

Brian V. Martindale

## ZASTOSOWANIA PODEJŚCIA PSYCHODYNAMICZNEGO WE WCZESNEJ INTERWENCJI W PSYCHOZACH<sup>1</sup>

### PSYCHODYNAMIC CONTRIBUTIONS TO EARLY INTERVENTION IN PSYCHOSIS<sup>2</sup>

**psychodynamics  
early intervention  
psychosis**

*Autor omawia wkład, jaki wnieść może podejście psychodynamiczne w pracę zespołów zajmujących się wczesną interwencją w psychozach. Psychodynamiczny sposób rozumienia wzbogaca koncepcję psychozy opartą o model podatności na stres (stress and vulnerability model); może dopomóc w zapobieganiu nawrotom; przyczynia się do indywidualizacji planów terapii i pozwala lepiej rozumieć postawy pacjentów wobec leczenia farmakologicznego. Przedstawia również argumenty uzasadniające prowadzenie długoterminowej indywidualnej, grupowej oraz rodzinnej psychoterapii przez zespoły wczesnej interwencji.*

**Summary:** This article considers the contribution that psychodynamics can make to the work of teams providing early intervention in psychosis. Psychodynamic understanding enriches the stress and vulnerability psychosis model; it can contribute to resolving the issues involved in relapse prevention; informs individualised formulations; and can make sense of patients' reactions to prescribing in psychosis. A rationale is given for longer-term individual, group and family dynamics psychotherapies within early intervention teams.

Zespoły wczesnej interwencji w psychozach, aktywne pozyskiwanie pacjentów oraz interwencje kryzysowe w domu pacjenta stanowią trzy filary modernizacji leczenia psychiatrycznego osób dorosłych w Wielkiej Brytanii.

Zrębu dla służb wczesnej interwencji w psychozach dostarczyły Zasady Realizacji Ochrony Zdrowia Psychicznego opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia (Mental Health Policy Implementation Guide, Department of Health, 2001) i zespoły wczesnej interwencji działają obecnie w wielu brytyjskich trustach. W przedmowie do tego dokumentu stwierdzono: „Jest to poradnik, nie zbiór nakazów” (str. 3). Zachęca on wyraźnie do elastycznego, dostosowanego do warunków lokalnych formułowania zasad i sposobów

---

<sup>1</sup> Brian Martindale jest konsultantem psychiatrą Oddziału Wczesnej Interwencji w Psychozach dla okręgu na południe od rzeki Tyne (South of Tyne Early Intervention in Psychosis Service) (Northumberland, Tyne and Wear NHS Trust, Monkwearmouth Hospital, Newcastle Road, Sunderland SR5 1N, UK. E-mail: brian.martindale@stw.nhs.uk). Upřednio pracował przez 30 lat w Londynie jako psychiatra konsultant w zakresie psychoterapii. Jest członkiem Zarządu Międzynarodowego Towarzystwa Terapii Psychologicznej Schizofrenii i innych Psychoz (International Society for the Psychological Treatments of Schizophrenia and other Psychoses; ISPS; <http://www.isps.org>), był założycielem i przewodniczącym brytyjskiego oddziału ISPS.

<sup>2</sup> Artykuł ukazał się pierwotnie w: *Advances in Psychiatric Treatment* (2007), vol. 13, 34–42, tłumaczenie i druk za zgodą wydawcy.

działania tych zespołów, tak by młodemu człowiekowi przeżywającemu pierwszy w swoim życiu epizod psychozy zwiększały one szansę powrotu do aktywnego życia społecznego i zawodowego.

Artykuł dostarcza wstępnego wyobrażenia o tym, co podejście psychodynamiczne może wnieść w działalność zespołów wczesnej interwencji, stwarzając możliwość lepszego rozumienia pacjentów i ich rodzin oraz wpływając na formę interwencji terapeutycznych. Złączona bibliografia odsyła do obszerniejszych opracowań klinicznych i teoretycznych.

### **Wczesna interwencja w krajach skandynawskich**

W Skandynawii wczesna interwencja w psychozach ma znacznie dłuższą historię niż w Wielkiej Brytanii. Psychodynamiczne i systemowe rozumienie psychoz jest tam często rutynową składową podejścia terapeutycznego, którego zasadą jest dostosowanie do potrzeb oraz dialog z rodziną, i przynosi to zachęcające efekty [1, 2, 3]. Na niektórych terenach Skandynawii aż 75% personelu zatrudnionego w psychiatrii posiada kwalifikacje psychoterapeutyczne oficjalnie uznawane na obszarze danego kraju [3]. W Wielkiej Brytanii, być może z powodu oddzielenia specjalistycznego szkolenia w psychoterapii od psychiatrii dorosłych i psychiatrii społecznej, podejście psychodynamiczne rzadko bywa stosowane w leczeniu psychoz. Procedury opisywane przez Garelicka i Lucasa [4], Jacksona i Cawley'ego [5] należą do wyjątkowych. Istnieje niebezpieczeństwo, że nowo powstające służby wczesnej interwencji również będą obciążone tym brakiem.

### **Cele wczesnej interwencji**

Tabela 1 wyszczególnia główne cele działania zespołów wczesnej interwencji i pozostaje w zgodności z poradnikiem Ministerstwa Zdrowia (Mental Health Policy Implementation Guide, 2001). Ten rodzaj usług przeznaczony jest zazwyczaj dla osób pomiędzy 14. a 35. rokiem życia. Nie sposób przecenić znaczenia wczesnego obejmowania pacjentów leczeniem. Wiele opracowań wykazuje, iż okres pomiędzy początkiem psychozy a rozpoczęciem leczenia wynosi zazwyczaj od jednego roku do dwóch lat. W tym dość długim czasie często dochodzi do psychospołecznej degradacji, której można by uniknąć [6, 7].

#### **Tabela 1. Podstawowe cechy służb wczesnej interwencji**

- Zespoły działają w lokalnej społeczności w ten sposób, by osoby w wieku od 14 do 35 lat dotknięte pierwszym epizodem psychozy uzyskały specjalistyczną pomoc jak najwcześniej.
- Zespoły działają w taki sposób, by udzielać wsparcia i pomocy rodzinie.
- Aby wspierać proces zdrowienia psychospołecznego koordynator terapii zapewnia pacjentowi stabilny i ciągły kontakt terapeutyczny przez przynajmniej trzy lata, jeżeli tylko jest to możliwe.
- Proces terapii obejmuje opracowywanie skutecznych planów zapobiegania nawrotom choroby przy współudziale pacjenta, jego rodziny i najbliższych przyjaciół.
- W przypadku młodszych pacjentów proces terapii zmierza do umożliwienia im rozwoju znaczących związków interpersonalnych, z uwzględnieniem ich edukacji, spędzania czasu wolnego i przygotowania do podjęcia pracy.

- Zespoły zajmują się również innymi współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi pacjenta.
- Leki przeciwpsychotyczne są stosowane w możliwie najniższych dawkach, obowiązuje zasada „zerowej tolerancji” wobec objawów ubocznych.
- Warunki zamieszkiwania i hospitalizacji dostosowuje się do potrzeb młodych ludzi, dążąc do minimalizacji sytuacji urazowych i stygmatyzujących.

### **Koncepcja psychozy jako wyniku podatności na stres (stress-vulnerability model)**

Lekarze w zespołach wczesnej interwencji zwykle posługują się modelem psychozy rozumianej jako wynik podatności na stres. Dąży się do zidentyfikowania stresorów zaistniałych ostatnio w życiu danej osoby i określenia leżącej u podłoża jej wrażliwości na stres. Długodystansowym celem jest uzyskanie maksymalnej poprawy psychospołecznej. Stanowi to znaczącą zmianę podejścia w porównaniu z postępowaniem skoncentrowanym na zwalczaniu objawów psychotycznych. Model podatności na stres jest z natury rzeczy modelem dynamicznym, nawet jeśli nie poświęca się szczególnej uwagi procesom nieświadomym.

Odporność na psychozę czy też skłonność do niej wynika ze skomplikowanych interakcji czynników biologicznych i doświadczeń życiowych [8]. Spojrzenie na historię pacjenta i jego rodziny z perspektywy psychodynamicznej może w znacznym stopniu przyczynić się do lepszego zrozumienia bardzo indywidualnego charakteru jego osobistych „toksycznych stresorów”. Istotne jest zidentyfikowanie emocji, które uprzednio przytłaczały daną osobę, a aktualnie są zamaskowane. Destrukcyjne impulsy, doznana przemoc i inne urazy, problemy tożsamości seksualnej, doskwierające poczucie winy czy wstydu, przeżycie utraty, uczucie klęski i samotności zostają zazwyczaj wyrażone w formie zniekształconej przez działanie mechanizmów psychodynamicznych, szczególnie przez projekcję. Aby odnaleźć trop należy zwrócić uwagę na treść urojeń i omamów.

Odtworzenie pełnego obrazu osobowości przedchorobowej pomoże zrozumieć współzależność stresu i indywidualnej nań podatności. Ten obraz może posłużyć jako klucz do rozpoznania mechanizmów psychotycznych używanych przez pacjenta w celu unikania myśli o szczególnie bolesnych i trudnych problemach. Przykład 1 ilustruje takie współdziałanie aktualnego stresu i uprzednio już istniejącej podatności.

#### *Przykład 1*

Pewna ciężarna kobieta w stanie psychozy początkowo zaprzeczała swej ciąży. Na oddziale zapewniono jej optymalne warunki pobytu i oczekiwano przez 3 miesiące na efekt działania neuroleptyków. Pacjentka jednak nadal przejawiała silne popędy samobójcze. Była zaabsorbowana jakimiś tematami najwyraźniej niemającymi żadnego związku z jej ciążą, a w jej psychotycznie splątanych wypowiedziach co jakiś czas powracało słowo „obcy”.

Nowo zatrudniony pracownik oddziału dysponujący doświadczeniem w terapii psychodynamicznej zaproponował spotkanie z udziałem pacjentki i jej rodziny. Kluczowym czynnikiem dynamiki rodzinnej (ale także oddziałującym na personel oddziału) okazał się niewysłowny ciężki wstyd z powodu okoliczności zajścia pacjentki w ciążę, a także z powodu osoby jej partnera seksualnego. Gdy podjęto regularne i bezpieczne dla rodziny

sesje, umożliwiające poddanie kontroli i dyskusji tego bardzo bolesnego poczucia wstydu, stan pacjentki poprawił się i objawy psychozy szybko ustąpiły.

Ów wstyd wiązał się z poważnym problemem: czy rodzina może zaakceptować („obce”) dziecko, czy też jedynym możliwym rozwiązaniem będzie „ekskomunika”. Te wątki byłyby łatwo uchwytne, gdyby zwrócono wcześniej uwagę na treść psychotycznych wyobrażeń pacjentki oraz jej sytuację rodzinną. To pozwala dostrzec, jak ważne jest poszukiwanie znaczenia zawartego w formie i treści psychozy dla zidentyfikowania niedających się znieść emocji i wyobrażeń, które dotyczą aktualnych stresów.

Dalsze spotkania rodzinne ukazały zadawnione problemy związane ze wstydem i skrępowaniem. Rodzice pochodzili z Bangladeszu, z bardzo przywiązanego do tradycji środowiska, i po przybyciu do Wielkiej Brytanii rodzina musiała stawić czoła trudnym emocjonalnie międzypokoleniowym i międzykulturowym konfliktom. Ich córka (teraz w ciąży z pierwszym w rodzinie wnukiem) jako najstarsze dziecko pierwsza też doświadczyła tych problemów, co wzmogło jej podatność na stres. Te czynniki mogły stanowić podłoże dla jej psychotycznego myślenia o „obcym”.

Zaangażowanie w sprawę pacjenta wymaga elastycznego podejścia ze strony terapeuty. Terapeutyczna praca z rodziną początkowo odbywała się na oddziale, a potem była kontynuowana w domu pacjentki.

Wszystkie przykłady zamieszczone w tym artykule są fikcyjne, lecz wywodzą się z codziennego doświadczenia zespołu zajmującego się pierwszorazowymi epizodami psychoz.

### **Zapobieganie nawrotom według modelu podatności na stres**

Ważną część składową wczesnej interwencji stanowi praca z pacjentami – i ich bliskimi – mająca na celu zidentyfikowanie wczesnych sygnałów zapowiadających nawrót psychozy, charakterystycznych dla danego pacjenta (indywidualny „styl” nawrotów). Określone zostają czynniki, które w takich stanach mogą pomóc lub pogorszyć sprawę, oraz strategie służące zaistnieniu czynników korzystnych. Gumley et al. [9] i J. Smith (2004, doniesienie ustne) przekonująco wykazali skuteczność takiego sposobu postępowania.

W identyfikacji czynników istotnych dla profilaktyki nawrotów może pomóc analiza psychodynamiczna.

#### *Przykład 2: zapobieganie nawrotom*

Tim niewiele osiągnął po zakończeniu edukacji szkolnej, podjął naukę zawodu, ale ją porzucił. Gdy rozpoczęła się u niego psychoza, zwlekał z poszukiwaniem pomocy. Halucynował głosy oskarżające go, że nie nadaje się do niczego. Był ofiarą prześladowań w latach szkolnych, ale nie przypominał sobie, by ktokolwiek z rodziny próbował go bronić. Psychoza ustąpiła i określono pewne zasady postępowania, które mogłyby być skuteczne dla przeciwdziałania nawrotom. Jednak analiza psychodynamiczna pozwoliła dostrzec, że wszelkie starania, jakie podejmowano, aby mu pomóc, kończyły się poczuciem bezradności personelu. To stawiało jego omamy słuchowe w nowym świetle: Tim wypierał ze świadomości poczucie własnej nieudolności, przypisując nieudolność innym. Można sądzić, że prześladowające go głosy wyrażały w jakiś sposób jego własną samoocenę,

której nie był w stanie zaakceptować. Aby zapobiec nawrotowi psychozy i poprawić swoje społeczne funkcjonowanie Tim powinien dostrzegać i skutecznie kontrolować nie tylko przewidywane destrukcyjne tendencje innych wobec siebie, ale i – co równie ważne – własne destrukcyjne tendencje wobec innych.

Przypadek Tima pozwala dostrzec, jak złożoną sprawą jest zapobieganie nawrotom i planowanie stosownego postępowania. Wszyscy winni rozmawiać z nim o tych jego skłonnościach (zespół wczesnej interwencji, rodzina i przyjaciele oraz – gdy czas nadejdzie – jego pracodawca), by pomóc mu konfrontować się z nimi. W okresie przedchorobowym narastały one w sposób destruktywny, lecz nie uświadamiane prowadziły do coraz bardziej ubożalego i samotnego życia.

### **Wkład podejścia psychodynamicznego w rozumienie psychoz**

#### *Integracja a wypieranie rzeczywistości*

Prawidłowo funkcjonujący umysł uwzględnia i integruje rzeczywistość. W kategoriach psychodynamicznych rzeczywistość obejmuje składowe wewnętrzne i zewnętrzne. Zewnętrzna rzeczywistość dotyczy zarówno materii nieożywionej, jak i świata istot żywych, w tym i rzeczywistości ludzkich umysłów oraz kulturowo akceptowanych praw rządzących nieożywionym i żywym światem zewnętrznym. Rzeczywistość wewnętrzna odnosi się do wewnętrznego świata ludzkich emocji związanych z miłością, nienawiścią, seksualnością, utratą i samotnością, obok innych twórczych czy destruktywnych myśli i fantazji, jak i też do rzeczywistości komunikatów pochodzących z superego (sumienia). Niezaburzony umysł przyjmuje myśli, fantazje, emocje i symbole takimi, jakie są.

W przeciwieństwie do tego w psychozach umysł nie integruje części spośród tych normalnych aspektów psychicznej i zewnętrznej rzeczywistości. W myśl rozumienia psychodynamicznego, gdy w psychozie uaktywniają się czynniki psychogenne, nieświadomość dąży do wyeliminowania pewnych aspektów wewnętrznej lub zewnętrznej rzeczywistości, które są zbyt trudne do zniesienia, do zaakceptowania, lub zbyt przytłaczające, skutkiem czego dana osoba postępuje tak, jakby te aspekty nie istniały. Dla pewnych osób projekcja (ewakuacja), zaprzeczenie i różne inne sposoby odszczepiania rzeczywistości mogą stanowić nawykowy sposób radzenia sobie z niepożądanymi emocjami (co ukazuje psychotyczne aspekty ich osobowości); u innych to występuje jedynie w wyjątkowo trudnych okolicznościach. Współczesna teoria psychodynamiczna głosi, że zarówno forma, jak i treść psychozy mogą być częściowo zdeterminowane przez nieświadomione psychologiczne siły. Jest to w pełni zgodne z koncepcją konstytucjonalnej podatności na stres.

#### *Przykład 3*

Pani K. od dłuższego czasu przeżywała niepewność, czy potrafi utworzyć z kimś trwałe związki. Wpadła w rozpacz, gdy ktoś, w kim się zakochała, nie odwzajemnił jej uczuć, i to przeżycie zaostriżyło jeszcze bardziej jej negatywną samoocenę, jak i też lęk o przyszłość. Po dwóch tygodniach niedającego się przetrwać cierpienia przebudziła się z uprzejmym urojeniovym przekonaniem, że jest zaręczona z pewnym młodym lordem (o którym ostatnio dużo pisano w gazetach).

Zrozumienie psychodynamiki pozwala tworzyć hipotezy dotyczące nieakceptowanej przez daną osobę idei (realności), która obecna jest w psychotycznej deformacji. Nieakceptowana „rozpaczliwa” wewnętrzna rzeczywistość pani K. została ewakuowana, a utworzona nowa, niezadająca cierpienia (lecz niezgodna, rzecz jasna, z rzeczywistością zewnętrzną). Pani K. opowiadała o swych (wyobrażonych) zaręczynach zawsze w taki sposób, by inni mogli odczuć brak podobnych przeżyć, co dowodziło pewnego sukcesu w ewakuacji własnego „braku” do świata wewnętrznego innych ludzi.

Freud [10] pisał: „stwierdzić można, że urojenie spełnia rolę łąty w miejscu, w którym pierwotnie pojawiła się dziura w relacji ego ze światem zewnętrznym... Jeśli ten wyjściowy stan konfliktu ze światem zewnętrznym nie jest dla nas aktualnie łatwy do zauważenia, dzieje się tak, ponieważ w klinicznym obrazie psychozy przejawy patogenicznego procesu są zakryte przez przejawy usiłowania samoleczenia lub rekonstrukcji”. (s. 151)

Przykład pani K. jest potwierdzeniem odkrycia Freuda. Niezbędna była precyzyjna praca terapeutyczna, by można było dostrzec, co działo się w tygodniach poprzedzających wybuch psychozy. Nie wiedząc nic o psychologicznych procesach rozszczepienia w psychozie można by nie dostrzec związku treści urojenia z historią życia pacjentki i uznać, że dowodzi to biologicznych przyczyn psychozy.

W psychiatrii stawia się rozpoznanie psychozy na podstawie obecności pewnych zjawisk psychicznych, nie wnikając w teorię. Podejście psychodynamiczne wzbogaca psychologiczną teorię psychoz, gdzie nieświadomym celem jest wyeliminowanie lub ominięcie realności rzeczywistych przeżyć psychicznych i utworzenie nowej realności. W niepsychotycznych zaburzeniach psychicznych rzeczywistość zostaje zachowana jako źródło cierpienia. W psychozach pewne myśli i uczucia są przeżywane nie jako fenomeny psychiczne mające określone symboliczne znaczenie, lecz jako rzeczywistość zagrażające sytuacji lub przedmiot, którym należy przeciwdziałać środkami fizycznymi.

### **O psychotycznych mechanizmach obronnych ciąg dalszy**

Ten rozdział dostarcza więcej informacji na temat psychodynamicznego rozumienia zjawisk doświadczanych podczas pierwszego epizodu psychozy, by można było lepiej zrozumieć uzasadnienie dających się zastosować podejść terapeutycznych.

Klinicyści psychodynamiczni opisali niedawno psychologiczne mechanizmy występujące w psychozach znacznie obszerniej, niż były one znane dotąd. Informacje docierają do naszego umysłu z wielu organów zmysłowych – takich jak oczy, uszy i skóra – i są też wytworem samego umysłu pod postacią myśli i wspomnień. Jeśli self jest zagrożone przez daną informację (jeżeli jej znaczenie jest nie do przyjęcia, lub jeśli jest ona źródłem przyniatającej emocji) albo gdy już zostało przez nią przytłoczone, nieświadome mechanizmy starają się pozbawić ją realności, co powoduje dziwaczne objawy i oznaki psychozy.

Aparat zmysłowy i aparat umysłowy (normalnie stanowiące źródła informacji) zostają wykorzystane przez psychotyczne aspekty umysłu jako szlaki, którymi informacja o rzeczywistości, w tym o realności nieakceptowanych myśli i uczuć, może zostać usunięta ze świadomości. Stąd różnorodność psychotycznych zjawisk: halucynacje wzrokowe i słuchowe, omamy dotykowe, przypisywanie innym umysłom lub obiektom nieożywionym zaburzonych myśli i idei oraz dążenia do opanowania przez te idee umysłu pacjenta (co

znajduje swój wyraz w psychotycznych zjawiskach prześladowczych). Te same mechanizmy działają w naszych marzeniach sennych.

Pewne aspekty umysłu i osobowości pozostają nietknięte przez psychozę, podczas gdy inne zostają opanowane przez proces psychotyczny. Jedne i drugie współlistnieją i wchodzą we wzajemne złożone relacje, często współzawodnicząc o uzyskanie przewagi [11], tak jak w poniższym skrótowym przykładzie.

#### *Przykład 4*

Pewna starsza wdowa była przekonana, że inni ludzie próbują dostać się do jej mieszkania przez przewody gazowe i szczeliny w podłodze, by ją okraść. (Bała się, że będzie coraz uboższa). Jednak z tą skargą wolała pójść do szpitala psychiatrycznego niż na policję.

Istotnym mechanizmem psychodynamicznym w psychozie jest aktywne rozdzielanie związków pomiędzy poszczególnymi elementami informacji lub myśli i (w wyobrazeniach) ewakuowanie oddzielonych fragmentów w desperackiej próbie zapewnienia sobie poczucia bezpieczeństwa. Te zjawiska nazywamy fragmentacją albo odszczepianiem i projekcją.

Może to przybliżyć uproszczony przykład dotyczący halucynacji słuchowych.

#### *Przykład 5*

John miał halucynacje – słyszał ludzi mówiących o nim w oskarżycielski i poniżający sposób. Głosy pojawiły się po popędliwie spędzonym dniu, w którym miał kontakty seksualne z paroma kobietami. Dzień wcześniej doszło do kłótni między nim a jego partnerką, która zarzucała mu nieczułość wobec jej uczuć.

Można przypuszczać, że źródłem tych głosów było nieświadome usiłowanie oddzielenia i (wyobrazeniowo) wyeliminowania jego rzeczywistych myśli o sobie, których nie mógł znieść – że może rzeczywiście jest samolubny i niedbający o potrzeby innych (eksternalizacja wyrzutów sumienia). Poprzez nieświadomą identyfikację jego myśli o byciu nieczułym uległy projekcji na inne osoby, ale dla nich również nie były do przyjęcia. Dlatego halucynowane głosy starały się zmusić go do przyjęcia z powrotem tych niechcianych idei. W psychozie takie zjawiska są przeżywane jako realnie istniejące, w konkretnej zewnętrznej przestrzeni (tak, jak tego doświadczamy w marzeniach sennych), a nie jako wewnętrzne myśli.

Pewnego potwierdzenia takiej psychodynamicznej interpretacji objawów Johna dostarczył jego pobyt w grupie wsparcia psychospołecznego, do której został skierowany, jak się okazało, niewłaściwie. John ostro krytykował każdego, kto tylko nawet łagodnie próbował uświadomić mu, że nie dostrzega potrzeb innych członków grupy.

### **„Dobrotliwe” halucynacje**

W niektórych psychozach halucynacje mają charakter kojący.

#### *Przykład 6*

Pewna kobieta pochodząca z Afryki odczuwała lęk przed mężczyznami i nie wierzyła, by ktokolwiek zatroszczył się o nią, co było zrozumiałe w świetle jej historii życia. Spędzała

całe dni opiekując się kalekimi ptakami. W nocy halucynowała, że w sypialni znajduje się kamera, która strzeże jej bezpieczeństwa.

Chociaż odczuwała obecność tej kamery jako sprzyjającą, jej utrata zaufania do mężczyzn i przypisywanie im wszystkim złych zamiarów nie mogły zostać zlekceważone. Nieodzowne było bardzo umiejętne postępowanie zespołu wczesnej interwencji, by nabrała zaufania i potrafiła dostrzec, jak bardzo zaważyła na jej życie przemoc, której doświadczyła w przeszłości. Starano się, by dostrzegła własne umiejętności chronienia siebie samej i stopniowo zaakceptowała opiekuńczość innych osób, taką jaką sama darzyła okaleczone ptaki (z którymi się identyfikowała).

### **Obrona maniakalna, poczucie wyższości i zaprzeczenie**

Zarówno mania, jak i poczucie wyższości mogą służyć obronnym funkcjom psychologicznym u ludzi, którzy mają trudności z przeżywaniem pewnych uczuć.

#### *Przykład 7*

Pewna zamężna kobieta przez długi czas wydawała się znosić ze spokojem poniżanie jej przez męża. Nie potrafiła bronić się ani zatroszczyć sama o swoje emocjonalne potrzeby, ale bez namysłu podporządkowywała się innym ludziom. W końcu wyłamała się z tego schematu poprzez zachowanie maniakalne i seksualne ekscesy. Można było to rozumieć jako próbę wykazania, że jest akceptowana przez mężczyzn i lepsza od innych kobiet. Gdy jej obrona maniakalna ustępowała, uświadomienie sobie tego postępowania wywołało w niej poczucie wstydu i upokorzenia oraz depresję. Jak można było się spodziewać, znając jej cechy osobowości, była do przesady tolerancyjna wobec swojego psychiatry, który nie był dostatecznie pomocny w jej depresyjnym cierpieniu.

### **Psychodynamika wyrażania emocji**

Psychodynamiczny model psychozy przyczynia się do lepszego rozumienia procesów interpersonalnych w psychozach. Na przykład dawno już temu wykazano, że emocje intensywnie wyrażane w rodzinnym środowisku chorego zwiększają ryzyko nawrotu psychozy [12]. Terapia rodzinna, która pomaga w uzyskaniu kontroli nad takimi emocjami, zmniejsza prawdopodobieństwo nawrotów.

Migone [13] ukazał związki pomiędzy empirycznymi odkryciami dotyczącymi wyrażania emocji a trzema fazami identyfikacji projekcyjnej. W pierwszej któryś z członków rodziny dokonuje projekcji niepożądanych lub zagrażających mu treści psychicznych (np. poczucia winy, poczucia niższości lub lęku przed krytyką ze strony innych członków rodziny) na innego, skłonnego do reakcji psychotycznych. Krytykuje tę osobę lub usiłuje nadmiernie skompensować przy jej pomocy niepożądane uczucia. W drugiej fazie wywiera na nią „nacisk interpersonalny” (poprzez wyrażane emocje), tak, by dostosowała się do jego projekcji jako zasługująca na krytykę (np. „ona jest po prostu leniwa”). Wreszcie w trzeciej ta osoba traci zdolność kontroli nad odbieranymi projekcjami i ulega dekompensacji psychicznej oraz/lub dokonuje zwrotnych projekcji w stronę swych bliskich, co rodzi dalsze niepożądane albo zagrażające emocje.



Te koncepcje oparte na wnikliwych obserwacjach pomagają lepiej rozumieć osoby skłonne do reagowania psychozą, ale trzeba tu wystrzegać się błędnych interpretacji prowadzących do obwiniania członków rodziny pacjenta.

### **Psychodynamiczna farmakologia**

Rozumne posługiwanie się lekami antypsychotycznymi jest kluczowym postępowaniem terapeutycznym w większości zespołów wczesnej interwencji. Osoby z pierwszym epizodem psychozy są bardzo wrażliwe na leki antypsychotyczne, a zatem stosuje się możliwie najniższą skuteczną dawkę. Ideałem jest unikanie jakichkolwiek objawów ubocznych, ale jest to problematyczne, ponieważ dość późno zauważamy dokuczliwe konsekwencje długoterminowego stosowania atypowych leków psychotycznych [14].

Wielu pacjentów przerywa leczenie farmakologiczne. Nie można odmawiać racjonalnego uzasadnienia przerwaniu leczenia, które wywołuje niepożądane skutki uboczne, ale dość często mamy do czynienia z pacjentami, u których obiektywna świadomość niepożądanych objawów ubocznych zbiega się z subiektywną interpretacją wzmagającą ich niepokój.

#### *Przykład 8*

Jack dorastał, przeżywając sprzeczne odczucia co do własnej płci i zazdrość wobec siostry, która miała lepsze od niego osiągnięcia szkolne i towarzyskie. Jego psychoza zaczęła się, gdy zobaczył swoją pierwszą dziewczynę w łóżku z innym chłopcem. Olanzapina okazała się skuteczna, ale nie mógł znieść tycia w okolicy pośladków, które nasilało jego problemy tożsamości seksualnej, i zaprzestał leczenia.

### **Przeniesienie na psychiatrę przepisującego leki**

Kolejne przykłady wskazują, że przepisując leki należy zwracać uwagę na przejawy przeniesienia ze strony pacjenta.

#### *Przykład 9*

Młoda Azjatka była bliska śmierci na skutek usiłowania samospalenia pod wpływem nakazowej halucynacji. Została objęta terapią przez zespół wczesnej interwencji. Przez parę miesięcy większość dnia czuła się przytłumiona lekami, lecz nie domagała się od swego koordynatora terapii zmiany farmakoterapii. Jej psychiatra starał się dowiedzieć, dlaczego tak długo znosiła te niekorzystne efekty leczenia. Ujawniła wtedy swe głębokie przekonanie, iż zamiarem psychiatry było przytłumić ją tak, żeby nic nie mówiła. Myślała, że skarżenie się będzie dla niej niebezpieczne. Była przez długi czas wykorzystywana seksualnie w dzieciństwie i grożono jej konsekwencjami, jeśli nie będzie o tym milczała.

Pacjenci owładnięci psychozą paranoidalną mogą być bardzo nieufni tak wobec lekarza, jak i wobec zastosowanego leczenia. Ta nieufność może powodować odmowę zażywania leków lub przerwanie leczenia przy wystąpieniu śladowych nawet objawów ubocznych.

#### *Przykład 10*

Pewien mężczyzna dwukrotnie zgodził się na podjęcie leczenia niską dawką leku przeciwpsychotycznego, ale w obu przypadkach szybko je przerwał z poczuciem paniki,

że już pojawiły się objawy uboczne, lękając się jak najgorszych tego skutków. Uśmiechnął się z ulgą, gdy zaproponowano mu przerwę od tej „trucizny”, i rozluźnił się, gdy lekarz odkrył, że jego powtarzające się stany paniki wyrażają lęk przed powtórzeniem się odczucia „rozpadania się na kawałki”, którego doświadczał na samym początku psychozy. Po tym wyjaśnieniu chętnie zaakceptował lorazepam oraz pomoc psychologiczną dla przezwyciężenia obezwładniających stanów paniki (której pragnął już wcześniej, ale o którą – w swym przeniesieniowym związku z lekarzem – nie śmiał poprosić).

Psychiatrzy powinni być przygotowani do wykrywania i skutecznego przezwycięzania powszechnie występujących psychotycznych i niepsychotycznych wyobrażeń, jakie pacjenci tworzą na ich temat i na temat stosowanego przez nich leczenia. Pacjenci mogą nie tylko odczuwać paranoiczne lęki wobec przepisanych leków; niektórzy przypisują danemu lekowi magiczną moc zmieniania ich stanu psychicznego, zupełnie nie odpowiadającą jego rzeczywistym właściwościom.

### **Czy leki przeciwpsychotyczne są zawsze nieodzowne?**

Dostępne są doniesienia z Finlandii, dowodzące, że w większości przypadków pierwszorazowych zachorowań stosowanie wyłącznie fachowych psychospołecznych interwencji jest równie skuteczne, jak leczenie farmakologiczne [3, 15]. Przekonującym psychodynamicznym wyjaśnieniem tego jest, że zespoły dysponujące odpowiednim doświadczeniem w psychologicznych interwencjach w psychozach potrafią oddziaływać na nieświadome treści leżące u podłoża psychotycznych reakcji obronnych pacjenta i dzięki psychologicznemu holdingowi stopniowo dopomóc w ich integracji. Kobieta ciężarna opisana w przykładzie 1 dostarcza przykładu, w którym objęcie psychologiczne i integracja uczucia wstydu doprowadziły do remisji psychozy.

### **Znaczenie terapii psychodynamicznych**

Podejścia psychologiczne, takie jak terapia poznawcza i rodzinna, odgrywają ważną rolę w leczeniu psychoz [16]. W tym rozdziale pragnę ukazać, jak rozumienie psychodynamiczne może uzupełniać i wspierać terapie psychologiczne, a także stwarzać możliwość czysto psychodynamicznej terapii w pewnych starannie wybranych przypadkach.

Przykład komplementarnej funkcji podejścia psychodynamicznego przedstawiony jest w moim komentarzu do artykułu o kognitywnej terapii w urojeniach w tym samym czasopiśmie [17].

### **Włączanie postępowania psychodynamicznego we wczesnej interwencji**

Obszary, w których podejście psychodynamiczne może wesprzeć pracę służb wczesnej interwencji zostały przedstawione w Tabeli 2.

#### **Tabela 2. Zastosowanie psychodynamicznego podejścia w leczeniu psychoz**

Włączona w całościową praktykę wczesnej interwencji perspektywa psychodynamiczna może:

- dopomóc w zidentyfikowaniu psychologicznych czynników stresu i rozwojowego podłoża podatności do zachorowania na psychozę (szczególnie poprzez odkrywanie znaczenia objawów)

- odkrywać psychodynamiczne mechanizmy w psychozach przeciwdziałające konfrontacji z bolesną rzeczywistością
- dopomóc w studium przypadku i wyborze celów postępowania terapeutycznego
- dopomagać w planowaniu etapów terapii i obniżaniu podatności pacjenta na stres, w ten sposób przyczyniając się do zapobiegania nawrotom
- wpływać na przebieg leczenia farmakologicznego poprzez odkrywanie podświadomych przekonań pacjenta na temat leków
- zidentyfikować i objąć oddziaływaniem interpersonalne i instytucjonalne konsekwencje psychozy dla rodziny pacjenta oraz terapeutów i zespołów terapeutycznych [18]

Koordinator z zespołu wczesnej interwencji będzie pracował z danym pacjentem zazwyczaj przez 3 lata i rzeczą nieuniknioną jest, że psychotyczne tendencje pacjenta do unikania myśli o trudnych czy ograniczających aspektach jego życia będą wpływać na tę pracę. Ponieważ kluczowym zadaniem jest pomóc pacjentowi, by mógł uczestniczyć w życiu w tak pełny sposób jak to tylko możliwe, niezbędne jest zwrócenie uwagi na psychodynamikę rozwijającej się z nim relacji, niezależnie od przyjętej orientacji terapeutycznej.

Lekarz doświadczony w podejściu psychodynamicznym może ułatwić dyskusję nad studium przypadku, pomagając włączyć podejście psychodynamiczne do rozumienia rozwoju relacji pomiędzy zespołem a pacjentem i/lub jego rodziną. Krajowe wytyczne na temat leczenia schizofrenii (Krajowy Instytut Klinicznej Doskonałości; National Institute for Clinical Excellence, 2002; p.13) zalecają to jako zasadę dobrej praktyki.

Takie spotkania mogą zmniejszyć ilość dezadaptacyjnych obron, które często występują w zespołach pracujących z psychozami [19]. Terapeuci często zdają sobie sprawę, że ich emocje i reakcje stanowią ważne źródło informacji o pacjentach, ale może im brakować środowiska, które stwarza możliwość rozmawiania i myślenia o tych reakcjach.

### **Osobowości podatne na stres**

Wytyczne Ministerstwa Zdrowia (2001) nie uwzględniają w dostatecznym stopniu terapeutycznych potrzeb, jeśli chodzi o leżącą u podłoża psychoz osobowościową podatność na stres. Część pacjentów dobrze reaguje na systematyczny i rozumiejący kontakt z koordynatorem terapii i przyjmuje jego pomoc w przewyciężaniu lęków, w podejmowaniu aktywności i kontaktów poprawiających samoocenę oraz w korzystaniu z możliwości dalszego kształcenia się i nauki zawodu. Te osoby reagują na niespecyficzne terapeutyczne czynniki psychoterapii [20], które angażują i wzmacniają niepsychotyczne aspekty osobowości. Jednak wielu pacjentom to nie wystarcza i pozostają oni nadal pod blokującym wpływem psychodynamiki psychotycznych mechanizmów. To może być mało widoczne: opuszczanie umówionych spotkań, tak że nie ma postępów w terapii, nieujawnione przerywanie zażywania leków, rzadkie opuszczanie domu, zwlekanie z przyjęciem lub też unikanie oferowanej pomocy.

Niewielu terapeutów z zespołów wczesnej interwencji, włączając w to psychiatrów, dysponuje doświadczeniem w terapii dotyczącej osobowości podatnych na stres i trudności w relacjach interpersonalnych poprzedzających wystąpienie psychozy. Mogą oni spotkać się z nierealistycznymi oczekiwaniami, jeśli nie będą świadomi swego braku doświad-

czenia i potrzeby podjęcia szkolenia. Ta potrzeba szczególnie uwydatnia się, gdy psychoza u danego pacjenta wycisza się. Zamiast zmniejszenia intensywności kontaktu na tym etapie (jak to ma miejsce w tradycyjnym systemie leczenia) oczekuje się od koordynatorów terapii w zespołach wczesnej interwencji współdziałania z pacjentami w pracy nad poprawą jakości i ich życia i relacji interpersonalnych. W dalszym rozwijaniu zespołów służb wczesnej interwencji powinno się skierować uwagę na zapewnienie personelowi uzyskania umiejętności niezbędnych do prowadzenia długoterminowej terapii indywidualnej, grupowej i rodzinnej stosownej dla osób, których osobowość sprawia, że są podatni na psychozę. To jest teren, w którym niewiele podejmowano badań, i ta sytuacja powinna ulec poprawie [21].

### **Indywidualna terapia psychodynamiczna**

Warunki dla terapii psychodynamicznej zostały stworzone w wielu skandynawskich zespołach, zajmujących się pierwszymi epizodami psychozy. W ostatnich dekadach uczyniono duże postępy w rozumieniu psychodynamicznych psychotycznych mechanizmów i uznano potrzebę istotnej adaptacji standardowych technik, jeżeli oczekuje się dobrych efektów psychodynamicznej terapii. Wiele nieporozumień wynika z nieznaności postępów psychodynamicznej terapii w leczeniu psychoz. Poniżej wymieniam godne polecenia źródła informacji.

Specyficzne standardy nieodzowne w psychodynamicznej terapii osób podatnych na psychozę zostały zebrane przez Gabbarda [22]. Lottermann [23] przejrzyście opisał techniki stosowane w sytuacjach klinicznych występujących w dynamicznej terapii pacjentów schizofrenicznych. Cullberg [24] dostarcza mistrzowskiego opisu integracji podejść psychodynamicznych z innymi sposobami rozumienia psychozy. Publikacje Jacksona i Robbinsa zawierają wiele klinicznego materiału pochodzącego z ich obszernego psychoanalitycznego doświadczenia [25, 26, 27].

Niedawne badania duńskie dostarczają pewnego dowodu na potencjalną przewagę podtrzymującej terapii psychodynamicznej nad standardowym sposobem leczenia, stwierdzaną już po upływie roku [28]. Oczekuje się, że bardziej istotne różnice uwidoczną się po większym odstępnie czasu. Szczegółowy przegląd prac badawczych przeprowadzonych w XX wieku wskazuje, że choć rezultaty krótkoterminowych badań porównawczych nad wynikami terapii nie sprawiają większego wrażenia, efektywność psychoterapii okazuje się wyższa, gdy bierze się pod uwagę badania długoterminowe uwzględniające wskaźniki jakości terapii [29, 30].

### **Terapia grupowa dynamiczna i interpersonalna**

Osoby psychotyczne często tracą w różnym stopniu zdolność tworzenia znaczących relacji interpersonalnych i wykazują tendencje do samotności i wycofania. Kompetencje interpersonalne wielu z nich są ubogie jeszcze przed wystąpieniem psychozy. Terapie grupowe wykazały swoją wartość, ale powinny być starannie strukturyzowane i stopniowane, w zależności od rozmaitych czynników, włączając w to fazę zdrowienia. Kanas [31] dostarczył przydatnego opracowania tych problemów, wraz ze stosownymi wynikami badań.

### **Psychodynamiczna praca z rodziną**

Niewiele rodzin oczekuje terapii rodzinnej. Jednak znajomość podejścia psychodynamicznego i systemowego może być z korzyścią wykorzystane w czasie spotkań z rodziną,

których celem jest zrozumienie stresów i napięć przez nią doświadczanych, poprawa komunikacji i psychicznego holdingu. Na początku terapeuta winien być mniej skoncentrowany na doksztalcaniu rodziny w psychologicznych tematach, a bardziej na poznawaniu mocnych i słabych stron rodziny. Lęk rodziny przed obwinianiem należy traktować bardzo poważnie i z należyтым respektem. Tutaj może być pomocne psychodynamiczne rozumienie dwóch rodzajów poczucia winy. Rodziny z reparacyjnym poczuciem winy (niepokój, że jest coś, czego zaniedbali zrobić, lub mogli zrobić inaczej) odnoszą korzyść z eksplorujących psychodynamicznych spotkań. Rodziny pacjentów takich jak John (przykład 5), który był owładnięty prześladowczym poczuciem winy, mogą korzystać także z innych podejść terapeutycznych (National Institute for Clinical Excellence, 2002)

### Implikacje dla psychiatrów

Mam nadzieję, że ten artykuł zachęci psychiatrów zajmujących się wczesną interwencją, którzy nie są wyszkoleni w psychodynamice psychoz do poszukiwania możliwości włączenia tej wiedzy i umiejętności do codziennej praktyki. Docenienie podejścia psychodynamicznego wzbogaci ich możliwości rozumienia pacjentów i ich rodzin. Specyfiką psychozy jest, że pacjenci wyrażają swoje niepokoje w sposób, który początkowo wydaje się dziwny. McCabe et al. [32] dowodzą, że pacjenci aktywnie poszukują pomocy, by odnaleźć psychologiczny sens swoich objawów, ale psychiatrom brakuje odpowiedniego wykształcenia, by temu sprostać. Brak wykształcenia może być jednym z powodów, dla których psychiatrzy nie zabiegają aktywnie o włączenie pracy z rodziną w działalność zespołów pracujących z psychozami. [33]. **Królewskie Kolegium Psychiatrów (Royal College of Psychiatrists)** aktywnie wspiera poszerzenie współpracy między Wydziałem Psychiatrii Ogólnej i Społecznej ( Faculty of General and Community Psychiatry) i Wydziałem Psychoterapii (Faculty of Psychotherapy) (<http://www.rcpsych.ac.uk/college/faculties/psychotherapy.aspx>). Korzystając ze szczegółowych zaleceń zawartych w tym komunikacie psychiatrzy i psychoterapeuci mogliby wzbogacać swoje umiejętności i przezwycięzać instytucjonalne przeszkody, które obecnie utrudniają leczenie psychoz.

Rozumienie znaczenia psychodynamiki w psychozach może zachęcić zespoły wczesnej interwencji do zatrudniania osób specjalnie wyszkolonych w indywidualnej, grupowej i rodzinnej psychodynamice psychoz (lub do współpracy z nimi). Ich wkład uzupełni wkład, jaki wnoszą specjaliści terapii kognitywnej i terapii rodzinnej innych orientacji (Krajowy Instytut Doskonalenia Klinicznego, National Institute for Clinical Excellence, 2002) i przyczyni się do dalszych badań i audytów w tym obszarze.

### Piśmiennictwo

1. Alanen Y. Schizophrenia. Ist origins and need-adapted treatment. London: Karnac Books; 1997.
2. Cullberg J. Psychoses: an integrative perspective. London: Routledge; 2006.
3. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J, et al. 5 years experiences of first-episode non-affective psychosis in open dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes and two case analyses. *Psychother. Res.* 2006; 16: 214–228.
4. Garelick A, Lucas R. The role of a psychosis workshop in general psychiatric training. *Psychiatr. Bull.* 1996, 20: 425–429.

5. Jackson M, Cawley R. Psychodynamics and psychotherapy on an acute psychiatric ward. The story of an experimental unit. *Brit. J. Psychiatr.* 1992, 160: 41–50.
6. Melle I, Larsen T, Haahr U, et al. Reducing duration of untreated first episode psychosis. *Arch. Gen. Psych.* 2004, 61: 143–150.
7. Melle I, Johannesen J, Friis S, et al. Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *Am. J. Psych.* 2006, 163: 800–804.
8. tienari P, Wynne LC, Moring L, et al. The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research. *Brit. J. Psych.* 1994; 164 (supl): 20–26.
9. Gumley A, O’Grady M, McNav L et al. Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychol. Med.* 2003, 33: 419–431.
10. Freud S. Neurosis and psychosis. Reprinted (1953–1974). Strachey J, red. Standard Edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, vol. 19. London: Hogarth Press; s. 151.
11. Sinason M. Who is the mad voice inside? *Psychoanal. Psychother.* 1993, 7: 207–221.
12. Leff J, Vaughn C. Expressed emotion in families: its significance for mental illness. New York: Guilford Press; 1985.
13. Migone P. Expressed emotion and projective identification: a bridge between psychiatric and psychoanalytic concepts? *Contempor. Psychoanal.* 1005, 31: 617–640.
14. Lieberman J, Stroup T, McEvoy J, et al. The effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New Engl. J. Med.* 2005, 353: 1209–1223.
15. Lehtinen V, Aaltonen J, Koffert T, et al. Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *Europ. Psych.* 2005, 15: 312–320.
16. Martindale BV, Bateman A, Crowe M, red. *Psychosis: psychological approaches and their effectiveness.* London: Gaskell; 2000.
17. Turkington D, Siddle R. Cognitive therapy for the treatment of delusions. *Adv. Psychiatr. Treat.* 1998; 4: 235–242.
18. Johannesen J, Martindale B, Cullberg J. *Evolving psychosis: different stages, different treatments.* London: Routledge; 2006.
19. Hinshelwood RD. *Suffering insanity: psychoanalytic essays on psychosis.* Brunner-Routledge; 2004.
20. Paley G, Shapiro DA. Lessons for psychotherapy research for psychological interventions for people with schizophrenia. *Psychol. Psychother. Theory Res. Pract.* 2002, 75: 5–17.
21. Simonsen E. *Personality and psychosis.* W: Johannesen O, Martindale BV, Cullberg J, red. *Evolving psychosis: different stages, different treatments.* London: Routledge; 2006.
22. Gabbard G. *Psychodynamic Psychiatry in clinical practice.* Washington DC: American Psychiatric Press; 1994.
23. Lottermann A. *Specific techniques for the psychotherapy of schizophrenic patients.* Madison CT: International Universities Press; 1996.
24. Cullberg J, Mattsson M, Levander S et al. Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: a 3-year follow-up of the Swedish „Parachute Project” and two comparison groups. *Act. Psychiatr. Scand.* 2006, 114: 274–281.
25. Robbins M. *Experiences of schizophrenia: an integration of the personal, scientific and therapeutic.* New York: Guilford Press; 1993.
26. Jackson M, Williams P. *Unimaginable storms: a search for meaning in psychosis.* London: Karnac Books; 1994.

27. Jackson M. Weathering the storms. Psychotherapy for psychosis. London: Karnac Books; 2001.
28. Rosenbaum B, Valbak K, Harder S, et al. The Danish National Schizophrenia Project: prospective, comparative longitudinal treatment study of first-episode psychosis. *Brit. J. Psychiatr.* 2005, 186: 394–399.
29. Karon B. Psychotherapy versus medication for schizophrenia: empirical comparisons. W: Fisher S, Greenberg RP, red. The limits of biological treatments for psychological distress. Comparisons with placebo. Lawrence Erlbaum Associates, 1989, s. 105–150.
30. Gottdiener WH, Halsam N. The benefits of individual psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia. A meta-analytic review. *Ethic. Hum. Sci. Serv.* 2002, 4 (3): 1–25.
31. Kanas N. Group therapy and schizophrenia: an integrative model. W: Martindale BV, Bateman A, Crowe M, red. Psychosis: psychological approaches and their effectiveness. London: Gaskell; 2000, s. 120–133.
32. McCabe, Heath R, Curns T, et al. Engagement of patients with psychosis in the consultation: conversation analytic study. *Brit. Med. J.* 2002, 325: 1148–1151.
33. Baguley I, Butterworth A, Fahy K. Et al. Bringing into clinical practice skills shown to be effective in research settings: a follow-up of „Thorn Training” in psychosocial family interventions for psychosis. W: Martindale BV, Bateman A, Crowe M, red. Psychosis: psychological approaches and their effectiveness. London: Gaskell; 2000, s. 96–119.

*Tłumaczenie: Andrzej Gardziel  
(tłumaczenie nie było adiustowane)*

Z ogromnym żalem informujemy, że w dniu 21 września 2008 r.  
odszedł w wieku 86 lat nasz Przyjaciel

## prof. dr Claus Bahne Bahnson

Był jednym z wiodących przedstawicieli holistycznego nurtu w medycynie, badaczem i znakomitym terapeutą zaburzeń psychosomatycznych, animatorem ruchu balintowskiego. Przez wiele lat wspierał nas swoją wiedzą i doświadczeniem, literaturą i zaproszeniami na kongresy, umożliwiając nam stałe uczestniczenie w światowym rozwoju psychoterapii.

Cześć Jego pamięci.  
Zarząd Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP