jest bowiem ich wspólnym doświadczeniem. Jak twierdzi Sultanoff, najbardziej spektakularną korzyścią płynącą z humoru nie jest śmiech, ale kognitywne i emocjonalne aspekty związane z jego doświadczeniem [6].

### **Humor w psychoterapii psychodynamicznej**

Mogłoby się wydawać, że pojęcia humoru i terapii psychodynamicznej wyrosłej na gruncie psychoanalizy, są sprzeczne. Jak pisze Sultanoff [6], integracja humoru (czyli czegoś wesołego) z czymś tak poważnym, jak psychoterapia psychodynamiczna, może zdawać się osobliwym pomysłem. Jest w tym trochę racji, sytuacja krzyżującego się

przeniesienia i przeciwprzeniesienia, często obustronnie negatywnych, nie zachęca do wprowadzania w kontakt z pacjentem elementów emocjonalnych, do których na pewno należy humor. W klasycznej psychoanalizie freudowskiej i niektórych jej modyfikacjach, np. teorii relacji z obiektem Melanie Klein [7], terapeuta stara się pacjenta zrozumieć i przekazać mu swoje rozumienie za pomocą interwencji terapeutycznych. Zamyka to kontakt z pacjentem w obszarze w dużym stopniu świadomym, kontrolowanym przez superego. Psychoanalizyści: Donald Winnicott [8] i Wilfred Bion [9] zaobserwowali i opisali konsekwencje traumatycznych przeżyć pacjentów, których to przeżyć nie można zrozumieć, ponieważ są bytami idiosynkratycznymi, bez społecznej i kulturowej symbolizacji. Można powiedzieć, że intensywność przeżycia traumatycznego zamyka je w pacjencie i uniemożliwia jego intersubiektywną symbolizację. W kontakcie terapeutycznym tego rodzaju doświadczenia uruchamiają w terapii, poprzez projekcyjną identyfikację, jego własne przeżycia i skojarzenia, rzutowane następnie na pacjenta, których ten nie rozumie i traktuje jako obce intruzje. W sytuacji, kiedy kod symboliczny w kontakcie terapeutycznym znacznie się różni, możliwości porozumienia są niewielkie, jak np. w stanach psychotycznych. Podobna sytuacja, ale w większym stopniu ukryta, ma miejsce w terapii pacjentów z wczesnymi rozwojowo zaburzeniami osobowości. Adolph Stern opublikował w 1938 koncepcję patologii mieszczącej się „pomiędzy” psychozą a nerwicą, którą nazwał „pograniczem” (ang. „borderline”). Pacjenci z tego rodzaju patologią nie byli w stanie korzystać z psychoanalizy jako metody leczenia, przede wszystkim z powodu rozwijania „negatywnego przeniesienia” [10]. Obecnie tacy pacjenci stanowią większość na oddziałach dziennych leczenia nerwic, co wymaga poszukiwania innych niż intelektualna rozmowa terapeutyczna sposobów nawiązywania kontaktu i innych metod prowadzących do ekspresji niesymbolizowanych stanów wewnętrznych. Szeroką grupą takich metod jest psychodrama, umożliwiająca współprzeżywanie bez nadmiernej interpretacji. Jak pisze Jerzy Pawlik – psychodrama może być zarówno samodzielną metodą leczenia zaburzeń psychicznych, jak również może wzbogacać proces psychoanalityczny o głębokie, emocjonalne przeżycie, trudne do uzyskania w inny sposób [11]. Podobną rolę może pełnić terapia śmiechem.

Sultanoff [6] wymienia istotne korzyści płynące z włączenia humoru do psychoterapii: pomaga on spojrzeć na życiowe wyzwania z innej perspektywy, może być też narzędziem do komunikowania i konfrontowania się o minimalnym obciążeniu stresowym dla relacji międzyludzkich, może zmienić emocje pacjentów, ich zachowanie, procesy poznawcze i/lub fizjologię, ponadto stanowi narzędzie diagnostyczne i jest medium dla budowania i wzmacniania relacji terapeutycznych. Podobnie Nasr [12] twierdzi, że humor wzmacnia więź między pacjentem a terapeutą — jest bardziej prawdopodobne, że pacjenci, którzy śmieją się ze swoimi lekarzami, czują się bardziej z nimi związani, stosują się do ich rad i są bardziej usatysfakcjonowani ze spotkań z nimi.

Goldin i Bordan [13] pokazują, że używając humoru w relacji z pacjentem terapeuta oferuje pacjentowi alternatywne spojrzenie na doświadczenia pacjenta i tworzy bisocjacje, która ma wartość terapeutyczną. Tym samym, oprócz wzmocnienia relacji między terapeutą a pacjentem, humor staje się narzędziem oceny stopnia patologii u pacjenta. Co więcej, oferuje pacjentowi mniej bolesną perspektywę jego dotkliwych doświadczeń, wzbogaca społeczny repertuar pacjenta i dostarcza metodę kontrolowania stresu [13].

Goldin i Bordan analizują przykłady użycia humoru przez terapeutę podczas terapii, gdy humor pomógł pacjentom dostrzec absurdalność ich przekonań, wzbudzić chęć zakwestionowania swoich racji, uświadomić własne wybory i zakwestionować destruktywne podejście pacjenta do problemu. Goldin i Bordan zauważają, że wycucie optymalnego momentu może być kluczowe dla efektywnego użycia humoru w terapii. Twierdzą, że jeśli użyty jest on zbyt szybko, terapeuta może być postrzegany jako niekompetentny lub niewrażliwy na problemy pacjenta. Jeśli natomiast humor pojawia się za późno, może wydawać się niezwiązany z bieżącym tematem terapii [13].

Martin [2] podkreśla, że zdrowy humor (np. nieagresywny, nie samodeprecjonujący) jest ważnym komponentem ogólnego zdrowia psychicznego. Autor ten nadmienia, że badania eksperymentalne wspierają pogląd, iż humor jest mechanizmem regulującym emocje. Krótkotrwałe efekty humoru to: wzrost pozytywnych uczuć, euforii i dobrostanu wraz z percepcją opanowania i kontroli i redukcji negatywnych uczuć, takich jak lęk, depresja i złość. Martin zwraca uwagę, że istnieje mało dowodów na długotrwałe psychologiczne korzyści ekspozycji na komedie czy udział w sesjach śmiechu przez okres dni lub tygodni. Twierdzi jednocześnie, że taki stan rzeczy może wiązać się z faktem, iż humor nie jest integrowany w codzienne doświadczenia uczestników badań. Sugeruje tym samym, że możliwe, iż interwencje za pomocą humoru przyniosłyby więcej korzyści, gdyby polegały na zwiększeniu częstotliwości sytuacji humorystycznych i śmiechu powstających spontanicznie podczas codziennych interakcji, wpływając na sposób, w jaki ludzie reagują na bieżące doświadczenia, tym samym wpływając na bardziej efektywne regulowanie emocji. To wymagałoby prawdopodobnie szkolenia ludzi w przyjmowaniu bardziej humorystycznej perspektywy dla ich codziennych przeżyć i w wywoływaniu humoru w ich interakcjach z innymi [2].

### **Śmiechoterapia na oddziale dziennym leczenia nerwic**

Oddział Dzienny Leczenia Nerwic Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu stosuje jako główną metodę leczenia psychoterapię grupową w modelu psychodynamicznym. Grupy są zamknięte i trwają 12 lub 13 tygodni. Codziennie w dni robocze odbywają się 2 sesje terapii grupowej po 1,5 godziny każda z półgodzinną przerwą. Sesje mają ustaloną strukturę, przez pierwsze 45 minut jeden z pacjentów odbywa sesję na tle grupy z jednym z 2 terapeutów (dowolnie wybranym), następne 45 minut jest poświęcone na refleksje i komentarze w formie swobodnych wypowiedzi uczestników grupy. Jeden dzień w tygodniu jest przeznaczony na zajęcia niewerbalne w formie psychodramy, gier i zabaw. W celu oceny przydatności śmiechoterapii włączyliśmy ją jednorazowo w ciąg zajęć niewerbalnych jako jedną z sesji.

Zastanawiając się nad tą decyzją postanowiliśmy wprowadzić śmiechoterapię w drugiej części terapii, kiedy osłabną już potrzeby symbiotyczne grupy, zarysuje się indywidualizacja, dystans do przeżyć indywidualnych i grupowych oraz przymierze terapeutyczne. Obawialiśmy się, że w początkowej fazie terapii, w której przeważają wątki symbiotyczne i paranoidalne, uczestnicy grupy wykorzystają terapię humorem jako możliwość odreagowania przeniesieniowych frustracji, jak to zwykle bywa na początkowych sesjach zajęć niewerbalnych.

Następną naszą wątpliwością było, czy terapia śmiechem nie naruszy narastającego pod wpływem indywiduacji i rezygnacji z symbiotycznych potrzeb procesu depresyjnego. W końcowej zaś fazie terapii narastają procesy wychodzenia z regresji i separacji, które także mogłyby być potencjalnie zakłócone. Ostatecznie śmiechoterapię umieściliśmy na drugiej sesji 8. tygodnia terapii (12-tygodniowej). Pacjenci o tych zajęciach zostali poinformowani na początku terapii, a później na sesji ją poprzedzającej. Uczestnicy grupy podczas wcześniejszych psychodram w spontanicznych wypowiedziach wyrażali duże zaciekawienie terapią śmiechem, która pobudzała ich wyobraźnię.

Na pierwszej sesji pacjenci uczestniczyli w psychodramie „rozmowa z ojcem”, co uruchomiło uczucia smutku, pustki i tęsknoty. Przeżycia niektórych pacjentów były bardzo intensywne, stąd pojawiło się pytanie, jak śmiechoterapia wpłynie na proces grupowy i przeżycia poszczególnych pacjentów. Prowadziła ją śmiechoterapeutka, z wykształcenia humorolog. Zaproponowała pacjentom następujące aktywności:

- oglądanie filmu „Jaś Fasola” (odcinek: Zrób to sam), jedzenie popcornu, rysowanie planu swojego mieszkania lewą ręką i wymienianie się rysunkami z innymi pacjentami w celu odgadnięcia, co poszczególne elementy rysunków przedstawiają,
- oglądanie skeczu Ireneusza Krosnego pt. „Jesteś szalona” i wymyślanie w 4-osobowych grupach śmiesznych kroków,
- zadania wykonywane w grupach dwu- i trzyosobowych:
- grę w minitenis stołowy,
- grę w maksibadminton,
- slalom pomiędzy kręglami z jajkiem na gigantycznej łyżce (przodem i tyłem),
- grę „Twister”,
- czytanie książki z dowcipami,
- tworzenie opowieści z użyciem nazw rzeczy umieszczonych w pudełku stanowiących przypadkowy zbiór (proca, dezodorant, rajstopy itp.), odczytywanie opowieści na forum.

Ważne jest, aby zaznaczyć, że ta konkretna śmiechoterapia nie poruszała problemów pacjentów — żadne z zadań nie dotyczyło ich chorób czy przeżyć/doświadczeń. Podczas terapii śmiechem nastąpiła zmiana ustawienia krzesel w sali — stworzono z nich mniejszy krąg, pacjenci siedzieli blisko siebie, ich krzesła się stykały. Luźna forma zajęć, swoboda wyboru aktywności, zachęcanie do podejmowania różnych doświadczeń pobudzało spontaniczność, kreatywność oraz wyraźnie rozluźniało uczestników zajęć. Nowością dla pacjentów było niewątpliwie czekanie przez prowadzącą z rozpoczęciem zajęć, aż wszyscy pacjenci dotrą do sali. Była to informacja, że uczestnictwo każdej osoby jest ważne. Wykonywanie zadań wymagało od pacjentów poruszania się na różnych płaszczyznach i przyjmowania różnych postaw ciała: ćwiczenia na podłodze, skulenie, zgarbienie, wyciąganie ręki wysoko ponad głowę, stawanie na palcach, siedzenie na krześle, chodzenie tyłem. By móc swobodnie grać w maksibadminton, niektórzy pacjenci wychodzili z sali na korytarz.

Z naszych obserwacji wynikało, że na początku zajęć (podczas oglądania filmu) śmiechem reagowały tylko pojedyncze osoby. Byli to ci pacjenci, którzy mieli zdolność pomieszczenia w sobie różnych, przeciwstawnych stanów emocjonalnych lub odcinali się od

negatywnych emocji, starając się ich nie doświadczać. Pojawienie się możliwości jedzenia popcornu ułatwiło wejście w konwencję zajęć i sprawiło, że osoby te dzieliły się między sobą zawartością opakowań oraz łatwiej wchodziły w rolę „widza w kinie”. W dalszej części zajęć wszyscy pacjenci, z wyjątkiem jednej osoby, aktywnie w nich uczestniczyli. Spontanicznie dobierali się w podgrupy. Z początku były to wybory z „klucza” sympatii wewnątrzgrupowych, jednak z czasem współpracowały ze sobą również osoby, które na co dzień pozostawały w relacjach opozycyjnych. Było widoczne, że jest to najbardziej owocna współpraca, budząca żywe, pozytywne emocje. Pacjenci wzajemnie zachęcali się i zapraszali do uczestnictwa w wykonywaniu zadań. Z czasem dało się zauważyć, że dla uczestników grupy ważniejszy stał się rodzaj wybieranej czynności niż to, z kim ją wykonują. Podczas zajęć powstał duży hałas, jednak nie przeszkadzał on pacjentom. Część osób czerpała przyjemność w poruszaniu się, zmianie swojej pozycji ciała. Pojawiła się rywalizacja, potrzeba sprawdzenia się w sensie fizycznym. Ruch wywoływał pozytywne emocje, dawał zastrzyk energii nawet osobom wycofanym.

Obserwując zajęcia zza lustra weneckiego odnieśliśmy wrażenie, że pacjenci przeżywali beztroskę, byli spontaniczni i pełni energii charakterystycznej dla okresu dzieciństwa. W kontekście wcześniejszych zajęć z psychodramy i tęsknoty za ojcem, która się pojawiła w grupie, śmiechoterapia przypominała „baraszkowanie” w rodzicem.

Następnego dnia po śmiechoterapii pacjenci w rundce początkowej wyrażali pragnienie ponownego wzięcia udziału w takich zajęciach. Opowiadali o zabawach, komentowali spontaniczność i zaangażowanie w zabawę osób poprzednio mało spontanicznych. Pacjentka, która nie wzięła udziału w zajęciach, była krytykowana za brak otwartości przez inną osobę uczestniczącą w śmiechoterapii nieco fasadowo i z dużym, nieświadomym lękiem, domagającym się wyciszenia. Obie pacjentki stosowały projekcję i w sytuacji dużego napięcia reagowały paranooidalnie. Uczestniczka krytykująca wyszła do pracy indywidualnej na tle grupy, ujawniając nieufność w stosunku do innych uczestników grupy. Mówiła o obronach przez dystans i formalizowanie oraz o lęku przed bezpośrednim kontaktem. W rozumieniu zespołu terapeutycznego lekko refleksyjne wypowiedzi pacjentki były wynikiem konfrontacji z własną spontanicznością, której doświadczyła w czasie śmiechoterapii, a sama praca indywidualna sposobem zmniejszenia lęku przed spontanicznym odkrywaniem przeżyć. Decyzje indywidualne uczestników grupy są zawsze „zanurzone” w kontekście grupowym, można więc założyć, że grupa jako całość odczuwała niepokój z powodu zabawy i przeżywanej radości.

W następnych dniach w sesjach indywidualnych uczestniczyły osoby, które wcześniej charakteryzowały się dużym, paranoicznym lub bierno-agresywnym oporem. Mówiły o potrzebie bliskiego kontaktu, zaufania, troski i opieki, jak również frustracji tych potrzeb, wynikającej z przeżywanej przez nich złości, żalu i rezygnacji. Nawiązywały do paradoksalnej i niepojętej w ich rozumieniu rozbieżności pomiędzy postrzeganiem bliskich osób jako obiektów dobrych i jednocześnie złych. Wypowiedzi pacjentek nie zawierały jeszcze syntetycznej ambiwalencji, raczej były relacją dobrych i złych doświadczeń, wymienianych wyraźnie razem, co zapowiadało początek procesu nabierania ambiwalencji.

Reakcja grupy w dniach następujących po sesji śmiechoterapii miała dynamikę oscylacyjną — bezpośrednio po zajęciach uaktywniło się kontrolujące zawistne superego blokujące przejawy radosnego, libidinalnego przeżywania. Pacjenci na oddziale dziennym

leczenia nerwic są zazwyczaj głęboko psychicznie strauumatyzowani i aby funkcjonować życiowo oddzielają obszary traumatyczne za pomocą mechanizmów obronnych — zawiści, zaprzeczenia, wyparcia, rozszczepienia, projekcji i dysocjacji. W czasie sesji śmiechoterapii zależni od terapeutki uczestnicy grupy dali się zachęcić, a wyraźniej mówiąc „uwieść” perspektywą zabawy i radości, po czym poszli do domu, zostali z tymi przeżyciami sami i nie mogąc utrzymać radosnego nastroju, uruchomili w sobie zwykle mechanizmy obronne. Sesje następnego dnia po śmiechoterapii były z innymi terapeutkami, co jeszcze bardziej pogłębiło wstyd i poczucie winy (bawili się z inną osobą) i zamieniło się w złość wobec pacjentki zawistnie nieuczestniczącej w śmiechoterapii (która pozostała „niewinna”). Terapeutki przyjęły aprobującą przeżycia ze śmiechoterapii, co zmniejszyło blokującą aktywność superego. Warto jednak dopowiedzieć, że pomieściły one w sobie tę kontrolującą reakcję grupowego superego, umożliwiając pacjentom swobodę, jednak same miały kłopot z jej przetworzeniem, co skutkowało przemieszczeniem jej na superwizora o orientacji restrykcyjnie psychoanalitycznej. Konsekwencją tego było rozdzielenie zespołu terapeutycznego na część „permissywną” i „restrykcyjną” i długie dyskusje pomiędzy tymi grupami.

Wydaje się, że śmiechoterapia odblokowała w niektórych uczestnikach grupy połączenie świadomego przeżywania z dobrymi doświadczeniami, wcześniej wypartymi lub zaprzeczonymi. Te dobre doświadczenia były zbyt bolesne w przeżywaniu (ze względu na ich skąpość) i zostały zdysocjowane. Śmiechoterapia pozwoliła w pewnym zakresie na ich powrót i — co za tym idzie — wzmocniła proces integracji.

### Wnioski

Pomimo obaw terapeutów, zajęcia ze śmiechoterapii zostały przez uczestników grupy dobrze przyjęte. Chętnie w nich uczestniczyli, nie reagowali oporem (z wyjątkiem jednej, paranoicznej uczestniczki, która konsekwentnie odmawiała udziału we wszystkich zajęciach niewerbalnych). Trudny kontekst („rozmowa z ojcem”) nie przeszkodził w radosnym przeżywaniu zabawy. Na początku, w trakcie oglądania filmu „Jaś Fasola”, widoczny był etap przejściowy, trwający około 15 minut, charakteryzujący się znudzeniem, złością i oporem, który ustąpił rozbawieniu, jeszcze w trakcie trwania filmu. Uczestnicy grupy przypominali smutne, rozżalone dzieci, które dają się ostatecznie rozbawić rodzicom.

Warto zaznaczyć, że zaproponowaliśmy pacjentom sesję śmiechoterapii prowadzoną przez wykwalifikowaną (w Wielkiej Brytanii) humorolog, więc nie chodzi o żartowanie w terapii, które opisuje Bloch lub Kubie [14, 15]. Była to sytuacja podobna do opisanej przez Sheesley i współpracowników [16], w której śmiechoterapia (nie humor czy żarty w czasie terapii) zwiększyła skuteczność leczenia fobii społecznej [16].

Reakcje pacjentów pokazały, że śmiechoterapia może służyć odkrywaniu na nowo dziecka w sobie, o czym piszą Patterson [17] i Miller [18]. Humor przez swoje pokrewieństwo z zabawą może stanowić tymczasowy powrót do świata dziecka, a to z kolei może dać pacjentom chwilowe poczucie beztróski i przywrócić umiejętność czerpania radości z zabawy [19]. W końcu „w sytuacjach humorystycznych i podczas zabawy superego jest na wakacjach!” [20, str. 17].

Humor dostarcza psychologicznego wyzwolenia [21], co w omawianej tu śmiechoterapii było widoczne w entuzjastycznych reakcjach i zaangażowaniu pacjentów w zajęcia.

Możliwe, że ich zachowanie było spowodowane nie tylko zabawną i innowacyjną formą zajęć, ale też brakiem charakterystycznych dla pozostałych sesji terapeutycznych elementów, np. analizowania problemów poszczególnych pacjentów. Tym samym omawiana tu śmiechoterapia dała dwojakie wyzwolenie; po pierwsze — od myślenia pacjentów o swoich problemach, a po drugie — od typowej terapii. Można więc powiedzieć, że śmiechoterapia stanowi przeciwwagę dla reszty zajęć z terapii grupowej — jest pewnego rodzaju odskocznią, nie tylko, jeśli chodzi o formę, ale również o treść.

Niemniej jednak różnice między terapią zwykłą a śmiechoterapią mogą dla pacjentów stanowić „dyskotekę po pogrzebie”, co z kolei może powodować u nich skrajne uczucia — najpierw euforię, potem lęk czy smutek. Pojawienie się radosnego przeżywania i zabawy zaraz po przeżywaniu smutku, rozżalenia i złości było cennym doświadczeniem emocjonalnym relatywizującym negatywny nastrój. Możliwe więc, że trzeba bardziej równomiernie zastosować śmiechoterapię, np. poprzez dystrybucję zadań związanych ze śmiechem w ramach innych zajęć terapeutycznych. Wtedy humor mógłby posłużyć jako sposób komunikowania i omawiania wielorakich problemów, tym samym mógłby na bieżąco pomagać pacjentom spojrzeć na ich różne problemy z innej, bardziej pozytywnej, perspektywy wzorem Goldin i Bordan [13] i zgodnie z sugestią Martina [2] nauczyć pacjentów, jak wykorzystywać humor w codziennym życiu.

Nasr [12] zauważa, że humor i śmiech są rzadko używane i niedostatecznie odnotowane w terapii, częściowo dlatego, iż stanowią dopiero rodzący się obszar badań. Przyszłe badania mogą wzbogacić naszą wiedzę o korzyściach w wykorzystywaniu humoru w celach terapeutycznych, szczególnie, jeśli opiszą zarówno krótko-, jak i długotrwałe efekty jego stosowania i wezmą pod uwagę opinie pacjentów.

### Piśmiennictwo

1. Rancer AS, Graham EE. Theories of humour. W: DiCioccio RL, red. Humour communication: theory, impact and outcomes. Dubuque: Kendall Hunt; 2012, s. 3–20.
2. Martin RA. The psychology of humour: an integrative approach. London: Elsevier Academic Press; 2007.
3. Ibarra-Rovillard MS, Kuiper NA. The effects of humor and depression labels on reactions to social comments. *Scand. J. Psychol.* 2011; 52: 448–456.
4. Laughter Yoga University, [www.laughteryoga.org](http://www.laughteryoga.org), 1.12.2016.
5. Humor Matters, [www.humormatters.com](http://www.humormatters.com), 1.12.2016.
6. Sultanoff SM. Integrating humor into psychotherapy. W: Schaefer C, red. Play therapy with adults. New York: Wileyand Sons; 2002, s. 107–143.
7. Segal H. Wprowadzenie do teorii Melanie Klein. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
8. Winnicott DW. Zabawa a rzeczywistość. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2011.
9. Bion WR. Elementy psychoanalizy. Warszawa: Oficyna Ingemium; 2012.
10. Jakubik A. Zaburzenia osobowości. Warszawa: PZWL; 2003.
11. Pawlik J. Psychodrama, psychoanaliza i psychoterapia analityczna. W: Pawlik J, red. Psychodrama i techniki niewerbalne. Warszawa: Eneteia; 2012, s. 13–32.



12. Nasr SJ. No laughing matter: laughter is good psychiatric medicine. A case report. *Curr. Psychiatr.* 2013; 12: 20–25.
13. Goldin E, Bordan T. The use of humour in counselling: The laughing cure. *J. Couns. Develop.* 1999; 77: 405–410.
14. Bloch S, Browning S, McGrath G. Humour in group psychotherapy. *Brit. J. Med. Psychol.* 1983; 56: 89–97.
15. Kubie L. The destructive potential of humor in psychotherapy. *Am. J. Psychiatr.* 1971; 127: 861–866.
16. Sheesley AP, Pfeffer M, Barish B. Comedic improv therapy for the treatment of social anxiety disorder. *J. Creat. Ment. Health* 2016; 11: 2, 157–169.
17. Patterson S. *Better living through laughter: an attitude to live by.* New York: iUniverse; 2009.
18. Miller J. Humour — an empowerment tool for the 1990s. *Empow. Organiz.* 1996; 4(2): 16–21.
19. Carrol N. *Humour: A very short introduction.* Oxford: Oxford University Press; 2014.
20. Blake P. *Child and adolescent psychotherapy.* London: Karnac; 2008, s. 17.
21. Mindess H. *Laughter and liberation.* Los Angeles: CA: Nash; 2011.

Adres: maria.kmita@umed.wroc.pl