

PSYCHOTERAPIA 4 (159) 2011

strony: 65–78

Małgorzata Jędrasik-Styła, Dominika Szkoda-Nowicka

DEFICYTY FUNKCJONOWANIA EMOCJONALNEGO PACJENTÓW PSYCHOTYCZNYCH. OBSERWACJE KLINICZNE Z PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ ¹

THE DEFICITS IN EMOTIONAL FUNCTIONING IN PSYCHOTIC PATIENTS. CLINICAL OBSERVATIONS OF GROUP PSYCHOTHERAPY

III Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. Marek Jarema

**group psychotherapy
of schizophrenia
emotional processing
disturbances
deficits in perception**

Autorzy podsumowują badania zaburzeń emocjonalnych w schizofrenii. Zaburzenia te wyraźnie utrudniają funkcjonowanie społeczne osób z tym rozpoznaniem. Zaburzona zostaje funkcja informacyjna, komunikacyjna oraz motywacyjna emocji. Ilustrację kliniczną stanowi opis obserwacji psychoterapii.

Summary:The first part of the article presents data from studies on emotional disturbances in schizophrenia — the perception, experience and expressing of emotion. The abnormalities in the perception of emotional stimuli (including the interpretation of comprehensive social interaction) as well as these in the field of experience of emotions mostly refer to negative emotions. The mentioned difficulties are then followed by limitations in expression. Deficits in emotional processing hinder the social functioning of the patients since the informative, communicative and motivational functions of emotions is disturbed. The second part of the article is devoted to the mentioned features of the schizophrenic patient in the context of group psychotherapy sessions.

U chorych na schizofrenię stwierdza się zaburzenia w zakresie emocjonalności. Należą one do podstawowych objawów schizofrenii opisanych już przez Bleulera na początku XX wieku [1]. Nadal istnieją kontrowersje co do ich charakteru i nasilenia. Opisywane zaburzenia obejmują trzy główne obszary funkcjonowania emocjonalnego: (1) percepcję, (2) doświadczanie i (3) wyrażanie emocji.

Poniżej zostanie przedstawione krótkie podsumowanie obecnego stanu wiedzy o ograniczeniach emocjonalnych w schizofrenii. Będzie ono uzupełnione opisem doświadczeń klinicznych, zebranych podczas prowadzenia psychoterapii grupowej z udziałem tego typu pacjentów.

¹ Autorki dziękują Jackowi Budejce za inspirujące myśli i życzliwe wsparcie w prowadzeniu psychoterapii grupowej, bez których nie powstałby ten artykuł.

Deficyty percepcji emocji. Upośledzona zdolność do rozpoznawania stanów emocjonalnych jest przez wielu autorów uznawana za jedną z głównych nieprawidłowości w schizofrenii. Wydaje się również najlepiej zbadanym obszarem — wyniki licznych badań potwierdzają istnienie wyraźnych deficytów percepcyjnych. Chorzy ujawniają słabszą niż osoby zdrowe zdolność oceny emocjonalnego wyrazu twarzy, trudności w rozpoznaniu emocjonalnego tonu głosu, a także nieprawidłowości w rozumieniu emocjonalnych treści wypowiedzi [2, 3].

Zainteresowania większości badaczy koncentrują się na problemie dotyczącym zdolności pacjentów do rozpoznawania wyrazu emocjonalnego prezentowanych twarzy (materiał bodźcowy stanowią zazwyczaj zdjęcia lub rysunki różniące się dynamiką, kolorem, czasem naświetlania, objęciem całości lub części twarzy). Badany ma zidentyfikować wyrażaną emocję lub określić, czy jest ona tożsama z widzianą czy różna od niej (najczęściej wybiera spośród sześciu emocji podstawowych: złości, wstrętu, strachu, radości, smutku i zdziwienia). Ograniczenia dotyczące osób chorujących na schizofrenię obejmują zarówno identyfikację, jak i określenie stopnia intensywności emocji. Opisujący deficyt najwyraźniej ujawnia się w przypadku percepcji emocji negatywnych (złości, wstrętu, pogardy, smutku) [4, 5]. Badania dotyczące identyfikacji i rozróżniania stanów emocjonalnych na podstawie pozatreściowych właściwości wypowiedzi zdają się potwierdzać występowanie zaburzonych mechanizmów emocjonalnych w schizofrenii [6]. Podobnie jak w przypadku zaburzeń percepcji twarzy, deficyty dotyczą głównie emocji negatywnych. Pacjenci chorujący na chroniczną schizofrenię istotnie gorzej niż osoby zdrowe rozpoznają afekt negatywny (trudności dotyczą wskaźników wrogości i strachu), podczas gdy w przypadku identyfikacji emocji pozytywnych nie ma różnic między grupami [7, 8]. Trudności w odbiorze dotyczą również oceny treści afektywnych i obejmują niepowodzenia w rozumieniu dowcipów i zwrotów o zabarwieniu emocjonalnym [9].

Ciekawe wyniki uzyskano oceniając stałość i stabilność opisywanych deficytów. Ich obecność odnotowano w trakcie remisji oraz przed wystąpieniem pierwszego epizodu [10]. Ograniczenia percepcji zdają się niezależne od dawki neuroleptyku. Występują również u osób ze schizofrenią, które nie są leczone farmakologicznie [11]. Nie stwierdzono istotnych korelacji między adekwatnością percepcji emocjonalnej a ogólną oceną psychopatologii i nasileniem objawów (zarówno negatywnych, jak i pozytywnych) [3]. Zauważono brak poprawy w tym zakresie, mimo okresowego istotnego polepszania się stanu zdrowia [12]. Co więcej, porównanie pacjentów krótko chorujących z pacjentami chorującymi przewlekłe sugeruje pogłębianie się zaburzeń percepcji mimicznej w miarę postępowania procesu choroby [2, 13]. Podobnie zdolność do identyfikacji emocjonalnego tonu głosu maleje wraz ze wzrostem liczby hospitalizacji i nasilenia objawów wytwórczych i ubytkowych [8].

Deficyty wyrażania emocji. Obszar deficytów ekspresji emocji został również stosunkowo dobrze zbadany. Chorych na schizofrenię charakteryzuje upośledzona mimika twarzy, osłabiona gestykulacja, zaburzona werbalizacja emocji oraz trudności w ich wyrażaniu za pomocą intonacji głosu. Zauważono również, że osoby ze schizofrenią istotnie rzadziej niż osoby zdrowe mówią o swoich przeżyciach [9, 14, 15].

Wyczerpujący przegląd badań można znaleźć w publikacji Treméau [4]. Wyniki 55 eksperymentów dotyczących zdolności wyrażania emocji w schizofrenii (analizowano wszystkie badania eksperymentalne opublikowane w języku angielskim, zamieszczone

w bazie PubMed) zgodnie wskazują na uboższą w porównaniu ze zdrowymi badaniami ekspresję prozodyczną, mimiczną i słowną. Ograniczona ekspresja mimiczna u osób chorujących na schizofrenię dotyczy zarówno częstości, jak i intensywności wyrażanych emocji. Zauważono upośledzenie nie tylko umiejętności dowolnego przybierania wyrazu twarzy, ale i spontanicznej ekspresji. Zaburzenia ekspresji prozodycznej dotyczą różnych głosowych parametrów: długości wypowiedzi, płynności, intonacji, zróżnicowania głośności i tonu, używania pauz. Pacjenci są mniej precyzyjni w sytuacjach spontanicznych i podczas świadomego kreowania wypowiedzi. Deficyt zdaje się odzwierciedlać ogólnie nieprawidłowości w zakresie mowy, obecne również w wypowiedziach nie nacechowanych afektywnie [3, 9]. W przypadku ekspresji werbalnej różnice dotyczą głównie liczby słów używanych do opisu sytuacji emocjonalnych. Chorzy generalnie nie różnią się pod względem rozumienia słów opisujących emocje i używają tych samych zwrotów (podobnych struktur semantyczno-afektywnych) [3], choć jednocześnie istnieją badania wskazujące na słabsze różnicowanie w obrębie emocji pozytywnych — treściowo inne emocje są uważane za zbliżone znaczeniowo [16].

Interesujące wyniki przynoszą badania nad reaktywnością emocjonalną, rozumianą jako reakcja automatyczna i oznaczająca „ukrytą” ekspresyjność podmiotu (operacjonalizowaną jako poziom subtelnej i niewidocznej aktywności mięśni twarzy lub zmian w zakresie fizjologicznych manifestacji emocji, wywołanych aktywnością autonomicznego układu nerwowego). Okazuje się, że w schizofrenii nie jest ona mniejsza, a w niektórych przypadkach nawet wyższa w porównaniu z populacją osób zdrowych psychicznie. A zatem studia nad reaktywnością pacjentów przynoszą wyniki przeciwne do badań nad ekspresją „zewnątrzną”. Znaczenie ma również wartościowość bodźca; pomiar aktywności mięśni twarzy za pomocą elektromiografu wskazuje na większą aktywność mięśnia marszczącego brwi (związanego z ekspresją emocji negatywnych) i mniejszą mięśnia jarzmowego („odpowiedzialnego” za emocje pozytywne) u chorych na schizofrenię niż u osób zdrowych [17, 3].

Wyniki badań dotyczących stabilności deficytów nie są jednoznaczne. Opisane ograniczenia są niezależne od zastosowania (bądź nie) leczenia farmakologicznego i jego rodzaju, ponieważ występują zarówno u pacjentów leczonych lekami, jak i nie przyjmujących neuroleptyków (zazwyczaj tuż przed włączeniem leczenia) [3]. Badania sugerują również nasilenie się upośledzenia zaburzeń ekspresji wraz z czasem trwania choroby [9].

Doświadczenie emocji. Utożsamienie „bladego” afektu z ubóstwem wewnętrznych doświadczeń emocjonalnych w schizofrenii wydaje się błędne. Badania nad doświadczeniem emocji nie są spójne, większość wskazuje jednak na intensywniejsze i częstsze doświadczenie emocji negatywnych (lęku, samotności, niepokoju) przez osoby z rozpoznaniem schizofrenii w porównaniu z osobami zdrowymi. Poziom i nasilenie emocji pozytywnych (radości, okazywania zainteresowania, satysfakcji, motywacji) u osób chorych są z kolei mniejsze niż u zdrowych badanych lub zbliżone [3, 18].

Badania nad doświadczeniami emocjonalnymi prowadzone są najczęściej na dwa sposoby. Chorzy opisują nastrój wywołany przez odpowiednio przygotowany materiał bodźcowy (badania ewokacyjne) lub nazywają własne przeżycia w odniesieniu do rzeczywistych wydarzeń dnia codziennego (ocena dokonywana jest o określonych porach przez kilka dni).

W kontekście badań dotyczących życia pacjentów często wymienianym konstruktom jest anhedonia, rozumiana jako niezdolność doświadczenia przyjemności z aktywności zazwyczaj postrzeganych jako przyjemne. Stopień fizycznej anhedonii, społecznej i ogólnej, jest u osób cierpiących na schizofrenię porównywalny z jej stopniem u pacjentów depresyjnych. Poziom anhedonii jest wyższy w przypadku pacjentów, u których dominują objawy negatywne, co tłumaczy podobna operacjonalizacja obu konstruktów (zmniejszona potrzeba kontaktów społecznych, ograniczone zainteresowania, zmniejszenie się zakresu przeżyć emocjonalnych). Na podstawie analizy wyników badań z tego zakresu zauważono, że osoby ze schizofrenią systematycznie relacjonują wyższy poziom negatywnych emocji i niższy pozytywnych [3]. Taki wzorzec wskazuje na rodzaj reakcji afektywnej, jednak może również odzwierciedlać różnice w charakterze wydarzeń.

W ewokacyjnych badaniach eksperymentalnych — w których za pomocą odpowiednio dobranego bodźca wywoływano określony nastrój u badanego, po czym proszono go o ocenę poziomu i charakteru doświadczanych emocji — osoby chorujące zazwyczaj nie różniły się od zdrowych pod względem poziomu przeżywanych stanów afektywnych (tak pozytywnych, jak i negatywnych) [17, 18]. Podobna intensywność reakcji emocjonalnej dotyczy zarówno bodźców o charakterze zmysłowym (np. napój o wyraźnym smaku), jak i społecznych [15]. Relacje pacjentów okazały się stabilne w czasie i niezależne od przyjmowanych leków na poziomie porównywalnym do zdrowej populacji, a ich trafność potwierdzają m.in. badania wykorzystujące wskaźniki fizjologiczne [19].

A zatem w przypadku emocji negatywnych wyniki uzyskiwane w testach ewokacyjnych i badaniach dotyczących życia codziennego są podobne — pacjenci nie odczuwają mniej emocji negatywnych. Relacjonują wyższy lub równy ich poziom w obu sytuacjach. Niezgodności pojawiają się w przypadku emocji pozytywnych: badania nad anhedonią konsekwentnie pokazują niższy wśród pacjentów poziom doświadczanej przyjemności, podczas gdy w przypadku testów ewokacyjnych nie wykazano różnicy. Ta rozbieżność wyników nie znalazła jeszcze jednoznacznego uzasadnienia [8]. Jedno z popularniejszych wyjaśnień zostało zaproponowane przez Kring [20]. Autorka wskazuje na znaczenie aspektu czasu. Dokonuje rozróżnienia pomiędzy przyjemnością wynikającą z antycypacji miłego zdarzenia a przyjemnością płynącą z doświadczenia „tu i teraz”. Doświadczenie drugiego rodzaju przyjemności nie odróżnia osób ze schizofrenią od innych grup badanych. Natomiast zdolność pacjentów do przewidywania przyjemnych następstw wydarzeń (i jednocześnie do przeżywania przyjemności związanej z takim wyobrażeniem), wymagająca skomplikowanych zdolności poznawczych, w tym również przypominania przeszłości, okazuje się mocno ograniczona.

Pewną wskazówkę mogą również stanowić badania nad aleksytymią. Przeprowadzona przez Tremeau [4] analiza wyników badań z tego zakresu wskazuje na deficyty w grupie pacjentów psychotycznych w obszarze rozpoznawania i świadomości własnych emocji. Najwięcej trudności sprawiała im prawidłowa identyfikacja i opis stanów afektywnych. W tym kontekście rozbieżności dotyczące subiektywnej oceny doświadczeń emocjonalnych można przypisać właściwościom prowadzonych badań — z założenia większe ustrukturalizowanie badań eksperymentalnych może wiązać się z większą adekwatnością i starannością odpowiedzi badanych.

Podsumowując, trudnościami w percepcji bodźców emocjonalnych (najwięcej błędów w przypadku emocji negatywnych — wskaźników złości, smutku, wstrętu), w tym interpretacji złożonych interakcji społecznych (różnice w porównaniu ze zdrową populacją w ocenie interakcji negatywnych) [21], towarzyszą zaburzenia w obszarze doświadczania emocji (wskazujące na intensywniejsze doświadczanie emocji negatywnych — zwłaszcza smutku i lęku — w sytuacjach z życia codziennego, w tym często w sytuacjach społecznych) oraz, niezależnie od znaku emocji, ograniczenia w ich wyrażaniu. Charakter nieprawidłowości w zakresie emocjonalności osób z rozpoznaniem schizofrenii wydaje się więc wyraźnie utrudniać ich funkcjonowanie społeczne [2, 22]. Zaburzona zostaje funkcja komunikacyjna emocji (deficyty ekspresji), informacyjna (nieprawidłowości percepcji) oraz motywacyjna — afekt przestaje stanowić czynnik pomagający w podjęciu decyzji (ograniczenia w zakresie doświadczania emocji). A zatem na podstawie opisanego profilu zaburzeń można przypuszczać, że chorzy z rozpoznaniem schizofrenii przeżywają relacje z innymi jako nieprzyjemne, choć nie złośliwe (co skłania bardziej do izolacji i wycofania niż prowokuje do zmiany charakteru kontaktu), sygnały wrogości ze strony innych, „zachęcające” do wyrażenia sprzeciwu, konsekwentnie ignorują, nie dając jednocześnie drugiej stronie jednoznacznej informacji o własnym nastawieniu — ograniczenia w zakresie zarówno pozytywnej, jak i negatywnej emocjonalności zdają się zapewniać stabilny i umiarkowany dystans (por. badania nad nawykowym używaniem mechanizmu tłumienia) [23, 24].

Wyniki badań uzupełniają obserwacje klinicystów: wśród typowych kategorii zachowań emocjonalnych brakuje jednoznacznie negatywnego stosunku do bliskich (jako najczęstsze reakcje pacjentów w odpowiedzi na pytanie o relacje z bliskimi, Drat-Ruszczak [26] powołując się na własne doświadczenia z pracy z pacjentami, wymienia: brak jednoznacznego nastawienia ustosunkowania lub naprzemiennie wypowiedzianie sprzecznych sądów, ogólne sądy pozytywne, ambiwalencję, zaprzeczenie istnieniu rodziny lub zupełny brak zainteresowania rodziną).

Typowe dla schizofrenii deficyty w zakresie przetwarzania emocjonalnego (percepcji, doświadczania i reagowania na bodźce afektywne) warunkują charakterystyczny dla osób ze schizofrenią sposób reagowania i zachowania się w relacjach społecznych. Ten z kolei tworzy specyficzną dynamikę i odpowiada za właściwości grup składających się z pacjentów psychiatrycznych [26]. Dalsza część artykułu stanowi ilustrację kliniczną tej właśnie specyfiki w kontekście opisanych powyżej nieprawidłowości.

Większość przedstawionych powyżej badań dotyczy chorujących na schizofrenię, ale w pracy klinicznej korzystamy z tych obserwacji w odniesieniu do szerszej grupy pacjentów, u których wystąpił epizod psychiatryczny. Tworzenie grup złożonych z osób wyłącznie z rozpoznaniem schizofrenii nie ma uzasadnienia klinicznego [27].

Chciałybyśmy podzielić się obserwacjami z pracy w grupach dla pacjentów psychiatrycznych na podstawie doświadczeń w prowadzeniu grup w warunkach stacjonarnych i ambulatoryjnych. Grupy stacjonarne krótkoterminowe prowadzone są na oddziale rehabilitacyjnym dla osób po epizodzie psychiatrycznym. Grupy ambulatoryjne, bezterminowe prowadzone są od niespełna 3 lat w ramach praktyki prywatnej autorek. W obu przypadkach uczestnikami grup są pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii, zaburzeń schizoafektywnych, zaburzeń urojeniowych oraz ostrych i przewlekłych zaburzeń psychiatrycznych. Grupy na oddziale mają charakter otwarty, składają się zwykle z 7–12 pacjentów. Psychoterapia

grupowa jest jednym z elementów programu terapeutycznego proponowanego pacjentom. Sesje odbywają raz w tygodniu, trwają 1,5 godziny. Udział pacjentów w grupie zależy od długości hospitalizacji, czasem jest to zaledwie kilka sesji, maksymalnie 12. Leczenie jest finansowane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Grupy ambulatoryjne są półotwarte, złożone z 5–7 pacjentów. Pacjenci spotykają się raz w tygodniu na 1,5 godziny z miesięczną przerwą wakacyjną w ciągu roku. Leczenie jest płatne.

Psychoterapia prowadzona jest zgodnie z zasadami podejścia integracji asymilacyjnej [28]; zasadniczą bazą teoretyczną jest myślenie psychodynamiczne (w tym ważne miejsce zajmuje analiza grupowa). Poza interwencjami właściwymi dla tego nurtu, obecne są również interwencje charakterystyczne dla psychoterapii poznawczej i interpersonalnej. W porównaniu z grupami pacjentów nerwicowych, proponowaną psychoterapię charakteryzuje zatem większa aktywność terapeuty, wyższa strukturyzacja pracy grupy, obecność elementów psychoedukacji (szczególnie w pracy na oddziale) oraz intensywniejsza stymulacja interakcji między uczestnikami.

Zebrany materiał kliniczny został podzielony ze względu na charakter zaburzeń emocjonalnych: wyróżniono zaburzenia w zakresie percepcji, ekspresji i doświadczania emocji. Wybrany podział stanowi pewien rodzaj matrycy porządkującej złożoną rzeczywistość pracy grupowej z osobami chorymi, pozwala na jej organizację i wymusza segregację doświadczeń. Jednocześnie zdajemy sobie sprawę, że redukcja złożoności emocjonalnej do tylko jednego deficytu jest niemożliwa i zaproponowana kategoryzacja wydaje się nieco sztuczna.

Zaburzenia percepcji

Wyraźny podział na percepcję, ekspresję i doświadczanie emocji jest stosunkowo trudny, ponieważ wymienione elementy ludzkiego przeżywania są ze sobą nierozdzielnie związane. Jednocześnie, kiedy próbujemy zrozumieć, co dzieje się w grupie, możemy pomyśleć, że pierwotne dla zaburzeń komunikacji są właśnie deficyty percepcji emocji, nie sposób bowiem adekwatnie odpowiedzieć na bodziec emocjonalny, który jest błędnie odczytywany. Ograniczenia pacjentów w zakresie percepcji emocji obejmują tak identyfikację, jak i ocenę intensywności bodźca. Są wyraźnie widoczne zarówno podczas obserwacji reakcji uczestników sesji grupowej, jak i w przypadku wspólnego zastanawiania się, co może przeżywać druga osoba. Sytuację dodatkowo komplikuje obecność deficytów w zakresie ekspresji emocji w tej samej grupie pacjentów. Wielokrotnie obserwujemy, jak trudno jest uczestnikom grupy odczytać i w adekwatny sposób zareagować na emocje drugiej osoby, które są często wyrażane w skąpy, niejednoznaczny czy zniekształcony sposób.

Zaburzenia w zakresie rozumienia bodźców emocjonalnych, a co za tym idzie trudności w nadaniu emocjonalnego znaczenia sytuacji w grupie, w znaczący sposób utrudniają komunikację pomiędzy uczestnikami. Wymiana w grupie jest uboga, wątki pourywane, często pojawia się milczenie. Typowe są sytuacje, kiedy jeden z członków grupy decyduje się podzielić ważnym dla siebie wydarzeniem, co nie wywołuje żadnej odpowiedzi w grupie, tak jakby znaczenie emocjonalne tej wypowiedzi nie zostało zrozumiane. Często inny uczestnik, nie odnosząc się w żaden sposób do poprzedniej wypowiedzi, zaczyna mówić o sobie. Wymiana w grupie wymaga ciągłego modelowania przez prowadzących [26].

Deficyty percepcji emocji dają swój wyraz w nieadekwatności zachowań pacjentów w sytuacjach społecznych. Członkowie grupy borykają się z własnym niedopasowaniem w kontakcie, trudnością z zabraniem głosu i włączeniem się w dyskusję grupową w odpowiednim momencie. Jeden z pacjentów z nasilonymi objawami negatywnymi często poruszał jakiś wątek z dużym opóźnieniem, kiedy temat dawno już wygasł, a grupa rozmawiała o czymś innym, co wywoływało zwykle konsternację i niezrozumienie. W tej sytuacji terapeutki starały się łączyć wypowiedź pacjenta z wcześniej poruszonym tematem, mówiąc np. „Wraca pan do tego, o czym mówiliśmy jakiś czas temu. Ten temat był dla pana ważny”. Po pewnym czasie pacjent sam zaczynał swoją wypowiedź od tego, że chciałby wrócić jeszcze do poprzedniego tematu, dzięki czemu stawał się bardziej czytelny dla grupy. Inna pacjentka często spóźniała się na spotkania, przerywała komunikację swoim wejściem, nie pytała, o czym była mowa, tylko nagle zaczynała mówić o sobie. Podczas omówienia tej sytuacji okazało się, że nie rozumiała wpływu własnego zachowania na innych, obawiała się, że później nie będzie potrafiła rozpoznać odpowiedniego momentu i nie uda jej się zabrać głosu.

Upośledzona jest również autopercepcja. Jeden z pacjentów zwykle zabiera głos raz podczas każdej sesji. Kiedy terapeutki lub inni uczestnicy zauważają, że mało się odzywa, pacjent nie zgadza się z tym, co wywołuje śmiech w grupie. Mówi, że dzieli się wszystkim, co przychodzi mu do głowy.

Pacjenci, pytani o to, co może przeżywać druga osoba, rzadko używają słów opisujących emocje. Kiedy terapeuta podsuwa konkretne słowa, wyraźnie unikają nazywania złości, wściekłości, gniewu, konfliktu. Spośród emocji negatywnych częściej identyfikują poczucie zagrożenia, krzywdy, zdenerwowanie, nieufność lub smutek. Ta obserwacja kliniczna jest zgodna z wynikami badań przedstawionymi w pierwszej części artykułu, które sugerują, że deficyty emocjonalne osób chorujących na schizofrenię dotyczą głównie emocji negatywnych [3].

Innym przejawem zakłócenia w zakresie percepcji negatywnych emocji jest utrzymująca się idealizacja terapeutów i siebie nawzajem przez uczestników, charakterystyczna dla grup zarówno terapii krótkoterminowych prowadzonych w ramach oddziału, jak i długoterminowych, ambulatoryjnych. Uczestnicy mają skłonność widzieć jedynie pozytywne aspekty relacji, zaprzeczając konfliktom, nieporozumieniom. Sposób, w jaki postrzegają siebie i terapeutów, pozostaje w sprzeczności z tym, jak odbierają świat zewnętrzny. Zachowania i wypowiedzi innych interpretują jako życzliwe, łagodne i wspierające, wyraźnie pomijając ich agresywne aspekty. Również samych siebie przedstawiają często jako życzliwych, pomocnych, myślących o innych i nie przeżywających negatywnych uczuć. Doświadczenia terapeutyczne potwierdzają obserwacje z badań nad mechanizmami obronnymi [por. 29]; w grupach bardzo rzadko dochodzi do konfliktów czy wyrażania złości — konflikty są szybko łagodzone, gniew często przeradza się w smutek. Typowym zachowaniem w sytuacjach konfliktowych, wyrażania przez któregoś z pacjentów złości do terapeutek, jest ich chronienie przez resztę grupy, uciekanie w zależność od nich. Kiedy terapeutki nazywają uczucia złości, większość pacjentów im zaprzecza.

Wydaje się, że ta właściwość emocjonalności odpowiada częściowo za brak wątków separacyjnych w pracy terapeutycznej. W grupie prowadzonej przez ponad 2,5 roku lęk przed separacją ma swój wyraz w pojawiającym się cyklicznie pytaniu, czy jest to grupa

dla zdrowych czy chorych. Wyzdrowienie rozumiane jest jako równoznaczne z koniecznością odejścia z grupy. Jeden z pacjentów mówi o planach kończenia terapii, pozostałe osoby widzą przed sobą dłuższą perspektywę udziału w grupie. Jedna z pacjentek śmieje się czasem z własnej fantazji, że będzie przychodziła na sesje jako staruszka z laseczką.

Zaburzenia ekspresji emocji

Nieprawidłowości w zakresie częstości i intensywności wyrażanych emocji to charakterystyczny aspekt pracy psychoterapeutycznej z pacjentami psychotycznymi. Co więcej, nieświadomym rozwiązaniem grupowym, wobec wyraźnych deficytów w tym obszarze, często staje się poruszanie tematów nieemocjonalnych. Najczęściej omawiane są wątki stosunkowo neutralne dla uczestników grupy, bardzo rzadko — ich relacje z rodzicami, rodzeństwem, partnerami lub innymi członkami grupy. Tematy dotyczące objawów choroby, leczenia (przyjmowanych leków, dawek, objawów ubocznych) czy pracy zawodowej poruszane są na powierzchownym poziomie, często w powtarzalny, stereotypowy sposób. Dodatkowo, niezależnie od wybieranych tematów, uczestnicy koncentrują się na faktach, pomijając związane z nimi przeżycia.

Fundamentalnym problemem grupy staje się doświadczenie psychozy, poczucie izolacji społecznej, stygmatyzacji. Z tego powodu można sądzić, że jej względna homogeniczność pozwala na szybsze osiągnięcie porozumienia [27]. Jednocześnie dobór do grup zarówno pacjentów ze schizofrenią, u których dominują objawy negatywne, jak i pacjentów schizofafektywnych, bardziej skłonnych do wnoszenia treści emocjonalnych, ułatwia wzajemną komunikację. Pacjenci, szczególnie na dalszych etapach pracy w grupie, sami komentują rodzaj tworzonej przez siebie komunikacji, co ilustruje przedstawiony poniżej fragment sesji.

Pan B: (wchodzi spóźniony): O czym mówisz?

Pani A: O tym, co na zeszłej sesji — że nie komentujemy, co ktoś mówi.

Pan B: No wiesz, po co przychodzić na sesję, jak ktoś się boi prawdy.

Pani A: Tak, bo wtedy trzeba się wziąć do roboty i pozmieniać to wszystko.

Pan B: Chyba o to chodzi.

Pan C: Ale o jakie komentarze chodzi?

Pan B: O to, co ja w zeszłym tygodniu mówiłem, że jak jedna osoba mówi, to jest cicho. Żeby była jakaś...

Pan C: ...interakcja.

Pan B: Stąd taki postulat — podtrzymuję, żeby tak było. No i doszliśmy po sesji do wniosku, że dobrze by było, gdyby panie się bardziej odzywały.

Pan D: Na to nie licz (ze śmiechem).

Terapeutka: Chcielibyście państwo usłyszeć o sobie, ale i obawiacie się tego.

Pan D: Konstruktywna krytyka z dobrą intencją, żeby pomóc, może być całkiem pozytywna.

Pan B: Też myślę, że nie ma się czego bać. Zawsze, jak ktoś powie coś niemiłego, można mu odszczekać. Co myślicie?

Pan C: A czemu by te oceny miały służyć?

Pan B: No, wychodzeniu z choroby.

Pan C: Tylko my często porozumiewamy się w sferze faktów, które trudno zewnętrznemu obserwatorowi ocenić. To są suche fakty.

Pan B: Ale nie rozumiem — przecież już się znamy dobrze, każdy może coś powiedzieć.

Pan D: Też ktoś, kto mówi, nie zawsze widzi, co się z nim dzieje. Ileś osób może różnie widzieć. Krytyka nie musi być w 100% trafna.

Wymiana zdań pacjentów jest bezładna. Wypowiedzi poszczególnych osób nie wiążą się ze sobą. Każdy mówi o sobie, często nie odnosząc się do tego, co mówią inni. Komentowanie nawzajem swoich wypowiedzi jest rozumiane w kategoriach nieemocjonalnych, będących rodzajem wartościowania: oceny czy krytyki. Według pana C uczestnicy porozumiewają się w sferze faktów. Używa on określenia „suche fakty”, tak jakby w jego przeżyciach sfera poznania i emocjonalności pozostawały wyraźnie rozdzielne i kontakt z drugą osobą, w którym emocje nie są w ogóle obecne, był możliwy.

Jeden z pacjentów, który na wstępnym etapie terapii stracił siostrę, powiedział o tym, powtarzając kilkakrotnie dokładną datę śmierci, natomiast zdecydowanie odmówił rozmowy na ten temat. Było to możliwe dopiero 2 lata później. Inna pacjentka w trakcie trwania grupy straciła ojca. Powiedziała o tym terapeutkom po sesji, z zaznaczeniem, że to jej tajemnica. Nie zdecydowała się powiedzieć o tym w grupie. Pacjenci rzadko mówią o przeszłości, o rodzinie, a jeśli już, to wyraźnie idealizując rodzinę lub w bardzo powierzchowny sposób [25]. W grupie spotykającej się od ok. 2 lat uczestnicy nie wiedzieli, ile rodzeństwa mają poszczególne osoby z grupy.

Dużą trudność sprawia pacjentom rozmowa wprost na tematy angażujące emocjonalnie grupę, takie jak wypadnięcia pacjentów, dłuższe nieobecności czy dojście nowych osób. W jednej z prowadzonych grup realne straty (wczesne wypadnięcie atrakcyjnej dla grupy pacjentki, nieobecność jednego z pacjentów z powodu ostrego epizodu psychiatrycznego z koniecznością hospitalizacji), mimo licznych interwencji ze strony prowadzących (uczestnicy zdecydowanie odrzucali interpretacje nazywające znaczenie emocjonalne opisanych wydarzeń), nie były omawiane wprost przez uczestników terapii, choć w ich skojarzeniach pojawiały się tematy śmierci i żaloby wśród bliskich lub znajomych osób spoza grupy.

Jednocześnie zdarzają się sesje, na których intensywność wyrażanych emocji i ich intymność zdają się znacznie przewyższać typowe doświadczenia grup nerwicowych — nierzadko są zbyt wielkie, a tym samym nieadekwatne. Przykładem może być zachowanie pacjenta, który podczas swojej drugiej sesji terapii grupowej prowadzonej w warunkach oddziału zdecydował się podzielić z innymi wątpliwościami dotyczącymi własnej orientacji seksualnej. Po kilku minutach trwania sesji, podczas których jedna z uczestniczek opisywała sytuację, kiedy „po raz pierwszy w życiu” rozmawiała o tym, że choruje, z kimś spoza rodziny, poprosił o możliwość powiedzenia grupie czegoś, czego również nigdy nikomu nie mówił. Przejęty, z wyraźnymi oznakami niepokoju, w chaotyczny sposób przedstawił grupie własne trudności w kontaktach z mężczyznami, którym towarzyszą erotyczne wyobrażenia o natrętnym charakterze. Temat okazał się niewątpliwie zbyt trudny dla młodej grupy. Nikt z uczestników nie odniósł się do ujawnianych przez niego informacji o własnej tożsamości seksualnej; odpowiedź grupy dotyczyła innych, bardziej neutralnych wątków obecnych w jego wypowiedzi (zagubienia, niepewności, trudności w kontaktach, gorszego samopoczucia w ostatnim okresie, doświadczenia myśli natrętnych). Dalsza praca grupy wymagała interwencji ze strony prowadzących.

Nieprawidłowości w zakresie umiejętności stopniowania i sygnalizowania swoich uczuć dobrze ilustruje również przykład pacjenta, który zakochał się w przyjaciółce. Chcąc być wobec niej szczery — nie zmieniając swojego zachowania, nie dając żadnych sygnałów, że mu się podoba — wyznał jej swoje uczucia miłości. Przyjaciółka była zaskoczona i przytłoczona, powiedziała, że nie chciała wcale tego usłyszeć. On poczuł się zraniony i odrzucony.

Zaburzenia w zakresie doświadczania emocji

O przeżyciach drugiej osoby wnioskujemy na podstawie wyrażanych przez nią stanów emocjonalnych oraz własnych odczuć w kontakcie. Liczne badania i obserwacje kliniczne pokazują, że zaburzona, uboga ekspresja pacjentów psychotycznych nie oznacza wcale uboższego czy mniej intensywnego przeżywania przez nich emocji [3, 18]. Już w 1980 roku Kostecka i wsp. [27], formułując podstawowe założenia pracy z osobami chorymi na schizofrenię, podkreślały, że czują one tyle samo, co osoby zdrowe. Zarówno w kontakcie indywidualnym, jak i w pracy w grupie zauważalna jest niespójność pomiędzy doświadczaniem a ekspresją. Charakterystyczny dla psychoterapii w grupie jest dystans między uczestnikami. Trudności w prowadzeniu swobodnej rozmowy, w tym długie okresy milczenia, utrzymują się również na dalszych etapach pracy. Jednocześnie pacjenci dają różne dowody na to, jak są dla siebie ważni. Jeden z pacjentów, sprawiający wrażenie mało zaangażowanego i często (obronnie) przysypiający na spotkaniach, mówił o tym, jak nie może długo zasnąć po sesjach, bo tak bardzo jest poruszony. Zdarzało się, że opuszczał sesje, kiedy spodziewał się szczególnie trudnych emocji (np. w związku z przyjęciem nowej osoby), z obawy, że ich nie udźwignie. Może to być wyrazem znacznie podwyższonej reaktywności emocjonalnej pacjentów psychotycznych, przy braku zewnętrznych przejawów przeżywanych emocji. Ten rozdźwięk pomiędzy ekspresją emocji a ich przeżywaniem odczuwany jest silnie przez terapeutki. Sesje pełne milczenia, dystansu i pozornego braku zaangażowania nie powodują w terapeutkach, tak jak można by było przypuszczać, zniechęcenia i znudzenia, a raczej odczucie przeładowania różnymi uczuciami, których uczestnicy nie potrafią wyrazić (napięcia, lęku, chęci kontaktu, zaangażowania).

Po mniej więcej roku leczenia uczestnicy grupy sami dali dowód na to, jak widzą własne deficyty emocjonalne, wyróżniając dwie wyraźne podgrupy: osób mających trudności w kontrolowaniu swoich uczuć oraz osób nadmiernie kontrolujących swoje emocje. Osoby z pierwszej grupy często czuły się zalane uczuciami, których nie mogły pomieścić i zrozumieć. Osoby z drugiej grupy narzekały na brak uczuć, nadmierne kierowanie się rozumem.

Ciągła oscylacja pomiędzy biegunami bliskość — dystans odzwierciedla „zagubienie” emocjonalne pacjentów [30]. Po sesjach szczególnie pełnych bliskości, pojawia się duży dystans, uczestnicy nie przychodzą na następne sesje bądź milczą. Dzieje się to zarówno realnie, jak i w uczuciach terapeutek. Jest to zgodne ze spostrzeżeniami wielu autorów [31, 32, 33], którzy obserwują rodzaj wahania w kontakcie, ambiwalentne uczucia pacjentów, powtarzający się proces przybliżania i oddalania. Namysłowska [32] podkreśla, że uniwersalny dla człowieka dylemat, w którym bliskość grozi wchłonięciem przez drugą osobę, a oddalenie totalną pustką, jest przeżywany przez pacjentów psychotycznych w skrajnym

wymiarze. Ten brak możliwości w znalezieniu odpowiedniego dystansu w relacji, niemożności zarówno zbliżenia, jak i oddalenia wiąże się z utrzymywaniem impulsów seksualnych i agresywnych w stanie uśpienia [Pao, 1997: za 33]. Wielu autorów podkreśla, że poruszanie tych tematów może być za trudne dla grupy [27, 34].

Ograniczenia w zakresie doświadczania emocji prowadzą do zaburzeń ich funkcji motywacyjnej. Można to obserwować na różnych poziomach, począwszy od tendencji do wycofywania się z kontaktu, stosunku aktywności w grupie do czasu milczenia, charakterystycznego dla grup złożonych z pacjentów psychiatrycznych. W grupie afekt nie motywuje pacjentów do zabierania głosu, a w życiu poza grupą pacjenci wydają się „zamrożeni” w emocjach i działaniu. Emocje przestają pełnić rolę drogowskazu przy podejmowaniu decyzji i pacjenci pozostają na rozstajach dróg, nie dlatego, że dana sytuacja życiowa jest dla nich źródłem satysfakcji, ale dlatego, że nie pojawiają się emocje zmuszające do zmiany. Jest to szczególnie dramatyczne w przypadku pacjentów przewlekle chorujących, u których przeważają objawy negatywne i których codzienna aktywność często jest ograniczona do minimum. Grupa terapeutyczna stopniowo tworzy własną kulturę i staje się nośnikiem norm społecznych [por. 34]. Jednocześnie wydaje się, że uczestnicy identyfikujący się z grupą przeżywają normy grupowe jako rodzaj norm wewnętrznych. Terapia grupowa poprzez udział w grupie rówieśniczej ułatwia separację, budowanie niezależności, odrębności, w przeciwieństwie do terapii indywidualnej, która może pogłębiać zależność pacjentów. Powyższe mechanizmy dobrze obrazuje przykład grupy, w której praca zawodowa stała się rodzajem normy, dowodem rozwoju, zdrowia, niepoddawania się stygmatyzacji społecznej. Jeden z pacjentów o nasilonych objawach negatywnych podporządkował się tej regule grupowej i podjął prostą pracę w stałych godzinach. Jego życie uległo dużej zmianie; przed podjęciem pracy często zaczynał dzień wstając o 16.00. Jednocześnie, pytany na co przeznaczyci zarobione pieniądze, nie umiał odpowiedzieć, nie miał żadnego pomysłu.

Zaburzenia w zakresie doświadczania emocji oraz ich funkcji motywacyjnej można rozumieć jako część zaburzeń tożsamości czy zaburzeń „ja”, obok zaburzeń w zakresie myślenia. Z tej perspektywy trudności motywacyjne pacjentów są konsekwencją bardziej podstawowych deficytów dotyczących odróżniania siebie od innych — rozróżnienia pomiędzy „ja” i „nie ja” [30, 35]. Pojawiające się w trakcie psychoterapii pytania dotyczące tego, co wybieram, czego potrzebuję, z czym będzie mi dobrze, stanowią dopiero kolejny krok po bardziej podstawowych — o to, kim jestem, co czuję, co myślę. Problem określenia własnej tożsamości staje się szczególnie aktualny, kiedy grupa bada temat relacji z innymi. Doświadczenie własnych granic, widzenie drugiej osoby jako odrębnej wydaje się warunkiem tworzenia bliskiej relacji. W przytoczonym wcześniej fragmencie sesji widać ogromny lęk przed utrzymywaniem i udzielaniem informacji zwrotnych, tak jakby osoby w grupie czuły swoją kruchość. Dążąc do większej szczerości, otwartości, bliskości, spodziewają się od siebie oceny czy krytyki, czyli rodzaju ataku, co pociąga za sobą chęć obrony, ochrony, wycofania.

Również doświadczenia przeciwprzeniesieniowe zdają się potwierdzać wyniki badań sugerujące większą niż w przypadku osób zdrowych intensywność przeżywania emocji negatywnych wśród pacjentów psychiatrycznych [3]. Terapeuci pracujący z osobami psychiatrycznymi opisują doświadczenie psychiatrycznego lęku, lęku przed rozpadem, psychozą. Odpowiednikiem tego przeżycia może być wpisany w grupę pacjentów psychiatrycznych

lęk przed jej rozpadem, znacznie częściej przeżywany niż w grupie pacjentów neurotycznych. Pojawia się on zazwyczaj nie wprost — w skojarzeniach dotyczących lęku przed nawrotem psychozy, wspomnieniach epizodu psychiatrycznego czy samych objawach psychiatrycznych.

Autorzy przedstawiający zasadnicze różnice między psychoterapią grupową pacjentów psychiatrycznych a psychoterapią pacjentów nerwicowych, jako cechę charakterystyczną grup tworzonych przez osoby psychiatryczne podają słabą, zahamowaną komunikację [26, 33]. Wobec przytoczonych nieprawidłowości w zakresie emocjonalności tego typu pacjentów opisywana właściwość grup wydaje się niemal nieunikniona. Interakcje nie tworzą sieci powiązań między uczestnikami lub jest ona bardzo słaba, a pacjenci nawet w grupie pozostają samotni.

Celną ilustrację charakteru przeżyć pacjentów stanowi sen o grupie, opowiedziany na sesji przez jedną z pacjentek po prawie półrocznej wspólnej pracy. We śnie sesja psychoterapii grupowej odbywa się na kamieniach, przy ognisku, w rodzinnej miejscowości P. Jest letni dzień, świeci słońce, „piknikowa atmosfera”. Niezależnie od złożonej treści snu (którego decydujemy się nie przytaczać w całości ze względu na konieczność zachowania anonimowości osób leczących się), uwagę realnej grupy „przykuwają” kamienie. Skojarzenia uczestników dotyczą obojętności wobec siebie nawzajem, słuchania innych z „kamienną twarzą”, rodzajem usztywnienia, zamrożenia, nadmiernej kontroli, ograniczeń w zakresie spontaniczności w wyrażaniu emocji i komentarzy. Pacjenci odczytują sen jako doświadczenie ciężaru i niewygody podczas spotkań grupowych, zastanawiające w kontekście poruszania stosunkowo neutralnych/powierzchniowych tematów — jak na pikniku. Jeden z uczestników mówi o poczuciu osamotnienia, choć jednocześnie pojawiają się głosy dotyczące uwężnienia i zależności.

Co ciekawe, rok później ta sama pacjentka miała drugi sen o grupie. Mimo zmienionej scenarii, podobnie jak poprzednio, miejscem do siedzenia były kamienie tworzące krąg. Tym razem były one jednak połączone deskami — na nich siedzieli uczestnicy grupy. Oba sny, stanowiące rodzaj kontynuacji, można rozumieć jako opis tworzącej się w odczuciu uczestników sieci komunikacyjnej czy powstających więzi emocjonalnych. Kiedy uwzględnimy deficyty emocjonalne osób psychiatrycznych, wydaje się, że tego rodzaju ewolucję można obserwować jedynie podczas terapii długoterminowej w grupach o względnie stałym składzie uczestników.

Piśmiennictwo

1. Wciórka J. Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Tom 2. Wrocław: Urban & Partner; 2002, s. 213–323.
3. Mueser KT, Penn DL, Blanchard JJ, Bellack AS. Affect recognition in schizophrenia: a synthesis of findings across three studies. *Psychiatry* 1997; 60(4): 301–308.
4. Tremeau F. A review of emotion deficits in schizophrenia. *Dialog. Clin. Neurosci.* 2006; 8: 58–68.
5. Bediou B, Krolak-Salmon P, Saoud M, Henaff M, Burt M, Dalery J, D’Amato T. Facial expression and sex recognition in schizophrenia and depression. *Can. J. Psychiatry* 2005; 50 (9): 525–533.

6. Kohler CG, Turner TH, Bilker WB, Brensinger CM, Siegel SJ, Kaner SJ, Gur RE, Gur RC. Facial emotion recognition in schizophrenia: intensity effects and error pattern. *Am. J. Psychiatry* 2003; 160(10): 1768–1774.
7. Murphy D, Cutting J. Prosodic comprehension and expression in schizophrenia. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr* 1990; 53(9): 727–730.
8. Pijnenborg GHM, Withaar FK, van den Bosch RJ, Brouwer WH. Impaired perception of negative emotional prosody in schizophrenia. *Clin. Neuropsychol.* 2007; 21(5): 762–775.
9. Kucharska-Pietura K. Zaburzenie procesów społecznego poznania w schizofrenii. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2008.
10. Hunca-Bednarska A, Kucharska-Pietura K. Zachowania emocjonalne w schizofrenii i jednostronnych uszkodzeniach mózgu — ekspresja i werbalizacja emocji. Asymetria półkul mózgowych. Cz. II. *Psychiatr. Pol.* 2002; 36: 435–448.
11. Addington J, Penn D, Woods SW, Addington D, Perkins DO. Facial affect recognition in individuals at clinical high risk for psychosis. *Brit. J. Psychiatry* 2008; 192(1): 67–68.
12. Kerr SL, Neale JM. Emotion perception in schizophrenia: Specific deficit or further evidence of generalized poor performance? *J. Abnorm. Psychol.* 1993; 102(2): 312–318.
13. Addington J, Addington D. Facial affect recognition and information processing in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr. Res.* 1998; 32(3): 171–181.
14. Kucharska-Pietura K, Masiak M. Deficyty emocjonalne w modelach wymiarowych w schizofrenii. *Psychiatr. Pol.* 2004; 5: 809–818.
15. Mathews JR, Barch DM. Episodic memory for emotional and nonemotional words in schizophrenia. *Cognition Emotion.* 2004; 18(6): 721–740.
16. Aghevli MA, Blanchard JJ, Horan WP. The expression and experience of emotion in schizophrenia: a study of social interactions. *Psychiatr. Res.* 2003; 119: 261–270.
17. Drat-Ruszczak K. Poznanie i emocje w schizofrenii. Różnicujący wpływ kontekstu społecznego. Gdańsk: Wydawnictwo UG; 1995.
18. Kring A, Neale J. Do schizophrenic patients show a disjunctive relationship among expressive, experiential, and psychophysiological components of emotion? *J. Abnorm. Psychol.* 1996; 105(2): 249–257.
19. Horan WP, Blanchard JJ. Emotional responses to psychosocial stress in schizophrenia: The role of individual differences in affective traits and coping. *Schizophr. Res.* 2003; 20: 171–283.
20. Kring A, Caponigro JM. Emotions in schizophrenia: Where feeling meets thinking. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 2010; 19(4): 255–259.
21. Kring A. Emotions in schizophrenia: Old mystery, new understanding. *Curr. Dir. Psychol. Sc.* 1999; 8: 160–163.
22. Morrison RL, Bellack AS, Bashore TR. Perception of emotion among schizophrenic patients. *J. Psychopathol. Behav.* 1988; 10(4): 319–332.
23. Morrison RL, Bellack AS, Mueser KT. Deficits in facial affect recognition and schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1988; 14: 67–83.
24. Henry JD, Rendell PG, Green MJ, McDonald S, O'Donnell M. Emotion regulation in schizophrenia: affective, social, and clinical correlates of suppression and reappraisal. *J. Abnorm. Psychol.* 2008; 117(2): 473–478.
25. Henry JD, Green MJ, De Lucia A, Restuccia C, McDonald S, O'Donnell M. Emotion dysregulation in schizophrenia: Reduced amplification of emotional expression is associated with emotional blunting. *Schizophr. Res.* 2007; 95: 197–204.

26. Drat-Ruszczak K. Badanie mechanizmu upożytywniania informacji społecznej w schizofrenii. *Przeł. Psychol.* 1994; 37(1–2): 79–92.
27. Kostecka M, Malatyńska G, Namysłowska I, Żardecka-Mieścicka M. Psychoterapia grupowa chorych z psychozami. W: Wardaszko-Lysakowska, H, red. *Terapia grupowa w psychiatrii*. Warszawa: PZWL; 1980, s. 295–311.
28. Kanas N. *Group therapy for schizophrenic patients*. Washington D.C.: American Psychiatric Press; 1996.
29. Jędrasik-Styla M, Styla R. Psychoterapia integracyjna: podejście eklektyczne, asymilatywne, integracji oraz czynniki wspólne. *Psychoter.* 2009; 2: 5–16.
30. Drat-Ruszczak K. Dynamika emocji w schizofrenii: mechanizmy radzenia sobie z wartościowością relacji społecznych. *Przeł. Psychol.* 1997; 40(1–2): 27–47.
31. Sokolik Z. Schizofrenia oraz zaburzenia z pogranicza nerwicy i psychozy. W: Grzesiuk L, red. *Psychoterapia. Praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo ENETEIA; 2006, s. 147–170.
32. Namysłowska I. Kontakt terapeutyczny z osobą chorą na schizofrenię. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2006; 15(3): 137–141.
33. Kostecka M. Rola przeciwprzeniesienia w indywidualnej psychoterapii schizofrenii. W: Bomba J, red. *Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie. Tom 1. Biblioteka Psychiatrii Polskiej*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000, s. 9–15.
34. Murawiec S. Terapia grupowa zorientowana psychodynamicznie w leczeniu schizofrenii. W: Bomba J, red. *Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie. Tom 1. Biblioteka Psychiatrii Polskiej*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000, s. 25–36.
35. Chazan R. *The group as therapist*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2001.
36. Szejder M. Specyfika relacji z obiektem chorym na schizofrenię jako predyktor przebiegu choroby — przegląd piśmiennictwa. *Wiad. Psychiatr.* 2004; 7(3): 160–165.

Adres: 02-740 Warszawa, ul. Puławska 255/54
m.jedrasikstyla@gmail.com