

PSYCHOTERAPIA 1 (176) 2016

strony 17-28

Lukasz Cichocki¹, Joanna Palka², Julian Leff³, Andrzej Cechnicki²

WYKORZYSTANIE MASKI W TERAPII PACJENTÓW Z PRZEWLEKŁYMI HALUCYNACJAMI SŁUCHOWYMI*

THE USE OF MASKS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC AUDITORY HALLUCINATIONS

¹Pracownia Badań nad Schizofrenią, Zakład Psychiatrii Środowiskowej, Katedra Psychiatrii UJ CM

²Zakład Psychiatrii Środowiskowej, Katedra Psychiatrii UJ CM

³Emeritus Professor King's College London and University College London

**schizophrenia
chronic auditory hallucinations
therapy with the use
of masks and Avatar**

Autorzy opisują skuteczną terapeutycznie metodę pracy z 28-letnim pacjentem z przewlekłymi halucynacjami słuchowymi opornymi wobec wcześniejszej farmakoterapii innych metod leczenia dostępnych w środowiskowym programie i udział w grupie terapeutycznej terapeutycznym ambulatoryjne indywidualne nie prowadziły do remisji objawów. Po interwencji terapeutycznej przy użyciu stworzonej przez pacjenta maski, będącej modyfikacją opisaną przez Juliana Leffa metody awatara, uzyskano znaczącą poprawę stanu pacjenta: radykalne zmniejszenie obecności i uciążliwości halucynacji słuchowych oraz wyraźną poprawę funkcjonowania społecznego.

Summary

Aim: The aim of this article is to describe a useful therapeutic approach in a patient with chronic auditory hallucinations resistant to a previous drug treatment and other forms of treatment available in the community therapeutic programme.

Person and method: The patient, a 28-year-old man, resident of a big city, treated psychiatrically from the age of 16, diagnosed with psychotic disorders from the age of 20. A significant role in his illness history was played by severe, persistent auditory hallucinations associated with the illness for years, causing considerable suffering and acute problems in social functioning. Previous pharmacotherapy with antipsychotic drugs, full and part-time hospitalization, individual outpatient treatment and participation in group therapy did not produce symptom remission.

Results: After the therapeutic intervention using a mask made by the patient which was a modification of the Avatar therapy described by Julian Leff, a significant improvement of the patient's condition was obtained: a dramatic reduction of auditory hallucinations and their severity and a marked improvement in social functioning.

Conclusions: Cognitive therapy with the use of a mask is a useful method in the treatment of patients with chronic auditory hallucinations, also for those who have experienced trauma. Low cost of this type of intervention compared with the Avatar therapy is an additional advantage.

* Praca powstała w Krakowskiej Grupie Badawczej nad Przebiegiem Schizofrenii Cogito

Wstęp

Ocenia się, że 20–30% spośród osób z diagnozą schizofrenii nie odpowiada na standardowe leczenie [1]. W tej grupie pacjentów znaczny odsetek stanowią osoby z przewlekłymi halucynacjami słuchowymi. Osobom tym oferowane są różnorakie innowacyjne, niestandardowe terapie zarówno o charakterze biologiczno-farmakologicznym [2, 3], jak i psychospołecznym [4–7]. Spośród oddziaływań o charakterze psychospołecznym szczególnie interesująca jest terapia awatarem, stworzona i opisana przez Juliana Leffa [8–9], w polskim piśmiennictwie przedstawiona przez Stefaniak i Leciak [10]. W skrócie — polega ona na stworzeniu na ekranie komputera wirtualnej twarzy — maski, która reprezentuje treści wypowiedziane przez halucynacje słuchowe pacjenta, który wchodzi w dialog z nimi. Rola terapeuty polega na towarzyszeniu i wspieraniu przy jednoczesnej stopniowej modyfikacji treści wypowiedzianych przez głos, by stawały się mniej traumatyczne dla pacjenta. Końcowym efektem ma być ustąpienie halucynacji bądź zmniejszenie ich dokuczliwości. Pomimo wielu zalet i korzystnych wyników metoda ma także swoje ograniczenia. Do najistotniejszych należy znaczny stopień technicznej złożoności i wiążące się z tym koszty, przez co wdrożenie tej metody, zwłaszcza w mniej zamożnych krajach, może być utrudnione. W Polsce, zainspirowani i superwizowani przez Juliana Leffa, podjęliśmy próbę zmodyfikowania terapii tak, aby była możliwa do zastosowania w warunkach krakowskiego systemu leczenia środowiskowego [11]. W miejsce technik komputerowych związanych ze specjalistycznym sprzętem i oprogramowaniem zdecydowaliśmy się na użycie maski z papieru mâché wykonanej własnoręcznie przez pacjenta.

Informacje o pacjencie

Z zaproszenia do udziału w badaniach skorzystał m.in. pan B., pacjent lat 28, mieszkający w dużym mieście. Jego rodzice żyją, ma starsze rodzeństwo, brata i dwie siostry. Leczony psychiatrycznie od 16. r.ż. początkowo z diagnozą zaburzeń depresyjnych, następnie od 20. r.ż., po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej, zaburzeń schizoafektywnych, a po kolejnej hospitalizacji otrzymał diagnozę schizofrenii. Przebieg choroby był ciężki, z wieloma hospitalizacjami psychiatrycznymi zarówno w trybie stacjonarnym, jak i dziennym. Większość w ostatnich latach leczenia, co świadczyło o pogarszającym się stanie zdrowia pacjenta, który pomiędzy hospitalizacjami był bardzo zły. Oprócz utrzymujących się objawów wytwórczych, wśród których dominowały halucynacje słuchowe o obraźliwej treści, nasilały się zaburzenia toku myślenia z otamowaniami i objawami negatywnymi, takimi jak wycofanie społeczne, apatia, abolicja, anhedonia. Objawy te skutkowały istotnymi trudnościami w funkcjonowaniu społecznym. Pan B. przez zdecydowaną większość czasu chorowania i leczenia nie utrzymywał kontaktów społecznych poza najbliższą rodziną, nie był w stanie uczyć się ani pracować z wyjątkiem krótkich okresów zatrudnienia w firmie siostry jako pomocnik w kuchni. Leczenie farmakologiczne, prowadzone przy zastosowaniu różnych leków przeciwpsychotycznych (m.in. haloperidolu, olanzapiny, amisulpirydu, aripiprazolu) we właściwych dawkach terapeutycznych, przez długi czas nie tylko nie przynosiło oczekiwanych efektów w postaci ustąpienia czy osłabienia objawów, ale od pewnego momentu wiązało się z istotnymi objawami ubocznymi w postaci nasilających się dyskinez.

Pan B. nie był w stanie korzystać z proponowanych form oddziaływań psychospołecznych z racji znacznych trudności w podejmowaniu aktywności i wynikających z tego spóźnień lub nieobecności na zajęciach terapeutycznych. Wielokrotnie z tego powodu nie był w stanie ukończyć rozpoczętego leczenia w oddziałach dziennych. Hospitalizacje stacjonarne w ogóle nie przynosiły poprawy stanu psychicznego pacjenta, bądź też poprawy te miały charakter przejściowy i mijały po kilku tygodniach. Także leczenie ambulatoryjne było utrudnione. Pacjent nie docierał na umówione spotkania z lekarzem, a zarazem jego psychoterapeutą, tak więc możliwości wykorzystania ambulatoryjnych form psychoterapii, czy to indywidualnej, czy grupowej, były ograniczone.

Sytuacja rodzinna pacjenta przez wiele lat, szczególnie w okresie dzieciństwa, była bardzo trudna, z nasilonymi konfliktami między rodzicami, głošnymi kłótniami z przekleśstwami. W domu obecny był problem alkoholowy; oboje rodzice nadużywali alkoholu. Podobnie trudny jak dzieciństwo w jego historii życia był okres adolescencji. Pan B. był wówczas ofiarą przewlekłych, trwających kilka lat prześladowań ze strony rówieśników, które zakończyły się dopiero po interwencji kolegi jego starszego brata. Opiekę nad pacjentem sprawowało głównie starsze rodzeństwo, w szczególności brat. To on przyprowadzał dorosłego już pacjenta, gdy ten w trakcie leczenia nie był w stanie samodzielnie dotrzeć na wizytę ambulatoryjną. O zaproszeniu pana B. do terapii za pomocą maski zdecydowało przewlekłe utrzymywanie się objawów wytwórczych, mała skuteczność dotychczasowych form leczenia, zarówno farmakoterapii, jak i oddziaływań psychospołecznych. Innym ważnym czynnikiem decydującym o wyborze pacjenta do udziału w terapii maską był fakt, że słyssał jeden głoš. Obserwacje Juliana Leffa [9] wskazują, że największe korzyści z terapii awatarem uzyskują pacjenci słyssący pojedyncze głošy. Pacjentom z głošami wielorakimi trudniej bowiem skoncentrować się na dialogu z jednym i wybrać konkretny, z którym będą prowadzić dyskusję.

Przygotowanie interwencji terapeutycznej

Z uwagi na nasze wcześniejsze kontakty z Julianem Leffem postanowiliśmy zastosować zmodyfikowaną formę terapii awatara, z osobistym udziałem profesora Leffa w trakcie pierwszego spotkania terapeutycznego. Pierwsza sesja poprzedzona była kilkutygodniowymi przygotowaniem, między innymi intensywną wymianą korespondencji na temat wybranego przypadku, dzięki której mógł on wcześniej poznać historię pacjenta, oraz tworzeniem we współpracy z arteterapeutą maski personifikującej słyssany przez pacjenta głoš.

Pan B. przez 5 dni tworzył w glinie twarz, która odbita w papier mâché została pomalowana i ozdobiona włosami. Przybrała wówczas postać maski. W procesie jej tworzenia cały czas uczestniczyła arteterapeutka mająca wykształcenie artystyczne i wieloletnie doświadczenie w pracy z pacjentami psychotycznymi. Etap tworzenia awatara maski stanowi pierwszy i jednocześnie bardzo istotny element procesu terapii. Maską jest bowiem odzwierciedleniem tego, co pacjent czuje, widzi, słyssa, a co często stanowi materiał niedostępny dla terapeuty. Jest ona autoportretem jego wewnętrznych przeżyć. Lepięc maskę pacjent odkrywa to, co dotychczas było głęboko ukryte, często nieuświadomione. Ponadto stworzenie maski personifikującej słyssany głoš już na tym etapie jest swego ro-

dzaju konfrontacją z głosem. To, co do tej pory było niewidzialne, teraz pan B. mógł realnie zobaczyć. W dłuższym procesie tworzenia maski mógł oswoić się z budzącym dotychczas lęk przeżyciem. Podczas tygodniowego warsztatu wyrzeźbił maskę kobiety o długich włosach. Dla jednych była w odbiorze przerażająca, a być może przerażona, o czym świadczyły duże, otwarte, nieco przerysowane, zwracające uwagę oczy. Oczy budzące różne emocje. Przekonaliśmy się o tym, dyskutując w gronie terapeutów po pierwszej sesji i próbując sami odpowiedzieć na pytanie „co widzimy w tej twarzy?” strach, smutek, uśmiech, który nie jest uśmiechem, przerażenie i zawstydzenie, o czym świadczą zaczerwienione policzki. Cała gama emocji, będąca być może odzwierciedleniem uczuć pacjenta, jakie żywił do matki. (Rys. 1).



Rys. 1. **Maska**

Kiedy maska była gotowa, pacjenta zaproszono na pierwszą sesję. Oprócz pana B., terapeutki udzielającej głosu masce i terapeuty indywidualnego, którego zadaniem było wspieranie pacjenta, na pierwszą sesję przyleciał z Londynu Julian Leff. (Podobnie było w innej pierwszej sesji zakończonej sukcesem i jeszcze nieopisanej terapii pacjentki.) Leff w obecności wszystkich doradzał terapeutę w sposobie pracy z eksternalizowanym głosem. Jego uwagi, refleksje i komentarze były integralną częścią przygotowującą samo spotkanie z maską. Obecna była też kilkusobowa grupa terapeutów naszego systemu, zaangażowana wcześniej w pracę terapeutyczną z pacjentem, obserwująca, a następnie reflektująca przebieg spotkania [11]. Obserwatorzy mieli wykształcenie dynamiczne, systemowe — rodzinne i psychodramatyczne. Pan B., chociaż przygotowany przez terapeuta indywidualnego i arteterapeutkę, co do przebiegu spotkania, początkowo był bardzo spięty i zdenerwowany. Trudna była dla niego obecność w sytuacji społecznej, konieczność odsłonięcia swoich wewnętrznych treści, a przede wszystkim sytuacja konfrontacji z ucieleśnieniem swoich lęków — maską, przeżywaną początkowo jednoznacznie jako wrogi,

prześladowczy obiekt. W tej fazie spotkania zadaniem zespołu biorącego udział w sesji było ponowne wyjaśnienie mu, w cieplej rozmowie, krok po kroku, jej przebiegu. Ważną częścią tej wstępnej rozmowy są istotne fragmenty historii życia pacjenta oraz powtórzenie informacji, kiedy dokładnie, w jakich okolicznościach zaczął słyszeć głos.

Terapeuta w rozmowie z pacjentem korzystał również z materiału uzyskanego z dotychczasowych kontaktów w czasie wizyt lekarskich oraz psychoterapii indywidualnej i starał się pomóc mu w zrozumieniu, jak wydarzenia z dzieciństwa, w tym wypadku kłótnie rodziców i prześladowanie przez rówieśników w szkole, wpłynęły na pojawienie się i treść słyszanych głosów. Pacjent, mimo że szybko ujawnił treść wypowiedzianych przez głosów: „ty gnoju!, ty skurwysynu!, jesteś gównem!”, początkowo zaprzeczał jakoby słyszany głos i wypowiedziane przez niego słowa kojarzyły mu się z jakąś konkretną sytuacją czy osobą, którą zna. Pierwszą interwencją była więc próba zrozumienia źródła tych głosów, odnalezienia sytuacji życiowej, która w pewien sposób kojarzyłaby się pacjentowi z przeżywanymi objawami. Zachęcony pytaniami pan B. wrócił myślami do dzieciństwa, kiedy to wielokrotnie był świadkiem kłótni między rodzicami, w trakcie których tak bardzo się bał, że chował się pod stołem. Słyszał wtedy z ust matki pełne agresji treści identyczne z tymi wypowiedzianymi przez głos. Wśród terapeutów pojawiła się zatem hipoteza, że słyszany przez pacjenta głos to głos matki. Pan B. ciągle zaprzeczał, mówiąc, że głos nie kojarzy mu się z nikim, kogo zna. Przyznał, że czasem próbuje walczyć z głosem poprzez skupianie się na jakiejś czynności, którą powtarza przez dłuższy czas — „Staram się kontynuować daną czynność, żeby TO wyłączyć”.

Przebieg interwencji

W kolejnym kroku, po zapoznaniu się z historią życia pacjenta oraz uzyskaniu niezbędnego materiału, jakim była konkretna zazwyczaj słyszana przez pacjenta treść, przeszliśmy do następnego etapu sesji, czyli konfrontacji z głosem. Próba przeciwstawienia się głosom i zaprzeczenia prawdziwości wypowiedzianych przez nich treści stanowi bardzo ważny punkt w terapii maską. Z uwagi na to, że konfrontacja z głosem, często agresywnym, mówiącym przykre, krzywdzące słowa, może być zbyt stresująca dla pacjenta, uznaliśmy, że pierwsza sesja powinna być krótka, nie dłuższa niż 15 minut. Terapeuta wyjaśnił pacjentowi, że teraz maska będzie mówić do niego to, co zazwyczaj słyszy od swojego głosu.

Terapeuta: *Panie Bernardzie, ja jestem tu po to, żeby pana wspierać w sporze z głosem on będzie teraz mówił te nieprzyjemne słowa, które pan słyszy jest pan gotowy?*

Pacjent: *Tak, chyba tak.*

Maska: *Ty skurwysynu! Jesteś gównem!*

P: *Nie jestem.*

T: *Jestem kimś wartościowym*

P: *Jestem kimś wartościowym.*

T: *Głośniej, niech pan to powie głośniej!*

P: *Jestem dobrym człowiekiem.*

M: *Ty skurwysynu, jesteś gównem!*

T: *Głos chyba nie usłyszał?! Pan jest kimś wartościowym, myślę, że głos powinien to wiedzieć.*

P: *Bzdury opowiadasz!*

T: *I co?*

P: *Dobrze się poczułem! (uśmiecha się).*

Początkowo pacjent mówił bardzo cichym głosem, zaprzeczając, że jest gnojem. Po interwencji terapeuty zmienił komunikat na pozytywny. Powiedział, że jest kimś wartościowym, że jest dobrym człowiekiem. Stopniowo, zachęcany przez terapeutę, mówił coraz głośniejsze, patrząc masce w twarz. Kolejną interwencją była próba uzyskania od pana B. informacji, jak rozumie on treść głosu. Mimo że w początkowej fazie przygotowującej właściwą sesję pacjent zaprzeczał, jakoby głos pochodził od kogoś, kogo zna, po pierwszej konfrontacji z maską, zapytany przez terapeutę, do kogo należy głos, stwierdził, że być może jednak jest to głos matki. Ten sam, który zawsze słyszał podczas rodzinnych awantur. Pan B. po chwili podzielił się spostrzeżeniem, że być może słowa, które wtedy słyszał, nie były skierowane do niego, tylko do ojca. Kłótnie rodziców, których pacjent był świadkiem, były dla niego trudnym przeżyciem. Pan B. podkreślał, że podczas awantur „mama wpadała w furję”, mimo to jednak w swojej opowieści na temat relacji w rodzinie w pozytywny sposób wyrażał się o matce, co skłoniło terapeutę do zadania pytania, czy głos, który pacjent słyszy, może być głosem matki.

T: *Czy to były głosy mamy?*

P: *One były skierowane do taty, ale ja to odbierałem do siebie.*

T: *Może był pan zestresowany tymi kłótniami i dlatego te głosy brał pan do siebie?*

P: *Mama wpadała w furję.*

T: *Czy pan miał wtedy chęć przeciwstawienia się temu?*

P: *Chyba tak.*

T: *To musiało być trudne, bo był pan wtedy małym chłopcem.*

P: *Uhm.*

T: *Z tego, co pamiętam z naszych rozmów, czuł się pan w tej sytuacji bardzo samotny?*

P: *Tak.*

Podczas pierwszej sesji pacjent, wchodząc w dialog z głosem, starał się głośno i stanowczo zaprzeczać temu, co on mówi. Z pomocą terapeuty przeformułował obraźliwe komunikaty głosu w pozytywne stwierdzenia na temat swojej osoby. Mówił o tym, że jest dobrym człowiekiem, że jest mądry, inteligentny, wytrwały i wrażliwy. Sprzeciwiał się głosowi, mówiąc, żeby ten przestał opowiadać bzdury na jego temat. W sytuacjach, kiedy pacjent mówił zbyt cicho i niewyraźnie, terapeuta zachęcał go do powtórzenia jeszcze raz, głośno i zdecydowanie, prosto w twarz maski. Po tej interwencji pacjent wyraźnie odetchnął i stwierdził, że czuje się dziwnie.

M: *Ciągle uważam, że jesteś gnojem.*

P: *Nie jestem gnojem, jestem wartościowym człowiekiem.*

T: *Powiedz to w twarz głosowi!*

P: *Jestem dobrym człowiekiem i wiem o tym dobrze!*

Cisza

P: *Dziwnie się czuję teraz.*

T: *Niech pan powie głosowi, że nie chce go więcej słyszeć, że niszczy pana i powinien odejść.*

P: *Rujnujesz moje życie, nie chcę cię więcej w moim życiu, opowiadasz bzdury.*

M: *Powiedz mi, co jest dobrego w tobie.*

P: *Jestem mądry, inteligentny, skromny, wytrwały.*

T: *Myszę też, że wrażliwy i dobry.*

P: *(cisza... uśmiecha się).*

Celem końcowego etapu sesji było odrzucenie przez pacjenta nękającego go głosu. Terapeuta poprosił więc pacjenta, aby ten kazał głosowi odejść. W tym samym momencie maska nieco złagodniała i zaczęła podawać w wątpliwość swoje dotychczasowe słowa. Z reguły maska czy w oryginalnej wersji — awatar, zaczyna być wspierający w kolejnych sesjach, jednakże w tym konkretnym przypadku uznaliśmy, że pacjentowi potrzebne jest pozytywne wzmocnienie i ofiarowanie mu nadziei na to, że głos go opuści. Pierwsza sesja zakończyła się w sytuacji, kiedy głos, odgrywany przez terapeutkę, zaczął mieć wątpliwości, czy ma rację.

M: *Może się pomyliłam?*

P: *Może już czas skończyć z tym?!*

M: *W przyszłości zastanowię się nad zostawieniem cię w spokoju.*

T: *Czy to byłoby dobre dla pana, gdyby głos zostawił pana w spokoju?*

P: *Myszę, że tak, bo nie musiałbym się użalać nad sobą.*

T: *Czy w tym momencie możemy zakończyć sesję? Dał pan sobie bardzo dobrze radę w przeciwstawieniu się głosowi.*

P: *(uśmiecha się).* Na zakończenie pierwszego spotkania terapeuta pogratulował panu B., że udało mu się zmierzyć z głosem oraz omówił z nim uczucia i przeżycia związane z sesją. Pacjent stwierdził, że wprawdzie było to trochę dziwne doświadczenie, ale w jego przeżyciu nie było takie straszne, jak mu się wydawało.

Istotnym elementem terapii awatarem jest przekazanie pacjentowi nagrania, np. na MP3, tak aby mógł jeszcze raz odsłuchać to, co powiedział podczas walki z głosem. Dzięki temu w trudnych momentach między kolejnymi sesjami może odtworzyć swoją batalię z głosem i jeszcze raz poczuć i przekonać się, że przeciwstawienie się głosowi jest możliwe.

Następnie, po pożegnaniu pacjenta, pozostali uczestnicy sesji kolejno przedstawiali swoje refleksje i wstępne hipotezy związane z przeżyciami i doświadczeniami pacjenta, które mogły mieć wpływ na pojawienie się i treść głosów. Lekarz prowadzący uznał, że ogromnym sukcesem pacjenta był sam udział w sesji, formułowanie pełnych zdań, odsłonięcie się przed wieloma osobami, co niewątpliwie świadczy o determinacji pana B. w walce z głosem. W trakcie sesji zauważyliśmy również, że mimo trudności w mówieniu związanych z dyskinezami, pacjent z każdym pytaniem i interwencją rozwijał się, coraz chętniej opowiadając o sobie, swoich przeżyciach i uczuciach. Istotną wydała nam się relacja z siostrą, będącą w podwójnej roli w stosunku do pacjenta, gdyż jednocześnie jest ona jego pracodawczynią. Pacjent wspominał, że siostra często traktuje go surowo, nie rozumie jego problemów zdrowotnych, często je bagatelizuje. Uważa też, że pacjent wyolbrzymia swoje trudności, że po prostu jest leniwy i wykorzystuje chorobę, żeby nie pracować. Uznaliśmy, że wskazane byłoby spotkanie terapeuty z siostrą lub jej udział w zajęciach psychoedukacyjnych, aby lepiej mogła poznać i zrozumieć chorobę brata, a zwłaszcza towarzyszące jej negatywne objawy. Ponadto w refleksji odnieśliśmy się również do traumatycznych wydarzeń z dzieciństwa pana B. (nękanie w szkole) oraz do

szczególnej dla pacjenta relacji ze starszym bratem. Uznaliśmy, że relacja z nim, jedynym ważnym, wspierającym i chroniącym obiektem, może stanowić pole do dalszej pracy z pacjentem w kolejnych sesjach z maską. Postanowiliśmy od tego właśnie zacząć kolejną sesję, konstruując pytanie związane z bratem pacjenta, a jednocześnie będące nawiązaniem do pozytywnych słów, które na swój temat wypowiedział podczas pierwszej sesji pacjent.

Po pierwszej sesji nastąpiły trzy kolejne. Dwie pierwsze w ciągu pierwszych 6 tygodni od inicjującego spotkania (po 2 i po kolejnych 4 tygodniach), ostatnia po przerwie wakacyjnej, ok. 3 miesięcy po pierwszej sesji. Sesje te odbywały się bez udziału zespołu reflektującego, w trzyposobowym zespole — pacjent, lekarz prowadzący/terapeuta oraz terapeutka udzielająca głosu masce. Druga sesja nastąpiła 10 dni po pierwszym spotkaniu. Podczas sesji pacjenta zapytano o odczucia po pierwszym spotkaniu z maską. Podobnie jak po pierwszej sesji przyznał, że było to dla niego trudne przeżycie, ale jednocześnie coś, co dało mu nadzieję na pokonanie głosu. Ponadto podkreślał, że stanowi to kolejny krok w jego wewnętrznej pracy nad sobą oraz, że dzięki temu czuje się lepiej. W kolejnym etapie maska, nawiązując do poprzedniej sesji, zapytała pacjenta, kto z jego bliskiego otoczenia także twierdzi, że jest dobrym, wrażliwym człowiekiem. Pan B. bez wahania odpowiedział, że jest to jego starszy brat. Następnie maska, zgodnie z przyjętą strategią, stawała się łagodniejsza i wspierająca dla pacjenta. Nie było już miejsca na obraźliwe komunikaty, które pacjent usłyszał podczas pierwszej konfrontacji, gdyż głos już wtedy podał w wątpliwość swoje słowa. Maska przeprosiła więc pacjenta i po raz kolejny zasugerowała, że istnieje szansa na to, że głos niebawem odejdzie.

M: *Ostatnio mówiłeś o sobie wiele miłych rzeczy. Kto jeszcze tak o tobie myśli?*

P: *Mój brat.*

T: *Czy mógłbyś podać jakieś konkretne sytuacje?*

P: *Na przykład jestem wrażliwy, bo współczuję mojemu bratu, jest mi przykro, kiedy on jest zmęczony lub smutny. Mówię mu, żeby odpoczął.*

T: *OK, to co dzisiaj chcesz powiedzieć masce?*

P: *Żeby zostawiła mnie w spokoju, wtedy będzie mi się lepiej żyło. Nie chcę, żeby nadal mnie obrażała.*

M: *Przepraszam cię, słowa, które mówiłam, nie były skierowane do ciebie.*

T: *Co teraz myślisz?*

P: *Dobrze się czuję, cieszę się, że to nie było do mnie, tylko do kogoś innego.*

M: *Jeszcze raz cię przepraszam, postaram się więcej tego nie robić.*

P: *Świetnie, cieszę się.*

Trzecia sesja odbyła się w trzy tygodnie po drugiej. W jej trakcie postanowiliśmy, że istotne będzie nawiązanie przez pacjenta dialogu z maską, tak aby możliwa wydała mu się dyskusja z głosem, przeciwstawienie się mu i odzyskanie poczucia kontroli. Pacjent na początku został standardowo zapytany o to, co wydarzyło się w jego życiu od ostatniego spotkania. Relacjonował, że zrobił się bardziej śmiały w kontaktach z ludźmi, chętniej z nimi rozmawia, jest spokojniejszy, a głos nie męczy go już tak często i potrafi sobie z tym poradzić. Przyznał też, że pokłócił się z siostrą, która po raz kolejny zagroziła, że wyrzuci go z pracy za spóźnienia i brak motywacji. W tej sytuacji postanowiliśmy wykorzystać postać siostry do przeprowadzenia dialogu z maską, aby jednocześnie uzyskać od pacjenta materiał dotyczący jego pragnień i potrzeb w relacjach.

M: *Dlaczego znowu nie przyszedłeś do pracy?*

P: *Bo jestem chory, poza tym źle się czułem po lekach.*

M: *Chory?! Ja też jestem chora, mam wszystko na głowie, praca, dom, dzieci, a muszę sobie jakoś radzić, bez leków!*

P: *A ja jestem sam! Źle się czuję, nikt mnie nie wspiera.*

M: *Czego tak naprawdę ode mnie chcesz?*

P: *Żebyś się nie czepiała, żebyś była łagodniejsza, taka... siostrzana.*

M: *Postaram się być łagodniejsza... Co jeszcze?*

P: *Chcę z tobą rozmawiać.*

M: *O czym?*

P: *Nie wiem... o twoich dzieciach, żebyś czasem coś mi o nich opowiedziała.*

M: *O czym jeszcze?*

P: *O mundialu!! (śmieje się).*

M: *OK, postaram się być dla ciebie łagodniejsza, a jeśli zdarzy się sytuacja, że tak nie będzie, to proszę cię, żebyś mi o tym powiedział.*

P: *OK.*

M: *To kiedy szczerze porozmawiamy?*

P: *Może dzisiaj, ale bardzo się tego boję.*

M: *Myszę, że to może się udać. Czy możemy się umówić, że następnym razem opowiesz mi jak było?*

P: *OK, chętnie!*

Ostatnia, czwarta sesja, odbyła się miesiąc później. Pacjent odwołał poprzednio umówioną sesję, być może z obawy przed konfrontacją, gdyż na ostatnim spotkaniu entuzjastycznie zobowiązał się do przeprowadzenia rozmowy z siostrą, mówiąc, że zrobi to „jeszcze dzisiaj”. Planowana rozmowa z siostrą miała być próbą ocieplenia stosunków, zaprzestania konfliktów w pracy oraz próbą prowadzenia „normalnej rozmowy np. o dzieciach siostry lub o mundialu”. Po namowach terapeuty pan B. zgodził się na ostatnią sesję — „pożegnanie z maską”.

Pacjent był zdecydowanie bardziej rozmowny, chętniej opowiadał o tym, co dzieje się w jego życiu. Maską zapytała pacjenta, co się wydarzyło od ostatniego spotkania, na co pacjent od razu zaczął relacjonować kolejny konflikt z siostrą, która ostatecznie wyrzuciła go z pracy. Powiedziała, że to była ostatnia szansa, którą pacjent zaprzepaścił i ma już więcej nie przychodzić. „Powiedziała, żebym sobie siedział z rodzicami”. Powodem zwolnienia było niewykonanie przez pacjenta polecenia siostry i chęć odłożenia go na później.

Większość tematów wnoszonych przez pacjenta podczas ostatniej sesji związana była z relacją z siostrą, a raczej konfliktowi z nią. Pacjent mówił o tym, że ta relacja jest bardzo ważna dla niego, tak samo jak praca, która daje mu satysfakcję, pieniądze i kontakty z ludźmi, dzięki temu ma motywację, żeby wyjść z domu. Maską próbowała skłonić pacjenta do innych aktywności, być może poszukania pracy gdzie indziej. Pan B. postanowił zastanowić się nad innymi rzeczami, które mógłby i chciałby robić na co dzień. Na zakończenie pacjent z uśmiechem podziękował „pani masce” za udział w sesjach i wszystkie pytania.

Oprócz sesji maskowych przy udziale trzeciej osoby, terapeutki używającej głosu masce, odbywały się równoległe spotkania terapeutyczne co 3–4 tygodnie, gdzie oma-

wiano zmiany zachodzące w zdrowiu i życiu pacjenta, reflektowano możliwy wpływ sesji „maskowych” na te zmiany.

Po ostatniej sesji, w trakcie której doszło do rozstania, pożegnania z maską, halucynacje słuchowe pacjenta w zasadzie ustąpiły. W ich miejsce pojawiły się myśli natrętne związane z liczeniem oraz wątkami seksualnymi. W poczuciu pacjenta były one o wiele łagodniejsze i mniej zaburzające jego funkcjonowanie niż omamy słuchowe. Jako zespół terapeutyczny byliśmy ciekawi, na ile opisana zmiana będzie miała trwałe charakter. Z tego względu postanowiliśmy odczekać rok od momentu rozpoczęcia terapii maskowej, aby ocenić bardziej długofalowe efekty terapii. W ciągu tego roku podtrzymywany był kontakt lekarski. Z racji na ustąpienie objawów psychotycznych można było znacznie zredukować dawki leków przeciwpsychotycznych. Istotnym problemem była aktywność społeczna pacjenta. W związku z opisanym wyżej konfliktem ze starszą siostrą, która była jego pracodawczynią, nie mógł liczyć na powrót do dotychczasowego miejsca pracy. Przez parę miesięcy większość czasu spędzał w domu, mając poczucie, że nie wie, co ma ze sobą zrobić. Ze względu na fakt, że terapia maską odbywała się w kontekście środowiskowego systemu leczenia psychiatrycznego, dysponującego m.in. środowiskowym domem samopomocy, zaproponowano pacjentowi uczestnictwo w jego zajęciach. Po kilku nieudanych próbach ostatecznie pacjent zaczął regularnie brać udział w terapii. Okazał się bardzo zaangażowanym i aktywnym uczestnikiem, lubianym przez otoczenie, chętnym do pomocy innym.

Aktualnie, po roku od rozpoczęcia terapii maską, nadal utrzymuje się zasadniczo remisja objawów wytwórczych. Jeśli jakieś omamy słuchowe się pojawiają, to mają zwienny charakter i nie zaburzają w istotny sposób funkcjonowania społecznego pacjenta. Nadal z satysfakcją uczestniczy w zajęciach i programie terapeutycznym środowiskowego domu samopomocy, chce podjąć pracę w warunkach chronionych. Planuje także wyjazd na obóz terapeutyczny w góry. Będzie to jego pierwszy wyjazd i możliwość samodzielnego spędzenia czasu poza miastem od wielu lat.

Dyskusja

Opisywana metoda terapeutyczna stanowi część większego projektu zaplanowanego z myślą o pacjentach słyszających chronicznie okrutne głosy, który aktualnie jest prowadzony w ramach krakowskiego systemu leczenia środowiskowego za pomocą maski oraz monodramy [12]. Interwencja terapeutyczna z wykorzystaniem maski jest swoistą odmianą „terapii awatarem” Juliana Leffa i wsp. [9]. Awatar okazał się skuteczną, aczkolwiek bardzo kosztowną metodą wobec pacjentów, którzy przez wiele lat słyszeli uporczywe głosy, najczęściej okrutne i dręczące, a nie poddające się farmakologicznej interwencji. Jeśli kolejne sesje terapeutyczne z innymi pacjentami słyszącymi głosy potwierdzą skuteczność terapii z użyciem maski to z pewnością dodatkową wartością mogą być względnie niskie koszty (low-tech) takiej interwencji. A to w porównaniu z terapią awatarem (high-tech) czyniłoby ją szczególnie cenną w Afryce, Ameryce Środkowej i Południowej oraz Azji, w krajach o niskich dochodach i jednocześnie powszechnej obecności maski w ich kulturze. Pan B. bez wątpliwości zaliczał się do grupy pacjentów z przewlekłe utrzymującymi się halucynacjami słuchowymi, które miały bardzo negatywny wpływ na jego samopoczucie i funkcjonowanie społeczne. Bezradność systemu terapeutycznego — brak efektów

farmakoterapii, mała skuteczność hospitalizacji zarówno stacjonarnych, jak i dziennych oraz odrzucenie i nieskuteczność klasycznej psychoterapii przemawiały za zastosowaniem alternatywnych metod leczenia.

W naszym przekonaniu wśród czynników, które mogły być szczególnie użyteczne w przypadku pana B., wymienić należy przede wszystkim możliwość rozpoczęcia dialogu zewnętrznego z głosami, które wcześniej były obecne w jego przestrzeni wewnątrzpsychicznej. Te dwa elementy — dialog z Innymi i zewnętrzność czynią istotną różnicę względem wcześniejszego monologu głosów w przestrzeni wewnątrzpsychicznej. Dialog z Drugim daje poczucie wpływu na sytuację, w chwili, gdy głos zmienia się pod wpływem wypowiedzianych przez pacjenta treści. Stopniowo zaczyna odczuwać i umacniać się w przekonaniu, że nie jest już bezbronny wobec wszechmocnego, wszechwiedzącego głosu, co zdaniem Hackera [13] jest kluczowym elementem dotkliwości halucynacji słuchowych. Podobne obserwacje i pierwsze obiecujące efekty uzyskane zostały przez Bielańską [12] w jej interwencjach wobec pacjentów z przewlekłymi halucynacjami słuchowymi z zastosowaniem monodramy. Tutaj również pacjenci, słyszący przez wiele lat głosy, uzyskiwali poprawę objawową. Równocześnie uzewnętrznienie dialogu umożliwia uzyskanie wsparcia ze strony otoczenia. Osoba doświadcza, że nie jest już sama ze swoimi głosami, są wokół niej inni, którzy ją rozumieją, chcą jej pomóc, podpowiadają, doradzają. Tym razem ci Inni są życzliwi, dostrzegają jej wartość, jak potem opisują tę sytuację sami pacjenci.

Istotnym czynnikiem terapeutycznym wydaje się również powiązanie przez pacjenta treści słyszanych przez niego głosów z traumatycznym wydarzeniem z przeszłości. Zrozumienie tej zależności pozwoliło panu B. odkryć sens przeżywanego objawu, a także w sposób bardziej skuteczny niż wcześniej bronić się przed nimi. Związki między traumą a zaburzeniami psychotycznymi były już wiele razy poruszane w literaturze [14–16]. Nasze doświadczenia wskazują, że opisywana metoda pracy terapeutycznej z pacjentami psychotycznymi pozwala zredukować skutki przeżytej traumy.

W użyteczności tej metody należy dostrzec także wpływ czynników niespecyficznych, takich jak szczególnie atmosfera, która towarzyszy nowo wprowadzanej metodzie terapeutycznej, poczucie bycia w centrum uwagi dla grupy ważnych dla pacjenta osób, większe zainteresowanie i troska, które pozwalają podnieść poczucie własnej wartości i sprawić, co dostrzegł Leff i wsp. [9], że halucynacje zajmują „mniej wolnej przestrzeni”.

Wnioski

1. Terapia maską jest potencjalnie użyteczną metodą w terapii pacjentów chorujących na schizofrenię z przewlekłymi halucynacjami słuchowymi, także tych, którzy mają doświadczenie traumy wczesnodziecięcej.

2. Dodatkową wartością mogą być niskie, w porównaniu z oryginalną metodą awatara, koszty tego typu interwencji terapeutycznej.

Piśmiennictwo

1. Kane JM. Treatment resistant schizophrenic patients. *J. Clin. Psychol.* 2007; (suppl 9): 35–40.
2. Sommer IE, Slotema CW, Daskalakis ZI, Derks EM, Blom JD, van der Gaag M. The treatment of hallucinations in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr. Bull.* 2012; 38(4): 704–714.

3. Miyamoto S, Jarskog LF, Fleischhacker WW. New therapeutic approaches for treatment-resistant schizophrenia: A look to the future. *J. Psychiatr. Res.* 2014;58: 1–6. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.07.001. Epub 2014 Jul 8.
4. Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *Br. J. Psychiatry* 1994; 164(2): 190–201.
5. Persaud R, Marks I. A pilot study of exposure control of chronic auditory hallucinations in schizophrenia. *Br. J. Psychiatry* 1995;167(1): 45–50.
6. Jenner JA, Nienhuis FJ, van de Willige G, Wiersma D. „Hitting” voices of schizophrenia patients may lastingly reduce persistent auditory hallucinations and their burden: 18-month outcome of a randomized controlled trial. *Can. J. Psychiatry* 2006; 51(3): 169–177.
7. Jenner JA, van de Willige G, Wiersma D. Multi-family treatment for patients with persistent auditory hallucinations and their relatives: a pilot study. *Acta Psychiatr. Scand.* 2006; 113(2): 154–158.
8. Leff J, Williams G, Huckvale MA, Arbuthnot M, Leff AP. Computer-assisted therapy for medication-resistant auditory hallucinations: proof-of-concept study. *Br. J. Psychiatry* 2013; 202: 428–433.
9. Leff J, Williams G, Huckvale M, Arbuthnot M, Leff AP. Avatar therapy for persecutory auditory hallucinations: What is it and how does it work? *Psychosis* 2014; 6(2): 166–176.
10. Stefaniak I, Leciak J. Użycie Avatara w terapii pacjentów z przewlekłymi halucynacjami słuchowymi. *Psychiatr. Dypl.* 2015; 6: 15–19.
11. Cechnicki A. W stronę psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej — 30 lat doświadczeń krakowskich. Pro memoria Professor Antoni Kępiński. *Psychoter.* 2009; 3 (150): 43–55.
12. Bielańska A. Monodrama jako specyficzna interwencja w leczeniu halucynacji słuchowych. *Psychoter.* 2016; 1 (176): STR.
13. Hacker D, Birchwood M, Tudway J, Meaden A, Amphlett C. Acting on voices: omnipotence, sources of threat, and safety-seeking behaviours. *Br. J. Clin. Psychol.* 2008; 47(2): 201–213. Epub 2007 Oct 23.
14. Read J, Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr. Scand.* 2005; 112: 330–350.
15. Braehler C, Valiquette L, Holowka D, Malla AK, Joobar R, Ciampi A, Pawliuk N, King S. Childhood trauma and dissociation in first-episode psychosis, chronic schizophrenia and community controls. *Psychiatry Res.* 2013; 210(1): 36–42.
16. Choi JY, Choi YM, Kim B, Lee DW, Gim MS, Park SH. The effects of childhood abuse on self-reported psychotic symptoms in severe mental illness: Mediating effects of posttraumatic stress symptoms. *Psychiatry Res.* 2015; 229(1–2): 389–393.

adres: andrzej.cechnicki@uj.edu.pl