

STANISŁAW RADOŃ<sup>1</sup>

*Uniwersytet Papieski Jana Pawła II  
Wydział Nauk Społecznych*

## PSYCHOZA A MEDYTACJA

### STRESZCZENIE

Celem artykułu jest prezentacja literatury dotyczącej możliwości, warunków oraz efektywności stosowania nowych strategii terapeutycznych opartych na uważności (Terapia poznawcza oparta na uważności oraz Terapia akceptacji i zaangażowania, a także ich modyfikacje) w stosunku do pacjentów psychotycznych. Podstawowym atutem decydującym o wartości zaprezentowanych strategii jest kładzenie akcentu raczej na zmianę nastawienia pacjenta w stosunku do symptomów psychotycznych niż na ich modyfikację czy kontrolę (w tradycyjnych strategiach podkreślano znaczenie redukcji oraz kontroli symptomów). Z wielu przeprowadzonych badań wynika, że stosowanie takich niedyrektywnych strategii wobec pacjentów psychotycznych (oraz pacjentów z wieloma innymi zaburzeniami) okazuje się szczególnie efektywne i prowadzi do wielu pozytywnych zmian (wzrost świadomości własnych doświadczeń psychotycznych, pozwalanie na pojawianie się symptomów psychotycznych i ich zanikanie bez potrzeby ich kontrolowania, stopniowa dezidentyfikacja od symptomów, wzmacnianie samoświadomości przez akceptację i unikanie osądzania). Jednak – jak wykazują wyniki paru badań jakościowych – stosowanie tych interwencji wymaga zachowania pewnej dozy ostrożności, gdyż w niektórych przypadkach może nasilać symptomy psychotyczne. We wnioskach przedstawiono ograniczenia dotyczące stosowania interwencji opartych na uważności (historia, stadium, nasilenie objawów chorobowych, czas trwania i charakterystyka treningów) oraz warunki efektywnego ich stosowania (obecność doświadczonego klinicysty podczas treningów, zwłaszcza w początkowych fazach, modyfikacja technik, niedyrektywny charakter terapii).

Słowa kluczowe: psychoza, schizofrenia, medytacja, psychoterapia, uważność

---

<sup>1</sup> Adres do korespondencji: [biuro@ipri.pl](mailto:biuro@ipri.pl)

## PSYCHOSIS AND MEDITATION

### ABSTRACT

The aim of this paper is presentation of the comprehensive literature of the new therapeutic interventions based on mindfulness (*Mindfulness-based Cognitive Therapy* MBCT, *Acceptance and Commitment Therapy* ACT and modifications) which appeared promising whilst their implementing among psychotic patients. MBCT and ACT are a contextual forms of *Cognitive Behavioral Therapy* that attempts to alter one's relationship to symptoms of psychosis rather than attempting to reduce or control them (traditional approaches to the treatment of psychosis emphasize symptom reduction or elimination). Many clinical and empirical studies (qualitative and quantitative) shows that mindfulness meditation appears to ameliorate psychotic symptoms (improvements in psychotic symptom severity and frequency of hospitalization, general clinical and psychosocial functioning, ability to respond mindfully to distressing thoughts and images). The limits of the researches are discussed, especially in case of meditation-induced psychotic symptoms (low participant number, uncontrolled designs, a history of psychiatric illness of participants, exposition to intensive meditation practise – 18 hours of meditation per day with prolonged periods of fasting and silence). In summary the conceptual clinical applications of the theory are presented: Mindfulness (adaptations of ACT and MBCT) in context of contemporary clinical practice is shown to improve delusion-related regulatory capacity and modify participant's perception of psychotic experiences (centering in awareness of psychosis; allowing voices, thoughts, and images to come and go without reacting or struggle; and reclaiming power through acceptance of psychosis and the self).

Keywords: psychosis, schizophrenia, meditation, psychotherapy, mindfulness

### WPROWADZENIE

We współczesnej literaturze pojęcia takie jak „medytacja”, „uważność”, „wyciszenie” i „świadoma obecność” bywają używane zamiennie i są definiowane z jednej strony jako specyficzny stan (technika), a z drugiej – jako docelowa jakość życia (cecha), która może wynikać z indywidualnych predyspozycji podmiotu albo stanowić trwałą rezultat stosowania specyficznych treningów (Radoń, 2014). Uważność stanowi formę medytacji (stan, technika), która wywodzi się ze starożytnej praktyki buddyjskiej: medytacja wglądu (*open monitoring*) jako alternatywa dla medytacji koncentracji (*focussed attention*). Została ona wprowadzona do praktyki klinicznej w późnych latach 70. przez Jona Kabat-Zinna (1982), który dokonał jej adaptacji pod kątem możliwości stosowania u osób cierpiących na chroniczny ból fizyczny i zaburzenia emocjonalne oraz formalizacji (ośmiotygodniowy program treningowy *Mindfulness-based Stress Reduction* MBSR).

Praktyka uważności polega na rozwijaniu metaświadomości otwartej na doświadczenia zmysłowe i kognitywno-afektywne, które pojawiają się w polu uwagi podmiotu. Jak wykazują liczne badania (por. Holas, Jankowski, 2013; Radoń,

2015), nieustanne rozpoznawanie (*moment-by-moment*) i pozwalanie na odcho-  
dzenie (*open monitoring*) automatycznych, tj. uwarunkowanych habitualnie,  
myśli i uczuć istotnie poprawia zdrowie fizyczne i psychiczne, ponieważ wzmac-  
nia w podmiocie zdolność dystansowania się wobec zachowań nieelastycznych  
oraz nieadaptacyjnych (uważność jako cecha), wykształconych w czasie rozwoju  
osobniczego. Głównym celem praktykowania tak rozumianej uważności jest  
pomoc w wyzwalaniu z różnych samoograniczeń, do których należą m.in. ten-  
dencyjność uwagi, nawracające negatywne myśli, przeformułowania poznawcze,  
tłumienie, doświadczeniowe unikanie, negatywna afektywność i emocjonalna  
reaktywność (tzw. symptomy transdiagnostyczne, dotyczące większości zabu-  
rzeń psychicznych; por. Greeson, Garland, Black, 2014; Radoń, 2015).

Zgromadzono wiele danych potwierdzających psychoterapeutyczną skutecz-  
ność interwencji opartych na uważności wobec wielu zaburzeń psychicznych  
(transterapeutyczny charakter uważności), takich jak zaburzenia osobowości  
(zwłaszcza borderline i obsesyjno-kompulsyjne), nawroty depresji, zaburzenia  
lękowe, przewlekły ból, uzależnienia, zaburzenia odżywiania, ADHD, PTSD,  
choroba Alzheimera itd. (por. Cahn, Polich, 2006; Didonna, 2009). Od wielu lat  
próbuje się też adaptować interwencje oparte na uważności do leczenia zaburzeń  
psychotycznych (Bach, Gaudiano, Hayes, Herbert, 2013; Pinto, 2009; Pinto,  
Kingdon, Turkington, 2009; Shonin, van Gordon, Griffiths, 2014; White, Gumley,  
McTaggart, Rattrie, McConville, Cleare i in., 2011; Wilkos, Tylec, Kułakowska,  
Kucharska, 2013), jednak wielu badaczy formułuje zastrzeżenia wobec stoso-  
wania interwencji opartych na medytacji w stosunku do osób ze zdiagnozo-  
waną psychozą albo podatnych na zaburzenia z tego kręgu (Bach, Gaudiano,  
Hayes, Herbert, 2013; Pinto, 2009; Pinto, Kingdon, Turkington, 2009; Shonin,  
van Gordon, Griffiths, 2014). Głównym powodem tych zastrzeżeń jest fakt, że  
u osób psychotycznych charakterystyczne jest nasilenie procesów autoreflek-  
syjnych. Procesy te cechuje wzmożona tendencja do indukowania symptomów  
wytwórczych, które nasila głównie stres, ale też inne czynniki, np. przedłużające  
się chwile ciszy, występujące w relacjach społecznych, w tym terapeutycznych.

Ponieważ medytacja z założenia odbywa się w ciszy, może stanowić mecha-  
nizm spustowy pojawiania się oraz nasilania zarówno objawów negatywnych,  
jak i pozytywnych, urojeniowych, wytwórczych (Pinto, 2009). Można więc  
podejrzewać, że stosowanie medytacji, nawet w warunkach kontrolowanych,  
może w niektórych przypadkach skutkować dekompensacją psychotyczną.

### PSYCHOZY INDUKOWANE MEDYTACJĄ

Od wielu lat podejmowano badania weryfikujące wpływ oraz konsekwencje  
praktykowania medytacji na zaburzenia psychotyczne (Shonin, van Gordon,  
Griffiths, 2014). Pierwsze doniesienia z tego obszaru wiedzy pochodzą z póź-  
nych lat 70., kiedy badacze (Walsh, Roche, 1979) opisali przypadki trzech osób

ze zdiagnozowaną schizofrenią, które podczas spotkań medytacyjnych doświadczyły nasilenia objawów. Nieco później inni badacze (Garcia-Trujillo i in., 1992) zaprezentowali studium dwóch osób z zaburzeniami schizotypowymi, u których podczas praktyk medytacji również doszło do nasilenia symptomów. Następne trzy przypadki indukowanej medytacją psychozy osób ze zdiagnozowaną schizofrenią zaprezentowali Chanob i Boonyanaruthee (1999). Yorston (2001) przedstawił przypadek 25-letniej słuchaczki studiów podyplomowych (zaburzenie schizoafektywne), u której medytacja istotnie wzmacniała objawy urojeniowe, którym towarzyszyły gwałtowne ataki i niedostosowany śmiech. W innych badaniach (Sethi, Subbash, 2001) zaprezentowano psychotyczne epizody indukowane przez medytację – tym razem u dwóch osób bez historii psychiatrycznej. Stosunkowo niedawno opublikowano przypadek mężczyzny, u którego podczas praktyki medytacji rozwinęła się ostra i przemijająca psychoza o polimorficznej symptomatologii (Kuijpers, van der Heijden, Tuinier, 2007).

Przedstawione powyżej klinicznie udokumentowane studia przypadków dowodzą, że u osób psychotycznych biorących udział w praktykach medytacji, przy braku towarzyszenia profesjonalnej kadry, może wystąpić wzmocnienie symptomów. Nie jest bliżej znana ich etiologia, jednak niektórzy badacze (Pinto, 2009) sądzą, że może się to wiązać ze specyfiką objawów osiowych zaburzeń psychotycznych. Osoby psychotyczne cechują bowiem słabo rozwinięte zdolności poznawcze (zwłaszcza metapoznawcze) (por. Wilkos i in., 2013). Jak się wydaje, właśnie głównie one odpowiadają za to, że informacje docierające do tych pacjentów często są przez nich interpretowane opacznie. W związku z tym stosowanie interwencji medytacyjnych może wywołać pojawienie się i nasilenie różnych objawów negatywnych oraz pozytywnych. Podobnie zresztą jak ma to miejsce w przypadku stosowania standardowej farmakoterapii połączonej z korektywną psychoterapią oraz psychoedukacją. W wielu przypadkach stosowanie wobec tych pacjentów technik korektywnych okazuje się bowiem nieskuteczne, a w niektórych przypadkach prowadzi do nasilenia objawów (Pinto, 2009).

Podsumowując, można powiedzieć, że z jednej strony wyniki zaprezentowanych badań każą patrzeć z ostrożnością na możliwość stosowania interwencji terapeutycznych opartych na uważności w stosunku do osób z historią psychiatryczną, jednak z drugiej strony do uzyskanych wyników należy podchodzić z dużym dystansem, ponieważ stosowane podczas badań protokoły charakteryzowały się wieloma ograniczeniami (Khoury, Lecomte, Gaudiano, Paquina, 2013):

- 1) mała liczba osób badanych (w sumie 12 udokumentowanych klinicznie przypadków),
- 2) nieznanne i niekontrolowane okoliczności prowadzonych obserwacji klinicznych (otwarte dla wszystkich spotkania medytacyjne),
- 3) zróżnicowana historia psychiatryczna większości osób (10 na 12 przypadków),

- 4) intensywne treningi medytacyjne (około 18 godzin medytacji dziennie, z wydłużonymi okresami milczenia i postów),
- 5) brak adekwatnej informacji dotyczącej stosowanych technik medytacji w przypadku większości studiów badawczych.

### PSYCHOZY LECZONE MEDYTACJĄ

Pierwsze badania dotyczące efektywności stosowania interwencji opartych na uważności (MBCT) w stosunku do pacjentów z rozpoznaniem psychozy przeprowadził Chadwick ze współpracownikami (Chadwick, Taylor, Abba, 2005). Uczestnicy badań ( $N = 10$ ) przez sześć tygodni przechodzili treningi uważności trwające ok. 90 minut (10 minut kierowanej formalnej medytacji połączone z psychoedukacją). W czasie treningów wystrzegano się dłuższych okresów ciszy (w tym celu odtwarzano z CD nagrania z prowadzoną medytacją). Wyniki badań potwierdziły pozytywny wpływ interwencji opartych na uważności w zakresie poprawy ogólnego klinicznego funkcjonowania pacjentów oraz ich zdolności do uważnego reagowania na stresujące myśli i obrazy (pre-post test – 36,6%). Podobne wyniki przyniosła przeprowadzona w późniejszym czasie (Chadwick, Hughes, Russell i in., 2009) replikacja badań oparta na grupie 22 osób cierpiących na zaburzenia psychiatryczne (schizofrenia, zaburzenie schizofrenopodobne, zaburzenie schizoafektywne, zaburzenia urojeniowe wg DSM-IV), które poddano terapii opartej na uważności (10 tygodni) i porównano z grupą kontrolną (osoby oczekujące na terapię). Langer ze współpracownikami (Langer, Cangas, Salcedo, Fuentes, 2012), wykorzystując podobną strategię badań (porównanie dwóch zrandomizowanych grup, tj. eksperymentalnej ( $N = 23$ ) biorącej udział w ośmiotygodniowych treningach MBCT z kontrolną, oczekującą na terapię), uzyskali podobne efekty.

Używając tego samego protokołu badań, inni naukowcy (Abba, Chadwick, Stevenson, 2008) sprawdzili skuteczność terapii opartych na uważności w stosunku do ambulatoryjnych pacjentów psychiatrycznych z przewagą objawów wytwórczych ( $N = 16$ ). Wszyscy doświadczali objawów paranoidalnych: 12 osób – omamów słuchowych, cztery osoby – halucynacji. Wyniki badań ujawniły, że pacjenci poddani treningom opartym na uważności (terapia grupowa w różnych ośrodkach – brak dokładnego opisu) istotnie poprawili swoje zdolności w zakresie regulacji objawów urojeniowych oraz modyfikacji rozumienia własnych doświadczeń psychiatrycznych na trzy sposoby:

- 1) stawanie się bardziej skupionym i stabilnym pod względem świadomości doświadczeń psychiatrycznych,
- 2) pozwalanie epizodom psychiatrycznym na pojawianie się i znikanie bez starania się o ich modyfikację,
- 3) wzmacnianie świadomości siebie oraz symptomów przez nieosądzanie ich oraz akceptację.

Badania dotyczące efektywności oddziaływania psychoedukacji opartej na uważności biorące pod ocenę nieco szersze spektrum potencjalnych zmian przeprowadzili w Chinach Chien i Lee (2013). W ich badaniach brali udział pacjenci ambulatoryjni ze zdiagnozowaną schizofrenią ( $N = 96$ ). W badaniach porównano grupę eksperymentalną z grupą poddawaną terapii standardowej. Wyniki badań ujawniły istotną poprawę u osób z grupy eksperymentalnej w zakresie stopnia objawów, funkcjonowania psychospołecznego oraz częstotliwości hospitalizacji. Inne badania dotyczące pacjentów w stadium remisji po pierwszym epizodzie schizofrenicznym ( $N = 16$ ; badania bez grupy kontrolnej) ujawniły, że u osób poddanych interwencjom opartym na uważności (cztery tygodnie, treningi dwa razy w tygodniu) nastąpiły spadek nasilenia neurotyzmu oraz zmniejszenie natężenia objawów agorafobii (van der Valk, van de Waerdt, Meijer i in., 2013).

Podobne efekty zaobserwowano podczas badań dotyczących efektywności stosowania innej techniki opartej na uważności, tj. Terapii Akceptacji i Zaangażowania *Acceptance and Commitment Therapy* – ACT (Bach, Gaudiano, Hayes, Herbert, 2012), oraz jej modyfikacji, tj. Współczucie, Akceptacja i Uważność – WAU (*Compassion, Acceptance, and Mindfulness* – CAM) (Khoury, Lecomte, Comtois, Nicole, 2013), w stosunku do pacjentów psychotycznych. Bach i zespół (2012) przeprowadzili dwa badania podłużne ( $N = 40$  i  $N = 19$ ), z drugim pomiarem po czterech miesiącach, dotyczące pacjentów psychotycznych, aktualnie doświadczających halucynacji. W trakcie tych badań zastosowano podobny protokół (cztery sesje ACT trwające po 45 minut). Wyniki pokazały wyraźnie, że stosowanie nawet bardzo krótkich interwencji opartych na uważności (ACT) wobec pacjentów psychotycznych istotnie ogranicza potrzebę ponownych hospitalizacji.

Pozytywne efekty zastosowania interwencji opartych na uważności uzyskał zespół Khoury'ego (2013). Badania dotyczyły osób, które doświadczyły pierwszego epizodu psychozy, poddanych pierwszej hospitalizacji ( $N = 17$ ). Podczas tych badań zastosowano nieco inny protokół (treningi grupowe WAU trwające przez osiem tygodni po 60–75 minut). Wyniki badań podłużnych (drugi pomiar po trzech miesiącach) ujawniły wyraźną poprawę jakości samokontroli emocjonalnej i ogólnego dobrostanu, ponadto spadek nasilenia symptomów, szczególnie wskaźników lękowych, depresyjności oraz objawów somatycznych.

Sprawdzając efektywność oddziaływań opartych na uważności, oprócz badań ilościowych przeprowadzono też badania jakościowe. Brown, Davis i LaRocco z zespołem (2010) przeprowadzili takie badania nad pacjentami ambulatoryjnymi (schizofrenia ze współwystępującymi objawami lękowymi –  $N = 15$ ), którzy brali udział w ośmiotygodniowym cyklu MBCT. Treningi formalne odbywały się raz w tygodniu przez jedną godzinę (w każdej grupie było po pięć osób). Pacjenci byli zobligowani do codziennych treningów nieformalnych trwających po 25 minut. Analiza wyników wywiadu częściowo ustrukturuwanego ujawniła

poprawę w następujących obszarach funkcjonowania pacjentów: zwiększona zdolność relaksacji, redukcja symptomów psychiatrycznych (w tym również psychotycznych) oraz pozytywne zmiany kognitywno-emocjonalne.

Inne badania jakościowe przeprowadzili Ashcroft, Barrow i Lee z zespołem (2012). W badaniach tych sprawdzano skuteczność interwencji opartych na uważności w stosunku do pacjentów będących we wczesnych fazach leczenia ( $N = 9$ ). Pacjenci ci byli poddawani treningom opartym na uważności przez osiem tygodni, co tydzień przez jedną godzinę. Podczas każdej sesji przeprowadzano 10-minutową kierowaną medytację formalną. Okazało się, że dzięki niej bowiem przestają działać mechanizmy unikania albo modyfikacji symptomów psychotycznych i pacjenci lepiej sobie radzą z objawami wytwórczymi. W konsekwencji wzrasta u nich samoakceptacja. Te wyniki zostały potwierdzone w innych badaniach (Jacobsen, Morris, Johns, Hodkinson, 2011 –  $N = 8$ ; Taylor, Harper, Chadwick, 2009 –  $N = 2$ ; Dennick, Fox, Walter-Brice, 2013).

Przeprowadzona metaanaliza (Khoury, Lecomte, Gaudiano, Paquina, 2013) wyników badań (14 badań w 13 artykułach) dotyczących skuteczności interwencji opartych na uważności w stosunku do pacjentów z rozpoznaniem psychozy ( $N = 468$ ) ujawniła, że wielkość efektu była umiarkowana ( $N = 12$ ;  $d = 0,52$  – badania podłużne). Kiedy wzięto pod uwagę różnice międzygrupowe w stosunku do grup kontrolnych, siła efektu okazywała się mała ( $N = 7$ ;  $d = 0,41$ ). Zdecydowanie lepsze efekty stosowania interwencji opartych na uważności ujawniały się w przypadku symptomów negatywnych niż pozytywnych.

Chociaż przeprowadzone wyniki badań wyraźnie dowodzą pozytywnej (umiarkowanie silnej) efektywności oddziaływań opartych na uważności w stosunku do pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych, to jednak wyciągając wnioski, należy zachować pewną dozę ostrożności (Khoury, Lecomte, Gaudiano, Paquina, 2013), przeprowadzane badania znamionują bowiem pewne ograniczenia:

- 1) stosunkowo małe próbki badawcze (istotnie wyższe niż w przypadku badań odnoszących się do psychoz indukowanych medytacją),
- 2) słabo zdefiniowane albo niekontrolowane czynniki mogące wpłynąć na wyniki (np. jakość przymierza terapeutycznego),
- 3) heterogeniczność interwencji (różnice w zakresie czasu trwania interwencji, typologii treningów, czasu trwania medytacji itd.),
- 4) jakość praktyk stosowanych przez uczestników (dokładność w zachowywaniu protokołu treningowego).

Na podstawie przedstawionych metaanaliz autorzy (Khoury, Lecomte, Gaudiano, Paquina, 2013) konkludują, że stosowanie interwencji opartych na uważności w stosunku do pacjentów z rozpoznaniem psychozy jest umiarkowanie efektywne w leczeniu symptomów negatywnych. Może natomiast być użyteczne w warunkach klinicznych jako uzupełnienie farmakoterapii.

### ADAPTACJA INTERWENCJI OPARTYCH NA UWAGAŃCOCI DO TERAPII PSYCHOZ

W terapiach psychoz najbardziej efektywne okazują się Terapia Poznawcza oparta na Uwagańcoci (*Mindfulness-based Cognitive Therapy* – MBCT) i Terapia Akceptacji i Zaangażowania (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT) oraz ich adaptacje. MBCT jest zmodyfikowaną wersją Terapii Redukcji Stresu opartej na Uwagańcoci (*Mindfulness-based Stress Reduction* – MBSR), którą zaadaptowano na potrzeby leczenia depresji (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway i in., 2000). Z kolei zaliczana do tzw. trzeciej fali terapii behawioralnych Terapia Akceptacji i Zaangażowania – ACT (Hayes, Stroschal, Wilson, 2011) to metoda terapeutyczna, na którą składają się elementy terapii poznawczej oraz innych metod terapeutycznych, tj. terapii interpersonalnej i uwagańcoci. Ponieważ nie wszystkie osoby psychotyczne są zdolne znośić protokoły związane z praktykowaniem sesji opartych na uwagańcoci w takiej formie, jak to się dzieje w stosunku do pacjentów z innymi zaburzeniami (depresją, zaburzeniami lękowymi, borderline, obsesyjno-kompulsywnymi, zaburzeniami odżywiania, uzależnieniami itd.), dlatego w przypadku sesji osób psychotycznych zalecane są pewne modyfikacje metody (Pinto, 2009, s. 359–363):

- 1) podkreślanie od początku terapii, że jej celem nie jest wyeliminowanie symptomów, ale wzmacnianie umiejętności radzenia sobie z nimi, tak aby nie były zbyt natrętne, dominujące, oskarżające, nakazujące i przytłaczające;
- 2) stosowanie skróconego czasu trwania sesji (zalecany czas to maksymalnie 10 minut) – osobie psychotycznej trudno jest tolerować sesje trwające 20–45 minut, ponieważ jej uwaga szybko się rozprasza na skutek stymulacji zarówno zewnętrznej (podwyższona czujność, szczególnie na słyszenie „głosów”), jak i wewnętrznej (osoby psychotyczne prawie cały czas spędzają na „filozofowaniu”, czyli występują u nich systematyczne ruminacje). Wydłużony czas medytacji może prowadzić do eskalacji słyszenia głosów, z którymi pacjent we wczesnych etapach może sobie nie radzić;
- 3) wystrzeżenie się dłuższych okresów ciszy (stosunkowo często należy podawać słowne instrukcje celem stymulacji procesów uwagi) – przedłużająca się cisza może wystawiać osobę psychotyczną na generowanie dystraktorów („Doktorze, na początku czułem się dobrze, ale potem usłyszałem głos mówiący mi, żebym przestał... Powiedział mi, że mnie wprowadziłeś w błąd... Jak będę oddychał, będzie aktywowane urządzenie, które jest w mojej głowie”);
- 4) unikanie, przynajmniej na początku, podejmowania praktyki samotnego medytowania w domu (rekomendowana terapia grupowa w obecności profesjonalisty);
- 5) podkreślanie potrzeby akceptacji objawów wytwórczych pojawiających się w obszarze uwagi (uwaga skierowana na różne wymiary doświadczeń,



tj. zmienność, jakość, czas trwania i rytm, w jakim pojawiają się kolejno, jedno za drugim), uzdatniającej do zmierzenia się z symptomami (unikanie postawy tłumienia, kontrolowania, zmieniania, oswajania czy lękania się objawów);

- 6) stopniowe otwieranie pacjenta na pełnię doświadczeń, pozwalające na nabranie przez niego dystansu do symptomów chorobowych.

Sugerowane zmiany dotyczą zwłaszcza początków terapii. Pierwszy etap terapii opartych na uważności zaczyna się od uczenia pacjenta, aby patrzył na swoje życie:

- 1) bez osądzania się i krytykowania za swoje zachowania,
- 2) bez klasyfikowania i dokonywania pomiarów, czy inni aprobują jego zachowania („ocena innych nie wpływa na moje poczucie, czy jestem dobry czy zły”),
- 3) bez ciągłego pytania siebie, czy można być godnym miłości, jeśli się zachowuje nieodpowiednio (jakby warunkiem bycia partnerem miłości było wypełnianie oczekiwań innych osób).

Ten początkowy etap jest szczególnie ważny z tego powodu, że osoby psychotyczne znamionuje zwykle długa historia alienacji (permanentne poczucie braku przynależności oraz marginalizacji w stosunku do reszty ludzkości), a charakterystyczna dla tych osób tzw. utrata intersubiektywności jest generowana przez lęk przed innymi, którzy – faktycznie lub nie – osądzają i kategoryzują (Pinto, 2009). Przebywanie w atmosferze pełnej akceptacji (jednak bez paternalistycznego ochraniań), jaka panuje podczas treningów uważności, działa łagodząco na potrzebę bycia czujnym i umożliwia zdystansowanie się wobec pojawiających się ciągów ruminacji.

Jednym z najbardziej podstawowych elementów stosowania terapii opartych na uważności jest przekonanie, że cierpienie psychotyczne nie wynika z samych symptomów, ale głównie z tego, jak podmiot na te symptomy reaguje (np. próbując je tłumić, tylko wzmacnia te procesy). To podmiot decyduje, co z nimi zrobić lub nie zrobić. Zgodnie z założeniami modelu uważności pacjent powinien odkryć, że „myśli to tylko myśli”, a „głosy to tylko głosy” (Pankey, Hayes, 2003). Podobnie jak w przypadku pacjentów z innymi zaburzeniami (Segal, Williams, Teasdale, 2002), również pacjenci psychotyczni zaczynają w trakcie terapii doświadczać, że powoli rozbijają procesy emocjonalnie negatywnie zabarwionych ruminacji, przestają uruchamiać automatyczne procesy negatywnej oceny siebie i wyzwalają się z zachowań reaktywnych.

Wydaje się, że zwłaszcza w pierwszym etapie terapii kluczową rolę odgrywa terapeuta, który musi stworzyć bezpieczne środowisko, dostosowując się całkowicie do świata osoby psychotycznej: subiektywnych znaczeń istot, które w tym świecie występują, ról, jakie tam odgrywają, oraz panujących między nimi relacji. Stworzenie takiego klimatu akceptacji umożliwi pacjentowi nabranie pewnego dystansu do tego, czego doświadcza i co przeżywa. Jest to szczególnie

ważne dlatego, że osoby psychotyczne mogą potraktować autentyczne oznaki zainteresowania i chęci pomocy ze strony profesjonalnej kadry jako atak na ich fizyczną integralność (Mills, 2001).

Podkreśla się, że w pierwszej, kluczowej fazie terapii nie powinno się podawać pacjentom informacji, że zgodnie z podstawowymi założeniami modelu uważności myśli (urojenia, halucynacje) są tylko myślami, pacjenci mogą bowiem poczuć się niezrozumiani. Ponadto nie zawsze mają oni na tyle rozwinięte zdolności poznawcze i metapoznawcze, aby zrozumieć informacje, które są im przekazywane, i często mogą je odebrać zupełnie opacznie. Terapeuta towarzyszący pacjentowi podczas formalnych sesji uważności (również terapeutycznych) powinien być bardzo wrażliwy na pojawiające się sygnały nasilenia objawów, np. urojeń. „Panie doktorze, coś jest nie w porządku z tym miejscem... Nie czuję się bezpiecznie... Oni musieli zlokalizować mnie tutaj... Oni są silni... Czuję, że mają wpływ również na pana” – podobne zdania nie świadczą wcale o nasileniu urojeń, ale jedynie o tym, że terapia poszła zbyt szybko do przodu – por. Pinto, 2009, s. 350–351.

Sugeruje się czasem, że proces zdrowienia osoby psychotycznej nie zależy od wzrostu świadomości choroby ani korekcji iluzorycznych myśli oraz idei. Twierdzi się natomiast (Pinto, 2009, s. 353), że dużym sukcesem terapii jest fakt, że pacjent psychotyczny może swobodnie rozmawiać o swoich urojeniach i halucynacjach, bez niepewności, zahamowań czy lęku.

Jeśli stan emocjonalnego spokoju zostanie osiągnięty, to można zastosować metody korektywne, takie jak rekonstrukcja kognitywna, uczenie nowych ról społecznych i adekwatnych umiejętności behawioralnych, integrując je z innymi technikami terapeutycznymi, w tym zwłaszcza ze – skuteczną w przypadku zaburzeń psychotycznych – Terapią Poznawczo-Behawioralną (*Cognitive Behavioral Therapy* – por. Kingdon, Turkington, 1991, 2005; Turkington, Kingdon, Weiden, 2006; Zimmermann i in., 2005). Dopiero wtedy, kiedy pacjent ma poczucie bliskości z terapeutą, kiedy jest pewny, że terapeuta chce mu pomóc oraz kiedy jest w stanie być przez niego prowadzonym w procesach oddzielenia się od zakłócających myśli i stanów emocjonalnych, możliwa staje się praca korektywna.

Trzeba powiedzieć, że do praktyki klinicznej implementuje się obecnie różne interwencje oparte na uważności oraz sprawdza się ich efektywność w stosunku do pacjentów psychotycznych (Chadwick, 2006; Montes i in., 2004, Pinto, 2009). W celu pomiaru skuteczności terapii skonstruowano specjalne narzędzie do oceny zmian, tj. *Kwestionariusz subiektywnych opinii o urojeniach i głosach* (DV-SA) (Pinto, 2009, s. 363–364).

## ZAKOŃCZENIE

Wyniki opracowań teoretycznych oraz licznych badań dowodzą, że stosowanie interwencji opartych na uważności (adaptacje MBCT i ACT) w stosunku do

pacjentów psychotycznych w praktyce klinicznej daje zaskakująco dobre efekty kliniczne. Wprawdzie istnieje parę doniesień (badania jakościowe dotyczące 12 przypadków) o negatywnych skutkach uprawiania medytacji przez pacjentów psychotycznych, jednak w oparciu o różne zastrzeżenia metodologiczne w odniesieniu do tych badań nie można dokonywać daleko idących generalizacji. Zdecydowanie więcej danych, i o lepszej jakości metodologicznej (badania zarówno jakościowe, jak i ilościowe), jest takich, w których udowodniono pozytywną efektywność oddziaływań interwencji opartych na uważności stosowanych wobec osób z rozpoznaną psychozą, zwłaszcza w stosunku do objawów negatywnych (por. Khoury, Lecomte, Gaudiano, Paquina, 2013).

Patrząc syntetycznie na wyniki zaprezentowanych badań, należy stwierdzić, że stosowanie MBCT i ACT oraz ich adaptacji w stosunku do pacjentów psychotycznych może być z powodzeniem traktowane jako efektywne uzupełnienie farmakoterapii (Khoury, Lecomte, Gaudiano, Paquina, 2013), przy czym podczas prowadzonych treningów w stosunku do osób ze zdiagnozowaną psychozą wskazana jest – podobnie zresztą jak i przy innych zaburzeniach psychicznych – pewna ostrożność. W tym przypadku zaleca się stosowanie następujących środków: obecność doświadczonego klinicysty podczas treningów (zwłaszcza w początkowych fazach) oraz modyfikacja technik w stosunku do osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami (niedyrektywność, skrócony czas sesji, wystrzeżenie się przedłużania chwil ciszy, unikanie na początku samotnego medytowania w domu, akceptująca obserwacja objawów wytwórczych oraz otwarcie się na pełnię doświadczeń, pozwalające na uzyskanie dystansu do symptomów chorobowych).

Dużymi atutami stosowania interwencji opartych na uważności jest ich specyfika:

- 1) transdiagnostyczność (por. Greeson, Garland, Black, 2014; Radoń, 2015),
- 2) niedyrektywny charakter (Plante, 2009),
- 3) charakter grupowy (terapię indywidualną stosuje się tylko w niektórych przypadkach) oraz związane z tym
- 4) istotne ograniczenie kosztów leczenia.

Transdiagnostyczność – interwencje oparte na uważności okazują się trafne w odniesieniu do szerokiej gamy zaburzeń (zaburzenia osobowości, nawroty depresji, zaburzenia lękowe, przewlekły ból, uzależnienia, zaburzenia odżywiania, ADHD, PTSD, choroba Alzheimera itd.) oraz ich psychologicznych korelatów (tendencyjność uwagi, nawracające negatywne myślenie, przeformułowania poznawcze, tłumienie, doświadczeniowe unikanie, negatywna afektywność i emocjonalna reaktywność). Dlatego wydają się szczególnie efektywne w przypadku zaburzeń psychotycznych (zróznicowana symptomatologia psychoz).

Niedyrektywność również zdaje się bardzo istotna w przypadku pacjentów psychotycznych, ponieważ – jak dowodzą niektórzy klinicyści (por. Plante, 2009) – dyrektywność może stanowić mechanizm spustowy pojawiania się

symptomów („Panie doktorze, czuję, że oni mają wpływ również na pana”). Jak się wydaje, tylko w bezpiecznej atmosferze osoba psychotyczna może się otwierać na alternatywne sposoby interpretowania swoich objawów (*open monitoring*), a w konsekwencji na osłabienie siły ich oddziaływania. Stopniowe osvajanie wyzwalanej przez różne sytuacje społeczne negatywnej afektywności oraz lękowo uwarunkowanych symptomów może prowadzić do ich remisji. Niedyrektywne towarzyszenie wrażliwego terapeuty podczas treningów opartych na uważności stanowi gwarancję efektywności terapeutycznej.

Grupowy charakter stosowania interwencji opartych na uważności jest ważny dlatego, że u pacjentów psychotycznych samotność i cisza są tymi okolicznościami, w których szczególnie mogą się pojawiać i nasilać objawy negatywne oraz pozytywne (praktyka indywidualna nie jest zalecana, zwłaszcza na początku). Jednak – jak się wydaje – stworzone przez terapeutę bezpieczne warunki (niedyrektywność, bezwarunkowa akceptacja) umożliwiają pacjentowi podjęcie samodzielnych prób radzenia sobie z pojawiającymi się lękami i stresami oraz rozwój w stronę samodzielności i dojrzałości.

W końcu, stosowanie terapii grupowej poważnie ogranicza nakłady finansowe na leczenie pacjentów klinicznych i ambulatoryjnych, a jest to szczególnie ważne w warunkach polskich. Terapia indywidualna zalecana jest jedynie w szczególnych przypadkach, np. przy cięższym nasileniu symptomów czy istotnie podwyższonych objawach lękowych.

Podsumowując, należy stwierdzić, że podejmowane w różnych częściach świata próby implementacji do praktyki klinicznej różnych strategii opartych na uważności oraz obiecujące wyniki badań potwierdzających ich efektywność wobec pacjentów psychotycznych pozwalają z nadzieją patrzeć w przyszłość. Zastosowane w warunkach polskich, mogą istotnie się przyczynić do poprawy efektywności leczenia pacjentów nie tylko psychotycznych, przy równoczesnym poważnym ograniczeniu nakładów finansowych.

#### BIBLIOGRAFIA

- Abba, N., Chadwick, P., Stevenson, C. (2008). Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 18(1), 77–87.
- Ashcroft, K., Barrow, F., Lee R. MacKinnon, K. (2012). Mindfulness groups for early psychosis: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85, 327–334.
- Bach, P., Gaudiano, B. A., Hayes, S. C., Herbert, J. D. (2013). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Intent to treat, hospitalization outcome and mediation by believability. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 5(2), 166–174.

- Bach, P., Hayes, S. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1129–1139.
- Brown, L. F., Davis, L. W., LaRocco, V. A., Strasburger, A. M. (2010). Participant perspectives on mindfulness meditation training for anxiety in schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 13*, 224–242.
- Cahn, B. R., Polich, J. (2006). Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging. *Psychological Bulletin, 132*(2), 180–211.
- Chadwick, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Chichester: Wiley and Sons.
- Chadwick, P., Birchwood, M., Trower, P. (1996). *Cognitive therapy of voices delusions and paranoia*. Chichester, UK: Wiley.
- Chadwick, P., Hughes, S., Russell, D., Russell, I., Dagnan, D. (2009) Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: A replication and randomised feasibility trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37*, 403–412.
- Chadwick, P., Newman-Taylor, K., Abba, N. J. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33*, 351–359.
- Chan-ob, T., Boonyanaruthee, V. (1999). Meditation in association with psychosis. *Journal of Medical Association of Thailand, 82*, 925–929.
- Chien, W. T., Lee, I. Y. (2013) The mindfulness-based psychoeducation program for Chinese patients with schizophrenia. *Psychiatric Services, 64*, 376–379.
- Dennick, L., Fox, A. P., Walter-Brice, A. (2013). Mindfulness groups for people experiencing distressing psychosis: An interpretative phenomenological analysis. *Mental Health Review Journal, 18*, 32–43.
- Didonna, F. (red.). *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer.
- Garcia-Trujillo, R., Monterrey, A. L., Gonzalez de Riviera, J. L. (1992). Meditation and psychosis. *Psiquis Revista de Psiquiatria Psicologia y Psicomatica, 13*, 39–43.
- Gaudio, B., Herbert, J. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy, 44*(3), 415–437.
- Gaudio, B., Herbert, J. (2006). Believability of hallucinations as a potential mediator of their frequency and associated distress in psychotic inpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 34*(4), 497–502.
- Greeson, G., Garland, E. L., Black, D. (2014). *A Transtherapeutic approach for transdiagnostic mental processes*. W: A. Christelle, T. Ngnoumen, E. J. Langer (red.) *The Wiley Blackwell handbook of mindfulness* (s. 533–562). New York: John Wiley Sons.
- Gaudio, B. (2005). Cognitive behavior therapies for psychotic disorders: Current empirical status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*(1), 33–50.

- Hayes, S., Stroschal, K., Wilson, K. (2011). Acceptance and commitment therapy, second edition: The process and practice of mindful change. New York: Guilford Press.
- Holas, P., Jankowski, T. (2013). A cognitive perspective on mindfulness. *International Journal of Psychology*, 48(3), 232–244.
- Jacobsen, P., Morris, E., Johns, L., Hodkinson, K. (2011). Mindfulness groups for psychosis; key issues for implementation on an inpatient unit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(3), 349–353.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33–47.
- Kingdon, D. G., Turkington, D. (1991). The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. Preliminary report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(4), 207–211.
- Kingdon, D. G., Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Kingdon, D. G., Turkington, D. (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Khoury, B., Lecomte, T., Comtois, G., Nicole, L. (2013). Early intervention in the real world. Third-wave strategies for emotion regulation in early psychosis: A pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(1), 76–83.
- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudio, B. A., Paquina, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150, 176–184.
- Kuijpers, H. J. H., van der Heijden, F. M. M. A., Tuinier, S., Verhoeven, W. M. A. (2007). Meditation-induced psychosis. *Psychopathology*, 40, 461–464.
- Langer, A. I., Cangas, A. J., Salcedo, E., Fuentes, K. (2012). Applying mindfulness therapy in a group of psychotic individuals: A controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 105–109.
- Mills, N. (2001). *The experience of fragmentation in psychosis: Can mindfulness help?* W: I. Clarke (red.), *Psychosis and spirituality*. London and Philadelphia: Whurr Publishers.
- Pankey, J., Hayes S. C. (2003). Acceptance and Commitment therapy for psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 311–328.
- Perez-Alvarez, M., Garcia-Montes, J., Perona-Galcelan, S., Vallina-Fernandez, O. (2008). Changing relationships with voices: New therapeutic perspectives for treating hallucinations. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(2), 75–85.
- Pinto, A. (2009). *Mindfulness and psychosis*. W: F. Didonna (red.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (s. 339–368). New York: Springer.
- Pinto, A., Kingdon, D., Turkington, D. (2009). Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: enhancing the therapeutic relationship to improve the quality of life. W: G. Simos (red.), *CBT – A guide for the practicing clinician – tom II*. East Sussex: Routledge.

- Radoń, S. (2014). Pięciodymiarowy kwestionariusz uważności (Polska adaptacja Five Facet Mindfulness Questionnaire). *Roczniki Psychologiczne*, 17(4), 711–735.
- Radoń, S. (2015). Uważność jako transdiagnostyczna transterapia. *Psychoterapia* (w druku).
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Sethi, S. Subhash, C. (2003). Relationship of meditation and psychosis: Case studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 382.
- Shonin, E., van Gordon, W., Griffiths, M. D. (2014). Do mindfulness-based therapies have a role in the treatment of psychosis? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(2), 124–127.
- Taylor, K. N., Harper, S., Chadwick, P. (2009) Impact of mindfulness on cognition and affect in voice hearing: Evidence from two case studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 397–402.
- Teasdale, J., Segal, Z., Williams, J., Ridgeway, V., Soulsby, J., Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68, 615–623.
- Turkington, D., Kingdon, D., Weiden, P. J. (2006). Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 365–373.
- van der Valk, R., van de Waerdt, S., Meijer, C. J., van den Hout, I., de Haan, L. (2013). Feasibility of mindfulness-based therapy in patients recovering from a first psychotic episode: A pilot study. *Early Intervention Psychiatry*, 7, 64–70.
- Walsh, R., Roche, L. (1979). Precipitation of acute psychotic episodes by intensive meditation in individuals with a history of schizophrenia. *American Psychiatry Association*, 136, 1085–1086.
- White, R. G., Gumley, A. I., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S., Mitchell, G. (2011). A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 901–907.
- Wilkos, E., Tylec, A., Kułakowska, D., Kucharska, K. (2013). Najnowsze kierunki terapeutyczne w rehabilitacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. *Psychiatria Polska*, 47(4), 621–634.
- Winship, G. (2007). A qualitative study into the experience of individuals involved in a mindfulness group within an acute inpatient mental health unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 603–608.
- Yorston, G. (2001). Mania precipitated by meditation: A case report and literature review. *Mental Health, Religion and Culture*, 4, 209–213.
- Zimmermann, G., Favrof, J., Trieu V. H., Pomini V. (2005). The effect of cognitive behavioural treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A Meta-Analysis. *Schizophrenia Research*, 77, 1–9.