

Anna Bielańska

MONODRAMA JAKO SPECYFICZNA INTERWENCJA W LECZENIU HALUCYNACJI SŁUCHOWYCH*

MONODRAMA AS A SPECIFIC INTERVENTION IN TREATMENT OF AUDITORY HALLUCINATIONS

monodrama auditory hallucinations

Autorka na przykładzie opisu trzech procesów terapeutycznych przedstawia zastosowanie monodramy w leczeniu pacjentów doświadczających uporczywych halucynacji. Zwraca uwagę na główne elementy leczące, takie jak: powtarzane ćwiczenia wyrażające protest, refleksja nad relacją do głosów, wspieranie i rozwijanie zasobów pacjenta, specyficzna relacja terapeutyczna.

Summary

Objectives: The author describes the use of psychodrama in individual, short-term psychotherapy with a schizophrenia-diagnosed patient. The aim of these sessions was to reduce auditory hallucinations.

Methods: Psychodrama transfers internal conflicts, symptoms and problems to the stage, into a space of 'surplus reality'. This paper includes stories of three patients and descriptions of their monodrama sessions, where they were working with auditory hallucinations. On the stage the patients fought with their hallucinations and tried to find their resources and possibilities. They have been under pharmacological care throughout the whole therapy.

Results: After ten sessions, which took place every two weeks, their symptoms reduced significantly; the voices, which had been heard every day, started appearing only from time to time. The patients experienced the voices' gradual loss of authority over them. The voices lost their omnipotence and omniscience. Half a year later the reduction of auditory hallucinations was maintained.

Conclusions: Monodrama as a method of therapy for auditory hallucinations seems to prove an effective tool to obtain significant improvement in such symptoms.

Wprowadzenie

Stosowanie dramy, teatru terapeutycznego, psychodramy czy tak zwanych acting methods w terapii osób chorujących psychicznie ma swoją długą historię. Na początku XX wieku rosyjski psychiatra Vladimir Iljine stworzył z pacjentami psychiatrycznymi, w 1908 roku w Kijowie, teatr terapeutyczny. Sándor Ferenczi odkrył skuteczność sto-

* Praca powstała w Krakowskiej Grupie Badawczej nad Przebiegiem Schizofrenii Cogito

sowania „active technique” w leczeniu różnych zaburzeń, ale ponieważ nie mieściło się to w głównym nurcie psychoanalitycznym, nie kontynuował swoich doświadczeń z dramą [1]. Jakub Levy Moreno, który stworzył metodę psychodramy, rozpoczął od doświadczeń z osobami głęboko zaburzonymi psychicznie, które pracowały na scenie ze swoimi psychotycznymi objawami [2]. Również w Krakowie w środowiskowym programie leczenia i rehabilitacji schizofrenii od lat prowadzona jest ambulatoryjna grupa psychodramatyczna. [3, 4]. W 1985 roku powstał tu teatr terapeutyczny dla osób chorujących na schizofrenię, prowadzony jest od 30 lat jako ambulatoryjna grupa, w której pacjenci kontynuują terapię leczącym teatrem po pobycie na dziennym oddziale psychoterapeutycznym lub rehabilitacyjnym [5, 6, 7]. Tak rozumiany teatr jest narzędziem, drogą do zdrowienia. W długim procesie przygotowywania spektaklu, opartego głównie na motywach dramatu greckiego lub szekspirowskiego, pacjenci/aktorzy tworzą wspólną inspirowaną ideą społeczności terapeutycznej. Razem ćwiczą, a następnie odgrywają różne role, dzięki czemu uruchamiają zdrowe możliwości funkcjonowania, uczą się trudnej, wieloznacznej „gry społecznej”. Pomaga im to spotkać się z głębokimi egzystencjalnymi konfliktami, przeżyć silne emocje i wyzwania, jakie się z tym wiążą [5, 7, 8]. To wszystko jest reflektowane i omawiane w procesie psychoterapii. Spektakl po latach przygotowań pełni równocześnie funkcję edukacyjną. Przedstawienie „Snu nocy letniej” Szekspira wystawione w państwowym teatrze oglądnęło w ostatnich pięciu latach ponad sześć tysięcy osób, w większości uczniów szkół średnich.

W roku 2013 rozpoczęłam indywidualną psychoterapię metodą psychodramy osób chorujących na schizofrenię, nastawioną na redukcję uporczywych, od lat utrzymujących się i niepoddających farmakoterapii halucynacji słuchowych. Inspiracją była współpraca z Julianem Leffem nad adaptacją terapii Avatara w Krakowie. Adaptacja polegała na tym, że zamiast przedstawienia głosu pacjenta w komputerze za pomocą grafiki komputerowej, użyto maski, wcześniej zrobionej przez pacjenta. Rozmowa pacjenta z głosem toczyła się za jej pośrednictwem [9]. Wydało mi się to bardzo bliskie pracy z wewnętrznym światem na scenie, jaką stosujemy w psychodramie.

Halucynacje słuchowe i trauma

Psychiatrzy zajmujący się osobami chorującymi psychicznie od lat badają naturę halucynacji słuchowych i ich podatność na leczenie. Klinicyści mają trudności z grupą pacjentów, u których głosy utrzymują się latami, pomimo leczenia farmakologicznego, psychoterapii i innych interwencji terapeutycznych. Longden i wsp. [10] wskazują, że wzrasta liczba badań ujawniających związek halucynacji słuchowych z traumatycznymi doświadczeniami życiowymi. Badanie 80 osób słyszących głosy pozwoliło im wnioskować, że halucynacje są reakcją na bolesne, nierozwiązane konflikty, których znaczenie jest niejasne i budzi różne emocje. [10].

Andrew i wsp. [11] także znaleźli znaczący związek pomiędzy wydarzeniami traumatycznymi a doświadczeniem słyszenia głosów. Badali go w dwóch grupach — w grupie „psychiatrycznych pacjentów” (PHV — patients hearing voices), czyli osób z diagnozą schizofrenii oraz „niepsychiatrycznych pacjentów” (NPHV — not patients

hearing voices), czyli osób bez diagnozy psychiatrycznej. Ich celem było porównanie występowania traumy i związanych z nią objawów w tych dwóch grupach. Grupa PHV to 22 osoby (z różnych ośrodków psychiatrycznych), grupa NPHV składała się z 21 osób. Wiek w obu grupach wynosił 18–70 lat. Zastosowano takie metody, jak podskala dla halucynacji słuchowych w Psychiatric Symptoms Rating Scales, Skala Przekonań dla badania przekonań dotyczących głosów, Posttraumatic Diagnostic Scale i inne. Okazało się, że PHV częściej i przez dłuższy czas słyszeli głosy, ich treść była bardziej negatywna, mieli poczucie braku (lub małej) kontroli nad głosami i przeżywali większy stres z powodu ich słyszenia. NPHV słyszeli głosy bardziej „dobrotliwe”, byli bardziej zaangażowani w relację z nimi, towarzyszył im nastrój depresyjny i niepokój. W obu grupach zarejestrowano dużo doświadczeń traumatycznych, z tym że ilościowo więcej i trudniejszych przeżyć doświadczali pacjenci słyszący głosy (PHV). Należy podkreślić, iż zanotowano dużo nadużyć seksualnych w dzieciństwie [11]. W badaniach Romme i Escher odkryto, iż 70% osób słyszących głosy z diagnozą choroby psychicznej i 50% niepacjentów przeżyło doświadczenia traumatyczne [12]. W badaniach Escher okazało się, że spośród 80 dzieci słyszących głosy 70% zaczęło słyszeć głosy po doświadczeniach traumatycznych, takich jak seksualne lub fizyczne nadużycie, długo trwające emocjonalne zaniedbanie, strata kogoś bliskiego, rozwód rodziców [13].

Halucynacje słuchowe i terapia kognitywna

Chadwick i Birchwood [14] reprezentujący podejście kognitywne wskazują na związek halucynacji słuchowych i ich trwania z przekonaniami na ich temat. Badania te podkreślają odpowiedniość modelu kognitywnego do zbadania behawioralnej, kognitywnej i uczuciowej odpowiedzi na przewlekłe głosy, pokazując też relację do tych głosów. Jako główne reakcje wymieniają *zaangażowanie* w relację z głosami, co oznacza chęć współpracy z nimi, nadśluchiwanie, wykonywanie ich poleceń, *opór*; czyli sprzeciwianie się, niewykonywanie poleceń głosów, unikanie tych rzeczy, spraw, które wzbudzają głosy, oraz *obojętność*, czyli ignorowanie głosów. Te różne reakcje wskazują na różne przekonania dotyczące głosów. Autorzy zbadali grupę 26 pacjentów słyszących je. Wszyscy oni byli przekonani, że te głosy mają władzę nad nimi (omnipotent) i wszystko o nich wiedzą (omniscient). Przekonania dotyczące tożsamości i znaczenia głosów doprowadziły do tego, że były one odbierane jako życzliwe albo złowrogie. Następne badanie ilustruje, jak te zasadnicze przekonania dotyczące głosów mogą stać się nowym celem leczenia. Autorzy opisują zastosowanie zaadaptowanej wersji terapii poznawczej (CT) do leczenia lekoopornych głosów u czterech pacjentów. Pacjenci przyjmowali leki, utrzymywane na stałym poziomie, a przekonania na temat omnipotencji, tożsamości i celu głosów były systematycznie dyskutowane i testowane. Odnotowano duże i stabilne spadki w pewności co do trafności tych przekonań i były one związane z obniżonym niepokojem, zwiększeniem umiejętności adaptacyjnych i, nieoczekiwanie, spadkiem w aktywności głosów. Liczono, że CT okaże się skuteczna zwłaszcza wobec złowrogich treści halucynacji słuchowych [14]. Hayward i wsp. [15] badali także relację osoby halucynującej ze swoimi głosami, a także zmianę tej relacji w czasie. Z badania dwunastu osób słyszących głosy wyłoniły się cztery tematy: 1.

halucynacje pojawiły się w sytuacji dużego stresu, w trudnym okresie dla pacjenta, 2. doświadczenie słyszenia głosów zmieniało się w czasie, 3. potwierdzono pozytywny wpływ rozmawiania o głosach, 4. różny sposób „współbycia” z głosami, taki jak akceptacja, ignorowanie lub walczenie z nimi. Autorzy podkreślają wartość pozytywnego wpływu rozmawiania z pacjentem o głosach, postulują trening dotyczący psychologicznej interwencji w pracy z pacjentami z halucynacjami słuchowymi [15].

W badaniach jakościowych Elizabeth Newton i wsp. [16] badali skuteczność kognitywnej terapii grupowej w stosunku do młodych osób słyszących głosy. Program trwał siedem tygodni. Ośmiu uczestników było badanych przez półustrukturyzowany wywiad. Dane z tego wywiadu były następnie zapisane i analizowane przez IPA (Interpretive Phenological Analysis). Wyłoniono dwa główne tematy: 1. eksperymentalne cechy tej terapii grupowej w oczach uczestników, 2. relacje między czterema czynnikami: treścią głosów, ich rozumieniem, pochodzeniem, reakcją na nie i zdolnością do radzenia sobie z nimi. Cechy grupy uczestnicy oceniali pozytywnie jako: a) bezpieczne miejsce do mówienia, b) gdzie dochodzi do normalizowania objawów i destygmatyzacji, c) gdzie można się uczyć od innych i pomagać innym, d) podkreślano rolę prowadzącego, który uważał ich za ekspertów od głosów. Uczestnicy pomagali sobie nawzajem, dzielili się strategiami radzenia sobie z głosami. Zauważono, że relacja między tymi czynnikami lokuje uczestników w dwóch podgrupach. Jedna grupa aktywnie tłumaczy (ang. agentic explanations) głosy jako wewnętrzną formę „załamania”, „złego funkcjonowania”. Są przekonani, że są one wynikiem choroby, dysfunkcji mózgu lub wrażliwości na stres. Bierne wytłumaczenie (ang. passive explanation) to przekonanie, że głosy są spowodowane zewnętrzną siłą, np. przez innych ludzi, siły ponadnaturalne, nadprzyrodzone itp. Te dwie grupy pacjentów rozwijają różne strategie radzenia sobie z głosami i różne emocjonalne reakcje. Pacjenci umiejscawiający przyczynę głosów na zewnątrz mają mniejszą możliwość ich kontroli, tak więc pierwszym celem terapii może być zmiana przekonania o źródle halucynacji. Autorzy uważają, iż przekonania dotyczące przyczyn halucynacji słuchowych są odpowiedzialne za sposób, w jaki osoba na nie reaguje i jak sobie z nimi radzi [16].

Zastosowanie psychodramy do leczenia osób z zaburzeniami psychotycznymi

Jak wspomniano na początku, twórca psychodramy, Jakub Levy Moreno, wprowadzając tę metodę do leczenia, stosował ją również w pracy z pacjentami z zaburzeniami psychotycznymi. W szpitalu psychiatrycznym w Beacon stworzył naturalne „laboratorium” do leczenia pacjentów metodą psychodramy. Jego żona Zerka Moreno spotkała się tam z nim po raz pierwszy właśnie z powodu jej chorującej psychicznie siostry. Potem razem leczyli i rozwijali psychodramę i psychoterapię grupową w Stanach Zjednoczonych [17].

Współcześnie brytyjski psychoterapeuta John Casson stosował psychodramę w leczeniu osób z zaburzeniami psychotycznymi; pracował z objawami wytwórczymi pacjentów, także z halucynacjami słuchowymi. W swojej książce „Drama, psychotherapy and psychosis” [1] opisuje używanie różnych form dramy, dramy terapii, teatru leczącego i psychodramy w psychoterapii indywidualnej i grupowej. Przedstawia także

indywidualną psychodramę (monodramę) z pacjentem; efektem spotkań było zdecydowanie mniejsze nasilenie halucynacji słuchowych, zmniejszenie niebezpieczeństwa agresywnego zachowania pacjenta w stosunku do innych i do siebie, zwiększenie samooceny i pewności w relacji z innymi. Pacjent stał się także bardziej spontaniczny, kreatywny i miał więcej nadziei na przyszłość [1, s. 195].

Psychodrama przenosi wewnętrzne konflikty, objawy i problemy na scenę — w przestrzeń „rzeczywistości poszerzonej”, gdzie można za pomocą symbolu i metafory spotkać się z postaciami, uczuciami ze swojej przeszłości, jak i przyszłości. Można też zobaczyć swoje objawy na scenie. Do podstawowych technik należy zamiana ról, wielkie odkrycie Moreno. Poprzez zamianę ról ze swoim lękiem czy ze sobą w wieku pięciu lat można nie tylko lepiej zrozumieć daną sytuację, ale na scenie przekształcić, zmienić to, co wydawało się nie do zmiany. Moreno, stosując psychodramę indywidualną, używał określenia „psychodrama a deux”. Na użytek tego doniesienia będę używać słowa monodrama.

Monodrama/ psychodrama indywidualna/ psychodrama „a deux”

Rozpoczęłam pracę za pomocą monodramy w specyficznym kontekście i przy pewnych wstępnych założeniach. Proponowałam dziesięć spotkań jako interwencję monodramatyczną nastawioną na redukcję objawu — halucynacji słuchowych. Spotkania trwały godzinę i odbywały się co dwa tygodnie. Pacjenta kierował do mnie terapeuta indywidualny, który był w stałym, regularnym kontakcie psychoterapeutycznym z daną osobą. Wcześniej ustaliliśmy, że będą to osoby bez innych objawów wytwórczych, jedynie z tym jednym przetrwałym objawem. Relacja terapeutyczna nie była zawieszona, pacjent kontynuował także leczenie farmakologiczne.

Przebudzenie „złotego motyla” — historia Marioli

Mariola, l. 23, od wczesnego dzieciństwa doznawała przemocy ze strony ojca alkoholika, który był agresywny także w stosunku do jej matki i starszej siostry. Bił je i wyzywał. W stosunku do Marioli wykazywał przemoc werbalną, z pogardą ją wyzywał („jesteś głupia, jesteś kurwą, do niczego się nie nadajesz”). Mariola dokonała kilku prób samobójczych, już w 17. roku życia była leczona w klinice psychiatrycznej z powodu depresji (przyjęta po próbie samobójczej). Po wypisaniu z kliniki wróciła do domu; wtedy po jakimś czasie pojawiły się halucynacje słuchowe, osy mówiły jej: „nie jesteś dobra, jesteś głupia, zabij się, nic z ciebie nie będzie, jesteś kurwą, szmatą”. Głosy pojawiły się po raz pierwszy w sytuacji szczególnego zageszczenia emocjonalnego — ojciec był aresztowany, matka wystąpiła o rozwód, sama była napięta, córki wszystko przeżywały i znalazły się w „oku cyklonu”. Od tego czasu pacjentka była w regularnym leczeniu psychiatrycznym. Kiedy Mariola miała 17 lat, ojciec został skazany za znęcanie się nad rodziną na 1,5 roku więzienia. Od tej pory go nie widziała. Po leczeniu w różnych miejscach i u różnych lekarzy i psychologów pacjentka podjęła leczenie w naszej poradni u psychiatry i psychoterapeuty. Relacja terapeutyczna z terapeutą pozwoliła jej doświadczyć innego „ojca”. Ciepłego, rozumiejącego i gorąco zaangażowanego w jej zdrowienie. Od trzech lat, odkąd pozostawała

u niego w leczeniu, nie podejmowała prób samobójczych, wcześniej zaś cztery razy próbowała się zabić i kilkakrotnie przebywała w szpitalu na oddziałach całodobowych. Mariola studiowała socjologię, pracę magisterską obroniła rok temu. Mieszka z matką, siostra ze swoją rodziną mieszka osobno. Halucynacje słuchowe były nieustannie obecne w życiu Marioli, nie opuszczały jej i wzmagaly się w sytuacji stresowej, na przykład podczas kłótni z matką. Słyszała je codziennie.

Interwencja terapeutyczna nastawiona na „bitwę z głosami” przy zastosowaniu metody psychodramy poprzedzona była spotkaniem z terapeutą i ustaleniem warunków współpracy.

Na pierwszym spotkaniu nawiązywałyśmy kontakt, poznawałam historię Marioli, a ona poznawała metodę i jej podstawowe elementy: scenę, technikę zamiany ról, dublowanie. Już na drugiej sesji na scenie pojawił się chór głosów reprezentujący jeden słyszany przez nią głos, który mówił „jesteś głupia, nic niewarta”. Mariola za moją zachętą zaprzeczała i przytaczała argumenty, dlaczego nie jest głupia. W tej dyskusji z „głosami” próbowała też znaleźć siłę, odwagę, aby się im sprzeciwić. Przy omawianiu tego ćwiczenia okazało się, że Mariola też o sobie niedobrze myśli; szukałyśmy więc jej dobrych cech i zasobów. Na jednym z kolejnych spotkań — czuła się gorzej; pokłóciła się z matką, która też jest trudną osobą — często krytykuje córkę, nie może zaakceptować jej późnego wstawania, mówi, że jest leniem. Kiedy Mariola na parę dni wyjeżdża na studia, mieszka wtedy z koleżankami. Dobrze jej w akademiku, jest „uwolniona” od matki, ale jednocześnie nie wyobraża sobie wyprowadzki z domu. Najsilniej przebija się głos „zabij się”. Zaczynam używać dłuższej rozgrzewki (chodzenie, praca z głosem). Pracujemy z tym głosem „zabij się”, jego symbolem na scenie jest krzesło. Okazuje się, że Marioli najlepiej odpowiada, jak kopie to krzesło i równocześnie zaprzecza głosowi. Po tak aktywnej walce z tym głosem czuje ulgę. Podobnie jak poprzednio w następnej scenie wyszukuje argumentów za życiem. Po aktywnej części zawsze omawiamy scenę, uczucia i myśli Marioli.

Na kolejnych spotkaniach Mariola walczy z głosem „zabij się”. Jest pewniejsza, ma więcej energii, czuję w niej siłę i złość. Mówi, że gdy głosy dopadają ją w życiu codziennym to przypomina sobie sesję i wyobraża to, co robiłyśmy, i to jej pomaga. Proponuję teraz dłuższą rozgrzewkę i dłuższy trening w walce z głosem, na końcu spotkania zawsze omawiamy to, co się działo na scenie. Na piątym spotkaniu pacjentka czuje się lepiej; głosy słyszy rzadziej i słabiej, nie codziennie. Ze wstydem przyznaje się, że słyszy jeszcze jeden głos: „jesteś szatanem” — i tu podobnie pracujemy. Ciągłe wracamy do kopania, inne sposoby nie odpowiadają jej tak bardzo jak kopanie — ma siłę w nogach. Proponuję jej, aby kierowała złość bezpośrednio do ojca, ale to już jest za trudne; odzywa się w niej mała, zastraszone dziewczynka, wycofuje się z tego, więc wracamy do głosu (symbolem pozostaje krzesło). Mariola także o sobie niezbyt dobrze myśli, bo od małego słyszała słowa krytyki od ojca i matki. Zapytałam, czy ma w sobie jakąś dobrą część i poprosiłam, aby sobie ją wyobraziła — jaka jest. Przywołała wyobrażenie „złotego motyla” (widziała takiego w internecie nad oceanem w Australii). Symbolem „złotego motyla” została złocista chusta. Zaproponowałam, aby szła do niego, a po każdym kroku mówiła: „jestem dobra, bo...”. Po tej sesji czuła się rozluźniona, zadowolona, uśmiechała się.

Na następnych sesjach Mariola była spokojniejsza, rozluźniona; dobrze spędziła święta wielkanocne u siostry. Ostatnio głosy słyszała o wiele rzadziej i około dwóch razy w tygodniu, i nie były tak mocne, były słabsze. Po krótkiej rozmowie odczytała swój list do ojca, w którym mówi o swojej złości i żalu do niego. Po omówieniu listu wracamy do ćwiczeń. Dłuższą partię poświęcam „dobrej części” Marioli. Ustawia krzesło i kładzie na nim zielony, miękki koc jako tę dobrą część. Zapraszam ją, żeby siadła na krzesło, zamknęła oczy i wyobraziła sobie, że jest tą dobrą częścią, tym „złotym motylem”. Potem przeprowadzam z nią wywiad w roli „złotego motyla” w warstwie symbolicznej (jakim motylem jesteś itp.), a potem rozmawiamy w warstwie realistycznej (jaką jesteś dobrą częścią Marioli itp.). Pacjentka mówi więcej i swobodniej o tym, dlaczego jest dobra, jakie ma pozytywne cechy itp. One się dość schematycznie powtarzają, ale klimat emocjonalny jest o wiele cieplejszy. Jest bardziej pewna siebie, spokojnie wytrzymuje dobre mówienie o sobie, nie przejawia wcześniejszego niepokoju. Potem w omówieniu jest bardzo zadowolona z siebie. Pytam, jak duża była jej dobra część, gdy zaczynałyśmy spotkania — pokazuje niewielką przestrzeń między dwoma palcami. A teraz? Pokazuje obiema rękoma jakby kogoś obejmowała.

Na ósmym spotkaniu na moje pytanie — „gdzie jest takie miejsce, dokąd mogłaby pani odesłać ten głos, aby już nigdy nie wracał?” — zbudowała na scenie pokój ojca i zamknęła tam głos „zabij się”. To ćwiczenie powtarza trzykrotnie, a następnie na scenie pojawia się krzesło „złotego motyla”, tej jej dobrej części. Na sesji dziewiątej więcej rozmawiamy o jej codzienności; czuje się dobrze, halucynacje powracają tylko wtedy, kiedy pojawia się jakiś stres w życiu, napięcie (egzamin). Ostatnio zakończyła sesje egzaminacyjne na studiach. Teraz ma tylko przygotowywać pracę magisterską, zrobić badania. Powtarzamy ćwiczenia z wykopaniem głosu „zabij się” oraz zamknięciem go w pokoju ojca. Potem proporcjonalnie tyle samo czasu pracujemy nad zasobami Marioli — używając krzesła „złotego motyla”. Siedząc tam mówi o tych swoich dobrych stronach, możliwościach, swojej sile.

Na ostatnim spotkaniu jest bardziej rozluźniona. Zastanawiamy się wspólnie, co jest teraz, na tej ostatniej sesji, potrzebne. Ona jak zwykle czeka na moją odpowiedź. Proponuję, aby ten głos, nad którym najwięcej pracowałyśmy, odesłała gdzieś, skąd nie będzie miał już powrotu. Mariola proponuje kosmos. Buduje go z krzesła na scenie i granicę pomiędzy naszym światem a kosmosem. Chce ten głos schować do pudełka, zamknąć i umieścić w kosmosie. Tak też robi — za pudełko służy kosz wiklinowy. Bierze jedną z chust — symbol głosu i znosi go do pudełka, mówiąc: „odejź ode mnie, już nigdy nie będziesz miał do mnie dostępu, nie chcę cię”. To powtarzamy trzy razy, Mariola mówi silnym, pełnym głosem. Potem proponuję, aby ustawiła przestrzeń „złotego motyla” i żeby odzwierciedlała to, jak ona ją dzisiaj odczuwa. Bierze trzy krzesła, siada na środkowym ze złocistą chustą. I tutaj zachęcona mówi, jakie ma dobre cechy i zasoby. Na koniec po zamianie ról proszę ją, aby w roli „złotego motyla” powiedziała jakieś przesłanie do siebie samej. Mówi: „uwierz w siebie, jesteś wartościową osobą”. Omawiamy to krótko, jest zadowolona, czuje się silniejsza. Umawiamy się na kolejne spotkanie, aby sprawdzić, jak trwałe są jej osiągnięcia w bitwie z głosami. Obecnie zdarza się, że cały tydzień nie słyszy głosów lub słyszy je raz na tydzień o wiele słabiej. W październiku 2014, czyli pół roku po zakończeniu pracy metodą

monodramy, pacjentka potwierdza, że już „prawie” w ogóle nie słyszy głosów, co w praktyce oznaczało, iż raz lub dwa razy przez ten okres ten objaw się pojawił.

Kukulcze dziecko — historia Maćka

Maciek, lat 23, choruje stosunkowo krótko, bo „zaledwie” od około trzech lat. Wybuch choroby nastąpił, kiedy wyjechał do Londynu do swojej krewnej, aby tam podjąć pracę. Już wcześniej dziwnie się czuł, ale wiązał to ze stresem, jaki przeżywał w związku z wyjazdem. W Londynie pojawiły się pierwsze objawy psychotyczne; urojenia ksbne, czuł się śledzony. Przed wyjazdem z grupą kolegów okresowo nadużywał miękkich narkotyków. Wyjechał wcześniej z Londynu i został hospitalizowany w Krakowie. W tym czasie pojawiły się też halucynacje słuchowe o treści prześmiewczej, komentującej i rozkazującej. Obecnie pozostaje pod standardową opieką lekarską; spotkanie raz na miesiąc, krótka rozmowa, wypisanie recepty. Do mnie trafia z polecenia znajomej. Cały czas słyszy głosy, które komentują jego zachowania, rozkazują mu, np. „tańcz”, ale przede wszystkim go obrażają, krytykują, mówią, że mu się nie uda. Jest to dla niego bardzo męczące, nawet czuje jakby go dotykały. Nie słyszy ich jedynie w domu.

Pierwsze spotkania — oswaja się z metodą, nawiązujemy kontakt. Mieszka z rodzicami, starsza siostra z mężem i dwojgiem dzieci. Maciek często bywa u niej, podobnie mama, by pomóc przy kulkumiesięcznym dziecku. Maciek mało mówi, raczej odpowiada na pytania, podobnie jak Mariola. Często się uśmiecha, ma uśmiech przyklejony do twarzy. Po kilku sesjach czasem spod uśmiechu wyziera rozpacz.

Jego historia jest historią dziecka opuszczonego, wykorzonego. Rodzice bardzo szybko emocjonalnie się rozstali; ojciec związał się z inną kobietą, zamieszkał z nią, ma z nią dwie córki. Siostra Maćka pozostała przy matce, a on w dzieciństwie raz mieszkał z matką, albo z babcią macierzystą, raz z ojcem i jego nową rodziną, a kiedy indziej z babcią ojczystą. Wędrował między trzema domami. Bardzo lubił babcię Janinę, matkę ojca. Była wesoła, śpiewała, nuciła piosenki i dużo z nim rozmawiała. Opowiadała mu o obozie koncentracyjnym dla polskich dzieci na terenie łódzkiego getta. Była wtedy sprytna, kradła chleb, aby przeżyć, dlatego Niemcy nazywali ją „lis”. Gdy był u drugiej babci, bawił się z kolegą, skakali po samolotach na poligonie itp. i nie martwił się rodzicami. Śmierć babci Janiny w 2011 roku przeżył jak największą stratę w swoim życiu. Z jego opowieści wynika, że była osobą, z którą był najbardziej związany. Zachorował jakiś rok później. Wyjazd do Londynu to następne miejsce, w którym miał się odnaleźć. Teraz ze względu na chorobę Maćka rodzice zamieszkali znowu razem. Obecnie Maciek pracuje przy myciu naczep (skończył szkołę zawodową).

Pierwsze pięć sesji — próbuję go zachęcić do sprzeciwiania się głosom. Symbolizują je wybrane przez niego czerwone i żółte sznury, splecione luźno. Ćwiczymy też głos — Maciek uczy się krzyczeć na głosy: Idźcie i nie wracajcie więcej. Ma też taką fantazję, że jak pojawią się w pracy, to je zmiecie Kärcherem, którym myje naczepy. Zachęcam go, aby to ćwiczył. Dobre uczucia pojawiają się we śnie, w którym stoi wraz z kolegami i swobodnie rozmawia. Teraz nie ma takich sytuacji, najchętniej siedzi w domu, nie ma kolegów. Jeździ często do siostry. Po świętach udaje mu się

z nią i jej rodziną pojechać na snowboard, jest z tego zadowolony. Stopniowo czuje, że nawiązujemy cieplejszy kontakt, mam do niego uczucia jak do małego chłopca, który bardzo potrzebuje zainteresowania, ciepła, kontaktu. Na szóstym spotkaniu pojawia się jego silna część — on nazywa ją motywacją. W zamianie roli mówi do siebie, żeby walczył z chorobą, zrobił pierwszy krok: są to codzienne ćwiczenia i jeżdżenie na desce snowboardowej, bieganie. Ruch. Maciek jest wysokim, trochę tęgim mężczyzną. Na tym szóstym spotkaniu po raz pierwszy mówi, że głosy trochę osłabły i nie pojawiają ani w domu siostry, ani w jego domu. Na tym spotkaniu buduje z krzeseł na scenie Marsa i tam wysyła głosy.

Na sesji ósmej potwierdza, że głosy pojawiają się rzadziej. Zazwyczaj wtedy, kiedy ma mniej stresu, np. w wolny od pracy dzień. Ale chodząc po Krakowie, załatwiając różne sprawy nie halucynuje i zdarza się to pierwszy raz od dwóch lat. Następuje więc stopniowe zanikanie objawu; najpierw nie słyszał głosów tylko w domu, potem w domu siostry, a następnie także załatwiając sprawy w mieście. Jest bardzo ożywczy nowym pomysłem, jakim jest założenie pasieki. Jest to wspólny projekt z ojcem, Maciek bardzo się z niego cieszy, zaczął czytać i uczyć się o pszczołach i o pracy przy nich. Na scenie w zamianie ról z wolnością i projektem pasieki — chciałby tę wolność zwiększyć; czuje się wtedy pełen energii, bez napięcia, a pasieka to dla niego samospełnienie, „usamodzielnienie, własne pieniądze, działalność gospodarcza”. Ćwiczymy dalej „walkę” z głosami, rzuca je o ścianę — tym razem z energią, głośno krzyżąc: „Idźcie precz”. Dziewiąte spotkanie — jest w dobrym nastroju, uśmiechnięty — pierwszy raz aż tak radosny. Czuje się lepiej, tzn. głosów jest o wiele mniej, są dłuższe okresy, kiedy ich nie słyszy. One „tak odpływają” mówi. Uczy się dużo o pszczołach, ćwiczy, aby zeszczupleć, ostatnio pomagał też koledze w pracy na zlecenie (składanie mebli). Wysyła głosy na koniec wszechświata.

Ustawia scenę swojej przyszłości, czyli życia bez głosów: jest tam mniej napięty, będzie mu łatwiej wstawać do pracy, będzie miał lepszy kontakt z rodzicami („nie będę się tak izolował”), znajdzie dziewczynę.

Na ostatnim spotkaniu — głosów mniej — są dni, kiedy w ogóle ich nie słyszy, a niekiedy są cichsze, nie mają takiej mocy. Ocenia, iż jest to około 70% mniej halucynacji słuchowych. Wyraźnie w dobrym nastroju, żywsza mimika, uśmiecha się. Niezwykle zapalony do rozwijania swojego marzenia i planów — pasieki. Na razie nie chce za dużo kontaktów z ludźmi — widzi się w swojej małej miejscowości w pracach koło domu, takich jak zrobienie balkonu, magazynu na miód, w którym mogłaby stać miodziarka. Ponadto może podróże — wybrałby się z ciotką z Londynu do Paryża? Ostatni raz wykopuje głosy („kopię cię w dupę”) i topi w Oceanie Atlantyckim.

W spotkaniu po trzech miesiącach redukcja halucynacji utrzymywała się do około 20% z tych, które słyszał przy rozpoczęciu terapii. Jedyne silny jednodniowy nawrót „głosów” nastąpił po konflikcie z siostrą.

Tęsknota za bliskością — historia Kamila

Pierwsza hospitalizacja Kamila, młodego poety (l. 23), nastąpiła w 2011 roku. Wydarzeniem traumatycznym dla niego była sytuacja, kiedy około pół roku wcześniej

podczas imprezy brał udział w pewnej erotycznej zabawie, ale nie był w stanie tak w niej uczestniczyć, jak inni koledzy. W jego odczuciu został ośmieszony i upokorzony. „Głos”, który słyszał, należał właśnie do tej kobiety z imprezy. Po pewnym czasie pojawiły się objawy: urojenia ksobne o podtekście erotycznym, czuł się obserwowany i pojawiły się agresywne halucynacje słuchowe — „jesteś katolem, jesteś pedałem”. „Głos” zapewniał, że jeśli będzie wykonywał jego polecenia, kompromitujące go materiały zostaną wycofane z sieci itp. Podjął też próbę samobójczą. Po leczeniu w 2012 r. poczuł się zdecydowanie lepiej i podjął studia na uniwersytecie. Efektem refleksji nad sobą w rozmowach ze swoim psychoterapeutą było podjęcie decyzji o samodzielnym zamieszkaniu; udało mu się ostatecznie kupić niewielkie mieszkanie. Kontynuował studia, a także leczenie, które nie obyło się w pewnym momencie bez elektrowstrząsów, zmiany lekarza, gdyż objawy długo nie ustępowały. Ostatecznie stan zdrowia się ustabilizował, ustalono skuteczne dawki leków, a Kamil zrealizował decyzję o samodzielnym mieszkaniu i przed rokiem się przeprowadził. Ważnym elementem jego zdrowienia było środowisko terapeutyczne — regularna, cotygodniowa psychoterapia indywidualna i grupowa. Kamil ma także swoje środowisko, ma paru kolegów, z którymi się spotyka, jeździ na konkursy literackie. Miał trudną relację z matką, która była bardzo krytyczna, ostra, wymagająca. Gdy był mały, bał się jej, także ojciec był jej podporządkowany.

Psychodrama z Kamilem zaczynała się od scen, w których pojawiała się przekształcona sytuacja traumatyczna: ułożył na scenie czerwone łóżko (czerwony koc) jako jej symbol i naśladował głos, który rozkazywał mu zbliżenie seksualne. Następnie próbował swojej siły, aby się tej halucynacji przeciwstawić. Mówił „nie” silnym, stanowczym głosem. Reflektując sytuację omawialiśmy także jego kontakty z kobietami — właściwie nigdy nie miał bliższych relacji, raczej były to przelotne znajomości. Na którejś z kolejnych sesji długo rozmawiamy też o jego relacji z matką, która bardzo go raniła, krytykowała. Jest świadomy, że ta relacja z nią odcisnęła na nim swoje piętno — boi się kobiet, nie czuje się z nimi pewnie, ma małe poczucie swojej wartości jako mężczyzna, umie rozmawiać z nimi tylko o poezji. Na kolejnych spotkaniach ćwiczymy przeganianie głosów, zazwyczaj wysyła je w kosmos. Na siódmej sesji okazuje się, że Kamil słyszy ich o wiele mniej. Według niego zostało ich około 15%; słyszy je tylko czasem i są cichsze. Przeważnie gdy jest sam w domu, czuje się trochę samotny, a one mu tę samotność zapełniają. Przyznaje, że właściwie z nikim mu się tak dobrze nie rozmawia, jak z tymi głosami, może z nimi żartować tak jak lubi.

Ważna sesja dotyczyła psychodramy ze znaczącymi dla niego osobami. Poprzez zamianę ról różni koledzy i przyjaciele oraz ważna dla niego koleżanka przekazali mu swoje przesłanie. Kamilowi zapadła w pamięć wypowiedź jednego z bliskich przyjaciół — „wyzdrowiej, pozbadź się tych głosów, a potem napisz o tym książkę”. Kamilowi bardzo się to spodobało, choć jeszcze trudno mu się rozstać z głosami. Równocześnie studiuje, pisze pracę licencjacką. Zauważa też, że halucynacje pojawiają się, gdy ma więcej stresu, np. gdy przygotowuje się do obrony pracy. Następne spotkania odbywają się już po niej, kiedy nadchodzą wakacje, co oznacza dużo wolnego czasu. Kamil obawia się, jak sobie wypełni zajęciami ten okres. Głosów prawie nie słyszy, nie chce wracać do ćwiczenia z nimi, twierdzi, że one są już „za drzwiami”, bo czasem

sporadycznie się pojawiają, ale nie zwraca na nie uwagi. Wynosi głosy — (czerwone sznury) na korytarz. W monodramie skupiamy się więc na jego planach, aktywnościach i wchodzeniu w relacje towarzyskie. Układamy na scenie plan zajęć i spotkań. Jego oparciem jest psychoterapia indywidualna i grupowa co tydzień. Uczestniczy w konkursach poetyckich, spotkaniach z kolegami i koleżankami, odwiedza rodziców.

Na ostatniej sesji opowiada, jak jest zaangażowany w różne sprawy. Ostatnie dwa tygodnie spędził bardzo aktywnie; był na konkursie poetyckim, który wygrał, spotkał się ze znajomymi, był na imprezie itp. Bardzo by chciał spotkać jakąś dziewczynę, mieć sympatię. Wracamy do tematu jego potrzeby znalezienia partnerki. Na scenie poprzez zamianę ról rozmowa z dziewczyną, na którą czeka. Myśli już wyraźnie o przyszłości, złożył dokumenty na studia magisterskie, jest pełen optymizmu.

Refleksje końcowe

Interwencja metodą monodramy była u opisanych pacjentów wpleciona w szerszy proces leczenia. Głosy od wielu lat były na to leczenie odporne, ale czas i kontekst, który towarzyszył decyzji pacjentów i terapeuty o podjęciu interwencji, był ważny przy indywidualnej kwalifikacji. Pacjenci byli objęci stabilną regularną opieką lekarską. Zarówno Mariola, jak i Kamil pozostawali też w indywidualnej bądź grupowej psychoterapii wspierającej. Mieli swoje środowisko, choć ich sieć społeczna była wąska. Zazwyczaj składała się z dwóch, trzech osób spoza rodziny; u Marioli były to koleżanki na studiach, u Kamila koledzy poeci. Maciek, jako jedyny, nie miał żadnych związków z rówieśnikami. Silne więzi rodzinne były zarazem toksyczne i uzdrawiające; Mariola miała krytyczną matkę, lecz oparcie w siostrze i jej rodzinie. Maciek był w dobrej relacji z matką i siostrą i budował wspólne plany z ojcem, zaś Kamil postawił wyraźne granice swoim rodzicom, lecz pozostawał z nimi w bliskim kontakcie. To były czynniki, które zwiększały szanse na korzystny efekt.

W opisej psychoterapii psychodramą było kilka powracających elementów; regularne powtarzające się ćwiczenia wyrażające silny protest, niezgodę na objawy, towarzysząca tym ćwiczeniom refleksja nad uczuciami, relacją do głosów, następnie kluczowy moment, jakim było połączenie treści głosów z tym, co sam pacjent myślał o sobie. W końcowej części obudzenie, wspieranie i rozwijanie zdrowych zasobów pacjenta; marzeń, planów, wewnętrznej siły. Punktem zwrotnym była refleksja, która pomagała odnaleźć powiązania historii życia z objawami. Odnosi się do tego doniesienie Romme [12], w którym opisane historie procesu zdrowienia (ang. recovery) oparte na 50 przypadkach ilustrują, że osiągnięcie zrozumienia związku pomiędzy wydarzeniami życiowymi a halucynacjami słuchowymi, wspiera i przyspiesza proces wychodzenia z choroby. W opowiedzianych tutaj historiach związek głosów z trudnymi wydarzeniami, z osobistą traumą, wydaje się oczywisty. Dwoje pacjentów już przed rozpoczęciem terapii było jego świadomych, trzeci dostrzegł go dopiero w trakcie naszych spotkań. Ponadto szczególnie wzmacniające dla pacjentów było widoczne stopniowe odzyskiwanie poczucia wpływu na zachowanie i objawy poza sesją terapeutyczną.

Rola terapeuty. Rodzi się pytanie: jaki rodzaj relacji powstaje pomiędzy psychodramatystą a pacjentem? Wydaje się, że tworzy się specyficzna relacja oparta o pozytywne przeniesienie i obudzoną nadzieję na redukcję dokuczliwego objawu. Terapeuta dba o strukturę sesji: rozgrzewkę, grę na scenie, omówienie. Zazwyczaj w początkowej fazie jest bardziej aktywny, potem, kiedy pacjent dobrze zna przebieg sesji, może swoją aktywność wycofać. W sesji psychodramatycznej terapeuta znajduje się razem z pacjentem na scenie; dubluje go, czasem powtarza sekwencje wypowiedziane przez pacjenta w zamianie ról: z objawem, z matką, siostrą, motywacją, lękiem. Niejednokrotnie prowokuje i wzmacnia, intensyfikuje wypowiedzi po to, aby wesprzeć rodzącą się odwagę do walki o samego siebie. Terapeuta też jest zaangażowany całym sobą poprzez wspólne działanie. Jest sam, nie ma koterapeuty ani grupy. To powoduje, że relacja, która powstaje, jest intensywna uczuciowo. Zakończenie tego półrocznego procesu budzi chęć do kontynuowania relacji — wyrażali to wszyscy pacjenci. Zamykając ten pierwszy etap naszej współpracy, umawiamy się na spotkanie za 3, a potem za 6 miesięcy od zakończenia spotkań w celu oceny stabilności poprawy. Informuję też pacjentów, że jestem gotowa w razie potrzeby kontynuować sesje, zgodnie z ustaleniami z terapeutą prowadzącym. Do tej pory nie było takiej sytuacji.

Moreno zachęcał pacjentów, aby zobaczyli swoje objawy na scenie. Uważał, że odgrywając świat psychotyczny pacjenci rozwijają „ego obserwujące”, uzyskują większy dystans do swoich przeżyć, a także odzyskują większą samokontrolę. W 1930 r. rozwinął „technikę pomocnego świata” („auxiliary world technique”) w psychoterapii osób psychotycznych [18]. Pracował z pacjentami, którzy byli w czynnej psychozie; słynna psychodrama z mężczyzną, który podawał się za Adolfa Hitlera. Pozostając w roli terapeuty, pozwalał na istnienie świata psychotycznego na scenie; zapraszał na sesje z tym pacjentem pielęgniarzy, którzy w początkowym okresie terapii grali role Göringa i Goebbelsa. Moreno tworzył jego świat na scenie, używając „ego pomocniczych”, stopniowo go urealnając [2]. Casson [1] twierdzi, że stosowanie psychodramy z pacjentami z psychozą może odkrywać znaczenie przeżyć i prowadzić do wglądu. Kipper zaś uważał, że eksternalizacja halucynacji na scenie wzmacnia osobę i zwiększa jej poczucie kontroli [1].

Wydaje się, iż siłą monodramy jest przeniesienie świata psychotycznego, w tym wypadku halucynacji słuchowych, w przestrzeń realną i poprzez to odzyskiwanie nad nimi wpływu. Objaw pojawia się w „rzeczywistości poszerzonej” sceny, w postaci symbolicznej. Raz jest to krzesło, raz kolorowe sznury czy czerwony koc. Pacjent nie jest bezradnie skupiony na tym, co odgrywa się w jego głowie, a co przez innych odbierane jest jako „szaleństwo”, tylko może zmierzyć się z realnym przeciwnikiem. Głos jest „widziany” i „słyszany” przez niego i terapeutę; trochę tak jak w „Pięknym umyśle” halucynacje Johna Nasha, które „działo się” na oczach widzów. Terapeuta wspólnie z pacjentem doświadcza, jak to opisali Chadwick i Birchwood [14], że głos traci swoją władzę nad słyszącą go osobą; traci swoją onnipotentną siłę i wszechwiedzącą moc.

Wstępne doświadczenia z naszej pracy wyglądają na obiecujące i wskazują, że monodrama była skuteczna w redukcji halucynacji słuchowych w stosunku do pacjentów, którzy doświadczali przewlekłych, codziennych, często wieloletnich halucynacji.

Osoby dotychczas kwalifikowane do opisanej interwencji funkcjonowały względnie dobrze w życiu społecznym, gdyż pracowały lub studiowały, a ich funkcje poznawcze nie były w znaczący sposób zaburzone. Należy uwzględnić wcześniejszą opiekę psychologiczną, podnoszącą kompetencje psychologiczne pacjenta w rozumieniu doświadczenia psychozy we własnym życiu, i regularną farmakoterapię w bliskiej współpracy z psychiatrą. Bardziej szczegółowe wskazania lub też przeciwwskazania chcemy sformułować po przeprowadzeniu kolejnych terapii i po planowanej dłuższej obserwacji i ocenie ich skuteczności.

Wnioski

1. Efekty zastosowania psychodramy w leczeniu halucynacji słuchowych są obiecujące. W jednym przypadku głosy zniknęły, w drugim i trzecim objaw ten pozostał w około trzydziestu procentach w stosunku do przyjętych umownie stu na początku interwencji.
2. Według pacjentów na koniec wszystkich terapii głosy traciły na intensywności, pojawiały się raz, dwa razy na tydzień lub dwa tygodnie i zazwyczaj w związku ze stresem.
3. erapia cieszyła się dużą subiektywną akceptacją, nie była obciążająca czasowo.
4. Proces zdrowienia dostał nowy impuls.

Piśmiennictwo

1. Casson J. Drama, psychotherapy and psychosis. Dramatherapy and psychodrama with people who hear voices. London and New York: Routledge; 2004.
2. Moreno JL, Moreno ZT. Psychodrama. Tom II. Foundation of Psychotherapy. Edition The North-West Psychodrama Association, UK; 2011.
3. Bielańska A, red. Psychodrama. Elementy teorii i praktyki. Warszawa: ENETEIA, Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2009.
4. Bielańska A, Łopalewska D. Psychodrama w grupie ambulatoryjnej dla chorych z diagnozą schizofrenii. *Psychoter.* 1998; 1(104): 23–32.
5. Bielańska A, Cechnicki A. Drama therapy in a community treatment programme. W: Gale J. i in. *Therapeutic communities for psychosis*. London: Routledge 2008; s. 224–230.
6. Cechnicki A, Bielańska A. A community treatment programme for people suffering from schizophrenia in Krakow. W: Gale J. i in. *Therapeutic communities for psychosis*. London: Routledge, 2008; s. 171–183.
7. Bielańska A, Cechnicki A, Budzyna-Dawidowski P. Drama therapy as a means of rehabilitation for schizophrenic patients: our impression. *Am. J. Psychother.* 1991; 4: 566–57.
8. Bielańska A. *Teatr, który leczy*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.

9. Leff J, Williams G, Huckvale MA, Arbuthnot M, Leff AP. Computer-assisted therapy for medication-resistant auditory hallucinations: proof-of-concept study. *Br. J. Psychiatr.* 2013; 202: 428–433.
10. Longden E, Corstens D, Escher S, Romme M. Voice hearing in a biographical context: A model for formulating. The relationship between voices and life history. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches* 2011; 4 (3): 224–234.
11. Andrew EM, Gray NS, Snowden RJ. The relationship between trauma and beliefs about hearing voices: a study of psychiatric and nonpsychiatric voice hearers. *Psychol. Med.*, 2008; 38: 1409–1417.
12. Romme M, Escher S, Dillon J, Corstens D, Morris M. *Living with voices: 50 stories of recovery.* Gateshead: Athenaeum Press; 2009.
13. Escher S, Morris M, Buiks A, Delespaul P, Van Os J, Romme M. Determinants of outcome in the pathways through care for children hearing voices. *Int. J. Soc. Welfare* 2004; 13: 208–222.
14. Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *Br. J. Psychiatry* 1994; 164: 190–201.
15. Hayward M, Awenat Y, McCarthy Jones S, Paulik G, Berry K. Beyond beliefs: A qualitative study of people's opinions about their changing relations with their voices. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches* 2015; 7 (92): 97–107.
16. Newton E, Larkin M, Melhuish R, Wykes T. More than just a place to talk: Young people's experiences of group psychological therapy as an early intervention for auditory hallucinations. *Psychol. Psychother-t* 2007; 80: 127–149.
17. Marineau RF, Pines M. *Jacob Levy Moreno 1889–1974, father of psychodrama, sociometry and group psychotherapy.* International Library of Group Psychotherapy and Group Process. Tavistock: Routledge; 1989.
18. Krüger TR. Why learning to play is important: An up-to date „disorder specific psychotherapy” for people with psychosis. According to Moreno. (This was a lecture given on August 29, 2009, at the IAGP congress in Rome).

adres: abielska@interia.pl