

## Psychoterapia

### Personálna terapia schizofrénii a príbuzných ochorení: konceptia individualizovaného prístupu G. E. Hogartyho

Veronika Havlíková, Jozef Hašto

### The personal therapy for schizophrenia and related disorders: The conception of individualised therapeutic approach of G. E. Hogarty

#### Súhrn

V súčasnej dobe je vypracovaných viacero psychoterapeutických prístupov v liečbe schizofrénnych porúch, ktorých efektivita bola posudzovaná na základe otvorených alebo randomizovaných štúdií. Autori sa v práci zameriavajú na priblíženie komplexného terapeutického prístupu G. Hogartyho. Personálna terapia schizofrénii a príbuzných ochorení sa javí ako flexibilný program založený na bio-psycho-sociálnych princípoch, ktorý môže pomôcť uľahčiť typicky pomalý proces klinickej stabilizácie a reintegrácie do spoločnosti, ktorý nasleduje po prekonanom ataku ochorenia. Je rozdelená do troch komplexných fáz, ktoré na seba nadväzujú, v závislosti od úrovne klinickej stabilizácie.

**Kľúčové slová:** schizofrénia, personálna psychoterapia, klinická stabilita, psychoedukácia, vnútorný koping, sociálne zručnosti.

#### Summary

In current time many psychotherapeutic approaches in treatment of schizophrenia have been developed. The focus of this volume is the acquaintance of the komplex therapeutic approach of G.E.Hogarty. Personal therapy for schizophrenia and related disorders is a flexible program based on biopsychosocial principles and was designed to facilitate the typically slow process of clinical stabilization and community reintegration that follows after an episode of psychosis. These principles of practise are prescribed in distinct phases that reflect the patient's current level of clinical stability.

**Key words:** schizophrenia, personal therapy, clinical stability, psychoeducation, internal coping, social skills.

#### Úvod

Liečba schizofrénie je veľkou a podstatnou úlohou lekárov (Bleuler,1998). Od čias Kraepelina, ktorý ako prvý rozlíšil schizofrénnu psychózu a nazval ju „dementia praecox“, prešlo chápanie podstaty a genézy schizofrénie svojim vývojom.

Denný psychiatrický stacionár FN Trenčín

**Adresa:** Mgr. Veronika Havlíková, Denný psychiatrický stacionár FN Trenčín, Palackého 21, 911 01, Trenčín, Slovensko  
h.doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD., Psychiatrická klinika FN, Legiónárska 28, 911 71 Trenčín, Slovensko  
E-mail: hasto@nsptn.sk

V závislosti od rozvoja poznatkov o patogenéze a priebehu schizofrénneho ochorenia, došlo aj k premenám koncepcie liečby schizofrénie. M. Bleuler v 15. vydaní Učebnice psychiatrie v r.1983 na základe svojich osobných klinických a výskumných skúseností a kritického vyhodnotenia dostupných výskumov konštatoval, že „pri vzniku schizofrénii sú podstatné vrodene nepriaznivé dispozície k osobnostnému vývoju a nepriaznivé vplyvy okolia, pričom oba tieto faktory sú navzájom prepletené“ (Bleuler slov. vyd.,1998, kurzíva od autorov článku). Dnes je táto teória všeobecne uznávaná, hovorí sa o interakčnom modeli osobnej *vulnerability* a *stresu*

(Halweg, Dose, 2000), v ktorom sa popri biologických faktoroch zohľadňujú práve tiež psychosociálne vplyvy. Preto sa v otázke liečby schizofrénnych ochorení logicky ponúka dopĺňať farmakologickú liečbu psychoterapeutickými intervenciami (Seifertová et al 2004; Halweg, Dose 2000; Štracholcová, Dvorecká 2004; Praško et al, 2003; Hašto, 1997).

M. Bleuler (1972) a po ňom mnohí ďalší ukázali, že len časť ochorení, ktoré dnes diagnostikujeme ako schizofrénia má chronicko-progredientný priebeh. Väčšia časť má epizodický, recidivujúci priebeh s alebo dokonca často bez rezíduí(!). Dokonca existujú priebehy, kedy po prvej epizóde sa už v ďalších desaťročiach neobjavia žiadne príznaky. Tieto poznatky našli svoje vyjadrenie aj v ICD-10 klasifikácii, kde sa počíta s 9-timi priebehovými typmi. Prehľadné grafické zhrnutie nálezov plných remisií v jedenástich longitudinálnych štúdiách možno nájsť u Moller, Deister (2000). Táto povaha priebehov schizofrénii si vyžaduje flexibilný, individualizovaný terapeutický prístup.

Známy je tiež empirický poznatok (napr. Bleuler 1972, Huber 2005), že aj 10–30 rokov perzistujúca schizofrénna psychóza môže „sa môže potom úplne vyhojiť, bez nejakej stopy po pretrvávajúcej psychickej zmene“ (Huber 2005). A to ešte nie je všetko, čo spochybňuje kraepelinovské poňatie schizofrénii: asi 13 % Kraepelinom diagnostikovaných schizofrénii vykázalo v ďalšom sledovaní remisiu (Peters 2004); Huber (2005) uvádza, že v jeho Bonskom súbore 13 % chorých na schizofrénii „vykazovalo dokonca určitý sociálny vzostup oproti postaveniu pred prepuknutím ochorenia“ a 9 % s plnou remisiou alebo necharakteristickými reziduami vykazovalo *zmenu osobnosti*, ktorú *subjektívne prežívali ako pozitívnu!*

S takýmto empirickým pozorovaním sa stretla pravdepodobne väčšina z nás ale nie každý psychiater je „ochotný“ zaregistrovať takúto skutočnosť. Pamätám si (J.H.) na námietky viacerých mojich kolegov, aj predstavených, ktorí mali tendenciu odbiť takého pozorovanie poznámkou, že išlo nepochybne o zlú diagnózu schizofrénie. (Odborný mýtus môže niekedy vykazovať až silu a vplyv ako bludné presvedčenie. E. Bleuler napísal monografiu, v ktorej sa zaoberá autisticko – dereistickým myslením v bežnom živote a v medicíne, teda aj u nás lekárov.)

V priebehu histórie, zahrňujúc aj modernú éru klinickej psychiatrickej farmakológie, spočíval dôležitý bod liečenia schizofrénnych ochorení na psychoterapii (Praško et al, 2003), na rozprávaní sa s pacientom – ponúknuť mu psychologickú a materiálnu pomoc, facilitovať lepšie porozumenie ochoreniu, adaptívne zručnosti a predovšetkým nádej. Nádej, že ochorenie nemusí znamenať vyčlenenie zo spoločnosti, z aktívneho života, zo vzdelávacích alebo pracovných sfér. Bleuler (1998) hovoril o lekárskej psychoterapii, pričom dôraz kládol na úlohu rozhovoru, počúvania a záujmu o pacienta. Zdôrazňuje, aby sa s pacientom napriek všetkým ťažkostiam zaobchádzalo ako so zdravým, aby bola možnosť rozvíjať jeho talenty a možnosti a aby bol udržaný a opäť začlenený do činnnej ľudskej spoločnosti. Citujeme (s.302): „Pacient má cítiť, že mu pomáhame radi, že s ním zdieľame jeho starosti a núdzu a že si ho vážime rovnako ako

duševne zdravého pacienta. Musí vedieť, že ho berieme nie ako nejakého „iného“, ale že ho považujeme za jedného z nás a tiež za niekoho, o kom vieme, že je schopný zdravého pohľadu na druhých a že dokážeme veriť, že bude opäť zdravý.“ Význam kvalitného vzťahu medzi terapeutom a pacientom pre dobrý priebeh psychoterapie vyzdvihujú aj iní autori (Novalis, 1999; Winston et al, 2006; Hell, 1987; Hogarty, 2002). G.Benedetti (1987) sa nazdáva, že vývoj psychoterapie pri schizofrenických ochoreniach bol významne akcelerovaný koncepciou „podvojného účtovníctva“ pri schizofrénii postulovanou E.Bleulerom, že totiž pri tomto ochorení zostávajú zachované aj zdravé psychické schopnosti, len sú viac či menej skryté (pozri tiež Bleuler 1998).

Ďalším dôležitým aspektom terapie schizofrénie je aj zvýšenie úrovne sociálnych a interpersonálnych zručností, začlenenie do činného spoločenstva (aj patientskeho – pocit spolupatričnosti), štrukturovanie voľného času, pracovná terapia a poverenie určitou zodpovednosťou, čo môže mobilizovať zdravé sily, zvýšenie schopnosti fungovať v pracovnom prostredí a zvládať stresové situácie (Hogarty, 2002).

V posledných desaťročiach sa rozvinul celý rad psychologicky orientovaných foriem terapie. Ako významne efektívne sa javia podporná psychoterapia (Novalis et al, 1999; Winston et al., 2006), rodinné psychoedukačné programy (Motlová et al., 2002; Halweg, Dose, 2000; Praško et al., 2003), kognitívne-behaviorálna psychoterapia (Praško et al., 2003; Jarolímek, 2001; Halweg, Dose, 2000).

Benedetti (1983,1987) referuje o priaznivých skúsenostiach aj s psychodynamickými psychoterapiami schizofrénii, ktoré, ako vyplýva z jeho opisov, boli *výrazne adoptované* na individuálne možnosti pacientov, terapeuti boli aktívni, empatickí, *supportívni*. Išlo o otvorené alebo naturalistické štúdie.

V psychologickú liečbu schizofrénii sa dobre osvedčilo fungovanie pacientov v emočne stmelených skupinách, keď môžu patriť do určitého liečebného spoločenstva a cítiť sa v ňom bezpečne (Hašto, 1997; Praško et al. 2003). Môže ísť napríklad o skupinovú psychoterapiu (napr. v podmienkach denných stacionárov), programy psychoedukácie (napr. PRE-LAPS), nácvik sociálnych zručností (napr. Liberman, 1992), komunitné kluby pacientov. U nás o výsledkoch svojich skúseností so skupinovú supotívnu psychoterapiou chronických schizofrénnych psychóz (tzv. „kávové“ skupiny) referovala M. Haštová (1996), kde sa javil ako rozhodujúci faktor práve supportívna (podporná) psychoterapia. Autorka zaznamenala výraznú redukciu rehospitalizácií a exacerbácií, pri porovnávaní priebehu ochorenia 10 rokov pred zaradením do skupinového programu a 10 rokov po zaradení, pričom farmakoterapia pred i po bola rovnako založená na tom istom depotnom preparáte; celkové dávkovanie sa nezvyšovalo, u niektorých pacientoch bola flexibilnejšia (v zmysle zníženia alebo prechodného zvýšenia).

Zdá sa, že pre psychodynamicky orientovaných autorov je dôležité aby vo svojom prístupe *výrazne akcentovali supportívny* pól psychodynamického terapeutického spektra. Pri takejto modifikácii sa javia ako užitočné aj metódy, ktoré boli pôvodne vyvinuté pre neurotické poruchy. N. Kaščáková

(2006) napr. referovala o priaznivých skúsenostiach s využitím koncentratívnej pohybovej terapie u pacientov hospitalizovaných pre schizofrénnu ochorenia. Opísala tento prístup v kontexte Scharfetterovho konceptu ego – psychopatológie, odvodeného od Jaspersových dimenzií ega. Aj koncepcia obranných mechanizmov, resp. ich zlyhávajúce nám umožňujúce diferencovanejšie chápanie a prístup k chorým na schizofréniu (Kaščáková 2007).

## Predstavy o géneze schizofrénií význam Bleulerovej školy

Chápanie génezy schizofrénií v modeli diatézy a stresu znamená významný krok vpred v úsilí postihnúť komplexnosť tejto problematiky. Prekonáva ustrnutie v schematickom, dichotomickom myslení na spôsob „*buď jedno alebo druhé*“ a dospieva ku kognitívne náročnejšiemu, ale realite v tomto prípade bližšiemu chápaniu: „*nielen, ale aj*“. Konkrétne teda: napr. nielen genetické faktory ale aj faktory prostredia atp. Genetický faktor je významný, ale nevysvetľuje všetko. Konkordancia pre schizofréniu u jednovaječných dvojčiat vychádza približne na 42 %, u dvojvaječných na 10 % (Hell, Schupbach 2004). Čo rozhoduje o tom, že okolo polovice jedincov s rovnakou genetickou výbavou ako chorí na schizofréniu na túto chorobu neochorí? Podľa Hafnera (2000) doterajšie výskumy umožňujú kvantifikovať silu efektu niektorých rizikových faktorov. Zatiaľ čo pri monozygotnom dvojčiat, keď druhé trpí na schizofréniu je tento faktor 46, u dizygót-nych 14, u bežných súrodencov 10, pri prenatálnych a perinatálnych komplikáciách má faktor silu 2, vírusové infekcie 2, cannabis 2. Takéto kvantifikačné vyjadrenie má pre klinikov veľký význam, pretože občas vznikajú „halo-efekty“, napr. akoby perinatálne komplikácie alebo vírusové infekcie vysvetľovali všetko, čo sa nedá vysvetliť geneticky. Genetická dispozícia zrejme determinuje neurofyziologický deficit, poruchu v spracúvaní informácií, selektívnom filtrovaní a cínenom dekódovaní skúseností uložených v dlhodobej pamäti (Huber 2005). Tento poznatok veľmi nápadne pripomína metapsychologický koncept, ku ktorému dospeli mnohí psychodynamicky orientovaní autori, keď hovorili o „slabom egu“, o zlyhávaní integratívnych funkcií ega, zlyhávaní bežných obranných mechanizmov, a tiež koncept rozštepú v Bleulerovom (1998) zmysle (myšlienková roztrieštenosť, svojrázna ambivalencia a slabosť ega). Ľahko si vieme predstaviť, že nepriaznivé životné skúsenosti a stresory môžu ďalej labilizovať celý vulnerabilný systém alebo úplne preťažiť integračnú kapacitu jedinca. Bleuler (1972) sa zmiňuje o ochrannom faktore, ktorý predstavuje harmonické, stabilné rodinné prostredie. Huber (2005) uvádza, že vyvolanie (spustenie, provokácia) prvých manifestácií alebo recidív psychózy psychologickými faktormi je častejšie, než predpokladala tradičná psychiatria! (str. 364)

M. Bleuler (1998) sa pokúsil formulovať komplexnú génezu schizofrénií jazykom, ktorý je blízky klinickému mysleniu. „Pre väčšinu schizofrénií si ich vznik môžeme v detailoch predstaviť podľa nasledovného obrazu: dispozícia ku schizof-

réniami sa skladá z vlôh, ktoré spolu zle harmonizujú, takže je obtiažne dospieť k jednotnému postoju k svetu a druhým ľuďom, dospieť k pevnému sebedomiu a silnému egu. Tak ako obtiažna osobnosť vytvára obtiažne životné situácie, tak aj nepriaznivé životné okolnosti vyostrujú poruchy osobnosti. Chorý sa pod tlakom svojej rozpornej osobnosti a svojho rozštiepeného vzťahu k svetu utieka do ireálneho, autistického myslenia, ktoré bez ohľadu na realitu vytvára vlastný vnútorný svet. Je lepšie prispôbený jeho potrebám ako realita. Pri určitých zvláštnych požiadavkách na jeho výkonnosť, rozhodnosť a prispôbivosť vidíme prepuknutie psychózy, pri ktorej autisticko – roztrieštené predstavy o jeho postavení vo svete nadobúdajú hodnotu reality.“ Bleuler ďalej pokračuje: „Toto pozorovanie môžeme zhrnúť do názorného obrazu: tlak, ktorý je výsledkom vnútornej rozpornosti a rozpornosti v životnej skúsenosti, vháňa pacienta pomaly do autistického postoja, čo pokračuje až k určitému prahu. Po jeho prekročení je pacientovi zohľadňovanie reality už natolko neznesiteľné, že sa jej zrieka a dochádza k úteku dopredu, do svojho autistického fantastického sveta. Z priania, z vytúženej predstavy sa teraz stáva bludná myšlienka, bludná predstava; teraz už nie je rozdiel medzi vnímaním a predstavami; myslenie sa už neodvíja usporiadane, ale sa prispôbuje nerealistickému ponímaniu sveta: a teraz cíti, že už nie je určitým jednotným človekom, že došlo k depersonalizácii, pacient sa teraz stratil vo svojom vnútornom vysporiadávaní sa s rozpornosťou seba samého i sveta; prechodne sa môže vo svojom ireálnom svete predstaviť cítiť dobre. Vnútorný boj môže viesť k upokojeniu, alebo k úzdrave, alebo môže pacienta znepokojovať. Môže ale postupne tiež petrifikovať a stereotypizovať sa.“ Táto Bleulerova konceptualizácia génezy schizofrénie má podľa nás tú prednosť, že je komplexná a že upozorňuje aj na možnosť vzniku „bludného kruhu“, ktorý by mohol vysvetliť niektoré typy chronifikácie: „autizmus vedie človeka do rozštepú a rozštep do autizmu“. V neskorších prácach, ku koncu svojho života M. Bleulera hovoril v tejto súvislosti o akomsi „point of no return“, pričom to ale nechápal ako niečo úplne definitívne. Vedel predsa z empirie, že aj desaťročné trvajúce schizofrenické psychózy môžu remitovať bez zbytku (Bleuler 1972). K tomuto empirickému poznatku sa hlási aj G. Huber (2005); ako už bola o tom zmienka vyššie.

## Personálna psychoterapia schizofrénií

V ďalšej časti tohto článku by sme chceli priblížiť prístup Gerarda E. Hogartyho (2002), pôsobiaceho v Západnom psychiatrickom inštitúte a klinike pri Univerzite v Pittsburghu. Prístup je zameraný na komplexnú liečbu schizofrenných ochorení. Autor označuje svoj koncept ako personálna psychoterapia. Podobne ako M. Bleuler hovoril o svojom prístupe k duševne chorým ako o *personálnej psychiatrii* (Bleuler 1990). Hogarty (2002) opísal svoj prístup v rozsiahlej monografii, o ktorú sa teraz budeme opierať.

Personálna terapia (ďalej PT) bola vytvorená ako integrovaná kompozícia rozličných techník, ktoré môžu byť strategicky určené pre potreby a priority individuálneho pacienta

zohľadňujúc jeho klinický stav, jeho zdroje a deficity. V súčasnej dobe je to program, ktorý uznáva *biológiu* poruchy mozgu, *psychológiu* človeka, ktorý je tak postihnutý a *sociológiu* prostredia, ktoré ovplyvňuje priebeh ochorenia, či už pozitívne alebo negatívne. (Pozri tiež Engel 2005; 2005.)

## Overovanie účinnosti personálnej terapie

Na overenie účinnosti personálnej terapie bola realizovaná rozsiahla štúdia (Hogarty 2002, s. 48-83.). Opierala sa o 4 princípy: výber pacientov z okruhu schizofréneho a schizoafektívneho ochorenia (podľa DSM-III-R), so širokou reprezentáciou ľudí z hľadiska veku, pohlavia, rasy, stavu, sociálnej triedy a pod.; v podobnom klinickom stave pri vstupe do štúdie; liečba pacienta počas štúdie trvá dostačujúci čas (3 roky); ide o porovnávanie PT s vtedy najefektívnejším prístupom (rodinná psychoedukačná terapia – RPT), RPT samotna, kombinácia PT a RPT, v porovnaní so štandardnou starostlivosťou (suportívna terapia). Do štúdie bolo zaradených 151 pacientov; nezaradzovali sa pacienti s abúzum alkoholu alebo drog, odmietajúci liečbu a pacienti s organickým mozgovým syndrómom. Väčšina pacientov dostávala každé dva týždne depotnú formu medikácie (primárne fluphenazine alebo haloperidol decanoate) a časť pacientov zotrvala pri orálnom užívaní (najčastejšie klozapín). Pacienti boli rozdelení podľa toho, či žili s rodinou alebo samostatne a podľa absolvovaného druhu terapie: 1. absolvovali rodinnú psychoedukačnú terapiu, či už samostatne alebo kombinovanú s personálnou terapiou; 2. absolvovali personálnu terapiu; 3. absolvovali suportívnu terapiu. Výsledky štúdie sú podrobne opísané v prílohe knihy. V krátkosti: zistila sa väčšia spokojnosť s liečbou pri PT (67%), pri suportívnej terapii (51%) a pri rodinnej terapii (36%); zníženie počtu relapsov pri PT; normalizácia rolového fungovania; zlepšenie vťahov mimo domov; zvýšenie tolerancie zamestnania (zamestnanosť po 36 mesiacoch liečby s PT 42%, v porovnaní s rodinnou terapiou 29% a suportívnou terapiou 19%); zvýšenie voľnočasových aktivít.

Tí, ktorí žijú a pracujú so schizofrenickými pacientami vedia, že liečenie sa ráta skôr na roky, než na týždne alebo mesiace. Neexistuje žiadna „rýchla oprava“ schizofrenie. Multidimenzionálne poškodenia, neschopnosti a sociálne handikapy, ktoré sa rozvíjajú mnoho rokov v pacientovom živote, vyžadujú dlhodobý a multidimenzionálny prístup. PT vyseletovala najlepšie a overené psychoterapeutické komponenty a unikátnym spôsobom ich spájala, aby vyhovovali ako aj štádiu ochorenia, tak aj potrebám jedincom po prepustení.

## Ciele personálnej terapie (PT)

Primárnym cieľom PT je teda *dosiahnutie a udržanie klinickej stability*. Robí tak stanovením primeranej farmakoterapie a ponúknutím adaptívnych stratégií pre zvládnutie stresujúcich vzťahov a životných udalostí, ktoré môžu provokovať prodrómy psychózy. Sekundárnym cieľom je nauče-

nie sa vhodných kopingových zručností, a tým aj upravenie interpersonálnej, sociálnej a pracovnej sféry. PT je indikovaná pre väčšinu schizofrenných pacientov, u ktorých, podľa minulosti alebo aktuálne, zostáva riziko psychotickej dekompenzácie a/alebo pretrvávajúca slabá adjustácia, čo sa týka aj pacientov s prvou epizódou.

## Štruktúra PT

PT je rozdelená do troch komplexných fáz, ktoré sú v súlade s úrovňou uzdravovania. Každá má podobnú štruktúru, pričom prvá fáza je základná a ďalšie na ňu nadväzujú. Základná fáza je vhodná pre pacientov po nedávnom prekonaní akútnej epizódy. Neskôr, keď sú symptómy v remisii a je potrebné udržať stabilitu, vhodné sú techniky a stratégie strednej fázy. A neskôr, keď sa vráti energia pre naplnenie sociálneho a pracovného života, pokročilá fáza môže pomôcť pri nadobúdaní bezpečnej reintegrácie do spoločnosti.

V každej fáze sa opakujú rovnaké témy, avšak v každej ďalšej sú techniky a stratégie náročnejšie a vyžadujú vyššiu mieru stabilizácie, najmä negatívnych symptómov. Opakujúce sa témy sa týkajú psychoedukácie, poverenia individuálnou zodpovednosťou, vnútorného kopingu / vnútorných zvládacích mechanizmov, čo zahŕňa aj nácvik asertivity. Ak sa v priebehu terapie objaví akútna recidíva, je možné vrátiť sa opäť k stratégiám a technikám predošlých fáz, závisí to od posúdenia individuálneho stavu každého pacienta.

## Nevyhnutné predpoklady pred začatím PT

Ešte pred predstavením jednotlivých fáz, je dôležité pripomenúť nevyhnutné predpoklady pre personálnu terapiu. Vo všetkých troch fázach je potrebné uvedomovať si úlohu psychologickéj podpory. Zahŕňa aspekty *byť duchom prítomný, pozorovať, počúvať a reagovať* na pacientove výpovede o svojom subjektívnom stave. S terapeutickým počúvaním je úzko spojená aj *správna empatia* v reakciách, čiže *emočný postoj, ktorý uisťuje pacienta, že terapeut sa neustále snaží porozumieť pacientovmu mysleniu a cíteniu*. Nevyhnutnou charakteristikou psychologickéj podpory je aj primerané uistenie o realistických predpokladoch tempa liečby a vyliečenia, ako aj o možných pretrvávajúcích poškodeniach alebo sociálnych hendikepoch. Zároveň však netreba zabúdať ani na posilnenie a povzbudenie pacientovej aktívnej roly a vlastnej zodpovednosti za liečebný proces. Najväčším prínosom psychologickéj podpory v procese PT je *dôvera a istota*, ktorú pacient má, že nájde vždy *prístupného, spoľahlivého a pozorného terapeuta*.

Pred začatím s komponentami prvej, základnej fázy je taktiež potrebné dosiahnutie úspešného spojenectva pre terapiu, a to nielen s pacientom, ale pokiaľ je to možné aj s jeho blízkou rodinou. Rodinný príslušníci majú vedieť *základné informácie o ochorení* a liečbe a mali by aj cítiť, že o ich blízkeho je dobre postarané. Kľúčovým elementom je znova úspešný kontakt pacienta s rodinou. Dôležité je teda zabezpečiť existenčnú stabilitu. Pokiaľ to po určitú dobu

nie je možné, PT by sa mala obmedzovať na princípy vytvárania spojenectva, podpory a adekvátnu medikáciu. Úloha terapeuta sa vlastne podobá psychoanalytickému konceptu „holding environment“ (podporné prostredie), čo predstavuje empatické porozumenie pacientovho zmätku pri čelení zdrvivým životným udalostiam a komunikáciu, ktorá je bezpečná a uistujúca. Podobne aj Hell a Schüpbach (2004) hovoria o „ochraňujúcom priestore“, v ktorom sa môže postihnúť prejavíť, vyjadriť; zrejme narážajú na Bowlbyho koncept „bezpečnej základne“ pri utváraní bezpečnej vzťahovej väzby, ktorá je zrejme protektívnym faktorom pre zdravý psychosociálny vývin (Hašto 2005).

## PT sedenie

Obvykle sa doporučuje 45 min sedenie, 1 x do týždňa, ale samozrejme dĺžka i frekvencia sedení by mala variovať v závislosti od pacientových potrieb, možností, schopností. Pre pacientov, ktorí majú problémy s udržaním pozornosti, so zvýšenou vzrušivosťou a oslabenými schopnosťami riešiť problémy by sedenia nemali prekročiť 30 minút. Môže sa postupovať *od týždenných intervalov*, pričom sedenia môžu trvať od 15 do 45 min, a keď sa dosiahne určitý stupeň stability, frekvencia sedení sa *zredukuje na dvoj- až trojtýždenný interval*. Počet sedení nie je presne určený. Liečba schizofrénie je dlhodobý proces, závisí od mnohých faktorov, v neposlednom rade aj od finančného krytia poisťovníami a od možností pacienta a od prístupnosti terapeuta. V každom prípade ide o flexibilný proces, dôležitejšia ako spôsob kontaktu môže byť dostupnosť. V čase krízy môžu mať rozhodujúci význam telefonáty, možnosťou je aj písomný kontakt (aj v Novalis, 1999). Pre väčšinu pacientov však trvá zhruba 6 mesiacov a pre niektorých 10–12 mesiacov na dosiahnutie významnejšej remisie psychotických symptómov po prekonaní akútnej epizódy.

## Liečebný plán

Vytvorenie liečebného plánu predstavuje pre terapeuta vyhodnotenie pacientových individuálnych potrieb, síl, cieľov, osobných zvládacích stratégií, ako aj podpory alebo nátlaku z okolia. Ako ciele liečebného plánu by mali byť systematicky *identifikované prodromálne signály*, t.j. neurovegetatívne znaky zahrňujúce zmeny v spánkovom rytme, v stravovaní a energii; afektívne symptómy ako sú anxieta, agitovanosť, iritabilita, hnev alebo depresia; behaviorálne zmeny ako sú stiahnutie sa alebo hádavosť; a kognitívne zmeny, ktoré sa javia ako nadmerná zádumčivosť, znížená koncentrácia, narušené chápanie, ako aj ambivalencia a reziduálne poruchy myslenia. Liečebný plán zdôrazňuje dôležitosť pravidelnosti sedení, dodržiavanie predpísanej medikácie a kontrainterakciu požívania drog a alkoholu. Pacient má hovoriť o akýchkoľvek prekážkach v pravidelnom navštevovaní sedení a o zdrojoch stresu. Plán zahŕňa aj obojstrannú dohodu o dodržiavaní stanovených plánov, aby pacient mohol pocítiť aj svoju aktívnu rolu v dosahovaní výsledkov.

## Základná fáza PT

**Psychoedukácia:** počas základnej fázy ide najmä o opravu nesprávnych informácií. Častokrát prevládajú názory, že ide o „roz dvojenú osobnosť“, „šialenstvo“. Vďaka pravdivým informáciám môže byť schizofrénia chápaná ako „nezavinené“ poškodenie mozgu, ktoré má jasný pôvod, dobre popísanú patofyziológiu a množstvo efektívnych liečebných postupov, ktoré pozitívne ovplyvňujú priebeh a výsledok. Edukácia nielenže redukuje úzkosť, vinu, sebaobviňovanie a beznádej, ale môže pomôcť pacientovi rozvinúť a používať vlastné zdroje zvládania stresu, predchádzať relapsom a znovunadobudnúť zdravé fungovanie. V základnej fáze sa rozvíjajú tieto komponenty:

1. informácie o pôvode schizofrénie;
2. jej klinické prejavy v jednotlivých prípadoch z objektívneho aj subjektívneho pohľadu;
3. ako pôsobí liečba.

Okrem individuálneho sedenia je možné urobiť formálny psychoedukačný workshop, kde spolupracuje 8–10 pacientov a poskytujú sa bazálne informácie týkajúce sa schizofrénie a jej liečby. Takéto stretnutia môžu poskytnúť príležitosť pre peer podporu a pre spoločné zdieľanie podobných skúseností.

K doplneniu psychoedukácie pacienta i rodiny môže slúžiť psychoedukačná literatúra (u nás napr. Hell, Schüpbach 2004, Elgie et al. 2006, Trenckmann, Bandelow 2005).

**Pokračovanie v každodenných povinnostiach:** psychotická epizóda často vedie k prerušeniu inštrumentálnych rolí, dokonca aj v takých základných otázkach ako je *osobná hygiena a výživa*. Na začiatku je dobré zamerať sa na povinnosti, ktoré mal pacient v minulosti, najmä na tie, ktoré dávali pacientovi pocit naplnenia a spokojnosti.

**Vnútorne zvládacie mechanizmy (vnútorný koping):** princípy vnútorného kopingu sú prezentované až v strednej a pokročilej fáze, v základnej sa táto téma týka najmä koncepcie distresu a spôsobov, akými ich pacient sám zvláda. Identifikujú sa prodromálne symptómy v minulosti, stresujúce životné udalosti a vlastné autoprotektívne stratégie.

**Tréning základných sociálnych zručností:** terapeut má v tomto štádiu pomôcť pacientovi nájsť úspešné stratégie, aby sa zlepšili vzťahy v jeho bezprostrednej blízkosti a redukovali sa konflikty a stres. Sociálne zručnosti, ktoré sa odporúčajú a precvičujú v základnej fáze sú nasledovné:

1. štrukturovanie rolí (napr. odporúčanie prerušiť štúdium alebo prácu);
2. naučenie sa úspešným technikám na vyhýbanie sa konfliktom (napr. vystríhať sa správaniu, ktoré evokuje konflikty, napr. hlasné rozprávanie, púšťanie rádia, slabá hygiena a i.; fyzické opustenie stresovej situácie, najmä ak pacient nemá potrebné schopnosti na úspešné riešenie konfliktov), zároveň sa učia vnímať u seba i u druhých signály hnevu a učia sa vyjadrovať svoje pocity, všetky tieto aspekty sa dobre učia aktívnym nacvičovaním, hraním rolí;

3. naučenie sa jednoduchým pozitívnym reakciám vo vzťahoch, rozlišovať kedy a komu dať ocenenie alebo podakovanie (ide o vyjadrenie komplimentov, záujmu alebo starosti o druhého, vyjadrenia ocenenia a pochvaly), opäť sa môže postupovať formou hrania rolí a spätnej väzby.

Samotná základná fáza môže podľa Hogartyho predstavovať komplexný, relevantný a efektívny prístup v terapii schizofrénie. Ďalšie fázy budú len jednoducho rozvíjať tieto princípy. Základná fáza predstavuje „rozšírenú suportívnu terapiu“ a môže byť dostačujúcim komplexom pre veľkú časť pacientov. Je dôležité udržať primeranú mieru našich požiadaviek na pacienta, príliš neaktivovať a netlačiť a rešpektovať jeho kognitívnu kapacitu. Ak príliš aktivujeme pacienta a naše očakávania sú neprimerané, môže hroziť exacerbácia psychózy. Ak sa k nemu stavíme príliš opatrne a príliš málo ho podnecujeme a povzbudzujeme, hrozí naopak, že upadne do pasivity a autisticky sa obráti do seba. Vyžaduje to veľkú dávku jemnosti, najst' v tejto dileme správnu cestu, ale skúsenosť ukazuje, že sa ju často podarí úspešne nájsť (Hogarty, 2002; Bleuler, 1998).

Pri prechode zo základnej do strednej fázy treba brať do úvahy, aby boli pozitívne symptómy v remisii alebo aspoň relatívne stabilizované, mala by byť stanovená stabilná medikácia, pacient by mal navštevovať aspoň 75 % sedení, mal by mať relatívne stabilné bývanie, mať schopnosť udržať pozornosť minimálne 30 minút a mal by chápať schizofrénii ako ochorenie, pre ktoré je liečba nevyhnutná a môže mu pomôcť v dosahovaní svojich cieľov a byť schopný dodržiavať liečebný plán.

### Stredná fáza PT

„Zotrvať v dobrom stave je najťažšia záležitosť uzdravovania sa“ (Hogarty). Zámerom strednej fázy je zužitkovať základy z prvej fázy PT, líši sa predovšetkým úrovňou sofistikovanosti a komplexnosti.

**Skvalitnenie klinickej stability:** v prvom rade sa venuje pozornosť pretrvávajúcim pozitívnym symptómom, treba preskúmať pacientove pocity, emócie súvisiace s medikáciou, najmä s nežiadúcimi vedľajšími symptómami. Ďalší problém predstavujú perzistujúce negatívne príznaky. Zohľadniť treba aj komorbidné poruchy nálady, anxiétu a depresiu (napr. postpsychotická depresia sa podľa Hogartyho vyskytuje až u 25 % pacientov po prekonaní akútnej fázy). V strednej fáze sa kladie dôraz tiež na rozoberanie stresujúcich situácií, na to, čo k ním viedlo a čo s tým súviselo. V PT sa pozornosť nezameriava príliš na rané vývojové konflikty, skôr sa berú do úvahy súčasné zdroje stresu. Podobne Halwegov prístup je zameraný na *riešenie problémov v súčasnom rodinnom rámci a zníženie „expressed emotion“* (EE) (Halweg, Dose, 2000, 34-39).

**Psychoedukácia:** venuje sa nasledovným komponentom:

1. súhrn prvotných signálov distresu (aby sa zabránilo exacerbácii symptómov);
2. predstavenie rôznych typov relaxácie (účinné sú prehĺbené dýchanie, základné uvoľňovania, jednoduchá relaxácia – zvolenie si jedného slova alebo frázy, ktorá prinesie klud a pokoj);
3. koncept adaptácie na ochorenie (treba venovať čas pacientovmu vnímaniu svojho ochorenia, terapeut môže podporiť pacientove silné stránky a vieru, že skutočné zlepšenie je možné, a zároveň ho ubezpečiť, že pomalé, ale stále zlepšovanie praktických zručností, ho môže úspešne doviesť k želaným cieľom). Efektívne sa v tomto prípade ukazujú skupinové workshopy, kde môžu navzájom zdieľané podobné skúsenosti pomôcť zmierniť fakt ochorenia.

**Zvýšenie osobnej zodpovednosti v domácnosti:** tento komponent sa týka vlastne edukácie celej rodiny. Úlohy sa týkajú najmä spolupráce pacienta s iným členom rodiny, príp. ak býva sám, úlohou je zamerať sa na rutinné domáce záväzky, na zlepšenie socializácie. Dôležité je zdôrazňovať, že psychotická epizóda nesie so sebou zmeny energie, výdrže a motivácie. Preto aj úlohy by mali byť relatívne nenáročné, primerané aktuálnemu stavu, dosiahnuteľné a stupňované v náročnosti, ako aj vhodne načasované. Na druhej strane spektra sú však aj pacienti, ktorí chcú čo najskôr obnoviť svoje prerušené záväzky. Aj tu je dôležité zaradiť edukáciu ohľadom stresu a vulnerability a primerane zvoliť náročnosť.

**Adaptácia na postihnutie:** postihnutie nasledujúce po ťažkej duševnej chorobe býva ťažké prijať. Po šoku, ktorý prichádza s ochorením, ktoré mení doterajší život, prichádza častokrát fáza popretia. Pacienti obvykle nevidia reálne prejavy svojich symptómov a ich následkov pre iných. Najťažším aspektom popretia je podľa Hogartyho „útek do zdravia“. Ochorenie čoskoro prejde, vyrieši sa to samo. Užívanie liekov, terapeutické sedenia, komplexný program liečenia, to všetko sú pripomienky ochorenia a sú vlastne antitézou pre „byť normálny“. Prístup PT k popretiu je udržiavať postoj citlivého počúvania a uisťovania, že prítomné pocity sú úplne pochopiteľné a nepochybne náročné. Pacient môže dostať uistenie, že PT mu môže pomôcť pracovať s týmito pocitmi, ako aj nájsť spôsoby pre skvalitnenie života. Keď pacient prestáva používať popretie ako svoj obranný mechanizmus, obvykle sa dostavuje silná emócia *smútku*. Pridružiť sa k tomu môže emócia *hanby, strach* zo stigmatizácie, ale aj *hnev*. PT reaguje na všetky tieto prejavy akceptovaním, pochopením a následným povzbudením, že je možné dosiahnuť osobnú spokojnosť a dlhodobé ciele.

**Vnútorň kopíng:** tento komponent je dôležitou a náročnou časťou strednej fázy. Vyžaduje poznať nielen prvé *signály distresu*, ale aj schopnosť rozpoznať celý proces, v ktorom tieto prvé signály môžu prerásť do prodrómov a dokonca aj do psychotickej epizódy. Ide najmä o možnosť *skorých intervencií*, aby nedošlo k rapidným exacerbáciám. Pacient by mal byť schopný zaujať primeraný kognitívny odstup v priebehu stresujúcej situácie a rozvinúť adaptívnu stratégiu zvládania.

**Sociálne zručnosti:** v tejto fáze sa rozširuje zručnosť sociálnej percepcie a schopnosti presadzovať sa. Cieľom je naučiť pacientov *porozumieť interpersonálnym, často never-*

*bálnym signálom* a primerane na ne reagovať. Základom je schopnosť správne vnímať emočný stav, naladenie hovoriaceho. Venujeme sa objektívnym znakom, ktoré môžu charakterizovať emočný stav hovoriaceho – tón a výška hlasu, výraz tváre, mimika a gestikulácia. Zároveň sa prezentujú zručnosti efektívneho *počúvania*, *nadviazania rozhovoru*, *reagovania* na kritiku, na nahnevaného jedinca, skúmajú svoj vlastný štýl reagovania, čiže základné asertívne zručnosti. Opäť je možné využiť aktívne učenie pomocou *hrania rolí*.

Na koniec je dobré pripomenúť, že postup je u väčšiny pacientov pomalý. Terapeut by nemal byť sklamaný prechodnými neúspechmi, často je potrebné vrátiť sa k technikám základnej fázy. Malé kroky vedú k lepšej a trvalejšej údrave.

Ak pacient dobre zvláda všetky úlohy a zručnosti strednej fázy a je aj naďalej motivovaný pokračovať v liečbe, môže terapeut zväziť prechod k technikám pokročilej fázy.

### Pokročilá fáza PT

Táto posledná fáza sa zaoberá predovšetkým náročnými otázkami návratu do plného spoločenského života. Ciele pokročilej fázy smerujú k plynulému prechodu z domova do širšej komunity, k získaniu kopingových stratégií, ktoré sú obvykle spojované s dosahovaním spokojného spoločenského života.

**Psychoedukácia:** ktorá sa posunie od všeobecnejších informácií o schizofrénii ku špecifickým pacientovým *vulnerabilitám* a reziduálnym *deficitom*, ktoré môžu ovplyvňovať pacientov každodenný život mimo domova (centrálne sa stáva debata o potrebe pokračovať v medikácii, ako aj o rizikových faktoroch spoločnosti, ako je alkohol a drogy; odporúča sa aj rozpracovať techniky asertívneho odmietania).

**Vnútorň kopíng:** v pokročilej fáze je dôraz kladený na dokonalejšie poznanie svojho subjektívneho stavu, rozpoznanie prvých známkov distressu a výber adekvátnej, sociálne kompetentnej kopingovej stratégie (dobré je *skúmať vzťahy v minulosti*, rozlíšiť, či existuje určitý vzorec správania sa a v akých situáciách sa najpravdepodobnejšie objavuje distress; čo v danom okamžiku pomáhalo; a nakoniec prepojiť minulé skúsenosti s terajšími poznatkami a vytvoriť *novú možnosť reagovania*). V tejto fáze sa poznanie vlastného *subjektívneho stavu* rozširuje o skúmanie toho, ako to pôsobí a čo to vyvoláva u *druhých ľudí*. Ide teda o správnu identifikáciu pravdepodobných pocitov, citov, myšlienok a reakcií druhých na vlastné správanie.

**Progresívna relaxácia a imaginácia:** ide vlastne o *stabilizačné techniky*. Progresívna relaxácia sa týka postupného uvoľňovania od jednotlivých svalov ku väčším častiam, ide o kontrast medzi napätím a uvoľnením (podobne ako je to pri Jacobsonovej progresívnej svalovej relaxácii). Cieľom je opakovať cvičenie až kým sa nestane automatické a môže sa spontánne použiť počas denných aktivít, najmä ak vyvolávajú distress.

Riadená *imaginácia* predstavuje *prehĺbený* typ relaxácie, kde sa pod vedením terapeuta pacient učí rozvinúť *prijemné predstavy*, a s tým spojené aj *prijemné pocity uvoľnenia*

(napr. obraz ležania na pláži, príliv a odliv vln, spev vtákov a pod.).

Kazuistiku priaznivého pôsobenia obrazových predstáv vo forme katatýmne-imaginatívnej terapie pri schizofrenickej ochoreni opísal tiež Hašto, (2001). Benedetti a Peciccia (1997) tiež nepovažujú imaginatívne prístupy pri psychoterapii schizofrénii za kontraindikované. Je to skôr otázka klinickej skúsenosti, dobrého vzťahu, správneho načasovania a zvládania techniky.

**Zvládanie kritiky a riešenie konfliktov:** ide o naučenie sa spôsobov, ako lepšie zvládať zdroje exacerbácie symptómov, pričom fokus je na vzťahoch v širšom spoločenstve (ide opäť o základné *asertívne zásady riešenia konfliktov a reagovania na kritiku*).

**Sociálne a pracovné otázky:** dôležité je pracovať s individuálnymi ťažkosťami jedinca, mnohí z pacientov majú len malé alebo žiadne skúsenosti s prácou, iní museli dlhodobejšie prerušiť pracovný pomer alebo štúdium. Po prekonaní akútnej epizódy schizofrénie majú najrôznejšie obavy z návratu do minulých záväzkov a zároveň sa musia vyrovnávať s deficitmi vo výdrži, v koncentrácii, v pracovnej pamäti, s prejavmi nerozhodnosti, ambivalencie a pod. Terapeut môže pomôcť pacientovi vyriešiť svoje obavy, zhodnotiť vhodnosť návratu do práce, prípadne uvažovať nad redukciami úväzku, či už v škole alebo v práci. Je potrebné preskúmať minulé skúsenosti, a tak *identifikovať možné stresory*, ktoré mohli prispieť k prepuknutiu psychózy alebo k dekompenzácii klinického stavu. V prípade slabšej motivácie k návratu do spoločenských záväzkov, je dobré preskúmať, aké *zábrany* či *obavy* sú v hre a zdôrazňovať postupné dosahovanie cieľov a *veľkú úlohu seba-ocenenia za dokončenia malých úloh*. Samozrejme nie všetci pacienti sa stanú adeptami na niektoré spoločenské alebo pracovné skúsenosti. V takýchto prípadoch sa bude smerovať ku kvalitným vzťahom v blízkom i širšom okolí, prípadne k začatiu vhodného resocializačného programu.

### Post-PT starostlivosť

Pokiaľ sú pacienti schopní optimálneho pochopenia a zvládnutia jednej alebo viacerých fáz PT, vyvstáva otázka ohľadom ďalšej starostlivosti. Charakteristikou schizofrénie totiž je, že sa jedná často o celoživotnú záležitosť. Všetko opäť závisí od stupňa ochorenia a úrovne reziduálnych poškodení. U tých, ktorí majú ťažké alebo rezistentné poškodenie, je vhodné pridanie ďalších potrebných intervencií, ako je kognitívne-behaviorálny prístup alebo nácvik sociálnych zručností a starostlivosť bude teda aj časovo náročnejšia (vhodné je vytvorenie *podporných skupín pacientov*). Pre tých s miernym alebo prechodným poškodením sa odporúča sedenia jedenkrát do týždňa v priebehu jedného roka, najmä u tých pacientov, ktorí sa chcú plne zaradiť do spoločenského a pracovného života a potrebujú sa naučiť vhodné stratégie a potrebujú aj veľkú dávku uisťovania. Nakoniec, aj pre očividne úspešného pacienta, môžu *stretnutia v mesačných alebo troj-mesačných intervaloch* poskytnúť *potrebnú istotu a podporu*.

## Záver

Zdá sa nám zmysluplné načrtnúť koncept *personálnej terapie schizofrénii*, ako ho monograficky predstavil G. E. Hogarty. Uberá sa po línii „personálnej psychiatrie“ ako ju praktizovala a praktizuje Bleulerova škola, charakterizovaná individualizovaným prístupom. Hogartyho prístup sa nám javí ako kreatívne a špecifickým potrebám schizofrenických pacientov primerané rozpracovanie integratívno – eklektického chápania podpornej (supportívnej) psychoterapie, ktorého osou je kvalitný oporný vzťah a pracovné spojenectvo (supportívny pól spektra psychodynamických psychoterapií), pričom si premyslene vyberá z psychoterapeutických techník (často KBT) to, čo sa javí ako najvhodnejšie a najužitejšie v danom čase u toho konkrétneho pacienta. Pevné miesto tu má aj psychoedukácia.

Terapia chorých na schizofréniu, či už v psychotických štádiách, v reziduálnych stavoch alebo aj v úplných remisiách je pre terapeuta/terapeutku nielen veľkou odbornou, ale aj ľudskou výzvou. Potenciálne môže z terapie profitovať aj terapeut/terapeutka ako ľudská bytosť, osobnosť, ktorá sa stretáva s netušenými subjektívnymi svetmi.

Eugen a Manfred Bleuler (1998, s.303) empaticky a citlivo vystihujú podstatu prístupu k schizofrénii a jej liečbe: „To, čo nazývame terapiou schizofrénii nemôže byť vecne zamerané len na „liečenie psychózy“. Je v tom ešte niečo iné. Je to stretnutie s mimoriadnym ľudským významom. Lekár pri tom môže prežívať, že existujú ešte iné dimenzie ľudského ducha a prežívania, než tie, ktoré prežívame v bežnom živote a síce také, ktoré majú neslýchanú farebnosť, tvorivú silu a dramatickosť. A schizofrenik prežíva, že vo svojom svete preda len nie je celkom sám a zamurovaný, ale že druhí môžu mať porozumenie a môžu nájsť prístup k jeho svetu“.

## Literatúra

**Benedetti, G.:** Psychotherapeutische Behandlungsmethoden. In: K.P. Kisker et al (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Dritte Aufl. Berlin, Springer 1987, s. 285-323.

**Benedetti, G., Peciccia, M.:** O podstate imaginatívnych psychoterapií. In: J. Hašto (ed.): Psychoterapia - súčasť komplexnej terapie chorých na schizofréniu. Trenčín, Betlehem 1997, s. 33-49.

**Benedetti, G. et al.:** Psychotherapie. Psychoanalytische und existenzielle Grundlagen. Stuttgart, Hippokrates Verl. 1983.

**Bleuler, E., Bleuler, M.:** Učebnica psychiatrie. Trenčín, Vydavateľstvo F 1983, s. 239-309.

**Bleuler, M.:** Klinika schizofrenných duševných porúch. In: J. Hašto (ed.): Schizofrenie. Otázky duševného zdravia, I, 1989, č. 2, s.1-133.

**Bleuler, M.:** Die schizophrenen Geistesstörungen in Lichte langjahrigen Kranken - und Familiengeschichten. Stuttgart, Thieme, 1972, 673 s.

**Elgie, R. et al.:** Objavte cestu ako ísť ďalej. Podpora a rady pre každého, koho postihla schizofrenia. Trenčín, Vydavateľstvo F 2006, 98 s.

**Engel, G.L.:** Potreba nového medicínskeho modelu - výzva pre biomedicínu. Psychiatria, 12, 2005, č. 2-3, s. 91-98.

**Engel, G.L.:** Klinická aplikácia biopsychosociálneho modelu. Psychiatria, 12, 2005, č. 2-3, s. 98-110.

**Häfner, H.:** Das Ratsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt. München, C.H. Beck 2000, 415 s.

**Halweg, K., Dose, M.:** Schizofrenia. Therapeutická príručka. Trenčín, Vydavateľstvo F 2000, 122 s.

**Hašto, J. (ed.):** Psychoterapia - súčasť komplexnej terapie chorých na schizofréniu. Rimavská Sobota, Trenčín, Betlehem 1997, 49 s.

**Hašto, J.:** Schizofrenne ochorenia a reforma psychiatrie. Konferencia o schizofrénii. Pezinok, 1997, s.17-20.

**Hašto, J.:** Psychotraumatisierungen bei der Schizophrenie und die Möglichkeiten der KIP. In: Bahrke, V., Rosendahl,W.(Hrsg): Psychotraumatologie und Katatym-imaginative Psychoterapie. Berlin, Pabst Science Publishers 2001, s.189-192.

**Hašto, J.:** Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti. Trenčín, Vydavateľstvo F 2005, 300 s.

**Haštová, M.:** Ambulantná podporná skupinová psychoterapia v kombinácii s liečbou depotnými neuroleptikami u chronických schizofrenikov. II. slovenský psychiatrický zjazd, Bratislava, 1996.

**Hell, D., Schüpbach, D.:** Schizofrenie. Základy pre porozumenie a orientáciu. Trenčín, Vydavateľstvo F 2004, 153 s.

**Hogarty, G.E.:** Personal therapy for schizophrenia and related disorders: a guide to individualized treatment. New York, The Guilford Press 2002, 338 s.

**Huber, G.:** Psychiatrie. 7. Aufl.Schalhaner, Stuttgart, 2005, 859 s.

**Jarolímeck, M.:** Psychoterapie (vychádzajúca z KBT) u schizofrenných porúch. Psychiatrie, 2001, Suppl. 4.

**Kalina, K.:** Jak žít s psychózou. Praha, Portál 2001, 247 s.

**Kaščáková, N.:** Možnosti využitia koncentratívnej pohybovej terapie v komplexnej starostlivosti o ľudí trpiacich na schizofrenne ochorenia. Psychiatria, 13, 2006, č. 3-4, s. 158-166.

**Kaščáková, N.:** Obranné mechanizmy z psychoanalytického, etologického a evolučno-biologického aspektu. Trenčín, Vydavateľstvo F 2007, 135 s.

**Liberman, P.:** Tréning sociálnych spôsobilostí u psychiatrických pacientov. Konspekt, samizdat. Pripravili: Šlepecký M., Piačková K., Možný P., 1992, 232 s.

**Mentzos, S.:** Psychodynamické modely v psychiatrii. Trenčín, Vydavateľstvo F 2004, 150 s.



**Moller, H.J., Deister, A.:** Schizophrenie. S.1022. In: Moller et al (Hrsg): Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin, Springer 2000, 1838 s.

**Motlová, L., Drahomírečká, E., Španiel, F., Šelepová, P.:** Vliv rodinné psychodukace u schizofrenie na kvalitu života pacientu a jejich příbuzných. Psychiatrie, 2002, 6 (Suppl.4).

**Novalis, P.N. et al.:** Klinická příručka podpornej psychoterapie. Trenčín, Vydavateľstvo F, 1999, s. 151-183.

**Peters, U.H.:** Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie. 5. Aufl. München, Urban, Fischer 2004, 688 s.

**Praško, J., Horáček, J., Škrdlantová, L.:** Psychoterapeutické přístupy v léčbě psychóz. Psychiatrie, 2003, č. 4., s. 263-271.

**Seifertová, D., Libiger, J., Švestka, J., Mohr, P., Praško, J.:** Schizophrenie. In: Seifertová D., Praško, J., Hoschl, C.(ed.). Postupy v léčbě psychických poruch. Praha, Academia medica pragensis 2004, 478 s.

**Strocholcová, D., Dvorecká, M.:** Kognitívne - behaviorálna terapia reziduálnych bludov a halucinácií pri schizofrénii. Psychiatria, 11, 2004, č. 2, s. 75-78.

**Trenckmann, U., Bandelow B.:** Psychiatria a psychoterapia. Odporúčané informácie pre pacientov, príbuzných, priateľov. Preložil a doplnil J.Hašto. Trenčín, Vydavateľstvo F 2005, s. 83-94, 43-154, 159-162, 185-188, 189-192, 231-236.

**Winston, A., Rosenthal, R.N., Pisker, H.:** Úvod do podpornej psychoterapie. Jadrové kompetencie v psychoterapii. Trenčín, Vydavateľstvo F 2006, s. 80-81, 106-124.

*Do redakcie došlo 10.10.2007.*